



NEMZETI  
KÖZSZOLGÁLATI  
EGYETEM  
LUDOVIKA

ÁLLAMTUDOMÁNYI ÉS NEMZETKÖZI  
TANULMÁNYOK KAR  
CIVILISZTIKAI TANSZÉK

# OPUSCULA IUVENUM EXCELLENTISSIMA

Csehi Bettina Ivett

*Polgári jogi felelősség az egészségügyben*

**2022/1.**

## Polgári jogi felelősség az egészségügyben

*„A jövő világban az orvosok több életért felelnek majd, mint most mi, hadvezérek.”*  
(Bonaparte Napóleon)

### 1. Előszó

Kutatásom során az egészségügyi szolgáltatók felelősségi viszonyrendszerét, mind annak elemeit vizsgálom, felmérésekkel és jogesetekkel szemléltetve. Bővebben szót ejtek a sérelemdíj bevezetéséről az egészségügyi kártérítési perekben. Az írásom végén egy fejezetben kitérek az egészségügyben jelenleg is zajló paradigmaváltásra, amely által a mesterséges intelligenciák egyre szélesebb körben történő bevonására kerül sor az egészségügyben, és ennek hatásait elemzem polgári jogi 'szemüvegen' keresztül.

A fenti idézet egyrészt előre vetíti a 18. század végi - 19. század eleji jövőben, azaz számunkra a jelenben fennálló globális problémát, az egyre gyakrabban és súlyosabban fellépő, orvosok és egészségügyi dolgozók szakmai hozzáértését igénylő népbetegségeket, valamint még annál is specifikusabban az orvostudománynak és az egészségügynek kihívást jelentő világjárványokat, másrészt az egészségügyi dolgozók és különösen az orvosok egyre inkább növekvő felelősségét, amely az orvosok felé irányuló nagyobb szakmai, erkölcsi és felelősségvállalási elvárás tanúsításából ered.

A téma aktualitása vitathatatlan. Magyarország Alaptörvénye is hangsúlyozza az egészségügyi ellátás megszervezésének fontosságát a lelki és testi épség meglétében, amely ezáltal alkotmányos alapjogi szintre emelkedik.<sup>2</sup> Ezzel szemben a magyar egészségügyi viszonyok tekintetében hiányosságok vannak az időben történő minőségi ellátások terén, hiszen hazánk rendelkezik az ötödik legmagasabb gyógyítással elkerülhető halálozási arányszámmal.<sup>3</sup> A rákbetegségek korai felismerésében, a szűrővizsgálatok hozzáférhetőségében, valamint a rákbeteg ellátásának minőségében is vannak javítandó mutatók, ugyanis az Európai Unión belül Magyarországon a legmagasabb a rákbetegségben elhunytak száma, amelyre több tényező is hat, hisz kialakulásukat nem minden esetben lehet megelőzni, valamint az egyén életvitelének, tudatosságának, a tünetek időben történő felismerésének is kardinális jelentősége van a gyógyulásban. A Covid-19 világjárvány által még inkább növekvő, az emberekben évtizedek óta kialakult egészségtudatos emberi egyénfejlődés, illetve az internet térhódításával bárhol, bárki számára elérhető szakirodalmak, folyóiratok által nyújtott ismeretek olyan tudás birtokába juttatják az egyént, amellyel nem vonakodik megkérdőjelezni az egészségügyi szolgáltatók által nyújtott ellátás helyénvalóságát.

Kutatásom elsődleges célja egy átfogó kép adása az egészségügyi szolgáltatók és dolgozók komplex felelősségi rendszeréről, gyakorlati (felmérések, jogesetek) és elméleti síkon. Töreksem annak bizonyítására, hogy az egészségügyi szolgáltatók felelősségi rendszerét leendő közigazgatás-szervezőként is célszerű kutatnom, hiszen az egészségügyi szolgálati

---

<sup>1</sup> III. évfolyamos közigazgatás-szervező BA szakos hallgató, konzulens: Prof. Dr. Barzó Tímea.

<sup>2</sup> Magyarország Alaptörvénye XX. cikk.

<sup>3</sup> OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Magyarország: Egészségügyi országprofil 2017*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

jogviszony arra jogosult alanyai által kifejtett gyógyító tevékenység közérdek, közfeladatot látnak el. Feltevésem, hogy az orvosi felelősség sokrétűsége ellenére a jogalkotónak a szabályozás révén nem szándéka a károkozó szigorú felelősségi szabályok elé állítása. Szándékom annak alátámasztása, hogy a tájékoztatás az egészségügyi jogviszony alanyai legjelentősebb mellékkötelezettsége. Végül törekszek arra, hogy bemutassam a mesterséges intelligencia jelenlétét az egészségügyi ellátásban, illetve annak bizonyítására, hogy a mesterséges intelligencia révén a szolgáltatók és egészségügyi dolgozók szakmai kompetenciája nem válik semmivé, munkájuk nem válik teher- és problémamentessé, sőt felelősségük a szoftverek és robotok bevezetésével egy új dimenzióval bővül.

## **2. Az „orvosi műhiba” kifejezés meghatározásának kísérlete**

A fejezet elején fontosnak tartom leszögezni, hogy az orvosi műhiba kifejezés a publicisztikában használt megfogalmazás, és nem egy jogi fogalom. A terminus technicust 1873-ban a patológia szaktekintélye, Rudolf Virchow az orvoslás általános szabályaiba ütköző orvosi magatartásként, a Porosz Büntető Törvénykönyv előkészítése során definiálta: büntetendő azon gyógyító tevékenységükben engedélyezett személyek cselekvése vagy mulasztása, amely által a kezelésükre bízott személy egészségét károsítják.<sup>4</sup> Pár évvel később hazánkban a közegészségügyi rendelkezésről szóló 1876. évi XIV. törvénycikk 47. §-a is ugyanezt a terminust használja, ámbar annak definiálását mellőzi. A 19. század végén még Csatóry Lajos próbálta meghatározni a terminust, szerinte az egészségügyben dolgozók olyan nem szándékolt, ámbar a szakma szabályaival ellentétes mulasztása, amellyel a páciens sérelmét, halálát okozta. Véleményem szerint a Legfelsőbb Bíróság 1954-es elvi állásfoglalása tartalmazta azokat a fő elemeket, amelyek valóban meghatározták az orvosi műhiba kifejezés tartalmát, hiszen magába foglalta a felelősség későbbiekben ismertett konjunktív feltételeinek összességét. Eszerint amennyiben az orvos a betegség kezelésében komoly, felróható hibát vét, és ennek következménye a kár. Dénes J. Tamás szerint büntetőjogi szempontból foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés törvényi tényállása alapján kell megvizsgálni a kárt okozó ellátást, amivel megalapozta a modern gyakorlatot is.<sup>5</sup>

Ahogy már említésre került, a kifejezést számos szakirodalom használja, azonban már évtizedekkel korábban felmerült, hogy helytelen az orvosi műhiba szókapcsolat. Földes Vilmos és Haranghy László szerint pontatlan a megfogalmazás, hiszen a Büntető Törvénykönyv nem fedti le a terminust, továbbá nem a hibát kell büntetni, hanem a gondatlanságot és a szakmai járatlanságból eredő veszélyeztetést. Ezen álláspontjával Dezső László és Faber Vilmos is egyetértett, ők az „*orvosi veszélyeztetés*” kifejezés használatát találták célszerűnek.<sup>6</sup> Juhász György bár a műhiba kifejezést pontatlannak vélte, hiszen egy gyűjtőfogalomról van szó, amely számos jogterületen megjelenik, mint például a büntetőjogban, polgári jogban, fegyelmi eljárásjogi és etikai vetületekben is. A pontatlanságra okot ad továbbá, hogy a gondatlan magatartást nem feltétlen az orvos tanúsítja, hanem előfordulhat, hogy más egészségügyi dolgozó, mint például ápoló, képkalkító, laboráns. Ezen megállapítás függvényében helytállóbbnak tartotta az „*egészségügyi műhiba*” kifejezést.

---

<sup>4</sup> Töröcsikné Görög Márta: „Kérdezze meg kezelőorvosát” Paradigmaváltások az orvosi jogviszony, az orvosi kártérítési felelősség megítélése körében. SZTE Szabadegyetem XXII. sz. <https://u-szeged.hu/szabadegyetem/kerdezze-kezeloorvosat/kerdezze-kezeloorvosat> (2022. 02. 28.)

<sup>5</sup> Juhász György: Adalékok az orvosi műhiba fogalmának fejlődéséhez. *Miskolci Jogi Szemle*, 16. (4), 2021. 180.

<sup>6</sup> Uo.

## 2.1. A beteg egészségügyi állapotát veszélyeztető destruktív tényezők az egészségügyi ellátás során



**1. ábra: 'Műhibapiramis'**

Forrás: HANTI Péter: *Felelősség és kockázatmenedzsment az egészségügyben*. CompLex Kiadó, Budapest, 2013. (saját szerkesztés)

Az 1. ábra által szemléltetett piramis, amely csúcsán a műhiba található, a beteg állapotának javulását és javítását veszélyeztető faktorokat szemlélteti. Az ábra aljától haladva annak csúcsáig a szolgáltató felelőssége egyre inkább nő.<sup>7</sup>

Az egészségügyi ellátások során a beteg állapotának romlásához, egészségkárosodásához vagy akár halálához az esetek egy részében az alapbetegség természetes lefolyása, annak műtéttel sem kezelhető szövődményei vezetnek. A kórházi ellátásra szorult betegek jelentős arányban ezekből veszítik életüket, így a piramis alján helyezkedik el ezen halálok.

A második szinten helyet foglaló károsító faktor az ellátásban használt diagnosztikus, terápiás beavatkozások kockázata. A kockázat az elvárható gondossággal véghezvitt beavatkozás alkalmával nem feltétlenül fellépő, előre nem minden esetben látható, ki nem védhető, nem várt és kívánt esemény.<sup>8</sup> Káros következmények adódhatnak a beavatkozásból és a beavatkozások elmaradásából egyaránt. Az előbbi esetében attól függően, hogy a beteg a műtét kockázatáról tájékoztatva volt, és annak tudatában egyezett bele az operációba, vagy nem ismerte a potenciális komplikációkat, amiért az ellátó már felel. Beavatkozás elmaradása abban az esetben jár jelentős kockázattal, amennyiben csak az adott műtét által lehetne a beteg állapotán javítani, a betegség további progresszióját megakadályozni. Ennek fényében bármely beavatkozás elvégezhetőségénél e két kockázati tényező mérlegelésével kerül eldöntésre, hogy a kockázat nagysága miatt kivitelezhető-e az adott beavatkozás.<sup>9</sup>

Nem kívánt hatást válthat ki az ellátás során az úgynevezett objektív hiba, amely nem észlelt, megfelelő körültekintés tanúsítása mellett sem felfedezhető hiba. Ebbe a körbe tartoznak az ún. objektív diagnosztikus tévedések. A nem felróható objektív hibát más néven jóhiszemű tévedésnek nevezik.

A piramis tetején elhelyezkedő műhibák, az egészségügyben dolgozóknak felróható tévedések, amely során a szolgáltató a betegnek károsodásokat, hátrányokat okoz, amelyek az általában elvárható gondosság tanúsítása mellett elkerülhetők lettek volna.<sup>10</sup>

<sup>7</sup> Hanti Péter: *Felelősség és kockázatmenedzsment az egészségügyben*. Budapest, CompLex Kiadó, 2013. 103-108.

<sup>8</sup> Uo. 104-105.

<sup>9</sup> Uo. 106.

<sup>10</sup> Uo. 106-107.

### 3. Az egészségügyi jogviszony alanyai

Témámmal kapcsolatban fontosnak tartom az egészségügyi jogviszony alanyait tisztázni a könnyebb megérthetőség és átláthatóság érdekében.

#### 3.1. Az egészségügyi szolgáltató

Valamennyi egyéni egészségügyi vállalkozó, jogi személy és jogi személyiség nélküli szervezet nevezhetünk egészségügyi szolgáltatónak, amennyiben az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedély alapján egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosult.<sup>11</sup> Egészségügyi szolgáltatóknak minősülnek az egészségügyi intézmények köz- és magánintézményei, egyéni vállalkozók, közreműködő intézmények.<sup>12</sup> Az egyéni vállalkozók esetében elvárt, hogy személyesen rendelkezzenek egészségügyi szakképesítéssel, valamint személyesen vegyenek részt<sup>13</sup> az egészségügyi tevékenység folytatásában.<sup>14</sup> A közreműködő egészségügyi szolgáltató a közreműködést igénybe vevő szolgáltató nevében, közreműködői szerződés alapján nyújt szolgáltatást úgy, hogy biztosítja a szükséges személyes és tárgyi feltételeket.<sup>15</sup>

#### 3.2. Az egészségügyi dolgozó

Egészségügyi dolgozó alatt értünk minden olyan egészségügyi tevékenységet végző természetes személyt, aki olyan szakképesítéssel rendelkezik, amely feljogosítja az általa ellátott egészségügyi tevékenység végzésére, valamint olyan szakképesítéssel nem rendelkező személyt, aki közreműködik az előbbi ismérvekkel rendelkező személy munkájában.<sup>16</sup> Így egészségügyi dolgozó „az orvos, fogorvos, gyógyszerész, az egyéb felsőfokú egészségügyi szakképesítéssel, egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy, továbbá az egészségügyi tevékenységben közreműködő egészségügyi szakképesítéssel nem rendelkező személy”.<sup>17</sup> Gyakrabban köz- vagy magánintézmény alkalmazottai, azonban lehetnek egyéni vállalkozók vagy társas vállalkozás tagjai is.<sup>18</sup>

#### 3.3. A beteg

A beteg az a személy, aki az egészségügyi ellátást, egészségügyi állapotát érintő egészségügyi tevékenységet<sup>19</sup> igénybe veszi vagy abban részesül saját döntése alapján vagy akaratától független okból.<sup>20</sup> E meghatározás nem követeli meg, hogy a beteg valóban beteg legyen, és valamilyen betegségben szenvedjen. Ez alapján két csoportra bontható a betegek köre: az elsőt alkotják azon személyek, akikre rögtön a 'beteg' szó hallatán gondolunk, ők az egészségügyi állapotuk javítása céljából veszik igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat. Másik csoportot

<sup>11</sup> 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről (Eütv.) 3. § f) pontja.

<sup>12</sup> Csítei Béla: Az egészségügyi szolgáltatók polgári jogi felelősségének aktuális kérdései. *Batthyány Műhelytanulmányok 2017/1.* Győr, Batthyány Lajos Szakkollégium, 2017a. 13.

<sup>13</sup> Az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról szóló 96/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet 6/A. § (3) bek.

<sup>14</sup> 2003. évi LXXXIV. törvény az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről (Eütev. tv.) 10. § (3) bek.

<sup>15</sup> 96/2003 (VII. 15.) Korm. rendelet 2. § (1) bek. k) pontja.

<sup>16</sup> Eütev. tv. 4. § a) pontja.

<sup>17</sup> Eütv. 3. § d) pontja.

<sup>18</sup> Csítei Béla: Az egészségügyi dolgozók kártérítési felelőssége az egyes foglalkoztatásra irányuló jogviszonyok tükrében. *Magyar Munkajog E-folyóirat*, (2017b), 1. 26.

[http://hllj.hu/letolt/2017\\_1/M\\_03\\_Csítei\\_hllj\\_új\\_2017\\_1.pdf](http://hllj.hu/letolt/2017_1/M_03_Csítei_hllj_új_2017_1.pdf) (2022. 02. 28.)

<sup>19</sup> Eütv. 3. § c) pontja.

<sup>20</sup> Eütv. 3. § a) pontja.

azok a jogalanyok képezik, akik nem gyógyulás reményében vesznek igénybe egészségügyi szolgáltatásokat, hanem például védőoltás felvétele miatt.<sup>21</sup>

#### 4. Az egészségügyi szolgáltató felelősségének síkjai

Az orvosi hivatás a kezdetektől fogva egy megbecsült, ugyanakkor különös szakképzettséget igénylő, nagy felelősséggel járó szakma, hiszen a szolgáltató felel a gyógyulásban reménykedő beteg egészségéért, életéért. A szakmabeliek felelősségének meghatározása egy rendkívül bonyolult és körülményes feladat. A felelősségi szabályok – mint maga az orvostudomány is – jelentős változáson mentek keresztül az utóbbi évszázadok során. Az egészségügyben dolgozók felelősségi rendszerének szabályozási szükségességének késői globális elismerése több okra vezethető vissza. A második világháborút követően az intézményesült egészségügyi ellátás tömegessé válása, az orvostudomány jelentős léptékben való fejlődése, a betegjogok előtérbe kerülése és hangsúlyozása nemzetközi deklarációkban új belső jogi norma kialakításának szükségességét eredményezte. A *Helsinki Nyilatkozat*, a kísérleti alanyok jogait védő, szigorú etikai normákon alapuló tíz vezérelvet tartalmazó *Nürnbergi Kódexre* való reagálás által előírta, hogy a felelősség mindig az orvosilag képzett személyé és nem a vizsgált alanyé, még abban az esetben sem, ha az alany a beavatkozáshoz írásos hozzájárulását adta.<sup>22</sup>

Hazánkat az 1970-es évekbeli betegjogi mozgalmak hatása későn érte el. Ez tükröződik az 1972. évi II. törvényben (régi Eütv.), hiszen a szocialista jogrendszerekre jellemző módon a betegjogi tárgyú rendelkezéseket mellőzve, masszív paternalista szemléletre alapozta az orvos és beteg közötti viszonyt, ami az egészségügyi szolgáltató és a beteg között egy alá-fölérendeltségi viszonyrendszert magába foglaló és az egészségügyi szolgáltatás nyújtására irányuló jogviszonyként került meghatározásra.<sup>23</sup> A paternalista szemlélet a felelősségi rendszer kiépülését nagyban akadályozta, hiszen az a szemlélet volt általános, hogy az orvos egy kiválasztott személy, aki tevékenységével kapcsolatban korlátozott felelősséggel tartozik. A paternalista döntéshozatal modelljének központjában az orvosközponitú kommunikáció jelenik meg, amely során az orvos meghozza a döntést, amelyet közöl a beteggel.<sup>24</sup> A kommunikáció, amelyre épül az egészségügyi szolgáltatás, közvetlen, ámbár egyoldalú. Az orvos-beteg közötti paternalisztikus viszony helyett ma már inkább a beteg és a hozzátartozók fogyasztói jellegű szemléletmódja kerül előtérbe, amely értelmében az orvos és beteg egymással mellérendelt viszonyban állnak.<sup>25</sup>

Az egészségügyi ellátó felelőssége egy komplex, folytonos és rugalmas szabályozási környezetet igénylő fogalomkör. Hazánkban újkeletű, de a gyógyításra vonatkozó felelősségi alakzatok már az ókori államok társadalmi normáiban is jelen voltak. A jelenlegi ismereteink szerint a legrégebbi átfogó jogi normagyűjteményben, Hammurápi babiloni király Kr. e. 18. századi törvényeiben két szakaszban is megjelent az orvosi felelősség kérdése. A szankció súlyossága a károsult személyétől függött. Amennyiben az orvos gyógyító tevékenysége közben egy szabad, teljes jogú embert megvakított, vagy annak halálát okozta, a szankció

---

<sup>21</sup> Csitéi (2017a): i. m. 16.

<sup>22</sup> World Medical Association Declaration of Helsinki 1964. III. Non-therapeutic Clinical Research 3c.

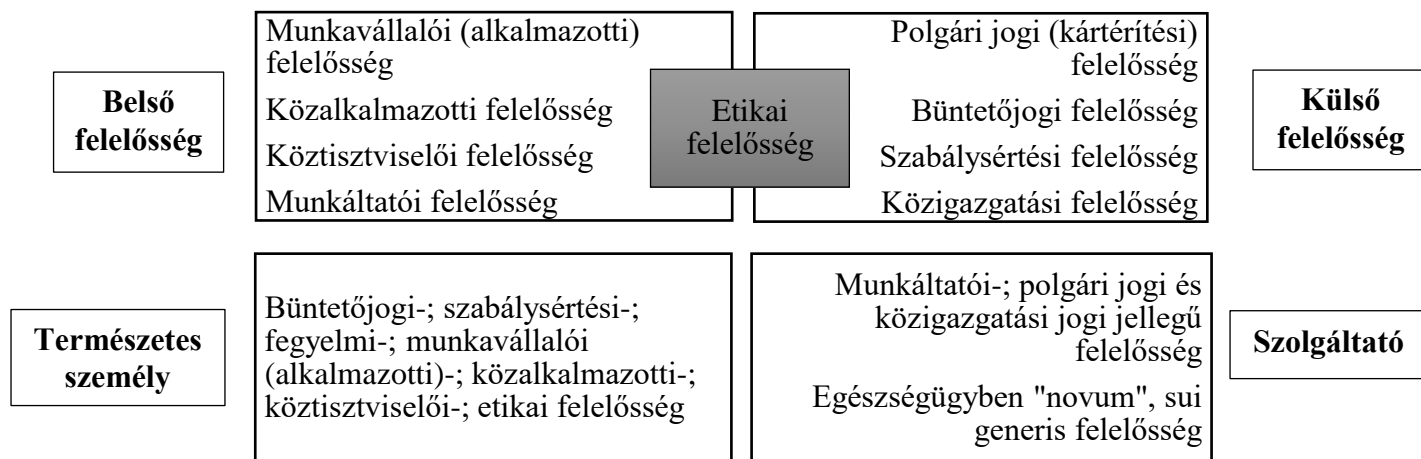
<sup>23</sup> Kiss János Márk: A betegjogok alapjogi háttere a német és a magyar betegjogi szabályozás fejlődésének tükrében. *Pro Futuro*, 8. (2018), 2. 161.

<sup>24</sup> Málóvics Éva – Vajda Beáta – Kuba Péter: Paternalizmus vagy közös döntés? Páciensek az orvos – beteg kommunikációról. In Hetesi Erzsébet – Majó Zoltán – Lukovics Miklós (szerk.): *A szolgáltatások világa*. Szeged, JATEPress, 2009. 253.

<sup>25</sup> Feith Helga Judit: Jogi felelősség az egészségügyi munkavégzés során. In Feith Helga Judit – Maráczai Ferenc – Sztrilich András Péter: *Egészségügyi jog*. Budapest, Akadémiai Kiadó, 2021.

kézlevágás volt, a rabszolga halálának okozása esetén az orvos köteles volt egy másik rabszolgát adni kárpótlásul.<sup>26</sup>

Az egészségügyi jog szabályozásának komplexitása – hiszen vegyíti a különböző igazgatási, munkajogi, polgári jogi elemeket<sup>27</sup> – levetíthető az egészségügyi szolgáltató és szakdolgozók felelősségének síkjára is. Ahogyan a 2. ábra szemlélteti, a felelősségi alakzatok az egészségügyben két csoportba sorolhatók: első síkon a kártérítés iránti igény „házon belülről” vagy kívülről érkezik, amely alapján beszélhetünk a felelősség belső és külső minőségéről. A másik síkon az alapján tehetünk különbséget, hogy a felelősség kiket érinthet, természetes személyt vagy egy szolgáltatót.<sup>28</sup>



2. ábra: Az egészségügyi ellátó felelősségi síkjainak lehetséges csoportosítása (saját szerkesztés)

Az egészségügyi dolgozók felelőssége annak függvényében állapítható meg és kategorizálható, hogy a felelősséget megalapozó magatartás jogi, etikai vagy foglalkozási szabályt sértett meg. A károkozó magatartás polgári jogi, munkajogi, etikai, büntetőjogi, szabálysértési felelősségen alapulhat.<sup>29</sup> Dolgozatom az egészségügyi dolgozók szabálysértő magatartásának a polgári jogi felelősségen alapuló elemzésére irányul.

## 5. Polgári jogi (kártérítési) felelősség

Napjainkban egyre nagyobb számban találkozhatunk a polgári jogi felelősség megállapítására irányuló eljárásokkal.<sup>30</sup> Az orvos-beteg kapcsolat az egyenjogúság és mellérendeltség jogi módszerével szabályozott polgári jogi jogviszony<sup>31</sup>. Az egészségügyi szolgáltatásokkal és hatósági intézkedésekkel összefüggésben keletkezett kárigényekre és az egészségügyi dolgozók polgári jogi felelősségére vonatkozó szabályok a 2013. évi V. törvényben (Ptk.) találhatóak.<sup>32</sup>

<sup>26</sup> Uo.

<sup>27</sup> Ifj. Lomnici Zoltán: *Az orvosi jog és az orvosi jogviszony alapvonalai. Történeti és összehasonlító elemzés.* Budapest, 2013. 25. <https://ajk.pte.hu/files/file/doktori-iskola/lomnici-zoltan/lomnici-zoltan-muhelyvita-ertekezes.pdf> (2022. 03. 10.)

<sup>28</sup> Hanti i. m. 98.

<sup>29</sup> Csitéi (2017a): i. m. 9.

<sup>30</sup> Feith (2021): i. m.

<sup>31</sup> Barzó Tímea – Heiner Tamás: Az egészségügyi kártérítési perek aktuális kérdései. *Orvosi Hetilap*, 2014. 1511.

<sup>32</sup> Eütv. 244. § (2) bek.

A gyógyító tevékenység azonban közérdek,<sup>33</sup> hiszen az egészségügyi szolgáltatók, illetve az egészségügyi dolgozók közfeladatot látnak el. Ezt tükrözi az egészségügyi szolgáltatás finanszírozási rendszere<sup>34</sup>, a korábbi egészségügyi tárca létesítése és működtetése, az orvosok egészségügyi szolgáltatói jogviszonyban, korábban közalkalmazotti jogviszonyban történő foglalkoztatása<sup>35</sup>. Ám a tevékenység rendeltetése nem általános, hanem az adott beteg állapotának javulására irányul, a viszonyrendszerben jellemző az igazgatási jelleg mellett a magánjogi elemek dominanciája: a felelősségi rendszer, a beteg mellérendeltsége, titoktartási jog, személyiségi jogok, amelyek megkövetelik a magánjogi szabályozást.<sup>36</sup>

## 5.1. Felelősség a Ptk. szerint

### 5.1.1. Az egészségügyi szolgáltató és a beteg között fennálló jogviszony

Az egészségügyi szolgáltató és a beteg között fennálló viszony tekintetében a legkörülményesebb annak a megállapítása, hogy a károkozás előtt fennállt-e szerződéses viszony, vagy a károkozás hozta létre közöttük a kötelmet. Annak ellenére, hogy mintegy százmillió orvos-beteg kapcsolatra kerül sor hazánkban évente<sup>37</sup>, évtizedekig vita tárgyát képezte az, hogy az orvos és a beteg között közvetlen szerződéses jogviszony áll-e fenn vagy sem.

A magánjogban két felelősségi rezsím különíthető el: a szerződéses (kontraktuális) és a szerződésen kívüli (deliktuális). Míg az előbbi esetében a jogellenes magatartás a felek között már meglévő szerződés megszegéséből következik, addig a deliktuális felelősség vonatkozásában a kárkötelem abszolút szerkezetű jogviszony megsértéséből ered, például személyiségi vagy dologi jogi jogsértésből.<sup>38</sup> Ma elfogadott azon álláspont, hogy az egészségügyi szolgáltató és a beteg között közvetlen, egyenjogú, mellérendelt, atipikus szerződésnek minősített polgári jogviszony áll fenn, ami önállóan nevesített tipikus szerződésként a Ptk.-ban nincs feltüntetve. A német jog a szolgálati szerződések (*Dienstvertrag*: más részére nyújtott tevékenység) körébe sorolja a jogviszonyt, azon belül is kezelési szerződésnek (*Behandlungsvertrag*) minősítik.<sup>39</sup>

Eleinte az egészségügyi kártérítési pereknél nem tudták kétséget kizáróan megállapítani, hogy a bíróságnak az egészségügyi szolgáltató és a beteg közötti jogviszony szerződéses vagy szerződésen kívüli károkozás tényállása alapján kell ítélnie.<sup>40</sup> Ennek hátterében az állhatott, hogy az 1959. évi IV. törvény a Polgári Törvénykönyvről (régii Ptk.) nem választotta el élesen a két kártérítési típus kérdéskörét. A deliktuális kártérítést ugyan szabályozta, de azon rendelkezések alkalmazását a szerződésszegéssel okozott károk esetében is előírta.<sup>41</sup> Így a kétfajta felelősségi rendszer nem került élesen szétválasztásra egészen a 2013-as Ptk. hatályba lépéséig. Míg a korábbi szabályozás „átjárót” biztosított a két felelősségi forma között azzal, hogy a károkozónak a felelősség alóli mentesülés érdekében azt kellett bizonyítania, hogy az

<sup>33</sup> Ifj. Lomnici i. m. 25.

<sup>34</sup> 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól.

<sup>35</sup> 2020. évi C. törvény az egészségügyi szolgálati jogviszonyról.

<sup>36</sup> Ifj. Lomnici i. m. 25.

<sup>37</sup> OECD data – doctor’s consultations – Hungary 2019. <https://data.oecd.org/healthcare/doctors-consultations.htm> (2022. 04. 08.)

<sup>38</sup> Töröcsikné Görög i. m.

<sup>39</sup> Jobbágyi Gábor: Az orvos-beteg jogviszony az új Ptk.-ban. *Polgári Jogi Kodifikáció*, (2005), 1. 15.

<sup>40</sup> Barzó–Heiner i. m. 1510.

<sup>41</sup> 1959. évi Ptk. 318. § (1) bek.



adott helyzetben általában elvárható magatartást tanúsította, addig a 2013-as Ptk. ezt az átjárót megszüntette, szigorítva így a szerződésszegéssel okozott károkért való felelősségi rendszerben a kimentés lehetőségét a szerződésszegő fél számára.<sup>42</sup> Ezáltal a szerződésszegő csak annak az igazolásával mentesülhet a szerződésszegés alól, hogy a károkozó körülmény a szerződésszegő fél ellenőrzési körén kívül esik, ez a körülmény a szerződésszegés időpontjában nem volt előrelátható, illetve ha nem várható el a szerződésszegő féltől, hogy ezt a körülményt elkerülje, vagy a kárt elhárítsa.<sup>43</sup> Ezen elhatárolás megtételével a 2013-as Ptk. abban is változtatott a korábbi joggyakorlaton, hogy a károsult számára nem kínálja fel a választási lehetőséget.<sup>44</sup> Ez tükröződik a 2013-as Ptk. párhuzamos kártérítési igények kizárásának (non-cumul elv: kumulálási tilalom<sup>45</sup>) rendelkezésében. Ha a felek között szerződéses jogviszony van, akkor a kárigényét csak a szerződésszegési kártérítés jogcímen követelheti még abban az esetben is, amennyiben a károkozás a szerződésen kívüli kártérítés tényállását is megalapozza.<sup>46</sup> Az 1959-es Ptk. nem tiltotta a sértett fél konkuráló igényérvényesítését.<sup>47</sup>

A Legfelsőbb Bíróság 2001-ben tovább erősített azon állásfoglaláson<sup>48</sup>, hogy a szerződésen kívül okozott kárért való felelősség szerint az egészségügyre vonatkozó, hatályos jogszabályi rendelkezéseknek megfelelően kell ítéletet hozni. Az orvos-beteg jogviszony vonatkozásában kardinális jelentőséget annak tulajdonította, hogy az ellátás keretében a műtéttel összefüggésbe hozható-e a káresemény bekövetkezése, amelyet nem a felek közötti szerződés, hanem a társadalombiztosítási ellátás által került elvégzésre.<sup>49</sup> Pár évvel később a Szegedi Ítéltábla Polgári Kollégiumának vezetője, Kemenes István megcáfolta az addigi bírói gyakorlatot és a kialakított állásfoglalást, véleménye szerint abszurdnak tekinthető, hogy az orvos-beteg közötti kötelmi viszony ne létezett volna a károkozás előtt, és hogy azt maga a károkozás ténye hozza létre.<sup>50</sup> Ezen megállapítása ugyan nagy hatással volt a bírói gyakorlatra, azonban az Eütv.<sup>51</sup> adott rendelkezéseinek módosítása 2014. március 15-i hatállyal visszaállította azon állapotot, és biztosította a bírói gyakorlatnak megfelelő status quot, miszerint az egészségügyi ellátás során okozott kár miatt követelhető igényekre a Ptk.-nak a szerződésen kívül okozott kárért való felelősségre vonatkozó szabályait kell alkalmazni.

A szerződés típusa elsősorban megbízás jellegű, ahol a beteg a megbízó, az egészségügyi szolgáltató pedig a megbízott. Tipikusan gondossági kötelem, a beteg gyógyellátásának eredménye nem kérhető számon, hiszen az orvos az elvárható gondosság elve alapján fejt ki a tevékenységét, a beteget a gondos eljárás követelményét meg nem sértő ellátásban való részesítésére vállal kötelezettséget.<sup>52</sup> A megbízási szerződés sajátos szabályaitól mégis eltér, hiszen az egészségügyi viszonyrendszerben található megbízás keretében nem érvényesül a személyes ügyellátáshoz való kötöttség, a megbízó széles utasításadási joga, a megbízáshoz tartozó díjfizetési kötelezettség, a közreműködő igénybevételenek kivételes lehetősége.<sup>53</sup> A

---

<sup>42</sup> Barzó Tímea: Polgári jogi felelősség az egészségügyben. In Barzó Tímea – Papp Tekla (szerk.): *Civilisztika II. Dologi jog – Felelősségtan*. Budapest, Dialóg Campus, 2019. 448.

<sup>43</sup> Ptk. 6:142. §.

<sup>44</sup> Kemenes István: A kontraktuális kártérítés egyes kérdései. *Magyar Jog*, (2017), 1. 1.

<sup>45</sup> Fuglinszky Ádám: *Kártérítési jog*. Budapest, HVG-ORAC Lap és Könyvkiadó, 2015. 63.

<sup>46</sup> Ptk. 6:145. §.

<sup>47</sup> Uo. 64.

<sup>48</sup> Pf. III. 25.898/2001/5.

<sup>49</sup> Barzó (2019): i. m. 445.

<sup>50</sup> Uo.

<sup>51</sup> Eütv. 244. § (2) bek.

<sup>52</sup> Dósa Ágnes: Az orvos kártérítési felelőssége. Budapest, HVG-ORAC Lap- és Könyvkiadó Kft., 2010. 71-72.

<sup>53</sup> Ifj. Lomnici i. m. 113.

gondossági kötelek jellemzője továbbá a megbízó oldalán lévő képviselő, orvos-beteg között fennálló viszony tekintetében az orvos nem képviselője a betegnek, a beteg érdekeit például törvényes képviselő vagy betegjogi képviselő képviselheti az ellátás során.<sup>54</sup> A gondossági kötelek eleme a bizalom, e viszony tekintetében a bizalmi elem megléte leginkább egyoldalúan, a beteg részéről jellemző. A szerződés kölcsönös és könnyű megszüntetési lehetősége sem áll fenn, hiszen a beteget (a hatósági jellegű orvosi beavatkozások kivételével) illeti meg a szerződéskötés szabadsága, míg az orvost szerződéskötési kötelezettség terheli.<sup>55</sup> Ugyanakkor az orvos gyógy módválasztási szabadsága<sup>56</sup> a jogviszony gondossági jellegét erősítő tényező, hiszen ezáltal a szakember megbízott szerepét tölti be. Gondossági kötelekre utaló elem az orvos egyes mellékkötelezettségeinek jellege is, a titoktartási és adatvédelmi kötelezettség.<sup>57</sup>

A szerződés másik esetleges típusa a vállalkozási szerződés. Ezekben a jogviszonyokban nem a gondossági elem az uralkodó, hanem az eredményszolgáltatás. Ebbe a kategóriába sorolható bizonyos esetekben a fogorvosi ellátás, a nem terápiás célú esztétikai-plasztikai beavatkozás, valamint a német bírói gyakorlat alapján a sterilizálás.<sup>58</sup> Annak ellenére azonban, hogy eredmény keletkezik, amely elszámoltatható, és annak a megvalósítása a prioritás, a gondos eljárás ezekben az esetekben sem mellőzhető. A bírói gyakorlat a felek között alapjában véve a gondossági kötelemet ismeri el, amely bizonyos esetekben az eredménykötelek jellemzőit is magába foglaló polgári jogi jogviszony. A helyreállító, rekonstruktív plasztikai műtétek elvégzésére létrejött megállapodás megbízási szerződésnek minősül, ez esetben nem csupán esztétikai beavatkozásról van szó, hanem az egészséges állapottól eltérő helyzet megszüntetéséről is.<sup>59</sup> Vállalkozással vegyes szerződés alapján járnak el összetett fogászati feladatok kivitelezésénél, a fogmű felhelyezésénél eredmény keletkezik, azonban foghúzás, tömés, gyökérkezelés vonatkozásában a gondossági elemek a mérvadók és meghatározók.<sup>60</sup>

A szerződés rendeltetése a beteg érdekéhez és akaratához illő egészségügyi szolgáltatás biztosítása. A kórháznak biztosítania kell a betegnek a megfelelő, folyamatosan elérhető és az egyenlő bánásmód követelményének eleget tevő egészségügyi ellátást.<sup>61</sup> Az egészségügyi szolgáltató fő kötelezettsége a segítségnyújtás, a beteg szakmai szabályoknak megfelelő ellátása: a beteg vizsgálata, betegség korai felismerése, betegség megfelelő kezelése, további megbetegedések és szövődmények kialakulásának megelőzése.<sup>62</sup> Az elsődleges kötelezettségek mellett az egészségügyi jogviszony alanyait mellékkötelezettségek terhelik: az orvos dokumentációs kötelezettsége, adatvédelmi szabályok betartása; a beteg együttműködése az egészségügyi szolgáltatóval, a kezelésbe való beleegyezés, orvosi utasítások betartása; közös, mindkét fél részéről elvárt a tájékoztatás (orvos: diagnózis, kezelés típusa, mellékhatások és szövődmények, a felírt gyógyszeren kívül rendelkezésre álló, azonos hatóanyag tartalmú és

---

<sup>54</sup> Eütv. 201. § (4) bek.

<sup>55</sup> Jobbágyi i. m. 16.

<sup>56</sup> Eütv. 129. § (1) bek.

<sup>57</sup> Jobbágyi i. m. 17.

<sup>58</sup> Uo. 16.

<sup>59</sup> BH2003. 17.

<sup>60</sup> Barzó (2019): i. m. 447.

<sup>61</sup> BDT2016. 3595.

<sup>62</sup> Kaprinay Zsófia: A mulasztás, mint a jogellenesség az orvosi jogi jogviszonyban. *Debreceni Jogi Műhely*, (2008), 1. 1.

hasonló hatású alacsonyabb árú gyógyszer<sup>63</sup>, társadalombiztosítási támogatás; beteg: panaszok, megbetegedés körülményei, korábbi betegségek); kommunikáció.

A polgári felelősség alapja az orvosi szolgáltatás hibás teljesítése, az egészségügyi kártérítési perek dogmatikai alapja pedig a kezelési szerződés megszegése.<sup>64</sup> A szerződésszegést általában emberi magatartás okozza, akár tevés (a megbízott feladatait felróható módon teljesítette), akár mulasztás okán a szerződés nem teljesül. Ritkábban, amikor nem emberi magatartás okozza, akkor a feleken kívül álló jogi tények, körülmények, harmadik személy tevékenysége vagy mulasztása akár önmagában, akár ezek együttese felelős a szerződésszegésért.<sup>65</sup>

### 5.1.2. A felelősség konjunktív feltételei

Aki másnak jogellenesen kárt okoz, köteles azt megtéríteni. Mentésül a felelősség alól, ha bizonyítja, hogy úgy járt el, ahogy az az adott helyzetben általában elvárható.<sup>66</sup> A polgári jogi felelősségi rendszer rendeltetése, hogy a károsultat a károsodás előtti helyzetbe juttassa. Így a károkozónak kötelessége az eredeti állapotot helyreállítani, ha viszont ez nem lehetséges, akkor kiegészítő elvként a károkozónak a károsult vagyoni kárát kell megtérítenie.<sup>67</sup> A kártérítés célja, hogy a károsultat és/vagy sértett felet ért sérelem, kár anyagilag kompenzálásra jusson, ezzel is „enyhítve” a károkozás tényét. A felelősség generálklauzulájából levezethető általában elvárhatóság egy objektív felróhatósági mérce, az ellátásban résztvevőktől társadalmilag elvárható gondosság, magatartás.<sup>68</sup> Nem a kárt okozó intézmények adottságait és személyzetét kell vizsgálni, hanem az adott speciális szakterületen egészségügyi ellátást nyújtó gyógyintézetektől, orvosoktól általában elvárható gondos eljárást.

A polgári jogi kártérítési felelősségi rendszer az ún. kimentéses rendszeren alapul, amely négy konjunktív feltételt foglal magába: jogellenesség, felróhatóság, kár, okozati összefüggés a kár és a felróható tevékenység között.<sup>69</sup> A károsult köteles bizonyítani a kárt, valamint az okozati összefüggést, a károkozó kimentési lehetőséggel élhet, amennyiben igazolja, hogy magatartása nem volt jogellenes, valamint, ha nem terheli felróhatóság.<sup>70</sup>

#### 5.1.2.1. Jogellenesség

A jogellenesség mögött egy olyan magatartás húzódik, amely jogszabály vagy egyéb jogi norma rendelkezéseit sérti. A jogellenességet meg lehet valósítani aktív (tevés), illetve passzív (mulasztás) magatartással. A polgári felelősség alapjául szolgáló magatartásoknak nincs tételes felsorolása, a károkozás általános tilalma<sup>71</sup> mellett érvényesül a jogellenesség vélelmezett tényállása, vagyis minden károkozó magatartása jogellenes, hacsak nem áll fenn jogellenességet kizáró ok, azaz a károsult beleegyezése, jogos védelem, sürgőshelyzet vagy rendeltetésszerű joggyakorlás – a jogszabályon vagy szerződésen alapuló feljogosítás a kárt

---

<sup>63</sup> 2006. évi XCVIII. törvény a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól 8. §.

<sup>64</sup> Barzó (2019): i. m. 448.

<sup>65</sup> Uo. 415.

<sup>66</sup> Ptk. 6:519. §.

<sup>67</sup> Feith (2021): i. m.

<sup>68</sup> Eütv. 77. § (3) bek.

<sup>69</sup> Elek Balázs - Pribula László - Szabó Krisztián (szerk.): *A jogalkalmazás vitatott területei – az egészségügyi szolgáltatók polgári jogi felelőssége – szigorú bírói gyakorlat?* Debrecen, Debreceni Egyetem Állam- és Jogtudományi Kar – Debreceni Egyetem OEC Általános Orvostudományi Kar, 2013. 14.

<sup>70</sup> Barzó (2019): i. m. 452.

<sup>71</sup> Ptk. 6:518. §.

okozó magatartásra.<sup>72</sup> A tájékoztatás elmaradása és/vagy a beteg önrendelkezési jogának sérülése esetében a kimentés nem lehetséges.<sup>73</sup>

#### 5.1.2.2. Felróhatóság

A kártérítés körében elengedhetetlen szerepe van a felelősség alóli *mentesülés*ben a károkozó részéről annak bizonyítása, hogy magatartása nem volt felróható. Vélelmezett tény, amely a károkozó érdekében megdönthető.<sup>74</sup> Az egészségügyi kártérítési perekben a gondossági mérce magasabb<sup>75</sup>, nagyobb odafigyelést igénylő szakmai feltételeknek kell eleget tenni, vagyis az ellátásban résztvevőktől elvárható gondossággal, szakmai követelmények, etikai szabályok és irányelvek betartásával<sup>76</sup>, legjobb tudás és szakmai kompetencia szerint, lelkiismeretesen, a rendelkezésre álló tárgyi és személyi feltételek felhasználásával<sup>77</sup> kell kezelni a beteget.

#### 5.1.2.3. Kár

A kár a felelősségtan elengedhetetlen konjunktív eleme: ha nincs kár, akkor rendszerint nem beszélhetünk kártérítési felelősségről sem. A magyar jogrendszerben a teljes reparáció elve érvényesül, a károkozó a károsultat ért teljes kár megtérítésére köteles. A károsult igényt tarthat a vagyoni és a nem vagyoni kárainak teljes megtérítésére, amennyiben a negatív állapot vagy folyamat a károsult személyében és biológiai integritásában keletkezett. Ilyen kárnak minősül a károsult elnehezült életvitele, költségei, kiadásai, elmaradt vagyoni előnye.<sup>78</sup> A kár mértékének meghatározása nehézséget okoz, hiszen a kompenzációnak arányosnak kell lennie az okozott sérelemmel, amely a szerződés megkötésének időpontjában előrelátható volt. A kártérítés mértékét csökkenteni kell a károsultat megillető, károkozásból származó előnyök összegével.<sup>79</sup>

#### 5.1.2.4. Okozati összefüggés a kár és a felróható tevékenység között

A releváns okozatosság elve elvárja a logikai összefüggés meglétét a károkozó magatartás és a bekövetkezett káresemény között. Meghatározó felelősségi alakzat, hiszen amennyiben nincs egyértelmű kapcsolat a felróható orvosi mulasztás vagy tevékenység és a kár között, nem lehet szó kártérítésre való jogosultságról sem. Megállapítása komplikált, nem lehet egyértelműen determinálni azt, hogy az egészségügyi szolgáltató felróható kötelezettségszegése okozta-e a kárt vagy betegség természetes lefolyása eredményeként következett be. A bizonyítás ennél a feltételnél a legkörülményesebb. A Ptk. rendelkezése szerint nem állapítható meg az okozati összefüggés azzal a kárral kapcsolatban, amelyet a károkozó előre nem látott, és előre nem is kellett látnia.<sup>80</sup> Ezáltal az okozati összefüggés nem határozható meg akkor, ha beavatkozás közben olyan káros szövődmény következett be, amely a tudomány addigi állása szerint az ellátás tekintetében ismeretlennek vagy elképzelhetetlennek tartott. A bizonyítási terhet a károsult viseli, amelynek tárgya a beteg egészségkárosodásának, vagyis a kárnak, mint az orvosi mulasztás közvetlen következményének a kórházi kezelés során és ideje alatt való bekövetkeztének igazolása. Az egészségügyi szolgáltató köteles bizonyítani, hogy a megfelelő

---

<sup>72</sup> Ptk. 6:520. §.

<sup>73</sup> Feith (2021): i. m.

<sup>74</sup> Fézer Tamás (szerk.): *A kártérítési jog magyarázata. I. Fejezet: A polgári jogi felelősség természete, 3. Cím: A szubjektív és objektív felelősség elhatárolása.* Budapest, Complex, 2010.

<sup>75</sup> Barzó (2019): i. m. 454.

<sup>76</sup> Eütv. 77. § (3) bek.

<sup>77</sup> Eütev. tv. 5. § (1) bek.

<sup>78</sup> Elek – Pribula – Szabó i. m. 15.

<sup>79</sup> Ptk. 6:522. § (3) bek.

<sup>80</sup> Ptk. 6:142. §

ellátás is ugyanezt eredményezte volna.<sup>81</sup> Abban az esetben, ha a páciens állapotának romlása nem az egészségügyi szolgáltató szabálysértő ellátásával egy időben következett be, a kárigényt érvényesítő felet terheli a magatartás és az egészségügyi állapot hátrányos változása közötti okozati összefüggés igazolása.<sup>82</sup>

## **5.2. Hibás teljesítés – Szavatossági igény**

Ahogy már említésre került, az egészségügyi szolgáltató és beteg közötti szerződés rendeltetésének hibás teljesítése szerződésszegésnek minősül. A hibás teljesítés a dolog materiális értelmében vett hiba, valamint az adott szerződésben vállalt szolgáltatás a minőségi követelményeknek megfelelő teljesítésének hiánya.<sup>83</sup> A beteget objektív jellegű szavatossági igények illetik meg abban az esetben, ha az elkészített produktum nem felel meg a követelményeknek, illetve a beteg elképzeléseinek.<sup>84</sup> Bármely szerződési típusnál megjelenik az az elgondolás, miszerint az egészségügyi szolgáltató azért is felelős, hogy a (rendszerint) páciens testébe helyezett termék rendeltetésszerű használatra is alkalmas legyen. A szavatossági jogok az eredménykötelemhez hasonlító kezelési szerződések esetén értelmezhető. Logikus, hiszen ebben az esetben az eredmény számonkérhető, és akár az opcionálisan vállalt jótállási kötelezettségek is fellelhetők, példaképp említhetők a lézeres látásjavító műtétek vagy a foggyökérbeültetések.<sup>85</sup>

A kártérítés alapja a fenti esetekben hibás teljesítés esetén nem önmagában a szakszerűtlen, felróható beavatkozás, hanem a hibás teljesítés, amelynek jogkövetkezménye többféle lehet: a jótállás és a szavatosság. Az egyes implantátumok esetében különböző jótállási és szavatossági szabályok érvényesülhetnek. A szavatossági igény elévülése egy vagy két év: egy év abban az esetben, ha a páciens közintézményben való beavatkozás során kapta a behelyezett, időközben meghibásodott terméket, két év, amennyiben vállalkozástól.<sup>86</sup> A páciens kérésére díjmentes kicserélés kérhető minden köz- vagy magánszolgáltatásban hibásan beépített termék esetén. Árleszállítás abban az esetben említhető, amennyiben a páciens fizetett a beavatkozásért, tipikusan magánszolgáltatásban történő műtét esetén. Elállásra, eredeti állapot visszaállítására, teljes díjvisszatérítésre a szolgáltatás irreverzibilitása miatt érhetően nem kerülhet sor.<sup>87</sup>

A Ptk.-ban foglalt párhuzamos igényérvényesítés tilalma a kellékszavatossági jogok érvényesítésére is kihat. A rendelkezésre többek között az adhatott okot, hogy deliktuális úton ne legyenek megkerülhetők a tapadó károk, azok megtérítését a jogosult csak akkor követelhesse, amennyiben a hibát kijavítással vagy kicseréléssel kiküszöbölni nem tudja, valamint amennyiben a kellékszavatossági határidő még nem évült el. A non-cumul rendelkezés hiányában deliktuális úton a jogosult kellékszavatossági igényét a határidő letelte után is érvényesíthetné.<sup>88</sup>

A hibásan teljesített szolgáltatás kijavításának, megismétlésének kérése ugyanattól a szolgáltatótól a bizalom elvesztése okából nem jellemző. A produktum javítását a beteg elvégeztetheti egy másik szakorvossal, a keletkezett többletköltségek megtérítését követelheti. A Ptk. szabályozása értelmében fedezeti szerződésre vonatkozó szabályok alkalmazására is sor

---

<sup>81</sup> Barzó (2019): i. m. 453.

<sup>82</sup> BDT2017. 3698.

<sup>83</sup> BDT2016. 3510.

<sup>84</sup> Barzó (2019): i. m. 450.

<sup>85</sup> Hanti i. m. 244.

<sup>86</sup> Feith (2021): i. m.

<sup>87</sup> Hanti i. m. 244-245.

<sup>88</sup> Fuglinszky i. m. 67.

kerülhet, amennyiben a beteg a régi orvos által okozott kár kijavítása érdekében egy másik orvoshoz fordul.<sup>89</sup> Ennek értelmében a páciensnek joga van követelni az eredeti szolgáltatótól a megelőző és az új szerződésben kikötött ellenértékek közötti különbséget, valamint az új szerződésből eredő költségek megtérítését.<sup>90</sup>

### **5.3. Kiemelt mellékkötelezettségek az egészségügyi szerződés vonatkozásában**

A megbízottat terhelő mellékkötelezettségek elengedhetetlen tárgykört képeznek egy kártérítést vagy sérelemdíjat érintő jogvitában.<sup>91</sup>

#### *5.3.1. Tájékoztatás*

A régi Ptk. már az orvos-beteg jogviszony egyes kérdésköreit szabályozta; így például a beteg tájékoztatásának követelményét, a beleegyezést és a dokumentálást.<sup>92</sup> A Kúria egyik elvi ügyében hozott határozata<sup>93</sup> tükrözi az egészségügyi kártérítési perek megítélése során meglévő tájékoztatás fontosságát. A felperes keresetében arra hivatkozott, hogy az alperes egy 2013-ban végzett beavatkozást megelőzően tájékoztatási kötelezettségének nem tett eleget, és megsértette a beteg tájékoztatáshoz való jogát azzal, hogy a beteg számára nem nyújtott részletes, egyéniesített, a műtét kockázataira, szövődményeire kiterjedő tájékoztatást, amelyet jelentős mértékben összefüggésbe lehetett hozni a műtét szövődményeként kialakult állapotromlással, egészségkárosodással. Egy korábban végzett, hasonló jellegű beavatkozás előtt adott tájékoztatás nem helyettesíti a perbeli tájékoztatás meglétét, nem mentesíti az orvost az Eütv.-ben előírtaknak megfelelő tájékoztatási kötelezettsége alól, amelyre a bíróság másodfokon is rámutatott, így megállapításra került az orvos mulasztása, ami olyan szövődmények kialakulásához vezetett, amelyek műtét nélkül nem következtek volna be.

A tájékoztatás az egészségügyi jogviszony alanyainak mellékkötelezettsége. Az egészségügyi szolgáltató tájékoztatás, kommunikáció révén tud a diagnózis felállításához közelebb kerülni, a szükséges gyógyszerek alkalmazásának és a beavatkozások kockázatát csökkenteni, vagy azok visszautasításával járó szövődmények bekövetkeztének esélyét determinálni, ennek révén tud élni a gyógymódválasztási szabadságának jogával.<sup>94</sup>

Ideális esetben a tájékoztatás egyéniesített és teljeskörű.<sup>95</sup> Egyéniesített, mert megköveteli a beteg egészségügyi állapotán felül iskolázottságához és a meglévő ismereteihez való alkalmazkodását, továbbá tekintettel kell lennie a páciens életkorára, nemzetiségére, lelkiállapotára. Teljeskörű, mert kellő részletességgel kell a beteget tájékoztatni egészségügyi állapotáról, betegségéről: a kezelés folyamatáról, előnyeiről, hátrányairól, műtét következtében a vártnál rosszabb eredmény bekövetkezésének lehetőségéről, létező alternatív eljárásokról, utókezelésről, utógondozásról, esetleges káros szövődményekről. A tájékoztatásnak továbbá részletesnek és tárgyilagosnak kell lennie.<sup>96</sup>

A betegség természetes lefolyása következtében várható szövődmények kialakulására kiemelten lényeges felhívni a páciens figyelmét. Fontos azonban megjegyezni, hogy a

---

<sup>89</sup> Barzó (2019): i. m. 450.

<sup>90</sup> Ptk. 6:141. §.

<sup>91</sup> Barzó (2019): i. m. 455.

<sup>92</sup> Dósa Ágnes: Összehasonlító egészségügyi jog. Budapest, Complex Kiadó, 2012. 17.

<sup>93</sup> Kúria Pfv.III.22.569/2017.

<sup>94</sup> Eütv. 129. §.

<sup>95</sup> Eütv. 13. §.

<sup>96</sup> Hidvéginé Adorján Livia - Sáriné Simkó Ágnes: *Etikai normák és dilemmák az egészségügyben*. Budapest, Medicina Kiadó, 2018. 29.

tájékoztatáshoz való jog megsértése önmagában nem idézi elő az egészségügyi intézmény kártérítési felelősségét<sup>97</sup>, a beteg tájékoztatási jogának sérelme csak olyan károk tekintetében alapozza meg az egészségügyi szolgáltató felelősségét, amelyek azzal összefüggésben következtek be. A páciens köteles annak igazolására, hogy a megfelelő tájékoztatás esetén nem egyezett volna az operációba.<sup>98</sup> A bírói gyakorlat alapján az egészségügyi szolgáltató tájékoztatási kötelezettségének tárgyköre alól kivételt képeznek a műtéttel esetlegesen nagy valószínűséggel és gyakorisággal elő nem forduló szövődmények és kockázatok. Az orvos felelőssége nem korlátlan a tájékoztatás körében, így az sem kötelezettsége, hogy a beteg állapotával össze nem függő tényekkel, előzményekkel kapcsolatban a beteget részletesen kérdőre vonja.<sup>99</sup> Következtetés, hogy az állapota által indokolt részletességgel kell tájékoztatni a beteget, annak érdekében, hogy lehetősége legyen önrendelkezési jogának gyakorlására, amely következtében megalapozott és megfelelő döntést tud hozni a kezelését illetően.<sup>100</sup>

A tájékoztatási és együttműködési kötelezettség nemcsak az egészségügyi szolgáltatót terheli, hanem a beteget is. Törvényből fakadó kötelessége képességei és ismeretei szerint az ellátásban az egészségügyi dolgozókkal együttműködni.<sup>101</sup> A beteg köteles tájékoztatni az egészségügyi dolgozókat korábbi betegségeiről, gyógykezeléséről, az általa szedett gyógyszerekről és minden olyan információról, amely szükséges a kórisme megállapításához, a kezelési terv elkészítéséhez és a beavatkozás sikeres elvégzéséhez.<sup>102</sup> Továbbá a beteg kötelessége körébe tartozik az is, hogy a betegségével kapcsolatban mindarról tájékoztatást adjon, amely mások életét vagy testi épségét veszélyeztetheti.<sup>103</sup> A tájékoztatási kötelezettség a passzív oldalon kívül egy interaktív résszel is rendelkezik, amely során a beteget a kezelés teljes időtartama alatt és azt követően is megilleti a *kérdés joga*.<sup>104</sup>

Amennyiben a beteg a törvény által előírt kötelezettségeit elmulasztotta, a gyógyulási esélyét maga csökkentette, azaz az elvárható magatartás tanúsításának nem tett eleget. Ilyenkor közrehatásuk alapján kell megosztani a károsult és a károkozó között a kárt, amennyiben pedig ennek mértékét nem lehet megállapítani, akkor egyenlő arányban kell a kárt megosztani a felek között.<sup>105</sup> A károsult felróható közrehatásának *ténye* nem elegendő. Az egészségügyi szolgáltató köteles bizonyítani azt, hogy a beteg oldalán is történt kötelezettségszegés, és az a kárral *okozati összefüggésbe* hozható. Az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelősségének alapját adhatja az is, amennyiben a tájékoztatás csak pozitív tényeket és eredményeket tartalmaz, az állapotrosszabbodás lehetőségének felvázolása nélkül. A tájékoztatás megtörténtének és tartalmának bizonyítása az egészségügyi szolgáltatót terheli.<sup>106</sup>

1999-ben végeztek egy Országos Betegelégedettségi Vizsgálatot, *Tóth István György* vezetésével, amely során 38 kórházból távozó betegek részére kiküldött kérdőív adatait feldolgozva következtettek az egészségügyi ellátással való elégedettségük mértékére. A betegek otthonaikban kitöltött és postán visszaküldött ötfokozatú értékelési rendszeren alapuló kérdőívek válaszlehetőségei az alábbiak voltak: nagyon elégedett, elégedett, elégedett is meg nem is, elégedetlen, nagyon elégedetlen. A kutatás három témakörre összpontosított:

---

<sup>97</sup> BDT2016. 3445.

<sup>98</sup> BH2003. 453.

<sup>99</sup> Barzó (2019): i. m. 459.

<sup>100</sup> Törőcsikné i. m.

<sup>101</sup> Eütv. 26. § (2) bek.

<sup>102</sup> Eütv. 26. § (2) bek. a) pontja.

<sup>103</sup> Eütv. 26. § (2) bek. b) pontja

<sup>104</sup> Elek - Pribula – Szabó i. m. 50.-52.

<sup>105</sup> Ptk. 6:525. § (1)-(2) bek.

<sup>106</sup> Barzó (2019): i. m. 456.

ellátásokkal való általános elégedettség mértéke, az elégedettség dimenziói és az elégedettség mértékét meghatározó tényezők. A vizsgálatok szoros összefüggést mutattak a kórházi ellátás egyes elemei és a kapott szolgáltatás általános megítélése között. Ezen nyolc elégedettségi mutató egyike volt a tájékoztatás. A válaszadók huszonkét százaléka nem volt elégedett az ellátás során kapott tájékoztatással. Összességében megállapításra került, hogy a tájékoztatás és annak mértéke ugyanolyan szerepet játszik az elégedettség formálásában, mint a személyiségi- és más betegjogok alakulásának megítélése. Például azon betegek, akik a betegségükkel kapcsolatos bármely információról nem kaptak tájékoztatást, emiatt az egy faktor miatt elégedetlenebbek voltak összességében is, annak ellenére, hogy a többi tényezővel nem akadt gondjuk.<sup>107</sup>

### 5.3.2. Tájékozott beleegyezés

Az egészségügyi kártérítési perek jelentős részében sérelmezik a betegek az Eütv. által rögzített úgynevezett „tájékozott beleegyezés” hiányát. A betegnek jogában áll, hogy a kezelését érintő döntések meghozatalában közreműködjön. Az egészségügyi beavatkozás elvégzéséhez szükséges, hogy a beteg megtévesztéstől, fenyegetéstől, kényszertől mentesen a megfelelő tájékoztatáson alapuló írásos beleegyezését adja.<sup>108</sup> Ennek hiányában az egészségügyi intézmény felel a műtét következtében kialakuló olyan szövődményért, amely a beavatkozás nélkül nem következett volna be.

Már 1947-ben szabályozták a vizsgálatok lebonyolításához szükséges tájékoztatást. A náci orvosok embereken végzett kísérleti tevékenységét tárgyaló nürnbergi orvosperek eredményeként megszületett Nürnbergi kódex első vezérelve a kísérleti alanyok teljes tájékoztatása, valamint a vizsgálatok elkezdéséhez és elvégzéséhez az alany által és a tájékoztatás során megismert tények mérlegelése révén tett önkéntes hozzájárulás volt.<sup>109</sup> A „tájékozott beleegyezés” terminus technicust egy 1957-es amerikai bírósági ítéletben használták először *'informed consent'* kifejezésként.<sup>110</sup> Az alperes (orvos) arra hivatkozva próbálta menteni magát, hogy kollegái körében sem szokás tájékoztatni a beteget a vizsgálattal kapcsolatos veszélyekről, ennek értelmében járt el ő is. A bíróság végül kimondta, hogy bármilyen információ visszatartásával, amely alapját képezi a beteg gyógykezelésébe való beleegyezésének, az orvos megszegi kötelességét és felelősséggel tartozik. A kockázati tényezők közlése nagy körültekintést igényel, ugyanis ezek mérlegelése kiemelten szükségesek a beteg tájékozott beleegyezéséhez. 1964-ben a WHO Helsinki Nyilatkozata kimondta, hogy a beteg szellemi képességével és mentális állapotának megfelelő tájékoztatást követően az orvosnak kell megszereznie a páciense önként adott írásos beleegyezését.<sup>111</sup>

A régi, 1972-es Eütv. egyértelműen rögzítette, hogy az orvosnak a beteg állapotáról megfelelően tájékozódnia kell, azonban az nem került rögzítésre, miszerint az eljárásnak a betegnek adott tájékoztatáson kellene alapulnia, amit az 1997-es Eütv. már szabályoz.<sup>112</sup>

---

<sup>107</sup> Janky Béla: Betegek elégedettsége az egészségügyi rendszerben. A második betegelégedettségi vizsgálat eredményei. Kolosi Tamás - Tóth István György - Vukovich György (szerk.): *Társadalmi riport 2002*. Budapest, TÁRKI, 2002. 289-294.

<sup>108</sup> Eütv. 15. § (3) bek.

<sup>109</sup> Kovács Judit - Tolvaj Balázs - Huszár András: Bioetika és az emberi tényező. Az emberi tényező bioetikai alkalmazási lehetőségeinek néhány kérdése. *Hadmérnök*, III. (2008), 2. 54.

<sup>110</sup> Dennis J. Mazur: Influence of the law on risk and informed consent. *BMJ* 2003 Sep 27, 327(7417); 731-732.

<sup>111</sup> World Medical Association Declaration of Helsinki 1964. II. Clinical research combined with professional care 1., III. Non-therapeutic Clinical Research 3c.

<sup>112</sup> Töröcsikné i. m.



### 5.3.3. Utasításadási jog

A szolgáltató és a beteg között fennálló jogviszony elemzésénél ismertetésre került, hogy az egészségügyi jogviszonyok döntő többsége gondossági kötelem, tehát megbízási szerződéshez áll közel. Az egészségügyi viszonyrendszerben létrejövő kezelési szerződés szabályai eltérnek annak általános megbízási szerződés szabályaitól. Kiváló példa a megbízó utasítási jogának érvényesülési korlátja, ugyanis a beteg nem rendelkezik utasítási joggal az orvos irányába, a kezelőorvos jogában áll megválasztani az alkalmazandó vizsgálati és terápiás módszert<sup>113</sup>, amely megköveteli a beteg tájékozott beleegyezését.<sup>114</sup>

### 5.3.4. Dokumentáció

A tájékoztatási kötelezettség teljesítésének igazolása érdekében az egészségügyi szolgáltatónak egészségügyi dokumentációt érdemes és szükséges vezetni. Az egészségügyi dokumentáció az ellátás során az egészségügyi dolgozó tudomására jutott, a beteg kezelésével kapcsolatos egészségügyi és személyazonosító adatokat tartalmazó feljegyzés<sup>115</sup>, amely valósághűen tükrözi az egészségügyi ellátás folyamatát.<sup>116</sup> Az egészségügyi szolgáltató számára ezen nyilvántartás vezetése előnyös, hiszen a kezelés menetét örökíti meg, amellyel könnyen bizonyítható az elvárható gondos eljárása a felperessel szemben, elérhetővé téve számára így a felelőssége alóli kimentés lehetőségét.<sup>117</sup> A szakorvosi vizsgálat rögzítésének hiányát az egészségügyi intézmény terhére kell értékelni.<sup>118</sup> A dokumentáció vizsgálata során fontos szerepe van annak, hogy rögzítésre került-e a beteg tájékoztatásának ténye és esetlegesen a tartalma. Ha rögzítésre kerül, hogy az eljáró orvos kellőképpen tájékoztatta-e a beteget, amelynek eredményeként a páciens minden olyan lényegi információról tudomást szerzett, amelyek birtokában az egészségügyi állapota miatt szükségessé vált beavatkozás kérdésében dönteni tudott.<sup>119</sup> Amennyiben az orvos nem vezet egészségügyi dokumentációt, megfosztja magát annak igazolásától, hogy a felperesnek nyújtott ellátás kifogástalan volt, a keletkezett kár nem a műtét során vétett, felróható szakmai hiba eredménye, hanem megfelelő, gondos ellátás mellett is bekövetkezett volna.<sup>120</sup> A dokumentációban történő elírás személyiségvédelmi jogvitát alapozhat meg, amely a következő fejezetben kerül kifejtésre.<sup>121</sup>

## 6. A nem vagyoni kártérítés intézménye és a sérelemdíj az egészségügyi kártérítési perekben

A személyiségi jogok minden természetes személyt születésüktől fogva megilletnek. A Ptk. a személyek vagyoni viszonyain túl foglalkozik a személyi viszonyokkal is, ennek sarkalatos eleme, hogy az emberi méltóság sérthetlenségéből származtatott általános személyiségi jogokat védelme alá vonja.<sup>122</sup> Mindenkinnek jogában áll, hogy a személyiségéhez közvetlenül kapcsolódó jogokat szabadon érvényesíthesse, úgy, hogy azokat mindenki köteles tiszteletben

---

<sup>113</sup> Eütv. 129. § (1) bek.

<sup>114</sup> Eütv. 129. § (2) bek. a) pontja.

<sup>115</sup> Eütv. 3. § p) pontja.

<sup>116</sup> Eütv. 136. § (1) bek.

<sup>117</sup> BDT2010. 2335.

<sup>118</sup> BDT2014. 3199.

<sup>119</sup> Elek – Pribula – Szabó i. m. 44.

<sup>120</sup> Barzó (2019): i. m. 456-457.

<sup>121</sup> Uo. 457.

<sup>122</sup> Ptk. 2:42. § (2) bek.

tartani, ezáltal abban senki sem gátolhatja.<sup>123</sup> Az emberi méltóság megsértése abból ered, ha a személyt méltatlan, hátrányos helyzetbe hozzák.<sup>124</sup>

A személyiségvédelem domináns komponense az egészségügyi jogviszonyoknak, ami megnyilvánul a tájékoztatás és beleegyezés fontosságában, a titoktartási kötelezettségben, az adatok megőrzésében és védelmében, az emberi méltóság, valamint az élethez és egészséghez való jog tiszteletben tartásában. Arról már szó esett korábban, hogy az orvos-beteg közötti szerződés inkább megbízási típusú gondossági kötelelem, de mégis sajátosnak mondható e viszonyrendszer, ugyanis több gondossági kötelelem jellegzetes sajátossága nem jellemző az orvos-beteg között fennálló szerződésben. Ugyanígy kiemelendő, hogy a személyiségvédelem helyett a gondossági kötelekben leginkább a vagyoni meghatározottság, költségviselés és elszámolás fontossága dominál, amely az egészségügyi viszonyrendszerben háttérbe szorul, ugyanis a pénzügyi fedezetet többnyire a társadalombiztosítás szolgáltatja.<sup>125</sup>

Az egészségügyi szolgáltatás által a beteg vagyoni és nem vagyoni sérelmeket is szenvedhet, amely következtében igényt érvényesíthet a szolgáltatóval szemben, így megállapítható, hogy az egészségügyi eljárások vagyoni és nem vagyoni sérelmek miatti felelősségrevonásra irányulnak. A nem vagyoni sérelmek orvoslásáért a személyiségi jogok megsértése esetén sérelemdíj kerül alkalmazásra. Az 1959-es Ptk. hatálya alatti ítélkezési gyakorlat szerint a károsult nem vagyoni kártérítésre csak nem vagyoni hátrány bizonyítása esetén volt jogosult.<sup>126</sup> A nem vagyoni kártérítés intézménye az 1959-es Ptk.-t módosító 1977. évi IV. törvény hatályba lépésével került a magyar jogrendbe. Eszerint amennyiben a károkozás a károsultnak a társadalmi életét, illetve magánéletét súlyosan megnehezítette, nem vagyoni kárát a károkozó köteles volt megtéríteni.<sup>127</sup> 1992-ben hatályon kívül helyezte e rendelkezést az Alkotmánybíróság, ezáltal a bíróságok feladata lett a kérdéskör feltételeinek kialakítása, azonban ezáltal sem sikerült egységes álláspontot kialakítani: egyes bíróságok szerint a nem vagyoni kártérítésre a személyiségi jogsértés önmagában okot adott, így nem követelték meg a hátrány bizonyítását a sértettől, míg más bíróság megkövetelte annak bizonyítását. Az egységes bírói gyakorlat hiányában a 2013-as Ptk. feladata volt annak meghatározása, hogy ki jogosult nem vagyoni kárának kompenzációjára. Kimondja, miszerint akit személyiségi jogában megsértenek, a jogsértés ténye alapján, tehát más tényállási elem, hátrány bekövetkeztének bizonyítása nélkül<sup>128</sup> követelheti a jogsértés megtörténtének bírói megállapítását, a jogsértés abbahagyását, a sérelmes helyzet megszüntetését és a további jogsértéstől a jogsértő eltiltását, megfelelő elégtételt és nyilvánosságot, a jogsértést megelőző állapot helyreállítását, továbbá, hogy a jogalap nélküli gazdagodás szabálya szerint a jogsértő magatartással elért vagyoni előnyt a jogsértő a sérelmezett javára engedje át.<sup>129</sup> Ezen szabályozás könnyen illeszkedik a bírói gyakorlat azon vizsgálódási alapjához, amely keretében arra keresik a választ, hogy a személyiségi jogsértést megalapozó káresemény milyen változást idézett elő a sértett életvitelében, életminőségében, jövőbeli lehetőségekben, személyiségében.<sup>130</sup> A nem vagyoni jogsértés megnyilvánulhat testi-, lelki- és fizikai változásokban.<sup>131</sup>

---

<sup>123</sup> Ptk. 2:42. § (1) bek.

<sup>124</sup> EBH1999. 15.

<sup>125</sup> Jobbágyi i. m. 16.

<sup>126</sup> EBH2000. 302. (Legfelsőbb Bíróság Pfv.IV.20.895/2000.)

<sup>127</sup> Barzó – Heiner i. m. 1514.

<sup>128</sup> Ptk. 2:52. § (2) bek.

<sup>129</sup> Ptk. 2:51. §.

<sup>130</sup> Fézer i. m. 373.

<sup>131</sup> Barzó – Heiner i. m. 1515.

## 6.1. A sérelemdíj

Akit személyiségi jogában megsértének, sérelemdíjat követelhet az őt ért nem vagyoni sérelemért.<sup>132</sup> A jogintézmény rendeltetését kettősség jellemzi: a közvetett kompenzáció és a magánjogi büntetés.<sup>133</sup> Célja elsősorban a jogsértést megelőző állapot helyreállítása azáltal, hogy a sérelmezett személy a sérelemdíj által vagyoni kompenzációban részesül. Ennek szándéka, hogy elégtételt és némi vigaszt szándékszik nyújtani.<sup>134</sup> Másodsorban a jogsértő számára kiszabott magánjogi büntetés, amely célja mind a speciális, mind az általános prevenció. Előbbi alatt értendő a sérelemdíj összegének visszatartó ereje, amely a jogsértőt hátráltatni rendeli a jövőben az ismételt jogsértéstől, a sérelemdíj prevenció funkciója a társadalomra vetíthető le, hasonló jogsértő cselekménytől való tartózkodásra irányul.<sup>135</sup> A sérelemdíj megállapításának alapját képező tárgyához vonatkozóan annak megállapítása a bíróság feladata, hogy milyen típusú személyiségi jogsértések tartoznak az immateriális sérelem körébe, amely alapján a sérelmezett keresetet indíthat a sérelemdíj iránt. A bíróságok abban az esetben tekinthetnek el a sérelemdíj kiszabásától, ha megállapítják, hogy személyiségi jogi jogsértés nem történt, a bekövetkezett 'káros következmény' az élet általános velejárója.<sup>136</sup> Azonban a nem vagyoni kár meglétének elhagyhatatlan eleme az emberi személyiség testi, lelki életminőségének hátrányos megváltozása, amelyre csak azon kutatással derülhet fény, amely során az emberi személyiség életminőségének csökkenését, testi vagy lelki trauma bekövetkeztét, vagyis a személyiség életminőségének sértését vizsgálják.<sup>137</sup> A bíróság objektív és szubjektív szűrőn keresztül veszi szemügyre a jogellenes, személyiségi jogot sértő magatartást. Az objektív szűrőn keresztül azt vizsgálják, hogy a jogsértő megnyilvánulása általános tapasztalás alapján személyiségi hátrányt okozhat-e. A szubjektív szűrő akkor kerül elő, amennyiben az objektív szűrő negatív eredményt hoz, azaz a jogsértés általánosságban nem alkalmas a nem vagyoni hátrány okozására, ez esetben azt elemzik, hogy a sérelmezett személy személyiségére, érzékenységére tekintettel volt-e, és hogy ez előidézhette-e a sérelemdíj megítélését követelő állapotot.<sup>138</sup>

A sérelemdíj megállapításához szükséges mind a személyiségi jogi jogsértés, mind a nem vagyoni sérelem bekövetkezése.<sup>139</sup> Azonban a jogsértés megvalósulásával a sérelem bekövetkeztét az új szabályozás vélelmezi<sup>140</sup>, így a sérelemdíjra való jogosultság megállapításához a jogsértés tényén felül nem szükséges egyéb hátrány bizonyítása.<sup>141</sup> A személyiségi jogsértések esetén is a szerződésen kívül okozott kárért való felelősségre vonatkozó szabályokat kell alkalmazni.<sup>142</sup> Ahhoz, hogy az egészségügyi szolgáltató fizetési kötelezettségét meg tudják határozni, a korábban már ismertett polgári felelősségi rendszer feltételeinek kell fennállni, azaz a személyiségsértő magatartásnak jogellenesnek, a nem vagyoni sérelemnek megállapíthatónak, a jogsértő magatartás és nem vagyoni sérelem között okozati összefüggésnek és a jogsértésnek felróhatónak kell lennie.<sup>143</sup>

---

<sup>132</sup> Ptk. 2:52. § (1) bek.

<sup>133</sup> Lábady Tamás: Sérelemdíj versus nem vagyoni kártérítés. *Állam és Jogtudomány*, (2016), 1. 42.

<sup>134</sup> Fuglinszky i. m. 833.

<sup>135</sup> Uo. 833-834.

<sup>136</sup> Uo. 839-840.

<sup>137</sup> Petrik Ferenc: A nem vagyoni kár megtérítése védelmében. *Polgári Jogi Kodifikáció*, (2003), 1. 7.

<sup>138</sup> Barzó Tímea: A nem vagyoni sérelem szankcionálásának fejlődési tendenciái. In Gellén Klára – Görög Márta (szerk.): *Lege et fide. Ünnepi tanulmányok Szabó Imre 65. születésnapjára*. Szeged, Iurisperitus Kiadó, 2016. 47.

<sup>139</sup> Ptk. 2:52. § (1) bek.

<sup>140</sup> Barzó (2016): i. m. 48.

<sup>141</sup> Ptk. 2:52. § (2) bek.

<sup>142</sup> Eütv. 244. § (2) bek.

<sup>143</sup> Eütv. 2:52. § (2) bek.

A sérelemdíj fizetési kötelezettség alóli kimentéshez a jogsértő köteles bizonyítani, hogy az általában elvárható módon járt el az adott helyzetben.

### 6.1.1. A sérelemdíj mértéke

A 2013-as Ptk. a személyiségi jogok nem vagyoni sérelmeinek szankcionálását a sérelemdíj jogintézményének bevezetése által pénzben állapítja meg. A Ptk. 2:52. § (1) bekezdésének értelmezése alapján abban az esetben alkalmazható a sérelemdíj szankcióként, ha a fent ismertetett kettős funkcióját betölti. Ezen rendelkezés célja azon jogalkalmazási gyakorlat kialakítása, amely nem kötelez a sérelem közvetett kompenzálását és a jogsértéstől visszatartó megelőző hatását betölteni képtelen bagatell mértékű sérelemdíj megfizetésére.<sup>144</sup> A sérelemdíj a személyiségi jogok megsértésének egyrészt közvetett vagyoni kompenzációja, a sérelem egyszeri reparációjára hivatott, így csak egy összegben kerülhet meghatározásra, amelynek mértékét a bíróság mérlegelés útján határozza meg, amely során különös figyelmet kell fordítani jogsértés súlyára, ismétlődő jellegére, felróhatóságának mértékére, a sértettre és annak környezetére gyakorolt hatására.<sup>145</sup> Elsősorban a jogsértés súlyossága alapján kell meghatározni a sérelemdíj összegének mértékét, továbbá vizsgálni kell a jogsértő magatartásának ismétlődő jellegét, hiszen súlyosabb mértékű szankció szabható ki azon jogsértőre, akit nem tartott vissza korábbi jogsértésének szankciója a további károkozástól. Ezentúl magától értetődően figyelembe kell venni a felróhatóság mértékét és a jogsértés hatását, vagyis, hogy mennyire változtatta meg a sérelmezett fél életvitelét, ugyanis kár elszenvedésének következtében *munkahelyének elvesztése* is okozhat pszichés sérelmet.<sup>146</sup>

### 6.1.2. A nem vagyoni sérelmek leggyakoribb esetei az egészségügyi kártérítési perekben

#### 6.1.2.1. A beteg egészségkárosodása

A nem vagyoni hátrány kategóriájába tartozik az, amennyiben az egészségügyi szolgáltató felróható magatartásával lelki és fizikai gyötrellemmel járó egészségkárosodást okoz. Ezáltal nemcsak a gyógyulási idő hosszabbodik meg, hanem súlyos állapot is beállhat. Az elszenvedett károsodás és lelki szenvedés nagysága a sérelemdíj összegének megállapításánál jelentős<sup>147</sup>, bár kérdés, hogy egy egészséges végtag elvesztését eredményező, lelki gyötrelmet okozó súlyos egészségkárosodást akár nagy összeggel meg lehet-e téríteni, lehet-e kompenzálni a beteg számára, ezért is jelentős alaposan megvizsgálni a szolgáltató felelősségi kérdését ilyen esetekben is.<sup>148</sup> A károsult személyiségi jogában ért sérelem jelentőségét *egyéniesítve*, marandandó egészségkárosodás kapcsán a sértett *életvitelére és önképére* gyakorolt hatásával arányosan értékeli.<sup>149</sup>

#### 6.1.2.2. A hozzátartozó elvesztéséből, súlyos egészségkárosodásából eredő hozzátartozói igények

A hozzátartozói nem vagyoni kártérítésre alapot adó hátrányok meghatározása nehézséget okoz, amely leginkább az immateriális hátrány különböző típusából, egyedi vonásából és annak ellensúlyozására hivatott jogkövetkezmény összefüggésének hiányából ered. Közös vonás a

---

<sup>144</sup> Lábady i. m. 43.

<sup>145</sup> Ptk. 2:52. § (3) bek.

<sup>146</sup> Fuglinszky i. m. 835.

<sup>147</sup> Barzó Tímea: A sérelemdíj alkalmazásának új dimenziói az egészségügyi kártérítési perekben. *Publicationes Universitatis Miskolcensis. Sectio Juridica et Politica. Tomus XXXV.* 2017. 210.

<sup>148</sup> Tucsek Blanka: A nem vagyoni sérelem megjelenése az egészségügyben. *Miskolci Jogtudó*, (2018), 1. 49.

<sup>149</sup> BDT2016. 3493.

hozzátartozói immateriális kártérítési hátrányokban, hogy az a családi viszonyban álló személy elvesztésére, súlyos egészségkárosodására vezethető vissza.<sup>150</sup>

Az egészségügyi szolgáltató valaki hozzátartozójának halálát okozó felróható magatartása vagy mulasztása. Vizsgálni kell az ennek következtében kialakult lelki fájdalom hatását a hozzátartozó családi-, érzelmi- és magánéletére, továbbá az egyénnek a társadalomhoz való kapcsolódásában jelentkező sérelmét, amely hátrányt okoz: milyen mértékű és jellegű hatást fejt ki a hozzátartozó személyiségi jogára, például a teljes családban nevelkedésére, életminőségére, jövőbeni lehetőségekre, érzelmi életének fejlődésére, személyének önmegvalósítására. Amennyiben a gyász a hozzátartozó pszichés károsodását váltja ki, azaz depressziót, szorongást, önvádat, a halált okozó felróható magatartás, mulasztás a hozzátartozó egészséghez való jogát is megsérti.<sup>151</sup> Ezen esetkör kapcsán említést kell tenni a harmadik leggyakoribb esetkőről, vagyis a hozzátartozó súlyos egészségkárosodásából eredő hozzátartozói igényekről. Ebben az esetben beszélhetünk egy közvetlenül (beteg) és egy közvetetten (hozzátartozó) személyiségi jogában sértettről. A közvetett sértett személy *sui generis* igényt érvényesíthet, de csak abban az esetben, amennyiben a hozzátartozó súlyos egészségkárosodása az igényérvényesítő személy életét is tartósan nehezítette, ellehetlenítette. Egészséghez való jog sérelme ebben az esetben is felléphet súlyos pszichés trauma előidézése esetén.<sup>152</sup>

Amennyiben a beteg késői kórmeghatározása vagy félrediagnosztizálása következne be, csökken a *beteg gyógyulási esélye*. A bíróság ennek kapcsán többször is vizsgálta a felróható magatartás, a mulasztás és a beteg gyógyulási esélyének relációját.<sup>153</sup> A gyógyulási esély elvesztésében a testi épséghez, egészséghez fűződő jog megsértését látták, ezáltal nem vagyoni kártérítésként ítélték meg.<sup>154</sup> Léteznek olyan súlyos mértékű egészségkárosodások, amelyek egyértelműen magával hozzák a hozzátartozó sérelemdíj iránti igényét. Vannak azonban olyan esetkörök, amely vonatkozásában a hozzátartozó immateriális kártérítési igényének megállapítása nem volt egyszerű. A bíróság bizonyos esetekben az egészséges családban élés jogának, azaz egy új személyiségi jognak a megalkotásával próbálta konkretizálni azon esetköröket, amelyek megsértése alapján régen nem vagyoni kártérítés (jelenleg sérelemdíj) iránti igénnyel élhet a sértett. E körben feltétlen meg kellett határozni azokat a további feltételeket, amelyek alapján sérelemdíj iránti igényével élhet a hozzátartozó. Elengedhetetlen kritérium a hozzátartozó sérülése vagy halála, amely következtében a családi funkciók kiesése révén a károsult életvitele a korábbiaktól eltérő módon kedvezőtlen irányban változik meg.<sup>155</sup> Elsősorban a két alany közötti érzelmi-lelki kapcsolat tartalmának vizsgálata a fontos. További feltétel az, hogy a károkozásakor a személyiségi jogaiban sértett hozzátartozóknak élniük kell, nem létező hozzátartozói kapcsolatok esetén ugyanis nem értelmezhető a hozzátartozónak okozott kár fogalma.<sup>156</sup>

---

<sup>150</sup> Fővárosi Ítéltábla Polgári Kollégium: A hozzátartozói nem vagyoni kártérítés egyes kérdései című előterjesztése, 2008. 04. 28, [https://fovarosiitlotabla.birosag.hu/sites/default/files/field\\_attachment/2008\\_-\\_a\\_hozzatartozoi\\_nem\\_vagyoni\\_karterites\\_egyes\\_kerdesei.pdf](https://fovarosiitlotabla.birosag.hu/sites/default/files/field_attachment/2008_-_a_hozzatartozoi_nem_vagyoni_karterites_egyes_kerdesei.pdf) (2022. 04. 22). 1.

<sup>151</sup> Barzó (2017): i. m. 211.

<sup>152</sup> Barzó (2017): i. m. 212.

<sup>153</sup> Tucsek i. m. 50.

<sup>154</sup> Fuglinszky i. m. 842-843.

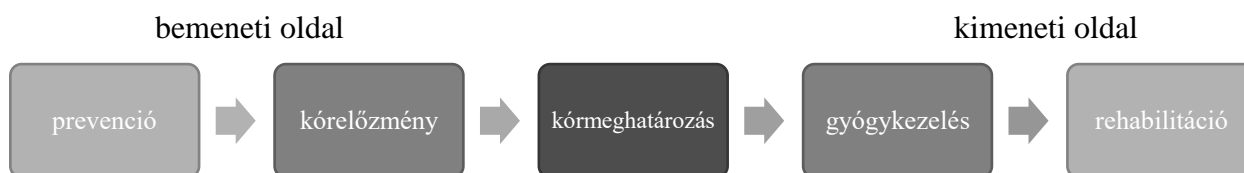
<sup>155</sup> Fővárosi Ítéltábla Polgári Kollégium: A hozzátartozói nem vagyoni kártérítés egyes kérdései című előterjesztése, 2008. 04. 28, [https://fovarosiitlotabla.birosag.hu/sites/default/files/field\\_attachment/2008\\_-\\_a\\_hozzatartozoi\\_nem\\_vagyoni\\_karterites\\_egyes\\_kerdesei.pdf](https://fovarosiitlotabla.birosag.hu/sites/default/files/field_attachment/2008_-_a_hozzatartozoi_nem_vagyoni_karterites_egyes_kerdesei.pdf) (2022. 04. 22). 3.

<sup>156</sup> Barzó (2017): i. m. 212-213.

Az igényérvényesítés megkönnyítése érdekében többnyire vélelmezett a beteg halála vagy egészségkárosodása, mint kár az egészségügyi ellátás során vétett kezelési hiba következményeként.<sup>157</sup> Így a károsultnak állapota hátrányos változása és a gyógyintézet által nyújtott kezelés közötti *okozati összefüggést* szükséges bizonyítani. A gyógyintézet annak bizonyításával mentheti ki magát a felelősség alól, hogy az általában elvárható gondossággal, *szakmai követelményeknek és szabályoknak* megfelelő ellátást nyújtott a beteg részére és a kár ennek ellenére következett be.

## 7. Veszélyes üzemi felelősség

Amikor egészségügyi ellátásról van szó, nem feltétlen gondolunk annak veszélyes üzemi jellegére. Ahogy a 3. ábra is szemlélteti, a beteg a bemeneti oldalon keresztül jut a diagnózis megállapításához, amely véleményem szerint a tetőpont, hiszen abban a fázisban konkretizálódik a beteg további útjának pontos iránya, amelynek végét a futószalag kimeneti oldala alkotja, és ideális esetben a beteg az egészségügyi intézményt gyógyultan hagyja el.<sup>158</sup>



**3. ábra: Az egészségügyi ellátás üzemi jellege**

Forrás: HANTI Péter: *Felelősség és kockázatmenedzsment az egészségügyben*. CompLex Kiadó, Budapest, 2013. (saját szerkesztés)

Ahogy fejlődik a technológia, és még inkább bevonásra kerülnek a különböző csúcstechnológiával ellátott készülékek a munkavégzés különböző területére, ezzel az ellátás minőségének javítása mellett esetlegesen gyarapíthatja az előforduló balesetek számát, megteremtve így az egészségügyi dolgozók felelősségének egy új, folyamatosan bővülő tárgykörrel rendelkező dimenzióját. A beavatkozások során használt eszközök nem megfelelő alkalmazásából származó károk mértéke szükségessé teszik a veszélyes üzemi felelősség szabályainak alkalmazását. A veszélyes üzemi felelősség szabályait kell alkalmazni akár akkor, ha a berendezést az orvosi ellátás szerves részét képező gyógyászati céllal veszik igénybe, és annak során okoz káros szövődményt a beteg szervezetre gyakorolt közvetlen hatása által, akár, ha a gyógyászati céltől független, műszaki okból okoz kárt.<sup>159</sup> Mind az 1959-es, mind pedig a 2013-as Ptk. az általános kártérítési felelősségnél szigorúbb szabályozást ír elő ennél a tárgykörnél, hiszen a károkozó csak abban az esetben mentesülhet a kártérítési felelősség alól, ha bizonyítja, hogy a kárt a működési körén kívül eső és elháríthatatlan ok idézte elő.<sup>160</sup> Éppen ezért a veszélyes üzemi felelősség jogintézménye tekintetében a károkozó kimentése szinte kivitelezhetetlen, objektivitása jellegénél fogva a beteg védelme érdekében adaptálták az egészségügyi szabályozásban.<sup>161</sup>

<sup>157</sup> BDT2013. 2874.

<sup>158</sup> Hanti i. m. 103.

<sup>159</sup> Törő Károly: *Az orvosi polgári jogi viszony*. Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 1965. 320-321.

<sup>160</sup> Ptk. 6:535. § (1) bek.

<sup>161</sup> Csitéi (2017): i. m. 47.

A törvény nem rendelkezik arról, pontosan mi tartozik a veszélyes üzemi felelősség körébe. Azt a tevékenységet minősíthetjük fokozott veszéllyel rendelkezőnek, amely jellegéből adódóan nagy számban előforduló és súlyos károkozás kockázatával jár. Az elektromos kés használata például veszélyes üzemi tevékenységnek minősült, amikor a beteg fertőtlenítését alkoholos vegyszerrel végezték.<sup>162</sup> Amennyiben az ennek minősített tevékenység folytatása károkozással jár, az viseli a felelősséget, aki érdekében a veszélyes üzem működik, aki az üzembentartó.<sup>163</sup>

Annak ellenére, hogy az operáció során alkalmazott elektromos berendezés által okozott sérülés lehetett volna a műtét során fellépő kockázat, amely által a keletkezett kárigény nem hárítható át a kórházra<sup>164</sup>, a bírósági határozat rámutatott arra is, hogy a fokozott veszéllyel járó tevékenységgel okozott kár megtérítésére vonatkozó szabályokat kell alkalmazni a felelősség megállapításánál, amennyiben a beavatkozáshoz használt orvosi berendezés műszaki meghibásodására vezethető vissza az operáció során elszenvedett egészségkárosodás. Ennél fogva a károkozó nem mentesülhet a felróhatóság hiányára való hivatkozással.<sup>165</sup> Ugyan a vesekövet eltávolító műtétek rutin beavatkozásnak számítanak manapság, a következő jogeset, amelyből a fenti megállapítást a bíróság levonta, igazolja, hogy szinte mindennap végzett operációknál is megfelelő gondosságot kell tanúsítani. A határozat tárgyát egy 2010-ben történt beavatkozás képezte, amely során vesekő eltávolítására alkalmazott Calculusplit nevű orvostechikai eszköz tömítetlenségéből fakadó levegőgyülem először a hashártya mögötti térbe, majd az érrendszerbe került, ami a keringés összeomlásának okozásán keresztül agyi oxigénhiányos károsodáshoz vezetett, ennek következtében a beteg kómába került. A felperesek a bizonyítási kötelezettségüknek eleget tettek, sőt azt meg is haladták, hiszen az okozati összefüggés meglétét is igazolták az általuk csatolt szakvélemény által. Az alperes arra hivatkozott, hogy az alkalmazottai az általában elvárható gondosság tanúsításával a szakmai és etikai szabályoknak eleget tettek a beavatkozás során, sőt a használt eszköz karbantartása, ellenőrzése során is. Ugyan a berendezés forgalmazója nem úgy járt el, ahogy az elvárható lett volna, annak ellenére, hogy a berendezés üzemeléséről és működtetéséről tájékoztatta, magyar nyelvű használati utasítást nem adott, amelyben feltüntették, hogy műszer tömítése 30 sterilizálást követően cserélendő. Ennek hiánya révén, amelyet egyébként az alperes jogelődje sem kért, nem végeztette el a tömítés cseréjét. A bíróság megállapította, hogy az esemény elkerülhető lett volna abban az esetben, ha nem üreges szonda kerül alkalmazásra, vagy amennyiben az előírásnak megfelelően 30 alkalmanként a tömítés cserélve van, és így megfelelően zár, vagy amennyiben használat előtt vizes próbát végeznek. Korábban az alperes által igazolni kívánt általában elvárható gondosság követelményének akkor tett volna eleget, amennyiben a műszer alkalmazásához az elengedhetetlenül szükséges magyar nyelvű használati utasítást beszerzi, idegen nyelvű esetében lefordíttatja, így tudták volna szükségszerűen orvosolni az időközben fellépő meghibásodásokat, körültekintően és felelősségteljesen álltak volna neki a szonda alkalmazásának. Az alperes nem mentheti ki magát a felelőssége alól arra hivatkozva sem, hogy a forgalmazónak kellett volna a használati utasítást a rendelkezésére bocsátani, hiszen tudatában kellett volna lennie annak, hogy a beavatkozások során használt egészségügyi ellátást biztosító eszköz veszélyes lehet, meghibásodása bármikor felléphet, így karbantartásának ismerete nélkül nem alkalmazható. A bíróság megállapította az alperes kártérítési felelősségét a kár és a magatartás közötti okozati összefüggés miatt.

---

<sup>162</sup> BH2005. 251.

<sup>163</sup> Csitéi (2017): i. m. 45.

<sup>164</sup> EBH2006. 1506.

<sup>165</sup> BDT2016. 3459.

## 8. A mesterséges intelligencia hatása az egészségügyi felelősség kérdésére

Kijelenthető, hogy az elmúlt másfél évtized során a világ felgyorsult mind a tudományos, mind gazdasági és leginkább technikai-technológiai tekintetben. Az utóbbinak köszönhetően a kommunikáció, az információáramlás, a különböző szektorokban megtalálható adat mennyisége egy új szintre lépett, de a veszélyes üzemi felelősség tárgykörének és alkalmazási területének folyamatos bővülése is erre vezethető vissza, az új eszközök, gépek, új fejlesztésű gyógyszerek terápia szakaszába történő bevonása által.

Az Eurostat 2013-ban végzett felmérése szerint, amelyben a tagországok 75 évnél nem idősebb lakosság elhalálozási arányát vizsgálta 1,7 millió elhunyt személy révén. Az elkerülhető halálesetek aránya 33,7 százalék volt EU-s szinten, ami azt jelentette, hogy három halálesetből egy elkerülhető lett volna a már fejlett és az egyre dinamikusabb mértékben fejlődő orvosi technológia alkalmazásának köszönhetően. A felmérésből felfedezhető volt, hogy a nyugati, fejlettebb országok kevesebb, míg a kelet- és közép európai országok magasabb számarányt mutattak.<sup>166</sup>

Az orvos-beteg viszony alapvető jellemzője a paternalizmus volt, amelyben az orvos „*információs monopóliuma*” dominált. Ebben a viszonyrendszerben a beteg teljes mértékben kiszolgáltatott volt orvosának, hiszen a betegség kezeléséhez szükséges, arra vonatkozó információk kizárólag az orvos birtokában voltak. Ez az aszimmetria az internet térhódításával kiegyenlített erőviszonyokat formált a két fél között, a beteget egyenjogú és mellérendelt pozícióba emelte fel, a kezelőorvosával egy szintre. Ez részben a betegjogok megjelenésével, az egyén egészségtudatosságának növekedésével, részben pedig a technológia fejlődésével és az internet térhódításával gyorsult fel. Az orvost ez az új szemlélet egyfajta konzulensként kezeli, nem az egészségügyi állapotát érintő információ forrásának tekinti, hanem egyfajta közreműködőnek a betegség okának feltárásában és annak gyógyításában. Ugyanakkor a viszonyrendszer kiegyensúlyozottabbá válása, a megváltozott környezethez való alkalmazkodás nem jelenti az orvosi kompetencia semmivé válását.<sup>167</sup>

Nemzetközi és hazai felmérések adatai is tükrözik ezen tendenciát: a gazdaságilag fejlett országok mintegy 65-80 százaléka rendszeresen használ interneten elérhető információkat, beleértve az online egészségügyi információkat is. Kelet- és Közép-Európában az erre vonatkozó arány ugyan kisebb (körülbelül 33-54%), de nagy ütemben zárkóznak fel a fejlett országok adataihoz. Más kutatásban is felmerül a negatív hatása eme új, megváltozott jellemzőkkel gazdagodott viszonyrendszernek, például az, hogy a beteg hajlamos nem követni orvos utasítását, tanácsát és előírásait a betegség kezelésével kapcsolatban. A 25 és 80 százalék közötti skála eredményt kapva megállapítható, hogy a '*non-compliance*' (az orvos előírásait nem követő) aránya változó tendenciát mutat a különböző országokban. A nyitott szemléletű egészségügyi rendszerrel rendelkező Egyesült Államokban a non-compliance évente mintegy 125 ezer beteg életét veszélyezteti, amelyből a kórházban ápoltak aránya 19 százalék. Evidens, hogy az orvosi utasítást betartók gyógyulása gyorsabb és stabilabb, mint az elutasító magatartást tanúsítók esetében.<sup>168</sup>

---

<sup>166</sup> Eurostat, 101/2016, Avoidable death in 2013, one death out of three in the EU could have been avoided in the light of current medical knowledge and technology. <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7335847/3-24052016-AP-EN.pdf/4dd0a8ad-5950-4425-9364-197a492d3648> (2022. 04. 12.)

<sup>167</sup> Major Iván - Ozsvald Éva: Google-beteg. Egészségügy a világban az internet korszakában. Budapest, Akadémiai Kiadó, 2018.

<sup>168</sup> Uo.



Az interneten való egészségügyi információkeresés, az ellátás mint üzem bemeneti oldalát megelőzően többnyire az információgyűjtés, tudás megszerzése, öngyógyítás céljából történik, míg kimeneti oldalon leginkább a megerősítés, vizsgálattal való elégedetlenség miatt. Véleményem szerint előnyös, ha a beteg az orvosi látogatás előtt tudatában van, hogy a tünetei milyen betegségekre utalhatnak, ami által megkönnyíti az orvos munkáját abban a tekintetben, hogy esetlegesen leszűkíti a lehetséges betegségek körét, és erről tájékoztatja az orvost is. Meglehetősen vigyázni kell azonban a különböző információk, források minőségével és hitelességével.

További fontos kérdés annak vizsgálata, hogy az egészségügyi szoftverek terjedése hogyan változtatja meg az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősség rendszerét, szabályozását.

A mesterséges intelligencia olyan technológiák együttese, amelyek algoritmusokkal és számítási teljesítménnyel adatokat kombinálnak.<sup>169</sup> A mesterséges intelligencia szellemi alkotásnak minősíthető, amelynek szerzője csak természetes személy lehet. A szoftver önálló szerzői műkategória.<sup>170</sup> Leginkább az utóbbi évtized végétől beszélhetünk a mesterséges intelligencia egészségügyben való megjelenéséről, azon belül is a diagnosztika és képalkotás területén. Jelenleg ezek az eszközök támogatást nyújtanak az orvosok és egészségügyi dolgozók számára, a mesterséges intelligencia ma még nem része az általános ellátásnak. Az egészségügyi szolgáltatás jellegétől függően tudják bevezetni és használni eltérő aránnyal a különböző szoftvereket, például a kardiológia és radiológia területén meglehetősen nagy számban, hiszen ott jelentős szerepe van a képalkotásnak, ennél kisebb arányban az onkológia és patológia területén, és van olyan szektor, ahol egyáltalán nem jellemző a mesterséges intelligencia használata, például a pulmonológia és a dermatológia területén. További szoftverek, amelyeket a beteg az otthonából, interneten vagy applikáción keresztül elér: *Inspect* (inzulinadagolást követi nyomon), *Enzosleep* (alvászavar felismerésére hivatott), *Empatica* (epilepsziás rohamok detektálására képes), *Ada* (felismeri a tüneteket és figyelmezteti a beteget a vizsgálatokra), *Corti.ai* (hangszín, tünetek leírása alapján fel tudja ismerni a szívleállásokat).

A szoftverek egyre elterjedtebb használata átírhatja az ellátórendszer mai szabályait. Mivel jelenleg még az új technológia megismerése és az annak adaptálása szakaszában jár az egészségügy, így eddig a fő kérdései arra alapultak, milyen hatást fog gyakorolni a mesterséges intelligencia bevonása az orvos-beteg viszonyrendszerre: a tájékozott beleegyezés hogyan módosul? Kell-e tájékoztatni arról a beteget ezen orvostechikai eszközök igénybevételének lehetőségéről? Miként alakul a kezelési hibáért fennálló felelőssége?<sup>171</sup>

Az Európai Bizottság 2020 tavaszán három dokumentumban foglalkozott a mesterséges intelligencia adaptálásával az egészségügyben, amely közül egy jelentés érintette a polgári jogi felelősségi szabályok alkalmazását a mesterséges intelligencia tekintetében. Az uniós jogalkotás jelenlegi fő kiindulópontja az Európai Parlament 2017. február 16-án ismertetett állásfoglalása a Bizottság számára a robotikára vonatkozó polgári jogi szabályokról.<sup>172</sup> A

---

<sup>169</sup> Fehér könyv a mesterséges intelligenciáról: a kiválóság és a bizalom európai megközelítése, Brüsszel, 2020. [https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/commission-white-paper-artificial-intelligence-feb2020\\_hu.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/commission-white-paper-artificial-intelligence-feb2020_hu.pdf) (2022. 04. 12.) 2.

<sup>170</sup> Auer Ádám: Gondolatok a mesterséges intelligencia egyes polgári jogi kérdéseiről. *Scientia et Securitas*, II. (2021), 1. 110.

<sup>171</sup> Törőcsikné i. m.

<sup>172</sup> Auer i. m. 109.

témámhoz, vagyis a felelősségi kérdéshez több pontban is kapcsolódik. Kitér a sebészi robotokra, ahol a felelősséget érintő alapelv alapján a végső döntés a sebész kötelessége és feladata. A nem emberi lény okozta kár esetében sem lehet a teljes kártérítés elvétől eltekinteni, valamint a kártérítési formák korlátozása sem megengedett. Arányosításra van szükség a felelősség tekintetében, hiszen a személy, aki hatást gyakorol a robot működésére, vagyis tanítja, karbantartja és felügyeli, befolyásolni tudja a mesterséges intelligencia tevékenységét, magatartását. Felmerül a robot jogi személyiségének léte is.<sup>173</sup>

Megállapítható összességében, hogy a digitalizáció bizonyára hat az egészségügyi szolgáltatók jogi felelősségre vonásának kérdéskörére. Véleményem szerint annak ellenére, hogy kezdetben körülményes lehet a csúcstechnológiás eszközök alkalmazása, amely vagy magától, vagy a használó pontos ismeretének hiányából keletkező meghibásodás folytán a betegnek kárt okozhat, több pozitív oldala van a mesterséges intelligencia megjelenésének az orvoslásban. A korábbi kórtörténet könnyű hozzáférhetősége és lekövethetősége révén az anamnézis rövidebb időt venne igénybe, amely felgyorsítaná a gyógyulás folyamatát azzal, hogy a diagnózis meghatározása és a kezelés is időben hamarabb következne be. Hatékony információcsere jöhet létre, egyszerűbbé válhat a gyógyszerfelírás, receptkiállítás, a beteg által kiváltott gyógyszerek követhetőbbé válhatnak, így gyógyszer okozta kölcsönhatásokat is könnyebb megállapítani a nem kívánatos szövődmények esetében, például túlادagolás, allergia. Nem utolsósorban a mesterséges intelligencia bevonása az egészségügyi ellátásba gyorsabb, pontosabb és komplex kórmeghatározást, illetve kezelést eredményezhet, amely által nő a beteg elégedettsége, így csökkentheti indirekt módon a peres eljárások számát. Ugyanakkor az online elérhető egészségügyi adatok és információk által megteremtett könnyebb bizonyíthatóság és a növekvő szintű elvárhatóság növelheti az egészségügyi szolgáltatók és dolgozók felelősségét.<sup>174</sup>

## 9. Összegzés

Annak ellenére, hogy a peres eljárásokra gondolván, nem feltétlen az egészségügyi szolgáltatók ellen indított jogvitákra gondolunk, ahogy dolgozatomban is tükrözi, társadalmi szinten mégis egyre súlyosabb problémát jelent az egészségügyi ellátás során tanúsított aktív vagy passzív jogellenes magatartás.

A dolgozat alapvető célját véleményem alapján sikerült megvalósítanom, amely arra irányult, hogy az egészségügyi szolgáltatókat és dolgozókat érintő felelősségi rendszerről egy átfogó képet adjak elméleti és gyakorlati síkon a jogesetek, felmérések révén. Meglátásom szerint sikerült igazolnom, hogy leendő közigazgatási szakértőként miért előnyös vizsgálnom az egészségügyi ellátórendszert, ugyanis a fent kifejtett okok mellett kiemelendő, hogy *„mindenkinek jogában áll az egészségügyi állapota által indokolt, megfelelő, folyamatosan hozzáférhető és az egyenlő bánásmód követelményének megfelelő egészségügyi ellátáshoz”*<sup>175</sup>, így a többnyire magánjogi elemeket tömörítő egészségügyi szolgáltatások során az egészségügyi szolgáltató és dolgozó többnyire összességében mégis közfeladatot látnak el. Úgy gondolom sikerült alátámasztanom, hogy az egészségügyi viszonyrendszer alanyait kölcsönösen terhelő tájékoztatási kööttség a legsarkalatosabb mellékkötelezettség, hiszen a beavatkozás nem történhet meg a beteg tájékozott beleegyezése nélkül, amelyet megelőz az orvos által a szövődményekről, kockázatokról adott tájékoztatás. Levonható a következtetés, miszerint tájékoztatás nélkül nem létezne az orvos-beteg közötti szerződéses jogviszony rendeltetéséhez, azaz a beteg állapotának javulásához szükséges, egészségügyi ellátás

---

<sup>173</sup> Uo.

<sup>174</sup> Feith Helga Judit: A jog és a digitalizált egészségügy metszetében. *Orvostudományi Értesítő*, 92. (2019), 2. 85-86.

<sup>175</sup> Eütv. 7. § (1) bek.

keretében megvalósuló gyógykezelés. Továbbá annak a bizonyításának is eleget tettem, hogy a mesterséges intelligencia egészségügyben való megjelenésével az orvosi szakkompetencia jelentőségét nem teszi semmivé, a különböző szoftverek nem tudják helyettesíteni azt. Annak ellenére, hogy a mesterséges intelligencia jogi személyiségének léte kérdéses, a felelősséget az azt működtető orvos viseli.

Az egészségügyi szolgáltatók felelőségének sokrétűségét szemléltető ábra (2. ábra) is tanúskodik felelőségük sokszínűségének tényéről. Azonban azon része e hipotézisnek, hogy a jogalkotó ennek ellenére nem állítja a károkozót, vagyis az egészségügyi szolgáltatót szigorú felelőségi szabályok elé, megdönthető, igaz ez szorosan összefonódik a károkozás tényének kontraktuális vagy deliktuális megítélésével. Mivel az orvosi szakma megkövetel egy bizonyos kompetenciát és tudást, így a jogalkotónak nem állt szándékában az egészségügyben dolgozók kimentési lehetőségének ellehetetlenítése. Az Eütv. 244. § (2) bekezdése így a szerződésen kívül okozott károkért való felelőség szabályait írja elő, amely szakít a kontraktuális felelőség kimentési feltételeivel, vagyis azzal, hogy az egészségügyi dolgozó abban az esetben mentesülhet a kártérítés alól, ha bizonyítja, hogy a károkozó körülmény a szerződészegő fél ellenőrzési körén kívül esik, ez a körülmény a szerződészegő időpontjában nem volt előrelátható, illetve ha nem várható el a szerződészegő féltől, hogy ezt a körülményt elkerülje, vagy a kárt elhárítsa. A szabályozásnak köszönhetően az orvos a kimentés lehetőségével élhet, amennyiben bizonyítja, hogy a magatartása nem volt felróható, tehát úgy járt el, ahogy az az adott helyzetben általában elvárható. Ahogy pedig ismertettem, a fokozott veszéllyel járó tevékenység felelősége alól való kimentés az egészségügyi szolgáltató számára nehézkes, hiszen az utóbbi esetében a károkozó csak abban az esetben mentesülhet a kártérítési felelőség alól, ha bizonyítja, hogy a kárt a működési körön kívül eső elháríthatatlan ok idézte elő.

## Felhasznált irodalom

1. Auer Ádám: Gondolatok a mesterséges intelligencia egyes polgári jogi kérdéseiről. *Scientia et Securitas*, II. (2021), 1.
2. Barzó Tímea: A nem vagyoni sérelem szankcionálásának fejlődési tendenciái. In Gellén Klára – Görög Márta (szerk.): *Lege et fide. Ünnepi tanulmányok Szabó Imre 65. születésnapjára*. Szeged, Iurisperitus Kiadó, 2016.
3. Barzó Tímea: Polgári jogi felelőség az egészségügyben. In Barzó Tímea – Papp Tekla (szerk.): *Civilisztika II. Dologi jog – Felelősségtan*. Budapest, Dialóg Campus, 2019.
4. Barzó Tímea: A sérelemdíj alkalmazásának új dimenziói az egészségügyi kártérítési perekben. *Publicationes Universitas Miskolcensis. Sectio Juridica et Politica. Tomus XXXV*. 2017.
5. Barzó Tímea – Heiner Tamás: Az egészségügyi kártérítési perek aktuális kérdései. *Orvosi Hetilap*, 2014.
6. Csitei Béla: Az egészségügyi dolgozók kártérítési felelősége az egyes foglalkoztatásra irányuló jogviszonyok tükrében. *Magyar Munkajog E-folyóirat*, (2017b), 1. [http://hllj.hu/letolt/2017\\_1/M\\_03\\_Csitei\\_hllj\\_uj\\_2017\\_1.pdf](http://hllj.hu/letolt/2017_1/M_03_Csitei_hllj_uj_2017_1.pdf) (2022. 02. 28.)
7. Csitei Béla: Az egészségügyi szolgáltatók polgári jogi felelőségének aktuális kérdései. *Batthyány Műhelytanulmányok 2017/1*. Győr, Batthyány Lajos Szakkollégium, 2017a.
8. Dósa Ágnes: Az orvos kártérítési felelősége. Budapest, HVG-ORAC Lap- és Könyvkiadó Kft., 2010.
9. Dósa Ágnes: Összehasonlító egészségügyi jog. Budapest, Complex Kiadó, 2012.
10. Elek Balázs - Pribula László - Szabó Krisztián (szerk.): *A jogalkalmazás vitatott területei – az egészségügyi szolgáltatók polgári jogi felelősége – szigorú bírói gyakorlat?* Debrecen,

- Debreceni Egyetem Állam- és Jogtudományi Kar – Debreceni Egyetem OEC Általános Orvostudományi Kar, 2013.
11. Feith Helga Judit: A jog és a digitalizált egészségügy metszetében. *Orvostudományi Értesítő*, 92. (2019), 2.
  12. Feith Helga Judit: Jogi felelősség az egészségügyi munkavégzés során. In Feith Helga Judit – Maráczai Ferenc – Sztrilich András Péter: *Egészségügyi jog*. Budapest, Akadémiai Kiadó, 2021.
  13. Fézer Tamás (szerk.): *A kártérítési jog magyarázata. I. Fejezet: A polgári jogi felelősség természete, 3. Cím: A szubjektív és objektív felelősség elhatárolása*. Budapest, Complex, 2010.
  14. Fuglinszky Ádám: *Kártérítési jog*. Budapest, HVG-ORAC Lap és Könyvkiadó, 2015.
  15. Hanti Péter: *Felelősség és kockázatmenedzsment az egészségügyben*. Budapest, CompLex Kiadó, 2013.
  16. Hidvéginé Adorján Livia - Sáriné Simkó Ágnes: *Etikai normák és dilemmák az egészségügyben*. Budapest, Medicina Kiadó, 2018. Jobbágyi Gábor: Az orvos-beteg jogviszony az új Ptk.-ban. *Polgári Jogi Kodifikáció*, (2005), 1.
  17. Janky Béla: Betegek elégedettsége az egészségügyi rendszerben. A második betegelégedettségi vizsgálat eredményei. Kolosi Tamás - Tóth István György - Vukovich György (szerk.): *Társadalmi riport 2002*. Budapest, TÁRKI, 2002.
  18. Juhász György: Adalékok az orvosi műhiba fogalmának fejlődéséhez. *Miskolci Jogi Szemle*, 16. (4), 2021.
  19. Kaprinay Zsófia: A mulasztás, mint a jogellenesség az orvosi jogi jogviszonyban. *Debreceni Jogi Műhely*, (2008), 1.
  20. Kemenes István: A kontraktuális kártérítés egyes kérdései. *Magyar Jog*, (2017), 1.
  21. Kiss János Márk: A betegjogok alapjogi háttere a német és a magyar betegjogi szabályozás fejlődésének tükrében. *Pro Futuro*, 8. (2018), 2.
  22. Kovács Judit - Tolvaj Balázs - Huszár András: Bioetika és az emberi tényező. Az emberi tényező bioetikai alkalmazási lehetőségének néhány kérdése. *Hadmérnök*, III. (2008), 2.
  23. Lábady Tamás: Sérelemdíj versus nem vagyoni kártérítés. *Állam és Jogtudomány*, (2016), 1.
  24. Ifj. Lomnici Zoltán: *Az orvosi jog és az orvosi jogviszony alapvonalai. Történeti és összehasonlító elemzés*. Budapest, 2013. <https://ajk.pte.hu/files/file/doktori-iskola/lomnici-zoltan/lomnici-zoltan-muhelyvita-ertekezes.pdf> (2022. 03. 10.)
  25. Major Iván - Ozsvald Éva: *Google-beteg. Egészségügy a világban az internet korszakában*. Budapest, Akadémiai Kiadó, 2018.
  26. Málóvics Éva – Vajda Beáta – Kuba Péter: Paternalizmus vagy közös döntés? Páciensek az orvos – beteg kommunikációról. In Hetesi Erzsébet – Majó Zoltán – Lukovics Miklós (szerk.): *A szolgáltatások világa*. Szeged, JATEPress, 2009.
  27. Dennis J. Mazur: Influence of the law on risk and informed consent. *BMJ* 2003 Sep 27, 327(7417).
  28. Petrik Ferenc: A nem vagyoni kár megtérítése védelmében. *Polgári Jogi Kodifikáció*, (2003), 1.
  29. Törő Károly: *Az orvosi polgári jogi viszony*. Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 1965.
  30. Töröcsikné Görög Márta: „Kérdezze meg kezelőorvosát” Paradigmaváltások az orvosi jogviszony, az orvosi kártérítési felelősség megítélése körében. SZTE Szabadegyetem XXII. sz. <https://u-szeged.hu/szabadegyetem/kerdezze-kezeloorvosat/kerdezze-kezeloorvosat> (2022. 02. 28.)
  31. Tucsek Blanka: A nem vagyoni sérelem megjelenése az egészségügyben. *Miskolci Jogtudó*, (2018), 1.