

SEMMELWEIS EGYETEM
DOKTORI ISKOLA

Ph.D. értekezések

3417.

ÓRI ADRIENN

Interdiszciplináris alkalmazott egészségtudományok
című program

Programvezető: Dr. Vingender István, főiskolai tanár

Témavezető: Dr. Feith Helga Judit, főiskolai tanár

A tájékoztatási kötelezettség megsértéséből eredő
egészségügyi polgári jogi igények bírói megítélése,
kvantitatív alapú összehasonlító elemzése
(2008–2010 és 2018–2020)

Doktori értekezés

Dr. Óri Adrienn

Semmelweis Egyetem Doktori Iskola
Egészségtudományi Tagozat



Témavezető: Dr. Feith Helga Judit, Ph.D., habil. tanszékvezető főiskolai tanár

Hivatalos bírálók: Dr. Élő Gábor, Ph.D., egyetemi docens
Dr. Boda-Balogh Éva, Ph.D., adjunktus

Komplex vizsga szakmai bizottság:

Elnök: Dr. Kovács József, Ph.D., DSc egyetemi tanár

Tagok: Dr. Élő Gábor, Ph.D., egyetemi docens, klinikai főorvos

Dr. Kovács Aranka Katalin, Ph.D., aneszteziológus szakorvos

Budapest
2026

Tartalomjegyzék

Rövidítések jegyzéke

1. Bevezetés	1
1.1. A tájékoztatáshoz való jog és a tájékozott beleegyezés nemzetközi kontextusa és értelmezési standardjai	2
1.2. A tájékoztatáshoz való jog történeti gyökerei és az egészségügyi jogalkotás „rendszer váltást” megelőző időszaka Magyarországon	6
1.3. „Rendszer váltás” a magyar egészségügyi jogi szabályozásban: a hatályos jogi keretek	10
1.4. A tájékoztatáshoz való jog dogmatikai keretei: alapjogi és polgári jogi összefüggések a magyar jogban	12
1.5. Az egészségügyi polgári jogi perekben érvényesíthető igények rendszere nemzetközi és hazai kitekintésben	14
1.6. Az egészségügyi polgári jogi felelősség horizontális kiterjedése és a szülészet-nőgyógyászat szakterület kiemelt szerepe	19
2. Célkitűzések	21
3. Módszerek	25
4. Eredmények	31
4.1. Bírósági esetek leíró statisztikai adatai	31
4.1.1. Az ügyek jogi minősítése	31
4.1.2. Az ellátás szintjei	31
4.1.3. Szakterületi megoszlás	31
4.1.4. A társult betegjogi jogsértések összesített előfordulása	31
4.1.5. A felperesek neme és életkora	32
4.2. K1-K4 kutatási kérdések statisztikai alapú vizsgálata	33
4.2.1. K1 kutatási kérdés vizsgálata	33
4.2.2. K2 kutatási kérdés vizsgálata	36
4.2.3. K3 kutatási kérdés vizsgálata	43
4.2.4. K4 kutatási kérdés vizsgálata	52
4.3. K5-K8 kutatási kérdések statisztikai alapú vizsgálata	56
4.3.1. A szülészet-nőgyógyászat szakterület leíró statisztikai jellemzői	56
4.3.2. K5 kutatási kérdés vizsgálata	56

4.3.3. K6 kutatási kérdés vizsgálata.....	58
4.3.4. K7 kutatási kérdés vizsgálata.....	60
4.3.5. K8 kutatási kérdés vizsgálata.....	63
5. Megbeszélés.....	67
5.1. Az esetszámok alakulásának, az ügyek jogi minősítésének, az ellátás szintjének és szakterületi megoszlásának értékelése és a vonatkozó megállapítások	67
5.2. Az ítélkezési szintek közötti összefüggések és az egyes döntések közötti kapcsolatok elemzése	67
5.3. A megítélt összegek és bírósági szintek közötti kapcsolatok vizsgálata.....	69
5.4. A megítélt nem vagyoni kártérítések/sérelemdíjak összegszerű alakulásának értelmezése a két vizsgált időszakban	71
5.5. A nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj reálértékének alakulása a minimálbérhez viszonyítva.....	73
5.6. A megítélt összegeket befolyásoló tényezők.....	73
5.7. A társult betegjog-sértések megjelenése és jelentősége az egészségügyi polgári perekben	76
5.8. A szakterület szerepének értékelése a megítélt összegek alakulásában	77
5.9. Az ellátási szint szerepe a megítélt összegek alakulásában	78
5.10. Kutatás erősségei, korlátai	83
5.10.1. A kutatás erősségei.....	83
5.10.2. A kutatás korlátai	84
6. Következtetések	87
6.1. Javaslatok.....	88
6.2. Javaslatok a kutatási korlátok figyelembevételével.....	90
7. Összefoglalás	92
8. Summary.....	93
9. Irodalomjegyzék	94
10. Saját publikációk jegyzéke	102
11. Köszönetnyilvánítás	104
12. Mellékletek	105

RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE

ANOVA: Analysis of Variance (Varianciaanalízis)

BH: bírósági határozat

COVID-19: CoronaVirus Disease 2019 (koronavírus okozta megbetegedés 2019)

EU: European Union (Európai Unió)

Eütv.: 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről

Eü.vhr.: 15/1972. (VIII. 5.) EüM rendelet az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvénynek a gyógyító-megelőző ellátásra vonatkozó rendelkezései végrehajtásáról

FOG: fül-orr-gégészet

GDPR: General Data Protection Regulation (az Európai Unió általános adatvédelmi rendelete)

KSH: Központi Statisztikai Hivatal

MB: minimálbér

NLP: Neuro-lingvisztikus programozás nevű önfejlesztő, problémamegoldó és kommunikációs módszer

OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development (Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet)

Ptk.: Polgári Törvénykönyv

SDM: shared decision-making (közös döntéshozatal)

SPSS: Statistical Product and Service Solutions-re (Statisztikai Termék és Szolgáltatási Megoldások)

STADAT rendszer: táblarendszer, amely a KSH által gyűjtött, illetve más szervezetektől átvett, legfontosabb adatokat, mutatókat tartalmazza.

„új” Ptk.: 2013. évi V. törvény a Polgári Törvénykönyvről

WHO: World Health Organization (Egészségügyi Világszervezet)

1876-os kórházrendelet: 1876. évi XIV. törvénycikk a közegészségügy rendezéséről

1972-es törvény: 1972. évi II. törvény az egészségügyről

1. BEVEZETÉS¹

Az egészségügyi ellátórendszer mindennapi működése során a betegjogok körében az egyik legnagyobb jogalkalmazási kihívást a tájékoztatáshoz való jog gyakorlati érvényesülése jelenti, amelynek normatív keretei ellenére a jogkövetés tekintetében visszatérő értelmezési bizonytalanságok, valamint téves jogértelmezésen alapuló ellátási gyakorlatok azonosíthatók.

A strukturált és validált adatgyűjtés hiánya, továbbá a betegjogi jogsértések heterogén, komplex természete következtében -tudomásunk szerint- jelenleg nem áll rendelkezésre megbízható empirikus adat annak meghatározására, hogy a tájékoztatáshoz való jog sérelme Magyarországon milyen gyakorisággal és mértékben fordul elő. Ennek okán nincs olyan időben összehasonlító, kvantitatív alapú elemzés, amely képes lenne feltárni, hogy a tájékoztatáshoz való jog megsértése milyen súllyal, milyen reparációs következményekkel és milyen tendenciák mentén jelenik meg a magyar bírósági gyakorlatban. E megállapítás egyrészt a hazai és nemzetközi szakirodalom célzott áttekintésén, másrészt a több évtizedes egészségügyi jogi praxis során szerzett tapasztalataimon alapul. A rendelkezésre álló kutatások túlnyomórészt kvalitatív jellegűek, eseti elemzésekre vagy részterületekre korlátozódnak és nem alkalmasak a tájékoztatáshoz való jog sérelmének átfogó, empirikus alapú, longitudinális vizsgálatára.

Kiinduló tételként rögzíthető, hogy a betegek helyzete – történeti korszakoktól és társadalmi berendezkedésektől függetlenül –kiszolgáltatottként írható le. E kiszolgáltatottság egyik alapvető forrása az egészségügyi ellátásban fennálló információs aszimmetria, amely abból fakad, hogy a betegek túlnyomó többsége betegségének természetét, lefolyását és kezelési lehetőségeit csupán laikus ismeretek szintjén képes értelmezni, amit tovább nehezít az egészségügyi dolgozók által alkalmazott szaknyelv és terminológia használata.

A betegek irányába -ugyanakkor- elengedhetetlen követelmény az egészségi állapotra, a diagnózisra, a lehetséges terápiás alternatívákra, a beavatkozás vagy annak elmaradása kockázataira, valamint az alternatív kezelési módokra vonatkozó információk megismertetése, összefoglalóan a megfelelő tájékoztatás biztosítása. A tájékoztatáshoz való jog sérelme nem elszigetelten jelenik meg, hanem magával vonja más alapvető betegjogok csorbulását is, így különösen az önrendelkezési jogot, az ellátás visszautasításához való jogot, valamint az egészségügyi intézmény elhagyásához való jogot.

¹ Jelen fejezet Óri, A., & Feith, H. J. (2023). „Ha tudtam volna...” A tájékoztatáshoz való jog, mint betegjog aktuális kérdései és jogtörténeti perspektívái. *Kaleidoscope-Journal of History of Culture, Science and Medicine*, 13(27). <https://doi.org/10.17107/KH.2023.27.20> publikáció alapján készült

Az ilyen esetekhez a betegek és hozzátartozóik részéről gyakran társul az utólagos „ha tudtam volna” típusú reflexió, amely arra utal, hogy megfelelő tájékoztatás birtokában az érintettek nem adták volna beleegyezésüket az adott beavatkozáshoz, nem éltek volna az ellátás visszautasításának jogával, illetve nem hagyták volna el az egészségügyi intézményt a kezelés befejezése előtt (Őri & Feith, 2023).

A tájékoztatáshoz való jog és az önrendelkezési jog dogmatikai összekapcsolódása hívja életre a tájékozott beleegyezés követelményét (*informed consent*), amely nem csupán az egészségügyi ellátás során irányadó magatartási standardként jelenik meg, hanem az orvos- és egészségtudományi kutatások keretében a kutatási alanyok vonatkozásában is alapvető jogi és etikai elvárásként érvényesül.

Az egészségügyi ellátással összefüggő polgári jogi igényekben a tájékoztatási kötelezettség megsértése az elmúlt évtizedben a jogsértések egyik központi elemévé vált. (Őri & Feith, 2023; Őri et al., 2025) A beteg önrendelkezési jogának erősödése, valamint a sérelemdíj jogintézményének bevezetése új hangsúlyokat teremtett a nem vagyoni jogkövetkezmények megítélésében, ami indokoltá teszi ezen igények bírói megítélésének időbeli vizsgálatát.

A disszertáció célja, hogy empirikus, valamint kvantitatív módszerekkel feltárja, miként alakult a tájékoztatási kötelezettség elmulasztásából eredő egészségügyi polgári jogi igények bírói megítélése a sérelemdíj bevezetését megelőző (2008–2010) és az azt követő (2018–2020) időszakban. A kutatás a jogsértések minősítésének, valamint a megítélt sérelemdíj összegszerű alakulásának vizsgálatára irányul.

A dolgozat empirikus elemzése jogerős bírósági döntések feldolgozásán alapul. A vizsgálat az egészségügyi ellátások teljes spektrumát érinti, ugyanakkor különös figyelmet fordít a szülészet–nőgyógyászat területére, ahol a tájékoztatási kötelezettség elmulasztása az önrendelkezési jog sérelmével gyakran összekapcsolódik és a bírói gyakorlatban sajátos mintázatokat mutat.

A dolgozat szerkezete ennek megfelelően a jogdogmatikai és történeti háttér bemutatását követően ismerteti a kutatás módszertani kereteit, majd az empirikus vizsgálat eredményeit és azok értelmezését, végül összegző következtetésekkel zárul.

1.1. A tájékoztatáshoz való jog és a tájékozott beleegyezés nemzetközi kontextusa és értelmezési standardjai

A modern betegjogi gondolkodásban a tájékoztatás nem pusztán az egyes egészségügyi beavatkozásokhoz kapcsolódó döntéshozatal előfeltételeként jelenik meg, hanem az autonómia, az átláthatóság és az elszámoltathatóság alapvető garanciájaként, amely az ellátási

folyamat egészét áthatja. A nemzetközi szakirodalomban a beteg megfelelő, érthető és releváns tájékoztatáshoz való joga önálló betegjogként jelenik meg, amely szoros kapcsolatban áll a megbiztonsággal, az ellátás minőségével és a jogviták megelőzésével (Beauchamp & Childress, 2019; World Health Organization [WHO], 2016b).

E tágabb megközelítést erősítik azok a nemzetközi szakpolitikai vizsgálatok, amelyek a betegellátás során megvalósuló transzparens kommunikációt – ideértve az egészségi állapotra, a kezelési lehetőségekre, azok kockázataira, alternatíváira, valamint az esetleges káreseményekre vonatkozó tájékoztatást – az egészségügyi rendszerek minőségi és jogvédelmi indikátoraként értelmezik. A WHO megbiztonsági dokumentumai és az OECD egészségpolitikai elemzései egyaránt hangsúlyozzák, hogy a megfelelő tájékoztatás a beteg aktív részvételének, a bizalom fenntartásának és a konfliktusok megelőzésének egyik kulcseleme (World Health Organization, 2010; OECD, 2022).

E nemzetközi fejlődési ív részeként alakult ki a tájékozott beleegyezés doktrínája, amely a tájékoztatáshoz való jog speciális, konkrét egészségügyi beavatkozásokhoz kötődő megnyilvánulási formájaként értelmezhető. A nemzetközi jogfejlődés ezért a tájékoztatáshoz való jogot és a tájékozott beleegyezést egymással szorosan összefüggő, ugyanakkor dogmatikailag elkülöníthető intézményekként kezeli: míg a tájékoztatáshoz való jog az ellátási folyamat egészére kiterjedő, folyamatos betegjogi jogosultság, addig a tájékozott beleegyezés e jog konkrét, eljárási jellegű realizációja, amely az adott beavatkozás jogszerűségének egyik feltételeként jelenik meg.

A tájékoztatáshoz való jog önálló betegjogként való elismerését a nemzetközi betegjogi dokumentumok is egyértelműen megerősítik. Az Európai Betegjogi Charta a tájékoztatáshoz való jogot külön nevesített alapjogként határozza meg, amely a beteg egészségi állapotára, az ellátási lehetőségekre, azok kockázataira és következményeire egyaránt kiterjed, függetlenül attól, hogy az adott helyzetben a beteg beleegyezésének beszerzése szükséges-e. E megközelítés összhangban áll a WHO betegjogi és megbiztonsági iránymutatásaival, amelyek a tájékoztatást az autonóm betegmodell, valamint az ellátás minőségének és biztonságának alapvető garanciájaként értelmezik (European Patients' Forum, 2002; World Health Organization, 2016a).

Csak érdekességképpen, jogtörténeti csemegeként kerül megemlítésre, hogy a tájékozott beleegyezés jogintézményének egyik korai, ugyanakkor még kifejezetten kezdetleges jogtörténeti előzményeként értékelhető egy XVIII. századra datálható oszmán kori dokumentum. Ebben a beteg – mai terminológia szerint – törvényes képviselője (azaz a szülő) tanúk jelenlétében hozzájárul gyermeke sebészeti beavatkozásának elvégzéséhez, egyúttal

pedig nyilatkozik arról, hogy a beavatkozás esetleges halálos kimenetele esetén nem él az adott kor szokásjoga által biztosított kompenzációs igénnyel. E nyilatkozat tartalmilag az ún. *diyati* intézményéhez kapcsolódik, amely a tradicionális jogrendszerben a halálesethez kötődő „kártérítés” – az angolszász szakirodalomban *blood money* – funkcióját töltötte be (Kara & Aksoy, 2006).

Az Egyesült Államok modern bírói joggyakorlatában már a XX. század elejétől kezdődően megjelentek azok – a későbbi jogfejlődés szempontjából meghatározó jelentőségű – ítéletek, amelyek a beteg önrendelkezési jogának érvényesülését az érintett személy kifejezett beleegyezéséhez kötötték. A következő évtizedek során e bírói gyakorlat fokozatosan továbbfejlődött, és a beleegyezés érvényességének feltételeként megjelent a megfelelő tartalmú és terjedelmű tájékoztatás követelménye, vagyis a tájékozott beleegyezés doktrínája. E fejlődési ív egyik mérföldkövét az 1957-ben hozott *Salgo kontra Leland Stanford Jr. University Board of Trustees* ügyben született döntés jelentette, amelyben a bíróság a beleegyezés fogalmát kifejezetten a „tájékozott” jelzővel egészítette ki, ezáltal új, önálló jogi kötelezettséget telepítve az orvosra. A bíróság megállapította, hogy az egészségügyi szolgáltató felelősséggel tartozik, mivel elmulasztotta azon lényeges tények közlését, amelyek a beteg számára szükségesek ahhoz, hogy a javasolt orvosi beavatkozáshoz érdemi és megalapozott beleegyezést adhasson (Wandler, 2001).

A nemzetközi szakirodalomban a tájékozott beleegyezés értékelése során több eltérő szintű értelmezési standard alakult ki, amelyek a tájékoztatás tartalmát és terjedelmét különböző nézőpontokból közelítik meg. Az ún. ésszerű beteg standard (*reasonable patient standard*) a tájékoztatási kötelezettség teljesítését az átlagos beteg szemszögéből vizsgálja, és azt értékeli, hogy az egészségügyi szolgáltató érthető módon ismertette-e a szóba jöhető kezelési lehetőségeket, azok kockázatait, várható előnyeit és alternatíváit (Spatz et al., 2016).

Az ésszerű egészségügyi dolgozói standard (*reasonable health worker standard*) ezzel szemben a szakmai perspektívát helyezi előtérbe, és azt vizsgálja, hogy az adott szakterületen egy tipikus, megfelelő szakképzettséggel rendelkező egészségügyi dolgozótól milyen tartalmú és terjedelmű tájékoztatás várható el annak érdekében, hogy a beteg felvilágosítása szakmailag korrektnek minősüljön (Spatz et al., 2016).

A harmadik megközelítés az ún. szubjektív standard (*subjective standard*), amely a beteg egyéni helyzetéből fakadó eltéréseket hangsúlyozza, figyelembe véve többek között a beteg szociális, gazdasági, kulturális vagy kisebbségi státuszát. E standard középpontjában az áll, hogy a tájékoztatás tartalma és módja a konkrét beteg számára ténylegesen értelmezhető és

releváns legyen, vagyis az információátadás egyéniesített módon valósuljon meg (Spatz et al., 2016; Dranseika et al., 2017).

A szubjektív standard elfogadása nem csupán elméleti vagy etikai kérdés, hanem az egészségügyi ellátás jogi garanciarendszerének egyik meghatározó elemévé vált. E megközelítést erősítik a bioetikai és nemzetközi normák, így különösen Beauchamp és Childress autonómia-központú etikája, az Oviedói Egyezmény, valamint a WHO betegjogi iránymutatásai (Beauchamp & Childress, 2019; Oviedo Convention, 1997; World Health Organization, 2016).

A közös döntéshozatal (*shared decision-making, SDM*) empirikus vizsgálatai szintén azt támasztják alá, hogy a beteg aktív bevonása javítja az orvos–beteg kapcsolat minőségét és csökkentheti a konfliktusok kialakulásának kockázatát. Durand és munkatársai szisztematikus áttekintésükben arra mutattak rá, hogy bár az SDM peres konfliktuscsökkenő hatása nem bizonyítható egyértelműen, preventív potenciálja valószínűsíthető, és az autonómia tartalmi érvényesülését erősíti (Durand, 2015).

E megállapítások összhangban állnak a nemzetközi szakpolitikai irányokkal is. A WHO és az OECD dokumentumai egyaránt hangsúlyozzák az aktív beteg-részvétel jelentőségét, mint az ellátás minőségének és biztonságának kulcsindikátorát (*empowered patient model*) (WHO, 2010; OECD, 2022).

1. táblázat Nemzetközi összehasonlítás – a beteg autonómiája és a tájékozott beleegyezés alapelve (Őri et al., 2025)

Forrás / Dokumentum	Az autonómia fogalma	A tájékozott beleegyezés követelménye	Jogkövetkezmény jogsértés esetén
Oviedói Egyezmény (1997) – Convention on Human Rights and Biomedicine (<i>Oviedo Convention, 1997</i>)	A beteg szabad döntése az egészségügyi beavatkozásról alapvető emberi jog.	Beavatkozás csak a beteg szabad és tájékozott beleegyezése alapján végezhető (Art. 5).	A beleegyezés érvénytelensége; a beteg jogsérelmének megállapítása, állami felelősség.
Európa Tanács – Council of Europe ajánlások és betegjogi standardok	Az autonómia a beteg emberi méltóságából fakadó alapjog.	A tájékoztatásnak érthetőnek, relevánsnak, teljes körűnek és személyre szabottnak kell lennie.	Jogkövetkezmény lehet: jogsértés deklarálása, kompenzáció, panaszmechanizmusok aktiválása.
WHO betegjogi és etikai irányelvek (World Health Organization, 2016b)	Az autonómia az „empowered patient” modell alapja – a beteg aktív résztvevője a döntéseknek.	A döntéshozatalhoz szükséges érthető, kulturálisan és nyelviileg hozzáférhető tájékoztatás biztosítandó.	Az ellátás minőségi mutatójaként jelenik meg; a jogsértés a betegbiztonság és minőség indikátora.
EU Alapjogi Charta (Charter of Fundamental Rights of the European Union, 2000)	Az emberi méltóság tisztelete magában foglalja az önrendelkezést.	A magas szintű egészségvédelem része az informált döntés lehetősége.	Alapjogi jogsértésként értékelhető, az alapjogi panasz eszközt biztosíthatja.

1.2. A tájékoztatáshoz való jog történeti gyökerei és az egészségügyi jogalkotás „rendszerátváltást” megelőző időszaka Magyarországon

Noha a magyar egészségügyi jogalkotás több mint két és fél évszázados múltra tekint vissza, az átfogó egészségügyi szabályozásban hosszú ideig nem jelent meg önálló követelményként a beteg tájékoztatásának kötelezettsége. A korai normák elsősorban közegészségügyi és igazgatási célokat szolgáltak, miközben az egyéni betegjogok, így a tájékoztatáshoz való jog dogmatikai szinten nem kerültek nevesítésre.

A hazai társadalmi szintű egészségügyi jogalkotás első átfogó jogszabályának tekinthető *Generale Normativum in Re Sanitatis* (magyar nyelven: *Az egészség ügyének általános szabályzata*) című, 1770-ben kibocsátott uralkodói rendelet (Balázs, 2004) vizsgálata is azt mutatja, hogy a szabályozás fókuszában az állami egészségügyi igazgatás megszervezése és a közegészségügyi kockázatok kezelése állt, míg a beteg egyéni tájékoztatására vonatkozó elvárások még nem jelentek meg normatív szinten. Közel két évtizeddel később, 1793-ban keletkezett jogszabálytervezet, nevezetesen az *Ordines Politici in negotio sanitatis projectati* (magyarul: *Közigazgatási szabályok tervezete az egészség ügyében*), valamint ugyanebben az évben egy jogszabály alapjául szolgáló dokumentum, az *Opinio in re sanitatis* (magyarul: *Vélekedés az egészség ügyéről*) (Balázs, 2016) szövegének elemzése alapján is megállapítható, hogy e dokumentumok sem tartalmaztak kifejezett rendelkezéseket a beteg tájékoztatására vonatkozó kötelezettség körében, annak ellenére, hogy mindhárom vizsgált jogtörténeti forrás tartalmaz olyan, a beteg ellátását szolgáló, egyúttal a beteg jogi helyzetét erősítő egészségügyi dolgozói kötelezettségeket, mint a diszkrimináció tilalma, a készenléti ügyelet ellátásának kötelezettsége, a titoktartás, a méltányos díjazás követelménye, valamint a konzílium tartására vonatkozó kötelezettség.

Hasonló megállapítás tehető az első hazai egészségügyi törvény, az 1876. évi XIV. törvénycikk a közegészségügyről (a továbbiakban: 1876-os tv.), valamint annak végrehajtási jogszabálya, a m. kir. belügyminiszter 1876. november 21-én kelt, 51.661. számú szabályrendelete a kórházakra és gyógyintézetekre nézve (a továbbiakban: 1876-os kórházrendelet) vonatkozásában is. E jogszabályok egyike sem tartalmazott a betegellátás során irányadó, a beteg tájékoztatásához kapcsolódó kifejezett normát.

Mindez annak ellenére állapítható meg, hogy az 1876-os kórházrendelet az egészségügyi ellátás fejlődésével összhangban már a mai értelemben vett szabályozási kör több elemét is magában foglalta: megjelent benne az egészségügyi dokumentáció vezetésének kötelezettsége, az egészségügyi intézmény elhagyásának joga, valamint a beteg kapcsolattartáshoz való jogának elismerése is, mindazonáltal a beteg tájékoztatására vonatkozó önálló jogi

követelmény ekkor még nem került normatív rögzítésre (Gradvohl et al., 2018). Jóllehet az 1876. évi XIV. törvénycikk egyetlen ponton előír a betegek irányában fennálló tájékoztatási kötelezettséget, e rendelkezés nem az orvosi vagy ápolói tevékenységhez, hanem a gyógyszerészi feladatkörhöz kapcsolódik, és kifejezetten megbiztonsági célokat szolgál. A szabály a hasonszenvi (homeopátiás) gyógyszerek kiadásához kötődően írja elő a gyógyszer megnevezésének és hígítási fokának feltüntetését. Ennek megfelelően a törvény 126. §-a szerint a kötelező információközlés tartalma kizárólag technikai jellegű, és nem a beteg önrendelkezését megalapozó tájékoztatást, hanem a gyógyszerbiztonságot szolgáló információátadást testesíti meg.

Az orvosi tevékenység jogi szabályozása körében a XX. század első meghatározó jogalkotási aktusának az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvény (továbbiakban: 1972-es törvény) tekinthető, amely közel huszonöt éven át alapvetően meghatározta a hazai egészségügyi ellátórendszer működését. A szabályozást a betegjogok önálló nevesítésének hiánya és a beteg–orvos viszony paternalisztikus, alá-fölrendeltséget tükröző szemlélete jellemezte.

Ugyanakkor a törvény jelentősége abban áll, hogy a magyar jogalkotás történetében elsőként tartalmazott átfogó rendelkezéseket az egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó tájékoztatás és a beteg beleegyezésének kérdésköréről. Az 1972-es törvény 45. § (1) bekezdése előírta az orvos tájékoztatási kötelezettségét a beteg, illetve hozzátartozója irányában, azonban a tájékoztatás tartalmára, terjedelmére és alaki követelményeire vonatkozóan részletes normatív szabályokat nem határozott meg.

A törvény végrehajtásáról rendelkező 15/1972. (VIII. 5.) EüM rendelet (a továbbiakban: Eü. vhr.) is mindössze annyit rögzített, hogy *„a beteg gyógykezelését végző orvos köteles a beteg, illetve hozzátartozója részére a beteg betegségéről és állapotáról a valóságnak megfelelő, tárgyilagos tájékoztatást adni”*.

Az 1972-es törvény rendszerében a tájékoztatás módja és mélysége nem került egyértelműen meghatározásra: a szabályozás csupán általános kötelezettségként írta elő, hogy az orvos a beteget, illetve hozzátartozóját vagy gondozóját a betegségről és az állapotáról *„megfelelő módon”* tájékoztassa, anélkül, hogy e megfelelés tartalmi vagy formai mércéit rögzítette volna (1972-es törvény 45. § (1) bekezdés; Eü. vhr. 83. § (1) bekezdés). A végrehajtási rendelet ugyanakkor a műtéti beavatkozások esetében részletesebb tájékoztatást írt elő a beavatkozás indokoltságáról, jellegéről, valamint az elmaradás és a beavatkozás előrelátható következményeiről (Eü. vhr. 87. § (2) bekezdés).

A tájékoztatási kötelezettség kiterjedt azokra az esetekre is, amikor az ellátás szakmai vagy tárgyi feltételei hiányoztak, illetve konzílium vagy kórházi kezelés vált szükségessé (Eü. vhr.

79. § (1) bekezdés; 1972-es törvény 26. § (2) bekezdés; Eü. vhr. 7–10. §). A jogalkotó ugyanakkor lehetőséget adott arra, hogy az orvos indokolt esetben, a beteg érdekében eltekintsen a tájékoztatástól; e kivételt a végrehajtási rendelet szűken értelmezte, és kizárólag a betegre vagy hozzátartozójára gyakorolt káros pszichés hatás veszélye esetén tette alkalmazhatóvá (Eü. vhr. 83. § (1), (3)–(4) bekezdés).

E kivételszabály az ún. terápiás privilégium jogintézményének feleltethető meg, amelynek gyakorlati alkalmazása az adott időszak egészségügyi és társadalmi környezetében azonban jelentős dogmatikai és működési nehézségekbe ütközött, tekintettel arra, hogy a tájékoztatási kötelezettség következetes és széles körű érvényesülésének feltételei ekkor még nem álltak fenn.

Magyarországon – az Egyesült Államok jogfejlődésétől eltérően – az orvosi etika és az ahhoz kapcsolódó betegtájékoztatási normák nem polgárjogi mozgalmak vagy civil kezdeményezések társadalmi nyomására, organikus jogfejlődési folyamat eredményeként alakultak ki, hanem jellemzően az orvosi szakma képviselőinek, testületeinek és szakmai szervezeteinek kezdeményezésére kerültek bevezetésre (Jenei, 1996).

A szabályozás alapján a betegnek nem volt érdemi lehetősége az orvosi döntések befolyásolására, köteles volt az orvos utasításait követni. Ugyanakkor előremutatónak tekinthetők az Eü. vhr. azon rendelkezései, amelyek az orvos számára kötelezettségként írták elő a gyógyulást elősegítő, illetve az attól tartózkodást igénylő magatartási szabályok közlését, ideértve az ápolás módját, a gyógyszerszedés rendjét és az étrendi előírásokat is (Eü. vhr. 78. § (3) bekezdés; 82. § (1)–(2) bekezdés).

Ezzel szemben az Eü. vhr. 84. § (1) bekezdése a gyógyító-megelőző ellátásban közreműködő egészségügyi szakdolgozók tájékoztatási jogosultságát kifejezetten korlátozta: a hozzátartozók kizárólag a beteg általános állapotáról kaphattak információt, míg a kórisme és a vizsgálati eredmények közlése kizárólag az orvos hatáskörébe tartozott. A szakdolgozók e körben kötelesek voltak az érdeklődőket a kezelőorvoshoz irányítani.

Törő Károly az 1986-ban megjelent *Az orvosi jogviszony* c. könyvének III. fejezetében az orvosi tájékoztatási kötelezettség részletes elemzését adja (Törő, 1986). Az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről (továbbiakban: Eütv.) szemléletét és dogmatikai rendszerét ismerő olvasó számára szembetűnő a szerző megfogalmazása, amely mai szemmel már némiképp „neheztelő” hangvételűnek hat, amikor a tájékoztatást nem magától értetődő feladatként, hanem az orvost terhelő többirányú kötelezettségek egyikeként jeleníti meg. Az elemzés ugyanakkor következetesen utal az orvos és a beteg közötti, megbízási jellegű jogviszony sajátosságaira: Törő értelmezésében a tájékoztatási kötelezettség egyúttal beszámolási

kötelezettségként is felfogható, amely az orvosi tevékenység szerves része, és az elvégzett tevékenység, valamint annak eredményére terjed ki (Törő, 1986).

E megközelítés jól illeszkedik a paternalista döntéshozatali modellhez, amelyet az orvosközponitú kommunikáció határozott meg: a döntések meghozatala az orvos kompetenciájába tartozott, míg a beteg ezekről jellemzően utólagos tájékoztatás útján értesült. E szemléletmód mellett az egészségügyi ellátórendszer általános kiszolgáltatottság jellemezte mind a betegek, mind az ellátásban részt vevő szakemberek oldalán. Losonczi Ágnes már 1986-ban rámutatott arra a strukturális környezetre, amelyben az egészségügy valamennyi szereplője kiszolgáltatott helyzetben működött: az orvosokat a rendszer hierarchikus, kvázi feudális jellege, míg a többi egészségügyi dolgozót az alárendelt szakmai pozíció erősítette. A legnagyobb mértékű kiszolgáltatottság azonban a beteget érintette. Noha retorikai szinten az egészségügyi hierarchia csúcsán állt – hiszen az ellátás elvileg az ő érdekében szerveződött –, tényleges helyzete ennél lényegesen kedvezőtlenebb volt: egészségi állapotából fakadóan gyakran objektíve képtelen volt saját érdekeinek hatékony érvényesítésére, ami kiszolgáltatottságát az egészségügy valamennyi más szereplőjéhez képest is fokozottá tette (Losonczi, 1986).

A bemutatott szabályozási környezet alapján megállapítható, hogy a vizsgált időszakban a megfelelő tájékoztatáshoz való jogosultság nem a beteg alanyi jogaként jelent meg, hanem az orvos oldalán fennálló kötelezettségként került meghatározásra, amely alól az orvos a terápiás privilégiumra hivatkozással mentesülhetett. E kivételszabályt az 1990. március 15-én hatályba lépett módosítás hatályon kívül helyezte², mivel a jogalkotói indokolás szerint az orvosok a tájékoztatást olyan esetekben is mellőzték, amikor annak jogilag nem kellően meghatározott indokoltsága ténylegesen nem állt fenn.

Tekintettel arra, hogy az 1972. évi egészségügyi törvény a tájékoztatási kötelezettséget csupán keretszabályként rögzítette, annak tartalmi kibontása a bírói gyakorlat feladatává vált. E jogfejlesztő tevékenység hatása tükröződik az orvosbiológiai kutatásokról szóló 11/1987. (VIII. 19.) EüM rendeletben is, amely 8. §-ában – első alkalommal – részletesen meghatározta a tájékoztatási kötelezettség lényeges tartalmi elemeit, igaz, még kizárólag az emberkísérletek körében.

² A kivételszabály az 1990. évi XXII. törvény 35. § (1) bekezdés a) pontja alapján 1990. március 15-től került ki a törvényből.

Ezzel párhuzamosan e korszak orvosi műhibapereiben³ megítélt kártérítések jelentős része a megfelelő tájékoztatás hiányára alapított kereseti állításokon nyugodott, ami egyértelműen jelzi a tájékoztatási kötelezettség normatív és gyakorlati jelentőségének fokozatos felértékelődését (Landi, 2003).

A jogfejlődés következő jelentős állomását az Egészségügyi Tudományos Tanács 1994-ben kiadott állásfoglalása jelentette, amely – normatív kötőerő hiányában is – részletesen meghatározta a megfelelő tájékoztatás tartalmi elemeit. A dokumentum egyértelművé tette, hogy a tájékoztatást és beleegyezést rögzítő formanyomtatvány önmagában nem alkalmas a jogszerű tájékoztatás kiváltására, és nem helyettesítheti a kezelőorvos személyes, a konkrét beteghez igazított felvilágosítását.

Összegzésként megállapítható, hogy az 1972 és 1997 közötti hazai egészségügyi szabályozást nem pusztán néhány évtizedes gyakorlat, hanem egy több évszázados, sőt több évezredes paternalista etikai szemlélet határozta meg. Ugyanakkor a XX. század közepéig az egészségügyi jog területén alapvetően fokozatos, szerves jogfejlődés volt megfigyelhető, még akkor is, ha a tájékoztatáshoz való jog kifejezett normatív szabályozása ekkor még hiányzott.

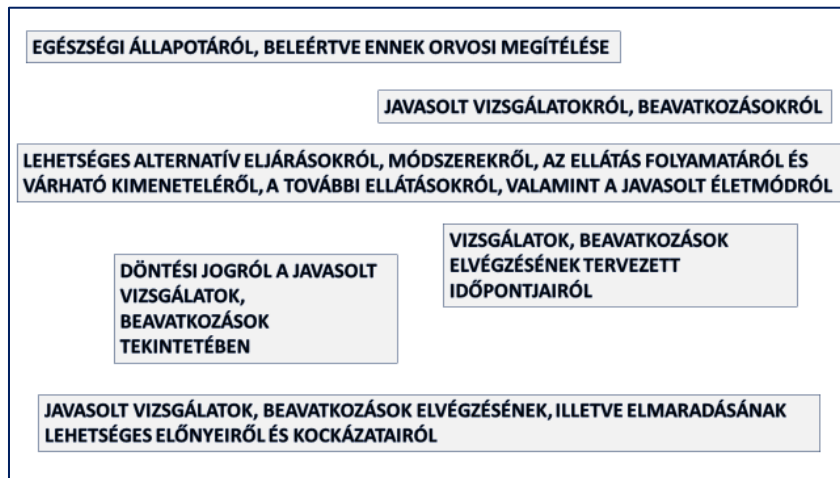
1.3. „Rendszerváltás” a magyar egészségügyi jogi szabályozásban: a hatályos jogi keretek

Az 1997-ben elfogadott, egészségügyről szóló törvény (Eütv.) a betegjogokat már kifejezetten differenciált és részletes rendszerben szabályozta, ami egyértelmű szemléleti fordulatot jelentett a hazai egészségügyi jogalkotásban. A betegjog-központú megközelítés ugyanakkor már a kodifikáció időszakában is jelentős kritikákat váltott ki az egészségügyi szolgáltatói oldal részéről, elsősorban amiatt, hogy a jogalkotó a betegjogokkal szemben az egészségügyi dolgozók jogait kevésbé hangsúlyosan deklarálta. E kritikákkal szemben a jogalkotói koncepció abból indult ki, hogy az ellátórendszeren belül a beteg tekinthető a legkiszolgáltatóbb szereplőnek, így jogvédelme fokozott normatív súlyt igényel.

Az Eütv. a betegjogok érvényesülését az egészségügyi szolgáltató kötelezettségein keresztül biztosítja és előírja, hogy a beteget – illetve az erre jogosult személyt – az ellátás megkezdését megelőzően részletesen tájékoztatni kell a betegjogokról, azok érvényesítésének módjáról, valamint az adott intézmény házirendjéről. A tájékoztatáshoz való jog az Eütv. rendszerében az önrendelkezési jog tényleges érvényesülésének alapvető előfeltételeként jelenik meg.

³ Az „orvosi műhiba” kifejezés nem jogi, hanem a köznyelvben használt fogalom, amely nem jelenik meg nevesítve a hazai jogszabályokban.

A hatályos szabályozás szerint a beteg jogosult arra, hogy egyéniesített formában teljes körű tájékoztatást kapjon egészségi állapotáról és ellátásáról; az Eütv. e tájékoztatás kötelező tartalmi elemeit taxatív jelleggel határozza meg (1. ábra).



1. ábra Tájékoztatás körébe tartozó kérdések az Eütv. alapján (Őri & Feith, 2023)

A beteg jogosult arra, hogy a tájékoztatás során és azt követően további kérdéseket tegyen fel, valamint megismerje az ellátása keretében elvégzett vizsgálatok és beavatkozások eredményét, ideértve azok esetleges sikertelenségét, illetve a várttól eltérő kimenetelt és annak okait is. E körben a beteg jogosultsággal rendelkezik arra is, hogy tájékoztatást kapjon az ellátásában közreműködő személyek kilétéről, különösen nevükről, szakképesítésükről és beosztásukról.

A tájékoztatás során figyelemmel kell lenni a beteg egyéni körülményeire – így életkorára, ismereteire, pszichés állapotára és kifejezett igényeire –, valamint szükség esetén biztosítani kell tolmács vagy jeltolmács közreműködését. A kezelőorvost a beteg egészségi állapota által indokolt rendszerességgel terheli tájékoztatási kötelezettség, amelyet személyes, szóbeli formában, a beteg állapotához igazodva köteles teljesíteni; a jogszabály kifejezetten kizárja, hogy e kötelezettség előre elkészített, általános tájékoztatók átadásával kiváltható legyen.

A tájékoztatási kötelezettség körében az egészségügyi szolgáltató köteles meggyőződni arról is, hogy a beteg a kapott felvilágosítást ténylegesen megértette, és szükség esetén gondoskodnia kell a beteg lelki támogatásáról. A tájékoztatáshoz való jog magában foglalja az arról való lemondás lehetőségét is, azzal a megszorítással, hogy ez nem alkalmazható olyan esetekben, amikor a betegséggel kapcsolatos ismeretek mások egészségének védelme érdekében szükségesek. A szabályozás emellett lehetőséget biztosít arra, hogy a cselekvőképes beteg előzetesen kijelölje azt a személyt, akit esetleges cselekvőképtelenné válása esetén helyette tájékoztatni kell, és aki meghatározott beavatkozásokhoz hozzájárulást is adhat.

A megfelelő tájékoztatás kiemelt jelentősége abban áll, hogy egyrészt a beteg önrendelkezési jogának érdemi gyakorlását alapozza meg, másrészt alkalmas az egészségügyi ellátásban szükségszerűen fennálló információs aszimmetria mérséklésére. A laikus beteg és a kezelőorvos közötti tudáskülönbség kizárólag megfelelő tartalmú és módú tájékoztatás útján csökkenthető.

A tájékoztatáshoz való jog részletszabályai alapján megállapítható, hogy az Eütv. megalkotásával a jogalkotó kifejezetten magas gondossági mércét állított az egészségügyi dolgozókkal szemben. Az egyéniesített tájékoztatás követelménye azt jelenti, hogy a felvilágosítást minden esetben a beteg személyéhez, egészségi állapotához és egyedi körülményeihez kell igazítani, ami szükségszerűen rugalmas, helyzetfüggő eljárást igényel.

E szemléleti fordulat – a paternalista orvos–beteg viszony visszaszorulása és a beteg autonómiájának megerősödése – nemcsak normatív, hanem gyakorlati szinten is alapvetően átalakította az ellátórendszer működését. A tájékoztatáshoz való jog tartalmi kiszélesedése, a kérdéshez való jog elismerése és a beteg döntéshozatalba történő bevonása ugyanakkor az egészségügyi szolgáltatók kötelezettségeit és felelősségi viszonyait is új megvilágításba helyezte.

1.4. A tájékoztatáshoz való jog dogmatikai keretei: alapjogi és polgári jogi összefüggések a magyar jogban

Ahogy arra már a fentiekben utalás történt, a tájékoztatáshoz való jog és a tájékozott beleegyezés egymással szorosan összefüggő, ugyanakkor dogmatikailag nem azonos jogintézmények. A tájékoztatáshoz való jog önálló, személyiségi jogi jogosultság, amely a beteg autonóm döntéshozatalának feltételeit teremti meg, függetlenül attól, hogy az adott egészségügyi beavatkozás végül a beteg beleegyezését igényli-e.

A magyar szakirodalom következetesen rámutat arra, hogy a tájékoztatás hiánya nem pusztán kommunikációs hiba, hanem az önrendelkezési jog sérelme és önálló személyiségi jogi jogsértés. E megközelítés szerint a beteg megfelelő tájékoztatás hiányában nem képes autonóm döntést hozni saját egészségét érintő kérdésekben, ami a személyiségi jogi védelem körébe tartozó jogsérelemként értékelendő (T. Barzó, 2019; Dósa, 2002b; Györfi, 2020; Hollán, 2015; Jobbágyi, 2013; Lomnici, 2013; Óri et al., 2025; Óri et al., 2023; Varga, 2019; Zákány, 2019; Zubek et al., 2007). Kovács hangsúlyozza, hogy a tájékoztatás hiánya az autonóm döntéshozatalt ellehetetleníti, és ezáltal a beteg morális státuszának sérelmét jelenti (Kovács, 2004, 2010, 2012, 2013).

A beteg autonóm döntési joga közvetlenül levezethető a magyar Alaptörvény II. cikkében rögzített emberi méltóságból, valamint a VI. cikkben biztosított magán- és családi élet tiszteletben tartásához való jogból (Magyarország Alaptörvénye, 2011).

A magyar jogrend -továbbá- a nemzetközi és európai elvekkel összhangban rögzíti a beteg tájékoztatáshoz és önrendelkezéshez való jogát. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény kimondja a beteg teljes körű, érthető és egyéniesített tájékoztatáshoz való jogát (Eütv. 13. §), valamint azt, hogy egészségügyi beavatkozás kizárólag tájékozott beleegyezés birtokában végezhető (Eütv. 15. §).

A polgári jogi jogkövetkezmények körében a tájékoztatási kötelezettség megsértése önállóan is megalapozhat sérelemdíj- és kártérítési igényt az egészségkárosodás bekövetkezésétől függetlenül (2013. évi V. törvény a Polgári Törvénykönyvről (továbbiakban: „új” Ptk.) 2:52. §). A bírói gyakorlatban e szemléletváltás azt eredményezte, hogy a tájékoztatás hiánya nem pusztán az orvosi szakmai hiba járulékos elemeként, hanem önálló, alapjogi relevanciával bíró személyiségi jogsérelemként kerül értékelésre (Őri & Feith, 2023; Őri et al., 2025).

A hazai jogfejlődés e nemzetközi tendenciákkal összhangban alakult: a bírósági gyakorlatban a tájékoztatási kötelezettség megsértése mára nem pusztán az orvosi szakmai hiba járulékos elemeként jelenik meg, hanem önálló, alapjogi relevanciával bíró személyiségi jogsérelemként kerül értékelésre. Ez a szemléletváltás új értelmezési keretbe helyezi a betegjogok egymáshoz való viszonyát, és egyértelműen megerősíti, hogy a beteg autonómiájának védelme az egészségügyi jog fejlődésének egyik meghatározó tengelye. E megállapítás a jogalkalmazói tapasztalatokon és a bírói gyakorlatban általánosan ismert irányváltáson alapul, amelyet a szakirodalom is egyre következetesebben visszatükröz.

A tájékoztatáshoz való jog betegjogként való érvényesülése elválaszthatatlan az egészségügyi szolgáltatókat terhelő tájékoztatási kötelezettségtől. E kötelezettség teljesítése a mindennapi ellátás során számos – kifejezetten jogi természetű – kérdést vet fel, különösen a tájékoztatás tartalmi mélysége, formája és dokumentálhatósága tekintetében. A magyar jogalkalmazásban e kihívások középpontjában az Eütv. által megfogalmazott hármas követelmény áll, amely szerint a tájékoztatásnak egyidejűleg kell teljes körűnek, érthetőnek és egyéniesítettnek lennie, jellemzően szűk időkeretek között. (2.ábra)



2. ábra A megfelelő tájékoztatás hármas követelménye az Eütv. alapján (Őri & Feith, 2023)

1.5. Az egészségügyi polgári jogi perekben érvényesíthető igények rendszere nemzetközi és hazai kitekintésben

Pallocci és munkatársai 156 olasz bírósági döntés empirikus elemzése alapján arra a következtetésre jutottak, hogy az ítélkezési gyakorlatban a tájékoztatási kötelezettség megsértése egyre inkább önálló jogsértési kategóriaként jelenik meg, amely elválasztható a konkrét testi sérüléstől. Vizsgálatuk szerint az esetek több mint 15%-ában a bíróságok kifejezetten e jogsértés alapján is megítélték kártérítést (Pallocci, 2023b). E szemléletváltás azt tükrözi, hogy a bírósági mérlegelés középpontjába már nem kizárólag az egészségkárosodás ténye kerül, hanem annak vizsgálata is, hogy a hiányos vagy nem megfelelő tájékoztatás milyen mértékben korlátozta a beteg önrendelkezési jogát és tényleges döntési lehetőségeit.

Hasonló következtetésekre jutott Tronconi és kutatócsoportja is, akik az olasz és más európai joggyakorlat összehasonlító elemzése során kimutatták, hogy a bíróságok egyre gyakrabban állapítják meg a jóvátétel szükségességét akkor is, ha testi károsodás nem következett be, amennyiben a beteg autonómiája sérült az informált döntéshozatal lehetőségének hiánya miatt (Tronconi, 2025). Mindez arra utal, hogy a tájékoztatás jogi értékelése fokozatosan eltávolodik a pusztán formális, dokumentumközpontú megközelítéstől, és egyre inkább a beteggel folytatott kommunikáció tényleges tartalmára és minőségére helyezi a hangsúlyt.

Ezzel egyidejűleg az európai jogirodalomban egyre markánsabban megjelent a nem vagyoni károk standardizálására irányuló törekvés. Parziale összehasonlító elemzése szerint az egységes kártérítési táblázatok és irányelvek bevezetése ugyan formálisan a jogbiztonság erősítését szolgálja, a reformfolyamatok mögött azonban gyakran a biztosítási piac kockázatsökkentési érdekei és az állami költségvetési tervezhetőség szempontjai húzódnak meg. Ennek következtében a személyi sérülésekhez és autonómiasérelmekhez kapcsolódó jóvátétel fokozatosan pénzügyi logika mentén tipizált, előre meghatározott kategóriákba rendeződik, miközben a reparáció eredendően emberi, méltányossági tartalma háttérbe szorul.

Parziale értelmezésében a piacvezérelt harmonizáció veszélye abban áll, hogy a jog a társadalmi igazságosság közvetítése helyett egyre inkább a gazdasági racionalitás és a költségkontroll eszközévé válik (Parziale, 2025).

Az autonómia-központú ítélkezés térnyerését, valamint a kockázatkezelési megfontolások erősödését empirikusan is alátámasztja Giudici-Wach, Gillois, Remen és Claudot átfogó szisztematikus elemzése, amely 2010 és 2020 között 514 francia bírósági döntést vizsgált három országos jogi adatbázis (Légifrance, Dalloz, Lexis 360) teljes körű feldolgozásával. A szerzők megállapítása szerint a pernyertesség egyik meghatározó tényezője az információadás dokumentáltsága és utólagos bizonyíthatósága: a bíróságok következetesen hátrányosan értékelik a tájékoztatás elmaradását, a sablonjellegű, általános megfogalmazások alkalmazását, valamint azt, ha nem igazolható, hogy a beteg az átadott információkat ténylegesen megértette. A tanulmány egyik kulcskövetkeztetése, hogy az aláírt beleegyező nyilatkozat önmagában nem alkalmas a megfelelő tájékoztatás bizonyítására, mivel nem feltétlenül tükrözi sem a kommunikáció valós tartalmát, sem a beteg megértésének mértékét (Giudici-Wach et al., 2022).

A peres gyakorlat azt mutatja, hogy a dokumentáció terjedelme és a tájékoztatási folyamat tényleges minősége között gyakran nem áll fenn valódi összefüggés: egy formailag megfelelően kitöltött és aláírt beleegyező nyilatkozat önmagában nem pótolja a beteghez igazított, érdemi kommunikációt (Giudici-Wach et al., 2022). Ez a felismerés közvetlenül illeszkedik Pallocci és Tronconi autonómiásérelem-központú megközelítéséhez (Pallocci, 2023a; Tronconi, 2025), és empirikus alátámasztást nyújt Parziale azon kritikájához is, amely szerint a tájékoztatás és a nem vagyoni kár megítélése egyre inkább a bizonyíthatóságra és a standardizálhatóságra épülő gazdasági racionalitás irányába tolódik el (Parziale, 2025).

Magyarországon az egészségügyi kártérítési perekben érvényesíthető igények rendszere a hatályos „új” Ptk. általános dogmatikájára épül, ugyanakkor az egészségügyi ellátás sajátos kockázati és jogvédelmi környezetére tekintettel önálló hangsúlyokkal és értelmezési szempontokkal egészül ki. A bírói gyakorlatban megjelenő igények több, egymástól elhatárolható, de egymással összefüggő jogcímen kerülnek érvényesítésre.

A vagyoni kár körébe tartoznak mindazon pénzben mérhető hátrányok, amelyek az egészségügyi szolgáltató jogellenes magatartásával okozati összefüggésben, jellemzően az egészségkárosodás vagy az elhalálozás vagyoni következményeinek elhárítása körében merülnek fel. E körben tipikusan a gyógykezeléssel és rehabilitációval összefüggő költségek, a gyógyszer- és segédeszköz-kiadások, az utazási költségek, továbbá az elmaradt jövedelem és a munkaképesség csökkenéséből eredő keresetkiesés jelenik meg. A vagyoni kár bizonyítása a

peres eljárásban konkrét adatokhoz és dokumentumokhoz kötött, és a bíróság – a jogalap fennállásának megállapítását követően – a kár mértékét is önállóan, a bizonyításra vonatkozó általános szabályok alkalmazásával vizsgálja.

Tartós vagy végleges egészségkárosodás esetén a vagyoni kár megtérítésére kötelezés járadékfizetés útján is történhet. A járadék célja a folyamatos jellegű vagyoni hátrányok kiegyenlítése, különösen a tartós jövedelemkiesés vagy az állandó gondozási, ápolási szükségletekből eredő többletkiadások fedezése. A járadék megítélése szoros összefüggésben áll az egészségkárosodás maradandó jellegének és mértékének megállapításával.

A vagyoni kártérítés és a járadékigény mértéke a bírói gyakorlatban részben objektíven értékelhető adatokon, részben pedig az ezekből levezetett prognosztikus tényezőkön alapul. Meghatározó jelentőséggel bír az egészségkárosodás jellege, súlyossága és tartóssága, a gyógyulás prognózisa, valamint az, hogy az egészségkárosodás a felperes munkaképességét milyen mértékben és milyen időtartamra érinti. A kár összegének meghatározása során a bíróság figyelembe veszi továbbá a ténylegesen felmerült, illetve előrelátható jövőbeni költségek körét és jellegét, valamint az elmaradt jövedelem számításához szükséges személyi és gazdasági adatokat. A megítélés során központi szerepet kap az okozati összefüggés fennállásának terjedelme, továbbá az esetleges konkuráló okok és a károsulti közrehatás vizsgálata is.

A fenti dogmatikai megfontolásokat megerősíti a saját kutatás empirikus anyaga is. A vizsgált időszak ítéleteinek elemzése során e tényezők visszatérően megjelentek a bírósági indokolásokban, mint a megítélt vagyoni kártérítés és járadék összegét meghatározó szempontok. A bíróságok az esetek túlnyomó többségében nem egyetlen tényezőt emeltek ki, hanem több, egymással összefüggő objektív körülmény együttes értékelése alapján határozták meg az összegszerűséget (Óri & Feith, 2023; Óri et al., 2025).

A vagyoni károk (ideértve a járadékot is) összege egyes ügyekben jelentős nagyságrendet érhet el, különösen tartós egészségkárosodás vagy hosszú távú keresetkiesés esetén, ami az intézmények felelősségkezelési, kockázatértékelési és biztosítási gyakorlatában is meghatározó szerepet tölt be.

Az egészségügyi polgári perek egyik meghatározó jogintézménye a személyiségi jogi sérelmek kompenzációja, amely az új Ptk. rendszerében a vagyoni károktól elkülönült, önálló kompenzációs jogalapként jelenik meg. A sérelemdíj ugyanakkor – jogkövetkezményei és érvényesítése körében – főszabályként a kártérítés szabályai szerint érvényesül. A sérelemdíj az egészséghez, a testi épséghez és az emberi méltósághoz fűződő személyiségi jogok megsértésének jogkövetkezménye, amelynek megállapításához a jogsértés tényén túlmenő

további hátrány bizonyítása nem szükséges. A bíróság a sérelemdíj összegét minden esetben mérlegeléssel határozza meg, figyelembe véve különösen az egészségkárosodás súlyosságát és tartósságát, az elszenvedett fizikai és pszichés szenvedés mértékét, az életminőségben bekövetkezett változást, valamint a jogsértésnek az érintett életvitelére gyakorolt hatását

A hozzátartozói sérelmek önálló jogosulti oldalon jelennek meg, és rendszerint a betegétől eltérő személyiségi jogok – különösen a teljes családban élés jogának – sérelméhez kapcsolódnak; a bírói gyakorlat ugyanakkor más, a mindennapi életvitel átalakulásából fakadó jogsérelmeket is elismer.

Összességében megállapítható, hogy a hazai egészségügyi perekben felhozott követelések jogcímei többszintű és differenciált jogvédelmi rendszert alkotnak. A bírói gyakorlat e jogcímeket egymás mellett alkalmazza, ugyanakkor a sérelemdíj esetében az egyedi élethelyzetek értékelése és a mérlegelés különös jelentőséget kap.

A sérelemdíj összegszerű meghatározása a hatályos polgári jogban nem normatív képlet vagy rögzített tarifarendszer alapján történik. Az „új” Ptk. 2:52. § (3) bekezdése értelmében a bíróság az eset összes körülményére tekintettel állapítja meg a megítélt összeget. Meghatározó jelentőséggel bír különösen a személyiségi jogsérelem súlyossága, tartóssága és visszafordíthatósága, az elszenvedett fizikai és pszichés hátrány mértéke, az életminőségben bekövetkezett változás, valamint a jogsértésnek a felperes mindennapi életvitelére, társas kapcsolataira és jövőbeni életkilátásaira gyakorolt hatása.

A felróhatóság szerepe e mérlegelésben sajátos módon jelenik meg. A hatályos szabályozás szerint a sérelemdíj megállapításának nem feltétele a felróhatóság önálló bizonyítása, a jogkövetkezmény alkalmazásához elegendő a személyiségi jogsértés bekövetkezése. A felróhatóság ugyanakkor nem a személyiségi jog megsértésének megállapíthatóságához, hanem kizárólag a sérelemdíj összegszerű meghatározásához kapcsolódhat: a bírói gyakorlat a felróhatóság jellegét és súlyát a jogsértés súlyának és értékelésének egyik kontextuális elemeként veszi figyelembe. Ennek megfelelően a felróhatóság nem számszerűsíthető normatív skála mentén, azonban annak súlya közvetetten befolyásolhatja a megítélt sérelemdíj összegét.

Megállapítható, hogy a sérelemdíj összegszerűsége a hazai egészségügyi perekben nem normatív mértékegységekhez, hanem értékelő bírói mérlegeléshez kötődik. A felróhatóság nem önállóan kvantifikálható tényező, hanem a jogsértés súlyának és társadalmi megítélésének egyik kontextuális eleme, amely a személyiségi jogsérelem kompenzációs jellegével összhangban hat a megítélt összeg alakulására.

A magyar polgári jogi személyiségvédelem szakirodalma már a sérelemdíj 2014. évi bevezetését megelőzően egyértelművé tette, hogy a nem vagyoni jellegű hátrány pénzbeli megítélése eleve problematikus, mivel ahhoz nem rendelhető automatikusan, időtől és körülményektől független összeg. A jóvátétel jelentése ezért szükségszerűen kontextusfüggő, és mindig az adott társadalmi-gazdasági környezetben nyer értelmet. Ezt hangsúlyozta Lábady Tamás is, amikor a nem vagyoni kártérítés kapcsán arra mutatott rá, hogy a bíróságnak a sérelem súlyához és az adott korszak viszonyaihoz igazodó összeget kell megállapítania (Lábady, 1986).

A hazai személyiségvédelmi jogirodalom ezzel összhangban következetesen hangsúlyozza, hogy a nem vagyoni kártérítés, illetve a sérelemdíj nem abszolút, önmagában értelmezhető számadat, hanem méltányossági, társadalmi és korszerűségi mérce, amelynek alkalmasnak kell lennie az elszenvedett hátrány társadalmi súlyának kifejezésére (Görög, 2007). Ebből következően a bírósági ítéletekben megjelenő összegek elemzése nem végezhető el pusztán nominális alapon, hanem indokolt azokat az adott időszak gazdasági-társadalmi realitásaihoz viszonyítva értékelni.

E megközelítés nem a sérelem „átárazását” célozza, hiszen a személyiségi jogsérelem emberi tartalma időtől függetlenül állandó, ugyanakkor a kompenzáció érzékelhetősége, társadalmi üzenete és visszatartó ereje szükségképpen időfüggő. E felismerés a magyar sérelemdíj-irodalom újabb hullámában – különösen Barzó Lilla Andrea betegjogi kontextusú elemzéseiben – is hangsúlyosan megjelenik, amikor rögzíti, hogy az önrendelkezési jog megsértésének megállapítása önmagában nem elegendő, hanem a megítélt összegnek az adott korszak viszonyai között is el kell érnie a méltányosság ingerküszöbét (Barzó, 2024).

Ezzel párhuzamosan az alkotmányos megközelítésű személyiségvédelmi elemzések arra hívják fel a figyelmet, hogy a sérelemdíj funkciója túlmutat az erkölcsi kárpótláson, és értékvédő, szimbolikus jogintézményként jelenik meg, amelynek révén a jogrendszer a személyhez fűződő jog sérelmének közösségi relevanciáját is kifejezésre juttatja (Gárdos-Orosz, 2019). Amennyiben azonban e szimbolikus üzenet láthatósága részben az összeg reálértékétől függ, indokoltá válik olyan viszonyítási pont alkalmazása – például a minimálbérhez igazított arány –, amely alkalmas annak bemutatására, hogy az ítéletben szereplő összeg az adott korszakban ténylegesen milyen súlyt képviselt.

A kártérítési és sérelemdíj-összegek pusztán nominális összehasonlítása ezért korlátozott információt hordoz, mivel nem tükrözi az eltérő gazdasági feltételeket és vásárlóerőt. A reálérték-alapú vizsgálat ezzel szemben lehetővé teszi annak értékelését, hogy a megítélt jóvátétel az adott időszakban mennyiben tekinthető érdemi és érzékelhető kompenzációnak, és

egyúttal biztosítja a bírói gyakorlat időbeli összehasonlíthatóságát. E módszertani megközelítés elvi szinten bármely olyan jogrendszerben alkalmazható, amely megbízható statisztikai vagy makrogazdasági adatokkal rendelkezik.

1.6. Az egészségügyi polgári jogi felelősség horizontális kiterjedése és a szüléset-nőgyógyászat szakterület kiemelt szerepe

Az egészségügyi ellátórendszer és az orvostechnológia fejlődésével párhuzamosan az egészségügyi kártérítési igények köre folyamatosan bővült, mára pedig gyakorlatilag valamennyi orvosi szakterület az egészségügyi felelősségi jog alkalmazási körébe tartozik. A betegjogok megerősödése és a jogtudatosság növekedése következtében a polgári peres igények nem csupán kirívó szakmai hibákhoz, hanem az ellátási folyamat egészéhez, így különösen a tájékoztatási és együttműködési kötelezettségek teljesítéséhez is kapcsolódnak.

A bírói gyakorlatban továbbra is azonosíthatók kiemelt kockázatú szakterületek, amelyek közül a szüléset-nőgyógyászat sajátos helyet foglal el. A szüléseti-nőgyógyászati ellátás jogvitái komplexitásuk, társadalmi érzékenységük és potenciálisan visszafordíthatatlan következményeik miatt tartósan meghatározó szerepet töltenek be az egészségügyi peres ügyek körében, ami indokolja e szakterület önálló elemzési súlyát a jogirodalomban és a bírói gyakorlat empirikus vizsgálataiban.

A szüléset-nőgyógyászati ellátás körében bekövetkező egészségkárosodások az érintett nő testi és lelki integritásának sérelmén túl gyakran kihatnak a reprodukív egészségre, a későbbi életminőségre, a családi működésre, valamint az érintettek jövőbeli anyagi és pszichés erőforrásaira is. E következmények egy része – különösen perinatális vagy tartós egészségkárosodással járó esetekben – nem csupán egyéni, hanem hosszabb távon akár családi, generációs dimenzióban is értelmezhető. A szüléset-nőgyógyászati ellátás jogi megítélése ezért szükségszerűen többdimenziós megközelítést igényel, amely az orvosszakmai, jogi, etikai és társadalmi szempontok együttes mérlegelésén alapul.

A szüléset-nőgyógyászati ügyek sajátossága nem kizárólag az ellátás szakmai kockázataiban ragadható meg, hanem az ellátási folyamat során megjelenő kommunikációs, döntéshozatali és információs töréspontokban is. A tájékoztatási kötelezettség teljesítése, a beteg autonóm döntéshozatalának biztosítása, valamint a beleegyezés valódisága és dokumentálhatósága közvetlen hatással van az önrendelkezési jog érvényesülésére és a kárjogi felelősség megállapítására. A hazai szakirodalomban Dósa Ágnes már korán rámutatott arra, hogy a tájékoztatás hiányossága önálló kárjogi relevanciával bíró jogsérelemként értékelhető

(Dósa, 2002a, 2002b, 2010), míg Szendy Erzsébet a tájékoztatáshoz való jogot az orvos–beteg kapcsolat strukturális alapjaként határozta meg (Szendy, 2008).

Az empirikus vizsgálatok tovább erősítik e megközelítést. Zákány Judit kutatásai rámutattak arra, hogy a szüléset–nőgyógyászati perekben a kommunikációs zavarok és az autonómia sérelmének bizonyítása sok esetben nagyobb nehézséget jelent, mint az orvosszakmai hibák utólagos rekonstruálása (Zákány, 2014). Adorján és Simkó elemzése szerint e perekben az átlagosnál gyakrabban jelennek meg pszichés traumához, valamint tartós életminőségromláshoz és járadékhoz kapcsolódó igények, amelyek a jövőbeni gondozási szükségleteket és életviteli korlátozásokat is figyelembe veszik (Hidvéginé dr. Adorján & Sáriné Simkó, 2013).

E kutatások összességében azt támasztják alá, hogy a szüléset–nőgyógyászati szakterület felelőssége a magyar jogrendszerben nem pusztán orvosszakmai kérdés, hanem empirikus, pszichoszociális és dogmatikai értelemben is sajátos szerkezettel rendelkező terület. A jogviták értelmezéséhez elengedhetetlen a tágabb társadalmi és ellátási kontextus figyelembevétele: az ellátás gyakran időnyomás és érzelmi terheltség mellett zajlik, miközben a nők önrendelkezésének erősödése és a testi-lelki integritás komplex védelme a bírói gyakorlatban is egyre gyakrabban vezet a pszichés sérelem önálló személyiségi jogsérelemként történő elismeréséhez, sérelemdíj-alapként.

2. CÉLKITŰZÉSEK

Jelen disszertáció a tájékoztatási kötelezettség megszegését az ahhoz társuló betegjogi jogsértések rendszerében, jogdogmatikai és empirikus megközelítésben vizsgálja. A cél annak feltárása, hogy a bírói gyakorlat miként ismeri fel és kezeli a többdimenziós betegjog-sérelemeket, és hogyan alakult át az ítélkezés szemlélete a tájékoztatás hiányának önálló, személyiségi jogi jogsértésként való elismerése irányába.

A kutatás az egészségügyi ellátás során elmulasztott vagy nem megfelelő tájékoztatási kötelezettség miatti polgári jogi perek bírósági ítéleteinek összehasonlító, kvantitatív alapú elemzését végezte el két jól elkülöníthető időszak – 2008–2010 és 2018–2020 – viszonylatában. A vizsgálat különös jelentőségét az adja, hogy a két időszak között hatályba lépett az „új” Ptk., amely alapvetően átalakította a deliktuális felelősség rendszerét: kodifikálta az előreláthatóság elvét, valamint bevezette a sérelemdíj intézményét, amely lehetővé teszi a nem vagyoni sérelemek önálló pénzbeli kompenzálását.

Jelen kutatás fókuszában az állt, hogy a tájékoztatási kötelezettség megsértése milyen gyakran, milyen mintázatban és milyen jogi kontextusban jelenik meg más betegjogok sérelmével együtt, valamint, hogy ez a társulás miként befolyásolja a bírósági gyakorlatot és a felelősség megállapításának logikáját.

A vizsgálat a mixed-methods (kombinált) megközelítést alkalmazta: kvantitatív és kvalitatív tartalomelemzés integrált alkalmazását (Creswell, 2018; Király et al., 2014). A módszer célja az volt, hogy az ítélkezési gyakorlatban a tájékoztatási kötelezettség megsértéséhez kapcsolódó jogértelmezési és felelősségi tendenciák többrétűen, empirikusan megalapozottan legyenek vizsgálhatók.

A kvantitatív elemzés az ítéletekben megjelenő jogsértések számát, típusát és az ezekhez kapcsolódó jogkövetkezmények alakulását elemezte, míg ezt megelőzően a kvalitatív elemzés a bírói indokolások szerkezetét és érvelési mintázatait is feltárta. Az elemzés tehát speciális empirikus jogi kutatás módszertannal készül – azaz valós bírósági ítéletek kvalitatív vizsgálati szempontok alapján, de számszerűsítve kerülnek összehasonlításra.

A vizsgálat elsődleges célja annak feltárása volt, hogy az egészségügyi szolgáltatások nyújtásával összefüggésben megvalósuló jogsértések milyen jellemzőkkel bírnak, és ezek miként jelennek meg a bírósági jogérvényesítés különböző szintjein, célként jelent meg az első-

és másodfokú, valamint a másodfokú bírósági és kúriai⁴ ítéletek közötti összefüggések vizsgálata.

Cél volt annak elemzése is, hogy a kártérítés, a sérelemdíj és a járadék összegszerű megállapítása tekintetében milyen kapcsolatok mutathatók ki az első- és másodfokon, illetve a másodfokon és a felülvizsgálati eljárásban hozott döntések között. Ennek körében górcső alá került, hogy az alsóbb fokú bíróságok által megítélt összegek milyen mértékben és milyen irányban állnak összefüggésben a magasabb fokú bíróságok döntéseivel.

Külön vizsgálati szempont volt azon jogi-szakmai tényezők feltárása, amelyek az első-, másodfokú, valamint a felülvizsgálati eljárásokban befolyásolhatják a megítélt kártérítés, sérelemdíj és járadék mértékét. Ezzel összefüggésben cél volt annak feltárása is, hogy az orvosi-szakmai szempontok – így különösen az érintett szakterület jellege és az ellátás szintje – milyen hatást gyakorolnak a különböző bírósági fokokon meghozott döntések összegszerű kimenetelére.

A kutatási kérdések és a kutatás céljának megfogalmazását a szerző több évtizedes egészségügyi jogi tárgyalótermi tapasztalata, a kutatást megelőzően végzett ítéletelemzési munka eredményei, valamint az egészségügyi perek jogi és orvosszakmai összefüggéseit feltáró szakirodalom együttesen alapozták meg. E körben Adorján és Simkó az egészségügyi perek jogi kereteinek elemzésével (Adorján & Simkó, 2013), Óri és munkatársai pedig a tájékoztatási kötelezettség elmulasztásához kapcsolódó perek előzetes kvantitatív vizsgálatával szolgáltattak empirikus alapot (Óri et al., 2023). A kutatási kérdések és a kutatás céljának kialakításában emellett a dokumentáció jogi szerepét elemző publikációk megállapításai is figyelembevételre kerültek (Óri & Antal, 2020a–c; Óri & Antal, 2021).

A kutatási kérdések **(K1–K4)** együttes vizsgálata átfogó értékelést tesz lehetővé a nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj jogintézményének átalakulásáról a vizsgált időszakokban (2008–2010, 2018–2020), különös tekintettel arra, hogy ezek a jogintézmények mennyiben mozdultak el az egységesebb bírói gyakorlat, illetve a differenciáltabb megítélés irányába, továbbá arra, hogy a megítélt összegek nominális növekedése valóban párhuzamba állítható-e a kompenzáció tényleges reálértékének erősödésével. Ez a célkitűzés a következő szakirodalmi indoklásokkal alátámasztott kutatási kérdéseken nyugszik:

⁴ A 2008–2010 közötti időszakban a legfelsőbb bírói fórum a Legfelsőbb Bíróság volt, a szövegben használt „Kúria” megjelölés – a terminológiai egységesség érdekében – erre az intézményre utal a továbbiakban.

K1. Milyen tendenciák figyelhetők meg az első- és másodfokú, valamint a másodfokú bírósági és kúriai ítéletek kapcsolatában az egészségügyi polgári jogi perekben?

K2. Milyen összefüggések figyelhetők meg a vagyoni kártérítés, a nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj és a járadék összegében az első- és másodfokon, valamint a másodfokon és a Kúrián megállapított összegek tekintetében?

K3. A jogi-szakmai szempontok miként befolyásolják az első-, másodfokon, valamint a Kúrián megítélt vagyoni kártérítés, nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj és járadék összegét?

K4. Az orvosi-szakmai szempontok miként hatnak az első-, másodfokon, valamint a Kúrián megítélt vagyoni kártérítés, nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj és járadék összegére?

Jelen kutatás interdiszciplináris megközelítéssel és többféle statisztikai módszer bevonásával tárt fel egy konkrét orvosszakmai terület, a szülészet-nőgyógyászati perek sajátosságait, megvizsgálva, miben térnek el más egészségügyi szakterületek peres ügyeitől. A szakterület kiválasztását a hazai szakirodalom (Hidvéginé dr. Adorján & Sáriné Simkó, 2013; Sándor, 1997) következetesen a szülészet-nőgyógyászatot az egyik leginkább peresített egészségügyi területként azonosítja, kifejezetten kiemelve a szülészet sajátos klinikai és jogi kockázati profilját – különös tekintettel a szüléshez kapcsolódó irreverzibilis károk lehetőségére, az érintettek számának (anya-újszülött) kettősségére, valamint a hosszú távon jelentkező egészségkárosodásokra, amelyek a felelősség érvényesítését és a kártérítési igények struktúráját is meghatározzák.

A szülészet-nőgyógyászati perek kiemelt szerepét jelen kutatás előkészítő szakaszában pilot jelleggel elvégzett elsődleges, leíró statisztikai elemzés is megerősítette. A jogerős bírósági határozatok (BH-k) feldolgozása során a pilot alapstatisztikák szintjén kirajzolódott, hogy a vizsgált időszakokban a szülészet-nőgyógyászat kiemelkedően nagy esetszámmal és összetett jogi struktúrával rendelkező szakterület.

A fentieknek megfelelően a vizsgálat további kutatási kérdésekkel bővült:

K5. Milyen összefüggés figyelhető meg a szülészet-nőgyógyászat szakterület és az ellátási szint (járóbeteg- vagy fekvőbeteg-ellátás) között a két vizsgált időszakban, és ez miként viszonyul más egészségügyi szakterületek ellátási mintázataihoz?

K6. Milyen tendenciák figyelhetők meg a szülészet-nőgyógyászat területén a jogi ügy típusa (kereseti követelés) és a társult jogsértések szerkezete tekintetében a két vizsgált időszakban, és ezek miben térnek el más szakterületek peres gyakorlatától?

K7. Hogyan jellemezhető a szülészet-nőgyógyászat szakterület a peres eljárások időbeli lefolyása alapján, és kimutatható-e e tekintetben szakterület-specifikus mintázat más egészségügyi szakterületekhez képest?

K8. Milyen tendenciák figyelhetők meg a szülészet–nőgyógyászat területén az igényelt és a megítélt vagyoni és nem vagyoni kártérítés, sérelemdíj és járadék kapcsolatában a két vizsgált időszakban, és e kompenzációs gyakorlat miben különbözik más egészségügyi szakterületekétől?

3. MÓDSZEREK

Jelen vizsgálat alapját képező BH-k kigyűjtése a Wolters Kluwer Ügyvéd Jogtár Plusz adatbázisból (továbbiakban: adatbázis) történt. A keresés az adatbázis ún. Részletes keresés funkcióján keresztül történt a „kártérítés” kulcsszóra rákeresve. További keresési paraméter a „megjelenés éve” volt, jelen esetben a 2008., 2009., 2010., 2018, 2019, 2020 éveket megadva. Ezen paraméterek megadása után a témaköröknél az „egészségügyi szolgáltatás” került kiválasztásra.

Jónéhány jogeset nem az egészségügyi ellátáshoz kapcsolódott. Ilyenek voltak például a büntetésvégrehajtási intézetben történő elhelyezéssel, valamint praxisjoggal kapcsolatos kártérítési eljárások. A beválogatás további feltétele az volt, hogy az ítélet érdemben értékelje a tájékoztatási kötelezettség teljesítését vagy annak hiányát.

A vizsgált időszakban, vagyis 2008–2010 között összesen 149 eset volt, ebből 96 vonatkozott a tájékoztatáshoz való jog megsértésére. 2018–2020 között összesen 200 eset szerepelt, ebből 104 tartozott a tájékoztatáshoz való jog megsértésének kategóriájába.

Az adatgyűjtés során azonban voltak olyan BH-k, amik több évre is eredményként jelentek meg, mert a rendszer ugyanazon eset kapcsán két évre vonatkozóan is talált kapcsolatot (az I. és II. fokú eljárás okán). Ezen duplikációk a végleges elemzésnél kiszűrésre kerültek.

A kutatás végül 193 jogerős bírósági ítélet tartalomelemzésén alapult (N=193, ebből $n_{2008-2010} = 95$; $n_{2018-2020} = 98$).

Az adatgyűjtéshez hasonlóan, az adatfeldolgozás is a kutatás egyik legnagyobb erőforrás-igényű szakaszát képezte. A vizsgálat alapját képező BH-k feldolgozása nem automatizált módon, hanem az ítéletek teljes szövegének egyenkénti, manuális átolvasásával és részletes kódolásával történt. Erre a megközelítésre azért volt szükség, mert a határozatok szerkezete, tartalmi részletezettsége és közzétételi formája jelentős eltéréseket mutatott, így a releváns adatok kizárólag kvalitatív módszertanú szövegértésen és jogi értelmezésen alapuló feldolgozással voltak megbízhatóan azonosíthatók.

Az adatfelvétel során egységes, előre kialakított kódolólap (1. melléklet) készült, amely a kvalitatív tartalomelemzés, valamint az abból levezetett kvantitatív és statisztikai elemzés igényeit egyaránt szolgálta. A kódolólap kialakítása iteratív folyamat volt: a pilot jellegű feldolgozást követően pontosításra kerültek azok a változók, amelyek a bírósági gyakorlatban visszatérően, de eltérő megjelenési formában fordultak elő. A végleges adatstruktúra több tucat változót tartalmazott, amelyek az ügyek időbeli, eljárási, jogi, személyi és pénzügyi dimenzióit egyaránt lefedték.

Az **időbeli változók** rögzítése során külön mezőkben került feltüntetésre a) a jogsértés bekövetkezésének időpontja, b) a jogsérelem realizálódásának éve, c) az elsőfokú eljárás megindításának és lezárásának időpontja, d) a másodfokú és felülvizsgálati eljárások megkezdése és befejezése, valamint e) az ítéletek publikálásának éve. Ez lehetővé tette az eljárások időtartamának több szempontú elemzését, valamint annak vizsgálatát, hogy a jogérvényesítés időbeli elhúzódása milyen mintázatokat mutat az egyes időszakokban.

A **jogi és eljárási változók** körében rögzítésre került a) az ügy típusa (személyiségi jogsértés, kártérítési igény, illetve ezek együttes előfordulása), b) az ellátás szintje⁵ (), valamint c) az érintett orvosi szakterület. Külön változók szolgáltak d) a társult jogsértések azonosítására, lehetővé téve annak vizsgálatát, hogy a tájékoztatási kötelezettség megsértése milyen gyakran kapcsolódott más betegjogi jogsértésekhez, például az önrendelkezési jog, a dokumentáció megismeréséhez fűződő jog (Őri & Antal, 2020c) az emberi méltóság vagy az egészségügyi ellátáshoz való jog sérelméhez.

A **személyi dimenzió** rögzítése során – amennyiben az ítéletek ezt lehetővé tették – külön változóknak került feltüntetésre a) a felperesek neme és életkora, továbbá b) az, hogy az igényérvényesítés egyéni vagy több felperes által történt-e. A több felperes esetében az adatstruktúra lehetővé tette az egyes felperesek igényeinek elkülönített rögzítését egészen a negyedrendű felperesig, miközben külön mezők szolgáltak a közösen előterjesztett kártérítési és sérelemdíj-igények dokumentálására is.

A **pénzügyi változók** rögzítése különösen összetett adatépítési feladatot jelentett. Az elsőrendű felperesek vonatkozásában elkülönítve kerültek rögzítésre a) az igényelt és b) a bíróság által megítélt vagyoni, nem vagyoni kár/személyiségi jogsértés, sérelemdíj és járadék összegek, eljárási fokenkénti bontásban. A feldolgozás során külön nehézséget okozott, hogy a vagyoni kár és a járadék sok esetben több, eltérő jogcímen megjelölt tételből állt (például utazási költség, gyógytorna, segédeszköz, speciális étrend), amelyeket manuálisan kellett azonosítani, összegyűjteni és összegezni annak érdekében, hogy az összehasonlítható adatstruktúra kialakítható legyen. Ugyanakkor az igényelt és a megítélt kártérítési összegek összehasonlítása során az elemzés elkülönítve kezelte az egy felperes által előterjesztett egyéni kérelmeket, valamint külön vizsgálta a több felperes közös fellépéséhez kapcsolódó igényeket. Az elemzés a több felperes által indított ügyek esetében a megítélt nem vagyoni kártérítések/sérelemdíjak tartományának bemutatására szorítkozott. Ennek indoka, hogy a nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj összege alapvetően az egyes felperesek személyéhez, egyéni

⁵ Az eredeti hét kategória közül kettő empirikus adathiány miatt kizárásra került.

jogsérelméhez és annak súlyához kötődik, így személyenként eltérő mérlegelési szempontok alapján kerül meghatározásra.

Az **eljárási fokokhoz** kapcsolódóan külön változók rögzítették az első-, másodfokú bíróságok, valamint a Kúria döntéseit, beleértve az elutasítást, a részbeni vagy teljes helyt adást, valamint a közbenső ítéleteket. A közbenső ítéletek kezelése önálló módszertani megfontolást igényelt, mivel ezek kizárólag a felelősség fennállásáról rendelkeztek, és nem tartalmaztak összecszerű jogkövetkezményeket. Az ilyen döntések elkülönített kezelése tette lehetővé, hogy a kvantitatív elemzés ne torzuljon, miközben a felelősségi szemlélet alakulása kvalitatív módszerekkel továbbra is vizsgálható maradt.

A kódolást három személy végezte. Az eltérő jogértelmezések és besorolások kezelésére konszenzusos döntéshozatali mechanizmus került alkalmazásra, amely biztosította a kódolás belső megbízhatóságát és következetességét. A részletes, manuális adatépítés jelentős idő- és munkaigénnyel járt, ugyanakkor ez tette lehetővé egy olyan komplex, többszintű adatbázis létrehozását, amely az egészségügyi perek ítélkezési gyakorlatát nem csupán összegek mentén, hanem jogi, eljárási és időbeli mintázatok alapján is elemezhetővé tette.

Az ítéletek szövegének átolvasásos módszerrel történő feldolgozása lehetővé tette a visszatérő érvelési elemek azonosítását, továbbá a bírói szemléletváltozás kimutatását. Ennek keretében pontosításra került, hogy az egyes döntések kizárólag a jogalap fennállásáról rendelkeztek-e, vagy a jogsértés jogkövetkezményeit – különösen a megítélt összeg meghatározását – is tartalmazták.

A kizárólag jogalapra vonatkozó döntések elkülönítése módszertanilag indokolt volt, mivel e határozatok nem tartalmaznak összehasonlítható számszerű adatot, és így a kvantitatív elemzés során torzító hatással bírnának. E döntések eltérő döntési tartalmuknál fogva a felelősség fennállására, nem pedig annak pénzbeli jogkövetkezményeire adnak választ, ezért azok kiemelt, kvalitatív keretben történő elemzése biztosította a statisztikai feldolgozás érvényességét és értelmezhetőségét.

A kvantitatív feldolgozás SPSS statisztikai program (Statistical Package for the Social Sciences, SPSS 25.0) segítségével történt, amely lehetővé tette a statisztikai elemzéseket. A számszerű elemzés célja az volt, hogy megmutassa, hogyan változtak a bíróságok által megítélt nem vagyoni kártérítés/, vagyoni kártérítés és járadék összegek az elmúlt években, és ezek a változások valódi tendenciát jelentenek-e, vagy inkább csak véletlenszerű eltérések. Ehhez minden ítéletből rögzítésre került az igényelt és a ténylegesen megítélt összegek, majd ezek összehasonlítása történt meg a két vizsgált időszakban (2008–2010 és 2018–2020).

A kvantitatív kutatás változóinak jellemzésére leíró statisztikai mutatókat (átlag, szórás, minimum, maximum, gyakoriság) számítottunk. Kétváltozós statisztikai módszereket használtunk a független és a függő változók közti összefüggések teszteléséhez. A kategorikus változók, mint például a demográfiai jellemző (nem), és a jogi-szakmai (ügy típusa) illetve az orvosi-szakmai (szakterületek, ellátási szint) változók kategóriái közti összefüggéseket χ^2 -próbával ellenőriztük. Egyszempontos varianciaelemzéssel tártuk fel a kettő, illetve több kategóriát tartalmazó nominális változóknak a metrikus változókra gyakorolt hatását. Például a varianciaelemzés volt célravezető a szakterület és az igényelt, valamint megítélt kártérítés, nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj és járadék kapcsolatának vizsgálatára, vagy a szakterület és a felperes életkora közötti összefüggés meghatározására.

Transzformációt alkalmaztunk az idősorok adatainak csoportosítása, és összehasonlíthatósága céljából. Az I. fokon hozott bírósági döntéseket két különböző időperiódusra (2008-2010, 2018-2020) bontottuk. Az adatok mélyebb elemzéséhez három változóval dolgoztunk. Például háromváltozós keresztábraelemzéssel feltártuk a különböző szakterületek nemek szerinti megoszlását a két időperiódusra vonatkozóan. Ugyancsak három változót vittünk be a keresztábraelemzésbe, a szakterület és az ügy típusa megoszlásában előforduló különbségek megismerésére, az egyes időperiódusok tekintetében.

Transzformációval új változót hoztunk létre, ami megadja az I. fokon kezdéstől az ítéletig eltelt időt. Majd kétszempontos varianciaelemzéssel meghatároztuk a kezdéstől az ítéletig eltelt átlagos időt (függő változó) szakterületi bontásban (független változó) és időperiódusokra (független változó) vonatkozóan.

A kutatási céloknak megfelelő leíró statisztikai, kétváltozós és háromváltozós statisztikai számításokat hajtottunk végre. Ezek a statisztikai módszerek lehetővé tették az adatállomány mélyebb elemzését, és a fő tendenciák feltárását. Ugyanakkor korlátot jelentett, hogy több változó esetében sok kategóriával és viszonylag kis esetszámmal dolgoztunk, ezért az eredmények értékelésekor el kellett tekintenünk a statisztikailag szignifikáns összefüggésektől.

A kvantitatív kutatás adatelemzésének fontos része a változók mérési szintjének megfelelő leíró statisztikai mutatók elemzése. Ez az egyváltozós elemzés biztosítja a vizsgált változók jellemzőinek bemutatását, megismerését. A folytonos változók vizsgálatára középértékeket, átlagot és mediánt számítottunk, majd a szórás és terjedelem meghatározásával betekintést nyertünk az adatok szóródásába. Diszkrét változók bemutatására és az adatstruktúra megismerésére gyakoriságot (eset, százalék) számoltunk.

A kutatási kérdések vizsgálatára a változók típusának megfelelő kétváltozós statisztikai módszereket alkalmaztunk. Mivel az egyes csoportok és alcsoportok elemszáma elérte a 30-t,

a mintából számított statisztikák normál eloszlását a centrális határeloszlás-tétel alapján feltételeztük.

A nominális változók viszonyában a függetlenség vizsgálatára keresztábra-elemzést használtunk (K1, K5 és K6). A kontingencia táblában a különböző alcsoportokban az esetek eloszlásának egyezőségét Khí-négyzet próbával teszteltük. Az elemzés során figyelmet fordítottunk a cellagyakorisági követelmény teljesülésére. Például a K1 kutatási kérdésnél a független és a függő változó is viszonylag sok kategóriát fed le, ezért az 5x7-es táblában a várt gyakoriságra vonatkozó elvárás nem teljesült.

Korrelációelemzés segítségével teszteltük a két folytonos változó közötti összefüggést (K2 és K3). Az eredmények szemléltetéséhez a két változó összetartozó értékeinek ábrázolását szórásdiagram segítségével végeztük el (K2). Ellenőriztük a korrelációelemzés feltételét, a kiugró értékek megjelenését. Mérlegelés után a kiugró értékeket nem zártuk ki automatikusan, mivel a viszonylag kis számban előforduló „nagy” és „kis” értékek a vizsgált változó (pl. igényelt nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj, megítélt vagyoni kártérítés) természetes velejárója.

A kettő vagy több kategóriás diszkrét változók alapján képzett csoportátlagok összehasonlítása egyszempontos varianciaelemzés használatával történt (K3 és K4). A varianciaelemzés feltételét, a homoszkedaszticitást Levene-teszttel ellenőriztük. Minden esetben a variancia homogenitási tesztjének megfelelő parametrikus teszt eredményét mutatjuk be (F-próba, Welch próba).

Két független mintás paraméteres teszt segítségével végeztük el a két független csoport folytonos változójának összehasonlítását (K8). T-próbával teszteltük, hogy van-e szignifikáns különbség a két csoport átlaga között. Például a K8 kutatási kérdés vizsgálatánál, a független mintákat a 2008–2010-es, illetve a 2018–2020-as időszakban igényelt, illetve megítélt összegek képezték.

Két összetartozó, páros csoport átlagának összehasonlítása páros mintás t-próba alkalmazásával történt. Így jártunk el a K7 kutatási kérdés vizsgálatában, a két folytonos skálán mért időtényező egyezőségének tesztelése, illetve az időtényezők közötti szignifikáns különbség megállapítása érdekében.

A kutatás az összehasonlítás torzításának elkerülése érdekében MB-szorús normalizálást alkalmazott. A minimálbér-adatok forrása (Központi Statisztikai Hivatal (KSH) STADAT 2.1.54.) a 2. mellékletben található tábla.

A vizsgálat a szülészeti-nőgyógyászati ügyek összehasonlíthatósága érdekében dichotóm struktúrát alkalmazott: (1) szülészeti-nőgyógyászat és (2) összevont egyéb szakterületek. Az

elemzés során eredetileg alkalmazott tizenegy szakterületi kategória statisztikai módszertani okokból – elsősorban az egyes csoportok alacsony elemszáma miatt – összevonásra került. Az összevonások a szakterületek ellátási jellegére és szakmai közelségére tekintettel, különösen a manuális jellegű beavatkozásokkal járó ellátások, illetve a döntően belgyógyászati profilú kezelések elkülönítésével. Az így kialakított öt szakterületi csoport statisztikailag kezelhetőbb elemszámot biztosított, miközben szakmailag koherens és értelmezhető keretet teremtett a további kvantitatív elemzésekhez. A változók típusa alapján leíró statisztikák, kereszttábla-elemzés, kétmintás és páros t-próba, valamint varianciaelemzés (ANOVA) került alkalmazásra.

Az elemzés kiterjedt a) hét időtényezőre - (1) jogsértéstől a kárbekövetkezésig eltelt időre; (2) a kárbekövetkezéstől az I. fokú eljárás kezdésig eltelt időre; (3) az I. fok kezdéstől ítéletig eltelt időre; (4) a II. fok kezdéstől ítéletig eltelt időre; (5) a II. fokú és I. fokú ítéletek között eltelt időre; a (6) felülvizsgálati eljárás kezdéstől az ítéletig eltelt időre; és (7) a Kúria ítélete és a II. fokú ítélet között eltelt időre), valamint b) a polgári jogi felelősségi elemekre (sérelem, vagyoni kár, járadék), mind az igényelt, mind a megítélt összegek külön vizsgálatával.

4. EREDMÉNYEK

4.1. Bírósági esetek leíró statisztikai adatai

4.1.1. Az ügyek jogi minősítése

Az ügýtípusok megoszlása alapján megállapítható volt, hogy a vizsgált esetek döntő többsége összetett igényérvényesítési struktúrát mutatott. Az ügyek 62,7%-ában a felperesek egyidejűleg személyiségi jogsértésre és kártérítésre alapították keresetüket. Kizárólag személyiségi jogsértés jogcímén az ügyek 34,7%-a, míg kizárólag kártérítési igénnyel mindössze 2,6% indult.

4.1.2. Az ellátás szintjei

Az ellátási szint szerinti megoszlás alapján az értékelhető esetek túlnyomó többsége fekvőbeteg-ellátáshoz kapcsolódott (63,7%). A járóbeteg-ellátás aránya 28,4% volt, míg az alapellátás (3,2%), a fogászati ellátás (3,2%) és a sürgősségi ellátás (1,6%) együttesen is csak csekély részarányt képviseltek.

A hiányzó adatok aránya alacsony volt (1,6%), így az ellátási szint szerinti megoszlás megbízhatóan értelmezhetőnek bizonyult.

4.1.3. Szakterületi megoszlás

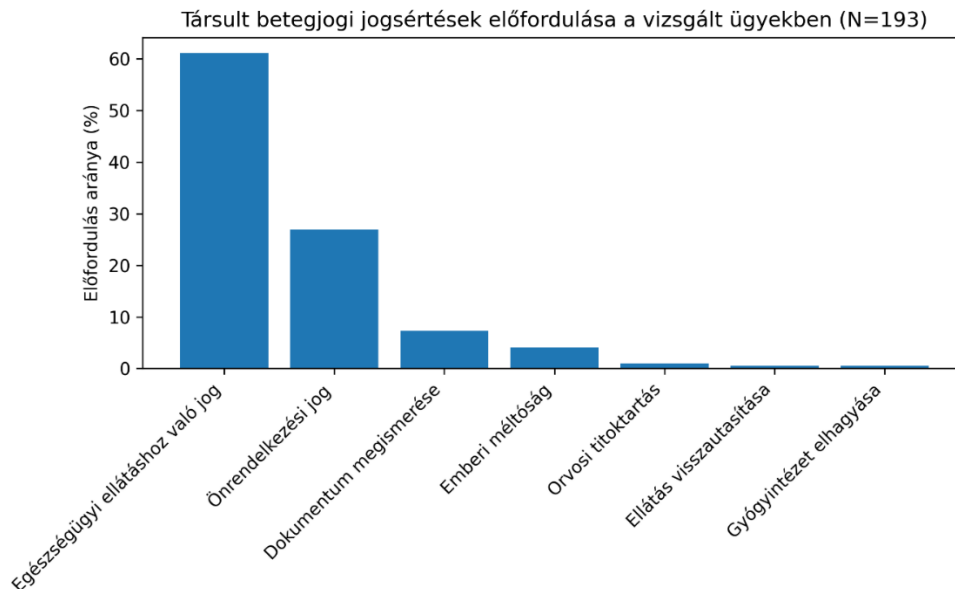
A szakterületi bontás alapján a legnagyobb arányban a szülészet–nőgyógyászati ellátáshoz kapcsolódó ügyek szerepeltek az adatbázisban (30,4%). Ezt követte a traumatológia–ortopédia (14,1%), majd több, jellemzően invazív beavatkozásokkal járó sebészeti szakterület, így az általános sebészet, a plasztikai sebészet, a fogászati–szájsebészeti ellátás, valamint az idegsebészet.

A diagnosztikus vagy konzervatív jellegű szakterületek – például a radiológia vagy a belgyógyászat–kardiológia – az adatbázisban csak elszórtan jelentek meg. A hiányzó szakterületi adatok aránya alacsony volt (1,0%), amely nem befolyásolta érdemben az összképet.

4.1.4. A társult betegjogi jogsértések összesített előfordulása

Az összesítés alapján az egészségügyi ellátáshoz való jog sérelme bizonyult a leggyakoribb társult jogsértésnek: 118 esetben jelent meg, ami az összes vizsgált ügy 61,1%-át tette ki. Ezt követte az önrendelkezési jog sérelme, amely 52 esetben fordult elő (26,9%). A dokumentumok megismeréséhez való jog sérelme 14 esetben (7,3%), az emberi méltóság sérelme 8 esetben (4,1%) jelent meg. Az orvosi titoktartás megsértése (2 eset; 1,0%), valamint az ellátás visszautasításához való jog és a gyógyintézet elhagyásához való jog sérelme (1–1 eset; 0,5%) csak elszórtan fordult elő. (3. ábra)

Az adatok értelmezése során figyelembe kellett venni, hogy egy ügyben több társult jogsértés is megjelenhetett, ezért az egyes jogtípusokra számított arányok nem kizárólagosak, és nem adódnak össze 100%-ra.



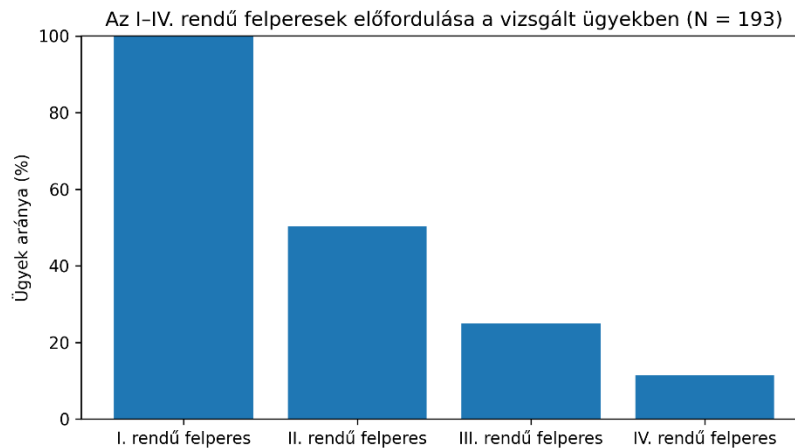
3. ábra A tájékoztatási kötelezettség megsértéséhez társuló betegjogi jogsértések előfordulási aránya (%) a vizsgált ügyekben (Forrás: saját szerkesztés)

4.1.5. A felperesek neme és életkora

Az elsőrendű felperes nemére vonatkozó adat az esetek 45,1%-ában nem volt megállapítható az ítéleti szöveg alapján. Azokban az ügyekben, ahol a „nem” rögzítésre került, női felperesek az esetek 38,9%-ában, míg férfi felperesek 16,1%-ában szerepeltek.

Az elsőrendű felperes életkorára vonatkozó adat az ügyek 81,7%-ában hiányzott. Az ismert adatok alapján a legfiatalabb elsőrendű felperes 3 éves, míg a legidősebb 69 éves volt. Tekintettel az alacsony elemszámra és a hiányzó adatok magas arányára, az életkori megoszlás részletes elemzésére nem került sor.

A többfelpereses eljárások az adatbázisban jelentős arányban fordultak elő: másodrendű felperes az ügyek mintegy felében (50,3%) szerepelt, míg harmadrendű felperes már lényegesen ritkábban (24,9%), negyedrendű felperes pedig csak kivételesen. A további rendű felperesek nemére vonatkozó adatok jelentős arányban hiányoztak, különösen a másod- és harmadrendű felperesek esetében, ahol az ítéletek gyakran nem tartalmaztak erre vonatkozó információt. Azokban az ügyekben, ahol a „nem” megállapítható volt, férfi és női felperesek egyaránt előfordultak, azonban az alacsony elemszám és a hiányos adatközlés miatt ezek az arányok önálló értelmezésre nem voltak alkalmasak. (4. ábra)



4. ábra Az I-IV. rendű felperesek előfordulása a vizsgált ügyekben (N = 193) (Forrás: saját szerkesztés)

4.2. K1-K4 kutatási kérdések statisztikai alapú vizsgálata

4.2.1. K1 kutatási kérdés vizsgálata

4.2.1.1. Milyen tendenciák figyelhetők meg az I. és II. fokon, valamint a II. fokon és Kúrián hozott ítéletek kapcsolatában?

Az I. fokú döntések 5 kategóriát, a II. fokú döntések 7 ítéletkategóriát tartalmaznak. Az I. és a II. fokú döntések viszonyában, a függetlenség vizsgálatára keresztábra-elemzést alkalmaztunk. A keresztábra-elemzés eredményei alapján megállapítható, hogy az I. és II. fokon hozott ítéletek nem függetlenek egymástól. A Khí-négyzet-próba szignifikáns kapcsolatot jelez ($\text{Khí}^2=89,622$, $p=0,001$), de a cellagyakorisági követelmény nem teljesült (71,4 %), ezért az I. és a II. fokú döntések kapcsolatában tendencia fogalmazható meg. Az I. fok ítéleteinek több mint felét (59,4 %) helyben hagyták II. fokon, de az I. fok különböző típusú ítéleteinél ettől az aránytól eltérő döntések születtek II. fokon. Így az I. fokon elutasított jogsérelemek 78,8 %-át II. fokon is helyben hagyták. Ugyanakkor egy ítélet (keresetnek részben helyt adó) esetén lényegesen kisebb arányban (31,4 %) keletkezett „helyben hagyó” döntés II. fokon. A felperes (15,5 %) illetve az alperes (14,4 %) javára megváltoztatott döntés közel azonos mértékű, viszont a különböző I. fokú döntések tekintetében már jelentős eltérés figyelhető meg. Az I. fok „keresetnek részben helyt adó” döntése között nagyobb arányban (37,3%) jelentek meg a felperes javára megváltoztatott ítéletek. Az alperes javára megváltoztatott döntéseknél pedig nagyobb arányban jelent meg az I. fokon „keresetnek részben helyt adó” (29,4 %) döntés mellett a „közbenső ítélettel helyt adó” (25,0 %) ítélet. Az eredményeket összegezve kijelenthető az a tendencia, hogy az I. fokú ítéletek közül három ítéletkategória (elutasít, keresetnek részben helyt ad, közbenső ítélettel helyt ad) összefügg a II. fokon hozott döntésekkel. A 2. táblázat tartalmazza az I. és a II. ítéletek viszonyát.

2. táblázat Az I. és II. fokú ítéletek viszonya – összefoglaló áttekintés (N = 187)

II. fokú döntés	Esetszám (db)	Arány (%)
I. fokú ítélet helybenhagyása	111	59,4
I. fokú ítélet megváltoztatása a felperes javára	29	15,5
I. fokú ítélet megváltoztatása az alperes javára	27	14,4
Közbenső ítélettel történő módosítás (felperes vagy alperes javára)	15	8,0
Hatályon kívül helyezés és új eljárás elrendelése	4	2,1
Egyéb (részbeni helybenhagyás)	1	0,5
Összesen	187	100,0

A II. fokú döntések 7, a Kúrián hozott döntések 5 ítéletkategóriát tartalmaznak. A II. fokú és a Kúrián hozott döntések viszonyában, a függetlenség vizsgálatára keresztábra-elemzést alkalmaztunk. A keresztábra-elemzés eredményei alapján megállapítható, hogy a II. fokon és a Kúrián hozott ítéletek nem függetlenek egymástól. A Khí-négyzet-próba szignifikáns kapcsolatot jelez ($\text{Khí}^2=51,769$, $p=0,001$), de a cellagyakorisági követelmény nem teljesült (94,3 %), ezért a II. fokú és a Kúrián hozott döntések kapcsolatában tendencia fogalmazható meg. A II. fok ítéleteinek többségét (87,0 %) hatályában fenntartották a Kúrián, de a II. fokon hozott különböző ítéleteknél ettől az aránytól eltérő döntések születtek a Kúrián. A II. fokon helyben hagyott jogsérelemek 95,6 %-át a Kúrián is hatályában fenntartották, ugyanakkor kettő ítélet (megváltoztat a felperes javára, közbenső ítélettel felperes javára megváltoztat) esetén lényegesen kisebb arányban (33,3 % és 0 %) keletkezett „hatályában fenntart” döntés a Kúrián. A mintán belül 124 esetben nem volt felülvizsgálati eljárás, és a jogerős határozatot hatályon kívül helyező döntések száma 1-1 jogsérelemre vonatkozik. A 3. táblázat tartalmazza a II. és a kúriai ítéletek viszonyát.

3. táblázat A II. és kúriai ítéletek viszonya – összefoglaló áttekintés (n = 69)

Kúriai döntés	Esetszám (db)	Arány (%)
II. fokú ítélet hatályában fenntartása	60	87,0
II. fokú ítélet hatályon kívül helyezése (egészben vagy részben) és új határozat hozatala	5	7,2
II. fokú ítélet hatályon kívül helyezése és új eljárás elrendelése	2	2,9
II. fokú ítélet hatályon kívül helyezése az I. fokú ítélet helybenhagyásával	3	4,3
II. fokú ítélet megváltoztatása a felperes javára	1	1,4
Összesen	69	100,0

4.2.1.2. *Perfokok szerinti összehasonlítás: az első- és másodfok közötti korrekciók alakulása*

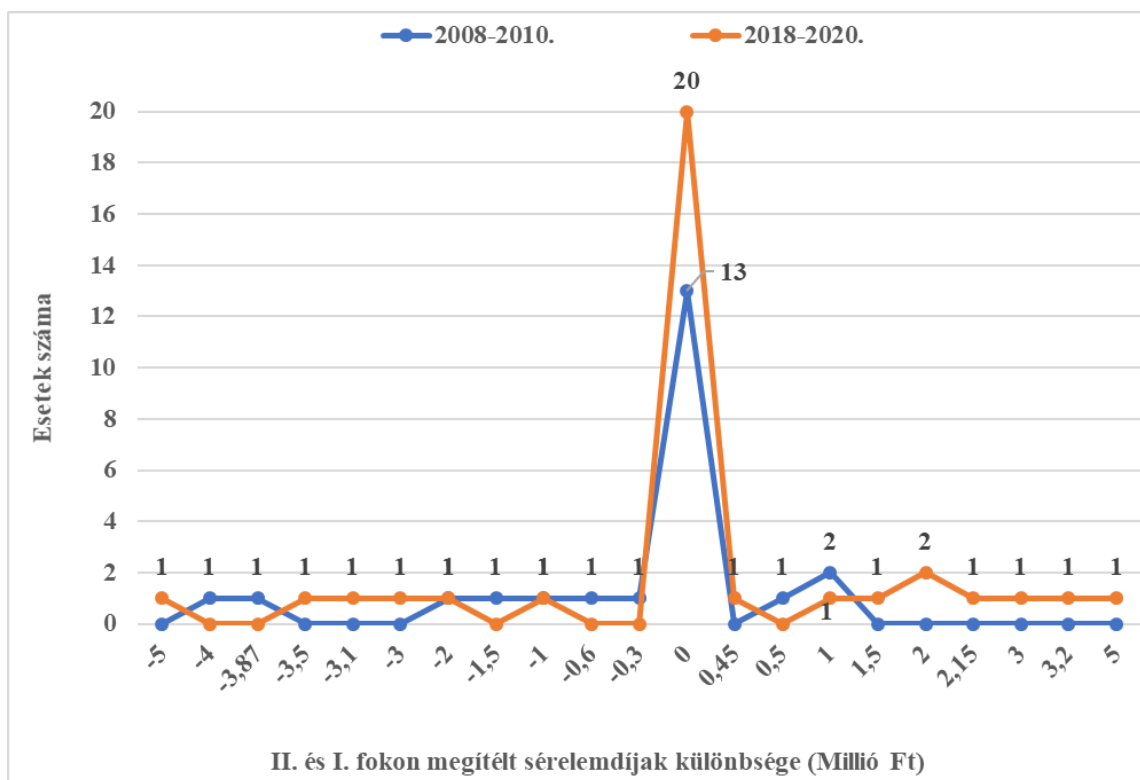
A perfokok szerinti összehasonlítás eredményei alapján mindkét vizsgált időszakban kimutatható volt az elsőfokon megítélt nem vagyoni kártérítés/sérelemdíjak összegének módosulása a másodfokú eljárások során. A korrekciók iránya és átlagos mértéke azonban eltérően alakult a két időszakban.

A 2008–2010-es időszakban a másodfokú eljárások átlagosan csökkentették az elsőfokon megítélt nem vagyoni kártérítések összegét; a korrekció átlagos értéke –468.263 Ft volt. Ezzel szemben a 2018–2020-as időszakban a másodfokú döntések átlagosan emelkedést eredményeztek, a korrekció átlagos mértéke +77.143 Ft volt.

Mindkét időszakban jelentős eltérés mutatkozott az egyes ügyek között: a korrekciók szórása meghaladta az 1 millió forintot (2008–2010: 1.277.142 Ft; 2018–2020: 1.886.225 Ft). Az adatok alapján a másodfokú döntések nem egységes irányban és nem azonos mértékben módosították az elsőfokú ítéleteket. A negatív irányú korrekciók a 2018–2020-as időszakban nagyobb összegű eltéréseket mutattak: hat ügyben a másodfokon megítélt összeg 1–5 millió Ft-tal csökkent az elsőfokú döntéshez képest, míg a 2008–2010-es időszakban a csökkenések jellemzően 0,3–4 millió Ft közötti sávban jelentek meg. A pozitív irányú korrekciók az újabb időszakban szintén szélesebb tartományban mozogtak (0,45–5 millió Ft), míg a korábbi időszakban kevesebb és kisebb mértékű emelés volt azonosítható.

Mindkét időszakban jelentős volt azoknak az ügyeknek az aránya, amelyekben a másodfokú eljárás nem eredményezett változást az elsőfokon megítélt nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj összegében. A 2008–2010-es időszakban 23 ügyből 13 esetben (56,5%), a 2018–2020-as időszakban pedig 35 ügyből 20 esetben (57,1%) maradt változatlan az összeg. (5. ábra)

Az eredmények összességében azt mutatják, hogy a másodfokú eljárások túlnyomó részében egyik időszakban sem történt összegszerű korrekció, ugyanakkor a 2018–2020-as időszakban ritkább esetekben nagyobb mértékű pozitív és negatív eltérések is megjelentek.



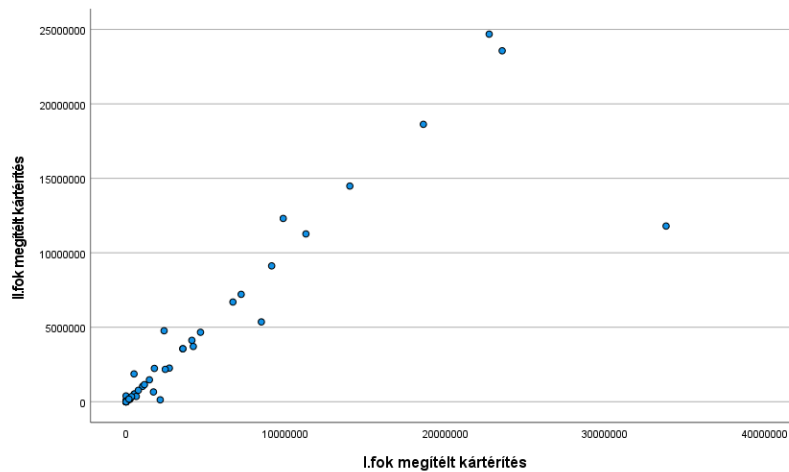
5. ábra Az első- és másodfok közötti nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj-korrekciók megoszlása a vizsgált időszakokban (2008–2010; 2018–2020) (n= 69) (Forrás: saját szerkesztés)

4.2.2. K2 kutatási kérdés vizsgálata

4.2.2.1. Milyen összefüggések figyelhetők meg a vagyoni kártérítés, a nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj és a járadék összegében, az I. és II. fokon, valamint a II. fokon és a Kúrián megállapított összegek tekintetében?

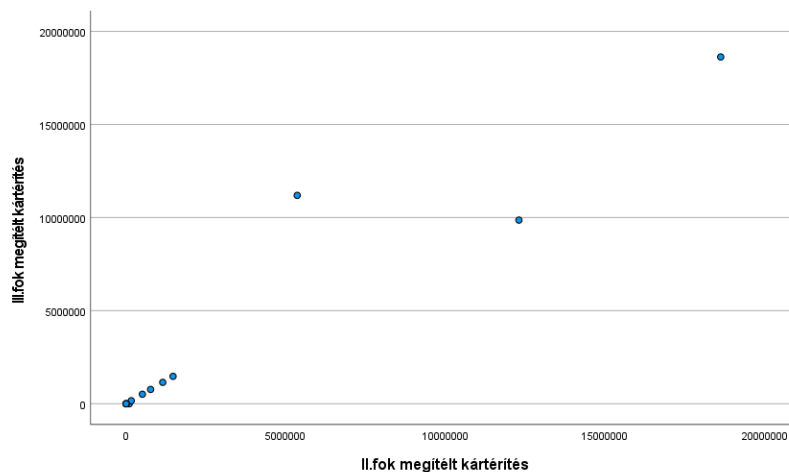
A K2 kutatási kérdés vizsgálatára korrelációelemzést alkalmaztunk, amelynél a két folytonos változót az I. és II. fokon, illetve a II. fokon és a Kúrián megállapított összegek jelentették.

A korrelációelemzés alapján látható, hogy az I. és II. fokon megítélt **vagyoni kártérítési** összegek között szignifikáns ($p=0,001$) pozitív lineáris kapcsolat áll fenn. A korreláció mértéke: $r=0,892$, ami a vizsgált adatok között erős szintű összefüggést mutat. A 6. ábra szemléletesen mutatja, hogy az I. fokon megítélt kisebb összegekhez II. fokon is alacsonyabb összegek tartoznak és a kártérítési összegek emelkedésével, a II. fokon megítélt kártérítések is nőnek.



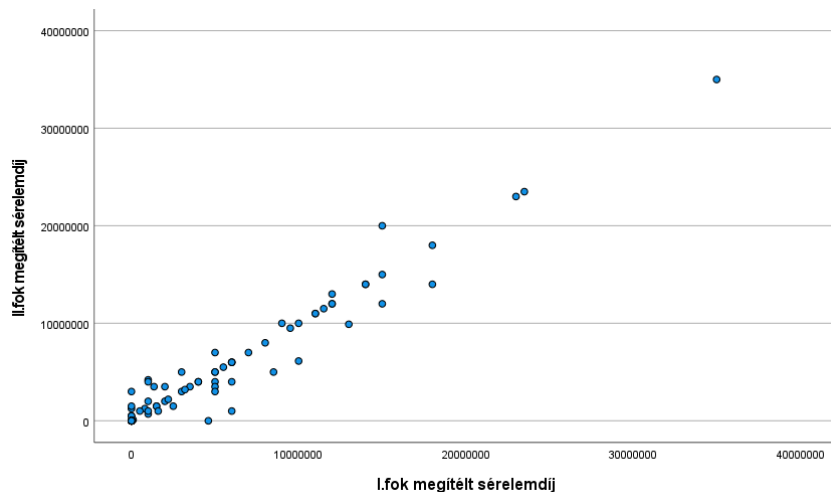
6. ábra Az I. és II. fokon megítelt vagyoni kártérítési összegek közötti kapcsolat (n= 37) (Forrás: saját szerkesztés)

Az elvégzett korrelációelemzés alapján megállapítható, hogy a II. fokon és a Kúrián megítelt kártérítési összegek között is szignifikáns ($p=0,001$) pozitív lineáris kapcsolat áll fenn. A korrelációs együttható ($r=0,952$) erős összefüggésre utal. A 7. ábra azt fejezi ki, hogy a viszonylag kisebb összegű kártérítéseknél áll fenn a két adatsor „együtt-mozgása”.



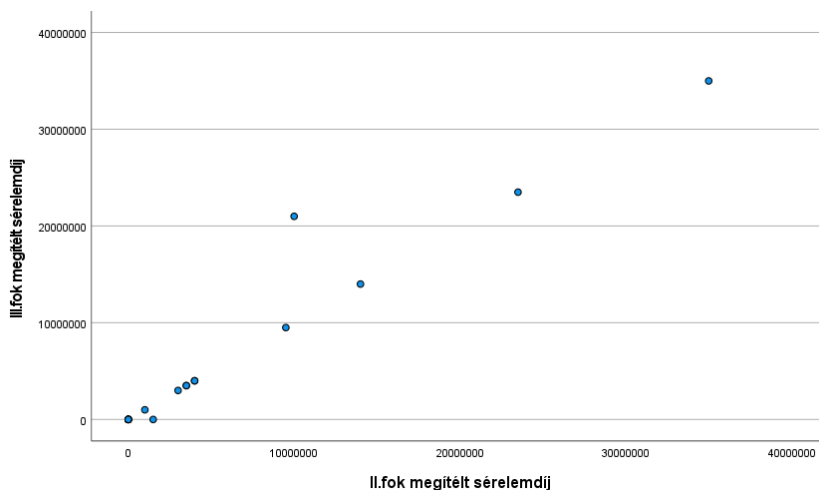
7. ábra A II. fokon és a Kúrián megítelt vagyoni kártérítési összegek közötti kapcsolat (Forrás: saját szerkesztés)

Az I. és II. fokon megítelt nem vagyoni kártérítés/**sérelemdíj** összegek között szintén szignifikáns ($p=0,001$) pozitív lineáris kapcsolat áll fenn. A korrelációs együttható ($r=0,973$) erős összefüggést mutat az adatok között, az I. fokon megítelt kisebb összegekhez alacsonyabb nem vagyoni kártérítés/sérelemdíjak kapcsolódnak II. fokon, majd az összegek növekedésével, a II. fokon megítelt nem vagyoni kártérítés/sérelemdíjak is emelkednek. Ezt támasztja alá a következő 8. ábra.



8. ábra Az I. és II. fokon megítelt nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj összegek közötti kapcsolat (n= 66)
(Forrás: saját szerkesztés)

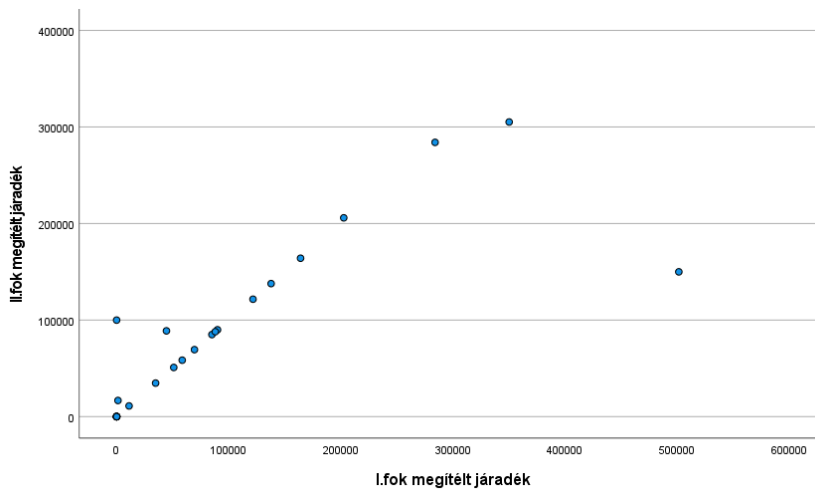
Az adatok alapján a II. fokon és Kúrián megítelt nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj összegek között is szignifikáns ($p=0,001$) pozitív lineáris kapcsolat áll fenn. A korreláció mértéke: $r=0,967$, ami erős összefüggésre utal. Itt is megfigyelhető, hogy a II. fokon megítelt kisebb összegekhez alacsonyabb nem vagyoni kártérítés/sérelemdíjak kapcsolódnak a Kúrián hozott döntésekben, majd a nem vagyoni kártérítés/sérelemdíjak növekedésével a Kúrián megítelt összegek is emelkednek. Ezt mutatja az alábbi 9. ábra.



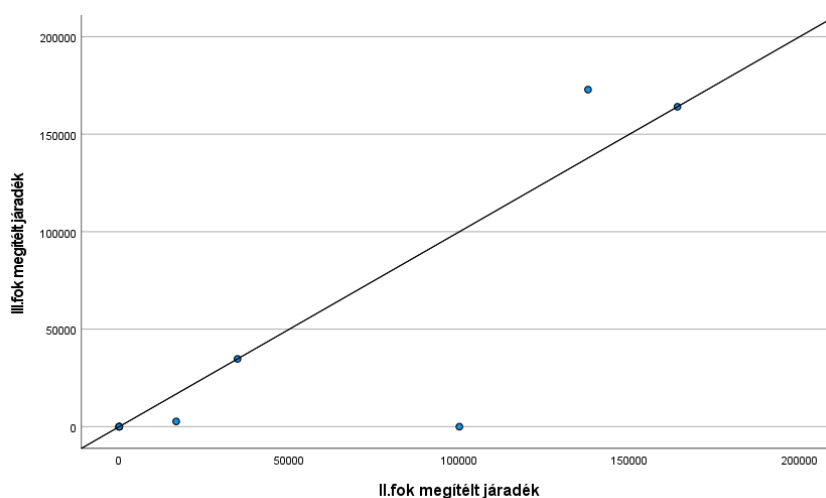
9. ábra A II. fokon és a Kúrián megítelt nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj összegek közötti kapcsolat (Forrás: saját szerkesztés)

Az eredmények alapján az I. és II. fokon megítelt **járadék** összegek között szignifikáns ($p=0,001$) pozitív lineáris kapcsolat áll fenn, A korreláció mértéke: $r=0,817$, ami erős összefüggést mutat. A két adathalmazra jól illeszkedik egy lineáris egyenes, amelytől eltérő értékek csak néhány esetben fordulnak elő. Ezt mutatja az alábbi 10. ábra.

Az eredmények alapján látható, hogy a II. fokon és a Kúrián megítélt járadék összegek között szignifikáns ($p=0,003$) pozitív lineáris kapcsolat áll fenn, a korreláció mértéke: $r=0,865$. A diagram szemléletesen mutatja, hogy a II. fokon megítélt összegek emelkedésével, a Kúrián megítélt járadékok nőnek. (11. ábra)



10. ábra Az I. és II. fokon megítélt járadék összegek közötti kapcsolat ($n=24$) (Forrás: saját szerkesztés)



11. ábra A II. fokon és a Kúrián megítélt járadék összegek közötti kapcsolat (Forrás: saját szerkesztés)

4.2.2.2. A nem vagyoni kártérítések/sérelemdíjak összességű alakulása az első- és másodfokú ítéelkezésben

A 2008–2010-es időszakban 28 ügy, míg a 2018–2020-as időszakban 44 ügy adatai kerültek bevonásra az elemzésbe (4. táblázat).

A leíró statisztikai mutatók alapján (4. táblázat) a megítélt nem vagyoni kártérítések számtani átlaga a 2008–2010-es időszakban 5 006 427 Ft volt, míg a 2018–2020-as időszakban a

sérelemdíjé 7 736 363 Ft. A medián értékek szintén emelkedést mutattak: a korábbi időszakban 3 350 000 Ft, az újabb időszakban 5 000 000 Ft volt a megítélt sérelemdíjak mediánja.

A szórás értéke a 2008–2010-es időszakban 4 327 680 Ft, a 2018–2020-as időszakban pedig 7 439 862 Ft volt. A megítélt összegek minimum–maximum tartománya a 2008–2010-es időszakban 700 000–15 000 000 Ft, míg a 2018–2020-as időszakban 100 000–35 000 000 Ft között alakult.

Az igényelt és a megítélt nem vagyoni kártérítés/sérelemdíjak arányának vizsgálata alapján mindkét időszakban eltérés mutatkozott az igényelt és a ténylegesen megítélt összegek között. A 2008–2010-es időszakban az elsőfokú eljárásokban az igényelt és megítélt összegek aránya jellemzően 100–375% között mozgott, míg a 2018–2020-as időszakban ez az arány 100–1500% közötti tartományban jelent meg. A másodfokú eljárásokban a korábbi időszakban az arány megközelítőleg 100% körül alakult, míg a 2018–2020-as időszakban 310–530% közötti értékek voltak azonosíthatók.

A perfokok közötti összehasonlítás során a 2008–2010-es időszakban a másodfokú eljárásokban az elsőfokon megítélt nem vagyoni kártérítés átlagosan 468 263 Ft-tal alacsonyabb összegben kerültek megállapításra. A 2018–2020-as időszakban ezzel szemben a másodfokú döntések átlagosan 77 143 Ft-tal magasabb összeget állapítottak meg az elsőfokú ítéletekhez képest.

A korrekciók szórása a 2008–2010-es időszakban 1 277 142 Ft, míg a 2018–2020-as időszakban 1 886 225 Ft volt. A másodfokú eljárásokban változatlan összegű döntés a 2008–2010-es időszakban 23 ügyből 13 esetben, a 2018–2020-as időszakban pedig 35 ügyből 20 esetben fordult elő.

4. táblázat A megítélt nem vagyoni kártérítés/sérelemdíjak leíró statisztikai mutatói a két vizsgált időszakban (2008–2010 és 2018–2020) (n= 113) (Forrás: saját szerkesztés)

Időszak	Megítélt összeg átlag	Megítélt összeg szórás	Megítélt összeg medián	Megítélt összeg (min. – max.)
2008–2010	5.006.427 Ft	4.327.680 Ft	3.350.000 Ft	700.000 – 15.000.000 Ft
2018–2020	7.736.363 Ft	7.439.862 Ft	5.000.000 Ft	100.000 – 35.000.000 Ft

4.2.2.3. Az igényelt és a megítélt nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj összegeinek arányváltozása a két vizsgált időszakban

Az igényelt és a megítélt nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj összegeinek összehasonlítása az első- és másodfokú eljárásokban hozott bírósági döntések alapján történt. Az elemzés elkülönítetten kezelte az egy felperesek által előterjesztett egyéni igényeket, valamint a több felperes közös fellépéséhez kapcsolódó sérelemdíj-igényeket (5. táblázat).

A 2008–2010-es időszakban az elsőfokú eljárásokban 40 esetben került sor egyéni nem vagyoni kártérítési-igény előterjesztésére. Ezen túlmenően 19 ügyben egyéni és közös kérelem együttesen, míg 44 ügyben kizárólag közös kérelem alapján történt igényérvényesítés. A másodfokú eljárásokban 19 esetben egyéni igény, további 19–19 esetben pedig egyéni és közös, illetve kizárólag közös kérelem képezte az eljárás tárgyát.

A 2018–2020-as időszakban az elsőfokú eljárásokban az igényérvényesítés szerkezete módosult. Összesen 85 ügyben egyetlen felperes által előterjesztett egyéni sérelemdíj-igény volt azonosítható, míg 40 ügyben több felperes együttes fellépése mellett egyéni és közös igények egyaránt megjelentek. A másodfokú eljárásokban 39 esetben egyéni igény, 40 esetben egyéni és közös igény együttesen, valamint 46 esetben kizárólag több felperes által közösen előterjesztett igény szerepelt.

Az elsőfokú eljárásokban egy felperes által előterjesztett igények esetében az igényelt összegek tartománya a 2008–2010-es időszakban 1–14 millió Ft között alakult, míg a 2018–2020-as időszakban 0,1–87 millió Ft-ra bővült. A másodfokú eljárásokban ugyanezen igények esetében az igényelt összegek tartománya 1–5 millió Ft-ról 0,5–16 millió Ft-ra változott.

Az elsőfokon megítélt összegek egyéni igények esetében 2008–2010 között 0,8–5 millió Ft, míg 2018–2020 között 0,1–15 millió Ft között alakultak. A másodfokú eljárásokban a megítélt összegek tartománya 0,7–5 millió Ft-ról 3–5 millió Ft-ra módosult.

Az igényelt és a megítélt összegek arányának vizsgálata alapján az elsőfokú eljárásokban az egyéni igények esetében a 2008–2010-es időszakban az igényelt és megítélt összegek aránya jellemzően 100–375% közötti tartományban mozgott, míg a 2018–2020-as időszakban ez az arány 100–1500% közé tolódott. A másodfokú eljárásokban az arány a korábbi időszakban 100% körül alakult, míg az újabb időszakban 310–530% közötti értékeket mutatott.

A vizsgálat eredményei szerint a 2008–2010-es időszakban az elsőfokú eljárásokban több olyan ügy is azonosítható volt, amelyben több felperes -egymás mellett- nyújtott be kereseti követelést. Ezekben az ügyekben az elsőfokú bíróságok a közös kérelmek alapján 0,5 millió forinttól 18 millió forintig terjedő összegű nem vagyoni kártérítést ítélték meg. A másodfokú döntésekben a megítélt nem vagyoni kártérítésösszege 1 és 14 millió forint között alakult.

A 2018–2020-as időszakban -amikor több felperes nyújtott be egymás mellett kereseti követelést- az elsőfokú bíróságok 5 és 35 millió forint közötti **sérelemdíj**-összegeket állapítottak meg. Ugyanezen időszakban a másodfokú bíróságok 0,5 és 35 millió forint közötti összegeket ítélték meg.

Az igényelt és megítélt nem vagyoni kártérítésarányának vizsgálata alapján a 2008–2010-es időszakban különbség volt megfigyelhető az első- és másodfokú eljárások eredményei között: az elsőfokú döntésekben az igényelt és megítélt összegek viszonya kedvezőbb tartományban mozgott, mint a másodfokú eljárásokban. A 2018–2020-as időszak másodfokú eljárásaiban olyan szélsőérték is azonosítható volt, amelyben a rendkívül magas, 87 millió forint összegű sérelemdíj-igénnyel szemben a bíróság 0,5 millió forint megfizetéséről döntött. Az ilyen esetek érdemben befolyásolták az igényelt és megítélt összegek közötti arányokat.

5. táblázat A nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj igényelt és megítélt összegeinek alakulása egyéni, valamint egyéni és közös igényérvényesítés esetén (2008–2010; 2018–2020) (n= 113) (Forrás: saját szerkesztés)

Fok	Igényérvényesítés jellege	Vizsgált elem	2008–2010	2018–2020
I. fok	Egyéni kérelem	Igényelt összeg (tartomány)	1–14 millió Ft	0,1–87 millió Ft
		Megítélt összeg (tartomány)	0,8–5 millió Ft	0,1–15 millió Ft
II. fok	Egyéni kérelem	Megítélt összeg (tartomány)	0,7–5 millió Ft	3–5 millió Ft
I. fok	Több felperes követelése	Igényelt összeg (tartomány)	3–20 millió Ft	2–49 millió Ft
		Megítélt összeg (tartomány)	0,5–18 millió Ft	5–35 millió Ft
II. fok	Több felperes követelése	Megítélt összeg (tartomány)	1–14 millió Ft	0,5–35 millió Ft

4.2.2.4. A nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj reálértékének alakulása a minimálbérhez viszonyítva

Az egy felperes által előterjesztett nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj-igények esetében az elsőfokú ítéletekben a megítélt összegek minimálbérhez viszonyított értéke a két vizsgált időszak között emelkedést mutatott. Míg a 2008–2010-es időszakban az elsőfokon megítélt nem vagyoni kártérítés reálértéke jellemzően 11–70 havi minimálbérenek felelt meg, addig a 2018–2020-as időszakban ez a tartomány 0,7–105 havi minimálbérré bővült. A felső érték növekedése a minimálbérhez viszonyított kompenzáció erősödését jelzi az elsőfokú döntésekben (6. táblázat).

A másodfokú eljárásokban ezzel szemben a reálérték alakulása eltérő képet mutatott. A 2008–2010-es időszakban a másodfokon megítélt nem vagyoni kártérítés jellemzően 10–70 havi minimálbérenek megfelelő értéket képviseltek, míg a 2018–2020-as időszakban a megítélt

összegek 21–35 havi minimálbér közé estek. Ez a változás a reálérték csökkenését mutatja a másodfokú döntések esetében (6. táblázat).

6. táblázat Az egy felperes által előterjesztett nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj megítélt összegeinek nominális és minimálbérhez viszonyított alakulása perfokok szerint (2008–2010; 2018–2020) (n= 113) (Forrás: saját szerkesztés)

Időszak	Fok	Megítélt összeg egy felperes követelése alapján (Ft)	Havi minimálbérenek megfelelő érték*	Átlagos havi minimálbér MB-mutató 1 mFt-ra vonatkozóan
2008–2010	I. fok	0.8 –5 millió Ft	≈ 11 – 70 havi minimálbér	71 333 Ft
	II. fok	0.7 –5 millió Ft	≈ 10 – 70 havi minimálbér	14 havi minimálbér
2018–2020	I. fok	0.1 – 15 millió Ft	≈ 0.7 – 105 havi minimálbér	149 333 Ft
	II. fok	3 – 5 millió Ft	≈ 21 – 35 havi minimálbér	7 havi minimálbér

A több felperes által közösen előterjesztett nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj-igények esetében mindkét időszakban szélesebb reálérték-tartomány volt megfigyelhető (7. táblázat). A 2008–2010-es időszakban az elsőfokon megítélt összegek 7–252 havi minimálbérenek feleltek meg, míg a 2018–2020-as időszakban 35–245 havi minimálbér közötti értékek jelentek meg. A másodfokú eljárásokban a korábbi időszakban 14–196 havi minimálbérenek megfelelő összegek voltak jellemzőek, míg az újabb időszakban a reálérték-tartomány 0,7–245 havi minimálbére terjedt ki.

7. táblázat Több felperes által előterjesztett nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj megítélt összegeinek nominális és minimálbérhez viszonyított alakulása perfokok szerint (2008–2010; 2018–2020) (n= 113) (Forrás: saját szerkesztés)

Időszak	Fok	Megítélt összeg (Ft)	Havi minimálbérenek megfelelő érték	Átlagos havi minimálbér MB-mutató 1 mFt-ra vonatkozóan
2008–2010	I. fok	0.5 – 18 millió Ft	≈ 7 – 252 havi minimálbér	71 333 Ft
	II. fok	1 – 14 millió Ft	≈ 14 – 196 havi minimálbér	14 havi minimálbér
2018–2020	I. fok	5 – 35 millió Ft	≈ 35 – 245 havi minimálbér	149 333 Ft
	II. fok	0.1 – 35 millió Ft	≈ 0.7 – 245 havi minimálbér	7 havi minimálbér

4.2.3. K3 kutatási kérdés vizsgálata

4.2.3.1. *A jogi-szakmai szempontok (jogi ügy típusa, kezdéstől az ítéletig eltelt idő különbsége, jogsértéstől annak felismeréséig eltelt idő különbsége, ítélet típusa, társult jogsértés) hogyan befolyásolják az I., II. fokon és Kúrián megítélt vagyoni kártérítés, nem vagyoni kártérítés/ sérelemdíj és járadék összegét?*

A jogi-szakmai szempontok közül az ügy típusát, a kezdéstől az ítéletig eltelt időt, jogsértéstől annak felismeréséig eltelt időt, az ítélet típusát és a társult jogsértés hatásának vizsgálata történt meg.

Az ügytípusok megoszlása alapján megállapítható volt, hogy a vizsgált esetek döntő többsége összetett igényérvényesítési struktúrát mutatott. Az ügyek 62,7%-ában a felperesek egyidejűleg személyiségi jogsértésre és kártérítésre alapították keresetüket. Kizárólag személyiségi jogsértés jogcímén az ügyek 34,7%-a, míg kizárólag kártérítési igénnyel mindössze 2,6% indult.

Varianciaelemzést alkalmaztunk a jogi ügy három kategóriája alapján képzett csoportátlagok összehasonlítására, külön a vagyoni kártérítés, a nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj és a járadék összegéhez és külön a három ítélkezési szintre vonatkozóan. A varianciaelemzés függő változója a megítélt összeg és független változó az ügyek jogi minősítése (személyiségi jogsértés, vagyoni kártérítés és mindkettő).

Az elvégzett varianciaelemzés rávilágított arra, hogy a **jogi ügy kategóriákra számított vagyoni kártérítések átlagos összegei között** nincsen szignifikáns különbség. I. fokon, a „Mindkettő” típusú ügy esetén magasabb a kártérítés összege (átlag=2.581.217) a személyiségi jogsértéshez (átlag=1.152.634) képest. Azonban a jogi ügy csoportátlagai közötti eltérés nem szignifikáns ($p=0,711$). Hasonló eredményre jutottunk a II. fokú ítéleteknél is ($p=0,598$). A Kúrián csak a „mindkettő” kategóriában ítélték 0 Ft-tól eltérő kártérítést. Az eredményeket a 8. táblázat szemlélteti.

8. táblázat Varianciaelemzés: A jogi ügy típusa és az I., II. és Kúrián megítélt vagyoni kártérítés kapcsolata (Forrás: saját szerkesztés)

Jogi ügy kategóriája	Megítélt kártérítés átlaga (Ft)		
	I. fok	II. fok	Kúria
Személyiségi jogsértés	1.152.634	2.060.841	0
Kártérítés	0	0	0
Mindkettő	2.581.217	4.007.955	1.823.266
F érték	0,343	0,282	x
p	0,711	0,598	x

További varianciaelemzést futtattunk le a nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj csoportátlagainak vizsgálatára, ami nem eredményezett szignifikáns különbséget a három jogi ügy típushoz tartozó nem vagyoni kártérítés/ átlagos összegében. A „mindkettő” típusú ügyekben a nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj átlagos összege magasabb mindegyik ítélkezési szinten (I. fokon 3.468.085, II. fokon 5.318.304, Kúrián 3.913.793), a személyiségi jogsértéshez (I. fokon 3.260.416, II. fokon 4.736.538, Kúrián 300.000), és a kártérítéshez (I. fokon 1.333.333, II. fokon 4.000.000, Kúrián 1.333.333) viszonyítva. Azonban a kategória-átlagok közötti eltérés nem szignifikáns ($p=0,813$, $p=0,918$, $p=0,259$). Az eredményeket a 9. táblázat szemlélteti.

9. táblázat Varianciaelemzés: A jogi ügy típusa és az I., II. és Kúrián megítélt nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj kapcsolata (Forrás: saját szerkesztés)

Jogi ügy kategóriája	Megítélt nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj átlaga (Ft)		
	I. fok	II. fok	Kúria
Személyiségi jogsértés	3.260.416	4.736.538	300.000
Kártérítés	1.333.333	4.000.000	1.333.333
Mindkettő	3.468.085	5.318.304	3.913.793
F érték	0,207	0,085	1,393
p	0,813	0,918	0,259

A megítélt **járadék** esetében is a „Mindkettő” típusú ügyeknél (pl. I. fokon az átlag=64.180) magasabb a járadék átlagos összege, a személyiségi jogsértéshez (pl. I. fokon az átlag=17.000) képest. Azonban a jogi ügy minősítése alapján számított járadékok átlagos összegében nincsen szignifikáns különbség a három ítélkezési szinten ($p=0,365$, $p=0,151$, $p=0,410$). Az eredményeket a 10. táblázat szemlélteti.

10. táblázat Varianciaelemzés: A jogi ügy típusa és az I., II. és Kúrián megítélt járadék kapcsolata (Forrás: saját szerkesztés)

Jogi ügy kategóriája	Megítélt járadék átlaga (Ft)		
	I. fok	II. fok	Kúria
Személyiségi jogsértés	17.000	21.250	0
Kártérítés	0	0	0
Mindkettő	64.180	89.872	20.803
F érték	0,839	2,206	0,708
p	0,365	0,151	0,410

A másik jogi-szakmai szempont **a kezdéstől az ítéletig eltelt idő**. Felmerül a kérdés: az ítélkezési idő hossza, illetve annak változása összefüggést mutat-e a megítélt kártérítés, nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj és járadék összegének alakulásával? Transzformációval új változó létrehozása történt, ami megadja a kezdéstől az ítéletig eltelt időt. Majd korreláció-számítást használtunk a két folytonos változó, a kezdéstől az ítéletig eltelt átlagos idő és a megítélt összeg közötti összefüggés vizsgálatához.

Első fokon a kezdéstől az ítéletig eltelt idő átlaga 2,57 év, II. fokon félévnél kisebb időtartamot (0,45 év) kaptunk. A korrelációelemzés alapján a kezdéstől az ítéletig eltelt idő és a megítélt **kártérítés** összege között nincsen szignifikáns lineáris kapcsolat, I. ($p=0,132$) és II. ($p=0,814$) fokon. Ezt úgy értelmezhetjük, hogy az ítélkezési idő hossza, illetve annak változása nem mozog együtt a megítélt kártérítés összegének alakulásával. Az eredményeket a 11. táblázat szemlélteti.

11. táblázat Korreláció az I., II. fokon megítélt vagyoni kártérítési összegek és a kezdéstől az ítéletig eltelt idő között (Forrás: saját szerkesztés)

Változók: Megítélt kártérítés (Ft)	r	p*	Eset
Kezdéstől az ítéletig eltelt idő, I. fok	0,167	0,132	83
Kezdéstől az ítéletig eltelt idő, II. fok	-0,035	0,814	48

* szignifikancia szint $p < 0,05$

Hasonló eredményt kaptunk a megítélt nem vagyoni kártérítés/**sérelemdíj** összegére vonatkozóan. A korrelációelemzés megtörtént és a kezdéstől az ítéletig eltelt idő, illetve az I. és II. fokon megítélt nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj összege között nem eredményezett szignifikáns lineáris összefüggést ($p=0,958$; $p=0,749$). Ez azt jelenti, hogy a megítélt nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj összege, annak változása nem az ítélezési idő hossza, illetve annak változása nem mozog együtt. Az eredményeket a 12. táblázat szemlélteti.

12. táblázat Korreláció az I., II. fokon megítélt nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj és a kezdéstől az ítéletig eltelt idő között (Forrás: saját szerkesztés)

Változók: Megítélt sérelemdíj (Ft)	r	p*	Eset
Kezdéstől az ítéletig eltelt idő, I. fok	0,005	0,958	138
Kezdéstől az ítéletig eltelt idő, II. fok	-0,035	0,749	86

* szignifikancia szint $p < 0,05$

A korrelációelemzés **a járadék** tekintetében sem adott lineáris összefüggést. Az eredmények igazolják, hogy a kezdéstől az ítéletig eltelt idő és a megítélt járadék összege között nincsen lineáris összefüggés, I. ($p=0,266$) és II. ($p=0,738$) fokon. Ez úgy értelmezhető, hogy az ítélezési idő hossza, illetve annak változása nem jár együtt a megítélt járadék összegének változásával. Az eredményeket a 13. táblázat szemlélteti.

13. táblázat Korreláció az I., II. fokon megítélt járadék és a kezdéstől az ítéletig eltelt idő között (Forrás: saját szerkesztés)

Változók: Megítélt járadék (Ft)	r	p*	Eset
Kezdéstől az ítéletig eltelt idő, I. fok	0,190	0,266	36
Kezdéstől az ítéletig eltelt idő, II. fok	0,069	0,738	26

* szignifikancia szint $p < 0,05$

További jogi-szakmai szempont a **jogsértéstől a kár bekövetkezéséig** eltelt idő. Transzformációval újabb változó jött létre, ami megadja a jogsértéstől annak felismeréséig eltelt időt. Majd korreláció-számítással meghatározásra került a jogsértéstől annak felismeréséig eltelt átlagos idő és a megítélt összeg közötti összefüggés. A jogsértés és annak felismeréséig eltelt idő különbsége 0,32 év, a szórás mértéke 0,874.

A leghosszabb időtartam 8 év, a legrövidebb idő (0 év) pedig az adott éven belüli időt jelöli. A jogsértés és annak felismeréséig eltelt időtartam az átlagnál hosszabb a 2018-2020-as időperiódusban (0,42 év), a kártérítési ügyeknél (1,20 év) és a szakterületet illetően az egyéb, belgyógyászati és radiológiai (0,51 év) beavatkozásoknál, továbbá az alapellátásban (1,83) és a fogászatban (0,60).

A jogsértéstől annak felismeréséig eltelt idő különbsége és az I. fokon megítélt nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj, kártérítés, illetve járadék összegek között nem állapítható meg szignifikáns lineáris kapcsolat a korrelációelemzés alapján ($p=0,423$, $p=0,236$, $p=0,504$). Ez azt jelenti, hogy a jogsértés és annak felismeréséig eltelt időtartam, illetve annak változása nem jár együtt az I. fokon megítélt kártérítés, nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj, illetve járadék összegének változásával. Az eredményeket a 14. táblázat szemlélteti.

14. táblázat Korreláció az I. fokon megítélt kártérítés, nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj, járadék és a jogsértéstől a kár bekövetkezéséig eltelt idő között (Forrás: saját szerkesztés)

Változók: Jogsértéstől a kár bekövetkezéséig eltelt idő.	r	p*	Eset
Kártérítés	-0,131	0,236	84
Nem vagyoni kártérítés/Sérelemdíj	-0,068	0,423	141
Járadék	-0,109	0,504	40

* szignifikancia szint $p<0,05$

A jogsértéstől annak felismeréséig eltelt idő különbsége és a II. fokon megítélt nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj, kártérítés, illetve járadék összegek között nincs szignifikáns lineáris kapcsolat a korrelációelemzés alapján ($p=0,431$, $p=0,207$, $p=0,656$). Ezt úgy értelmezhetjük, hogy a jogsértés és annak felismeréséig eltelt időtartam, illetve annak változása nem jár együtt a II. fokon megítélt kártérítés, nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj, illetve járadék összegének változásával. Az eredményeket a 15. táblázat szemlélteti.

15. táblázat Korreláció a II. fokon megítélt kártérítés, nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj, járadék és a jogsértéstől a kár bekövetkezéséig eltelt idő között (Forrás: saját szerkesztés)

Változók: Jogsértéstől a kár bekövetkezéséig eltelt idő.	r	p*	Eset
Kártérítés	-0,186	0,207	48
Nem vagyoni kártérítés/Sérelemdíj	-0,086	0,431	86
Járadék	-0,092	0,656	26

* szignifikancia szint $p<0,05$

A jogi-szakmai szempontok esetén az **ítéletek típusának** a vizsgálata is megtörtént. Az adatgyűjtés során az ítéletek besorolása több kategóriába történt: az I. fokon hozott ítéletek 7 különböző ítéletkategóriába sorolhatók, a II. fokon hozott ítéletek pedig 9 csoportba oszthatók be, a Kúrián hozott ítéletek 5 ítéletkategóriát alkotnak. Varianciaelemzést alkalmaztunk az íté-

letek különböző kategóriához tartozó kártérítési, nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj, illetve járadék összegek különbségeinek meghatározására, a három ítélezési fokon. A varianciaelemzés függő változója a megítélt összeg és független változó az ítélet típusa volt.

Az eredmények szerint az I. fokú ítéletek típusa alapján szignifikáns különbség van a megítélt kártérítés ($p=0,001$), a nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj ($p=0,001$), illetve a járadék ($p=0,001$) összegében. Mindhárom megítélt összegnél a „keresetnek helyt adó” ítéletek esetében legmagasabb az átlagos érték (13.255.526 Ft, 10.046.666 Ft, és 184.817 Ft). Az ítéletek típusának hatása a nem vagyoni kártérítés/sérelemdíjnál a legmagasabb ($\text{Eta}^2=40,2\%$), majd ezt követi a járadék ($\text{Eta}^2=39,5\%$) és végül a kártérítés ($\text{Eta}^2=37,9\%$). Megállapítható, hogy az 5 különböző ítélet lényegesen eltérő nem vagyoni kártérítés/sérelemdíjat eredményezett, és a nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj átlagos értékének ingadozását 40,2 %-os mértékben magyarázza az ítélet típusa.

A II. fokon hozott ítéleteknél, az egyes ítélet típusok között szignifikáns különbség van a nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj átlagos összegében ($p=0,009$). Ezzel szemben a kártérítés ($p=0,682$) és a járadék ($p=0,592$) összegére nincsen szignifikáns hatással az ítélet. A „*megváltoztat a felperes javára, újabb határozathozatalra utasítja az I. fokot*” ítéletek esetében legmagasabb a nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj átlagos értéke (18.250.000 Ft), majd ezt követi a „*megváltoztat a felperes javára*” (6.504.166 Ft) ítélet. Az egyes ítélet típusoknak a nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj összegére gyakorolt hatását az Eta^2 fejezi ki, melynek értéke 15,2 %. Ez azt jelenti, az 5 különböző ítélet lényegesen eltérő nem vagyoni kártérítés/sérelemdíjat eredményezett és a nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj átlagos értékének ingadozását 15,2 %-os mértékben magyarázza az ítélet típusa.

A kúriai ítéletek típusa is hatással van a megítélt összegekre, a Kúrián hozott ítéletek típusai szignifikánsan különböző kártérítés ($p=0,001$), nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj ($p=0,001$), illetve járadék ($p=0,001$) összegeket eredményeztek. A nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj és a járadék összegénél a „*jogerős határozatot egészben vagy részben hatályon kívül helyezi és új határozatot hoz*” ítéletek esetében legmagasabb az érték, egy-egy ügyben (35.000.000 Ft és 172.887 Ft). Kártérítésnél a „*felperes javára megváltoztat*” ítélet hozott nagyobb értéket (18.629.850 Ft). Az ítéletek típusának magyarázó ereje a járadéknál a legmagasabb ($\text{Eta}^2=97,8\%$), majd ezt követi a kártérítés ($\text{Eta}^2=81,5\%$) és végül a nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj ($\text{Eta}^2=64,5\%$). Az 5 különböző ítélet lényegesen eltérő járadékot eredményezett, és a járadék átlagos értékének ingadozását 97,8 %-os mértékben magyarázza az ítélet típusa. (16. táblázat)

16. táblázat Az ítélet típusokhoz kapcsolódó legmagasabb átlagos megítélt összegek bírósági fokokként (N=193) (Forrás: saját szerkesztés)

Bírósági fok	Ítélet típus	Vagyoni kártérítés	Nem vagyoni kártérítés/Sérelemdíj	Járadék
I. fok	Keresetnek helyt adó	13 255 526 Ft	10 046 666 Ft	184 817 Ft
II. fok	Megváltoztatja a felperes javára, I. fokot új eljárásra utasítja	–	18 250 000 Ft	–
II. fok	Megváltoztatja a felperes javára	–	6 504 166 Ft	–
Kúria	Jogerős határozatot hatályon kívül helyezi és új határozatot hoz	–	35 000 000 Ft *	172 887 Ft *
Kúria	Felperes javára megváltoztatja	18 629 850 Ft	–	–

A két vizsgált időszak összehasonlítása alapján a teljes elutasítással, azaz „0 Ft” összegű nem vagyoni kártérítéssel/sérelemdíj nélkül záruló ítéletek száma és aránya csökkenést mutatott. A 2008–2010-es időszakban összesen 56 olyan döntés született, amelyben a bíróság nem ítelt meg nem vagyoni kártérítést: ezek közül 44 elsőfokon, 12 pedig másodfokon zárult teljes elutasítással.

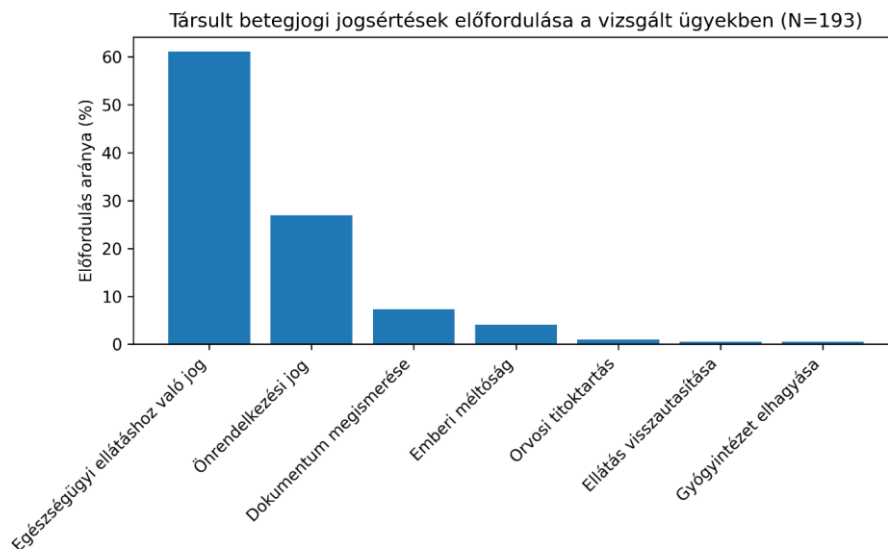
Ezzel szemben a 2018–2020-as időszakban az elsőfokú eljárásokban 33, a másodfokú eljárásokban pedig 11 olyan ítélet volt azonosítható, amelyben a bíróság nem állapított meg sérelemdíjat. Az adatok alapján mind abszolút számukat, mind arányukat tekintve csökkent azoknak az ügyeknek a köre, amelyek teljes egészében elutasítással zárultak, különösen az elsőfokú eljárásokban.

Az adatgyűjtés során a **társult betegjogsértések** mérésére az alábbi kategóriákat alkalmaztuk: nem volt, az egészségügyi ellátáshoz való jog, az emberi méltósághoz való jog, az önrendelkezéshez való jog, az ellátás visszautasításának joga, az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga, az orvosi titoktartáshoz való jog, valamint az intézmény elhagyásának joga.

Az összesítés alapján az egészségügyi ellátáshoz való jog sérelme bizonyult a leggyakoribb társult jogsértésnek: 118 esetben jelent meg, ami az összes vizsgált ügy 61,1%-át tette ki. Ezt követte az önrendelkezési jog sérelme, amely 52 esetben fordult elő (26,9%). A dokumentumok megismeréséhez való jog sérelme 14 esetben (7,3%), az emberi méltóság sérelme 8 esetben (4,1%) jelent meg. Az orvosi titoktartás megsértése (2 eset; 1,0%), valamint az ellátás

visszautasításához való jog és a gyógyintézet elhagyásához való jog sérelme (1–1 eset; 0,5%) csak elszórtan fordult elő. (12. ábra)

Az adatok értelmezése során figyelembe kellett venni, hogy egy ügyben több társult jogsértés is megjelenhetett, ezért az egyes jogtípusokra számított arányok nem kizárólagosak, és nem adódnak össze 100%-ra.



12. ábra A tájékoztatási kötelezettség megsértéséhez társuló betegjogi jogsértések előfordulási aránya (%) a vizsgált ügyekben (Forrás: saját szerkesztés)

Az adatok mélyebb elemzése érdekében skálatranszformációval két új változót hoztunk létre. A „társult jogsértés összesen” változó azt mutatja meg, hogy egy adott ügyben hány betegjogsértés fordult elő (egy, kettő vagy három), míg a „társult jogsértés kategória összes” változó azokat a betegjogsértési formákat rögzíti, amelyek egy, kettő, illetve három jogsértés együttes fennállása esetén jelentek meg.

Az elemzés alapján egy társult jogsértés volt a leggyakoribb, összesen 103 esetben, elsősorban a személyiségi jogi és vagyoni kártérítési igényt együttesen tartalmazó („mindkettő”) ügyekben. Két társult jogsértés 42 ügyben fordult elő, szintén döntően ebben az ügytípusban. Három betegjogsértést tartalmazó ügy mindössze három esetben jelent meg. Társult jogsértés nélküli ügy összesen 41 esetben volt azonosítható.

A társult jogsértések szám szerinti megoszlását és azok ügytípusonkénti eloszlását a 17. táblázat szemlélteti.

17. táblázat Társult betegjogsértések száma ügytípusonként (Forrás: saját szerkesztés)

Társult jogsértések száma	Személyiségi jogsértés (db)	Kártérítés (db)	Mindkettő (db)	Összesen (db)
Nincs társult jogsértés	16	0	25	41
1 társult jogsértés	38	5	60	103
2 társult jogsértés	9	0	33	42
3 társult jogsértés	3	0	0	3
Összesen	66	5	118	189

A **társult jogsértés** legnagyobb számban (77) az egészségügyi ellátáshoz való joggal való összefüggésben fordult elő, elsősorban a „mindkettő” típusú ügyeknél (50) és a személyi jogsértéseknél (23). Az egészségügyi ellátáshoz való jog és az önrendelkezéshez való jog sérelme együtt is több esetet számlál (30).

Arra is választ kerestünk, hogy a **társult jogsértések száma** alapján milyen különbségek vannak a megítélt sérelemdíj, vagyoni kártérítés, illetve járadék összegek között, mindhárom bírósági fokon. Ennek vizsgálatára varianciaelemzést használtunk, melynél függő változó a megítélt sérelemdíj, vagyoni kártérítés és járadék átlagos összege, független változó a társult jogsértések számának 4 kategóriája (nincs, 1, 2, illetve 3 társult jogsértés). A varianciaelemzés alapján a társult jogsértések száma és az I. fokon megítélt sérelemdíj, vagyoni kártérítés és járadék összegek között nem kaptunk szignifikáns kapcsolatot ($p=0,873$, $p=0,462$, $p=0,533$).

Kiemelt vizsgálati kérdés, hogy a **társult jogsértések formái** alapján hogyan alakulnak az I. fokon megítélt kártérítések, nem vagyoni kártérítés/sérelemdíjak és járadékok összege. A kis számban előforduló eseteket összevontuk az egyéb kategóriába, így végül 5 csoportba kerültek a betegjog-sértések. A varianciaelemzés eredményei alapján a társult jogsértések 5 típusa nem hozott szignifikáns különbségeket a megítélt kártérítés ($p=0,318$), a nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj ($p=0,316$), illetve a járadék ($p=0,329$) összegében.

A társult jogsértés és a II. fokon megítélt nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj, vagyoni kártérítés és járadék összegek között sem kaptunk szignifikáns kapcsolatot a varianciaelemzés alapján ($p=0,471$, $p=0,388$, $p=0,741$). Érdekes eredmény, hogy a viszonylag kis esetszámú kategóriákban van jelentős eltérés a többi kategória átlagos összegéhez képest. Például az önrendelkezéshez való jog, mint betegjog-sértés esetében a legmagasabb a megítélt kártérítés (7.588.172 Ft), illetve a nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj (7.233.333 Ft) átlagos összege.

A varianciaelemzés alapján a társult jogsértések 5 csoportjában nincsenek szignifikáns különbségek a Kúrián megítélt nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj ($p=0,668$), vagyoni kártérítés

($p=0,622$) és járadék ($p=0,833$) összegek között. Említést érdemel, hogy a viszonylag kis esetet számláló betegjog megsértése esetén (önrendelkezéshez való jog) kaptuk a legnagyobb értéket a megítélt vagyoni kártérítés (3.725.970 Ft), illetve a nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj (4.200.000 Ft) tekintetében.

Az összefoglaló eredmények alábbi 18. táblázatban találhatóak.

18. táblázat Társult jogsértések és az átlagosan megítélt összegek bírósági fokokként (Ft) (Forrás: saját szerkesztés) (N= 189) (Forrás: saját szerkesztés)

Bírósági fok	Jogkövetkezmény	Csoportátlag	Önrendelkezési jog sérelme
I. fok	Járadék	58 426 Ft	80 738 Ft
II. fok	Vagyoni kártérítés	3 542 875 Ft	7 588 172 Ft
	Nem vagyoni kártérítés/Sérelemdíj	5 070 594 Ft	7 233 333 Ft
Kúria	Vagyoni kártérítés	1 367 449 Ft	3 725 970 Ft
	Nem vagyoni kártérítés/Sérelemdíj	2 652 173 Ft	4 200 000 Ft

4.2.4. K4 kutatási kérdés vizsgálata

4.2.4.1. *Az orvosi-szakmai szempontok (szakterület típusa, ellátási szint) hogyan befolyásolják az I., II. fokon és a Kúrián megítélt vagyoni kártérítés, nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj és járadék összegét?*

Az orvosi-szakmai szempontok közül a **szakterületet** és az **ellátási szint** statisztikai alapú vizsgálata történt meg.

A szakterületi bontás alapján a legnagyobb arányban szülészeti–nőgyógyászati ellátáshoz kapcsolódó ügyek szerepeltek az adatbázisban (30,4%). Ezt követte a traumatológia–ortopédia (14,1%), majd több, jellemzően invazív beavatkozásokkal járó sebészeti szakterület, így az általános sebészet, a plasztikai sebészet, a fogászati–szájsebészeti ellátás, valamint az idegsebészet. A diagnosztikus vagy konzervatív jellegű szakterületek – például a radiológia vagy a belgyógyászat–kardiológia – az adatbázisban csak elszórtan jelentek meg. A hiányzó szakterületi adatok aránya alacsony volt (1,0%), amely nem befolyásolta érdemben az összképet.

A szakterületek méréséhez eredetileg 11 kategória alkalmazása történt, azonban a kis elemszámú esetek összevonásával 5 kategória létrehozatala történt meg: 1. Szülészeti–nőgyógyászat, 2. Traumatológia–ortopédia és idegsebészet, 3. Egyéb szakterületek

(belgyógyászat és radiológia), 4. Plasztikai sebészet; fog-és szájsebészet, 5. Általános sebészet, urológia és fül-orr-gégészet (FOG)

Varianciaelemzést alkalmaztunk az I., a II. fokon és a Kúrián megítélt vagyoni kártérítés, nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj és járadék összegek összehasonlítása céljából, a szakterületi kategóriák alapján képzett csoportokban. A varianciaelemzés függő változója az I., a II. fokon és a Kúrián megítélt vagyoni kártérítés, nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj és járadék összege, független változó az 5 szakterületi kategória.

A varianciaelemzés eredményei alapján a szakterületi csoportátlagok között nincsen szignifikáns különbség az I. ($p=0,210$), a II. fokon ($p=0,206$) és a Kúrián ($p=0,275$) megítélt **vagyoni kártérítés** összegében. Nincs statisztikailag szignifikáns eltérés a szakterületi kártérítés átlagok között, azonban előfordulnak különbségek. A trauma-ortopédia és idegsebészetben (4.237.640 Ft) I. fokon megítélt kártérítések magasabb összegűek a másik 4 szakterülettel összehasonlítva. Hasonló eredményt kaptunk II. fokon is, amihez még hozzájárul a szülészet-nőgyógyászatban megállapított kártérítések (6.088.931 Ft). A Kúriai döntésekben pedig a szülészet-nőgyógyászatban kaptunk (3.728.039 Ft) viszonylag nagy átlagos kártérítést.

A varianciaelemzés eredményei alapján a szakterületek típusa nem eredményezett szignifikáns különbséget az I. ($p=0,259$), a II. fokon ($p=0,445$) és a Kúrián ($p=0,234$) megítélt nem vagyoni kártérítés/**sérelemdíj** összegében. Nincs statisztikailag szignifikáns eltérés a szakterületi nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj csoportátlagok között, azonban előfordulnak különbségek. Az I. fokon megítélt nem vagyoni kártérítés/sérelemdíjak között a szülészet-nőgyógyászatban (4.475.675 Ft) jelent meg a legmagasabb átlagos összeg. Hasonló eredmény született II. fokon is, amihez még hozzájárul az általános sebészet, urológia és fül-orr-gégészet (FOG) szakterületen megállapított nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj (6.240.000 Ft). A kúriai döntésekben pedig a szülészet-nőgyógyászatban kaptunk (6.300.000 Ft) nagyobb összegű nem vagyoni kártérítés/sérelemdíjat, a többi szakterületi összeggel összevetve.

A kártérítéshez és a nem vagyoni kártérítéshez/sérelemdíjhoz hasonlóan, a varianciaelemzés nem adott szignifikáns különbséget a szakterületi típusok csoportátlagai között a járadék összegek tekintetében. A szignifikancia vizsgálat eredménye: I. fokon $p=0,709$, II. fokon $p=0,416$, és a Kúrián $p=0,214$. Nincs statisztikailag szignifikáns eltérés a szakterületi járadék átlagok között, azonban előfordulnak különbségek a szakterületi csoportátlagok összehasonlítása során. A viszonylag nagyobb esetszámmal rendelkező szakterületeken, a trauma-ortopédia és idegsebészetben (84.410 Ft), illetve a szülészet-nőgyógyászatban (70.513 Ft) az I. fokon megítélt járadékok magasabb összegűek, a többi szakterülettel összehasonlítva.

II. fokon is hasonló eredmények születtek ezeken a szakterületen (109.992 Ft, illetve 106.537 Ft), a többi kategóriához tartozó járadékhoz viszonyítva. A kúriai döntésekben is a szülészet-nőgyógyászatban kaptunk (48.141 Ft) nagyobb összegű járadékot. A 19. összefoglaló táblázat a szakterületi csoport átlagoktól eltérő megítélt összegeket mutatja be.

19. táblázat A mintaátlagtól eltérő megítélt összegek szakterületenként (Ft) (N= 193) (Forrás: saját szerkesztés)

Jogkövetkezmény	Bírósági fok	Szakterület	Átlagos megítélt összeg
Vagyoni kártérítés	I. fok	Traumatológia–ortopédia, idegsebészet	4 237 640 Ft
	II. fok	Szülészet–nőgyógyászat	6 088 931 Ft
	Kúria	Szülészet–nőgyógyászat	3 728 039 Ft
Nem vagyoni kártérítés/Sérelemdíj	I. fok	Szülészet–nőgyógyászat	4 475 675 Ft
	II. fok	Általános sebészet – urológia – fül-orr-gégészet	6 240 000 Ft
	Kúria	Szülészet–nőgyógyászat	6 300 000 Ft
Járadék	I. fok	Traumatológia–ortopédia, idegsebészet	84 410 Ft
	I. fok	Szülészet–nőgyógyászat	70 513 Ft
	II. fok	Traumatológia–ortopédia, idegsebészet	109 992 Ft
	II. fok	Szülészet–nőgyógyászat	106 537 Ft
	Kúria	Szülészet–nőgyógyászat	48 141 Ft

Az orvosi-szakmai szempontok másik tényezője az **ellátási szint**. Az ellátási szint mérésére hét kategória alkalmazása történt meg, amelyből öt típust jelöltek be a válaszadók: fekvőbeteg, járóbeteg, alapellátás, fogászat és sürgősségi ellátás. A jogesetek több, mint 60 %-a fekvőbetegekkel (121 eset), közel 30 %-a pedig járóbetegekkel (54 eset) kapcsolatban keletkezett. Alapellátásban (3,2 %), fogászatban (3,2 %) és sürgősségi ellátásban (1,6 %) csak néhány esetet regisztráltak. A hiányzó adatok aránya alacsony volt (1,6%), így az ellátási szint szerinti megoszlás megbízhatóan értelmezhetőnek bizonyult.

A varianciaelemzés függő változója a megítélt összeg és független változó az ellátási szint. Az ellátási szint alapján kialakított csoportátlagok között nem jelent meg szignifikáns különbség a varianciaelemzés eredményei alapján ($p=0,762$, $p=0,595$, $p=0,576$). Tehát nincs jelentős eltérés az **I. fokon megítélt nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj, kártérítés és járadék összegek** között az „ellátási szint” különböző kategóriái esetében. Például a kártérítés átlagos

összege fekvőbetegeknél 2.646.010 Ft, járóbetegeknél pedig 2.634.107 Ft. A nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj összege nagyobb a kártérítéshez viszonyítva, de itt sem kaptunk szignifikáns különbséget: fekvőbetegeknél 3.723.118 Ft, járóbetegnél pedig 3.270.512 Ft.

Az I. fok adataihoz hasonló eredményekre jutottunk a **II. fokon megítélt nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj, kártérítés és járadék** összegek esetében. A varianciaelemzéssel nyert eredmények mutatják, hogy az ellátási szintenként számított nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj, kártérítés és járadék összegek között nincsen szignifikáns különbség ($p=0,778$, $p=0,350$, $p=0,447$). Tehát nincs jelentős eltérés a megítélt összegek között az „ellátási szint” különböző kategóriái esetében. Például a nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj átlagos összege fekvőbetegnél 5.897.856 Ft, járóbetegeknél pedig 4.279.166 Ft. A kártérítés összege kisebb ingadozásokat mutat, fekvőbetegeknél 4.101.564 Ft, járóbetegnél pedig 4.432.538 Ft. Az adatok alapján látható, hogy legtöbb ítélet fekvőbetegekkel kapcsolatban született, ezen belül a nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj vezet (56), majd a kártérítés következik (32), végül a járadék 18 esetet számlál. Az ellátási szintek közül az alapellátásban (4), a fogászatban (2) és a sürgősségi ellátásban (2) kevés ítélet született.

A **Kúrián megítélt nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj, kártérítés és járadék** összegek között nincsen szignifikáns különbség az ellátási szintekre számított csoportátlagok alapján ($p=0,750$, $p=0,660$, $p=0,902$). Az adatok szerint megfigyelhető az a tendencia, hogy a kártérítés átlagos összege eltérést jelez a fekvőbetegek (855.363 Ft) és járóbetegek (2.637.085 Ft) között. Érdekes eredmény, hogy járóbetegeknél nagyobb összegű kártérítést (2.637.085 Ft) és nem vagyoni kártérítés/sérelemdíjat (3.866.666 Ft) ítélték meg, mint a fekvőbetegeknél (kártérítés 855.363 Ft és nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj 2.520.833 Ft). Az eredmények alapján látható, hogy legtöbb ítélet fekvőbetegekkel kapcsolatban született, ezen belül a nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj vezet (24), majd a kártérítés következik (15), végül a járadék 10 esetet számlál. Az ellátási szintek közül az alapellátásban (3), és a fogászatban (9) kevés ítélet született.

Mivel az összehasonlítani kívánt csoportok eltérő gyakorisága a varianciaanalízis eredményeit torzíthatja, az adatfeldolgozás során elvégeztük a kis esetszámú ellátási szintek összevonását. Azonban a három ellátási szinttel elvégzett varianciaelemzés sem adott szignifikáns különbséget ($p>0,05$) a megítélt összegekben. A kis gyakoriságú ellátási szintek kizárása után két független mintás t próbával a fekvőbeteg és a járóbeteg csoport számára megítélt összegek átlagos értékének különbségét teszteltük, de a szignifikancia vizsgálat nem nyújtott megoldást ($p>0,05$). Az eredményeket a 20. táblázat szemlélteti.

20. táblázat Az ellátási szint és az átlagosan megítélt összegek alakulása bírósági fokokként (Ft) (N= 193)
(Forrás: saját szerkesztés)

Bírósági fok	Progresszivitási szint	Vagyoni kártérítés	Nem vagyoni kártérítés/Sé-relemdíj	Járadék ⁶
I. fok	Fekvőbeteg-ellátás	2 646 010 Ft	3 723 118 Ft	–
	Járóbeteg-ellátás	2 634 107 Ft	3 270 512 Ft	–
II. fok	Fekvőbeteg-ellátás	4 101 564 Ft	5 897 856 Ft	–
	Járóbeteg-ellátás	4 432 538 Ft	4 279 166 Ft	–
Kúria	Fekvőbeteg-ellátás	855 363 Ft	2 520 833 Ft	–
	Járóbeteg-ellátás	2 637 085 Ft	3 866 666 Ft	–

4.3. K5-K8 kutatási kérdések statisztikai alapú vizsgálata

4.3.1. A szüléset-nőgyógyászat szakterület leíró statisztikai jellemzői

A keresztábla elemzés eredményei szerint az ítéletek 30,4 %-a a szüléset-nőgyógyászat területén keletkezett. A vizsgált időszakban több ítélet született a 2008-tól 2010-ig terjedő években (31), mint a 2018-tól 2020-ig tartó időperiódusban (27).

Az I. r. felperesek korát illetően csak 34 fő adataiból lehetett statisztikai mutatókat számítani. A szüléset-nőgyógyászat területén a 30 évet nem éri el (29,15 év) az átlag életkor. A minimum (3 év) és a maximum (37 év) életkor alacsonyabb a többi, összevont szakterülethez (6 év és 69 év) viszonyítva.

4.3.2. K5 kutatási kérdés vizsgálata

4.3.2.1. Milyen összefüggés van a szakterület és az ellátási szint között?

Az orvosi-szakmai szempontok körében a vizsgálat a szakterület és az ellátási szint kapcsolatára irányult. A szakterületek operacionalizálása során eredetileg 11 kategória került alkalmazásra, majd a szüléset-nőgyógyászat részletesebb elemzése érdekében két csoport kialakítása történt: szüléset-nőgyógyászat, valamint összevont szakterületek. Említést érdemel, hogy az ítéletek 30,4 %-a a szüléset-nőgyógyászat területén keletkezett. A vizsgált időszakban több ítélet született a 2008-tól 2010-ig terjedő években (31), mint a 2018-tól 2020-ig tartó időperiódusban (27).

⁶ Az ellátási szint szerinti bontásban a járadék tekintetében nem állt rendelkezésre értékelhető, szemléltetésre alkalmas átlagos összeg, elsősorban az alacsony esetszám és a szignifikáns összefüggés hiánya miatt.

Az ellátási szint mérésére hét kategória került meghatározásra, amelyek közül öt típust jelöltek meg a válaszadók: fekvőbeteg-ellátás, járóbeteg-ellátás, alapellátás, fogászat és sürgősségi ellátás. A kis elemszámú kategóriák összevonásával végül három csoport került kialakításra: fekvőbeteg, járóbeteg és egyéb ellátási forma.

Az ellátási szint és a szakterület viszonyában, a függetlenség vizsgálatára keresztábla-elemzést alkalmaztunk. A keresztábla-elemzés során a függő változót az ellátási szint, míg a független változót a szakterület képezte. A keresztábla-elemzés eredményei alapján megállapítható, hogy az ellátási szint és a szakterület nem függetlenek egymástól. A szülészet–nőgyógyászat körében a jogi esetek több mint 50%-a fekvőbeteg-ellátáshoz kapcsolódott (33 eset), azonban ez az arány nem érte el az összevont szakterületeknél megfigyelhető mértéket (67,2%). A járóbeteg-ellátásban 25 szülészet–nőgyógyászati eset került azonosításra, amely arányában magasabb értéket képviselt (43,1%) a többi szakterülethez viszonyítva. A Kínégyszet próba alapján a szakterület és az ellátási szint között statisztikailag szignifikáns kapcsolat volt kimutatható ($p=0,001$), ugyanakkor az összefüggés erőssége a közepesnél gyengébbnek bizonyult ($\Phi=0,273$). Az eredményeket a 21. táblázat szemlélteti.

21. táblázat Keresztábla elemzés-A szakterület és az ellátási szint kapcsolata (Forrás: saját szerkesztés)

Szakterületek	Ellátási szint, eset (%)			Khi ² érték (p)	Phi
	Fekvőbeteg	Járóbeteg	Egyéb		
Szülészet-nőgyógyászat	33 (56,9%)	25 (43,1 %)	0	14,074 (0,000)	0,273
Összevont	88 (67,1 %)	28 (21,4 %)	15 (11,5 %)		

Az elemzés kiterjedt annak vizsgálatára is, hogy a szülészet–nőgyógyászat körében a két vizsgált időszak között mutatkozik-e lényeges eltérés az ellátási szintek megoszlásában. A kontingenciatábla alapján megállapítható, hogy a 2008–2010-es időszakban jelentősen magasabb volt a fekvőbeteg-ellátáshoz kapcsolódó felperesek aránya (21 fő, 67,7%), mint a 2018–2020-as időszakban (12 fő, 44,4%). A járóbeteg-ellátás esetében ezzel szemben fordított tendencia volt megfigyelhető: a korábbi időszakban kevesebb eset fordult elő (10 fő, 32,3%), mint a későbbi időszakban (15 fő, 55,6%). Bár az ellátási szint tekintetében a két időszak között markáns eltérés rajzolódott ki, ez a különbség statisztikailag nem bizonyult szignifikánsnak ($p=0,074$). Az eredményeket a 22. táblázat szemlélteti.

22. táblázat Keresztábra elemzés-A vizsgálati időszak és az ellátási szint kapcsolata (Forrás: saját szerkesztés)

Időszak	Ellátási szint, eset (%)		K _{hi} ² érték (p)
	Fekvőbeteg	Járóbeteg	
2008-2010	21 (67,7%)	10 (32,3 %)	3,194 (0,074)
2018-2020	12 (44,4 %)	15 (55,6 %)	

4.3.3. K6 kutatási kérdés vizsgálata

4.3.3.1. Milyen tendencia figyelhető meg a szakterület és a jogi ügy típusa, illetve a társult jogsértés kapcsolatában?

A szakterület és a jogi ügy típusának viszonyában, a függetlenség vizsgálatára keresztábra-elemzést alkalmaztunk. A keresztábra-elemzés során a függő változót a szakterület, míg a független változót a jogi ügy típusa képezte. A keresztábra-elemzés eredményei alapján megállapítható, hogy a szakterület és a jogi ügy típusa függetlenek egymástól. A szakterületi osztályozás alapján nem volt kimutatható szignifikáns eltérés a jogi ügy típusában ($p=0,807$). Az eredmények ugyanakkor rámutatnak arra, hogy a „mindkettő” típusú jogi esetek aránya a szüléset–nőgyógyászatban magasabb volt (65,5%), míg az összevont szakterületek esetében a személyiségi jogsértés önálló megjelenése nagyobb arányt képviselt (35,3%). A kizárólag kártérítési jogalapon indított ügyek mindkét szakterületi csoportban csak elenyésző számban fordultak elő (1, illetve 4 eset).

Az eredményeket a 23. táblázat szemlélteti.

23. táblázat Keresztábra elemzés - A szakterület és a jogi ügy típusa (Forrás: saját szerkesztés)

Szakterületek	Jogi ügy típusa, eset (%)			K _{hi} ² érték (p)
	Személyiségi jogsértés	Kártérítés	Mindkettő	
Szüléset–nőgyógyászat	19 (32,8 %)	1 (1,7 %)	38 (65,5 %)	0,428 (0,807)
Összevont	47 (35,3 %)	4 (3,0 %)	82 (61,7 %)	

Az elemzés kiterjedt arra is, hogy a szüléset–nőgyógyászat területén mutatkozik-e eltérés a jogi ügyek típusa szerint a két vizsgált időszak között. Megállapítható, hogy a 2008–2010-es időszakban magasabb arányban fordultak elő személyiségi jogsértésen alapuló ügyek (12 fő; 38,7%), mint a 2018–2020-as időszakban (7 fő; 25,9%). Ezzel szemben a „mindkettő” típusú ügyek aránya a későbbi időszakban növekedett (74,1%), míg a korábbi időszakban alacsonyabb volt (58,1%). Bár a megoszlásban érzékelhető eltolódás figyelhető meg, a különbség statisztikailag nem bizonyult szignifikánsnak ($p=0,340$).

Az eredményeket a 24. táblázat szemlélteti.

24. táblázat Keresztábra elemzés - A vizsgálati időszak és a jogi ügy típusának kapcsolata a szülészet-nőgyógyászatban (Forrás: saját szerkesztés)

Időszak	Jogi ügy típusa, eset (%)			Khi ² érték (p)
	Személyiségi jogsértés	Mindkettő	Kártérítés	
2008-2010	12 (38,7 %)	18 (58,1 %)	1 (3,2 %)	2,155 (0,340)
2018-2020	7 (25,9 %)	20 (74,1 %)	0	

A következő lépésben a társult jogsértések szakterületi megoszlását vizsgálta az elemzés. A társult jogsértések mérésére eredetileg nyolc kategória szolgált, amelyeket az alacsony elemszámú esetek miatt skálatranszformációt követően két új változóba rendeztek. A „társult jogsértés összesen” változó azt mutatta meg, hogy egy ügghöz hány betegjog-sértés kapcsolódott, míg az „újrakódolt társult jogsértés kategóriák” változó öt csoportba sorolta a jogsértéseket.

A szakterület és a társult jogsértések viszonyában, a függetlenség vizsgálatára keresztábraelemzést alkalmaztunk. A keresztábraelemzés során a függő változót a társult jogsértés, míg a független változót a szakterület képezte. A keresztábraelemzés eredményei alapján megállapítható, hogy a szakterület és a társult jogsértés nem függetlenek egymástól. A szakterületi osztályozás és a társult jogsértések típusa között szignifikáns összefüggés volt kimutatható ($p=0,003$). Az eredmények szerint a szülészet-nőgyógyászatban nagyobb arányban jelent meg az egészségügyi ellátáshoz való jog és az önrendelkezési jog együttes sérelme (29,3%), valamint az önrendelkezési jog önálló sérelme (13,8%). Az összevont szakterületek esetében ezzel szemben az egészségügyi ellátáshoz való jog sérelme dominált (43,1%). Emellett megállapítható volt, hogy a szülészet-nőgyógyászatban kevesebb olyan ügy fordult elő, amelyben egyáltalán nem azonosítottak társult jogsértést (10 eset; 17,2%). A szakterület és a társult jogsértés közötti kapcsolat erőssége a közepesnél gyengébb volt (Cramer's $V=0,291$). Az eredményeket a 25. táblázat szemlélteti.

25. táblázat Keresztábra elemzés - Az időszak és a társult jogsértés kapcsolata (Forrás: saját szerkesztés)

Társult jogsértés	Időszak, eset (%)		Khi ² érték (p)	Cramer's V
	2008-2010	2018-2020		
Nincs	10 (17,2 %)	31 (23,8 %)	15,885 (0,003)	0,291
Egészségügyi ellátáshoz való jog	20 (34,5 %)	56 (43,1 %)		
Önrendelkezési jog	8 (13,8 %)	10 (7,7 %)		
Egészségügyi ellátáshoz és önrendelkezéshez való jog	17 (29,3 %)	13 (10,0 %)		
Egyéb	3 (5,2 %)	20 (15,4 %)		

Az elemzés külön vizsgálta a társult jogsértések gyakoriságát a szüléset–nőgyógyászat területén. A két időszak és a társult jogsértések viszonyában, a függetlenség vizsgálatára keresztábla-elemzést alkalmaztunk. A keresztábla-elemzés során a függő változót a társult jogsértés, míg a független változót a szakterület képezte. A keresztábla-elemzés eredményei alapján megállapítható, hogy a szakterület és a társult jogsértés nem függetlenek egymástól. A „társult jogsértés összesen” változó alapján egy társult jogsértés 29 ügyben (50%) jelent meg, míg kettő jogsértés együttes előfordulása 19 ügyben (32,8%) volt azonosítható. Betegjog-sértés nélküli esetek kisebb számban (10 ügy) fordultak elő. Bár az összevont szakterületekhez képest eltérések mutatkoztak a megoszlásban, a szakterület és a társult jogsértések száma között nem volt kimutatható szignifikáns kapcsolat ($Khi^2=6,496$; $p=0,090$).

Végül az elemzés arra is kiterjedt, hogy a szüléset–nőgyógyászat területén időbeli eltérés mutatkozik-e a társult jogsértések előfordulásában. A két időszak és a társult jogsértések viszonyában, a függetlenség vizsgálatára keresztábla-elemzést alkalmaztunk. A keresztábla-elemzés során a függő változót a társult jogsértés, míg a független változót a két időszak képezte. A keresztábla-elemzés eredményei alapján megállapítható, hogy a két időszak és a társult jogsértés függetlenek egymástól. A 2018–2020-as időszakban több olyan ügy fordult elő, amelyben egy (15 eset; 55,6%) vagy két (12 eset; 44,4%) társult jogsértést azonosítottak, mint a 2008–2010-es időszakban. A „nincs társult jogsértés” kategória ezzel szemben kizárólag a korábbi időszakban jelent meg (10 eset; 32,3%). A két időszak közötti eltérés statisztikailag szignifikáns volt ($p=0,004$), és a változók közötti kapcsolat közepes erősséget mutatott (Cramer’s $V=0,438$).

Az eredményeket a 26. táblázat szemlélteti.

26. táblázat Keresztábla elemzés - A vizsgálati időszak és a társult jogsértés kapcsolata a szüléset-nőgyógyászatban (Forrás: saját szerkesztés)

Időszak	Társult jogsértés, eset (%)			Khi ² érték (p)	Cramer’s V
	1 társult jogsértés	2 társult jogsértés	Nincs jogsértés		
2008-2010	14 (45,1 %)	7 (22,6 %)	10 (32,3 %)	11,127 (0,004)	0,438 (0,004)
2018-2020	15 (55,6 %)	12 (44,4 %)	0		

4.3.4. K7 kutatási kérdés vizsgálata

4.3.4.1. Hogyan jellemezhető a szüléset-nőgyógyászat szakterület a 7 időtényező alapján?

Az időtényezők vizsgálata érdekében transzformációval új változók kerültek kialakításra, amelyek a következő időintervallumokat ragadták meg: (1) a jogsértéstől annak felismeréséig eltelt időt; (2) a jogsérelem felismerésétől az elsőfokú eljárás megindításáig eltelt időt; (3) az elsőfokú eljárás megindításától az ítélet meghozataláig eltelt időt; (4) a másodfokú eljárás

megindításától az ítélet meghozataláig eltelt időt; (5) az első- és másodfokú ítéletek között eltelt időt; (6) a felülvizsgálati eljárás megindításától az ítélet meghozataláig eltelt időt; valamint (7) a kúriai ítélet és a másodfokú ítélet között eltelt időt.

Az adatok alapján megállapítható, hogy a jogsérelem felismerésétől az elsőfokú eljárás megindításáig eltelt idő átlagos értéke (2,55 év) érdemben hosszabb, mint a jogsértéstől annak felismeréséig eltelt idő (0,32 év). A szüléset–nőgyógyászat területén a jogsértéstől annak felismeréséig eltelt idő átlagosan 0,28 év volt, amely nem érte el a fél évet, és rövidebbnek bizonyult az összevont szakterületeknél mért értéknél (0,33 év). Ezzel szemben a jogsérelem felismerésétől az elsőfokú eljárás megindításáig eltelt idő a szüléset–nőgyógyászatban hosszabb volt (2,75 év), mint az összevont szakterületeken (2,46 év).

Az időtényezők vizsgálata során feltárjuk, hogy van-e szignifikáns különbség **a jogsértéstől annak felismeréséig eltelt idő és a jogsérelem felismerésétől az elsőfokú eljárás megindításáig eltelt idő** között. A két folytonos skálán mért időtényező tesztelésére a páros mintás t-próba alkalmazható. A páros mintás t-próba eredménye igazolta, hogy szignifikáns különbség áll fenn a jogsértéstől annak felismeréséig eltelt idő és a jogsérelem felismerésétől az elsőfokú eljárás megindításáig eltelt idő között ($p=0,001$). Megállapítható, hogy a szüléset–nőgyógyászat területén a kárbekövetkezéstől az elsőfokú eljárás megindításáig eltelt idő több mint két évvel (2,47 év) hosszabb volt, mint a jogsértéstől annak felismeréséig eltelt idő (0,28 év).

Fontos kérdés, hogy a szüléset–nőgyógyászatban, **a jogsértéstől annak felismeréséig eltelt idő** változott-e a két időszakban. Ennek vizsgálatára két független mintás t-próbát használtunk, melyhez a két független mintát a két különböző időszakra vonatkozó időtényező jelenti. Az eredmények azt mutatják, hogy a jogsértéstől annak felismeréséig eltelt idő a 2018–2020-as időszakban hosszabbnak bizonyult (0,38 év), mint a 2008–2010-es időszakban mért érték (0,19 év). A két független mintás t-próba alapján a különbség nem bizonyult szignifikánsnak ($t= -1,163$; $p=0,252$).

A jogsérelem felismerésétől az elsőfokú eljárás megindításáig eltelt idő tekintetében szintén két független mintás t-próba került alkalmazásra. Ennek eredményei alapján a szüléset–nőgyógyászatban a 2018–2020-as időszakban hosszabb időtartam volt megfigyelhető (3,85 év), mint a 2008–2010-es időszakban (1,84 év). A különbség statisztikailag szignifikánsnak bizonyult ($t= -3,332$; $p=0,002$). Az eredményeket a 27. táblázat szemlélteti.

27. táblázat A jogsértés és az eljárás megindítása közötti időtényezők alakulása (átlagértékek) (N= 58)
(Forrás: saját szerkesztés)

Vizsgált minta / időszak	Jogsértéstől a kár bekövetkeztéig eltelt idő (átlag)	Kár bekövetkeztétől az I. fokú eljárás megindításáig eltelt idő (átlag)
Teljes minta	0,32 év (≈ 3 hónap 25 nap)	2,55 év (≈ 2 év 6 hónap 18 nap)
Szüléset–nőgyógyászat (összesen)	0,28 év (≈ 3 hónap 11 nap)	2,75 év (≈ 2 év 9 hónap)
Szüléset–nőgyógyászat 2008–2010	0,19 év (≈ 2 hónap 8 nap)	1,84 év (≈ 1 év 10 hónap)
Szüléset–nőgyógyászat 2018–2020	0,38 év (≈ 4 hónap 17 nap)	3,85 év (≈ 3 év 10 hónap)

A további elemzés során öt időtényező vizsgálata történt meg: (1) az elsőfokú eljárás megindításától az ítélet meghozataláig eltelt idő; (2) a másodfokú eljárás megindításától az ítélet meghozataláig eltelt idő; (3) az első- és másodfokú ítéletek között eltelt idő; (4) a kúriai ítélet és a másodfokú ítélet között eltelt idő; valamint (5) a felülvizsgálati eljárás megindításától az ítélet meghozataláig eltelt idő.

Az **elsőfokú eljárás megindításától az ítélet meghozataláig eltelt idő** 2 és 3 év közötti értékeket vett fel. A szüléset–nőgyógyászatban az átlagos időtartam 2,48 év volt, amely rövidebbnek bizonyult az összevont szakterületeken mért értéknél (2,63 év). Ezzel szemben a **másodfokú eljárás megindításától az ítélet meghozataláig eltelt idő** lényegesen rövidebb volt, 0,40 és 0,47 év közötti átlagos értékekkel a két szakterületi kategóriában. Az eredményeket a 28. táblázat szemlélteti.

28. táblázat Az eljárási szakaszok időtartama szakterületi bontásban (átlagértékek) (Forrás: saját szerkesztés)

Eljárási szakasz	Szüléset–nőgyógyászat (átlag)	Összevont egyéb szakterületek (átlag)
I. fokú eljárás (kezdet → ítélet)	2,48 év (≈ 2 év 5 hónap 23 nap)	2,63 év (≈ 2 év 7 hónap 17 nap)
II. fokú eljárás (kezdet → ítélet)	0,40 év (≈ 4 hónap 24 nap)	0,47 év (≈ 5 hónap 19 nap)

A **felülvizsgálati eljárás megindításától az ítélet meghozataláig eltelt idő** tekintetében nagyobb eltérések voltak megfigyelhetők: a szüléset–nőgyógyászatban az átlagos időtartam 1,06 év, míg az összevont szakterületeken 0,78 év volt.

Az ítéletek közötti időtartam vizsgálata alapján megállapítható, hogy az **első- és másodfokú ítéletek között eltelt idő** egy éven belüli értékeket mutatott. A szüléset–nőgyógyászatban ez az időtartam kismértékben rövidebb volt (0,84 év), mint az összevont szakterületeken (0,97 év). A **kúriai ítélet és a másodfokú ítélet között eltelt idő** viszont a szüléset–

nőgyógyászatban hosszabbnak bizonyult (1,39 év), mint a másik szakterületi csoportban mért érték (1,14 év).

A szülészeti-nőgyógyászati területén felmérjük, hogy szignifikánsan különbözik-e az elsőfokú eljárás megindításától az ítélet meghozataláig eltelt idő és a másodfokú eljárás megindításától az ítélet meghozataláig eltelt idő. A két folytonos skálán mért időtényező tesztelésére a páros mintás t-próba alkalmazható. Az elsőfokú eljárásban az indítástól az ítélet meghozataláig eltelt idő több, mint 2 év (2,47 év), másodfokú eljárásban lényegesen rövidebb, nem éri el a félévet (0,40 év). Az elvégzett páros mintás t-próba igazolja, hogy szignifikáns különbség áll fenn az elsőfokú eljárás megindításától az ítélet meghozataláig eltelt idő és a másodfokú eljárás megindításától az ítélet meghozataláig eltelt idő között ($t=9,572$; $p=0,001$).

Hasonló módon, páros mintás t-próba útján, szignifikáns eltérés volt kimutatható a másodfokú eljárás megindításától az ítélet meghozataláig eltelt idő és a felülvizsgálati eljárás megindításától az ítélet meghozataláig eltelt idő között ($t=3,688$; $p=0,002$). Harmadfokon, a Kúria ítéletekben kaptunk hosszabb időt, a felülvizsgálati eljárás megindításától az ítélet meghozataláig eltelt idő 1,06 év. Ezzel szemben, másodfokon az eljárás megindításától az ítélet meghozataláig eltelt idő rövidebb, 0,39 év.

4.3.5. K8 kutatási kérdés vizsgálata

4.3.5.1. Milyen tendencia figyelhető meg a szülészeti-nőgyógyászatban az igényelt és megítélt kártérítés, nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj, illetve járadék kapcsolatában a két különböző időszak esetén?

Az elemzés eredményei alapján megállapítható, hogy a két szakterületre vonatkozó igényelt, illetve megítélt **kártérítési összegek** között nincs szignifikáns különbség ($p>0,05$). Ugyanakkor leíró statisztikai szinten az a tendencia figyelhető meg, hogy a szülészeti-nőgyógyászati területén mind az igényelt, mind a megítélt kártérítések átlagos összege magasabb az összevont szakterületekhez viszonyítva.

Hasonló mintázat azonosítható a nem vagyoni **kártérítés/sérelemdíjak** vonatkozásában is. A szakterület ebben az esetben sem jelez szignifikáns különbséget, sem az igényelt, sem a megítélt nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj összegek között ($p>0,05$). Ennek ellenére megfigyelhető, hogy a szülészeti-nőgyógyászatban a II. és III. rendű felperesek által igényelt nem vagyoni kártérítés/sérelemdíjak átlagos összege magasabb az összevont szakterületekhez képest. Emellett az is látható, hogy a szülészeti-nőgyógyászati szakterületen mindhárom perfokon a megítélt nem vagyoni kártérítés/sérelemdíjak átlagos összege meghaladja az összevont szakterületekben tapasztalt értékeket.

A **járadék** tekintetében szintén nem mutatható ki szignifikáns eltérés a szakterületi csoportátlagok között, az igényelt, illetve megítelt összegekre vonatkozóan ($p > 0,05$). Ugyanakkor leíró szinten ebben az esetben is azonosítható az a tendencia, hogy a szülészet–nőgyógyászat szakterületen az I. és II. rendű felperesek által igényelt járadékok átlagos összege, valamint mindhárom perfokon a megítelt járadékok átlagos értéke magasabb az összevont szakterületekhez viszonyítva.

Az elemzés során az is vizsgálatra került, hogy a szülészet–nőgyógyászat területén kimutatható-e lényeges eltérés a két vizsgált időszakban az igényelt és megítelt kártérítés, nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj, illetve járadék összegében. A tesztelésre két független mintás t-próba került alkalmazásra, ahol a független mintákat a 2008–2010-es, illetve a 2018–2020-as időszakhoz kapcsolódó összegek képezték.

A statisztikai vizsgálatok eredményei alapján nem mutatható ki szignifikáns különbség a **megítelt kártérítés, nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj és járadék** összegében a két időszak között ($p > 0,05$). Hasonló eredmény adódott az igényelt összegek esetében is: az **igényelt kártérítés és járadék** vonatkozásában nem volt kimutatható szignifikáns eltérés a két időszak között ($p > 0,05$).

Ezzel szemben az **igényelt nem vagyoni kártérítés/sérelemdíjak** esetében szignifikáns különbség volt azonosítható. Az I. rendű felperesek által igényelt nem vagyoni kártérítés/sérelemdíjak átlagos összege a 2018–2020-as időszakban magasabb volt (7 388 235 Ft), mint a 2008–2010-es időszakban (5 307 692 Ft), és a két időszak közötti eltérés statisztikailag szignifikánsnak bizonyult ($t = -2,163$; $p = 0,039$).

Szintén szignifikáns eltérés volt kimutatható a II. rendű felperesek által **igényelt nem vagyoni kártérítés/sérelemdíjak** esetében a másodfokú eljárásokban. A 2018–2020-as időszakban az igényelt nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj átlagos összege 6 671 428 Ft volt, míg a 2008–2010-es időszakban 2 388 888 Ft, és a különbség statisztikailag szignifikánsnak bizonyult ($t = 3,910$; $p = 0,001$).

Az eredményeket a 29.-31. táblázatok szemléltetik.

29. táblázat A kártérítés igényelt és megítélt összegének alakulása szakterületi bontásban az egyes eljárási fokokon (Ft) (Forrás: saját szerkesztés)

Szakterület	Mutató	I. fokon igényelt kártérítés (Ft)	I. fokon megítélt kártérítés (Ft)	II. fokon megítélt kártérítés (Ft)	Felülvizsgálati eljárásban megítélt kártérítés (Ft)
Szülészet-nőgyógyászat	Átlag	5 237 493	3 758 178	6 088 932	3 728 039
	Szórás	6 168 432	7 041 664	8 499 651	7 183 325
	Minimum	86 638	0	0	0
	Maximum	19 480 671	22 753 604	24 684 604	18 629 850
Összevont szakterületek	Átlag	3 403 919	1 924 218	2 890 417	176 864
	Szórás	6 542 753	5 343 948	4 821 883	407 488
	Minimum	25 000	0	0	0
	Maximum	43 984 178	33 838 568	23 568 277	1 472 528
Összesen	Átlag	3 796 827	2 334 162	3 707 059	1 093 296
	Szórás	6 464 988	5 771 859	6 037 249	3 828 427
	Minimum	25 000	0	0	0
	Maximum	43 984 178	33 838 568	24 684 604	18 629 850

30. táblázat A nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj igényelt és megítélt összegének leíró statisztikai jellemzői szakterületi bontásban az egyes eljárási fokokon (Ft) (Forrás: saját szerkesztés)

Szakterület	Mutató	I. fokon igényelt nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj (Ft)	I. fokon megítélt nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj (Ft)	II. fokon megítélt nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj (Ft)	Felülvizsgálati eljárásban megítélt nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj (Ft)
Szülészet-nőgyógyászat	Átlag	6 486 667	4 475 676	6 178 075	6 300 000
	Szórás	2 860 279	7 165 675	7 859 879	11 991 200
	Minimum	1 000 000	0	0	0
	Maximum	14 000 000	35 000 000	35 000 000	35 000 000
Összevont szakterületek	Átlag	7 596 405	2 779 439	4 352 542	986 111
	Szórás	10 751 793	4 792 762	5 336 314	2 892 073
	Minimum	100 000	0	0	0
	Maximum	87 000 000	23 000 000	23 000 000	14 000 000
Összesen	Átlag	7 325 737	3 215 278	4 910 941	2 141 304
	Szórás	9 452 420	5 523 295	6 226 104	6 338 299
	Minimum	100 000	0	0	0
	Maximum	87 000 000	35 000 000	35 000 000	35 000 000

31. táblázat A járadék igényelt és megítélt összegének leíró statisztikai jellemzői szakterületi bontásban az egyes eljárási fokokon (Ft/hó) (Forrás: saját szerkesztés)

Szakterület	Mutató	I. fokon igényelt járadék (Ft/hó)	I. fokon megítélt járadék (Ft/hó)	II. fokon megítélt járadék (Ft/hó)	Felülvizsgálati eljárásban megítélt járadék (Ft/hó)
Szülészet–nőgyógyászat	Átlag	158 952	70 514	109 993	48 141
	Szórás	135 873	107 322	105 023	82 256
	Minimum	25 000	0	0	0
	Maximum	557 088	350 202	305 202	172 887
Összevont szakterületek	Átlag	128 124	54 119	65 970	2 318
	Szórás	158 424	111 074	75 667	8 979

5. MEGBESZÉLÉS

5.1. Az esetszámok alakulásának, az ügyek jogi minősítésének, az ellátás szintjének és szakterületi megoszlásának értékelése és a vonatkozó megállapítások

A vizsgálat azt mutatja, hogy a tájékoztatáshoz való jog megsértése mindkét időszakban meghatározó eleme volt az egészségügyi pereknek, ugyanakkor a szerepe időben átalakult. A későbbi időszakban relatív súlya mérséklődött, ami nem e jogalap visszaszorulását, hanem a perek jogi összetettségének növekedését jelzi.

Az ítélezési gyakorlat alapján a tájékoztatási kötelezettség megítélése továbbra is vitatott, ami a jogorvoslati eljárások gyakoriságában is megmutatkozik. A jogsértések elsősorban a fekvőbeteg-ellátáshoz és a manuális jellegű beavatkozásokhoz kapcsolódnak, ugyanakkor a jelenség nem szűkíthető egyetlen szakterületre.

A kutatás ezen megállapítása összhangban áll a szakirodalommal, amely a tájékozott beleegyezést a modern orvosi gyakorlat jogi sarokkövének tekinti (Pallocci, 2023a), valamint a hazai ítélezési gyakorlatban visszatérő bizonyítási és tartalmi problémák egyik fő forrásaként azonosítja (Dósa, 2018).

Az ügyek jogi minősítése alapján megállapítható, hogy az egészségügyi perek jellemzően összetett igényérvényesítési struktúrára épülnek. A felperesek többnyire nem választanak kizárólagos jogcímet, hanem a személyiségi jogsértés és a vagyoni kártérítési igény együttes érvényesítésével törekednek a jogsérelem teljeskörű reparálására, ami a felelősségi viszonyok komplex értelmezését tükrözi. Ez összhangban áll a szakirodalomban foglaltakkal, amely az egészségügyi szolgáltatók felelősségét komplex, több jogalapot átfogó polgári jogi viszonyrendszerként értelmezi (Pethő, 2019).

Az ellátás szintje és a szakterületi megoszlás alapján megállapítható, hogy az egészségügyi perek elsősorban a fekvőbeteg-ellátáshoz és az invazív, manuális beavatkozásokkal járó szakterületekhez kapcsolódnak. Ez arra utal, hogy a peres kockázat szoros összefüggésben áll az ellátás komplexitásával, a testi integritás közvetlen érintettségével és a beteg fokozott kiszolgáltatottságával. Ezt a tendenciát nemzetközi szinten a sebészeti specialitások emelkedett peres kitettségét igazoló empirikus eredmények is alátámasztják (Dronkers et al., 2024).

5.2. Az ítélezési szintek közötti összefüggések és az egyes döntések közötti kapcsolatok elemzése

Az elsőfokú ítéletek több mint felének helybenhagyása arra enged következtetni, hogy a jogi minősítés és a bizonyítékértékelés jelentős része a felülvizsgálati szinten is fenntarthatónak

bizonyul. Ugyanakkor ez a stabilitás nem általános, hanem kifejezetten függ az elsőfokú döntés típusától.

Különösen markáns eltérés figyelhető meg a keresetet elutasító és a keresetnek részben helyt adó ítéletek között. Míg az elsőfokon elutasított keresetek döntő többsége a másodfokon is változatlan maradt, addig a részben helyt adó ítéletek lényegesen nagyobb arányban estek felülvizsgálat alá. Ez arra utal, hogy az ilyen döntések a jogalkalmazás szempontjából kevésbé tekinthetők lezártak, és fokozottan kitettek az eltérő jogértelmezéseknek.

A részben helyt adó ítéletek fokozott „instabilitása” több tényezővel magyarázható. Ezek az ítéletek gyakran köztes, mérlegelésen alapuló álláspontot tükröznek a jogsértés fennállása és annak jogkövetkezményei között, ami a felülvizsgálati bíróság számára szélesebb újraértékelési mozgásteret biztosít. Az egészségügyi polgári perek komplex bizonyítási struktúrája mellett ezekben az ügyekben különösen hangsúlyossá válhat az okozati összefüggések és a jogkövetkezmények terjedelmének eltérő megítélése.

A megváltoztató döntések iránya összességében kiegyensúlyozott képet mutat, ugyanakkor döntéstípusonként eltérő mintázatok rajzolódnak ki. A felperes javára történő módosítások leggyakrabban a részben helyt adó elsőfokú ítéletekhez kapcsolódtak, ami arra utal, hogy ezekben az esetekben a másodfokú bíróság gyakran a jogsérelem súlyosabb értékelése vagy a jogkövetkezmények kiterjesztése irányába mozdult el. Az alperes javára történő módosításoknál szintén hangsúlyosan jelentek meg a részben helyt adó, illetve a közbenső ítéletek, ami azt jelzi, hogy a felelősség fennállását előzetesen megállapító döntések különösen érzékenyek a jogalap és az okozati lánc felülvizsgálatára.

Az eredmények alapján megállapítható, hogy a másodfokú ítéletek túlnyomó többsége a kúriai felülvizsgálat során hatályban maradt. Ez a minta összességében a jogerős döntések magas fokú stabilitását jelzi, és arra utal, hogy a másodfokú bíróságok által kialakított jogi minősítés és érvelés jellemzően megfelel a felülvizsgálati szint által elvárt jogalkalmazási standardoknak.

Ugyanakkor a kúriai elbírálás kimenetele nem egységes, hanem egyértelműen függ a másodfokú ítélet típusától. Különösen nagy arányban maradtak hatályban azok a döntések, amelyekben a másodfokú bíróság az elsőfokú ítéletet változatlanul helybenhagyta. Ez arra utal, hogy az egymást megerősítő első- és másodfokú döntések jogi megítélése a felülvizsgálat során rendszerint nem válik vitássá.

Ezzel szemben az érdemi módosítást tartalmazó másodfokú ítéletek – különösen a felperes javára történő megváltoztatások – lényegesen nagyobb felülvizsgálati kitettséget mutatnak. Az

ilyen döntések esetében a kúriai beavatkozás valószínűsége érdemben megnő, ami arra utal, hogy a felelősség jogalapját vagy a jogkövetkezmények terjedelmét érintő másodfokú újraértékelések fokozottan a felülvizsgálat fókuszába kerülnek.

A közbenső ítéletekkel összefüggő másodfokú döntések esetében a kúriai kontroll különösen markánsan érvényesül, ami azt jelzi, hogy a felelősség előzetes megállapítását tartalmazó határozatok a felülvizsgálati szinten kiemelt érzékenységgel bírnak. Ezekben az ügyekben a jogalap és az okozati összefüggés kérdései olyan dogmatikai súllyal jelennek meg, amelyek indokolttá teszik a kúriai beavatkozást.⁷

A perfokok közötti összehasonlítás eredményei alapján megállapítható, hogy a másodfokú eljárás mindkét vizsgált időszakban betöltötte a nem vagyoni kártérítés és a nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj összegének korrekciójára irányuló funkcióját, azonban ennek iránya és dinamikája időben eltérően alakult. A 2008–2010-es időszakban a másodfokú döntések jellemzően mérséklő hatást gyakoroltak az elsőfokon megítélt összegekre, míg a 2018–2020-as időszakban a korrekciók átlagosan már enyhe emelkedést mutattak. Ugyanakkor mindkét időszakban meghatározó maradt azoknak az ügyeknek az aránya, amelyekben a másodfok nem eredményezett összegszerű változást, ami a felülvizsgálati eljárás stabilizáló szerepére utal. A korrekciók jelentős szórása mindkét periódusban azt jelzi, hogy a másodfokú mérlegelés nem egységes mintázatot követ, hanem az ügyek egyedi körülményeihez igazodó, erőteljesen individualizált döntéshozatalt tükröz.

5.3. A megítélt összegek és bírósági szintek közötti kapcsolatok vizsgálata

Az eredmények alapján egyértelműen kirajzolódik, hogy az egyes ítélkezési szinteken megállapított **vagyoni kártérítési összegek** egymásra épülő módon alakulnak. Az első- és másodfokú döntések összevetése azt mutatja, hogy a másodfokú bíróságok összegszerű mérlegelése jellemzően nem független az elsőfokon megállapított kártérítési összegtől, hanem inkább korrekciós jellegű döntésként jelenik meg, semmint teljes újraértékelésként.

Ez a mintázat még erőteljesebben érvényesül a másodfokú és a kúriai döntések viszonyában. A kúriai felülvizsgálat során a vagyoni kártérítés összegének érdemi módosítása kivételesnek tekinthető, a Kúria jellemzően fenntartja a jogerős ítéletben meghatározott összeget. Ez a

⁷ Az összesített megoszlás kizárólag a Kúria által érdemben felülvizsgált másodfokú ítéletekre vonatkozik. A mintában 124 jogsérelem esetében nem került sor felülvizsgálati eljárásra, továbbá a jogerős határozat hatályon kívül helyezésével zárult kúriai döntések száma elenyésző volt; ezek a körülmények az eredmények értelmezésekor figyelembe veendőek.

gyakorlat összhangban áll a felülvizsgálati eljárás rendeltetésével, amely nem az összecszerű mérlegelés újraindítását, hanem a jogalkalmazás egységének és a jogértelmezés helyességének kontrollját helyezi előtérbe (Wellmann, 2017).

Ugyanakkor az eredmények arra is rámutatnak, hogy az ítélkezési szintek közötti „együttmozgás” nem minden ügycsoportban azonos mértékű. Az alacsonyabb összegű vagyoni kártérítések esetében az egyes szintek közötti eltérések ritkábban jelennek meg, míg a nagyobb összegű kártérítésekénél gyakoribb az összecszerű módosítás, ami arra utal, hogy magasabb kártérítési összegek esetén a bíróságok mérlegelési mozgástere szélesebb, és az összeg meghatározása kevésbé tekinthető kötöttnek.

Az eredmények alapján megállapítható, hogy a nem vagyoni kártérítés/**sérelemdíj** összegének meghatározása az ítélkezési szinteken kifejezetten egymásra épülő módon történik. Az első- és másodfokú döntések összevetése azt mutatja, hogy a másodfokú bíróságok a nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj összegének meghatározásakor döntően az elsőfokon kialakított összecszerű értékeléshez igazodnak, és jellemzően annak korrekcióját végzik el, nem pedig új, önálló mércét alakítanak ki.

Hasonló mintázat figyelhető meg a másodfokú és a kúriai döntések viszonyában is. A felülvizsgálati eljárás során a nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj összegének érdemi módosítása kivételes, a kúriai gyakorlat alapvetően a jogerős döntésben meghatározott összeg fenntartására irányul. Ez tehát – ahogyan fentebb is említésre került - összhangban áll a felülvizsgálati eljárás rendeltetésével, amely elsősorban nem az összecszerű mérlegelés újraindítását, hanem a jogi minősítés és az alkalmazott értékelési keretek kontrollját szolgálja (Wellmann, 2017).

A nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj esetében megfigyelhető különösen magas fokú összecszerű stabilitás arra utal, hogy az összeg meghatározása már az elsőfokú eljárásban döntő módon „rögzül”. Ez a jelenség eltér a vagyoni kártérítési elemeknél tapasztalt gyakorlattól, és azt jelzi, hogy a nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj megítélése az ítélkezési gyakorlatban erősebben standardizált, valamint nagyobb mértékben támaszkodik kialakult bírói értékelési sémákra.

Az eredmények alapján megállapítható, hogy a **járadék** összegének megállapítása az egyes ítélkezési szinteken alapvetően egymásra épülő, folytonos módon történik. A másodfokú bíróságok jellemzően az elsőfokon kialakított összecszerű döntésből indulnak ki, és azt csak korlátozott mértékben módosítják, ami a járadék megállapítás viszonylagos stabilitására utal.

Az ítélkezési gyakorlatban jól kirajzolódik, hogy a járadék összegének meghatározása során a bíróságok viszonylag egységes mérlegelési keretet alkalmaznak. Az eltérések ritkák, és

többnyire nem bontják meg az alsóbb szinteken kialakított összepszerű logikát. Ez arra enged következtetni, hogy a járadék – bár jövőbeni élethelyzetekre és kockázatokra irányuló jogkövetkezmény – az ítélkezési gyakorlatban nem tekinthető teljesen nyitott, újraértékelhető kérdésnek minden eljárási szinten.

Hasonló mintázat figyelhető meg a másodfokú és a kúriai döntések viszonyában is. A felülvizsgálati eljárás során a járadék összegének érdemi módosítása kivételes, a kúriai döntéshozatal jellemzően fenntartja a jogerős ítéletben meghatározott összeget. A felsőbb szinten hozott döntések rendszerint leképezik az alsóbb fokon megállapított összepszerű arányokat, ami a jogalkalmazás következetességére utal. (32. táblázat)

32. táblázat Az összepszerű döntések közötti kapcsolat az egyes ítélkezési szinteken – összehasonlító áttekintés (Forrás: saját szerkesztés)

Jogkövetkezmények	I. → II. fok közötti kapcsolat	II. fok → Kúria közötti kapcsolat	Értelmezési kulcs
Vagyoni kártérítés	Erős, szignifikáns pozitív kapcsolat; a II. fok jellemzően az I. fokon megállapított összeghez igazodva végez korrekciót	Nagyon erős együtt járás; a kúriai összepszerű módosítás kivételes	Az összepszerű döntések egymásra épülnek, ugyanakkor magasabb összegeknél nagyobb mérlegelési mozgástér figyelhető meg
nem vagyoni kártérítés/Sérelemdíj	Rendkívül erős, szignifikáns kapcsolat; az összepszerű mérlegelés már I. fokon meghatározó módon rögzül	Rendkívül erős együttjárás; a Kúria jellemzően fenntartja a II. fokon megállapított összegeket	A nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj összegének megállapítása erősen standardizált, kialakult bírói értékelési sémák mentén történik
Járadék	Erős, szignifikáns pozitív kapcsolat; az összegek többnyire lineáris trendet követnek	Erős együttjárás; a Kúria döntései leképezik a II. fokon megállapított összegeket	A jövőbeni kockázatok mérlegelése mellett az összepszerű döntések következetesek és folytonosak

5.4. A megítélt nem vagyoni kártérítések/sérelemdíjak összepszerű alakulásának értelmezése a két vizsgált időszakban

A két vizsgált időszak összevetése alapján megállapítható, hogy a megítélt sérelemdíjak összepszerű alakulása 2018–2020 között érdemben átalakult. Az átlag- és mediánértékek együttes emelkedése arra utal, hogy a sérelemdíj-megítélés tipikus szintje is felfelé tolódott, nem csupán néhány kiugró döntés hatásáról van szó. Ezzel párhuzamosan a szórás növekedése azt jelzi, hogy az egyes ügyek között nagyobb különbségek alakultak ki, ami a bírói mérlegelés fokozott individualizációjára utal.

A minimum- és maximumértékek egyidejű kitágulása azt mutatja, hogy a bíróságok az újabb időszakban szélesebb összepsávban alkalmazzák a sérelemdíjat. Enyhébb jogsértések esetén alacsonyabb, míg a súlyosabb jogsértésekhez lényegesen magasabb összegek kapcsolódnak, ami a jogkövetkezmény rugalmasabb és differenciáltabb alkalmazását tükrözi.

Ez a tendencia összhangban áll a Kúria legutóbbi joggyakorlat-elemzésének megállapításaival, amelyek szerint a sérelemdíj összegének meghatározása nem mechanikus vagy tarifális jellegű, hanem az adott ügy összes körülményének egyedi mérlegelésén alapul. A Kúria hangsúlyozza, hogy a sérelemdíj funkciója a személyiségi jogsérelem súlyának és intenzitásának kifejezése, ezért az összegszerű döntések szükségszerűen széles sávban mozoghatnak, és az eltérések nem az ítélkezési gyakorlat következetlenségét, hanem az ügyek közötti tényleges különbségeket tükrözik (Kúria, 2024).

Az eredmények alapján az igényelt és a megítélt nem vagyoni kártérítés/sérelemdíjak aránya mindkét vizsgált időszakban eltérően alakult az egy felperes által előterjesztett egyéni igények, illetve a több felperes közös fellépéséhez kapcsolódó eljárások esetében. Ezekben az egészségügyi perekben az egészségügyi szolgáltató szempontjából nem az egyes felperesekre jutó nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj mértéke bír elsődleges jelentőséggel, hanem az az **összesített összeg**, amellyel a peres eljárás eredményeként számolnia kell. Ebből a nézőpontból a megítélt nem vagyoni kártérítés/sérelemdíjak tartományának bemutatása releváns és érdemi információt nyújt a lehetséges pénzügyi kitettség nagyságrendjéről, még akkor is, ha az egyéni összegek személyhez kötöttsége miatt részletesebb statisztikai elemzés nem végezhető el. Ez a megközelítés összhangban áll a felelősségbiztosítási kockázatértékelés logikájával, ahol a fedezet tervezése során nem az egyedi jogsértések, hanem a potenciális kumulált kifizetések kerülnek előtérbe (Certicky, 2022).

A 2008–2010-es időszakban az elsőfokú eljárásokban jelentős arányban fordultak elő többfelpereses ügyek, amelyekben az igényelt és a megítélt nem vagyoni kártérítés összegei jellemzően magasabb tartományban mozogtak, mint az egyéni igények esetében. Ezzel szemben a 2018–2020-as időszakban az elsőfokú eljárásokban az egy felperes által előterjesztett igények váltak meghatározóvá, miközben a többfelpereses eljárások aránya csökkent.

Az egyéni igények esetében a 2018–2020-as időszakban az igényelt összegek tartománya jelentősen kitágult, míg a megítélt összegek növekedése ennél lényegesen mérsékeltebb maradt. Ennek következtében az igényelt és a megítélt összegek közötti aránykülönbség kifejezettebbé vált. A többfelpereses eljárásokban ezzel szemben a megítélt sérelemdíjak összegei mindkét időszakban magasabb sávban helyezkedtek el, ugyanakkor ezekben az ügyekben sem követte a megítélt összeg arányosan az igényelt összegek növekedését.

A másodfokú eljárásokban mind az egyéni, mind a többfelpereses ügyek esetében a megítélt sérelemdíjak tartománya szűkebb maradt az igényelt összegekhez képest, és az igényelt–

megítelt arány a 2018–2020-as időszakban mindkét igényérvényesítési forma esetében tovább nőtt. Ez a tendencia a nemzetközi szakirodalomban is megfigyelhető, hiszen mind az OECD hosszú távú és egészségügyi biztosítási piacokat vizsgáló elemzése, mind pedig az egészségügyi ellátás biztonságának gazdasági hatásaival foglalkozó vizsgálatok rámutatnak arra, hogy az egészségügyi szolgáltatók kitétsége és a biztosítási kockázatok alakulása dinamikusan változik, ami közvetlen hatással van a felelősségi és biztosítási struktúrákra (OECD, 2020; Slawomirski & Klazinga, 2022).

5.5. A nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj reálértékének alakulása a minimálbérhez viszonyítva

Az eredmények alapján megállapítható, hogy a nem vagyoni kártérítés/sérelemdíjak minimálbérhez viszonyított értéke a két vizsgált időszakban eltérően alakult az egyes perfokokon. Az elsőfokú ítéletekben 2018–2020-ra a megítelt sérelemdíjak reálértéke összességében emelkedett, míg a másodfokú eljárásokban a minimálbérhez viszonyított érték csökkenése volt azonosítható.

Ez azt jelzi, hogy a nominális összegek növekedése nem járt minden perfokon azonos mértékű reálérték-növekedéssel. A perfokok közötti eltérés arra utal, hogy a nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj reálértékének alakulása nem egységesen, hanem differenciáltan jelent meg az ítélkezési gyakorlatban, összhangban a különböző eljárási szinteken hozott döntések eltérő szerepével a jogerős összeg kialakításában. A nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj reálértékének vizsgálata a nem vagyoni károk pénzbeli kompenzációjának egyik lehetséges értelmezési keretét adja. A szakirodalom hangsúlyozza (Lábady, 2016), hogy a sérelemdíj összege nem objektív mérce szerint meghatározható. Ugyanakkor időbeli összehasonlítása csak valamilyen viszonyítási alap alkalmazásával értelmezhető.

5.6. A megítelt összegeket befolyásoló tényezők

Az eredmények alapján megállapítható, hogy az **ügy típusa** – vagyis az, hogy kizárólag személyiségi jogsértésen alapuló igény, kizárólag vagyoni kártérítési igény vagy e kettő együttes előterjesztése szerepelt-e a perben – önmagában nem tekinthető statisztikailag igazolható meghatározó tényezőnek a megítelt kártérítési összegek alakulása szempontjából.

Ugyanakkor az adatok leíró szinten következetes mintázatot mutatnak: mind a vagyoni és nem vagyoni kártérítés, mind a sérelemdíj, mind a járadék esetében az együttes igényérvényesítést tartalmazó ügyekben magasabb átlagos összegek jelentek meg. Ezek az

eltérések azonban nem érték el a statisztikai szignifikancia szintjét, így az ügytípus önmagában nem alkalmas az összegszerű különbségek magyarázatára.

Ez az eredmény összhangban áll a hazai szakirodalommal, amely szerint a pénzbeli jogkövetkezmények összegszerű meghatározása nem formális jogcím-függő, hanem a bírói mérlegelés körébe tartozó kérdés, ahol a bíróság a per összes körülményét, így különösen a jogsérelem jellegét, súlyát és bizonyíthatóságát értékeli (Miklós, 2016). Ennek megfelelően az együttes igényérvényesítéshez kapcsolódóan megfigyelhető magasabb átlagos összegek inkább arra utalnak, hogy ezekben az ügyekben komplexebb tényállások és szélesebb körű jogkövetkezmények jelennek meg, semmint arra, hogy az ügytípus önmagában oksági kapcsolatban állna az összegszerű döntésekkel. A sérelemdíj és a járadék esetében a szakirodalom is hangsúlyozza, hogy az összeg meghatározásának elsődleges szempontja a hátrány mértéke és annak értékelhetősége, ami tovább erősíti a leíró jellegű értelmezés indokoltságát (Eckl, 2022).

Az **időtényezők** vizsgálata alapján megállapítható, hogy az eljárások időtartama, valamint a jogsértés bekövetkezése és felismerése közötti idő elsősorban kontextuális jelentőséggel bír az egészségügyi perekben, azonban önmagukban nem tekinthetők a megítélt kártérítési összegek statisztikailag igazolható meghatározó tényezőinek. A korrelációelemzés eredményei szerint sem az első-, sem a másodfokú eljárás időtartama nem mutat összefüggést a megítélt vagyoni kártérítés, a nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj vagy a járadék összegével, ami arra utal, hogy az eljárás hossza nem jelenik meg implicit kompenzációs szempontként a bírói döntéshozatalban. Az időbeliség inkább az ügyek megélését, a felek szubjektív igazságérzetét és jogérvényesítési stratégiáját befolyásolja, nem pedig közvetlenül az összegszerű mérlegelést.

Ez a megállapítás összhangban áll a hazai szakirodalom következtetéseivel, amelyek szerint az időmúlás jogi relevanciája az orvosi műhibaperekben elsősorban a jogviszonyok minősítéséhez és az igényérvényesítés kereteihez kapcsolódik, nem pedig a kártérítés összegének meghatározásához (Pethő, 2021). Hasonló következtetésekre jut a nemzetközi empirikus jogi szakirodalom is, amely szerint az egészségügyi perek kimenetelét – beleértve a megítélt összegek nagyságát – alapvetően a jogsértés ténye, súlya és bizonyíthatósága határozza meg, míg az eljárási jellemzők, így az eljárás időtartama, önmagukban nem bírnak érdemi magyarázó erővel (Peters, 2008). Mindez megerősíti azt a következtetést, hogy a bíróságok az összegszerű döntéshozatal során következetesen elkülönítik az eljárási

körülményeket a jogsértés érdemi megítélésétől, és döntéseikben a tényleges joghátrányok értékelésére helyezik a hangsúlyt.

Az eredmények alapján megállapítható, hogy az **ítélet típusa** az egyes ítélezési szinteken eltérő módon befolyásolja a megítélt összegek alakulását. Az elsőfokú eljárásokban az ítélettípus egyértelműen meghatározó szerepet játszik mind a vagyoni kártérítés, mind a nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj, mind a járadék összegének megállapításában. A legmagasabb átlagos összegek minden vizsgált kártérítési elem esetében a keresetnek helyt adó ítéletekhez kapcsolódtak. Ez azt jelzi, hogy már elsőfokon elkülönülnek azok az ügyek, amelyekben a bíróság a jogsértést súlyosnak és teljes körűnek értékeli, és ezt az összegszerű döntésekben is következetesen érvényesíti.

A másodfokú eljárásokban az ítélettípus hatása már jóval szűkebb. Itt kizárólag a nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj összegénél mutatható ki szignifikáns összefüggés az ítélet típusa és a megítélt összeg között, míg a vagyoni kártérítés és a járadék esetében ilyen kapcsolat nem volt kimutatható. A legmagasabb átlagos nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj azokhoz az ítéletekhez kötődött, amelyekben a másodfokú bíróság az elsőfokú döntést a felperes javára megváltoztatta, és az ügyet új eljárásra utasította vissza. Ez arra utal, hogy másodfokon az ítélettípus elsősorban a személyiségi jogi jogkövetkezmények súlyának felülvizsgálatában kap szerepet.

A kúriai eljárásokban az ítélettípus ismét jelentőséggel bír mindhárom vizsgált jogkövetkezmény tekintetében. A legmagasabb nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj- és járadékösszegek azokban az ügyekben jelentek meg, amelyekben a Kúria a jogerős határozatot egészben vagy részben hatályon kívül helyezte, és új döntést hozott. A vagyoni kártérítés esetében a legmagasabb összegek a felperes javára megváltoztatott kúriai döntésekhez kapcsolódtak. Ezek az értékek – bár kevés esetre épülnek – azt mutatják, hogy a kúriai beavatkozás jellemzően olyan ügyekben történik, ahol a jogsértés súlya és következményei az összegszerű döntések érdemi újragondolását is szükségessé teszik.⁸

A „0 Ft-os”, azaz teljes **elutasítással záruló ítéletek** arányának csökkenése a vizsgált időszakok összehasonlításában az ítélezési gyakorlat érdemi elmozdulását jelzi. A 2018–2020-as időszakban – különösen az elsőfokú eljárásokban – ritkábbá váltak azok a döntések, amelyekben a bíróság a jogsértés megállapítása mellett sem ítelt meg sérelemdíjat.

⁸ Az ítélettípusok és a megítélt összegek közötti összefüggéseket az elemzés a teljes mintán, a két vizsgált időszak összevonásával vizsgálta; az időszakok közötti eltérések külön elemzésére e fejezet nem tér ki.

Ez a tendencia arra utal, hogy a sérelemdíj megítélése az újabb időszakban szorosabban kapcsolódik a személyiségi jogsértés megállapításához, és a jogsértés deklaratív kimondása egyre kevésbé válik el a pénzbeli kompenzáció alkalmazásától. A másodfokú eljárásokban a változás mérsékeltebb, ami összhangban áll a felülvizsgálati szint korrekciós jellegével.

5.7. A társult betegjog-sértések megjelenése és jelentősége az egészségügyi polgári perekben⁹

Az eredmények alapján megállapítható, hogy a tájékoztatási kötelezettség megsértése az egészségügyi perekben jellemzően nem izolált jogsértésként jelenik meg, hanem gyakran kapcsolódik más betegjogi jogok sérelméhez. Ez az eredmény összhangban áll a nemzetközi szakirodalom megállapításaival, amelyek szerint a tájékoztatási hiányosságok a műhibaperekben sok esetben az ellátás egészét érintő, strukturális problémák indikátorai, és nem pusztán önálló kommunikációs deficitek (Vidmar, 2008).

Ugyanakkor a jogsértések halmozódása a vizsgált mintában összességében ritkának tekinthető. Az ügyek túlnyomó többségében egyetlen társult betegjogsértés volt azonosítható, míg két vagy három jogsértés együttes fennállása csak kivételes esetekben fordult elő. Ez a megfigyelés illeszkedik azokhoz a nemzetközi empirikus kutatásokhoz, amelyek szerint a bíróságok a felelősség megállapítása során jellemzően nem halmozott jogsértési konstrukciók mentén döntenek, hanem egy domináns jogsérelem köré szervezik az értékelést (Bonetti et al., 2016).

A társult jogsértések tartalmi megoszlása alapján az egészségügyi ellátáshoz való jog kiemelt szerepe egyértelműen kirajzolódik. Ez a jogsértési forma fordult elő a legnagyobb számban, mind önállóan, mind más betegjogi jogokkal – különösen az önrendelkezési joggal – együtt. A két jog együttes megjelenése arra utal, hogy a tájékoztatási kötelezettség megsértése gyakran az ellátás minőségével, hozzáférhetőségével és a beteg tényleges döntési autonómiájával összefüggő problémákba ágyazódik be.

A statisztikai elemzés ugyanakkor azt mutatja, hogy a társult jogsértések száma önmagában nem áll összefüggésben az összegszerű döntéshozatallal. Sem az elsőfokú, sem a másodfokú, sem a kúriai eljárásokban nem volt kimutatható szignifikáns kapcsolat a társult jogsértések száma és a megítélt vagyoni kártérítés, nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj vagy járadék összege között.

⁹ A társult betegjog-sértések vizsgálata a teljes mintán történt; a jelen elemzés nem irányult a 2008–2010 és a 2018–2020 közötti időszakok közötti különbségek feltárására.

Az elsőfokú ítélkezési gyakorlatban tapasztalt jelenség összhangban áll a nemzetközi és hazai szakirodalom megállapításaival. Empirikus vizsgálatok szerint az egészségügyi perekben a megítélt összegek nagysága nem a jogsértések számától vagy azok jogdogmatikai típusától függ, hanem a tényleges kár, illetve a joghátrány súlyától és hosszú távú következményeitől (Studdert et al., 2006; Sloan & Chepke, 2008). A magyar polgári jogi szakirodalom szintén hangsúlyozza, hogy a személyiségi jogsértések értékelése nem kumulatív jellegű, és a nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj megállapítása során nem a jogsértések felsorolása, hanem azok összehatása bír meghatározó jelentőséggel (Lábady, 2014; Fuglinszky, 2015). A járadék esetében megfigyelhető, csupán tendenciaszintű eltérések megfigyelhetők annak a nemzetközi tapasztalatnak, miszerint a periodikus kompenzáció elsősorban a tartós, jövőbeni hátrányokhoz kötődik, és nem a jogsértések formális tipizálásához (Sloan & Chepke, 2008).

5.8. A szakterület szerepének értékelése a megítélt összegek alakulásában

Jelen kutatás eredményei szerint az ellátás szakterületi besorolása önmagában nem tekinthető az összegszerű döntések meghatározó tényezőjének egyik ítélkezési szinten sem. Ez a megállapítás összhangban áll mind a nemzetközi, mind a hazai szakirodalom azon következtetéseivel, amelyek szerint a kártérítési és nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj-összegek alakulását nem a szakmai besorolás, hanem az egyedi jogsértések súlya, a következmények jellege és tartóssága határozza meg.

Az európai empirikus kutatások rámutatnak arra, hogy bizonyos orvosi szakterületek – különösen a műtéti és magas kockázatú ellátások – fokozott peres kitettséggel járhatnak, azonban ez elsősorban rendszerszintű kockázati tényezőket tükröz, és nem a bírói összegmegállapítás szakterület-specifikus logikáját. Dronkers és munkatársai eredményei szerint a szakterületek közötti különbségek a malpractice-kockázat és az igényérvényesítés gyakorisága tekintetében relevánsak, ugyanakkor ezek nem értelmezhetők automatikusan a megítélt összegek determinánsaként a döntéshozatal szintjén (Dronkers et al., 2024).

A hazai jogirodalom ezzel összhangban hangsúlyozza, hogy a nem vagyoni kártérítés és a sérelemdíj megállapítása során a bíróságok nem mechanikus, kategóriaalapú mérlegelést végeznek, hanem az adott ügy egyedi körülményeit, a jogsérelem intenzitását és a felperest ért tényleges hátrányokat értékelik. Csehi kiemeli, hogy az egészségügyi perekben a jogkövetkezmények összegszerű meghatározása nem köthető előre rögzített szakterületi vagy jogcím-listákhoz, hanem az egyedi tényállás komplex értékelésén alapul (Csehi, 2022).

Hasonló következtetésre jut Lábady is, aki már a nem vagyoni kártérítés klasszikus elemzéseiben rámutatott arra, hogy az összegszerű bírói mérlegelés középpontjában nem a jogsértés formális minősítése, hanem annak tényleges súlya és társadalmi megítélése áll. E felfogás szerint a bírósági döntésekben a hangsúly nem azon van, hogy milyen típusú ellátás során történt a jogsértés, hanem azon, hogy az milyen mértékben sértette a jogosult személyiségi és alapjogi pozícióját (Lábady, 1992).

Mindezek alapján jelen kutatás statisztikai eredményei nem elszigetelt jelenségként értelmezhetők, hanem illeszkednek ahhoz a szélesebb európai és hazai szakirodalmi konszenzushoz, amely szerint a szakterület legfeljebb kontextuális háttértényező, de nem önálló, összegszerű döntést meghatározó változó az egészségügyi perek ítélkezési gyakorlatában.

5.9. Az ellátási szint szerepe a megítélt összegek alakulásában

Az ellátási szint összegszerű hatásának hiánya összhangban áll a nemzetközi – különösen európai – egészségügyi jogi szakirodalom azon megállapításaival, amelyek szerint a kártérítési és kompenzációs döntések nem az ellátás szervezeti szintjéhez, hanem az egyedi jogsérelem súlyához és következményeihez kötődnek. Nemzetközi elemzések rámutatnak arra, hogy az egészségügyi ellátás struktúrája vagy volumene önmagában nem determinálja sem a kártérítési igények gyakoriságát, sem az átlagos kompenzációs összegeket; ezek sokkal inkább kontextuális, eset-specifikus tényezők mentén alakulnak (Buzzacchi et al., 2016).

Az európai egészségügyi jogi diskurzusban szintén hangsúlyos, hogy a felsőbb bírói fórumok – különösen a felülvizsgálati eljárásokban – nem az ellátás szakmai vagy szervezeti besorolását, hanem a jogi minősítés helyességét és az alsóbb fokú mérlegelés megalapozottságát vizsgálják (Watson, 2018). E megközelítés jól illeszkedik ahhoz az empirikus eredményhez, amely szerint az ellátási szint a vizsgált mintában nem jelent meg önálló, összegszerű döntést befolyásoló tényezőként. A szülészet–nőgyógyászat sajátosságainak értékelése az egészségügyi polgári perekben

A nemzetközi és hazai szakirodalom egybehangozóan megerősíti, hogy a szülészet–nőgyógyászat az egészségügyi perek egyik strukturálisan leginkább érintett szakterülete. A vizsgálatok szerint e terület peres kitettsége nem időszakos jelenség, hanem tartós sajátosság, amely az ellátás jellegéből, a beavatkozások időérzékenységből, valamint az anya és a magzat egyidejű érintettségéből fakad (Studdert et al., 2006; OECD, 2017).

A szülészeti perek felperesi köre más szakterületekhez képest markánsan eltérő perstruktúrát mutat. Ezekben az ügyekben az I. rendű felperes tipikusan az anya, illetve súlyosabb esetekben a gyermek törvényes képviselő útján, ami a nemi megoszlás önálló értelmezési jelentőségét háttérbe szorítja, ugyanakkor a felperesi szerepkör meghatározóvá válik.

Az életkori sajátosságok tekintetében a szakirodalom szintén következetes mintázatot azonosít: a szülészeti–nőgyógyászati kártérítési ügyekben az I. rendű felperesek átlagéletkora érdemben alacsonyabb, mint más szakterületeken, ami az ellátás élethelyzetéhez kötött jellegével magyarázható. A gyermekek jogainak érvényesítésére irányuló perek jelenléte tovább erősíti azt a képet, hogy ezek az eljárások nem kizárólag egyéni, hanem családi és generációs dimenzióval is rendelkeznek.

Összességében a szakirodalmi eredmények összhangban állnak az empirikus adatokkal abban, hogy a szülészeti–nőgyógyászati peres érintettsége komplex, strukturális jelenség, amelyet a felperesi kör összetétele, az életkori sajátosságok és a hosszú távú következmények együttesen határoznak meg.

Az eredmények alapján megállapítható, hogy a szülészeti–nőgyógyászati **ellátási szint** szerinti megoszlása érzékelhetően eltér az egyéb szakterületek gyakorlatától. Míg az egészségügyi perek túlnyomó része általában fekvőbeteg-ellátáshoz kapcsolódik, a szülészeti ügyekben a járóbeteg-ellátás aránya lényegesen hangsúlyosabb. Ez arra utal, hogy a szülészeti ellátáshoz kötődő jogviták nem kizárólag a klasszikus kórházi fekvőbeteg-ellátás során keletkeznek, hanem jelentős részük az ambuláns, gondozási vagy kontrolljellegű ellátási helyzetekhez kapcsolódik.

Ez a sajátosság jól illeszkedik a szülészeti ellátás nemzetközi szakirodalomban leírt jellegéhez, amely a várandósgondozást és a szülést hosszabb időszakon átívelő, többszintű és többszereplős folyamatként értelmezi, ahol a beteg–orvos kapcsolat döntő része járóbeteg-ellátási keretek között valósul meg (World Health Organization, 2016c). A járóbeteg-ellátás nagyobb súlya egyben azt is jelzi, hogy a jogsértések jelentős része nem egyetlen akut beavatkozáshoz, hanem folyamatjellegű ellátáshoz kötődik, különösen a tájékoztatási, együttműködési és döntés-előkészítési kötelezettségek teljesüléséhez. Ezt a nemzetközi tapasztalatok is alátámasztják, amelyek szerint a szülészeti ellátásban a felelősségi konfliktusok jelentős része a gondozási folyamat során, nem pedig kizárólag a szülés eseményéhez kapcsolódva jelenik meg (Sakala, 2013).

Az időbeli összevetés azt mutatja, hogy a szülészeti–nőgyógyászati területén fokozatos elmozdulás figyelhető meg az ellátási szintek megoszlásában. A korábbi időszakban a

fekvőbeteg-ellátáshoz kötődő ügyek dominanciája volt jellemző, míg a későbbi időszakban a járóbeteg-ellátás szerepe erősödött. Ez az eltolódás értelmezhető az ellátásszervezés átalakulásának, a gondozási és ambuláns ellátási formák térnyerésének, valamint a beteg–orvos kapcsolat időbeli kiterjedésének következményeként, ahogyan azt a szülészeti ellátás nemzetközi irányelvei és elemzései is hangsúlyozzák (World Health Organization, 2016c). Ugyanakkor az adatok alapján ez az átrendeződés nem éles szerkezeti váltásként, hanem fokozatos, tendenciózus elmozdulásként értelmezhető, amely arra utal, hogy a szülészeti ellátás peres érintettsége egyre kevésbé kötődik kizárólag intézményi fekvőbeteg-helyzetekhez, és mindinkább megjelenik a járóbeteg-ellátás mindennapi gyakorlatában is.

Az elemzés alapján megállapítható, hogy a szakterület önmagában nem mutat szignifikáns kapcsolatot a jogi ügy típusával. A szüléset–nőgyógyászat és az **egyéb szakterületek** között statisztikai értelemben nem különülnek el élesen sem a kizárólag személyiségi jogi, sem a kizárólag vagyoni, sem az ezek együttes érvényesítésére irányuló perek. Ez összhangban áll a nemzetközi szakirodalom megállapításaival, amelyek szerint az egészségügyi perek jogi szerkezete elsősorban a konkrét jogsértési helyzet komplexitását tükrözi, nem pedig önmagában a szakterületi hovatartozást (Grupo de Investigación en Derecho Sanitario y Bioética, 2024).

Ugyanakkor a leíró arányok tartalmi különbségekre utalnak. A szüléset–nőgyógyászat területén magasabb azoknak az ügyeknek az aránya, amelyekben a személyiségi jogi és a vagyoni igény együttesen jelenik meg, míg az egyéb szakterületeken nagyobb súllyal fordulnak elő az önálló személyiségi jogsértésre épülő perek. Bár ezek az eltérések nem szignifikánsak, a mintázat következetes, és illeszkedik azokhoz a nemzetközi tapasztalatokhoz, amelyek a szülészeti ellátást olyan területként írják le, ahol a testi integritást, az önrendelkezést és az életminőséget érintő sérelmek gyakran együtt járnak hosszabb távú vagyoni következményekkel (Grupo de Investigación en Derecho Sanitario y Bioética, 2024).

Az időbeli összevetés a szülészeti ügyekben arra utal, hogy a későbbi időszakban nőtt az együttes jogi igényérvényesítés aránya, miközben csökkent a kizárólag személyiségi jogsértésként megjelenő ügyek száma. Bár ez az elmozdulás statisztikailag nem bizonyult szignifikánsnak, iránya egyértelmű, és megfelel annak a nemzetközi tendenciának, amely szerint a szülészeti perekben a jogi igények egyre inkább integrált módon, több jogsérelem együttes értékelésével jelennek meg (Grupo de Investigación en Derecho Sanitario y Bioética, 2024).

A társult betegjog-sértések elemzése már markánsabb különbségeket tár fel. A szülészet–nőgyógyászatban gyakrabban jelenik meg az önrendelkezési jog sérelme – önállóan vagy más jogsértésekkel együtt –, míg az egyéb szakterületeken az egészségügyi ellátáshoz való jog megsértése dominál. A későbbi időszakban a szülészeti perek döntő többségében azonosítható volt legalább egy társult betegjog-sértés, szemben a korábbi idősakkal, amikor még számottevő arányban fordultak elő ilyen jogsértés nélküli ügyek.

Az **időtényezők** elemzése arra világít rá, hogy az egészségügyi perek időbeli lefutása több, egymástól jól elkülöníthető szakaszra bontható, amelyek eltérő súllyal járulnak hozzá az eljárások elhúzódásához. Az eredmények alapján megállapítható, hogy a jogsértés bekövetkezése és annak felismerése közötti idő jellemzően rövid, míg a jogsérelem felismerésétől az elsőfokú eljárás megindításáig eltelt idő lényegesen hosszabb. Ez az eltolódás arra utal, hogy a peres igényérvényesítés kése delme nem elsősorban a jogsértés azonosításához, hanem az eljárás megindítását megelőző döntési, előkészítési és adminisztratív szakaszhoz kapcsolódik.

A szülészet–nőgyógyászat sajátos mintázatot mutat: e szakterületen a jogsértés felismerése átlagosan gyorsabb, ugyanakkor a felismeréstől az elsőfokú eljárás megindításáig eltelt idő hosszabb, mint az összevont egyéb szakterületeken. Ez a kettősség arra utal, hogy bár a jogsérelem az érintettek számára viszonylag korán érzékelhetővé válik, az igényérvényesítés tényleges megindítása késleltetettebb. Az időbeli különbség összefüggésben állhat azzal, hogy a szülészeti esetek gyakran komplexebb élethelyzethez kötődnek, és a jogi lépések megtételét megelőzően hosszabb mérlegelési időszak figyelhető meg.

Az idősakok összevetése tovább árnyalja ezt a képet. A szülészet–nőgyógyászatban a jogsérelem felismerésétől az elsőfokú eljárás megindításáig eltelt idő a későbbi idősakban szignifikánsan meghosszabbodott, míg a jogsértés felismerésének ideje önmagában nem mutatott statisztikailag igazolható változást. Ez arra utal, hogy az eljárásindítást megelőző szakasz időigénye nőtt, miközben a jogsértés azonosításának gyorsasága nem változott érdemben.

Az eljárási szakaszok időtartamának vizsgálata alapján megállapítható, hogy az elsőfokú eljárás mindkét szakterületi csoportban több évig tart, míg a másodfokú eljárás ehhez képest lényegesen rövidebb. A perfokok közötti időkülönbségek szignifikánsak, ami megerősíti azt a képet, hogy az eljárások időigényét elsősorban az elsőfokú bizonyítási és döntéshozatali szakasz határozza meg. A felülvizsgálati eljárás időtartama ugyanakkor újra növeli az eljárás

teljes hosszát, különösen a szüléset–nőgyógyászatban, ahol a kúriai szakaszhoz kapcsolódó időtartam átlagosan hosszabb.

Az eredmények alapján megállapítható, hogy a szakterület önmagában nem határozza meg az igényelt és megítélt **kártérítés, nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj vagy járadék összegét**. A bírósági döntések összességű alakulása nem mutat olyan mintázatot, amely egyértelműen és kizárólagosan szakterülethez köthető döntési logikára utalna. Ugyanakkor a leíró adatok alapján következetes tendencia rajzolódik ki: a szüléset–nőgyógyászat területén mind az igényelt, mind a megítélt összegek átlagosan magasabb szinten alakulnak, mint az összevont egyéb szakterületek esetében.

Ez a jelenség valamennyi vizsgált jogkövetkezmény tekintetében megfigyelhető. A kártérítési igények és az azok alapján megállapított összegek a szüléseti ügyekben rendszerint magasabb nagyságrendet képviselnek. Hasonló tendencia érvényesül a nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj vonatkozásában is, ahol a szüléset–nőgyógyászatban nemcsak az igények, hanem a megítélt összegek is következetesen magasabb szinten jelennek meg a különböző ítélezési szinteken. A járadék esetében ugyanez a mintázat figyelhető meg, ami arra utal, hogy a szüléseti ügyekben a hosszabb távú vagyoni következmények súlya is hangsúlyosabban jelenik meg.

E tendenciák értelmezése összhangban áll a nemzetközi szakirodalom megállapításaival, amelyek szerint a szüléseti ellátás sajátos jogi és élethelyzeti kontextusban zajlik. A szüléseti ellátás során megjelenő jogsértések gyakran egyszerre érintik a testi integritást, az önrendelkezési jogot és az emberi méltóságot, miközben az ellátás jellemzően folyamatjellegű és hosszabb időszakot ölel fel. Ennek következtében a jogsérelmek komplex módon artikulálódnak, és nem ritkán egyidejű személyiségi és vagyoni joghátrányként jelennek meg (Bohren et al., 2015; Freedman & Kruk, 2014; World Health Organization [WHO], 2015).

Az időbeli összehasonlítás további lényeges összefüggésre világít rá. A szüléset–nőgyógyászat területén a kártérítés és a járadék összegeinek alakulása a két vizsgált időszak között érdemi elmozdulást nem mutatott. Ezzel szemben a nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj esetében egyértelmű változás figyelhető meg az igényérvényesítés szintjén. Az újabb időszakban a felperesek a sérelemdíjat hangsúlyosabban, önálló jogkövetkezményként jelenítik meg, és magasabb összegű igényeket fogalmaznak meg mind az első-, mind a másodfokú eljárásokban.

Ez az elmozdulás nem a bírói gyakorlat radikális átalakulását tükrözi, hanem elsősorban az igényérvényesítési attitűd változására utal. A nemzetközi tapasztalatok szerint a medical

malpractice perekben a személyiségi jogi sérelmek tudatosabb és explicitebb artikulálása általános tendencia, amely összefügg a betegjogok normatív megerősödésével és a méltóság- és autonómiaközpontú megközelítések térnyerésével (Mello et al., 2020; OECD, 2006). Ebbe a fejlődési ívbe illeszkedik az a hazai tendencia is, amely szerint a szülészeti ügyekben a sérelemdíj egyre inkább a jogérvényesítés központi elemévé válik.

5.10. Kutatás erősségei, korlátai

5.10.1. A kutatás erősségei

1. A kutatás tudomásunk szerint elsőként nyújt átfogó, szisztematikus és kvantitatív alapú elemzést a tájékoztatási kötelezettség megsértéséhez kapcsolódó egészségügyi polgári jogi perek ítélezési gyakorlatáról Magyarországon. A vizsgálat túllép az eddig jellemzően esetbemutató, leíró jellegű feldolgozásokon, és az ítélezési gyakorlat szerkezetét, belső összefüggéseit átfogó empirikus adatokra építve tárja fel.

2. A vizsgálat nem kiragadott bírósági döntésekre épült, hanem a vizsgált időszakokra vonatkozó releváns egészségügyi perek szisztematikus feldolgozásán alapult. Ez a kutatási célkitűzésekben megfogalmazott teljeskörű megközelítés lehetővé tette az ítélezési gyakorlat szerkezeti sajátosságainak és tipikus mintázatainak torzításmentes vizsgálatát, és hozzájárult a levont következtetések szélesebb körű érvényességéhez.

3. A kutatás egyik kiemelést érdemlő erőssége az alkalmazott módszertan újszerűsége és komplexitása hazai környezetben. A vizsgálat saját fejlesztésű, egységes kódolási és adatfeldolgozási rendszerre épült, amely a jogdogmatikai elemzést empirikus és statisztikai eszközökkel ötvözte. A módszertan lehetővé tette a jogalap megállapítására és az összecszerű jogkövetkezmények meghatározására vonatkozó bírói döntések elkülönített vizsgálatát, ezáltal torzításmentesen feltárva a jogértelmezési és a kompenzációs dimenziókat.

4. A kutatás két, jogfejlődési szempontból eltérő időszak ítélezési gyakorlatát hasonlította össze azonos beválogatási, kódolási és elemzési szempontok mentén. Az egységes módszertani keret biztosította, hogy az egyes időszakok közötti eltérések értelmezése ne módszertani különbségekből, hanem tényleges jogalkalmazási és szemléleti változásokból fakadjon, lehetővé téve az ítélezési gyakorlat időbeli átalakulásának megbízható vizsgálatát.

5. A kutatás módszertani újítása a kártérítési és sérelemdíj-összegek időbeli összehasonlíthatóságát szolgáló normalizációs megközelítés alkalmazása. A minimálbérhez viszonyított értelmezési keret (MB-alapú mutató) lehetővé tette az összecszerű tendenciák

értékálló és arányos vizsgálatát, figyelembe véve a személyiségi jogi jogkövetkezmények személyhez kötött jellegét, valamint a többfelpereses ügyek sajátosságait.

6. A kutatás eredményei közvetlenül hasznosíthatók mind a jogalkalmazás, mind az egészségügyi gyakorlat számára. Az empirikus megállapítások hozzájárulnak az ítélkezési szempontok következetesebb értelmezéséhez, az egészségügyi szolgáltatók kockázatkezelési és dokumentációs gyakorlatának fejlesztéséhez, valamint a betegjogok hatékonyabb érvényesüléséhez.

7. A vizsgálat módszertana és egyes eredményei nemzetközi szakirodalmi párhuzamokkal összevethetők, és a kutatás megállapításai nemzetközi folyóiratban megjelent más publikációkban is visszaigazolást nyertek. Ez a külső validáció megerősíti a módszertani megközelítés tudományos megalapozottságát és a kutatás nemzetközi relevanciáját.

8. A disszertáció összességében olyan integrált elemzési keretet alkalmaz, amely alkalmas a bírósági gyakorlat nemcsak számszerű változásainak, hanem belső arányosságának, heterogenitásának és szemléleti átalakulásának feltárására. Tudomásunk szerint egészségügyi polgári jogi perekben Magyarországon elsőként valósult meg ilyen mélységű, kvalitatív és kvantitatív elemzésre épülő, összehasonlítható BH-feldolgozás.

5.10.2. A kutatás korlátai

1. A vizsgálat kizárólag jogerős bírósági ítéletek kvalitatív és kvantitatív tartalomelemzésén alapult. Ennek következtében nem kerültek bevonásra a peren kívüli egyezségek, mediációs eljárások, biztosítói kárrendezések és intézményi kompenzációs megállapodások, noha ezek az egészségügyi felelősségi rendszerben érdemi szerepet tölthetnek be. A kutatás így az egészségügyi felelősségvállalás azon szegmensét vizsgálja, amely ténylegesen bírósági eljárásba torkollott, és elsősorban az ítélkezési gyakorlat struktúráját és belső logikáját tükrözi.

2. Módszertani megfontolások alapján a vizsgálat időhatára 2020 végén került rögzítésre. A 2021 utáni időszak ítéleteinek bevonását egyrészt a - kutatás 2022 évi kezdetekor érzékelhető-publikáltság és anonimizálás egyenetlensége, másrészt a COVID-19 pandémiához kapcsolódó ellátási és dokumentációs sajátosságok (Őri & Antal, 2021) potenciális torzító hatása indokolta. A 2008–2010 és a 2018–2020 időszakok kijelölése ugyanakkor lehetővé tette a tájékoztatási kötelezettség és az önrendelkezési jog bírói értelmezésének időbeli és dogmatikai összevetését.

3. A vizsgált ítéletek a Wolters Kluwer Ügyvéd Jogtár Plusz adatbázisából származtak, amely széleskörű, de nem teljeskörű gyűjteménye a bírósági határozatoknak. Az empirikus feldolgozás így a nyilvánosságra hozott döntések körére terjedt ki. A korábbi időszak (2008–

2010) ítéleteinél az eltérő digitális formátum és a dokumentáltság változó részletessége technikai korlátot jelentett az egységes adatfeldolgozás során.

Ez a körülmény nem a kutatás érvényességét, hanem annak forrásjogi kereteit jelöli ki: a vizsgálat célja nem statisztikai reprezentativitás, hanem az ítélkezési gyakorlat belső mintázatainak feltárása volt.

4. A kvalitatív tartalomelemzés rögzített kódolási szabályrendszer mentén, többrésztvevős egyeztetéssel valósult meg.

A kutatás nem alkalmazott mélyeségi szövegelemzési technikákat kvalitatív szövegelemző szoftverek használatával (pl. MAXQDA), ami korlátozta az érvelési mintázatok algoritmikus összehasonlíthatóságát, ugyanakkor ez a hiátus összhangban állt a vizsgálat jogdogmatikai és ítélkezési gyakorlatra irányuló fókuszával.

5. A kártérítési és sérelemdíj-összegek időbeli összehasonlíthatóságát szolgáló normalizációs megközelítés alkalmas volt az inflációs torzulások mérséklésére, ugyanakkor nem képes figyelembe venni a regionális bérkülönbségeket, a társadalmi-gazdasági környezet eltéréseit, valamint a minimálbér-változások gazdaság- és szociálpolitikai meghatározottságát. A magas szórásértékek az egészségügyi perek strukturális heterogenitását tükrözik, nem pedig az adatok megbízhatatlanságát; a normalizáció célja így nem az egyedi összegek kiegyenlítése, hanem az időbeli tendenciák és relatív elmozdulások értelmezhetőségének biztosítása volt. Az elemzés során tudatos módszertani döntésként nem az általános inflációs rátával történt korrekció, mivel a bírói gyakorlat a kártérítési és sérelemdíj-összegek meghatározásakor nem alkalmaz reálérték-számítást, és az infláció mint önálló, nevesített mérlegelési szempont az ítéletek indokolásában nem jelenik meg.

6. A kutatás elsődlegesen empirikus megközelítésben vizsgálta az egészségügyi tájékoztatási kötelezettség megsértéséhez kapcsolódó ítélkezési gyakorlatot. Ennek megfelelően a sérelemdíj, a vagyoni és nem vagyoni kártérítés és a járadék dogmatikai kérdései nem önálló normatív elemzés tárgyaként, hanem a bírói gyakorlatban megjelenő értelmezési keretek részeként kerültek feldolgozásra. Ez a módszertani fókusz tudatos választás volt, amely az ítélkezési gyakorlat működésének feltárását helyezte előtérbe.

7. A kvantitatív elemzések során egyes változók esetében széles értéktartomány és magas szórás volt megfigyelhető, amely részben az egészségügyi kártérítési perekre jellemző strukturális heterogenitásból fakad. A megítélt összegek eloszlását egyes esetekben szélső értékek befolyásolták, különösen a magas összegű nem vagyoni kártérítés/sérelemdíjak és kártérítések körében. Ez indokoltá tette, hogy az elemzés ne kizárólag átlagértékekre, hanem

mediánokra, tartományokra és eloszlási jellemzőkre is támaszkodjon. A kis elemszámú alcsoportok esetében – különösen a kúriai döntések és egyes speciális ítélet típusok vonatkozásában – az eredmények értelmezése fokozott óvatosságot igényelt és elsősorban tendenciák, nem pedig általánosítható oksági összefüggések azonosítására volt alkalmas.

8. A kutatás korlátját jelenti, hogy az ítélkezési gyakorlatban a tájékoztatási kötelezettség megsértése nem jelenik meg önálló, elkülönített kompenzációs tételként az összegszerű jogkövetkezmények meghatározásakor. A bíróságok a megítélt összegeket az ügy egészére vonatkozó mérlegelés eredményeként határozzák meg, ami korlátozza a tájékoztatási jogsértéshez kapcsolódó kompenzáció önálló kvantitatív vizsgálatát.

6. KÖVETKEZTETÉSEK

A kutatás átfogó eredményei alátámasztják, hogy a tájékoztatási kötelezettség megsértésének bírói megítélése a vizsgált időszakok között érdemben átalakult, a korábbi, elsősorban szakmai mulasztás-központú szemlélettől egy betegközpontú, autonómia-alapú jogértelmezési modell irányába mozdult el, amelyben a tájékoztatási kötelezettség megsértése önálló, személyiségi jogi jelentőséggel bíró jogsértésként jelenik meg.

Ez a szemléleti fordulat a bizonyítás, az érvelés és a jogkövetkezmények rendszerében is következetesen tükröződik. A sérelemdíj az egészségügyi perekben stabil, önálló jogkövetkezménnyé vált.

A kvantitatív eredmények összességében azt támasztják alá, hogy az ítélkezési szintek közötti kapcsolat nem esetleges, hanem strukturált és egymásra épülő. Az alsóbb fokú bíróságok döntései meghatározó orientációs pontot jelentenek a felsőbb fórumok számára, ami hozzájárul az ítélkezési gyakorlat belső koherenciájához és a jogalkalmazás előreláthatóságához. A legfelsőbb bírósági/kúriai felülvizsgálat e rendszerben nem általános jogorvoslatként működik, hanem kivételes, koncentrált kontrollt gyakorol az érdemi jogértelmezési kérdések felett.

A kutatás eredményei alapján megállapítható, hogy az ítélkezési gyakorlat nem uniformizálja a nem vagyoni károkozás/személyiségi jogi jogkövetkezményeket, hanem tudatosan fenntartja a mérlegelési mozgásteret, amely a jogsérelem súlyához és körülményeihez igazodó döntéshozatalt tesz lehetővé. A bírói összecszerű mérlegelés alapvetően minőségi, nem pedig kvantitatív logikát követ. A jogsértések száma vagy formális kategorizálása önmagában nem determinálja a megítélt összegek nagyságát; a bíróságok mérlegelésének középpontjában következetesen a jogsérelem tartalma, súlya és alapjogi jelentősége áll. E körben különösen hangsúlyos szerepet tölt be az önrendelkezési jog megsértése, amely minden ítélkezési szinten kiemelt, alapjogi súllyal jelenik meg.

A bíróságok a sérelemdíj intézményének kiteljesedését nem egységes „sablon” szerint alkalmazzák, hanem az egyes jogkövetkezmények funkciójához és az ügyek tényleges komplexitásához igazodó módon integrálják a döntéshozatalba. A bírói gyakorlat egyszerre törekszik a kiszámíthatóság és az individualizált igazságosság érvényesítésére.

Megállapítható, hogy az ítélkezési gyakorlatban a tájékoztatási kötelezettség megsértése az összecszerű jogkövetkezmények meghatározása során nem jelenik meg önálló, elkülönített kompenzációs tételként. A bíróságok a megítélt összegeket nem bontják fel a tájékoztatási hiányosságokhoz kapcsolódó részösszetevőkre, hanem azokat az ügy egészére vonatkozó mérlegelés eredményeként határozzák meg.

Az időtényező vizsgálatát az erősíti meg, hogy az időbeliség az egészségügyi perek értelmezési keretét adja meg, de nem válik önálló, „beárazható” döntési szemponttá. Az eljárások elhúzódása elsősorban az elsőfokú szakaszhoz kötődik, míg a felsőbb ítélkezési szinteken a jogvita lezárása jellemzően gyorsabb, ugyanakkor a felülvizsgálati eljárások időigénye a szülészeti ügyek fokozott komplexitását és precedensképző jelentőségét tükrözi.

A szakterületi és ellátási szint szerinti elemzések alapján megállapítható, hogy az összegszerű bírói döntéshozatal nem szakterület- vagy ellátási formafüggő. A bíróságok mérlegelése nem az egészségügyi ellátás formális kategóriáihoz, hanem a konkrét jogsértés jellegéhez és következményeihez igazodik. Ugyanakkor a szülészet–nőgyógyászat sajátos mintázatot mutat: e területen a jogsértések komplexebbek, az önrendelkezési jog hangsúlyosabb, és a személyiségi jogi és vagyoni igények együttes érvényesítése egyre jellemzőbbé válik.

A kutatás eredményei egyúttal arra is rámutatnak, hogy a tájékoztatási kötelezettség megsértése nem pusztán önálló kommunikációs vagy formai jogsértésként értelmezhető, hanem sok esetben az egészségügyi ellátás komplexitásának, a beteg fokozott kiszolgáltatottságának és az ellátási folyamat strukturális feszültségeinek indikátoraként jelenik meg. Ez a megközelítés megerősíti azt a következtetést, hogy a tájékoztatási kötelezettség jogi megítélése túlmutat az egyedi jogvitákon és az egészségügyi ellátórendszer minőségének, megbízhatóságának és jogi kockázatainak értelmezésében is releváns normatív szerepet tölt be.

Összességében a kutatás eredményei azt támasztják alá, hogy a tájékoztatási kötelezettség megsértése az egészségügyi perekben nem periférikus kérdés, hanem az ítélkezési gyakorlat egyik központi, normaképző eleme. A bírói gyakorlat fejlődése ebben a körben nemcsak dogmatikai értelemben jelent előrelépést, hanem érdemben hozzájárul a betegjogok tényleges érvényesüléséhez és az egészségügyi jogalkalmazás kiszámíthatóságához.

6.1. Javaslatok

A kutatás eredményei alapján indokolt annak további erősítése a jogalkalmazásban, hogy a tájékoztatási kötelezettség megsértése önálló felelősségi alapként értékelendő, amely nem kizárólag a szakmai mulasztás „járulékos” vetületeként jelenik meg. A feltárt ítélkezési gyakorlat alapján kiemelt lehet annak erősítése, hogy a bírósági indokolások az összegszerű jogkövetkezmények meghatározása során világosabban jelezzék, milyen szempontok játszottak szerepet a tájékoztatási kötelezettség megsértésének értékelésében. Az összegszerű

döntések részletesebb indokolása hozzájárulhatna a jogalkalmazás átláthatóságához és a felek számára is érthetőbbé tenné, hogy a tájékoztatási hiányosságok miként épülnek be az ügy egészére vonatkozó mérlegelésbe.

A kutatás arra is rámutat, hogy a dokumentáció nem pusztán adminisztratív kötelezettség (Őri & Antal,2020a), hanem kifejezetten bizonyítási funkcióval bír. Ebből következően indokolt annak tudatosítása is, hogy a tájékoztatás igazolhatósága az egészségügyi szolgáltatók számára nemcsak szakmai, hanem jogi kockázatkezelési kérdés is, amely közvetlen hatással van a peres felelősség megállapíthatóságára (Őri & Antal,2020b).

Az empirikus eredmények alapján a tájékoztatási kötelezettség teljesítése nem redukálható formális beleegyező nyilatkozatok aláírására. A beteg autonómiáját középpontba állító bírói gyakorlat azt jelzi, hogy az ellátás során fokozott hangsúlyt kell kapnia a tényleges döntési helyzetek kommunikációjának, a kockázatok érthető és személyre szabott közlésének, valamint a beteg kérdezési lehetőségének valós biztosításának.

Indokoltnak látszik olyan intézményi protokollok és képzési elemek kialakítása és megerősítése, amelyek a tájékoztatási kötelezettséget nem egyszeri aktusként, hanem az ellátási folyamat egészét átható, folyamatos kommunikációs kötelezettségként kezelik. Indokoltnak látszik a tájékoztatási kötelezettség tartalmi elemeihez és bizonyítási követelményeihez kapcsolódó olyan célzott szakmai továbbképzési elemek erősítése, amelyek az egészségügyi perek sajátos bizonyítási és értelmezési kérdéseire, különösen a tájékoztatási kötelezettség és az önrendelkezési jog összefüggéseire fókuszálnak. Mindez együttesen hozzájárulhat a jogviták megelőzéséhez, a jogalkalmazás következetességéhez és a beteg–orvos kapcsolat minőségi javulásához.

A disszertáció eredményei megalapozzák további, kifejezetten empirikus irányú kutatások szükségességét. Kiemelten indokolt lenne kérdőíves felmérés lefolytatása, amely az egészségügyi dolgozók, valamint – külön vizsgálati dimenzióként – a betegek tapasztalatait és percepcióit egyaránt feltárná. Egy ilyen vizsgálat választ adhatna arra, hogy az érintettek miként értelmezik a tájékoztatási kötelezettség tartalmát, milyen gyakorlati nehézségekkel szembesülnek annak teljesítése során, és miért nem épült be maradéktalanul az ellátási rutinokba egy 1998 óta fennálló jogi követelmény.

A kérdőíves módszer érdemi kiegészítése lehetne a bírósági ítéleteken alapuló elemzéseknek, mivel közvetlen visszajelzést adna az ellátási folyamat szereplőinek attitűdjeiről, és empirikusan feltárhatóvá tenné a jogalkalmazás és az egészségügyi gyakorlat közötti feszültségeket.

További kutatási irányként indokolt a vizsgálat kiterjesztése más, az önrendelkezési jog szempontjából különösen érzékeny egészségügyi területekre is, így különösen a gyermekellátás, az intenzív ellátásra, valamint a pszichiátriai ellátásra. E szakterületek sajátos döntési helyzetei a betegek cselekvőképességi és kommunikációs kihívásai várhatóan eltérő mintázatokat mutatnak, amelyek összehasonlító elemzése tovább árnyalhatná a tájékoztatási kötelezettség gyakorlati érvényesüléséről alkotott képet.

Összességében a disszertáció eredményei arra utalnak, hogy a tájékoztatási kötelezettség megsértésének megítélése a magyar joggyakorlatban „alapjogi” jelentőségű, amely túlmutat az egyedi jogviták keretein. A beteg autonómiájának védelme e körben nem kizárólag jogdogmatikai kérdésként jelenik meg, hanem egészségügyi, intézményi és társadalmi összefüggésekben is értelmezhető. A kutatás nem lezárt következtetéseket fogalmaz meg, hanem megalapozott kiindulópontot kínál annak további vizsgálatához, hogy a jogi normák és azok gyakorlati érvényesülése közötti tartós eltérések milyen strukturális okokra vezethetők vissza, és milyen eszközökkel mérsékelhetők az egészségügyi ellátórendszerben.

6.2. Javaslatok a kutatási korlátok figyelembevételével

A feltárt adatforrási, módszertani és értelmezési korlátok figyelembevételével a kutatás eredményei érvényes és releváns következtetések levonását tették lehetővé az egészségügyi perek bírói gyakorlatáról. Ugyanakkor e korlátok egyben további kutatási és fejlesztési irányokra is rámutatnak.

Tekintettel arra, hogy a vizsgálat kizárólag jogerős bírósági ítéletekre terjedt ki, indokolt lenne a jövőbeni kutatásokban a peren kívüli jogérvényesítési formák bevonása is. A mediációs eljárások, biztosítói kárrendezések és intézményi kompenzációs megállapodások elemzése lehetővé tenné annak feltárását, hogy a tájékoztatási kötelezettség megsértése milyen szerepet játszik a bíróságon kívüli felelősségrendezésben, és hogy a bírói gyakorlat mennyiben hat vissza ezekre a mechanizmusokra. Ez hozzájárulhatna az egészségügyi felelősségvállalás teljesebb rendszerképezés kialakításához.

A vizsgálat időbeli lezártága ellenére indokolt lenne a kutatás későbbi időszakokra történő kiterjesztése, különösen a 2021 utáni ítélkezési gyakorlat elemzése. Ez lehetőséget teremtene annak vizsgálatára, hogy a COVID–19 pandémiát követően kialakult ellátási és dokumentációs sajátosságok milyen tartós hatást gyakoroltak a tájékoztatási kötelezettség bírói megítélésére. Egy longitudinális folytatás alkalmas lenne annak megállapítására is, hogy a jelen kutatásban azonosított tendenciák stabilizálódtak-e, tovább erősödtek-e, vagy új irányokat vettek.

Az ítéleti adatbázis válogatott és anonimizált jellege indokoltá teszi annak megfontolását, hogy a jövőben több adatforrás együttes alkalmazásával történjen az empirikus elemzés. A különböző közzétételi felületek, bírósági honlapok és archivált döntések bevonása csökkenthetné a szelekciós torzítás kockázatát, és tovább növelhetné az eredmények általánosíthatóságát, különösen a korábbi időszakok tekintetében.

A kvalitatív tartalomelemzés elkerülhetetlen értelmezési jellegére tekintettel további kutatási irányt jelenthet a nyelvtechnológiai és természetesnyelv-feldolgozási (NLP) eszközök bevonása. Az automatizált szövegelemzés lehetővé tenné a bírói érvelések nagyobb elemszámú, strukturált összehasonlítását, és kiegészíthetné a manuális, jogdogmatikai értelmezést. Ez különösen az érvelési mintázatok hosszabb időtávú változásának feltárásában kínálhatna új módszertani perspektívát.

Bár az alkalmazott normalizációs módszer hatékonyan biztosította az időbeli összehasonlíthatóságot, indokolt lehet a jövőbeni kutatásokban többdimenziós értékelési modellek alkalmazása. Ezek figyelembe vehetnék a regionális gazdasági különbségeket, az egészségügyi szektor bérstruktúráját, valamint a társadalmi egyenlőtlenségek hatását is, ezáltal árnyaltabb képet adva a megítélt összegek tényleges kompenzációs jelentőségéről.

Összességében a feltárt korlátok nem gyengítik, hanem kontextusba helyezik a kutatás eredményeit, és egyúttal kijelölik a továbblépés lehetséges irányait. A disszertáció empirikus megállapításai megalapozott kiindulópontot kínálnak olyan további, interdiszciplináris kutatások számára, amelyek a tájékoztatási kötelezettség jogi normája és annak gyakorlati érvényesülése közötti tartós feszültségek okait és lehetséges feloldási módjait vizsgálják az egészségügyi ellátórendszer egészében.

7. ÖSSZEFOGLALÁS

A disszertáció az egészségügyi polgári jogi perek egyik meghatározó területét, a tájékoztatási kötelezettség megsértéséből eredő igények bírói megítélését vizsgálja történeti, nemzetközi és empirikus összefüggésben. A kutatás abból indul ki, hogy a beteg önrendelkezési jogának védelme – különösen a tájékoztatáson alapuló beleegyezés követelménye – történeti gyökerekkel rendelkező jogintézmény, amelynek mai tartalmát döntően a nemzetközi és európai jogfejlődés, valamint az autonómia-alapú betegmodell erősödése alakította.

A kutatás célja annak feltárása volt, hogy a 2008–2010 és a 2018–2020 közötti időszakban miként változott a tájékoztatási kötelezettség megsértésének jogi minősítése, a különböző jogkövetkezmények – így a vagyoni és nem vagyoni kártérítés, a sérelemdíj és a járadék – szerepe, valamint a nem vagyoni kártérítés/sérelemdíj-megállapítás bírói logikája publikált bírósági határozatok elemzésén keresztül (N=193). A vizsgálat elemzi az ítélkezési szintek kapcsolatát, a többfelperes eljárások sajátosságait, továbbá a szakterületi eltéréseket, kiemelten a szüléset–nőgyógyászatot.

A módszertan jogerős bírói ítéletek teljes szövegű kvalitatív és kvantitatív (SPSS 25.0) tartalomelemzésén alapult, mely lehetővé tette a jogsértések típusainak, a társult betegjogi sérelmeknek, az időtényezőknek, valamint az igényelt és megítélt összegek nominális és minimálbérhez viszonyított reálértékének összehasonlító vizsgálatát, különös tekintettel a szüléset–nőgyógyászat elkülönített elemzésére, mint kiemelt kockázatú és sajátos peres mintázatokat mutató szakterületre.

Az eredmények azt mutatják, hogy a vizsgált időszakok között a magyar bírói gyakorlat érdemben elmozdult a szakmai mulasztás-központú szemlélettől egy betegközpontú, autonómia-alapú jogértelmezési modell irányába. A tájékoztatási kötelezettség megsértése önálló, személyiségi jogi jelentőséggel bíró jogsértéssé vált, amelyhez stabil jogkövetkezményként kapcsolódik a sérelemdíj. A sérelemdíj-megállapítás gyakorlata nem egységesedett, hanem polarizáltabbá vált: a megítélt összegek tartománya kiszélesedett, miközben a bírói mérlegelés erősen ügyfüggő maradt.

Összességében a disszertáció arra a következtetésre jut, hogy a tájékoztatási kötelezettség megsértése napjainkra az egészségügyi perek egyik központi, normaképző elemévé vált, amely empirikusan igazolható módon alakítja az ítélkezési gyakorlatot, és hozzájárul a betegjogok tényleges érvényesüléséhez, valamint a jogalkalmazás kiszámíthatóságához.

8. SUMMARY

This dissertation examines one of the defining areas of medical liability litigation: the judicial assessment of claims arising from breaches of the duty to inform, analysed within a historical, international, and empirical framework. The research is grounded in the premise that the protection of patients' right to self-determination—particularly the requirement of informed consent—is a legal institution with deep historical roots, the contemporary content of which has been shaped primarily by international and European legal developments, as well as by the growing prominence of an autonomy-based patient model.

The objective of the study was to explore how, between the periods 2008–2010 and 2018–2020, the legal qualification of breaches of the duty to inform evolved; how the role of different legal consequences—namely pecuniary damages, non-pecuniary damages, and annuities—changed; and how the judicial logic underlying the award of non-pecuniary damages developed, based on an analysis of published court decisions (N = 193). Guided by clearly defined hypotheses, the study examines the relationship between adjudicatory levels, the specific characteristics of multi-plaintiff proceedings, and differences across medical specialties, with particular emphasis on obstetrics and gynaecology.

The methodology is based on a full-text qualitative and quantitative content analysis (SPSS 25.0) of final court judgments. This approach enabled a comparative examination of the types of legal violations identified, associated infringements of patient rights, temporal factors, and the nominal amounts claimed and awarded, as well as their real value adjusted to the minimum wage. Particular attention was devoted to the separate analysis of obstetrics and gynaecology as a high-risk specialty exhibiting distinctive litigation patterns.

The results indicate that, between the examined periods, Hungarian judicial practice has undergone a substantive shift from a professional-fault-centred approach towards a patient-centred, autonomy-based interpretative model. Breaches of the duty to inform have come to be recognised as independent violations of personality rights, to which non-pecuniary damages are attached as a stable legal consequence. The practice of awarding non-pecuniary damages has not become uniform; rather, it has become increasingly polarised, with a widening range of awarded amounts, while judicial discretion has remained strongly case specific.

Overall, the dissertation concludes that breaches of the duty to inform have by now become a central, norm-shaping element of medical liability litigation. In empirically verifiable ways, they influence judicial practice and contribute both to the effective enforcement of patient rights and to greater predictability in the application of the law.

9. IRODALOMJEGYZÉK

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, (1998).

<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700154.tv>

2013. évi V. törvény a Polgári Törvénykönyvről, (2014).

<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1300005.TV>

Balázs, P. (2004). *Generale Normativum in Re Sanitatis 1770. Szervezett egészségügyünk 1770-es alaprendelete* (2004. kiad.). Magyar Tudománytörténeti Intézet.

Balázs, P. (2016). *Egészségügyi szabályozás a XVIII. század végén. Magyar Királyság és Erdély I-II. Rendeleték és tervezetek: 1770-1793. Magyar Tudománytörténeti Szemle Kiskönyvtára* (112). Magyar Tudománytörténeti és Egészségtudományi Intézet. ISBN: 978- 615-5365-15-7, <https://real.mtak.hu/39150/>.

Barzó, L. A. (2024). *Az orvos-beteg jogviszony a mesterséges intelligencia világában: Mi következik?* In *Doktori Műhelytanulmányok 2024* (o. 67). Szegedi Tudományegyetem. https://publicatio.bibl.u-szeged.hu/34929/1/Doktori_Muhelytanulmanyok_Barzo.pdf

Barzó, T. (2019). *Felelősségi alapkérdések az egészségügyben. Opuscula Civilia.* https://antk.uni-nke.hu/document/akk-copy-uni-nke-hu/Opuscula_Civilia_2019_Barzo_Timea.pdf

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of Biomedical Ethics* (8. kiad.). Oxford University Press.

Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Gülmezoglu, A. M. (2015). *The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review.* *PLoS Medicine*, 12(6), e1001847.

Bonetti, C., Cirillo, P., Musile Tanzi, P., & Trincherio, E. (2016). *An analysis of the number of medical malpractice claims and their associated payout amounts: A two-stage regression approach.* *PLOS ONE*, 11(5), e0155706. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155706>

Brazier, M. (2003). *Medicine, Patients and the Law.* Penguin Books.

Buzzacchi, L., Scellato, G., & Ughetto, E. (2016). *Frequency of medical malpractice claims: The effects of volumes and specialties.* *Social Science & Medicine*, 170, 152–160. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.10.021>

Certicky, M. (2022). *A felelősségbiztosítási szerződés, különös tekintettel a szerződészegéssel okozott kár és a sérelemdíj biztosíthatóságára* (PhD értekezés). Miskolci Egyetem Állam- és Jogtudományi Kar, Deák Ferenc Állam- és

- Jogtudományi Doktori Iskola. https://jogikar.uni-miskolc.hu/files/17600/certickym_ert.pdf.
- Charter of Fundamental Rights of the European Union, Pub. L. No. 01, C364 (2000). 2000/C364/01 <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:12012P/TXT>
- Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine (Convention on Human Rights and Biomedicine). (1997). Council of Europe. <https://rm.coe.int/168007cf98>
- Creswell, J. W. (2018). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. SAGE.
- Csehi, B. I. (2022). A nem vagyoni kártérítés intézménye és a sérelemdíj az egészségügyi kártérítési perekben. In *Opus Iuventutis Exercitationes* (2022/1). Nemzeti Közszolgálati Egyetem. https://antk.uni-nke.hu/document/akk-copy-uni-nke-hu/Op_Iuv_Ex_2022_1_Csehi%20Bettina%20Ivett.pdf.
- Directive 2011/24/EU on the application of patients' rights in cross-border healthcare, Pub. L. No. 2011/24/EU, L 88 Official Journal of the European Union (2011). <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:32011L0024>
- Dósa, Á. (2002a). Az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelőssége a tájékoztatás elmulasztásáért. *Állam- és Jogtudomány*, 1–2, 23–72. <https://szakcikkadatbazis.hu/doc/9055577>
- Dósa, Á. (2002b). Az orvos felelőssége a tájékoztatás elmulasztásáért. *Lege Artis Medicinae*, 12(1), 57–59.
- Dósa, Á. (2010). Az orvos kártérítési felelőssége. HVG-ORAC.
- Dósa, Á. (2018). Az orvos tájékoztatási kötelezettsége és a beteg beleegyezése a polgári jogi felelősség tükrében. *Orvosi Hetilap*, 159(46), 1915–1922. <https://doi.org/10.1556/650.2018.31245>
- Dranseika, V., Piaseck, J., & Waligora, M. (2017). Relevant Information and Informed Consent in Research: In Defense of the Subjective Standard of Disclosure. *Science and Engineering Ethics*, 23(1), 215–225. <https://doi.org/10.1007/s11948-016-9755-4>
- Dronkers, W. J., van Rees, J. M., Klemann, D., Buis, D. R., Amelink, Q. J. M. A., Grünhagen, D. J., Mokhles, M. M., Vandertop, W. P., Broekman, M. L. B., Hendriks, A. C., Boersma, E., Dirven, C. M. F., Klimek, M., & Spoor, J. K. H. (2024). Surgical specialists face higher risk for malpractice compared to their non-surgical colleagues. *Scientific Reports*, 14, Article 30310. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-81058-x>

- Durand, M. A. (2015). Can Shared Decision-Making Reduce Medical Malpractice Litigation? A Systematic Review. *BMC Health Services Research*, 15, 167.
<https://doi.org/10.1186/s12913-015-0823-2>.
- Eckl Gergő (2022). A hozzátartozók által érvényesíthető kártérítés és sérelemdíj iránti igények egyes kérdései. *Hungarian Labour Law E-journal*, 2022/1.
- European Patients' Forum. (2002). European Charter of Patients' Rights. <https://www.eu-patient.eu>
- Faden, R. R., & Beauchamp, T. L. (1986). *A History and Theory of Informed Consent*. Oxford University Press.
- Fleischer, H. (2018). *Informationspflichten im Arzthaftungsrecht*. Mohr Siebeck.
- Freedman, L. P., & Kruk, M. E. (2014). Disrespect and abuse of women in childbirth: Challenging the global quality and accountability agendas. *The Lancet*, 384(9948), e42–e44.
- Fuglinszky, Á. (2015). *A nem vagyoni károk megítélése a magyar polgári jogban*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Gárdos-Orosz, F. (Szerk.). (2019). *Az új Polgári Törvénykönyv első öt éve*. MTA TK JTI.
- 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.
<https://doi.org/10.1136/jme.29.5.307>
- Giudici-Wach, K., Gillois, P., Remen, T., & Claudot, F. (2022). Learning from informed consent litigation to improve practices: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 105(7), 1714–1721. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.10.009>
- Gradwohl, K., Soósné Kiss, Z., & Feith, H. J. (2018). Koraszülöttek és a koraszülött ellátás történeti vonatkozásai. *Kaleidoscope*, 9(16).
- Grupo de Investigación en Derecho Sanitario y Bioética. (2024). Obstetrics and gynecology: An analysis of malpractice in public healthcare. *Spanish Journal of Legal Medicine*.
<https://www.elsevier.es/en-revista-spanish-journal-legal-medicine-446-articulo-obstetrics-gynecology-an-analysis-malpractice-S2445424924000414> Letöltés: 2025. 12. 20.
- Györfi, T. (2020). Az informált beleegyezés jogintézményének fejlődése. *Magyar Jog*, 11.
- Health at a Glance: Europe 2022 – State of Health in the EU Cycle. (2022). Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD).
<https://doi.org/10.1787/507433b0-en>

- Herring, J. (2016). *Medical Law and Ethics* (6th ed.). Oxford University Press. ISBN 9780198747659.
- Hidvéginé dr. Adorján, L., & Sáriné Simkó, Á. (2013). Műhibák és kártérítési perek az egészségügyben II. *Medicina*.
- Hollán, Z. (2015). A betegjogok és a beteg autonómiája. *Jogtudományi Közlöny*, 2015/10, 481–492.
- Jenei, I. (1996). A tájékozott beleegyezés gyakorlatához vezető út nehézségei. *Valóság*, 5.
- Jobbágyi, G. (2013). Az orvosi kezelési szerződés a magyar jogban. *Magyar Jog*, 58(8).
<https://jak.ppke.hu/uploads/articles/12417/file/Orvosi%20kezel%C3%A9si%20szerz%C5%91d%C3%A9s%20-%20Jobb%C3%A1gyi%20G%C3%A1bor%20cikk.pdf>
- Kara, M. A., & Aksoy, S. (2006). On the Ottoman consent documents for medical interventions and the modern concept of informed consent. *Saudi Medical Journal*, 27(9), 1306–1310.
- Kennedy, I., & Grubb, A. (2019). *Medical Law: Text with Materials* (4. kiad.). Butterworths.
- Király, G., Dén-Nagy, I., Géring, Z., & Nagy, B. (2014). Kevert módszertani megközelítések. *Elméletek és módszertani alapok. Kultúra és közösség*, 5(2), 95–104.
- Kovács, J. (2004). *Az orvosi etika alapjai*. Medicina Könyvkiadó.
- Kovács, J. (2010). A modern orvosi etika és az orvosi paternalizmus átalakulása. In J. Tóth (Szerk.), *Egészségügyi jogi kihívások*. Gondolat.
- Kovács, J. (2012). *Az orvosi döntések etikája*. Akadémia Kiadó.
- Kovács, J. (2013). Autonómia az orvosi gyakorlatban. *Magyar Tudomány*, 174(10), 1200–1209.
- Lábady, T. (1986). A nem vagyoni kárpótlás iránti igények a bírói gyakorlatban. ELTE Jogi Továbbképző Intézet.
- Lábady, T. (1992). A nem vagyoni kártérítés újabb bírói gyakorlata. In A. Mátyus (Ed.), *A sérelemdíj funkció-analízise* (pp. 16–25). Debreceni Jogi Műhely.
- Lábady, T. (2014). A személyiségi jogok védelme. In: *Polgári jog – Különös rész*. Budapest: Dialóg Campus.
- Lábady, T. (2016). Sérelemdíj versus nem vagyoni kártérítés. *Jogtudományi Közlöny*, 71(1), 1–10.
- Landi, B. (2003). Az orvosi jogviszony összehasonlító jogi elemzése a magyar-német-osztrák elmélet és gyakorlat tükrében. *Jogtudományi Közlöny*, 1, 22.

- Lomnici, Z. (2013). Az orvosi jog és az orvosi jogviszony alapvonalai. Történeti és összehasonlító jogi elemzés közjogi kitekintéssel. Doktori értekezés, Pécsi Tudományegyetem.
- Losonczi, Á. (1986). A kiszolgáltatottság anatómiája az egészségügyben. Magvető Könyvkiadó.
- Magyarország Alaptörvénye (2011). <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1100425.atv>
- Mello, M. M., Studdert, D. M., & Kachalia, A. (2014). The medical liability climate and prospects for reform. *JAMA*, 312(20), 2146–2155.
<https://doi.org/10.1001/jama.2014.10705>.
- Miklós, K. M. (2016). A sérelemdíj, mint a nem vagyoni kártérítés „jogutódja”? *Jogtudományi Közlöny*, 71(3), 97–112.
- OECD. (2006). Policy issues in insurance: Medical malpractice. OECD Publishing.
- OECD. (2017). Medical malpractice and compensation in health systems. OECD Publishing.
<https://doi.org/10.1787/9789264278218-en>
- OECD. (2020). Long-term care and health care insurance in OECD and other countries. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/3eabc286-en>
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2022). Health at a glance: Europe 2022 – State of health in the EU cycle. OECD Publishing.
<https://doi.org/10.1787/507433b0-en>
- Óri, A., & Antal, B. (2020a). Az egészségügyi dokumentáció megismerhetőségének örök dilemmái I. *MED ET JUR*, 11(2), 11–17.
- Óri, A., & Antal, B. (2020b). Az egészségügyi dokumentáció megismerhetőségének örök dilemmái II. *MED ET JUR*, 11(3), 23–30.
- Óri, A., & Antal, B. (2020c). Az egészségügyi dokumentáció megismerhetőségének örök dilemmái III. *MED ET JUR*, 11(4), 18–24.
- Óri, A., & Antal, B. (2021). Az egészségügyi dokumentáció megismerhetőségének örök dilemmái IV. *MED ET JUR*, 12(1), 8–14.
- Óri, A., & Feith, H. J. (2023). „Ha tudtam volna...” A tájékoztatáshoz való jog, mint betegjog aktuális kérdései és jogtörténeti perspektívái. *Kaleidoscope: Művelődés-, Tudomány- és Orvostörténeti Folyóirat*, 13(27), 298–309.
- Óri, A., Róka, T., Sallai, E., & Feith, H. J. (2023). Tájékoztatási kötelezettség elmulasztásából eredő kártérítési igényeken alapuló 2018–2020 közötti bírósági ítéletek kvantitatív alapú elemzése. *Med et Jur*, 14(4), 4–11.

- Óri, A., Ercsey, I., & Feith, H. J. (2025). Legal implications of the violation of a patient's right to information and other patient rights: The development of the right to information in legal history and judicial practice. *Kaleidoscope: Művelődés-, Tudomány- és Orvostörténeti Folyóirat*, 15(31), 473–490.
- Óri, A., Róka, T., Sallai, E., & Feith, H. J. (2025). Tájékoztatási kötelezettség elmulasztásából eredő kártérítési igényeken alapuló 2008–2010 és 2018–2020 közötti pereskedési és ítélkezési gyakorlat kvantitatív alapú összehasonlító elemzése – másképpen: A sérelem sorsa. *Med et Jur*, 16(2), 10–18.
- Pallocci, M. (2023a). Informed consent: Legal obligation or cornerstone of modern medical practice? *Journal of Patient Safety & Risk Management*, 28(1), 12–18.
<https://doi.org/10.1177/25160435221141609>
- Pallocci, M. (2023b). Informed Consent: Legal Obligation or Cornerstone of the Care Relationship? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20, 2118. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032118>.
- Parziale, A. (2025). The Standardization of Non-Pecuniary Damages in a Comparative Perspective: The Cases of Ireland, Italy, and the Netherlands. *European Review of Private Law*, 33 (3), 485. <https://doi.org/10.54648/erpl2025035>
- Patient Participation: Current Knowledge and Applicability to Patient Safety. (2010). World Health Organization.
- Pethő, A. (2019). Az egészségügyi szolgáltató kárfelelősségi sajátosságai a polgári jogban. *Jogtudományi Közlöny*, 74(2), 50–62.
- Pethő, A. (2021). A polgári jog időszemléletének hatása az orvosi műhibaperekre. *Állam- és Jogtudomány*, LXII(1), 52–67.
- Peters, P. G. (2008). Twenty years of evidence on the outcomes of malpractice claims from social science research. *Journal of Empirical Legal Studies*, 5(4), 631–654.
- Sakala, C. (2013). Maternity care and liability: Pressing problems, substantive issues, and practical approaches. *Women's Health Issues*, 23(5), e293–e297.
- Sándor, J. (1997). Gyógyítás és ítélkezés. *Orvosi műhiba-perek Magyarországon*. Medicina.
- Slawomirski, L., & Klazinga, N. (2022). The economics of patient safety: From analysis to action (OECD Health Working Papers No. 145). OECD Publishing.
- Sloan, F. A., & Chepke, L. M. (2008). *Medical malpractice*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Spatz, E. S., Krumholz, H. M., & Moulton, B. W. (2016). The New Era of Informed Consent: Getting to a Reasonable Patient Standard through Shared Decision Making. *JAMA*, 315(19), 2063–2064. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.3070>
- Studdert, D. M., Mello, M. M., Gawande, A. A., Gandhi, T. K., Kachalia, A., Yoon, C., Puopolo, A. L., & Brennan, T. A. (2006). Claims, errors, and compensation payments in medical malpractice litigation. *New England Journal of Medicine*, 354(19), 2024–2033. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa054479>
- Szendy, E. (2008). A tájékoztatáshoz való jog. *Lege Artis Medicinae*, 18(1).
- Törő, K. (1986). Az orvosi jogviszony. *Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó*.
- Varga, C. (2019). Az orvosi etika új kihívásai. *Medicina Könyvkiadó*.
- Vidmar, N. (2008). Juries and medical malpractice claims: Empirical facts and insights. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 33(4), 685–712. <https://doi.org/10.1215/03616878-2008-019>
- Wandler, M. (2001). The History of the Informed Consent Requirement in United States Federal Policy. *HLS Student Papers*. <http://nrs.harvard.edu/urn-3:HUL.InstRepos:8852197>
- Watson, K. (2018). Patients' Rights, Medical Error and Harmonisation of Compensation Mechanisms in Europe. *European Journal of Health Law*, 25(1), 1–24.
- World Health Organization. (2010). *Patient participation: Current knowledge and applicability to patient safety*. WHO Press. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44203>
- World Health Organization. (2015). *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-14.23> Letöltés: 2025. 12. 20.
- World Health Organization. (2016). *Framework on integrated, people-centred health services*. WHO Press. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/180984>
- World Health Organization. (2016). *Informed decision-making in health and care: Guiding principles* <https://www.who.int/docs/default-source/documents/ethics/informed-decision-making.pdf>. Letöltés: 2025. 12. 20.
- World Health Organization. (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912> Letöltés: 2025. 12. 20.
- Zákány, J. (2014). *Az orvosi műhiba polgári jogi háttere*. Debreceni Egyetem.

Zubek, L., Tókey, B., Léna Szabó, & Élő, G. (2007). A tájékozott beleegyezés jogi és etikai problémái = Ethical and legal problems of informed consent. *Orvosi Hetilap*, 148(25), 1155–1162. <https://doi.org/10.1556/OH.2007.27888>

10. SAJÁT PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE

I. Az értekezés témájában megjelent eredeti közlemények:

Óri Adrienn, Róka Tímea, Sallai Eszter, Feith Helga Judit
Tájékoztatási kötelezettség elmulasztásából eredő kártérítési igényeken alapuló 2008-2010 és 2018-2020 közötti pereskedési és ítélkezési gyakorlat kvantitatív alapú összehasonlító elemzése - másképpen: A sérelem sorsa
MED ET JUR 16: 2 pp. 10-18. (2025)
Közlemény: 36257612 | Szakcikk (Folyóiratcikk) | Tudományos

Óri Adrienn, Ercsey Ida, Feith Helga Judit
Legal implications of the violation of a patient's right to information and other patient rights
The development of the right to information in legal history and judicial practice
KALEIDOSCOPE: MŰVELŐDÉS- TUDOMÁNY- ÉS ORVOSTÖRTÉNETI FOLYÓIRAT 15: 31 pp. 473-490. (2025)
Közlemény: 36848696 | Szakcikk (Folyóiratcikk) | Tudományos

Óri Adrienn, Feith Helga Judit
"Ha tudtam volna..." A tájékoztatáshoz való jog, mint betegjog aktuális kérdései és jogtörténeti perspektívái
KALEIDOSCOPE: MŰVELŐDÉS- TUDOMÁNY- ÉS ORVOSTÖRTÉNETI FOLYÓIRAT 13: 27 pp. 298-309. (2023)
Közlemény: 34441760 | Összefoglaló cikk (Folyóiratcikk) | Tudományos

Óri Adrienn, Róka Tímea, Sallai Eszter, Feith Helga Judit
Tájékoztatási kötelezettség elmulasztásából eredő kártérítési igényeken alapuló 2018-2020 közötti bírósági ítéletek kvantitatív alapú elemzése
MED ET JUR 14: 4 pp. 4-11. (2023)
Közlemény: 34491686 | Szakcikk (Folyóiratcikk) | Tudományos

Óri Adrienn, Antal Barnabás
Az egészségügyi dokumentáció megismerhetőségének örök dilemmái IV.
MED ET JUR 12: 1 pp. 8-14. (2021)
Közlemény: 34498764 | Összefoglaló cikk (Folyóiratcikk) | Tudományos

Óri Adrienn, Antal Barnabás
Az egészségügyi dokumentáció megismerhetőségének örök dilemmái II.
MED ET JUR 11 3 pp. 23-30. (2020)
Közlemény: 34540579 | Összefoglaló cikk (Folyóiratcikk) | Tudományos

Óri Adrienn, Antal Barnabás
Az egészségügyi dokumentáció megismerhetőségének örök dilemmái III.
MED ET JUR 11: 4 pp. 18-24. (2020)
Közlemény: 34540580 | Összefoglaló cikk (Folyóiratcikk) | Tudományos

Óri Adrienn, Antal Barnabás
Az egészségügyi dokumentáció megismerhetőségének örök dilemmái I.
MED ET JUR 11: 2 pp. 11-17. (2020)
Közlemény: 34540895 | Összefoglaló cikk (Folyóiratcikk) | Tudományos

II. Egyéb – nem az értekezés témájában megjelent – eredeti közlemények:

Óri Adrienn,

Antal Barnabás A GDPR szerinti érintetti jogi igények teljesítésével kapcsolatos kérdések az egészségügyi szolgáltatóknál

MED ET JUR 12: különszám 4 pp. 18-24. (2021)

Közlemény: 34540578 | Összefoglaló cikk (Folyóiratcikk) | Tudományos

Óri Adrienn

A Hepatitisz C veszélyeztetettség

MED ET JUR 8: 5 pp. 14-18. (2017)

Közlemény: 36891346 | Szakcikk (Folyóiratcikk) | Tudományos

Óri Adrienn

Munkavállalót ért hepatitis C vírusfertőzés miatti kártérítési igény megítélése a Ptk. rendelkezései szerint

MED ET JUR 7: 4 pp. 20-24. (2016)

Közlemény: 36891372 | Szakcikk (Folyóiratcikk) | Tudományos

Óri Adrienn

Munkavállalót ért Hepatitis C vírusfertőzés miatti kártérítési igény a Közigazgatási és Munkaügyi bíróság előtt

MED ET JUR 7: 3 pp. 15-19. (2016)

Közlemény: 36891376 | Szakcikk (Folyóiratcikk) | Tudományos

Óri Adrienn

Ügyeleti idő – pihenőidő: Szabályozás, értelmezés, végrehajtás

MED ET JUR 2: 4 pp. 4-9. (2011)

Közlemény: 36891380 | Szakcikk (Folyóiratcikk) | Tudományos

Óri Adrienn

„Veled, Uram, vagy Nélküled?”: Dilemmák a felelősségbiztosító „szerep(lés)éről”

MED ET JUR 1: 3 pp. 8-11. (2010)

Közlemény: 36891407 | Szakcikk (Folyóiratcikk) | Tudományos

Óri Adrienn

Egészséges minőségügy: a minőségi egészségügy – avagy „rendcsinálás a pincétől a padlásig”

MED ET JUR 1: 1 pp. 19-21. (2010)

Közlemény: 36891414 | Szakcikk (Folyóiratcikk) | Tudományos

11. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Jelen disszertáció harminc év szakmai elhivatottságának, gondolkodásának és tapasztalatának az összegzése. Megszületése nem lett volna lehetséges azon személyek közreműködése nélkül, akik tudásukkal, idejükkel és személyes jelenlétükkel hozzájárultak ehhez a munkához.

Témavezetőm, Dr. Feith Helga Judit szakmai igényessége, következetes gondolkodása, mérhetetlen tudása és kivételes munkabírása meghatározó szerepet játszott a disszertáció egészének alakulásában. Bizalma és figyelme messze túlmutatott a formális témavezetés keretein; kérdései, észrevételei és iránymutatása érdemben formálták a kutatás szerkezetét és mélységét. Jelenléte nélkül ez a munka nem érhetne volna el jelen színvonalát.

Az empirikus vizsgálat alapját képező ítélezési gyakorlat feldolgozásában Dr. Róka Tímea, Kas Józsefné és Sin Edit vállaltak meghatározó szerepet. Az adatok kinyerése, rendszerezése és ellenőrzése jelentős időráfordítást igényelt, amely sok esetben a magánéletük rovására valósult meg. Közreműködésük nélkül a kutatás módszertani megalapozottsága nem lett volna biztosítható.

A statisztikai elemzések elkészítésében Dr. Ercsey Ida nyújtott szakmailag meghatározó támogatást. Módszertani biztonsága és elemző szemlélete nélkül az empirikus eredmények értelmezése nem nyerhette volna el végleges formáját.

A kutatási munkát fiam, Vitális Benjámin és Géczi Maja tudásukkal, figyelmükkel és felelősségteljes hozzáállásukkal segítették. Részvételük túlmutatott a rájuk bízott feladatokon; segítő jelenlétük következetes és példaértékű volt.

A magánéleti háttér biztosításában meghatározó szerepet töltött be férjem és nagylányom, akik türelmükkel, támogatásukkal és jelenlétükkel lehetővé tették e munka elkészítését.

Mindazoknak, akik figyelmükkel, idejükkel vagy csendes támogatásukkal részesei voltak ennek a szakmai összegzésnek, ezúton fejezem ki köszönetemet.

12. MELLÉKLETEK

1. Melléklet - KÓDOLÓLAP

1. BH száma

..... számú ügy

2. Melyik időszakhoz kapcsolódóan publikálták a BH-t?

1) 2008-2010

2) 2018-2020

3. Milyen típusú ügy?

1) személyiségi jogsértés

2) kártérítés

3) mindkettő

4. Progresszivitási szint, ellátási kör

1) fekvőbeteg

2) járóbeteg

3) alapellátás

4) egynapos sebészet

5) fogászat

6) házi orvos felnőtt

7) házi orvos gyermek

8) mentésügy

9) ügyelet

10) rehabilitáció

5. Szakterület

1=szülészet-nőgyógyászat; 2=általános sebészet; 3=traumatológia/ortopédia; 4=plasztikai sebészet; 5=fül-orr-gégészet, 6=urológia, 7=belgyógyászat/kardiológia; 8=radiológia; 9=idegsebészet; 10=fogászat/szájsebészet.; 11=egyéb

6. Jogsértés időpontja

..... év

7. Károsodás/sérelem bekövetkeztének időpontja

..... év

8. 1. fok kezdés éve

..... év

9. 1. fok ítélet éve

..... év

10. 2. fok kezdés éve

..... év

11. 2. fok ítélet éve

..... év

12. Felülvizsgálat benyújtás éve

..... év

13. Felülvizsgálat döntés éve

..... év

14. Társult betegjogsértés 1.

- 0) nincs
- 1) egészségügyi ellátáshoz való jog
- 2) önrendelkezéshez való jog
- 3) ellátás visszautasításának joga
- 4) emberi méltósághoz való jog
- 5) kapcsolattartáshoz való jog
- 6) gyógyintézet elhagyásához való jog
- 7) dokumentáció megismeréséhez való jog
- 8) orvosi titoktartáshoz való jog

15. Társult jogsértés 2.

- 0) nincs
- 1) egészségügyi ellátáshoz való jog
- 2) önrendelkezéshez való jog
- 3) ellátás visszautasításának joga
- 4) emberi méltósághoz való jog
- 5) kapcsolattartáshoz való jog
- 6) gyógyintézet elhagyásához való jog
- 7) dokumentáció megismeréséhez való jog
- 8) orvosi titoktartáshoz való jog

16. Társult jogsértés 3.

- 0) nincs
- 1) egészségügyi ellátáshoz való jog
- 2) önrendelkezéshez való jog
- 3) ellátás visszautasításának joga
- 4) emberi méltósághoz való jog
- 5) kapcsolattartáshoz való jog
- 6) gyógyintézet elhagyásához való jog
- 7) dokumentáció megismeréséhez való jog
- 8) orvosi titoktartáshoz való jog

I. RENDŰ FELPERES

17. Neme:

- 1) férfi
- 2) nő

18. Életkora:

..... életév

19. Vagyoni igény

..... Ft

20. Sérelemdíj igény

..... Ft

21. Járadék

..... Ft

II. RENDŰ FELPERES

22. Neme:

1) férfi

2) nő

23. Életkora:

..... életév

24. Vagyoni igény

..... Ft

25. Sérelemdíj igény

..... Ft

26. Járadék

..... Ft

III. RENDŰ FELPERES

27. Neme:

1) férfi

2) nő

28. Életkora:

..... életév

29. Vagyoni igény

..... Ft

30. Sérelemdíj igény

..... Ft

31. Járadék

..... Ft

IV. RENDŰ FELPERES

32. Neme:

1) férfi

2) nő

33. Életkora:

..... életév

34. Vagyoni igény

..... Ft

35. Sérelemdíj igény

..... Ft

36. Járadék

..... Ft

Felperesek által közösen követelt

37. Kártérítési igény

..... Ft

38. Sérelemdíj igény

..... Ft

I. FOK ÍTÉLET

39. Döntés

1=helybenhagy; 2=megváltoztat a felperes javára; 3=megváltoztat az alperes javára; 4=elutasít; 5=hatályon kívül helyez; 6=közbenső ítélettel felperes javára megváltoztat; 7=közbenső ítélettel (vagy részítélet)alperes javára megváltoztat, 8= megváltoztatja a felperes javára, és a kártérítés ügyében újabb határozathozatalra utasítja az I.fokot

40. Megítélt sérelemdíj

.....Ft

41. Megítélt kártérítés

.....Ft

42. Megítélt járadék

.....Ft

II. FOK ÍTÉLET

43. Döntés

1=helybenhagy; 2=megváltoztat a felperes javára; 3=megváltoztat az alperes javára; 4=elutasít; 5=hatályon kívül helyez; 6=közbenső ítélettel felperes javára megváltoztat; 7=közbenső ítélettel (vagy részítélet)alperes javára megváltoztat, 8= megváltoztatja a felperes javára, és a kártérítés ügyében újabb határozathozatalra utasítja az I.fokot

44. Megítélt sérelemdíj

.....Ft

45. Megítélt kártérítés

.....Ft

46. Megítélt járadék

.....Ft

FELÜLVIZSGÁLATI KÉRELEM

47. Döntés

1=hatályában fenntart 2=megváltoztat a felperes javára; 3=megváltoztat az alperes javára; 4=elutasít; 5=hatályon kívül helyez; 6=közbenső ítélettel felperes javára megváltoztat; 7=közbenső ítélettel (vagy részítélet)alperes javára megváltoztat, 8= megváltoztatja a felperes javára, és a kártérítés ügyében újabb határozathozatalra utasítja az I.fokot

48. Megítélt sérelemdíj

.....Ft

49. Megítélt kártérítés

.....Ft

50. Megítélt járadék

.....Ft

2. Melléklet - MINIMÁLBÉR ÖSSZEGÉNEK VÁLTOZÁSA MAGYARORSZÁGON (1992–2021)

(https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_qli041.html)

Időpont	Havi összeg, Ft
1992. január 1.	8 000
1993. február 1.	9 000
1994. február 1.	10 500
1995. március 1.	12 200
1996. február 1.	14 500
1997. január 1.	17 000
1998. január 1.	19 500
1999. január 1.	22 500
2000. január 1.	25 500
2001. január 1.	40 000
2002. január 1.	50 000
2003. január 1.	50 000
2004. január 1.	53 000
2005. január 1.	57 000
2006. január 1.	62 500
2007. január 1.	65 500
2008. január 1.	69 000
2009. január 1.	71 500
2010. január 1.	73 500
2011. január 1.	78 000
2012. január 1.	93 000
2013. január 1.	98 000
2014. január 1.	101 500
2015. január 1.	105 000
2016. január 1.	111 000
2017. január 1.	127 500
2018. január 1.	138 000
2019. január 1.	149 000
2020. január 1.	161 000
2021. február 1.	167 400

