

Gyógyító tevékenység jogi megítélése Magyarországon – történeti és gyakorlati áttekintés

The legal assessment of medical practice in Hungary – historical and practical overview

Kiss Barbara dr.

Semmelweis Egyetem Doktori Iskola Egészségtudományi Tagozat

kiss.barbara@stud.semmelweis.hu

Initially submitted May.10, 2025; accepted for publication Sept.30.2025

Abstract

Until the early 2000s, the legal liability associated with the practice of medical activities in Hungary had little significant impact on the actual process of healthcare delivery. While in the 1990s, the relatively few court proceedings that did occur typically ended in favor of healthcare institutions, the subsequent period has seen a growing number of judgments against providers. Today, in addition to professional and ethical standards, the fear of criminal and civil liability proceedings plays a major role in shaping the conduct of medical professionals. This study aims to provide a comprehensive overview of the historical development of legal regulation related to medical practice and the current trends in judicial decision-making.

Keywords: medical malpractice, judicial practice

kulcsszavak: orvosi műhiba, ítélezési gyakorlat

keywords: medical malpractice, judicial practice

Történeti áttekintés

A magyar egészségügy jogi szabályozásának történeti vizsgálata rávilágít arra, hogy a gyógyító tevékenység felelősségi rendszere mindig is szorosan összefüggött az adott korszak politikai és társadalmi berendezkedésével. A 19. századi orvoslás inkább hivatásbeli felelősségként, mintsem jogi kötelezettségként értelmezte a betegellátást. A szocializmus éveiben a jogi felelősség másodlagos szerepet játszott: az államosított egészségügyben az orvos-beteg viszonyt az állam kontrollálta, a hibákat gyakran belső vizsgálatok keretében kezelték. A rendszerváltást követően az egészségügy is fokozatosan a jogi szabályozás előterébe került, a páciensek jogtudatossága és a nemzetközi normák hatása megerősítette a felelősségi rendszer átalakulását.

A gyógyító tevékenység, mint kiemelt társadalmi funkció, évszázadok óta különleges jogi és erkölcsi megítélés alatt áll. Magyarországon a gyógyító munka jogi felelősségének kérdése egészen a 2000-es évekig elsősorban elméleti szinten jelent meg az egészségügyi gyakorlatban. A gyógyító tevékenység hagyományosan a társadalmi bizalomra és a szakmai etikai normákra épült, és jogi szabályozása hosszú ideig háttérbe szorult. Az egészségügyi ellátásban hosszú ideig nem látták szükségesnek a jogi szabályozást, bizalmi alapon a gyógyító társadalmat “tévedhetetlennek” tartották. A XX. század közepéig a “paternalista” orvos – beteg viszony volt jellemző, mely során a gyógyítás bizalmi elven alapult, s bár voltak szakmai előírások, szabályok, a gyógyításban részt vevők saját maguk szabályozták ezek

betartását.¹ A modern egészségügyi jog szerepe azonban fokozatosan megnőtt, különösen a betegjogok megerősödésével és az egészségügyi ellátással kapcsolatos peres eljárások számának növekedésével. A jogi felelősség ma már nem csupán a szakmai szabályok megsértésének következménye, hanem az egészségügyi dolgozók mindennapi tevékenységét is befolyásoló tényezővé vált.

Jogi szabályozás alakulása hazánkban

Hazánkban a 18. század első felében jelentek meg a sebészcéhek, az első országos szintű szabályozások, valamint a kötelező orvosi jelenlét szabályozása minden megyében².

Magyarországon az első törvényi szintű szabályozást a közegészségügy rendezéséről szóló 1876. évi XIV. törvénycikk tartalmazta, melynek VI. fejezete szabályozta az orvosi gyakorlatot. A rendelkezés 47.§-ában megfogalmazta, hogy az orvosok a gyógy mód szabad megválasztásában nem, de működésük vonatkozásában az állam ellenőrzése alá kerülnek, valamint azt is, hogy felelősek az általuk elkövetett műhibákért. A törvénycikk nem adott pontos meghatározást arra vonatkozóan, hogy mit ért műhiba alatt. A törvénycikk IX. fejezete rendelkezett a kórházak és gyógyintézetek működéséről, melyek kizárólag a belügyminiszter engedélyével voltak létesíthetőek, valamint - állami intézmények esetében – felügyelete mellett működtethetőek. Életre hívta az országos közegészségi tanácsot, melynek feladatai között meghatározta az orvosi műhibák feletti véleményezést is [170. § 4.].³ Ebben az időszakban még polgári peres eljárás orvosi műhiba okán nem létezett, büntető eljárás is nagyon elenyésző számban volt jelen.⁴

Az orvosi rendtartásról szóló 1936. évi I. törvénycikk 38. §-a a gyógyító ellátást végző orvosok felelősségi kérdéseit a büntetőjogi és magánjogi felelősségi szabályok alá rendelte.⁵ Majd ezt követően az 1959. évi 8. törvényerejű rendelet rendelkezett az orvos által történő gyógyító tevékenység jogszabályi keretek közötti végzésének követelményéről [5.§], valamint a tevékenysége során tanúsítandó legnagyobb gondosság követelményéről [3.§], mely az 1972. évi II. törvény rendelkezései között is megjelent [43. §. (2)], s melynek megítélése talán az egyik legnagyobb kihívást jelentette az egészségügyi kártérítési eljárások során.⁶

A jelenleg is hatályban lévő, többször módosított, az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény részletes szabályozást tartalmaz, 77. §. (3) bekezdésében előírja a gyógyító tevékenység szabályozott keretek közötti végzésének feltételét, melyet az ellátásban résztvevőktől elvárható gondossággal kell ellátni.

A nem vagyoni kártérítés intézménye már a két világháború között megjelent a magyar jogrendszerben, majd a rendszerváltás után újra megerősödött. A nem vagyoni kártérítés

¹ HIDVÉGINÉ Dr. ADORJÁN Livia, Sáriné dr. Simkó Ágnes: *A betegek jogairól 1*, Medicina Könyvkiadó Zrt., 2012., Budapest, 10. oldal

² KIVOVICS Péter, FORRAI Judit, LÁSZLÓFY Csaba, CSESZREGI Gerda: *A fogeltávolítás kultúrtörténeti, jogi és kriminális háttere*, Kaleidoscope könyvek (6.). LÉTRA Alapítvány, Budapest. (2021) ISBN 9786156275035, <https://publicatio.bibl.u-szeged.hu/24353/>, 40. o., letöltve: 2025.03.01., 39. o.

³ 1876. évi XIV. törvénycikk a közegészségügy rendezéséről

⁴ ÁDÁM György: *Igazságügyi szakértés az "orvosi műhiba" perekben*, JK, 2000/10., 381-394. o.

⁵ 1936. Évi I. törvénycikk az orvosi rendtartásról

⁶ ÁDÁM i.m.

tekinteténem a magyar jogfejlődésben az 1928-as Magánjogi törvényjavaslat tartalmazott előírást, mely szerint a nem vagyoni kárért is megfelelő pénzbeli kártérítéssel kell elégtételt tenni, amennyiben az eset körülményei alapján a méltányosság megkívánja.⁷ A Legfelsőbb Bíróság III. számú Polgári Elvi Döntvénye 1953-ben megszüntette a nem vagyoni kártérítés intézményét, melyet 1978. március 1. hatállyal a Polgári Törvénykönyv 1977. évi novellája vezetett ismét be. A Legfelsőbb Bíróság 16. számú irányelvében 1981-ben megfogalmazásra került, hogy bármely alapon fennálló kártérítési felelősség esetén helye lehet a kárpótlás megítélésének, egyidejű vagyoni kártérítés mellett is, valamint, hogy akár járadék formában is megítélhető. Ezt 1989-ben a Legfelsőbb Bíróság 21. számú Irányelve helyezte hatályon kívül, s a személyiségi jogok védelme került előtérbe.⁸

A 34/1992. (VI. 1.) AB határozatban megfogalmazásra került, hogy bár a nem vagyoni kár pénzösszegben való meghatározása nem lehetséges, annak mértékét a sérelem kompenzálásaként, azzal egyenértékű mértékben kell meghatározni; melyet kizárólag a személyhez fűződő jogok megsértéséért lehet megítélni.

Az új Ptk. 2:52.§ (1) bekezdésében a nem vagyoni kártérítés helyett a sérelemdíjat vezette be.

„Műhibaperek” számának alakulása hazánkban

A műhibaper kifejezést a hatályos jogszabályi környezet nem használja, annak egzakt definiálására nem került sor, annak értelmezése a bírói gyakorlat feladata. A 20. század második felében egyre növekvő számban jelentek meg orvosi műhibaperek. A 2000-es évekre a perek száma és a megítélt kártérítések összege is jelentősen megnőtt. Ez a tendencia pszichológiai nyomást gyakorol az egészségügyi dolgozókra, és befolyásolja döntéshozatali mechanizmusait is. A peres félelmek miatti védekező orvoslás egyre gyakoribbá válik.

Az orvosi műhiba fogalma – bár a mai értelemben eltérő jelentéssel – már Rudolf Virchow nevéhez köthető, aki a Porosz Büntető Törvénykönyv előkészítése során vetette fel a gyógyításban részt vevők büntethetőségét figyelmetlenség vagy kellő óvatosság hiányában okozott egészségkárosodás esetén⁹. Már 1784-ben, Kassa városában is sor került egy orvosi műhibaper tárgyalására. Az eljárás során a helytelenül eljáró sebészt 20 forint bírságra, valamint a gyógyítási költségek megtérítésére kötelezték, majd az ügy megegyezéssel zárult¹⁰. Ezek az eljárások elsősorban büntetőjogi eljárások voltak.

Statisztikai adatok alapján hazánkban a 20. század elején is minimális számban fordultak elő orvosi műhibaperek, melyek abban az időszakban leginkább büntetőeljárásokat takartak, igaz a Magyar Orvosok Országos Szövetségének rendtartása az 1900-as évek elején már köztudomású tényként állapította meg, hogy az orvosok ellen indított kártérítési perek száma emelkedő tendenciát mutat, azonban még 1930-ban is évente egy-két eljárás volt folyamatban, majd ez a szám a kártérítési eljárások tekintetében 1937-ben 107-re emelkedett, előtérbe kerültek a polgári perek a büntetőjogi felelősségre vonásokkal szemben, ugyanakkor ezen esetekből orvosi műhiba megállapítására egyetlen esetben került sor.¹¹ 1982 és 1988

⁷ <https://net.jogtar.hu/ezer-ev-torveny?docid=92800000.TVJ&searchUrl=/ezer-ev-torvenyei?pagenum%3D52>, letöltve: 2025.03.01.

⁸ KISS Tibor: *Nem vagyoni kár vagy sérelemdíj*, JK, 2007/4., 164-172. o.

⁹ JUHÁSZ György: *Adalékok az orvosi műhiba fogalmának fejlődéséhez*, MJSZ, 2021/4., 172-184. o., <https://szakcikkadatbazis.hu/doc/2458603>, letöltve: 2023. november 14.

¹⁰ KIVOVICS i.m., 40. o.

¹¹ ÁDÁM i.m.

közötti időszakban összesen 54 orvosi műhiba per volt hazánkban, 26 esetben felperesi pernyertességgel, mindösszesen 2.406.704,- Ft kártérítési összeg megítélésével. Sándor Judit becslése alapján az 1983 és 1996 év közötti időszakban évente körülbelül 60-70 új polgári peres kártérítési eljárás indult Magyarországon.¹² Magyarországon az orvosi tevékenység során felmerült hibák tekintetében 2001-ben, az Egészségügyi Minisztérium felkérésére az EQUINOX Ventures Befektetési Tanácsadó Kft. által készült felmérés az egészségügyi intézmények önkéntes válaszadása alapján, melynek eredménye szerint 1998 és 2000 közötti időszakban az éves új kárigények száma 77-ről 118 darabra, míg az összes új kárigény összege 310 millióról 447 millióra emelkedett azzal, hogy a felmérés szerint az egy esetre jutó kárigény átlaga gyakorlatilag nem növekedett.¹³

Az egészségügyi ellátással kapcsolatosan napjainkban kiemelkedő számban fordulnak elő kártérítési eljárások, melyek nem csupán gazdasági terhet rónak az egészségügyi ellátó rendszerre. Az Egészségbiztosítási Felügyelet által 2010 évben közzétett összefoglaló szerint a kártérítési perek száma már 2001 és 2007 között elérte az 1051-t, valamint folyamatos növekedést mutatott.¹⁴ Az eljárásjogi szabályok változása a peres eljárások számának csökkenését vonta maga után, arra vonatkozóan azonban nem áll rendelkezésre pontos adat, hogy napjainkban az egészségügyi kártérítési perek száma mekkora lehet.

Bírósági ítélezési gyakorlat jellemzői

Az egészségügyi jogi szabályozás is kiemelt szempontként határozza meg a megfelelő ellátás mércéjeként az egészségi állapot által indokolt, időbeli, egyenlő bánásmód követelményének megfelelő egészségügyi ellátás biztosítását (az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 7.§ (1)-(2) bekezdés), mellyel összefüggésben a bírói gyakorlat a Legfelsőbb Bíróság jogértelmezése szerint kárként megítélt következmény okaként – többek között – a műtét késve történő elvégzését jelöli meg.

A személyiségi jogok megsértésének pénzbeli ellentételezését¹⁵ a jogalkotó a nem vagyoni kártérítés, majd a sérelemdíj intézményének bevezetésével szabályozta, mely a személyiséghez fűződő érdekek sérelmének kompenzációs lehetőségeit biztosítja úgy, hogy magának a sérelem mértéke piaci értéken nem becsülhető. A nem vagyoni kártérítés mértéke csak a méltányosság figyelembevételével határozható meg. A nem vagyoni kártérítés intézménye kiemelt jelentőséggel bír az egészségügyi kártérítési eljárásokban, melynek oka abban keresendő, hogy ezen ügyekben rendszerint az élethez, testi épséghez, egészséghez fűződik a jogsértés, mely ügyekben a vagyoni hátrány sokszor kisebb jelentőségű, mint a nem vagyoni kár; illetve az esetek egy részében teljesen hiányzik.¹⁶

Fontos rögzíteni, hogy a nem vagyoni kártérítési összeg meghatározásához nincs objektív mérce, mely a bíróságok számára útmutatót jelentene, így ebben a kérdésben főleg az ítélezési gyakorlat feldolgozása ad útmutatást, melyre vonatkozóan Magyarországon, a gyakorlat számára összecszerűség tekintetében is iránymutató tanulmány 1992-ben készült.¹⁷

¹² ÁDÁM i.m.

¹³ DÓSA Ágnes: *Az orvos kártérítési felelőssége* (Második, átdolgozott kiadás), HVG-ORAC Lap- és Könyvkiadó Kft., 2010., 23.

¹⁴ DÓSA i.m. 23.

¹⁵ BOYTHA György: *A személyiségi jogok megsértésének vagyoni szankcionálása*, Polgári Jogi Kodifikáció, V. évfolyam 1. szám, 3.

¹⁶ DÓSA i. m. 122.

¹⁷ DÓSA i.m. 129.

A nem vagyoni károk meghatározásánál olyan esetről van szó, amikor nem helyettesíthető dolog károsodik, mely kár mértékét csak becsléssel, illetve szabad mérlegeléssel lehet meghatározni, s melynek mértéke az észszerűség és a méltányosság, rendeltetése a károsult megsegítése a megváltozott életviszonyának kialakításában, az őt ért hátrányok enyhítése. Az összecszerűség meghatározása során befolyásoló tényezők többek között a testi sérülések, végtagcsontoklások, mozgáskorlátozottsággal járó sérelmek. Kiemelkedő jelentőséggel bírnak a károsult életkörülményei, életkora, valamint társadalmi helyzete.¹⁸ Hazánkban a Polgári Kollégium 49. számú állásfoglalása alapján az általános kártérítés megítélésakor a bíróság a kárigényt teljes egészében elbírálja. Dönt afelől, hogy a károsultat mekkora kár érte, és ezért kitől jár részére teljes elégtételt biztosító kártérítés. Az összecszerűen kimutatható káron (keresetcsökkenés, dologi kár, gyógykezelés, ápolás, művégtag stb.) felül az összecszerűségében pontosan ki nem mutatható károkért is kártérítést kap a károsult.

A bíróságok kétszintű bizonyítási rendszert állítottak fel, mely során a károsultnak csupán annyit kell bizonyítania, hogy a károkozás az alperesi egészségügyi intézmény ellátása során következett be, míg a kár és az ellátás közötti ok-okozati összefüggés hiányát az egészségügyi ellátónak kell bizonyítani; mely gyakorlatilag lehetetlenné teszi a felelősség megállapítása alóli kimentését az intézményeknek.¹⁹ A kártérítés megállapítása az elbírálás idején érvényesülő értékviszonyok alapulvételével kell, hogy történjen.²⁰

A nem vagyoni kártérítés összecszerűségének megállapítása során kiemelt szempontként kell figyelembe venni, hogy a károsult életére milyen hatást gyakorolt a káresemény, valamint a káreseménykor, vagy az elbírálás idején milyen ár-érték viszonyok az irányadóak. A bírói gyakorlat alapján kiemelt jelentősége van a jogsértés súlyának, tartósságának, az összecszerűség meghatározásában. E körben kiemelkedő a Fővárosi Ítélőtábla Pf.20059/2017/5. számú határozata, mely indoklásában összefoglalta a bíróságok számára a nem vagyoni kártérítés meghatározásának legfontosabb szempontjait. Határozatában kitért arra, hogy a nem vagyoni kártérítés célja a károsult által elszenvedett nem vagyoni hátrányok pénzbeli kompenzációja. A nem vagyoni hátrányok közé tartozik azoknak a személyiségi jogoknak a megsértése, melyek közé sorolandó a testi és lelki egészséghez fűződő személyiségi jog. Bár a jogszabály nem ad taxatív felsorolást a személyiségi jogsérelemről, de a bíróság álláspontja szerint annak kell tekinteni mindent, ami a károsult személyiségére és a káreseményt követő életére hátrányosan kihat. Ezek között példálózó felsorolással kiemeli az életmód hátrányos megváltozását, a károsult lelki egyensúlyának felborulásához vezető eseményt. A Fővárosi Ítélőtábla ezen határozatában kiemeli, hogy a nem vagyoni kártérítés összegének alkalmasnak kell lennie az elszenvedett személyiségi jogi sérelem kiegyensúlyozására.

Ugyanezen kérdéskörben a Kúria Pfv.20279/2018/4. számú határozatában fejtette ki, hogy a korábbi ügyekben született ítéletek, döntések a nem vagyoni kártérítés összegének meghatározásakor kiindulási alapként szolgálhatnak a bíróságok számára a hasonló tényállású ügyekben, azonban azokat nem lehet automatikusan alapul venni. Az ügyben eljáró bíróság a nem vagyoni kártérítés mértékét az ügy összes körülményének, a perbeli káresemény valamennyi egyedi sajátosságának figyelembevételével, saját belátása szerint határozza meg.

¹⁸ MÁRTON Éva: *Erkölcsei károk és orvosi műhibaperek*, MJ, 2017/4., 240-252. o., 2.1. fejezet

¹⁹ FUGLINSZKY Ádám: *Kártérítési jog*, HVG-ORAC Lap- és Könyvkiadó Kft., 2015., 269.

²⁰ EBH 1999.17.

A nem vagyoni kártérítés összegének megítélésénél számos körülmény mérlegelése szükséges, mint például a károsult életkora, munkaképesség csökkenésének mértéke, az életvitelben való változás mértéke, vagy a hosszú távú életkilátások.

A kártérítés megítélése során kiemelt jelentősége van az esély elvesztése kérdésének, mellyel a károsult valamely olyan lehetőséget veszít el, mely nem bizonyosság, vagyis nem lehet tudni, hogy károkozás nélkül valóban bekövetkezett volna.²¹ A hazai bírói gyakorlatban megkülönböztethető három esetcsoport közül a gyógyulási esély elvesztése abban valósul meg, ha a kezelőorvos diagnosztikai hibát vét, s az időben megkezdett terápia, illetve beavatkozás megmenthette volna a beteg életét, vagy elérhette volna a teljes gyógyulást, melyek lehetőségként, de nem bizonyosságként jelennek meg. A bírói gyakorlat ezen kívül új eseteket is létrehozott – mint például a „tartós tünetmentesség esélye”, vagy a gyógyulás korábban való bekövetkezésének esélye”, vagy „maradandó fogyatékoság” kialakulása.²²

Az ítélkezési gyakorlatban mind inkább az az elv tapasztalható – mely a Debreceni Ítéltábla Pf.I.20.494/2009/16. számú határozatában is megfogalmazásra került –, hogy ha csak minimális esély is lett volna a gyógyulásra, az alperes egészségügyi szolgáltató kártérítéssel tartozik. A Legfelsőbb Bíróság a BH 1999.363. számú határozatában tért ki arra, hogy a gyógyulási esély elvesztését egy önálló nem vagyoni kárnak tekinti. A gyógyulási esély elvesztése okán kizárólag akkor nincs helye sérelemdíjnak, ha nyilvánvaló, hogy a megfelelő diagnosztikai és terápiás ellátás mellett sem lett volna remény a gyógyulásra, vagy adott esetben a túlélésre. E körben a Szegedi Ítéltábla Pf.III.20.267/2007/5. számú határozatában a reális esély kérdésében kifejtette, hogy a szakértő által 5 %-nál alacsonyabb valószínűséggel megállapított túlélési esély elvesztése nem alapozta meg a kártérítési felelősséget.²³

A Debreceni Ítéltábla Pf.I.20.501/2013/4. számú határozatában kifejtette, hogy az egészségügyi szolgáltató gondossági kötelessége kiterjed a beteg valamennyi panaszának kivizsgálására. Ha ennek elmulasztása következtében a beteg elveszíti a gyógyulásának, vagy élete meghosszabbodásának esélyét, a kórház nem védekezhet azzal, hogy a megbetegedés sorsszerű volt.

A Polgári Törvénykönyv 6:527.§ (2) pontja alapján a jövőben rendszeresen felmerülő károk megtérítésére a bíróság időszakonként visszatérően előre fizetendő, meghatározott összegű járadékot is meghatározhat. A kártérítés járadék fajtái között szerepel jövedelempótló, tartást pótló járadék egyaránt.

A Kúria Pfv.III.20.282/2024/5. számú határozata alapján a kártérítési járadék lényegadó ismérve, hogy az a jövőben rendszeresen felmerülő, pontosan kiszámítható időszakonként visszatérő,összegezésében is előre meghatározható károk megtérítésére szolgál. Adott esetben az olyan bizonytalansági tényezők, mint például a technika fejlődése, a károsult állapotából adódó szükségleteinek változása miatt a gyógyászati segédeszköz költsége olyan kár, amely akkor sem alapozza meg a járadékigényt, ha már most előre látható, hogy bizonyos idő múlva felmerül a csere szükségessége.

Jövedelempótló járadék akkor ítéltető meg a károsult részére, ha a káreset utáni jövedelmének mértéke a károsultnak neki fel nem róható okból nem éri el a káreseményt követően [Ptk. 6:528.§ (1)], mely jövedelemcsökkenés okozati összefüggésben van a káreseménnyel. A járadék mértékének alapja a károsodást megelőző egy évben elért havi átlagjövedelme [Ptk. 6:528.§ (3)], melybe a Kúria Pfv. III. 22.304/2017/4. számú

²¹ FUGLINSZKY i.m. 260.

²² FUGLINSZKY i.m. 264.

²³ FUGLINSZKY i.m. 265-266.

precedensképes határozatában megfogalmazottak alapján a nem adózott jövedelem is beleszámítandó.

A tartást pótló járadék megítélésére a károkozás folytán meghalt személlyel szemben tartásra jogosult részére van lehetőség, abban az esetben is, ha a károkozó magatartásának e következménye nem volt előrelátható [Ptk. 6:529. § (1)]. Ezen járadék célja az eltartottak életszínvonalának káresemény előtti szintű biztosítása.

Költségpótló járadékok megítélésére lehetőség van kiadás vagy valamely többlettevékenység ellentételezésére. Ebbe a kategóriába tartoznak a háztartási tevékenységet miatt felmerült költségek megtérítése; mely abban az esetben is jár, ha a károsult helyett más családtag végzi el [Kúria Pfv. III.20.133/2017/6.]; de ide sorolható a gyógyszer kiadás, ételmezési költség, rezsi, vagy kulturális többletköltség, megnövekedett utazási költség egyaránt. Ezen járadékok megítélésének feltétele annak bizonyítása a károsult részéről, hogy a káreseménnyel okozati összefüggésbe hozható azok indokolt és tényleges felmerülése, valamint azok összegszerűsége.

Összefoglalás

A gyógyító munka jogi aspektusai ma már elválaszthatatlan részét képezik az orvosi gyakorlatnak. A betegjogok és az orvosi felelősség egyensúlyának megteremtése kulcsfontosságú a bizalmon alapuló orvos-beteg kapcsolat fenntartásához. A gyógyító tevékenység biztonságos gyakorlása érdekében elengedhetetlen az egészségügyi dolgozók jogi ismereteinek bővítése, az egészségügyi jog oktatásának megerősítése.

Felhasznált irodalom:

ÁDÁM György: *Igazságügyi szakértés az "orvosi műhiba" perekben*, JK, 2000/10., 381-394. o.

BOYTHA György: *A személyiségi jogok megsértésének vagyoni szankcionálása*, Polgári Jogi Kodifikáció, V. évfolyam 1. szám, 3.

DÓSA Ágnes: *Az orvos kártérítési felelőssége* (Második, átdolgozott kiadás), HVG-ORAC Lap- és Könyvkiadó Kft., 2010., 23.

FUGLINSZKY Ádám: *Kártérítési jog*, HVG-ORAC Lap- és Könyvkiadó Kft., 2015., 269.

HIDVÉGINÉ Dr. ADORJÁN Livia, SÁRINÉ dr. SIMKÓ Ágnes: *A betegek jogairól 1*, Medicina Könyvkiadó Zrt., 2012., Budapest, 10. oldal

JUHÁSZ György: *Adalékok az orvosi műhiba fogalmának fejlődéséhez*, MJSZ, 2021/4., 172-184. o., <https://szakcikkadatbazis.hu/doc/2458603>,

<https://doi.org/10.32980/MJSz.2021.4.1264> letöltve: 2023. november 14.

KIVOVICS Péter, FORRAI Judit, LÁSZLÓFY Csaba, CSÉSZREGI Gerda: *A fogeltávolítás kultúrtörténeti, jogi és kriminális háttere*, Kaleidoscope könyvek (6.). LÉTRA Alapítvány, Budapest. (2021) ISBN 9786156275035, <https://doi.org/10.32558/fogeltavolitas.2021> <https://publicatio.bibl.u-szeged.hu/24353/>, 39. o., 40. o., letöltve: 2025.03.01.

MÁRTON Éva: *Erkölcsei károk és orvosi műhibaperek*, MJ, 2017/4., 240-252. o., 2.1. fejezet

SIMON Tamás: *Az „orvosi műhiba” miatti kártérítési perek gyakorlata a felperesek szemszögéből*, Egészségügyi menedzsment, (2000), 3., 50.o.