

AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZABÁLYOZÁS HAZAI FEJLŐDÉSTÖRTÉNETE

A jelen fejezet keretei között a magyar jogfejlődés legfontosabb egészségügyi jogforrásainak ismertetésére kerül sor.

Az egészségügyi tevékenységre vonatkozó joganyag kodifikálása először a közegészségügy rendezéséről szóló 1876. évi XIV. törvénycikk keretei között került sor. A törvénycikk kimondta, hogy a közegészségügy vezetése az állam feladatát képezi.¹ E szakasz tehát nyilvánvalóvá tette, hogy az orvos tevékenységét az állam szolgálatában fejtí ki, így közte és a betegek között az egészségügyi beavatkozások során – főszabály szerint – polgári jogi jogviszony sem jön létre. A jogszabály ugyanakkor az orvosi gyakorlatra vonatkozó szabályai között rögzítette, hogy habár az orvost megilleti a gyógymódválasztás szabadsága, működése mégis az állam ellenőrzése alatt áll; a műhibákért felelősséggel tartozik.² A szakasz tartalmából sem a felelősség iránya, sem annak foka nem állapítható meg. Nem zárható ki azonban annak lehetősége, hogy a károsult beteg kárigényét közvetlenül az orvosával szemben érvényesíthette. Erre enged következtetni a magánorvoslás intézményének szabályozása is,³ melynek vonatkozásában elmondható, hogy az állam – vélhetően – már semmiképpen sem volt felelőssé tehető a károkozó orvos magatartásáért. Az orvos az általa okozott károkért tehát polgári jogi felelősséggel tartozott.

Célszerű megvizsgálni az alkalmazott orvos és az állam között létrejövő munkavégzésre irányuló jogviszony mibenlétét. E tekintetben iránymutatásul szolgál a közegészségügy rendezéséről szóló 1876:XIV. tc. II. rész I. fejezetének (Közegészségügyi szolgálat a községeknél) módosításáról szóló 1908. évi XXXVIII. törvénycikk, mely részletesen szabályozta a városi, a községi és a körorvosok tevékenységét. A jogszabály – összhangban az 1876. évi XIV. törvénycikk normáival – több ponton is utalt az orvosi szerepkör közigazgatási jellegére: meghatározza, hogy – létszámukra tekintettel – mely települések kötelesek orvost alkalmazni;⁴ kimondja, hogy a községi és a körorvosok törzsfizetését az állam viseli;⁵ stb. A törvénycikk későbbi szabályai között ugyanakkor rögzítette, hogy a községi orvos, ill. a körorvos megbetegedése esetén helyettesítésével egy másik, helyben lakó községi orvost, ennek hiányában magánorvost kell megbízni, akik azt – külön fizetés nélkül vagy tiszteletdíj ellenében – kötelesek elfogadni.⁶ Az állam adott esetben tehát *quasi* megbízási jogviszony keretei között is igényt tarthatott az orvosok szolgálatára, a felek között így kialakult jogi kapcsolat azonban – szerződéskötési szabadság hiányában – nem feleltethető meg korunk megbízási jogviszonyainak. Továbbra sem volt kapható válasz arra, hogy a magánorvos és a beteg között létrejön-e szerződéses jogviszony, avagy sem.

Az orvos kötelezettségeinek és felelősségének részletesebb szabályozását az orvosi rendtartásról szóló 1936. évi I. törvénycikk adta meg. Az orvosi gyakorlatra vonatkozó szabályai között a rendtartás nemcsak a gyógymódválasztás szabadságát deklarálta;⁷ nevesítésre került az orvos titoktartási kötelezettsége, ill. a titoktartás alóli kivételek is.⁸ Az orvos magánjogi és büntetőjogi felelősségére a törvénycikk az általános szabályokat rendelte alkalmazni.⁹ A jogszabály a magánorvos és a beteg közötti kapcsolatot megbízási jogviszonyként nevesítette: az orvosok díjazására vonatkozó normaszövegen belül rögzítette, hogy az orvost a magángyakorlatával összefüggésben kifejtett tevékenységéért a felek által megállapított mértékű díjazás illeti meg; az összeg kereteit az országos kamara határozza meg.¹⁰ Az egészségügyi beavatkozás során okozott károkért az orvos tehát bizonyára úgy felelt, mintha egy, a közte és a károsult beteg között létrejött szerződés szabályait szegte volna meg.

Az egészségügyi jogi szabályozásának harmadik átfogó forrásaként született meg az orvosi rendtartásról szóló 1959. évi 8. törvényerejű rendelet. A rendtartás az orvosokat – a szocialista berendezkedésből is fakadóan – elsősorban az állam, ezáltal a közérdek szolgálatában cselekvő

¹ A közegészségügy rendezéséről szóló 1876. évi XIV. törvénycikk 1. §.

² Uo. 47. §.

³ Uo. 48. §.

⁴ A közegészségügy rendezéséről szóló 1876:XIV. tc. II. rész I. fejezetének (Közegészségügyi szolgálat a községeknél) módosításáról szóló 1908. évi XXXVIII. törvénycikk 3. §.

⁵ Uo. 11. §.

⁶ Uo. 24. §.

⁷ Az orvosi rendtartásról szóló 1936. évi I. törvénycikk 36. §.

⁸ Uo. 37. §.

⁹ Uo. 38. §.

¹⁰ Uo. 39. § (1)-(2) bek.

közalkalmazotti réteg tagjaival azonosította. Az orvos tevékenysége során a legnagyobb gondossággal és körültekintéssel volt köteles eljárni (bemutatására a későbbiekben kerül sor).¹¹ A rendelet megadta az orvosi magángyakorlat fogalmát: rögzítette, hogy orvosi magángyakorlatnak kell tekinteni az orvosnak a díjazás ellenében, a betege vagy a hozzátartozója felkérésére folytatott orvosi tevékenységét, ha az orvos állami vagy társadalmi szervnél nem áll alkalmazásban, vagy ha ilyen szervnél alakulásban áll, de hivatalos munkakörén kívül jár el.¹² Az orvosi magángyakorlat körében kifejtett tevékenységért járó díjazás mértékét azonban nem a felek akarata, hanem rendeleti formában az egészségügyi miniszter határozta meg.¹³ A jogszabály az orvosok fegyelmi felelősségének alapjaként a törvényerejű rendelet, valamint a rendelet végrehajtására vonatkozó jogszabályok megszegését nevezi meg.¹⁴

A magánorvos és a betege közötti felelősségi viszonyra a Magyar Köztársaság Polgári Törvénykönyvéről szóló 1959. évi IV. törvény (a továbbiakban régi Ptk.) kárfelelősségi normái lettek alkalmazandóak. Az orvos megbízása ugyanis valójában megbízási szerződést hozott létre a megbízó beteg és annak orvosa között, amennyiben az utóbbi valóban magángyakorlata körében járt el. E szerződés – korunk gyakorlatához hasonlóan – eredménykötelemnek nem volt tekinthető, annak megszegése a károkozó orvos felelősségét ugyanakkor ettől függetlenül is megalapozta.¹⁵ A magánorvos az általa okozott károkért a régi Ptk. általános kárfelelősségi szabálya alapján tartozott felelősséggel,¹⁶ a kártérítés mérséklésének azonban – a szerződésszegés közös szabályaira vonatkozó joganyag alapján – nem volt helye.¹⁷ Az állami egészségügy keretei között működő orvos által okozott károkért az egészségügyi intézmény felelt, mely többnyire a társadalombiztosítási szervvel létesített jogviszonya folytán volt köteles helyt állni a kötelező biztosítás hatálya alá eső személyek kárigényeivel szemben.¹⁸

A rendtartás szabályait még a rendszerváltás előtt új, magasabb szintű jogforrás váltotta fel. Az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvény kimondta, hogy az orvosi vizsgálatot és gyógykezelést – főszabály szerint – továbbra is az illetékes egészségügyi szolgálatnál, ill. egészségügyi intézménynél lehet igénybe venni; a beteget szükség esetén kórházba kell beutalni.¹⁹ A törvény az orvos gyógyító-megelőző tevékenységének részletes szabályozását adta meg. Az orvost megillette a gyógymódválasztás szabadsága, a beteget azonban – saját lehetőségeihez mérten – az orvostudomány mindenkori állásának, a beteg adottságainak, valamint a betegség szakaszának megfelelő egészségügyi ellátásban volt köteles részesíteni. A jogszabály – a már a korábbi rendtartásban is megfogalmazott szabályhoz hasonlóan – rögzítette, hogy az orvos feladatának ellátása során a legnagyobb gondossággal és körültekintéssel köteles mindazokat az intézkedéseket megtenni, amelyek a betegségek megelőzéséhez, a beteg életének megmentéséhez, annak gyógyuláshoz, ill. munkaképességének helyreállításához szükségesek.²⁰ Az orvos magángyakorlatot csak külön engedély alapján folytathatott.²¹

A beteg – az orvosok magángyakorlati tevékenységét ide nem értve – polgári jogi jogviszonyban az egészségügyi intézménnyel, s nem az őt kezelő orvosával állt. Az egészségügyi beavatkozás során okozott károkért tehát a károkozó orvost alkalmazó intézmény, mint munkáltató tartozott felelősséggel.²² Ha az orvos a betegellátás során eleget tett a legnagyobb gondosság követelményének, akkor – minthogy a károkozás tekintetében saját felelőssége nem állt meg – az őt foglalkoztató intézmény sem felelt a betegnek okozott károkért. Az orvos oldalán jelentkező felróhatóság mércéje azonban már ekkor is nehezen volt megállapítható. Habár a törvény a legnagyobb gondosság követelményét nevezte meg az orvosok személyi felelősségének alapjaként, a gyakorlatban egyre gyakrabban előforduló elektromos, gépi beavatkozások, valamint a különféle gyógyszeres kezelések mégis lehetővé tették volna egy objektív felelősségi alakzat

¹¹ Az orvosi rendtartásról szóló 1959. évi 8. törvényerejű rendelet 3. § (1) bek.

¹² Uo. 20. §.

¹³ Uo. 28. § (2) bek.

¹⁴ Uo. 31. §.

¹⁵ TÖRÖ KÁROLY: Az orvos polgári jogi felelőssége, in *Jogtudományi Közlöny*. 1963/4. sz., 221-222. o.

¹⁶ Régi Ptk. 339. § (1) bek.

¹⁷ Uo. 318. § (1) bek.

¹⁸ TÖRÖ: i. m. 222-223. o.

¹⁹ Az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvény 26. § (1)-(2) bek.

²⁰ Uo. 43. §.

²¹ Uo. 69. § (2) bek.

²² JOBBÁGYI GÁBOR: Személyiségi jogok – egészségügyi szerződés, in *Jogtudományi Közlöny*. 1984/1. sz., 21. o.

alkalmazását.²³ A legnagyobb gondosság fogalma szintén nem volt objektíve meghatározható, csak esetről esetre történő mérlegeléssel nyerhetett tényleges megítélést.

²³ JOBBÁGYI GÁBOR: Az orvos polgári jogi felelősségének újabb kérdései a bírói gyakorlatban, in *Jogtudományi Közlöny*. 1986/4. sz., 179. o.