Pécsi Tudományegyetem Állam- és Jogtudományi Doktori Iskola

DOKTORI ÉRTEKEZÉS

Dr. Shakibapoor Amanda Petra

Az orvosi jogviszony pilléréi, különös tekintettel az orvosi felelősség sajátosságaira-

Történeti és jogi összehasonlító elemzés büntetőjogi kitekintéssel

Témavezető:

Prof.dr. Nochta Tibor
egyetemi tanár

Pécs

2025

Tartalom

I. Bevezetés 6
A kutatási téma aktualitása 6
A kutatás célja 7
Az elvégzett vizsgálatok, elemzések rövid leírása, a feldolgozás módszere 8
II. Az orvosi jogviszony és felelősség történeti áttekintése 9
Az ókor 9
A reneszánsz és a felvilágosodás 12
A modern kor 13
Az orvosi felelősség alakulása az idők folytán 14
A Hippokratészi eskü és az orvosi etika kezdete 15
Az eskü tartalma és értelmezése 16
Az eskü modernkori relevanciája 17
Az orvos-beteg kapcsolat társadalmi szerepe az ókori és középkori időkben 18
Az orvos-beteg kapcsolat jellegzetességei az ókorban és a középkorban 21
Az orvosi tévedések kezelése és a felelősség kérdése az ókortól a középkorig. 23
A tudományos orvoslás megjelenése és hatása a jogviszonyra az újkorban 27
Az orvosi szakma szabályozásának kezdetei az újkorban 28
Az orvosi felelősség jogi kereteinek kialakulása különböző országokban az újkorban 30
Az orvoslás és az orvosi felelősség 20. századi változásai 32
Az orvosi jog kihívásai a 21. században 37
A társadalombiztosítás és annak változásai 37
Az orvosi hibák jogi következményei a 20. században 40
A páciens autonómia és az informált beleegyezés szerepe 44
A páciens autonómia és az informált beleegyezés jogi alapjai 45
Kihívások és jövőbeli irányok 47
Távgyógyászat és mesterséges intelligencia 47
III.Az orvosi jogviszony sajátosságai 50
A jogviszony alanyai 51
A jogviszony sajátosságait 52
A bizalmi viszony 52
A szakmai tudás és a beteg tájékozatlansága közti aszimmetria 54
Az orvos hatalmi pozíciója 55
A beteg jogai és kötelezettségei az informált beleegyezés tükrében 56

Az orvosi titoktartás: A személyiségi jogok védelme 62
Az orvosi titoktartás és a közérdek 66
IV. Az orvosi felelősség jogi keretei különböző jogrendszerekben 67
A kontinentális jogrendszer 67
A polgári jog szerepe a kontinentális jogrendszerekben 69
Összehasonlító jogi szempontok 71
A szabálysértési felelősség 72
A kártérítési felelősség 74
Szakmai etikai szabályok és fegyelmi felelősség 74
Kihívások és jövőbeli irányok 75
Az angolszász jogrendszerek 75
A bírói gyakorlat szerepe az orvosi felelősség megállapításánál 79
Az orvosi felelősséggel kapcsolatos kártérítési rendszer sajátosságai 81
Az orvosi felelősség jogi kereteinek összehasonlítása 84
A jogi kategóriák és elvek alkalmazása az orvosi felelősség megítélésében 87
V. Az orvosi jogviszony és az orvosi felelősség büntetőjogi vonatkozásai 95
A büntetőjog és az orvosi hibák a kontinentális jogrendszerben 96
A büntetőjogi felelősségre vonás jelentősége 97
A Btk. legfontosabb orvosi tevékenységgel kapcsolatos bűncselekményei 99
Az orvosok által elkövetett bűncselekmények specifikumai 104
Az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló törvény hatásvizsgálata 105
Az orvosokat érintő alkalmassági és megbízhatósági vizsgálatok 109
***Tézisek és következtetések* 113**
VI. Az orvosi felelősség aktuális kérdései 117
Új kihívások 118
Az orvosi hibák gyakorisága és következményei 119
A betegek jogai az egészségügyi ellátáshoz való hozzáféréssel kapcsolatban 146
Az orvosi biztosítás szerepe az orvosi felelősség tekintetében 147
Az alternatív gyógyászat és a jog 148
Az eutanázia és az asszisztált öngyilkosság jogi kérdései 150
VII. Összegzés 154
Az orvosi felelősség a magyar jogrendszerben 164
Következtetések: 169
Jogpolitikai javaslataim az egészségügyi ellátórendszer fejlesztése 171
Jövőbeni kutatási irányok és célok 174

Záró gondolatok 175
VIII. Summary 178
IX. Irodalomjegyzék: 179
Egyéb internetes források: 193

The Pillars of the Medical Legal Relationship with Special Focus on the Specifics of Medical Liability

A Historical and Comparative Legal Analysis with a Criminal Law Perspective

My doctoral dissertation focuses on medical liability and comprehensively examines the legal framework between patients and doctors. It carefully traces the historical development of medical law. My aim was to provide a comparative analysis of the liability models of different legal systems. The dissertation argues that the patient-doctor relationship is based on three fundamental principles wich are the patient's right to self-determination, the physician's duty of care, and informed consent. I was trying to provide a critical analysis of the emergence and development of these principles in different legal frameworks. In addition, the dissertation deals in detail with the complexities of medical liability, which include the level of care, causation, and compensation. The work highlights the need to find a fine balance between protecting patients' rights and avoiding unjustified liability of doctors. Last but not least the dissertation also examines the criminal law aspects of medical liability. Stating that criminal sanctions should only be applied in cases of gross negligence or intentional violation. Finally, the dissertation makes proposals for the reform of medical liability law, which aims to enhance the protection of patients and ultimately ensure accountability for healthcare providers.

***Keywords*:** medical legal relationship, medical liability, historical overview, legal comparison, patient rights, medical error, patient autonomy, informed consent, different legal system

I. Bevezetés

A kutatási téma aktualitása

Az emberek elvárásai folyamatosan növekszenek mindennapi életükkel kapcsolatban, ma már egyre kevésbé vagyunk türelmesek, és e türelmetlenség jellemzi igényeinket a szolgáltatásokkal kapcsoltban is. Nincs ez másképp az orvosi ellátás terén sem, hajlamosak vagyunk ugyanis egyre inkább azt gondolni, hogy a technika vívmányai révén idővel minden betegség gyógyíthatóvá válik, és talán ezért, de magasabb elvárásokat támasztunk az ellátás minőségével kapcsolatban is. Az orvosok felelősségének vizsgálata éppen emiatt egyre fontosabbá válik. Miközben a technológiák fejlődésének hatására az egészségügyben folyamatos reformokat hajtanak végre, a betegek mindinkább tudatába kerülnek jogaiknak, melynek következtében elvárásaik is egyre magasabbra helyeződnek. A történelmi források azt mutatják, hogy a felelősség fogalma már az orvosi mesterség megjelenésétől fogva jelen volt, részletes szabályozása pedig a társadalom igényeivel együtt formálódott. E fejlődés jól mutatja az egészségügy komplexitásának és a betegek jogainak egyre mélyebb tudatosulását és fontossá teszi olyan aspektusokból való vizsgálatait is, melyek korábban nem tartoztak szoros értelemben véve a polgári és büntetőjogi felelősség megjelenési körébe, mára azonban nem hagyhatók figyelmen kívül.

Disszertációmban igyekeztem elméleti és gyakorlati szempontból is körül járni a témát, nemcsak a jogtudomány, hanem az orvostudomány és az egészségügy, valamint a társadalom egésze számára is fontos kérdésekre felhívni a figyelmet. A doktori képzésem kezdeti szakaszában fogalmazódott meg bennem a célom, melyet a disszertáció elkészítése során végig szem előtt tartottam. Legfontosabb feladatomnak tekintettem, ráirányítani a figyelmet a tudományterületek kapcsolódási pontjaira és azok jelentőségére a témában. Ezt a kapcsolatot Erle Stanley Gardner így fogalmazta meg: „*Az orvosnak rengeteg betege van, közülük néhány fiatal és gyógyítható, mások meg öregek, és gyógyíthatatlan betegségben szenvednek. Ilyen az élet; az ember a születéstől a halál felé sodródik. Az orvos nem azonosulhat annyira a betegeivel, hogy szenvedjen miattuk. Az ügyvéd, az más. Viszonylag kevés ügyfele van. A legtöbb problémájuk megoldható, ha az ügyvéd pontosan tudja, mit kell tennie.”*

A kutatás célja

A kutatás során az alábbi főbb célokat tűztem ki megvalósításul:

1. **Az orvosi jogviszony történeti alakulásának feltérképezése:** Célom volt, hogy felvázoljam az orvosi-jogi kapcsolat kialakulását és annak változásait megjelenésétől máig. A történeti áttekintésem során mindvégig az e jogviszonyon belül bekövetkezett változásokra térek ki, valamint elemzem azok okait és hatásait. Az orvoslás történetének vizsgálata egészen jogi tanulmányaim megkezdése óta fontos szeletét képezik érdeklődési körömnek, Tudományos Diákköri munkám, valamint szakdolgozatom is a téma egy- egy részletével foglalkoztak.

2. **Az orvosi felelősség fejlődésének nyomon követése:** Ebben a kérdéskörben az orvosi felelősség történeti előrehaladását vizsgáltam. Ide sorolandók a téma jogi keretei és a jogrendszerek jelenlegi szabályozásai is. Itt térek ki továbbá a felelősség különböző aspektusaira a szakmai, a szerződéses és kártérítési felelősségre.

3. **Összehasonlító elemzés különböző jogrendszerekben:** Eltérő jogrendszerek hasonlóságait és különbségeit vizsgáltam a felelősség szabályozásának összehasonlításával. Ebben a körben érintem az egyes jogrendszerek egyedi jellemzőit, azok kulturális, történelmi és a társadalmi szempontjait.

4. **A jogi szabályozás hatásainak vizsgálata:** Azt szerettem volna megérteni, hogy hogyan hat az orvos-beteg kapcsolatra a büntető és a polgári jogi szabályozás továbbá milyen vetülete van az orvosi gyakorlatra és az egészségügyi ellátás általános minőségére. Ennek érdekében az volt a vizsgálódásom tárgya, hogy a jogi keretek hogyan alakítják az orvosok és a betegek döntéseit, összességében pedig az egészségügyi rendszer egészének működését.

5. **Jogpolitikai javaslatok:** Az elvégzett kutatómunka eredményei nyomán javaslatokat fogalmaztam meg az orvos-beteg kapcsolat javítása, valamint a felelősség jogi szabályozásának fejlesztése érdekében, ügyelve arra, hogy a javaslatok ne csupán az egészségügyi ellátás komplex gépezetét, hanem az egészégügyben dolgozó személyek szükségleteit egyaránt figyelembe vegyék.

Az elvégzett vizsgálatok, elemzések rövid leírása, a feldolgozás módszere

Kutatómunkámat a releváns irodalom feltérképezésével kezdtem. Igyekeztem összegyűjteni a témában készült leginkább meghatározó hazai és külföldi anyagokat. Vizsgáltam a jogi tankönyveket, folyóiratcikkeket, tanulmányokat, konferencia-anyagot, doktori értekezéseket. Meghatározó szerepet játszottak munkám során az online adatbázisok és az elektronikus források. A tudományos jelleg megőrzése érdekében az elsődleges forrásokra összpontosítottam. A témában a törvények, rendeletek, bírósági határozatok és nemzetközi egyezmények a leginkább hiteles forrásokat biztosító anyagok, használatukra annak érdekében is szükség volt, hogy a témát minél inkább az objektivitás szemüvegén keresztül tudjam bemutatni. A másodlagos források közül a jogi tankönyvek és folyóiratcikkek segítették a jogi normák értelmezését, valamint értékes véleményeket és álláspontokat tartalmaztak a témát korábban feldolgozó szakemberek tollából. Ezenkívül a harmadlagos források, például jogi enciklopédiák és bibliográfiák hozzájárultak a releváns anyagok azonosításához és kutatásom hatékonyságának növeléséhez.

Az összegyűjtött anyagot jogi elemzésnek vetettem alá. Logikai értelmezésemben a jogi aktusok szövegén belüli szerkezetét és összefüggéseit elemeztem. Rendszertani vagyis szisztematikus értelmezés útján feltártam ezen aktusok helyzetét és funkcióját a tágabb jogrendszeren belül. Történeti értelmezésemben a jogi aktusok megalkotásának kontextusát és a jogalkotás mögött meghúzódó szándékokat vizsgáltam, végül teleologikus értelmezésemben felmértem a jogi aktusok célját és társadalmi hatását.

A kutatásom során esettanulmányokat is felhasználtam. Konkrét orvosi felelősségi eseteket vizsgáltam meg részletesen, oly módon, hogy az eset tényállását pontosan leírtam, a felmerülő jogi kérdéseket azonosítottam végül pedig a jogszabályok és a bírósági gyakorlat alapján a jogi megoldás meghatározásával az esettanulmányból levonható következtetéseket és tanulságokat fogalmaztam meg. Az esetek elemzése során fiktív példákat is igyekeztem felhasználni mert úgy gondolom így érthetővé és átláthatóvá tudtam tenni az egyes szabályozásokat.

A felelősségi szabályok elemzéséhez az összehasonlító jogi módszert választottam, mely segítségével mind a kontinentális, mind pedig a common law jogrendszert vizsgálatnak vetettem alá. A rendszerek kiválasztása után összehasonlítottam azok jogi szabályozásait és azonosítottam a hasonlóságokat, valamint a különbségeket. Ahhoz, hogy a különbségek mögött meghúzódó

okokat megérthessük, történelmi, kulturális, társadalmi és gazdasági tényezőket vettem figyelembe majd az egyes rendszerek jogi megoldásait hatékonyságuk, méltányosság és betegvédelmi képességük alapján értékeltem.

Kutatásom során a szakirodalom feltérképezésével azonosított forrásokon kívül jogi adatbázisokból, hazai és külföldi bírósági határozatokból, statisztikai adatokból, valamint orvosokkal, jogászokkal és egészségügyi szakemberekkel készült interjúkból merítettem. Mindezek mellett pedig az általam korábban elvégzett és jelenleg is folyamatban lévő képzések előadásain elhangzott elméleti és gyakorlati ismereteket is felhasználtam. Munkám során törekedtem a téma minél alaposabb és átfogóbb feltárására, a tudományos objektivitás és a módszertani szigorúság elveinek betartása mellett.

II. Az orvosi jogviszony és felelősség történeti áttekintése

A gyógyítás és ezzel együtt a hozzá kapcsolódó gyógyítói felelősség fogalma, egészen az ókorig visszanyúlnak. A kezdeti ősi vallási és mágikus szertartások lassacskán fejlődésnek indultak és a mai modern időkben, a technológiai vívmányok korában is tükrözik az elmúlt civilizációk változásait.

Az ókor

Az őskorig visszanyúló feljegyzések varázsigékkel, gyógynövényekkel és különböző szertartásokkal gyógyító módszerek leírását tartalmazták. Ekkortájt elsősorban a természet erejét hívták segítségül a gyógyítás során. Idővel és leleménnyel kezdték felismerni, hogy az egyes betegségeknek milyen tüneteik vannak és ezen tünetek kezelésének fontossága jelentette az orvoslás alapját. Az ókorban az orvoslás még szorosan összevonódott a vallással és a mágiával. Magát az orvost gyakran isteni gyógyítónak tekintették és úgy tartották, olyan hatalommal bír, amely révén élet és halál felett dönthet.[1] Ezt az időszakot jól jellemezte, hogy a betegek az orvosoknak alárendelt szerepben jelentek meg, úgy is mondhatjuk, hogy passzív szereplőként vettek részt a gyógyításban. Ebben a vallási és mágikus környezetben az orvos felelősségének kérdését is hasonló nézetek alakították. Elsősorban erkölcsi és vallási síkon mozgott a felelősség mércéje, a jogi szabályozás pedig még erőteljesen kezdetleges volt.

[1] Porter, R. (1997). The greatest benefit to mankind: A medical history of humanity from antiquity to the present. New York: W. W. Norton & Company. 21-25.o.

Mezopotámiában a Hammurapi törvénykönyvben (Kr. e. 1750 körül) már találunk utalásokat az orvosi beavatkozások következményeire. Példaként említhetjük a törvénykönyv 215-220. törvénycikkeit, melyek a sikertelen műtétekért szabtak ki büntetéseket.[2] Ez a szemléletmód a "szemet szemért" elven alapult, és nem vette figyelembe a gondatlanság vagy a szakmai hiba fogalmát.[3] A törvénykönyv elismerte az orvosi tevékenység fontosságát és egyfajta védelmet is biztosított az orvosoknak. A Hammurapi Törvénykönyvben megjelenő gyógyítókra vonatkozó törvények tehát a jogi felelősség és az orvosi etika korai példái. A leírások szerint, az orvosoknak nemcsak a betegek egészségéért kellett felelniük, hanem a társadalom által támasztott elvárásoknak is eleget kellett tegyenek. A törvények vizsgálata során arra a következtetésére jutottam, hogy azok világosan kifejezik, hogy a sikertelen beavatkozás nem csupán orvosi hiba, hanem jogi következményekkel járó cselekedet is egyben. Ebből a megközelítésből a szakmai felelősségvállalás korai formája vezethető le, melyek a modern orvosi etika alapjait is képezik. Tehát a törvények által előírt büntetések, mint például a kéz levágása, nemcsak az orvosok számára jelentettek figyelmeztetést, hanem a társadalom számára is egyértelmű üzenetet közvetítettek a szakmai felelősségvállalás fontosságáról. A büntetések mértékének és azok jellegének vizsgálatakor azok arra mutatnak, hogy a társadalom mennyire komolyan vette az orvosi beavatkozások sikerességét és hogy a betegek életének megóvása elsődleges fontosságú volt. Meg kell jegyeznünk azt is, hogy a törvények hozzájárultak a szakmai normák és elvárások kialakulásához, ezek pedig az elősegítették az orvosi gyakorlat fejlődését.

Az ókori Egyiptomban az orvoslás viszonylag fejlett volt és az orvosoknak jellemzően szigorú etikai normákat kellett betartaniuk. A legfontosabb források, mint a kb. Kr. e. 1550 körülre datálható Ebers-papirusz és a kb. Kr. e. 1600-ban keletkezett Smith-papirusz, részletes leírást tartalmaztak az orvosok elméleti és gyakorlatot alakító tudásáról.[4] A feljegyzések már arról is tanúskodnak, hogy a valaki nem megfelelően gyógyított, annak súlyos következményei lehettek és nem volt ritka akár a halálbüntetés sem. Az egyiptomi orvoslás paternalista hozzáállást tükrözött, lényeges jellemzője az volt, hogy a betegeknek nem volt sok beleszólása a gyógyítási folyamatba.

[2] Bottéro, J. (1995). Mesopotamia: Writing, reasoning, and the gods. Chicago: University of Chicago Press. 40-52.o.
[3] Kmoskó M. (1911). Hammurabi törvényei, Az erdélyi múzeum-egyesület jog-és társadalomtudományi Szakosztálya. 55. o.
[4] Győry H. (2013). Az Ebers papirusz rA-jb könyve és esettanulmányok (SsAw) műfaja, Magyar orvosi nyelv 2013, 1, 16–25.o.

Az első indiai orvosi szöveg a korai vaskorban keletkezett. „A Harvavéda” című mű részben mágikus és démonűző témákat, részben pedig növényi gyógyszerek leírását tartalmazta. A gyógynövények használata nemcsak Indiában, hanem Kínában is elterjedt volt, ezt tekintjük a tradicionális keleti orvoslás alapjának.[5] Az orvos kötelességeire és magatartására vonatkozólag modern felfogás élt már ez idő tájt is; pl. *„Szuszruta azt mondta, hogy az orvos, aki nem érti a belgyógyászatot és a sebészetet egyaránt, oly madárhoz hasonlít, melynek csak egy szárnya van;* továbbá hangsúlyozta - *hogy az orvos úgy szeresse betegeit, mintha saját gyermekei lennének*”[6]

A görögök gyógyító istenséget, Aszklépioszt híres, pálcára tekeredő kígyó szimbolizálta. Ez a motívum később a gyógyszerészek jelképévé is vált. Az ország különböző pontjain szentélyeket emeltek a nevében, ahol bódító anyagokkal „elaltatták” a betegeket, majd később gyógyszerekkel vagy sebészi beavatkozásokkal kezelték őket. Ebből az időszakból hiteles betegség- és esetleírások maradtak fenn, melyek i.e. 350 körül keletkeztek. Ezek már egyre inkább a modern orvostudomány felé mutatnak.[7] A források nem nyújtanak információt arról, hogy a betegek milyen díjazásban részesítették az orvosokat, Diodórosz beszámolója alapján azonban arra következtethetünk, hogy az ingyenes orvosi ellátás széles körben elérhető volt. *"Hadjárat idején vagy az országon belüli utazáskor mindnyájan gyógykezelésben részesülnek, anélkül, hogy sajátjukból kellene fizetniük; mert az orvosok az államtól kapják a fizetésüket."*[8]

Az ókori Görögországban Kr. e. 460-370 között megszületett az orvosi etika alapköve, a ma is ismert Hippokratészi eskü. Az eskü jelentősége, hogy a beteg érdekeit és az orvos kötelességét hangsúlyozta.[9] Az úgynevezett "ne árts" elv ekkor került először megfogalmazásra és mi sem bizonyítja jobban jelentőségét, mint hogy a mai napig az orvosi etika egyik legfontosabb alapelveként deklarálják. Ezt az időszakot jól jellemezte Hippokratész alakja, aki a megfigyelés és a tapasztalat fontosságát hangsúlyozta és elutasította a korábbi orvoslással kapcsolatos misztikus magyarázatokat. A kor filozófiai irányzatai a sztoicizmus és az epikureizmus szintén hatással voltak az orvostudomány területére. A Hippokratészi eskü szerepe véleményem szerint az egyik legmeghatározóbb pontja az orvosi etika fejlődésnek, ezért az eskü szövegének elemzésére a disszertáció egy külön fejezetében is kitérek.

[5] Http://www.egeszsegkalauz.hu/orvostortenet/az-orvoslas-tortenete-diohejban-az-ujkortol-napjainkig
[6] Http://mek.oszk.hu/03400/03410/html/5965.html
[7] Http://www.tudomanytortenet.hu/tankonyvek/a_kozegeszsegugy_tortenete/?kat=21&id=211
[8] Mayer Ferenc Kolos: Az orvostudomány története -Téka Könyvkiadó, Bp. 1988
[9] Edelstein, L. (1967). Ancient medicine: Selected papers of Ludwig Edelstein. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

A római jogrendszer jelentősége vitathatatlanul formálta az orvosi felelősség fejlődéstörténetét. Gondoljunk csak arra, hogy a római jog kodifikálta a „culpa”, vagyis a gondatlanság fogalmát, és megkülönböztette a "culpa lata" mint súlyos gondatlanság, a "culpa levis” mint enyhe gondatlanság és a "culpa levissima" mint úgynevezett igen enyhe gondatlanság fokozatait.[10] Ennek a kategorizálásnak köszönhetően lehetővé vált az orvosi hibák differenciált megítélése. A római jogot ekkoriban erőteljesen átjárta az orvosok felelősségre vonhatósága a betegeknek okozott károkért. A kategorizálás révén viszont a büntetés nagymértékben függött a gondatlanság fokától.

A középkor

A középkorban aztán az orvostudomány fejlődése fokozatosan lelassult. Az orvoslás ismételten a vallás befolyása alá került, a gyógyulást gyakran csodákra várták és az orvosi beavatkozások sokszor a hiten alapultak. Ugyanezen okokból a felelősség kérdése is a vallási dogmák és céhes szabályok berkein belül merültek fel. Az orvosokat előszeretettel tekintették a papi rendhez tartozóknak és ennek köszönhetően felelősségüket is elsősorban az egyház ítélte meg. Bár a céhek etikai kódexei biztosították az orvosok tevékenységének szabályozását a jogi felelősségre vonás viszonylag ritka volt ebben az időszakban.[11]

A középkor másik nagy jelentőséggel bíró fejlődésén az arab orvoslás ment keresztül. Az arab orvosok, mint például Avicenna (Ibn Sina) és Rhazes (Al-Razi), számos olyan új felfedezést tettek, melyek jelentősen hozzájárultak az orvostudomány fejlődéséhez.[12] Az arab orvoslás etikai elvei erőteljesen építenek a Hippokratészi esküre és az iszlám vallási tanításokra. A kort jól jellemezte az egyetemek fontos szerepe az orvosképzésben és az orvosi tudás terjesztésében. Az első orvosi egyetemek a 12. században jöttek létre Európában[13] és olyan etikai kódexeket dolgoztak ki az orvosok számára melyek már a felelősség kérdését is szabályozták.

A reneszánsz és a felvilágosodás

A reneszánsz és a felvilágosodás korában az orvosi felelősséget körülvevő kérdések is új megvilágításba kerültek. A tudományos gondolkodás térnyerése és a humanista eszmék ugyanis

[10] Borkowski, J. (2015). Textbook on Roman law. London: Bloomsbury Publishing. 325-360.o.
[11] Siraisi, N. G. (1990). Medieval & early Renaissance medicine: An introduction to knowledge and practice. Chicago: University of Chicago Press. 30-35.o.
[12] Pormann, P. E., & Savage-Smith, E. (2007). Medieval Islamic medicine. Washington, D.C.: Georgetown University Press.6-15.o.
[13] Ferngren, G. B. (2009). Medicine & health care in early Christianity. Baltimore: Johns Hopkins University Press.13-41.o.

ez idő tájt fejtették ki legnagyobb hatásukat. Az orvoslás fokozatosan elszakadt a vallástól és a szakmai tudás, a gondosság és a beteg érdekeinek figyelembevétele kezdett kibontakozni. Ezzel párhuzamosan a jogi szabályozás is fejlődésnek indult és megjelentek az első, kifejezetten az orvosi felelősséget szabályozó törvények is.[14] Ebben a korban indult meg az anatómiai ismeretek bővülése, amely forradalmasította a tudományágat. Mindez Andreas Vesalius nevéhez köthető, akinek 1543-as "De humani corporis fabrica" című műve pontos anatómiai leírásokat tartalmazott megalapozva ezzel a modern anatómiát.[15]

Az időben tovább araszolva, a felvilágosodás korában a kísérleti módszer térnyerése új lendületet adott a fejlődésnek. William Harvey 1628-ban fedezte fel a vérkeringést és ezzel lefektette a modern élettan alapköveit.[16] A felvilágosodás filozófiája, különösen John Locke és Jean-Jacques Rousseau eszméi nagy hatással voltak a betegjogok fejlődésére hiszen kialakult az a nézet, mely szerint a betegeket egyre inkább autonóm individuumokként kezdték kezelni, akiknek joguk van a saját testük feletti rendelkezésre.

A modern kor

A 19. és 20. században az orvostudomány rohamos fejlődésnek indult és ezzel párhuzamosan a betegjogok is egyre inkább erősödtek, ez pedig új kihívások elé állította az orvosi felelősség (jogi) szabályozását. A kártérítési jog fejlődése lehetővé tette a betegek számára, hogy kártérítést követeljenek az orvosi beavatkozások során elkövetett hibák miatt, emellett pedig a büntetőjog is fellépett eszköztárával a súlyos gondatlanságból elkövetett orvosi tévedések ellen.[17] A 19. században az orvostudomány specializálódása még inkább felgyorsult, ami nagy jelentőséggel bírt a felelősség megállapítása szempontjából is.

A 20. századot a rohamos technológiai fejlődés jellemezte, különösen az antibiotikumok felfedezése és a sebészeti beavatkozások térhódítása révén, jelentősen javult az egészségügyi ellátás színvonala. Ezen időszak második felében a betegjogok mozgalma nagymértékű hatást gyakorolt az orvos-beteg kapcsolatra, ugyanis a betegeket egyre inkább partnerként kezelték a

[14] Porter, R. (1997). The greatest benefit to mankind: A medical history of humanity from antiquity to the present. New York: W. W. Norton & Company. 163-170.o.
[15] O'Malley, C. D. (1964). Andreas Vesalius of Brussels, 1514-1564. Berkeley: University of California Press. 21-27.o.
[16] French, R. K. (1994). William Harvey's natural philosophy. Cambridge: Cambridge University Press.71-74.o.
[17] George B. Flanigan, Joseph E. Johnson, Daniel T. Winkler and William Ferguson- Experience from Early Tort Reforms: Comparative Negligence Since 1974 (The Journal of Risk and Insurance
Vol. 56, No. 3 (Sep., 1989), 525-534.o.

gyógyításban, akiknek joguk volt tájékoztatást kapni a betegségükről, a lehetséges kezelésekről, valamint a kockázatokról és mellékhatásokról egyaránt.[18]

A 21. század jellemzője az információs társadalom kialakulása melyből levezethető, hogy a betegek könnyen hozzáférhetnek az egészségügyi információkhoz akár az interneten keresztül is. Ez a jelenség növeli az orvos-beteg kapcsolatban az aszimmetriát melynek hatására az orvosoknak egyre inkább alkalmazkodniuk kell e változáshoz és partnerként kezelniük a betegeket.

Az orvosi felelősség alakulása az idők folytán

Az orvosi felelősség fogalma az idők folyamán jelentős változásokon esett át. Ahogy már említettük a kezdeti erkölcsi és vallási felelősség mellett fokozatosan kialakult a jogi felelősség is. A felelősség megjelenése és jogi vonatkozásai akkor merülnek fel, amikor olyan cselekményről van szó, amely veszélyt jelent a társadalomra.[19] Ilyen esetekben elengedhetetlenné válik az állami védekezés. A modern jogrendszerekben az orvosi felelősség megítélésében a következő elvek játszanak fontos szerepet:

- Gondossági kötelezettség: Az orvos köteles a beteg érdekében a tőle elvárható gondosság tanúsítására. A gondosság mértékét a szakma általánosan elfogadott standardjai, a tudományos ismeretek és a beteg egyéni körülményei együttesen határozzák meg.[20]
- Tájékoztatási kötelezettség: A tájékoztatási kötelezettség lényege, hogy az orvos köteles a beteget a betegségéről, a lehetséges kezelésekről, valamint a kockázatokról és a felmerülő mellékhatásokról megfelelő módon felvilágosítani. A beteg ugyanis csak a megfelelő, részletes tájékoztatás alapján tud szabadon dönteni az őt érintő kezelésről.[21]
- A beleegyezési kötelezettség szerint az orvos csak a beteg kifejezett beleegyezésével, engedélyével végezheti el az adott beavatkozást. A beleegyezésnek önkéntesnek, tájékozottnak és kifejezettnek kell lennie[22]
- A titoktartási kötelezettség lényege, a beteg egészségügyi adatainak bizalmasan történő kezelése. A titoktartási kötelezettség alól csak a törvényben meghatározott kivételek esetén lehet felmentést kapni.[23]

[18] Annas, G. J. (2003). The rights of patients. Carbondale: Southern Illinois University Press.1-27.o.
[19] Ujváriné Antal Edit: Felelősségtan, 2002, 14. o.
[20] Fézer Tamás: Betegjogok (Országos Kórházi Főigazgatóság, 2016) 13-19.o.
[21] Petkó Mihály: A beteg tájékoztatási jogáról és kötelezettségéről (MJ 2013/8., 500-507. o.)
[22] Petkó (MJ 2013/8., 500-507. o.)
[23] Petkó Mihály: Az orvosi titoktartási kötelezettségről (GJ, 2014/6., 20-26. o.)

Jól látható ahogyan a kezdeti misztikus és vallási megközelítéstől eljutottunk a modern jog keretéig és a felelősség alapvonaláig. Marton Géza úgy véli - a kötelességét elmulasztó hátrányos következményekkel való szankcionálása a felelősség alapja.[24] A beteg autonómiájának erősödése, a tájékoztatáshoz való jog és a kártérítési lehetőségek bővülése mind hozzájárult ahhoz, hogy az orvos-beteg kapcsolat egyenlőbbé és a betegek számára biztonságosabbá váljon.

A Hippokratészi eskü és az orvosi etika kezdete

Az orvosok szakmai magatartását az orvosi etika erkölcsi elvei szabályozzák. Az etika eredete az ókori Görögországig vezethető vissza. Ebben az időben a filozófia és az orvostudomány szorosan összekapcsolódott egymással, a gyógyítók célja a test és a lélek együttes kezelése volt. A Hippokratészi eskü, melyet hagyományosan Hippokratésznak, az "orvoslás atyjának" tulajdonítanak, az orvosetika egyik legkorábbi és legjelentősebb dokumentuma. Már keletkezési idejében mély hatással volt az orvosok gondolkodásmódjára, gyakorlatára és a mai napig megőrizte jelentőségét.

Bár az eskü pontos keletkezési ideje és szerzője napjainkban sem tisztázott teljes mértékben, a hagyomány Hippokratésznak (Kr.e. 460-370) tulajdonítja azt. A tudósok többsége egyetért abban, hogy az eskü valószínűleg nem egyetlen szerző műve, hanem fokozatosan alakult ki az ókori görög orvoslás fejlődése során, a Kr. e. 5. és a Kr. u. 4. század között.[25] A ma ismert szöveg nagy valószínűséggel a Kr. u. 3-4. századból származik.[26] A különböző változatok létezésének elméletét erősíti, hogy az eskü nem egy statikus dokumentum volt, hanem folyamatosan fejlődött és alkalmazkodott az orvostudomány, valamint a társadalom változásaihoz. Érdekessége, hogy az eskü a kosi orvosi iskola filozófiáját tükrözi, a racionális megközelítést és a beteg érdekeit helyezve előtérbe.[27] A kosi orvosokat jellemezte, hogy elutasították a mágiát és a babonákat, a betegségek természetes okainak feltárására törekedtek. A Hippokratészi eskü pedig ezt a szellemiséget alapul véve fogalmazza meg az orvosok etikai kötelességeit.

A Hippokratészi eskü szövege:

[24] Marton Géza: A polgári jogi felelősség (1993.) 14.o.
[25] Edelstein, L. (1967). Ancient medicine: Selected papers of Ludwig Edelstein. Baltimore: Johns Hopkins University Press.3-9.o.
[26] Nutton, V. (2012). Ancient medicine. London: Routledge.49-51.o.
[27] Mayer Ferenc Kolos dr.: Az orvostudomány története (Budapest, 1927) 76.-77.o.

„Esküszöm a gyógyító Apollónra, Aszklépioszra és Hügieiára és Panakeiára és valamennyi istenre és istennőre, akiket ezennel tanúkul hívok, hogy minden erőmmel és tehetségemmel megtartom következő kötelességeimet: tanáromat akitől e tudományt tanultam, úgy fogom tisztelni, mint szüleimet, vagyonomat megosztom vele, s ha rászorul, tartozásomat lerovom; utódait testvéreimnek tekintem, oktatom őket ebben a tudományban, ha erre szentelik magukat, mégpedig díjtalanul; továbbá az orvosi tudományt áthagyományozom fiaimra és azokra, akik az orvosi esküt leteszik, másokra azonban nem. Tehetségemhez és tudásomhoz mérten fogom megszabni a betegek életmódját az ő javukra, és mindent elhárítok, ami ártana nekik. Senkinek sem adok halálos mérget, akkor sem ha kérik, és erre vonatkozólag még tanácsot sem adok. Hasonlóképpen nem segítek hozzá egyetlen asszonyt sem magzata elhajtásához. Tisztán és szentül megőrzöm életemet és tudományomat. Sohasem fogok hólyagkövet operálni, hanem átengedem ezt azoknak, akiknek ez a mesterségük. Minden házba a beteg javára lépek be, s őrizkedni fogok minden szándékos károkozástól, különösen férfiak és nők szerelmi élvezetre használatától, akár szabadok, akár rabszolgák. Amit kezelés közben látok vagy hallok – akár kezelésen kívül is a társadalmi érintkezésben, – nem fogom kifecsegni, hanem titokként megőrzöm. Ha ezt az eskümet megtartom és nem szegem meg: örvendhessek életem fogytáig tudományomnak, s az életnek, de ha esküszegő leszek, történjék ennek ellenkezője.”[28]

Az eskü tartalma és értelmezése

A Hippokratészi Eskü több részből álló különböző etikai elveket közvetítő szöveg melyet az ókori görög társadalom akkori normái alakítottak. Egyes szempontok mára elavultnak hatnak vagy ellentmondásosnak tűnhetnek, ezért az eskü mai értelmezése során fontos a meghúzódó alapvető értékek figyelembevétele. Szerkezetét tekintve az eskü a következő összetevőkre bontható: a tanárok tisztelete, a beteg érdekeinek előtérbe helyezése, titoktartás, szakmai etika, valamint vallási és erkölcsi megfontolások.

Az eskü kezdő soraiban az orvos tiszteletet fogad tanítóinak (és családjának), akiket saját szüleivel egyenlőként tisztel. Ez a tisztelet anyagi támogatás nyújtásában is megnyilvánul. Az eskü ezen része jól ábrázolja az akkori hierarchikus viszonyokat, tükrözve a tudás átadásának fontosságát. Az ókori görög társadalomban ugyanis a mester-tanítvány kapcsolat szent köteléknek számított.[29]

[28] https://lexikon.katolikus.hu/H/hippokrat%C3%A9szi%20esk%C3%BC.html (letöltve: 2024.03.25)
[29] Barns JW. The Hipocratic oath. an early text. Br med j. 1964 aug 29;2(5408):567.

Központi elem a beteg érdekeinek elsődlegessége. Az orvos köteles a beteg javára eljárni, és tartózkodni minden olyan cselekedettől, amely ártalmas lehet számára. Ez az orvosi beavatkozások alapját képező "ne árts" elv a “primum non nocere”, amely a modern etika egyik legfontosabb alapelve is egyben.[30]

Az eskü tárgyalja, az orvos kötelességét a beteg bizalmas információinak megőrzése kapcsán. Pontosabban, *"Amit a gyógyítás során vagy azon kívül az emberek életében látok vagy hallok, és amit nem szabad kifecsegni, azt titokban tartom."* Ez a bizalom alapját képező elv, a mai napig fellelhető az orvos-beteg kapcsolatokban a titoktartási kötelezettség révén.[31] Az eskü említi a szakmai etika alapelveit is, mint például a kollégákkal való együttműködés, a szakmai tudás fejlesztése és a méltóságteljes viselkedés. Rávilágít arra, hogy az orvosoknak a tudomány és a betegek érdekeire tekintettel egymást segíteniük kell, kerülve a szakmai féltékenységet, rivalizálást. Ezen felül vallási és erkölcsi elemeket is tartalmaz, mint például az istenekre való eskütétel és bizonyos cselekedetek (pl. abortusz, eutanázia) tiltása. Ezek az elemek az ókori görög társadalom vallási és erkölcsi normáit hangsúlyozzák melyeknek ma már átalakulóban van a jelentésük, ugyanakkor felhívják a figyelmet az orvosi beavatkozások erkölcsi súlyára.[32] A szövegben említett felelősségi struktúrák, kérdések és a kilátásba helyezett szankciók a modern orvostudomány alapvető elemei, központi problémái. Meddig terjed az orvos felelőssége? Milyen elvárások fogalmazhatók meg vele szemben?

Az eskü modernkori relevanciája

A Hippokratészi Eskü elsőként határozta meg az orvosetika alapelveit létrehozva ezzel az orvosok egyetemes kódexét, melynek hatása a mai napig érezhető az orvosi gyakorlatban és az oktatásban egyaránt. Manapság egyes pontjai, például a vallási utalások kevésbé relevánsak, de az olyan alapelvek, mint a beteg érdekeinek prioritása, a titoktartás és a szakmai etika tiszteletben tartása továbbra is a legfontosabb zsinórmértékül szolgálnak a hivatás gyakorlása során. A napjainkban használatos eskü megfogalmazása némileg eltér az eredeti Hippokratészi szövegtől. Az eskütételnek az orvosok avatása során van jelentősége, ünnepélyes keretek között vállalják, hogy a tudományos ismeretek és saját lelkiismeretük által vezérelve, jövőbeli pácienseik legjobb érdekeit szem előtt tartva cselekednek majd. Álláspontom szerint, széles értelemben véve, az

[30] Kovács József - A modern orvosi etika alapjai, Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest (2025) 133-135.o.
[31] Fabrice Jotterand- The Hippocratic Oath and Contemporary Medicine: Dialectic Between Past Ideals and Present Reality? (2005) Journal of Medicine and Philosophy 30(1):107-28
[32] Laki Beáta dr., Szolcsányi Tibor dr., Tiringer István dr.- Jelentős változások a hippokratészi eskü, illetve a nemzetközi orvosi fogadalom szövegében (Orvosi hetilap- 2022.163. évfolyam, 23. szám 926–928.o.

orvosi jogviszony és az orvosi felelősség a doktorrá avatás napján, az eskü letételével kezdődik. Az eskü ugyanis egyfajta kötelezettségvállalásként is felfogható, ahol az egyik fél az orvos, míg a másik a jövőbeli beteg, a segítségre szoruló páciens. Jobbágyi Gábor jogdogmatikai szempontjait alapul véve azt mondhatjuk, hogy *„egyoldalú jogi kötelezettségvállalás, jognyilatkozat, ami kötelem keletkeztető hatással bír”*[33]

Az ókori görög források közül a Hippokratészi eskü mellett más írások is tanúskodnak az orvosi etika kezdeteiről. Platón és Arisztotelész filozófiai műveiben például etikai kérdéseket is felvetettek az orvoslás kapcsán.[34] Platón "Gorgiász" című dialógusában az orvos és a szofista közötti különbséget vizsgálta. Művében hangsúlyozta, hogy az orvos a beteg javát szolgálja, míg a szofista csak a saját érdekeit tartja szem előtt. Arisztotelész "Nikomakhoszi etika" írása pedig az erények fontosságát emeltek ki az orvosi gyakorlatban.[35]

A 2. századi görög orvos, Galénosz, számos etikai kérdést tárgyalt írásaiban az orvosok humanitárius kötelességei mellett érvelve.[36] Galénosz azt vallotta, hogy az orvosnak nemcsak a beteg testét, hanem a lelkét is gyógyítani kell, ennek érdekében pedig empátiával kell viszonyulnia a betegségektől szenvedőkhöz. Az ókori görög orvosi etika a racionális gondolkodásra, a beteg érdekeinek tiszteletben tartására és a szakmai integritásra épült, mely elvek a Hippokratészi eskü örökségeként tovább élve a mai napig meghatározzák az orvosi etikát.

Az orvos-beteg kapcsolat társadalmi szerepe az ókori és középkori időkben

Az orvos és betege közötti kapcsolat az orvostudomány történetének meghatározó szelete, kialakulására és változásaira nagy hatást gyakoroltak a társadalmi, a kulturális és a vallási nézetek. Az orvos-beteg kapcsolat az ókorban és a középkorban olyan változásokon mentek keresztül, melyek döntő fontosságúak a modern orvostudomány és az orvosi etika fejlődésének megértéséhez.

Az ókor

Az ókori társadalmakat jellemezte, hogy az orvoslás szorosan kapcsolódott a vallással és a mágikus elemekkel. A betegségeket gyakran isteni büntetésnek, a természetfeletti erők

[33] Jobbágyi Gábor- Polgári jogi kodifikáció- Az orvos-beteg jogviszonya az új Ptk.-ban VII.3. Szám
[34] Smith D.c.: The Hippocratic Oath and Modern Medicine. In: Journal of the History of Medicine and Allied Sciences, 1996 Oct;51(4):484-500.
[35] Egyed Péter -A szabadság a filozófiában - Pallas-Akadémia Kiadó, Csíkszereda, 2003. 21-22.o., 283.o.
[36] Drizis, Nikolaos: Medical ethics in a writing of Galen. In: Acta Medico-Historica Adriatica,(2008) Vol. 6(2):333-6

beavatkozásának vagy a testnedvek egyensúlyának felborulásaként értelmezték.[37] Az orvosok szerepe nem csupán a fizikai tünetek kezelésére korlátozódott, hanem a beteg lelki és spirituális jóllétének helyreállítását is magában foglalta.

A mezopotámiai társadalomban az orvosok az "asû" nevű papi kaszt tagjai voltak, feladatuk a gyógyítás mellett az asztrológia, a jóslás és a démonűzés gyakorlásai voltak.[38] Akkori felfogásuk szerint a betegségeket az istenek haragja, a démonok általi megszállottság idézhette elő, így a gyógyítás rituálékat, imákat és varázsigéket is magában foglalt. Az orvosok gyakran kérték az istenek segítségét a gyógyításhoz, a betegek pedig a templomokban kerestek gyógyulást bajaikra. Az akkori korszakot jellemezte, az orvosok magas társadalmi státusza, ehhez pedig jelentős felelősség is társult. A sikertelen gyógyítás súlyos büntetést vonhatott maga után, amennyiben bebizonyosodott, hogy a gyógyító nem megfelelően járt el a kezelés során.

Az ókori Egyiptomot a fejlett orvoslás jellemezte, ugyanakkor a gyógyítóknak szigorú etikai szabályokhoz kellett alkalmazkodniuk.[39] Az orvosok a fáraó és a nemesek szolgálatában álltak a gyógyítás pedig a templomokban és a palotákban zajlott. A betegségeket a mezopotámiaiakhoz hasonlóan ők is a természetfeletti erők, démonok vagy „rossz szellemek" működésének tulajdonították. Az orvosok a gyógynövényeken és sebészeti beavatkozásokon túl, alkalmaztak, varázslatokat és amuletteket továbbá a betegek a gyógyulás reményében áldozatokat is bemutattak az isteneknek. Nagy hitük volt a mágikus gyógymódokba.[40] A felelősséget illetően elmondhatjuk, hogy még nem rendelkeztek olyan összegyűjtött kódexel mint amilyen például a Hippokratészi eskü, de az összegyűjtött papirusz tekercsek már arról tanúskodnak, hogy a Corpus Hermitcum olyan feljegyzéseket tartalmazott, hogy a gyógyítóknak bizonyos keretek között volt mozgásterük, de alapvetően a bevett protokollokhoz kellett ragaszkodniuk. Ha egy beteg meghalt a kezelés során, és az orvos eltért a szigorú útmutatótól, azt súlyos cselekménynek tekintették. Ha a beteg négy napos kezelés után sem javult, az orvosok módosíthatták a kezelést.

A későbbiekben az ókori Görögországban az orvoslás fokozatosan elszakadt a vallástól és a racionális megközelítés kezdte meg térhódítását.[41] Hippokratész és követői a betegségek

[37] Keszler Borbála - Párhuzamok az ókori mezopotámiai orvoslás és a magyar orvosi emlékek szókincse között, Magyar orvosi nyelv 2023, 2, 58–60.o.
[38] Amundsen Darrel W.- Medicine, society, and faith in the ancient and medieval worlds. Baltimore: Johns Hopkins University Press. (2000) 308.o.
[39] Nunn, J. F. (1996). Ancient Egyptian medicine. Norman: University of Oklahoma Press. 26-34.o.
[40] Nunn, J. F. 96-113.o.
[41] Edelstein, L. (1967). Ancient medicine: Selected papers of Ludwig Edelstein. Baltimore: Johns Hopkins University Press. 205-246.o.

természetes okainak feltárására törekedtek ez pedig nem jelentett mást, minthogy a megfigyelésen és a tapasztalaton alapuló gyógyítást hangsúlyozták. A testnedvek egyensúlyának elmélete szerint a betegség a négy testnedv, a vér, a nyálka, a sárga epe és a fekete epe aránytalanságából ered, vagyis az egyensúlyuk megbomlásából. Az orvosok feladata ilyen formán a testnedvek egyensúlyának helyreállítása volt, amit diétával, gyógynövényekkel és más terápiák alkalmazásával elérhetőnek tartottak.[42] Az orvos-beteg kapcsolatban a bizalom és a kommunikáció fontossága emelendő ki és ahogy már említést tettünk róla, a Hippokratészi eskü megjelenésével megalapozta az orvosi etika alapelveit.

A rómaiak társadalmát jellemezte a görög orvoslás tudományos eredményeinek átvétele. A gyógyító tevékenység a római társadalom fontos szeletét képezte.[43] Ebben az időszakban az orvosok elsősorban a jómódú állampolgárok és a katonák szolgálatában álltak, a kevésbé tehetősek gyógyítása csak a későbbi időkben vált az orvosok tevékenységének részévé. A római társadalmat fejlettség jellemezte és ez a fejlődés egyértelműen tükröződik a közegészségügy felvirágzásában is. Már ebben az időben megjelentek a vízellátó rendszer és a nyilvános fürdők, melyek epidemiológiai szempontból is jelentőséggel bírtak. Az orvosok felelősségét tekintve a római jog a culpa fogalmának bevezetésével és a gondatlanság különböző szintjei közötti különbségtétellel differenciálta az elvárhatóság mércéjét.

A középkor

Az orvostudomány fejlődése a középkor folyamán megtorpant. Az orvosi gyakorlat egyre inkább újra összefonódott a vallással, a gyógyító tevékenységet végzők között sok volt a szerzetes, így a gyógyítás a kolostorok és a templomok falai közé korlátozódott. Ebben az időben a betegséget gyakran az isteni büntetés egy formájának tekintették, ezért imával és a szentek közbenjárásával keresték a gyógyulást.[44] A keresztény tanítások szerint a betegség a bűn következménye ezért, úgy hitték a gyógyulás a bűnbánat és az imádság által érhető el.[45] A szentek kultusza ezáltal még inkább elterjedt és a betegek hozzájuk fohászkodtak gyógyulásért. A kolostorokban kórházakat létesítettek, ahol szerzetesek ápolták a betegeket. Az orvoslás a caritas eszméjén alapult és ilyen formán az orvosok feladata a szenvedők megsegítése volt.

[42] Edelstein, L. 303-317.o.
[43] Jackson, R. (1988). Doctors and diseases in the Roman Empire. Norman: University of Oklahoma Press. 56-74.o.
[44] Siraisi, N. G. (1990). Medieval & early Renaissance medicine: An introduction to knowledge and practice. Chicago: University of Chicago Press.7-9.o.
[45] Amundsen, D. W. (1996). Medicine, society, and faith in the ancient and medieval worlds. Baltimore: Johns Hopkins University Press. 158-175.o.

Az arab világ középkori történeleme virágzó orvostudománnyal rendelkezett. Az olyan neves orvosok, mint Avicenna és Rhazes számos felfedezéssel, jelentős mértékben hozzájárultak az orvostudomány területének fejlődéséhez.[46] Az arab orvoslást a görög hagyományok és vallási tanítások integrálása jellemezte. Az orvosok kiemelt figyelmet fordítottak a pácienseik testi és lelki jólétére, kezeléseik komplexek voltak. Már ebben az időszakban kórházakat és orvosi iskolákat alapítottak a betegségek kezelésére és a tudás fejlesztésére. Emellett fontos kiemelni, hogy az arab világ a gyógyszerészet korai fejlődését is az orvostudomány egyik jelentős aspektusának tekintette.

Az orvos-beteg kapcsolat jellegzetességei az ókorban és a középkorban

Az ókorban és a középkorban az orvos-beteg kapcsolat számos olyan jellegzetességet mutatott, melyek eltérnek a mai modernkori felfogástól. Jellemző volt, hogy az orvosok magasabb társadalmi státuszban voltak, mint a betegek ezért a kapcsolatot ez az aszimmetria határozta meg. A betegek tisztelettel és engedelmességgel tartoztak az orvosoknak, tekintélyüket nem kérdőjelezhették meg ugyanis úgy tartották, hogy az orvosok a tudás birtokosai.[47] Következésképpen a betegeknek kevés beleszólásuk volt a gyógyítás folyamatába, az orvos döntött a kezelésről, a beteg feladata mindössze annyi volt, hogy kövesse az utasításokat. Kimondhatjuk tehát, hogy a beteg autonómiája nem volt elismert érték ebben az időben. Ugyanakkor a gyógyításban gyakran jelen voltak vallási és mágikus elemek, mint például imák, áldozatok és amulettek. Az orvosok gyakran papi vagy sámáni szerepet is betöltenek, megerősítve ezzel a gyógyítás természetfeletti erőkhöz való kapcsolódását. A gyógyulási folyamatba bevonták a közösséget is, a betegséget és a gyógyulást nem tekintették kizárólag személyes ügynek. Úgy vélték, hogy a család és a közösség tagjainak ápoló tevékenysége és az együtt imádkozás nagymértékben hozzájárulhat a gyógyuláshoz.

Elmondhatjuk tehát összességében, hogy az orvos-beteg kapcsolatot az ókorban és a középkorban az adott korszak társadalmi, kulturális és vallási normái erősen befolyásolták. Ennek eredményeként az orvosok jelentős szerepet töltöttek be közösségeikben. Fő tevékenységük a gyógyítás volt, amibe bele tartozott a fizikai és a szellemi jólét helyreállítása. Míg a mai orvos-beteg kapcsolat számos aspektusa az ókori és középkori gyakorlatból ered, a hangsúly mára a

[46] Peter E. Pormann & Emilie Savage-Smith (Ed.), Medieval Islamic Medicine, Nazariyat Journal for the History of Islamic Philosophy And Sciences, 1 (2014), pp. 174-179.o.
[47]prof. Schultheisz Emil- Az ókori medicina hagyományozódása az egyházatyáknál https://mek.oszk.hu/05400/05425/pdf/schultheisz_okorimedicina.pdf (letöltve: 2024.07.23)

történelmi értékekről a betegek autonómiájának, a tájékozott döntéshozatalnak és az együttműködésen alapuló partnerségnek az előtérbe helyezésére összpontosul.

Az orvoslás társadalmi megítélése

Az orvosok társadalmi megítélésének vizsgálata, az ókorban és a középkorban kettősséget mutat. Egyrészt megbecsülés járt nekik orvosi tudásuk és gyógyító képességeik okán; másrészt viszont gyakran gyanakodtak rájuk a betegség és a halál rejtélyeivel való kapcsolatuk miatt. A társadalmi státuszukat jelentősen befolyásolta a kulturális kontextus, az egyes időszakokban betöltött szerepük, valamint a kezeléseik hatékonysága is.[48] Az ókorban az orvosokat az istenek és az emberek közötti közvetítőnek tekintették, mivel a gyógyítás javarészt rituálékból és imákból tevődött össze. Alapvető követelmény volt a természetfeletti erők részvétele a betegek kezelésében, mindezzel misztikus jelenlétet adva a gyógyítóknak, jelentősen javítva társadalmi helyzetüket. A görög filozófia megjelenésével azonban az orvostudomány kezdett elhatárolódni a mágikus gyakorlatoktól egyre inkább a racionális megközelítés felé tolódva. Az orvosokat olyan tudósként kezdték elismerni, akik megfigyelést és logikát alkalmaztak a betegségek okainak megértésére és a hatékony kezelések kidolgozására.

A középkorban az orvoslás a kézművességhez hasonlóan gyakran családi hagyományként öröklődött tovább. Az orvosok a gyakorlatban tanulták a mesterséget a tudásukat pedig tapasztalati úton szerezték. Említésre méltó, hogy az orvosi céhek feladata volt ekkoriban szabályozni a szakma gyakorlását, mely keretén belül „minőségbiztosítási" feladatokat is elláttak a mesterek. Az ő feladatuk volt ugyanis a tanoncok képzése és fejlesztése. A korszak további jellemzője volt, hogy a tanult orvosok a gazdagok és hatalmasok szolgálatába kerültek, de a kolostorokba és az egyházakba a szegények és a rászorulók gyógyítását is vállalták a keresztény szeretet jegyében.[49]

A betegek szerepe és hozzáállása

Megállapíthatjuk, hogy az uralkodó társadalmi normák hatására a betegek szerepe is megváltozott az idők folyamán. Az ókorban és a középkorban a beteg jellemzően passzív szerepet vállalt a gyógyulásban, kérdés nélkül elfogadva az orvos döntéseit. A betegséget gyakran sorskérdésnek vagy isteni megtorlásnak tekintették így ennek okán vált jellemzővé, hogy a betegek beletörődtek a szenvedésbe. Betegségüket gyakran a bűn vagy a gonosz erők következményének tartották, ezért

[48] Buda József dr.- Az egészségtudomány története (2018) Pécs, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi kar, 31-56.o.
[49] Porter, Roy:Vér és virtus- Az orvostudomány rövid története (HVG Kiadó rt, 2003) 19-40.o.

szégyent és bűntudatot éreztek betegségükkel és saját magukkal kapcsolatban. A szenvedés elfogadása a vallási tanítások része volt és a betegek a túlvilági üdvösség reményében elviselték a fájdalmat. Az ókori kultúrákban a betegségben szenvedők gyakran áldozatokat mutattak be az isteneknek a gyógyulás reményében, valamint a gyógyító rituálékban is aktívan részt vettek, hittek a mágia és a természetfeletti erők erejében. A középkorban a betegek alázattal fordultak az orvosokhoz. A tudás és a hatalom birtokosainak tekintettek őket, ezért engedelmeskedtek utasításainak és nem kérdőjelezték meg döntéseiket sem.[50]

Elmondható tehát az orvos-beteg kapcsolatról, hogy az ókorban és a középkorban a korabeli társadalmi, kulturális és vallási normák köszönnek vissza vizsgálatuk során. Az orvosok kiemelt szerepe vitathatatlan volt a közösségekben. A gyógyítás a testi és lelki egészség helyreállítását egyaránt célozta és éppen ezért mondhatjuk, hogy a modern orvos-beteg kapcsolat számos eleme visszavezethető ezekhez a gyökerekhez. Az a véleményem, hogy a modern orvoslás etikai alapjainak mélyebb megértéséhez nagymértékben hozzájárul az orvos-beteg kapcsolat történeti fejlődésének megismerése.

Az orvosi tévedések kezelése és a felelősség kérdése az ókortól a középkorig.

Az orvoslás kialakulásával együtt jelentek meg a hozzá kapcsolódó felelősségi kérdések is. Az orvostudomány mindig is hordozott magában kockázatokat és ennek természetes velejárója a hibák előfordulása is. Ennek eredményeként az ókori és középkori társadalmak különféle módokat dolgoztak ki az orvosok felelősségének kezelésére és meghatározására. Az etikai és vallási normák mellett a jogi keretek is jelentősen befolyásolták az adott hibák értékelését.

Az ókor

Az ókori civilizációkat még átjárta a természetfeletti erőknek tulajdonított rendkívüli szerep, az elkövetett hibákat pedig általában a sorsnak vagy az orvosi ismeretek hiányának tudták be. Mivel a jogi szabályozás még nem alakult ki, a hibákért való felelősséget főként erkölcsi és vallási szempontok alapján ítélték meg. Fontos azonban megjegyezni, hogy már ebben az időszakban is megjelentek bizonyos törvények és iránymutatások az orvosi gyakorlat szabályozására és a hozzá kapcsolódó hibák következményeinek kezelésére.

[50] Siraisi, Nancy G.: Medieval and Early Renaissance Medicine: An Introduction to Knowledge and Practice (University of Chicago Press, 1990) 115-150.o.

Kr. e. 1750 körül Mezopotámiában Hammurapi Kódexének 215-220. cikkekben már felvázolta az orvosi gyakorlatok következményeit. Például, ha egy sebészeti beavatkozás kudarcot vallott és az a beteg szemének elvesztésével vagy halálával járt, az orvosra súlyos büntetés várt. A büntetések között a kéz amputálásának lehetősége is szerepelt.[51] Ez a szemet szemért elvben gyökerező büntető megközelítés nem vette figyelembe a hanyagság vagy a szakmai hiba tényezőit. A kódex a büntetések mellett elismerte az orvosi munka jelentőségét és bizonyos védelmet is kínált az orvosoknak. Ha egy beteg például, rabszolga volt és meghalt a műtét során, az orvosnak csak egy másik rabszolgával kellett kártalanítania a tulajdonost.

Az ókori Egyiptomot az orvoslás fejlettsége és szigorú etikai szabályokhoz való kötöttsége jellemezte.[52] A hibás gyógyítás akár halálbüntetést is vonhatott maga után. A Kr. e. 1550 körül keletkezett Ebers-papirusz [53] tartalmaz egy fejezetet az orvosi hibákról, ami felsorolja a különböző betegségek kezelésére alkalmas gyógyszereket és eljárásokat. A papirusz hangsúlyozza az orvosok felelősségét a betegek iránt és egyben útmutatásul szolgál a helyes diagnózis és a megfelelő kezelés alkalmazásához.

Görögországban, Hippokratész korában, Kr. e. 460-370 körül megszületett az orvosi etika alapja, a Hippokratészi eskü, amely a beteg érdekeit és az orvos kötelességét hangsúlyozta [54] és elsőként fogalmazta meg a ne árts elvet. Az orvosi hibákat a tudás hiányosságainak vagy a betegség súlyosságának tulajdonították és nem feltétlenül büntették az orvosokat. Hippokratész ugyanakkor hangsúlyozta a megfigyelés, a tapasztalat és a betegekkel való kommunikáció fontosságát az esetleges hibák elkerülése érdekében.

A felelősség kialakításában a római jog döntő szerepet játszott. Formalizálta és három szintbe sorolta a gondatlanság fogalmát. Ez a besorolás lehetővé tette az orvosi hibák árnyaltabb értékelését. A római jog szerint az orvosok felelősségre vonhatók voltak a betegeknek okozott károkért, de a következmények súlyossága a gondatlanság mértékétől függően változott. A római

[51] Kmoskó M. (1911). Hammurabi törvényei, Az erdélyi múzeum-egyesület jog-és társadalomtudományi Szakosztálya. 55-57. o.
[52] Nunn, J. F. (1996). Ancient Egyptian medicine. Norman: University of Oklahoma Press 113-121.o.
[53] *„Az Ebers-papirusz hieratikus egyiptomi írással készült, és az ókori egyiptomi orvoslás legkiterjedtebb és legjobb állapotban fennmaradt feljegyzése. A tekercs mintegy 700 mágikus formulát és népi gyógymódot, számos varázsigét tartalmaz, amelyek célja a betegséget okozó démonok elűzése volt, és az empirizmus hosszú hagyományáról is tanúskodik" – in.* Guerini, Vincenzo. A History of Dentistry from the Most Ancient Times Until the End of the Eighteenth Century
[54] Edelstein, L. 87-110.o.

jog ezen felül elismerte a vis maior elvét, mentesítve az orvosokat a felelősség alól, külső vagy elháríthatatlan körülményekre visszavezethető okok alapján.

A középkor

A középkor folyamán az orvostudomány fejlődésében újabb hanyatlás következett be. A terület erősen a vallás befolyása alá került így a kolostorok, templomok kapták a fő szerepet a gyógyító gyakorlatokban. A szerzetesek töltötték be az orvosi szerepeket, a betegségeket pedig gyakran isteni büntetésnek tekintették és szentek közbenjárásával remélték a gyógyulást.[55] Ebben az időszakban a vallási hiedelmek mellett a céhszabályok játszottak döntő szerepet a hibák értékelésében. A keresztény tanítások szerint, a betegségek a bűn következményei így hát a gyógyulás folyamata is a bűnbánattal és az imával kezdődik.[56] Az orvosi felelősség kérdéskörét is e nézetek határozták meg. Mivel a betegséget a bűn következményeként értelmezték, az orvos által elkövetett hibát is Isten akaratának tekintették. Ennek következtében nem volt jellemző az orvos felelősségre vonása sem. Ez az álláspont végül az orvosi céhek kialakulásával változott meg, melyek etikai kódexeket hoztak létre a szakmai magatartás szabályozására és egyben az orvosok felelősségre vonására. Európában a céhek felügyelték az orvosok tevékenységét és tevékenységi körükbe tartozott, hogy fegyelmi eljárásokat indítottak a szakmai szabályok ellen vétőkkel szemben.[57] A büntetések széles skálán mozogtak, a figyelmeztetéstől és pénzbírságtól a céhből való kizárásig terjedtek.

Az arab világban az orvosok felelősségre vonhatók voltak a betegeknek okozott károkért, a büntetés súlyossága pedig a hiba súlyától függően változott. Az arab orvoslás előnyben részesítette a klinikai megfigyeléseket és az alapos dokumentációt, ezeket kulcsfontosságúnak tartották a hibák okainak azonosításához. Ez a fajta szemlélet is tanúskodik magas fejlettségi szintjükről és tudományos gondolkodásmódjukról.

Az orvosi hibák kezelése az ókorban és a középkorban

Az orvosok által elkövetett hibák kezelése az ókorban és a középkorban is változatos képet mutatott és elsősorban a következő módszereket foglalta magában. Elsősorban vallási rituálék keretén belül a hibás gyógyításért az orvosok és a betegek egyaránt imádkoztak és áldozatokat

[55] Siraisi, N. G. 7-9.o.
[56] Amundsen, D. W. (1996). Medicine, society, and faith in the ancient and medieval worlds. Baltimore: Johns Hopkins University Press. 127-157.o.
[57] Ifj. dr. Lomnici Zoltán- Az orvosi jog és az orvosi jogviszony alapvonalai történeti és összehasonlító jogi elemzés- Doktori értekezés (2013) 9-12.o.

mutattak be az isteneknek, a gyógyulásért pedig szentekhez fohászkodtak és zarándoklatokat tettek megszentelt helyekre.[58] Másrészt már megjelent a kártérítés intézménye is ugyanis a Hammurapi törvénykönyvben már szerepel a kártérítés fogalma, amely alapján a hibás gyógyításért az orvosnak kártérítést kellett fizetnie a beteg részére. A kártérítés mértéke a beteg társadalmi státuszától és a kár súlyosságától függött,[59] ugyanakkor a súlyos orvosi hibákat ennél szigorúbban büntették, akár halállal is súlytható volt a gyógyító. További büntetési nemek voltak még a testi fenyítések, a pénzbírság vagy szabadságvesztés.

Fontos kiemelni a céhek által végzett fegyelmi eljárásokat. A középkorban az orvosi céhek feladata volt a hibázó orvosokkal szembeni fegyelmi eljárás megindítása, melynek következménye a céhből való kizárás is lehetett. A céhek etikai kódexek alapján folytatták le ezen eljárásaikat, a kódexek pedig amellett, hogy leírták a fegyelmi eljárás lépéseit, aprólékosan szabályozták a gyógyszerek összeállítását, az eladásra megengedett mennyiségeket és a hamisított termékek értékesítésével kapcsolatos büntetéseket egyaránt.[60]

Az orvosi felelősség az ókorban és a középkorban

Az orvosi felelősség fogalma az ókorban és a középkorban jelentősen eltért a ma ismert fogalomtól, a hangsúly ugyanis nem a beteg autonómiáján és a tájékoztatáson alapuló döntéshozatalán volt, hanem az orvos tekintélyén és szakmai tudásán alapult. A betegek szerepe gyakran passzív volt a gyógyításban, hiszen az orvosok a tudásuk és a gyakorlatuk okán „feljebb álltak a ranglétrán" ezért a betegek engedelmességgel tartoztak nekik. Amennyiben mégis sor került felelősségük megállapítására, úgy azt elsősorban a szakmai tudás és tapasztalat alapján ítélték meg.[61] Meg kell azonban jegyezni, hogy az orvosoknak nem csak a betegek testi egészségéért, hanem a lelki jóllétéért is felelősséget kellett vállalniuk. Az orvosi etika elődjének korai megjelenése fontos szerepet játszott a hibák megítélésében is, ugyanis az orvosoknak erkölcsileg fedhetetlennek kellett lenniük.[62] Az orvosi felelősség ugyanakkor korlátozott volt az ókorban és a középkorban, az orvosokat ugyanis nem tartották felelősnek a betegség természetes

[58] Jackson Mark.: The Oxford Handbook of the History of Medicine (Oxford University Press, 2012) 40-60. o
[59] Conrad, Lawrence I., Neve, Michael, Nutton, Vivian, Porter, Roy, Wear, Andrew: The Western Medical Tradition: 800 BC to AD 1800 (Cambridge University Press (1995) pp 556
[60] García-Ballester, Luis: Medical Licensing and Learning in Fourteenth-Century Valencia (Transactions of the American Philosophical Society, (1990), (Vol. 79, Part 6): 597
[61] Nutton, Vivian: Ancient Medicine (Routledge, 2004) 300-350. o.
[62] Amundsen, Darrel W.: The Physician's Obligation to Prolong Life: A Medical Duty Without Classical Roots (Hastings Center Report, 1978) Vol. 8, No. 4 pp. 23-30

lefolyásáért, és azért sem, ha a beteg nem követte utasításaikat és ennek következtében romlott le az állapota.

A tudományos orvoslás megjelenése és hatása a jogviszonyra az újkorban

A modern kor elején a reneszánsz és a humanizmus eszméi nagy hatással voltak a gondolkodásmódra és a tudományokra. A reformáció vallási újjáéledése kiterjesztette az orvostudomány lehetőségeit, a hagyományos skolasztikus szemlélet visszaszorult, helyébe a megfigyelésen, kísérletezésen és kritikai gondolkodáson alapuló tudományos módszerek léptek. Ez a szemléletváltás alapvetően változtatta meg az orvostudomány megértését és új alapot teremtett a gyógyító gyakorlatokhoz. Megkezdődött a több pillérből összetevődő tudományos orvoslás kibontakozása. Az orvostudomány fejlődése a jogi szférát is befolyásolta, új szabályozási standardokat és etikai dilemmákat bevezetve a gyakorlatba.

Az emberi test boncolása a középkorban még tiltott volt, így az anatómiai ismeretek elsősorban Galénosz ókori írásaiból[63] származtak, azonban ezek számos tévedést tartalmaztak. A későbbiekben a reneszánsz idején Andreas Vesalius Flamand orvos a saját boncolásai alapján megírta, *De humani corporis fabrica* című művét, amely már pontos anatómiai ábrákkal illusztrálva mutatta be az emberi test felépítését. Ez a munka alapjaiban rengette meg a korábbi elképzeléseket, új korszakot nyitva ezzel az anatómia történetében.[64] William Harvey angol orvos a 17. században fedezte fel a vérkeringést, ezzel pedig megdöntötte Galénosz elméletét a vér mozgásáról. Harvey kutatásai jelentősen javították az ember testi funkcióinak megértését, munkásságát a kísérleti fiziológia kezdetének is tartjuk. A 17. században Anton van Leeuwenhoek holland természettudós baktériumokat és más apró élőlényeket figyelt meg mikroszkóppal.[65] A mikroszkóp fejlesztése elősegítette a mikroorganizmusok felfedezését és új utat nyitott a betegségek okainak megismeréséhez. Ebben a felfokozott tudományos környezetben új gyógymódok és terápiák is megjelentek. Paracelsus svájci orvos a 16. században a kémiai anyagok gyógyításban való alkalmazásának úttörőjévé vált, hitvallása szerint elvetette a hagyományos, humorális patológián alapuló gyógymódokat, helyettük ásványi anyagokat és gyógynövényeket

[63] *„Rendszere, a galenizmus 1500 esztendőn át vezérelte az orvoslást, és az orvostud. megszemélyesítője volt. - A célszerűség elvéből indult ki. Nem volt ker., de egy Istent hitt, s vallotta, hogy Isten mindent célirányosan és tervszerűen irányít, s a legalkalmasabb eszközöket választja ki. Emiatt, bár →Hippokratészt akarta követni, kísérletei közben mást látott. Embert vsz. sohasem boncolt, vizsgálatait és kísérleteit állatokon, majmokon végezte, s eredményeit ellenőrzés nélkül vitte át az emberre."* - https://lexikon.katolikus.hu/G/Gal%C3%A9nosz.html (letöltve: 2023.05.12)

[64] O'Malley, Charles Donald: Andreas Vesalius of Brussels, 1514-1564 (University of California Press, 1964) 21-28.o.

[65] Gregory, Andrew: Harvey's Heart: The Discovery of Blood Circulation (Icon Books, 2001) 111-139. o.

alkalmazott.[66] A 18. században Edward Jenner angol orvos kifejlesztette a himlő elleni oltást, amely a modern immunológia alapjait fektette le.[67]

Az orvostudomány fejlődése mellett az orvosképzés formalizálása is gyorsan ívelt felfelé. Orvosi egyetemeket és akadémiákat alapítottak a tudományos ismeretek egységes terjesztésére és a képzés minőségének javítására. Ezeket az intézményeket úgy alakították ki, hogy elősegítsék az "önkormányzást", betartva az egységes etikai normákat a szakma berkein belül. Az orvosi gyakorlat engedélyezése és a gyógyszertárak fokozott felügyelete miatt egyre jelentősebbé vált az állam szabályozó tevékenysége ezen a területen.[68]
A felvilágosodás alapelvei, az emberi jogok és a személyes autonómia hangsúlyozása átalakították az orvos-beteg viszonyt. A betegek jogai kerültek előtérbe, ideértve a tájékozott beleegyezés jogát, a kezelés visszautasításának jogát és a titoktartáshoz való jogot egyaránt.[69] Miközben a tudományos orvoslás fejlődése javította az orvosi beavatkozások hatékonyságát, rávilágított az orvosi hibákkal és a felelősséggel kapcsolatos aggályokra is. A 18. századtól megszaporodtak az orvosi hibák miatti perek, ez pedig az orvosi felelősségre vonatkozó átfogó jogi szabályozás megalkotását sürgette.[70]

Az orvostudomány fejlődése alapvető változásokat idézett elő az orvosok társadalmi szerepében is. Az orvos etikai kötelessége már kiterjedt a társadalmi felelősségvállalásra, beleértve a járványok megelőzését és az elszegényedtek gondozását egyaránt.[71]

Az orvosi szakma szabályozásának kezdetei az újkorban

Az újkor hajnalán a jog szerepe felértékelődött, annak érdekében, hogy biztosítsák a betegek biztonságát és a gyógyítás színvonalát, szükségessé vált az orvosi hivatás szabályozása. Az orvosképzés szabályozása és a vizsgák bevezetése egyrészt a szakmai tudás ellenőrzését és a minőségi gyógyítás biztosítását szolgálta, másrészt pedig az orvosi munkavégzés engedélyhez kötése és a kamarák felügyeleti tevékenysége segített megakadályozni, hogy szakképzetlen személyek gyógyítsanak. Végső soron a szabályozás célja a betegek érdekeinek védelme, az orvosi

[66] Pagel, Walter: Paracelsus: An Introduction to Philosophical Medicine in the Era of the Renaissance (Karger Medical and Scientific Publishers, (1982) 126-202. o.
[67] Hopkins, Donald R.: The Greatest Killer: Smallpox in History (University of Chicago Press, 2002) 35-49. o.
[68] Porter, Roy: The Cambridge History of Medicine (Cambridge University Press, 2006) 211-238.o.
[69] Faden, Ruth R., Beauchamp, Tom L.: A History and Theory of Informed Consent (Oxford University Press, 1986) 39-41. o.
[70] Starr, Paul: The Social Transformation of American Medicine (Basic Books, 1984) 335-378.o.
[71] Rosen, George: The Evolution of Social Medicine (In: Freeman, Howard E., Levine, Sol, Reeder, Leo G. (eds.): Handbook of Medical Sociology, Prentice-Hall, 1972) 30-39.o.

hibák megelőzése és a kártérítési felelősség biztosítása volt.[72] A szabályozás fő eszközei közé tartozott többek közt, az egyetemek és kamarák megjelenése. Az orvosi egyetemek az orvosképzés központjaivá váltak, ahol a hallgatók elsajátíthatták a legújabb tudományos ismereteket. Az orvosi kamarák pedig az orvosok működésének létfontosságú szerveivé váltak olyan feladatkörökkel, mint az orvosok nyilvántartása, a vizsgáztatás, a fegyelmi ügyek intézése, valamint a betegek panaszainak kivizsgálása. A kamaráknak jelentős szerep jutott a szakmai etikai normák kialakításában és betartatásában egyaránt. Az orvosi gyakorlat engedélyhez kötése a 17. században kezdett elterjedni. Az engedély megszerzéséhez az orvosoknak bizonyítaniuk kellett szakmai felkészültségüket, általában egyetemi végzettséggel és vizsgával, mely szabályozás a sarlatánok kiszűrését és a betegek védelmét egyaránt szolgálta. Az orvosi vizsgák bevezetése az orvosképzés színvonalának ellenőrzését és a szakmai minimumkövetelmények betartatását célozta e feladat pedig az orvosi kamarákra hárult.[73]

Az orvos-beteg kapcsolatot átitatta a felvilágosodás eszméinek, az emberi jogok megjelenésének és a személyes autonómia kibontakozásának előtérbe kerülése. A betegek jogainak elismerése egyre inkább meghatározóvá kezdett válni, az orvos paternalisztikus szerepe pedig fokozatosan háttérbe szorult.[74] Ez a folyamat a beteg önrendelkezési jogának és az orvos-beteg kapcsolatban a partnerség elvének erősödéséhez vezetett, ezzel megindítva a betegek joginak kialakulását. A betegeknek joguk volt ahhoz, hogy teljes körű és érthető tájékoztatást kapjanak az egészségi állapotukról, a javasolt kezelésről, annak lehetséges alternatíváiról, valamint a kezeléssel járó kockázatokról és mellékhatásokról. Ennek alapja az a feltevés volt, hogy a beteg csak a megfelelő tájékoztatás birtokában dönthet a kezelés elfogadásáról vagy elutasításáról. Az informált beleegyezés elvének kezdeti megjelenése és kialakulása a beteg autonómiájának elismerését jelentette és az orvos-beteg kapcsolatban a partnerség irányába mutató jelentős mérföldkő volt.[75] A betegnek ahhoz is joga volt, hogy megtagadja a kezelést még akkor is, ha az életmentő lett volna. A kezelés megtagadásának joga a beteg önrendelkezési jogának fontos elemét képezte. A másik oldalt vizsgálva az orvos köteles volt tiszteletben tartani a beteg döntését, kivéve, ha az más személyek egészségét vagy biztonságát veszélyeztette például fertőző betegségek esetén. Az orvost titoktartási kötelezettség terhelte a beteg egészségi állapotát, a kezelés során szerzett

[72] Birtalan Győző: Európai orvoslás az újkorban. Budapest: Orvostörténeti Közlemények – Supplementum 15-16, 1988.
[73] ifj. dr. Lomnici Zoltán: Az orvosi jog és az orvosi jogviszony alapvonalai. Történeti és összehasonlító jogi elemzés. Doktori értekezés, Pécsi Tudományegyetem Állam- és Jogtudományi Kar (2010) 17-18.o.
[74] ifj. dr. Lomnici Zoltán: 107.o.
[75]Foucault, Michel: The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception. New York: Pantheon Books, (1973) 43-49.o.

információkat és személyes információkat illetően. A titoktartás a beteg bizalmának megtartása és személyiségi jogainak védelme érdekében a mai napig elengedhetetlen.

A tudományos fejlődés az orvosi beavatkozások hatékonyságának növekedését is eredményezte, új irányba terelve az orvosi hibák és a felelősség kérdését. A 18. századtól kezdődően megszaporodtak az orvosi műhiba miatti perek ezért a felelősség jogi szabályozásának életre hívása egyre sürgetőbbé vált.[76] A korai újkorban az orvosi felelősség megítélése még számos nehézségbe ütközött ugyanis a 18. századig nem voltak egységes szakmai szabványok a gyakorlatra vonatkozóan, ez pedig megnehezítette az orvosi hibák megállapítását. A betegségek okai és a gyógyítás hatásmechanizmusa még nem volt egészen világos így nehéz volt bizonyítani az orvos mulasztását vagy tévedését. Gyakran a betegek sem mertek pert indítani az orvosok ellen, mert attól tartottak, hogy a továbbiakban nem kapnak megfelelő ellátást. Az orvosi szakma szabályozása tehát az újkorban nem csak jogi, hanem etikai kérdéseket is magával hozott. A hippokratészi eskü alapelvei az újkorban is meghatározók maradtak, ám a tudományos és társadalmi változások az eskü egy másfajta értelmezését tették szükségessé. Az új etikai kódexek megjelenésének következtében az orvosi etika és a jog szorosan összefonódtak egymással. A kódex szabályozta a betegjogokat, az orvosi titoktartást és az orvosi felelősséget míg[77]a jogi szabályozás keretet adott az orvosi tevékenységnek, az etikai normák révén pedig iránymutatásul szolgált az orvosok számára a helyes döntések meghozatalában.

Az orvosi felelősség jogi kereteinek kialakulása különböző országokban az újkorban

Az újkorban folytatódott a gyógymódok és eljárások hatékonyabbá válásának folyamata, ami növelte az orvosi hibák kockázatát, új kihívások elé állítva a jogalkotót.

Az orvosi felelősség jogi alapja a kártérítési jog. A kártérítési felelősség általános elvei szerint, aki másnak jogellenesen kárt okoz, köteles azt megtéríteni. Az orvosi felelősség esetében a kárnak a beteg egészségében, testi épségében vagy életében bekövetkezett sérelemét értjük. A kártérítési felelősség eleme a jogellenesség, ez pedig az orvos szakmai gondosságának elmulasztásában áll. A szakmai gondosság azt jelenti, hogy az orvosnak a beteg gyógyítása során az adott helyzetben elvárható gondossággal kell eljárnia.[78] Az orvosi felelősség megállapítása azonban korántsem

[76]Bynum, W. F., & Porter, Roy (szerk.): Companion Encyclopedia of the History of Medicine. London: Routledge, (1993) 33-47.o.
[77] Porter, Roy: The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity. New York: W. W. Norton & Company, (1997) 668-699.o.
[78] Barzó Tímea: Felelősségi alapkérdések az egészségügyben. Opuscula Civilia, 2019.

ennyire egyszerű, ugyanis számos bizonyítási nehézségbe ütközik. A betegnek bizonyítania kell, hogy az orvos megsértette a szakmai gondosság követelményét és ez okozta a kárt. A bizonyítás gyakran nehéz, mivel a betegségek okai és a gyógyítás hatásmechanizmusa összetett és nem mindig állapítható meg egyértelműen, hogy az orvos hibázott-e az ellátás során.[79] Az újkorban az európai országokban különböző jogi megoldások alakultak ki az orvosi felelősség kérdésében.

A francia jogban az orvos felelőssége a szerződésszegésen alapult, amely abban állt, hogy az orvos és a beteg között létrejött egy hallgatólagos szerződés, miszerint az orvos vállalta, hogy a beteget a tőle telhető legjobb tudása szerint gyógyítja. Ha az orvos megsértette ezt a kötelezettségét, akkor szerződésszegést követett el ennek következtében pedig kártérítésre volt kötelezhető.

Az angol jogban az orvosi felelősség a gondatlanságon alapult. Az orvosnak a beteg gyógyítása során az adott helyzetben elvárható gondossággal kellett eljárnia, amennyiben pedig az orvos gondatlanul járt el és ez okozta a beteg kárát, akkor kártérítést kellett fizetnie.

A német területeken az orvosi felelősség alapját a vétkesség képezte. Eszerint az orvosnak csak akkor volt kártérítési kötelezettsége, ha a beteg kárát szándékosan vagy gondatlanul okozta.[80]

A 18. században a felvilágosodás eszméi hangsúlyozták az egyén szabadságát és önrendelkezését melyek hatással voltak az orvosi felelősség jogi szabályozására is.[81] A betegek egyre inkább partnerként tekintettek az orvosra és elvárták a megfelelő tájékoztatást a kezelésről és annak kockázatairól.

A 19. században jelent meg az orvosi felelősségbiztosítás, melynek célja elsődlegesen az volt, hogy az orvosokat anyagi védelemben részesítse a kártérítési igényekkel szemben.[82] Ez jelentős mérföldkő volt az orvostudomány és a jog viszonyában. Mivel az orvosi beavatkozások természetüknél fogva kockázatosak a 19. században egyre gyakoribbá váltak a műhibaperek. A felelősségbiztosítások anyagi védelmet nyújtottak az orvosoknak a betegek által indított kártérítési igényekkel szemben és lehetővé tette számukra, hogy nyugodtabban, a betegellátásra koncentrálva végezzék munkájukat.[83] A biztosítás bevezetése a betegek számára is nagyobb biztonságot

[79] ifj. dr. Lomnici Zoltán: 57.o.
[80] ifj. dr. Lomnici Zoltán. 58.o.
[81] Porter, Roy: The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity. Harper Collins, (1997) 668-670.o.
[82] Bynum, W. F., & Porter, Roy (szerk.): Companion Encyclopedia of the History of Medicine. Routledge, (1993.) 1373-1380.o.
[83] Takáts Péter: Szakmai felelősségbiztosítások (KK, 2019/5-6., 30-37. o.)

jelentett, egyrészt növelte az orvosi ellátásba vetett bizalmat [84] másrészt ösztönözte az orvosokat a szakmai fejlődésre, a minőségi ellátás nyújtására. A biztosítók akár kedvezőbb díjakat is kínálhattak azoknak az orvosoknak, akik rendszeresen részt vettek továbbképzéseken és betartották az orvosi protokollokat.[85] Az orvosi felelősségbiztosítás bevezetése hatással volt a jog fejlődésére is. A bíróságoknak egyre több olyan üggyel kellett foglalkozniuk, melyek orvosi műhibákkal voltak kapcsolatosak. A bírói gyakorlat egyre inkább kikristályosodott, meghúzva ezzel az orvosok felelősségének élesebb határvonalait.[86] Fontos megjegyezni, hogy a 19. században az orvosi felelősségbiztosítás még gyerekcipőben járt, kezdetleges volt és a maihoz képest jóval korlátozottabb volt a fedezet, bevezetése ugyanakkor fontos lépcsőfok volt a modern egészségügyi ellátórendszer kialakulása felé.

Az orvoslás és az orvosi felelősség 20. századi változásai

A 20. században az orvostudomány robbanásszerű fejlődésének indult, mely időszak egyben az emberiség történetének is fordulópontját jelentette. A két világháború borzalmai, a hidegháború és a globalizáció társadalmi változások sorozatát indították el. Ezzel párhuzamosan pedig a tudományos felfedezések és a technológiai újítások példátlan mértékben javították az emberek egészségét és életkilátásait. Mindemellett az orvosi jog is fejlődésnek indult, melyet jelentősen alakított a náci orvosi kísérletek, (Nürnbergi Kódex, 1947; Helsinki Nyilatkozat, 1964) az emberi jogi mozgalmak, a feminista mozgalom és a fogyasztóvédelmi mozgalmak hatásai.

A II. világháború és a Nürnbergi Kódex

A II. világháború során, különösen a náci koncentrációs táborokban végzett orvosi kísérletek a mai napig mélyen éreztetik hatásukat. Ezek a tragikus események hozták felszínre az orvosi etika fontosságát és a betegjogok védelmének szükségességét. Életre hívtak egy olyan szabályozást, melynek célja, hogy az átéltek ne ismétlődhessenek meg és csupán a történelem részét képezzék. A háború után a náci háborús bűnösök felett - köztük azok felett az orvosok felett is, akik részt vettek az emberkísérletekben - a Nürnbergi Törvényszék ítélkezett. A per eredményeként megszületett a Nürnbergi Kódex, amely az emberen végzett orvosi kísérletek etikai és jogi alapelveit rögzítette. A Kódexben deklarálásra kerültek olyan elvek, mint a tájékoztatáson alapuló

[84]A felelősségbiztosítások szerepe, jelene és jövője magyarországon - Mabisz (https://mabisz.hu/wp-content/uploads/2018/08/biztositas-es-kockazat-2-evf-3-szam-5-cikk.pdf) (letöltve: 2024.06.21)
[85] https://dea.lib.unideb.hu/bitstreams/cfaae811-f0bc-44ab-b67d-d04cd53f7708/download (letöltve: 2024.03.25)
[86] ifj. dr. Lomnici Zoltán: 16.o.

beleegyezés, a kísérlet tudományos megalapozottsága és a résztvevők jólétének elsőbbsége.[87] Ez az orvosi etika és a jog történetében egyaránt meghatározónak számított. Az alapelvek számos nemzetközi egyezményben és nemzeti jogszabályban visszaköszönnek és iránymutatást jelentenek napjainkban is orvosi kutatásokban.[88]

A II. világháború után a Kódex megjelenése okán a betegeket már nem csupán passzív "alanyként" kezelték, hanem aktív résztvevőként ismerték el az orvosi döntéshozatalban. A tájékoztatáson alapuló beleegyezés elve a 20. század második felében vált az orvosi etika és jog egyik alapvető követelményévé. Eszerint az orvosoknak kötelességük a betegeket teljeskörűen tájékoztatni az egészségi állapotukról, a javasolt kezelésekről, a lehetséges kockázatokról és alternatívákról, valamint csak a beteg tájékozott beleegyezése után végezhetnek el bármilyen beavatkozást.

A betegjogok kodifikációjának következtében számos nemzetközi egyezmény és nemzeti jogszabály született, a betegjogok rögzítése és védelme érdekében. Ezek között kiemelkedő jelentőségű az Európa Tanácsnak az emberi jogokról és a biomedicináról szóló Oviedo-i Egyezménye (1997), ami többek között a tájékoztatáson alapuló beleegyezés, a magánélet tiszteletben tartása és a genetikai adatok védelmének elvét rögzíti.[89]

A 20. század hajnalán olyan új orvosi technológiák jelentek meg, melyek gyökeresen megváltoztatták a gyógyítás lehetőségeit. Az antibiotikumok felfedezése forradalmasította a fertőző betegségek kezelését. Az antibiotikum kúrák alkalmazása azonban olyannyira megszokottá vált, hogy hamarosan előtérbe került az antibiotikum-rezisztencia problematikája. A kezdeti időszakban az antibiotikumok csodaszerként hatottak ezért széles körben alkalmazták őket, gyakran indokolatlanul is. Ez a tendencia, valamint az állattenyésztésben való túlzott használatuk rezisztens baktériumtörzsek kialakulásához és elterjedéséhez vezetett. A jogalkotó feladata volt, hogy szabályozza az antibiotikumok felhasználását, megakadályozva ezzel a rezisztencia kialakulását.[90] Ennek okán számos intézkedés született, például az antibiotikumokat a legtöbb országban receptkötelessé tették, így csak orvosi javaslatra lehetett hozzájuk jutni. Ez segített csökkenteni a felelőtlen és túlzott használatukat.[91] A kórházakban is szigorúbb irányelveket

[87] British medical journal No 7070 Volume 313: Page 1448, 7 december 1996.
[88] Shuster, Evelyne: Fifty Years Later: The Significance of the Nuremberg Code. The New England Journal of Medicine, 1997.
[89]Az Európa Tanácsnak az emberi jogokról és a biomedicináról szóló Oviedo-i Egyezménye (1997): https://rm.coe.int/168007cf98 (letöltve: 2024.12.06)
[90] https://immunologus.hu/2020/06/03/antibiotikumok-bakteriumok-rezisztencia/ (letöltve: 2024.09.27)
[91]Antibiotic use in humans - WHO (https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antibiotic-resistance) (letöltve: 2023.12.25)

vezettek be az antibiotikumok használatára vonatkozóan, az antibiotikum-rezisztencia monitorozását és a célzott terápia alkalmazását például elsődleges feladatnak tekintették.[92] Az esetleges visszaélések kiszűrésére és az antibiotikum-felhasználás nyomon követésére számos országban felügyeleti rendszereket hoztak létre.[93] Emellett az orvosok és a lakosság körében felvilágosító kampányok indultak az antibiotikumok felelős használatáról és az antibiotikum-rezisztencia veszélyeiről.[94] A gyógyszeripari vállalatok jelentős összegeket fektettek új antibiotikumok kutatásába és fejlesztésébe, hogy lépést tartsanak a rezisztens baktériumtörzsek megjelenésével.[95] Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) és más nemzetközi szervezetek pedig globális stratégiákat dolgoztak ki az antibiotikum-rezisztencia elleni küzdelembe, hangsúlyozva a nemzetközi együttműködés és az információcsere fontosságát.[96]

Hasonlóképpen fontos és újonnan megjelent terület a transzplantációs medicina, amely a szervátültetés révén lehetővé tette a súlyos szervi elégtelenségben szenvedő betegek életének megmentését. A jog szabályozó szerepére a szervdonáció és a szervátültetés feltételeinek kidolgozása kapcsán nagy figyelem irányult. Annak érdekében, hogy az igazságos szervelosztás biztosított legyen, a visszaélések pedig minimálisra csökkenjenek átfogó szabályozás kidolgozásra volt szükség. A szabályozás rögzítette, hogy a szervdonáció mindig önkéntes alapon kell, hogy történjen és a donor teljeskörű tájékoztatásban kell részesüljön a beavatkozás kockázatairól és következményeiről. E szabályozás érvényes, mind az élő, mind az elhunyt donorokra.[97] A jog különös figyelmet fordít az élő donorok védelmére, szigorú szabályok állításával annak kapcsán, hogy ki lehet élő donor, illetve milyen feltételeknek kell megfelelnie és milyen vizsgálatokon kell átesnie a donáció előtt.[98] A gyermekkorúak szervdonációja csak szigorú feltételek mellett engedélyezett a gyermek érdekeinek védelme érdekében.[99] A jogszabályok biztosítják, hogy a szervelosztás igazságos és átlátható elvek mentén történjen, vagyis az adott szervet a legsürgősebb és legmegfelelőbb beteg kapja meg.[100] Szigorúan orvosi szempontok alapján, a szervre váró

[92]Az antibiotikum-rezisztencia egyre komolyabb probléma Európában (https://www.europarl.europa.eu/topics/hu/article/20180615STO05929/az-antibiotikum-rezisztencia-egyre-komolyabb-problema-europaban)) (letöltve: 2024.11.15)
[93] Antibiotic resistance: the need for global solutions - NCBI (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4378521/) (letöltve: 2024.07.05)
[94] Get Smart: Know When Antibiotics Work - CDC
[95] New antibiotics needed to avert health crisis - WHO
[96] Global action plan on antimicrobial resistance - WHO (https://www.who.int/publications/i/item/9789241509763)
[97] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, XI. fejezet, szerv- és szövetátültetés
[98] 18/1998. (XII. 27.) EüM rendelet az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvénynek a szerv- és szövetátültetésre, valamint -tárolásra és egyes kórszövettani vizsgálatokra vonatkozó rendelkezései végrehajtásáról
[99] 18/1998. (XII. 27.) EüM rendelet
[100] 287/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet a várólista alapján nyújtható ellátások részletes szabályairól

betegek egy központi várólistára kerülnek, amelyet pontosan meghatározott szabályok szerint működtetnek.[101] A jogszabályok előírják a szervátültetésen átesett betegek utógondozását és a szükséges gyógyszeres kezelést egyaránt.[102] A szervdonáció és szervátültetés ingyenes, a szabályozások ugyanis szigorúan tiltják a szervkereskedelmet.[103]Egyebekben pontosan meghatározzák az agyhalál megállapításának kritériumait, mely az elhunyt donoroktól történő szervkivétel alapfeltétele is egyben.[104] Az elhunyt donorok esetében a jogszabályok előírják, hogy a hozzátartozókat tájékoztatni kell a szervdonáció lehetőségéről, és figyelembe kell venni a véleményüket.[105] A fentieken túl persze a jogi szabályozás kiterjed a szervátültetéssel kapcsolatos adatkezelésre, a transzplantációs tevékenység engedélyezésére és ellenőrzésére, valamint a nemzetközi együttműködésekre is.

Újonnan kialakuló pillérként meg kell említenünk a mesterséges megtermékenyítés lehetőségéének megjelenését, ami új reményeket teremtett a meddő párok számára. Az első "lombikbébi", Louise Brown megszületése (1978) nyitotta meg ezt a területet. Az etikai és jogi szempontokat is figyelembe véve a megtermékenyített petesejtek státuszával, a szülővé válás jogával és a kereskedelmi helyettes anyasággal kapcsolatban kell kérdéseket feltennünk. Kiindulópontként megállíthatjuk, hogy a jogszabályok biztosítják a betegek jogait az eljárás során, beleértve a tájékoztatáshoz való jogot, az önrendelkezéshez való jogot és a titoktartáshoz való jogot[106] és ennek okán szabályozzák a donorok anonimitását vagy azonosíthatóságát egyaránt. Egyes országokban a donor által fogant gyermekeknek joguk van megismerni a donor kilétét, míg máshol az anonimitás a meghatározó.[107] A jogszabályok előírhatják a donorok egészségügyi és genetikai szűrését, valamint meghatározhatják a kiválasztási kritériumokat.[108] A felmerülő költségek és kellemetlenségek megtérítése érdekében pedig szabályozhatják a donoroknak nyújtott

[101] 287/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet
[102]A szervdonáció és szervátültetés jogi szabályozása, etikai kérdések - Országos Vérellátó Szolgálat (https://www.ovsz.hu/sites/default/files/3-2022-se-aok-txjog.pdf) (letöltve: 2024.12.20)
[103] https://www.ovsz.hu/sites/default/files/2023-06-22-szdt-txjog-msea_0.pdf (letöltve: 2024.12.20)
[104]Szervadományozás - Egészségvonal (https://egeszsegvonal.gov.hu/s-sz/1207-szervadomanyozas.html) (letöltve: 2024.12.20)
[105]Szervátültetés - Wikipédia (https://hu.wikipedia.org/wiki/Szerv%C3%A1t%C3%BCltet%C3%A9s) (letöltve: 2024.12.20)
[106] 30/1998. (VI. 24.) NM rendelet a mesterséges megtermékenyítésről
[107] Az Európa Tanács Bioetikai Egyezménye (Oviedo Convention) https://www.coe.int/hu/web/human-rights-and-biomedicine/oviedo-convention (letöltve: 2024.12.20)
[108]Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) irányelvei a mesterséges megtermékenyítésről – (https://ugyeszeklapja.hu/?p=3876) (letöltve: 2024.12.20)

kompenzációt is.[109] A mesterséges megtermékenyítés jogi szabályozása folyamatosan változik, ezért mindig a legfrissebb jogszabályokat és irányelveket kell figyelembe venni.

A 20. század második felében új tudományágként jelent meg a bioetika. A bioetika tudománya az orvostudomány etikai kérdéseivel foglalkozott elsősorban és segített eligazodni az új technológiák és gyógymódok által felvetett etikai dilemmákban. A bioetika társadalmi és jogi szerepe nagyban befolyásolta az orvosi jog alakulását is. Négy alapelve – az autonómia, a jótékonyság, a „ne árts" elve és az igazságosság – iránymutatásul szolgálnak az orvosoknak és a jogalkotóknak az orvostudomány etikai kérdéseiben.[110] Ezek az elvek segítenek megtalálni az egyensúlyt a tudományos haladás, a betegek érdekei és a társadalmi igazságosság között. A bioetikai bizottságok felállításával a bizottságok feladata immár, hogy az orvosi intézményekben felmerülő etikai kérdésekben tanácsot adjanak, ennek megfelelően tagjaik különböző szakmák képviselői – orvosok, jogászok, filozófusok, teológusok, betegjogi képviselők –, akik együtt keresik a legjobb megoldást az etikai dilemmákra. A bioetika és a jog tehát szorosan összefonódott egymással, az elvek beépülnek a jogszabályokba és ma is irányítják az orvosi jog fejlődését, a jog pedig keretet ad a bioetikai vitáknak és segít érvényesíteni az etikai normákat.

A 20. században tehát a betegjogok fokozatos bővülését és megerősödését figyelhetjük meg. Az orvos-beteg kapcsolat jellemzője lett, hogy a betegekre egyre inkább partnerként tekintenek, elvárva, az orvos részéről a beteg autonómiájának és önrendelkezési jogának tiszteletét. Az informált beleegyezés elvének megjelenésével kimondásra került, hogy a beteg már rendelkezik azzal a joggal, hogy teljes körű és érthető tájékoztatást kapjon az egészségi állapotáról (a kezelésről, annak alternatíváiról, valamint a vele járó kockázatokról és mellékhatásokról) mielőtt döntést hozna annak elfogadásáról. Az orvosokra egyre nagyobb felelősség hárul a pácienseknek okozott károkért, ennek következtében az orvosi műhiba fogalma pontosabbá és árnyaltabbá vált. A 20. század elején még a jóhiszemű tévedés, mint hiba elfogadott volt, a század vége felé már az elvárható gondosság szabványa került előtérbe. Az orvosoknak nem csak a tudásuk és tapasztalatuk szerint, hanem az adott helyzetben általánosan elvárható gondossággal kellett eljárniuk. Az orvosi műhiba miatti kártérítési felelősség a legtöbb országban objektívvé vált, azaz a betegnek nem kellett bizonyítania az orvos vétkességét, elég volt bizonyítania a műhibát, a kárt és az oksági összefüggést a kettő között. Ez a szigorúbb felelősségi rendszer a betegek védelmének

[109] A Magyar Orvosi Kamara állásfoglalása a mesterséges megtermékenyítésről- https://mok.hu/hirek/lapszemle/igy-lesz-egy-vagyon-az-ingyenes-lombikprogram (letöltve: 2024.12.20)
[110] Sándor Judit- A test halhatatlansága- Bioetikai és jogi dilemmák a xxi . Században- Fundamentum / 2006. 1. Szám 32-45.o.

biztosítása érdekében jött létre, ugyanakkor ösztönzőleg hatott az orvosokra is a gondosabb betegtájékoztatás kapcsán. Összegezve tehát az felelősség sokrétűbbé, komplexebbé vált, szorosabban összefonódott a társadalmi és etikai normákkal.

Az orvosi jog kihívásai a 21. században

A 20. században lezajlott változások megalapozták a 21. századi orvosi jog kihívásait. Az orvostudomány és a biotechnológia rohamos fejlődése újabb és újabb etikai és jogi dilemmákat hoztak felszínre, például a mesterséges intelligencia, a génszerkesztés, a nanotechnológia és más új technológiák képében. A jog feladata többrétűvé vált - biztosítania kellett a betegek biztonságát, az etikai elvek érvényesülését és a technológiai fejlődés társadalmilag felelős felhasználását.[111] A genetikai tesztek és a génszerkesztés előretörésével egyre fontosabbá vált a genetikai információk védelme is, ezért a jognak meg kell akadályoznia a genetikai diszkriminációt ugyanakkor biztosítania kell az egyének kontrollját a saját genetikai adataik felett.[112] A mesterséges megtermékenyítés, a helyettes anyaság és a prenatális diagnosztika új a reproduktív jogokkal kapcsolatban határoz meg irányvonalakat. Lényegében fő feladattá vált megtalálni az egyensúlyt a szülővé válás szabadsága, a gyermek érdekei és a társadalmi értékek között.[113] A 21. század másik nagy port kavaró témaköre az eutanázia, az asszisztált öngyilkosság, a gyógyíthatatlan betegek életének aktív megszüntetése révén. E kérdések továbbra is heves etikai és jogi viták tárgyát képezik és az orvosi jog jövőjéről biztosan elmondható, hogy a 21. században is folyamatosan fejlődni fog annak érdekében, hogy alkalmazkodjon az orvostudomány és a társadalom változásaihoz. Meglátásom szerint a jogalkotóknak és a jogászoknak együtt kell működniük az orvosokkal, a bioetikusokkal és a társadalom más képviselőivel, hogy megtalálják a legjobb megoldásokat az új kihívásokra. Az orvosi jog jövője attól függ, hogy mennyire sikerül egyensúlyt teremteni a tudományos haladás, a betegjogok és a társadalmi érdekek között.

A társadalombiztosítás és annak változásai

A modern társadalmak alapvető pillérét képezi az orvosi ellátás. Az egészséghez való jogot ma már alapvető emberi jogként ismerjük és a legtöbb országban államilag garantált egészségügyi

[111] Beauchamps, Tom L., and James F. Childress. Principles of biomedical ethics. Oxford University Press, USA, (2019).10-15.o.
[112] Beauchamps, Tom L., and James F. 17-20.o.
[113] Annas, George J. The rights of patients: The basic ACLU guide to patient rights. Southern Illinois University Press, 2004.) 2-16.o.

ellátórendszerek is működnek. E rendszerek kialakulása és fejlődése hosszú történeti folyamat eredményei, melyet a társadalmi, gazdasági és politikai változások nagymértékben befolyásoltak.

Ahogy arról már korábban érintőlegesen említést tettünk, a társadalombiztosítás gyökerei egészen a középkori céhes és egyházi segélyező rendszerekig nyúlnak vissza. A ma is ismert modern társadalombiztosítás azonban a 19. században kezdett kialakulni, mégpedig a nyugat-európai iparosodás és a társadalmi kérdések következtében. A munkásmozgalmak és a szociális reformerek követelték az állam aktív szerepvállalását a szegénység, a betegség és a munkanélküliség elleni küzdelemben. Otto von Bismarck német kancellár nevéhez fűződik az első kötelező társadalombiztosítási rendszer, amely az 1880-as években a munkavállalókat biztosította betegség, baleset és öregség esetén. [114] Ezt a modellt követték más európai országok is és ennek következtében a 20. század elejére a társadalombiztosítás a legtöbb fejlett országban széles körben elterjedté vált.

A kezdeti időszak jellemzője volt, hogy az orvosi ellátás nem volt mindenki számára elérhető, a 19. században főként a tehetősebbek engedhették meg maguknak, míg a szegények jótékony intézményekre vagy magán segítségre kényszerültek. A 20. században az emberi jogok fejlődésével párhuzamosan az orvosi ellátáshoz való jog is egyre nagyobb mértékben kiszélesedett. Az 1948-as Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata már kimondta, hogy *"mindenkinek joga van az egészséghez és jóléthez szükséges életszínvonalhoz, beleértve az élelmezést, ruházatot, lakást, orvosi gondozást és a szükséges szociális szolgáltatásokat"*. Bár a legtöbb ország alkotmánya ma már garantálja az orvosi ellátáshoz való jogot, ez korántsem jelenti, hogy mindenki ingyenes és korlátlan ellátásra lenne jogosult. Az államok kiterjedt diszkrecionális jogkörrel rendelkeznek e kérdéskörben. Az egészségügyi ellátórendszerek kialakítása és finanszírozása ezért a világ különböző országait tekintve, jelentős eltéréseket mutat. A ma ismert legfontosabb modellek, a Bismarck- és Beveridge-, a Nemzeti egészségbiztosítási és a Magánbiztosítási modellek. [115]

A Bismarck-modell- melyet Németország, Franciaország, Belgium és Hollandia is alkalmaz egy társadalombiztosításon alapuló modell. A gyakorlatban ez azt jelenti, hogy a munkavállalók és a munkáltatók járulékot fizetnek a társadalombiztosítási alapokba ezek pedig finanszírozzák az egészségügyi ellátást. A Bismarck-modell jellegzetessége, hogy magán egészségügyi szolgáltatókra épül, de az állami szabályozás erősen befolyásolja.

[114] https://m.mult-kor.hu/cikk.php?id=9918 (letöltve: 2024.10.20)
[115] Czúcz Ottó: Társadalombiztosítási jog. Szeged, JATEPress (1994) 19-29.o.

Ezzel szemben az úgynevezett Beveridge-modell az adóbevételekből finanszírozott egészségügyi ellátáson alapszik. Ezt a modellt az Egyesült Királyság, Olaszország, Spanyolország és a Skandináv országok is előszeretettel használják. Lényege, hogy az egészségügyi szolgáltatásokat az állam nyújtja és azok mindenki számára ingyenesek vagy alacsony térítés ellenében elérhetők.

A következő modell a nemzeti egészségbiztosítási modell (Kanada, Ausztrália, Dél-Korea) mely a Bismarck- és a Beveridge-modell elemeit kombinálja. Az egészségügyi ellátást az állam finanszírozza adóbevételekből és járulékokból és az állami, valamint magán egészségügyi szolgáltatók is részt vesznek az ellátásban.

A magánbiztosítási modell abban tér el a többi modelltől, hogy úgynevezett egyéni egészségbiztosításokon alapul. Az USA-ban alkalmazott modell elvei alapján, mindenki magának fizeti az egészségbiztosítást, a biztosítók pedig ebből finanszírozzák az orvosi ellátást. Az állam szerepvállalása korlátozott és főként a szegények és az idősek egészségügyi ellátására korlátozódik.

Magyarországon a társadalombiztosítás és az orvosi ellátás szorosan összefonódik. Az egészségbiztosítás a társadalombiztosítás egyik ága melynek célja, hogy a biztosítottak számára hozzáférést nyújtson az egészségügyi szolgáltatásokhoz. Az egészségügyi ellátórendszer finanszírozásának jelentős részét a társadalombiztosítási befizetések teszik ki, vagyis a munkavállalók és a munkáltatók által fizetett járulékokból gyűjtik össze azokat az erőforrásokat, amelyekből az orvosi ellátást finanszírozzák.[116] Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való jogosultságot az egészségbiztosítási jogviszony határozza meg, ennek alapján azok a személyek jogosultak az ellátásra, akik biztosítottak, vagy akiknek az ellátását jogszabály írja elő (pl. gyermekek vagy nyugdíjasok)[117]A társadalombiztosítás által finanszírozott egészségügyi szolgáltatások körét jogszabályok határozzák meg. Az alapvető ellátások például a háziorvosi vagy kórházi ellátás, minden biztosított számára elérhetők, míg bizonyos speciális ellátások (pl. fogászati ellátás, gyógyfürdő igénybevétele rehabilitációs céllal) csak részben vagy egyáltalán nem finanszírozottak.[118] Az EEK[119](Európai Egészségbiztosítási Kártya) birtokában a magyar

[116] 1997. évi LXXX. törvény a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, 4. § (1) bekezdés.
[117] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről
[118] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 37- 40. §, valamint a kapcsolódó végrehajtási rendeletek.
[119] *„A Kártya az átmeneti jelleggel az Európai Gazdasági Térség bármely tagállamában, valamint Svájcban továbbá az Egyesült Királyságban tartózkodó személy számára az orvosilag szükséges ellátások igénybevételére jogosít."*

biztosítottak az Európai Unió más tagállamaiban is igénybe vehetnek sürgősségi ellátást[120] a helyi lakosokkal azonos feltételekkel.[121]

A társadalombiztosítás valamilyen formában a szolidaritás elvén alapul, ennek ellenére nem feledkezhetünk meg az egyéni felelősségről sem. Az embereknek nagyobb szerepet kell vállalniuk saját egészségük megőrzése és jövőjük biztosítása érdekében. A társadalombiztosítási rendszereknek ezért támogatniuk kell az egészséges életmódot és a betegségmegelőzését. Ebben a digitalizáció új lehetőségeket teremt a társadalombiztosítás hatékonyabbá és igazságosabbá tételére. Az adatalapú döntéshozatal a szükségletek pontosabb felmérésében és a források hatékonyabb felhasználásában nyújthat segítséget. A nemzetközi együttműködés pedig elengedhetetlen a határokon átnyúló problémák megoldásához és a társadalombiztosítási jogok harmonizációjához.

Az orvosi hibák jogi következményei a 20. században

A 20. század elején az orvosi hibát szűken értelmezték, elsősorban a szakmai szabályok, protokollok, illetve az akkori orvostudomány állása szerinti elvárások megsértését tekintették hibának. A betegek jogai korlátozottak voltak ezáltal pedig a hangsúly az orvos tekintélyén és a szakma önállóságán alapult, így az orvosi hibák ritkán kerültek bírói megítélés alá. A század második felében a betegjogok fokozatos erősödésével párhuzamosan az orvosi hiba fogalma is kibővült.[122]A beteg autonómiájának hangsúlyozásával már nem csak a szakmai szabályok megsértése minősült hibának, a beteg megfelelő tájékoztatásának elmulasztása, a beleegyezés hiánya, a kommunikációs anomáliák, vagy a megfelelő gondosság elmulasztása is következményekkel járt.[123] A beteg személyes helyzete, igényei és elvárásai a hiba megítélése szempontjából ugyanakkor egyre fontosabb szerepet kezdtek betölteni.

[120] *„Orvosi okokból szükségessé váló természetbeni ellátások azon ellátásokat jelentik, amelyeket a tartózkodási hely szerinti tagállamban, ennek jogszabályai alapján nyújtanak annak érdekében, hogy a biztosított a szükséges gyógykezelés céljából ne kényszerüljön tervezett tartózkodásának vége előtt visszatérni az illetékes tagállamba."* https://www.neak.gov.hu/felso_menu/lakossagnak/ellatas_kulfoldon/az_europai_egeszsegbiztositasi_kartya (Letöltve:2024.10.15)
[121] Az Európai Parlament és a Tanács 883/2004/EK rendelete a szociális biztonsági rendszerek koordinációjáról.
[122] Sótonyi Péter: Az orvosi műhiba. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2007.
[123] Ambrus István: Betegjogok, orvosi felelősség. Springer Hungarica Kiadó, Budapest, 2000.

Büntetőjogi felelősség

Az orvosi beavatkozások során bekövetkező nem várt események, szövődmények vagy akár a beteg halála nem feltétlenül vonnak maguk után büntetőjogi felelősségét. Ahhoz, hogy büntetőeljárás induljon az orvossal szemben szigorú feltételeknek kell egyidejűleg teljesülniük.

Először is, bizonyítani kell, hogy az orvos gondatlanul járt el. Ez azt jelenti, hogy a tőle elvárható gondosságot elmulasztotta ez pedig a beteg (további) sérüléséhez, egészségének romlásához vagy halálához vezetett. A gondosság mértékét több tényező is befolyásolta, így például az orvos szakmai tapasztalata, a beavatkozás nehézségi foka, az adott helyzetben elérhető eszközök és információk, valamint a szakmai irányelvek és szabványok. A gondatlanságnak két formája lehetett: a tudatos gondatlanság esetén az orvos felismeri tette lehetséges következményeit, de könnyelműen bízik a be nem következésükben, míg a hanyag gondatlanság esetén nem ismeri fel a „veszélyt", azon tényezőket, melyeket fel kellett volna ismernie a negatív következmények elkerülhetősége érdekében.

Második feltételként, összefüggésnek kell lennie az orvos hibája és a beteg sérelme között. Bizonyítani kell, hogy az orvos gondatlan magatartása közvetlenül okozta a beteg sérülését vagy halálát. Fontos megjegyezni, hogy nem elég annak a megállapítása, hogy az orvos hibázott, hanem azt is bizonyítani szükséges, hogy a hiba vezetett a káros következményhez. Ennek bizonyítása gyakran csak összetett szakértői vélemények elkészítésével és értelmezésével lehetséges. A büntetőjogi felelősség megállapításához a beteg sérelmének el kell érnie egy bizonyos súlyossági küszöböt. A büntetőjog ugyanis elsősorban a súlyosabb esetekre koncentrál, így például a súlyos egészségromlásra, maradandó fogyatékosságra vagy a halál okozására. Az enyhébb fokú esetek, mint például egy gyorsan gyógyuló sérülés okozása, általában nem vonnak maguk után büntetőjogi felelősséget. Ennek több oka is lehet, például, hogy a betegségből való felépüléssel egyidejűleg az okozott kisebb sérülés is meggyógyul, esetleg a sérülés közvetlenül a gyógyító beavatkozás elkerülhetetlen következménye volt.

A huszadik század utolsó harmadában a büntetőjogi megközelítés egyre inkább tükrözi az orvosi specializáció elmélyülését és a társadalmi elvárások változásait. Számos európai jogrendszerben, így a magyar szabályozásban is, megjelentek vagy legalábbis sokkal hangsúlyosabbá váltak a speciális bűncselekményi tényállások, melyek közvetlenül a foglalkozási szabályok megszegéséhez kapcsolódnak. Ilyen volt például a foglalkozás körében elkövetett gondatlan veszélyeztetés, illetve a gondatlan emberölés vagy testi sértés azon minősített esetei, melyeket

foglalkozási szabályok megszegésével követtek el. Ezek a jogi konstrukciók már jobban igazodtak az orvosi tevékenység komplex természetéhez. Mindazonáltal kristálytisztává vált az is, hogy a büntetőjog eszköztára – annak ultima ratio jellege miatt – csak a legsúlyosabb, a társadalomra nézve kiemelkedően veszélyes gondatlan vagy kivételesen szándékos (bár ez utóbbi a műhibák kontextusában rendkívül ritka) magatartások szankcionálására hivatott. Ennek következtében az orvosi hibák döntő többsége továbbra sem lépte át a büntetőjogi felelősség küszöbét és a jogkövetkezmények a polgári jog (kártérítés) vagy szakmai-etikai (fegyelmi) eljárások területén maradtak.[124]

Polgári jogi felelősség

A Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (a továbbiakban: Ptk.) hatálybalépését megelőzően a szerződésszegéssel okozott károkért való felelősségre vonatkozó polgári jogi szabályok voltak alkalmazandók az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggésben felmerülő igényekre. A régi Ptk. 339. § (1) bekezdése, valamint a megelőző orvosi tevékenységet végző orvosok működésének szabályait a Ptk. rendelkezései tartalmazzák.[125] E jogszabály 77. § (3) bekezdése szerint minden beteget, függetlenül az ellátás jogcímétől, az ellátásban részt vevő személyektől elvárható gondossággal, a szakmai és etikai szabályok és irányelvek betartásával kell kezelni.

A kártérítési jog területén a Polgári Törvénykönyv egyik legfontosabb újítása a szerződésszegésért és a szerződésen kívüli károkozásért való felelősség szétválasztása volt. E szétválasztás elvi indokolása az volt, hogy a szerződéses viszonyokban az észszerűség mércéje magasabb és ezért indokolt a szerződésszegő félre szigorúbb kimentési szabályokat alkalmazni. A szerződésszegésért való felelősség esetében a Polgári Törvénykönyv szakít a vétkességen alapuló felelősségi rendszerrel. Ugyanakkor meg kell jegyeznünk, hogy a Polgári Törvénykönyv szerinti szerződésen kívüli károkért való felelősség továbbra is a károkozó vétkességén alapul.[126]

[124] Nogel Mónika- Az igazságügyi szakértői vélemények hiteltérdemlősége a büntetőeljárásban- Doktori értekezés (2019) 35.o.
[125] Kaszás Eszter: Az orvos kártérítési felelősségének egyes kérdései az új Ptk. összefüggésében (GJ, 2015/2., 17-20.o.
[126] Kaszás E.: 17-20. o.

A Ptk. 6:519. §-ában foglalt általános kártérítési felelősségi szabályokon alapul, ezen túlmenően pedig az egészségügyi ellátásról szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.) is tartalmaz rendelkezéseket az orvosi felelősség köréből.

A kártérítési igény bíróság előtti sikeres érvényesítéséhez a károsultnak a Ptk. 6:519. § (1) bekezdése alapján a következő négy feltétel kumulatív fennállását kell bizonyítania, mely a jogellenes magatartás, a kár bekövetkezése, az okozati összefüggés, valamint a felróhatóság.

Az orvos magatartása jogellenes, ha a tőle elvárható gondosságot elmulasztotta. Az Eütv. 6. § (1) bekezdés értelmében az egészségügyi szolgáltató az ellátás során köteles a szakma szabályai szerint eljárni. A szakma szabályainak megsértése alapozza meg a jogellenességet. A gondosság mértékét a szakmai standardok, a tudományos ismeretek és a beteg egyéni körülményei határozzák meg. Nem minden orvosi hiba minősül jogellenesnek ugyanis a jogszerű orvosi tevékenység körében is bekövetkezhet kár.

A soron következő feltétel, hogy a károsultnak valamilyen kárt kell elszenvednie az orvosi hiba következtében. A Ptk. 6:522. § értelmében a kár lehet vagyoni kár (pl. elvesztett jövedelem, gyógyszerköltség), nem vagyoni kár (pl. fájdalom, szenvedés) és az úgynevezett jövőbeni kár is. A kárt értékelve, azt pénzben kell kifejezni és megfizetni.

Az igény érvényesítésének harmadik feltétele, hogy bizonyítani kell, hogy az orvos hibája és a beteg kára között közvetlen okozati összefüggés áll fenn. A Ptk. 6:521. § értelmében az okozati összefüggés fennállása esetén a károkozó felelősséggel tartozik mindazokért a károkért, melyek az ő magatartása nélkül nem következtek volna be. Ennek bizonyításához általában szakértői vélemények elkészítésére van szükség, hiszen nem minden esetben állapítható meg pusztán a keletkezett dokumentációból, valamint a fennálló tényekből az okozati összefüggés.

Végül az utolsó feltétel, melynek teljesülnie kell, az az orvosnak felróható hiba elkövetése. A Ptk. 6:519. § értelmében a károkozó mentesül a felelősség alól, ha bizonyítja, hogy úgy járt el, ahogy az az adott helyzetben általában elvárható. A felróhatóság formája lehet szándékos vagy gondatlan. Az orvosi felelősség esetében a gondatlanság a tipikus felróhatósági forma.

A kártérítési igények érvényesítésére a Ptk. általános jogvesztő határidői irányadók, vagyis a kártérítési igény általában az orvosi hiba bekövetkezésétől számított öt év alatt érvényesíthető, de az elévülés szabályait azzal az eltéréssel kell alkalmazni, hogy bűncselekménnyel okozott kár

esetén a követelés öt éven túl sem évül el mindaddig, amíg a bűncselekmény büntethetősége el nem évül. (Ptk. 6:533. §).

A 20. században a polgári jogi felelősség kiemelkedő jelentőségre tett szert az orvosi hibák következményeinek szabályozásában. A betegek egyre gyakrabban fordulnak bírósághoz kártérítési igényükkel, és a bíróságok is egyre nagyobb mértékben ítéltek meg kártérítést az orvosi hibák elszenvedőinek.

A páciens autonómia és az informált beleegyezés szerepe

Az orvosi jog egyik alapelve a páciens autonómiájának tiszteletben tartása. Ennek értelmében a betegnek joga van szabadon dönteni a saját testéről és egészségéről és aktívan részt vehet a kezelésével kapcsolatos döntéshozatalban. A páciens autonómiája azonban nem abszolút jog és bizonyos esetekben korlátozható.[127] A beteg autonómiája több jogosultságot is magába foglal. A tájékoztatáshoz való jog alapján a betegnek joga van teljes körű és érthető tájékoztatást kapni egészségi állapotáról[128], a lehetséges diagnosztikai és terápiás lehetőségekről, azok előnyeiről, kockázatairól, alternatíváiról és a beavatkozás elmaradásának következményeiről. A tájékoztatásnak objektívnek kell lennie és figyelembe kell vennie a beteg egyéni szükségleteit és körülményeit. Ennek érdekében az orvosnak válaszolnia kell a beteg kérdéseire és segítenie kell őt a tájékoztatás megértésében is.

A beleegyezéshez való jog hivatott biztosítani, hogy a beteg szabadon dönthessen a javasolt kezelés elfogadásáról vagy esetleges elutasításáról.[129] A beleegyezésnek önkéntesnek és tudatosnak kell lennie, azaz a betegnek a megfelelő tájékoztatás birtokában, kényszer és befolyásolás nélkül kell döntést hoznia. Az orvos nem gyakorolhat nyomást, tiszteletben kell tartania a döntését, még akkor is, ha az nem egyezik saját szakmai véleményével. Az önrendelkezéshez való jog lehetővé teszi, hogy a beteg részt vegyen saját kezelésével kapcsolatos döntéshozatalban,[130]ez a jog azonban nem korlátlan. Bizonyos esetekben az orvos köteles beavatkozni a beteg akaratával szemben is, például, ha a beteg élete vagy egészsége veszélyben van, vagy ha mások egészsége kerül veszélyeztetett állapotba. Az informált beleegyezés tehát a páciens autonómiájának gyakorlati megvalósulása. Ez nem jelent tehát mást mint, hogy a beteg a

[127] Zákány Judit: A beteg önrendelkezéshez való jogának törvényi tartalma és megjelenése a bírói gyakorlatban (DJM, 2023/1-2., 145-172. o.)
[128] dr. Sziklay Júlia-Az információs jogok kialakulása, fejlődése és társadalmi hatása-Doktori értekezés (2011) 80.o.
[129]https://egeszsegvonal.gov.hu/ellatorendszer/betegjogok/237-onrendelkezeshez-valo-jog.html(letöltve: 2024.06.21)
[130] Köbel Dávid: Az önrendelkezési jog és az életvégi döntések jogdogmatikájának nemzetközi összehasonlítása (JÁP, 2024/1., 55-76. o.)

megfelelő tájékoztatás birtokában, önkéntesen és tudatosan egyezik bele a javasolt beavatkozásba. Az informált beleegyezés semmiképp sem lehet csak egy egyszerű "igen" vagy "nem" válasz, sokkal inkább egy folyamat, mely során a beteg és az orvos közösen döntik el mi a legmegfelelőbb kezelési mód.[131]

Az informált beleegyezés feltételei a következők:

A megfelelő tájékoztatás kulcsfontosságú, vagyis az orvosnak kötelessége a beteget teljes körűen és érthetően tájékoztatni az egészségi állapotáról, a választható kezelésről, annak természetéről, céljáról, várható eredményeiről, kockázatairól, lehetséges alternatíváiról és a kezelés elmaradásának következményeiről. A tájékoztatásnak objektívnek kell lennie és figyelembe kell vennie a beteg egyéni szükségleteit és körülményeit továbbá válaszolni kell a beteg kérdéseire és segíteni kell őt a tájékoztatás megértésében.

Az önkéntesség értelmében, a beteg szabadon, kényszer és befolyásolás nélkül határoz a kezelésről. Lényeges elem, hogy megértse a tájékoztatást és képes legyen a döntés meghozatalára. Ennek érdekében az orvos kötelessége, meggyőződni arról, hogy a beteg megértette a tájékoztatást és tisztában van a döntés következményeivel. Amennyiben a beteg nem képes döntéshozatalra, hozzátartozója vagy törvényes képviselője adhat hozzájárulást a kezeléshez.

Az informált beleegyezés általában szóban történik, de bizonyos esetekben a törvény írásbeli beleegyezést ír elő. Írásbeli beleegyezés szükséges például műtét, szervátültetés, vagy kísérletben való részvétel esetén, melynek célja a beteg jogainak védelme és az orvos felelősségének egyidejű tisztázása. Az informált beleegyezés folyamata nem merülhet ki egy egyszeri tájékoztatásban és beleegyezésben ugyanis a betegnek joga van bármikor új információkat kérni és megváltoztatni a döntését. Az orvos kötelessége a beteg folyamatos tájékoztatása a kezelés során felmerülő új információkról és lehetőségekről.

A páciens autonómia és az informált beleegyezés jogi alapjai

A páciens autonómiája és az informált beleegyezés az orvosi jog alapvető pilléréi, melyek biztosítják a beteg önrendelkezését és emberi méltóságának tiszteletben tartását az egészségügyi ellátás során. E jogok védelmét több nemzetközi egyezmény és magyar jogszabály is szavatolja. Nemzetközi szinten kiemelkedő jelentőségű az Európa Tanácsnak az emberi jogokról és a

[131] Zákány Judit: A beteg önrendelkezéshez való jogának törvényi tartalma és megjelenése a bírói gyakorlatban (DJM, 2023/1-2., 145-172. o.)

biomedicináról szóló 1997-es Oviedo-i Egyezménye.[132] Ez az egyezmény kimondja, hogy "*az egyén érdekeit és jólétét kell előnyben részesíteni a társadalom vagy a tudomány egyedüli érdekével szemben*", és hogy "*minden orvosi beavatkozáshoz szükséges az érintett személy szabad és tájékozott beleegyezése*". Az egyezmény 1998-as kiegészítő jegyzőkönyve tiltja az ember reproduktív klónozását. [133]

Magyarországon az Alaptörvény deklarálja az emberi méltósághoz való jogot, amely a testi és lelki egészséghez való jogot egyaránt magába foglalja.[134] Az Alaptörvény rögzíti továbbá a személyes autonómia jogát is, melynek értelmében mindenkinek joga van ahhoz, hogy saját életéről szabadon hozhasson döntést.

Az egészségügyi ellátásról szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.) részletesen szabályozza a betegjogokat, többek közt a tájékoztatáshoz, a beleegyezéshez és az önrendelkezéshez való jogot.[135] A törvény kimondja, hogy "*az egészségügyi ellátás során az érintett személy emberi méltóságát és személyiségi jogait tiszteletben kell tartani*", és hogy "*az egészségügyi beavatkozás csak az érintett személy tájékozott beleegyezésével végezhető el".*

A Polgári Törvénykönyv (2013. évi V. törvény) szabályozza a személyiségi jogokat, melyek védik az egyén testi és lelki egészségét.[136] Ezen jogok megsértése esetén a sértett kártérítést követelhet.

A páciens autonómia és az informált beleegyezés gyakorlati jelentősége

A páciens autonómiája és az informált beleegyezés nem csupán elméleti fogalmak, hanem az orvosi etika és jog gyakorlati megvalósulásának kulcsfontosságú elemei. A betegközpontú egészségügyi ellátás alapelve, hogy a beteg nem csupán passzív alany a gyógyításban, hanem aktív résztvevő, aki döntéseit saját értékei és preferenciái alapján hozza meg. Az informált beleegyezés hivatott biztosítani, hogy a beteg tudatosan és önkéntesen vállalja a kezeléssel járó kockázatokat.[137] Ennek nyomán, az informált beleegyezés hiánya tehát nem csak etikai, hanem jogi következményekkel is járhat. A beteg kártérítést követelhet az orvostól vagy az egészségügyi

[132] Az Európa Tanácsnak az emberi jogokról és a biomedicináról szóló Oviedo-i Egyezménye (1997). Hozzáférés: https://rm.coe.int/168007cf98(letöltve: 2024.06.21)
[133] Az emberi jogok és a biomedicina vonatkozásában létrejött egyezményhez fűzött kiegészítő jegyzőkönyv az emberi lény klónozásának tilalmáról (1998).
[134] Magyarország Alaptörvénye. 2011. április 25. (https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1100425.atv)
[135] Az egészségügyi ellátásról szóló 1997. évi CLIV. törvény.
[136] Polgári Törvénykönyv (2013. évi V. törvény). Hozzáférés: https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1300005.tv
[137] Zakariás Kinga: „Betegjogok" in Jakab András – Könczöl Miklós – Menyhárd Attila – Sulyok Gábor (szerk.): Internetes jogtudományi enciklopédia - http://ijoten.hu/szocikk/betegjogok (2023). (letöltve: 2024.06.21)

intézménytől, ha nem kapott megfelelő tájékoztatást.[138] A bírói gyakorlat egyértelműen kimondja, hogy az orvos köteles a beteget teljes körűen és érthetően tájékoztatni a kezelés lehetséges kockázatairól és mellékhatásairól és csak a beteg tudatos és önkéntes beleegyezésével végezhető el a beavatkozás. A páciens autonómiája és az informált beleegyezés elvének érvényesítése a teljes egészségügyi rendszer feladata nem csupán az orvosok felelőssége. Emellett a betegközpontú egészségügyi ellátás alapvető követelménye, hogy a beteg döntéseit a saját értékei és preferenciái alapján hozhassa meg. Az egészségügyi intézmények felelőssége megteremteni azon feltételeket, hogy a betegek megfelelő tájékoztatást kapjanak és szabadon dönthessenek kezelésükről.[139] Ez magában foglalja a betegek számára hozzáférhető információs anyagok biztosítását, a betegjogok érvényesítését segítő mechanizmusok kialakítását, valamint az orvosok és az egészségügyi személyzet folyamatos képzését. Mindez előmozdíthatja a betegek elégedettségének növekedését, a kezelés hatékonyságát és az orvos-beteg kapcsolat erősödését.

Kihívások és jövőbeli irányok

Egy gyakorta előforduló aspektus még, a kulturális és nyelvi különbségek megjelenése, melyek megnehezíthetik a betegek tájékoztatását és a beleegyezés beszerzését. Figyelembe kell venni a betegek kulturális és nyelvi háttérét és törekedni kell arra, hogy a tájékoztatás számukra is érthető legyen.[140] Szükség esetén tolmácsot kell biztosítani annak érdekében, hogy mind az orvos mind pedig a beteg részéről a lehető legoptimálisabb legyen a tájékoztatás. A beteg cselekvőképtelensége esetén hozzátartozója vagy törvényes képviselője járulhat hozzá a kezeléshez. Fontos, hogy a hozzátartozó vagy a törvényes képviselő a beteg legjobb érdekeit szem előtt tartva, annak korábban kifejezett akaratát tisztelve tehet eleget a kezeléshez való hozzájárulásnak. [141]

Távgyógyászat és mesterséges intelligencia

Az orvos és a beteg közötti kapcsolatot egy dinamikusan változó egységként értelmezhetjük, mely alkalmazkodik a tudományos-technikai haladáshoz és a társadalmi átalakulásokhoz egyaránt. A 21. században a távgyógyászat és a mesterséges intelligencia térnyerése olyan nóvumot jelent, ami

[138] Ptk. 6:519. § (1) bekezdés
[139] Eütv. 14. § (1) bekezdés
[140] Marek Erika: Interkulturális kompetenciák az egészségügyi ellátásban (Összefoglaló közlemény) Orv Hetil. 2020; 161(32): 1322–1330.
[141] Molnár Hella: Az ellátás visszautasítása jogának egyes kérdései – az alkotmánybíróság határozataira és a ptk. cselekvőképességre vonatkozó megújult szabályaira figyelemmel- Állam- é s jogtudomány LVII. Évfolyam 2016. 4. 7 5 – 9 0.o.

az orvosi jogviszonyra is nagy hatást gyakorol. Az információs és kommunikációs technológiák rohamos fejlődése lehetővé teszi, hogy az orvos és a beteg fizikailag távol maradjanak egymástól, online térbe terelve az ellátást. A távgyógyászatnak számos előnye van, mint például a hozzáférés javítása, a költséghatékonyság, a hatékonyság növelése és a megelőzés elősegítése.[142] Ugyanakkor a távgyógyászat újfajta jogi megoldásokat igényel. Az egyik legfontosabb kihívás az adatvédelem biztosítása. A távgyógyászat során érzékeny egészségügyi adatok kerülnek elektronikus formában továbbításra és tárolásra, ami fokozott adatvédelmi kockázatokat hordoz magában. A legfontosabb követelmény a betegek adatainak biztonsága és bizalmas kezelése, összhangban a GDPR-ral[143] és az egészségügyi adatok védelméről szóló jogszabályokkal.[144]

A felelősség megállapítása szintén összetett kérdés a távgyógyászat esetében. Ki a felelős a hibás diagnózisért, a nem megfelelő kezelésért, vagy a technikai hibákért? A megoldás úgy gondolom egyértelműen abban rejlik, hogy meg kell határozni az orvos, a technológiai szolgáltató és a beteg felelősségének kereteit például úgy, hogy a távgyógyászathoz kapcsolódó engedélyezési eljárások révén biztosítani kell a szolgáltatások minőségét, a betegek biztonságát, valamint a megfelelő kommunikációt.[145] A jogalkotásnak meg kell határoznia a távgyógyászati szolgáltatók számára a szakmai követelményeket, az engedélyezési feltételeket és az ellenőrzési mechanizmusokat. A minőségbiztosítás ugyancsak elengedhetetlen a távgyógyászati szolgáltatások esetében is, fontos a minőségbiztosítási rendszerek kialakítását és működtetését leíró szabályok megfogalmazása, valamint a betegek jogainak deklarálása.

A távgyógyászat orvos-beteg kapcsolatra gyakorolt hatása is vizsgálandó. A személyes találkozás hiánya negatívan befolyásolhatja a kommunikációt, a bizalom kialakulását és a beteg ellátásának személyre szabottságát. Az egyik legfontosabb küldetés támogatni az orvos-beteg kapcsolat megőrzését a távgyógyászat körülményei között is.[146] Fontos eszközök az orvos oldalról a beteg iránti empátia és az aktív figyelem, a személyes megszólítás és érdeklődés, de a világos és türelmes kommunikáció és a testbeszéd tudatos használata is. A megfelelő technikai háttér biztosítása

[142] Regina Molnár, Zoltán Sági, Zsuzsanna Fejes,Kálmán Törőcsik, Béla Köves, Edit Paulik: Az orvos–beteg kommunikáció új lehetőségei – a betegek elvárásai alapján
(Orvosi Hetilap -Volume/Issue: Volume 159: Issue 50)
[143] Az Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679 rendelete (2016. április 27.) a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK rendelet hatályon kívül helyezéséről (általános adatvédelmi rendelet).
[144] Az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény.
[145] Buday-Sántha Judit Andrea: A kommunikációs jog és rendszere- Doktori értekezés (Pécs, 2015) 216-218.o.
[146] Sofija Nikolić Popadić- Introducing telemedicine – legal and other challenges- Ceeol- (2022) 341-354.o.

zökkenőmentes kommunikációt tehet lehetővé, erősítve a bizalmi légkör kialakítását. A mesterséges intelligencia forradalmasítja az egészségügyet és új lehetőségeket teremt a diagnosztikában, a kezelésben, a megelőzésben és a kutatásban egyaránt. Az MI alapú rendszerek hatalmas mennyiségű adat elemzésére képesek, komplex mintázatok felismerése és emberfeletti pontosságú előrejelzések készítésére is alkalmasak, ezáltal pedig segíthetnek a betegségek korai felismerésében. A személyre szabott kezelések kialakításában, a járványok megelőzésében és az új gyógyszerek fejlesztésében is nagyban építenek ezen rendszerek tudására.[147] Az MI által hozott döntésekért viszont már aggályos kérdés a felelősség megállapítása. Ki a felelős a hibás diagnózisért, a nem megfelelő kezelésért, vagy az MI rendszer hibás működéséért? Hogyan határozzuk meg az orvos, a fejlesztő, a gyártó és a beteg felelősségét az MI alkalmazása során.[148] Az egészen biztos, hogy az orvos felelőssége nem szűnik meg az MI alkalmazásával, hiszen végső soron ő hozza meg a döntést a beteg kezeléséről. Ugyanakkor a fejlesztő és a gyártó mindenkori felelőssége az MI rendszer biztonságos és megbízható működésének biztosítása és ezen kettős felelősségi forma megjelenése mellé társul még a beteg felelőssége, mégpedig azért, mert megfelelően kell tájékozódjon az MI alkalmazásának kockázatairól és előnyeiről továbbá megfelelően és teljes körűen kell, hogy tájékoztassa a saját állapotáról, tüneteiről és kórtörténetéről a technológiát alkalmazó személyt.

Az MI rendszerek nagy mennyiségű egészségügyi adatot használnak, ami adatvédelmi kockázatokkal jár. Ezen adatok védelme csak és kizárólag úgy lehetséges, ha szigorú szabályokat alkotunk az adatok gyűjtésére, tárolására és felhasználására vonatkozóan. Meg kell hozni minden szükséges intézkedést annak érdekében, hogy megakadályozhatók legyenek a visszaélések és biztosítva legyen a betegek adatainak bizalmas kezelése.[149] Az adatvédelmi szabályozásnak ki kell terjednie az MI rendszerek fejlesztésére, tesztelésére és alkalmazására is ugyanis az MI algoritmusok diszkriminatívak lehetnek, ha nem megfelelően kiképzettek. A diszkrimináció megelőzése kulcsfontosságú, hiszen a rendszer lényege, hogy biztosítsa a mindenki számára igazságos és egyenlő döntések meghozatalát. [150] Az MI alkalmazása felveti a kérdést, hogy milyen mértékben engedhetjük meg, hogy a rendszer döntéseket hozzon az ellátásban. Véleményem szerint, egyensúlyt kell találni a technológia által nyújtott előnyök és a beteg autonómiájának

[147] Zorkóczy Miklós: A mesterséges intelligencia egészségügyi jogi és etikai dimenziói. MTA Law Working Papers, 2021/25.
[148] Hodula Máté- A mesterséges intelligencia és a büntetőjogi felelősség (JOSz Intezet – Tanulmanyok 2023.) 8.o.
[149] Diósi Szabolcs - Mesterséges intelligencia, szintetikus valóság - Az MI és GenMI rendszerekkel kapcsolatos globális kihívások és európai szabályozási stratégiák- Doktori értekezés- (2024) 5-6.o.
[150] https://ictglobal.hu/technologia/kie-a-felelosseg-ha-rosszul-dont-vagy-diszkriminal-az-ai/

megőrzése között.[151] Az MI rendszerek nem helyettesíthetik az orvosokat, használatuk célja csupán az orvosok munkájának támogatása kell, hogy legyen. Ennek biztosítására átláthatóságuk és magyarázhatóságuk előírása lényeges, hiszen a betegek és az orvosok csak így érthetik meg, a rendszer döntéshozatalának alapelveit. [152]

Az MI technológiák hozzáférhetőségének elosztása fontos társadalmi és jogi kérdés, melyben az újfajta technológia nyomán keletkezett egyenlőtlenségek kialakulásának minimalizálása válik irányadóvá.[153] Kiemelendő, hogy az Európai Unió élen jár a mesterséges intelligencia jogi szabályozásában. A Mesterséges intelligenciáról szóló jogszabály[154]2024-ben került elfogadásra és egy kockázatalapú megközelítést alkalmaz. Lényegében az MI rendszereket a kockázati szintjük szerint kategorizálja. A kategorizálás értelmében bizonyos MI alkalmazások, mint például a manipulatív "social scoring" rendszerek tiltásra kerülnek, míg a jelentős kockázatot hordozó, vagyis az egészségre, a biztonságra vagy az alapvető jogokra (pl. önvezető autók, orvosi diagnosztikai eszközök) kiható alkalmazásoknak szigorú követelményeknek kell megfelelniük. A követelményrendszer olyan tényezőkből áll, mint a kockázatértékelést, a megfelelőségértékelést és az emberi felügyeletet. Ezen felül az átláthatósági kötelezettségek alá eső MI rendszereknek, mint például a chatbotoknak, tájékoztatniuk kell arról a felhasználókat, hogy MI rendszerrel kommunikálnak. A legtöbb MI alkalmazás minimális kockázatot jelent és ebbe a kategóriába tartozik, tehát nincsenek rájuk vonatkozó különleges jogi követelmények.[155]

III.Az orvosi jogviszony sajátosságai

Az orvosi jogviszony az orvos és a beteg közt létrejövő speciális jogi kapcsolat melynek célja a beteg egészségének helyreállítása, megőrzése vagy javítása.[156] E jogviszony számos olyan sajátossággal bír melyek megkülönböztetik a többi jogviszonytól,[157]elsősorban a bizalom központi szerepe miatt.[158]

[151] Kovács Zoltán alezredes- A mesterséges intelligencia és egyéb felforgató technológiák hatásainak átfogó vizsgálata (Katonai Nemzetbiztonsági Szolgálat, 2023) 89-90.o.
[152] Kovács Zoltán alezredes- 97.o.
[153] Dávid Máté - A mesterséges intelligencia alkalmazásának hatása a munkához és a szociális biztonsághoz való jogra (Infokommunikáció ás Jog 2020/74)
[154] A mesterséges intelligenciáról szóló jogszabály (a mesterséges intelligenciára vonatkozó harmonizált szabályok megállapításáról szóló (EU) 2024/1689 rendelet).
[155] (EU) 2024/1689 rendelet).
[156] Sótonyi Péter (szerk.): Orvosi felelősség. Semmelweis Kiadó, Budapest 2006. 115.o.
[157] Jobbágyi Gábor (2001): Orvosi jog. Budapest: Szent István Társulat. 13.o.
[158] Törő Károly (1986): Az orvosi jogviszony. Budapest: Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó. 216.o.

A jogviszony alanyai

A beteg az egészségügyi szolgáltatóval létesít jogviszonyt, amikor ellátást vesz igénybe. Az orvos helyzete ebben a rendszerben többféle lehet: legtöbbször az ellátást nyújtó intézmény (ami lehet állami, céges vagy alapítványi) közalkalmazottja vagy munkavállalója. Előfordulhat az is, hogy egy közvetítő cég alkalmazza vagy tagja annak, és ezen cégen keresztül dolgozik a kórháznak, rendelőnek. Kivételt képez, amikor az orvos maga az egészségügyi szolgáltató, mint egyéni vállalkozó (jellemzően az alapellátásban, pl. háziorvosként) – ekkor a beteg közvetlenül vele kerül jogviszonyba.[159] Az orvos tehát lehet természetes személy vagy jogi személy (pl. kórház). Az orvosnak megfelelő szakképesítéssel és engedélyekkel kell rendelkeznie az orvosi tevékenység végzéséhez.[160] Tevékenységük magában foglalja a diagnosztizálást, a kezelést, a megelőzést és a rehabilitációt egyaránt. A szakma irányelveit jogszabályokat és az etikai kódex[161]tartalmazzák.

A beteg, bármely természetes személy, aki egészségügyi ellátásra szorul vagy azt igénybe vesz. A betegnek joga van az egészségügyi ellátáshoz való hozzáféréshez, a tájékoztatáshoz, a beleegyezéshez, a titoktartáshoz és a panasztételhez.[162]A beteg kötelessége együttműködni az orvossal, betartani az utasításait és megfizetni az orvosi szolgáltatás díját, amennyiben az nem térítésmentes.

Az orvosi jogviszony tárgya az egészségügyi szolgáltatás, mely magában foglalja, a megelőzést, diagnosztikát, terápiát, rehabilitációt és palliatív ellátásokat.

- Megelőzés: Az egészség megőrzését célzó tevékenységek (szűrővizsgálatok, védőoltások).
- Diagnosztika: A betegségek felismerését célzó fizikális és laboratóriumi vizsgálatok összessége.
- Terápia: A betegségek kezelését célzó eljárások (gyógyszeres kezelés, műtéti beavatkozás).
- Rehabilitáció: A betegségből való felépülést segítő tevékenységek (gyógytorna).
- Palliatív ellátás: A gyógyíthatatlan betegek életminőségének javítását célzó ellátás.

[159] Barzó Tímea - Felelősségi alapkérdések az egészségügyben. 2.o.
[160] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről (Eütv.) 110. §
[161] Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódexe. (https://mok.hu/a-kamararol/etikai-kodex)
[162] Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény rendelkezik a betegeket az egészségügyi ellátások során megillető jogairól és őket terhelő kötelezettségeiről, az egészségügyi szolgáltatásokról és az ellátást nyújtó intézményekről.

Az orvosi jogviszony tartalmát a jogszabályok, valamint az orvos és a beteg közötti megállapodás határozzák meg. A jogviszonyban az orvosnak és a betegnek egyaránt kötelezettségei keletkeznek. Az orvos gondossági kötelezettséggel tartozik, amely alapján köteles a beteg érdekében eljárni, a tőle elvárható gondossággal és szakértelemmel ellátni a beteget.[163] A tájékoztatási kötelezettség szerint kötelessége a beteget világosan és érthetően tájékoztatni a betegségéről, a kezeléséről.[164] A titoktartási kötelezettség okán köteles titokban tartani a beteggel kapcsolatos információkat.[165] Végül pedig dokumentációs kötelezettséggel tartozik, vagyis a beteg állapotát és a kezelését megfelelően dokumentálni kell.[166]

A beteg kötelezettségei közé tartozik a kezelés alatt történő együttműködés az orvossal, továbbá amennyiben az igénybe vett kezelés nem térítésmentes, úgy köteles megfizetni a szolgáltatás díját.

A jogviszony sajátosságait

Először is elmondhatjuk, hogy az orvosi jogviszony bizalmi jellegű, mivel a beteg kiszolgáltatott helyzetben van az orvossal szemben.[167]Az orvosnak ezért etikusan kell eljárnia, tiszteletben kell tartania a beteg emberi méltóságát. Másodsorban az orvos és a beteg közötti tudás és hatalom aszimmetrikus eloszlása miatt az orvosnak fokozott felelőssége van. Harmadrészt a jogviszony személyes jelleggel rendelkezik, a kapcsolat bizalmon és kölcsönös tiszteletben alapul. Végül pedig elmondható, hogy folyamatos jellegű, általában nem egyszeri.

További jellemző még, hogy az orvosi jogviszony létrejöhet kifejezett (szóbeli vagy írásbeli) vagy hallgatólagos megállapodással. Megszűnhet a kezelés befejezésével, a beteg halálával, a felek közös megegyezésével, vagy az orvos/beteg felmondásával.

A bizalmi viszony

Az orvos-beteg kapcsolat bizalmi jellegű, a bizalom pedig komplex fogalom, melynek jogi, pszichológiai és etikai aspektusai is vannak. A hatékony gyógyításhoz és az együttműködéshez elengedhetetlen, hogy a beteg nyíltan és őszintén tudjon orvosával kommunikálni.[168] A kölcsönös

[163] 2013. évi V. törvény a Polgári Törvénykönyvről (Ptk.)
[164] Eütv. 134 §
[165] Eütv. 138. §
[166] 1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről
[167] Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódexe.
[168] Törő Károly (1986): Az orvosi jogviszony. Budapest: Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó. 216-217.o.

bizalom elősegíti a megfelelő kezelés megtalálását, javítva ezzel a beteg gyógyulási esélyeit.[169] Egy 2003-ban elvégzett tanulmány arról számol be, hogy a bizalom hiánya jelentősen ronthatja a gyógyítás hatékonyságát.[170]

A bizalomnak ezen felül jogi aspektusai is vannak. A tájékoztatási kötelezettség, a beleegyezési jog, a titoktartás és az adatvédelem szabályait számos jogszabály és etikai kódex rögzíti. Ezek közül a legfontosabbak:

- Tájékoztatási kötelezettség: Az orvos kötelessége betegét annak betegségéről, a kezelésről, a lehetséges kockázatokról és az alternatív kezelési lehetőségekről teljeskörűen, érthetően és őszintén tájékoztatni.[171]
- Beleegyezési jog: A beteg joga eldönteni, hogy beleegyezik-e a beavatkozásba.[172]A beleegyezés tájékozott és önkéntes.
- Titoktartási kötelezettség: Az orvos köteles titokban tartani a beteggel kapcsolatos információkat.[173]
- Adatvédelem: Az orvosnak kötelessége megvédeni a beteg személyes adatait.[174]
- Felelősség: Az orvos felelősséggel tartozik a betegnek okozott károkért, amennyiben nem tesz eleget gondossági kötelezettségének.[175]

A bizalom pszichológiai aspektusai

A bizalom azt a pszichológiai állapot jelenti, melyben az egyén hisz abban, hogy egy másik személy vagy intézmény jó szándékú, kompetens és megbízható.[176]A bizalom kialakulása és fenntartása számos tényezőtől függ, többek közt az orvos kommunikációs stílusától, empátiájától, szakértelmétől és a beteg korábban szerzett tapasztalataitól.[177] A bizalom elősegíti a pozitív

[169] Mechanic, D., & Schlesinger, M. (1996). The impact of managed care on patients' trust in medical care and their physicians. JAMA, 275(21), 1693-1697.
[170] Gillon, R. (2003). Ethics needs principles—four can encompass the rest—and respect for autonomy should be "first among equals". Journal of medical ethics, 29(5), 307-312.
[171] Eütv. 14. §
[172] Eütv. 25. §
[173] Eütv. 25. §
[174] 2011. évi CXII. törvény az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról.
[175] Ptk. 6:519. §
[176] Hall, M. A., Dugan, E., Zheng, B., & Mishra, A. K. (2001). Trust in physicians and medical institutions: what is it, can it be measured, and does it matter?. The Milbank Quarterly, 79(4), 613-639.
[177] Kramer, R. M., & Tyler, T. R. Trust in organizations: Frontiers of theory and research. Sage Publications. Vol. 9:247-276 (Volume publication date January 2022)

érzelmeket, csökkenti a szorongást és a stresszt, növelve ezzel a beteg elégedettségét és kezelésben vetett hitét.[178]

A bizalom etikai vonatkozásait vizsgálva elmondhatjuk, hogy az orvosi tevékenység során követendő erkölcsi normákat az orvosi etika határozza meg. Az orvos viselkedési normái megkövetelik, hogy őszinte, empatikus és tisztelettudó legyen a beteggel, hiszen[179]a bizalom etikai alapelvei közé tartozik az igazmondás, a jótékonyság, a „nem-ártás" és az igazságosság.[180] A bizalom erősítése érdekében az orvosnak nyílt és őszinte kommunikációt kell folytatnia, valamint építenie kell a beteg aktív bevonására a döntéshozatalba, empatikus magatartásra révén.[181] A bizalomvesztés okai lehetnek az orvosi hibák, a kommunikációs problémák és az etikátlan viselkedés.[182]A bizalom helyreállítása nehéz, de nem lehetetlen. Az orvosnak őszintén kell kommunikálnia a beteggel a történtekről és be kell vonnia a beteget a problémamegoldásba.[183]

A szakmai tudás és a beteg tájékozatlansága közti aszimmetria

Az orvos-beteg kapcsolat meghatározó jellemzője a szakmai tudás és a beteg tájékozatlansága közti aszimmetria. A szaktudás az orvosnak hatalmat ad a beteg felett, ugyanakkor fokozott felelősséget is termet. A jogrendszer kiemelt feladata, hogy megfelelően szabályozza az orvos és a beteg viszonyát, biztosítva ezzel a beteg jogait és érdekeit. Az aszimmetria több okra is visszavezethető. Az orvosok hosszú évekig tanulnak, hogy elsajátítsák a szakmájukhoz szükséges ismereteket, míg a betegek általában nem rendelkeznek orvosi tudással és gyakran nem férnek hozzá a megfelelő információkhoz a betegségükkel és a kezelési lehetőségekkel kapcsolatban sem. Emiatt a betegek kiszolgáltatott helyzetben érezhetik magukat az orvossal szemben, mivel az egészségük és az életük az orvos számukra nem mindig érthető döntésétől függ.

A jog számos eszközzel igyekszik mérsékelni az aszimmetriából fakadó hátrányokat. Az orvosnak kötelessége a beteg teljeskörű, érthető és őszinte tájékoztatása.[184] A betegnek ennek tükrében joga van eldönteni, hogy beleegyezik-e a beavatkozásba. A beleegyezésnek tájékozottnak és

[178] Thom, D. H., Campbell, B., & Franz, C. E. (1989). Patient-physician trust: an exploratory study. J Fam Pract. 1997 feb;44(2):169-76.
[179] Pellegrino, E. D., & Thomasma, D. C. (1993). The virtues in medical practice. Oxford University Press. Vol 86.
[180] Childress, James F., and Tom L. Beauchamp. "Common morality principles in biomedical ethics: responses to critics." Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics 31.2 (2022): 164-176.
[181] Roter, D. L., & Hall, J. A. (1992). Doctors talking with patients/patients talking with doctors: Improving communication in medical visits. Greenwood Publishing Group. 15-19.o.
[182] Levinson, W., Roter, D. L., Mullooly, J. P., Dull, V. T., & Frankel, R. M. (1997). Physician-patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. JAMA, 277(7), 553-559.
[183] Robbennolt JK. Apologies and medical error. Clin Orthop Relat Res. 2009 feb;467(2):376-82. Epub 2008 Oct 30.
[184] Eütv.134 §

önkéntesnek kell lennie. [185] A beteg joga továbbá kikérni másik orvos véleményét diagnózisával és a kezelésével kapcsolatban, amennyiben pedig úgy érzi, hogy jogait megsértették panaszt tehet az orvossal vagy az egészségügyi intézménnyel szemben.

A szakmai tudás és a beteg tájékozatlansága közötti aszimmetria az orvos-beteg kapcsolat velejárója. Mérséklése érdekében szükséges, hogy az orvos a beteg számára érthető nyelven kommunikáljon és megfelelő figyelmet fordítson a tájékoztatásra. Ezáltal a betegek jobban megérthetik a betegségüket és a kezelési lehetőségeket, ami a bizalmukat is erősíti az ellátás során.

Az orvos hatalmi pozíciója

Az orvos sajátos hatalmi pozíciója szaktudásából, az információfölényéből és a beteg kiszolgáltatott helyzetéből fakad. A jogrendszer és az etikai normák feladata e „hatalom" korlátozása, védve ezáltal a betegek jogainak érvényesülését.

Az orvosok rendelkeznek a szakterületükhöz szükséges ismeretekkel és ez a tudás a betegek számára általában nem hozzáférhető, így rászorulnak az orvos szakértelmére. Az orvosok hozzáférnek a beteg egészségi állapotával kapcsolatos információkhoz, amelyek a beteg számára nem mindig ismertek vagy érthetőek. A betegek függőségi helyzete miatt – hiszen egészségük, sőt életük múlhat az orvoson – kiemelt jelentőségű az orvos tájékoztatási kötelezettsége. Az orvosnak őszintén, közérthetően és mindenre kiterjedően kell informálnia a pácienst állapotáról, a kezelési lehetőségekről, azok veszélyeiről és az alternatívákról.[186] Erre épül a beteg önrendelkezési joga: csakis ezen információk birtokában, külső kényszertől mentesen dönthet arról, hogy beleegyezik-e az orvosi beavatkozásba.[187] További betegjog még kikérni egy másik orvos véleményét a diagnózisával és a kezelésével kapcsolatban. E mellett a beteg joga a panasztétel az orvosra vagy az egészségügyi intézményre, ha úgy érzi, hogy jogait megsértették. Az orvos felelősséggel tartozik a betegnek okozott károkért, ha megszegi a gondossági kötelezettségét. [188] Ám az orvosi etika ezen felül további korlátokat állít az orvos hatalma elé. Az orvosnak mindig a beteg érdekeit kell szem előtt tartania. [189] Tiszteletben kell tartania a beteg döntését a kezeléssel kapcsolatban, még akkor is, ha nem ért egyet vele, továbbá mindig tisztelettel kell bánnia a beteggel, függetlenül

[185] Eütv.15 §
[186] Eütv.15 §
[187] Eütv.134 §
[188] 2013. évi V. törvény a Polgári Törvénykönyvről 6:519. §
[189] Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódexe 1. pont

a beteg társadalmi helyzetétől, anyagi helyzetétől, nemzetiségétől, vallásától vagy egyéb megkülönböztető tényezőktől.

Az orvos hatalmával visszaélhet, ha nem ad megfelelő tájékoztatást a betegnek, vagy nyomást gyakorol a betegre, hogy beleegyezzen egy beavatkozásba. Kihasználja a beteg kiszolgáltatott helyzetét és megsértheti a beteg titoktartási jogát ezáltal pedig diszkriminálhatja a beteget. Ezen visszaélések elkerülése érdekében, a betegeknek joguk van ellenőrizni az orvos „hatalmát". Joguk van kérdéseket feltenni a betegségükkel és a kezelésükkel kapcsolatban, illetve joguk van kikérni egy másik orvos véleményét, panaszt tenni az orvosra vagy az egészségügyi intézményre, bírósághoz fordulni, ha úgy érzik, hogy az orvos megsértette a jogaikat.

A beteg jogai és kötelezettségei az informált beleegyezés tükrében

Az informált beleegyezés az orvos-beteg kapcsolat egyik sarokköve. Feladata, hogy biztosítsa a beteg autonómiáját és önrendelkezési jogát az egészségügyi ellátás során. A betegnek joga van ahhoz, hogy az orvosától teljeskörű és érthető tájékoztatást kapjon az egészségi állapotáról, ez pedig magában foglalja a diagnózist, a prognózist, a javasolt vizsgálatokat és kezeléseket, azok lehetséges kockázatait és szövődményeit, az alternatív kezelési lehetőségeket, a kezelés várható eredményeit, valamint a kezelés elutasításának következményeit. Az orvosok gyakran szakzsargonban beszélnek, amit a betegek nehezen értenek meg és további probléma, hogy az időhiány miatt az orvosok néha nem szánnak elég időt a betegek tájékoztatására pedig rendkívül fontos lenne, hogy a beteg számára érthetően adjanak felvilágosítást. A betegeknek lehetőséget kell adni arra, hogy kérdéseket tegyenek fel, és tisztázzák a kétségeiket[190]ennek függvényében pedig joguk van eldönteni, hogy beleegyeznek-e az orvosi beavatkozásba. Mint már tudjuk a belegyezésnek önkéntesnek, tájékozottnak és kifejezettnek kell lennie. A betegnek továbbá joga van visszavonni a beleegyezését bármikor, akár a beavatkozás megkezdése után is. Előfordulnak ugyanis olyan esetek, amikor a betegekre nyomást gyakorolnak, hogy beleegyezzenek egy beavatkozásba hiszen nem mindig értik meg a beavatkozás kockázatait és szövődményeit, ezért az orvosoknak biztosítaniuk kell, hogy a betegek szabadon dönthessenek a beleegyezésről, lehetőséget kapjanak arra, hogy megbeszéljék a döntésüket a családjukkal.[191] A betegnek joga van

[190]Az Európa Tanácsnak az emberi jogok és a biomedicina tekintetében az emberi lények jogainak és méltóságának védelméről szóló egyezménye (Oviedói Egyezmény) 5. cikk
[191] Oviedói Egyezmény 5. cikk

elutasítani a beavatkozást, az orvos javaslata ellenére is, mely alól csak az életmentő beavatkozás, vagy a beteg cselekvőképtelensége adhat felmentést.[192]

A beteg másik orvos véleményét is kikérheti a diagnózissal és a javasolt kezeléssel kapcsolatban. Ez különösen akkor lehet fontos, ha komplex vagy kockázatos beavatkozás javasolt. Napjainkban jellemző, hogy a betegek nem mindig tudják, hogy joguk van másodvéleményt kérni, vagy félnek attól, hogy ha másik orvos véleményét is kikérik akkor az alapvető kezelést sem tudják már a továbbiakban igénybe venni. Ennek a rendkívül rossz gyakorlatnak a kigyomlálása érdekében az orvosoknak tájékoztatniuk kell a betegeket a másodvéleményhez való jogukról.

A beteg kötelessége, hogy együttműködjön orvosával a kezelés során, betartsa annak utasításait, ami magában foglalja a gyógyszerek rendszeres szedését, az életmódbeli változtatások betartását és a kontrollvizsgálatokon való megjelenést egyaránt.[193] Gyakran előfordul azonban, hogy ez az együttműködés nem mutat ilyen idilli képet a valóságban. A betegek nem minden esetben tartják be a kapott utasításokat, ami jelentősen rontja gyógyulásuk esélyeit. Belátható, hogy a megfelelő kommunikáció és a kockázatok világossá tétel nélkül nem érhet célt az orvos azon törekvése, hogy betegei engedelmesen betartsák ajánlásait. A betegek meggyőzése nem könnyű feladat, ugyanakkor az utasítások pontos megadása nagyban segítheti a folyamatot. A beteg oldaláról az egészségi állapotával kapcsolatos minden lényeges információ közlése (korábbi betegségek, allergiák, egyéb gyógyszerek szedése és életmódbeli szokások) elengedhetetlen a megfelelő diagnózis felállításához és a személyre szabott kezelési terv kidolgozásához. Ennek érdekében a részletes anamnézisfelvétel és az egészségügyi dokumentáció digitális tárolása és lehívhatóvá tétele üdvözítő lenne.

Az informált beleegyezés további tartalmi eleme a beavatkozás lehetséges kockázatainak és szövődményeinek részletesen ismertetése. Ez egyaránt magában foglalja a gyakori és a ritka szövődmények magyarázatát. Fontos kiemelni a súlyos és maradandó károsodások lehetőségét is. Az orvosnak őszintén meg kell mondania a betegnek, hogy milyen valószínűséggel következnek be ezek a szövődmények.[194] Gyakori hiba orvosi részről, hogy elbagatellizálják a kockázatokat, vagy nem tájékoztatják a beteget a ritka, de súlyos szövődményekről, ugyanakkor nem várható el a pusztán tárgyilagos tájékoztatás sem, ugyanis ebben az esetben a beteg pánikba eshet és ennek

[192] Oviedói Egyezmény 5. cikk
[193] Sótonyi Péter (2006): Orvosi felelősség In: Sótonyi Péter (szerk.): Semmelweis Könyvkiadó Zrt. 123-145. o.
[194] Az Európa Tanácsnak az emberi jogok és a biomedicina tekintetében az emberi lények jogainak és méltóságának védelméről szóló egyezménye (Oviedói Egyezmény) 5. cikk

következtében utasíthat vissza kezelést. Az orvosoknak objektív és teljeskörű tájékoztatást kell adniuk a kockázatokról, de minden esetben tekintettel kell lenniük a beteg aktuális állapotára és értelmi, fejlettségi szintjére egyaránt. A betegeknek lehetőséget kell adni arra, hogy megbeszéljék a kockázatokat és a szövődményeket az orvossal, valamint, hogy írásos tájékoztatót is kaphassanak a beavatkozásról. Az a véleményem, hogy amennyiben a tájékoztatás kiterjedne egy „partnerségi kommunikációra" az orvos és a beteg között, nagyobb valószínűséggel lehetne hatékonyabbá tenni a tájékoztatási kötelezettségben rejlő hibalehetőségek kiküszöbölését.

További fontos kérdést vet fel, hogy az orvosnak tájékoztatnia kell-e a beteget az alternatív kezelési lehetőségekről? Az egészségügyi ellátás során tendenciává vált, hogy az orvosok csak a saját szakterületükön belüli kezelési lehetőségekről tájékoztatják a betegeket. Az a véleményem, hogy a betegnek tájékoztatást kell kapnia az alternatív kezelési lehetőségekről is nem csupán arról, hogy mi történik, ha elutasítja a beavatkozást. Az alternatív kezelési lehetőségek választási lehetőség elé állítanák a betegeket és bizonyos tekintetben tehermentesíthetnék az egyészségügyi ellátási rendszert.

Az informált beleegyezés speciális esetei

Kiskorú betegek esetében a szülő vagy a törvényes képviselő adja meg a beleegyezést az orvosi beavatkozáshoz, ugyanakkor a kiskorú véleményét is figyelembe kell venni, ha korának és érettségének megfelelően képes a beavatkozás jelentőségének felismerésére. 14 éven felüli kiskorú esetében a beleegyezéséhez a törvényes képviselő beleegyezése is szükséges, kivéve, ha a beavatkozás a kiskorú életének vagy súlyos egészségkárosodásának elhárítására szolgál. [195]18 éven felüli, de cselekvőképtelen személy esetében a törvényes képviselő adhat beleegyezést. Az orvos kötelessége tájékoztatni a kiskorút a beavatkozásról, figyelembe kell vennie véleményét [196] továbbá lehetőséget kell adnia arra, hogy a szülő és a kiskorú megbeszéljék döntésüket egy független szakemberrel.

Cselekvőképtelen betegek esetében a törvényes képviselő adja beleegyezést az orvosi beavatkozásba, akinek a beteg legjobb érdekeit kell szem előtt tartania. Ha a beteg korábban írásban nyilatkozott az orvosi beavatkozással kapcsolatban, akkor a törvényes képviselőnek figyelembe kell vennie kívánságát. Az orvosoknak törekedniük kell arra, hogy a törvényes képviselővel konzultáljanak, amennyiben pedig a törvényes képviselő nem érhető el, akkor az

[195] Eütv. 13.-14. §
[196] 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról

orvos a beteg legjobb érdekében járhat el vagy a bíróság kirendelhet egy speciális gondnokot képviseletére.[197] Sürgős esetekben, amikor a beteg élete vagy egészsége közvetlen veszélyben van, az orvos a beteg beleegyezése nélkül is elvégezheti az életmentő beavatkozást azonban mindent meg kell tennie annak érdekében, hogy a beavatkozás előtt tájékoztassa a beteget, vagy ha ez nem lehetséges, akkor a hozzátartozóit. Sürgős esetekben nehéz meghatározni, hogy mikor van szükség a beteg beleegyezésére. Az orvosoknak ezen szükséghelyzetek felismerésére világos irányelveket kell kapniuk arra vonatkozóan, hogy milyen esetekben végezhetnek beavatkozást a beteg beleegyezése nélkül továbbá minden esetben dokumentálniuk kell ezen esetek körülményeit.[198]

Az informált beleegyezés jogi következményei

Az informált beleegyezés megsértése jogellenes cselekménynek minősül és jogi következményekkel járhat. A beteg kártérítést követelhet, ha úgy érzi, hogy az orvos megsértette az informált beleegyezéshez való jogát. A kártérítés mértéke a beteg által elszenvedett kár mértékétől függ.[199] Az orvost fegyelmi eljárás alá vonhatják, ha megsérti az informált beleegyezés szabályait ennek következményei pedig a fegyelmi büntetés, figyelmeztetés, megrovás, pénzbírság, vagy akár az orvosi tevékenység végzésétől való eltiltás is lehet. Bizonyos esetekben az informált beleegyezés megsértése bűncselekménynek is minősülhet például, ha az orvos a beteg beleegyezése nélkül végez el egy beavatkozást.

Az orvos tájékoztatási kötelezettsége

Az orvos tájékoztatási kötelezettsége az orvos-beteg kapcsolat egyik alapvonala, ami biztosítja a beteg autonómiáját és lehetővé teszi számára a megalapozott döntéshozatalt az ellátásával kapcsolatban.

A tájékoztatási kötelezettségét számos jogforrás rögzíti, melyek közül a legfontosabbak:

A 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, mely törvény 13. §-a kimondja, hogy "a beteg jogosult a számára egyéniesített formában megadott teljes körű tájékoztatásra". A tájékoztatásnak ki kell terjednie a beteg egészségi állapotára, a javasolt vizsgálatokra és beavatkozásokra, azok kockázataira és alternatíváira, valamint a kezelés várható eredményeire.

[197] 2013. évi V. törvény a Polgári Törvénykönyvről 2:12. §
[198] Eütv. 3.§
[199] 2013. évi V. törvény a Polgári Törvénykönyvről 6:143. §

A törvény 134. §-a rögzíti az orvos tájékoztatási kötelezettségét a betegek egészségi állapotáról, a javasolt vizsgálatokról és kezelésekről.

A 2013. évi V. törvény a Polgári Törvénykönyvről 1:4 §-a általános jelleggel fogalmazza meg a gondossági kötelezettséget, amely keretében az orvosnak a beteg érdekében elvárható gondossággal kell eljárnia és tájékoztatnia a kezelés lényeges körülményeiről.

Az Európa Tanácsnak az emberi jogok és a biomedicina tekintetében az emberi lények jogainak és méltóságának védelméről szóló egyezményének (Oviedói Egyezmény) 5. cikke kimondja, hogy "a beavatkozás előtt minden szükséges információt meg kell adni az érdeklődő személynek az egészségi állapotáról, a beavatkozás céljáról és természetéről, valamint következményeiről és kockázatairól".

A Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódexe több rendelkezést is tartalmaz az orvos tájékoztatási kötelezettségével kapcsolatban. Kimondja, hogy az orvos kötelessége a beteget a betegségéhez kapcsolódó minden információról őszintén, érthetően és mindenre kiterjedően tájékoztatni.

Az orvos kötelessége továbbá tájékoztatni a beteget, a diagnózis, a prognózis, a betegség várható lefolyásának tényeiről, valamint a vizsgálatok és beavatkozások céljairól, menetéről, kockázatairól, szövődményeiről, alternatíváiról. A gyógyulás esélyei, a kezelés lehetséges mellékhatásai, a rehabilitáció szükségessége szintén olyan információk, melyekről a betegnek tudnia kell a kezelés megkezdése előtt. A betegség várható lefolyásának ismertetése kezelés nélkül és azok lehetséges szövődményei szintén a tájékoztatási kötelezettség részét képezik.

A tájékoztatást a beteg számára érthető nyelven, világosan és egyértelműen kell megadni és fontos figyelembe venni a beteg életkorát, iskolai végzettségét, kulturális hátterét és egyéni szükségleteit. A betegnek lehetőséget kell adni kérdések feltevésére és a tájékoztatás megbeszélésére. A kommunikáció nem korlátozódhat csupán egy általános jellegű egyoldalú tájékoztatásra. Ugyanakkor fontos megjegyeznünk, hogy az orvos tájékoztatási kötelezettsége nem korlátlan, ugyanis nem köteles olyan információkat közölni a beteggel, melyek súlyosan károsíthatják a beteg egészségi állapotát vagy pszichés jólétét.

A magyar bíróságok számos esetben foglalkoztak az orvos tájékoztatási kötelezettségével. A bírói gyakorlat szerint az orvos tájékoztatási kötelezettsége kiterjed a betegséggel kapcsolatos minden lényeges körülményére, a kockázatokra, szövődményekre és az alternatív kezelési lehetőségekre.

A bíróság több ízben kimondta, hogy a beavatkozás általános kockázatain felül tájékoztatni kell a beteget egyéni sajátosságaiból adódó kockázatokról is.[200] A bíróság hangsúlyozta, hogy a beteget érthető módon kell tájékoztatni továbbá meg kell győződni arról, hogy megértette a tájékoztatást.[201] A Kúria kimondta, hogy a tájékoztatásnak ki kell terjednie az alternatív kezelési lehetőségekre is és ennek érdekében az orvosnak objektíven kell bemutatnia az egyes lehetőségek előnyeit és hátrányait.[202] A Kúria azt is hangsúlyozta, hogy a tájékoztatásnak írásban is rögzítésre kell kerülnie, hogy a beteg később is vissza tudja keresni az információkat.[203] A tájékoztatás elmaradása kártérítési felelősséget vonhat maga után, ha a beteg a megfelelő tájékoztatás birtokában nem egyezett volna bele a beavatkozásba.[204] Megerősítést nyert továbbá, hogy a tájékoztatási kötelezettség megszegése súlyos szakmai mulasztásnak minősül és a fegyelmi eljárást is megalapozza.[205]

A bíróság a kiskorú betegek tájékoztatásának kérdésével is foglalkozott és kimondta, hogy a kiskorú életkorának és érettségének megfelelően kell tájékoztatni a beavatkozással kapcsolatban.[206] A Kúria állásfoglalása szerint a cselekvőképtelen betegek tájékoztatásában a törvényes képviselő játssza a kulcsfontosságú szerepet.[207]

Látható tehát, hogy a magyar bíróságok komolyan veszik az orvos tájékoztatási kötelezettségét. Az gondolom elfogadhatjuk, hogy a bírósági gyakorlat folyamatosan fejlődik és alkalmazkodik az orvostudomány és a társadalom változásaihoz, mely nagy hatást gyakorol az orvosi etika alakulására is. Az orvosi etika mindig is kiemelt fontosságot tulajdonított az orvos tájékoztatási kötelezettségének, ez pedig szorosan összefügg a beteg önrendelkezési jogával, hiszen a betegnek joga van ahhoz, hogy megalapozott döntést hozzon az egészségügyi ellátásával kapcsolatban. Ehhez mindenekelőtt szüksége van a megfelelő információkra. Az orvos megfelelő tájékoztatása teszi lehetővé a beteg számára, hogy megértse a betegségét, a kezelési lehetőségeket és azok következményeit, önállóan döntve a kezeléséről.

A terápiás privilégium lehetőséget ad az orvosnak arra, hogy bizonyos esetekben információkat tartson vissza a betegtől, ha úgy ítéli meg, hogy azok közlése károsíthatja a beteg egészségi vagy

[200] BH 2003.11.453
[201] BH 2003.1.17 I.
[202] BH 1998.2.78
[203] BH 2003.1.17
[204] BH 2003.1.17: Legf. Bír. Pfv.III.22 627/1999. sz.
[205] Legf.Bír.Pfv.III.20 366/2000. sz.
[206] Legf. Bír. Pfv.III.22 627/1999. sz
[207] Bfv.I.239/2015.

pszichés állapotát. A terápiás privilégium viszont csak kivételes esetben alkalmazható és alapos indok kell a döntéshez. Ugyanakkor nem jelenti, hogy az orvos teljes mértékben megtagadhatja a tájékoztatást a betegtől, a betegségéről és a kezelés legfontosabb jellemzőiről minden esetben tájékoztatnia kell. A gyakran időhiányban szenvedő orvosok számára nem minden esetben egyszerű megtalálni az egyensúlyt a teljeskörű tájékoztatás és a beteg érzelmi állapotának figyelembevétele között. A legfontosabb feladat ezért, az orvosok megfelelő képzése kommunikációs készségeik fejlesztése terén.

Javaslatok a tájékoztatási kötelezettség fejlesztésére:

A tájékoztatási kötelezettség fejlesztése érdekében elengedhetetlen, az olyan képzések biztosítása az orvostársadalom számára, melyek révén kommunikációs készségeiket magas szintre emelhetik, ezáltal képessé válnak a betegek számára leginkább érthető nyelven tájékoztatást adni. A gyakorlat szerint kötelező dokumentálni a betegnek adott tájékoztatást, hogy később bizonyítható legyen, annak megfelelő közlése. A jogszabályoknak olyan környezetet kell tehát teremteniük, hogy világosan és egyértelműen meg tudják határozni az orvos tájékoztatási kötelezettségének tartalmát és terjedelmét.

Az orvosi titoktartás: A személyiségi jogok védelme

Az orvos-beteg kapcsolat egyik legfontosabb etikai és jogi alapelve az orvos titoktartási kötelezettsége. Az orvosi titoktartás fogalmát tekintve nem más mint, az orvos, illetve az egészségügyi ellátásban részt vevő más személyek kötelezettsége arra, hogy a beteg egészségi állapotával, személyes adataival és egyéb a gyógykezelés során tudomására jutott információkkal kapcsolatban bizalmasan bánjon és azokat harmadik személyekkel ne közölje.[208] Az orvosi titok tág fogalom, magába foglalja a beteg személyes adatait, a betegségével kapcsolatos információkat, a vizsgálati eredményeket, kezelési adatokat, valamint minden egyéb információt, melyet az orvos az ellátás során megismert.[209]

[208] Dr. Barzó Tímea: A gyermekek jogainak érvényesülése az egészségügyben különös tekintettel az Ottawai Deklaráció alapelveire 2. Rész* (CSJ, 2009/1., 4-10. o.)
[209] Sáriné Simkó Ágnes: Betegjogok az egészségügyi törvény és a Polgári Törvénykönyv összefüggései alapján (GJ, 2019/6., 7-13. o.)

Az orvosi titoktartás jogalapját rögzíti:

Az Alaptörvény VI. cikke (1) bekezdése kimondja, hogy "mindenkinek joga van ahhoz, hogy magánlakásának tiszteletben tartását, illetve a magánélet és a családi élet titokban tartását a törvény biztosítsa".

Az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről: A törvény 138. §-a rögzíti a beteg jogát az orvosi titoktartáshoz. A beteg jogosult arra, hogy az egészségügyi ellátásában részt vevő személyek az ellátása során tudomásukra jutott egészségügyi és személyes adatait csak az arra jogosulttal közöljék és azokat bizalmasan kezeljék. Az egészségügyi dolgozó az egészségügyi tevékenysége során tudomására jutott tényeket, adatokat, információkat köteles titokként megtartani.

A 2013. évi V. törvény a Polgári Törvénykönyvről, 2:43. §-a alapján a személyiségi jogok védelméről szóló általános rendelkezés keretében védi a magánélethez való jogot, amely magában foglalja az orvosi titoktartáshoz való jogot is.

A 2011. évi CXII. törvény az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról, szabályozza a személyes adatok kezelését és külön rendelkezéseket tartalmaz az egészségügyi adatok kezelésére vonatkozóan.

Az Európa Tanácsnak az emberi jogok és a biomedicina tekintetében az emberi lények jogainak és méltóságának védelméről szóló - Oviedói Egyezmény - 10. cikkében kimondja, hogy "mindenkinek joga van a magánéletének tiszteletben tartásához az egészségügyi információk tekintetében".

Végezetül pedig meg kell említenünk, hogy a Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódexe több olyan rendelkezést is tartalmaz az orvosi titoktartással kapcsolatban, melyek alapján az orvosnak kötelessége a beteg személyes adatait és egészségi állapotával kapcsolatos információkat titokként megtartani.

A fentiek alapján megállapítható, hogy a titoktartási kötelezettség nemcsak az orvosokat terheli, hanem mindenkit, aki az egészségügyi ellátásban részt vesz. Az ápolókra, a gyógyszerészekre, mentősökre, szociális munkásokra és az adminisztratív személyzetre egyaránt vonatkozik, de kiterjed az orvostanhallgatókra és az egészségügyi intézmények önkénteseire is. Védelem alá helyezi a beteg személyes adatait, betegségével kapcsolatos információkat, vizsgálati eredményeket, kezelési adatokat, valamint minden egyéb információt, melyet az egészségügyi

dolgozó a beteg ellátása során ismert meg. A szabályozás nem csak a szóbeli közlésekre, hanem az írásbeli dokumentumokra és az elektronikus adatokra is kiterjed. A titoktartási kötelezettség ugyanakkor nem korlátlan, az orvos köteles megszegni a titoktartást bizonyos esetekben. Ha azt a törvény kifejezetten elrendeli**,** például fertőző betegségek bejelentése esetén, [210] vagy ha mások életének, testi épségének, egészségének védelme szükségessé teszi például, ha a beteg öngyilkossággal fenyegetőzik, vagy gyermekbántalmazás gyanúja merül fel.

A beteg bármikor felhatalmazhatja az orvost, hogy közöljön információkat harmadik személyekkel amennyiben ez a további ellátása érdekében szükséges, ilyen eset például, ha a beteget más egészségügyi intézménybe kell szállítani – ilyenkor ugyanis magától értetődő, hogy tájékoztatást kell adni a megfelelő ellátás érdekében.

A jogszabály deklarálja, hogy az orvosi titoktartás megsértése jogellenes cselekménynek minősül. A beteg kártérítési követelését az orvos, illetve az egészségügyi intézmény titoktartási kötelezettségének megsértése alapozhatja meg, a kártérítés pedig a vagyoni és nem vagyoni károkra egyaránt kiterjedhet.[211] Ezzel egyidejűleg az egészségügyi dolgozót fegyelmi eljárás alá is vonhatják, a titoktartási kötelezettségét megsértése okán. A fegyelmi büntetés a figyelmeztetés, megrovás, pénzbírság, de akár az egészségügyi tevékenység végzésétől való eltiltásig is terjedhet. A titoktartási kötelezettség megsértése bizonyos esetekben bűncselekményt is megvalósíthat. A Büntető Törvénykönyv 223. §-a szerint, aki a foglalkozásánál vagy közmegbízatásánál fogva a megtudott magántitkot jogtalanul felfedi, vétséget követ el és ha ezzel jelentős érdeksérelmet okoz, egy évig terjedő szabadságvesztéssel is büntethető.[212]

A bírói gyakorlat azt mutatja, hogy az orvosi titok megsértése kiemelt jelentőséggel bír, amennyiben, az a beteg számára jelentős kárt okozott. Ilyen eset például, ha a titok felfedése miatt elveszíti az állását vagy a családi élete sérül. A magyar bírósági gyakorlatban volt példa olyan esetre, mikor egy orvos írásban adott ki tájékoztatást a beteg egészségi állapotáról annak hozzájárulása nélkül. A bíróság ebben az esetben titoksértés bűntette miatt ítélte el az orvost és felfüggesztett szabadságvesztést szabott ki rá.[213] Egy másik esetben az orvos telefonon közölt információkat a beteg egészségi állapotáról annak munkaadójával, mely esetben is titoksértés került megállapításra és pénzbüntetés került kiszabásra.[214] A polgári jogi felelősség

[210] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 26. §
[211] 2013. évi V. törvény a Polgári Törvénykönyvről 6:518- 6:534. §
[212] 2012. évi C. törvény a Büntető Törvénykönyvről 223. §
[213] BH 2004.5.170
[214] Legf. Bír. Bfv. III. 2535/2002. sz

megállapítására került sor akkor amikor egy kórház közzétett egy fotót egy betegről annak hozzájárulása nélkül egy szakmai kiadványban. A bíróság a kórházat kártérítés megfizetésére kötelezte a beteg személyiségi jogainak megsértése miatt.[215] Egy másik esetben az orvos tájékoztatta betege élettársát annak terhességmegszakításáról. A bíróság ez esetben is megállapította a titoktartási kötelezettség megsértését és kártérítés megfizetésére kötelezte az orvost.[216] A felelősségre vonás akkor sem marad el, ha televíziós műsorban beszélnek a beteg állapotáról annak hozzájárulása nélkül. A Magyar Orvosi Kamara Etikai Kollégiuma ezt az etikai kódex súlyos megsértéseként értékeli.[217]

Ahogy az esetjogi példák is mutatják, a bíróságok szigorúan értékelik e jogsértéseket, a Magyar Orvosi Kamara pedig számos esetben lépett fel a titoktartás megsértése esetén. Fontos hangsúlyozni, hogy az orvosi titoktartás nem csupán az orvos egyéni felelőssége, az egészségügyi intézményeknek is gondoskodnia kell a beteg adatainak védelméről. Az orvosi titok védelme szorosan összefügg az adatvédelemmel. Az egészségügyi adatok az úgynevezett különleges adatok kategóriájába tartozó személyes adatok. Ezen adatok kezelésére szigorú szabályok vonatkoznak, vagyis az egészségügyi adatok az adatkezelés céljával összeegyeztethető módon, és csak a szükséges mértékig kezelhetőek.[218] Az adatkezeléshez minden esetben szükséges a beteg hozzájárulása, kivéve, ha a jogszabályok vagy rendeletek másként nem rendelkeznek.[219] Azt kell mondjuk, hogy az orvosi titok védelme nem csak jogi, hanem etikai kötelezettség is. Az orvosi etika alapelvei közé tartozik ugyanis a beteg autonómiájának, méltóságának és magánéletének tiszteletben tartása. Balogh Sándor tanulmányában például így fogalmaz: „*A titok, mint társadalmi jelenség átszövi életünket az emberiség létezése óta. Hosszú, több évezredes utat tett meg, mire a jog látókörébe kerülésétől eljutott integritásának többszintű, intézményes védelméig*.”[220]

[215] BH 2016.9.241
[216] Bf.5230/2013/5.
[217] MOK Etikai Kollégium 12/2017. számú határozata
[218] Jóri András, Soós Andrea Klára: Adatvédelmi jog, HVG-ORAC Lap- és Könyvkiadó Kft, Bp., 2016, 154.A 29. cikk szerinti munkacsoport 03/2013. számú, a célhoz kötöttségről szóló véleménye
Jóri András, Soós Andrea Klára: Adatvédelmi jog, HVG-ORAC Lap- és Könyvkiadó Kft, Bp., 2016, 152.
[219] Az európai parlament és a tanács (eu) 2016/679 rendelete https://eur-lex.europa.eu/legal-content/hu/txt/?uri=uriserv:oj.l_.2016.119.01.0001.01.hun&toc=oj:l:2016:119:full119%3afull#d1e2018-1-1 (letöltve: 2024.08.03)
[220] Balogh Sándor: A titoktartás etikai és büntetőjogi jelentősége a pszichológus által végzett terápiás tevékenységben - helyzetkép egy határterületről (IAS, 2022/1., 117-134. o.)

Az orvosi titok védelme a 21. században új kihívásokkal szembesül. Az egészségügyi információk digitalizálása és az elektronikus egészségügyi nyilvántartások elterjedése növeli az adatszivárgás kockázatát, éppen ezért fokozott figyelmet igényel a kapcsolódó szabályozás betartása.

Az orvosi titoktartás és a közérdek

Bizonyos esetekben a titoktartás és a közérdek között ellentét állhat fenn. Gondoljunk csak arra, hogy fertőző betegség esetén a járvány terjedésének mérséklése érdekében kötelező megtenni bizonyos intézkedéseket, még akkor is, ha ezzel a beteg felé fennálló titoktartási kötelezettségét meg is szegi az orvos. Ilyen esetekben kötelező tájékoztatni az illetékes hatóságokat a közérdek védelme érdekében. Hasonlóképpen kell eljárni, ha tudomást szerez arról, hogy a beteg bűncselekményt követett el, vagy bűncselekmény elkövetését tervezi. Belátható, hogy ezekben az esetekben a közérdek felülírja a beteg titoktartáshoz való jogát, ugyanakkor minden esetben alaposan mérlegelni kell, hogy a titoktartás megsértése valóban szükséges-e. A jogalkotó a titoktartási kötelezettség korlátozására vagy akár feloldására akkor ad lehetőséget, ha más jogi érdekek, például a közérdek vagy harmadik személy jogának védelme elsőbbséget élveznek a beteg titoktartáshoz való jogával szemben. Az orvosi titoktartás feloldására a leggyakoribb ok a törvény felhatalmazása. Számos jogszabály ír elő olyan eseteket, amikor az orvos köteles megszegni a titoktartást. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 56. §-a értelmében az orvos köteles bejelenteni a fertőző betegségeket az illetékes hatóságoknak, még akkor is, ha ez a beteg titoktartásának megsértésével jár. Ez a kötelezettség a közegészség védelmét szolgálja.

A közbiztonság védelmét szolgáló bejelentést az orvos a rendőrség felé köteles megtenni. Ha az orvos gyermek bántalmazását vagy elhanyagolását észleli, köteles bejelentést tenni a gyermekjóléti szolgálatnál, mely a gyermek védelmét szolgálja.[221] Ha a beteg cselekvőképtelen, az orvos bizonyos esetekben köteles tájékoztatni a beteg törvényes képviselőjét egészségi állapotáról.[222] Láthatjuk, hogy vannak olyan fontosabb helyzetek, melyek felülírják a titoktartáshoz való jog érvényesülésének jelentőségét, ha az a beteg vagy más személy életének, testi épségének vagy egészségének védelme érdekében szükséges. Ha a beteg öngyilkossággal fenyegetőzik, vagy ha más személyt akar bántalmazni, az illetékes hatóságok tájékoztatása nem maradhat el. A beteg bármikor hozzájárulhat ahhoz, hogy az orvos megsértse a titoktartást például, kifejezetten kérheti az orvost, hogy tájékoztassa a családját az állapotáról. Az orvos megsértheti a titoktartást, ha az a beteg további ellátása érdekében szükséges például, ha a beteget más

[221] 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról
[222] 2013. évi V. törvény a Polgári Törvénykönyvről 2:12. §

egészségügyi intézménybe kell szállítani, értelemszerűen az orvos köteles tájékoztatni a fogadó intézményt. Ezek mind a titoktartás eszméjénél nagyobb jelentőséggel bíró elvek mentén húzódó rendelkezések. Egy hasonló ám mégis a korábban felsorolt kivételeknél „alacsonyabb jelentőséggel" bíró cél alapján, az orvosi titok megsérthető kutatási vagy oktatási célból is. Ez azonban csak akkor, ha a beteg hozzájárul, vagy ha az adatok anonimizáltak, azaz a beteg nem azonosítható belőlük.[223]

A titoktartáshoz való jogot a legtöbb jogrendszer elismeri, a konkrét szabályozásban azonban vannak különbségek. Az angolszász jogrendszerek jellemzője, hogy nagyobb hangsúlyt kap a beteg autonómiája, a titoktartás pedig csak kivételesesetekben sérthető meg. A kontinentális jogrendszerekben ezzel szemben a közérdek védelme előnyt élvez a beteg egyéni jogival szemben. A két jogrendszer közös halmaza, hogy a titok védelme - nem csak az orvosok kötelessége, hanem - a társadalom egészének érdeke is. E megközelítés szerint a betegnek bíznia kell abban, hogy az orvos és vele együtt az egészségügyi dolgozók bizalmasan kezelik adataikat, és azt csak a szükséges mértékben osztják meg másokkal.[224] Ez a bizalom ugyanis elengedhetetlen a gyógyulásához és jólléthez.

IV. Az orvosi felelősség jogi keretei különböző jogrendszerekben

Munkám egyik célkitűzése volt, hogy különböző jogrendszerek összehasonlítása révén megértsem, hogy más jogalkotók hogyan közelítik meg az orvosi felelősség kérdését. Ennek elemzésével lehetőségünk nyílik tanulni egymás tapasztalataiból és inspirációt meríthetünk a saját jogszabályaink fejlesztéséhez is.

A kontinentális jogrendszer

[223] https://www.bethesda.hu/egeszsegugyi-adatkezelesi-szabalyzat/(letöltve: 2024.11.21)

[224]Az egészségügyi intézmények adatkezelési tájékoztatásában meghatározott jogszabályok alapján: A természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK irányelv hatályon kívül helyezéséről (általános adatvédelmi rendelet) szóló 2016. április 27-i (EU) 2016/679. sz. Európai Parlament és a Tanács Rendelet (a továbbiakban: GDPR), valamint az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény (a továbbiakban: Infotv.), továbbá az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.), az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény (a továbbiakban: Eüak.) valamint az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térrel kapcsolatos részletes szabályokról szóló 39/2016. (XII. 21.) EMMI rendelet szerint.

A kontinentális jogrendszerekben az orvosi felelősség szabályozását elsősorban a polgári jog és a büntetőjog keretei határozzák meg. Az orvos felelősséggel tartozik a betegnek okozott károkért, ha elmulasztotta a szakmai gondosság tanúsítását. A felelősség fennáll szándékos vagy gondatlan magatartás esetén is, azonban a gyakorlatban a gondatlanság okozta hibák gyakoribbak.[225]

Az orvosi felelősség megállapításához négy feltételnek kell kumulatíve fennállnia ezek pedig nem mások, mint a jogellenes magatartás, kár, okozati összefüggés és felróhatóság. A lehető legegyszerűbben megfogalmazva azt mondhatjuk, hogy a szakmai gondosság mércéjét az orvostudomány állása, a szakmai szabályok és a helyes gyógyítási gyakorlat határozza meg. A kár lehet vagyoni vagy nem vagyoni jellegű, kiterjedhet a jövőbeni károkra is. Az okozati összefüggés bizonyítása pedig gyakran komplex szakértői vélemények elkészítését igényli.

A kontinentális jogrendszerekben az orvosi felelősség szabályozása az alábbi alapelvek mentén történik: a szakmai gondosság elvének betartása, a beteg autonómiájának tiszteletben tartása és a kártérítés elve. Mindezek alapján az orvos köteles a szakma szabályai szerint eljárni, folyamatosan képeznie kell magát és tiszteletben kell tartania a beteg döntési autonómiáját.[226] Az orvosi felelősség jogi következményei lehetnek polgári jogi és büntetőjogi jellegűek, a beteg pedig kártérítési igénnyel léphet fel az orvossal vagy az egészségügyi intézménnyel szemben. A büntetőjogi felelősség megállapításának feltétele, hogy az orvos magatartása a társadalomra veszélyes legyen, vagyis tevékenysége vagy mulasztása révén, mások személyét vagy jogát, illetve Magyarország Alaptörvény szerinti társadalmi, gazdasági, állami rendjét sértse vagy veszélyeztesse, illetve cselekményére a Büntető Törvénykönyv büntetés kiszabását rendelje. [227]

A kontinentális jogrendszerekben a felelősség szabályozása számos hasonlóságot mutat. A különbségek az egyes országok szabályi között a szakmai gondosság mércéjében, a kártérítés mértékében és a büntetőjogi szankciók tekintetében figyelhetők meg.[228] A polgári jog vonatkozásában említést érdemel a felelősségbiztosítás intézménye, mely fedezetül szolgál az okozott károkért. A biztosítás megléte csökkenti az orvos anyagi kockázatát és biztosítja a beteg kártalanítását.[229]

[225] Barzó Tímea: Felelősségi alapkérdések az egészségügyben (GJ, 2019/6., 1-7. o.)
[226] Eütv. 7. § (2) bekezdés
[227] Btk. 4. §
[228] Studdert DM, Mello MM, Brennan TA. Medical malpractice. N Engl J Med. 2004 Jan 15;350(3):283-92.
[229] Zákány Judit: Az egészségügyi szolgáltatók kötelező szakmai felelősségbiztosításának aktuális kérdéseiről (DJM, 2007/4.)

A 21. században, a technológia fejlődése, a komplex kezelések, a növekvő beteg elvárások és az egészségügyi erőforrások korlátozottsága okán, bonyolultabbá vált az orvos felelősségének szabályozása.[230] A jövőben nagy hangsúly jut majd a fejlesztésre, annak érdekében, hogy a betegjogok megfelelő védelemben részesüljenek. A betegek tájékoztatásának javítása, az orvos-beteg kommunikáció fejlesztése, az új technológiák alkalmazása és az alternatív vitarendezési módszerek előmozdítása mind fontos irányokat jelölnek ki. A prevenció erősítése rendkívül jelentős a betegek biztonságának és az egészségügyi rendszer hatékonyságának növelése szempontjából.[231]

A polgári jog szerepe a kontinentális jogrendszerekben

A kontinentális jogrendszerekben az orvosi felelősség elsődlegesen a polgári jog keretei között értelmezendő. Az orvos és a beteg közötti jogviszonyt a szerződések joga és a kártérítési jog szabályozzák.[232]Az orvos felelősséggel tartozik a betegnek a szakmai gondosság elmulasztásából eredő károkért, mely felelősség két alapelvre épülhet: a szerződésszegésre vagy a deliktumra, vagyis a szerződésen kívüli károkozásra. Fontos kiemelni, hogy a két felelősségi alap nem zárja ki egymást, párhuzamosan is fennállhatnak. [233] A jogértelmezés fejlődésével vált egyértelművé, hogy az orvos és a beteg kapcsolata szerződéses jogviszony, nem pedig a deliktuális felelősség (szerződésen kívüli károkozás) körébe tartozik, ahogy azt a bíróságok kezdetben kezelték. A jogviszony tehát nem a károkozás miatt jön létre, hanem a felek közötti megállapodás alapján. Következésképpen az orvosi szolgáltatás szerződésszegővé válik, amennyiben az nem egyeztethető össze a beteg érdekével, akaratával, vagy a szerződés céljával.

Szerződésszegés

Az orvos és a beteg között létrejövő jogviszony alapja általában egy kezelési szerződés. Ez egy atipikus szerződés, amelynek tárgya az orvosi szolgáltatás nyújtása.[234]A szerződés létrejöhet kifejezett vagy hallgatólagos megállapodás útján. Papp Tekla a kezelési szerződés vizsgálata során vonta le azon következtetéseit, miszerint az orvos és a beteg jogai és kötelezettségei egymással korrelációban helyezkednek el, valamint az egyes jogok úgy érvényesülnek, hogy azok kiegészítik egymást.[235] A kezelési szerződés tartalmát az orvosi szolgáltatás jellege, a beteg egészségi állapota

[230] Csehi Bettina Ivett: Opuscula iuvenum excellentissima- Polgári jogi felelősség az egészségügyben (2022) 27.o.
[231] Janik Leonárd: Minőségbiztosítás és minőségfejlesztés az egészségügyben (2019) Előadás
[232] Jobbágyi Gábor: Az orvos-beteg jogviszony az új Ptk.-ban (PJK, 2005/1., 15-20. o.)
[233] Barzó Tímea: Felelősségi alapkérdések az egészségügyben 5-8.o.
[234] Jobbágyi Gábor: Az orvosi kezelési szerződés a magyar jogban - s az állam felelőssége* (MJ 2013/8., 486-492. o.)
[235] Papp Tekla: Új jelenségek az atipikus szerződések körében I. (CH, 2009/7., 11-14. o.)

és a felek megállapodása határozza meg, melynek célja a rendeltetésszerű egészségügyi ellátás nyújtása a beteg részére.[236] A szerződés legfontosabb eleme az orvos kötelezettsége a szakmai gondosság elvének megfelelő ellátás nyújtására, mely magában foglalja a beteg teljes körű tájékoztatását is.[237]

A szerződésszegésből eredő orvosi felelősség megállapításához a következő feltételeknek kell fennállniuk. Egyrészt érvényes kezelési szerződésnek kell létezni, vagyis bizonyítani kell, hogy az orvos és a beteg között létrejött egy érvényes kezelési szerződés, mely megfelel a polgári jog általános érvényességi követelményeinek. Másrészt a szerződés megszegése szükséges, vagyis az orvos ne teljesítse a szerződésben vállalt kötelezettségeit, vagy ne a szakmai gondosság elvének megfelelően járjon el. Harmadrészt, a kár bekövetkezése, vagyis a betegnek valamilyen kára keletkezzék az orvos szerződésszegésének következtében, ez a kár pedig egyaránt lehet vagyoni vagy nem vagyoni kár. Végül pedig okozati összefüggés a szerződésszegés és a kár között, tehát bizonyítani kell, hogy a kár az orvos szerződésszegésének következménye. [238]

Deliktum (szerződésen kívüli károkozás)

Az orvosi felelősség megállapításának másik lehetséges alapja a deliktuális felelősség volt, vagyis a szerződésen kívüli károkozás.[239] A Ptk. 6:519. §-a kimondja, hogy "aki másnak jogellenesen kárt okoz, köteles azt megtéríteni".[240] Az orvosi tevékenység esetében a jogellenesség általában a szakmai gondosság elvének megsértésében nyilvánul meg.

A deliktumból eredő orvosi felelősség megállapításához a következő feltételeknek kellett fennállniuk. A jogellenes magatartás, vagyis, ha az orvos a tőle elvárható gondosságot elmulasztotta, és ezáltal a beteg jogos érdekét sértette. Ezen felül a kár bekövetkezése, mikor a betegnek valamilyen kára keletkezett az orvos jogellenes magatartása révén. Az okozati összefüggés a jogellenes magatartás és a kár között, tehát bizonyítandó, hogy a kár az orvos jogellenes magatartásának következménye. A felróhatóság alapján az orvosnak felróható a jogellenes magatartás. Nem állapítható meg azonban az okozati összefüggés azzal a kárral kapcsolatban, amelyet a károkozó nem látott előre és nem is kellett előre látnia.[241]

A szerződésszegés és a deliktum elhatárolása az orvosi felelősség kérdésében

[236] Pf. III. 20 308/2007.
[237] Eütv. 13 §
[238] Ptk. 6:142. §
[239] Ptk. 6:519. §
[240] Ptk. 6:520. §
[241] Ptk. 6:521. §

Az orvosi felelősség esetében gyakran nehézkes a kontraktuális és a deliktuális felelősség közötti elhatárolás. Az elhatárolás szempontjából figyelembe kell venni: a jogviszony jellegét, a bizonyítási terhet, a kártérítés mértékét és az elévülési időt.[242] Szerződésszegés esetén a felelősség alapja a szerződés megszegése, míg deliktum esetén a jogellenes károkozás. Szerződésszegés esetén a betegnek kell bizonyítania a szerződés fennállását, a szerződésszegő magatartást és a kár bekövetkeztét. Deliktum esetén a betegnek kell bizonyítania a károkozó magatartást, a jogellenességet, a kárt és az okozati összefüggést. Szerződésszegéskor az orvos a szerződésben meghatározott kártérítésre köteles, míg deliktum fennállásakor teljes kártérítésre. Szerződésszegésnél az orvos mentesülhet a felelősség alól, ha bizonyítja, hogy a szerződésszegést ellenőrzési körén kívül eső, a szerződéskötés időpontjában előre nem látható körülmény [243] okozta. Deliktum esetén viszont az orvos mentesülhet a felelősség alól, ha bizonyítja, hogy magatartása nem volt jogellenes, vagy nem volt felróható. [244]

Az egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatos kárigények és személyiségi jogi sérelmek megítélésére a törvényhozás egy sajátos megoldást alkalmazott. Az Egészségügyi Törvény (Eütv.) egyik paragrafusát (244. § (2) bek.) úgy módosították, hogy kimondja: ezekben az esetekben a Polgári Törvénykönyv (Ptk.) azon szabályait kell használni, melyek a szerződésen kívül okozott károkra és a személyiségi jogok megsértésének következményeire vonatkoznak. Tehát, bár a kapcsolat lehet szerződéses, a felelősséget a Ptk. ezen specifikus (nem a szerződésszegésre vonatkozó) részei alapján kell elbírálni.[245]

Összehasonlító jogi szempontok

A legtöbb kontinentális jogrendszerben megtalálható a szerződésszegés és a deliktum fogalma. Az egyes országok jogrendszerei között viszont különbségek mutatkoznak a felelősség szabályozásában. Ilyen különbségek lehetnek a kezelési szerződés jellege, a szakmai gondosság mércéje, a bizonyítási teher, a kártérítés mértéke. [246] Véleményem szerint, vannak olyan irányok, melyek kiemelt jelentőséggel bírnak az orvosi felelősség rendszerének továbbfejlesztése szemszögéből:

[242] Szalma József: Gondolatok a kontraktuális és a deliktuális felelősségről, különös tekintettel az új Ptk. vonatkozó szabályozására (Acta ELTE, tom. LI, ann. 2014, 209-226. o.)
[243]https://www2.deloitte.com/hu/hu/pages/jog/articles/a-legtobbet-idezett-jogi-kifejezes-az-elmult-hetekben-vis-major.html(letöltve: 2024.06.10)
[244] Szalma -Acta ELTE, tom. LI, ann. 2014, 209-226. o
[245] Barzó Tímea: Felelősségi alapkérdések az egészségügyben 5-8.o
[246] Kilbrandon L. Medical Malpractice Law, A Comparative Law Study of Civil Responsibility arising from Medical Care. J Med Ethics. 1982 Mar;8(1):51.

Az egyik ilyen irány a beteg tájékoztatásának javítása, vagyis a teljeskörű és érthető tájékoztatás hangsúlyozása. Ennek érdekében a kommunikáció fejlesztése elengedhetetlen. Az orvos és a beteg közötti nyílt és őszinte beszéd a bizalom kialakításához és a hibák megelőzéséhez is hozzájárulhat, e nélkül pedig nem létezhet megfelelő egészségügyi ellátás. Fontosnak tartom az új technológiák, a telemedicina és a mesterséges intelligencia feltérképezését, hiszen ezek új lehetőségeket teremtenek.

Az úgynevezett alternatív vitarendezési módszerek előmozdítása - mint például a mediáció és az arbitráció - segíthetnek az orvosi hibák miatt felmerülő viták gyors és hatékony rendezésében. Legfőbb iránynak a prevenció erősítését tartom, ugyanis a megelőzéssel az egészségügyi rendszer hatékonysága is előmozdítható lenne.

A szabálysértési felelősség

Az egészségügyi jogszabályok számos kötelezettséget írnak elő az orvosok számára. Ezeknek a kötelezettségeknek a megszegése bizonyos esetekben szabálysértési eljárást vonhat maga után és azt gondolom, hogy az alapvonalak felvázolása elengedhetetlen a téma ismeretéhez. A szabálysértésekről, a szabálysértési eljárásról és a szabálysértési nyilvántartási rendszerről szóló 2012. évi II. törvény (Szabs. tv.) adja a szabálysértési jog általános kereteit Magyarországon. A törvény meghatározza a szabálysértés fogalmát, az elkövető felelősségének feltételeit, a kiszabható szankciókat és az alkalmazandó eljárási szabályokat. Fontos kiemelni, hogy a Szabs. tv. mellett számos ágazati jogszabály – így az egészségügy területén különösen az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.) és a hozzá kapcsolódó végrehajtási rendeletek – határoz meg olyan konkrét kötelezettségeket, amelyek megszegése szabálysértésnek minősülhet.

A szabálysértési felelősség alapvetően azokat a kisebb súlyú, a társadalom számára kevésbé veszélyes jogsértéseket szankcionálja, melyek nem érik el a bűncselekmény kategóriájának szintjét, ugyanakkor a jogrend védelme megkívánja a felelősségre vonást.[247] Az orvosi tevékenység kontextusában ez olyan kötelezettségszegéseket tartalmaz, melyek bár nem okoznak jelentős egészségkárosodást vagy nem valósítanak meg tényállást, mégis sértik az egészségügyi ellátás rendjére, a betegjogokra, a közegészségügyi vagy adminisztratív előírásokra vonatkozó szabályokat.

[247] 2012. évi II. törvény (Szabs. tv.)

Az orvos szabálysértési felelőssége megállapítható, olyan esetekben például, ha a kötelező bejelentési kötelezettségét elmulasztja.[248] Ilyen bejelentést kell tenniük az illetékes hatóságoknak pl. fertőző betegségek, bántalmazás gyanúja esetében. A betegdokumentáció vezetésére vonatkozó szabályok megsértése akkor állapítható meg, ha az orvos pontos és naprakész betegdokumentáció vezetési kötelezettségének nem tesz elege vagy egyéb módon szegi meg a dokumentációs kötelezettségét.[249] Ide sorolható továbbá az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló törvényben meghatározott orvosi titok „*a gyógykezelés során az adatkezelő tudomására jutott egészségügyi és személyazonosító adat, továbbá a szükséges vagy folyamatban lévő, illetve befejezett gyógykezelésre vonatkozó, valamint a gyógykezeléssel kapcsolatban megismert egyéb adat*” megtartásának megszegése.

A gyógyszerellátással kapcsolatos feltételeket Magyarországon több jogszabály együttesen határozza meg. Ezek közé tartozik az emberi felhasználásra szánt gyógyszerek rendeléséről és kiadásáról szóló 44/2004. (IV. 28.) ESZCSM rendelet, az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és a gyógyszerpiac szabályozásáról szóló 2005. évi XCV. törvény, továbbá a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályait lefektető 2006. évi XCVIII. törvény. Ezek célja, hogy biztosítja, a rászorulók biztonságos, hatásos, az előírásoknak megfelelő minőségű és mennyiségű gyógyszerekhez jutását.[250] Ezen vonatkozó szabályok megszegése a „receptírás” tekintetében az orvos felelősségi körébe tartoznak. A szakmai szabályok megsértése az egészségügyi szolgáltatásnyújtás során, általánosságban alapozhatja meg a szabálysértési felelősséget.

Gyakran előfordulhat, hogy ugyanazon cselekmény vagy mulasztás több felelősségi formát is megalapoz (pl. egy súlyos műhiba lehet egyszerre bűncselekmény, polgári jogi kártérítési igény alapja, fegyelmi vétség és akár – elméletben, bár ritkán – szabálysértés is, ha specifikus adminisztratív szabályt is sért). A szabálysértési felelősség azonban tipikusan azokra az esetekre korlátozódik, melyek a másik három kategória "küszöbét" nem érik el. Bár a következményei általában enyhébbek (jellemzően pénzbírság), mint a büntetőjogi vagy súlyosabb polgári jogi

[248] 2012. évi II. törvény a szabálysértésekről, a szabálysértési eljárásról és a szabálysértési nyilvántartási rendszerről-293.§
[249] 1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről-30.§
[250]https://egeszsegvonal.gov.hu/ellatorendszer/gyogyszerellatas/1865-gyogyszerfeliras-szabalyai.html(letöltve: 2024.06.21)

felelősségé, mégis hozzájárul az egészségügyi rendszer szabálykövető működésének biztosításához és az orvosi hivatás etikai normáinak megerősítéséhez.

A kártérítési felelősség

Az orvos (vagy az őt foglalkoztató egészségügyi szolgáltató), a kártérítési felelősség keretében köteles helytállni az orvosi tevékenységével okozott károkért. A kártérítési igény érvényesítéséhez a betegnek bizonyítania kell, hogy az orvos tevékenysége során megsértette a szakmai gondosság követelményeit és e jogsértés okozati összefüggésben áll a kárával. Ennek függvényében, a kártérítés mértékét a beteg által elszenvedett kár határozza meg. A kártérítés magában foglalhatja a beteg vagyoni kárát (pl. elmaradt jövedelem, gyógyszerköltség) és nem vagyoni kárát (pl. fájdalom, szenvedés) egyaránt. Ilyen esetekben a bizonyítás terhe általában a beteget terheli, vagyis neki kell bizonyítania, hogy az orvos megsértette a szakmai gondosság követelményeit és ez a jogsértés okozta kárát. Az orvos kártérítési felelőssége a magyar polgári jog komplex és érzékeny területe, melynek célja egyensúlyt teremteni a károsult betegek reparációs igénye és az orvosi hivatás gyakorlásával járó inherens kockázatok között. A felelősség megállapítása szigorú feltételekhez kötött, amelyek közül különösen az okozati összefüggés és a felróhatóság (az elvárható gondosság elmulasztása) bizonyítása jelent kihívást. A Ptk. és az Eütv. rendelkezései, különös tekintettel a deliktuális felelősségi szabályok alkalmazására és a sérelemdíj intézményére, megadják a szabályozás jogi kereteit.

Szakmai etikai szabályok és fegyelmi felelősség

Az orvosok több pilléren nyugvó felelősségi rendszerében az etikai és fegyelmi felelősség fókuszál leginkább a hivatás belső integritására. Ez reprezentálja leginkább a beteg-orvos viszony bizalmi jellegét és a szakma társadalmi megbecsültségét. Az etikai és fegyelmi felelősség az orvos magatartásának szakmai és etikai normákhoz való viszonyát vizsgálja, ellentétben a büntetőjogi vagy polgári jogi felelősséggel, melyek a konkrét jogsértésekre vagy károkozásokra reagálnak.

A Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódexe tartalmazza az orvosok szakmai etikai szabályait. Az etikai szabályok megsértése fegyelmi eljárást vonhat maga után mely során a büntetések a figyelmeztetéstől a kamarai tagság megszüntetéséig terjedhetnek. Az etikai szabályok célja az orvosi hivatás tekintélyének és a betegek bizalmának megőrzése. Ezen szabályok előírják a betegek tiszteletben tartását, a titoktartási kötelezettség betartását, a szakmai tudás folyamatos fejlesztését és a pártatlanságot az ellátás során. Az etikai normák betartatását szolgáló legfontosabb intézményes keret a MOK által működtetett fegyelmi eljárásrendszer. Az egészségügyről szóló

1997. évi CLIV. törvény (Eütv.) és a MOK Alapszabálya biztosítják a jogi alapot a Kamara számára, hogy tagjaival szemben etikai és fegyelmi ügyekben eljárhasson. Elengedhetetlen az etikai szabályok ismerete és betartása, a folyamatos szakmai és etikai önreflexió, annak érdekében, hogy az orvos megfeleljen a hivatásával szemben támasztott magas elvárásoknak.

Kihívások és jövőbeli irányok

Napjainkban a betegségeket egyre komplexebb vizsgálati és kezelési lehetőségek jellemzik. Ennek következtébe a betegek elvárásai is magasabbak lettek a gyógyulásuk tekintetében. Mindezek rányomják bélyegüket az orvosi hibák megítélésére is. A jelenlegi kihívásokat alapvetően három csoportba sorolhatjuk:

Először is, az orvostudomány gyors fejlődése új diagnosztikai és terápiás lehetőségeket teremt, melyek specializáltabbá teszik a gyógyító tevékenységet, ugyanakkor megnehezítik a hibák felismerését és azok bizonyítását. A bíróságok szinte minden esetben szakértő bevonását tartják szükségesnek, annak érdekében, hogy megállapítható legyen, az orvos hibázott-e az ellátás során. Másodsorban, a krónikus betegségek és a komplex egészségügyi problémák gyakran hosszú távú és összetett kezelést igényelnek, melyek több szakember részévtelét is szükségessé teszik. Ezekben az esetekben nehéz megítélni a felelősség kérdést, hiszen nem könnyű meghatározni, hogy melyik orvos hibája vezette a kár bekövetkeztéhez. Harmadrészt pedig, a betegek egyre tudatosabbak a jogaikkal kapcsolatban és egyre nagyobb elvárásokat támasztanak az orvosokkal szemben, növelve a hibák bejelentésének valószínűségét. A jövőben tehát fontos lesz a jogi dogmatika újragondolása a felelősség tekintetében. A büntetőjognak a legsúlyosabb esetekre kell koncentrálnia, míg a kevésbé súlyos esetekben a polgári jogi felelősség és az egyéb szankciók, például a fegyelmi eljárás, megfelelőbb megoldást jelenthetnek.

Az angolszász jogrendszerek

Az angolszász jogrendszerek, alapját a common law képezi. Sajátossága, hogy a polgári jogi felelősség rendszere a tort law fogalmára épül. A tort olyan polgári jogi jogsértést jelent, mely alapján a károkozó felelősséggel tartozik egy másik személynek okozott kárért.[251] Az orvosi felelősség tekintetében legrelevánsabb tort a gondatlanság, vagyis a negligence. [252]

[251] Rogers, W. V. H.: Winfield and Jolowicz on Tort. Sweet & Maxwell, London, 2010, 1-15. o.
[252] Brazier, Margaret: Medicine, Patients and the Law. Penguin Books, London, 2003, 101-123. o.

I. A gondatlanság

A gondatlanság akkor áll fenn, ha valaki elmulasztja azt a gondossági kötelezettséget, melyet másokkal szemben tanúsítania kellene és ennek következtében kárt okoz. A gondatlanságnak négy eleme van:[253]

Első az úgynevezett gondossági kötelezettség (duty of care), mely alapján a károkozó gondossági kötelezettséggel tartozik a károsulttal szemben. Ezen analógia alapján tehát, az orvosoknak gondossági kötelezettségük van betegeikkel szemben.[254]

Második, a gondossági kötelezettség megszegése, a breach of duty. A károkozónak meg kell szegnie a gondossági kötelezettségét, melyet az orvos akkor tesz meg, ha nem az adott helyzetben elvárható szakmai gondossággal jár el. [255]

Harmad részt, okozati összefüggés másnéven causation kell, hogy fennálljon a gondossági kötelezettség megszegése és a kár között. Végül pedig magának a kárnak bekövetkezettnek kell lennie, vagyis a károsultnak kárt kell szenvednie a gondossági kötelezettség megszegése következtében.

A gondatlanság jogintézményének fejlődésében két jogeset játszott meghatározó szerepet. A Donoghue v Stevenson (1932) AC 562 (HL) eset, megalapozta a modern „gondatlansági" jogot, míg a Bolam v Friern Hospital Management Committee (1957) 1 WLR 582 eset, kijelölte a szakmai gondosság mércéjét az orvosi felelősség tekintetében.[256]

Mrs. Donoghue egy paisley-i kávézóban üveges gyömbérsört fogyasztott. Az üveg átlátszatlan volt, így nem láthatták, hogy egy elbomlott csiga van benne. Miután Mrs. Donoghue kiitta a sör nagy részét, a maradékba beleöntötte a csiga maradványait, ennek következtében gyomorrontást és sokkot kapott. Mivel a gyártó, Mr. Stevenson hibájából került a csiga az üvegbe, Mrs. Donoghue kártérítési pert indított ellene.[257] Az eset kialakította a negligence modern koncepcióját, mely szerint a károkozó felelősséggel tartozik a károsulttal szemben, ha a tőle elvárható gondosságot elmulasztotta és ez a mulasztás okozta a kárt. Megállapítást nyert, hogy a gondossági kötelezettség

[253] Lunney, Mark - Oliphant, Ken: Tort Law: Text and Materials. Oxford University Press, Oxford, 2008, 106-110. o.
[254] Donoghue v Stevenson [1932] AC 562 (HL)
[255] Bolam v Friern Hospital Management Committee [1957] 1 WLR 582
[256] Jones, Michael A.: Medical Negligence. Sweet & Maxwell, London, 2021, 45-67. o.
[257] Donoghue v Stevenson [1932] AC 562

nem korlátozódik a szerződéses felekre, hanem kiterjed mindazokra is, akiket a mulasztás előreláthatólag érint.

A másik esetben John Bolam depresszióban szenvedett és elektrokonvulzív terápiát (ECT) javasoltak neki a Friern Kórházban. Az ECT során nem kapott izomlazítókat és testét nem rögzítették, melynek következtében a kezelés során eltörte a csípőjét. Bolam beperelte a kórházat, azt állítva, hogy az orvosok gondatlanul jártak el, mert nem kapta meg a szükséges izomlazítókat, illetve testét sem rögzítették megfelelően. Sérelmezte továbbá, hogy nem tájékoztatták teljeskörűen a kezelés kockázatairól sem.[258] A bíróság a kórház javára döntött. McNair bíró megállapította, hogy az orvos nem tekinthető gondatlannak, ha cselekedetei megfelelnek a szakma elismert gyakorlatának, még akkor sem, ha létezik más, eltérő szakmai vélemény is. A bíró szerint az orvosoknak nem kell a legbiztonságosabb vagy legmodernebb módszert alkalmazniuk, elegendő, ha a szakma elismert gyakorlatát követik.

A Bolam-teszt szerint az orvos gondatlanságának vizsgálatakor és annak megállapításakor a következő kérdésekre kell választ adni:[259]

1. Az orvos döntései megfeleltek-e a szakma elismert gyakorlatának?
2. Létezik-e olyan felelős szakmai vélemény, amely alátámasztja az orvos döntését?

Ha mindkét kérdésre igen a válasz, akkor az orvos nem tekinthető gondatlannak.

A Bolam-tesztet erős kritikák érik, egyes vélemények szerint túlságosan nagy szabadságot ad az orvosoknak és nem veszi figyelembe a betegek autonómiáját és teljeskörű tájékoztatáshoz való jogát. Meg kell azonban jegyeznünk, hogy az utóbbi években a bíróságok egyre inkább elmozdultak a Bolam-teszttől, nagyobb hangsúlyt fektetve a betegek tájékoztatására és beleegyezésére.[260]

Úgy vélem, a Bolam-teszt túlzott mértékben deferál az orvosi szakma által meghatározott standardokhoz. Gyakorlatilag lehetővé teszi, hogy a szakma maga határozza meg a gondatlanság mércéjét, ami potenciálisan önigazoló gyakorlat kialakulásához vezethet. Mi történik akkor, ha egy széles körben elfogadott orvosi gyakorlat valójában nem optimális, elavult, vagy nem veszi kellőképpen figyelembe a beteg érdekeit? A Bolam-teszt eredeti formájában kevés teret engedett

[258] Bolam v Friern Hospital Management Committee [1957] 1 WLR 582
[259] https://www.waldrons.co.uk/insights/what-is-the-bolam-test/(letöltve: 2024.09.21)
[260] https://www.waldrons.co.uk/insights/what-is-the-bolam-test/(letöltve: 2024.09.21)

a bíróságnak arra, hogy kritikusan felülvizsgálja a szakma gyakorlatát. Meggyőződésem szerint a legfőbb hajtóerő a Bolam-teszttől való elmozdulás mögött a beteg autonómiájának és önrendelkezési jogának előtérbe kerülése. Az orvos-beteg viszony modern felfogása ugyanis már nem egy paternalista modellt követ, ahol az orvos szinte kizárólagosan dönt a beteg sorsáról.

A magyar jogrendszerben - bár a Bolam-tesztet formálisan soha nem adoptáltuk - az orvosi felelősség megítélése során alkalmazott „az adott helyzetben általában elvárható gondosság" mércéje és az orvosszakértői vélemények kiemelt szerepe felvethetett hasonló problémákat. Azonban úgy látom, hogy a magyar bírói gyakorlat és a jogszabályi környezet – különösen az Eütv. betegjogokra, tájékoztatásra és beleegyezésre vonatkozó részletes szabályai, valamint a Ptk. személyiségi jogokat és a sérelemdíjat előtérbe helyező szemlélete – egyértelműen egy olyan irányba mutat, amely meghaladja a Bolam-teszt korlátait.

II. Az orvosi felelősség az angolszász jogrendszerben

Az angolszász jogrendszerekben az orvos felelőssége a gondatlansága, negligence alapján áll fenn. Az orvos akkor tartozik felelősséggel a betegnek okozott kárért, ha bizonyítható, hogy megsértette a szakmai gondosság követelményeit.

Nadine Montgomery kis termetű, diabéteszes nő volt, aki terhessége és szülése alatt Dr. McLellan gondozása alatt állt. Az orvos nem tájékoztatta őt a váll-dystócia 9-10%-os kockázatáról, mely a diabéteszes nőknél fokozott veszélyt jelent. A gyakorlatban a rendellenesség, úgy jelentkezhet, hogy a baba válla beszorulhat a szülőcsatornába. Az orvos úgy vélte, hogy a kockázat elhanyagolható és a császármetszés nem feltétlenül indokolt. A szülés során a baba váll-dystóciát szenvedett, ami súlyos oxigénhiányos állapotot okozott és a gyermek agyi bénulásához vezetett. Montgomery asszony kártérítési pert indított a kórház ellen, azt állítva, hogy az orvos nem tájékoztatta őt megfelelően a kockázatokról.[261] A szakmai gondosság mércéjét az adott orvosi szakterület elismert szabályai és az eset körülményei határozzák meg. Az orvosoknak olyan szintű gondosságot kell tanúsítaniuk, melyet egy átlagos, körültekintő orvos tanúsítana hasonló helyzetben.[262] A Legfelsőbb Bíróság Montgomery asszony javára döntött. A bíróság kimondta, hogy kötelező tájékoztatni a betegeket a kezeléssel járó minden lényeges kockázatról, beleértve azokat is, melyek bekövetkezésének valószínűsége alacsony. A bíróság szerint a "lényeges kockázat" megítélésekor figyelembe kell venni a beteg egyéni körülményeit és preferenciáit.

[261] https://www.themdu.com/guidance-and-advice/guides/montgomery-and-informed-consent(letöltve: 2024.09.21)
[262] Montgomery v Lanarkshire Health Board [2015] UKSC 11

Ebben az esetben a bíróság elutasította a korábbi Bolam-teszt alkalmazását és megállapította, hogy a beteg saját joga meghozni a döntést egészségügyi ellátásával kapcsolatban.[263]

A tájékoztatáson alapuló beleegyezés alapján (informed consent) az orvosoknak kötelességük a betegeket tájékoztatni a kezelés kockázatairól és előnyeiről és beleegyezésüket kell kérni a kezeléshez. A Montgomery v Lanarkshire Health Board [2015] UKSC 11 eset megerősítette a tájékoztatáson alapuló beleegyezés fontosságát, míg a Sidaway v Board of Governors of the Bethlem Royal Hospital and the Maudsley Hospital [1985] AC 871 eset a tájékoztatási kötelezettség terjedelmével foglalkozott. [264]

Mrs. Sidaway gerincvelői műtéten átesett beteg volt, mely műtét előtt az orvos nem tájékoztatta őt a gerincvelői sérülés kockázatáról. Az ilyen műtétek során felmerülő gerincvelői sérülés kockázata 1-2%-ra tehető. A szövődmények következtében Mrs. Sidaway részlegesen lebénult. Később kártérítési pert indított a kórház ellen, azt állítva, hogy az orvos nem tájékoztatta őt a bénulás kockázatáról.[265] A Lordok Háza elutasította Mrs. Sidaway keresetét, a bíróság ugyanis a Bolam-teszt alapján ítélte meg az ügyet, mely szerint az orvos nem tekinthető gondatlannak, ha a szakma elismert gyakorlatának megfelelően jár el.[266]

III. Kihívások és dilemmák

Az orvosokat érintő felelősségi kérdések az angolszász jogrendszerekben sem mentesek a kihívásoktól. Egyrészről kialakult az úgynevezett „védekező orvoslás", a defenzív medicina, mely szerint az orvosok a pereskedéstől való félelmükben hajlamosak a túlzott és szükségtelen vizsgálatok elvégzésére. A defenzív orvoslás növeli az egészségügyi ellátás költségeit.[267] Másrészről, a betegek oldaláról nézve a kártérítési perek magas költségei megingatják az igazságszolgáltatásba vetett bizalmat. Harmadrészt pedig, a hibák bejelentése gyakran nem történik meg, ami további akadályokat gördít a betegbiztonság javításának útjába.

A bírói gyakorlat szerepe az orvosi felelősség megállapításánál

[263] https://www.themdu.com/guidance-and-advice/guides/montgomery-and-informed-consent(letöltve: 2024.09.21)
[264] Sidaway v Board of Governors of the Bethlem Royal Hospital and the Maudsley Hospital [1985] AC 871
[265] https://www.casemine.com/judgement/uk/5a8ff8db60d03e7f57ece8a3(letöltve: 2024.09.21)
[266]https://en.wikipedia.org/wiki/Sidaway_v_Board_of_Governors_of_the_Bethlem_Royal_Hospita(letöltve: 2024.09.21)
[267] Jackson, Rupert: Medical Law: Text, Cases, and Materials. Oxford University Press, Oxford, 2016, 74-83. o.

Az angolszász jogrendszerekben a bírói gyakorlat, azaz a precedensek rendszere játszik meghatározó szerepet a jogalkalmazásban. Ez alól az orvosi felelősség sem kivétel. A bíróságok a korábbi ügyekben hozott döntéseik alapján alakítják ki azokat a jogelveket, melyeket az orvosi felelősség megállapításánál alkalmaznak. A jog e módon "alulról építkezik" a konkrét esetek megoldásán keresztül fejlődve.[268]

A Bolam v Friern Hospital Management Committee [1957] 1 WLR 582 ügyben a bíróság meghatározta a szakmai gondosság mércéjét az orvosi felelősséggel kapcsolatban. A Bolam teszt szerint az orvos nem jár el gondatlanul, ha a cselekménye megfelel az adott szakterületen elfogadott gyakorlatnak.[269] Ez a teszt sokáig meghatározó szerepet töltött be az angolszász jogrendszerekben, ám az utóbbi évtizedekben egyre több kritika érte. A kritikusok szerint a Bolam teszt túlzottan az orvos szakma önregulációjára hagyatkozik, figyelmen kívül hagyva a beteg autonómiáját. [270] Ezzel egyidejűleg a Bolitho ügy jelentősége és a bírói mérlegelés erősödése volt megfigyelhető. A Bolitho v City and Hackney Health Authority [1998] AC 232 ügy lényege szerint a Patrick Bolitho nevű kétéves kisfiú légzési nehézségekkel küzdött kórházi kezelése során. Az ügyeletes orvost többször is értesítették a gyermek állapotáról, de nem jelent meg. A gyermek végül légzési elégtelenség következtében agykárosodást szenvedett mely később a halálát okozta. Édesanyja kártérítési pert indított a kórház ellen, az orvos távolmaradására hivatkoza. A védekezés szerint, ha az orvos jelen is lett volna, akkor sem intubálta volna a gyermeket, hiszen hasonló esetekben ez volt a szakma elismert gyakorlata.[271] A döntés meghozatala során a bíróság finomította a Bolam tesztet, kimondta, hogy mentesítheti az orvost a felelősség alól, ha eljárása a szakmai gyakorlat alapján logikus és védhető. A bíróságnak pedig mérlegelnie kell a szakértői vélemények logikáját és megalapozottságát, nem fogadhatja el automatikusan csak a szakma álláspontját. Végső soron a Bolitho ügy indikálta, hogy a bíróságok aktívabban részt vesznek az orvosi felelősség megállapításában. [272]

A Montgomery ügy és a betegközpontú megközelítés

A fentebb ismertetett Montgomery v Lanarkshire Health Board [2015] UKSC 11 ügyben a bíróság megerősítette a tájékoztatáson alapuló beleegyezés fontosságát. A bíróság kimondta, hogy az orvosoknak kötelességük a betegeket tájékoztatni minden olyan kockázatról, amelyet egy ésszerű

[268] Cross, Rupert - Harris, J. W.: Precedent in English Law. Clarendon Press, Oxford, 1991, 1-25. o.
[269] Bolam v Friern Hospital Management Committee [1957] 1 WLR 582
[270] Brazier, Margaret: Medicine, Patients and the Law. Penguin Books, London, 2003, 101-123. o.
[271] https://www.lawteacher.net/cases/bolitho-v-hackney.php(letöltve: 2024.09.21)
[272] Bolitho v City and Hackney Health Authority [1998] AC 232

beteg a döntéshozatal szempontjából jelentősnek tartana. Elmondhatjuk, hogy a Montgomery ügy egyértelműen a betegközpontú megközelítés felé tolta el az orvosi felelősség joggyakorlatát.[273] A bírói gyakorlat folyamatosan fejlődik és alkalmazkodik a változó társadalmi és orvostudományi körülményekhez. Az utóbbi évtizedekben megfigyelhető, hogy a jogfejlődés iránya egyértelműen a betegek jogainak erősítése és a betegközpontú megközelítés felé indult el. Ez a tendencia mutatkozik meg a szakértői vélemények kritikusabb vizsgálatában és a kártérítési rendszer reformjaiban is.[274]

Az orvosi felelősséggel kapcsolatos kártérítési rendszer sajátosságai

A kártérítés célja – a teljes reparáció elve

Az angolszász jogrendszerben a kártérítés elsődleges célja a restitutio in integrum, azaz a károsult anyagi helyzetének teljes helyreállítása.[275] E szerint, a bíróság a kártérítés megállapításakor arra törekszik, hogy a károsultat olyan helyzetbe hozza, mintha a károkozó cselekménye meg sem történt volna. Ez a célkitűzés megkülönbözteti az angolszász kártérítési rendszert a kontinentális rendszerektől, ahol a kártérítés célja elsősorban a károkozó megbüntetése és a jövőbeni jogsértések megelőzése.[276]

A restitutio in integrum elve az angolszász jog történeti fejlődéséből eredeztethető. A common law eredetileg ugyanis nem ismerte a kártérítés fogalmát, a jogsértések orvoslása büntetőjogi jellegű volt. A kártérítés intézménye fokozatosan alakult ki a bírói gyakorlatban, meghatározóvá téve a restitutio in integrum elvét. Az anyagi károk megtérítése mellett a nem vagyoni károkra is kiterjedt. A bíróság a kártérítés mértékének meghatározásakor arra törekedett, hogy a lehető legjobban kompenzálja a károsultat az elszenvedett veszteségért és hátrányért, figyelembe vette a károsult életkorát, egészségi állapotát, foglalkozását, jövedelmi viszonyait és egyéb releváns körülményeit. Ezek alapján tehát a restitutio in integrum az egyik legfontosabb alapelvé nőte ki magát, biztosítva a károsultak igazságos és teljes körű kártalanítását.

[273] Montgomery v Lanarkshire Health Board [2015] UKSC 11
[274] Jackson, Rupert: Medical Law: Text, Cases, and Materials. Oxford University Press, Oxford, 2019, 345-367. o.
[275] McGregor on Damages. Sweet & Maxwell, London, 2020, 1-15. o
[276] Atiyah, P. S.: The Damages Lottery. Hart Publishing, Oxford, 1997, 23-45. o.

A kártérítés formái – a károk sokrétűsége

Ahogy azt már említettük, az angolszász jogrendszerben a kártérítés célja, a restitutio in integrum, vagyis a károsult teljes anyagi helyzetének helyreállítása.[277] Az orvosi felelősség esetében a kártérítésnek két fő formája van: a vagyoni és a nem vagyoni kár. [278] A vagyoni kár a károsult által elszenvedett anyagi veszteségeket jelenti, melyek pénzben kifejezhető érékek.[279]Az orvosi felelősség körében a vagyoni kár magában foglalja, az orvosi költségeket, vagyis a károsult által a sérülés kezelésével kapcsolatban felmerült költségek, például kórházi ápolás, gyógyszerek, rehabilitáció költségeit. Az elmaradt jövedelmet, vagyis a károsult sérülése miatt elmaradt jövedelmet, beleértve a jövőbeni jövedelem kiesést is, továbbá a gondozás költségeit. A gondozással kapcsolatban felmerült költségek kiterjednek mind a szakember által nyújtott gondozás, mind pedig a családtag által végzett gondozás eseteire, illetve az úgynevezett egyéb költségekre, melyek a sérülés miatt felmerültek például utazás vagy speciális eszközök beszerzésének szükségessé válásával.

A nem vagyoni kár a károsult által elszenvedett nem anyagi jellegű károkat jelenti, melyek pénzben nehezebben kifejezhetők, mint a vagyoni károk.[280] Nem vagyoni kár alatt, a fájdalom és szenvedés kifejeződését, a sérülés miatt elszenvedett fizikai és lelki fájdalmakat értjük. Ide tartozik továbbá az életminőség romlása, ami kiterjedhet a fizikai és mentális képességek csökkenésére, a szociális kapcsolatok hanyatlására és az élet örömeinek elvesztésére. Tág értelemben véve a nem vagyoni károk magukba foglalják a jövővel kapcsolatos bizonytalanságot, félelmet és depressziót is.

A kártérítés mértékét a bíróság az egyesesetek körülményei alapján határozza meg. A vagyoni kár megtérítésénél a bíróság a károsult tényleges veszteségeit veszi figyelembe míg a nem vagyoni kár megítélésénél a károsult szenvedésének mértékét, életminőségének romlását, súlyosságát és a károsult egyéb releváns körülményeit tartja mérvadónak. A kártérítés meghatározásánál a bíróságnak széles körű mérlegelési jogköre van ugyanakkor fontos megjegyezni, hogy az angolszász jogrendszerben a kártérítés nem csak a károsult kompenzálását célozza - hanem elrettentő hatással is szolgál a károkozókra nézve. A magas kártérítési összegek ugyanis arra ösztönözhetnék az orvosokat és az egészségügyi intézményeket, hogy nagyobb gondossággal

[277] The Hon Mr Justice James Edelman; Professor Jason Varuhas; Professor Andrew Higgins- McGregor on Damages. Sweet & Maxwell, London, 2020, 1-15. o.
[278] Brazier, Margaret: Medicine, Patients and the Law. Penguin Books, London, 2003, 245-267. o.
[279] Khan, M. (szerk.): Clinical Negligence. Butterworths, London, 2018, 456-478. o.
[280] Harpwood, Vivienne: Principles of Tort Law. Cavendish Publishing, London, 2000, 321-343. o.

járjanak el és tegyenek meg minden tőlük telhetőt a betegek biztonsága érdekében. Bár elméletben a kártérítési pereknek lehetne elrettentő, és ezáltal a gondosságot növelő hatása, a gyakorlatban ezt átfogó, hivatalos statisztikákkal egyértelműen bizonyítani rendkívül nehéz. A rendelkezésre álló kutatások és felmérések inkább a rendszer költségességére, a defenzív medicina elterjedtségére és a bizonyított elrettentő hatás hiányára vagy korlátozott voltára mutatnak rá az angolszász jogrendszerekben.

A kártérítés mértéke – a méltányosság elve

A kártérítés mértékét a bíróság a károsult által elszenvedett kár nagysága alapján határozza meg, a károsult teljes anyagi helyzetének helyreállítását célozva.[281] A bíróság figyelembe veszi a károsult életkorát, egészségi állapotát, keresőképességét és egyéb releváns körülményeket, valamint a kártérítés mértékének meghatározásánál a méltányosság elvét alkalmazza. [282] Vegyük példaként a kártérítés mértékének meghatározására az alábbi esetet. Egy fiatal, aktív életet élő beteg, aki egy orvosi műhiba következtében lebénul, magasabb kártérítést kaphat, mint egy idős, betegeskedő személy, aki ugyanazt a sérülést szenvedi el. Ez azért van, mert a fiatal beteg esetében a sérülés nagyobb mértékben befolyásolja az életminőségét és a jövőbeni jövedelemszerző képességét.

A felelősséggel kapcsolatos kártérítési pereknek számos sajátossága van. Először is jellemzi a bizonyítás nehézsége. Megnehezíti a bizonyítást, hogy a betegnek szakértői véleményre van szüksége állításai alátámasztásához, ami magas költségekkel járhat. Az eltérő szakértői vélemények pedig tovább növelhetik ezeket a költségeket.[283] Emellett az elhúzódó perek önmagukban is többlet költséget okozhatnak, magukba foglalva az ügyvédi díjakat, a szakértői díjakat és a bírósági illetékeket.[284] A sikerdíjas, úgynevezett "no win, no fee" ügyvédi képviselet elterjedése segíthet a betegek számára a perek finanszírozásában. Ez a fajta képviselet lehetővé teszi, hogy a beteg anélkül indítson pert, hogy előre rendezné az ügyvédi díjat. Az Egyesült Királyságban 2013-ban bevezették a Legal Aid, Sentencing and Punishment of Offenders Act-et, ami korlátozta a sikerdíjas ügyvédek által felszámítható összegeket. Az utóbbi években számos reform került bevezetésre a kártérítési rendszer egyszerűsítése és a költségek csökkentése

[281] McGregor on Damages. Sweet & Maxwell, London, 2020, 1-15. o.
[282] Atiyah, P. S.: The Damages Lottery. Hart Publishing, Oxford, 1997, 23-45. o.
[283]https://ropewalk.co.uk/blog/meadows-v-khan-in-the-supreme-court-scope-of-duty-in-clinical-negligence-claims/(letöltve: 2024.10.08)
[284] Harpwood, Vivienne: Principles of Tort Law. Cavendish Publishing, London, 2000, 321-343. o.

érdekében. A reformok révén a betegek számára sokkal inkább hozzáférhetővé válik az igazságszolgáltatás, növelve ezzel a betegbiztonság tudatot.[285]

Az orvosi felelősség jogi kereteinek összehasonlítása

A fő különbségek a felelősség alapjaiban, formáiban, a bizonyítási teher elosztásában, a kártérítés mértékében és az eljárási szabályokban mutatkoznak meg.[286] A továbbiakban az orvosi felelősség szabályozását hasonlítom össze a kontinentális és az angolszász jogcsaládokban.

1.Felelősség alapja:

A felelősség alapját leggyakrabban a gondossági kötelezettség megszegése jelenti. Az orvos köteles a beteg érdekében a tőle elvárható gondossággal eljárni, figyelembe véve a szakmai szabályokat, a tudomány állását és a beteg egyéni körülményeit. [287]

- Objektív gondossági kötelezettség: Ez a megközelítés a kontinentális jogrendszerekben jellemző. Az orvos felelőssége objektív, azaz független attól, hogy vétkesen járt-e el vagy sem, a hangsúly azon van, hogy az orvos teljesítette-e a tőle elvárható gondossági kötelezettséget. [288]
- Szubjektív gondossági kötelezettség: Az angolszász jogrendszerekben az orvos felelőssége inkább szubjektív jellegű. A hangsúly az orvos vétkességén van, hogy felróhatóan járt-e el vagy sem. [289]

2. Felelősségi formák

Az orvosi felelősségnek több formája létezik:

- Szerződéses felelősség: Az orvos és a beteg között létrejövő kezelési szerződés alapján az orvos köteles a szerződésben foglaltaknak megfelelően eljárni. A szerződéses felelősség fennállását a legtöbb jogrendszer elismeri.[290]

[285]Legal Aid, Sentencing and Punishment of Offenders Act 2012. https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/10/contents/(letöltve: 2024.10.08)
[286] Kaszás Eszter- Az orvos polgári jogi felelősségének alapkérdései- Themis 2015. 166-200.o.
[287] Eütv. 6-7. §
[288] https://munkaugyilevelek.hu/1999/02/az-egeszsegugyi-intezmeny-karteritesi-felelossege//(letöltve: 2024.10.08)
[289] Rogers, W. V. H.: Winfield and Jolowicz on Tort. Sweet & Maxwell, London, 2010, 1-15. o.
[290] Brazier, Margaret: Medicine, Patients and the Law. Penguin Books, London, 2003, 101-123. o.

- Szerződésen kívüli (deliktuális) felelősség: Az orvos akkor is felelősséggel tartozhat a betegnek okozott kárért, ha nem áll fenn közöttük szerződéses jogviszony.[291]
- Büntetőjogi felelősség: Súlyos gondatlanság vagy szándékosság esetén az orvos büntetőjogi felelősséggel is tartozhat, melynek feltételei és következményei országonként eltérőek. [292]

3. Bizonyítási teher

A bizonyítási teher kérdése kulcsfontosságú a felelősségi eljárásokban.

- A kontinentális jogrendszereknél a betegnek kell bizonyítania, hogy az orvos megszegte gondossági kötelezettségét, ezzel kárt okozva neki.
- Az angolszász jogrendszereknél a bizonyítási teher elosztása rugalmasabb. Alapvetően a betegnek kell ugyan bizonyítania a kár és a beavatkozás közötti okozati összefüggést, de bizonyos esetekben, a "res ipsa loquitur" doktrína alapján, a bizonyítási teher az orvosra hárulhat.[293]

4. Kártérítés

A kártérítés mértéke a beteg által elszenvedett kár nagyságától függ. A kártérítésbe beletartozhatnak a vagyoni károk (pl. elvesztett jövedelem, gyógykezelési költségek) és a nem vagyoni károk (pl. fájdalom, szenvedés, életminőség romlása) is.

- Kontinentális jogrendszerek: A kártérítés mértéke általában a teljes kárt fedezi, magába foglalva a vagyoni és nem vagyoni károkat egyaránt.
- Angolszász jogrendszerek: A kártérítés mértéke a bíróságok szélesebb mérlegelési jogkörétől függ. A kártérítésbe a „büntető” jellegű kártérítések is beletartozhatnak, melyek célja az orvos megbüntetése és a hasonló esetek megelőzése.[294]

5. Eljárási szabályok

Az orvosi felelősségi perek eljárási szabályai is országonként eltérőek lehetnek.

[291] Markesinis and Deacon's Tort Law. Oxford University Press, Oxford, 2019. 182.o.
[292] Kennedy, Ian - Grubb, Andrew: Medical Law: Text with Materials. Butterworths, London, 2019. 10-12.o.
[293] Arthur Underhill *The Cambridge Law Journal*. Sweet & Maxwell, London, Vol 7. 2
[294] Atiyah, P. S.: The Damages Lottery. Hart Publishing, Oxford, 1997, 23-45. o.

- Kontinentális jogrendszerek: Az eljárások a polgári perrendtartás szabályai szerint zajlanak.
- Angolszász jogrendszerek: Az eljárásokban nagyobb szerep jut a peren kívüli megegyezéseknek és az alternatív vitarendezési módoknak.[295]

Ha a jogrendszereket összehasonlító példákon keresztül vizsgáljuk, színes képet kapunk:

A német jogban a szerződéses és a deliktuális felelősség párhuzamosan áll fenn. A bizonyítási teher a beteget terheli, de bizonyos esetekben az orvosnak kell bizonyítania, hogy nem hibázott. A kártérítés mértékére pedig jellemző, hogy a teljes kárt fedezi. [296]

A francia jogban a betegvédelem hangsúlyosabb, mint az angolszász jogrendszerekben. A betegek széleskörű jogokkal rendelkeznek, az orvosok pedig szigorú felelősségi szabályok alá tartoznak. A francia jog elismeri a beteg a kártérítéshez való jogát orvosi hibák esetén.

Említést érdemel, hogy az amerikai jogban a szabályozás elsősorban precedenseken alapul. A "res ipsa loquitur" doktrína alapján a bizonyítási teher az orvosra hárul, a kártérítés mértéke pedig a bíróságok szélesebb mérlegelési jogkörétől függ.[297]

A magyar jogban az orvosi felelősség szabályozása elsősorban a Polgári Törvénykönyvben található. A felelősség alapja a gondossági kötelezettség megszegése, a bizonyítási teher pedig a beteget terheli. Az orvos mentesül a felelősség alól, ha bizonyítja, hogy úgy járt el, ahogy az az adott helyzetben általában elvárható, a kártérítés mértéke pedig a teljes kárt fedezi, beleértve a vagyoni és nem vagyoni károkat is. [298]

Jelenlegi helyzet és jövőbeli kilátások Magyarországon

Magyarországon az orvosi perek túlnyomó többsége továbbra is a bíróságok előtt zajlik. Bár a mediáció törvényi keretei adottak, a gyakorlatban ez mégsem vált általánossá. Ennek lehetséges okai többek közt, a felek (és jogi képviselőik) idegenkedése az ADR módszerektől, a bizalmatlanság, az érdekellentétek mélysége, vagy egyszerűen az információhiány és a gyakorlat

[295] Kecskés László – Tilk Péter (szerk.): A választottbíráskodás és más alternatív vitarendezési eljárások jogi szabályozásának alapjai (Pécs, 2018) 18-20.o.
[296] Kecskés László – Tilk Péter (szerk.): 58.o.
[297] Furrow, Barry R. - Greaney, Thomas L. - Johnson, Sandra H. - Gostin, Lawrence O. - Schwartz, Timothy S.: Health Law: Cases, Materials and Problems. West Academic Publishing, St. Paul, 2018.
[298] Ptk. 6:527-6:532. §

hiánya. Elképzelhetőnek tartom, hogy a jövőben, a mediációnak nagyobb szerep juthat, különösen, ha a jogalkotó és az egészségügyi intézmények ösztönözik annak igénybevételét. Ez megvalósulhat, ha kötelező első körös mediációs kísérletet vezetnek be, illetve speciális egészségügyi közvetítői rendszert alakítanak ki. A bíróságok leterheltsége, a perek elhúzódása és magas költségei szintén az alternatív megoldások keresése felé terelik a gyakorlatot.

A jogi kategóriák és elvek alkalmazása az orvosi felelősség megítélésében

Az orvosi felelősség kérdése számos eltérő jogi kategóriát és elvet hívott életre és a felelősségi perek kimenetele sem egységes. A kontinentális és az angolszász jogcsaládok közötti főbb különbségek:

1. A felelősség alapjául szolgáló jogi kategóriák

Az orvosi felelősség megállapításának fő jogi kategóriái: a szerződésszegés és a deliktuális felelősség.

Szerződésszegés

A kezelési szerződés megszegése alapozza meg az orvos felelősségét. A szerződés lehet kifejezett vagy hallgatólagos és magába foglalja az orvos kötelezettségét a beteg megfelelő ellátására, a tájékoztatásra és titoktartásra.[299] A szerződésszegésért való felelősség az orvos vétkességétől független.[300] Ez az úgynevezett objektív felelősség. A Kontinentális jogrendszerek jellemzője, hogy a szerződéses felelősség hangsúlyosabb, melynek oka, hogy a betegellátás államilag finanszírozott így a betegnek kevesebb lehetősége van az orvosválasztásra.[301] Ezzel szemben az angolszász jogrendszerekben, a szerződéses felelősség mellett a deliktuális felelősség is jelentős szerepet kap. Itt a betegek nagyobb szabadsággal választhatnak orvost és az orvos-beteg kapcsolat magánjogi jellegű.[302]

[299] Eütv. 6.-9.§
[300] Dósa Ágnes- Az orvos tájékoztatási kötelezettsége c. előadás
[301] Héder-Nádasi Eszter: Az orvosi hatalom reprezentációja az amerikai kórházsorozatokban: a sebészeti innovációk ábrázolásának elemzése – Doktori disszertáció (Budapest, 2021) 18.o.
[302] Rogers, W. V. H.: Winfield and Jolowicz on Tort. Sweet & Maxwell, London, 2010, 1-15. o.

Deliktuális felelősség

Az orvos akkor is felelősséggel tartozhat a betegnek okozott kárért, ha nem áll fenn közöttük szerződéses jogviszony.[303] A deliktuális felelősség általában a vétkes magatartáson alapul, azaz az orvos csak akkor felelős, ha felróhatóan járt el. A felróhatóságnak különböző fokozatai léteznek. Egyrészt a szándékos károkozás, vagyis amikor az orvos tudatosan okoz kárt a betegnek. Másodsorban a gondatlanság, mikoris az orvos nem a tőle elvárható gondossággal jár el. Illetve a hanyagság, mikor az orvos elmulaszt valamit megtenni, amit a tőle elvárható gondosság megkövetelt volna.[304]

Veszélyes üzemi felelősség

Egyes kontinentális jogrendszerekben előforduló gyakorlat, hogy az egészségügyi intézmények veszélyes üzemnek minősülnek.[305] Ebben az esetben, az intézmény objektív felelősséggel tartozik a betegeknek okozott károkért, ez pedig független az orvos vétkességétől.

2. A felelősség megállapításához alkalmazott jogi elvek

A felelősség megállapításánál több jogi elvet is alkalmaznak az egyes jogrendszerekben. Egyrészről, az orvosnak a beteg érdekében a tőle elvárható gondossággal kell eljárnia, figyelembe véve a szakmai szabályokat, a tudomány állását, a beteg egyéni körülményeit és az egészségügyi intézmény lehetőségeit. A gondossági kötelezettség megszegése szerződésszegést vagy deliktumot valósíthat meg. További két válfaja létezik, az objektív gondossági kötelezettség, ami a kontinentális jogrendszerekben jellemző.[306] Másodsorban pedig a szubjektív gondossági kötelezettség, ami az angolszász jogrendszerekben gyakoribb.[307]

Az orvosnak további kötelessége a beteget világosan és érthetően tájékoztatni a betegségéről, a javasolt beavatkozásról, annak kockázatairól, a lehetséges alternatívákról és várható eredményekről. [308] A tájékoztatási kötelezettség megszegése önmagában is felelősséget vonhat maga után. A kontinentális jogrendszerekben a tájékoztatási kötelezettség megszegése

[303] Markesinis and Deacon's Tort Law. Oxford University Press, Oxford, 2019. 243.-244.o.
[304] Van Gerven, Walter - Lever, Jeremy - Larouche, Pierre: Tort Law. Hart Publishing, (Oxford, 2000.) 963.o.
[305] Simon Tamás (Budapest, 2005) Veszélyes üzem felelősség és egészségügyi szolgáltatás
[306] Fleischer, Holger: Informationspflichten im Arzthaftungsrecht. Mohr Siebeck, Tübingen, 2018.
[307] Brazier, Margaret: Medicine, Patients and the Law. Penguin Books, London, 2003, 101-123. o.
[308] Kennedy, Ian - Grubb, Andrew: Medical Law: Text with Materials. Butterworths, London, 2019. 15-23.o.

szerződésszegésnek, míg az angolszász jogrendszerekben a tájékoztatási kötelezettség megszegése a beteg önrendelkezési jogának megsértését jelenti és kártérítési igényt alapozhat meg. [309]

Az orvosi felelősség megállapításának másik feltétele az orvos gondatlan magatartásának és a beteg kárának ok-okozati összefüggése. A kontinentális jogrendszerekben általában a "conditio sine qua non" elv érvényesül. Az elv alkalmazásával lényegében azt vizsgáljuk, hogy egy adott cselekmény vagy mulasztás nélkül a káros eredmény bekövetkezett volna-e vagy sem. Az angolszász jogrendszerek "but for" tesztként hivatkoznak rá és alapvetően 3 fő lépésből áll.[310] Első lépésben azonosítják a cselekményt vagy mulasztást, második lépésben gondolatban eltávolítják a cselekményt az eseménysorból, végül pedig értékelésnek vetik alá az eredményt.

A bizonyítási teher elosztása alapján a kontinentális jogrendszereknél a betegnek kell bizonyítania az orvos gondossági kötelezettségének megszegését és az oksági összefüggést. Angolszász jogrendszerekben pedig a bizonyítási teher elosztása rugalmasabb, bizonyos esetekben az orvosra hárulhat (pl. "res ipsa loquitur" doktrína).[311]

A kártérítés mértéke szempontjából a kontinentális jogrendszerekben általában a teljes kár fedezete érvényesül, beleértve a vagyoni és nem vagyoni károkat, míg az angolszász jogrendszerekben nagy hangsúlyt kap a bírói mérlegelés.[312] A beteg közrehatása befolyásolhatja a kártérítés mértékét. A kontinentális jogrendszerek jellemzője, hogy a kártérítés mértéke csökkenthető, ha a beteg maga is hozzájárult a kár bekövetkezéséhez, az angolszász jogrendszerekben pedig a "comparative negligence" elv alapján a kártérítés mértéke a beteg közrehatásának mértékével arányosan csökken. [313]

További releváns jogi elvek

Az angolszász jogrendszerekben a méltányosság elve, az equity érvényesül. Ez lényegében a common law-hoz kapcsolódik - mégis elkülönülő jogelvek és szabályok rendszere - melyet eredetileg a királyi kancellár alkalmazott a XV. századtól kezdődően.[314] Az equity rugalmasabb,

[309] Montgomery v Lanarkshire Health Board [2015] UKSC 11
[310] Hart, H. L. A. - Honoré, Tony: Causation in the Law. Oxford University Press, Oxford, 1985. 308-324.o.
[311] Jones, Michael A.: Medical Negligence. Sweet & Maxwell, London, 2016, 45-67. o.
[312] Atiyah, P. S.: The Damages Lottery. Hart Publishing, Oxford, 1997, 23-45. o.
[313] Robertson, Gerald B.: Comparative Negligence in Tort Law. In: Modern Law Review, 1979, 42(1), 61-77. o.
[314] Maitland, F. W. (2003). *Equity: A Course of Lectures*. Cambridge University Press. 12-22.o.

mint a common law és lehetővé teszi a bíró számára, hogy figyelembe vegye az eset összes körülményét, így pedig olyan döntést hozzon, mely az adott helyzetben igazságos és méltányos.[315]

A res ipsa loquitur doktrína lényege szerint, bizonyos esetekben a kár bekövetkezésének ténye már önmagában olyan erős vélelmet vagy következtetést alapoz meg az orvos gondatlanságát illetően, hogy a bizonyítási teher részben vagy egészben átszállhat rá. Erre az esetre jó példa mikor az orvos valamilyen orvosi eszközt felejt a beteg testében. Belátható, hogy ebben az esetben a gondatlanság elvitathatatlan, hiszen olyan esemény történt, mely az általános tapasztalat szerint gondatlanság nélkül nem következett volna be. A doktrína célja, hogy méltányos helyzetet teremtsen olyan esetekben, mikor a károsult nehéz helyzetben van a közvetlen bizonyítékok megszerzését illetően, mivel az esemény körülményei és a kár bekövetkezéséhez vezető folyamatok jellemzően az orvos ismereti és irányítási körébe tartoznak.

Az úgynevezett "loss of chance" doktrína alkalmazása lehetővé tesz a kártérítés megállapítását olyan esetekben is, amikor a betegnek a gondatlan orvosi beavatkozás miatt csökken az esélye a gyógyulásra vagy a túlélésre. [316] A "loss of chance" doktrína magának az esélynek az elvesztését ismeri el önálló, megtérítendő kárként. A kár itt nem a végső negatív kimenetel, hanem a jobb kimenetelre vonatkozó, számszerűsíthető vagy legalábbis értékelhető esély csökkenése vagy elvesztése.

A "thin skull rule" elv, alapján az orvos felelősséggel tartozik a beteg összes káráért, még akkor is, ha a beteg valamilyen előre nem tudott érzékenység vagy betegség miatt szenvedett el nagyobb kárt, mint ami egy átlagos embernél várható lett volna. [317] Képzeljünk el egy helyzetet, ahol valaki enyhén megüt egy másik embert. Egy átlagos ember esetében ez talán csak egy kisebb zúzódást okozna, azonban, ha a megütött személynek "vékony koponyája" van (azaz egy ritka csontbetegség miatt a koponyacsontja rendkívül törékeny), és emiatt az enyhe ütéstől súlyos koponyatörést szenved, a "thin skull rule" szerint a károkozó felelős lesz a súlyos koponyatörésért és annak minden következményéért, nem csupán a kisebb zúzódásért, amit egy átlagos ember szenvedett volna el. Az elv célja biztosítani, hogy a jogellenes cselekmény áldozata teljes mértékű kártalanítást kapjon az elszenvedett sérelmekért, függetlenül attól, hogy mennyire volt

[315] Worthington, S. (2006). *Equity*. Oxford University Press.3-6.o.
[316] King, Jr., Joseph H.: The Law of Medical Malpractice in a Nutshell. West Academic Publishing, St. Paul, 2016, 145-157. o.
[317] Stauch, Michael: Schadensersatzrecht. C.H.Beck, München, 2019, 234-246. o.

"szerencsétlen" a sérülékenysége miatt. Ez az angolszász jogban ismert elv a magyar gyakorlatban a teljes kártérítés elvén és az okozati összefüggés vizsgálatán keresztül érvényesül leginkább.

Példák a jogi kategóriák és elvek alkalmazására:

A francia rendszer egy differenciált megközelítést alkalmaz: a felróhatóságon alapuló felelősség mellett (ahol a beteg bizonyít) működik egy szolidaritási alapú, felróhatóságtól független kártalanítási rendszer a súlyos, vétlenesetekre (ONIAM). A teljes kártérítés elve és a dokumentációhoz való hozzáférés joga erősíti a betegek pozícióját, a CCI bizottságok pedig alternatív vitarendezési fórumot biztosítanak. [318]

A kanadai jogrendszer, amely Quebec tartomány kivételével az angolszász common law hagyományain alapul, az orvosi felelősséget elsősorban a gondatlanság (negligence) jogintézményén keresztül ítéli meg. Ez azt jelenti, hogy a felelősség megállapításához nem elegendő csupán a kedvezőtlen kimenetel vagy a kár bekövetkezése; a betegnek bizonyítania kell, hogy az orvos megsértette az ellátási kötelezettségét. [319]

A kontinentális jogrendszerek jellemzője, hogy inkább az objektív felelősség és a betegek védelme felé hajlanak, míg az angolszász jogrendszerekben nagyobb hangsúly jut az orvos vétkes magatartásának és a bírói mérlegelésnek. A jogrendszerek közös és egyben legfontosabb törekvése az egyensúly megteremtése a betegek jogainak védelme és az orvosok szakmai autonómiája között.

Az orvosi hibák megelőzése

Az orvosi hibák megelőzése a betegvédelem legfontosabb célja, hiszen nem csak a betegek számára járnak súlyos következményekkel, de az egészségügyi rendszer számára is jelentős költségeket jelentenek. A megelőzés érdekében olyan intézkedéseket kell hozni, melyek az egészségügyi intézmények hatékony minőségbiztosítási rendszerét is előmozdítanák. E rendszer célja az orvosi hibák megelőzése és a betegbiztonság javítása lehetne, magában foglalva a szabványok és protokollok kialakítását, a folyamatos ellenőrzést és a hibákból való következtetések levonását. Ennek érdekében az orvosokat és az egészségügyi dolgozókat folyamatosan képezni kell a megelőzéssel kapcsolatos ismeretekre és készségekre. Az

[318] Viney, Geneviève: Traité de droit civil: Les obligations: La responsabilité civile extracontractuelle. LGDJ, Paris, 2018.
[319] Linden, Allen M.: Canadian Tort Law. Butterworths, Toronto, 2017. chapt. 10.

egészségügyi technológiák fejlesztése és alkalmazása, például az elektronikus egészségügyi nyilvántartások fejlesztése javíthatja az orvosok és a betegek közötti hatékony kommunikációt.

A kártérítési rendszer alternatívái

A kártérítési perek mellett léteznek alternatív vitarendezési mechanizmusok is, melyeket az orvosi felelősség megállapítása esetében is alkalmazni lehet.[320] A mediáció olyan eljárás, mely során egy semleges harmadik fél segít a feleknek a vita rendezésében. Célja a felek közötti megegyezés elérése. A mediációhoz hasonló eljárás az arbitrázs, mely során a felek egy semleges harmadik fél döntését fogadják el kötelező érvényűnek magukra nézve. Az arbitrázs és a mediáció gyorsabb és olcsóbb alternatívák, mint maga a bírósági eljárás. Mindkét módszer célja a vitás felek közötti konfliktus békés, gyors és költséghatékony rendezése.

A mediáció során egy semleges harmadik fél, a mediátor segíti a feleket abban, hogy maguk jussanak el egy kölcsönösen elfogadható megoldásra. A mediátor nem hoz döntést, csupán irányítja a kommunikációt segítve a feleknek megérteni egymás álláspontját.[321] A mediáció során a felek megtartják az irányítást a folyamat felett, a végső döntést ők hozzák meg, a mediátor csak segít megtalálni a közös nevezőt.[322] Rugalmasabb, mint a bírósági eljárás és teljes mértékben a résztvevők igényeihez igazítható, hiszen a felek határozzák meg a mediáció időpontját és helyszínét, a folyamat menetével együtt.[323] Fontos jellemzője, hogy bizalmas eljárás, így a felek által elmondottak nem használhatók fel később bírósági eljárásban[324]

Az arbitrázs során egy vagy több semleges harmadik fél, a döntőbíró(k) meghallgatják a feleket és kötelező erejű döntést hoznak a vitában. A döntőbírói döntés hasonló a bírósági ítélethez.[325] Az arbitrázs formálisabb eljárás, mint a mediáció és szigorúbb szabályok vonatkoznak rá. Az eljárás menetét általában az arbitrázsra vonatkozó jogszabályok vagy a felek által kötött arbitrációs megállapodás határozza meg.[326] A döntőbírói döntés végrehajtható, azaz a felek kötelesek azt betartani. Ha valamely fél nem tesz eleget a döntőbírói döntésnek, a másik fél bírósági úton kérheti

[320] Herring, Jonathan: Medical Law and Ethics. Oxford University Press, Oxford, 2017, 412-434. o.
[321] Brown, H. and Marriott, A. (2011) ADR Principles and Practice. London: Sweet & Maxwell. 15-19.o.
[322] Moore, C. (2003) The Mediation Process: Practical Strategies for Resolving Conflict. San Francisco: Jossey-Bass. 8-10.o.
[323] Spencer, D. (2016) Mediation Law and Practice. London: LexisNexis. 9-11.o.
[324] Goldberg, S., Green, E. and Sander, F. (1985) Dispute Resolution. Boston: Little, Brown and Company. 17-20.o.
[325] Blackaby, N., Partasides, C., Redfern, A. and Hunter, M. (2015) Redfern and Hunter on International Arbitration. Oxford: Oxford University Press. 23-25.o.
[326] Born, G. (2009) International Commercial Arbitration. London: Singapore Academy of Law Journal, Vol. 26, 2014, 815-848

annak végrehajtását.[327] A mediáció és az arbitrázs nem zárják ki egymást, a felek megpróbálkozhatnak a mediációval és ha az nem vezet eredményre, akkor választhatják az arbitrázst.

Személyes véleményem és tapasztalataim szerint nagyon üdvözítőnek tartom az alternatív vitarendezés intézményét, hiszen az orvosi hibák vagy vélt hibák gyakran mély érzelmi megrázkódtatást okoznak a betegeknek és családjaiknak, dühöt, gyászt, bizalomvesztést, miközben az orvosok is átélhetik a stresszt, a bűntudatot vagy a védekezési kényszert. A mediáció biztonságos keretet nyújthat ezeknek az érzelmeknek a kifejezésére, a másik fél álláspontjának meghallgatására és megértésére, ami egy formális bírósági tárgyaláson ritkán lehetséges. Gyakran a beteg elsődleges igénye nem (csak) a pénzbeli kártérítés, hanem a történtek megértése, egy őszinte magyarázat vagy bocsánatkérés.

Az egészségügyi egyenlőtlenségek csökkentése

A szegényebb és hátrányosabb helyzetű csoportok gyakran nehezebben férnek hozzá az egészségügyi ellátáshoz és nagyobb valószínűséggel szenvednek el sérelmet. Az egészségügyi egyenlőtlenségek mindenkit érintenek. Ezt jól szemlélteti a társadalmi gradiens vagy társadalmi-gazdasági egészségi gradiens. A társadalmi gradiens kifejezés azt a jelenséget írja le, mikor az egészségi állapot a társadalmi-gazdasági ranglétra minden egyes lépcsőfokán a társadalmi helyzetnek megfelelően romlik.[328] Más szóval, minél nagyobb a nélkülözés, annál rosszabb az egészségi állapot és annál rövidebb a várható élettartam. Ez az összefüggés minden társadalomban megfigyelhető. Az egyenlőtlenségek erősödése a társadalmi jóllétet is aláássa. A kutatók megállapították, hogy az egyenlőtlenségek csökkentik a társadalmi kohéziót, ami mindenki számára nagyobb stresszhez, félelemhez és bizonytalansághoz vezet. Ezzel szemben a társadalmilag összetartóbb nemzeteknél éppen ennek ellenkezője figyelhető meg.[329] A WHO jelentése szerint az egészségügyi egyenlőtlenségek nagy részben 5 tényezővel magyarázhatók. Az egészségügyi ellátás minősége, a pénzügyi bizonytalanság, a rossz minőségű lakás és környezet,

[327]New York Convention on the Recognition and Enforcement of Foreign Arbitral Awards (1958). https://www.newyorkconvention.org/english
[328] https://health-inequalities.eu/hu/health-inequalities//(letöltve: 2024.10.08)
[329] Wilkinson, R., Kate Pickett, K. A vízmérték: Miért jobb az egyenlőbb társadalmak szinte mindig jobban? Allen Lane, 2009

a társadalmi kirekesztés, a tisztességes munka hiánya és a rossz munkakörülmények okozzák a legnagyobb problémákat.[330]

A betegvédelem nemzetközi aspektusai és jövőbeli irányzatai

A betegvédelem nem csak nemzeti, nemzetközi szinten is fontos kérdés tekintve, hogy a globalizáció és az egészségügyi turizmus elterjedése miatt a betegek gyakran külföldön vesznek igénybe egészségügyi ellátást.

Véleményem szerint a jövőben a következő tendenciák várhatóak.

- A betegek jogainak további erősítése
- Az orvosi felelősség szigorítása
- A betegbiztonság javítása
- Az egészségügyi adatok védelmének erősítése
- A mesterséges intelligencia és a genetikai tesztelés szabályozása
- Az egészségügyi egyenlőtlenségek csökkentése
- A nemzetközi együttműködés erősítése

A betegvédelem nem csak az orvosok és az egészségügyi intézmények felelőssége, hanem a társadalom egészének közös feladata is egyben. A betegek jogainak és biztonságának védelme érdekében szükséges a jogalkotók, az egészségügyi szakemberek és a betegek együttműködése.

Az orvosi etika alapelvei szorosan összefüggenek a betegvédelemmel, melyek az orvosok és az egészségügyi dolgozók szakmai magatartására vonatkozó erkölcsi normákat és értékeket foglalják magukba. Az alapelvek között szerepel a beteg érdekének elsődleges szolgálata, a károkozás tilalma, a beteg önrendelkezésének tiszteletben tartása, az esélyegyenlőség és a méltányosság biztosítása.[331] A betegvédelem etikai dimenzióinak vizsgálata kiemelten fontos a jogi szabályozás megalkotása és alkalmazása során. A normáknak tükrözniük kell az alapelveket, hozzájárulva az etikus egészségügyi ellátás biztosításához. Figyelni kell arra, hogy a betegek aktívan részt vehessenek a gyógyítási folyamatban, vagyis a betegvédelem oktatását már az iskolában meg kell kezdeni. A tantervekbe be kell építeni a betegjogokkal és az egészségügyi ellátással kapcsolatos ismereteket. Az orvosi egyetemeken és a szakképzésben pedig kötelezővé kell tenni a

[330] https://health-inequalities.eu/hu/health-inequalities//(letöltve: 2024.03.08)
[331] Beauchamp, Tom L. - Childress, James F.: Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press, New York, 2019.

betegjogokkal és a felelősséggel foglalkozó kurzusokat elsősorban gyakorlatorientált és könnyen átlátható formában.

V. Az orvosi jogviszony és az orvosi felelősség büntetőjogi vonatkozásai

A teljesség kedvéért a büntetőjogi felelősség kérdését nem lehet figyelmen kívül hagyni az egészségügyi szolgáltatásokért való felelősség vizsgálatával összefüggésben. A felelősség két szintje között alapvető különbségek vannak, melyek abból adódnak, hogy a büntetőjog közjog, a polgári jog pedig magánjog. Ezeket a különbségeket az alábbiakban foglalhatjuk össze.

Az orvos felelősséggel tartozik a betegnek okozott károkért, ha a károkozás a szakmai gondosság megszegésével függ össze.[332] Az orvosi műhibák jogi következményei két fő kategóriába sorolhatók, egyrészt büntetőjogi, másrészt a polgári jogi felelősség körébe. A büntetőjogi felelősség megállapítása esetén, az orvost személyesen vonják felelősségre a foglalkozási szabályok megsértése miatt.[333] A foglalkozási szabályok megsértése lehet szándékos vagy gondatlan. Szándékos a szabályszegés, ha az orvos tudatosan cselekszik a szabályok ellenére, míg gondatlan szabályszegés esetén, az orvos nem a kellő gondossággal jár el és emiatt következik be a hiba. A büntetőjogi felelősség megállapításához a vétkesség bizonyítása szükséges, célja pedig végső soron az elkövető megbüntetése és a társadalom védelme.[334]

Az orvos polgári jogi felelősséggel tartozik a betegnek okozott károkért, ha a károkozás a szakmai gondossági kötelezettség megszegésével függ össze.[335]A beteg kártérítési pert indíthat az orvos ellen a bíróságon, a perben pedig a betegnek kell bizonyítania, hogy az orvos hibázott és e hiba miatt kárt szenvedett. A polgári jogi felelősség tehát azt jelenti, hogy az intézmény, ahol az orvos dolgozik, felelős az okozott kárért, vagyis a beteg kártérítési igényét az egészségügyi intézménnyel szemben érvényesítheti. A polgári jogi felelősség megállapításához a felróhatóság bizonyítása szükséges ez pedig nem jelent mást mint, hogy az orvosnak fel kellett volna ismernie a

[332] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről (Eütv.) 77. §
[333] Az orvosi tevékenység büntetőjogi ... - Debreceni Jogi Műhely, hozzáférés dátuma: január 22, 2025, http://www.debrecenijogimuhely.hu/archivum/2_2012/az_orvosi_tevekenyseg_buntetojogi_szabalyozasanak_vazlata//(letöltve: 2024.10.08)
[334] A büntetőjogi és a polgári jogi felelősség jogkövetkezményeinek összevetése, hozzáférés dátuma: január 22, 2025, http://www.debrecenijogimuhely.hu/archivum/4_2012/a_buntetojogi_es_a_polgari_jogi_felelosseg_jogkovetkezmenyeinek_osszevetese//(letöltve: 2024.10.08)
[335] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről (Eütv.) 77. §

cselekménye lehetséges következményeit, és meg kellett volna tennie a szükséges óvintézkedéseket a kár elkerülése érdekében. A polgári jogi felelősségre vonás célja a károsult kártalanítása, vagyoni vagy nem vagyoni kár tekintetében. A vagyoni kártérítés a beteg anyagi veszteségét (pl. elvesztett jövedelem, gyógykezelési költségek) téríti meg, míg a nem vagyoni kártérítés a beteg nem anyagi jellegű sérelmét (pl. fájdalom, szenvedés) kompenzálja.

A Magyar Orvosi Kamara hatáskörébe tartozik az orvosokkal szembeni fegyelmi eljárások lefolytatása, abban az esetben, ha megsértette a szakmai etika szabályait vagy a (szakmai) gondosság kötelezettségét.

A büntetőjog és az orvosi hibák a kontinentális jogrendszerben

Az orvosi beavatkozások a legnagyobb gondosság tanúsítása esetén is magas kockázatot hordoznak magukban. Az esetleges hibák akár olyan súlyos következményekkel is járhatnak, mint a maradandó egészségkárosodás vagy a páciens halála, éppen ezért az orvosi felelősség jogi megítélése összetett kérdés, melyben a polgári jogi felelősség mellett a büntetőjognak is meghatározó szerep jut.

A büntetőjog szerepe az orvosi hibák szankcionálásában

A büntetőjog a jogrendszer *ultima ratio* eszköze, amely az orvosi hibák legsúlyosabb eseteit rendeli büntetni. A kontinentális jogrendszerben tehát a büntetőjognak akkor van szerepe, ha az orvos magatartása bűncselekményt valósít meg.[336] Célja nem pusztán a büntetés, hanem a társadalom védelme és a prevenció együttesen.[337] Az orvosi tevékenység komplex és specializált jellege gyakran megnehezíti a hibák felismerését és a bizonyítást. A hiba feltárása és az okozati összefüggés megállapítása ezért szakértő bevonását igénylő feladat és gyakran még így sem egyszerű megállapítani az elkövetett hiba és a beteg sérülése vagy halála közötti kapcsolatot. Az orvosok által elkövetett hibák gyakran a gondatlan magatartásuk következménye, melyhez a büntetőjog oly módon kapcsolódik, hogy csak a szándékos vagy a súlyos következményekkel járó gondatlan cselekményeket szankcionálja és figyelembe veszi az arányosság és a szükségesség elvének alapvető fontosságát.

Az orvosi hibák büntetőjogi megítélése

[336] Balogh Ágnes: Az egészség védelme a büntetőjogban- PhD-értekezés (Pécs, 2006) 6-8.o.
[337] Amberg Erzsébet- A büntetőjogi felelősség helye és ultima ratio szerepe a felelősségi alakzatok rendszerében Phd Értekezés - (Budapest, 2019) 37.o.

A kontinentális jogrendszerben az orvosi hibák büntetőjogi megítélése országfüggő. Az egyes országok büntető törvénykönyvei eltérő módon szabályoznak a kérdéskörben, általánosságban azonban elmondható, hogy a büntetőjog az alábbi eseteket szankcionálja:

- Ha az orvos gondatlansága következtében a beteg megsérül vagy meghal, akkor az orvos büntetőjogi felelősséggel tartozik. A gondatlanság lehet tudatos vagy hanyag. A büntetőjogi felelősség megállapításához bizonyítani kell a gondosság elmulasztását és az okozati összefüggést. [338]
- Vannak olyan bűncselekmények is, melyek csak szándékosan követhetők el a beteggel szemben.
- Ha az orvos foglalkozása szabályainak megszegésével más vagy mások életét, testi épségét vagy egészségét gondatlanságból közvetlen veszélynek teszi ki, vagy testi sértést okoz, szintén bűncselekményt követ el. [339]

A fentiek alapján megállapíthatjuk, hogy a büntetőjog csak a legsúlyosabb esetekben lép fel beavatkozólag, ha az orvos magatartása jelentős mértékben eltér a szakmai standardoktól.

A büntetőjogi felelősségre vonás jelentősége

Fontos hangsúlyozni, hogy az orvosi tevékenység önmagában nem tekinthető társadalomra veszélyesnek és nem is indulhatunk el abba az irányba, hogy bárki ilyen feltételezésekből induljon ki. A gyógyítás alapvetően nagyon is hasznos tevékenység, melynek célja az egészség megőrzése és helyreállítása. A büntetőjog beavatkozása csak akkor indokolt, ha az orvos a szakmai szabályok súlyos megszegésével veszélyezteti a beteg életét, testi épségét vagy egészségét. A "foglalkozási szabályok" ebben az esetben az orvosi gyakorlatra vonatkozó előírásokat, protokollokat, etikai kódexeket jelentik, melyek megszegése büntetőjogi felelősségre vonást vonhat maga után.[340]

Az orvosi felelősség büntetőjogi szabályozására számos indok hozható, hiszen az emberi élet, a testi épség és az egészség a legfontosabb értékek közé tartoznak. A büntetőjog elsődleges feladata ezen értékek védelme, az orvos felelősségének büntetőjogi szabályozása is ezt a célt szolgálja. Az orvosoknak fokozott gondossággal kell eljárniuk, hiszen a betegek élete és egészsége a kezükben van.[341] Ezen felül az orvos-beteg kapcsolat bizalmi viszonyon alapul, a betegek meg kell bízzanak

[338] Büntető Törvénykönyv (2012. évi C. törvény) 160. §, 164. §
[339] Büntető Törvénykönyv (2012. évi C. törvény) 165. §
[340] Béky Ágnes Enikő: Az orvostudomány elméleti, gyakorlati eredményei és a büntetőjog kapcsolata (DJM, 2013/2., 1-8. o.)
[341] Zákány Judit: Az orvosi tevékenység büntetőjogi szabályozásának vázlata különös tekintettel a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés tényállására (DJM, 2012/2., 67-78. o.)

az orvosok szakértelmében és gondosságában. Az orvosi felelősség büntetőjogi szabályozása hozzájárul a betegek bizalmának megőrzéséhez, biztosítva az orvosok felelősségre vonhatóságát.[342]

A szabályozás célja tulajdonképpen a kockázatok minimalizálása, az orvosok maximális odafigyelésének kikényszerítésével.[343] A büntetőjogi felelősségre vonás lehetőségének elrettentő hatása van, ugyanakkor ösztönzőleg hat a szakmai szabályok betartására. A szabályozás nemcsak a véletlen hibák, hanem a szándékos szakmai szabályszegések és gondatlan magatartások következményeinek megelőzését is szolgálja.[344]

A büntetőjogi felelősség

Az orvos büntetőjogi felelősségre vonható, ha a betegnek okozott kár bűncselekményt valósít meg.[345] A Büntető Törvénykönyv (Btk.) számos olyan bűncselekménytípust tartalmaz, melyeket orvosok követhetnek el tevékenységük végzése során.

A büntetőjogi felelősség feltételeit: Ahhoz, hogy az orvost büntetőjogi felelősségre vonják, bizonyítani kell, hogy cselekménye bűncselekménynek minősül és hogy az orvos vétkesen járt el. A vétkes magatartás lehet szándékos vagy gondatlan. A büntetőjogi felelősség mértékét a bíróság határozza meg a bűncselekmény súlyossága és az elkövető bűnösségének mértéke alapján. Az orvosi tevékenység büntetőjogi szabályozásával kapcsolatos tényállások alapvetően két csoportba sorolhatók. Az egyik csoportba olyan tradicionális bűncselekmények tartoznak, melyek általános jellegűek, de alkalmazhatók az orvosi tevékenységre is. Ilyenek például a személy elleni bűncselekmények, melyek körében az öngyilkosságban közreműködés (Btk. 162. §), a magzatelhajtás (Btk. 163. §), valamint a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés (Btk. 165. §) állnak. A másik kategóriát a közrend, közegészség elleni bűncselekmények teszik ki. Ide tartozik a járványügyi szabályszegés (Btk. 361. §) és a kuruzslás (Btk. 187. §).[346] Ezen túlmenően a régi Btk. 1998-ban egy új fejezettel bővült, amely kifejezetten az egészségügyi beavatkozás, orvostudományi kutatás rendje és az egészségügyi önrendelkezés elleni bűncselekményekkel

[342] Dezső László: Az orvos büntetőjogi felelőssége (Navratyil Zoltán - IAS, 2009/1., 203-215. o.)
[343] Zákány Judit: (DJM, 2012/2., 67-78. o.)
[344] Béky Ágnes Enikő: Az orvostudomány elméleti, gyakorlati eredményei és a büntetőjog kapcsolata (DJM, 2013/2., 1-8. o.)
[345] 2012. évi C. törvény a Büntető Törvénykönyvről (Btk.)
[346] Zákány Judit: Az orvosi tevékenység büntetőjogi szabályozásának vázlata különös tekintettel a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés tényállására https://www.debrecenijogimuhely.hu/archivum/2_2012/az_orvosi_tevekenyseg_buntetojogi_szabalyozasanak_vazlata//(letöltve: 2024.12.08)

foglalkozik (Btk. XVI. fejezet). Ide sorolandók többek között a beavatkozás az emberi génállományba (Btk. 168. §), az emberi ivarsejt tiltott felhasználása (Btk. 169. §), a születendő gyermek nemének megválasztása (Btk. 170. §), az emberen végezhető kutatás szabályainak megszegése (Btk. 171. §), az embrióval vagy ivarsejttel végezhető kutatás szabályainak megszegése (Btk. 172. §), a genetikailag megegyező emberi egyedek létrehozása (Btk. 174.§) az egészségügyi önrendelkezési jog megsértése (Btk. 218.§), valamint az emberi test tiltott felhasználása (Btk. 174. §) megnevezésű tényállások.

Az egészségügyi beavatkozás, orvostudományi kutatás rendje és az egészségügyi önrendelkezés elleni bűncselekményekre vonatkozó szabályok több közös jellemzővel bírnak. Először is ezek a tényállások, úgynevezett keretdiszpozíciók, vagyis a büntetőjogi tényállás csak a keretet adja meg, a konkrét tartalmat más jogszabályok, például egészségügyi törvények vagy rendeletek határozzák meg. Másodszor, ezek a bűncselekmények nemcsak az embert, hanem a magzatot, embriót, ivarsejtet, emberi génállományt és a holttestet is védelem alá helyezik. Harmadszor, ezen tényállások általában már az előkészületi cselekményeket is büntetni rendelik. Végül, fontos kiemelni, hogy az egészségügyi törvényben meghatározott céllal végzett tevékenység büntethetőséget kizáró oknak minősül.[347]

Megállapíthatjuk tehát, hogy az orvosi tevékenység büntetőjogi szabályozása olyan magatartásokat tilt, melyek egyébként bűncselekménynek minősülnének, ha nem lenne megfelelő indok az adott magatartásra (pl. gyógyítás). Emellett a szabályozás hangsúlyozza a veszélyeztetés büntetőjogi relevanciáját, azaz már a veszély előidézése is felelősségre vonást vonhat maga után.

A Btk. legfontosabb orvosi tevékenységgel kapcsolatos bűncselekményei

A foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés (Btk. 165. §) tényállásának akkor van relevanciája, ha valaki szakmáját olyan szabályok határozzák meg, melyek célja, hogy az adott hivatással érintett személyek biztonságát garantálja. Ez pedig számos foglalkozásról elmondható. Az orvosi hivatás gyakorlói a szokásosnál is jobban ki vannak téve annak a veszélynek, hogy egy rossz döntés meghozatala után büntetőeljárás indul velük szemben. A bűncselekmény megvalósulásához elegendő, ha az orvos a foglalkozása körében a tőle elvárható gondosságot

[347] Zákány Judit: Az orvosi tevékenység büntetőjogi szabályozásának vázlata különös tekintettel a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés tényállására https://www.debrecenijogimuhely.hu/archivum/2_2012/az_orvosi_tevekenyseg_buntetojogi_szabalyozasanak_vazlata/(letöltve: 2024.12.08)

elmulasztja és ezáltal más vagy mások életét vagy testi épségét közvetlenül veszélyezteti.[348] Ez a bűncselekmény a leggyakoribb az orvosi tevékenységgel kapcsolatban. A tényállás az élet, a testi épség és az egészség sérthetetlenségéhez kapcsolódó társadalmi érdek védelmét szolgálja. A jogalkotó célja e tényállás megalkotásával az, hogy a foglalkozás gyakorlója munkája során betartsa a szabályokat. A szabályok akár gondatlan áthágása is könnyen oda vezethet, hogy mások élete, testi épsége, egészsége veszélybe kerül. A gondossági kötelezettség elmulasztása lehet aktív (pl. hibás gyógyszer felírása) vagy passzív (pl. a szükséges vizsgálat elmulasztása). A veszélyeztetésnek közvetlennek kell lennie, azaz az orvos cselekménye közvetlenül kell, hogy veszélyeztesse a beteg életét vagy testi épségét.

A hétköznapokban gyakran használt "orvosi műhiba" kifejezés nem számít jogi szakkifejezésnek. Önmagában az a tény, hogy egy orvos tévesen diagnosztizál, és emiatt esetleg helytelenül kezel vagy műt meg egy beteget, még nem jelenti azt, hogy ezzel bűncselekményt követett el. Ahhoz ugyanis, hogy a bűncselekmény megvalósuljon, az is szükséges, hogy a téves diagnózis felállítása egyben valamilyen foglalkozási szabály megszegése miatt történjen. Ugyanakkor az orvos akkor is megvalósíthatja a bűncselekményt, ha nem közvetlenül a gyógyítással kapcsolatos szabályokat szegi meg, hanem például nem tesz eleget a bejelentési kötelezettségének más szervvel szemben.

A hazai bírói gyakorlat szerint „kiterjed annak az orvosi végzettséggel nem rendelkező, magát bioenergetikusnak tekintő terheltnek a szándéka a veszélyhelyzet előidézésére és elköveti a foglalkozás körében elkövetett - halált okozó - veszélyeztetés bűntettét[349], aki az általa kezelt gyermek veszélyeztetett helyzete, orvosi ellátást igénylő állapota ellenére ahelyett, hogy orvosi kezelést javasolt volna, gyermekorvos bevonása nélkül maga állított fel téves diagnózist, és az éheztetés következtében előállott veszélyhelyzetet (amely orvoslására vállalkozott) fenntartotta ahelyett, hogy megszakította volna” [350]

A Kúria egy másik döntésében kimondta, *hogy megállapítható a foglalkozás körében elkövetett gondatlan veszélyeztetés annak a gyermek háziorvos foglalkozású terheltnek a terhére, aki tudva arról, hogy a cselekvőképtelen sértett ellátására, gondozására köteles szülei és nagyszülei a hagyományos orvoslási módszerekkel szemben bizalmatlanok, észlelte, hogy a kapcsolatot vele megszakítják, ennek ellenére a sértettet az ellátási köréből nem jelentette ki, az életkorhoz kötött kötelező szűrővizsgálatok elvégzését nem ellenőrizte, dokumentációs kötelezettségének nem tett*

[348] Btk. 165. §
[349] BH 2018.12.325 I
[350] [Btk. 165. § (1) bek., (2) bek. b) pont, (3) bek. II. ford.]. https://jogkodex.hu/doc/1302009

eleget. Kisebb részben a terhére róható az is, hogy a gyermek általa is feltételezhető veszélyeztetettsége esetére a kötelező törvényi előírás ellenére nem élt jelzéssel a gyermekjóléti szolgálatnál.[351]

Magyarországon a terhességmegszakítás kérdése szigorú szabályokhoz kötött. Fontos tisztában lenni azzal, hogy a magyar Büntető Törvénykönyv milyen esetekben fűz következményeket a terhesség megszakításához. Aki egy másik személy magzatát elhajtja, bűncselekményt követ el és 3 évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő - ez a magzatelhajtás tényállását valósítja meg. A rendelkezés célja a népesedéspolitikai érdekek és az anya életének és testi épségégvédelmének összeegyeztetése. A bűncselekmény csak élő magzat ellen követhető el. Ennél a bűncselekménynél vannak úgynevezett jogellenességet kizáró körülmények ugyanis a terhesség a 12. hétig megszakítható, ha a terhes nő egészsége súlyosan veszélyeztetett, a magzat orvosilag valószínűsíthetően súlyos fogyatékosságban vagy egyéb károsodásban szenved, ha terhesség bűncselekmény eredménye, illetve a terhes nő súlyos válsághelyzete esetén. A felsorolt körülmények között a terhesség a 18. hétig megszakítható, ha a terhes nő korlátozottan cselekvőképes vagy cselekvőképtelen, terhességét rajta kívül álló egészségügyi okból vagy orvosi hiba miatt nem ismerték fel korábban, vagy terhessége valamely egészségügyi intézmény vagy hatóság gondatlansága miatt meghaladta a 12. hetet. Egyéb esetben a terhesség a 20. hétig, diagnosztikai késedelem esetén pedig a 24. hétig megszakítható, ha a magzat genetikai károsodásának valószínűsége 50% feletti. Ezen felül a terhesség annak időtartamától függetlenül megszakítható, a terhes nő életét veszélyeztető okból, vagy a magzati rendellenesség fennállása esetén, amennyiben az összeegyeztethetetlen a szülés utáni élettel. Ezekben az esetekben sem a terhességet megszakító orvos, sem a várandós nő nem büntethető.

A cselekmény akkor teljes, ha a magzat az abortusz következtében elhalálozott.[352] A bűncselekményt aktív magatartással vagy mulasztással lehet elkövetni. Az elkövetés módja és eszközei lényegtelenek, továbbá e bűncselekmény csak szándékosan követhető el. [353]

[351] A Kúria Bfv.1182/2017/17. számú precedensképes határozata emberölés bűntette tárgyában. [1997. évi CLIV. törvény (Eütv.) 16. §, 21. §, 81. §, 136. §, 1997. évi XXXI. törvény (Gyvt.) 17. §, 1998. évi XIX. törvény (Be.) 416. §, 426. §, 2012. évi C. törvény (Btk.) 165. §] Bírók: Csák Zsolt, Soós László, Vaskuti András
[352] B.K.K.B. 6. P. 21.462/1998.
[353] Pf.v IV. 21.028/2000/5., BH 2001/2., P.K. 61.

Az öngyilkosságban közreműködés tényállása szerint, *„aki mást öngyilkosságra rábír, vagy ennek elkövetéséhez segítséget nyújt, ha az öngyilkosságot megkísérlik vagy elkövetik, bűntett miatt egy évtől öt évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.”*[354]

Az öngyilkosság önmagában nem bűncselekmény, de az öngyilkossághoz való segítségnyújtás - az emberi élet védelme érdekében – már megvalósítja a törvényi tényállást. Az öngyilkossághoz segítséget nyújtó személy csak akkor vonható felelősségre, ha az öngyilkosságot elkövették vagy legalább megkísérelték. A sui generis szabályozás lényege, hogy nem terjeszti ki indokolatlanul a büntethetőség körét. Az öngyilkosságban való segítségnyújtás elkövetője és passzív alanya bárki lehet, de a törvény különleges védelmet biztosít a tizennyolcadik életévüket be nem töltött személyeknek. - *Az a tizennyolcadik életévét betöltött személy, aki tizennyolcadik életévét be nem töltött személyt bír rá öngyilkosságra, vagy ennek elkövetéséhez segítséget nyújt, ha az öngyilkosságot megkísérlik vagy elkövetik, két évtől nyolc évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő*. - A szigorúbb bánásmódot indokolja, hogy a tizennyolc év alatti személyek személyisége még éretlen, általában könnyebben befolyásolhatóak. Tekintettel arra, hogy a törvény a tizennégy év alatti személy öngyilkosságra való rábírását emberölésnek tekinti, a passzív alanyok ebben az esetben tizennégy és tizennyolc év közötti személyek lehetnek. *Ha az öngyilkosságban közreműködés- rábírással valósul meg, és az elkövető beszámítási képességgel nem rendelkező olyan személyt vesz rá az öngyilkosság elkövetésére, aki ezt végrehajtja (vagy megkísérli)*[355] *: a rábíró személy mint (közvetett) tettes valósítja meg az emberölést (kísérletét); - segítségnyújtással valósul meg, a fizikai vagy pszichikai segítséget nyújtó elkövető - az öngyilkosságot megvalósító (megkísérlő) személy beszámítási képességétől függetlenül - öngyilkosságban közreműködés bűntettét valósítja meg*.[356]

Az öngyilkosságot elkövető vagy megkísérlő személyek, általában korlátozottan vagy egyáltalán nem képesek megfelelő döntés meghozatalára és e cselekmények büntetése nem szolgálná sem az általános, sem az egyéni prevenciót. Az öngyilkosság elkövetésében közreműködő személy cselekménye, ezzel ellentétben viszont veszélyes a társadalomra, ami indokolttá teszi a büntetőjogi felelősségre vonást. Az orvos-beteg kapcsolatban, az orvosnak a beteg életének védelmére és szenvedéseinek enyhítésére vonatkozó etikai kötelessége van, így az orvos magatartásának arra

[354] Btk. *162. § (1)*
[355] BH 1983.1.7
[356] [Btk. 168. §, 166. § (1) bek., 20. §, 21. §, 24. § (1) bek.].

kell irányulnia, hogy mindent megtegyen annak érdekében, hogy alternatívákat kínáljon a beteg számára, amennyiben az nem lát más lehetőséget, az öngyilkosságon kívül.

A magyar anyagi büntetőjog rendelkezései több ponton is módosultak a Magyarországot 2020-ban sújtó COVID-19 világjárvány során. A járványügyi szabályszegés kapcsán, a pandémiával kapcsolatos új bűncselekményként került bevezetésre a járványügyi ellenőrzés akadályozása, illetve a járványügyi szabályok megsértése, melyek a COVID-19 fertőzéssel összefüggésben elrendelt, kiemelt járványügyi intézkedésekkel összefüggésben elkövetve minősülnek szabálysértésnek.[357] A járványügyi védekezés akadályozása a Büntető Törvénykönyvben a „közbiztonság elleni bűncselekmények" között szerepel, mely elrendezés szembetűnő különbséget mutat a járványügyi bűncselekménytől abban, hogy különböző fejezetekbe kerültek. Ennek következménye, hogy a járványügyi védekezés akadályozásának közvetett jogi tárgya árnyaltabb, nevezetesen az állami hatóságok és társadalmi szervezetek megfelelő működéséből eredő, a személyi és közbiztonsághoz fűződő társadalmi érdekek. Közvetlen jogi tárgya az állami hatóságok által a közegészségügy területén hozott intézkedések betartásához, pontosabban azok zavartalan végrehajtásához fűződő közérdek. A járványügyi szabályok megsértésének nagyobb veszélyességét és ezért súlyosabb büntetési tételeit az indokolja, hogy ebben az esetben a bűncselekmény előzménye immateriális, tehát nem követel eredményt, és ezért nem feltételezi a hatósági védelem elmulasztását vagy akadályozását. [358]

A hatályos büntető törvénykönyvünkben, a 2012. évi C. törvényben a kuruzslás bűntette szerepel az egészséget veszélyeztető bűncselekmények között. A bűncselekmény jogi tárgya az emberi egészség és az a társadalmi érdek, hogy az orvosi tevékenységet megfelelő színvonalon végezzék. Az emberi egészség védelme azt feltételezi, hogy az utóbbi tevékenységet csak olyan személyek végezhetik, akik erre képesítéssel vagy engedéllyel rendelkeznek. Az egyes törvényeknek az egészségügyi szolgáltatások javításával és a bizonytalan minőségű és tisztázatlan hátterű egészségügyi szolgáltatók tevékenységének visszaszorításával összefüggő módosításáról szóló 2019. évi CXI. törvény 2020. február 15-től módosította a kuruzslás fogalmát, kiterjesztve a bűncselekmény körét az orvosi képesítést igénylő pszichoterápia engedély nélküli gyakorlására, valamint a nem hagyományos gyógyító és természetgyógyászati eljárások engedély nélküli

[357] Hollán Miklós- A járványügyi szabályszegés „dekriminalizációja": felemás büntetőpolitikai félfordula járvány idején - MTA Law Working Papers 2020/24. 2-3.o.
[358] Ripszám Dóra– Prof. Dr. habil. Gál István László: Gondolatok a járványügyi védekezés akadályozásáról- https://ujbtk.hu/dr-ripszam-dora-prof-dr-habil-gal-istvan-laszlo-phd-gondolatok-a-jarvanyugyi-vedekezes-akadalyozasarol/(letöltve: 2024.12.08)

gyakorlására.[359] Mivel a büntető törvénykönyv nem határozza meg a pszichoterápia fogalmát, az egészségügyi törvényben szereplő meghatározás pedig túl általános, az új jogszabály jogbizonytalanságot teremt, és veszélyezteti azokat a szakembereket, akiknek nincs engedélyük pszichoterápiát végezni, de olyan tevékenységeket folytatnak, melyeket nehéz megkülönböztetni a pszichoterápiától.

Az egészségügyi beavatkozások, a kutatás rendje és az egészségügyi önrendelkezés elleni bűncselekmények kapcsán meg kell jegyeznünk, hogy az orvostudomány fejlődése olyan etikai, jogi és társadalmi problémák kialakulásához vezetett, melyek a hagyományos jogi eszközökkel nem minden esetben megoldhatók. Az orvosi felelősség hagyományos elvei és szankciói már önmagukban nem megfelelők és egyre inkább a kutató felelőssége kerül előtérbe.[360]

Az orvosok által elkövetett bűncselekmények specifikumai

Az orvosok által elkövetett bűncselekmények - a hivatás sajátos jellege miatt - számos specifikummal rendelkeznek. Ezen bűncselekmények közös jellemzője, hogy bizonyításuk gyakran nehézkes, mivel a beteg általában nem rendelkezik szakértelemmel. A bíróság is szakértő bevonását rendeli el az elbírálás szempontjából releváns tények bizonyítása érdekében. A szakértő bevonása nélkülözhetetlen az orvosi tevékenység szabályszerűségének, az elkövetett hibák és azoknak a beteg egészségében okozott károsodással való ok-okozati összefüggések megállapításához.[361] Az orvosi bűncselekményekkel kapcsolatos ügyekben a bíróság jellemzően nem rendelkezik a szükséges orvosi szakértelemmel az eljárás során felmerülő kérdések megválaszolásához. A szakértő feladata, hogy szaktudása révén segítse a bíróságot a tényállás tisztázásában.[362] A szakértő véleménye bizonyítékként szolgál a büntetőeljárásban és nagymértékben hozzájárul a bíróság megalapozott döntéshozatalához [363] ugyanakkor elkészítése általában magas költséget jelent az eljárásban, ami mérlegelendő az ügy jelentőségéhez és a felek anyagi helyzetéhez képest. A szakértőt a bíróság rendeli ki a büntetőügyben,[364]személyének pártatlannak és függetlennek kell lennie. Kiválasztásánál általában figyelembe veszik a szakmai tapasztalatait, tudományos fokozatát, publikációs tevékenységét és az adott szakterületen szerzett

[359] Szabó Judit- A kuruzslás miatt indult büntetőeljárások tapasztalatai: egy aktakutatás eredményei https://ugyeszeklapja.hu/?p=2770(letöltve: 2024.12.08)
[360] Dr. Kovács Gábor, Dr. Németh Imre, Dr. Gellér Balázs: Az egészségügyi beavatkozás, az orvostudomány kutatás rendje és az egészségügyi önrendelkezés elleni bűncselekmények szabályozására az új büntető törvénykönyvben (BJK, 2005/1., 7-23. o.)
[361] 1952. évi III. törvény a büntetőeljárásról (Be.) 184. § (1) bekezdés.
[362] Be. 188. § (1)-(2) bekezdés.
[363] Be. 188.§
[364] Be. 189. §

elismertségét. A szakvéleményét a szakértő írásban köteles elkészíteni, melyben részletesen ismerteti a vizsgálat eredményeit és következtetéseit.[365] A szakvélemény tartalmazza a szakértő által alkalmazott módszereket, a vizsgálat során felhasznált adatokat és a szakértő véleményét alátámasztó indokokat.[366] Emellett követelmény a szakvéleménnyel kapcsolatban, hogy világosnak, érthetőnek és megalapozottnak kell lennie.[367] Ezt a bíróság szabadon értékeli, tehát nem köteles azt elfogadni.[368]A bíróságnak mérlegelnie kell a szakértői véleményt a többi bizonyítékkal együtt, és meg kell győződnie arról, hogy a szakvélemény megalapozott és megbízható. A bíróság a szakértőt kihallgathatja a szakvéleményével kapcsolatban, melynek célja, hogy a bíróság tisztázza a szakvéleményben foglaltakat és további kérdéseket tegyen fel a szakértőnek.

Az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló törvény hatásvizsgálata

Az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény (Eszjtv.)[369] jelentős változásokat hozott az egészségügyi dolgozók foglalkoztatásában. Számos munkajogi, betegellátási és etikai kérdés mutatkozott meg a szabályozás bevezetése következtében. A törvény hatásvizsgálata nem egyszerű feladat, mivel hatálybalépése óta viszonylag rövid idő telt el és a társadalmi-gazdasági környezet is jelentős változáson ment keresztül.

Az Eszjtv. főbb célkitűzései a következők voltak:

A törvény az egészségügyi ellátás rendszerének egyszerűsítésére és a bürokratikus terhek csökkentésére irányult. Az egészségügyi szolgálati jogviszony bevezetésével a kormány egy egységesebb és átláthatóbb foglalkoztatási rendszert kívánt létrehozni,[370]a betegellátás minőségének javításával, a szakmai szabályok és protokollok egységesítésével, valamint a folyamatos szakmai fejlesztés támogatásával.[371] A hálapénz betiltásával pedig az egészségügyben eluralkodott korrupció visszaszorítása volt a jogalkotó fő szempontja.[372]

A törvény fő rendelkezései a következők:

[365] Be. 189. § (6) bekezdés.
[366] Be. 197. §
[367] Be. 197. §
[368] Be. 197. §
[369] 2020. évi C. törvény az egészségügyi szolgálati jogviszonyról
[370] Eszjtv. 1. § bevezető rendelkezés
[371] Eszjtv. 1. § bevezető rendelkezés
[372] 2012. évi C. törvény a Büntető Törvénykönyvről 291. §

Az Eszjtv. bevezette az egészségügyi szolgálati jogviszonyt, ami egy új típusú foglalkoztatási jogviszony az egészségügyi dolgozók számára.[373] Az egészségügyi szolgálati jogviszony számos különleges szabályt tartalmaz, melyek eltérnek a munka törvénykönyvéről szóló 2012. évi I. törvény (Mt.) rendelkezéseitől. Az új jogviszony célja az egészségügyi dolgozók speciális helyzetének és feladatainak figyelembevétele volt. Az Eszjtv. jelentősen korlátozta az egészségügyi dolgozók másodállás vállalásának lehetőségét.[374] Az egészségügyi dolgozók csak az állam által kijelölt szerv engedélyével vállalhatnak másodállást. Ezen rendelkezés célja az egészségügyi dolgozók leterheltségének csökkentése és a betegellátás minőségének javítása volt. Az Eszjtv. ezen felül betiltotta a hálapénz adását és elfogadását.[375] A hálapénz adását és elfogadását bűncselekménnyé minősítették, mely rendelkezés célja a korrupció elleni küzdelem volt az egészségügyben. Az Eszjtv. lépcsőzetes bérrendezést hajtott végre az egészségügyi dolgozók számára, célul tűzve az egészségügyi dolgozók megbecsülésének növelését és a munkaerőhiány csökkentését.[376]

Az Eszjtv. jelentős változásokat hozott az egészségügyi dolgozók munkajogi helyzetében. A törvény korlátozta a másodállás vállalásának lehetőségét és szigorúbb szabályokat vezetett be a munkaidő és a pihenőidő tekintetében. Az Eszjtv. hatására számos egészségügyi dolgozó lépett ki az állami egészségügyből, és a magánszektorban helyezkedett el.[377] A másodállás korlátozása és a béremelés ellenére az Eszjtv. nem tudta megállítani az egészségügyi dolgozók elvándorlását az állami egészségügyből.[378] A munkaerőhiány különösen a vidéken és a kevésbé népszerű szakterületeken jelentős.[379] Ez a helyzet pedig negatívan befolyásolja a betegellátás minőségét és elérhetőségét.[380] Ugyanakkor a munkaerőhiány miatt az egészségügyi dolgozók munkaintenzitása is megnőtt.[381] Az orvosoknak és az ápolóknak nagyobb betegmennyiséget kell kiszolgálniuk, ami növeli a stressz és a kiégés kockázatát. Ez a megnövekedett munkaintenzitás negatívan befolyásolhatja a betegellátás minőségét és a betegbiztonságot.[382]

[373] Eszjtv. 2. § (1) bekezdés
[374] Eszjtv. 11. §
[375] Btk. 291. §
[376] Eszjtv. 8. §
[377] Magyar Orvosi Kamara (2022): Jelentés az egészségügyi szolgálati jogviszony hatásairól. Budapest: MOK.
[378] Magyar Orvosi Kamara (2022): Jelentés az egészségügyi szolgálati jogviszony hatásairól. Budapest: MOK.
[379] KSH (2023): Az egészségügyi ellátórendszer munkaerő-helyzete. Budapest: KSH.
[380] OECD (2022): Health at a Glance: Europe 2022. Paris: OECD Publishing.
[381] KSH (2023): Az egészségügyi ellátórendszer munkaerő-helyzete. Budapest: KSH.
[382] WHO (2019): Global Patient Safety Action Plan 2021-2030. Geneva: WHO.

Az Eszjtv. mindemellett korlátozta a szakszervezetek jogait, ami megnehezíti az egészségügyi dolgozók érdekvédelmét.[383] A szakszervezetek nem vehetnek részt a kollektív tárgyalásokban és nem hirdethetnek sztrájkot. Ez a rendelkezés korlátozza az egészségügyi dolgozók munkajogi védelmét is. Az Eszjtv. korlátozza a rugalmas foglalkoztatási formák alkalmazását az egészségügyben, ami megnehezítheti a munka és a magánélet összeegyeztetését az egészségügyi dolgozók számára.[384] A rendelkezés a munkaerőhiányt is fokozhatja, mivel több egészségügyi dolgozó részmunkaidőben vagy rugalmas munkaidőben dolgozna. Egyes egészségügyi dolgozók a munkafeltételek romlásáról számoltak be az Eszjtv. hatálybalépése óta.[385] A megnövekedett munkaintenzitás, a túlórák és a stressz negatívan befolyásolhatják az egészségügyi dolgozók fizikai és mentális egészségét. Az Eszjtv. számos munkajogi szabályt módosított az egészségügyi dolgozók hátrányára, például korlátozza a felmondási időt, és nehezebbé teszi a jogellenes felmondás miatti jogorvoslat igénybevételét.[386]

Betegellátási hatások

Az Eszjtv. hatása a betegellátásra vitatott. A törvény célja a betegellátás minőségének javítása volt, de hatásvizsgálata nem mutat egyértelmű eredményeket. A munkaerőhiány és a munka intenzitásának növekedése negatívan befolyásolhatja a betegellátás minőségét[387] melynek következtében a várakozási idők is hosszabbodtak az ellátásban. Ez a sürgős esetekben jelent különösen problémákat, ugyanis ekkor a beteg élete, egészsége fokozott veszélynek van kitéve. Másodlagos, ám mégis említést érdemlő probléma, hogy hosszú várakozási idő a beteg elégedetlenségéhez és a kezelés késleltetéséhez is vezethet.[388] A vidéki területeken élő és hátrányos helyzetű lakosok egészségügyi ellátásában ez nehézségként mutatkozhat meg. A munkaerőhiány miatt számos kórház és rendelőintézet kényszerült az intézmény bezárására vagy tevékenysége korlátozására[389] kiváltva ezzel, hogy a betegeknek gyakran messzebbre kell utazniuk az ellátás igénybevételéért. A munkaerőhiány és a munka intenzitásának növekedése a hibák

[383] Eszjtv. 15. §
[384] Eszjtv. 10. §
[385] Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (2022): Felmérés az egészségügyi szolgálati jogviszony hatásairól. Budapest: ESZK.
[386] Eszjtv. 4. § és 12. §
[387] KSH (2023): Az egészségügyi ellátórendszer munkaerő-helyzete. Budapest: KSH.
[388] Betegjogi, Ellátottjogi és Gyermekjogi Központ (2023): Jelentés a betegjogok érvényesüléséről. Budapest: BEGYK.
[389] KSH (2023): Az egészségügyi ellátórendszer munkaerő-helyzete. Budapest: KSH.

kockázatára is hatással van[390]a fáradtság és kimerültség már önmagukban, nagyban növelik a figyelmetlenség és a hibázás valószínűségét.

Etikai vonatkozások

Az Eszjtv. etikai szempontból is jelentős. A hálapénz tilalma felveti a kérdést, hogy az államnak milyen mértékben szabad beavatkoznia az orvosok szakmai tevékenységébe, továbbá, milyen szerepet tölt be a szakmai autonómia a betegellátás minőségének szempontjából.[391]

Az orvosi hálapénz jelensége évtizedek óta megosztja a magyar társadalmat, kialakulásához a betegek hálája és az orvosok alacsony bérezése közötti ellentmondásból fakadó gyakorlat vezetett.[392] A hálapénz az egészségügyi ellátásban részesülő beteg vagy hozzátartozója által az orvosnak vagy más egészségügyi dolgozónak adott juttatás, melynek célja a köszönetnyilvánítás vagy a jobb ellátás reménye.[393] A hálapénz jogi természete sokáig vitatott volt, a bírói gyakorlatban a vesztegetéstől való elhatárolása jelentette a fő nehézséget.[394] A Kúria korábbi álláspontja szerint a hálapénz nem minősült vesztegetésnek, ha azt az ellátást követően, önkéntesen adták.[395] A 2021. január 1-jén hatályba lépett törvénymódosítás[396] alapjaiban változtatta meg a hálapénz büntetőjogi megítélését. A Büntető Törvénykönyv (Btk.) 291. §-a értelmében a hálapénz adása, elfogadása és kérése (akár ráutaló magatartással is) egyaránt bűncselekménynek minősül.[397] Ez a szigorítás az egészségügyben tapasztalható korrupció visszaszorítását, a betegek jogainak védelmét és az egészségügyi ellátás tisztaságát célozza. A hálapénz tilalmának bevezetése óta eltelt időszakban számos pozitív és negatív hatás jelentkezett. A tilalom hozzájárulhat az egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó egyenlőtlenségek csökkentéséhez, ugyanakkor a tilalom bevezetése kihívás elé állítja az egészségügyet. A hálapénz rendszerének megszűnése az orvos anyagi megbecsülésének kérdését[398] és az egészségügyi rendszer finanszírozási problémáit helyezi előtérbe. A hálapénzzel kapcsolatba megjelentek a "fehérítésének" különböző módjai, melyek új típusú korrupciós kockázatokat eredményezhetnek. A hálapénz tilalma nem szüntette meg a korrupciót az

[390] WHO (2019): Global Patient Safety Action Plan 2021-2030. Geneva: WHO.
[391] Magyar Orvosi Kamara (2021): Állásfoglalás az egészségügyi szolgálati jogviszonyról. Budapest: MOK.
[392] Petschnig Mária (1983): Az orvosi hálapénzről – nem etikai alapon. Valóság, 1983/11. 47. o.

[394] Bátki Pál (2021): Hálapénz vagy a félelem bére? https://batki.info/halapenz/ (letöltés: 2024.10.23.)
[395] BH2016. 331.
[396] Az orvosi bérek emeléséről és a hálapénz tilalmáról szóló 2020. évi C. törvény.
[397] Btk. 291. §
[398] Magyar Orvosi Kamara (2022): Jelentés az egészségügyi szolgálati jogviszony hatásairól. Budapest: MOK.

egészségügyben[399]ehelyett új formái jelentek meg például az ajándékozás és szívességek formájában. A hálapénz tilalma nem oldotta meg az egészségügy finanszírozásának problémáit és nem javította a betegellátás minőségét, ugyanakkor a tilalom megváltoztatta a betegek és az orvosok közötti viszonyt[400] ugyanis betegek egy része úgy érzi, hogy a hálapénz tilalma miatt nem kapnak megfelelő ellátást. Az orvosok egy része pedig úgy gondolja, hogy a hálapénz tilalma miatt nem kapják meg a megérdemelt elismerést.[401] A 2021-es büntetőjogi szigorítások tehát új fejezetet nyitottak a jelenség kezelésében. A hálapénz tilalma önmagában nem elegendő a probléma megoldásához, a hosszútávú siker érdekében komplex intézkedésekre van szükség, melyek az orvosok anyagi megbecsülését, az egészségügyi rendszer finanszírozását és az orvos-beteg közti bizalmat egyaránt célozzák.

Az orvosokat érintő alkalmassági és megbízhatósági vizsgálatok

Kevés olyan terület létezik, mint az alkalmassági és megbízhatósági vizsgálatok, ahol ennyire eltérő nézetek formálódnak a tesztek hitelességét, tárgyilagosságát és hasznosságát illetően. Mindenki egyetért azonban abban, hogy azokban a munkakörökben, ahol a munkavállaló helytelen döntései súlyos kockázatot hordoznak, szükség van az alkalmassági és megbízhatósági vizsgálatokra.[402] Az orvoslásban a fentiek együttesen, összetetten vannak jelen, evégett elengedhetetlen a tudományosan alátámasztott, célorientált alkalmasságvizsgáló rendszer alkalmazása. Az orvosi pálya alapvetően nagy felelősséggel, pontosságot igénylő munkával és folyamatos etikai dilemmákkal jár, mely tényezők egyedi terepet biztosítanak a jogi és pszichológiai faktorok kölcsönhatásának.

A megbízhatóság és alkalmasság különböző módokon vizsgálható, melyek célja annak megállapítása, hogy az orvos fizikailag és mentálisan alkalmas-e az orvosi tevékenység végzésére. Ezekre a vizsgálatokra általában az orvosi egyetem elvégzése után, valamint bizonyos időközönként megismételten kerül sor. A vizsgálatok magukban foglalják az orvos egészségi állapotának, szellemi képességeinek ellenőrzését.

[399] Transparency International Magyarország (2023): Korrupciós kockázatok az egészségügyben. Budapest: TI Magyarország.
[400] Betegjogi, Ellátottjogi és Gyermekjogi Központ (2023): Jelentés a betegjogok érvényesüléséről. Budapest: BEGYK.
[401] Magyar Orvosi Kamara (2022): Jelentés az egészségügyi szolgálati jogviszony hatásairól. Budapest: MOK.
[402] Mocselini Éva, dr. Bilkei Pál, Spiller Mariann - Kriminálpszichológiai konzulens Tanműhely II.- Best-work Kft (2022) 89.o.

Az etikai vizsgálatok

Az etikai vizsgálatokat a Magyar Orvosi Kamara Etikai Bizottságai végzik. Az etikai vizsgálatokra annak érdekében kerül sor, hogy megállapíthassák, hogy az orvos megsértette-e az etika szabályait. Az etikai vizsgálatokat indíthatja a beteg, az orvos kollégája, vagy maga a kamara is. Az etikai vizsgálatok eredményétől függően a kamara szankciókat alkalmazhat az orvossal szemben.[403]

Az orvossal kapcsolatos megbízhatósági vizsgálat lefolytatása

Az orvossal kapcsolatos megbízhatósági vizsgálat lefolytatása több lépésből álló folyamat, mely pontos eljárást a vizsgálat típusa (alkalmassági, etikai, büntetőjogi, fegyelmi) határozza meg. A megbízhatósági vizsgálat megindítására általában akkor kerül sor, ha felmerül a gyanú, hogy az orvos nem felel meg a szakmai vagy etikai követelményeknek. A vizsgálatot a beteg panasza, az orvos kollégájának bejelentése, vagy hatósági észrevétel indíthatja el.[404] A vizsgálat során az illetékes szerv vagy hatóság adatokat gyűjt az orvos szakmai tevékenységéről, egészségi állapotáról, etikai magatartásáról, illetve a felmerült panaszról vagy bejelentésről.[405] Fontos, hogy az adatgyűjtés során az adatvédelmi szabályokat betartsák, és csak a szükséges mértékben gyűjtsenek adatkat.[406] A vizsgálat lefolytatásának módja a vizsgálat típusától függ. Az alkalmassági vizsgálatok során orvosi vizsgálatokra, tesztekre és interjúkra kerülhet sor. Az etikai vizsgálatok során a Magyar Orvosi Kamara Etikai Bizottsága meghallgatja az orvost, a beteget és az esetleges tanúkat. A büntetőjogi eljárást a bíróság folytatja le a Be. szabályai szerint. A fegyelmi eljárást a Magyar Orvosi Kamara Fegyelmi Tanácsa folytatja le a Kamara Eljárási Szabályzata alapján.[407] A vizsgálat lezárását követően az illetékes szerv vagy hatóság döntést hoz az orvos megbízhatóságáról, melynek megalapozottnak és indokoltnak kell lennie.

A Nemzeti Védelmi Szolgálat (NVSZ) kulcsszerepet játszik az orvosokat érintő megbízhatósági vizsgálatokban, különösen a korrupció megelőzése és felderítése terén. Az NVSZ feladatai közé tartozik a bűncselekmények megelőzése, felderítése, valamint a védett állomány tagjainak

[403] Magyar Orvosi Kamara Eljárási Szabályzata.
[404] Magyar Orvosi Kamara Eljárási Szabályzata.
[405] 2011. évi CXII. törvény az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról.
[406] Az Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679 rendelete (2016. április 27.) a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK rendelet hatályon kívül helyezéséről (általános adatvédelmi rendelet)
[407] Magyar Orvosi Kamara Eljárási Szabályzata.

védelme.[408] 2021-ben az egészségügyi szolgálati jogviszony hatálya alá tartozó személyek ellenőrzése is a hatáskörükbe tartozó feladattá vált.

Az NVSZ a megbízhatósági vizsgálatok során mesterségesen létrehozott élethelyzeteket alkalmaz, hogy felmérje, az orvos eleget tesz-e a jogszabályban, kollektív szerződésben, vagy munkaszerződésben előírt kötelezettségeinek.[409] A vizsgálat célja azon személyek kiszűrése, akik hivatali helyzetükkel visszaélve bűncselekményt követnének el.[410] A vizsgálat során az NVSZ munkatársai például vesztegetési pénzt ajánlhatnak fel az orvosnak azért, hogy jogszerűtlenül járjon el.[411] A megbízhatósági vizsgálat lefolytatására alapesetben 15 nap áll rendelkezésre, de ez meghosszabbítható. Az eljárást ügyészi engedéllyel végzik, melynek azért van jelentősége mert bűncselekmény elkövetésére jogosítja fel kvázi a Nemzeti Védelmi Szolgálat munkatársait, azáltal, hogy pénzt – vagy bármely más szolgáltatást – ajánlhatnak fel cserébe az egészségügyi ellátásért.[412]

Az NVSZ évente beszámol tevékenységéről, köztük a megbízhatósági vizsgálatok eredményeiről is. Az elmúlt évek statisztikái az orvosokat érintő vizsgálatok számának növekedését mutatják. 2021-ben az NVSZ 837 eljárást indított az egészségügyben, ebből 245 esetben tett feljelentést a rendőrségen.[413] 2022-ben az NVSZ 75 esetben tett feljelentést az egészségüggyel kapcsolatosan felderített bűncselekmények gyanúja miatt.[414] Ebből 11 esetben hálapénz átadása történt. Az NVSZ 98 megbízhatósági vizsgálatot végzett, melyeken 2 személy nem járt el jogszerűen.[415]

A vizsgálatok száma tehát növekszik, ami az NVSZ fokozott tevékenységére utal az egészségügy területén. A vizsgálatokon fennakadó orvosok aránya viszonylag alacsony, ami az orvostársadalom általános megbízhatóságát jelzi. A jogalkotónak és az NVSZ-nek egyaránt

[408] 293/2010. (XII. 22.) Korm. rendelet a rendőrség belső bűnmegelőzési és bűnfelderítési feladatokat ellátó szerve kijelöléséről, valamint feladatai ellátásának, a kifogástalan életvitel ellenőrzés és a megbízhatósági vizsgálat részletes szabályainak megállapításáról
[409] 293/2010. (XII. 22.) Korm. rendelet
[410] NVSZ (2022): Beszámoló a Nemzeti Védelmi Szolgálat 2022. évi tevékenységéről. Budapest: NVSZ.
[411]NVSZ (2023):A megbízhatósági vizsgálatok jogszabályi keretei. https://mok.hu/public/media/source/Transzparencia/Allasfoglalasok/NVSZ_megb%C3%ADzhat%C3%B3s%C3%A1gi_vizsg_jogszab%C3%A1ly_0525.pdf(letöltve: 2024.12.28)
[412] https://mok.hu/orvosoklapja/aktualis/nem-csak-ellenoriz-vedelmet-is-biztosit-az-orvosoknak-az-nvsz(letöltve: 2024.12.28)
[413] NVSZ (2022): Beszámoló a Nemzeti Védelmi Szolgálat 2022. évi tevékenységéről. Budapest: NVSZ.
[414] NVSZ (2023): NVSZ: megzsarolt, fenyegetett orvosok védelme, százmilliós költségvetési csalás feltárása. https://nvsz.hu/hirek/?p=39
[415] https://nvsz.hu/hirek/?p=39(letöltve: 2025.01.28)

törekednie kell arra, hogy a vizsgálatok tisztességesek és objektívek legyenek, és tiszteletben tartsák az orvosok személyiségi jogait és a jogbiztonság követelményeit.

Az orvosi jogviszony büntetőjogi vizsgálata szorosan kapcsolódik a polgári jogi kutatáshoz és számos ponton releváns információkkal szolgálhat a polgári jogi felelősség megértéséhez és fejlesztéséhez.

A két jogterület közötti kapcsolat összetett és a következő aspektusokban mutatkozik meg leginkább:

1. A gondossági kötelezettség értelmezése:

A büntetőjogban a gondossági kötelezettség megsértése bűncselekményt alapozhat meg. A büntetőjogi szabályozás és joggyakorlat segíthet a polgári jogban is pontosabban meghatározni a gondossági kötelezettség tartalmát és mértékét az orvosi tevékenység különböző területein. A büntetőjog a gondossági kötelezettség megsértésének fokozatait is megkülönbözteti (pl. tudatos gondatlanság, hanyagság). Ez a differenciálás a polgári jogban is hasznos lehet a kártérítési felelősség mértékének meghatározásakor.

2. A károkozás és az okozati összefüggés vizsgálata:

A büntetőjog részletesen szabályozza az okozati összefüggés kérdéseit. A büntetőjogi szabályok és joggyakorlat iránymutatást adhatnak a polgári jog számára is az orvosi hiba és a beteg károsodása közötti okozati összefüggés megállapításához.

3. A bizonyítás szabályai:

A büntetőjogban szigorú bizonyítási szabályok érvényesülnek, melyek célja a tényállás teljes körű és objektív feltárása. A büntetőjogi eljárásokban alkalmazott bizonyítási módszerek (pl. szakértői vélemények, tanúvallomások) a polgári jogi eljárásokban is üdvözítőek.

4. A szankciók rendszere:

A büntetőjog szankciórendszere (pl. szabadságvesztés, pénzbüntetés, foglalkozástól eltiltás) eltér a polgári jogi szankcióktól (pl. kártérítés). A szankciók súlyossága azonban rávilágíthat az orvosi hiba következményeinek súlyosságára és ezáltal befolyásolhatja a polgári jogi kártérítés mértékét.

5. Az etikai szempontok érvényesülése:

A büntetőjog és a polgári jog egyaránt figyelembe veszi az etikai szempontokat a felelősség megítélésekor. Az orvosi etika alapelveinek (pl. a beteg autonómiájának tiszteletben tartása, a jótékonyság, a ne ártás elve) megsértése büntetőjogi és polgári jogi felelősséget is megalapozhat.

6. A jogfejlesztés irányai:

A büntetőjog és a polgári jog egymással párhuzamosan fejlődik az orvosi felelősség területén is. A büntetőjogi szabályozás és joggyakorlat változásai hatással lehetnek a polgári jogi szabályozásra is. Például a büntetőjogba megjelenő új bűncselekménytípusok új polgári jogi felelősségi alakzatokat is létrehozhatnak. A büntetőjogi és a polgári jogi felelősség közötti fő különbség az, hogy a büntetőjogban az orvost személyesen vonják felelősségre a foglalkozási szabályok megsértése miatt, míg a polgári jogban az intézmény felelős az okozott kárért. A büntetőjogban a cél az elkövető megbüntetése, míg a polgári jogban a károsult kártalanítása.

Tézisek és következtetések

1, A Büntetőjogi Küszöb Eltolódása:

Az orvosi tevékenységgel kapcsolatos felelősség történeti elemzése és a kiválasztott kontinentális és angolszász jogrendszerek összehasonlítása során arra a következtetésre jutottam, hogy míg a polgári jogi felelősség standardjai közeledtek egymáshoz, addig a büntetőjogi felelősségre vonás küszöbértéke eltérő tendenciákat mutat. Egyes jogrendszerekben a társadalmi nyomás és a betegjogi mozgalmak hatására csökkent, míg máshol a jogalkotó és a jogalkalmazó a büntetőjog ultima ratio jellegét hangsúlyozva igyekezett azt magasan tartani vagy emelni. Azt gondolom, hogy e jelenség közvetlenül befolyásolja az orvosok jogbiztonságát és a defenzív medicina térnyerését.

A kiinduló tézisből levonható következtetéseim szerint megfigyelhető egy kettős tendencia, mégpedig egyrészről a szakmai standardok szintjén - melyek a polgári jogi felelősség alapját is képezik - közeledés tapasztalható. Ez a közeledés a globális és regionális szinteken jelentkezik elsősorban és olyan példákon keresztül érthetők meg, mint az azonos betegségek kezelésének protokolljai vagy a technológia standardok. Ezzel ellentétben a társadalmi és jogpolitikai reakciók szintjét analizálva, megfigyelhetjük, hogy a nemzeti szinteken erős eltérés tapasztalható például a büntetőjog beavatkozására tekintettel. A büntetőjog küszöbe eltérően alakult. Az angol és a

magyar jogot összehasonlítva például arra a következtésre jutottam, hogy míg potenciálisan az angol jog kevésbé erőteljesen ragaszkodik a büntetőjogi szankciókhoz, addig a kontinentális jogrendszerbe tartozó magyar jogban a büntetőjogi küszöb alacsonyabbra helyeződött. Ennek okaként említhetjük a magasabb társadalmi elvárásokat és a betegjogi mozgalmak erősebb nyomásait.

További konklúzióként említhetjük a jogbiztonság és a társadalmi elvárások ütköztetésekor, hogy a büntetőjog küszöbének eltérő megléte feszültségeket okoz a jogbiztonság szempontjából. Egyrészről az orvosoknak tisztában kell lenniük azokkal a következményekkel, melyek rájuk várhatnak, másrészről pedig a társadalmi elvárások változásaival a betegek nagyobb védelme játszik szerepet. Azokban az országokban, ahol a küszöb csökken, ott a jogbiztonság is sérülhet, ahol viszont magasabb ez a mérték ott a társadalmi igazságérzet csorbulhat. A defenzív medicina jelensége álláspontom szerint közvetlen következménye a büntetőjogi felelősségre vonás küszöbérték elmozdulásának. Az úgynevezett defenzív medicina nem jelent mást, mint szükségtelen „biztonsági" vizsgálatok elvégzését, vagy a kockázatosabb eljárások elkerülésére törekvést. Ezek a vizsgálatok és eljárások a felelősségre vonástól való félelem következményei.

Az Ultima Ratio védelme mellé sorolhatjuk, ahogy a neve is mondja csak a legvégső esetben alkalmazandó elv, vagyis csak akkor kerülhet sor büntetőjogi felelősségre vonásra, ha más jogági eszközök alkalmatlannak bizonyultak vagy már kimerültek. Az orvosi tevékenység végzése egy olyan komplex ágazat, amely rendkívül magas kockázatokat rejt magában és azt is el kell ismernünk, hogy a nem kívánt eredmények nem minden esetben vezethetők vissza csupán az orvos súlyosan felróható magatartására. A büntetőjogi felelősségre vonásról meg kell jegyeznünk, hogy minden esetben magasabb szintű, úgynevezett bűnösség szükséges, mint a polgári jogi felelősségre vonás alkalmával. Az angol „gross negligence" koncepcióját figyelembe véve az elkövető gondatlanságának kirívónak súlyosnak kell lennie ahhoz, hogy átlépje a büntetőjogi felelősségre vonás határát. Ennek mentén elmondhatjuk, hogy egy aránytalanul alacsony büntetőjogi küszöb túlságosan szigorúan sújtaná az orvosokat hivatásuk végzésében. Belátható, hogy eltántorító hatása is lehetne a kockázatosabb orvostudományi szakterületek választásának. Az a véleményem, hogy a hibák feltárását és ezáltal az azokból való tanulás lehetőségét is korlátoznák ezen intézkedések. Indokoltnak tartom tehát a magasabb büntetőjogi küszöb fenntartását, mert azt gondolom, hogy ez jobban megfelel a büntetőjog alapelveinek és ezzel párhuzamosan figyelembe veszi az orvosi munka sajátosságait is.

Az alacsonyra helyezett büntetőjogi küszöb a jogállamiság egyik alapkövetelményével, a jogbiztonsággal sem egyeztethető össze, hiszen a jogszabályok és a jog alkalmazása kevésbé kiegyensúlyozott ebben a helyzetben. Az egészségügyben dolgozóknak fontos tudniuk, hogy pontosan hol található az a mérce, melyet átlépve már nem csupán a polgári jog keretei között tartoznak felelősséggel. Éppen ezért a büntetőjog küszöbének elhelyezésekor a jogbiztonság fenntartása érdekében a társadalom nyomását is csak másodlagos tényezőket szabad figyelembe vennie a jogalkotónak és a jogalkalmazóknak. A büntetőjogi felelősség objektív, ezért tehát a törvényben lefektetett világos és egyértelmű kritériumok mentén kell alkalmaznunk őket. További kritikaként fogalmazhatjuk meg, a defenzív medicina elkerülését, ami csak úgy valósulhat meg, ha a bizonytalan küszöböt minél inkább következetesen és ugyanazon mértéken tartjuk. A defenzív medicina hátránya lehet a költségek emelkedése, a kevésbé optimális ellátás és az egészségügy túlterhelése. A jogilag stabil és világos alapok viszont alapjaiban tisztázhatnák és stabilizálhatnák a rendszert.

A felelősségi rendszereket együttesen és egymást kiegészítve kell alkalmazunk. Maga az orvosi felelősség is egy rendkívül komplex terület melyet nem lehet csak és kizárólag a büntetőjog, vagy csak a polgári jog eszközeivel kezelni. Arra kell törekedni, hogy a polgári jogi, büntetőjogi és fegyelmi rendszerek kiegészítsék egymást oly módon, hogy minden terület elveit megfelelően tisztázzuk. Egyik területre sem tehetünk aránytalan súlyt, a büntetőjog túlzott igénybevételével például az igazságszolgáltatás rendszerét terhelnénk túl azon felül pedig nem biztos, hogy ez a beteg kompenzációjának legmegfelelőbb módja. Személyes véleményem, hogy az alternatív vitarendezési eljárások előtérbe helyezése és a hibabejelentő jelzőrendszer kiépítése hatékonyabbá tehetnék a problémák kezelését.

Jogpolitikailag megfontolandó, hogy a büntetőjog szigorítása vagy annak túlságosan gyakori alkalmazása valóban eléri-e a kívánt célt, vagy éppen ellenkezőleg a hatása sokkal komolyabb következményekkel jár.

2, A Büntetőjog Funkcióváltása a Modern Orvoslásban:

Tézisem, hogy az orvostudomány fejlődésével párhuzamosan az orvosi felelősség büntetőjogi megítélése történetileg funkcióváltáson ment keresztül. A korábbi, inkább a közvetlen egyéni felelősségre összpontosító megközelítést egyre inkább felváltotta a rendszerszintű hibák felismerése. Ez kihívás elé állítja a hagyományos büntetőjogi dogmákat és előtérbe helyezi a betegbiztonságot célzó, nem büntető jellegű mechanizmusok szükségességét. Mindeközben a büntetőjog szerepe a legsúlyosabb, szándékos vagy kirívóan gondatlan esetekre korlátozódik.

Elmondhatjuk, hogy az orvostudomány fejlődésével egyre inkább előtérbe kerültek a gyógyító tevékenységhez kapcsolódó specializációk, a technológiai fejlesztések és a team-munka. Ezek együttesen formálták az orvosi felelősség büntetőjogi megítélését is. A történeti vizsgálat során egyfajta funkcióváltás mutatkozott meg előttem, ahol az egyéni felelősségre vonás helyett a rendszerszintű hibák felismerésére törekvés került hangsúlyosabb helyzetbe.

Ebből arra következtettem, hogy a modern orvoslás komplexitása okán a büntetőjog jelenlegi eszköztára nem minden esetben a legmegfelelőbb arra, hogy a hosszú és több szereplős ellátási láncolat végén az egyéni felelősségre vonás kerüljön előtérbe. Az orvosok által elkövetett hibák egy részét, már nem tekinthetjük egyéni hibának és éppen ezért az egyéni felelősségre vonás is kérdésessé válik. Meg kell vizsgálnunk, hogy a mulasztás okán bekövetkezett hiba miatt csak egy személyt terhel-e felelőség, vagy szervezeti és kommunikációs esetleg folyamatbéli hibák következményeként értékelendő-e. Ez a szemlélet egyre nagyobb igényt támaszt a betegek biztonságát proaktívan javító rendszerek kiépítése felé. Az anonim hibabejelentő rendszerek vagy a megfelelő kártalanítási rendszer működtetése mind olyan alternatívák, melyek a hangsúlyt a prevencióra és a hibákból való tanulásra helyezik.

Nyilvánvalóan a büntetőjog szerepe továbbra sem megkérdőjelezhető a felelősségre vonás szempontjából, ugyanakkor alkalmazása egy szűkebb és szigorúbb zsinórmérték mentén üdvözítőbb volna. A büntetőjog továbbra is a kirívó és szakmai normákat egyértelműen és súlyosan megsértő vagy szándékos magatartások szankcionálásra fókuszálva őrizné helyét a felelősségre vonás láncolatában. Ahhoz, hogy a büntetőjog továbbra is megőrizze relevanciáját, fontos, hogy a társadalmi és a globális változásokkal is lépést tartson. Azt az elvet tartom a legmegfelelőbbnek, hogy amennyiben a probléma más eszközökkel hatékonyabban kezelhető, úgy a büntetőjognak vissza kell húzódnia. A leginkább célravezető megoldás, ha a dogmatika kiterjesztése helyett a büntetőjog funkciójának szűkülését fogadjuk el. A magyar jog vonatkozásában a Büntető Törvénykönyv kapcsán érdemes vizsgálni, hogy milyen mértékben képes kezelni és megoldást nyújtani az olyan komplex kérdésekben, mint például egy orvosi team munka során felmerülő cselekmény vagy komplex technológiai környezetben felmerülő rendszer szintű hiba.

A jogi szabályozás elsődleges és legfontosabb célja az egészség védelme érdekében, a betegbiztonság garantálása a rendszeren belül. Az a véleményem, hogy a betegbiztonság garantálásának nem minden esetben a legmegfelelőbb módja a büntető jellegű szankcionálás, sokkal inkább az elkövetett hibákból való tanulás és prevenció. Az az álláspontom, hogy a

következmények nélküli hibabejelentő rendszer működtetése nagymértékben hozzájárulhatna a tanulságok levonásához. A „no-fault” kártérítési rendszerek pedig a betegek gyors és igazságos kártalanítását segítenék elő. Általánosságban elmondható, hogy a betegek nem szeretnek sem hosszadalmasan sem pedig nagyobb költségek árán pereskedni és egy ilyen rendszer felállítása kiküszöbölné ezt a két fő problémát. Másrészt az a véleményem, hogy az esetek nagy többségében a betegek elégedetlenségének hátterében nem az orvos mulasztása áll, hanem az elégtelen kommunikáció, amit egy peres eljárás nem képes feloldani.

A hazánkban jelenleg is működő hibabejelentési és panasztételi módozatok továbbfejlesztése és elsődleges megoldásként felkínálása kulcsfontosságú lehet. Támogatni kell egy olyan légkör kialakítását, ahol az egészségügyben dolgozók is jelezhetik észrevételeiket az ellátással kapcsolatban és meg kell erősíteni a betegek visszajelzésének rendszerét is. A büntetőjog maradék szerepének világos definiálása egyértelmű határt szabhatna a kérdésben. A legsúlyosabb, szándékos és kirívóan gondatlan esetekre való korlátozódás megköveteli a rendszer szintű vagy mulasztásos esetek pontos definiálást. A határok elmosódása okozhatja ugyanis a jogbizonytalanságot. A hazai bírói gyakorlat fejlesztése érdekében a legsúlyosabb magatartások büntetőjogi megítélés, míg ezt a küszöböt meg nem haladó cselekmények megfelelő csatornákra terelése lenne a leginkább üdvözítő megoldás.

VI. Az orvosi felelősség aktuális kérdései

Az orvostudomány fejlődése, a technikák térnyerése és a társadalmi viszonyok változásai számos meglepetést tartogatnak még a felelősség kérdésének területén. Az orvosi felelősséggel kapcsolatos aktuális kérdéseket a betegjogok erősödésére és a globalizációra tekintettel a magyar jogot és a globális trendeket összefüggésében is érdemes vizsgálni.

Az elmúlt évtizedek technológiai fejlődése jelentősen kibővítette a kezelési lehetőségeket. Az olyan új technológiák, mint a mesterséges intelligencia, a robotika és a genetikai tesztelés, azonban teljesen más megvilágításba helyezték a felelősség kérdéseit. Kit kell felelősségre vonni, ha az új technológiák alkalmazása során hibák történnek? Ki a felelős, ha egy sebészeti robot hibázik? Az orvos, a robotgyártó vagy az egészségügyi intézmény?

Új kihívások

A robotsebészet forradalma az orvostudományt is elérte, új lehetőségeket teremtve a betegek számára.[416] A robotsebészet során az egyik legfontosabb kérdés a felelősség megítélése.[417] Ki felelős az esetleges hibákért vagy sérülésekért? A műtétet végző orvos? A robot üzemeltetője? Vagy maga a robot? A jogi szabályozásnak világosan meg kell határozza a felelősségi köröket, biztosítva ezzel a betegek jogainak védelmét.[418]

Az etikai megfontolások alapján felmerül, hogy hol húzódik a határ az ember és a gép között? [419] Milyen etikai elveket kell alkalmazni a robotsebészet során? Hogyan biztosítható a betegek autonómiája és a tájékozott beleegyezés?[420]

2021 szeptemberében Sandra Sultzer a floridai Baptist Health Boca Raton Regionális Kórházban vastagbéldaganat okán műtéten esett át. A beavatkozás során az orvosok a Da Vinci névre keresztelt sebészeti robotot alkalmazták. A műtét alatt a robot meghibásodott, és ennek következtében lyukat égetett Sultzer vékonybelébe. A hiba súlyos szövődményekhez vezetett, melyeket további műtétekkel próbáltak ugyan korrigálni, ezek azonban nem vezettek eredményre. Sultzer asszony 2022 februárjában elhunyt.[421]

A Sandra Sultzer-ügy rávilágított a robotsebészettel kapcsolatos jogi és etikai aggályokra.[422] A páciens halálát követően felmerült a kérdés, hogy ki felelős a tragédiáért. A férj a robot gyártóját perelte be, hanyagságra és a megfelelő tájékoztatás elmulasztására alapítva a pert. Az ügy jól árnyalja a tájékoztatási kötelezettség fontosságát a robotsebészetben. A betegeknek teljes körű és érthető tájékoztatást kell kapniuk a beavatkozás kockázatairól és szövődményeiről, hogy megalapozott döntést hozhassanak.[423] Az alábbi kérdések merültek fel a per kapcsán: A gyártó felelős-e a robot meghibásodásáért? A perben vizsgálni kell, hogy a robot hibásan volt-e megtervezve, vagy gyártási hiba okozta-e a meghibásodást. Sultzer asszony megfelelő

[416] Taylor, R. H. (1995). A perspective on medical robotics. Proceedings of the IEEE, 83(11), 1652-1664.
[417] Picard, E. (1999). Legal liability of doctors and manufacturers in the use of medical robots. In International Conference on Advanced Robotics (pp. 209-214). IEEE.
[418] Hockstein, N. G., Gourin, C. G., Faust, R. A., & Terris, D. J. (2007). A history of robots in surgery. The American Journal of Surgery, 194(6), 773-779.
[419] Veruggio, G., & Operto, F. (2008). Roboethics: Social and ethical implications of robotics. Springer Science & Business Media.
[420] Sharkey, A. (2014). The ethical frontiers of robotics. Science, 345(6203), 1410-1411.
[421]https://www.nbcnews.com/health/health-news/robotic-device-burned-womans-small-intestine-surgery-lawsuit-alleges-rcna137998(letöltve: 2024.12.18)
[422] Sulzer v. Intuitive Surgical, Inc., No. 50-2023-CA-001458-XXXX-MB (Fla. Cir. Ct. filed Feb. 15, 2023)
[423] 1997. évi XLVII. törvény a betegjogokról 14. §

tájékoztatást kapott-e a robotsebészet kockázatairól a hagyományos laparoszkópos eljárásokhoz képest? A sebészek hibáztak-e a robot használata során, vagy a robot meghibásodása elháríthatatlan volt?

A Sulzer-ügy még folyamatban van, de már most jelentős hatással van a robotsebészet megítélésére. A jövő orvostudományának egyik legígéretesebb területe, ugyanakkor fontos figyelembe vennünk a technológia korlátait is annak alkalmazása során.

Az orvosi hibák gyakorisága és következményei

Az orvosi hibák gyakoriságának pontos meghatározása nehézkes, mivel a hibák jelentős része rejtve marad. A nemzetközi becslések szerint a kórházi kezelések 10-15%-ában fordul elő valamilyen orvosi hiba. Ez azt jelenti, hogy Magyarországon évente több százezer beteg lehet érintett. Az orvosi hibáknak számos oka lehet, többek között:

- Emberi tényezők: fáradtság, stressz, figyelmetlenség, kommunikációs hibák.
- Rendszerszintű problémák: elégtelen erőforrások, rossz munkakörülmények, elavult felszerelések.
- Szervezési hiányosságok: nem megfelelő protokollok, elégtelen ellenőrzések.
- Technológiai hibák: a diagnosztikai vagy terápiás eszközök meghibásodása.

A hibák következtében a beteg állapota romolhat, de akár új, eddig nem ismert betegségek is kialakulhatnak, jelentős többlet költségekkel terhelve az egészségügy ellátórendszerét. Az ismeretlen vagy bizonytalan eljárásoktól való féleélem a betegben szorongását vagy depressziót kelthet, mely számottevően ronthatja az ellátásba vetett bizalmat. A továbbiakban azt vizsgáltam, hogy a jelenségnek milyen hatásai lehetnek az orvosokra és egészségügyi dolgozókra.

A jogi felelősség és a stressz fogalmi keretei

Korunk „népbetegségévé” vált a stressz és a következtében kialakuló mentális, lelki és fizikai tünetek mindennapjainkra gyakorolt hatása. Egy olyan szakma tekintetében, ahol az emberi élet áll a középpontban, nem hagyhatjuk figyelmen kívül ezen folyamatok vizsgálatát sem.

A stressz, Selye János úttörő munkássága alapján, a szervezet nem specifikus reakciója minden olyan ingerre, amely kibillenti eredeti egyensúlyi állapotából és alkalmazkodásra

kényszeríti.[424] Ez az állapot fokozott válaszreakciókkal jár a belső vagy külső környezetből érkező ingerekre így aktiválva a szervezet szabályozórendszereit.[425] Lényeges különbséget tenni az eustressz – ami pozitív, motiváló feszültség – és a distressz – ami negatív, káros feszültség – között. Míg a mérsékelt mértékű stressz ösztönző és a teljesítményt javító hatással bírhat, addig a krónikus, avagy túlzott mértékű distressz komoly testi és lelki problémákhoz, sőt, az egészség romlásához vezethet.[426] Az orvosi hivatásban rejlő kihívások – mint a hosszú munkaidő, a nagy felelősség, a gyakori krízishelyzetek és a betegek elvesztése – önmagukban is jelentős stresszforrást jelentenek.[427] Ezzel párhuzamosan a jogi keretek szigorú gondossági mércéje és a perek fenyegető hatása további nyomást gyakorol az orvosokra.[428] Ez a kettős, egy önmagát gerjesztő feszültségi állapotot idézhet elő. A tartós nyomás rombolóan hathat a kognitív képességekre és a döntéshozatalra, mely növelheti a hibák valószínűségét, ezzel együtt pedig fokozza a jogi felelősségre vonás kockázatát is. Ez az ördögi kör, ami az orvosi hivatást különösen sebezhetővé teszi a stressz és a jogi kockázatok összetett kihívásaival szemben. E folyamatok komoly hatást gyakorolnak a szakemberek személyes életére és szakmai jövőjére egyaránt. Mindemellett pedig nagymértékben meghatározzák a betegellátás színvonalát, a páciensek biztonságát és a kezelések eredményességét is.[429] Magyarországon (és világszerte) aggasztóan magas a kiégés és a mentális egészségügyi problémák előfordulása az orvosok körében.[430]

Az orvosi műhiba fogalma és alaptípusai

Az orvosi műhiba az egészségügyi ellátás során a szakmai gondosság elvárható mértékétől való eltérés, amely a páciens egészségkárosodásához vezet.[431] Nem csupán egy kedvezőtlen

[424] Stresszkezelés - Életmód Orvosi Központ, hozzáférés dátuma: július 10, 2024, https://www.eletmodorvosikozpont.hu/eletmod-orvoslas/stresszkezeles
[425] Stresszkezelés - Életmód Orvosi Központ, hozzáférés dátuma: július 10, 2024, https://www.eletmodorvosikozpont.hu/eletmod-orvoslas/stresszkezeles
[426]Stresszkezelés,stresszmenedzselés | Pszichológus - Sólyom Judit, hozzáférés dátuma: július 10, 2024, https://tanulas-fejlesztes.hu/vizsgalat-fejlesztes-terapia/stresszkezelesstresszmenedzseles/
[427]Az egészségi állapot, a munkastressz és a kiégés alakulása az orvosi hivatásban - Orvoscoaching, hozzáférés dátuma: július 10, 2024, https://www.orvoscoaching.hu/cikkek/18-az-egeszsegi-allapot-a-munkastressz-es-a-kieges-alakulasa-az-orvosi-hivatasban
[428] Orvosi műhiba - Biztosítás.hu, hozzáférés dátuma: július 10, 2024, https://www.biztositas.hu/karrendezes/orvosi-muhiba
[429] A stressz hatása a testre és a lélekre - Halom Medical Egészségközpont, hozzáférés dátuma: július 10, 2024, https://www.halommedical.hu/a-stressz-hatasa-a-testre-es-a-lelekre/
[430] Az orvosok sem supermanek, hozzáférés dátuma: július 10, 2024, https://telex.hu/belfold/2021/06/18/egeszsegugyi-dolgozok-orvosok-apolok-mentalis-segitese-terapia-pszichologia-medspot-alapitvany-call-for-help
[431] Orvosi Műhibák Alaptípusai, hozzáférés dátuma: július 10, 2024, https://www.vargaorvos.hu/orvosi-muhibaperek/orvosi-muhibak-alaptipusai

kimenetelről van szó, hanem a gondosság demonstrálható hiányáról. A magyar joggyakorlat és a jogi keretek megkülönböztetnek néhány alapvető műhiba típust:

- **Diagnosztikus tévedés:** Akkor következik be, ha az orvos nem az adott helyzetben általában elvárható gondossággal jár el a helyes diagnózis felállításakor. Ez például azt jelenti, hogy elmulasztja az elengedhetetlen vizsgálatokat elvégezni, nem kér konzíliumot, vagy nem utalja a pácienst más szakterület specialistájához.[432]

- **Kezelési hiba (ellátási, gyógyszeres, technikai hiba):** Ide tartoznak a nem megfelelő vagy hibás terápiás beavatkozások, beleértve a gyógyszerelési hibákat és az eljárások során elkövetett technikai tévedéseket.

- **Tájékoztatási elégtelenség, beleegyezési és dokumentációs hiba:** Ez egy önálló és egyre jelentősebb kategória. A pácienseknek megfelelő, átfogó tájékoztatást kell kapniuk ahhoz, hogy tájékozott beleegyezésüket adhassák bármely orvosi beavatkozáshoz.

- **Gyógyulás esélyének csökkenése, elvesztése:** Akkor merül fel, ha a helytelen egészségügyi szolgáltatás eredményeként a gyógyulási esély csökken, vagy a gyógyulás jóval hosszabb időbe telik. A bíróságok kárnak ítélhetik a gyógyulási esély elvesztését.[433]

- **Kórházi fertőzés:** A kórház felelőssége akkor állapítható meg, ha az intézmény nem tudja bizonyítani, hogy az elvárható gondosságot tanúsította a fertőzések megelőzése érdekében.

- **Idegentest benn hagyása:** Tipikus műhiba, ha a beavatkozás során idegentest - például törlőkendő, műszer - marad a beteg testében.

- **Személyi-tárgyi feltételek hiánya:** A jogszabályokban előírt megfelelő személyi és tárgyi feltételek hiányossága miatt bekövetkezett káresemények a kórház terhére esnek.

- **Szervezés, betegfelügyelet, gondozás:** A kórházi ellátásba tartozó szervezési, betegfelügyelettel és gondozással kapcsolatos feladatok elmulasztása.

[432] Orvosi Műhibák Alaptípusai, hozzáférés dátuma: július 10, 2024, https://www.vargaorvos.hu/orvosi-muhibaperek/orvosi-muhibak-alaptipusai
[433] Orvosi Műhibák Alaptípusai, hozzáférés dátuma: július 10, 2024, https://www.vargaorvos.hu/orvosi-muhibaperek/orvosi-muhibak-alaptipusai

- **Termékfelelősség:** Orvostechnikai eszközök (pl. implantátum, pacemaker) hibája esetén a páciens közvetlenül az eszközt gyártója, importálója vagy forgalmazója ellen fordulhat kárigénnyel.

A felelősség jogi alapjai és az "elvárható gondosság" mércéje

A beteg és az egészségügyi intézmény közötti jogviszony Magyarországon elsődlegesen magánjogi, kötelmi jogviszonyként értelmezendő, tipikusan egy nem nevesített kezelési szerződésként. Az orvosi műhiba esetén azonban a felelősség megállapítása gyakran a szerződésen kívül okozott kárért való felelősség szabályai szerint történik.[434] Történelmileg a magyar jogszabályok (pl. az 1959. és 1972. évi törvényerejű rendeletek) a "legnagyobb gondosság és körültekintés" elvét írták elő.[435] Azonban 2004. május 1-jétől a 2003. évi LXXXIV. törvény (és az 1997. évi CLIV. egészségügyi törvény módosításai) az "adott helyzetben általában elvárható gondosság" mércéjét vezették be az egészségügyi dolgozók számára. Ez azt jelenti, hogy a szakmai követelmények, etikai szabályok, legjobb tudás és lelkiismeret szerint, a rendelkezésre álló tárgyi és személyi feltételek által meghatározott szinten kell eljárni.[436]

A bizonyítási teher sajátosságai az orvosi műhibaperekben

A bizonyítási teher megoszlása esetenként eltérő lehet:

- **Veszélyes üzem:** Az egészségügyi veszélyes üzemeknél a kórháznak fokozott a felelőssége, ez azt jelenti, hogy bizonyítania kell, hogy a kár nem a működési körében következett be és azt nem lehetett elkerülni.

- **Kórházi fertőzések:** A kórháznak kell bizonyítania, hogy tanúsította az elvárható gondosságot a fertőzés megelőzése érdekében.[437]

- **Tájékoztatási elégtelenség:** A nem megfelelő tájékoztatásra vagy a beleegyezés hiányára alapozott perekben a bizonyítási teher jelentősen könnyebb a felperes számára, mivel ez inkább jogi, mint orvosi kérdés, így a bíró kevésbé függ az orvosszakértőktől. Ez a tény

[434] „Kérdezze meg kezelőorvosát!” - Paradigmaváltások az orvosi jogviszony, az orvos kártérítési felelősség megítélése körében - Szegedi Tudományegyetem, hozzáférés dátuma: július 10, 2024, https://u-szeged.hu/szabadegyetem/kerdezze-kezeloorvosat/kerdezze-kezeloorvosat
[435] Búcsúzik a legnagyobb gondosság!? Az orvos, egészségügyi ..., hozzáférés dátuma: július 10, 2024, http://www.384ugyvediiroda.hu/images/pdf/bucsuzik.pdf
[436] I. Az egészségügyi törvény szerkezete, főbb rendelkezései, hozzáférés dátuma: július 10, 2024, https://www.ijsz.hu/UserFiles/1_dr__raffay_balint_eloadasa(1).pdf
[437] Dósa Ágnes: Az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelőssége a tájékoztatás elmulasztásáért (ÁJT, 2002/1-2., 23-72. o.) | Szakcikk Adatbázis, hozzáférés dátuma: július 10, 2024, https://szakcikkadatbazis.hu/doc/9055577

egyes szakirodalmi források szerint "eljárásjogi csodafegyverré" teszi az ilyen típusú kereseteket a betegek kezében.

- **Okozati összefüggés:** Az okozatosság bizonyítása gyakran a legnehezebb feladat. Azonban, ha szakmailag valami nem igazolható egyértelműen, a jog a valószínűséget is elegendőnek tarthatja az ok-okozati összefüggés fennállásához, ami jelentős hátrányt jelent az egészségügyi szolgáltatóknak.[438]

A tájékozott beleegyezés hiányára alapozott pereknek könnyebb a bizonyíthatósága, mint a közvetlen orvosi gondatlanság eseteinek. Ez a jogi mechanizmus, bár a betegjogok és az autonómia védelmére szolgálnak, akaratlanul is arra ösztönzi a pácienseket, hogy információhiányra hivatkozva indítsanak pert, még akkor is, ha az orvosi ellátás szakmailag kifogástalan volt. Az orvosok, szembesülve ezzel a perindítási lehetőséggel, kénytelenek defenzív orvoslási gyakorlatot folytatni.[439] Ez magában foglalja a szükségtelen diagnosztikai vizsgálatok elrendelését vagy a beleegyezési folyamatok túlzott dokumentálását, jelentős adminisztratív terhet róva az amúgy is túlterhelt egészségügyi rendszerre. A jogi nyomás alapvetően megváltoztatja az orvos-beteg kapcsolatot, a bizalomra és közös döntéshozatalra épülő viszonyt tranzakcionális, félelemvezérelt interakcióvá alakítva, ahol minden kommunikációt jogi szempontból is értékelnek. Végső soron ez a gyakorlat is hozzájárul a bizalom óriási hiányához, létrehozva egy önfenntartó gyanakvás és jogi fellépés ciklusát.[440]

1. táblázat: Az orvosi műhibák alaptípusai és jogi relevanciájuk

Műhiba Típus	Rövid Definíció	Jogi Alap/Releváns Jogszabály	Bizonyítási Teher / Felelősség Kiemelt Aspektusa
Diagnosztikus tévedés	Helytelen diagnózis felállítása vagy elmulasztása az	Ptk., Eütv.	Orvos gondosságának hiánya.

[438] Búcsúzik a legnagyobb gondosság!? Az orvos, egészségügyi ..., hozzáférés dátuma: július 10, 2024, http://www.384ugyvediiroda.hu/images/pdf/bucsuzik.pdf
[439] Az orvos polgári- és büntetőjogi felelőssége - DEA, hozzáférés dátuma: július 10, 2024, https://dea.lib.unideb.hu/items/a3661c59-137b-46e2-8115-cff0738700a2
[440] KP Orvosi Muhibak2 | PDF - Scribd, hozzáférés dátuma: július 10, 2024, https://www.scribd.com/document/393574632/Kp-Orvosi-Muhibak2

	elvárható gondosság hiánya miatt.		
Kezelési hiba	Nem megfelelő vagy hibás terápiás beavatkozás.	Ptk., Eütv.	Orvos gondosságának hiánya.
Tájékoztatási elégtelenség, beleegyezési és dokumentációs hiba	A beteg nem kap megfelelő tájékoztatást. Hiányzik a beleegyezés, illetve a dokumentáció.	Ptk., Eütv.	Könnyebb bizonyítás a felperes számára, ha a tájékoztatás hiányos.
Egészségügyi veszélyes üzem	Kár emberi uralom alá nem vonható körben (pl. eszközhiba) következik be.	Ptk., Eütv.	Kórháznak kell bizonyítania az elháríthatatlan okot.
Gyógyulás esélyének csökkenése, elvesztése	A helytelen ellátás csökkenti a gyógyulási esélyt vagy meghosszabbítja a gyógyulást.	Ptk., Eütv.	Kórháznak kell bizonyítania, hogy a legnagyobb gondosság esetén sem lett volna esély a gyógyulásra.
Kórházi fertőzés	Fertőzés a kórházban, melyet az intézmény nem tudott megelőzni.	Ptk., Eütv.	Kórháznak kell bizonyítania az elvárható gondosságot.
Idegentest bennthagyása	Műtét során a testben hagyott idegen anyag.	Ptk., Eütv.	Egyértelmű műhiba.
Személyi-tárgyi feltételek hiánya	Kár a jogszabályban előírt személyzet vagy eszközök hiánya miatt.	Ptk., Eütv.	Kórház felelőssége.

Szervezés, betegfelügyelet, gondozás	Ellátás szervezésében, felügyeletében vagy gondozásában lévő hiányosságok.	Ptk., Eütv.	Kórház felelőssége.
Termékfelelősség	Hibás orvostechnikai eszköz okozta kár.	Ptk.	Gyártó, importáló, forgalmazó felelőssége.

II. A stressz és kiégés jelensége az orvosi szakmában

A stressz fogalma, típusai és az orvosi hivatás specifikus stresszforrásai

Az Amerikai Orvosi Szövetség szerint a stressz olyan hatás, amely megzavarja az egyén testi és szellemi harmóniáját. A magas feszültségnek kitett személyek 4,5%-kal nagyobb valószínűséggel kapnak szívrohamot vagy agyvérzést. A stressz okozta munkahelyi ártalmak aránya 1980-ban még csak 5% volt, mely 1990-re 15%-ra nőtt. Egy 1995-ös globális felmérés szerint a válaszadók 70%-a tapasztalt stresszt a mindennapi munkavégzés során, és a megkérdezettek 43%-a számolt be munkájával, élethelyzetével kapcsolatos érdektelenség egyértelmű fizikai és mentális jeleiről.[441]

A stressz okozó tényezőket stresszoroknak nevezzük. A stresszorok lehetnek fizikai vagy szellemi eredetűek, származhatnak a környezetből és saját érzelmeinkből, indulatainkból. Számos különböző fizikai és érzelmi inger okozhat stresszt. A stressz kiváltója lehet az élet valamilyen nagy eseménye, de hétköznapi történés is.[442]

Manapság a stressz szót használjuk a külvilágból érkező, agresszív hatások (zaj, fenyegetés), továbbá a kellemetlen lelkiállapot által generált, kisebb-nagyobb rendszerességgel jelentkező feszültség, szorongás, kedvetlenség kifejezésére. Stresszhatásként tartjuk számon a szervezetet érő fizikai és szellemi megterhelést, és az ezekből fakadó kimerültséget, de ugyanúgy a sérülés következtében fellépő fájdalmat, vérveszteséget. Tágabb értelemben az agresszió és a feszültség forrásait is stressznek vagy stressz okozó tényezőnek nevezzük. Amikor a testet külső vagy belső ingerek érik és az addigi nyugalom megbomlik, a szervezet intenzívebben válaszol a kihívásokra,

[441] Mocselini Éva, dr. Bilkei Pál, Spiller Mariann - Kriminálpszichológiai konzulens Tanműhely II.- Best-work Kft (2022) 89-95.o.
[442] https://egeszsegvonal.gov.hu/egeszseg-a-z/s-sz/stresszkezeles.html Hozzáférés dátuma: 2024 december 29.

ez a reakció pedig a homeosztázis, azaz az egyensúly helyreállítását célzó szabályozórendszerek bekapcsolódásával jár.[443]

A stressz, mint ingerület elmélet a nagyméretű konstrukciók stabilitásának, teherbírásának dimenzióival foglalkozott. A fő szempont az volt, hogy a természeti erők ne okozzanak összeomlást. A feszültség (stressz) mint egyfajta igénybevétel, a terhelés által érintett területre utalt. Az emberi szervezetben jelentkező stresszt, hasonló fizikai hatásként értelmezte, mint amivel a mérnöki tervezéskor számolnak. Az elmélet célja a stressz kiváltó tényezők azonosítása volt. Ám ez a mechanikus szemlélet lényeges problémákat vetett fel.[444] Egyrészt egy adott szituáció önmagában sosem stresszkiváltó, másrészt, ugyanaz az egyén is különböző válaszokat adhat ugyanabban a helyzetben.

Selye János elmélete a stressz fogalmát az adaptáció általános szimptóma együtteseként definiálja. A vizsgálatok során felismerték, hogy noha a vizsgált szituációk radikálisan különböző természetűek, a szervezet ugyanazon biokémiai átalakulások sorozatát idézi elő, hogy megbirkózzon az emberi testre nehezedő fokozott terheléssel.[445] A különféle stressz okai – a stresszorok – eltérőek, ugyanakkor a kiváltott biológiai stressz nagymértékben azonos. Selye ezt úgy foglalta össze, hogy a stressz valójában egy reakció, a szervezet nem specifikus reakciója a normálisnál nagyobb igénybevételre. A nem specifikus válasz lényege, hogy bár az események különbözőek, a szervezetben a hatás azonos.[446] Selye munkássága nyomán a stressz definíciója finomodott, a lényeg tisztábbá vált. Fontos hangsúlyozni, mi mindennel nem azonosítható a stressz jelensége. A stressz nem csupán az idegrendszer túlzott leterheléséből fakadó kifáradás. Nem feltétlenül egy káros hatás vagy negatív élmény eredménye. A nem specifikus válaszból következik, hogy lényegtelen a stresszor kellemes, vagy kellemetlen mivolta. Hozzátartozónk halálhíre nagy megrázkódtatást jelent, viszont, ha később kiderül, hogy a hír hamis volt, e felett érzett örömünk legalább annyira igénybe veheti szervezetünket. Bánat és öröm ellentétes érzelmek, a stressz szempontjából azonban hatásuk azonos lehet. Az öröm, boldogság által kiváltott stressz az eustressz, mely kedvezően befolyásolja egészségi állapotunkat, és kiegyensúlyozottabb életvitelt eredményez. A lelki szenvedést, testi betegségeket okozó, ártó

[443] https://bhc.hu/betegsegek/stressz Hozzáférés dátuma: 2024 december 29.
[444] Mocselini (2022)89-95 o.
[445] Ádám Szilvia-Salavecz Gyöngyvér- A Stressz Elméleti Háttere És Mérése: A Selye János Lelki Egészség ProgramTesztbattériájának Bemutatása- Mentálhigiéné És Pszichoszomatika 11 (2010) 1, 53-80 o.
[446] Mocselini (2022)89-95 o.

hatású stressz a distressz.[447] A stressz megléte nem feltétlenül kötelező, de kivédeni sem kivitelezhető. Még testünk pihenőidejében is, mint például az alváskor, jelen van valamilyen stressz. A szervezet a fennmaradása, működése céljából még ellazult, feszültségmentes állapotban is igyekszik alkalmazkodni a folyamatosan változó környezeti viszonyokhoz (mint a hőmérséklet módosulása), és védekezik a káros hatások ellen (például szúnyogcsípés). Nem tudunk stressz nélkül élni. Az élettani stressz-szint sosem süllyed nullára. Miképpen a kellemes vagy kellemetlen érzelmi felfokozódások az élettani stressz pozitív vagy negatív változását eredményezik, ugyanúgy az inger hiánya vagy a túlzott ingerlés a stressz növekedéséhez vezethet, mely akár distresszt is okozhat. Éppen ezért az ember, hogy megbirkózzon az átlagos igényektől eltérő kihívásokkal, mindig azonos biokémiai átalakulásokat idéz elő belső környezetének változatlanságának – a konstans állapotok (homeosztázis) – megőrzése érdekében. Ez a figyelemre méltó alkalmazkodóképesség az élet fundamentuma és a stresszel szembeni rezisztencia forrása. A túlélésért az ember vagy harcol, vagy alkalmazkodik. Az adaptációnak is vannak szintjei: vetélkedés, közönyösség, kooperáció. A sejtek, a maguk érdekeinek megfelelően, általában ezt az utóbbit választják. A sejteket a külvilágtól a sejtmembrán, vagyis a plazmamembrán választja el, ami a sejtek belső egyensúlyának, a homeosztázis fenntartásában játszik szerepet. Amennyiben a sejteket külső, károsító hatás éri, a belsejükben található fehérjék bizonyos részeinek szerkezete módosul. A sérült fehérjékben olyan szerkezeti elemek válnak láthatóvá, amik a „normál" fehérjékben belül, elrejtve helyezkednek el. Ezeket az elemeket a stresszfehérjék, más néven hő-sokk fehérjék azonosítják. A hő-sokk fehérjék rákapcsolódnak a károsodott fehérjékre, és vagy helyreállítják az eredeti, természetes szerkezetüket, vagy pedig a lebontás, az elpusztulás irányába terelik őket.[448] Nagyobb mértékű károsodást szenvedett sejtek esetén természetesen a hő-sokk fehérjék száma is nagyobb, de a sejt nyugalmi állapotában is nagy mennyiségben fordulnak elő. A hő-sokk fehérjék léte, működésük a szervezet legősibb és talán legfontosabb védelmét biztosítja bármilyen káros behatás ellen. Gondoltunk-e már arra, hogy a láz jó? Jó, mert a megemelkedett hőmérséklet segítségével éppen azok a hő-sokk fehérjék szaporodnak fel, amelyekre nagy szerep hárul a fertőzések, a betegség okozta fehérjekárosodások kivédésében.

Lélektani reakciók

Egy átlagos intenzitású és időtartamú stresszhelyzetre a szervezet általában gyorsan reagál, ez természetes. Amennyiben a stresszor huzamosabb ideig vagy ismételten jelen van, a testi tünetek

[447] Ádám Szilvia-Salavecz Gyöngyvér- A Stressz Elméleti Háttere És Mérése: A Selye János Lelki Egészség ProgramTesztbattériájának Bemutatása- Mentálhigiéné És Pszichoszomatika 11 (2010) 1, 53-80 o.
[448] Mocselini (2022)89-95 o.

mellett pszichés elváltozások is felléphetnek, amelyek súlyos esetben akár kóros következményekkel járhatnak.[449] Az ellenállás eredményétől függően depresszió, végső megoldásként öngyilkosság is kialakulhat. A stresszre adott leggyakoribb válasz a szorongás és a félelem. Korunk felgyorsult, rohanó életvitelének "kötelező" velejárójává vált e két érzelmi állapot. E fogalmakat általában együtt használjuk, talán össze is keverjük, azonban meg lehet, és meg is kell különböztetni őket.

A szorongás egy meghatározhatatlan, tárgy nélküli félelem, amely figyelem- és gondolkodászavaró, testi izgalmi tünetek egész sorát okozó állapot, ami kellemetlen, rossz, káros. Amikor a pszichikánk szorong, a képzeletünk által generált rémképek jelennek meg lelki szemeink előtt.[450]

A félelem mindennapibb, gyakoribb jelenség, amely a veszély ismeretét feltételezi. Akkor válik a szorongás félelemmé, amikor a fenyegetés külsővé válik, meghatározott tárgy, személy, szituáció hordozza. A félelemnek tehát van tárgya, a szorongásnak nincs. Ha e két válaszreakció aktiválódik és jelenléte állandósul – veszélyhelyzetben, vagy akár ok nélkül – testi-lelki tünetcsoportok jelentkezhetnek, önálló betegségek alakulhatnak ki. A szorongásos betegség főbb típusai: pánikbetegség, kényszerbetegség, állatokkal, természeti környezettel, vérrel, injekcióval, egyéb orvosi beavatkozással kapcsolatos fóbiák, szituációs félelmek, poszttraumás stressz betegség (PTSD), generalizált szorongásos zavar, evési zavarok, inkontinencia stb.[451]Egy másik általános reakció a stresszhelyzetekre a harag, amely agresszióhoz vezet. A frusztráció-agresszió hipotézise szerint, amikor egy személy erőfeszítéseit egy cél elérésében akadályoznak, agresszív hajtóerő keletkezik, ami a személy viselkedését a frusztrációt okozó tárgy vagy személy megkárosítására motiválja. Bár a kutatások kimutatták, hogy az agresszió nem elkerülhetetlen válasz a frusztrációra, de bizonyosan egyike azoknak. A nevelés folyamán szocializálódik az agresszió, így többnyire verbálisan, rejtve fejeződik ki.[452] A közvetlen agresszió nem mindig lehetséges a frusztráció forrása felé, s ha a személy dühöt érez, de nem tudja, kit támadjon, visszafolytja, vagy keres egy tárgyat, melyen kitöltheti haragját. A visszafojtott sorozatos agresszió szintén betegséghez vezethet. Ha a stresszfeltételek folyamatosak, és az egyén nem küzd meg velük

[449] Barabás Katalin- Egészségfejlesztés- 2005- 53-60.o.
[450] Mocselini (2022)89-95 o.
[451] https://www.pszichiatriaikozpont.hu/korkepek/hangulatzavarok/szorongasos-zavarok Hozzáférés dátuma: 2024 december 29.
[452] Leonard Berkowitz- A Frusztracio Es A Kivaltott Agresszio- Pszichologia, 1991, (11). 2, 159— 172.

sikeresen, a fásultság depresszióba torkollhat mely tehetetlen, reménytelen érzést kelt. Az állandó, nagyfokú munkaterhelés pedig a munkától való visszahúzódást eredményezheti.[453]

A stressz hatásai

A pszichés következményekkel együtt járó kiváltott érzések, a félelem, feszültség és idegesség. A valóságban a stresszt kiváltó tényezők, szervezetünket tartósan készenléti állapotban tartják. A folyamatos stresszhatás következtében testi és lelki tünetek (szorongás, depresszió), szívdobogás érzése vagy akár izomfájdalmak is felléphetnek, hosszabb távon pedig betegségek is kialakulhatnak.[454]

A stresszhatás szakaszai:

1. szakasz: a szervezet mozgósítja védekező rendszereit, felkészül a veszéllyel való találkozásra.

2. szakasz: a szervezet vagy alkalmazkodik a veszélyhez vagy legyőzi azt és újra megteremti az egyensúlyt.

3. szakasz: tartós stressz hatásra jön létre és a szervezetben – mivel kifogynak a védekezést segítő stressz hormonok – betegségek jelennek meg, de változik a magatartás és a viselkedés is.

Az emberi környezet rendszer alap sémájában, az egyensúly felbomlása esetén a helyreállításhoz többféleképpen járulhatunk hozzá. Az egyik lehetőség a viselkedéses válaszok alkalmazása. Adaptív konfliktusmegoldásként vagy problémamegoldásként értelmezhetjük, ha a nehéz helyzetet közvetlenül igyekszünk megváltoztatni, tehát cselekedünk a problémával szemben. A gondolati-érzelmi egyensúlyt a kognitív sémák révén is elérhetjük, ami a helyzet értékelésének, megítélésének módosítását jelenti. Ezért váltak a kognitív viselkedésterápiák a pszichés eredetű testi panaszok kezelésének alapvető eszközeivé. Ha a helyzetet megoldhatatlannak tartjuk, az adaptív válasz a helyzet újraértékelése, vagyis a kognitív átstrukturálás.

Az orvosi hivatás számos specifikus stresszforrással terhelt fizikai és emocionális terheléssel jár [455]:

[453] Mocselini (2022)89-95 o.
[454] https://www.hungariamed.hu/184-a-stressz-hatasa-a-szervezetre Hozzáférés dátuma: 2024 december 29.
[455] Az egészségi állapot, a munkastressz és a kiégés alakulása az orvosi hivatásban - Orvoscoaching, hozzáférés dátuma: július 10, 2024, https://www.orvoscoaching.hu/cikkek/18-az-egeszsegi-allapot-a-munkastressz-es-a-kieges-alakulasa-az-orvosi-hivatasban

- **Hosszú munkaidő és kiszámíthatatlan beosztás:** Az orvosok munkaideje gyakorta a kelleténél hosszabb, a hétvégéket, ünnepnapokat és éjszakai szolgálatokat is beleértve. Ez krónikus fáradtsághoz vezethet, ami gyakran magánéletük, szabadidejük feláldozásával jár.
- **Fizikai és pszichikai nyomás:** A magas terhelés már az orvosi diploma megszerzésekor tetten érhető, majd a rezidensképzés során a felelősség és a nyomás tovább növeli azt.
- **Gyakori krízishelyzetek:** Az orvosok mindennapjait sürgető, sorsdöntő helyzetek kísérik, melyek gyors, precíz döntést követelnek meg.
- **Jövedelem:** Az anyagi helyzet gyakran kényszerítheti a munkavállalókat arra, hogy plusz feladatokat vállaljanak, ami tovább növeli a már amúgy is magas terhelésüket.
- **Adminisztratív terhek:** A bürokrácia és az adminisztráció súlyosbodó nyomása miatt egyre kevesebb idő jut arra, hogy a betegekkel érdemben foglalkozzanak. Ez nemcsak frusztrálja az orvosokat, hanem a hatékonyság érzését is kikezdi.
- **Gyógyszerekhez való könnyű hozzájutás:** Noha nem egyenesen stresszkeltő, ezen elem szerepet játszhat a szerfüggőség kialakulásában az orvosok körében, mint egy nem megfelelő megküzdési mód.
- **Az önértékelés csökkenése:** A sikertelen terápiák, a diagnosztikai kihívások és a páciensek elkerülhetetlen távozása mélyreható hatást gyakorolhat az orvos önértékelésére és hivatásbeli identitására.
- **A magánéletre gyakorolt hatás:** Az orvosi hivatás kihívásainak gyakran áldozatul esnek a személyes szükségletek, a családi kötelékek és a társasági élet. Ez a folyamat elszigeteltséghez és komoly lelki megterheléshez vezethet.
- **Betegek türelmetlensége és rosszindulata:** A páciensekkel vagy azok szeretteivel való, nehézkes és sokszor feszült kommunikáció, komoly érzelmi megterhelést okozhat.
- **Kollégák közötti konfliktusok és a kollegialitás hiánya:** A gyenge kommunikáció, a szervezeti belső súrlódások és a pozitív csapatmunka alacsony szintje a munkahelyi légkörben feszültséget generálhat, és negatívan befolyásolhatja a munkamorált.

- **Munkaerőhiányból fakadó túlterheltség:** Az egészségügyi szakemberek számának csökkenése Magyarországon és világszerte közvetlenül növeli a meglévő személyzet munkaterhelését.

- **Alacsony kontroll a munkavégzés felett:** A munkarend, a szünetek, a betegszám, az infrastruktúra és az adminisztratív feladatok mennyisége feletti korlátozott autonómia jelentős tényező a kiégés kialakulásában.

A rendszerszintű és egyéni stresszforrások összetett hatása egy önmagát erősítő sebezhetőségi ciklust hoz létre. Az elégtelen finanszírozás, a krónikus munkaerőhiány és a növekvő bürokratikus terhek olyan átható, nagy nyomású környezetet teremtenek, mely önmagában is stresszes, függetlenül az egyéni megküzdési képességektől. Ezek a strukturális problémák alapozzák meg a stressz szisztematikus jelenlétét. Ez a rendszerszintű nyomás aztán közvetlenül súlyosbítja az egyéni pszichológiai terheket, például a sikertelen kezelésekkel vagy a betegek halálával való szembesülés sokkal nyomasztóbbá válik, ha az orvos már fizikailag kimerült. Az egyéni és rendszerszintű stresszforrások együttes hatása a kiégés és más mentális egészségügyi problémák jelentősen magasabb előfordulásához vezet.[456] Ez a romló jóllét pedig közvetlenül befolyásolhatja a klinikai teljesítményt, növelve az orvosi hibák valószínűségét, tovább csökkentve az önértékelést, ezzel visszacsatolva az eredeti stresszforrásokra (pl. hibák jogi következményei, további jövedelemcsökkenés vagy adminisztratív teher növekedése). Ez a dinamika rávilágít arra, hogy az egyéni megküzdési mechanizmusok önmagukban nem elegendőek; alapvető rendszerszintű változásokra van szükség ennek a körnek a megtöréséhez és a fenntartható jóllét előmozdításához.

Lehetséges megoldások

A kognitív átstrukturálás, mint a nézeteltérések feloldásának módszere, azt takarja, hogy a nehéz szituációkból változott személyiséggel lépünk ki, méghozzá pozitív értelemben, vagyis a krízishelyzetekből a személyiség fejlődésének magasabb szintjére jut az ember. E képességnek jelentős a szerepe az érzelmi funkciózavarok megelőzésében. Folkman a konfliktuskezelés döntési mechanizmusát vizsgálva arra a következtetésre jutott, hogy a döntéshozatalhoz csökkentenünk kell az érzelmi feszültséget, ezáltal megteremtve a döntéshozatal belső, pszichológiai feltételeit.[457]

[456] Mérlegen a kiégett orvosok - Medical Online, hozzáférés dátuma: július 10, 2024, https://medicalonline.hu/tudomany/cikk/merlegen_a_kiegett_orvosok

[457] David Imre–Fulop Marta–Pataky Nora–Rudas Janos- Stressz, megkuzdes, versenges, konfliktusok- Magyar Tehetsegsegitő Szervezetek Szovetsege, 2014- 68-70.o.

Képessé kell válnunk a probléma elemzésére és az okok befolyásolására, hogy kontrollt szerezzünk. Az érzelmi konfliktus feloldási módjai akkor válnak adaptívvá, ha nem rendelkezünk elegendő információval a problémáról, és nem érezzük magunkat alkalmasnak a helyzet kontrollálására. Az eredeti, Selye-féle stressz koncepciójához képest a legfontosabb nóvum, hogy manapság a helyzetek feletti kontroll képessége, illetve ennek hiánya került az érdeklődés középpontjába. Ha egy helyzetet újként vagy várhatóan veszélyesként értékelünk, kétféle viselkedési válasz következhet. Amikor egy érzelmileg negatív szituációt kontrollálhatatlannak, megoldhatatlannak bélyegzünk – legyen az azért, mert nem látjuk a megoldást, vagy azért, mert nem érezzük elég erősek magunkat a tettekhez –, akkor passzív, elkerülő viselkedéssel válaszolunk. Mivel a szorongáscsökkentők nagyrészt e rendszerre hatnak, J. Gray ezt a jelenséget a szorongással azonosította. Állatkísérletek azt mutatták, hogy a hosszan tartó kontrollvesztés következményei lehetnek gyomor és bélrendszeri fekélyek, szívritmuszavarok, végül pedig a „tanult tehetetlenség" állapota, melyet a depresszió legjobb modelljének tartanak. A tanult tehetetlenség akkor jelentkezik, ha egy állatot negatív hatások érnek úgy, hogy nincs lehetősége a menekülésre, mondjuk ismétlődő áramütések érik, vagy éppen jeges vízben kell úsznia. [458] Egy darabig mindent megtesz a menekülésért, azonban egy idő után feladja, és a "holttá tettetési reflex" jegyében passzívvá válik. Ha az állat sokszor megtapasztalja ezt, már a veszély jeleire is tehetetlenséggel, passzivitással fog reagálni. Emberek esetében hasonló szerepet játszhat a munkanélküliség fenyegetése, vagy egy rossz munkahelyi légkör. A hosszan tartó kontroll elvesztésének élménye a negatív érzelmi állapotokban elkerülhetetlen, és a reménytelenség, a magára hagyatottság érzése áttevődik a későbbi helyzetekre is, melyhez kimutatható élettani változások is társulnak.

A tanult tehetetlenség mellett egy másik fogalom, a tanult sikeresség, a hatékonyság vált a mai, pozitív pszichológia egyik kulcsfogalmává. Ezen képesség megszerzése szintén a nevelés, az önnevelés eredménye. A pozitív pszichológia nemzetközileg elismert alakja a Chicagói Egyetem professzora, Csíkszentmihályi Mihály, akinek a „Flow" című, magyarul is megjelent kiváló könyve gyakorlati eszközöket ad a tanult sikeresség eléréséhez.[459]

A kontrollvesztés élettani következményei

Az ember és a környezet állandó energiaháztartásának fenntartásában a vérkeringés a kulcs. A lélegzéssel a légkörből felvett oxigén folyamatosan energiával látja el a szervezetet, ami

[458] https://hu.wikipedia.org/wiki/Tanult_tehetetlens%C3%A9g hozzáférés dátuma: július 10, 2024,
[459] Mocselini (2022)89-95 o.

nélkülözhetetlen a mozgásos és a szervek működéséhez. Ezért a viselkedésszabályozásban a keringési rendszer a légzéssel és a motoros-anyagszervezési funkciókkal (szomatikus) együtt egy szerves egységet alkot. A keringés fő feladata a sejtek és szövetek optimális gázcseréjének biztosítása, ezáltal lehetővé teszi a cselekvéshez, az aktív léthez szükséges feltételeket.

A viselkedés, a környezethez való alkalmazkodás és az élethelyzetek kezelése a légzés, a keringés és az anyagcsere-izomfunkciók komplex válaszait eredményezi, melyek nem értelmezhetők elkülönítve. A központi idegrendszer koordinálja ezt a három, automatikusan szabályozott energiatermelő rendszert, melyek a fejlődés során összehangoltan működnek az életműködés egyensúlyának (homeosztázis) fenntartása érdekében. Az emberi vegetatív zavarok leggyakoribb oka éppen az, hogy nincs harmónia a pszichológiai és élettani optimalizáció szintjei között. Ilyenkor az élettani egyensúly felborulhat a központi idegrendszer helytelen vezérlése miatt.

A pszichológiai és fizikai igénybevétel hatása

Fizikai terhelés során a megnövekedett energiaigény (oxigénfogyasztás) közvetlen kapcsolatban van az artériás-vénás oxigénkülönbséggel és a testmozgás által kiváltott pulzusszám-növekedéssel, vagyis az oxigénellátás alkalmazkodik a szöveti szükségletekhez. Ilyen helyzetben a szabályozás célja a fiziológiai egyensúly (homeosztázis) fenntartása, ami tökéletesen működik, ha nincs valamilyen szervi betegség, ami ezt a választ korlátozza. Ezzel ellentétben a pszichés terhelés és a stresszhelyzetek, kardiovaszkuláris kockázati tényezők, melyekben a fent említett egyensúlyzavart nem tudjuk megelőzni.[460]

A pszichológiai terhelést az különbözteti meg a fizikai terheléstől, hogy bár a szervezet ebben az esetben is felkészül az akcióra és növeli a pulzusszámot, a kibocsátott vérmennyiséget, a legtöbb esetben nincs szükség fokozott izommunkára, fizikai aktivitásra. Már Cannon leírta ezt a jelenséget: *„A szervezet felkészül az akcióra, és ha a fokozott készültségi állapot fennmarad, anélkül, hogy az aktivitás kialakulna, ez katasztrofális következményekkel járhat.”* [461]A bennszülöttek körében előforduló ún. voodoo halált is ezzel a jelenséggel magyarázta. A szorongás lényege, éppen az, hogy a veszélyhelyzetet aktivitással kontrollálhatatlannak értékeljük.

A szabályozási zavar kialakulását feedforward kontrollmechanizmusként értelmezik, ami azt jelenti, hogy a kardiális válaszok mintegy előre jelzik a várható anyagcsere (metabolikus), az izomzat működtetéséhez szükséges szükségleteket akkor is, ha az izomaktivitás elmarad. Mind az

[460] Mocselini (2022)89-95 o.
[461] https://hu.wikipedia.org/wiki/Walter_Bradford_Cannon hozzáférés dátuma: július 10, 2024,

állatkísérletek, mind az emberi vizsgálatok sora igazolja, hogy a fizikai és pszichés terhelésre adott szív (kardiális) és anyagcsere (metabolikus) válasz alapvetően különböző.

Pszichológiai stressz hatására a szív (kardiális) és az anyagcsere (metabolikus) válasz inkoherens lehet (disszociálhat). Az állatkísérletek egyértelműen kimutatták, hogy az előre jelzett áramütés hatására, azonos szívfrekvencia emelkedés mellett nagyobb mértékű volt az artériás-vénás oxigénkülönbség, azaz szisztémás túlfolyamat alakult ki, ami jelentős vérnyomás-emelkedést eredményezett.[462]

A stressz hatására adott szöveti túláramlás legfőképp a fokozott szimpatikus aktivitás eredménye. Ha a zsírszövetekből (lipidraktárakból) a szimpatikus aktivitás hatására felszabaduló zsírsavak nem hasznosulnak izommunkához energiaforrásként, akkor a felesleges zsírsavak trigliceridekké alakulnak a májban, majd a koronária betegségekben oly fontos szerepet játszó lipoproteinekké alakulhatnak. A krónikus stresszállapot többek között ezért is súlyos szív-érrendszeri rizikófaktor.[463]

Egyéb kutatók összefüggéseket kerestek bizonyos betegségek és a stressz-kiváltó eseményekhez kapcsolódó attitűd és a megküzdés között. A legtöbb eredmény azonban nem ismételhető meg. A kutatók szerint nem véletlen, hogy megbetegszünk. A legszembetűnőbb, egyszerre több embert, tömegeket érintő stresszfajta a környezeti stressz.[464] A társadalmi környezetben az értékvesztés, a céltalanság és az élet értelmetlenségének átélése az egyén számára sok esetben reménytelen, veszélyes helyzetet teremt. Folyamatosan nő a bűnözés, erősödik a társadalmi deviancia, csökken az önkéntes jogkövetésre való hajlam, és egyre többen kerülnek kiszolgáltatott, reménytelen helyzetbe.

A szorongás és a stressz

A szorongás voltaképpen egyfajta meglepetésszerű, kedvezőtlen kihatású dolog nyomán érzett feszültség lebénulásából fakad. A szorongás azért alakul ki, mert az a feszültség, amit ez az izgalom kelt, nem oldódik ki semmiféle tennivalóban, és a feszültség folyamatosan megmarad. A nemkívánatos helyzetet orvosló cselekvés csökkentheti a feszültséget, sőt, akár meg is szüntetheti.

[462] Mocselini (2022)89-95 o.
[463] https://www.neurologiaikozpont.hu/vegetativ-idegrendszer hozzáférés dátuma: július 10, 2024,
[464] Balogh Blanka - Megküzdési stratégiák a munkahelyen – a proaktív és kollektív megküzdés vizsgálata az észlelt stresszel és a pszichológiai jólléttel összefüggésben- Magyar Pszichológiai Szemle Volume 79: Issue 4

A szorongás lényege, hogy semmit nem teszünk a helyzet javítása végett, és minél jobban átérezzük a tehetetlenségünket, annál inkább erősödik a szorongás.

Selye János szerint a stressz az élet fűszere. Problémákat akkor okoz, a testünkre és a lelkünkre, ha túllép egy egyénenként eltérő határértéket. A stressznek létezik egy optimális szintje. A rendkívül ingerszegény környezet, a túlságosan kevés stressz éppúgy káros. Hatalmasak az egyéni különbségek abban, hogy kinek mennyi stresszre van szüksége, ki mennyit bír ki károsodás nélkül.[465]

Minden erős ingerre jellemző a stresszor és az egyedi hatás. A végeredmény azonban nem csupán az adott inger eme két hatásából tevődik össze. A szervezet válaszkészsége, reakciója szintén lényeges. Ezt a reakciókészséget sok külső és belső tényező befolyásolja, alakítja. Ez magyarázza, hogy a különféle emberek ugyanarra az ingerre másképp reagálnak, a kondicionáló tényezők befolyásolásával. Belső kondicionáló tényezők például a kor, a nem, különböző betegségekre való genetikai hajlam, korábbi betegségek, korábbi élmények. stb. Külső kondicionáló tényezők: a táplálkozás vagy gyógyszeres, hormonális kezelés, a családi, társadalmi közeg jellege. Ezen tényezők együttes hatásával az amúgy jól tolerált stressz kórossá válhat, és alkalmazkodási betegséget okozhat. Közvetve vagy közvetlenül kiválthat olyan állapotokat, illetve betegségeket, mint szívinfarktus, agyvérzés, asztma, emésztési zavarok, gyomorfekély, krónikus álmatlanság, olyan függőségeket, mint nagymértékű dohányzás, alkoholizmus.

Következmények

A kutatások megerősítették a hipotézist, miszerint a tartósan, mindennap stresszelt, vagy súlyos stresszorokkal küzdő emberek intellektuális teljesítménye jelentősen csökken, nehézségeik adódhatnak a koncentrációban, a gondolataik logikus rendezésében is.[466] Ez a kognitív deficit két forrásból eredhet. A magas érzelmi intenzitás megzavarhatja az információfeldolgozást. Vagyis, minél inkább szorongunk, annál valószínűbb, hogy kognitív károsodás alakul ki. A kognitív teljesítmény csökkenése abból is adódhat, hogy a stresszor hatására elterelő gondolatok jelenhetnek meg az elménkben. Azon töprengünk, hogy milyen lehetőségeink vannak cselekvésre, aggódunk a tetteink következményei miatt.. A stressz okozta kognitív deficitek gyakran ahhoz

[465] Mocselini (2022)89-95 o.
[466] Frankó Luca- A csendes kilépés jelensége és mérése – a Csendes
Kilépés Kérdőív adaptálása magyar nyelvre - Magyar Pszichológiai Szemle 79 (2024) 3, 595–610

vezetnek, hogy az emberek mereven ragaszkodnak a céltalan viselkedési mintáikhoz.[467] Ez a jelenség különösen jól jellemzi az orvosi tevékenységet végző szakemberek munkáját

Alváshiány

A megállás nélküli, napokig tartó munkafolyamatból eredő alváshiány hatása a kognitív képességek romlása, a teljesítmény gyengülése. Tudósok egy csoportja azt állapította meg, hogy az alvásmegvonás mértékének emelkedésével a feladatmegoldási idő átlagosan megnövekszik, azonban a gondolkodás minősége hosszabb távon változatlan marad. Az ember nem tud az alváshiányhoz adaptálódni a gyakorlás révén: nem képes azt megszokni.[468]

A hosszabb munkavégzés rövid alvási periódusokkal megszakítható. Tartósan a legjobb teljesítmény akkor érhető el, ha a napi 4,5-5,5 órás alvás 20 perctől egy óráig terjedő szakaszokra oszlik. Amennyiben megtervezhető a rövid alvás, úgy a napi ritmusban a 12 és 18, illetve a 24 és 6 óra közötti időszakban javasolt beiktatni, amikor a testhőmérséklet csökken.

A teljesítmény stresszes helyzetben való fenntartása gyakrolással érhető el, amely ritualizált, automatikus tevékenységet eredményez. A jól begyakorolt feladatok elvégzésekor a stressz kevésbé okoz zavarokat, az automatizált végrehajtás nem terheli annyira az egyén figyelmét, növeli a megvalósíthatóság, a tevékenység kontrollálhatóságának érzését. Hátránya, hogy olyan munkáknál nem alkalmazható, melyek gondolkodást, mérlegelést igényelnek.

A kiégési szindróma (burnout) tünetei, okai és prevalenciája az orvosok körében

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) meghatározása szerint a kiégés egy krónikus, munkahelyi stresszből adódó szindróma, amely nem kapott megfelelő megoldást. Ennek tünetei közé sorolható a kimerültség érzése, vagy az energiaszint csökkenése; a munkától való mentális távolságtartás, vagy a munkával szembeni negatív hozzáállás, cinizmus kialakulása; illetve a szakmai teljesítmény romlása. A WHO külön hangsúlyozza, hogy a kiégés fogalma kifejezetten a munkakörnyezetben jelentkező jelenségekre korlátozódik, és nem alkalmazható az élet más területein felmerülő helyzetek leírására.[469]

A kiégés számos gyengítő tünettel jár, többek között:

[467] Mocselini (2022)89-95 o.
[468] https://somnocenter.hu/hogyan-reagal-szervezetunk-az-alvashianyra/ hozzáférés dátuma: július 10, 2024,
[469] Kiégési szindróma – Wikipédia, hozzáférés dátuma: július 10,
2024, https://hu.wikipedia.org/wiki/Ki%C3%A9g%C3%A9si_szindr%C3%B3ma

- Testi-szellemi kimerültség, amely megfelelő pihenés után sem múlik el.
- Megfelelési-bizonyítási kényszer a munkában és önfeláldozó életmód.
- A személyes lelki-fizikai szükségletek háttérbe szorítása, elhanyagolása.
- Általánossá váló közömbösség, empátiás készség visszafejlődése, fásultság, visszahúzódás vagy védekező viselkedés.
- Az intolerancia növekedése és fokozott érzékenység a stresszre.
- Az egyén saját „belső világával" való kapcsolat elvesztése, depresszió, belső üresség érzése, reménytelenség.
- Alacsony önértékelés, a munkateljesítmény csökkenése.
- Szélsőséges esetben a végső kiszállás vágya a szakmából.
- A személyközi kapcsolatokban negatív, cinikus, rosszindulatú kommunikációs stílus.

A kiégés okai sokrétűek, és szervezeti, interperszonális, valamint egyéni szinten egyaránt kereshetők. [470] Az egészségügyben dolgozó orvosok és szakemberek tekintetében az alábbi tényezők a leggyakrabban előforduló kiégést fokozó tulajdonságok:

- **Szervezeti okok:** Munkatúlterhelés, intenzív munkatempó, időnyomás, hosszú és kiszámíthatatlan munkaidő, monoton feladatok, rosszul meghatározott vagy ellentmondásos szerepek, elszigeteltség, a társadalmi támogatás hiánya, valamint a munka és a magánélet közötti konfliktus.
- **Interperszonális kapcsolatok:** A kiegyensúlyozatlanság vagy a méltánytalanság kötelékei, a munkatársakkal, vagy a felettesekkel való súrlódások, s emellett a társadalmi segítség, a támogatás híja, mind súlyos tényezők, legfőképp a kiszolgálói területeken, ahol az érintkezések elsődlegesek.

[470] Az egészségi állapot, a munkastressz és a kiégés alakulása az orvosi hivatásban - Orvoscoaching, hozzáférés dátuma: július 10, 2024, https://www.orvoscoaching.hu/cikkek/18-az-egeszsegi-allapot-a-munkastressz-es-a-kieges-alakulasa-az-orvosi-hivatasban

- **Egyéni tényezők:** Bár nem kizárólagos ok, az egyéni személyiségjegyek, mint a pesszimizmus, „a túlzott ambíció célok elérése nélkül”, a perfekcionizmus és a kontrollvágy szintén hajlamosíthatnak a kiégésre.[471]

A kiégés rendkívül gyakori az orvosi szakemberek körében. Egy 2012-es amerikai felmérés szerint az orvosok 45,8%-a tapasztalt legalább egy kiégési tünetet. Magyarországon egy 2013-as felmérés kimutatta, hogy az orvosok 21,2%-ára jellemző az emocionális kimerülés, 7,7%-ára a deperszonalizáció és 33,1%-ára a teljesítményvesztés. Egy frissebb ELTE kutatás szerint minden második egészségügyi dolgozónál megjelentek a kiégés közepes vagy magas fokú jelei. Az orvosnők különösen érintettek, körükben 45% a prevalencia, míg a férfiak esetében 37%. A leginkább veszélyeztetett szakterületek közé a sürgősségi és intenzív osztályok dolgozói tartoznak, őket követik a családorvosok, szülész-nőgyógyászok, belgyógyászok és általános sebészek.[472]

A stressz pszichológiai és fizikai hatásai az orvosokra

A krónikus stressz fiziológiai válasza magában foglalja a megnövekedett pulzusszámot és vérnyomást, ami hozzájárul a szív- és érrendszeri betegségek kialakulásához. Emésztőrendszeri problémákat (pl. gyomorfájdalom, IBS) is okozhat, gyengítheti az immunrendszert, növelve a fertőzésekre való hajlamot, és krónikus fájdalomként, fejfájásként, izomfeszültségként és alvászavarokként is megnyilvánulhat. Ezen stresszforrások kumulatív hatása hozzájárul az orvosi szakemberek körében megfigyelhető magasabb megbetegedési és halálozási arányokhoz, a szerfüggőséghez (beleértve az alkohol- és drogfüggőséget, részben a gyógyszerek könnyű hozzáférhetősége miatt), és tragikusan, az öngyilkosság megnövekedett kockázatához.[473]

Az orvosi műhiba eljárások, függetlenül azok kimenetelétől, hatalmas pszichológiai terhet és traumát rónak az orvosokra, ami gyakran poszttraumás stressz zavarhoz és akár öngyilkossághoz is vezethet. A "második áldozat" jelenség azt írja le, amikor az egészségügyi dolgozók pszichológiai traumát és distresszt élnek át egy orvosi hiba, nemkívánatos esemény vagy betegkárosodás után, függetlenül a közvetlen vétkességüktől. Ők válnak az eset "második áldozatává" a beteg után. Különösen aggasztó, hogy Magyarországon jelenleg nincs elérhető

[471] Kiégés – szakaszok, jelek, okok és kezelés - Apollo Hospitals, hozzáférés dátuma: július 10, 2024, https://www.apollohospitals.com/hu/diseases-and-conditions/burnout-stages-signs-causes-and-treatment

[473] Az egészségi állapot, a munkastressz és a kiégés alakulása az orvosi hivatásban - Orvoscoaching, hozzáférés dátuma: július 10, 2024, https://www.orvoscoaching.hu/cikkek/18-az-egeszsegi-allapot-a-munkastressz-es-a-kieges-alakulasa-az-orvosi-hivatasban

szakmai támogatás ezeknek a bajba jutott orvosoknak.[474] Tovább súlyosbítja a helyzetet, hogy a műhibaperbe keveredő orvosok gyakran elszigetelődnek kollégáiktól, akik ahelyett, hogy segítenék vagy támogatnák őket, inkább távol tartják magukat. Ez a rendszerszintű hiányosság a támogatásban fenntartja a hallgatás kultúráját, akadályozza a hibákból való tanulást és súlyosbítja a szakmai szenvedést. Ha az orvosok, mint "második áldozatok", súlyos pszichológiai distresszel szembesülnek, a dedikált, formális pszichológiai támogató rendszerek hiánya azt jelenti, hogy ezek a traumák kezeletlenül maradnak. Ez a szakmai ellátás kritikus hiányossága. A támogatás hiánya még súlyosabbá válik, amikor a szakmai kultúra nem tolerálja a hibák beismerését vagy a segítségkérést. A kezeletlen trauma és az elszigeteltség elősegíti a kiégést.

A krónikus feszültség, valamint a gyógyszerek könnyű elérhetősége egy alattomos ösvényt nyit a növekvő jogi felelősség irányába. A stressz katalizálhatja a maladaptív megküzdési formák, például a szerhasználat kialakulását s így tovább erősíti a stressz és a lehetséges károkozás körforgását.

2. táblázat: Az orvosi hivatás specifikus stresszforrásai és hatásaik

Stresszforrás Kategória	Specifikus Stresszforrás	Pszichológiai Hatások	Fizikai Hatások	Súlyos Következmények
Munkaterhelés	Hosszú munkaidő, kiszámíthatatlan beosztás, munkaerőhiányból fakadó túlterheltség	Kimerültség, ingerlékenység, önértékelés csökkenése, magánélet háttérbe szorulása	Krónikus fáradtság, alvászavarok, fejfájás, izomfeszültség	Kiégés, depresszió, szív- és érrendszeri betegségek
Pszichikai nyomás	Fizikai és pszichikai nyomás, gyakori krízishelyzetek, sikertelen kezelések, betegek elvesztése	Szorongás, depresszió, tehetetlenség,	Magas vérnyomás, emésztési problémák,	Kiégés, öngyilkosság kockázata, pszichés zavarok

[474] Orvosi műhibaperek a gyakorlatban – Hallgatói Önkormányzat, hozzáférés dátuma: július 10, 2024, https://semmelweis.hu/hok/2016/05/25/orvosi-muhibaperek-a-gyakorlatban/

		reménytelenség, PTSD	immunrendszer gyengülése	
Pénzügyi	Alacsony jövedelem, pluszmunka vállalása	Fokozott stressz, frusztráció, elégedetlenség	Kimerültség, általános egészségi állapot romlása	Kiégés, szerfüggőség (maladaptív megküzdés)
Rendszerszintű	Adminisztratív terhek, alacsony kontroll a munkavégzés felett	Frusztráció, hatékonyság érzésének csökkenése, cinizmus	Kimerültség, stressz okozta fizikai tünetek	Kiégés, csökkent szakmai hatékonyság
Interperszonális	Betegek türelmetlensége/rosszindulata, kollégák közötti konfliktusok, kollegialitás hiánya	Ingerlékenység, elszigeteltség, empátia csökkenése, cinizmus	Stressz okozta fizikai tünetek	Kiégés, romló személyközi kapcsolatok
Hozzáférés gyógyszerekhez	Gyógyszerekhez való könnyű hozzájutás	Szerfüggőség, önkárosítás	Egészségkárosodás	Orvosi műhibák, perek

III. A jogi felelősség és a stressz kölcsönhatása

A műhibaperek pszichológiai terhe az orvosokra: a "második áldozat" jelenség

A "második áldozat" fogalma a mentális megrázkódtatást és a szorongást takarja, amit az egészségügyi szakemberek tapasztalnak egy nemkívánatos helyzet vagy betegsérülés következményeként, függetlenül a direkt felelősségüktől. Ők válnak tehát az esemény "második áldozataivá" a beteg után.

Az orvosi műhibaperekben való részvétel hatalmas és gyakran elhúzódó pszichológiai terhet ró az orvosokra. Ez a trauma a következő formákban nyilvánulhat meg:

- **Poszttraumás stressz zavar (PTSD):** Jelentős számú orvosnál alakul ki PTSD a pereskedés stressze miatt. A tapasztalat hasonló lehet ahhoz, amivel a háborús veteránok szembesülnek.
- **Öngyilkosság kockázata:** Tragikus módon emelkedő jelenség a műhibaperek okozta pszichológiai nyomás következményeként.
- **Kollégiális izoláció:** Kritikus probléma Magyarországon, hogy a műhibaperbe keveredő orvosok gyakran elszigetelődnek kollégáiktól, akik gyakran távolságot tartanak ahelyett, hogy támogatást nyújtanának. Ez súlyosbítja az érzelmi terhet.
- **Hosszú pereskedés:** A jogi eljárások elhúzódó jellege intenzív stresszt és bizonytalanságot eredményez.

A rendszeres kudarc, hogy a "második áldozatok" támogatásában konzerválja a hallgatás kultúráját, gátolja a tanulást, és ezzel mélyíti a szakmai szenvedést. Az, hogy Magyarországon nincs a műhibaperbe keveredett orvosok számára elérhető valódi szakmai segítség, kritikus hiányt jelez. Amikor az orvosok, mint "második áldozatok", a dedikált, formális pszichológiai támogató rendszerek hiányában traumáikban nem kapnak megfelelő kezelést. A támogatás hiányát súlyosbítja egy olyan szakmai kultúra, ahol a hibák beismerése vagy a segítség kérés sokszor stigmatizált.

A stressz hatása az orvosi döntéshozatalra és a betegellátás minőségére

A nagyfokú stressz érezhetően hátrányosan befolyásolja a medicinában nélkülözhetetlen kognitív képességeket, ideértve a problémamegoldást, a fókuszálást, valamint a tartós figyelem fenntartását.[475] A stressz súlyosbíthatja a különböző kognitív torzításokat, ami irracionális vagy szuboptimális döntéshozatalhoz vezethet. Ezek a "mentális csapdák" torzítják az objektív valóságérzékelést:

A stressz rejtett költsége a diagnosztikai pontosság és a betegbiztonság veszélyeztetése a kognitív torzítások révén. A stressz jelentősen rontja az orvos koncentrációs képességét, figyelmét és hatékony problémamegoldó képességét. Stressz alatt az agy jobban támaszkodik heurisztikákra, és hajlamosabb a kognitív torzításokra. Például egy stresszes orvos áldozatául eshet a megerősítési

[475] Stresszkezelés,stresszmenedzselés | Pszichológus - Sólyom Judit, hozzáférés dátuma: július 10, 2024, https://tanulas-fejlesztes.hu/vizsgalat-fejlesztes-terapia/stresszkezelesstresszmenedzseles/

torzításnak, figyelmen kívül hagyva kritikus, ellentmondó bizonyítékokat, vagy a rendelkezésre állás heurisztikájának, tévesen megítélve egy ritka állapot valószínűségét egy friss, élénk eset alapján.[476] Az orvosi diagnózisban és kezelésben az pontos információfeldolgozás, a tünetek torzításmentes értékelése és a racionális döntéshozatal alapvető fontosságú. Ha egy stresszes orvos hajlamosabb ezekre a torzításokra, nagyobb valószínűséggel értelmezi félre a beteg adatait, hagy ki kulcsfontosságú diagnosztikai lépéseket vagy választ szuboptimális kezelési utakat. Mivel egy kritikus, ám gyakran láthatatlan szál fonódik össze: az orvos pszichikai helyzete és a közvetlen jogi felelősség között, ez közvetlenül növeli a diagnosztikai hibák, kezelési hibák és gyógyszerelési hibák valószínűségét, veszélyeztetve ezáltal a betegbiztonságot.

A defenzív orvoslás jelensége és következményei

A védekező orvoslás, mint fogalom, az orvosi tevékenység egy sajátos módjára utal, ahol az orvosok elsődleges motivációja a lehetséges jogi következmények minimalizálása. A defenzív orvoslás széles körű elterjedésének negatív következményei vannak:

- **Az egészségügy túlterhelése:** Felesleges, gyakran indokolatlan terhet ró az amúgy is túlterhelt egészségügyi rendszerre, értékes erőforrásokat felemésztve.
- **Gazdasági terhek:** Jelentős gazdasági költségekkel jár a felesleges vizsgálatok és eljárások elvégzése okán.
- **Növekedett betegkockázat:** Paradox módon a több beavatkozás eleve növeli a beteg potenciális kockázatoknak való kitettségét, a szövődmények és mellékhatások megjelenését.
- **Jogi érvénytelenség:** Egyes esetekben a bíróságok nem fogadják el ezeket a defenzív cselekedeteket a "legnagyobb gondosság" mércéjének megfelelő eljárásként, ami alááshatja azt a jogi védelmet, melyet eredetileg biztosítani szándékozott.
- **Hatékonyság csökkenése:** Bár a defenzív orvoslás alkalmanként pontosabb diagnózishoz vezethet, gyakran jelentősen csökkent hatékonysággal teszi ezt, minimális további bizonyosságot eredményezve az elhasznált erőforrásokhoz képest.

[476] Kognitív torzítások az orvosi diagnózisokban - Schrödinger Kutyája, hozzáférés dátuma: július 10, 2024, https://schrodingersdawg.blog.hu/2017/05/09/kognitiv_torzitasok_az_orvosi_diagnozisokban

A védekező orvoslás torzító hatása és a rendszer átfogóan nem hatékony működése egy súlyos probléma. A helytelen gyógykezelés vádjával járó perek folyamatos nyomása, valamint a valójában szigorú "elvárható óvatosság" mércéje mély rettegést szül az orvosok körében a jogi következményektől. Az egyéni kockázat csökkentése érdekében az orvosok defenzív orvosláshoz folyamodnak. Ez az egyéni orvos számára racionális döntés az önvédelem érdekében. Rendszerszinten azonban ez a gyakorlat jelentős ineffektivitáshoz és erőforrás-rosszalláshoz vezet. A szükségtelen vizsgálatok és eljárások értékes időt, felszerelést és pénzügyi erőforrásokat emésztenek fel, amelyeket egyébként valóban szükséges betegellátásra lehetne fordítani. Ezenkívül ez a gyakorlat finoman eltolja az orvosi gyakorlat elsődleges fókuszát az optimális betegellátásról (amely kizárólag orvosi szükségességen alapul) a jogi védelemre. Ez alááshatja az orvos-beteg kapcsolatot, mivel a betegek a gondoskodást inkább félelem, mintsem valódi aggodalom által vezéreltnek érzékelhetik, hozzájárulva a bizalom óriási hiányához. Ez egy klasszikus példája annak, amikor az egyénileg racionális viselkedés kollektíven szuboptimális és költséges eredménnyel jár az egész egészségügyi rendszer számára.

IV. Gyakorlatba ültethető javaslatok és kockázatkezelési stratégiák

Protokollok és dokumentáció javítása a jogi védelem érdekében

A robusztus dokumentáció kettős stratégiai értékkel bír, túlmutatva a puszta jogi védelmen. A legközvetlenebb előnye a „jogi pajzs” szerep, amely konkrét bizonyítékot szolgáltat arra vonatkozóan, hogy az elvárható gondosságot betartották, ezáltal csökkentve a műhibaperekben a felelősséget.[477] A jogi védelem mellett a részletes és szabványosított dokumentáció (pl. a diagnosztikai útvonalakról, kezelési tervekről, beteginterakciókról és kimenetelekről) felbecsülhetetlen értékű forrásként szolgál a belső minőségellenőrzésekhez, a szakmai felülvizsgálatokhoz és a nemkívánatos események okainak elemzéséhez. Lehetővé teszi az egészségügyi intézmények számára, hogy szisztematikusan azonosítsák a hibák mintázatait, a klinikai gyakorlat javításra szoruló területeit, és a protokollok betartásában lévő hiányosságokat. A világos és átfogó dokumentáció emellett jelentősen javítja a betegellátás folyamatosságát is. Ennek lényege, hogy minden egészségügyi dolgozó pontos, friss információkhoz juthat a páciensekről. Ezáltal csökken a tévedések és a hibák esélye a váltások vagy a különböző osztályok között.

[477] Barzó Tímea Felelősségi alapkérdések az egészségügyben, hozzáférés dátuma: július 10, 2024, https://antk.uni-nke.hu/document/akk-copy-uni-nke-hu/Opuscula_Civilia_2019_Barzo_Timea.pdf

Szervezeti szintű beavatkozások

A sikeres megelőzés és beavatkozás egyik útja a munkakörnyezet alapvető feltételeinek biztosítása. Ez magában foglalja a megfelelő védőfelszerelést, az étkezés, ivás és pihenés lehetőségét, a rendszeres szünetek biztosítását, külön pihenőhelyiséggel. A kritikus területeken dolgozók számára fontos a rövidebb munkaidő és a forgórendszerű beosztások. A távolabb lakó kollégák ingázásából fakadó fáradtság csökkentésére ideiglenesen közelebbi lakhatás is elérhetővé tehető.[43] Ezek a fizikai alapok biztosítják a dolgozók jóllétét, emellett szükséges a fizikai és mentális egészség figyelemmel követése. A rendszerszintű stresszforrások strukturális kezelése elengedhetetlen a tartós javuláshoz.

Egyéni és csoportos támogató programok

A pszichés harmónia visszanyerésében támogathatnak a különféle esetelemző körök vagy az egyéni konzultációk. Hazánkban is felbukkantak már kezdeményezések, mint a *Call for Help*, a *Mental for Doctors* vagy a *Tedd le a koronát* szakképzett tanácsadóinak segítsége.[478] A Semmelweis Egyetem átfogó támogató programot indított az egészségügyi szakemberek és orvostanhallgatók számára, amely többszintű támogatást nyújt: egyéni, online, személyes, csoportos, valamint online telefonos krízisvonal formájában. Emellett említést érdemel, a „Nem vagy egyedül" elnevezésű e-learning-program, ami a Coviddal kapcsolatos pszichológiai stresszre való felkészítést célozta meg. A pro bono online csoportok, biztonságos teret biztosíthatnak a külső és belső konfliktusok megosztására, közös gondolkodásra és a nehézségektől való eltávolodásra.

Reziliencia fejlesztése és képzés

A Semmelweis Egyetem és a Merck Magyarország Kft. közös projektje, a Reziliencia Akadémia, mely ősszel rajtol, a hallgatók lelki jóllétének támogatására fókuszálva. A program célja, hogy ismereteket és egyszerűen elsajátítható módszereket adjon a mentális erőnlét erősítéséhez, valamint abban segít, hogy a hallgatók tovább tudják adni a megszerzett tudást. Emellett egy nyilvánosan elérhető online felületet is létrehoznak, ami mindenki számára hozzáférhetővé teszi a speciális képzések tananyagát. Kiemelten fontos, hogy az orvosok megértsék, mi okoz náluk kimerültséget, és mi az, ami feltölti őket energiával. Érdemes tudatosan szüneteket tartaniuk a munka során, és teljesen kikapcsolniuk, például étkezéssel, rövid pihenéssel vagy mozgással. A testmozgás és a helyes légzéstechnika is bizonyítottan hatékony stresszcsökkentő módszer. A

[478] Kiégésről és feltöltődésről - Magyar Orvosi Kamara, hozzáférés dátuma: július 10, 2024, https://mok.hu/orvosoklapja/konzilium/kiegesrol-es-feltoltodesrol

különféle légzési-, relaxációs és tudatos jelenlét gyakorlatok elsajátítása szintén egyszerű és hatékony megoldás a stressz leküzdésére.

A "második áldozat" támogatása

A "második áldozat" szindróma demisztifikálása és destigmatizálása elengedhetetlen lenne, azaz tisztázni kellene, hogy a hibák nem mások, mint egyek, az intenzív gyógyító munka "mellékhatásai" és kockázati tényezői közül. Ez a hozzáállás támogatná a hibák nyílt megvitatását és a tanulást ösztönző kultúra kiépítését, ami végső soron javíthatja a betegbiztonságot és a rendszer rugalmasságát.

A tréning módszer

A tréning csoportdinamikai hatásokra és irányított tapasztalati tanulásra, saját élményre épülő módszer, melyet leggyakrabban személyiségfejlesztési céllal, a szociális és interperszonális készségek fejlesztése vagy a kívánt viselkedési formák elsajátítása céljából szerveznek. A tréning során résztvevők rendszerint munkájukra jellemző, olyan élményeket adó helyzetgyakorlatokban vesznek részt, melyek egész személyiségüket érintik, s melyeket a tréner irányításával feldolgoznak, tapasztalatokká alakítanak. A módszer mély, tartós és könnyen előhívható viselkedési szintű tudást nyújt. Ennek az első sorban katonák esetében alkalmazott módszernek az orvosképzésbe ültetett megfelelője, kiváló lehetőséget nyújthatna annak feltérképezésére és fejlesztésére, hogy az orvostanhallgatók és pályakezdő orvosok elsajátítsák azon helyzetek kezelését, melyekkel a munkavégzés során elkerülhetetlenül találkozni fognak. A gyakorlás és felkészültség minden munkatevékenység esetében elengedhetetlen, de azt gondolom, hogy az orvosok esetében ez hatványozottan érvényesül. Bár a képzésük alapvetően gyakorlat orientált, a legtöbb esetben nem kötelező és nem is elvárható tőlük a bizonyos helyzetekben való önálló döntés és reakció. Éppen ezért a tréning módszer egészségügybeni alkalmazása megteremthetné a magasabb szintű és egyénre szabott felkészülés lehetőségét.

A megelőzés lehetőségei

A megelőzés magában foglalhatja az életmód, életfilozófia módosítását, ezáltal a stressz-kiváltó okok minimalizálását vagy kiiktatását. Ugyanakkor a már kialakult stressz-szindrómák súlyosabb betegségekké fejlődését is megakadályozhatja.

Habár az életkörülményeinken (család, lakás, anyagiak) általában csak ritkán, szerencsés körülmények között tudunk változtatni, az ezekhez kapcsolódó hozzáállásaink, a megszokott

életfelfogásunk káros elemeit kiküszöbölhetjük, vagy átalakíthatjuk. A stressz leküzdhető a megfelelő életmód megtalálásával. Ám a mindennapi gondok mellett a legtöbbeknek sem ideje, sem energiája nincs arra, hogy ezt önállóan fedezzék fel. Olyan rendszeres terápiákat kell biztosítani a munkaidő alatt, ahol a stresszoldó technikák oktatása és gyakoroltatása mellett személyiségfejlesztés, valamint az önismeret elmélyítése révén az egyén kiegyensúlyozottabb életet alakíthat ki a korábbihoz képest.[479]

Rengeteg stresszcsökkentő módszer létezik, melyeket szakember vezetésével, csoportos foglalkozásokon sajátíthatunk el, majd egyénileg is gyakorolhatunk. A napi feszültség levezetésére kiválóan alkalmasak a légzőgyakorlatok, a relaxáció, a testmozgás, a pozitív megerősítések.

A betegek jogai az egészségügyi ellátáshoz való hozzáféréssel kapcsolatban

Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés alapvető jog, éppen ezért a jogrendszernek, mindenki számára elérhető, megfelelő minőségű egészségügyi ellátást kell biztosítania, függetlenül a személyek társadalmi, gazdasági helyzetétől. A hozzáférhetőségnek nem csak a fizikai elérhetőséget kell jelentenie, hanem a betegek megfelelő információkkal történő ellátást is a kezelési lehetőségekről. A beteg joga ugyanis, hogy időben megkapja a szükséges egészségügyi ellátást, mely megfelel a szakmai szabályoknak és irányelveknek, nemük, fajuk, nemzetiségük, vallásuk vagy egyéb személyes tulajdonságuk alapján diszkriminációtól mentesen. A betegeknek nyújtott tájékoztatás, teljeskörű és érthető, mely tartalmazza a javasolt vizsgálatokat és kezeléseket, valamint azok kockázatait és alternatíváit. A betegeknek joguk van hozzáférni az orvosi dokumentációjukhoz és joguk van eldönteni, hogy a dokumentációban szereplő beavatkozásba beleegyeznek-e a vagy sem. A beleegyezés minden esetben tájékozottan és önkéntesen kell történjen. A tájékoztatásnak ki kell terjednie a betegség természetére, lehetséges okaira, a javasolt vizsgálatokra és kezelésekre, valamint azok előnyeire és hátrányaira és a kezelés elutasításának következményeire is fel kell hívnia a beteg figyelmét.[480] A beteg megtagadhatja a kezelést, vagy alternatív kezelési lehetőséget is választhat, melyet az orvosnak tiszteletben kell tartania. [481]

A betegeknek joguk van panaszt tenni, ha úgy érzik, hogy jogaikat megsértették az egészségügyi ellátás során. Az egészségügyi intézmények írásban rögzítik a panaszokat, ezután kötelesek

[479] Mocselini (2022)89-95 o.
[480] Eütv. 15. §
[481] Eütv.15. § és 20. §

kivizsgálni azokat, melynek eredményéről tájékoztatniuk kell a beteget. A beteg joga, hogy további jogorvoslattal éljen, ha panaszát nem intézik el megfelelően, mely lehet a közigazgatási vagy a bírósági út.

A betegvédelem és a páciensjogok nemzetközi szabályozása számos dokumentumban kapott deklarációt, melyek iránymutatásul szolgálnak a nemzeti jogalkotás számára.

Az Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozatának 25. cikke kimondja, hogy "mindenkinek joga van az egészséghez és jóléthez szükséges életszínvonalhoz, beleértve az élelmezést, ruházatot, lakást, orvosi gondozást és a szükséges szociális szolgáltatásokat".

Az Európa Tanács, emberi jogok és a biomedicina tekintetében hozott, az emberi lények jogainak és méltóságának védelméről szóló Oviedói Egyezményében az alábbiakat rögzíti.: Számos fontos rendelkezést tartalmaz a betegvédelem és a páciensjogok terén, többek között a tájékoztatáshoz való jogról, a beleegyezéshez való jogról és az orvosi titoktartásról. A WHO több dokumentumot is elfogadott a betegvédelem és a páciensjogok témájában, amelyek iránymutatást adnak a tagállamok számára.

A magyar jogrendszerben a betegvédelem és a páciensjogok alapelveinek a legfontosabb jogszabályai az alábbiakban foglalhatók össze:

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény részletesen szabályozza a betegek jogait az egészségügyi ellátás során. A leghangsúlyosabb jogok között szerepel, a tájékoztatáshoz való jog, a beleegyezéshez való jog, az elutasításhoz való jog és a titoktartáshoz való jog. A törvény emellett szabályozza az egészségügyi ellátás rendszerét, az intézmények működését és a dolgozók kötelezettségeit is.

A Polgári Törvénykönyv - 2013. évi V. törvény - számos rendelkezést tartalmaz az orvosi felelősségről és a kártérítésről.

Az orvosi biztosítás szerepe az orvosi felelősség tekintetében

Az orvosi felelősség kérdése napjainkban kiemelt figyelmet kap, hiszen az orvostudomány fejlődésével egyre összetettebbé válnak a gyógyítási eljárások és ezzel párhuzamosan nő a hibázás lehetősége. A biztosítás ebben a komplex rendszerben kulcsfontosságú szerepet tölt be, mind a betegek, mind pedig az orvosok védelme szempontjából.

Az orvosi felelősség azt jelenti, hogy az orvos a betegnek okozott kárért jogilag felelősségre vonható, ha a károkozás a szakmai gondossági kötelezettség megszegésével függ össze. Ez a felelősség lehet szerződéses vagy szerződésen kívüli is. A magyar jogrendszerben az orvosi felelősség kérdéseiben elsődlegesen alkalmazandó szabályokat a Polgári Törvénykönyv tartalmazza.

Az orvosi biztosításnak két fő típusa van:

1, A szakmai felelősségbiztosítás: Ez a biztosítás fedezetet nyújt az orvos által a szakmai tevékenysége során elkövetett hibákból eredő károkra. A biztosítás megtéríti a betegnek okozott vagyoni és nem vagyoni kárt is.

2, Az üzemeltetési felelősségbiztosítás: Fedezetet nyújt az egészségügyi intézmény által üzemeltetett eszközök, berendezések miatt bekövetkezett károk fennállása esetén.

Az orvosi biztosítás több szempontból is figyelmet érdemel. Egyrészt a biztosítás garanciaként szolgál a beteg kártérítése esetén. Ennek különösen akkor van jelentősége, ha súlyos vagy maradandó károsodás következett be, ezekben az esetekben ugyanis a kártérítés összege jelentős lehet. A biztosítás másrészről védi az orvosokat a kártérítési igények miatt bekövetkező anyagi megterheléstől, hiszen az indított perek általánosságban magas költségekkel járnak. A biztosítás átvállalja a kártérítés és a pereskedés költségeit, ösztönözve ezzel az orvosokat a nagyobb gondossággal való eljárásra.

Az alternatív gyógyászat és a jog

Az orvosi felelősség témaköre rendkívül kiterjedt és sokrétű. A kérdés rengeteg tudományterülettel összefügg, melyek részletezése szétfeszítené a dolgozat kereteinek határát, azonban az etikai, polgári és büntetőjogi metszet kialakítása érdekében néhány gondolat erejéig az általam legfontosabbnak ítélt témakörökből ismertetem a megállapításaimat. Itt említeném meg az alternatív gyógyászat, valamint az eutanázia és az asszisztált öngyilkosság problematikáját.

Az alternatív gyógyászat egyre népszerűbbé válik világszerte, így Magyarországon is. Fogalma nem egyértelműen meghatározott, általánosságban azonban azokat a gyógymódokat soroljuk ide, melyek nem részei a hagyományos orvoslásnak és amelyek hatékonyságát tudományos módszerekkel nem igazolták egyértelműen. Az alternatív gyógyászat magába foglalja a különböző

természetgyógyászati módszereket, a hagyományos keleti gyógymódokat, valamint az egyéb nem konvencionális gyógymódokat egyaránt.[482]

Az alternatív gyógyászat jogi szabályozása hazánkban jelenleg nem egységes. A tevékenység végzésére nincs külön jogszabály ezért az alternatív gyógyászok tevékenységét az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.) általános rendelkezései szabályozzák. Az Eütv. értelmében egészségügyi tevékenységet csak az végezhet, aki rendelkezik a szükséges szakképesítéssel. Az alternatív gyógyászok többségéről elmondhatjuk, hogy nem rendelkeznek orvosi diplomával, ezért tevékenységük gyakran a "szabad foglalkozás" keretében zajlik. Nem tartoznak az orvosi kamara hatáskörébe és nincs kötelező nyilvántartásuk sem, ami megnehezíti az alternatív gyógyászok tevékenységének ellenőrzését.[483] Az alternatív gyógymódok reklámozására szigorú szabályok vonatkoznak. Tilos olyat állítani, ami félrevezetheti a betegeket a gyógymód hatékonyságával kapcsolatban. Fontos leszögezni, hogy az alternatív gyógyászat területén is érvényesülnek az alapvető betegjogok, többek közt a tájékoztatáshoz való jog, a beleegyezéshez való jog és a titoktartáshoz való jog.

Az alternatív gyógyászok is felelősséggel tartoznak a pácienseiknek okozott károkért, éppúgy, mint a hagyományos orvosok. Ez a felelősség kétféle lehet, egyrészről szerződéses felelősség, vagyis, ha a gyógyász és a páciens között egyértelmű megállapodás születik a kezelésről és annak várható eredményeiről, akkor a gyógyász felelős azért, hogy ezt a megállapodást betartsa. Ha nem sikerül a várt eredményt elérni, vagy a kezelés kárt okoz a páciensnek, akkor a gyógyítást végző felelősségre vonható. Másik esetben a szerződésen kívüli felelősség mérvadó, vagyis, ha nincs ilyen konkrét megállapodás, de a gyógyász gondatlanul vagy szakszerűtlenül járt el és ezzel okoz kárt a páciensnek, akkor is felelősség terheli. Ha a páciens úgy érzi, hogy a kezelés során kárt szenvedett, a gyógyásszal szemben kártérítési pert indíthat. Akárcsak az orvosok esetében, itt is bíróság vizsgálja, hogy a kellő gondossággal jártak-e el a kezelés során, figyelembe véve az adott gyógymód sajátosságait és az általánosan elfogadott szakmai ismereteket. Meg kell jegyezni, hogy az alternatív gyógyászoknak is a tőlük elvárható legnagyobb gondossággal kell eljárniuk, ami azt jelenti, hogy figyelembe kell venniük a páciens egyéni állapotát és szükségleteit és mindig az elérhető legjobb tudásuk szerint kell eljárniuk.

[482] https://hu.wikipedia.org/wiki/Alternat%C3%ADv_gy%C3%B3gym%C3%B3d(letöltve: 2024.10.11)
[483] https://ujszo.com/hasznos-tanacs/az-alternativ-gyogyaszok-jogi-felelossegerol(letöltve: 2024.10.11)

A kezelést végző szakember kártérítési felelősséggel tartozik a páciensnek okozott vagyoni és nem vagyoni károkért továbbá büntetőjogi felelősség terheli, ha a kezelés során a beteg meghal, vagy súlyos egészségkárosodást szenved.[484] Ebben a gyógyászati módban is érvényesülnek a betegjogok alapelvei. A betegnek joga van teljeskörű és érthető tájékoztatást kapni az alternatív gyógymódról, annak hatásairól, kockázatairól. Továbbá joga van eldönteni, hogy beleegyezik-e az alternatív kezelésbe, melynek tájékozottnak és önkéntesnek kell lennie.

Az alternatív gyógyászat és az orvostudomány kapcsolata nem mentes a feszültségektől. Az orvosi vonatkozásban használt gyógymódok hitelt érdemlő és tudományosan megalapozott tényeken alapulnak, míg az alternatív gyógymódok hatékonysága tudományos módszerekkel nem minden esetben igazolt egyértelműen. Ez nem jelenti, hogy az alternatív gyógymódok nem lehetnek hatékonyak, csupán fontos felhívni a figyelmet a módszerek objektív értékelésre. Míg az alternatív gyógyászatot folytató szakemberek gyakran kritizálják a hagyományos orvoslás túlzott mértékű gyógyszerfelhasználását és a betegek individualitásának elhanyagolását,[485] addig a hagyományos orvoslás képviselői az alternatív gyógyászat tudományos megalapozatlanságát vitatják. Azt mindenesetre számításba kell vennünk, hogy az alternatív gyógyászat egyre nagyobb szerepet játszik a gyógyítási folyamatokban. Egyre több ember fordul alternatív módszerekhez a hagyományos orvoslás mellett vagy helyett.[486] A nemzetközi trendek azt mutatják, hogy egyre több ország törekszik az alternatív gyógymódok szabályozására és a jövőben valószínűleg még nagyobb szerep jut majd ennek. Kiemelendő, hogy a szabályozás fontos feladata lesz egyensúlyt teremteni a betegek választási szabadsága és az egészségügyi ellátás biztonsága között továbbá támogatnia kell az alternatív gyógyászat és a hagyományos orvoslás közötti konstruktív párbeszédet.

Az eutanázia és az asszisztált öngyilkosság jogi kérdései

Az eutanázia és az asszisztált öngyilkosság az etika, az orvostudomány és a jogtudomány egyik legvitatottabb kérdésköre. Az emberi élet szentsége, az önrendelkezéshez való jog, a szenvedés enyhítésének kötelessége mind-mind felvetődnek a téma kapcsán. Volt szerencsém a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karának, általános orvos szakán is eltölteni néhány évet, mint hallgató és már az első év első időszakában a kötelező tantárgyak között szerepelt az orvosi etika. Ennek keretében több filmen és szakirodalmi művön keresztül mutatták be az eutanázia

[484] https://lelekbenotthon.hu/2008/12/ifj-lomnici-zoltan-az-alternativ-gyogyito-tevekenysegek-jogi-analizise-a-legujabb-szabalyozas-tukreben/(letöltve: 2024.10.11)
[485] https://lelekbenotthon.hu/2008/12/ifj-lomnici-zoltan-az-alternativ-gyogyito-tevekenysegek-jogi-analizise-a-legujabb-szabalyozas-tukreben/(letöltve: 2024.10.11)
[486] http://www.alternativszemdr.hu/2021/03/17/a-magyar-termeszetgyogyaszat-helyzete/(letöltve: 2024.10.11)

és az asszisztált öngyilkosság szerepét. Véleményem szerint különösen jó, hogy a képzés első időszakban foglalkoznak ezen témákkal is, hiszen a hallgatók érzékenyítése és tájékoztatása elengedhetetlen a téma kapcsán.

Az eutanázia definíciója szerint, az orvos által végrehajtott olyan cselekmény, amely a beteg kifejezett kérésére vagy hozzájárulására, életének megszakítását célozza. Az eutanáziának két válfaja ismert, az aktív - az orvos közvetlenül okozza a beteg halálát - illetve a passzív - az orvos mellőzi az életmentő kezelést. Az asszisztált öngyilkosság esetén az orvos nem közvetlenül okozza a beteg halálát, hanem biztosítja a beteg számára az öngyilkossághoz szükséges eszközöket vagy információkat.[487] Magyarországon az eutanázia és az asszisztált öngyilkosság tilos. A Büntető Törvénykönyv 162. §-a szerint, aki más ember öngyilkossági szándékában közreműködik, bűntettet követ el, és öt évtől tizenöt évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.[488] A nemzetközi szabályozás nem teljes mértékig egységes, ugyanis néhány országban (pl. Hollandia, Belgium, Luxemburg, Kanada) az eutanázia és/vagy az asszisztált öngyilkosság bizonyos feltételek mellett engedélyezett. Más országokban (pl. Németország, Ausztria, Svájc) az asszisztált öngyilkosság engedélyezett, de az eutanázia tiltott. A legtöbb országban azonban egyik sem engedélyezett.[489]

A számos etikai dilemmát felvető eutanázia és asszisztált öngyilkosság, az emberi élet megszakításának és az önrendelkezéshez való jog alapvető etikai elvének kérdésköreit feszíti leginkább egymásnak. Kiterjed-e az önrendelkezéshez való jog az élet és halál feletti döntésre is? Egyrészről az orvos kötelessége enyhíteni a beteg szenvedését és itt merül fel kérdésként, hogy elfogadható eszköz-e a szenvedés enyhítésére az eutanázia vagy sem. Másrészről az orvosi etika alapelve a "Nil nocere" – Ne Árts! - azaz az orvos nem árthat a betegnek, de vajon minden esetben „árt” -e azzal, ha meghosszabbítja az életet. A kérdés széleskörű társadalmi vitákat váltott ki, mely társadalmi vita és nemzetközi trendek hatására egyre több ország fontolgatja az eutanázia és/vagy az asszisztált öngyilkosság legalizálását.

Az eutanázia és az asszisztált öngyilkosság különböző formáira a jogalkalmazás során is ki kell térni [490]:

[487] https://www.webbeteg.hu/cikkek/egeszseges/2014/az-eutanazia-jogi-szemmel(letöltve: 2024.10.11)
[488] 2012. évi C. törvény a Büntető Törvénykönyvről 162. §
[489] Köbel Dávid: Az önrendelkezési jog és az életvégi döntések jogdogmatikájának nemzetközi összehasonlítása (JÁP, 2024/1., 55-76. o.)
[490] Köbel 55-76. o.

- Aktív eutanázia: Az orvos közvetlen cselekménye révén (pl. halálos injekció beadásával) okozza a beteg halálát.
- Passzív eutanázia: Az orvos mellőzi az életmentő vagy életfenntartó kezelést a beteg kérésére vagy hozzájárulására. Ide tartozik például a mesterséges táplálás és folyadékpótlás megszüntetése.
- Önkéntes eutanázia: A beteg kifejezett kérésére történik.
- Nem önkéntes eutanázia: A beteg nem képes kifejezni az akaratát (pl. kómában van), és az orvos a beteg feltételezett akaratának megfelelően jár el. Ez a forma etikai szempontból a legproblematikusabb.
- Asszisztált öngyilkosság: Az orvos biztosítja a beteg számára az öngyilkossághoz szükséges eszközöket vagy információkat, de a halálos cselekményt maga a beteg hajtja végre.

Azokban az országokban, ahol az eutanázia vagy az asszisztált öngyilkosság engedélyezett, alkalmazásuk szigorú feltételekhez kötött. Ilyen feltételek, hogy a betegnek kifejezetten kérnie kell, mely kérésnek önkéntesnek, tájékozottnak és tartósnak kell lennie. A beteg gyógyíthatatlan betegségben kell szenvedjen, mely (elviselhetetlen) szenvedést okoz számára, továbbá a beteg kérését egy másik orvosnak is meg kell vizsgálnia és jóvá kell hagynia. Végül pedig a betegnek pszichológiai /pszichiátriai vizsgálaton kell átesnie, hogy kizárják a mentális betegség lehetőségét. A jogesetek és bírói döntések folyamatosan alakítják az eutanázia jogi szabályozását, megmutatva kérdésének összetettségét. Néhány fontos jogeset és bírósági döntés segít megérteni a jogalkotók és a bíróságok előtt álló etikai és jogi dilemmákat az eutanáziával kapcsolatban:

Karen Ann Quinlan-ügy (USA, 1976): Ez az eset volt az egyik első, mely széles körben nyilvánosságra hozta az eutanázia kérdését. Karen Ann Quinlan tartós vegetatív állapotban lévő beteg volt, akinek szülei kérték az életfenntartó kezelés leállítását. A bíróság végül engedélyezte a lélegeztetőgép lekapcsolását, precedenst teremtve a passzív eutanázia engedélyezésére hasonló esetekben.[491]

Nancy Cruzan-ügy (USA, 1990): Nancy Cruzan autóbaleset következtében szenvedett súlyos agykárosodást és tartós vegetatív állapotba került. Karen Ann Quinlan esetéhez hasonlóan, szülei kérték a mesterséges táplálás leállítását, de a bíróság elutasította a kérelmet, tekintettel arra, hogy nem volt bizonyíték miszerint Nancy ezt szerette volna. Később, miután sikerült bizonyítékokat

[491] In re Quinlan, 70 N.J. 10, 355 A.2d 647 (1976)

bemutatni Nancy korábbi kívánságairól, a bíróság engedélyezte a táplálás leállítását. Az eset hangsúlyozta a beteg előzetes nyilatkozatának fontosságát az eutanázia kérdésében, kiemelve a nyilatkozat elsődlegességét.[492]

Diane Pretty-ügy (Egyesült Királyság, 2002): Diane Pretty motoros neuron betegségben szenvedett és a férjét kérte meg, hogy segítsen neki önkezével véget veti az életének. A bíróság elutasította a kérelmet, mert az asszisztált öngyilkosság illegális volt az Egyesült Királyságban. Ez az eset rávilágított az eutanázia és az asszisztált öngyilkosság közötti jogi különbségekre.[493]

Terri Schiavo-ügy (USA, 2005): Terri Schiavo egy szívrohamot követően tartós vegetatív állapotba került. A férje kérte a mesterséges táplálás leállítását, de Terri szülei ezt ellenezték. Az ügy hosszú jogi csatához vezetett, melyben a floridai kormányzó és az amerikai kongresszus is részt vett. Végül a bíróság a férj javára döntött, engedélyezve a táplálás leállítását.[494]

Lambert-ügy (Franciaország, 2019): Vincent Lambert súlyos agykárosodást szenvedett és tartós vegetatív állapotban élt. A családján belül vita alakult ki az életfenntartó kezelés folytatásáról. Az ügy egészen az Emberi Jogok Európai Bíróságáig jutott, amely végül úgy döntött, hogy Franciaország nem sértette meg Lambert jogait az életfenntartó kezelés leállításával.[495]

A jogesetek közös jellemzője a beteg autonómiájának fontossága. Láthatjuk, hogy a jogalkalmazó általában tiszteletben tartja a beteg kívánságait, amennyiben azok egyértelműen megállapíthatók. Az orvos felelőssége tehát e kérdéskörben is a beteg tájékoztatását, a diagnózis felállítását és a kezelési lehetőségek elmagyarázását foglalja magába. Jogi tanulmányaim alatt kapcsolódott igazán össze bennem, amit az orvosi egyetem első időszakában tanultunk az orvosi etika berkein belül, hogy az eutanázia területén egyértelmű és átfogó jogi szabályozásra van szükség mely biztosítja a beteg jogait, miközben megakadályozza a visszaéléseket.

[492]Cruzan v. Director, Missouri Department of Health, 497 U.S. 261 (1990). Elérhető: https://supreme.justia.com/cases/federal/us/497/261/ (Utolsó letöltés: 2024.10.23.)
[493] Pretty v. United Kingdom, (2346/02) 35 EHRR 1 (2002).
[494] Schiavo ex rel. Schindler v. Schiavo, 403 F.3d 1223 (11th Cir. 2005).
[495] Lambert and Others v. France (application no. 46043/14), European Court of Human Rights (Grand Chamber), 5 June 2015

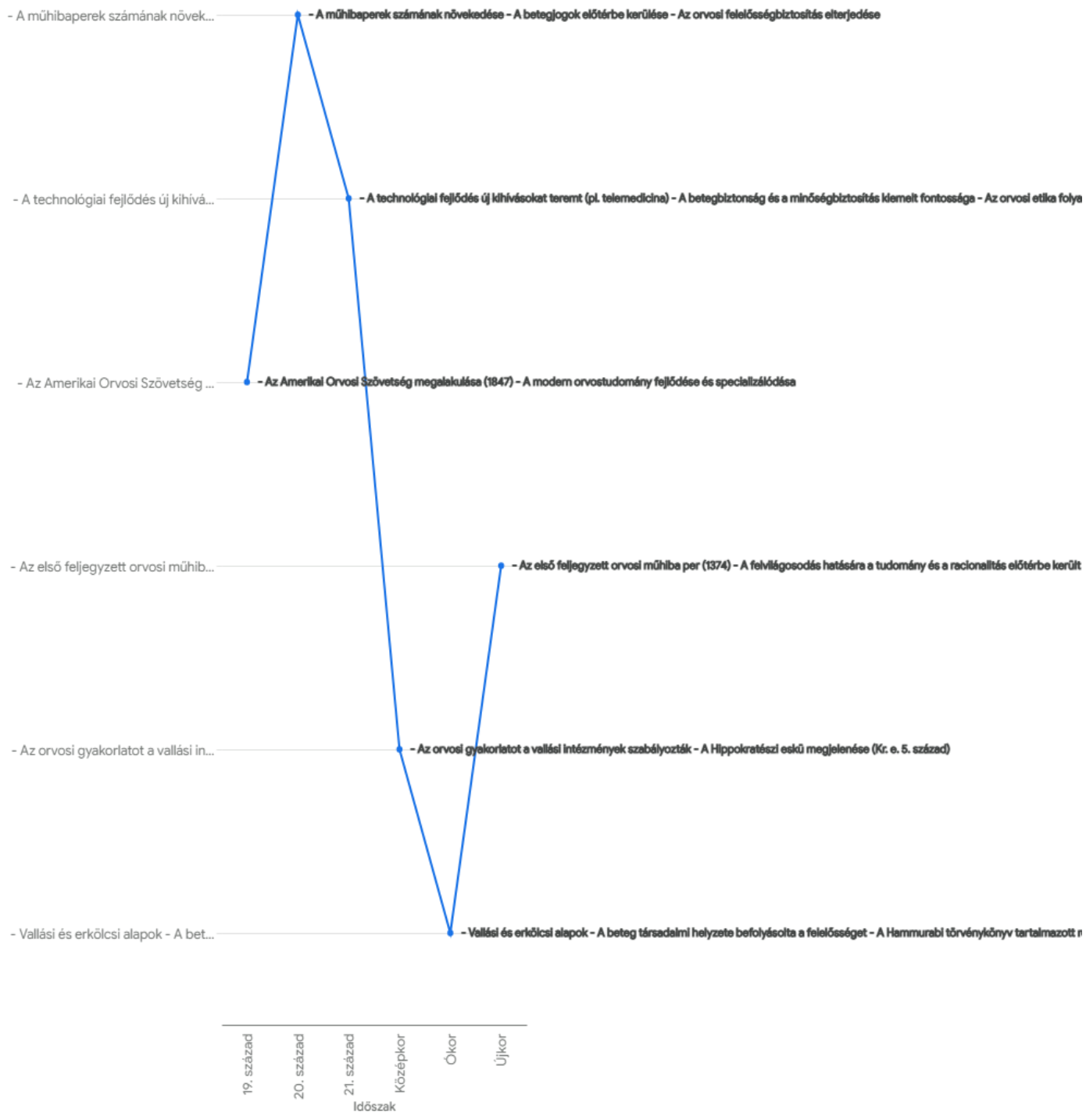
VII. Összegzés

Az orvos-beteg kapcsolat és az orvosi felelősség megítélése jelentősen megváltozott az idők során, tükrözve a társadalom, a kultúra és technológia fejlődését. A kezdeti paternalisztikus modelltől a mai partnerségi kapcsolatig átívelő folyamat számos tényező hatására változott. Ezek közé az orvostudomány fejlődését, a jogi szabályozás változásait, valamint a betegek jogainak és szerepének erősödését mutató tényezőket sorolhatjuk.[496] A korai évszázadok paternalisztikus, orvos-beteg kapcsolati modelljében, az orvos személye döntő szerepet játszott, tekintélye és szakértelme megkérdőjelezhetetlen volt, így hát a betegek gyakran feltétel nélkül elfogadták az utasításaikat. A felelősség megítélése is ennek megfelelően alakult, elsősorban a szakmai szabályok betartásáért tartották őket felelősnek. Az orvostudomány fejlődésével és a betegek jogainak erősödésével a paternalisztikus modell fokozatosan átadta helyét a partnerségi kapcsolatnak. Ebben a viszonyban már az orvos és a beteg egyenrangú felekként vettek részt a döntéshozatalban. Az orvos tájékoztatta a beteget a kezelési lehetőségekről és azok kockázatairól, a beteg pedig szabadon dönthet a számára legmegfelelőbb kezelésről. Az orvosokat ma már nemcsak a szakmai szabályok betartásáért, hanem a beteg megfelelő tájékoztatásának és beleegyezésének elmaradásáért is felelősség terheli. A felelősség megítélésének változásában fontos szerepet játszott a jogi szabályozás fejlődése és a betegjogok erősödése, a betegek jogait hangsúlyozó szabályozások bevezetése ugyanis lehetővé tette aktívabb részvételüket a kezelésükben, valamint jogorvoslati lehetőséget teremtett számukra hibák esetén.[497]

Már a kutatási téma kiválasztásakor biztos voltam abban, hogy szeretném, ha az elvégzett témafeldolgozás vizuálisan is összefoglalható lenne. Ennek érdekében a legfontosabb pontokat grafikonokon és táblázatos formákban foglaltam össze. Az első grafikon az orvosi felelősség változásait szemlélteti a 19. századtól napjainkig. A függőleges tengely a felelősség mértékét, jellegét míg a vízszintes tengely az évszázadokat mutatja.

[496] Jobbágyi Gábor: Az orvos-beteg jogviszony az új Ptk.-ban In: Polgári Jogi Kodifikáció (2005), 7. évfolyam 1. szám, 15-20.o.
[497] Dósa Ágnes: Az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelőssége a tájékoztatás elmulasztásáért (2002), Állam- és Jogtudomány, 47. évf. 1-2. sz., 23-72. oldal

Az orvosi felelősség változásai az idők során



Hammurapi törvénykönyvében már találunk utalásokat az orvosi beavatkozások következményeire, de a felelősség megítélése inkább a "szemet szemért" elven alapult mintsem a gondatlanság vagy a szakmai hiba bizonyításán.[498] Az ókori görögh onban Hippokratész esküje fektette le az orvosi etika alapelveit, hangsúlyozva a beteg érdekeit és az orvos kötelességét a "ne árts" elv betartására.[499]

A középkor orvosi vallási dogmáinak és a céhes szabályok kereteinek köszönhetően az orvosokat gyakran a papi rendhez tartozónak tekintették így a felelősségüket elsősorban az egyház ítélte meg. Az orvosi tevékenységet a céhek etikai kódexek szabályozták, viszont a jogi felelősségre vonás még ritka volt.[500] A tudományos gondolkodás térnyerése és a humanista eszmék hatására a felelősség kérdése új megvilágításba került, az orvoslás fokozatosan elszakadt a vallástól és egyre inkább a szakmai tudás, a gondosság és a beteg érdekeinek figyelembevétele vált hangsúlyossá. A 19.-ik és a 20.-ik században a kártérítési jog fejlődése lehetővé tette a betegek számára, hogy kártérítést követeljenek az orvosi hibák miatt, a büntetőjog pedig eszköztárával a súlyosan gondatlan, illetve szándékos orvosi tevékenységgel szemben alakított ki védelmi hálót.[501]

Az orvosi felelősség megítélésében fontos szerepet játszó elveket és kategóriákat az alábbiakban határozhatjuk meg:

- **Gondossági kötelezettség:** Az orvos köteles a tőle elvárható legnagyobb gondossággal eljárni betege érdekében. Azt, hogy mi a gondosság mértéke, a szakmai standardok, a tudományos ismeretek és a beteg egyéni körülményei határozzák meg.[502]
- **Tájékoztatási kötelezettség:** A tájékoztatási kötelezettség értelmében, az orvos köteles a beteget tájékoztatni a betegségéről, a lehetséges kezelésekről, valamint a kockázatokról és a kezelés mellékhatásairól, a betegnek pedig joga van a tájékoztatás alapján szabadon dönteni a kezelésről[503]
- **Beleegyezési kötelezettség:** Az orvos csak a beteg beleegyezésével végezhet beavatkozást. A beleegyezésnek önkéntesnek, tájékozottnak és kifejezettnek kell lennie.[504]

[498] Bottéro, J. (1995). Mesopotamia: Writing, reasoning, and the gods. Chicago: University of Chicago Press.
[499] Edelstein, L. (1967). Ancient medicine: Selected papers of Ludwig Edelstein. Baltimore: Johns Hopkins University Press
[500] Siraisi,(1990).
[501] Schwartz,(1986).
[502] Liang, (2011).
[503] Annas, G. J. (2003). The rights of patients. Carbondale: Southern Illinois University Press.
[504] Faden, R. R., & Beauchamp, T. L. (1986). A history and theory of informed consent. New York: Oxford University Press.

- **Titoktartási kötelezettség:** Az orvos köteles a beteg egészségügyi adatait bizalmasan kezelni. A titoktartási kötelezettség alól csak törvényben meghatározott kivételek esetén lehet felmentést kapni.[505]

Láthatjuk, hogy a 19. században megindult a modern orvostudomány kialakulása, a tudományos alapokon nyugvó orvosi gyakorlat terjedése. Ezzel párhuzamosan a betegek jogtudatosságának és az orvosi beavatkozások komplexitásának növekedése is megerősödött. A műhibaperek elterjedése is erre az időszakra vezethető vissza, ami arra utal, hogy az orvosok felelőssége egyre inkább jogi keretek közé került. A mulasztásoknak, hibáknak jogi következményei lettek, amit az ábrán egy felfelé ívelő szakaszként láthatunk. Ez tehát a felelősség növekedését jelzi.

A későbbiekben, a 20. század környékén robbanásszerű fejlődés következett be a technológia területén. Ez új lehetőségeket teremtett a gyógyításban ugyanakkor egyre összetettebb döntések meghozatalát várta az orvosoktól. A szakmai szervezetek - mint az Amerikai Orvosi Szövetség - szerepe megnőtt az etikai normák és a felelősségi szabályok kialakításában. Ez a szakmai önszabályozás és a felelősségvállalás erősödését szolgálta, amellett, hogy a jogi felelősség is fennmaradt. A grafikonon ez a szakasz egy lefelé ívelő tendenciát mutat, ami nem feltétlenül a felelősség csökkenését, sokkal inkább a felelősség megosztásának és diverzifikálásának jelenségét tükrözi. Ennek elsődleges okának a szakmai irányelvek és protokollok szerepének hangsúlyossá válását tartom. E pont a korábbi időszakokra vonatkozóan referenciapontként is értékelhető, ugyanis a 21. század kontextusában a betegjogok és a betegek autonómiája egyre nagyobb hangsúlyt kapott. Az információhoz való jog, a beleegyezés elve és a panaszjogok erősödése átalakította az orvos-beteg viszonyt, növelve az orvosok felelősségét a beteg tájékoztatásáért és részvételéért a döntéshozatalban. A grafikonon ez egy felfelé ívelő szakaszként mutatkozik meg, ami a felelősség növekedését, de egyúttal a betegközpontú megközelítés erősödését is jelzi. Elmondhatjuk azt is, hogy a század és egyben a modern orvoslás jellemzője is az egyre erősödő intézményesülés. A kórházak, klinikák és egészségügyi rendszerek komplex működése, nem csak az egyéni, hanem az intézményre is kiterjedő felelősséget is magával hozta, megerősítve a protokollok, minőségbiztosítási rendszerek és az intézményi etikai bizottságok kollektív felelősségvállalásának intézményét.

[505] Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). Principles of biomedical ethics. New York: Oxford University Press.

Következtetések, megállapítások:

1, **A felelősség növekvő komplexitása:** A történelem során az orvosi felelősség fogalma folyamatosan bővült és egyre összetettebbé vált. Kezdetben főként az egyéni orvosi műhibákra korlátozódott, mára azonban kiterjed az intézményi felelősségre, a technológiai kockázatokra, az etikai dilemmákra és a betegjogokra egyaránt.

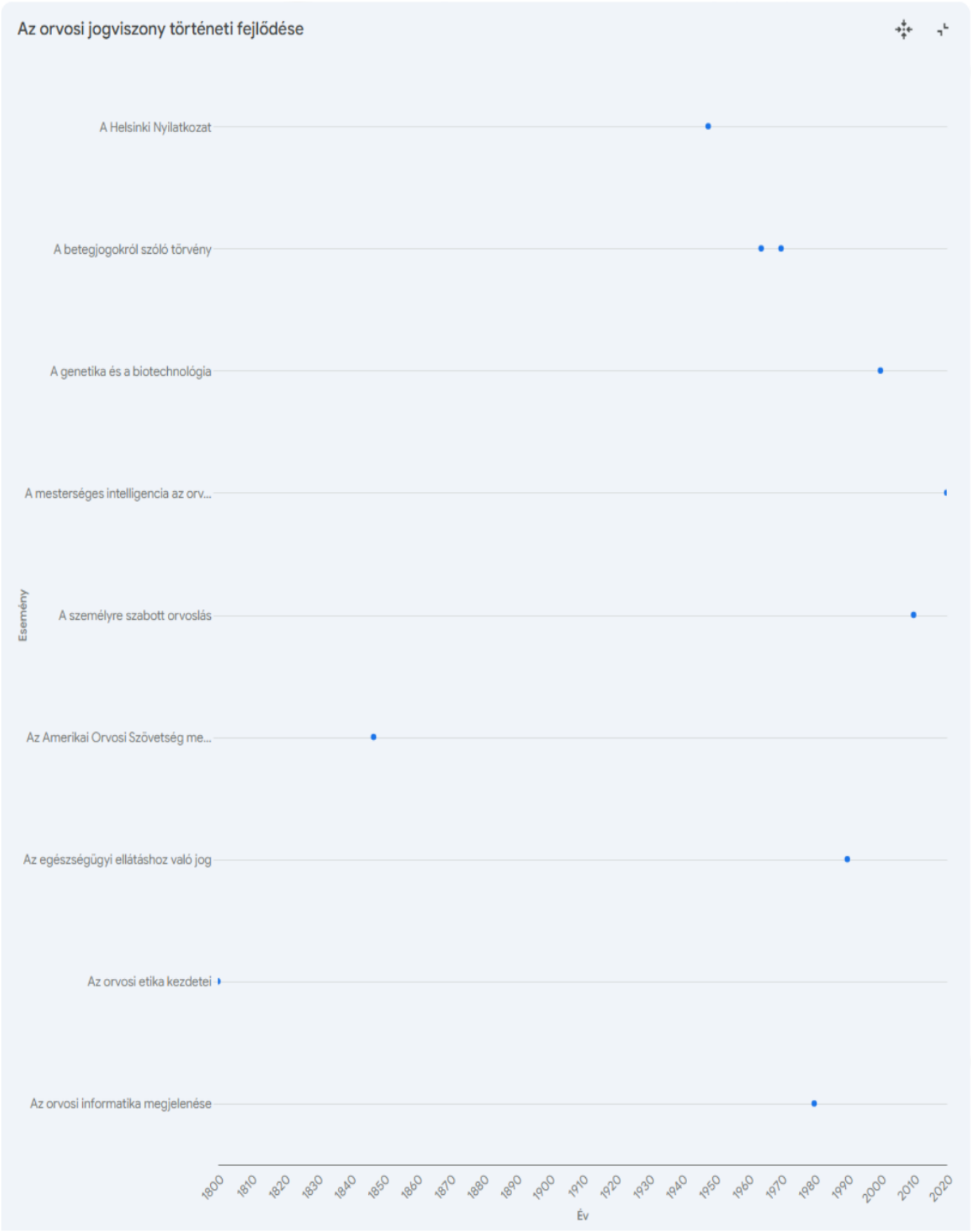
2, A **jogi keretek erősödése:** A műhibaperek megjelenésével és a jogi szabályozás fejlődésével az orvosok felelőssége egyre inkább jogilag kodifikált és számonkérhetővé formálódott.

3, **Szakmai önszabályozás és etika:** A szakmai szervezetek szerepe megnövekedett az etikai normák és protokollok kidolgozásában, melyek kiegészítik a jogi kereteket és egyben a szakmai felelősségvállalás alapját is képezik.

4, Betegközpontú megközelítés: A betegjogok erősödése jelentősen átalakította az orvos-beteg viszonyt, növelve az orvosok felelősségét a tájékoztatás, a beleegyezés és a beteg autonómiájának tiszteletben tartása terén.

5, **Technológiai kihívások:** Az orvosi technológia (beleértve a mesterséges intelligenciát is) gyors fejlődése folyamatosan új etikai és jogi kérdéseket vet fel, melyek az orvosi felelősség további átalakulását igénylik a jövőben.

6, Hullámzó, de felfelé ívelő tendencia: Bár a grafikon hullámzást mutat, összességében a felelősség mértéke és kiterjedése növekvő tendenciát mutat, mivel az orvosi beavatkozások komplexitása, a társadalmi elvárások és a jogi környezet is folyamatosan fejlődik.


Az orvosi jogviszony történeti fejlődése
A Helsinki Nyilatkozat
A betegjogokról szóló törvény
A genetika és a biotechnológia
A mesterséges intelligencia az orv...
A személyre szabott orvoslás
Az Amerikai Orvosi Szövetség me...
Az egészségügyi ellátáshoz való jog
Az orvosi etika kezdetei
Az orvosi informatika megjelenése
Esemény
1800
1810
1820
1830
1840
1850
1860
1870
1880
1890
1900
1910
1920
1930
1940
1950
1960
1970
1980
1990
2000
2010
2020
Év

Az orvos és a páciens, illetve az orvos és a jogrendszer közötti kapcsolat a 19. századtól napjainkig tartó időszakban különösen dinamikus volt. A 19. század elején az orvosi gyakorlat még sokkal inkább egyéni meggyőződéseken és a Hippokratészi eskün alapult, a jogi szabályozás hiányos volt és az orvosi felelősség inkább morális, mint jogi kategóriaként jelent meg. A század közepére datálható az Amerikai Orvosi Szövetség megalakulása (1847), ami kulcsfontosságú lépés volt az orvosi szakma önszabályozása felé. A szakmai szervezetek létrehozása hozzájárult az egységes etikai normák kialakításához, lefektetve a minőségbiztosítás alapjait. Bár ekkor még nem beszélhettünk közvetlen jogi szabályozásról, az önszabályozás előrevetítette a jogi keretek kialakulását.

Az 1964-es Helsinki Nyilatkozat mérföldkövet jelentett az orvosi kutatások etikájában. A Nyilatkozat kifejezetten rögzítette az emberi alanyok védelmének fontosságát, a tájékozott beleegyezés elvét, és a kutatás etikájának prioritását a tudományos érdekekkel szemben. Ez a dokumentum, bár nem közvetlen jogi norma, hatalmas hatással volt a nemzeti jogrendszerekre és világszerte az orvosi gyakorlatra. Feltehetőleg a '70-es, '80-as évek vívmánya volt az orvosi informatika megjelenése, mely forradalmasította az orvosi dokumentáció, diagnosztika és kutatás korábbi rendszerét. Jogi szempontból ezek a változások olyan kérdéseket hoztak felszínre, mint az adatvédelem, az adatbiztonság és az elektronikus egészségügyi nyilvántartásokkal kapcsolatos felelősség. Ez az időszak az individuális jogok megerősödésének korszaka is egyben. A betegjogokról szóló jogszabályok garanciákat biztosítottak a betegek számára az egészségügyi ellátás során, bevezetve az önrendelkezési, a tájékozott beleegyezés, az ellátáshoz való, valamint a titoktartáshoz való jogokat.

Az 1990-es – 2000-es években a gyors technológiai és társadalmi változások hatására a humán genom projekt és a biotechnológiai áttörések új etikai és jogi alapokra helyzeték az eddigi szabályozásokat. Kérdések merültek fel a genetikai adatvédelemmel, a génterápiával, a klónozással, az embrió kutatással és a genetikai diszkriminációval kapcsolatban. Az egészségügyi ellátáshoz való jog, mint folyamatosan fejlődő koncepció, a '90-es években erősödött meg igazán, és bár az egészséghez való jog alapvető emberi jognak tekinthető, a hozzáférés és az ellátás minőségének biztosítása folyamatosan a jogalkotás fókuszában álnak.

Következtetések

1, Fokozatos jogiasodás és formalizálódás: A grafikon jól szemlélteti, hogy az orvosi jogviszony egyre inkább jogi keretek közé rendeződő, morális, etikai elvekkel kiegészülő törvényi szabályozások összességének mondható fogalommá válik.

2, Technológiai fejlődés hajtóereje: Az orvostudomány és a technológia fejlődése folyamatosan megoldandó helyzeteket teremt, melyekre a jogrendszernek reagálnia kell.

3, A páciens központi szerepe: Az idő előrehaladtával egyre inkább a páciens jogai és autonómiája kerültek fókuszba, a korábbi paternalista orvosi modellel ma már elképzelhetetlen.

4, Komplex felelősségi kérdések: Az új technológiák bevezetése a felelősség elhatárolásának új problémáit vetik fel, elmosva az orvos, a szoftverfejlesztő és az egészségügyi intézmény közötti határokat.

5, Nemzetközi hatások: A Helsinki Nyilatkozat és más nemzetközi etikai irányelvek rávilágítanak a globális konszenzus szükségességére bizonyos orvosi jogi kérdésekben. Elengedhetetlen tehát a jogszabályok folyamatos felülvizsgálata és aktualizálása, valamint az interdiszciplináris megközelítés alkalmazása, úgy, mint az orvosok, etikusok, jogászok, informatikusok és betegek érdekképviseleti szervezeteinek bevonása a folyamatokba. A jogi szabályozás mellett ugyanis az etikai irányelveknek továbbra is fontos szerepük van a „puha jogban”, különösen azokon a területeken, ahol a technológia gyorsabban fejlődik, mint a jogi szabályozás.

Meggyőződésem, hogy az orvosi felelősség intézményének hosszú és összetett fejlődési folyamata, a 19. századtól kezdve gyökeresen megváltozott és egyre inkább elfogadottá vált az a nézet, hogy az orvosoknak is felelősséget kell vállalniuk a hibáikért. A 20. században a jog az objektív felelősség irányába fejlődött, ami azt jelenti, hogy az orvos már akkor is felelősséggel tartozik a betegnek okozott kárért, ha nem járt el vétkesen. A kontinentális és angolszász jogrendszerekben az orvosi felelősség szabályozása eltérő módon történik. Míg a kontinentális jogrendszerekben a polgári törvénykönyvben foglaltak az irányadók, addig az angolszász jogrendszerekben a bírói precedensek a mérvadók.

Jellemző	Kontinentális jogrendszer	Angolszász jogrendszer
Jogforrás	Elsősorban kodifikált jog, törvények, rendeletek	Precedensek, bírói döntések
Felelősség megállapítása	Objektív felelősség (a hiba ténye elegendő a felelősség megállapításához)	Szubjektív felelősség (a gondatlanság bizonyítása szükséges)
Bizonyítási teher	Az orvoson van a bizonyítási teher, hogy nem hibázott	A betegen van a bizonyítási teher, hogy az orvos hibázott
Kártérítés	Általában korlátozott mértékű, a betegbiztosítás vagy az állam által nyújtott kártérítés	Általában magasabb mértékű, a kártérítési perekben megítélt összegek jelentősek lehetnek
Orvosi hibák elbírálása	Elsősorban bíróságok döntenek az orvosi hibákról	Szakmai testületek (pl. orvosi kamarák) és bíróságok is részt vesznek az elbírálásban
Perindítás	Általában könnyebb perindítás, alacsonyabb a perindítási költségek	Nehezebb perindítás, magasabb perindítási költségek és ügyvédi díjak
Eljárás hossza	Általában rövidebb eljárás a bíróságokon	Általában hosszabb eljárás, a pereskedés évekig is eltarthat
Költségek	Általában alacsonyabbak a pereskedéssel járó költségek	Általában magasabbak a költségek, beleértve az ügyvédi díjakat és a szakértői vélemények költségeit
Betegjogok	A betegjogok általában törvényekben rögzítettek	A betegjogok a precedensek és a common law alapján alakultak ki
Orvos-beteg kapcsolat	Hagyományosan paternalisztikusabb, az orvosnak nagyobb a döntési hatalma	Egyenlőbb, partnerségi viszony az orvos és a beteg között
Információhoz való jog	A betegnek joga van az egészségi állapotáról és a kezelési lehetőségekről információt kapni	A betegnek joga van a teljes körű tájékoztatáshoz, beleértve a kockázatokat és az alternatívákat is
Önrendelkezéshez való jog	A betegnek joga van beleegyezését adni vagy megtagadni a kezelést	A betegnek joga van megtagadni a kezelést, még akkor is, ha ez az életébe kerülhet

A felelősség szabályozása országonként eltérő. A szigorúbb szabályozással a jogalkotó célja a betegek védelme, míg a megengedőbb szabályozás az orvosok jogbiztonságának erősítését szolgálja.

Hasonlóságok

- **A gondossági kötelezettség:** Az orvosok mindenütt kötelesek a beteg érdekében a tőlük elvárható gondossággal eljárni. A gondosság mértékét a szakmai standardok, a tudományos ismeretek és a beteg egyéni körülményei határozzák meg.
- **A tájékoztatási kötelezettség:** Az orvos kötelessége a beteg tájékoztatás a betegségéről, a lehetséges kezelésekről, valamint a kockázatokról.
- **A beleegyezési kötelezettség:** Az orvos csak a beteg beleegyezésével végezhet beavatkozást.
- **A titoktartási kötelezettség:** Kötelező a beteg egészségügyi adatainak bizalmas kezelése.

Különbségek

- **A bizonyítási teher:** A kontinentális jogrendszerekben általában a beteg kötelessége bizonyítani az orvos hibáját, addig az angolszász jogrendszerekben az orvosnak kell bizonyítania, hogy nem járt el gondatlanul.[506]
- **A kártérítés mértéke:** A kártérítés mértéke alapvető jogfilozófiai különbségeket mutat a két jogrendszer között. Míg a kontinentális jog a tényleges károk kompenzációjára és a károsult helyzetének rendezésére törekszik, addig az angolszász, különösen az amerikai modell, sokkal nagyobb hangsúlyt fektet a "pain and suffering" fogalmára és a büntető kártérítés révén a károkozó megbüntetésére és elrettentésére. Ez utóbbi eredményezi a jóval magasabb kártérítési összegeket és a pereskedési hajlandóságot, ami alapjaiban befolyásolja az orvosi felelősségbiztosítási piacot és az egészségügyi rendszerre nehezedő terheket.
- **A büntetőjogi felelősség:** Míg a kontinentális jog könnyebben állapít meg büntetőjogi felelősséget egyszerű gondatlanság esetén, az angolszász jogban a büntetőjogi felelősség megállapításához a gondatlanságnak sokkal súlyosabbnak kell lennie. Emiatt az angolszász országokban az orvosi felelősségre vonás sokkal inkább a polgári jogi kártérítési perekben érvényesül.

[506] John D. Hodson: Medical Malpractice Law in Comparative Perspective (The Journal of Legal Medicine, 2003)

- **A felelősségbiztosítás:** a leglényegesebb különbséget a mögöttes jogi kultúra és a kártérítési jogi filozófia adja. Az angolszász jogrendszerekben, különösen az Egyesült Államokban, a "perelni akaró" kultúra drámaian megnöveli a biztosítási kockázatokat és díjakat. Ezzel szemben a kontinentális rendszerek, mint Magyarország, egy stabilabb, kiszámíthatóbb, és jellemzően alacsonyabb kártérítési igényekkel jellemezhető környezetet biztosítanak, amit a kötelező biztosítási rendszerek is alátámasztanak.

Néhány példa a különböző jogrendszerekben megfigyelhető eltérésekre:

- **Németország:** A német jogrendszerben az orvosi felelősség szabályozása a polgári törvénykönyvben található. A hangsúly a szerződésszegésen és a jogellenes károkozáson van. A bizonyítási teher a beteget terheli.[507]
- **Anglia:** Az angol jogrendszerben az orvosi felelősség szabályozása a kártérítési jogon alapul. A hangsúly a gondatlanság bizonyításán van. A bizonyítási teher az orvost terheli.
- **USA:** Az amerikai jogrendszerben az orvosi felelősség szabályozása államonként eltérő, a kártérítési perek gyakoriak és a kártérítési összegek általában magasak.[508]

Az orvosi felelősség a magyar jogrendszerben

Polgári jogi felelősség

Hazánkban az orvos polgári jogi felelőssége két kategóriába sorolható, a szerződéses felelősség és a szerződésen kívüli (deliktus) felelősség kategóriáira. Az orvos és a beteg között létrejövő jogviszony alapvetően szerződéses jellegű, melyből az orvosra nézve számos kötelezettség származik. Például a beteg gyógykezelésére, a megfelelő tájékoztatásra és az informált beleegyezés megszerzésére vonatkozó kötelezettség. Ha az orvos megszegi ezen szerződéses kötelezettségeit, és ezzel kárt okoz a betegnek, akkor szerződéses felelősséggel tartozik a beteg felé.[509] A másik esetben az orvos szerződésen kívüli felelősséggel tartozik, ha a betegnek okozott kár nem a szerződéses kötelezettségek megszegéséből, hanem az orvos jogellenes magatartásából ered. Ilyen eset lehet például, ha az orvos gondatlanul jár el a beteg kezelése során, vagy ha megsérti a beteg személyiségi jogait. A deliktuális felelősség megállapításához a károsultnak

[507] Library of Congress: Medical Liability: Canada, England and Wales, Germany, and India
[508] Mark A. Hall, Ronald F. Wright: Medical Liability and Treatment Relationships (Aspen Publishers, 2010)
[509] Jobbágyi Gábor: Az orvosi kezelési szerződés a magyar jogban (2013), Magyar Jog, 58. évf., 8. sz., 481-490. oldal

bizonyítania kell az orvos jogellenes magatartását, a kár bekövetkeztét, valamint az okozati összefüggést a jogellenes magatartás és a kár között.[510]

Büntetőjogi felelősség

A magyar jogban a kodifikált Btk. és a bírói gyakorlat viszonylagos jogbiztonságot teremt az orvosok számára, hiszen a felelősségvállalás keretei jól körülhatároltak. Ugyanakkor nem hagyhatjuk figyelmen kívül, hogy fennáll a veszélye az ún. defensive medicina kialakulásának, amikor is az orvosok a büntetőjogi felelősségtől való félelmükben feleslegesen sok vizsgálatot rendelnek el, vagy elkerülik a kockázatos, de indokolt beavatkozásokat. A magyar büntetőjogban a foglalkozás körében elkövetett gondatlan veszélyeztetés (Btk. 165. §) lehetőséget ad az orvosok büntetőjogi felelősségre vonására és bár a bizonyítási küszöb magas, egy-egy látványosabb ügy, a sajtó nyilvánossága, vagy az egyre aprólékosabb szakmai protokollok megszegésének lehetősége szorongást kelthet az orvosokban. Ennek elkerülése érdekében, az orvosok számára az arányos és kiszámítható jogi szabályozás kialakítása kiemelten fontos, hiszen a cél a betegellátás biztonságának és minőségének fenntartása.

Speciális szabályok és elvek az orvosi felelősség megítélésében

Az orvosi felelősség megítélése kapcsán számos speciális szabály és elv létezik, melyek a tevékenység sajátosságaiból erednek. Ilyen szabályok például az orvosi szakmai szabályok, melyek betartása minden esetben prioritás a szakma gyakorlói számára. Az orvos elsődleges kötelessége a szakmai szabályok betartása, melyek az orvostudomány mindenkori állása szerint elvárható gondosságot írnak elő. A szakmai szabályok betartásának elmulasztása önmagában is megalapozhatja az orvos felelősségét. A kötelezettségek közé tartozik tovább, hogy a beteg egészségügyi adatait az egészségügyi ellátó hely és személyzet bizalmasan kezelje, és azokat csak a beteg hozzájárulásával vagy törvényben meghatározott esetekben adják ki harmadik személynek. Az orvosi titoktartás megsértése szintén az orvos felelősségét vonhatja maga után.[511] Végezetül meg kell említenünk az orvosi műhibát amely, olyan szakmai hiba, ami az orvostudomány mindenkori állása szerint elvárható gondosság betartása esetén is előfordulhat. Az orvosi műhiba önmagában nem feltétlenül alapozza meg az orvos felelősségét, de ha a műhiba kárt okoz a betegnek, akkor az orvos kártérítési felelősséggel tartozik.

[510] Polgári Törvénykönyv (2013. évi V. törvény)
[511] Az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény

Az orvosi jogviszony pillérei és az orvosi felelősség sajátosságai

A történelmi és összehasonlító elemzése során világossá válik a jogág összetettsége és fejlődése, mely az orvostudomány haladásával és a társadalom változásaival párhuzamosan növekedett. Az orvos a páciens bizalmas partnere; kölcsönös megértésen és az idő múlásával kifejlesztett tiszteleten alapuló kapcsolatot építenek ki. A beteg sebezhető állapotában az orvos szakértelmében, jóakaratában és abban bízik, hogy az orvos a legjobb tudása szerint a lehető legjobban fog cselekedni. Ez az a fajta kapcsolat, elengedhetetlen az optimális gyógyuláshoz, a pácienssel való tudatos együttműködéséhez. A kölcsönös bizalom során az orvosnak is bíznia kell abba, hogy a beteg őszintén beszél betegségéről és követi utasításait. Ha az orvos nem kommunikál megfelelően, vagy a beteg úgy érzi, nem gondoskodnak róla eléggé, a bizalom megrendülhet, ez pedig negatív következményekhez vezethet, beleértve azt is, hogy a páciens már nem remél javulást és megtagadja az együttműködést az orvossal.

Az orvos kötelessége a beteget tájékoztatni, melynek teljeskörűnek, érthetőnek és őszintének kell lennie, a betegnek pedig joga felvilágosítást kérni a betegségéről, a kezelés menetéről, a lehetséges szövődményekről, valamint a kezelés alternatíváiról. A tájékoztatás során az orvosnak figyelembe kell vennie a beteg egyéni szükségleteit és érzelmi állapotát. A tájékoztatás történhet szóban vagy írásban. Fontos a beteg számára érthető nyelven, szakzsargonmentesen való kommunikáció, továbbá, hogy lehetőség legyen arra, hogy a beteg kérdéseket tegyen fel és tisztázza kétségeit a kezelés előnyeiről és hátrányairól.

A betegnek joga eldönteni, hogy beleegyezik-e a beavatkozásba. A beleegyezésnek tájékozottnak és önkéntesnek kell lennie. A beteg csak akkor adhat érvényes beleegyezést, ha megfelelő tájékoztatást kapott a beavatkozásról és ha döntését nem befolyásolja külső nyomás vagy kényszer. A beleegyezését bármikor visszavonhatja, akár a beavatkozás megkezdése után is. A beleegyezés lehet szóbeli vagy írásbeli. Bizonyos esetekben a jogszabály írásbeli beleegyezést ír elő (pl. műtéti beavatkozás esetén) a cselekvőképtelen betegek esetében pedig a törvényes képviselő adja meg a beleegyezést a beavatkozáshoz.

A titoktartás keretében az orvos köteles megtartani a beteg egészségi állapotával és személyes adataival kapcsolatos információkat. A titoktartási kötelezettség nem csak a kezelőorvosra, hanem minden egészségügyi dolgozóra érvényes. A titoktartás célja a beteg magánéletének védelme és a beteg és orvosa közötti bizalom megőrzése. A titoktartási kötelezettség nem korlátlan, ha azt a

törvény elrendeli (pl. fertőző betegségek bejelentése esetén), vagy ha mások életének, testi épségének vagy egészségének védelme szükségessé teszi.

Az orvos tevékenysége során köteles a tőle elvárható legnagyobb gondossággal eljárni, a szakmai szabályok, a tudomány és a technika állását figyelembe véve, a beteg egyéni szükségleteinek megfelelően. Ennek érdekében folyamatosan képeznie kell magát követve a szakmai újításokat.

Az orvos felelősséggel tartozik a betegnek okozott károkért, függetlenül attól, hogy vétkesen járt-e el vagy sem. Ez azt jelenti, hogy a betegnek nem kell bizonyítania az orvos vétkes magatartását, elég bizonyítania, hogy az orvos tevékenysége és a kár között ok-okozati összefüggés van. Az objektív felelősség célja a betegek védelme. A felelősség alóli mentesülést a kár elháríthatatlan mivolta biztosíthatja. Ilyen ok lehet például a vis major, a beteg közrehatása vagy egy ismeretlen mellékhatás. A kártérítés mértéke a beteg által elszenvedett kár nagyságától függ és kiterjedhet a vagyoni és nem vagyoni károkra. A beteg feladata bizonyítania, hogy az orvos hibázott, és e hiba miatt szenvedett kárt. Ez gyakran nem könnyű feladat.

A kártérítést illetően a vagyoni károk a beteg által elszenvedett anyagi károk, például a kezelés költségei, az elvesztett jövedelem és a jövőbeni keresetkiesés. A nem vagyoni károk a beteg által elszenvedett nem anyagi természetű károk, például a fájdalom, a szenvedés és az életminőség romlása. A kártérítés mértékének meghatározása a bíróság feladata. A bíróság figyelembe veszi a beteg által elszenvedett kár nagyságát, az orvos vétkes magatartásának súlyosságát és az orvos anyagi helyzetét.

A magyar jogban az orvosokat érintő felelősséget általában három fő irányvonalra oszthatjuk. A polgári jogi, a büntetőjogi és az etikai felelősség legfőbb kapcsolódási pontja a felróható magatartás, az abból eredő károkozás és elvárható gondosság megsértése. A három felelősségi forma gyökere a szakszerűtlen, szabályszegő magatartás, ami eltér az általában elvárható színvonaltól. Az alábbi táblázat összehasonlító jelleggel foglalja össze a legfontosabb különbségeket a három felelősségi forma között. Fontos megjegyeznünk, hogy annak ellenére, hogy gyakran elmosódik a határ a felelősségi formák között, a polgári jogi felelősség célja a károsult kárának megtérítése, a büntetőjogi felelősségre vonás célja a szankcionálás és a társadalom védelme, az etikai felelősség pedig a szakmai tisztaság és hivatási tekintély megőrzésére hivatott.

Jellemző	Polgári jogi felelősség	Büntetőjogi felelősség	Etikai felelősség
Jogalap	Szerződésszegés, jogellenes károkozás	Büntető törvénykönyvben meghatározott bűncselekmények elkövetése	Orvosi etikai kódex, szakmai normák megsértése
Cél	A betegnek okozott kár megtérítése	Büntetés kiszabása, a társadalom védelme, elrettentés	Az orvosi szakma tisztaságának megőrzése, a betegek bizalmának fenntartása, az orvosok szakmai fejlődésének elősegítése
Felelősség alanya	Az orvos, az egészségügyi intézmény	Az orvos, aki a bűncselekményt elkövette	Az orvos
Felelősség feltételei	Okozat összefüggés a hiba és a kár között, felróhatóság	A bűncselekmény törvényi tényállásának megvalósulása, bűnösség (szándékosság vagy gondatlanság)	Az etikai kódex vagy szakmai normák megsértése
Jogkövetkezmények	Kártérítés, sérelemdíj	Szabadságvesztés, pénzbüntetés, foglalkozástól eltiltás, közügyektől eltiltás	Figyelmeztetés, megrovás, felfüggesztés, kizárás az orvosi kamarából, továbbképzés elrendelése
Eljárás	Polgári peres eljárás	Büntetőeljárás	Etikai eljárás az orvosi kamara előtt
Bizonyítási teher	A károsultnak kell bizonyítania a kár bekövetkeztét, az orvos hibáját és az okozati összefüggést	Az ügyészségnek kell bizonyítania a bűncselekmény elkövetését	Az orvosi kamarának kell bizonyítania az etikai vétség elkövetését
Eljárási szabályok	A polgári perrendtartás szabályai szerint	A büntetőeljárás szabályai szerint	Az orvosi kamara etikai szabályzata szerint
Jogorvoslati lehetőségek	Fellebbezés, felülvizsgálat	Fellebbezés, felülvizsgálat	Fellebbezés az orvosi kamara etikai bizottságához
Végrehajtás	A bíróság ítéletének végrehajtása	A bíróság ítéletének végrehajtása	Az orvosi kamara határozatának végrehajtása

Gyakoriság	Gyakori	Ritka	Viszonylag gyakori
Példák	Hibás diagnózis, műhiba, fertőzés átadása	Gondatlan emberölés, Testi sértés, Kuruzslás	Titoktartás megsértése, betegjogok megsértése, összeférhetetlenség

Következtetések:

1. Az orvos-beteg kapcsolat egy bizalmi viszonyon alapuló, speciális jogviszony, amelyet a kölcsönös függőség és az aszimmetria jellemez. Az orvosnak hatalmi pozíciója van a beteggel szemben, ami fokozott felelősséggel jár.
2. Az orvosi jogviszony négy alapvető pilléren nyugszik. A bizalom, a tájékoztatás, a beleegyezés és a titoktartás elemein. Ezek a pillérek biztosítják a beteg jogainak és érdekeinek védelmét, az orvos-beteg kapcsolat megfelelő működését.
3. Az orvos felelősséggel tartozik a betegnek okozott károkért, ha a károkozás a szakmai gondossági kötelezettség megszegésével függ össze. Az orvosi felelősség lehet szerződéses vagy szerződésen kívüli (deliktuális).
4. Az orvosi felelősség sajátosságai közül a leginkább jelentősnek, a magas gondossági kötelezettség, az objektív felelősség és a bizonyítási teher
5. Az orvos büntetőjogi felelősségre is vonható, ha a betegnek okozott kár bűncselekménynek minősül.
6. Az orvosi felelősség intézménye hosszú történeti fejlődés eredménye. A jogrendszerek országonként eltérő módon szabályozzák az orvosi felelősséget.

A jogrendszernek elvitathatatlan szerepe van a betegek védelmében és az orvosok jogbiztonságának biztosításában. Kutatásom során láttam csak igazán, hogy az orvosi jogviszony és az orvosi felelősség területe számos nyitott kérdést tartalmaz. A jogalkotás és a jogalkalmazás fontos feladata, hogy folyamatosan kövesse a tudomány fejlődését és a társadalmi változásokat, hogy megfelelő védelmet nyújthasson a betegek és az orvosok számára.

A napjainkban tapasztalható trendek közül a legfontosabbak:

1. A betegjogok erősödése:

A beteg önrendelkezési jogának és tájékozott beleegyezésének jelentősége nagymértékű növekedést mutat. Ez az orvos tájékoztatási kötelezettségének kiterjesztésében és a beteg

döntéshozatalában való aktívabb részvételében érhető tetten. Egyre nagyobb hangsúly jut a beteg egyéni szükségleteinek és preferenciáinak figyelembevételére az ellátás során.

2. Az orvosi felelősség szigorodása:

Az objektív felelősség kiterjesztése egyre több jogrendszerben jelenik meg tendenciaként. Az orvos már akkor is felelősséggel tartozik a betegnek okozott kárért, ha nem járt el vétkesen. A kártérítési perekben ítélt összegek is általában növekvő számokat mutatnak.

3. A technológiai fejlődés hatása:

A mesterséges intelligencia és a telemedicina, új kérdéseket vetnek fel a felelősség megítélése kapcsán. Fontos meghatározni, hogy ki felelős az alkalmazás során elkövetett hibákért, a digitalizáció új szintjein.

4. Az alternatív vitarendezés jelentőségének növekedése:

Egyre gyakrabban alkalmazzák az alternatív vitarendezési módszereket, mint például a mediációt, mely módszerek gyorsabb és költséghatékonyabb megoldást jelenthetnek a peres eljárással szemben.

5.Az egészségügyi dolgozók stresszhelyzetekre való felkészülésének növelése:

A lehetséges stresszhelyzetek megfelelő módon való kezelésének gyakorlása biztosíthatná az orvos felkészültségét, kommunikációjának és helyzetmegoldó képességének növelését. Ennek közvetlen és közvetett pozitív hatásai az orvos-beteg kommunikáció javulásában, az orvos stresszkezelési hatékonyságának növekedésében, valamint a szakmai kiégés és ezáltal a műhibaperek csökkenésében is tetten érhető lenne.

6. A nemzetközi jogharmonizáció törekvései:

A különböző jogrendszerek közötti különbségek csökkentése érdekében elengedhetetlen a nemzetközi jogharmonizáció, amely jelentősen megkönnyítené a betegek jogainak érvényesítését külföldön is.

Jogpolitikai javaslataim az egészségügyi ellátórendszer fejlesztése

Az ellátórendszer hatékonyságát célzó jogpolitikai elvek közül fogalmazódott meg bennem, hogy kiindulópontként a strukturális racionalizálás és az ellátás megszervezésének törvényi szintű megerősítésére kell koncentrálni. Nagyon fontos hangsúlyozni ennek keretén belül, hogy az egyes ellátási szinteket elválasztva érhető el az a cél, amit az egyészségügyi törvény is célul tűzött ki – hogy megszüntesse az alapellátás, a szakellátás és a kórházi ellátások közötti párhuzamokat. Ez úgy érhető el, ha az alapellátás megerősítést kap, így egy kvázi „kapuőr" szerepet képes betölteni. Ezzel a megerősítéssel progresszivitási szinteket hozhatunk létre melyekhez kompetenciákat párosíthatunk, így növelve a betegek megfelelő szintű ellátáshoz való gyorsabb hozzáférésének biztosítását. A végső cél tulajdonképpen az erőforrások hatékonyabb allokációja, a betegutak és a beutalás rendjének jogszabályi szintű egyértelműsítésével és azok következetes érvényesítésével. Véleményem szerint ez a mai digitális világban úgy érhető el legkönnyebben, ha a már működő egységes digitális beteg-út követési rendszer fejlesztése és kötelezővé tétele megtörténik.

Másik megfontolandó javaslatként hoznám fel a finanszírozás stabilizálását, az átláthatóság, valamint a teljesítményalapúság elveit. Azt gondolom, belátható az egészségügyi ellátás kapcsán a legfőbb cél, miszerint az alulfinanszírozottságból eredő kompromisszumokat a lehető legalacsonyabb szinten kell tartanunk - gondolva itt például az eszköz hiányra vagy az ellátórendszer túlterheltségére. Emellett kiemelt cél a minőségi ellátás biztosítása és az ellátásban résztvevő dolgozók hatékonyságra ösztönzése. Ezek olyan általános elvek mentén megoldandó problémák, mint a kiszámítható jogi keretek, valamint a valós szükségletekhez és a minőségi teljesítményhez igazodó finanszírozási rendszer. Lehetséges intézkedésnek gondolom a Homogén Betegségcsoportok felülvizsgálatát és amennyiben az szükséges azok korrekcióját annak érdekében, hogy a költségek valós képet mutassanak. A továbbiakban ezt olyan minőségi indikátorokkal kéne monitorozni melyek reális képet mutatnának a finanszírozásban.

Az a véleményem, hogy a humánerőforrás gazdálkodás jogpolitikai támogatása szintén hozzá tartozik a hatékonyság növeléséhez. Az elv melyet kiindulópontként használhatunk, abban áll, hogy az egészségügyben dolgozó orvosok, valamint szakdolgozók megtartására és megfelelő utánpótlására kell koncentrálódunk, úgy, hogy a foglalkoztatottakat optimális munaktehernek tesszük csupán ki, amelyhez megfelelő szabályozási környezetre van szükségünk. Ezzel elérhető lenne a szakemberhiány csökkentése, valamint az egészségügyben dolgozók kiégésének mérséklése, amely közvetlenül is hatással van az ellátás minőségére és ezáltal a hibák előfordulásának gyakoriságára is. Lehetséges intézkedésnek tartom a már üdvözítően

kezdeményezett munkabérek rendezését ezáltal a fizetések versenyképessé tételét, melyet nem csak az orvosok, de a szakdolgozók irányába is fontosnak tartok, hiszen ezáltal az ellentétek és feszültségek kiegyenlítődnének a dolgozók között. Azt gondolom, hogy egy megfelelő életpályamodell az egészségügy szereplői részére megfelelően és kiszámíthatóan szolgálhatna iránymutatásul. A napi munka tekintetében elengedhetetlen lenne a munkaidő megfelelő beosztása és az ügyeleti rendszerre vonatkozó szabályok rugalmasítása, úgy, hogy a pihenőidő garanciák minden esetben megvalósulhassanak. A munkaerő és kapacitáshiány csökkentése érdekében mind az orvosokat mind pedig a szakdolgozókat érintő kompetencia átláthatósági szabályozás kialakítását tartom célszerűnek, annak érdekében, hogy az adott területek átláthatóbbak és átjárhatóbbak legyenek. Ennek fontos lépcsőfoka a dolgozók képzése és továbbképzése, melynek modernizálása és finanszírozása kulcsfontosságú.

Jelenlegi életünk meghatározó elemét képezi a digitális jelenlét és a szolgáltatások digitalizálása. A már évek óta működő Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT) és más digitális rendszerek kötelező és egységes használatának előírása révén biztosítható lenne az interoperabilitás. Fontosnak tartom, hogy a digitális adatok elemzésnek legyenek alávetve, hiszen ezáltal támogatható lehetne a rendszer szintű döntéshozatal. A digitalizáció célja elsősorban az adminisztrációs terhek csökkentése és az adminisztráció gyorsabbá tétele, ezáltal pedig a diagnózisok felállítása pontosabb és gyorsabb lehet. A digitális tér megfelelő lehet az ellátók közti jobb kommunikáció kialakítására, ami fokozza a rendszer teljesítményét. Mindez elérhető vagy egy újonnan felépített digitális rendszerrel, vagy a már meglévő pl. EESZT továbbfejlesztésével. Az alkalmazások és programok továbbfejlesztése és kibővítése történhetne olyan funkciókkal, mint például a teljeskörű digitális betegdokumentáció elérhetősége vagy a konzíliumok tartásának lehetősége. A rendszerekhez kapcsolódó adatvédelmi szabályok betartása mellett érdemes lenne megfontolni az anonimizált adatok kutatási és rendszerszervezési célú felhasználásának lehetőségét.

Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztése érdekében megfogalmazott jogpolitikai javasaltok egy további fontos területet is érintenek, mégpedig a fejlesztések által a hibák és ezáltal a műhibákhoz kapcsolódó perek csökkentését is célozzák. Fokozhatják ezt továbbá olyan intézkedések bevezetései, melyeknek kifejezett „műhibaper csökkentő” hatása lehet. Az ilyen intézkedések közül elsőként említeném a minőségbiztosítás és a klinikai irányelvek kötelező érvényesítését. Ez úgy érhető el leghatékonyabban, ha a kidolgozott tudományos alapokon nyugvó klinikai irányelveknek és protokolloknak egységes és kötelező keretet adnánk, átlátható jogi szabályozással támogatva, mindezt pedig rendszeres és független ellenőrzéseknek vetnénk alá. Igy

megvalósulhatnak az a cél, amely alapján az ellátás standardizálódna, ezáltal a szakmai szabályok betartása kikényszeríthetővé válna, ami hozzájárulhatna a hibák számának minimalizálásához. Ennek érdekében olyan intézkedésekre van szükség, amelyek mindenekelőtt nemzeti szintűek. A kötelezően alkalmazandó protokollok elkészítéséhez mindenképpen szakmai kollégiumok bevonását tartom szükségesnek, melyeket rendszeresen frissíteni és aktualizálni kell, a magas színvonal és hatékonyság érdekében. Lehetséges intézkedésnek tartom még a független minőségellenőrzési rendszer felállítását, valamint egy betegbiztonsági szervezet létrehozását is, amely intézményi szintű és kötelező belső minőségbiztosítási rendszer előírását tenné kötelezővé.

Az az álláspontom, hogy a hibák nem kiküszöbölhetőek teljes mértékben és ezt el kell fogadnunk, éppen ezért lényegesnek tartom az úgynevezett No-Blame kultúra kialakítását és hangsúlyozását az egészségügy területén. Amennyiben felállítható lenne egy olyan büntetéstől mentes, védett incidensjelentési rendszer, amelynek kötelező volna a használata, a látencia a hibák tekintetében sokkal kisebb lehetne. Ha pedig a hibák, illetve majdnem hibák kerülnének előtérbe a felelősségre vonás helyett, akkor megvolna az a lehetőségünk, hogy a hibákból tanulás előtérbe helyezésével rendszer szintű javulást érhessünk el. Elsődleges cél lenne a hibák okának feltárása és a megelőző intézkedések kidolgozása, hiszen csak így realizálható valódi változás. A megvalósuláshoz szükséges a törvényi garanciák biztosítása és a bejelentéseket megtevők védelme. Anonim vagy bizalmas jelentési csatornák kialakításával és az összegyűjtött adatok központi szintű elemzésével, olyan visszacsatolást kaphatna az ellátórendszer, amely alkalmas lehet akár az évek óta fennálló nem megfelelő „beidegződések” kijavítására.

Fontosnak tartom a téma kapcsán az alternatív vitarendezési mechanizmusok kiemelését. Volt szerencsém egy akkreditált mediátor, valamint egy akkreditált coach képzést is elvégezni és az a véleményem, hogy a mediáció mint alternatív vitarendezési forma remekül megállná a helyét bármely orvosokat érintő kártérítési ügyben. A peren kívüli vitarendezés lehetőséget biztosít arra, hogy a felek számára gyorsabb, eredményesebb és kevésbé megterhelő, ugyanakkor igazságos megoldás születhessen. A vitarendezés különböző formái közé tartozik a mediáció, a kötelező közvetítés és a szakértői egyeztető testületek által kínált megoldások. Kulcsfontosságúnak tartom ezen mechanizmusok létrehozását és igénybevételükre való ösztönzést, sőt véleményem szerint a perindításhoz szükségessé kéne tenni ezen utak előzetes kiaknázását is. A fő cél kettős lenne, hiszen egyrészről a bíróságok tehermentesítése és a konfliktusok gyorsabb lezárása is előtérbe kerülne, másrészt pedig a felek közötti kommunikáció és a valós problémák tényleges feloldás is megvalósulhatna. További pozitívumként említeném a költséghatékonyságot. A megoldást abban látnám, ha az egészségügyi közvetítői rendszer, mediátor rendszer megfelelően kiépítésre kerülne,

független szakértők bevonásával, akik a kárigényeket előzetesen véleményezik és kategorizálják azokat. A kategóriába sorolás szempontjai alapján létrehozható lenne egy úgynevezett vétkesség nélküli alap is, amely azt a célt szolgálná, hogy a bizonyos előre definiált típusú nem szándékos káresemények elszenvedői gyors és egyenlő mértékű kompenzációban részesülhessenek.

A betegjogok megerősítése és az egészségügyi szakemberek közötti hatékonyabb kommunikáció kiemelt jelentőséggel bírnak. A történelem során a betegjogok folyamatosan előtérbe kerültek, és véleményem szerint a digitális korban ez még inkább érvényesülni fog, sőt, egyre inkább hangsúlyossá válik. Lényeges, hogy a betegek tájékoztatáshoz való jogát megerősítsük, és a beavatkozásokra való beleegyezés folyamata gördülékenyebbé váljon. Ezzel csökkenthetjük a félreértések és a hiányos tájékoztatás miatti későbbi konfliktusok és feszültségek kialakulásának esélyét. A beteg partnerként elismerése megalapozottabb döntéshozatalt tenne lehetővé. Az a véleményem, hogy a jelenlegi betegjogi képviselői rendszer fejlesztésével hatékonyabbá tehető a gyakorlati szabályok alkalmazása. Alapvető fontosságú lenne az orvosok és egészségügyi dolgozók kommunikációjának tréningezése, rendszeres fejlesztésre ösztönzése, workshopok és tájékoztatok formájában. De a betegek panasztételi mechanizmusainak előírása és egyszerűsítése is nagymértékben javíthatná a helyzetet.

Fontosnak tartom a felelősségbiztosítási rendszer felülvizsgálatát és további fejlesztését. Azt gondolom, hogy az a fajta felülvizsgálat lenne célszerű, amely előtérbe helyezi egyrészről a szolgáltatók és a dolgozók érdekeit, fedezetet nyújt az esetleges kárigényekre ugyanakkor megmarad azon zsinórmérték mentén, hogy megléte ne okozza a defenzív medicina felé való eltolódást. Ugyanakkor a kockázatok áthárítása sem hozna valós megoldást, ezért törekedni kell annak elkerülésére. A fő cél a károsultak megfelelő kártalanításának biztosítása lenne az orvosi döntéshozatal torzítása nélkül. Ahhoz, hogy a rendszer hosszú távon fenntartható és működőképes legyen elengedhetetlen a biztosítási díjak és a fedezeti limitek rendszeres felülvizsgálata. Megfontolást érdemel ennek segítése érdekében egy esetleges központosított vagy állami szerepvállalás a biztosítási piacon. A biztosítási díjakat pedig differenciáltságuk alapján lenne érdemes vizsgálni a kockázati profil és a minőségi mutatók alapján.

Jövőbeni kutatási irányok és célok

Doktori munkám lezárását nem tekintem végpontnak sokkal inkább egy új kiindulási irányokat kijelölő folyamat részének. A téma összetettsége kapcsán számos olyan kutatási terület fogalmazódott meg bennem, mely további vizsgálódást igényelnek.

A leginkább aktuális és egyre jelentősebb terület a mesterséges intelligencia kutatása. Ez a technológia jelenleg az egyik leggyorsabban és legdinamikusabban fejlődő ágazat, melyhez az orvostudomány területén a diagnosztikában, valamint a terápiában is nagy reményeket fűznek- A technológia használatával kapcsolatban azonban kikerülhetetlen etikai és jogi kérdésekbe ütközünk. Kinek a felelőssége, ha egy algoritmus hibázik? Ezt a gordiuszi csomót kell átvágni, megvizsgálva az orvos, a fejlesztő cég és a kórház szerepét. Hogyan illeszthető a képbe a beteg tájékozott döntése, amikor AI-t is bevetnek a gyógyításban? Annyit már biztosan tudhatunk, hogy az AI működését és felelősségét szabályozó kereteket kell kialakítani és össze kell vetni azokat a nemzetközi gyakorlattal és elvárásokkal.

A betegnyilvántartásokat természetesen itt is megfelelően kell kezelni, az adatbiztonságérvényesülése érdekében. Az emberi genom és a biotechnológiai boom erejét szigorú jogi és etikai keretben kell kezelni. Az iránymutatás természetesen az emberi méltóság legyen, mely megmutatja azokat a határokat, amelyeket nem szabad átlépni.

A betegjogok és az orvosi felelősség közötti komplex kapcsolat további vizsgálatot érdemel. Részletes elemzésre szorul a beteg autonómiájának és a tájékozott beleegyezésnek a terjedelme, valamint ezek kapcsolata az orvosi felelősség kérdésével. Meg kell határozni azokat a kivételes körülményeket (pl. sürgősségi ellátás, kiskorúak vagy cselekvőképtelen betegek esete), amelyek mellett a beteg autonómiája jogszerűen korlátozható.

A terápiás privilégium intézményét (a diagnózis vagy prognózis visszatartása a beteg vélt érdekében) szükséges újraértékelni a betegjogok és az orvosi felelősség modern koncepcióinak fényében. Vizsgálni kell azokat az etikai és jogi indokokat, amelyek alapján az információ visszatartása igazolható lehet, ugyanakkor elemezni kell az ezzel járó kockázatokat és a beteg autonómiájára gyakorolt hatást.

Végül, a jövőre tekintve biztosítanunk kell, hogy a jogi és etikai keretek elég rugalmasak legyenek ahhoz, hogy a jogi szabályozásokat az orvostudomány és a társadalom változásaihoz igazítsák. Ez magában foglalhatja az egészségügyi egyenlőtlenségek jogi és politikai aspektusait, valamint a fenntartható egészségügyi ellátást fenyegető legújabb kihívásokat.

Záró gondolatok

Disszertációmban az orvosi felelősség sokrétű természetének vizsgálatát tűztem célul, történeti ívét a hippokratészi eskü örökségétől napjaink tartó egészségügyi rendszer komplexitásáig

követtem nyomon. A technológiai környezet dinamikus fejlődése, a betegek elvárásainak differenciálódása, valamint a globális egészségügyi kihívások együttes hatása alapvetően átformálta a felelős orvosi magatartás kortárs értelmezését és gyakorlati követelményeit. Érdemes elgondolkodni azon, hogy a gyógyító tevékenység miért gyökerezik ennyire mélyen – ennek oka, hogy az emberi élet, az egészség, a testi integritás olyan fundamentális értékek, melyek jelentősége változatlanul megmaradt a kezdetektől egészen máig.

A valószínűleg a Kr.e. VI. Században keletkezett orvos papok fogadalmi szövege, ismertebb nevén a Hippokrátészi eskü, olyan fejlettségű szöveget tartalmaz, mintha egy kezdetleges etikai kódexet olvasnánk nem is beszélve arról, hogy az eskünek és annak megszegésének következményei a mai viszonyok között az etikai szabályzatok sarokkövét jelentik. Az egészségügyi szolgáltatásokhoz kötődő felelősségi struktúra átalakulásában a legszigorúbb gondossági elvárást megkövetelő jogszabály hozott jelentős változást, ami egyúttal a felelősségi szférában is komoly korlátozást jelentett. Ezen túlmenően a szolgáltatók helyzete is negatív irányba fordult, és a javuló tendenciák ellenére az egészségügyi szolgáltatók kerültek hátrányos helyzetbe.

Az egészségügyi szolgáltató és a páciens viszonya szerződéses jellegű, mely közigazgatási elemeket is magában foglal, de alapvetően polgári jogi természetű. Lényeges megemlíteni azokat az álláspontokat, melyek szerint a szolgáltató és a beteg közötti szerződést önálló szerződéstípusként, vagy legfeljebb a megbízási szerződés egyik altípusaként kellene szabályozni. Felmerül a kérdés, hogy közszolgáltatás igénybevétele esetén hogyan alakul a felelősség. Ebben az esetben a szolgáltatót terheli helytállási kötelezettség, ami pozitívum, hiszen nem az orvossal szemben, mint a gyógyító munkát végző személlyel szemben kell a kárt érvényesíteni, ami több szempontból is problémás lenne. Gondoljunk csak bele, hogy a perekben gyakran igénylik az igazságügyi orvosszakértő véleményét, aki így könnyebb helyzetben van, mivel szakvéleménye elkészítése során kevésbé korlátozott. A kárösszeg természetesen tovább hárítható, ám ez már a szolgáltató és a munkavállaló közötti jogviszony része.

Régebben a védelmet a kötelező szakmai felelősségbiztosítás megléte garantálta, de ezen a téren is módosulások történtek, nevezetesen a szolgáltató felelősségének bővülése miatt. Továbbra is nehézséget okoz a megítélt kártérítések kifizetése, és úgy tűnik, a végleges megoldás még várat magára. A változások a felelősség feltételeivel és a bizonyítási kötelezettséggel kapcsolatban is érzékelhetők. A jogellenes magatartás, mint a felelősség egyik feltétele tekintetében jelentősebb változás nem észlelhető, vagyis minden kár jogellenesnek minősül. Ezzel összefüggésben a legnagyobb hangsúly a tájékoztatási kötelezettségre helyeződik, hiszen itt van lehetőség a

jogellenesség kizárására. Szigorúbbá válnak az egészségügyi intézmények felróhatóság alóli kimentésének lehetőségei is, abban az esetben lehetséges kimentés, ha az intézmény kétséget kizáróan igazolni tudja, hogy az elvárható gondosságnak megfelelően járt el, vagy ilyen eljárás mellet is bizonyosan bekövetkezett volna a károsodás.

A legnagyobb bizonytalanságot mindig is az okozati összefüggés megléte jelentette, hiszen gyakorta megesik, hogy nem lehet teljes mértékig megállapítani, hogy a beteg egészségi állapota, illetve anamnézise alapján felállított diagnózis mennyiben fogadható el hitelesnek és az esetleg erre építő orvos önhibáján kívül felállított kezelési terve nem váltja be a hozzá fűzött reményeket. Továbbá azt sem felejthetjük el, hogy a páciens testi és lelki állapota mellett egyéb tényezők is szóba jöhetnek a gyógyulás során. Ebben a kérdésben nagy szerepe van a bíróságoknak, ugyanis az okozati összefüggéssel kapcsolatban a bíró jogköre a tények mérlegre állítása. Általában véve a bírói gyakorlatról elmondható, hogy az alperesi oldal felé billen a mérleg nyelve, vagyis a bizonyítás terhei az ő oldalára esik.

A saját tapasztalataim, valamint a már praktizáló, diplomás orvosok beszámolói alapján azt látom, hogy a képzésük során nem kaptak olyan mélységű és világos felvilágosítást a felelősségi rendszerről, ami szilárd alapul szolgálhatna az érdekeik és jogaik védelméhez a munkájuk során. Vegyük példaként a tájékoztatással kapcsolatos kérdéskört. Hogyan várható el egy orvostól a tájékoztatási kötelezettségnek való maradéktalan megfelelés, amikor a szabályozásban is ellentét figyelhető meg? Úgy gondolom, hogy a korábban kifejtett etikai kódex és a jogszabály által deklarált meghatározások között az arany középút megtalálása a fontos és igaz ez az orvosi felelősséggel összefüggésbe hozható szabályok nagy részére is. Ha az orvosi munkához kapcsolódó felelősség rendszert túlságosan beszabályozzák, félő, hogy egyre csökkenni fog az orvosi pályát választók száma, ugyanakkor nem engedhető meg a betegek jogainak korlátozása sem.

Közös feladatunk és felelősségünk, hogy az igazságosság, a méltányosság és a jogbiztonság hármas egységét szem előtt tartva kialakítsuk azokat a jogi és nem jogi válaszokat, melyek biztosítják az orvosi hivatás nemes célját – az emberi élet és egészség megóvását. Reményeim szerint disszertációm hozzájárul annak a szakmai diskurzusnak a felvetéséhez, mely kijelöli az utat egy olyan jogi környezet felé, melynek célja, hogy az orvosi hivatás nemes missziója ne torzuljon a jogi buktatók labirintusában, miközben a betegjogok szentsége sértetlen marad. Csak rajtunk áll egy olyan jogi közeg megteremtése, mely ideálisan szolgálja mind az orvosok, mind a betegek javát, a 21. század viharos kihívásai közepette.

VIII. Summary

My dissertation explores this thorny concept of medical responsibility and how it transitioned from its meaning in the oath of the Hippocratic ethic to the complicated issues off the ground practice of health care today. While medical ethics remain unchanged in principle, the mechanisms of health care delivery, patient access to technology, personal aims, and global health issues have reshaped who is and isn't looking out for another person's bio-well-being. Patient focused care has changed the dynamics between doctor and patient to now include joint decision making and a focus on informed consent. Increasing interprofessional working requires healthprofessionals to work in teams. There is now increased demand and expectation for quality and safety in healthcare than ever before with greater risk and adherence to protocol. The global order of health care had expanded the field of medical responsibility, and called for cultural understanding in dealing with parts of various health care systems and cultural habits. Advances in technology have created a host of new challenges and ethical quandaries. It forces the doctors to adapt to the digital era in a manner that safeguards pateint privacy and data integrity. In view of the increasing chronicity and aging of the population, the time has come for a pro-active and preventive approach to the process of illness and health, with patient education and patient empowerment. Medical responsibility has evolved significantly from the Hippocratic Oath. The guiding principles of medical ethics keep on striking the right cords not only as the practitioners continue to grapple with plethora of ethical challenges in the application and practice of health care but also because of the intricacies of health care delivery. In this challenging world of medicine, it is important to be open to innovative changes. Work in an ethical environment, and offer quality treatment to their patient's. The evolution of legal and ethical changes in the duty of care in medicine illustrates the intricate relationship of legal norm, ethical belief, and changing clinical settings. To do so, we will have to contextualize and acknowledge the shape-shifting dimensions of medical responsibility. In that way we can mature as a profession –and work towards a healthcare system that cares about our wellness too.

IX. Irodalomjegyzék:

1. (EU) 2024/1689 rendelet).
2. 18/1998. (XII. 27.) EüM rendelet
3. 1952. évi III. törvény a büntetőeljárásról
4. 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről
5. 1997. évi LXXX. törvény a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról,
6. 1997. évi XLVII. törvény a betegjogokról
7. 1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről-
8. 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról
9. 1999. évi LXXVI. törvény a szerzői jogról
10. 2000. évi II. törvény az egészségügyi dolgozók képzéséről és szakmai elismeréséről
11. 2011. évi CXII. törvény az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról.
12. 2012. évi C. törvény a Büntető Törvénykönyvről
13. 2012. évi II. törvény a szabálysértésekről, a szabálysértési eljárásról és a szabálysértési nyilvántartási rendszerről- 293.§
14. 2013. évi V. törvény a Polgári Törvénykönyvről (Ptk.)
15. 2020. évi C. törvény az egészségügyi szolgálati jogviszonyról
16. 287/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet a várólista alapján nyújtható ellátások részletes szabályairól
17. 293/2010. (XII. 22.) Korm. rendelet a rendőrség belső bűnmegelőzési és bűnfelderítési feladatokat ellátó szerve kijelöléséről, valamint feladatai ellátásának, a kifogástalan életvitel ellenőrzés és a megbízhatósági vizsgálat részletes szabályainak megállapításáról
18. 30/1998. (VI. 24.) NM rendelet a mesterséges megtermékenyítésről
19. 33/1998. (VI. 24.) NM rendelet a munkaköri, szakmai, illetve személyi higiénés alkalmasság orvosi vizsgálatáról és véleményezéséről
20. 381/2016. (XII. 2.) Korm. rendelet az Integrált Jogvédelmi Szolgálatról 4.§
21. 6/1960. (VIII. 20.) EüM rendelet
22. A büntetőjogi és a polgári jogi felelősség jogkövetkezményeinek összevetése, hozzáférés dátuma: január 22, 2025,

http://www.debrecenijogimuhely.hu/archivum/4_2012/a_buntetojogi_es_a_polgari_jogi_felelosseg_jogkovetkezmenyeinek_osszevetese/

23. A felelősségbiztosítások szerepe, jelene és jövője magyarországon - Mabisz (https://mabisz.hu/wp-content/uploads/2018/08/biztositas-es-kockazat-2-evf-3-szam-5-cikk.pdf)
24. A Kúria Bfv.1182/2017/17. számú precedensképes határozata emberölés bűntette tárgyában. [1997. évi CLIV. törvény (Eütv.) 16. §, 21. §, 81. §, 136. §, 1997. évi XXXI. törvény (Gyvt.) 17. §, 1998. évi XIX. törvény (Be.) 416. §, 426. §, 2012. évi C. törvény (Btk.) 165. §] Bírók: Csák Zsolt, Soós László, Vaskuti András
25. A Magyar Orvosi Kamara állásfoglalása a mesterséges megtermékenyítésről- https://mok.hu/hirek/lapszemle/igy-lesz-egy-vagyon-az-ingyenes-lombikprogram
26. A mesterséges intelligenciáról szóló jogszabály (a mesterséges intelligenciára vonatkozó harmonizált szabályok megállapításáról szóló (EU) 2024/1689 rendelet).
27. A szervdonáció és szervátültetés jogi szabályozása - Országos Vérellátó Szolgálat (https://www.ovsz.hu/sites/default/files/2023-06-22-szdt-txjog-msea_0.pdf)
28. Amberg Erzsébet- A büntetőjogi felelősség helye és ultima ratio szerepe a felelősségi alakzatok rendszerében
29. Ambrus István: Betegjogok, orvosi felelősség. Springer Hungarica Kiadó, Budapest, 2000.
30. Amundsen, D. W. (1996). Medicine, society, and faith in the ancient and medieval worlds. Baltimore: Johns Hopkins University Press. 127-157.o.
31. Amundsen, Darrel W.: The Physician's Obligation to Prolong Life: A Medical Duty Without Classical Roots (Hastings Center Report, 1978) Vol. 8, No. 4 pp. 23-30
32. Annas, G. J. (2003). The rights of patients. Carbondale: Southern Illinois University Press.1-27.o.
33. Antibiotic resistance: the need for global solutions - NCBI (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4378521/)
34. Antibiotic use in humans - WHO (https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antibiotic-resistance)
35. Arthur Underhill The Cambridge Law Journal. Sweet & Maxwell, London, Vol 7. 2
36. Atiyah, P. S.: The Damages Lottery. Hart Publishing, Oxford, 1997, 23-45. o.
37. Az antibiotikum-rezisztencia egyre komolyabb probléma Európában (https://www.europarl.europa.eu/topics/hu/article/20180615STO05929/az-antibiotikum-rezisztencia-egyre-komolyabb-problema-europaban))
38. Az egészségügyi ellátásról szóló 1997. évi CLIV. törvény.
39. Az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény

40. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) irányelvei a mesterséges megtermékenyítésről – (https://ugyeszeklapja.hu/?p=3876)

41. Az emberi jogok és a biomedicina vonatkozásában létrejött egyezményhez fűzött kiegészítő jegyzőkönyv az emberi lény klónozásának tilalmáról (1998). https://jogkodex.hu/jsz/emberi_jogokrol_es_a_biomedicinarol_szolo_egyezmeny_2002_6_torveny_9573382

42. Az Európa Tanács Bioetikai Egyezménye (Oviedo Convention)

43. Az Európa Tanács Bioetikai Egyezménye (Oviedo Convention) https://www.coe.int/hu/web/human-rights-and-biomedicine/oviedo-convention

44. Az Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679 rendelete (2016. április 27.) a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK rendelet hatályon kívül helyezéséről (általános adatvédelmi rendelet).

45. Az Európai Parlament és a Tanács 883/2004/EK rendelete a szociális biztonsági rendszerek koordinációjáról.

46. Az Európai Unió Alapjogi Chartája. Hozzáférés: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/?uri=CELEX%3A12012P%2FTXT

47. Az orvosi bérek emeléséről és a hálapénz tilalmáról szóló 2020. évi C. törvény.

48. Az orvosi tevékenység büntetőjogi ... - Debreceni Jogi Műhely, http://www.debrecenijogimuhely.hu/archivum/2_2012/az_orvosi_tevekenyseg_buntetojogi_szabalyozasanak_vazlata/

49. Az UNESCO Egyetemes Nyilatkozat az Emberi Genomról és az Emberi Jogokról

50. B.K.K.B. 6. P. 21.462/1998.

51. Balogh Ágnes: Az egészség védelme a büntetőjogban- PhD-értekezés (Pécs, 2006) 6-8.o.

52. Bárd Petra: Az S. és Marper ügy: Az Emberi Jogok Európai Bíróságának ítélete a bűnügyi célú genetikai

53. Bárdos Péter: Megjegyzések a JAVASLAT kárfelelősségi fejezetéhez. Polgári jogi kodifikáció, 2002/5-6. 3-7. o.

54. Barns JW. The Hipocratic oath. an early text. Br med j. 1964 aug 29;2(5408):567.

55. Barzó Tímea: Felelősségi alapkérdések az egészségügyben. Opuscula Civilia, 2019.

56. Bátki Pál (2021): Hálapénz vagy a félelem bére? https://batki.info/halapenz/ (Utolsó letöltés: 2024.10.23.)

57. Beauchamps, Tom L., and James F. Childress. Principles of biomedical ethics. Oxford University Press, USA, 2019.

58. Béky Ágnes Enikő: Az orvostudomány elméleti, gyakorlati eredményei és a büntetőjog kapcsolata (DJM, 2013/2., 1-8. o.)

59. Belovics Ervin, Molnár Gábor, Sinku Pál: Büntetőjog Különös Rész (legfrissebb kiadás), HVG-ORAC, 126-135. oldal

60. Betegbiztonság a gyakorlatban- Jegyzet – Semmelweis Egyetem. 31-36.o.

61. Betegjogi, Ellátottjogi és Gyermekjogi Központ (2023): Jelentés a betegjogok érvényesüléséről. Budapest: BEGYK.

62. Bf.5230/2013/5.

63. Bfv.I.239/2015.

64. BH 1983.1.7

65. BH 1998.2.78

66. BH 2003.1.17

67. BH 2003.1.17 I.

68. BH 2003.1.17: Legf. Bír. Pfv.III.22 627/1999. sz.

69. BH 2003.11.453

70. BH 2004.5.170

71. BH 2016.9.241

72. BH 2018.12.325 I

73. BH2016. 331.

74. Birtalan Győző: Európai orvoslás az újkorban. Budapest: Orvostörténeti Közlemények – Supplementum 15-16, 1988.

75. Blackaby, N., Partasides, C., Redfern, A. and Hunter, M. (2015) Redfern and Hunter on International Arbitration. Oxford: Oxford University Press. 23-25.o.

76. Bolam v Friern Hospital Management Committee [1957] 1 WLR 582

77. Bolitho v City and Hackney Health Authority [1998] AC 232

78. Borkowski, J. (2020). Textbook on Roman law. London: Oxford University Press

79. Born, G. (2009) International Commercial Arbitration. London: Singapore Academy of Law Journal, Vol. 26, 2014, 815-848

80. Bottéro, J. (1995). Mesopotamia: Writing, reasoning, and the gods. Chicago: University of Chicago Press. 40-52.o.

81. Brazier, Margaret: Medicine, Patients and the Law. Penguin Books, London, 2003, 101-123. o.

82. British medical journal No 7070 Volume 313: Page 1448, 7 december 1996.

83. Brown, H. and Marriott, A. (2011) ADR Principles and Practice. London: Sweet & Maxwell. 15-19.o.

84. Buda József dr.- Az egészségtudomány története (2018) Pécs, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi kar, 31-56.o.

85. Buday-Sántha Judit Andrea: A kommunikációs jog és rendszere- Doktori értekezés (Pécs, 2015) 216-218.o.

86. Bynum, W. F., & Porter, Roy (szerk.): Companion Encyclopedia of the History of Medicine. Routledge, (1993.) 1373-1380.o.

87. Childress, James F., and Tom L. Beauchamp. "Common morality principles in biomedical ethics: responses to critics." Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics 31.2 (2022): 164-176.

88. Conrad, Lawrence I., Neve, Michael, Nutton, Vivian, Porter, Roy, Wear, Andrew: The Western Medical Tradition: 800 BC to AD 1800 (Cambridge University Press (1995) pp 556

89. Cross, Rupert - Harris, J. W.: Precedent in English Law. Clarendon Press, Oxford, 1991, 1-25. o.

90. Cruzan v. Director, Missouri Department of Health, 497 U.S. 261 (1990). Elérhető: https://supreme.justia.com/cases/federal/us/497/261/ (Utolsó letöltés: 2024.10.23.)

91. Czúcz Ottó: Társadalombiztosítási jog. Szeged, JATEPress (1994) 19-29.o.

92. Csehi Bettina Ivett: Opuscula iuvenum excellentissima- Polgári jogi felelősség az egészségügyben (2022) 27.o. A cselekvőképességre vonatkozó megújult szabályaira figyelemmel- Állam- é s jogtudomány LVII. Évfolyam 2016. 4. 7 5 – 9 0.o.

94. Dávid Máté - A mesterséges intelligencia alkalmazásának hatása a munkához és a szociális biztonsághoz való jogra (Infokommunikáció ás Jog 2020/74)

95. De Cruz, P. (2009). Comparative law in a changing world. London: Cavendish Publishing.

96. DeLorenzo, Grace. Medical Malpractice in Islamic Law. In: The American Journal of Islamic Social Sciences, Vol. 18, No. 2, 2001.

97. Dezső László: Az orvos büntetőjogi felelőssége (Navratyil Zoltán - IAS, 2009/1., 203-215. o.)

98. Diósi Szabolcs - Mesterséges intelligencia, szintetikus valóság - Az MI és GenMI rendszerekkel kapcsolatos globális kihívások és európai szabályozási stratégiák- Doktori értekezés- (2024) 5-6.o.

99. Doktori (phd) értekezés - DEA (https://dea.lib.unideb.hu/bitstreams/cfaae811-f0bc-44ab-b67d-d04cd53f7708/download)

100. Donoghue v Stevenson [1932] AC 562 (HL)

101. Dósa Ágnes- Az orvos tájékoztatási kötelezettsége c. előadás

102. Dósa Ágnes: Az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelőssége a tájékoztatás elmulasztásáért (2002), Állam- és Jogtudomány, 47. évf. 1-2. sz., 23-72. oldal

103. Dósa Ágnes: Az orvos kártérítési felelőssége (2010), HVG-ORAC, 111-140. oldal

104. Doszpot-Szútor Vivien: A géntechnológia emberi jogi kontextusban (JÁP, 2023/3., 59-77. o.)

105. Dr. Barzó Tímea: A gyermekek jogainak érvényesülése az egészségügyben különös tekintettel az Ottawai Deklaráció alapelveire 2. Rész* (CSJ, 2009/1., 4-10. o.)

106. Dr. Kovács Gábor, Dr. Németh Imre, Dr. Gellér Balázs: Az egészségügyi beavatkozás, az orvostudomány kutatás rendje és az egészségügyi önrendelkezés elleni bűncselekmények szabályozására az új büntető törvénykönyvben (BJK, 2005/1., 7-23. o.)

107. dr. Sziklay Júlia-Az információs jogok kialakulása, fejlődése és társadalmi hatása-Doktori értekezés (2011) 80.o.

108. Drizis, Nikolaos: Medical ethics in a writing of Galen. In: Acta Medico-Historica Adriatica,(2008) Vol. 6(2):333-6

109. Edelstein, L. (1967). Ancient medicine: Selected papers of Ludwig Edelstein. Baltimore: Johns Hopkins University Press

110. Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (2022): Felmérés az egészségügyi szolgálati jogviszony hatásairól. Budapest: ESZK.

111. Egyed Péter -A szabadság a filozófiában - Pallas-Akadémia Kiadó, Csíkszereda, 2003. 21-22.o., 283.o.

112. Fabrice Jotterand- The Hippocratic Oath and Contemporary Medicine: Dialectic Between Past Ideals and Present Reality? (2005) Journal of Medicine and Philosophy 30(1):107-28

113. Faden, R. R., & Beauchamp, T. L. (1986). A history and theory of informed consent. New York: Oxford University Press.

114. Ferngren, G. B. (2009). Medicine & health care in early Christianity. Baltimore: Johns Hopkins University Press.13-41.o.

115. Fézer Tamás: Betegjogok (Országos Kórházi Főigazgatóság, 2016) 13-19.o.

116. Filó, Mihály (2017) Kovács Gábor: Az egészségügyi beavatkozás és kutatás rendje elleni bűncselekmények, valamint az egészségügyi önrendelkezési jog megsértése. Állam- és jogtudomány, 58 (2). pp. 117-121.

117. Fleischer, Holger: Informationspflichten im Arzthaftungsrecht. Mohr Siebeck, Tübingen, 2018.

118. Foucault, M. (1973). The birth of the clinic: An archaeology of medical perception. New York: Pantheon Books

119. Foucault, Michel: The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception. New York: Pantheon Books, (1973) 43-49.o.

120. French, R. K. (1994). William Harvey's natural philosophy. Cambridge: Cambridge University Press.71-74.o.

121. Furrow, Barry R. - Greaney, Thomas L. - Johnson, Sandra H. - Gostin, Lawrence O. - Schwartz, Timothy S.: Health Law: Cases, Materials and Problems. West Academic Publishing, St. Paul, 2018.

122. Gábor (szerk.): Internetes jogtudományi enciklopédia - http://ijoten.hu/szocikk/betegjogok (2023).

123. García-Ballester, Luis: Medical Licensing and Learning in Fourteenth-Century Valencia (Transactions of the American Philosophical Society, (1990), (Vol. 79, Part 6): 597

124. Gárdos Péter: A kártérítési jog a magyar polgári törvénykönyvben. In: Jogtudományi Közlöny, 2013/12.

125. George B. Flanigan, Joseph E. Johnson, Daniel T. Winkler and William Ferguson- Experience from Early Tort Reforms: Comparative Negligence Since 1974 (The Journal of Risk and Insurance

126. Get Smart: Know When Antibiotics Work - CDC

127. Gillon, R. (2003). Ethics needs principles—four can encompass the rest—and respect for autonomy should be "first among equals". Journal of medical ethics, 29(5), 307-312.

128. Global action plan on antimicrobial resistance - WHO (https://www.who.int/publications/i/item/9789241509763)

129. Goldberg, S., Green, E. and Sander, F. (1985) Dispute Resolution. Boston: Little, Brown and Company. 17-20.o.

130. Gregory, Andrew: Harvey's Heart: The Discovery of Blood Circulation (Icon Books, 2001) 111-139. o.

131. Győry H. (2013). Az Ebers papirusz rA-jb könyve és esettanulmányok (SsAw) műfaja, Magyar orvosi nyelv 2013, 1, 16–25.o.

132. Hall, M. A., Dugan, E., Zheng, B., & Mishra, A. K. (2001). Trust in physicians and medical institutions: what is it, can it be measured, and does it matter?. The Milbank Quarterly, 79(4), 613-639.

133. Hankiss Elemér: Az emberi kaland: Az emberiség története a kezdetektől napjainkig (2003), Helikon Kiadó, 115-138. oldal, 289-312. oldal

134. Harpwood, Vivienne: Principles of Tort Law. Cavendish Publishing, London, 2000, 321-343. o.

135. Hart, H. L. A. - Honoré, Tony: Causation in the Law. Oxford University Press, Oxford, 1985. 308-324.o.

136. Héder-Nádasi Eszter: Az orvosi hatalom reprezentációja az amerikai kórházsorozatokban: a sebészeti innovációk ábrázolásának elemzése – Doktori disszertáció (Budapest, 2021) 18.o.

137. Herring, Jonathan: Medical Law and Ethics. Oxford University Press, Oxford, 2017, 412-434. o.

138. Hockstein, N. G., Gourin, C. G., Faust, R. A., & Terris, D. J. (2007). A history of robots in surgery. The American Journal of Surgery, 194(6), 773-779.

139. Hodula Máté- A mesterséges intelligencia és a büntetőjogi felelősség (JOSz Intezet – Tanulmanyok 2023.) 8.o.

140. Hollán Miklós- A járványügyi szabályszegés „dekriminalizációja”: felemás büntetőpolitikai félfordula járvány idején - MTA Law Working Papers 2020/24. 2-3.o.

141. Hopkins, Donald R.: The Greatest Killer: Smallpox in History (University of Chicago Press, 2002) 35-49. o.

176. ifj. dr. Lomnici Zoltán: Az orvosi jog és az orvosi jogviszony alapvonalai. Történeti és összehasonlító jogi elemzés. Doktori értekezés, PTE ÁJK, 2010.

177. In re Quinlan, 70 N.J. 10, 355 A.2d 647 (1976)

178. Jackson Mark.: The Oxford Handbook of the History of Medicine (Oxford University Press, 2012) 40-60. o

179. Jackson, R. (1988). Doctors and diseases in the Roman Empire. Norman: University of Oklahoma Press. 56-74.o.

180. Jackson, Rupert: Medical Law: Text, Cases, and Materials. Oxford University Press, Oxford, 2016, 74-83. o.

181. Janik Leonárd: Minőségbiztosítás és minőségfejlesztés az egészségügyben (2019) Előadás

182. Jobbágyi Gábor (2001): Orvosi jog. Budapest: Szent István Társulat. 13.o.

183. Jobbágyi Gábor: Az orvos-beteg jogviszony az új Ptk.-ban In: Polgári Jogi Kodifikáció (2005), 7. évfolyam 1. szám,

184. Jobbágyi Gábor: Az orvosi kezelési szerződés a magyar jogban (2013), Magyar Jog, 58. évf., 8. sz., 481-490. oldal

185. John D. Hodson: Medical Malpractice Law in Comparative Perspective (The Journal of Legal Medicine, 2003)

186. Jones, Michael A.: Medical Negligence. Sweet & Maxwell, London, 2016, 45-67. o.

187. Jóri András, Soós Andrea Klára: Adatvédelmi jog, HVG-ORAC Lap- és Könyvkiadó Kft, Bp., 2016, 154.A 29. cikk szerinti munkacsoport 03/2013. számú, a célhoz kötöttségről szóló véleménye

188. Kaszás Eszter- Az orvos polgári jogi felelősségének alapkérdései- Themis 2015. 166-200.o.

189. Kaszás Eszter: Az orvos kártérítési felelősségének egyes kérdései az új Ptk. összefüggésében (GJ, 2015/2., 17-20. o.)

190. Kecskés László – Tilk Péter (szerk.): A választottbíráskodás és más alternatív vitarendezési eljárások jogi szabályozásának alapjai (Pécs, 2018) 58.o.

191. KELEMEN Katalin: „A common law jogrendszerek” in JAKAB András – FEKETE Balázs (szerk.): Internetes Jogtudományi Enciklopédia (Jogösszehasonlítás rovat, rovatszerkesztő: FEKETE Balázs) http://ijoten.hu/szocikk/a-common-law-jogrendszerek (2018)

192. Kennedy, Ian - Grubb, Andrew: Medical Law: Text with Materials. Butterworths, London, 2019. 10-12.o.

193. Keszler Borbála - Párhuzamok az ókori mezopotámiai orvoslás és a magyar orvosi emlékek szókincse között, Magyar orvosi nyelv 2023, 2, 58–60.o.

194. Khan, M. (szerk.): Clinical Negligence. Butterworths, London, 2018, 456-478. o.

195. Kilbrandon L. Medical Malpractice Law, A Comparative Law Study of Civil Responsibility arising from Medical Care. J Med Ethics. 1982 Mar;8(1):51.

196. King, Jr., Joseph H.: The Law of Medical Malpractice in a Nutshell. West Academic Publishing, St. Paul, 2016, 145-157. o.

197. Kleinman, Arthur: Patients and Healers in the Context of Culture (1980), University of California Press

198. Kmoskó M. (1911). Hammurabi törvényei, Az erdélyi múzeum-egyesület jog-és társadalomtudományi

199. Kovács József - A modern orvosi etika alapjai, Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest (2025) 133-135.o.

200. Kovács Zoltán alezredes- A mesterséges intelligencia és egyéb felforgató technológiák hatásainak átfogó vizsgálata (Katonai Nemzetbiztonsági Szolgálat, 2023) 97.o.

201. Köbel Dávid: Az önrendelkezési jog és az életvégi döntések jogdogmatikájának nemzetközi összehasonlítása (JÁP, 2024/1., 55-76. o.)

202. Kőműves Sándor, Szatmári István, Tóth Gábor Attila: Humán embrionális őssejtkutatás (2014) 139-140.o.

203. Kramer, R. M., & Tyler, T. R. Trust in organizations: Frontiers of theory and research. Sage Publications. Vol. 9:247-276 (Volume publication date January 2022)

204. KSH (2023): Az egészségügyi ellátórendszer munkaerő-helyzete. Budapest: KSH.

205. Laki Beáta dr., Szolcsányi Tibor dr., Tiringer István dr.- Jelentős változások a hippokratészi eskü,

206. Lambert and Others v. France (application no. 46043/14), European Court of Human Rights (Grand Chamber), 5 June 2015

207. Lane, Nick: The unseen world: reflections on Leeuwenhoek (1677) 'Concerning little animals' (Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences, 2015)

208. Legal Aid, Sentencing and Punishment of Offenders Act 2012. https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/10/contents

209. Legf. Bír. Bfv. III. 2535/2002. sz

210. Legf. Bír. Pfv.III.22 627/1999. sz

211. Legf.Bír.Pfv.III.20 366/2000. sz.

212. Levinson, W., Roter, D. L., Mullooly, J. P., Dull, V. T., & Frankel, R. M. (1997). Physician-patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. JAMA, 277(7), 553-559.

213. Liang, (2011).

214. Liang, B. A. (2011). Medical malpractice law. New York: Oxford University Press.

215. Library of Congress: Medical Liability: Canada, England and Wales, Germany, and India

216. Linden, Allen M.: Canadian Tort Law. Butterworths, Toronto, 2017. chapt. 10.

217. Lunney, Mark - Oliphant, Ken: Tort Law: Text and Materials. Oxford University Press, Oxford, 2008, 106-110. o.

218. Macrae C, Vincent C. A new national safety investigator for healthcare: the road ahead. Journal of the Royal Society of Medicine. 2017;110(3):90-92.

219. Magyar Orvosi Kamara (2021): Állásfoglalás az egészségügyi szolgálati jogviszonyról. Budapest: MOK.

220. Magyar Orvosi Kamara Eljárási Szabályzata.

221. Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódexe. (https://mok.hu/a-kamararol/etikai-kodex)

222. Magyarország Alaptörvénye. 2011. április 25. (https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1100425.atv)

223. Maitland, F. W. (2003). Equity: A Course of Lectures. Cambridge University Press. 12-22.o.

224. Marek Erika: Interkulturális kompetenciák az egészségügyi ellátásban (Összefoglaló közlemény)

225. Mark A. Hall, Ronald F. Wright: Medical Liability and Treatment Relationships (Aspen Publishers, 2010)

226. Markesinis and Deacon's Tort Law. Oxford University Press, Oxford, 2019. 243.-244.o.

227. Mayer Ferenc Kolos dr.: Az orvostudomány története (Budapest, 1927) 76.-77.o.

228. Mayo Clinic: Gene therapy (https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/gene-therapy/about/pac-20384619)

229. McGregor on Damages. Sweet & Maxwell, London, 2020, 1-15. o.

230. Mechanic, D., & Schlesinger, M. (1996). The impact of managed care on patients' trust in medical care and their physicians. JAMA, 275(21), 1693-1697.

231. MOK Etikai Kollégium 12/2017. számú határozata

232. Molnár Hella: Az ellátás visszautasítása jogának egyes kérdései – az alkotmánybíróság határozataira és a ptk.

233. Montgomery v Lanarkshire Health Board [2015] UKSC 11

234. Moore, C. (2003) The Mediation Process: Practical Strategies for Resolving Conflict. San Francisco: Jossey-Bass. 8-10.o.

235. National Human Genome Research Institute: Germline Gene Therapy (https://www.genome.gov/genetics-glossary/Gene-Therapy)

236. New antibiotics needed to avert health crisis - WHO

237. New York Convention on the Recognition and Enforcement of Foreign Arbitral Awards (1958). https://www.newyorkconvention.org/english

238. Nogel Mónika- Az igazságügyi szakértői vélemények hiteltérdemlősége a büntetőeljárásban- Doktori értekezés (2019) 35.o.

239. Novák Krisztina: A betegtájékoztatás kiemelt fontossága betegjogi szempontból (2021-2023 évek összehasonlítása) ime – Egészségügyi vezetők szaklapja – tudományos folyóirat xxiii. Évfolyam 2024/3. Szám 45-50.o.

240. Nunn, J. F. (1996). Ancient Egyptian medicine. Norman: University of Oklahoma Press. 26-34.o.

241. Nutton, Vivian: Ancient Medicine (Routledge, 2004) 300-350. o.

242. NVSZ (2022): Beszámoló a Nemzeti Védelmi Szolgálat 2022. évi tevékenységéről. Budapest: NVSZ.

243. NVSZ (2022): Beszámoló a Nemzeti Védelmi Szolgálat 2022. évi tevékenységéről. Budapest: NVSZ.

244. NVSZ (2023): A megbízhatósági vizsgálatok jogszabályi keretei. https://mok.hu/public/media/source/Transzparencia/Allasfoglalasok/NVSZ_megb%C3%ADzhat%C3%B3s%C3%A1gi_vizsg_jogszab%C3%A1ly_0525.pdf

245. NVSZ (2023): NVSZ: megzsarolt, fenyegetett orvosok védelme, százmilliós költségvetési csalás feltárása. https://nvsz.hu/hirek/?p=39

246. OECD (2022): Health at a Glance: Europe 2022. Paris: OECD Publishing.

247. O'Malley, C. D. (1964). Andreas Vesalius of Brussels, 1514-1564. Berkeley: University of California Press. 21-27.o.

248. O'Malley, Charles Donald: Andreas Vesalius of Brussels, 1514-1564 (University of California Press, 1964) 21-28.o.

249. Orv Hetil. 2020; 161(32): 1322–1330.

250. Oviedói Egyezmény 5. cikk

251. Pagel, Walter: Paracelsus: An Introduction to Philosophical Medicine in the Era of the Renaissance (Karger Medical and Scientific Publishers, (1982) 126-202. o.

252. Pellegrino, E. D., & Thomasma, D. C. (1993). The virtues in medical practice. Oxford University Press. Vol 86.

253. Pellegrino, E. D., & Thomasma, D. C. (1993). The virtues in medical practice. New York: Oxford University Press

254. Peter E. Pormann & Emilie Savage-Smith (Ed.), Medieval Islamic Medicine, Nazariyat Journal for the History of Islamic Philosophy And Sciences, 1 (2014), pp. 174-179.o.

255. Petkó Mihály: A beteg tájékoztatási jogáról és kötelezettségéről (MJ 2013/8., 500-507. o.)

256. Petkó Mihály: Az orvosi titoktartási kötelezettségről (GJ, 2014/6., 20-26. o.)

257. Petschnig Mária (1983): Az orvosi hálapénzről – nem etikai alapon. Valóság, 1983/11. 47. o.

258. Pf.v IV. 21.028/2000/5., BH 2001/2., P.K. 61.

259. Picard, E. (1999). Legal liability of doctors and manufacturers in the use of medical robots. In International Conference on Advanced Robotics (pp. 209-214). IEEE.

260. Pogány Magdolna: A betegjogok szabályozása a kezdetektől napjainkig (Acta Sana 2010) (001-002.) 24-25.o.

261. Polgári Törvénykönyv (2013. évi V. törvény). Hozzáférés: https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1300005.tv

262. Pormann, P. E., & Savage-Smith, E. (2007). Medieval Islamic medicine. Washington, D.C.: Georgetown University Press.6-15.o.

263. Porter, Roy: The Cambridge History of Medicine (Cambridge University Press, 2006) 211-238.o.

264. Porter, Roy: Vér és virág: Az orvostudomány története (2000), Medicina Könyvkiadó Zrt., 147-216. oldal

265. Porter, Roy:Vér és virtus- Az orvostudomány rövid története (HVG Kiadó rt, 2003) 19-40.o.

266. Pretty v. United Kingdom, (2346/02) 35 EHRR 1 (2002).

267. prof. Schultheisz Emil- Az ókori medicina hagyományozódása az egyházatyáknál https://mek.oszk.hu/05400/05425/pdf/schultheisz_okorimedicina.pdf

268. Regina Molnár, Zoltán Sági, Zsuzsanna Fejes,Kálmán Törőcsik, Béla Köves, Edit Paulik: Az orvos–beteg kommunikáció új lehetőségei – a betegek elvárásai alapján

269. Ripszám Dóra– Prof. Dr. habil. Gál István László: Gondolatok a járványügyi védekezés akadályozásáról- https://ujbtk.hu/dr-ripszam-dora-prof-dr-habil-gal-istvan-laszlo-phd-gondolatok-a-jarvanyugyi-vedekezes-akadalyozasarol/

270. Robbennolt JK. Apologies and medical error. Clin Orthop Relat Res. 2009 Feb;467(2):376-82. Epub 2008 Oct 30.

271. Robertson, Gerald B.: Comparative Negligence in Tort Law. In: Modern Law Review, 1979, 42(1), 61-77. o.

272. Rogers, W. V. H.: Winfield and Jolowicz on Tort. Sweet & Maxwell, London, 2010, 1-15. o.

273. Rosen, George: The Evolution of Social Medicine (In: Freeman, Howard E., Levine, Sol, Reeder, Leo G. (eds.): Handbook of Medical Sociology, Prentice-Hall, 1972) 30-39.o.

274. Roter, D. L., & Hall, J. A. (1992). Doctors talking with patients/patients talking with doctors: Improving communication in medical visits. Greenwood Publishing Group. 15-19.o.

275. Sáriné Simkó Ágnes: Betegjogok az egészségügyi törvény és a Polgári Törvénykönyv összefüggései alapján (GJ, 2019/6., 7-13. o.)

276. Schiavo ex rel. Schindler v. Schiavo, 403 F.3d 1223 (11th Cir. 2005).

277. Schwartz, (1986).

278. Sebestyén Andrea: Az abortuszról és a jogi feminizmusról. Az "abortusz-tanácsadás" és az "abortuszturizmus" esete Magyarországon (ÁJT, 2018/1., 93-110. o.)

279. Sharkey, A. (2014). The ethical frontiers of robotics. Science, 345(6203), 1410-1411.

280. Shuster, Evelyne: Fifty Years Later: The Significance of the Nuremberg Code. The New England Journal of Medicine, 1997.

281. Sidaway v Board of Governors of the Bethlem Royal Hospital and the Maudsley Hospital [1985] AC 871

282. Simon Tamás (Budapest, 2005) Veszélyes üzem felelősség és egészségügyi szolgáltatás

283. Siraisi, N. G. (1990). Medieval & early Renaissance medicine: An introduction to knowledge and practice. Chicago: University of Chicago Press. 30-35.o.

284. Smith D.c.: The Hippocratic Oath and Modern Medicine. In: Journal of the History of Medicine and Allied Sciences, 1996 Oct;51(4):484-500.

285. Sofija Nikolić Popadić- Introducing telemedicine – legal and other challenges- Ceeol- (2022) 341-354.o.

286. Sótonyi Péter (2006): Orvosi felelősség In: Sótonyi Péter (szerk.): Semmelweis Könyvkiadó Zrt. 123-145. o.

287. Sótonyi Péter (szerk.): Orvosi felelősség. Semmelweis Kiadó, Budapest 2006. 115.o.

288. Sótonyi Péter: Az orvosi műhiba. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2007.

289. Spencer, D. (2016) Mediation Law and Practice. London: LexisNexis. 9-11.o.

290. Starr, Paul: The Social Transformation of American Medicine (Basic Books, 1984) 335-378.o.

291. Stauch, Michael: Schadensersatzrecht. C.H.Beck, München, 2019, 234-246. o.

292. Studdert DM, Mello MM, Brennan TA. Medical malpractice. N Engl J Med. 2004 Jan 15;350(3):283-92.

293. Sulzer v. Intuitive Surgical, Inc., No. 50-2023-CA-001458-XXXX-MB (Fla. Cir. Ct. filed Feb. 15, 2023)

294. Szabó Judit- A kuruzslás miatt indult büntetőeljárások tapasztalatai: egy aktakutatás eredményei https://ugyeszeklapja.hu/?p=2770

295. Szalma József: Gondolatok a kontraktuális és a deliktuális felelősségről, különös tekintettel az új Ptk. vonatkozó szabályozására (Acta ELTE, tom. LI, ann. 2014, 209-226. o.)

296. Szervadományozás - Egészségvonal (https://egeszsegvonal.gov.hu/s-sz/1207-szervadomanyozas.html)

297. Szervátültetés Wikipédia (https://hu.wikipedia.org/wiki/Szerv%C3%A1t%C3%BCltet%C3%A9s)

298. Takáts Péter: Szakmai felelősségbiztosítások (KK, 2019/5-6., 30-37. o.)

299. Tattay Levente: "A biotechnológiai találmányok jogi oltalma az Európai Közösségben" Külgazdaság Jogi Melléklet 1999/10, 128-129.

300. Taylor, R. H. (1995). A perspective on medical robotics. Proceedings of the IEEE, 83(11), 1652-1664.

301. The Hon Mr Justice James Edelman; Professor Jason Varuhas; Professor Andrew Higgins-McGregor on Damages. Sweet & Maxwell, London, 2020, 1-15. o.

302. Thom, D. H., Campbell, B., & Franz, C. E. (1989). Patient-physician trust: an exploratory study. J Fam Pract. 1997 feb;44(2):169-76.

303. Törő Károly (1986): Az orvosi jogviszony. Budapest: Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó. 216.o.

304. Törő Károly (1986): Az orvosi jogviszony. Budapest: Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó. 216-217.o.

305. Transparency International Magyarország (2023): Korrupciós kockázatok az egészségügyben. Budapest: TI Magyarország.

306. U.S. Food and Drug Administration: What is Gene Therapy? (https://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/cellular-gene-therapy-products/what-gene-therapy)

307. Van Gerven, Walter - Lever, Jeremy - Larouche, Pierre: Tort Law. Hart Publishing, (Oxford, 2000.) 963.o.

308. Veruggio, G., & Operto, F. (2008). Roboethics: Social and ethical implications of robotics. Springer Science & Business Media.

309. Viney, Geneviève: Traité de droit civil: Les obligations: La responsabilité civile extracontractuelle. LGDJ, Paris, 2018.

310. WHO (2019): Global Patient Safety Action Plan 2021-2030. Geneva: WHO.

311. WHO: Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition. World Health Organization, Geneva, 2011. https://www.who.int/publications/i/item/9789241501958

312. Wilkinson, R., Kate Pickett, K. A vízmérték: Miért jobb az egyenlőbb társadalmak szinte mindig jobban? Allen Lane, 2009

313. World Health Organization: World Health Report 2000. Health systems: improving performance. Geneva: WHO, 2000.

314. Worthington, S. (2006). Equity. Oxford University Press.3-6.o.

315. Yourgenome.org: What is germline gene therapy? (https://www.yourgenome.org/theme/applications-of-gene-therapy/)

316. Zákány Judit: A beteg önrendelkezéshez való jogának törvényi tartalma és megjelenése a bírói gyakorlatban (DJM, 2023/1-2., 145-172. o.)

317. Zákány Judit: Az egészségügyi szolgáltatók kötelező szakmai felelősségbiztosításának aktuális kérdéseiről (DJM, 2007/4.)

318. Zákány Judit: Az orvosi tevékenység büntetőjogi szabályozásának vázlata különös tekintettel a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés tényállására https://www.debrecenijogimuhely.hu/archivum/2_2012/az_orvosi_tevekenyseg_buntetojogi_szabalyozasanak_vazlata/

319. Zakariás Kinga: „Betegjogok" in Jakab András – Könczöl Miklós – Menyhárd Attila – Sulyok

320. Zakariás Kinga: Az emberi méltósághoz való jog, mint az egészséghez való jog alapja (IAS, 2023/4., 105-118. o.)

321. Zorkóczy Miklós: A mesterséges intelligencia egészségügyi jogi és etikai dimenziói. MTA Law Working Papers, 2021/25.

322. Zweigert, K., & Kötz, H. (1998). An introduction to comparative law. Oxford: Clarendon Press.

Egyéb internetes források:

- Stresszkezelés - Életmód Orvosi Központ Https://Www.Eletmodorvosikozpont.Hu/Eletmod-Orvoslas/Stresszkezeles
- Munkahelyi Stressz Az Egészségügyi Dolgozók Körében, Https://Vmtdk.Edu.Rs/Fex.File:Csabai-Orsolya-Avx94i/Csabai%20orsolya.%20avx94i.Pdf
- Stresszkezelés,Stresszmenedzselés | Pszichológus - Sólyom Judit, Https://Tanulas-Fejlesztes.Hu/Vizsgalat-Fejlesztes-Terapia/Stresszkezelesstresszmenedzseles/
- Stresszkezelés - Egészségvonal, Hozzáférés Dátuma: Július 10, 2024, Https://Egeszsegvonal.Gov.Hu/Egeszseg-A-Z/S-Sz/Stresszkezeles.Html
- Orvosi Műhiba - Biztosítás.Hu, Hozzáférés Dátuma: Július 10, 2024, Https://Www.Biztositas.Hu/Karrendezes/Orvosi-Muhiba
- Orvosi Műhibák Alaptípusai, Hozzáférés Dátuma: Július 10, 2024, Https://Www.Vargaorvos.Hu/Orvosi-Muhibaperek/Orvosi-Muhibak-Alaptipusai
- Az Egészségi Állapot, A Munkastressz És A Kiégés Alakulása Az Orvosi Hivatásban - Orvoscoaching, Hozzáférés Dátuma: Július 10, 2024, Https://Www.Orvoscoaching.Hu/Cikkek/18-Az-Egeszsegi-Allapot-A-Munkastressz-Es-A-Kieges-Alakulasa-Az-Orvosi-Hivatasban
- „Kérdezze Meg Kezelőorvosát!" - Paradigmaváltások Az Orvosi Jogviszony, Az Orvos Kártérítési Felelősség Megítélése Körében - Szegedi Tudományegyetem, Hozzáférés Dátuma: Július 10, 2024, Https://U-Szeged.Hu/Szabadegyetem/Kerdezze-Kezeloorvosat/Kerdezze-Kezeloorvosat

- A Stressz Hatása A Testre És A Lélekre - Halom Medical Egészségközpont, Hozzáférés Dátuma: Július 10, 2024, Https://Www.Halommedical.Hu/A-Stressz-Hatasa-A-Testre-Es-A-Lelekre/
- A Mentális Egészség Fejlesztése Az Egészségügyi Ágazatban 1. Bevezetés - Eu-Osha, Hozzáférés Dátuma: Július 10, 2024, Https://Osha.Europa.Eu/Sites/Default/Files/Efact46_Hu.Pdf
- Az Orvosok Sem Supermanek, Sürgős Mentális Segítségre Lenne Szükség Az Egészségügyben Járvány Után - Telex, Hozzáférés Dátuma: Július 10, 2024, Https://Telex.Hu/Belfold/2021/06/18/Egeszsegugyi-Dolgozok-Orvosok-Apolok-Mentalis-Segitese-Terapia-Pszichologia-Medspot-Alapitvany-Call-For-Help
- Mérlegen A Kiégett Orvosok - Medical Online, Hozzáférés Dátuma: Július 10, 2024, Https://Medicalonline.Hu/Tudomany/Cikk/Merlegen_A_Kiegett_Orvosok
- Kiégés (Burnout) Szindróma Az Orvosi Hivatásban - Hippocrateslap.Hu, Hozzáférés Dátuma: Július 10, 2024, Https://Hippocrateslap.Hu/Uploads/Ujsag/2006-2/Kieges-Burnout-Szindroma-Az-Orvosi.Pdf
- Kiégési Szindróma – Wikipédia, Hozzáférés Dátuma: Július 10, 2024, Https://Hu.Wikipedia.Org/Wiki/Ki%C3%A9g%C3%A9si_Szindr%C3%B3ma
- I. Az Egészségügyi Törvény Szerkezete, Főbb Rendelkezései, Hozzáférés Dátuma: Július 10, 2024, Https://Www.Ijsz.Hu/Userfiles/1_Dr__Raffay_Balint_Eloadasa(1).Pdf
- Gyógyszerelési Hibák Csökkentése - Ecamet, Hozzáférés Dátuma: Július 10, 2024, Https://Ecamet.Eu/Wp-Content/Uploads/2022/03/21016698-In0107-Eaasm-Medication-Errors-Hungary_V1_Intclientuse_En-Hu_Ttapp.Pdf
- Gyógyszereim - Semmelweis Egyetem, Hozzáférés Dátuma: Július 10, 2024, Https://Semmelweis.Hu/Gytk/Files/2019/10/Gy%C3%B3gyszereim_5xm_2_Kiad.Pdf
- Gyógyszerelési Hiba - Otsz Online, Hozzáférés Dátuma: Július 10, 2024, Https://Otszonline.Hu/Egeszsegugyeink/Cikk/Gyogyszerelesi_Hiba
- Dósa Ágnes: Az Egészségügyi Szolgáltató Kártérítési Felelőssége A Tájékoztatás Elmulasztásáért (Ájt, 2002/1-2., 23-72. O.) | Szakcikk Adatbázis, Hozzáférés Dátuma: Július 10, 2024, Https://Szakcikkadatbazis.Hu/Doc/9055577
- Amiről Nem Tudok Az Nem Fáj? A Tájékoztatáshoz Való Jog Érvényesülése Az Egészségügyi Ellátások Igénybevétele - Szegedi Tudományegyetem, Hozzáférés Dátuma: Július 10, 2024 Http://Publicatio.Bibl.U-Szeged.Hu/10745/8/3180824.Pdf
- Búcsúzik A Legnagyobb Gondosság!? Az Orvos, Egészségügyi ..., Hozzáférés Dátuma: Július 10, 2024, Http://Www.384ugyvediiroda.Hu/Images/Pdf/Bucsuzik.Pdf
- Orvosi Műhibaperek - Gondatlan Gyógyítók És Súlyos Következmények - Jogi Fórum, Hozzáférés Dátuma: Július 10, 2024, Https://Www.Jogiforum.Hu/Cikk/2019/10/08/Orvosi-Muhibaperek-Gondatlan-Gyogyitok-Es-Sulyos-Kovetkezmenyek/

- Az Orvos Polgári- És Büntetőjogi Felelőssége - Dea, Hozzáférés Dátuma: Július 10, 2024, Https://Dea.Lib.Unideb.Hu/Items/A3661c59-137b-46e2-8115-Cff0738700a2
- Az Ellátás Eredményessége, Biztonsága - Demin Célja, Hozzáférés Dátuma: Július 10, 2024, Https://Www.Demin.Hu/Az-Ellatas-Eredmenyessege-Biztonsaga-43.Html
- Kp Orvosi Muhibak2 | Pdf - Scribd, Hozzáférés Dátuma: Július 10, 2024, Https://Www.Scribd.Com/Document/393574632/Kp-Orvosi-Muhibak2
- Barzó Tímea Felelősségi Alapkérdések Az Egészségügyben, Hozzáférés Dátuma: Július 10, 2024, Https://Antk.Uni-Nke.Hu/Document/Akk-Copy-Uni-Nke-Hu/Opuscula_Civilia_2019_Barzo_Timea.Pdf
- Kiégés – Szakaszok, Jelek, Okok És Kezelés - Apollo Hospitals, Hozzáférés Dátuma: Július 10, 2024, Https://Www.Apollohospitals.Com/Hu/Diseases-And-Conditions/Burnout-Stages-Signs-Causes-And-Treatment
- A Stressz Hatása Cukorbetegségben - Hungária Med-M, Hozzáférés Dátuma: Július 10, 2024, Https://Www.Hungariamed.Hu/379-A-Stressz-Hatasa-Cukorbetegsegben
- Intézkedéslélektan Intenzív Stresszhelyzetben Írta: Dr. Lehoczki Ágnes - Nke Rtk, Hozzáférés Dátuma: Július 10, 2024, Https://Rtk.Uni-Nke.Hu/Document/Rtk-Uni-Nke-Hu/Int%C3%A9zked%C3%A9sl%C3%A9lektan%20intenz%C3%Adv%20stresszhelyzetben%20-%20lehoczki.Pdf
- Az Egészségügyi Dolgozókra Olyan Poszttraumás Stressz Várhat, Mint A Háborús Veteránokra, Hozzáférés Dátuma: Július 10, 2024, Https://Qubit.Hu/2020/04/09/Az-Egeszsegugyi-Dolgozokra-Olyan-Poszttraumas-Stressz-Varhat-Mint-A-Haborus-Veteranokra
- Orvosi Műhibaperek A Gyakorlatban – Hallgatói Önkormányzat, Hozzáférés Dátuma: Július 10, 2024, Https://Semmelweis.Hu/Hok/2016/05/25/Orvosi-Muhibaperek-A-Gyakorlatban/
- Beck-Féle 10 Gondolkodási Hiba - Iacm Humántanácsadói Akadémia, Hozzáférés Dátuma: Július 10, 2024, Https://Iacmacademy.Com/2024/02/11/Beck-Fele-10-Gondolkodasi-Hiba/
- Kognitív Torzítások - Ifit, Hozzáférés Dátuma: Július 10, 2024, Https://Ifit.Hu/Kognitiv-Torzitasok/
- Kognitív Torzítások Az Orvosi Diagnózisokban - Schrödinger Kutyája, Hozzáférés Dátuma: Július 10, 2024, Https://Schrodingersdawg.Blog.Hu/2017/05/09/Kognitiv_Torzitasok_Az_Orvosi_Diagnozisokban
- Orvosi Műhiba Miatt Nem Tudott Járni Egy Fiatal, Magyar Nő - Origo, Hozzáférés Dátuma: Július 10, 2024, Https://Www.Origo.Hu/Itthon/2019/03/A-Leggyakoribb-Orvosi-Muhibakrol-Erdekes-Esetekrol-Amelyeket-Ma-Magyarorszagon-Vetenek-Petrassy

- Orvos Jogi Védelme: Hogyan Védekezhetünk A Jogvitában? - Téglásy Ügyvédi Iroda, Hozzáférés Dátuma: Július 10, 2024, Https://Drteglasybalazs.Hu/Orvos-Jogi-Vedelme-Hogyan-Vedekezhetunk-A-Jogvitaban/
- Kiégésről És Feltöltődésről - Magyar Orvosi Kamara, Hozzáférés Dátuma: Július 10, 2024, Https://Mok.Hu/Orvosoklapja/Konzilium/Kiegesrol-Es-Feltoltodesrol
- Stresszcsökkentő Életmód Program - Rofé Naturale Egészségközpont, Hozzáférés Dátuma: Július 10, 2024, Https://Rofe.Hu/Kezelesek/Stresszcsokkento-Eletmod-Program-2
- A felelősségbiztosítások szerepe, jelene és jövője magyarországon - mabisz (https://mabisz.hu/wp-content/uploads/2018/08/biztositas-es-kockazat-2-evf-3-szam-5-cikk.pdf)
- Antibiotic resistance: the need for global solutions - ncbi (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc4378521/)
- Antibiotic use in humans - who (https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antibiotic-resistance)
- Az antibiotikum-rezisztencia egyre komolyabb probléma európában | témák | európai parlament (https://www.europarl.europa.eu/topics/hu/article/20180615sto05929/az-antibiotikum-rezisztencia-egyre-komolyabb-problema-europaban)
- Az orvosi jog és az orvosi jogviszony alapvonalai doktori értekezés - pte ájk (https://ajk.pte.hu/files/file/doktori-iskola/lomnici-zoltan/lomnici-zoltan-muhelyvita-ertekezes.pdf)
- A szervdonáció és szervátültetés jogi szabályozása - országos vérellátó szolgálat (https://www.ovsz.hu/sites/default/files/2023-06-22-szdt-txjog-msea_0.pdf)
- A szervdonáció és szervátültetés jogi szabályozása, etikai kérdések - országos vérellátó szolgálat (https://www.ovsz.hu/sites/default/files/3-2022-se-aok-txjog.pdf)
- Doktori (phd) értekezés - dea (https://dea.lib.unideb.hu/bitstreams/cfaae811-f0bc-44ab-b67d-d04cd53f7708/download)
- Global action plan on antimicrobial resistance - WHO (https://www.who.int/publications/i/item/9789241509763)
- Mayo Clinic: Gene therapy (https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/gene-therapy/about/pac-20384619)
- Szervadományozás - Egészségvonal (https://egeszsegvonal.gov.hu/s-sz/1207-szervadomanyozas.html)

- U.S. Food and Drug Administration: What is Gene Therapy? (https://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/cellular-gene-therapy-products/what-gene-therapy)
- https://lexikon.katolikus.hu/H/hippokrat%C3%A9szi%20esk%C3%BC.html
- https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/?uri=CELEX%3A12012P%2FTXT
- https://rm.coe.int/168007cf98
- https://www2.deloitte.com/hu/hu/pages/jog/articles/a-legtobbet-idezett-jogi-kifejezes-az-elmult-hetekben-vis-major.html
- https://www.themdu.com/guidance-and-advice/guides/montgomery-and-informed-consent
- https://en.wikipedia.org/wiki/Sidaway_v_Board_of_Governors_of_the_Bethlem_Royal_Hospital
- https://www.casemine.com/judgement/uk/5a8ff8db60d03e7f57ece8a3
- https://www.lawteacher.net/cases/bolitho-v-hackney.php
- https://www.nbcnews.com/health/health-news/robotic-device-burned-womans-small-intestine-surgery-lawsuit-alleges-rcna137998
- https://m.mult-kor.hu/cikk.php?id=9918
- https://www.biztositasvalaszto.hu/2023/10/05/fontos-kerdesek-az-orvosi-felelossegbiztositassal-kapcsolatban/
- https://biztositas.ma/cikk/felelossegbiztositas-kell-az-alkalmazott-orvosoknak
- https://mernokkapu.hu/milyen-szerepet-jatszik-a-nanotechnologia-az-orvostudomanyban/
- https://ossejt.krio.hu/hirek/hogyan_befolyasolja_a_nanotechnologia_az_ossejtkutatast
- https://mok.hu/orvosoklapja/aktualis/mesterseges-intelligencia-az-orvostudomanyban-a-magyar-orvosi-chatgpt-mukodese
- https://ujszo.com/hasznos-tanacs/az-alternativ-gyogyaszok-jogi-felelossegerol
- https://lelekbenotthon.hu/2008/12/ifj-lomnici-zoltan-az-alternativ-gyogyito-tevekenysegek-jogi-analizise-a-legujabb-szabalyozas-tukreben/
- http://www.alternativszemdr.hu/2021/03/17/a-magyar-termeszetgyogyaszat-helyzete/
- https://www.webbeteg.hu/cikkek/egeszseges/2014/az-eutanazia-jogi-szemmel
- https://szakcikkadatbazis.hu/doc/7906043
- https://hu.wikipedia.org/wiki/Alternat%C3%ADv_gy%C3%B3gym%C3%B3d

- https://mok.hu/orvosoklapja/aktualis/nem-csak-ellenoriz-vedelmet-is-biztosit-az-orvosoknak-az-nvsz
- http://www.alternativszemdr.hu/2021/03/17/a-magyar-termeszetgyogyaszat-helyzete/
- https://biztositas.ma/cikk/felelossegbiztositas-kell-az-alkalmazott-orvosoknak
- https://egeszsegvonal.gov.hu/ellatorendszer/betegjogok/237-onrendelkezeshez-valo-jog.html
- https://egeszsegvonal.gov.hu/ellatorendszer/gyogyszerellatas/1865-gyogyszerfeliras-szabalyai.html
- https://en.wikipedia.org/wiki/Sidaway_v_Board_of_Governors_of_the_Bethlem_Royal_Hospital
- https://health-inequalities.eu/hu/health-inequalities/
- https://health-inequalities.eu/hu/health-inequalities/
- https://hu.wikipedia.org/wiki/Alternat%C3%ADv_gy%C3%B3gym%C3%B3d
- https://ictglobal.hu/technologia/kie-a-felelosseg-ha-rosszul-dont-vagy-diszkriminal-az-ai/
- https://immunologus.hu/2020/06/03/antibiotikumok-bakteriumok-rezisztencia/
- https://lelekbenotthon.hu/2008/12/ifj-lomnici-zoltan-az-alternativ-gyogyito-tevekenysegek-jogi-analizise-a-legujabb-szabalyozas-tukreben/
- https://lelekbenotthon.hu/2008/12/ifj-lomnici-zoltan-az-alternativ-gyogyito-tevekenysegek-jogi-analizise-a-legujabb-szabalyozas-tukreben/
- https://lexikon.katolikus.hu/H/hippokrat%C3%A9szi%20esk%C3%BC.html
- https://m.mult-kor.hu/cikk.php?id=9918
- https://mernokkapu.hu/milyen-szerepet-jatszik-a-nanotechnologia-az-orvostudomanyban/
- https://mok.hu/orvosoklapja/aktualis/mesterseges-intelligencia-az-orvostudomanyban-a-magyar-orvosi-chatgpt-mukodese
- https://munkaugyilevelek.hu/1999/02/az-egeszsegugyi-intezmeny-karteritesi-felelossege/
- https://nvsz.hu/hirek/?p=39
- https://ossejt.krio.hu/hirek/hogyan_befolyasolja_a_nanotechnologia_az_ossejtkutatast
- https://ropewalk.co.uk/blog/meadows-v-khan-in-the-supreme-court-scope-of-duty-in-clinical-negligence-claims/
- https://ujszo.com/hasznos-tanacs/az-alternativ-gyogyaszok-jogi-felelossegerol
- https://www.bethesda.hu/egeszsegugyi-adatkezelesi-szabalyzat/

- https://www.biztositasvalaszto.hu/2023/10/05/fontos-kerdesek-az-orvosi-felelossegbiztositassal-kapcsolatban/
- https://www.casemine.com/judgement/uk/5a8ff8db60d03e7f57ece8a3
- https://www.consilium.europa.eu/hu/policies/health-technology-assessment/
- https://www.lawteacher.net/cases/bolitho-v-hackney.php
- https://www.nbcnews.com/health/health-news/robotic-device-burned-womans-small-intestine-surgery-lawsuit-alleges-rcna137998
- https://www.portfolio.hu/gazdasag/20210916/tavgyogyitas-magyarorszagon-kik-es-hogyan-csinaljak-de-a-legfontosabb-hogy-megis-kinek-500814
- https://www.themdu.com/guidance-and-advice/guides/montgomery-and-informed-consent
- https://www.themdu.com/guidance-and-advice/guides/montgomery-and-informed-consent
- https://www.waldrons.co.uk/insights/what-is-the-bolam-test/
- https://www.waldrons.co.uk/insights/what-is-the-bolam-test/
- https://www.webbeteg.hu/cikkek/egeszseges/2014/az-eutanazia-jogi-szemmel
- https://www2.deloitte.com/hu/hu/pages/jog/articles/a-legtobbet-idezett-jogi-kifejezes-az-elmult-hetekben-vis-major.html