

Kaszás Eszter

Polgári Eljárásjogi Tanszék

Témavezető: Varga István, tanszékvezető habil. egyetemi docens

Az orvos polgári jogi felelősségének alapkérdései

A kontinentális jogrendszerekben alapvetően a polgári törvénykönyvekben foglalt alapokon nyugszik a kártérítési felelősség kérdése, míg az Egyesült Államokban szinte maradéktalanul a bírói jog alakítja. Ugyanakkor tekintettel arra, hogy a bírói jogfejlesztés éppen az orvosi felelősség területén a kontinentális jogrendszerekben sem elhanyagolható, végeredményét tekintve hasonló jegyeket is mutat a két felelősségi rendszer. Ennek ellenére az egészségügyi kártérítési eljárások gyakorlati kimenetele szempontjából meghatározó jelentőségű eljárásjogi kérdésekben számottevő különbség van a két szabályozás között. A következők során hangsúlyozottan a kontinentális szabályozás egyes sajátosságaival és a magyar, illetve a német jogrendszer fő jegyeinek összehasonlításával kívánok foglalkozni.

A római jogi alapokon nyugvó jogrendszerekben, ha a beteg az egészségügyi ellátás során, azzal összefüggésben kárt szenved, a beteg egyrészt a közte és az egészségügyi szolgáltató között létrejött szerződéses jogviszony alapján, másrészt a szerződésen kívüli károkozás szabályai alapján követelheti kára megtérítését. Az említett két felelősségi forma egymáshoz való viszonyára, az alábbiakban részletezett két eltérő megoldás mutatkozik.

A német jog lehetőséget ad a felelősségi szabályok párhuzamos alkalmazására, ennek megfelelően az egymással szerződéses viszonyban álló feleknél sem feltétlenül a kontraktuális felelősség szabályait kell alkalmazni. Annak ellenére, hogy a német jogban Deutsch javasolta ugyan a kontraktuális felelősség elsődlegességét az orvosi felelősségi kérdésekben, a gyakorlat ezt nem vette át¹. Ugyanakkor – ellenétben a magyar joggal – Németországban sokáig gyakorlati jelentősége is volt annak, hogy a kétféle felelősségi forma közül melyikre esik a választás. 2002-ig ugyanis a szerződésszegéssel okozott kár estében csak vagyoni kár megtérítésére volt lehetőség, így a deliktuális felelősség alapján lehetett a nem vagyoni károkat követelni (Schmerzensgeld).

¹ DEUTSCH, GEIGER 1981.

A teljesítési segédért való felelősség szabályozása tekintetében is különbség mutatkozott a kontraktuális és a deliktuális felelősség szabályai alapján. Az előbbi esetben a kötelezett a teljesítési segéd károkozásáért nem menthette ki magát, az utóbbi esetben azonban igen, bár a bírói gyakorlat szerint csak nagyon szigorú feltételek teljesülése esetén.

Ugyanakkor a BGB kötelmi jogi részének 2002. január 1-jén hatályba lépett módosítása következtében a kontraktuális felelősség rendszerében alapvető változások következtek be². Egyrészt lehetővé tették a nem vagyoni károk megtérítését, másrészt bevezették a vétkesség vélelmét. A korábbi, eltérő szabályozás következményeként az orvosi felelősség kérdését a bíróságok a deliktuális felelősség keretében bírálták el, a módosítás után azonban ez inkább a kontraktuális felelősség irányába tolódott el. A jogirodalom a kötelmi jog reformját erős kritikával illette, tekintettel arra, hogy a vételi szerződés igényeit szem előtt tartó szabályozás a gazdasági életben egyre fontosabbá váló szolgáltatásokkal kapcsolatos speciális problémákra továbbra sem nyújtott megoldást³.

Alapvetően a gyakorlati megfontolásokat félretéve megállapítható, hogy elméleti szempontból egyik vizsgált jogrendszerben sincs különösebb jelentősége a két típusú felelősségi rend elhatárolásának, figyelemmel arra, hogy az orvost terhelő gondossági kötelezettség a szerződéses jogviszonyban és a deliktuális felelősség rendszerében is azonos⁴. Lord Denning megfogalmazása szerint ugyanis *„a képzett szakember esetében az ésszerű gondos eljárás kötelezettsége nem csak szerződésből eredezhet, és ezért a szerződésen kívüli felelősség szabályai szerint is megítélhető”*⁵.

A Polgári Törvénykönyvről szóló 1959. évi IV. törvény (a továbbiakban: régi Ptk.) a szerződésen kívüli felelősség kérdését szabályozza részletesen, a szerződésszegésért való felelősség körében csak ennek alkalmazására utal. Ennek megfelelően az egészségügyi kártérítési eljárások gyakorlatában nem jelentkezett a szétválasztás problematikája, az egészségügyi szolgáltató és a beteg közötti jogviszony bíróság általi minősítése nem befolyásolta az eljárás kimenetelét.

A bírói gyakorlat nem érezte szükségét, hogy minősítse az orvos-beteg között létrejövő jogviszonyt, és a felelősséget egyszerűen a régi Ptk. 339. §-ára hivatkozással bírálták el⁶. Az ilyen típusú ítéletek számának növekedésével ugyanakkor a bíróságok megközelítése is egyre

² Schuldrechtsmodernisierungsgesetz BGB I. 2674.

³ SPICKHOFF 2002. 2530.

⁴ GIESEN 1995. 5.

⁵ Idézi: GIESEN 1988. 24.

⁶ JOBBÁGYI 2005. 15-20.

differentiáltabbá vált, és egyre gyakrabban fordult elő az egészségügyi szolgáltató és a beteg közötti jogviszony konkrét megnevezése.

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.) 2009-ben történt módosításával a jogalkotó lényegében kimondta, azt, amit a bírói gyakorlat is követett. A záró rendelkezések közé beiktatott 244. § ugyanis rögzíti, hogy az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggésben keletkezett kárigényekre a szerződésszegéssel okozott károkért való felelősség polgári jogi szabályait kell megfelelően alkalmazni.

A következőkben az egészségügyi szolgáltató és a beteg, valamint az egészségügyi szolgáltató és az alkalmazottaik között létrejövő jogviszonyokkal kívánok foglalkozni, különös tekintettel a felelősség kérdésére.

I.1. Az egészségügyi szolgáltató és a beteg között létrejövő szerződés

Az orvos és a beteg között létrejövő jogviszony jogi minősítése minden jogrendszerben nehézséget okoz, azonban nem mutatkozik eltérés a tekintetben, hogy ez a jogviszony gondossági kötelem, az orvos nem az eredmény szolgáltatására, hanem a gondos eljárásra vállal kötelezettséget⁷. Ugyanakkor például a német jogban jelentős kisebbség véli úgy, hogy a műtéti beavatkozások esetében a vállalkozás (Werkvertrag) szabályait kellene alkalmazni, azzal, hogy a szolgáltatandó „mű” nem a beteg gyógyulása, hanem magának az operációnak az elvégzése⁸.

A jogviszony értelmezését alapvetően meghatározza az orvos és a kórház, az orvos és a társadalombiztosító között fennálló bonyolult szerződéses rendszer. Az elsődlegesen vizsgálandó kérdés, hogy az egészségügyi szolgáltatás esetében ki a szerződéses kapcsolat alanya. E tekintetben eltérés mutatkozik aszerint, hogy ambuláns vagy kórházi kezeléstről van szó, ugyanakkor a szerződés mindegyik esetben konkludensen jön létre a felek között.

⁷ A német jogban Dienstvertrag (BGB 611. §), Ausztiában eleinte Werkvertrag (ABGB 1165. §) volt a minősítés, ami aztán egyre inkább elmozdult az Arbeitsvertrag és a Werkvertrag között elhelyezkedő Dienstvertrag felé.

⁸ ERMAN, WESTERMANN 1993.

A kórházi kezelés esetében a német-osztrák gyakorlat három típusú megoldást dolgozott ki⁹.

A főszabály szerint a beteg a kórházi kezelés során úgynevezett teljes kórházi kezelésre vonatkozó szerződést köt (totaler Krankenhaus-aufnahmevertrag), amely kiterjed az orvosi, az egyéb egészségügyi, az ápolási és a hotelszolgáltatásokra is, függetlenül attól, hogy gyógykezelés költségeit maga a beteg fizeti vagy a társadalombiztosító. Ebben az esetben a beteg a kórház ellen közvetlenül érvényesítheti igényét mindazon károkért, amelyeket a gyógykezelés vagy az ápolás során elkövetett mulasztással, illetve a szervezési hiányosságokkal okoztak. Az orvos és a személyzet tevékenységéért a kórház mint teljesítési segédért felel. Tehát a beteg és a kezelőorvos között nem jön létre szerződéses kapcsolat, a betegnek pedig nincs joga az őt kezelő orvos megválasztására.

Az úgynevezett „teljes kórházi kezelésre vonatkozó szerződés, kiegészítő szerződéssel” (totaler Krankenhausvertrag mit Zusatzvertrag) típusú modell esetében a beteg a kórház által nyújtott, a társadalombiztosítás által fedezett szolgáltatások mellett külön szerződés alapján kiegészítő ellátásra szerződik (például extra ápolási szolgáltatásra, vagy az általa kiválasztott orvossal is szerződhet az orvosi ellátás elvégzésére). Ebben az esetben az orvos személyes teljesítésre köteles, helyette más csak akkor végezheti el a beavatkozást, ha a beteg ebbe kifejezetten beleegyezik, a beteg pedig ezért külön honoráriumot köteles fizetni. Az ellátás során bekövetkezett károkért a kórház felel, annak ellenére is, hogy az orvos saját személyében vállal kötelezettséget a beteg ellátására.

A harmadik esetben a kórház és az orvos megosztja a beteg ellátásának feladatait, így a kórház az ápolást nyújtja, az orvos pedig az orvosi szolgáltatást (gespaltener Krankenhaus- und Arztvertrag). Az orvos nem áll munkavégzésre irányuló jogviszonyban a kórházzal, de a betegeit a kórház által nyújtott szolgáltatások igénybevételével látja el. Az orvos ilyenkor is személyes teljesítésre köteles, a beteg a kezelési hibából eredő igényét az orvossal szemben, az egyéb, az ápolás, hotelszolgáltatás körében okozott károk megtérítése iránti igényét pedig a kórházzal szemben érvényesítheti. Problematikus az önálló tevékenységet folytató orvos szakmai irányítása alatt, de a kórház alkalmazottjaként tevékenykedő beosztott orvosok felelősségének megítélése. A gyakorlat azt mutatja, hogy ilyenkor inkább az önálló tevékenységet folytató orvost mentesítik a felelősség alól és a kórház köteles helytállni. Amikor azonban

⁹ ENGLJÄHRINGER 1996.

a kórház és az orvos kötelezettségi köre részben fedi egymást, akkor együttesen felelnek a segédszemélyzet tevékenységéért¹⁰.

A magyar jogalkalmazásban egészen addig, amíg az orvosok szinte kizárólag alkalmazottként dolgoztak nem jelentett különösebb problémát annak megítélése, hogy ki köteles a beteg kárát megtéríteni, ha az egészségügyi szolgáltatás során kárt szenved, ugyanis a régi Ptk.-nak az alkalmazottért való felelősségre vonatkozó szabálya szinte mindig megoldást kínált a problémára. A régi Ptk.348. §(1) bekezdése szerint, ha az alkalmazott a munkaviszonyával összefüggésben harmadik személynek kárt okoz, jogszabály eltérő rendelkezése hiányában a károsulttal szemben a munkáltató felelős. A megbízótól eltérően a munkáltató nem mentheti ki magát azzal, hogy az alkalmazott kiválasztásában gondosan járt el, így az egészségügyi szolgáltatás során okozott károkkal kapcsolatos eljárásokban szinte mindig az egészségügyi szolgáltató felelősségét vizsgálták¹¹.

Ugyanakkor a kilencvenes évek második felében elkezdődött az egészségügyi ellátórendszer szerkezeti-szervezeti átalakulása, amelynek egyik eredménye, hogy az orvosok számos egészségügyi szolgáltatást már nem alkalmazottként, hanem megbízási szerződés alapján vállalkozóként vagy gazdasági társaság tagjaként nyújtanak. Ez a tendencia leginkább az ügyeleti és készenléti ellátás, valamint a műtéti altatás, a radiológiai és szövettani diagnosztika területén érvényesült. A bírói gyakorlatban ilyen típusú, az egészségügyi közszolgáltató és az ellátást nyújtó orvos között fennálló, sajátos szerződéses viszonyrendszerrel összefüggő eset viszonylag ritkán fordul elő. Kiemelendő a Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Bíróság 1.Pf.20.653/1999. számú ítélete, amelynek során a bíróság megállapította, hogy a háziorvosi ügyeletet megbízási szerződés alapján ellátó orvos esetében, amennyiben tartós jogviszony keretében látja el a feladatát a régi Ptk.352. § (2) bekezdése alapján a régi Ptk. 348. §, tehát az alkalmazottért való felelősség szabályait kell alkalmazni. Ennek megfelelően nem az ügyeletet ellátó orvos, hanem az önkormányzat gyógyító intézete felelt a károsulttal szemben.

Az egészségügyi ellátórendszer szerkezeti-szervezeti átalakulásával párhuzamosan jogszabályi szinten is történtek kísérletek a változtatásra. Az egészségügyi közszolgáltatások nyújtásáról, valamint az orvosi tevékenység végzésének formáiról szóló 2001. évi CVII. törvény (a továbbiakban: Eksz. törvény) az egészségügyi szolgáltatás végzésére

¹⁰ HAUBERICHS 1988. 46.

¹¹ DÓSA 2010. 77.

vonatkozó szerződéstípusokat nevesítette, valamint ezzel összefüggésben szabályozta a felelősség kérdését is. Az Eksz. törvény végül nem lépett hatályba, ellenben a benne foglalt szabályozást módosult tartalommal két új jogszabályba foglalták, az Alkotmánybíróság által később megsemmisített, az egészségügyi szolgáltatókról és az egészségügyi közszolgáltatások szervezéséről szóló 2003. évi XLIII. törvénybe (a továbbiakban: Eüsz. törvény) és az orvosok és más egészségügyi dolgozók jogállásának egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. törvénybe. Az Eksz. törvénynek és az Eüsz. törvénynek is alapvetően az volt a célja, hogy szabályozza a felelősség kérdését arra az estre, ha a kárt nem az egészségügyi szolgáltató alkalmazottja, hanem az általa más jogviszony alapján foglalkoztatott egészségügyi dolgozó okozza. A megbízott és a megbízó külső jogviszonya vonatkozásában a régi Ptk. 350. § (1) bekezdésétől eltérő szabályozás eredményeként a beteggel szemben közvetlenül a közszolgáltatót tette felelőssé.

Az Eüsz. törvény előbbi, megsemmisített szabálya újból megjelent az orvosok és más egészségügyi dolgozók jogállásának egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. törvény 19/A. § rendelkezésében. E szabályozás szerint a beteg, illetve hozzátartozója az egészségügyi szolgáltatás során vagy az azzal összefüggésben keletkezett kára megtérítésének igényét közvetlenül a közszolgáltatást nyújtó egészségügyi szolgáltatóval szemben érvényesítheti, függetlenül attól, hogy az egészségügyi közszolgáltató milyen jogviszonyban foglalkoztatta a kárt okozó egészségügyi dolgozót. Az egészségügyi szolgáltató később a kárát tovább tudja hárítani a közreműködőjével fennálló jogviszony jellege és a velük kötött szerződésben foglalt rendelkezéseknek megfelelően. A nem alkalmazottként eljáró orvosok esetében akár a teljes kár áthárítására is lehetőség van, az alkalmazottként dolgozó orvosok esetében azonban a munkajogi szabályozás és a kollektív szerződés gondatlan károkozás esetében ezt csak korlátozottan teszi lehetővé.

Ez a koncepció a felperes számára több szempontból is előnyös. Egyrészt ugyanis az ellátásban részt vevő orvosok, illetve más egészségügyi dolgozók kifejezetten sokféle jogviszonyban állhatnak az egészségügyi szolgáltatóval, ami a beteg számára gyakran nem is átlátható. Másrészt könnyen belátható, hogy a felperes a közfinanszírozott szolgáltatótól könnyebben juthat a megítélt kártérítéshez és nagyobb valószínűséggel fogja a teljes összeget megkapni, mintha a közreműködő gazdasági társaságok korlátozott vagyonára kellene végrehajtási eljárást indítania. További előnye a szabályozásnak, hogy megkönnyíti a kártérítési felelősségről való döntést, ha az egészségügyi szolgáltató tevékenységét egészében kell értékelni és nem kell állást foglalni, hogy az

ellátásban konkrétan közreműködő személyek közül ki, milyen arányban hatott közre a kár bekövetkeztében.

I.2. A munkaviszonyban álló egészségügyi dolgozók felelőssége

A munka törvénykönyvéről szóló 2012. évi I. törvény (a továbbiakban: Mt.) 56. § rögzíti, hogy a munkaviszonyból származó kötelezettség vétkes megszegése esetére kollektív szerződés vagy – ha a munkáltató vagy a munkavállaló nem áll kollektív szerződés hatálya alatt – a munkaszerződés a kötelezettségszegés súlyával arányos hátrányos jogkövetkezményeket állapíthat meg.

Hátrányos jogkövetkezményként csak olyan, a munkaviszonnyal összefüggő, annak feltételeit határozott időre módosító hátrány állapítható meg, amely a munkavállaló személyiségi jogát és emberi méltóságát nem sérti. A vagyoni hátrányt megállapító jogkövetkezmény összességében nem haladhatja meg a munkavállaló – a jogkövetkezmény megállapításakor irányadó – egyhavi alapbére összegét.

Az Mt. tehát két oldalról is korlátot állít fel a hátrányos jogkövetkezmények alkalmazására. Egyrészt azzal, hogy ez a hátrány csak határozott időre módosíthatja a munkaviszony feltételeit kiszámíthatóvá, előreláthatóvá teszi annak időtartamát, annak ellenére is, hogy az Mt. az előírható, leghosszabb időtartamot nem határozza meg. Másrészt az Mt. rendelkezéseinek megfelelően kialakult bírói gyakorlatnál lényegesen alacsonyabb felső határt állapít meg a vagyoni hátrányt tekintve.

A munkavállaló a munkaviszonyból származó kötelezettségének vétkes – szándékos vagy gondatlan – megszegésével okozott kárt köteles megtéríteni. A felelősség alapja ennek megfelelően, hogy a munkavállaló nem úgy járt el, ahogy az az adott helyzetben elvárható. A feltételek fennállását, így a kárt és az okozati összefüggést a munkáltatónak kell bizonyítania.

A kártérítés mértéke nem haladhatja meg a munkavállaló négyhavi távolléti díját. Szándékos vagy súlyosan gondatlan károkozásnál a teljes kárt meg kell téríteni, ugyanakkor nem kell megtéríteni azt a kárt, amely a károkozásakor nem volt előre látható. Az előbbi szabályozást szem előtt tartva a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (a továbbiakban: Ptk.) szabályozási koncepciójában bevezeti az előreláthatósági korlátot, így a munkavállalónak nem kell megtérítenie a károkozás idején előre nem látható károkat. Nem kell továbbá megtéríteni

a munkáltató vétkes magatartásával okozott kárt, valamint az abból származó kárt, hogy a munkáltató a kárenyhítési kötelezettségének nem tett eleget.

Több munkavállaló együttes felelőssége esetén az Mt. szintén a polgári jogi szabályozás koncepcióját követi azzal, hogy rögzíti: a kárt a munkavállalók vétkességük arányában, ha ez nem állapítható meg közrehatásuk arányában viselik, ha így sem tisztázható, akkor egyenlő arányban. Amennyiben a kárt többen szándékosan okozták, úgy a munkavállalók egyetemleges kötelezésének van helye¹².

A régi Ptk. szerződésen kívüli károkért való felelősség polgári jogi szabályait megtartva az Mt. kimondja, hogy a bíróság a munkavállalót rendkívüli méltánylást érdemlő körülmények alapján a kártérítés alól részben mentesítheti. Ennek során különösen a felek vagyoni helyzetét, a jogsértés súlyát, a kártérítés teljesítésének következményeit értékeli¹³.

Az Mt. 191. § szerint kollektív szerződés a munkavállaló kártérítési felelősségére vonatkozó szabályoktól – a leltárhiányért való kártérítési felelősség mértékét kivéve – csak a munkavállaló javára térhet el, valamint kollektív szerződés rendelkezése alapján, gondatlan károkozás esetén a kártérítés mértéke legfeljebb a munkavállaló nyolchavi távolléti díjának összege.

I.3. Közalkalmazott egészségügyi dolgozók felelőssége

A közalkalmazottak jogállásról szóló 1992. évi XXXIII. törvény (a továbbiakban: Kjt.) hatálya az állami és a helyi önkormányzati költségvetési szerveknél, valamint a helyi önkormányzat által (a továbbiakban: munkáltató) a feladatkörébe tartozó közszolgáltatások ellátására foglalkoztatottak közalkalmazotti jogviszonyára terjed ki¹⁴. Az Mt. szabályait a közalkalmazotti jogviszonyra a Kjt.-ben fogalt eltérésekkel kell alkalmazni.

Speciális szabály például, hogy a magasabb vezető a vezetői tevékenységének keretében gondatlanul okozott kárért teljes mértékben felel, továbbá a magasabb vezető, ha közalkalmazotti jogviszonyát jogellenesen szüntette meg, hat havi távolléti díjával felel¹⁵.

¹² Mt. 181. §

¹³ Mt. 190. §

¹⁴ Kjt. 1. § (1) bekezdés

¹⁵ Kjt.82. §

A közalkalmazotti jogviszony tekintetében egyébként az Mt.-nek a munkáltató és a munkavállaló kártérítési felelősségére szóló rendelkezéseit kell alkalmazni, azzal, hogy kollektív szerződésben foglalt esetleges eltérésekre vonatkozó korlátozás nem érvényesül.

I.4. A beteg és az orvos között létrejövő jogviszony sajátosságai

A beteg és az orvos között létrejövő sajátos jogviszonyról egyrészt ki kell emelni, hogy viszonylag széles körű szerződéskötési kötelezettség van az orvos, illetve az egészségügyi szolgáltató oldalán, másrészt külön kell választani az ellátási kötelezettséget az orvos és a kórház tekintetében.

Az ellátási kötelezettség szabályozását tekintve éles különbség mutatkozik a common law jogrendszer országai és a német jogcsoport országai között. Az előbbi esetben megállapítható, hogy az orvost jogilag csak akkor terheli segítségnyújtási kötelezettség, ha a munkaviszonyából, illetve egyéb munkavégzésre irányuló jogviszonyából ez következik.

Ennek megfelelően egy sürgősségi osztályon dolgozó, éppen szolgálatban lévő orvosnak kötelessége ellátni az ott jelentkező beteget, ugyanakkor útban hazafelé egy közlekedési baleset sérültjeit nem kötelessége ellátnia. Ezen szabály alól természetesen több kivétel is kifejlődött, így amennyiben például a kezelés megkezdésével az orvos és a beteg között létrejött a jogviszony, az orvos nem tagadhatja meg az ellátás folytatását¹⁶. Ellenben az orvos az orvos-beteg jogviszony létesítését bármilyen indokra hivatkozással megtagadhatja, az antidiszkriminációs törvényekben és kórház belső szabályzatában foglalt rendelkezéseket betartva.

A sürgősségi ellátás körében az Egyesült Államokban számos államban jogszabály írja elő, hogy a sürgősségi betegellátó részlegeket működtető kórházak kötelesek az ott sürgősséggel jelentkező betegeket ellátni, függetlenül a fizetőképességüktől. A beteg állapotának stabilizálását követően azonban a kórházat nem terheli további ellátási kötelezettség.

Ellentétben a fent kifejtettekkel, a német jogcsoport országaiban, illetve a magyar jogban is a segítségnyújtás nem csak erkölcsi, hanem jogi kötelezettség is. Az általános segítségnyújtási kötelezettség kiterjed mindenkire, nem csak az egészségügyi személyzetre, és ennek elmulasztását a büntetőjog is szankcionálja (Magyarország Btk. 166. §, Ausztria StGB 95. §, Németország St.BG 323c. §). A segítségnyújtás

¹⁶ FURROW, GREANEY, JOHNSON, JOST, SCHWARTZ 1995. 537.

elmulasztása természetesen nem csak közlekedési baleset helyszínén fordulhat elő, hanem más, akár az egészségügyi intézményen belül hirtelen módon fellépő szituációban is, amikor a beteg ellátásra szorul¹⁷.

Ugyanakkor a jogrendszerek többsége elismeri bizonyos esetekben az ellátás megtagadásának jogát. A német jogban a bizalmi viszony hiányára vagy az orvosi tanácsok be nem tartására hivatkozással az orvos megtagadhatja a beteg ellátását. Lelkiismereti okokra hivatkozással is helye lehet az ellátás megtagadásának, azonban a bírói gyakorlat e körben az objektivitásra helyezi a hangsúlyt.

A magyar jogot tekintve az Eütv. kettéválasztja a vizsgálat és az ellátás megtagadásának kérdését. Az Eütv. 131-133. §-ok rendelkezései szerint a hozzá forduló beteg vizsgálatát a betegellátásban közvetlenül közreműködő orvos megtagadhatja, ha ebben más beteg ellátásának azonnali szükségessége miatt akadályoztatva van, illetve a beteghez fűződő személyes kapcsolata miatt, feltéve, hogy a beteget más orvoshoz irányítja.

Az orvos a beteg vizsgálatát és további ellátását megtagadja, ha erre saját egészségi állapota vagy egyéb gátló körülmény következtében fizikailag alkalmatlan. Az orvos a beteg ellátását csak a vizsgálatát követően tagadhatja meg, amennyiben a vizsgálat alapján megállapítást nyer, hogy a beteg egészségi állapota orvosi ellátást nem igényel, a beutaló orvos által javasolt vagy a beteg által kért kezelés szakmailag nem indokolt, a szükséges ellátás nyújtásához az egészségügyi szolgáltatónál nincsenek meg a személyi, illetve tárgyi feltételek, és a beteget beutalja az ellátásra szakmailag illetékes egészségügyi szolgáltatóhoz, vagy a beteg állapota nem igényel azonnali beavatkozást és a vizsgálatot végző orvos a beteget későbbi időpontra visszarendeli.

Az orvos a beteg ellátását továbbá akkor is megtagadhatja, ha az adott ellátás erkölcsi felfogásával, lelkiismereti vagy vallási meggyőződésével ellenkezik, a beteg együttműködési kötelezettségét súlyosan megsérti, vagy vele szemben a beteg sértő vagy fenyegető magatartást tanúsít, kivéve, ha e magatartását betegsége okozza, valamint, ha a saját életét vagy testi épségét a beteg magatartása veszélyezteti.

A szerződési szabadság elvét a beteg oldaláról vizsgálva, megállapítható, hogy az egészségbiztosítás körében igényébe vehető szolgáltatások tekintetében a beteg szerződési partner megválasztási szabadságának a joga korlátozott. Tekintettel arra, hogy a szolgáltató igénybevételének lehetőségét, valamint az orvos személyének

¹⁷ LAUFS, UHLENBRUCK 1999. 1152-1153.

megválasztását elsősorban a területi ellátási kötelezettség, az ügyeleti és a beutalási rend szabályai határozzák meg.

I.5. Az orvosi beavatkozás jogi minősége

Az orvos és a beteg között létrejövő jogviszony vizsgálata során alapvető jelentőséggel bír az orvosi beavatkozás jogi minősítése. Egyrészt vizsgálata tárgyává kell tenni annak a kérdését, hogy az orvosi beavatkozás önmagában megvalósítja-e a személyhez fűződő jogok, a testi épséghez való jog sérelmét. Ennek megválaszolása elengedhetetlen ahhoz, hogy meg lehessen állapítani, hogy az orvos polgári jogi szempontból, a hibás kezelésen túlmenően felelős-e a szakma szabályai szerint, de a beteg érvényes beleegyezése nélkül végzett orvosi beavatkozásért. Másrészt a beavatkozás jogi minősítésének vizsgálata során eljutunk a beteg beleegyezésének minősítéséhez. Amennyiben a beteg beleegyezését jognyilatkozatnak tekintjük, akkor annak érvényességéhez polgári jogi cselekvőképesség szükséges. Ellenben, ha a testi épség megsértésébe történő beleegyezésnek, károkozásba való beleegyezésnek tekintjük, akkor nem a cselekvőképesség polgári jogi szabályait, hanem speciális mércét, a beleegyezési képességet kell alkalmazni.

A német Legfelsőbb Bíróság álláspontja¹⁸ szerint az invazív orvosi beavatkozás minden esetben megvalósítja a testi épséghez fűződő jog sérelmét a BGB 823. § 1. bekezdése értelmében, függetlenül attól, hogy a beavatkozás orvosilag indokolt volt-e vagy sem, a szakma szabályai szerint végezték-e vagy sem, valamint attól is, hogy eredményes volt-e a kimenetele vagy sem¹⁹. Jelentős e körben a német Legfelsőbb Bíróság két, úgynevezett elektrosokk ítélete. Az első ítélet²⁰ esetében egy depressziós betegnél végeztek elektrosokk kezelést, amelynek következtében bordatörés és a jobb láb bénulása alakult ki, ezért a beteg keresőképtelenné vált. A második ítélet²¹ esetében egy alkoholista beteget kezeltek ismételt elektrosokk terápiával, amelynek során combnyaktörést szenvedett. A bíróság a német Alaptörvény (GG) 2. cikkének 2. bekezdéséből levezetve rögzítette, hogy *„a beteg testi sérthetetlenségébe történő orvosi beavatkozás csak annyiban lehet szerződészerű és nem jogellenes, amilyen mértékben kiterjed rá a beteg beleegyezése”*. Az orvos

¹⁸ BGH 9. 12. 1958.

¹⁹ HAGER 1999. 823. § I. 1.

²⁰ BGH. 10. 7. 1954.

²¹ BGH 9. 12. 1958.

tehát nem csak a hibás, de a beteg beleegyezése nélkül vagy egyéb, jogellenességet kizáró ok hiányában végzett beavatkozásért is felelősséggel tartozik, akkor is, ha azt a szakma szablyai szerint végezte el.

A kisebbség felfogása szerint az orvosi tevékenység célja a beteg állapotának javítása, ezért az orvos-beteg kapcsolat bizalmi viszony jellegével nem egyeztethető össze a testi épség megsértésének koncepciója²². Az önkényesen végzett orvosi beavatkozás a beteg önrendelkezéshez fűződő személyiségi jogát sérti, nem a testi épségét. A megoldás ezen szemlélet szerint az lenne, ha az önkényesen és szakszerűtlenül végzett beavatkozást továbbra is testi integritáshoz fűződő jog megsértésének tekintenék, de a beteg beleegyezésével és a szakma szabályainak megfelelően végzett beavatkozást nem²³.

Az osztrák Legfelsőbb Bíróság gyakorlata e körben mérsékeltebb álláspontot foglal el²⁴. A testi épség megsértésének minősítését a beavatkozás eredményétől tették függővé. Ennek megfelelően amennyiben a beavatkozás sikeres volt, akkor nem minősítették a testi épséghez fűződő jog megsértésének, ugyanakkor a beteg számára hátrányos következményekkel járó beavatkozás esetén a testi épséghez fűződő jog sérelmét megállapították akkor is, ha az orvos nem követett el kezelési hibát. A jogirodalom azonban ezt a nézetet nem osztotta²⁵, és a kilencvenes évek elejétől a legfelsőbb bírósági gyakorlat is megváltozott e körben²⁶. Az OGH álláspontja szerint az orvosi beavatkozás önmagában, az eredményétől függetlenül megvalósítja a testi épséghez fűződő jog sérelmét az ABGB 1325. § értelmében.

A magyar jogban hasonló megoldást fogalmaztak meg. A régi Ptk. 76. § értelmében a testi épség és az egészség megsértése a személyhez fűződő jogok sérelmét jelenti. Minden olyan magatartás jogellenes, amely a személyiségi jog fogalomkörébe tartozó jog sérelmét eredményezi, azonban a jogellenességet a régi Ptk. 75. § (3) bekezdése alapján a jogosult beleegyezése kizárja. A régi Ptk. 207. § (3) bekezdése szerint a hozzájáruló nyilatkozat tartalmában joglemondó nyilatkozat is, amelyet nem lehet kiterjesztően értelmezni. A testet ért külső behatást, ha azon elváltozást idéz elő, testi sértésnek tekinthetjük. Azok a magatartások pedig, amelyek a szervezet bármely részének működését vagy azok együttműködését hátrányosan befolyásolják vagy arra ilyen hatással

²² LAUFS 1993. 176-177.

²³ MERTENS 1997. 823. § 360.

²⁴ ENGLJÄHRINGER 1996. 82.

²⁵ KOZIOL 1984. 120.

²⁶ OGH 12. 11. 1992., 8 Ob 628/92.

lehetnek, az egészség sérelmét valósítják meg²⁷. A fent kifejtetteknek megfelelően tehát az orvosi beavatkozások minden esetben sértik a személyiségi jogokat akkor, ha a jogosult annak elvégzéséhez kifejezetten nem járult hozzá, kivéve azokat az eseteket, amelyekben az Eütv. szerint nem szükséges a beteg beleegyezése. Ezt támasztja alá a Fővárosi Bíróság 41. Pf. 26.6888/1995. számú ítélete is, amelyben a felperes beleegyezése nélkül végzett terhességmegszakítás esetében kimondták, hogy *„a magzat elvesztése, valamint a felperes testi épségének veszélyeztetésével végrehajtott abortusz a régi Ptk. 76. §-ába ütköző személyhez fűződő jog megsértését eredményező beavatkozás volt.”*

II. Az egészségügyi szolgáltatók polgári jogi felelőssége

A német jogcsoport országaiban az egészségügyi szolgáltató felelősségének megállapításánál alapvető kiindulópont a kötelezettség fennállása, illetve annak megszegése, az okozati összefüggés és a kár bekövetkezése.

A kötelezettség megszegésének két esetét különíthetjük el, a kezelési hibát (Behandlungsfehler) és a tájékoztatási hibát (Aufklärungsfehler). A kezelési hiba körébe beletartozik minden olyan magatartás, amely az orvostudomány mindenkori állása szerint szakszerűtlen.

Ennek keretében kell megítélni, hogy az orvos megfelelő gondosságát tanúsított-e. Alapvető különbség mutatkozik a többi jogrendszerekhez képest a jogellenesség kérdésében, ugyanis a német jogrendszerben önálló elemként szerepel, míg másutt inkább összemosódik a felróhatóság fogalmával. Nem lesz automatikusan jogellenes az a magatartás, amely sérti a törvény által védett jogokat, csak ha kimutatható, hogy a károkozó nem teljesítette a társadalom által elvárt magatartási normát, tehát nincs mögötte megfelelő kimentési ok. Ez a megközelítés a mulasztások esetében válik jelentőssé, ugyanis a mulasztásért csak akkor tehető felelőssé valaki, ha a cselekvési kötelezettség terhelte²⁸.

A magyar polgári jog rendszerében a kártérítési felelősség megállapításának feltétele a jogellenes magatartás, a kár, a kettő közötti okozati összefüggés, valamint a felróhatóság. A bizonyítási teherről megállapítható, hogy a jogellenes károkozás tényét a károsultnak kell bizonyítani, a károkozó pedig mentesülése érdekében azt bizonyítja, hogy őt felróhatóság nem terheli. Főszabály szerint minden magatartás

²⁷ PETRIK 2001. 186.

²⁸ DÓSA 2010. 92.

jogellenes, amellyel okozati összefüggésben kár keletkezett, kivéve, ha jogellenességet kizáró ok áll fenn. Jogellenességet kizáró okok között szerepel a károsult bejegyzése, a jogos védelem, a sürgősségi helyzet, valamint a jogszabály vagy érvényes szerződés felhatalmazása.

II.1. Gondossági mérce az egészségügyi kártérítési eljárásokban

A német jogrendszerben az egészségügyi kártérítési eljárások során objektív gondossági mércét alkalmaznak. A jogszabályi alapot erre a BGB 276. § határozza meg, míg az osztrák felelősségi jogban az ABGB 1299. §.

Az orvosi felelősség esetében a gondossági mérce absztrakt és objektív, ugyanis az ugyanahhoz a speciális szakterülethez tartozó orvosok gondosságához viszonyítják, az eset körülményeit figyelembe véve, azonban az orvos egyéni képességei, gyakorlata nem jut szerephez. Ezen eljárásokban az orvos nem hivatkozhat arra, hogy a bevett gyakorlatot követte, amikor egy eljárást alkalmazott, hiszen ami szakmailag elfogadott, jogilag felróható minősülhet. E tekintetben jelentős az eltérés az amerikai jogtól, ugyanis ott a bíróságnak nagyon szűk lehetősége van, hogy eltérjen a szakmai standardoktól, tekintettel arra, hogy a döntő szerepet játszó esküdtek esetében alappal lehet tartani attól, hogy könnyelműen eltérnek az orvosi szakma standardjaitól²⁹.

Ugyanakkor a német jogrendszerben a döntően szakértő bevonásával folyó egészségügyi kártérítési eljárásokban általában az orvosi és a jogi megítélést közelíteni lehet egymáshoz. A gondossági mércét a károkozás időpontjában elfogadható orvosi gyakorlathoz kell igazítani, figyelemmel arra is, hogy előfordulhat, olyan eljárásokról kell véleményt mondani a kártérítési eljárás során, amely az ítélethozatalkor már elavultnak számít, azonban a káresemény bekövetkeztekor még nem volt az. Továbbá az egészségügyi szolgáltató személyi és tárgyi feltételeinek vizsgálata is kiemelkedő jelentőséghez jut, hiszen nem elvárható, hogy minden új eljárás minden egészségügyi szolgáltatónál egyszerre elérhető legyen.

A magyar jog sajátos megoldást alkalmaz a gondossági mércére: a régi Ptk-ból az *„általában elvárható magatartás”* követelményét az Eütv. 77. § (3) bekezdése tölti ki tartalommal. Az Eütv. 77. § szerint az orvosnak az elvárható legnagyobb gondossággal, a szakmai, etikai szabályok, illetve irányelvek betartásával kell ellátnia a beteget, azonban

²⁹ HARNEY 1987. 412-413.

a 2003-ban bekövetkezett módosítás eredményeként a jelenleg hatályos szabályozás már csak az elvárható gondosságot határozza meg.

Az orvos felelősségét illetően meghatározza „*az ellátásban résztvevőktől elvárható gondosság*” követelményét. Annak ellenére, hogy a jogalkotó a korábban említett „*legnagyobb gondosság*” kifejezést 2004. május 1-jétől hatályon kívül helyezte és helyette az „*elvárható gondosság*” mércéjét követeli meg, a gyakorlatban a felelősség mértéke nem csökkent, ugyanis a védett jogtárgy természete miatt a továbbiakban is az általánoshoz képest fokozott gondossági mércét kell alkalmazni. Ennek további oka, hogy a régi Ptk. 339. § alkalmazása során az „*általában elvárható*” fogalmát a bírói gyakorlat akkor is a jogviszony jellegzetességeit figyelembe véve alakította ki, amikor még tételes jogi szabály nem rendezte az egészségügyi szolgáltató és a beteg közötti jogviszony specifikus kérdéseit.

Eörsi Gyula e körben úgy fogalmaz, hogy „*a bírói gyakorlat az ügyek egy-egy homogén csoportjára az elvárhatóság kérdésében olyan állandósuló specifikus, csak az illető esetcsoportra alkalmazható ismérveket és követelményeket határozhat meg, amelyek az adott csoportot jogszabályi rendezése nélkül is kifejezetten specifikussá avatják*”.³⁰

Kemenes István megítélése szerint a régi Ptk. 339. § (1) bekezdésében megfogalmazott „*az adott helyzetben általában elvárható*” kifejezése eleve „*objektivizált felróhatósági*” mércét állít fel. Nem a károkozó egyéni adottságainak, szubjektumának van jelentősége a gondosság megítélése során, hanem a konkrét károkozótól függetlenül, egy elvont, a társadalmi közfelfogásból következő elvárhatóságnak, amelyet a bírói ítélezési joggyakorlat közvetít. Ennek megfelelően az Eütv. 77. § módosítása, a „*legnagyobb*” szó hatályon kívül helyezése valójában nem jelent lényeges változást az elvárhatóság, a felróhatóság megítélésében.³¹

Az idézett Eütv. 77. § (3) bekezdése „*az ellátásban résztvevőktől elvárható gondosság*” megfogalmazásával is tipikus magatartásra utal, az egészségügyi ellátást nyújtó szakemberek gondosságára, így kap további jelentőséget az ugyanezen bekezdésben is meghatározott szakmai szabályok és irányelvek tartalma, illetve annak vizsgálata, hogy a magatartás azoknak megfelelt-e. Ezt a szakaszt tekintik az elvárható gondosság tekintetében hivatkozási alapnak a bíróságok is.³²

³⁰ EÖRSI 1962. 63.

³¹ KEMENES 2008. 11.

³² EBH 2005. 1306., Legfelsőbb Bíróság Pfv. III. 21.029/2005. szám.

A szakmai szabályok írott és íratlan formában is megjelennek, érvényesülésüknek legáltalánosabb megfogalmazását az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. törvény 5. § (1) bekezdése rögzíti. A rendelkezés szerint az egészségügyi dolgozó az egészségügyi tevékenységet, az adott helyzetben általában elvárható gondossággal, a szakmai követelmények keretei között, az etikai szabályok megtartásával, a legjobb tudása és lelkiismerete szerint, a rendelkezésére álló tárgyi és személyi feltételek által meghatározott szinten, szakmai kompetenciájának megfelelően nyújtja. A 19. § (1) bekezdés pedig kimondja, hogy az állami költségvetésből, illetve az Egészségbiztosítási Alapból külön jogszabályok szerint finanszírozott egészségügyi szolgáltatóknál egészségügyi tevékenységet végző egészségügyi dolgozó feladatainak ellátása során köteles figyelembe venni a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (a továbbiakban: Ebtv.) 19. § (1) bekezdése alapján, az adott finanszírozott ellátásra a miniszter által meghatározott vizsgálati és terápiás eljárási rendet is. Az Ebtv. 2. § (1) bekezdésének megfogalmazása szerint az egészségbiztosítási ellátások közül az egészségügyi szolgáltatások az egészségi állapot által indokolt mértékben vehetők igénybe. A közfinanszírozott ellátásban tehát a vizsgálati és terápiás eljárásrendek alapvetően az igénybevétel lehetőségeit és korlátait határozzák meg, nem elsődleges céljuk a szakmai szabályok írott formában való rögzítése. Ennek ellenére tartalmukat tekintve lényegében ezek az adott betegségcsoportra vonatkozó szakmai szabályok összességének tekinthetők, rögzítik, hogy egy adott betegségcsoportban milyen vizsgálatokat kell elvégezni és milyen terápiás lehetőségek közül lehet választani. A közfinanszírozott ellátáson kívül sem mellőzhető az eljárásrendben írtak betartása, azonban a diagnosztikus és terápiás lehetőségek szélesebbek lehetnek.

Természetesen ezek az írott eljárásrendek sem alkalmazhatók minden esetre, tekintettel arra, hogy az orvosi tevékenység standardizálása nem lehetséges, így a vizsgálati és terápiás eljárásrendben foglaltaktól indokolt esetben el lehet térni. Az eljárásrendekben megfogalmazottakon túlmenően a szakma írott szabályait tankönyvekben találhatjuk meg. Az írott szakmai szabályok alapvető sajátossága, hogy folyamatosan változnak, amivel esetleg sem a vizsgálati és terápiás eljárásrendek, sem a tankönyvek nem tudnak lépést tartani, ezért jutnak szerephez ilyenkor az íratlan szakmai szabályok. Kétségtelen, hogy az íratlan szakmai szabályok jelentősége ma már háttérbe szorult, ugyanakkor nem elhanyagolhatóak, sőt az etikai elvárásokban továbbra is kiemelkedő jelentőségűek.

Az Eütv. 129. § (1) bekezdése szerint a kezelőorvos joga, hogy a tudományosan elfogadott vizsgálati és terápiás módszerek közül – a hatályos jogszabályok keretei között – szabadon válassza meg az adott esetben alkalmazandó, általa, illetve az ellátásban közreműködő személyek által ismert és gyakorolt, a rendelkezésre álló tárgyi és személyi feltételek mellett végezhető eljárást. Az előbbi szabály alapján tehát a kezelőorvos felelős az általa választott módszerért, valamint azért is, hogy a beavatkozás kockázata kisebb legyen az elmaradásával járó kockázatnál és a kockázatvállalásra legyen alapos ok.

A bíró gyakorlat egyáltalán nem egységes abban, hogy a fent kifejtett szakmai szabályokban foglaltak betartása kielégíti-e az Eütv.-ben meghatározott gondossági követelményrendszert. A Legfelsőbb Bíróság például a Pfv.X.20.235/2001. számú ítéletében úgy foglalt állást, hogy *„[A] szakmai ajánlásban foglaltak betartása tehát olyan, a legnagyobb gondosságnak és körültekintésnek megfelelő eljárás, amely a kártérítő felelősség megállapítását kizárja.”*

Ugyanakkor a BH2006.400. számú ítéletében a Legfelsőbb Bíróság arra az álláspontra helyezkedett, hogy *„[A] kórház kártérítési felelőssége alóli mentesülését nem eredményezi önmagában az, hogy – meghatározott vizsgálat elvégzésének hiányával – szakmai szabályt nem sértett. Ha az orvosai a tőlük elvárható, legnagyobb gondosságot elmulasztják a beteg vizsgálata során, a kórház kártérítő felelőssége megállapítható.”*

Az elvárható gondosság és a szakmai szabályok elválasztása, valamint az áttekintett felelősségi rendszer objektívizálása bírói gyakorlatban a kontraktuális felelősség körében egyértelműen a *neminem leadere* elve irányába mutat.

II.2. A kezelés kockázata

A felróhatóság megítéléséhez kiemelkedő fontosságú annak vizsgálata, hogy a bekövetkezett kár a megfelelő gondosság mellett elhárítható lett volna, ugyanis, ha nem elhárítható, akkor az a kezeléssel szükségszerűen együtt járó kockázat. A Legfelsőbb Bíróság megfogalmazásában: *„Minden orvosi beavatkozás bizonyos kockázattal jár, még akkor is, ha az orvos a kívánt eredmény elérése érdekében mindent megtesz. Az ilyen esetekben bekövetkezett kockázatot a beteg viseli, az ebből eredő kár nem hárítható*

*át. Ugyanakkor csak az tekinthető a beteget terhelő kockázatnak, amely a hibamentesen, jól elvégzett beavatkozás ellenére következett be.*³³

A bírói gyakorlat vizsgálata során megállapíthatjuk, hogy a beteget terhelő műtéti kockázat körébe nem vonható olyan orvosi tevékenység következménye, amely a jogi megítélés szempontjából felróhatóan minősül. Ennek megállapítása természetesen szakértői bizonyítást igényel, azonban előfordul, hogy a bíró nem osztja a szakértő álláspontját arról, mit kell a műtéti kockázat körébe tartozónak tekinteni. A gyakorlat heterogenitását mutatja e körben például a BH2007.84 számú eseti döntés is, amelyben a bíróság megállapította, hogy a császármetszéses szülés során bekövetkezett akaratlan hólyagsérülés a műtéti kockázat körébe esik, de ha az ilyen sérülés a jogi megítélés szempontjából az orvosnak felróható, akkor a kórház a kártérítési felelősség alól nem mentesülhet (rég. Ptk. 339. §, 349. § és az Eütv. 77. §).

A fent kifejtettek alapján egyértelműen megállapítható, hogy a kezelési kockázat megítélése körében elengedhetetlen jelentősége van a szakértői bizonyításnak, az az alapján adott szakvéleménynek, ugyanakkor a bizonyítékok szabad mérlegelésének elve lehetőséget ad a bírónak akár arra is, hogy a szakvéleménnyel ellentétes álláspontra helyezkedjen.

II.3. Az okozati összefüggés

Az egészségügyi eljárásoknak az egyik leginkább problematikus területe a felróható magatartás és a bekövetkezett kár közötti okozati összefüggés kérdésköre. Ugyanis természettudományos, illetve orvos szakértői szempontból gyakran nem lehet megállapítani, hogy a felróható kötelezettségszegés okozta-e a kárt vagy egyéb, a károkozótól független ok.

Tekintettel arra, hogy a kárfelelősség klasszikus szabálya szerint az okozati összefüggést a felperesnek kell bizonyítania ez a természettudományos bizonytalanság is az ő terhére esik, így az alperes kártérítő felelőssége nem áll fenn.

A magyar bírói gyakorlat azonban elszakadni látszik ettől a szabálytól, és egyre gyakrabban az alperes terhére értékeli ezt a bizonytalanságot. Az érvelés lényege, hogy a felperes az okozati összefüggést tekintve eleget tesz a bizonyítási kötelezettségének azzal, ha azt bizonyítja, hogy a kár az egészségügyi ellátás során következett be, a továbbiakban pedig a

³³ Legfelsőbb Bíróság Pfv. III. 20.014/2000.

kimentés körében kell értékelni, hogy az alperes az elvárható gondossággal járt-e el. Amennyiben az egészségügyi eljárás bármely részénél megállapítható, hogy az elvárható gondosság nem teljesült, akkor a bírói gyakorlat úgy tekinti, hogy az alperes nem tudta kimenteni magát a felelősség alól, így a kártérítő felelősség összes eleme teljesült. A Legfelsőbb Bíróság a Pfv.III.21.376/2007. számú ítéletében akként foglalt állást, hogy *„a felperesek egészségkárosodása a szülés során következett be, ezért a továbbiakban csak az alperes kártérítési felelősség alóli mentesülése jöhet szóba, ha bizonyítja, hogy megfelelő eljárása ellenére következett be az újszülött károsodása.”*

Ez a megoldás áthidalja azt a problémát, amely a felek rendelkezésére álló bizonyítási eszközök kiegyensúlyozatlanságából adódik. A felperes kezében ugyanis általában nincs olyan eszköz, amivel bizonyítani tudná az okozati összefüggés fennállását. Az okozati összefüggés körében meglévő bizonytalanság miatt a kárfelelősség klasszikus szabályának alkalmazásával az esetek jelentős részében a kártérítő felelősség még az alperes súlyos, felróható kötelezettségszegése esetén sem lenne megállapítható. A jogvita kimenetele szempontjából alapvető jelentőségű bizonyítási eszközök döntően az alperes kezében vannak, hiszen az egészségügyi szolgáltató vezeti a dokumentációt, az ő birtokában vannak vizsgálatok eredményei, képanyagai.

Az okirati bizonyítás jelentőségét mutatja, hogy a jogirodalom és a joggyakorlat is ezt tartja a legmegbízhatóbb bizonyítási eszköznek, de természetesen a Pp. minden okirattal szemben megengedi az ellenbizonyítást is. Az orvosi műhibaperekben bizonyítási eszközként felhasználható okiratokat a beteg kezeléséről, valamint a műtétről, az egészségügyi dolgozók által készített vagy készítendő orvosi iratok jelentik. Az Eütv. rendkívül részletes szabályozást tartalmaz az egészségügyi dolgozókat terhelő dokumentációs kötelezettségről, és ennek betartását a bíróságok is szigorúan értelmezik. Egységes a bírói gyakorlat abban, hogy az orvosi dokumentáció hiányosságát, ellentmondásosságát, valamint félreérthetőségét az egészségügyi intézmény terhére róják a bizonyítási teher alakulása során. Ennek megfelelően, amennyiben a csatolt okiratokból megállapítható a tevékenység szabályszerű dokumentálása, akkor azt a kimentés körében értékelik, ugyanakkor, ha éppen a szükséges dokumentumok hiányában nem tudja bizonyítani, hogy eljárása az elvárható gondosság mércéjének megfelelt, akkor a bíróságok ezt úgy értékelik, hogy az alperesi intézmény saját magát fosztotta meg annak bizonyítási lehetőségétől, hogy az elvárható gondosság tanúsítása esetén is bekövetkezett volna a kár.

Egyértelműen megállapítható, hogy az okirattal történő bizonyítás – megfelelő okirat-kezelési szabályok esetében – sokkal kevesebb bizonytalansági tényezőt hordoz magában, így az egészségügyi szolgáltató érdekét mindenképpen szolgálná, ha a tájékoztatást okirattal tudná bizonyítani. Az egészségügyi szolgáltató számára nem csak azért rendkívül fontos az orvosi iratok szabályszerű vezetése és nyilvántartása, mert megkönnyíthetik a felek együttműködését a beavatkozás során, illetve utána az esetleges konfliktusok esetén, hanem mert a felelősségbiztosítás körében a biztosítótársaságok kizárják a kockázati körből a dokumentáció hiányossága miatti kártérítést. Ennek megfelelően, ha a bíróságok megállapítják az egészségügyi szolgáltató felelősségét, akkor a biztosító nem fog helytállni a kártérítés kifizetéséért.

A fent kifejtettek alapján megállapítható, hogy a magyar jog az exkulpációs (kimentési) felelősségi rendszer talaján áll, így a felróhatóság véelme érvényesül. Ennek megfelelően, amennyiben a felperes sikerrel bizonyít, az alperes felróhatóságát vélelmezni kell, vagyis a bizonyítási teher átfordul, és az alperesnek kell kimentenie magát a felróhatóság alól, tehát bizonyítania azt, hogy az *„ellátásban résztvevőktől elvárható gondossággal járt el”*.

Az alperes egészségügyi szolgáltató intézménynek kell bizonyítania, hogy az elvárhatóan igénybe vehető szakmai intézkedéseket teljes körűen megtette, és az egészségkárosodás ennek ellenére, illetve ettől függetlenül következett be. Ha nem tudja magát a felróhatóság alól kimenteni, akkor viselnie kell a bizonyítatlanság következményeit. A bizonyítás előbbiekben kifejtett szabálya egyrészt a kártérítés kompenzációs funkciójának érvényesülését szolgálja, másrészt ezt indokolja a laikus fél miatti *„bizonyítási szükséghelyzet”* is.

Az okozati összefüggésnél a német jogcsoport országaiban első lépés a ténybeli okozatosság vizsgálata, ez követi a jogi okozatosság vizsgálata. A ténybeli okozatosság vizsgálata a *conditio sine qua non* elvén alapul, amely szerint amennyiben a feltételt gondolatban elhagyjuk és az eseményt megvizsgálva arra a következtetésre jutunk, hogy így a következmény nem jött volna létre, akkor az okozati összefüggés fennállása megállapítható. A ténybeli okozatosság alapján a jogi okozatosság még nem feltétlenül áll fenn, a megállapításához az adekvát kauzalitás elméletét használják. Ennek alapján ki kell rekeszteni az abnormális, kivételes, valószínűtlen okokat, és azt kell oknak tekinteni,

ami az emberi tapasztalat szerint a hasonló esetekben az illető eredményt létre szokta hozni³⁴.

A kifejtettek alapján megállapítható, hogy mind a magyar bírói gyakorlat, mind a német jogcsoport országaiban megfigyelhető az a tendencia, hogy a természettudományos bizonytalanság következményeit, a kárfelelősség klasszikus szabályával ellentétben az alperes terhére értékelik.

II.4. A kár

A kár fogalma alatt a felmerült kárt (*damnum emergens*), az elmaradt hasznot (*lucrum cessans*) és a felmerült költségeket értjük, úgy, hogy a károsodás következtében beállott vagyoni előnyök értékét ezekből le kell vonni³⁵.

Alapvetően a legnagyobb különbség a szerződésen kívüli felelősség körén belül a kontinentális és a common law jogrendszerek között a kár megítélésében látszik. Az amerikai jogban a kártérítés nem csak a már bekövetkezett károkat, hanem a jövőben fellépő károkat is magában foglalja. Ezt az összeget a bíróság egy összegben, a várható inflációra is tekintettel határozza meg. Ezzel szemben a kontinentális jogrendszerek a *differencia hipotézis* talaján állnak, így a kár számításának az alapja a károsult káresemény bekövetkezése nélküli, hipotetikus vagyonának, illetve a károsult káresemény utáni tényleges vagyonának a különbözete³⁶.

II.4.1. A nem vagyoni kár

A magyar jogban az 1928. évi Magánjogi Törvényjavaslat (a továbbiakban: Mjt.) 1114. §-ában rögzítették első ízben általános polgári jogi szabályként, hogy a károkozó a nem vagyoni kárért is megfelelő pénzbeli kártérítéssel tartozik, amennyiben az eset körülményeire tekintettel a méltányosság megkívánja.

A 34/1992. (VI.1.) AB határozatban hangsúlyozta az Alkotmánybíróság, hogy a nem vagyoni kártérítés a személyiséget ért sérelmek esetére rendelt polgári jogvédelem eszközévé vált. Az Alkotmányban rögzített diszkrimináció tilalma azt követeli meg, hogy a jogrendszer mindenkit

³⁴ DÓSA 2010. 92.

³⁵ EÖRSI 1961. 430.

³⁶ GIESEN 1995. 35.

egyenlő méltóságú személyként kezeljen. A jognak nem csak az egyes személyeket kell egyenlő méltóságú személyként kezelni, hanem magának a személyiségnek a különböző szintjeit és tartalmi vonatkozásait tekintve sem lehet különbséget tenni. Az egyenlő méltóságra vonatkozó megkülönböztetés tilalmába ütközik az, hogy a jog a nem vagyoni kártérítés estében a jogsértés következményei szerint differenciál, azt a súlyosabb esetekre korlátozza, mivel olyan ismérvek alapján tesz különbséget, amelyek a személyiségi jogsértésnek nem szükségszerű feltételei³⁷.

A 34/1992. (VI.1.) AB határozatot követően a régi Ptk. 354. § azzal a szöveggel maradt hatályban, hogy „*a károkozó köteles megtéríteni a károsult nem vagyoni kárát*”. Ugyanakkor a Polgári Törvénykönyv egyes rendelkezéseinek módosításáról szóló 1993. évi XCII. törvény a megmaradt részt is hatályon kívül helyezve, kiemelte a rendszertanilag idegen helyéről, a speciális felelősségi alakzatok közül a nem vagyoni kárt, és a kár vagyoni és nem vagyoni elemeire való utalással kiegészítette a régi Ptk. 355. § (1) bekezdését.

II.4.2. A sérelemdíj

A Ptk. hatályba lépésével a nem egységes megítélést mutató nem vagyoni kártérítés intézményét felváltotta a sérelemdíj, mint a személyhez fűződő jogok megsértésnek közvetett kompenzációja, illetve mint a pénzbeli elégtételt jelentő magánjogi büntetés. A koncepcionális változtatás alapvető célja többek között az volt, hogy a nem vagyoni kártérítésben rejlő fogalmi ellenmondásokat feloldják és ennek megfelelően az intézményhez kapcsolódó bírói gyakorlatban kialakult bizonytalanságokra is hatékony megoldást kínáljanak.

A fogalmi ellentmondás leginkább onnan eredeztethető, hogy a magánjogban a kár szükségképpen pénzben kifejezhető, általában összecszerűen is kimutatható vagyoni hátrányt jelent. Tekintettel azonban arra, hogy a nem vagyoni sérelem vagyoniilag, így összecszerűen nem határozható meg, kiegyenlíteni sem lehet, ennek megfelelően a nem vagyoni sérelem ellensúlyozása – annak ellenére, hogy pénzben történik – nem nevezhető kártérítésnek. Az előbbieket következtében a bíróságok csak hasonló ellentmondásokat vállalva voltak képesek a személyhez fűződő jogok megsértésének orvoslását az alapvetően vagyoni jellegű kártérítés keretei között biztosítani.

³⁷ 34/1992. (VI.1.) AB határozat

A Ptk. a személyiségi jogsértések nem vagyoni következményeinek pénzbeli elégtétellel való szankcionálását kiemeli a kártérítési szabályok közül, és a személyiségi jogok védelmének intézményeként kezeli, így biztosítva a személyiségi jogok megsértésével okozott következmények pénzben történő ellensúlyozását a személyiségi jogok sajátosságaihoz igazítva.

A sérelemdíj funkcióját tekintve kettős: egyrészt a személyiségi jogsérelemmel szemben kompenzációs szerepet tölt be, másrészt magánjogi büntetésnek is tekinthető a hasonló jogsértések megelőzésének céljával.

A Ptk. 2: 52. § rögzíti, hogy akit személyiségi jogában megsértenek, sérelemdíjat követelhet az őt ért nem vagyoni sérelemért. A sérelemdíj fizetésére kötelezés feltételeire – különösen a sérelemdíjra köteles személy meghatározására és a kimentés módjára – a kártérítési felelősség szabályait kell alkalmazni azzal, hogy a sérelemdíjra való jogosultsághoz a jogsértés tényén kívül további hátrány bekövetkeztének bizonyítása nem szükséges. A sérelemdíj mértékét a bíróság az eset körülményeire – különösen a jogsértés súlyára, ismétlődő jellegére, a felróhatóság mértékére, a jogsértésnek a sértettre és környezetére gyakorolt hatására – tekintettel, egy összegben határozza meg³⁸.

A fentiek alapján megállapítható, hogy legjelentősebb változás abban mutatkozik meg, hogy a sérelemdíj megfizetésére kötelezésnek nem feltétele az, hogy a sértett az őt ért hátrányt bizonyítsa, tehát a jogsértés ténye önmagában megalapozza a sérelemdíj megállapítását. Ugyanakkor a sérelemdíj összegének a megállapításánál továbbra is jelentőséghez jut a sértettet ért vagyoni hátrány és annak mértéke. Alapvetően ellentétes az eredeti koncepcióval és csak az Alkotmányügyi Bizottság zárószavazás előtti módosító indítványa alapján került a törvénybe az „ismétlődő jelleg” szempontja. A büntető elem hangsúlyozását elkerülendő a sérelemdíj elsődleges funkciója a jogsértés vagyoni elégtétellel történő közvetett kompenzációja és csak másodlagos a magánjogi büntetés funkció. Ehhez képest félreértésnek kell tekinteni, mert téves irányvételre ösztönöz az elfogadott törvényszövegnek az a kitétele, amely szerint a sérelemdíj mértékét – egyebek mellett – a jogsértés „ismétlődő jellegére”, kimondottan büntetőjogi minősítő körülményre tekintettel kell megállapítani³⁹.

A törvényi szabályozás szerint a sérelemdíj a nem vagyoni sérelem egyszeri reparációját jelenti, kizárva ezzel a járadék megállapításnak

³⁸ Ptk. 2: 52. §

³⁹ VÉKÁS 2013. 72.

lehetőségét, figyelemmel arra, hogy a sérelemdíj a nem vagyoni hátrányok ellensúlyozására szolgál, így a vagyoni hátrányokhoz kapcsolódó járadék nem alkalmazható. A sértett személyhez kötöttség elve fokozottan érvényesül a sérelemdíj esetében, ugyanis a személyiségi jogokat és az azok megsértéséből származó igényeket csak személyesen lehet érvényesíteni, ennek megfelelően a sérelemdíj iránti igény nem ruházható át élők között, és nem is örökölhető.

Annak ellenére, hogy a Ptk. alapvető pontokon elválasztja a sérelemdíjat a kártérítési felelősség intézményétől fontos részletkérdésekben továbbra is a kártérítés szabályait kell alkalmazni.

A kötelezett személyének és a kimentés módjának meghatározására a kártérítés szabályait kell megfelelően alkalmazni, így a sérelemdíjra kötelezendő személy általában azonos a jogsértés elkövetőjével. Ha azonban a jogsértés elkövetője, és a felelőssé tehető személye elválik egymástól, a sérelemdíj megfizetésére az a személy köteles, akit a törvény a jogsértésért felelőssé tesz. Jól megfigyelhető ez például a veszélyes üzemi baleseti tényállásoknál, ahol az üzembentartó személye nem mindig azonos a baleset és a személyiségi jogsérelem okozójával.

A kártérítési felelősség alóli mentesüléshez hasonlóan a sérelemdíj fizetési kötelezettség alóli mentesülés feltételeit is a jogsértő személyre irányadó felelősségi rendszer alapján kell meghatározni. Az előbbieknél megfelelően a szerződésen kívül okozott jogsértés esetén általában a felróhatósági és a veszélyes üzemi felelősség kimentési feltételei alkalmazandóak, tehát szerződésen kívül okozott kárért való felelősség körébe tartozó sérelemdíj iránti igény esetén a személyiségi jogot sértő személy akkor mentesül a felelősség alól, ha bizonyítja, hogy magatartása nem volt felróható, vagyis úgy járt el, ahogy az az adott helyzetben általában elvárható. Míg a veszélyes üzem üzembentartója a sérelemdíj iránti igény esetén azzal mentheti ki magát, ha bizonyítja, hogy a sérelmet olyan elháríthatatlan ok idézte elő, amely a fokozott veszéllyel járó tevékenység körén kívül esik. Szerződésszegés következményeként a sérelemdíj iránti igény a szerződésszegési kártérítési felelősség kimentési szabályai szerint bírálendő el, így a szerződésszegő fél akkor mentesül, ha bizonyítja, hogy a szerződésszegést ellenőrzési körén kívül eső, a szerződésszegés időpontjában előre nem látható körülmény okozta és nem volt elvárható, hogy a körülményt elkerülje, vagy a kárt elhárítsa.⁴⁰

A fentiek alapján egyértelműen megállapítható, hogy a személyiségi jogi sérelem fennállásának megítélése körében sok szempontot kell

⁴⁰ VÉKÁS 2013. 73.

figyelembe venniük a bíróságoknak, ugyanis megfelelően individualizált döntést kell hozniuk az egyes ügyekben. A mérlegelés során szükségszerű szempontként fog megjelenni a sérelmet szenvedett fél személye, életkörülményei, továbbá az adott tényállás részletei is. Azonban a Ptk. szerint a sérelmet szenvedett félre, illetve környezetére gyakorolt hatás figyelembe vétele egyértelműen összepszerűségi, tehát nem jogalapi szempont. Ennek ellenére nyilvánvaló, hogy összetettebb ügyekben a bíróságok csak az adott személyt ért hátrányos következményeket mérlegelve tudják megállapítani, hogy az adott jogsértés eléri-e a szükséges, személyiségi jogok sérelmével járó szintet vagy bagatell sérelemnek minősül. Az előbbi adott esetben alapul szolgálhat arra, hogy a Ptk. szövegezésével ellentétben a sérelmet szenvedett félre gyakorolt hatást a bíróságok nem az összepszerűség, hanem a jogalap körében is mérlegelni fogják.

Fézer Tamás szerint a sérelemdíj iránti igény érvényesítése során egyetlen olyan tényezőt találunk, amely bizonyítható központi elem, ez pedig a hivatkozott jogellenes magatartás. A holland legfelsőbb bíróság, a Hoge Raad által kidolgozott kétlépcsős ún. komoly jogsértés klauzula koncepciója szerint a jogellenes magatartással kapcsolatban elsőként arra a kérdésre kell válaszolni, hogy az általános tapasztalat alapján okozhat-e a személyiségben valamilyen hátrányt a jogsértés. Abban az esetben, ha erre a kérdésre nemleges választ adhatunk, akkor másodikként a konkrét sértettet, a felperes személyiségét megvizsgálva kell eldönteni, hogy az ő személyiségére lehetett-e az adott magatartásnak káros, a sérelemdíj megítélését indokoló hatása. Fézer Tamás álláspontja szerint ez a teória lehetővé tenné a magyar bíróságok számára is, hogy minden esetet – az ember személyiségének megfelelően – külön kezeljenek, mégis kapaszkodót adjanak a peres feleknek, képviselőiknek, illetve a jogalkalmazónak a jogvita során⁴¹. Azonban a korábbiakban említett problémát a komoly jogsértés klauzula sem tudja feloldani, hiszen az ott alkalmazott vizsgálat mindkét lépcsője szintén a hátrányok vizsgálatán alapul.

A német jogban a BGB 253. § szabályozza a nem vagyoni károk megtérítésére vonatkozó szabályokat. A kötelmi jogi rész elején elhelyezkedő szabályozás általános jelleggel nem mondja ki a nem vagyoni károk megtérítésére vonatkozó kötelezettséget, azonban az egészségügyi kártérítési eljárásokban, amelyekben a kár általában a testi épség, egészség sérelmében nyilvánul meg, kiterjedt gyakorlata van a fájdalomdíjnak (Schmerzensgeld). A 252. § (1) bekezdése kimondja, hogy

⁴¹ OSZTOVITS 2014. 341.

a nem vagyoni károkért pénzbeli kártalanítás csak a törvényben meghatározott esetben követelhető, majd pedig rögzíti, hogy a testi épség, az egészség, a személyes szabadság, illetve a szexuális önrendelkezési jog megsértésével okozott kár esetén a károsult a károkozótól a nem vagyoni kárért méltányos kártalanítást követelhet⁴².

Alapvetően a fájdalomdíj intézménye a büntetés és a kártérítés között helyezkedett el, ugyanakkor a BGH egy ítéletében kimondta, hogy a fájdalomdíj kettős funkcióval rendelkezik egyrészt a károsultat ért hátrány kiegyenlítése a cél, másrészt pedig az elégtétel nyújtása, így ezzel a magánbüntetés felé közelítették a jogintézményt⁴³. Tekintettel arra, hogy a nem vagyoni kártérítés megállapításának a feltétele korábban a felróhatóság volt az objektív felelősség körében, a törvényben meghatározott kivételektől eltekintve nem volt lehetőség a nem vagyoni kár megítélésére. Többek között a jogirodalomban megjelent kritikák hatására ugyan megkíséreltek egy törvénymódosítást, amely a nem vagyoni kártérítést lehetővé tette volna azon testi épségben okozott károk esetében, amelyek tartósok és súlyosak, azonban a módosítási javaslatot a parlament nem fogadta el⁴⁴. A BGB felelősségi részének átfogó módosítása során végül 2002-ben a fent vázolt ellentmondásos helyzetet feloldották azzal, hogy a szerződésszegéssel okozott károk és az objektív felelősség rendszerében is lehetővé tették a nem vagyoni kártérítést.

II.4.3. A vagyoni kár

A teljes kártérítés elve alapján a károkozó köteles megtéríteni a károsult vagyonában beállott értékcsökkenést, az elmaradt vagyoni előnyt és a károsultat ért vagyoni hátrányok kiküszöböléséhez szükséges költségeket⁴⁵. Tehát elsősorban a további kezelési költségeket, a kiesett jövedelmet és a jövőbeni keresetvesztést kell megtéríteni a károsultnak, egy összegben csak az elszenvedett károkat követelheti, a jövőben fellépő károk pedig jellemzően járadék formájában kompenzálhatóak.

Az egészségügyre fordítható források szűkössége veti fel azt a kérdést, hogy a fizetendő kártérítés mértékét nem lenne-e indokolt törvényben korlátozni. Magyarországon az egészségügyi szolgáltatók felelősségbiztosítása a megítélt kártérítési összegeket csak kisebb részben fedezi, így a szolgáltatók kénytelenek a gyógyító ellátásra rendelkezésre álló

⁴² BGB 253. § (1)-(2)

⁴³ WAGNER 2000. 200-209.

⁴⁴ DÓSA 2010. 126.

⁴⁵ régi Ptk. 522. § (2) bekezdés

szűkös forrásaikat igénybe venni annak érdekében, hogy kifizessék a károsultnak járó kártérítést. A felelősségbiztosítás két okból is csak részben fedezi a kifizetendő kártérítési összegeket, egyrészt a szerződésben rögzített, rendszerint nagyon alacsony biztosítási összeghatár miatt, másrészt a szerződésben foglalt, az egészségügyi szolgáltatók szempontjából előnytelen feltételek miatt, amelyek igen sok esetben vezetnek a biztosító mentesüléséhez.

Az egészségügyi kártérítési eljárásokban a kártérítés limitálása mellett szólhat a károkozó vagyoni helyzete. Ugyanis az egészségügyre fordítható források közismerten limitáltak, az „orvosilag lehetséges” és a „gazdaságilag megengedhető” ellátások fogalma és köre gyakran nem fedik egymást. A kettő között jelentős a különbség még azokban a tehető országokban is, ahol a nemzeti jövedelem jelentősebb százalékát fordíthatják az egészségügyi ellátásra⁴⁶.

A kártérítés felső határának jogszabályi meghatározása a teljes kártérítés elvének áttörését jelentené. A teljes reparáció feladata – a károsult oldaláról szemlélve – az, hogy őt olyan helyzetbe hozza, amilyenben a károsítás nélkül lenne⁴⁷, a jogszabályi felső határ esetén ez nem teljesülne, hiszen az afeletti kárát a károsult maga viselné. A kártérítés limitálása ugyanakkor természetes igény, a felelősség korlátozásának eszköze, az előreláthatóság feltételének beiktatása, vagyis a kártérítési felelősség mértékének az előre látható kárra történő korlátozása⁴⁸. A hivatkozott szabály természetesen továbbra is a bíróságok mérlegelését teszi szükségessé, azonban a rendelkezés alkalmas lehet arra, hogy megteremtse a kiszámítható és egységes ítélkezési gyakorlat alapját.

A legújabb bírói gyakorlatban az okozatosság vizsgálatában az a tendencia figyelhető meg, hogy az okozati összefüggés kisebb valószínűsége is elég a felelősség megállapításához, sőt a gyógyulási esély elvételeivel kapcsolatos ügyekben az okozati összefüggés jelenlegi értelmezésével a felelősség határainak erőteljes kitágítását figyelhetjük meg. A teljes reparáció elve nem mindig érvényesül teljes következetességgel. Érvényesülésének korlátozása terén Eörsi két korszakot különböztet meg⁴⁹: az első korszakban a vétkesség foka intézményesen befolyásolta a kártérítés mértékét, a második korszakban a reparációt a bíró az összes körülmény mérlegelésével csökkentheti vagy jogszabály állapít meg korlátozott felelősséget. A magyar polgári jog

⁴⁶ DÓSA 2010. 48.

⁴⁷ EÖRSI 1961. 428.

⁴⁸ VÉKÁS 2002. 205-238.

⁴⁹ EÖRSI 1961. 423.

szabályai között is megtalálható volt olyan rendelkezés, amely a károkozó vagyoni helyzetének figyelembe vételére vonatkozó lehetőséget tartalmaz: a régi Ptk. 339. §-ának (2) bekezdése kimondja, hogy a bíróság a kárért felelős személyt rendkívüli méltánylást érdemlő körülmények alapján részben mentesítheti a felelősség alól⁵⁰. Ezt a szabályt azonban a bírói gyakorlat gyakorlatilag egyáltalán nem használta, így a Ptk.-ból ki is hagyták.

Európában a kártérítési összegek általános maximálására nincs példa, és a tudományos szakirodalomban megjelent ilyen felvetéseket is erős kritikával fogadták. Tekintettel arra, hogy a büntető kártérítés intézményét a kontinentális jogrendszerek nem ismerik, ennek korlátozására sem találunk példát. A nem vagyoni kártérítések felső határának a bevezetése akár paradox hatást is okozhatna, figyelemmel arra, hogy jelenleg a bírói gyakorlat a nem vagyoni kártérítések összegszerűsége tekintetében visszafogott, a nagyobb összegű kártérítési ügyekben általában a vagyoni kár összege, valamint annak kamatai teszi ki a kár túlnyomó részét. A fent kifejtett álláspontokat is figyelembe véve a Ptk. sem határozza meg a kártérítési összegek felső határát, sem a vagyoni, sem a nem vagyoni, illetve az új nómenklatúra szerint a sérelemdíj esetében sem.

III. A Ptk. hatályba léptetésével bekövetkezett változások

A kártérítési jog területén a Ptk. egyik legfontosabb újítása a szerződésszegésért és a szerződésen kívüli kártérítésért való felelősség szétválasztása volt. A szétválasztás elvi indokaként hangsúlyozták, hogy a szerződéses viszonyokban az elvárhatóság mércéje magasabb, ezért szigorúbb kimentési szabályok előírása indokolt a szerződésszegő fél számára. A szerződésszegésért való felelősség esetén a Ptk. szakít a felróhatósági alapú felelősségi rendszerrel, azonban a szerződésen kívül okozott károkért való felelősség továbbra is a károkozó felróhatóságán alapul.

Ennek megfelelően a Ptk. 6:142. § szerint, aki a szerződés megszegésével a másik félnek kárt okoz, köteles azt megtéríteni. Mentese a felelősség alól, ha bizonyítja, hogy a szerződésszegést ellenőrzési körén kívül eső, a szerződéskötés időpontjában előre nem

⁵⁰ régi Ptk. 339. § (2) bekezdés

látható körülmény okozta, és nem volt elvárható, hogy a körülményt elkerülje, vagy a kárt elhárítsa⁵¹.

A Ptk. 6:143. § (2) bekezdése alapján a szerződésszegés következményeként a jogosult vagyonában keletkezett egyéb károkat és az elmaradt vagyoni előnyt olyan mértékben kell megtéríteni, amilyen mértékben a jogosult bizonyítja, hogy a kár mint a szerződésszegés lehetséges következménye a szerződés megkötésének időpontjában előre látható volt⁵².

Annak ellenére, hogy a jogalkotó bevezette az előreláthatósági korlátot, könnyen belátható, hogy az orvosi perekben az egészségügyi szolgáltatók szinte kilátástalan helyzetbe kerülnének a kimentés körében. Nehéz elképzelni ugyanis, hogy az egészségügyi szolgáltató alperesek sikeresen tudnák azt bizonyítani, hogy a beteg egészségkárosodását vagy halálát az ellenőrzési körükön kívül eső és előre nem látható körülmény okozta. Tovább nehezíti az egészségügyi szolgáltató helyzetét, hogy az előreláthatósági korlátot objektíven kell értelmezni, amelynek eredményeként nemcsak az adott szolgáltató által ténylegesen előre látható károkat kell figyelembe venni, hanem mindazokat, amelyeket egy hozzá hasonló helyzetben lévő egészségügyi szolgáltató ésszerűen, kellő gondossággal mellett előre láthatott.

A kialakult, problematikus helyzetet oldotta fel az egyes törvényeknek az új Polgári Törvénykönyv hatálybalépésével összefüggő módosításáról szóló 2013. évi CCLII. törvény (a továbbiakban: Mód. tv.), amely számos jogszabályt, így többek között az Eütv.-t is módosította. A Mód. tv. 8. § (20) bekezdése értelmében az orvosi jogviszony kikerült a kontraktuális felelősség szabályai alól, ezáltal az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggésben keletkezett kárigényekre 2014. március 15-től a szerződésen kívüli károkozás szabályait kell alkalmazni.

A 2014. március 15. után bekövetkező káreseményekre a bíróságoknak az Eütv. módosított 244. §-át kell alkalmazniuk, amelynek (1) bekezdése rögzíti, hogy az egészségügyi szolgáltatás keretében végzett ellátás során okozott kárért és személyiségi jogsértésért az egészségügyi szolgáltató tartozik felelősséggel, illetve helytállással.

Ha a törvény alapján az egészségügyi dolgozó a saját nevében és felelősségére nyújtott egészségügyi szolgáltatást, az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggésben okozott kárért és személyiségi jogsértésért az egészségügyi dolgozó tartozik felelősséggel, illetve

⁵¹ Ptk. 6:142. §

⁵² Ptk. 6:143. § (2) bekezdés

helytállással⁵³. Az Eütv. 244. § (2) bekezdése pedig kimondja, hogy az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggésben keletkezett kárigényekre, illetve a személyiségi jogsértések esetén követelhető igényekre a Ptk.-nak a szerződésen kívül okozott kárért való felelősségre, valamint a személyiségi jogok megsértésének szankcióira vonatkozó szabályokat kell megfelelően alkalmazni⁵⁴.

A Ptk. a jogirodalomban és a joggyakorlatban kialakult vitát eldöntve kimondja, hogy a törvény tiltja a jogellenes károkozást, tehát a kártérítés feltételeként megkívánt jogellenesség külön bizonyítása szükségtelen, a károkozás ténye önmagában bizonyítja a magatartás jogellenességét. Az előbbi álláspont egyébként az újabb bírói gyakorlatban is megjelent. Számos bírósági határozat mondta ki, hogy a károkért való felelősség szempontjából jogellenes minden olyan magatartás, amely károsodásra vezet, kivéve, ha a károkozó magatartás jogellenességét kizáró ok áll fenn⁵⁵. Ugyanakkor a jogalkalmazói gyakorlat, különösen az alsóbíróságok gyakorlata számos esetben megkívánta a károkozó magatartás jogellenességének, jogszabályba ütközésének a megjelölését és igazolását. Ezért volt szükség arra, hogy a Ptk. kimondja a *neminem leadere* elvét, vagyis azt, hogy a 6:520. §-ban meghatározott kivételekkel minden károkozás jogellenes.

A fent kifejtettek alapján kitűnik, hogy az orvosi kártérítési felelősség jogalapját tekintve nem következett be alapvető változás: a korábbiaknak megfelelően az egészségügyi szolgáltató kimentheti magát, ha igazolja, hogy az elvárható gondossággal járt el. A Ptk. 6:519. § szerint, aki másnak jogellenesen kárt okoz, köteles azt megtéríteni. Mentésül a felelősség alól a károkozó, ha bizonyítja, hogy magatartása nem volt felróható⁵⁶. A szerződésen kívüli károkozás hatályos, hivatkozott szabálya tartalmát tekintve tehát megegyezik a régi Ptk. 339. §-ában foglaltakkal, azonban megjegyzendő, hogy a felróhatóság meghatározását nem tartalmazza. Szükséges volt ugyanakkor rögzíteni, hogy nem állapítható meg az okozati összefüggés azzal a kárral kapcsolatban, amelyet a károkozó nem látott előre és nem is kellett előre látnia⁵⁷.

Megoldást kínál az új szabályozás arra a problémára is, hogy a valamennyi okozott kár megtérítésének általános elve arra vezetett, illetve vezethetett, hogy rendkívül távoli, a károkozó által fel nem mérhető károk megtérítését is lehetett igényelni.

⁵³ Eütv. 244. § (1) bekezdés

⁵⁴ Eütv. 244. § (2) bekezdés

⁵⁵ BDT2007.1689

⁵⁶ Ptk. 6: 519. §

⁵⁷ Ptk. 6: 521. §

A bíróságok különböző megoldásokkal próbálták elkerülni az ilyen károk megállapítását. A Ptk. elismerve a bíróságok törekvésének indokoltságát, az ítékezésben is megjelenő előreláthatósági korlát szempontjával elvágja az okozati láncot az olyan károk tekintetében, amelyet a károkozó nem látott előre és nem is kellett előre látnia. Az előbbiek alapján megállapítható, hogy az a szabály sem jelent novumot, hiszen az okozati összefüggés vizsgálata során a jogalkalmazók eddig is a Ptk. 6:521. §-ában rögzített elvi megfontolás alapján jártak el. Így az egészségügyi szolgáltató sikeresen kimenthette magát azzal, ha bizonyította, hogy a beteg egészségkárosodása vagy halála nem a kezelési hiba miatt következett be, vagy attól függetlenül is bekövetkezett volna.

Az Eütv. módosított szabálya alapján tehát a vagyoni károk körében továbbra is marad a teljes kártérítés elve, figyelemmel arra, hogy az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggésben keletkezett kárigényekre a Ptk. szerződésen kívül okozott kárért való felelősségre vonatkozó szabályait kell megfelelően alkalmazni.

Felhasznált irodalom

Monográfiák, tanulmányok, folyóirat cikkek

BYDLINSKI: Der Ersatzideellen Schadens als sachliches und methodisches Problem. Juristische Blätter. 1965.

DEUTSCH E.; GEIGER, M.: Meidizinischer Behandlungsvertrag. Empfiehlt sich eine besondere Regelung der zivilrechtlichen Beziehungen zwischen dem Patient und dem Arzt im BGB? In: Gutachten und Vorschläge zur Überarbeitung des Schuldrechts. Bundesministerium für Justiz. Bonn. 1981.

Dr. DÓSA Ágnes: Az orvos kártérítési felelőssége, HVG-ORAC Lap-és Könyvkiadó Kft., 2010.

ENGLJÄHRINGER, D.: Ärztliche Aufklärungspflicht vor medizinischen Eingriffen. Wien. Orac. 1996.

EÖRSI Gyula: A jogi felelősség alapproblémái. A polgári jogi felelősség. Akadémia Kiadó, Budapest, 1961.

EÖRSI GY.: Elhatárolási problémák az anyagi felelősség körében. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó. Budapest. 1962.

ERMAN, W., WESTERMANN, H. P.: Handkommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch in zwei Bänden. Aschendorff. Münster. 1993.

FURROW, B. R., GREANEY, TH. L., JOHNSON, S. H., JOST, T. S., SCHWARTZ, R. L.: Health Law. West. St. Paul. 1995.

GIESEN, D.: International Medical Malpractice Law. Tübingen. Mohr. 1988.

GIESEN, D.: Arzthaftungsrecht. Tübingen: Mohr. 1995.

HAGER, J.: In J. Von Staudingers Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch. Berlin. Sellier de Gruyter. 1999.

HARNEY, D. M.: Medical Malpractice. The Michie Company. Charlottesville. 1987.

HAUBERICH, S.: Haftung für neues Leben im deutschen und englischen Recht. Springer. Berlin. 1988.

HERZOG, P.: Einige neuere Entwicklungen in der Arzthaftpflicht in den Vereinigten Staaten. In: AHRENS, H-J. (Hrsg): Festschrift für Erwin Deutsch, Carl Heymans, Köln, 1999.

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

JAROSCH, K., MÜLLER, O.F., PIEGLER, J., DANZL, K-H.: Das Schmerzensgeld in medizinischer und juristischer Sicht. Manz. Wien. 1994.

JOBBÁGYI, Gábor: Az orvos-beteg jogviszony az új Ptk.-ban, Polgári Jogi Kodifikáció 2005. évi 3. szám. ISSN 1585-1168

KEMENES, I.: AZ orvos kártérítési felelősségének egyes kérdései. Bírósági Döntvények Tára 2008/1.

KOZIOL, H.: Österreichisches Haftpflichtrecht. II. Manz, Wien. 1984.

KOZIOL, H.: Österreichisches Haftpflichtrecht. Allgemeiner Teil. Manz. Wien. 1997.

Mertens in Münchener Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch. Beck. München. 1997.

LAUFS, A.: Arztrecht. C. H. Beck. München. 1993.

LAUFS, A., UHLENBRUCK, W.: Handbuch des Arztrechts. C. H. Beck. München. 1999.

OLDERTZ, C.: The Patient, Pharmaceutical and Security Insurances, in: OLDERTZ, C. TIDEFELT, E. (eds.): Compensation for Personal Injury, Juristförlaget, Stockholm, 1988.

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

PETRIK F.: A személyiség jogi védelme. HVG-ORAC. Budapest 2001.

SPICKHOFF, A.: Das System der Arzthaftung im reformierten Schuldrecht. Neue Juristische Wochenschrift. 2002.

SPIER, J. (ed): The Limits of Expanding Liability, Kluwer, The Hague, 1998.

SPIER, J. (ed): The Limits of Liability – Keeping the Floodgates Shut, Kluwer, The Hague, 1996.

VÉKÁS Lajos: A Polgári Törvénykönyv magyarázatokkal, Complex Kiadó Jogi és Üzleti Tartalomszolgáltató Kft., Budapest, 2013.

VÉKÁS Lajos: Előreláthatósági klauzula szerződésszegésből eredő igényeknél. Eörsi Gyula emlékkönyv. HVG-ORAC Lap-és Könyvkiadó Kft., Budapest, 2002.

WAGNER, G.: Geldersatz für Personenschaden. Zeitschrift für das Europäische Privatrecht. 2000.

Bírósági határozatok:

BDT2007.1689

BH 1998.533.

Legfelsőbb Bíróság Pf. III. 22.306/1995.

Legfelsőbb Bíróság Pfv. X. 24.130/1997.

BGH 9. 12. 1958. in: Entscheidungen des Bundesgerichtshofes in Zivilsachen. 29. 46-62.

BGH. 10. 7. 1954., in NJM, 1956. 1106-1108

BGH 9. 12. 1958. in: Entscheidungen des Bundesgerichtshofes in Zivilsachen. 29. 46-62.

OGH 12. 11. 1992., 8 Ob 628/92 in: Recht der Medizin. 1994. 28.

EBH 2005. 1306.

Legfelsőbb Bíróság Pfv. III. 21.029/2005.

Legfelsőbb Bíróság Pfv. III. 20.014/2000.

Váci Városi Bíróság, 2. P.20.566/1988.

Veszprém Megyei Bíróság, 1. Pf.20.505/1996.

Legfelsőbb Bíróság, Pf. VI. 24.745/2001/4.

34/1992. (VI.1.) AB határozat

Fundamental questions of the medical civil liability

Summary

Within the continental legal system, liability is based on the foundation of the Civil Code, whereas in the United States it is almost entirely formed by the judicial law. However, with respect to the fact that the judicial development of case law is significant in the field of medical liability within the continental system as well, the two liability systems have similar characteristics eventually. Despite this fact, the two systems have substantial discrepancy concerning the procedural regulations in the praxis of the sue for damages. Hereunder I would like to emphasize the certain characteristics of the continental system and engage in the comparison of the Hungarian and German system.