

AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÓ KÁRTÉRÍTÉSI FELELŐSSÉGE

OTDK dolgozat

(Lezárás dátuma: 2014. november 4.)

Jelige: „Kalapács és sztetoszkóp”

2014.

Tartalom

1. Bevezető gondolatok	2
2. Az egészségügyi felelősség formái	4
2.1. Az orvos etikai felelőssége	5
2.1.1. Az orvosi etikáról általában.....	5
2.1.2. A jogi szabályozás és az etikai normák kapcsolata.....	6
2.2. Munkajogi felelősség az egészségügyben	8
2.2.1. Az egészségügyi szolgáltató felelősségét megalapozó rendelkezések.....	8
2.2.2. Az egészségügyi dolgozók munkajogi felelőssége	10
2.3. Az orvos büntetőjogi felelőssége – ultima ratio az egészségügyben.....	12
3. Az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelőssége	15
3.1. Az orvos – beteg jogviszony, mint szerződéses kapcsolat	15
3.2. Az orvos kártérítési felelőssége a kontraktuális és a deliktuális felelősség határán.....	18
3.3. Az egészségügyi szolgáltató felelősségéhez kapcsolódó sajátos kérdések	21
3.3.1. Jogellenesség	21
3.3.2. A kár	23
3.3.3. Okozati összefüggés	28
3.3.4. Felróhatóság	29
4. Az egészségügyi szolgáltató felelőssége a tájékoztatás elmulasztásáért.....	32
4.1. Normatív szabályozás	33
4.2. Bírói gyakorlat	35
5. Összegző gondolatok.....	37
Irodalomjegyzék.....	39
Feldolgozott bírósági határozatok	42

1. Bevezető gondolatok

Az egészségügyi szolgáltatások nyújtása és igénybe vétele szerződéses keretek között történik. E szerződés, valamint az egészségügyi szolgáltató és a beteg között fennálló jogviszony jogrendszerbeli elhelyezkedése azonban napjainkban is alakuló, világszerte vitatott kérdés. Egységessé vált viszont az álláspont a tekintetben, hogy az orvos és a beteg között polgári jogi kapcsolat van, melynek alanyai autonómok, egyenjogúak és mellérendeltek.¹ Az e jogviszonyhoz kapcsolódó felelősségi szabályok azonban már-már önálló kategóriát alkotnak a magánjogi felelősség rendszerében. Mind a magas szintű képzettséget és hozzáértést feltételező orvosi tevékenység, mind pedig az annak tárgyát képező emberi élet, testi épség és egészség – a felelősség tekintetében is – olyan sajátos szabályozást kívánnak meg, amely a szakmai szempontokat és az egészségügyi ellátás során érintett komoly egyéni és társadalmi érdekeket egyaránt figyelembe veszi.

A téma aktualitását viszonylagos újdonsága adja. Az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelősségére vonatkozóan, bár egészen korai esetek is ismertek,² valamint már a XIX. században rögzítésre került az orvos műhibákért való felelőssége,³ a XX. század második feléig nem állt rendelkezésre megfelelően kimunkált szabályozás. A náci orvosok pereit követően Nyugat-Európában és az Egyesült Államokban azonban drasztikusan emelkedni kezdett az egészségügyi szolgáltatók elleni kártérítési perek száma.⁴ A hatvanas évek végére az Egyesült Államokban ez a számos orvosi karrier végét jelentő „műhiba krízishez” vezetett.⁵ Míg a nyugat-európai országokban hasonlóan alakult a helyzet, az orvosi jogviszonyt hazánkban még a nyolcvanas években is államigazgatási jogviszonyként fogták fel: „Csak az államigazgatási jogi szabályozás teszi lehetővé, hogy ilyen bonyolult érdekviszonyok között (...) teljes egészében védelmet kapjanak mind a társadalom, mind a beteg, mind pedig az egészségügyi szolgáltatást nyújtó intézet jogos érdekei.”⁶ Ezt a paternalista személelmódot, az egészségügyi szolgáltatások fogyasztói szemléletű igénybe vétele váltotta fel, mely a rendszerváltás idején végbement társadalmi, politikai és gazdasági rendszerbeli változásokkal

¹ Jobbágyi Gábor: Orvosi jog, Budapest, Szent István Társulat, 2010. 37. o.

² Slater v. Baker and Stapleton; Reichsgericht, Urteil vom 31.5.1894, RGSt 25, 379ff

³ 1876. évi XIV. tc. 47. § „A gyakorlatra jogosított orvos a gyógy mód alkalmazásában nem korlátoztathatik, működésére nézve azonban az állam ellenőrködése alatt áll, és az általa elkövetett műhibákért felelős.”

⁴ Jobbágyi i.m. 69-71. o.

⁵ Reed Neil Olsen: The Efficiency of Medical Malpractice Law: Theory and Empirical Evidence, <http://courses.missouristate.edu/ReedOlsen/medmal%20claims.pdf> (letöltés időpontja: 2013. augusztus 15.)

⁶ Berényi Sándor, Martonyi János, Szamel Lajos: Magyar államigazgatási jog, Általános rész, Budapest, Tankönyvkiadó, 1980. 295 oldal, Jobbágyi i.m. 37. o.

karöltve hazánkban is elősegítette az orvosok ellen indított kártérítési perek számának növekedését.⁷

Az egészségügyi szolgáltatással összefüggésben okozott kárért a károkozó felelőssége több irányban felmerülhet. Éppen ezért az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelősségének átfogó vizsgálatához az egészségügyi tevékenységhez kapcsolódó felelősségi szabályanyag egészét látni kell. Jelen dolgozat célja tehát, hogy egyrészt bemutassa az egészségügyi felelősség rendszerét, másrészt az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelősségének témakörét körüljárva a lehető legteljesebb képet nyújtsa a magánjogi felelősség e különleges területéről. A Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (a továbbiakban: Ptk.) alapjaiban változtatta meg a magyar polgári jog felelősségi rendszerét. A deliktuális és a kontraktuális felelősség szabályainak szétválasztása, valamint a sérelemdíj jogintézményének bevezetése az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelősségét is érintik, indokolt tehát jelen keretek között beszámolni a fent említett változások lehetséges – szempontunkból jelentős – következményeiről.

Az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelősségének megállapítására irányuló ügyekben a felelősség megítélése szempontjából a szakmai szempontok kiemelkedő jelentőséggel bírnak. Bár a szakmai tények feltárása orvosszakértői feladat, azok jogi szempontból történő értékelése a bíróság mérlegelési körébe esik. Ebből az következik, hogy egyes, a felelősség szempontjából lényeges kérdések tekintetében nem a jogi szabályozás, hanem a bírói gyakorlat adhat eligazítást. Az elméleti alapok lefektetése, valamint a jogszabályi háttér bemutatása mellett tehát e dolgozat keretei között elengedhetetlen a terület sajátos problémáira megoldásokat kínáló judikatúra elemzése.

⁷ Dósa Ágnes: Az orvos kártérítési felelőssége, Budapest, HVG-ORAC 2010. 9. o.

2. Az egészségügyi felelősség formái

Annak, hogy az ember társas lény, következménye, hogy az individualitással, illetve a konformitással társult értékek közötti feszültség állapotában élünk.⁸ E feszültség feloldása a társas együttélés minimális követelményeinek lefektetése útján lehetséges. Éppen ezért már az ősi társadalmak is rendelkeztek valamiféle normarendszerrel, melyek azonban nem működhetnek az egyes szabályok megszegéséért való helytállás kikényszeríthetősége nélkül, így a szabályozással egyidejűleg a hozzájuk kapcsolódó felelősségi rendszerek is létrejöttek. A huszadik század második feléig az orvosok tekintetében ez meglehetősen sajátosan alakult, eddig ugyanis a beteg az orvos tevékenységének passzív résztvevője volt, ha a beavatkozás nem járt sikerrel, esetleg a beteg halálához vezetett, az orvost nem – azaz a korai gyakorlatról rendelkezésre álló adatok alapján igen csak szűk körben – lehetett felelősségre vonni, hiszen a kezeléssel az orvos „maximálisan jót akart”.⁹ Mára azonban az orvosi felelősség szerteágazó kategóriává vált. A XX. második feléig jobbra az orvostikai normák jelentették az orvoslás jogát.¹⁰ Napjainkban azonban a modern orvostudomány vívmányai, valamint az átalakult társadalmi viszonyok megkövetelik az egészségügyi szolgáltatások nyújtásának és igénybevételének jogszabályi úton történő szabályozását.

Az általános felfogás szerint a jog a társadalom minimális morális értékeit határozza meg.¹¹ E rendeltetését alapvetően úgy tölti be, hogy meghatározott helyzetekre meghatározott magatartásfajtákat ír elő, amelyek nem-tanúsítása esetére szankciókat helyez kilátásba, és biztosítja azok állami úton való kikényszeríthetőségét.¹² Az orvosi tevékenység végzése során bekövetkező jogsértés esetén a jogi felelősség négy alaptípusa közül – Eörsi Gyula nyomán: büntetőjogi, államigazgatási jogi, munkajogi, valamint polgári jogi felelősség¹³ - három felmerülhet. E fejezet célja, hogy rendszerezze az egészségügyi felelősségre vonatkozó polgári jogon kívüli szabályokat.

⁸ Elliot Aronson: A társas lény, Budapest, KJK, 2001. 33. o.

⁹ Jobbágyi: i.m. 23. o.

¹⁰ Jobbágyi Gábor: i.m. 21. o.

¹¹ Sándor Judit: Gyógyítás és ítélkezés, Budapest, Medicina, 1997., 41. o.

¹² Eörsi Gyula: A jogi felelősség alapproblémái, a polgári jogi felelősség, Budapest, Akadémiai Kiadó, 1961., 21. o.

¹³ Eörsi: i.m. 206. o.

2.1. Az orvos etikai felelőssége

2.1.1. Az orvosi etikáról általában

Az etika, normatív tudományként a filozófia egy olyan ága, amely az emberi cselekvések értékelését kutatja, tisztázza azon szempontokat, melyek alapján az adott cselekvés helyesként vagy helytelenként értékelhető.¹⁴ Az etika tehát erkölcsi elveket fogalmaz meg, nélkülözi azonban az állami beavatkozás útján történő kikényszeríthetőséget, mely a jogszabályban rögzített erkölcsi alapelvek érvényesülését biztosítja. Felmerül tehát a kérdés, hogy a szerteágazó jogi szabályozás mellett milyen szerepet tölt be napjainkban az orvosi etika, illetve az etikai felelősség.

Az orvosi etika jelentősége már évezredekkel ezelőtt is vitathatatlan volt. A Hippokratészi Esküben olyan általános kötelezettségek és tilalmak fogalmazódtak meg, melyek az orvosi hivatás etikai normáit az elmúlt több mint két évezred változásait követően is áthatják.¹⁵ Ezt támasztja alá, hogy az orvosesetika Childress és Beuchamp által megfogalmazott alapelveit mind a magyar, mind pedig a külföldi szakirodalom elismeri.¹⁶ E négy alapelv, jelesen az autonómia tiszteletének elve, a „Ne árts!” elve, a jótékonyság elve, valamint az igazságosság elve¹⁷ az egészségügyről szóló törvényben is megjelennek betegjogokként, illetve orvosi kötelezettségekként. Az orvosi etika alapvető tételei tehát az orvosi tevékenység jogi szabályozásának alapköveit is jelentik.

Napjainkban tehát az orvosi etika megjelenik egyrészt – immár jogi normaként – az egészségügyi jogi rendelkezésekben, másrészt – és napjainkban ezt tekintjük orvosesetikai szabályozásnak – hivatásetikai szabályokként. Az ilyen normák az adott tevékenységet hivatásszerűen végzők erkölcsi szabályait tartalmazzák. Ritka azonban, hogy az orvosi etikához hasonló, összetett hivatásetikai szabályrendszerrel találkozunk. Álláspontom szerint az orvosi hivatás specialitásai teszik indokolttá egy sajátos belső normarendszer fenntartását. Az orvosi etika ugyanis – az általános erkölcsi alapelvek mellett – szoros kapcsolatban áll az orvostudománnyal. Szabályai nem a jogalkotás termékei, orvosi szervezetek alkotják őket, így az orvosi hivatás gyakorlására vonatkozó tudományos vélemények is részüket képezik.¹⁸

¹⁴ Tarr György: Élet és egészség, orvos és beteg, jog és erkölcs az emberi méltóság fogalom szférájában, Budapest, Püski, 2003., 50. o.

¹⁵ Lomnici Zoltán: Az orvosi jog és az orvosi jogviszony alapvonalai, PhD értekezés, 19. o.

¹⁶ S.S. Sanbar, M.H. Firestone, S. Fiscina, T. R. LeBlang, C. H. Wecht, M. J. Zaremski: Legal Medicine, Philadelphia, Mosby Elsevier, 2007., 165. o.

¹⁷ Kovács József: A modern orvosi etika alapjai, Budapest, Medicina, 2006., 99. o.

¹⁸ Sótónyi Péter: Orvosi felelősség, Budapest, Semmelweis, 2006., 31. o.

Az orvoslás hivatásetikai szabályai tehát nem minősülnek jogszabálynak. Megalkotásukra, vagyis a Magyar Orvosi Kamara (MOK) Etikai Kódexének megalkotására, illetve a hozzájuk kapcsolódó etikai eljárás lefolytatására azonban jogszabály, az egészségügyben működő szakmai kamarákról szóló törvény (a továbbiakban: Ekt.)¹⁹ ad felhatalmazást. A szakmai kamarák működését a tagok érdekeinek képviselése, védelme, illetve az önszabályozás és öngazgatás feltételeinek megteremtése mellett minőségvédelmi és minőségbiztosítási szempontok is szükségessé teszik. Az Ekt. miniszteri indokolása e körben rögzíti, hogy az egészségügy területén a minőségvédelem és a minőségbiztosítás megoldása állami feladat. Az egészségügyi szolgáltatások a velük szemben támasztott minőségi követelményeknek csak akkor felelhetnek meg, ha az orvosok – és más egészségügyi dolgozók – a rájuk vonatkozó speciális normáknak megfelelően gyakorolják hivatásukat.

2.1.2. A jogi szabályozás és az etikai normák kapcsolata

Ahogy az fentebb említésre került, a MOK Etikai Kódexe jogszabályi felhatalmazás, pontosabban jogszabályi kötelezettség alapján kerül megalkotásra. Az Ekt. emellett etikai vétség gyanúja esetén etikai eljárás lefolytatásának kötelezettségét is rögzíti.²⁰ A törvényi megfogalmazás (ld. 22 alatt) miatt ehelyütt érdemes áttekinteni, mit is ért a törvény, illetve az Etikai Kódex etikai vétség alatt. Előbbire az Ekt. felelősségi szabályokat rendező fejezete adja meg a választ, eszerint etikai vétség a szakmai kamara által megalkotott etikai kódex, illetve a kamara további belső szabályainak (pl. alapszabály), illetve a választott – kamarai – tisztségből eredő kötelezettségek vétkes megszegése.²¹ Az Etikai Kódex egyrészt megismétli az Ekt. fent ismertetett rendelkezéseit, másrészt etikai vétségnek tekinti az orvosi foglalkozás egyéb jogszabályokban meghatározott általános magatartási követelményeinek megsértését. Itt érdemes rámutatni, hogy a jogszabályokban meghatározott magatartási követelmények megszegése az etikai eljáráson kívül jogi felelősségre vonást is megalapozhat.

Az etikai eljárás szabályait szintén rögzíti a törvény, ezek részletekbe menő ismertetésétől eltekintvén annyit rögzítenék, hogy érvényesül az officialitás elve, vagyis etikai vétség gyanúja esetén az eljárást hivatalból meg kell indítani. Az eljárás a MOK etikai bizottságai előtt zajlik, a másodfokú eljárás során született döntés ellen azonban bírói felülvizsgálatnak van helye.

¹⁹ 2006. évi XCVII. törvény az egészségügyben működő szakmai kamarákról (Ekt.)

²⁰ Ekt. 2. § c) A szakmai kamara a feladatköre szerinti egészségügyi szakma gyakorlására vonatkozó általános szakmai magatartási-etikai (a továbbiakban együtt: etikai) szabályokat (a továbbiakban: etikai kódex) alkot, és az e törvényben meghatározott esetekben a tagjával szemben etikai eljárást folytat le;

²¹ Ekt. 20. §

Az etikai vétség elkövetésének megállapítása esetén alkalmazott szankciók szempontunkból már nagyobb jelentőséggel bírnak, indokolt tehát ezekre részletesebben kitérni. Az orvos etikai felelősségének megállapítása esetén szankcióként alkalmazható figyelmeztetés, megrovás, pénzbírság, a tagsági viszony felfüggesztése, valamint büntetőjogi felelősség megállapítása, illetve kirívóan súlyos etikai vétség elkövetése esetén a kamarából történő kizárás is lehetséges.²² Ez utóbbi rendkívül súlyos jogkövetkezményként értékelhető, hiszen tekintettel a kötelező kamarai tagságra az orvos kamarából történő kizárása az orvosi hivatás gyakorlásának teljes ellehetetlenítését jelenti. Végső soron tehát e szankció alkalmazása a foglalkozástól eltiltással azonos eredményekhez vezet, hiszen egyrészt védi a társadalmat, másrészt kizárja annak lehetőségét, hogy az elkövető foglalkozásával összefüggésben újabb etikai vétséget (foglalkozástól eltiltás esetén bűncselekményt) kövessen el.²³ A büntetőjogi felelősségre vonás ultima ratio jellegére tekintettel aggályosnak tűnhet egy ilyen jogkövetkezmény etikai vétség szankciójaként történő alkalmazása. Látni kell azonban, hogy a legsúlyosabb etikai büntetés alkalmazására csak kivételes esetekben van lehetőség. Ilyen egyrészt a – fentebb már említett – kiemelkedő súlyú etikai vétség elkövetése, amely már önmagában megalapozhatja a büntetőjogi felelősségre vonást. Kizárás alkalmazható továbbá akkor is, ha a kamarai tagot jogerősen egy évet meghaladó szabadságvesztésre ítélik, vagy a kamarai tagság alapjául szolgáló foglalkozásától végleges hatállyal eltiltották. Az említett büntetések alkalmazása olyan bűncselekményt feltételez, amelynek elkövetése, tekintettel az orvosi tevékenység tárgyára, vagyis az emberi élet, testi épség és egészség megóvására, álláspontom szerint indokoltá, sőt kívánatossá teszi a kamarából történő kizárást.

Egészségügyi tevékenységet kizárólag az végezhet, aki tagja a szakképesítése szerint illetékes szakmai kamarának.²⁴ E rendelkezés egyik fő indoka az etikai szabályok hatékony érvényesítése az adott hivatás gyakorlóinak körében. Az orvosok kötelező kamarai tagsága 2007-ben eltörlésre került, azonban – ahogy azt a jogalkotó is belátta – ez az etikai felelősségi rendszer diszfunkcionalitását eredményezte. Hiszen, bár a kamara etikai funkciója továbbra is megvolt, annak hatóköre csupán a kamarai tagokra korlátozódott.²⁵ E körben az Ekt. az etikai kódex létrehozásáról szóló szakaszának indokolása a következőket tartalmazza: „A *Javaslat valamennyi egészségügyi tevékenységet végző hivatásgyakorlóra kiterjedő, teljes körű, független etikai rendszer működtetését várja el a szakmai kamaráktól, ide értve az etikai anyagi*

²² Ekt. 25. §

²³ Polt Péter (szerk.): Új Btk. kommentár, Budapest, Nemzeti Közszerológati és Tankönyv Kiadó, 2013. 49. o.

²⁴ Ekt. 14/A. § (1) bekezdés

²⁵ Kovácsy Zsombor: Egészségügyi jog, Budapest, Semmelweis, 2008. 227. o.

jogi normaalkotást is.” Az Etikai Kódex hatályának valamennyi hivatásgyakorlóra való kiterjesztését az általuk végzett tevékenységgel szorosan összefüggő kiemelkedő társadalmi érdek, az emberi élet, testi épség és egészség védelme indokolja. Ezt alátámasztandó érdemes vizsgálni egyéb olyan hivatásokat, amelyek gyakorlásának előfeltétele a kamarai tagság. A kormánytisztviselői jogviszony létrejötte például automatikus felvételt jelent a Magyar Kormánytisztviselői Kar (MKK) tagjai közé.²⁶ Az MKK szintén önálló hivatásetikai kódexet alkot,²⁷ melynek hatálya valamennyi kormánytisztviselőre kiterjed. A kormánytisztviselők esetében a jó közigazgatásba vetett társadalmi bizalom, mint kiemelkedő társadalmi érdek szintén indokoltta teszi hivatásuk belső szabályainak kikényszeríthetővé tételét.

Elmondható tehát, hogy az orvosi tevékenységet a jogi szabályozás mellett foglalkozásetikai normák is szabályozzák,²⁸ látni kell viszont, hogy az orvosi tevékenységet nem lehet kizárólag autonóm orvósetikai normák útján szabályozni. Az orvosi beavatkozás az ember személyiségi jogait érintő tevékenység,²⁹ e jogok érvényesülésének biztosítása pedig kizárólag jogszabályi garanciák útján lehetséges.

2.2. Munkajogi felelősség az egészségügyben

2.2.1. Az egészségügyi szolgáltató felelősségét megalapozó rendelkezések

Bár az egészségügyi beavatkozás során történt károkozás esetén általában az egészségügyi szolgáltatót terheli kártérítési felelősség,³⁰ a károkozó cselekmény ilyenkor is emberi tevékenység által valósul meg. (Itt indokolt tisztázni az egészségügyi szolgáltató fogalmát. Az Eütv. alapján egészségügyi szolgáltató a tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül minden, egészségügyi szolgáltatás nyújtására és az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedély alapján jogosult egyéni egészségügyi vállalkozó, jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet.³¹ Tehát az egészségügyi szolgáltató, illetve a tevékenységet végző személy egyedül az egyéni egészségügyi vállalkozó esetében egyezik meg.) Attól függően, hogy az orvos (illetve egyéb egészségügyi dolgozó), akinek a cselekménye nyomán a

²⁶ 2011. évi CXCV. törvény (Kttv.) 33. § (1) bekezdés

²⁷ Kttv. 29. § (6) c) pont

²⁸ Dósa Ágnes: Az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelőssége a tájékoztatás elmulasztásáért, Állam- és Jogtudomány, 2002/1-2., 23-72., 28. o.

²⁹ Törő Károly: Az orvosi jogviszony, KJK, Budapest, 1986. 83-87. o.

³⁰ 2003. évi LXXXIV. törvény az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről (Eütev., Jogállási törvény) 19/A. §

³¹ Eütv. 3. § f) pont

kár bekövetkezik, milyen jogviszonyban áll az egészségügyi szolgáltatóval, a két fél közötti felelősségi szabályok eltérően alakulnak.

A Jogállási törvény tehát rögzíti, hogy az egészségügyi szolgáltatással összefüggésben a betegnek okozott kárért az egészségügyi szolgáltató felel. Ennek indoka, hogy a beteg az egészségügyi szolgáltatás igénybevétele során több vizsgálaton, beavatkozáson esik át, kezelését illetve ápolását több egészségügyi dolgozó végzi, ezért általában csak a bírósági eljárás folyamán felvett bizonyítás eredményeképp derül ki, hogy mely személy cselekménye következtében szenvedett kárt a beteg. Tekintettel a fentiekre, a jogállási törvény fentebb ismertetett rendelkezése hiányában a beteg az igényérvényesítés során komoly akadályokba ütközne, így viszont a keresetindítás szempontjából nincsen jelentősége annak, hogy az egészségügyi szolgáltató mely alkalmazottjának felróható magatartására vezethető vissza a páciensért kár.

Ehelyütt szót kell ejteni a Ptk. alkalmazott károkozásáért való felelősségre vonatkozó szabályairól. Eszerint, ha az alkalmazott a foglalkoztatásra irányuló jogviszonyával összefüggésben harmadik személynek kárt okoz, a károsulttal szemben a munkáltató felelős.³² Ez a speciális kárfelelősségi tényállás nem teremt teljesen önálló felelősségi szabályt, hiszen nem rendelkezik a felelősség feltételeiről és a kimentés módjáról, azonban a felelősség alanyaként a munkáltatót jelöli meg.³³ Felmerül viszont a kérdés, hogy esetünkben alkalmazandó-e a fenti szabály. A jogállási törvény fentebb hivatkozott rendelkezése ugyanis kifejezetten az egészségügyi szolgáltatás nyújtásával összefüggésben felmerülő kár esetén mondja ki az egészségügyi szolgáltató felelősségét. Utóbbi pedig a Ptk. alkalmazott károkozásáért való felelősségre vonatkozó szabályához képest egyértelműen speciális rendelkezés, így a *lex specialis derogat legi generali* elve alapján az egészségügyi szolgáltatás során illetve azzal összefüggésben a betegnek okozott kár esetén a jogállási törvény szabályai alkalmazandók. Ez azonban felveti a kérdést, hogy miért volt szükség egy, az egészségügyi szolgáltatás során a betegnek okozott kár megtérítésére vonatkozó speciális, polgári törvénykönyvön kívüli kárfelelősségi tényállás megalkotására. Ezt a rendelkezést korábban alacsonyabb szintű jogszabály tartalmazta, törvénybeli rögzítésének indokaként a törvény indokolása a betegek fokozottabb védelmét jelölte meg. Álláspontom szerint ez a védelem a fentebb már említett, a kártérítési követelés érvényesítésével kapcsolatban felmerülő nehézségek kiküszöbölésének elősegítését jelenti. Esetünkben azonban ennél mélyebbre kell

³² Ptk. 6:540. § (1) bekezdés

³³ Fézer Tamás: A kártérítési jog magyarázata, Budapest, Complex, 2010. 240. o.

ásni, hiszen ezt a védelmet a Ptk. ismertetett szabályai is biztosítják. A jogállási törvény meghatározza, hogy mely jogviszonyok nyújthatnak keretet az egészségügyi tevékenység végzéséhez.³⁴ E felsorolás azonban a munkajogi jellegű jogviszonyokon kívül számos egyéb olyan jogviszonyt (pl. önkéntes segítő) tartalmaz, amelyek tekintetében irányadó felelősségi szabályokra vonatkozóan a Ptk. nem ad eligazítást, így a fent említett védelem megvalósítása indokolttá teszi a jogállási törvény speciális kárfelelősségi tényállásának létrehozása.

2.2.2. Az egészségügyi dolgozók munkajogi felelőssége

A Polgári Törvénykönyvről szóló 1959. évi IV. törvény (a továbbiakban: régi Ptk.) utaló szabálya³⁵ alapján az alkalmazott által okozott kár munkáltatói megtérítése esetén utóbbi regressz igénye a munkajog szabályai szerint alakul. A hatályos Ptk. azonban nem tartalmaz ilyen rendelkezést, ennek ellenére munkavállalói károkozásról lévén szó, továbbra is a munka törvénykönyve (a továbbiakban: Mt.)³⁶ 179. § szabályait kell alkalmazni.³⁷ Eszerint a munkavállaló a munkaviszonyból származó kötelezettségének megszegésével okozott kárt köteles megtéríteni, ha nem úgy járt el, ahogy az adott helyzetben általában elvárható.

Az általában elvárható magatartás követelménye az Mt. általános magatartási követelményei között is visszaköszön: a munkaszerződés teljesítése során – ha törvény eltérő követelményt nem ír elő – úgy kell eljárni, ahogy az az adott helyzetben általában elvárható.³⁸ Ehelyütt rámutatnék arra, hogy az egészségügyi dolgozók esetében a gondossági mérce eltér a fentitől, hiszen az Eütv. az egészségügyi ellátások működési elvei körében kimondja, hogy minden beteget - az ellátás igénybevételének jogcímére tekintet nélkül - az ellátásában résztvevőktől elvárható gondossággal kell ellátni.³⁹ Az egészségügyi dolgozók tekintetében tehát objektív gondossági mércét kell alkalmazni, mely az adott helyzetben általában elvárható magatartás helyett a „tőle elvárható” magatartást vizsgálja. E körben megjegyzendő, hogy az Eütv. 2004 májusáig hatályos szövege az ellátásban résztvevőktől elvárható legnagyobb gondosságot követelte meg, amelyhez képest a jelenlegi gondossági mérce enyhébbnek tekinthető. Tekintettel arra, hogy a munkavállaló kártérítési felelőssége megállapításakor a munkaviszonyból származó kötelezettségek megszegése is figyelembe jön, az egészségügyi

³⁴ Eütev. 7. § (2)

³⁵ 1959. évi IV. törvény a Polgári Törvénykönyvről (rég Ptk.) 350. § (5) bekezdés

³⁶ 2012. évi I. törvény a Munka törvénykönyvéről (Mt.)

³⁷ Az itt érintett kérdések a közszolgálati munkajogban is a leírtaknak megfelelően alakulnak, így e fejezet a Kttv. szabályainak külön ismertetésétől eltekintvén kizárólag az Mt. illetve az egészségügyi dolgozókra vonatkozó egyéb jogszabályok rendelkezéseit mutatja be.

³⁸ Mt. 6. § (1) bek.

³⁹ Eütv. 77. § (3) bekezdés

dolgozók esetében az Eütv. által meghatározott objektivizált gondossági mércét kell alapul venni.

Az egészségügyi dolgozókra a kártérítés mértéke tekintetében szintén speciális szabályok vonatkoznak. Az Mt. szabályai szerint súlyosan gondatlan károkozás esetén nem érvényesül a törvény azon korlátja, mely szerint a kártérítés mértéke nem haladhatja meg a munkavállaló négyhavi távolléti díjának összegét, ilyen esetben a munkavállalót is teljes kártérítési kötelezettség terheli. A jogállási törvény azonban az egészségügyi tevékenység végzése során a betegnek okozott kár tekintetében speciális szabályokat fogalmaz meg. A kártérítés mértéke – az Mt. rendelkezésétől eltérően – ilyen esetekben sem haladhatja meg a munkavállaló négyhavi távolléti díjának összegét. Nyomatékosítani kell azonban, hogy ez a korlátozás kizárólag az egészségügyi tevékenység végzésével összefüggésben a betegnek okozott kár esetén alkalmazható, ettől eltérő esetekben az Mt. általános szabályai irányadók.⁴⁰

A fent leírtak fényében elmondható, hogy a beteg jogainak védelme, az orvosi hivatás sajátosságai valamint az egészségügyi szolgáltatás minőségével szemben támasztott követelmények a munkajog kártérítési szabályai körében is indokoltá teszik bizonyos speciális szabályok kialakítását. Álláspontom szerint a hazai munkajog felelősségi szabályai megfelelően igazodnak az egészségügyi szféra sajátosságaihoz.

⁴⁰ Kőszegfalvi Edit: Új munkajogi szabályok az egészségügyben, Budapest, Complex, 2012. 77. o.

2.3. Az orvos büntetőjogi felelőssége – ultima ratio az egészségügyben

Az emberi élet, testi épség és egészség az orvosi tevékenység – mint magas képzettséget és nagyfokú gondosságot igénylő tevékenység – tárgyaiként kiemelt védelemben részesítendő társadalmi értékek. Speciális felelősségi illetve egyéb szabályok kialakításával, végső soron pedig az orvosi tevékenység büntetőjogi értékelésével biztosítható ezek megfelelő szintű védelme.⁴¹ Látni kell azonban, hogy a büntetőjogi felelősség jelentős mértékben eltér a magánjogi felelősségfajtától. A legszembetűnőbb különbség a felelősségre vonás céljában érhető tetten, hiszen a büntetőjogi felelősségre vonás az elkövető megbüntetésére, illetve a hasonló cselekmények megelőzésére irányul, míg a magánjogi felelősség a károsultat ért károk megtérítését helyezi középpontba.⁴² A gyógyítás szabadsága és az orvosi hivatás gyakorlóinak jobbtét szándéka elismerése mellett is kijelenthető azonban, hogy tevékenységük komoly veszéllyel jár,⁴³ így a hanyag, szakszerűtlen orvosi eljárás büntetőjogi szankciókkal való fenyegetése messzemenően indokolt.

E fejezet csupán az egészségügyi felelősség szabályanyagának teljes feltérképezése okán érinti az idevágó büntetőjogi rendelkezéseket, így ehelyütt csupán az orvosi tevékenységet érintő büntető törvénykönyvbeli tényállások rövid áttekintésére vállalkozom.

A Büntető Törvénykönyv (Btk.)⁴⁴ élet, testi épség és egészség elleni bűncselekményekről szóló XV. fejezete több olyan tényállást tartalmaz, amely összefügghet az orvosi tevékenységgel, így:

- emberölés;
- öngyilkosságban közreműködés;
- magzatelhajtás;
- testi sértés;
- foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés.

Ezek közül – speciális alanya okán – a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetést emelném ki. A törvénytörvény részletes elemzésétől eltekintvén annyit rögzítenék, hogy keretdiszpozícióról van szó, azaz a tényállás kereteit egy büntetőjogon kívüli jogszabály tölti ki. A foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés elkövetési magatartása ugyanis egy tevékenység meghatározott, széleskörűen ismert és szokásosan megtartott szabályának

⁴¹ Zákány Judit: Az orvosi tevékenység büntetőjogi szabályozásának vázlata különös tekintettel a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés tényállására, Debreceni jogi műhely IX. évfolyam 2. szám

⁴² Sándor Judit: i.m. 211. o.

⁴³ Kovács Gábor: Bioetika és büntetőjogi kodifikáció, Győr, Szent István Egyetem, 2008. 5. o.

⁴⁴ 2012. évi C. törvény a Büntető Törvénykönyvről

megszegése.⁴⁵ A Btk. nem ad eligazítást a tekintetben, hogy mely szabályok tekinthetők az egészségügyi foglalkozási szabálynak.⁴⁶ A Kúria egyik eseti döntésében szintén rögzítette, hogy az orvosi foglalkozás szabályait a jogszabályok nem rendezik teljes körűen. A jogi normák mellett foglalkozási szabálynak tekintendők a szakma rendeletekbe, utasításokba foglaltan írott, vagy szokásszerű, íratlan szabályai.⁴⁷ Rögzítendő továbbá, hogy a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés materiális bűncselekmény, így befejezetté válásához az szükséges, hogy az elkövető másnak vagy másoknak közvetlen veszélyt, vagy testi sértést okozzon.⁴⁸ Látni kell továbbá, hogy a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés nem az orvosi tevékenység büntetőjogi szabályozására kialakított speciális tényállás. Indokolt tehát ismertetni az orvosi hivatással kapcsolatos elkövetési magatartásokat. Önmagában az, hogy az ellátás során a beteg egészsége, testi épsége veszélybe került, nem alapozza meg a Btk. 165.§ szerinti felelősségre vonást. A leggondosabb eljárás mellett is felléphetnek egészségügyi komplikációk, szövődmények, ezek azonban nem lépik túl az általános kezelési kockázat kereteit, így társadalomra való veszélyességről sem beszélhetünk. Ha azonban az orvos helytelenül választja meg az alkalmazandó eljárást, vagy annak műveleteit nem a protokollnak megfelelően végzi, szakmai szabályszegést követ el. E körben felmerül még a diagnosztikai tévedés kérdése, mellyel kapcsolatban kijelenthető, hogy önmagában nem jelent szakmai szabályszegést.⁴⁹ Ha viszont a diagnózis felállításához szükséges vizsgálatok hiányosak, vagy azokat nem a szakmai előírásoknak megfelelően végzik, megállapítható az orvos büntetőjogi felelőssége.

Az egészséget veszélyeztető bűncselekmények (Btk. XVII. fejezet) körében két tényállásról kell említést tenni. Az egészségügyi termék megamisítása alapesetének alanya bárki lehet, a törvény azonban minősített esetként rögzíti az egészségügyi dolgozóként történő elkövetést. A kuruzslás tényállása, bár a Btk. az egészséget veszélyeztető bűncselekmények között szabályozza, az állampolgárok egészségének védelme mellett egy másik jogi tárggyal is rendelkezik. Az orvosi szakmába vetett közbizalomhoz fűződő társadalmi érdek, az orvosi hivatás és tevékenység fent tárgyalt sajátosságai okán – álláspontom szerint – elégséges indoka egy ilyen tényállás Btk.-beli rögzítésének.

A közigazgatás rendje elleni bűncselekmények (Btk. XXXIV. fejezet) között szabályozott járványügyi szabályszegés szintén az orvosi hivatást érintő bűncselekmények közé

⁴⁵ Polt Péter (szerk.): i.m. 177. o.

⁴⁶ Madai Sándor: „Nem tudunk csodát tenni” – Gondolatok az orvosi műhiba büntetőjogi megítéléséhez, Med et Jur 2011. 1. évfolyam 4. szám, 28. o.

⁴⁷ BH 2002.129.

⁴⁸ Horváth Tibor, Lévai Miklós (szerk.): Magyar büntetőjog különös rész, Budapest, Complex, 2009. 104. o.

⁴⁹ Polt Péter (szerk.): i.m. 179. o.

sorolandó, hiszen jogi tárgya, a közegészség védelme első sorban az orvosok, illetve egészségügyi dolgozók tevékenysége által valósul meg.

A modern orvostudomány vívmányai időről időre új kapukat nyitnak az emberek gyógyítása mellett elkötelezett orvosok előtt. Az új eszközök és eljárások teljes mértékű elutasítása nem szolgálná az emberiség javát. Ezzel szemben tekintettel kell lenni a beavatkozás alanyának jogaira, azok védelmére.⁵⁰ Az 1998. évi XXII. törvény új fejezettel bővítette a hazai büntetőjog szabályanyagát. Az egészségügyi beavatkozás és kutatás rendje elleni bűncselekmények (XVI. fejezet) Btk.-beli rögzítése éppen a fenti okokból valósult meg. E tényállások az emberi élet, illetve a beteget megillető jogok mellett a magzatot, embriót, ivarsejtet, génállományt és a holttestet is védelemben részesítik. Fontos közös jellemzőjük pedig, hogy az itt megjelölt cselekmények nem büntetendők, amennyiben az Eütv.-ben meghatározott célból végzik őket.⁵¹ A XVI. fejezetben meghatározott bűncselekmények tehát kizárólag az orvosi tevékenységet érintő speciális törvényi tényállások, melyek a következők:

- beavatkozás az emberi génállományba;
- emberi ivarsejt tiltott felhasználása;
- születendő gyermek nemének megválasztása;
- emberen végezhető kutatás szabályainak megszegése;
- embrióval vagy ivarsejttel végezhető kutatás szabályainak megszegése;
- genetikailag megegyező emberi ivadék létrehozása;
- emberi test tiltott felhasználása.

A bemutatott büntetőjogi szabályok kapcsán tehát elmondható, hogy nem csupán az emberi élet, testi épség és egészség fokozott védelmét biztosítják, hanem rajtuk keresztül az orvosi tevékenység által érintett társadalmi viszonyok összessége megfelelő oltalomban részesül. Ezek a viszonyok olyan felelősségi szabályokat követelnek meg, melyek magánjogi felelősségi szabályok által biztosított reparációval szemben a prevenciót helyezik előtérbe, indokolva ezzel az egészségügyi tevékenység sokrétű büntetőjogi szabályozását.

⁵⁰ Kovács Gábor: i.m. 5. o.

⁵¹ Zákány Judit: i.m.

3. Az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelőssége

3.1. Az orvos – beteg jogviszony, mint szerződéses kapcsolat

Az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelősségéről beszélvén indokolt meghatározni, hogy pontosan milyen jogviszony áll fenn a felek között. A bevezetőben rögzítésre került, hogy az egészségügyi szolgáltató és a beteg szerződéses kapcsolatban állnak. Ezt támasztja alá, hogy az Eütv. pontos felsorolást ad a felek jogairól és kötelezettségeiről, továbbá ki kell emelnünk, hogy a törvény egészségügyi szolgáltatóról és egészségügyi szolgáltatásról beszél. A törvény tehát magánjogi fogalmak használatával minősíti polgári jogivá az orvos-beteg kapcsolatot.⁵²

Tény azonban, sem az Eütv., sem pedig a Ptk. nem ad eligazítást az orvosi jogviszony mikénti minősítésére vonatkozóan, így az orvos és a beteg közötti szerződés, az egyes szerződéstípusok között történő besorolása is problémás. A holland polgári jogi kódex például önálló szerződéstípusként tartja számon,⁵³ a német polgári törvénykönyv (BGB) a szolgáltatási szerződéshez hasonló szerződések között⁵⁴ szintén nevesíti⁵⁵ a kezelési szerződést.⁵⁶ Az osztrák jog szintén a szolgáltatási szerződés⁵⁷ egyik fajtájának tekinti, itt azonban nem képez önálló szerződéstípust.⁵⁸ Ezek mellett – bár önállóan nem jelenik meg – a francia, a spanyol és a görög jog is polgári jogi jogviszonynak minősíti az orvos-beteg kapcsolatot.⁵⁹ Látható tehát, hogy Európa szerte egységes álláspont alakult ki arra vonatkozóan, hogy az orvosi jogviszony szerződéses kapcsolat, az egyes szerződéstípusok közötti besorolás tekintetében azonban a különböző jogrendszerek eltérő megoldásokat találtak. A common law jogrendszerekben viszont némileg más a helyzet. Az USA legtöbb államában ugyan lehetséges a szerződésszegésre történő hivatkozás, egyes tagállamok⁶⁰ azonban csak írásbeli szerződés, illetve eredmény szolgáltatására irányuló vagy személyes teljesítési kötelezettséggel járó megállapodások alapján végzett beavatkozások esetében lehetséges.⁶¹

Fentebb tehát szó esett arról, hogy a vonatkozó anyagi jogi rendelkezésekből levezethető az orvos – beteg jogviszony polgári jogi jellege. Törvényi rendelkezés hiányában azonban vitássá válik, hogy mely szerződéstípus szabályai adják meg az orvosi jogviszony

⁵² Jobbágyi Gábor: i.m. 37. o.

⁵³ Szeghő Ágnes: A kezelési szerződés, (In: Acta Conventus de Iure Civili Tomus XI.), Szeged, 2009., 63. o.

⁵⁴ A német terminológia szerint: Dienstvertrag und ähnliche Verträge

⁵⁵ BGB §630a

⁵⁶ A német terminológia szerint: Behandlungsvertrag

⁵⁷ ABGB § 1151-1216.

⁵⁸ Jobbágyi Gábor: Az orvosi kezelési szerződés az osztrák jogban, Magyar jog, LXI. évfolyam 6. szám, 372. o.

⁵⁹ Szeghő Ágnes: i.m. 63. o.

⁶⁰ Pl. Michigan és Delaware, ld. Dósa Ágnes (2010.): i.m. 67. o.

⁶¹ Dósa Ágnes (2010.): i.m. 67. o.

kereteit. Bár összességében kijelenthetjük, hogy a jogtudomány – ahogy a következőkből kitűnik – eligazítást nyújt e kérdésben, néhány jogtudósunk a többségtől eltérő álláspontra helyezkedett. Villányi László, Csanádi György, Eörsi Gyula és Lábady Tamás az orvosi jogviszonyt megbízási szerződésként minősítették.⁶² Tury Sándor Kornél az orvos és a beteg közötti szerződést az Mtj. szerinti szolgálati szerződésnek minősítette, az egészségügyi szolgáltató és a beteg közötti kapcsolat tekintetében pedig azt rögzítette, hogy mivel társadalombiztosítás körében végzett tevékenységről van szó, a szerződésen kívüli károkozás szabályai szerint felel a károkozó.⁶³ Ezzel kapcsolatban megjegyezném, hogy évtizedekkel később a Legfelsőbb Bíróság is erre az álláspontra helyezkedett,⁶⁴ azonban azóta ettől eltérő gyakorlat alakult ki.⁶⁵ Jobbágyi Gábor álláspontja szerint az orvos-beteg jogviszony nem megbízási. Érvei között szerepel a személyes munkavégzési kötelezettség és a megbízó (beteg) széleskörű utasítási jogának hiánya, továbbá az is, hogy a megbízást mindkét fél felmondhatja, az egészségügyi intézmény azonban kevés esetben tagadhatja meg a beteg ellátását. Jobbágyi e körben a megbízó és a megbízott közötti elszámolási kötelezettséget is említi, megjegyezvén, hogy az orvos-beteg kapcsolat esetén e tekintetben a biztosító áll a jogviszony hátterében.⁶⁶ A jogviszony tehát nem veszi el visszterhes jellegét, hiszen a meghatározott díj megfizetése megtörténik. Tarr György a gondossági és az eredménykötelmek elhatárolását követően az orvosi jogviszonyt, egy teljesen új, köztes kategóriát alkotva reménymegbízásként minősítette, melyben a megbízó abban a reményben cselekszik, hogy tevékenysége kedvező eredménnyel jár.⁶⁷

Látható tehát, hogy a témával foglalkozó hazai jogtudósok döntő többsége megbízásként tekint az orvosi jogviszonyra. A jogviszony megbízási jellegét alátámasztandó, elsőként azt kell megvizsgálni, hogy az orvosi szolgáltatás gondossági vagy eredménykötelem. Az Eütv. az egészségügyi tevékenység fogalmának meghatározásakor különböző célokból a beteg vizsgálatára és kezelésére, gondozására, ápolására, egészségügyi rehabilitációjára, a fájdalom és a szenvedés csökkentésére, továbbá a fentiek érdekében a beteg vizsgálati anyagainak feldolgozására irányuló egészségügyi tevékenységek összességéről beszél.⁶⁸

⁶² Tarr György: Gondolatok az orvosi jogról és az orvosi jogviszonyról, Magyar jog, XCIX. évfolyam I. szám, 22-23. o.

⁶³ Tury Sándor Kornél: Orvosi felelősség és valószínűsítési bizonyítás, Kolozsvár, Universitas Francisco-Josephina, 1943., 33. o.

⁶⁴ LB Pf. III. 25.898/2001.

⁶⁵ ld. később

⁶⁶ Jobbágyi Gábor: i.m. 43. o.

⁶⁷ Tarr György: i.m. 27. o.

⁶⁸ Eütv. 3. § e) pont

Később a törvény az egészségügyi szolgáltatások céljaként az egészség fejlesztéséhez, lehetséges mértékű helyreállításához, az egészségtromlás mérsékléséhez való hozzájárulást, valamint a megváltozott egészségi állapotú egyének munkába és közösségbe való beilleszkedésének elősegítését jelöli meg.⁶⁹ Rögzíteni kell továbbá, hogy a beteg felgyógyulása nem kizárólag az orvostól függ, számos egyéb tényező is közrejátszik, melyek pontos felmérése és észlelése szinte lehetetlen.⁷⁰ A fentiekből kitűnik, hogy az egészségügyi szolgáltatás nyújtása végső soron eredmény elérésére irányul ugyan, e tevékenység fő tárgya viszont – az eredménykötelmekkel ellentétben – mégsem az eredményszolgáltatás. A törvény szóhasználata („hozzájárulás, elősegítés”) is arra utal, hogy itt az eredmény egy távolabbi célkitűzés. Az orvos tehát nem a beteg meggyógyítását vállalja, hanem csupán az annak érdekében történő gyógykezelést.⁷¹ Ezzel szemben rögzíteni kell, hogy számos olyan orvosi tevékenységfajta létezik, amely esetében az eredmény elérése az uralkodó. Ilyen például a fogpótlás elkészítése, amely minden jogrendszerben, így a magyarban is eredménykötelem.⁷² A plasztikai beavatkozások esetén a beteg szintén eredményt vár el a beavatkozástól, a Legfelsőbb Bíróság azonban ezt nem ismerte el, megbízási szerződésnek minősíti a plasztikai műtét elvégzésére irányuló megállapodást.⁷³

Kijelenthető tehát, hogy az orvosi szolgáltatás gondossági kötelem. A Ptk. – elődjéhez hasonlóan – nem tartalmaz egy, a holland vagy a német kezelési szerződéshez hasonló önálló szerződéstípust, így a megbízási gyűjtő-hézagpótló jellegére tekintettel⁷⁴ minősítette mind a jogtudomány, mind pedig a bírói gyakorlat megbízásként az orvosi jogviszonyt.

⁶⁹ Eütv. 75. § (2) bekezdés

⁷⁰ Törő Károly: Az orvosi polgári jogi jogviszony, Budapest, KJK, 1965., 23. o.

⁷¹ Tarr György: i.m. 26. o.

⁷² Jobbágyi Gábor: i.m. 38. o., PKKB. 31. P. 89.625/1994.

⁷³ LB. Pfv. III.22 627/1999.

⁷⁴ Jobbágyi Gábor: i.m. 49. o.

3.2. Az orvos kártérítési felelőssége a kontraktuális és a deliktuális felelősség határán

Az új Ptk. hatálybalépéséig nem volt gyakorlati jelentősége annak, hogy a deliktuális vagy a kontraktuális felelősség szabályait alkalmazzák az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelősségének megállapításakor. Az új törvény azonban alapjaiban változtatta meg a polgári jog felelősségi rendszerét, megszűnt ugyanis a kontraktuális és a deliktuális felelősség szabályai közötti átjáró. Ennek oka, hogy az új Ptk. szerződésszegéssel okozott kárért való felelősség szabályai az üzleti élet szereplőéhez, azok jogviszonyaihoz igazodnak. E jogalanyoktól pedig elvárja a jogalkotó, hogy a szerződéskötést megelőzően felmérjék a várható kockázatokat, és azokat mérlegelve vállaljanak kötelezettséget,⁷⁵ így a törvény a szerződésszegéssel okozott károk tekintetében egy, a deliktuális felelősség szabályaitól eltérő, objektivizált felelősséget határoz meg. Felmerül a kérdés, hogy miként alakulnak a felelősségi szabályok azon jogalanyok tekintetében, amelyek elsősorban nem üzleti jellegű szerződéseket kötnek.

Fentebb már tisztázásra került, hogy az orvos és a beteg szerződéses kapcsolatban állnak egymással. A felelősség tekintetében azonban – a Kúria korábbi álláspontja⁷⁶ szerint – jelentőséggel bír, hogy az egészségügyi szolgáltató az adott szolgáltatást társadalombiztosítási ellátás keretében, nem pedig a beteggel kötött megbízási szerződés alapján nyújtja.⁷⁷ A bíróságok magukévá tették ezt a megközelítést, így az egészségügyi szolgáltató ellen indított kártérítési pereket a régi Ptk. 339. § alapján bírálták el.⁷⁸ Később azonban a Legfelsőbb Bíróság Civilisztikai Kollégiumának 2008-ban tartott tanácskozásán terítékre került a kérdés. Egy országos vizsgálat eredményeképp kiderült, hogy a bíróságok általában a deliktuális kárfelelősség alapján bírálták el az ügyeket, azonban a kontraktuális felelősség szabályaira való hivatkozással is történt határozathozatal. A nem egységes joggyakorlatra tekintettel az értekezlet résztvevői állást foglaltak a kérdésben, és megállapították, hogy a felek között a károkozást megelőzően is jogviszony, többnyire szerződés jön létre.⁷⁹ Később a törvényi szabályozás is ehhez igazodott: az Eütv. 2010-es módosítását követően kifejezetten a

⁷⁵ Hidvéginé Adorján Livia, Sáriné Simkó Ágnes: Műhibák és kártérítési perek az egészségügyben, Budapest, 2013., Medicina 45. o.

⁷⁶ LB Pf. III. 25.898/2001/5.

⁷⁷ Szeghő Ágnes: Az egészségügyi szolgáltatás nyújtásával összefüggésben okozott károkért való felelősség változása napjainkban, Jogelméleti szemle, 2010. 2. szám, <http://jesz.ajk.elte.hu/szegho42.html> (letöltés időpontja: 2014. október 9.)

⁷⁸ Dósa Ágnes (2010.): i.m. 69. o.

⁷⁹ A Legfelsőbb Bíróság Civilisztikai Kollégiumának emlékeztetője a civilisztikai kollégiumvezetők 2008. január 23-25. napján megtartott országos tanácskozásán megvitatott kérdésekről, <http://ibolyatibor.atw.hu/civkoll.pdf> (letöltés időpontja: 2014. október 9.)

szerződésszegéssel okozott károkért való felelősség Ptk.-beli szabályait rendelte alkalmazni,⁸⁰ ezt megelőzően csak a polgári törvénykönyvre hivatkozott.

A Ptk. a szerződésszegéssel okozott károkért való felelősségre vonatkozóan a következőképpen rendelkezik: „*Aki a szerződés megszegésével a másik félnek kárt okoz, köteles azt megtéríteni. Mentessül a felelősség alól, ha bizonyítja, hogy a szerződésszegést ellenőrzési körén kívül eső, a szerződéskötés időpontjában előre nem látható körülmény okozta, és nem volt elvárható, hogy a körülményt elkerülje vagy a kárt elhárítsa.*”⁸¹ Az idézett rendelkezésekből tehát kitűnik, hogy objektív felelősségről van szó, a szerződésszegésért való felelősség elszakad a felróhatóságtól.⁸² A fenti kimentési feltételek fennálltának bizonyítása azonban az egészségügyi szolgáltató számára szinte lehetetlen, ezt a következő esetet elemezve támasztanám alá. A felperes feleségén végzett műtét során az alperes orvosai daganatot távolítottak el. A műtétet követően a beteg állapota rosszabbodott, romlott a keringése, majd légzés- és keringésmegállás következtében meghalt. A felperes vagyoni és nem vagyoni kártérítés megfizetése iránti keresetében arra hivatkozott, hogy az alperes orvosai a hasfal zárásakor a bélfalat a varrótűvel felsértették, tehát nem az elvárható legnagyobb gondossággal jártak el, továbbá a betegnél hashártyagyulladás helyett tüdőembóliát diagnosztizáltak. Az elsőfokú bíróság, melynek ítéletét a másodfok helybenhagyta, nem látta bizonyítottnak, hogy orvosi mulasztás vezetett a beteg halálához. A bizonyítékokból kitűnik továbbá, hogy a bélfal sérülése, amely a gondos eljárás mellett felismerhető lett volna, okozhatott hashártyagyulladást. A felülvizsgálati eljárás eredményeképp a Legfelsőbb Bíróság új eljárás lefolytatását rendelte el, mivel a tényállás feltáratlan maradt a tekintetben, hogy az beavatkozást végző orvosok az adott helyzetben elvárható legnagyobb gondosságot tanúsították-e.⁸³ Látható tehát, hogy a régi Ptk. szabályainak alkalmazása esetén az alperes mentesülhet a felelősség alól, ha bizonyítja, hogy orvosai az ellátásban résztvevőktől elvárható (legnagyobb) gondossággal jártak el. A hatályos Ptk. szerződésszegéssel okozott kár megtérítésére vonatkozó szabályainak alkalmazása esetén szoba sem jöhet a felróhatóság hiányának bizonyítása, s mivel a bélfal átlukasztása egyértelműen az alperes orvosainak ellenőrzési körébe esik, az egészségügyi szolgáltató nem mentesülhet a felelősség alól. A fentiek fényében elmondható, hogy az egészségügyi szolgáltató kárfelelőssége tekintetében a felróhatóság vizsgálata sokkalta célravezetőbb, mint az új, objektivizált felelősségi tényállás alkalmazása. Figyelembe véve

⁸⁰ Eütv. 244/F. § (2014. március 15-ig)

⁸¹ Ptk. 6:142. §

⁸² Petrik Ferenc (szerk.): Az új Ptk. magyarázata V/VI., Budapest, HVG-ORAC, 2013. 232. o.

⁸³ LB Pfv. III. 20 059/1996.

továbbá a koncepcióváltás mögött húzódó – fentebb említett – jogalkotói szándékot, indokolt az egészségügyi szolgáltató tekintetében a felelősség korlátozása.

Ezt a problémát a jogalkotó is idejében, jóval az új törvény hatálybalépését megelőzően orvosolta. Az Eütv. a Ptk. salátatörvény néven ismert, módosító csomagot tartalmazó 2013. évi CCLII. törvénnyel történt módosítását követően úgy rendelkezik, hogy az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggésben keletkezett kárigényekre a Ptk. szerződésen kívül okozott kárért való felelősségre vonatkozó szabályait kell megfelelően alkalmazni.⁸⁴ Az átalakult felelősségi rendszer tehát az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelőssége tekintetében nem hozott érdemi változást.

E körben rámutatnék továbbá arra, hogy mivel – ahogy az fentebb tisztázásra került – az orvos megbízási szerződés alapján jár el, annak megítélésakor, hogy történt-e egyáltalán a kártérítési kötelezettséget megalapozó szerződésszegés, figyelembe kell venni a megbízás gondossági kötelmi jellegét.⁸⁵ A megbízott ugyanis a rábízott feladat gondos ellátását vállalja, így felelőssége is csak akkor merülhet fel, ha nem tanúsítja a kellő gondosságot.⁸⁶ A megbízás gondossági jellege tehát ellensúlyozhatja a kontraktuális felelősség szabályainak szigorú követelményeit.⁸⁷ Ezek fényében felmerül a kérdés, hogy miért volt szükséges a Ptk. derogációja általi felelősségkorlátozás. Itt felhívnam a figyelmet arra, hogy a bírói gyakorlat alátámasztja, hogy létezik olyan orvosi tevékenységfajta, amely nem gondossági kötelelem.⁸⁸ Az Eütv. azonban általában az egészségügyi szolgáltatással összefüggésben keletkezett kárigények vonatkozásában rendeli alkalmazni a deliktuális felelősség szabályait, így a felelősségkorlátozás a nem megbízási szerződés alapján nyújtott egészségügyi szolgáltatásokra is kiterjed.

⁸⁴ Eütv. 244. § (2) bekezdés

⁸⁵ Petrik Ferenc (szerk.): i.m. 237. o.

⁸⁶ Wellmann György (szerk.): Az új Ptk. magyarázata VI/VI. Budapest, HVG-ORAC, 2013. 125. o.

⁸⁷ Petrik Ferenc (szerk.): i.m. 237. o.

⁸⁸ ld. 72 alatt

3.3. Az egészségügyi szolgáltató felelősségéhez kapcsolódó sajátos kérdések

Az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelősségére vonatkozóan léteznek ugyan speciális szabályok, azonban ahogy arra az Eütv. fentebb említett felelősségkorlátozó rendelkezése is utal, az egészségügyi szolgáltatással összefüggésben okozott kárért való felelősség megállapításakor a Ptk. szabályai, és pedig a felelősség általános szabályai alkalmazandók. Az egészségügyi szolgáltató kárfelelősségét tehát a Ptk. 6:519. § alapján kell vizsgálni. Ennek megfelelően a károsultnak kell bizonyítania, hogy orvosa jogellenes magatartása következtében kár érte. Amennyiben utóbbiak bizonyítást nyernek, a károkozó akkor mentesülhet, ha bizonyítja, hogy magatartása nem volt felróható. Szempontunkból indokolt a fenti feltételekkel kapcsolatos, az egészségügyi szolgáltató felelősségével összefüggésben felmerülő sajátos kérdések részletekbe menő tárgyalása.

3.3.1. Jogellenesség

A Ptk. a jogellenességre vonatkozóan kimondja, hogy – a törvényben meghatározott kivételektől eltekintve – minden károkozás jogellenes.⁸⁹ Mivel az orvosi tevékenység a beteg egyes személyiségi jogait érinti, és első sorban ezek sérelme vezet a kártérítési felelősség megállapításához, a Ptk. jogellenességre vonatkozó 6:520. §-a mellett az emberek személyiségi jogait védő 2:42. § (1) és (2) bekezdésének sérelme teszi jogellenessé a károkozó magatartást.

A károkozás általános tilalmából adódóan tehát a felperesnek e körben kizárólag azt kell bizonyítania, hogy az egészségügyi szolgáltatás igénybevétele során kár érte. Sérelemdíj követelése esetén pedig elegendő valamely személyiségi jog sérelmének bekövetkeztét bizonyítani.⁹⁰ A felperes a bizonyítási tehernek általában eleget tesz azzal, ha az általa rendelkezésre bocsátott alperesi dokumentáció okirati bizonyítékként alátámasztja, hogy az egészségügyi szolgáltatás igénybevétele során következett be a károsodás.⁹¹ Amennyiben ez nem valósul meg, e körben az alperest bizonyítás nem terheli, a bizonyítási teher megfordulásáról tehát nem lehet szó. A fentiek értelmében a károsultat terheli annak a bizonyítása, hogy egészségkárosodása az általa előadott módon következett be.⁹² A bizonyítási kötelezettség vonatkozásában figyelembe kell venni továbbá, hogy orvosilag nem létezik kétségmentes megállapíthatóság. Az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelőssége tekintetében tehát a jogi bizonyítottság is ehhez az alacsonyabb szinthez igazodik, vagyis

⁸⁹ Ptk. 6:520. §

⁹⁰ Ptk. 2:52. § (2) bekezdés

⁹¹ Szűcs Péter: Az általános kárfelelősségi szabály jogelméleti elemzése, Med et Jur, 1. évfolyam 2. szám, 25. o.

⁹² BH+ 2012.2.62

elegendő a kizáró, kizárható, illetve a valószínűsíthető okok bírói mérlegelése a bizonyossággal határos valószínűségű megállapíthatósággal szemben.⁹³

Ahogy arra fentebb utaltam, a Ptk. meghatározza a károkozás általános tilalma alóli kivételeket. Ezek közül szempontunkból a károsult beleegyezése és a szükséghelyzet bír relevanciával. Előbbi tekintetében a beteg tájékozott beleegyezését kell bizonyítani, vagyis a beavatkozáshoz való hozzájárulást megfelelő tájékoztatásnak kell megelőznie, a tájékoztatási kötelezettség lentebb részletesen tárgyalásra kerül. Ehelyütt annyit kell rögzíteni, hogy annak bizonyítása, hogy a károsult nem az azzal járó kockázatok tudatában vetette alá magát a beavatkozásnak, nem utalható a felperes bizonyítási körébe.

A szükséghelyzetben okozott kár kérdése a műtéti beleegyező nyilatkozatban foglalt felhatalmazáson való túlterjeszkedéssel összefüggésben merülhet fel. Egy esetben a felperesen cysta eltávolítása miatt végeztek műtétet, melynek során a beteg mindkét petefészket, a petevezetékét és a méhet is eltávolították, mivel a méhtesten is daganatos elváltozásokat lehetett észlelni. Az orvosszakértői vélemény alátámasztotta, hogy egyrészt a két lépcsőben elvégzett beavatkozás is ugyanezen eredménnyel járt volna, másrészt szükséges volt a beavatkozás kiterjesztése, mivel a műtét két lépcsőben történő elvégzése aránytalanul súlyos terhet jelentett volna a beteg számára. A felülvizsgálati kérelmet elbíráló Legfelsőbb Bíróság a keresetet elutasítva rögzítette, hogy a beavatkozás engedély nélküli kiterjesztése nem alapozza meg az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelősségét, ha annak elmaradása a beteg számára aránytalanul súlyos terhet jelentene.⁹⁴ A fenti eset tehát szükséghelyzetnek minősül, vagyis a beleegyező nyilatkozatban foglaltakon való túlterjeszkedés esetén a beavatkozás kiterjesztésének szükségessége, valamint annak bizonyítása esetén, hogy a károkozás a beteget fenyegető veszéllyel arányos volt, az egészségügyi szolgáltató mentesül a kártérítési felelősség alól.

A tárgyalta kivételek tekintetében azonban az alperest terheli bizonyítási kötelezettség. Mivel nemlegességet nem lehet bizonyítani, a fentiek, valamint az, hogy nem maga a károsult okozta a kárt, nem utalható a felperesi bizonyítás körébe.⁹⁵

⁹³ Fézer Tamás (szerk.): i.m. 353. o., LB. Pfv. III. 21 945/2004/5.

⁹⁴ BH+ 2009.1.16

⁹⁵ Szűcs Péter: i.m. 25. o.

3.3.2. A kár

Kárnak minősül minden olyan hátrány, amely valamely károsító esemény folytán valakit vagyonában ér. A Ptk. hatályba lépése óta így kár kizárólag a vagyoni kár, míg a személyiségi jogok megsértése miatti nem vagyoni sérelmek – melyek korábban nem vagyoni kárként jelentek meg a régi Ptk.-ban – sérelemdíjjal kompenzálhatók. Az egészségügyi szolgáltatás nyújtása során keletkezett vagyoni kár semmiben nem különbözik attól a vagyoni kártól, amely a károsultat mással összefüggésben éri,⁹⁶ így ehelyütt csak érintőlegesen kerül tárgyalásra. A korábbi nem vagyoni kár – melynek megtérítése iránt még várhatóan évekig a nem vagyoni kártérítés intézményén keresztül kerül sor – azonban szempontunkból kiemelkedő jelentőséggel bír, hiszen az egészségügyi szolgáltatóval szembeni kártérítési eljárásokban a kártérítési igényt elsősorban a beteg személyiségi jogainak sérelme alapozza meg. A vizsgált ítéletek alapját képező ügyekben benyújtott kereseti kérelmekből az tűnik ki, hogy azok esetében a nem vagyoni hátrány jóval nagyobb jelentőséggel bír a vagyoninál, és ezt a helyzetet várhatóan a sérelemdíj intézménye sem változtatja majd meg.

3.3.2.1. A nem vagyoni sérelem

A nem vagyoni sérelmek kompenzációját tehát a Ptk. a sérelemdíj intézményén keresztül biztosítja. Látni kell, hogy a sérelemdíjat nem csak a törvényben való elhelyezése választja el a kártérítés szabályaitól. A sérelemdíj fizetésére kötelezés feltételei tekintetében ugyanis a kártérítési felelősség szabályait azzal az eltéréssel kell alkalmazni, hogy a sérelemdíjra való jogosultsághoz a jogsértés tényén kívül további hátrány bekövetkeztének bizonyítása nem szükséges.⁹⁷ A bírói gyakorlatban korábban eltérő álláspontok alakultak ki a hátrány bekövetkeztének bizonyítására vonatkozó kötelezettség tekintetében.⁹⁸ Az egyik álláspont szerint a személyiségi jogok megsértésével összefüggő hátrányok bekövetkezését a kárigényt érvényesítő károsultnak bizonyítania kellett.⁹⁹ A bíróságok másik része a károsultat a bizonyítás okozta lelki megrázkódtatásoktól megkímélendő, köztudomásúnak ténynek tekintette a személyiségi jogsértésből adódó hátrányt.¹⁰⁰ A bírói gyakorlatban kialakult harmadik álláspont szerint a nem vagyoni kártérítés követelhetetősége nem tehető függővé a nem vagyoni hátrány mértékétől. A hátrány – illetve annak nagysága – a kártérítés mértékének megállapításakor jön figyelembe.¹⁰¹ A hatályos Ptk. tehát ezt az álláspontot tette magáévá.

⁹⁶ Fézer Tamás (szerk.): 353. o.

⁹⁷ Ptk. 2:52. § (2) bekezdés

⁹⁸ Vékás Lajos (szerk.): i.m. 70. o.

⁹⁹ BH 1996.6.304

¹⁰⁰ Vékás Lajos (szerk.): i.m. 71. o., BDT2012. 2766.

¹⁰¹ BH 2011.9.248

Tekintettel arra, hogy a hátrány helyett sokkal inkább a személyiségi jogsértésre koncentrál, a sérelemdíj a nem vagyoni kártérítésnél hatékonyabb személyiségvédelmi eszköznek tűnhet. Valószínű azonban, hogy mivel a nem vagyoni hátrány mértéke a sérelemdíj összegének megállapítása során továbbra is jelentőséggel bír, a bíróságok a régi szabályozás mentén kialakult gyakorlatot fenn fogják tartani. Álláspontom szerint tehát a sérelemdíj intézményének a kártérítéstől való elhatárolása csak dogmatikai szempontból jelentős, a nem vagyoni károk megtérítésére irányuló eljárásokban továbbra is nagy jelentőséggel fog bírni a személyiségi jogok megsértése folytán bekövetkezett hátrány mértékének bizonyítása.

Az egészségügyi szolgáltatás igénybevételével összefüggésben számos különböző személyiségi jog sérelme elképzelhető. Nem csak a Ptk. által nevesített élet, testi épség és egészség megsértése¹⁰² alapozhatja meg a felperes sérelemdíjra vonatkozó igényét. A törvényben nevesített személyiségi jogsértések felsorolása csupán példálózó, így bármely egyéb, az ember személyiségét alkotó jog, valamint akár Alaptörvényben biztosított alapvető jog sérelme az alperes sérelemdíj-fizetési kötelezettségét alapozhatja meg. A családtervezéshez és családi kapcsolatokhoz való személyiségi jog sérelme például gyakorta szolgál nem vagyoni kártérítés (sérelemdíj) követelésének alapjául. A gyermek elvesztése a családi kapcsolat fennálló rendjét befolyásolja, a szülők életkörülményeinek hátrányos változása ilyen esetekben oly mértékű lehet, hogy a családi kapcsolatokhoz való személyiségi jog sérelmét eredményezi, ezzel nem vagyoni kárigényt alapozhat meg.¹⁰³ A magzat elvesztésével szintén kizárttá válik a felperes számára, hogy születendő gyermekével családot alapítson, ez a családtervezéshez való jog sérelmét jelenti akkor is, ha fogamzási képességét nem veszítette el.¹⁰⁴ Szintén a szülők családtervezéshez való joga sérül, ha az orvosi mulasztás megfosztja őket attól a lehetőségtől, hogy a fogyatékos magzat tekintetében a terhesség megszakítása mellett döntsenek. Ilyen esetben a fogyatékosan született gyermek saját jogán nem követelhet kártérítést. Itt ugyanis nem az egészséges és a fogyatékos világrajövetel közötti életminőség különbség, hanem a fogyatékos élve születés és a meg nem születés áll okozati kapcsolatban az orvosi mulasztásával. Az élethez való jog szempontjából pedig a fogyatékosság nem minősülhet hátránynak.¹⁰⁵ A fenti kérdésben a Kúria jogegységi határozatában hasonlóképpen foglalt állást.¹⁰⁶ Az egészséghez és testi épséghez való jog sérül azonban, ha a beavatkozást végző

¹⁰² Ptk. 2:43. § a) pont

¹⁰³ ÍH 2005.114

¹⁰⁴ BH 2005.3.105

¹⁰⁵ ÍH 2007.26

¹⁰⁶ 1/2008. PJE

orvos a beteg életveszélyes állapotát idézi elő, akkor is, ha a beteg szövődmény nélkül gyógyul.¹⁰⁷

3.3.2.2. *Az esély elvesztése, mint kár*

A gyógyulási esély elvesztése az egészségügyi tevékenységgel összefüggő sajátos probléma. Megközelíthető egyrészt az okozatosság oldaláról, hiszen nehéz felmérni, hogy a beteg felépülési esélyeinek romlása illetve teljes elvesztése mennyiben függ össze a beavatkozást végző orvos felróható magatartásával.¹⁰⁸ A gyógyulási esély csökkenése ugyanis megalapozza az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelősségét, amennyiben az adekvát oksági kapcsolatban áll a beavatkozást végző orvos tevékenységével (mulasztásával).¹⁰⁹ Más szempontból vizsgálva a fenti döntést, látni kell, hogy a gyógyulási esély elvesztése ezekben az esetekben magát a kárt jelenti.

Az esély elvesztésének kérdése nem csupán az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelőssége körében merül fel. A hazai bírói gyakorlat azonban sem a nyerési esély elvesztése,¹¹⁰ sem pedig a pernyertesség esélyének ügyvédi mulasztás folytán történő elvesztése esetén¹¹¹ nem tekinti megalapozottnak a kártérítési felelősséget. Ezekben az esetekben ugyanis nem lehet tudni, hogy a károsult a károkozó cselekmény hiányában megnyerte volna-e a pert, illetve a pályázatot,¹¹² az okozati összefüggés bizonyítása tehát gyakorlatilag lehetetlen. Az egészségügyi szolgáltató kárfelelőssége tekintetében azonban ettől eltérően alakul a bírói gyakorlat. Az ilyen ügyekben ugyanis a bizonyítás során – ahogy az a jogellenes magatartás körében már említésre került – nem kell a teljes bizonyosságra törekedni.¹¹³ Ha tehát valószínűsíthető, hogy a betegnek a károkozó felróható magatartása hiányában akár minimális esélye lett volna a gyógyulásra, megállapítható az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelőssége. A Legfelsőbb Bíróság ezen álláspontját más bíróságok is magukévá tették,¹¹⁴ ez számos döntésben tetten érhető. Egy ügyben a bíróság azzal az indokolással állapította meg az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelősségét, hogy az orvosok azért nem ismerték fel a páciens betegségét, mert nem végeztek el minden olyan vizsgálatot, amellyel a betegség kiszűrésére esély mutatkozott, illetve annak korábbi

¹⁰⁷ EH 1999.15

¹⁰⁸ Jóljárt Eszter: Az esély elvesztése, mint kár? Jogtudományi közlöny, 64. évf. 12. szám, 521. o.

¹⁰⁹ ÍH 2011.159

¹¹⁰ BH 1991.2.74

¹¹¹ BH 2009.12.355

¹¹² Osztovits András (szerk.): A Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény és a kapcsolódó jogszabályok nagykommentárja IV. kötet, Budapest, Opten, 2014. 37-38. o.

¹¹³ Id. 93 alatt

¹¹⁴ Dósa Ágnes (2010.): i.m. 180. o.

felismerése a beteg gyógyulási (túlélési) esélyeit növelhette volna.¹¹⁵ Egy másik esetben a Legfelsőbb Bíróság kimondta, hogy a felelősség szempontjából az bír jelentőséggel, hogy az orvosoknak gondos eljárás mellett időben fel kellett volna ismerniük a beteget fenyegető rendellenességet, és megkezdeni a megfelelő kezelést. A kártérítési felelősség akkor is megáll, ha a már bekövetkezett rendellenesség (tüdőembólia) következményeinek elhárítása ritkán jár sikerrel.¹¹⁶ Hasonló érvek mentén mondta ki a Szegedi Ítélőtábla, hogy a gyógyulási esély elvesztése hátrány, vagyis olyan károsodás, amely megalapozza az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelősségét. Az esély csökkenése, esetén ugyanis nem lehet bizonyosan állítani azt, hogy az alperes felróható magatartása hiányában a beteg bizonyosan gyógyult volna, csupán azt, hogy nagyobb esélye lett volna rá.¹¹⁷

A fentiek alapján tehát a gyógyulási esély elvesztését nem vagyoni kárnak – az új Ptk. rendszerében személyiségi jogi jogsértésnek – kell tekinteni, amely tehát megalapozza a károsult sérelemdíjra vonatkozó igényét.¹¹⁸

3.3.2.3. *A kompenzáció mértéke*

A sérelemdíj rendeltetése, hogy segítse a károsultat életvitelének a megváltozott körülményekhez való igazításában, egyidejűleg biztosítsa a károkozásból adódó nehézségek leküzdését, illetőleg egyéb módon enyhítse a károsultat ért hátrányokat.¹¹⁹ A sérelemdíj tehát egyfajta elégtétel a károsultat ért nem vagyoni hátrányért, mértékének meghatározásakor mégis olyan körülményeket kell figyelembe venni, mint a jogsértés súlya, ismétlődő jellege, a felróhatóság mértéke, valamint a jogsértésnek a sértettre és környezetére gyakorolt hatása.¹²⁰ Elődjétől eltérően a hatályos Ptk. tehát valamelyest eligazítást nyújt a nem vagyoni hátrány pénzbeli kompenzációja tekintetében, továbbra sem létezik azonban olyan objektív szempontrendszer, amelyet ilyen esetekben egységesen lehetne alkalmazni. A személyiségi jogi sérelem súlya és ezzel együtt a sérelemdíj mértéke továbbra is olyan kategória, amelynek meghatározó szempontjait a bírói gyakorlatnak kell kimunkálnia.¹²¹ E vonatkozásban azonban a rendelkezésre álló ítéletek sem adnak megfelelő iránymutatást.¹²² A sérelemdíj mértékét tehát az eset egyedi körülményei határozzák meg a következő korlátokkal. A nem vagyoni természetű károkért nyújtott kompenzáció mértéke nem a károsult jövedelmi viszonyainak,

¹¹⁵ BH+ 2012.6.245

¹¹⁶ LB. Pf. III. 24.853/1992. ld. Dósa Ágnes: i.m. 180. o.

¹¹⁷ ÍH 2013.19

¹¹⁸ Osztovits András (szerk.): i.m. 38. o.

¹¹⁹ LB Pf.III.22..811/1998.

¹²⁰ Ptk. 2:52. § (3) bekezdés

¹²¹ Wellmann György (szerk.): Az új Ptk. magyarázata (I/IV.), Budapest, HVG-ORAC, 2013. 166. o.

¹²² Dósa Ágnes: i.m. 130. o.

vagy egyéb személyes körülményének függvénye, nem is a lakóhelyén fennálló értékviszonyokhoz igazodik. Két azonos jellegű és súlyú nem vagyoni sérelmet elszenvedett károsult tehát nem részesülhet a fenti szempontok alapján eltérő mértékű nem vagyoni kárpótlásban.¹²³ Egy másik eseti döntés értelmében pedig a sérelemdíj mértékének meghatározása a káresetkori ár- és értékviszonyok alapján történik.¹²⁴

3.3.2.4. *A vagyoni kár*

A vagyoni károk megtérítése tekintetében a kártérítési jog általános szabályai irányadók. Ennek megfelelően az egészségügyi szolgáltató vonatkozásában is érvényesül a teljes kártérítés elve, így köteles megtéríteni a károsult vagyonában beállott értékcsökkenést, az elmaradt vagyoni előnyt és a károsultat ért vagyoni hátrányok kiküszöböléséhez szükséges költségeket.¹²⁵ Alkalmazni kell továbbá a Ptk. kártérítés csökkentésére vonatkozó szabályát, mely szerint a kártérítési összeget csökkenteni kell a károkozásból származó vagyoni előnyökkel, kivéve, ha az az eset körülményeire tekintettel nem indokolt.¹²⁶

Esetünkben vagyoni kár alatt azt a költséget kell érteni, amely a személyiségi jogok – jellemzően az élethez, testi épséghez és egészséghez való jog – sérelmével összefüggésben merül fel.¹²⁷ E körben gyakorlatilag bármilyen nemű költség szóba jöhet. A legjellemzőbbek a beteg ápolásával, látogatásával kapcsolatban felmerült költségek, a gyógyászati segédeszközök és gyógyszerek beszerzésének költségei, a temettetés költségei, ide sorolhatók továbbá a károsodott személynél a mindennapi életben felmerült költségek. Így például, ha a beteg a károkozás következtében csak pépesített élelmiszer fogyasztására képes, az annak elkészítéséhez szükséges eszköz vételárának megtérítésére is jogosult. Ehelyütt arra hívnám fel a figyelmet, hogy a káronszerzés tilalma miatt nem követelhető az újonnan beszerzett eszköz teljes vételára, hiszen valószínűsíthető, hogy a károsult felépülését követően is használni fogja azt.

Gyakorta merül fel a károsodás folytán szükségessé vált további kezelés során kifizetett hálapénz megtérítésének kérdése. A betegek nagy része szokásrendi alapon köteleességének érzi a hálapénzfizetést,¹²⁸ éppen ezért előfordul, hogy keresetében e költség megtérítését is követeli.

¹²³ ÍH 2009.167

¹²⁴ BH+ 2003.11.535

¹²⁵ Ptk. 6:522. § (2) bekezdés

¹²⁶ Ptk. 6:522. § (3) bekezdés

¹²⁷ Fézer Tamás (szerk.): i.m. 354. o.

¹²⁸ Hálapénz Bizottság: Jelentés az orvosi hálapénzről, Budapest, Springer, 2000. 27. o.

A hálapénz nyújtása azonban önkéntes alapon történik, a károkozással nem áll összefüggésben, ezért nem érvényesíthető kártérítésként.¹²⁹

3.3.3. Okozati összefüggés

A jogellenes magatartás és a kár közötti okozati összefüggés megléte alapvető feltétele a kártérítési felelősség megállapításának. Az egészségügyi kártérítési eljárások szempontjából ugyanakkor meglehetősen problémás terület, hiszen orvosi szempontból nehéz megállapítani, hogy a beavatkozás során bekövetkezett felróható kötelezettségszegés vagy egyéb, az orvos tevékenységétől független körülmény vezetett-e károsodáshoz.¹³⁰

A Ptk. nem tartalmaz az okozati összefüggés megállapításra vonatkozó szabályt. Egy kisegítő rendelkezéssel viszont mégis találkozhatunk. A Ptk. szerint nem állapítható meg okozati összefüggés azzal a kárral kapcsolatban, amelyet a károkozó nem látott előre, és nem is kellett előre látnia.¹³¹ A jogalkotó ezzel átvette a Kúria elvi jellegű megállapítását, mely szerint az oksági láncban figyelembe veendő szakasz tartamát döntően befolyásolja, hogy a károkozó előre látta, vagy láthatta-e cselekménye eredményét.¹³² Az egészségügyi szolgáltató felelősségének megállapítása során e rendelkezés azonban meglehetősen szűk körben jöhet figyelembe. Itt ugyanis a kár a beavatkozást végző személy felróható magatartása hiányában is bekövetkezhet, az ilyen, előrelátható kockázatok tekintetében pedig az egészségügyi szolgáltatót tájékoztatási kötelezettség terheli, a beteg tájékozott beleegyezésének (ld. később) megléte esetén pedig nem állapítható meg a kártérítési felelősség. Ha a viszont az orvos tevékenységétől független körülmény vezet a beteg károsodásához, az csak akkor láthatja előre a kárt, ha tisztában volt a károsodást előidéző egyéb körülménnyel, ez azonban már a felróhatóság kérdéskörébe esik. Megjegyezném ugyanakkor, hogy az előreláthatóság, mint okkiválasztó elmélet vélhetően nem nyer majd kizárólagos elfogadást, sokkal inkább a bírói gyakorlatban egyébként alkalmazott okozatossági teóriák mellé lép.

A jogellenes magatartás és a kár közötti okozati összefüggést a felperesnek kell bizonyítania. Ez azt jelenti, hogy a kárfelelősség általános szabályainak alkalmazása esetén a felperest orvosi szakkérdések tekintetében terhelné bizonyítási kötelezettség, így az igényérvényesítés komoly nehézségekbe ütközne. Számos határozat áll azonban rendelkezésre, amelyekből kitűnik, hogy a bíróságok is aggályosnak tartják a fent vázolt helyzetet. Egy esetben

¹²⁹ BH+ 2003.11.535

¹³⁰ Dósa Ágnes (2010.): i.m. 113. o.

¹³¹ Ptk. 5:21. §

¹³² BH 2008.299

a felperesek kártérítés megfizetésére irányuló keresetét elutasító ítélet hatályon kívül helyezését a fellebbezés folytán eljáró ítélőtábla azzal indokolta, hogy a felperesek rájuk háruló bizonyítási kötelezettségüknek eleget tettek, annak bizonyításával, hogy gyermekük egészségkárosodással született, utóbb ennek következtében halt meg, a terhes-gondozást pedig az alperes végezte.¹³³ Egy másik ügyben a Legfelsőbb Bíróság kimondta, hogy a felperes bizonyítási kötelezettségének teljesüléséhez elegendő annak bizonyítása, hogy a beteg halála az alperes által végzett kezelés során következett be.¹³⁴ Szintén bizonyítottnak tekintette a bíróság az okozati összefüggést, amikor a felperesek csupán annyit bizonyítottak, hogy jogelődjüket az alperes orvosai által elvégzett műtét során érte károsodás.¹³⁵ A hazai bírói gyakorlat szerint tehát a felperes eleget tesz bizonyítási kötelezettségének, ha bizonyítja, hogy a kár az egészségügyi szolgáltatás igénybevétele során következett be.¹³⁶ Létezik továbbá olyan ítélet, amelyből az tűnik ki, hogy a bíróság az okozati összefüggés tekintetében teljes egészében az alperesre hárítja a bizonyítási kötelezettséget. A Debreceni Ítélőtábla álláspontja szerint az alperest azért terhelte negatív irányú bizonyítási kötelezettség, mert „*a speciális szakszolgáltatást igénybe vevő laikus fél ilyet nem hogy bizonyítani, de a szakismertetek hiánya folytán felmérni, állítani sem tud.*” Ebből kifolyólag az egészségügyi szolgáltatónak kell bizonyítania, hogy a lehetséges szakmai intézkedéseket megtette, és a károsodás ennek ellenére, vagy ettől függetlenül következett be.¹³⁷ Elegendő tehát, ha az alperes az általános szabályoknak megfelelően bizonyítja, hogy új járt el, ahogy az adott helyzetben általában elvárható.

3.3.4. Felróhatóság

A kártérítési felelősség általános szabálya szerint a károkozó mentesül a felelősség alól, ha bizonyítja, hogy magatartása nem volt felróható.¹³⁸ A régi Ptk. megfelelő szabálya ugyanitt meghatározta a felróhatóság megállapításakor alkalmazandó gondossági mércét, amely nem volt más, mint az adott helyzetben általában elvárható magatartás. A bírói gyakorlat azonban az orvosi tevékenység tekintetében szakmai követelményeket is figyelembe vett a felróhatóság megállapításakor.¹³⁹ Egy esetben a bíróság azért nem tekintette felróhatónak a kezelőorvos magatartását, mert utóbbi a kezelés során mindig a szakma szabályai szerint járt el.¹⁴⁰

¹³³ BH+ 2011.3.109

¹³⁴ LB Pfv. III. 22.099/2000.

¹³⁵ EBH 2006.1506

¹³⁶ Dósa Ágnes (2010.): i.m. 114. o.

¹³⁷ Debreceni Ítélőtábla Pf. I. 20.723/2009., Dósa Ágnes (2010.): i.m. 116. o.

¹³⁸ Ptk. 6:519. §

¹³⁹ Wellmann György (szerk.) 86 alatt: 436. o.

¹⁴⁰ BH 1991.11.501

Hasonlóan foglalt állást a Legfelsőbb Bíróság, amikor kimondta, hogy a szakmai ajánlásban foglaltak betartása olyan, a legnagyobb gondosságnak megfelelő eljárás, amely kizárja a kártérítési felelősség megállapítását.¹⁴¹ Egy másik ügyben ugyanezen fórum a fentiekkel ellentétes álláspontra helyezkedett, kimondván, hogy önmagában az, hogy az orvos – a szükséges vizsgálat elvégzésének elmulasztásával – nem sértett szakmai szabályt, nem eredményezi az egészségügyi szolgáltató kárfelelősség alóli mentesülését. Ha tehát az orvos a tőle elvárható gondosságot elmulasztja, a kártérítési felelősség megállapítható.¹⁴² Látható tehát, hogy a kezelést végző orvostól elvárható gondosság túlmutathat a szakmai szabályok betartásán.

A többi vizsgált ítéletről is kitűnik, hogy a bíróságok az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelősségének megállapítására irányuló keresetek elbírálásakor az általánostól eltérő gondossági mércét alkalmaztak. A felróhatóság vizsgálata körében annak van jelentősége, hogy az orvos a beavatkozás során az őt terhelő gondossággal járt-e el.¹⁴³ Az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelősségének megállapításakor azt kell tehát vizsgálni, hogy az orvos az eljárás során megsértették-e az Eütv. 77. § (3) bekezdésében foglaltakat.¹⁴⁴ A Kúria egy további ügyben elvi érveléssel is rögzítette, hogy az egészségügyi szolgáltató tekintetében a kártérítési felelősség alóli kimentés alapjául az Eütv. fent említett rendelkezése szolgál.¹⁴⁵ Eszerint – ahogy fentebb már említésre került – minden beteget az ellátásban résztvevőktől elvárható gondossággal, a szakmai és etikai szabályok, illetve irányelvek betartásával kell ellátni. Ennek indoka nyilvánvaló, az élet, testi épség és egészség védelme szükségessé teszi a fenti objektivizált gondossági mérce alkalmazását.

A Ptk. 1:4. § (1) bekezdése továbbra is alapelveként rögzíti az elvárható magatartás elvét, amely egyúttal – változatlanul – a felróhatóság megítélésének általános mércéjeként szolgál. Az elvárható magatartás elve ugyanakkor szubszidiárius követelmény, hiszen törvény eltérő rendelkezése esetén el lehet térni tőle, így az általános gondossági mérce helyett az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelőssége tekintetében – a régi törvényhez kapcsolódó bírói gyakorlatnak megfelelően – az Eütv. fent tárgyalt rendelkezését kell alkalmazni.

A kezdő orvostól értelemszerűen más várható el, mint tapasztaltabb kollégájától, ugyanígy egy kisebb, rosszul felszerelt kórház orvosával szemben sem támaszthatjuk

¹⁴¹ LB Pfv. X. 20.235/2001., Dósa Ágnes (2010.): i.m. 101. o.

¹⁴² BH 2006.12.400

¹⁴³ BH+ 2002.9.440

¹⁴⁴ BH+ 2008.8.365

¹⁴⁵ EH 2008.1867

ugyanazokat a követelményeket, amelyeket egy modern, jól felszerelt klinikán dolgozó orvostól.¹⁴⁶ Míg azonban utóbbi szempontok – álláspontom szerint – az adott helyzet körében értékelhetők, addig a kezdő és a tapasztalt orvos között nem lehet differenciálni a felelősség tekintetében. Az objektívizált gondosságot tehát az átlagos gyakorlattal és képzettséggel rendelkező orvoshoz viszonyítva kell meghatározni.¹⁴⁷

Arra vonatkozóan azonban, hogy az egyes helyzetekben hol húzódik az ellátásban résztvevőktől általában elvárható gondosság határa, szinte lehetetlen egységes álláspontot kialakítani. Bizonyos esetekben ennek megítélése valamivel egyszerűbb. Az egészségügyi szolgáltató felelősséggel tartozik, ha a beavatkozást végző orvos a beteg testében olyan tárgyat hagy bent, amelyet a műtét során nem használt fel, és amelyet a tőle elvárható gondosság tanúsítása esetén el kellett volna távolítania. A műtét során fel nem használt eszköz testüregben hagyása az elvárható ellenőrzés mellett nem fordulhat elő. Oda nem tarozó tárgyak a beteg testében nem maradhatnak, léteznek eljárások, amelyek lehetővé teszik ennek elkerülését.¹⁴⁸ Egy másik ügyben az alperes sikertelenül hivatkozott arra, hogy az operáció során használt törlőkendő hasüregben hagyása műtéti kockázat. A Kúria kimondta, hogy olyan orvosi tevékenység nem tartozhat a műtéti kockázat körébe, amely felróható magatartásnak minősül. Az elvárható gondosság tanúsítása esetén a törlőkendő testüregben hagyása elkerülhető, ha utólag számba veszik a műtétnél használt eszközöket.¹⁴⁹ Hasonlóan a veszélyeztetett terhes betegnél, a császármetszés szükségességének megítéléséhez szükséges vizsgálatok elmaradása az eljáró orvosnak felróható, így megalapozza az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelősségét.¹⁵⁰ A diagnózis felállításához szükséges vizsgálatok elvégzése az elvárható gondosság körébe tartozik, akkor is, ha a vizsgálat elmaradása nem valósít meg szakmai szabályszegést.¹⁵¹ Más kérdésekben viszont eltérően foglalnak állást a bíróságok. Ahogy az utóbbi esetből is kitűnik, a szakmai szabályok betartása önmagában nem eredményezi az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelősség alóli mentesülését. Ennek az ellenkezőjét mondta ki a bíróság egy fentebb tárgyalt esetben.¹⁵² Annak ellenére tehát, hogy meglehetősen nagy számú ítélet áll rendelkezésre, az orvosi tevékenység felróható volta, egy olyan, összetett kérdés, amelyet esetről esetre, általában szakértő bevonásával kell a bíróságoknak vizsgálni.

¹⁴⁶ Jobbágyi Gábor: i.m. 76. o.

¹⁴⁷ Fézer Tamás (szerk.): 358. o.

¹⁴⁸ BH 2005.12.429

¹⁴⁹ LB. Pf. III. 20 511/1995.

¹⁵⁰ EH 2002.630.

¹⁵¹ BH 2006.12.400

¹⁵² Id. 141 alatt

4. Az egészségügyi szolgáltató felelőssége a tájékoztatás elmulasztásáért

Bár az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelősségének megállapítására irányuló eljárások viszonylag új jelenségnek számítanak, az alperesi oldal legnagyobb Achilles-sarka meglehetősen régóta ismert. Az klasszikus, „orvosi műhiba” miatti igények mellett – Nyugat-Európában – a hatvanas évektől kezdődően egyre nagyobb számban jelentek meg a tájékoztatás, illetve a beteg beleegyezésének hiányára alapított keresetek.¹⁵³ Mind a külföldi, mind pedig a hazai szakirodalom nagy jelentőséget tulajdonít a problémának, továbbá a feldolgozott ítéletek is azt támasztják alá, hogy Magyarországon is nagy számban fordulnak elő a tájékoztatás hiányosságára alapított igények.

Amennyiben a felperes a tájékoztatás elégtelenségére, illetve a beavatkozáshoz való hozzájárulásának hiányára alapítja keresetét, szóba sem jön az orvosi tevékenység felróhatóságának vizsgálata. Ilyen esetekben az a gondos eljárás ellenére bekövetkezett, olyan kockázat alapozza meg a kártérítési felelősséget, amelyre vonatkozóan a beteg nem részesült megfelelő tájékoztatásban. Ennek alátámasztásához nem szükséges szakértő bevonása, a továbbiakban pedig az alperes terhére esik annak bizonyítása, hogy a megfelelő tájékoztatás megtörtént, vagy az adott beavatkozás során felmerült kockázat tekintetében nem terhelte tájékoztatási kötelezettség. A hiányos tájékoztatásra alapított kereset tehát valóságos „*eljárásjogi csodafegyverre*”¹⁵⁴ vált a kártérítési igényt érvényesítő beteg kezében.¹⁵⁵ Ez lehet tehát az oka annak, hogy mind hazánkban, mind Nyugat-Európában,¹⁵⁶ mind pedig az Egyesült Államokban¹⁵⁷ az ilyen keresetek teszik ki az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelősségének megállapítására irányuló igények jelentős részét. E dolgozat keretei között is indokolt tehát e probléma mélyreható elemzése, valamint vonatkozó hazai bírói gyakorlat áttekintése.

¹⁵³ Dósa Ágnes (2010.): i.m. 186. o.

¹⁵⁴ Christian Glatz: *Der Arzt zwischen Aufklärung und Beratung*, Berlin, Druckner & Humboldt, 1998. 277. o.

¹⁵⁵ Dósa Ágnes (2010.): i.m. 186. o.

¹⁵⁶ Egy 1988-ból származó adat szerint az egészségügyi szolgáltató ellen indított keresetek kétharmada alapult a tájékoztatás elégtelenségén. ld. Dósa Ágnes i.m. 186. o.

¹⁵⁷ Peter H. Schuck (editor): *Tort law and the public interest*, New York, W.W. Norton & Company, 1991. 217. o.

4.1. Normatív szabályozás

Az egészségügyről szóló törvényben rögzített egyes betegjogok számos ponton összefonódnak az egészségügyi felelősséggel. Sérelmük etikai eljárás lefolytatását vonhatja maga után, szakmai szabályokként megalapozhatják az orvos büntetőjogi felelősségre vonását, továbbá az egészségügyi dolgozók munkáltatóval szembeni felelősségének megállapítása során is jelentőséggel bírhatnak. A beteg és az egészségügyi szolgáltató között fennálló polgári jogi jogviszonyt vizsgálva azonban kitűnik, hogy a tájékoztatáshoz való jog nem csupán a felelősség szempontjából bír kiemelkedő jelentőséggel.

Az utóbbi időben a magánjogi jogviszonyok egyre szélesebb körében válik hangsúlyossá a gyengébb fél védelme.¹⁵⁸ Nincs ez máshogy az orvos és a beteg közötti jogviszony esetében sem. A magasan képzett orvos és szakképzettséggel nem rendelkező betegek közötti információs aszimmetria törvényi garanciák biztosítása által történő áthidalása elengedhetetlen feltétele annak, hogy a beteg az egészségügyi szolgáltatás igénybevételével összefüggésben őt megillető jogait gyakorolhassa, és így valóban mellérendelt félként részesülhessen ellátásban. Ez a nézőpont hívta életre tájékozott beleegyezés (*informed consent*)¹⁵⁹ követelményét. A beteg autonómiájának legfontosabb záloga ugyanis az önrendelkezéshez való jog, mely alapján a páciens szabadon döntheti el, hogy kíván-e egészségügyi ellátást igénybe venni, illetve annak során mely beavatkozásokba egyezik bele, és melyeket utasít vissza. Ehhez azonban rendelkeznie kell az állapotával, a kezeléssel és az egészségügyi szolgáltatás nyújtásához kapcsolódó egyes körülményekkel összefüggő releváns ismeretekkel, mely azonban orvosi végzettség hiányában elképzelhetetlen. Több eseti döntés is rögzíti, hogy a betegnek ismernie kell a beavatkozás kockázatait, a bíróságnak tehát a beleegyezés ténye mellett a tájékoztatás tartalmát is vizsgálnia kell.¹⁶⁰ Az Eütv. a fent ismertetett okokból a tájékoztatás valamennyi mozzanatára kiterjedő részletes szabályozást tartalmaz.

Az egészségügyi szolgáltató tájékoztatási kötelezettsége körében el kell választani a terápiás célú tájékoztatást az önrendelkezési célú tájékoztatástól. Előbbi célja, hogy előkészítse, elősegítse a gyógykezelést. A beteg rendelkezésére kell tehát bocsátani minden olyan információt, amely a megfelelő együttműködéshez szükséges.¹⁶¹ Ezzel szemben az önrendelkezési célú tájékoztatás keretében azokat az ismereteket kell a beteg rendelkezésére

¹⁵⁸ Petkó Mihály: A beteg tájékoztatási jogáról és kötelezettségéről, Magyar jog, 2013/8. szám 500. o.

¹⁵⁹ Salgo v. Leland Stanford Jr. University Board of Trustees, ld. Dósa Ágnes (2010.): i.m. 187. o.

¹⁶⁰ BH 2000.12.536, BH 2003.1.17, BH+ 2014.7.308

¹⁶¹ Dósa Ágnes (2010.): i.m. 187. o.

bocsátani, amelyek birtokában el tudja dönteni, hogy alá kívánja-e vetni magát a javasolt beavatkozásnak.¹⁶² Az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelőssége szempontjából ez utóbbi bír jelentőséggel, így, bár az Eütv. szabályai a terápiás célú tájékoztatás tekintetében is irányadóak, jelen dolgozat keretei között eltekintek az e körben kialakult gyakorlat ismertetésétől.

Az Eütv. tehát rögzíti a beteg egyéniesített formában megadott, teljes körű tájékoztatáshoz való jogát.¹⁶³ A teljeskörűség követelménye azonban nehezen megfogható kategória, így a törvény részletes szabályozást nyújt a tekintetben, hogy a beteg állapotával, illetve az ellátással összefüggő mely kérdésekben jogosult tájékoztatásra.¹⁶⁴ Ezek pontról pontra történő ismertetésétől eltekintvén az Eütv. követelményeinek – tartalmát tekintve – megfelelő tájékoztatást az ellátás teljes folyamatára, minden beavatkozásra, vizsgálatra, a beteg állapotára, döntési jogára, valamint az ellátást követően szükséges ismeretekre kiterjedő tájékoztatásként jellemezném. A törvény az egyéniesített forma tekintetében is eligazítást nyújt. Egyrészt rögzíti a cselekvőképtelen, illetve korlátozottan cselekvőképese személy korának és pszichés állapotának megfelelő tájékoztatáshoz való jogát, másrészt meghatározza a beteg számára érthető tájékoztatás követelményeit.¹⁶⁵ Ennek megfelelően a tájékoztatás nyújtásakor tekintettel kell lenni a páciens életkorára, iskolázottságára, ismereteire, lelkiállapotára, illetve a tájékoztatás tekintetében megfogalmazott kívánságaira.¹⁶⁶ Tartózkodni kell például az orvosi szakkifejezések kizárólagos használatától. Egy esetben a beteg tájékoztatása betegsége lehetséges kiújulására vonatkozóan annyiban merült ki, hogy az írásbeli tájékoztatón a „recidíva” kifejezés szerepelt, melynek jelentését az orvosi végzettséggel nem rendelkező páciens nyilvánvalóan nem ismerhette, így a felperes kártérítési igényét a tájékoztatás elégtelenségére alapította.¹⁶⁷

A beteg tájékoztatására vonatkozóan azonban nem csak a betegjogok körében találhatók rendelkezések. Az orvos (egészségügyi szolgáltató) és a beteg jogai és kötelezettségei korrelációban vannak egymással,¹⁶⁸ így a beteg tájékoztatáshoz való joga az egészségügyi szolgáltató kötelezettségeként is megjelenik az Eütv.-ben. A törvény rendszeres, legjobb

¹⁶² M.C. Kayser, Y.v.Harder, B. Friemert, M.A. Scherer: Patientenaufklärung – Fakt und Fiktion, Chirurg, 2006/2. 140. o.

¹⁶³ Eütv. 13. § (1) bekezdés

¹⁶⁴ Eütv. 13. § (2) bekezdés a)-i)

¹⁶⁵ Eütv. 13. § (5) bekezdés

¹⁶⁶ Eütv. 13. § (8) bekezdés

¹⁶⁷ Marsi Edit: A tájékoztatás, mint alapvető betegjog és megsértésének jogkövetkezményei, Profectus in litteris I., 2009. 63. o.

¹⁶⁸ Papp Tekla: Fejlődési tendenciák az atipikus szerződések területén, Gazdaság és jog, 2009/9. 3-10. o.

tudásának megfelelő tájékoztatást vár el a kezelőorvostól. A tájékoztatásnak ki kell terjednie továbbá a kezelés általánosan ismert, jelentős mellékhatásaira, az esetleges szövődményekre és a beavatkozások lehetséges következményeire, azok előfordulási gyakoriságára.¹⁶⁹ A tájékoztatásnak tehát amellett, hogy igazodnia kell a beteg állapotához, a kezelőorvos ismeretein kell alapulnia.¹⁷⁰

4.2. Bírói gyakorlat

A fent bemutatott rendelkezésekből kitűnik, hogy a tájékoztatásnak minden esetben a beteg és az eset sajátos körülményeihez kell igazodnia. Arra azonban, hogy a beteg minden, az állapotával és a beavatkozással kapcsolatos információt tartalmazó tájékoztatásban részesüljön sem a betegnek, sem az orvosnak nincs ideje, előbbinek pedig többnyire igénye sincs ilyesmire.¹⁷¹ Az egészségügyi szolgáltató ettől függetlenül teljesíthetetlen követelménnyel szembesülne, ha valamennyi olyan körülmény, kockázat vagy szövődmény vonatkozásában tájékoztatási kötelezettség terhelné, amely akár csak minimális mértékben érinti vagy fenyegeti a beteget. Az Eütv. teljes körű tájékoztatásra vonatkozó követelményei csupán a tájékoztatás kereteit adják meg, ezeket esetről esetre a bírói gyakorlat tölti meg tartalommal.

A tájékoztatás megfelelőségének megítélésakor szakmai szempontokat is mérlegelni kell. Ennek megfelelően a Legfelsőbb Bíróság egy esetben kimondta, hogy – az Egészségügyi Tudományos Tanács – véleménye szerint 5-20%-os gyakorisággal felmerülő szövődmény olyan, a műtéttel általában együtt járó következmények tekintendő, amelyre vonatkozóan az egészségügyi szolgáltatót tájékoztatási kötelezettség terheli.¹⁷² Ezzel szemben egy másik ügyben a Legfelsőbb Bíróság azt mondta ki, hogy az orvos a súlyos kockázatokra vonatkozóan akkor is köteles megfelelő tájékoztatást adni, ha annak előfordulási esélye csekély. A szövődmény százalékosan meghatározható előfordulási valószínűsége tehát nem adja meg automatikusan a tájékoztatási kötelezettség terjedelmét.¹⁷³ A szövődmény felmerülésének valószínűsége tehát hiába szakértői kérdés, annak megítélése, hogy az orvos eleget tett-e tájékoztatási kötelezettségének, a bíró mérlegelési körébe tartozik. Nehéz tehát meghatározni, hogy az egészségügyi szolgáltatót az adott beavatkozás szövődményeinek mely köre tekintetében terheli tájékoztatási kötelezettség. Azt azonban számos döntés alátámasztja, hogy a beavatkozással nem szükségszerűen együtt járó, kivételesen vagy ritkán előforduló kockázati

¹⁶⁹ Eütv. 135. § (2) bekezdés

¹⁷⁰ BH 2010.12.331

¹⁷¹ Petkó Mihály: i.m. 501. o.

¹⁷² BH 1995.6.344.

¹⁷³ Legf. Bír. Pfv. III. 21 242/2000.

tényezőkre vonatkozó tájékoztatás elmaradása nem jelenti a tájékoztatási kötelezettség elmulasztását,¹⁷⁴ hasonló a helyzet azon kockázatok esetében, amelyeket a beteg ritkán előforduló egyéni adottságai váltanak ki, és amelyek előfordulásának esélye elhanyagolható.¹⁷⁵ A szövődménynek nem minősülő műtéti következményekről azonban minden esetben tájékoztatni kell a beteget. E tájékoztatásnak a beteg állapotához kell igazodnia, illetve az eset, az orvos által ismert tényein kell alapulnia.¹⁷⁶ Látni kell tehát, hogy az általános szakismereteken túli, szubjektív körülmények nem csak a tájékoztatás módját, hanem annak tartalmát is befolyásolják, hiszen a beteg állapotától függően eltérően alakulhat a beavatkozás eredménye, valamint eltérőek lehetnek a lehetséges mellékhatások, illetve műtéti kockázatok.

A bemutatott döntésekből kitűnik, a bírói gyakorlat valamelyest enyhít az egészségügyi szolgáltató tájékoztatási kötelezettségére vonatkozó szigorú követelményeken. A beavatkozás szükségszerű következményei, a viszonylag gyakori szövődmények, illetve a páciens állapotával összefüggő sajátos körülmények ismertetése azonban elengedhetetlen a tájékozott beleegyezés követelményének teljesüléséhez. A felróhatóság oldaláról közelítve a kérdést, a bemutatott esetekben a tájékoztatás nem volt teljes körű, az alperes kártérítési felelőssége mégsem került megállapításra, a fenti kérdésekre kiterjedő tájékoztatás megadása esetén tehát teljesül az adott helyzetben általában elvárható eljárás követelménye, így a károkozó mentesül a felelősség alól. Ezen értelmezés szerint a bírói gyakorlat nem a tájékoztatás teljeskörűségének korlátait, hanem a tájékoztatás körében elvárható magatartás standardját határozza meg.

¹⁷⁴ ÍH 2005.72

¹⁷⁵ ÍH 2008.105

¹⁷⁶ BH 2010.12.331

5. Összegző gondolatok

A leírtakból kitűnik, hogy az orvosi tevékenység társadalmi és jogi megítélése a rendszerváltást követően hazánkban is gyökeres változásokon ment keresztül. Az orvos napjainkban már nem a „fehér köpenyes varázsló”, hivatásának gyakorlása során immár nem csupán az íratlan szakmai szabályoknak és az etikai kódexnek kell megfelelnie. Ellenkezőleg, az egészségügyi tevékenységhez egy meglehetősen sajátos, szerteágazó felelősségi rendszer társul. Az önálló etikai felelősségi szabályok, a speciális büntetőjogi tényállások, illetve a szigorú gondossági mérce az élet, testi épség és egészség, mint kiemelten védendő társadalmi értékek oltalmát szolgálják.

A kártérítési felelősség kapcsán látni kell azonban, hogy a gyengébb fél és a fent említett értékek védelmét előremozdító megoldások, így a gyakorlatban egyre inkább objektivizálódó felelősség, az eltérő bizonyítási szabályok, valamint a tájékoztatásra vonatkozó szigorú követelmények további, nem kívánatos eredményekhez is vezethetnek. E dolgozat keretei között nem esett szó az egészségügyi szolgáltató kötelező szakmai felelősségbiztosításáról,¹⁷⁷ itt azonban rögzíteni kell, hogy a nehézkes mentesülés, illetve a magas kártérítési összegek miatt a biztosítótársaságokkal szemben egyébként is kiszolgáltatott helyzetben lévő egészségügyi szolgáltatók még kedvezőtlenebb helyzetbe kerülhetnek. Az utóbbi időben a biztosítási díjak jelentős mértékben megemelkedtek, a biztosítási esemény fogalma a károkozások egyre szűkebb körére terjed ki, a biztosítótársaságok pedig egyre szélesebb körben érvényesítik regresszigényüket. Mivel a biztosítótársaságot nem terheli szerződéskötési kötelezettség, az egészségügyi szolgáltatónak viszont egzisztenciális érdekei fűződnek a megállapodás létrejöttéhez, utóbbi kénytelen elfogadni a számára kedvezőtlenebb feltételeket.¹⁷⁸ Ez hosszabb távon negatív hatással lehet az egészségügyi szolgáltatók gazdasági helyzetére, melynek következményeként a szolgáltatás minősége is romolhat.

Az európai jogrendszerek többségéhez hasonlóan a magyar jog sem kezeli sui generis szerződéstípusként az egészségügyi szolgáltatás nyújtására irányuló szerződést, így a Ptk. nem tartalmaz az egészségügyi szolgáltató felelősségére vonatkozó speciális szabályokat. A bemutatott ágazati jogszabályokban viszont olyan, az általánostól eltérő rendelkezések kerültek rögzítésre, amelyek valóban önálló területet választanak el a kártérítési jogon belül.

¹⁷⁷ Eütv. 108. § (2) bek.

¹⁷⁸ Zákány Judit: Az egészségügyi szolgáltatók kötelező szakmai felelősségbiztosításának aktuális kérdéseiről, Debreceni Jogi Műhely, IV. évfolyam 4. szám

Továbbra is óriási feladat hárul viszont a bíróságokra, hiszen a felelősség megítélése során kiemelkedő jelentőséggel bír szakmai szempontok jogi értékelése. A feldolgozott döntésekből kitűnik viszont, hogy az, hogy a beavatkozást végző orvos a szakmai szabályoknak megfelelően jár el, nem vezet az egészségügyi szolgáltató mentesüléséhez. Az ellátásban résztvevőktől elvárható gondosság ugyanis túlmutat a szakmai előírások betartásán, felmerül tehát a kérdés, hogy milyen további standardok mentén történik az egészségügyi szolgáltató eljárása felróhatóságának megítélése. Rögzítésre került, hogy az orvosszakértő a károkozó magatartást csupán szakmai szempontból értékeli, annak jogi értékelése bírói kompetencia. Az adott helyzetben elvárható gondosság az egészségügyi szolgáltatók esetében azonban – álláspontom szerint – oly mértékben függ bizonyos, az orvosi tevékenységre vonatkozó előírásokon túli további szakmai szempontoktól, hogy annak megítélése során is indokolt lehet egészségügyi szakmai szervezetek, szakértők bevonása. További megoldást jelenthetnek a bírói gyakorlat figyelembe vételével megalkotott szakmai ajánlások, melyek megléte esetén a gondosságra vonatkozó, a szakmai szabályok betartásán túlmutató követelmények egészségügyi szolgáltatók számára előzetesen ismertté válnának.

Az egészségügyi szolgáltató felelősségére vonatkozó szabályozás kialakítása, illetve alkalmazása során az orvosi tevékenység által érintett kiemelkedő társadalmi értékek védelme mellett tekintettel kell lenni az egészségügyi szolgáltatók véges anyagi és emberi erőforrásaira, illetve a modern orvostudomány nyújtotta eszközök korlátaira. E szempontok figyelmen kívül hagyása pedig azt eredményezheti, hogy a beteget, mint gyengébb felet védő szigorú felelősségi szabályok visszaélés eszközévé válnak a károsult kezében.

Irodalomjegyzék

BERÉNYI SÁNDOR, MARTONYI JÁNOS, SZAMEL LAJOS: Magyar államigazgatási jog, Általános rész, Budapest, Tankönyvkiadó, 1980.

CHRISTIAN GLATZ: Der Arzt zwischen Aufklärung und Beratung, Berlin, Druckner& Humbolt, 1998.

DÓSA ÁGNES: Az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelőssége a tájékoztatás elmulasztásáért, Állam- és Jogtudomány, 2002/1-2., 23-72.

DÓSA ÁGNES: Az orvos kártérítési felelőssége, Budapest, HVG-ORAC 2010.

ELLIOT ARONSON: A társas lény, Budapest, KJK, 2001.

EÖRSI GYULA: A jogi felelősség alapproblémái, a polgári jogi felelősség, Budapest, Akadémiai Kiadó, 1961.

FÉZER TAMÁS: A kártérítési jog magyarázata, Budapest, Complex, 2010.

HÁLAPÉNZ BIZOTTSÁG: Jelentés az orvosi hálapénzről, Budapest, Springer, 2000.

HIDVÉGINÉ ADORJÁN LÍVIA, SÁRINÉ SIMKÓ ÁGNES: Műhibák és kártérítési perek az egészségügyben, Budapest, Medicina, 2013.

HORVÁTH TIBOR, LÉVAI MIKLÓS (szerk.): Magyar büntetőjog különös rész, Budapest, Complex, 2009.

JOBBÁGYI GÁBOR: Az orvosi kezelési szerződés az osztrák jogban, Magyar jog, LXI. évfolyam 6. szám, 372-377. o.

JOBBÁGYI GÁBOR: Orvosi jog, Budapest, Szent István Társulat, 2010.

JÓLJÁRT ESZTER: Az esély elvesztése, mint kár? Jogtudományi közlöny, 64. évf. 12. szám, 518-533. o.

KOVÁCS GÁBOR: Bioetika és büntetőjogi kodifikáció, Győr, Szent István Egyetem, 2008.

KOVÁCS JÓZSEF: A modern orvosi etika alapjai, Budapest, Medicina, 2006.,

KOVÁCSY ZSOMBOR: Egészségügyi jog, Budapest, Semmelweis, 2008.

KÖLES TIBOR: Orvosi műhiba perek Budapest, HVG-ORAC, 1999.

KÖSZEGFALVI EDIT: Új munkajogi szabályok az egészségügyben, Budapest, Complex, 2012.

LOMNICI ZOLTÁN: Az orvosi jog és az orvosi jogviszony alapvonalai, PhD értekezés, <http://ajk.pte.hu/files/file/doktori-iskola/lomnici-zoltan/lomnici-zoltan-muhelyvita-tezisek.pdf> (letöltés időpontja: 2014. szeptember 29.)

MADAI SÁNDOR: „Nem tudunk csodát tenni” – Gondolatok az orvosi műhiba büntetőjogi megítéléséhez, Med et Jur 2011. 1. évfolyam 4. szám, 27-29. o.

M.C. KAYSER, Y.v.HARDER, B. FRIEMERT, M.A. SCHERER: Patientenaufklärung – Fakt und Fiktion, Chirurg, 2006/2., 139-149. o.

MARSI EDIT: A tájékoztatás, mint alapvető betegjog és megsértésének jogkövetkezményei, Profectus in litteris I., 2009., 57-67. o.

OSZTOVITS ANDRÁS (szerk.): A Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény és a kapcsolódó jogszabályok nagykommentárja IV. kötet, Budapest, Opten, 2014.

PAPP TEKLA: Fejlődési tendenciák az atipikus szerződések területén, Gazdaság és jog, 2009/9. 3-10. o.

PETER H. SCHUCK (editor): Tort law and the public interest, New York, W.W. Norton & Company, 1991.

PETKÓ MIHÁLY: A beteg tájékoztatási jogáról és kötelezettségéről, Magyar jog, 2013/8. szám, 500-507. o.

PETRIK FERENC (szerk.): Az új Ptk. magyarázata V/VI., Budapest, HVG-ORAC, 2013.

POLT PÉTER (szerk.): Új Btk. kommentár, Budapest, Nemzeti Közsolgálati és Tankönyv Kiadó, 2013

REED NEIL OLSEN: The Efficiency of Medical Malpractice Law: Theory and Empirical Evidence, <http://courses.missouristate.edu/ReedOlsen/medmal%20claims.pdf> (letöltés időpontja: 2013. augusztus 15.)

SÁNDOR JUDIT: Gyógyítás és ítélkezés, Budapest, Medicina, 1997.

SÓTONYI PÉTER: Orvosi felelősség, Budapest, Semmelweis, 2006.

S.S. SANBAR, M.H. FIRESTONE, S. FISCINA, T. R. LEBLANG, C. H. WECHT, M. J. ZAREMSKI: Legal Medicine, Philadelphia, Mosby Elsevier, 2007.

SZEGHŐ ÁGNES: Az egészségügyi szolgáltatás nyújtásával összefüggésben okozott károkért való felelősség változása napjainkban, Jogelméleti szemle, 2010. 2. szám, <http://jesz.ajk.elte.hu/szegho42.html> (letöltés időpontja: 2014. október 9.)

SZEGHŐ ÁGNES: A kezelési szerződés, (In: Acta Conventus de Iure Civili Tomus XI.), Szeged, 2009., 61-102. o.

SZÜCS PÉTER: Az általános kárfelelősségi szabály jogelméleti elemzése, Med et Jur, 1. évfolyam 2. szám. 25-28. o.

TARR GYÖRGY: Élet és egészség, orvos és beteg, jog és erkölcs az emberi méltóság fogalom szférájában, Budapest, Püski, 2003.

TARR GYÖRGY: Gondolatok az orvosi jogról és az orvosi jogviszonyról, Magyar jog, XCIX. évfolyam I. szám, 22-23. o.

TÖRŐ KÁROLY: Az orvosi jogviszony, KJK, Budapest, 1986.

TÖRŐ KÁROLY: Az orvosi polgári jogi jogviszony, Budapest, KJK, 1965.

TÚRY SÁNDOR KORNÉL: Orvosi felelősség és valószínűsítési bizonyítás, Kolozsvár, Universitas Francisco-Josephina, 1943.

VÉKÁS LAJOS (szerk.): A Polgári Törvénykönyv magyarázatokkal, Budapest, Complex, 2013.

WELLMANN GYÖRGY (szerk.): Az új Ptk. magyarázata (I/IV.), Budapest, HVG-ORAC, 2013.

WELLMANN GYÖRGY (szerk.): Az új Ptk. magyarázata VI/VI. Budapest, HVG-ORAC, 2013.

ZÁKÁNY JUDIT: Az egészségügyi szolgáltatók kötelező szakmai felelősségbiztosításának aktuális kérdéseiről, Debreceni Jogi Műhely, IV. évfolyam 4. szám

ZÁKÁNY JUDIT: Az orvosi tevékenység büntetőjogi szabályozásának vázlata különös tekintettel a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés tényállására, Debreceni jogi műhely IX. évfolyam 2. szám

Feldolgozott bírósági határozatok

1/2008. Polgári jogegységi határozat

BH 2002.9.440

BH 2003.11.535

BH 2008.8.365

BH 2009.1.16

BH 2011.3.109

BH 2012.2.62

BH 2012.6.245

BH 1991.2.74

BH 1991.11.501

BH 1995.6.344

BH 1996.6.304

BH 2002.129.

BH 2005.3.105

BH 2005.12.429

BH 2006.12.400

BH 2008.299

BH 2009.12.355

BH 2010.12.331

BH 2011.9.248

EBH 2006.1506

EH 1999.15

EH 2008.1867

EH 2002.630

ÍH 2005.72

ÍH 2005.114

ÍH 2007.26

ÍH 2008.105

ÍH 2009.167

ÍH 2011.159

ÍH 2013.19

LB Pf. III. 24.853/1992.

LB Pf. III. 20 511/1995.

LB Pfv. III. 20 059/1996.

LB Pf. III.22.811/1998.

LB Pfv. III.22 627/1999.

LB Pfv. III. 21 242/2000.

LB Pfv. III. 22.099/2000.

LB Pfv. X. 20.235/2001.

LB Pf. III. 25.898/2001/5.

Debreceni Ítéltábla Pf. I. 20.723/2009.

PKKB. 31. P. 89.625/1994

Reichsgericht, Urteil vom 31.5.1894, RGSt 25, 379ff

Salgo v. Leland Stanford Jr. University Board of Trustees

Slater v. Baker and Stapleton