



NEMZETI
KÖZSZOLGÁLATI EGYETEM
ÁLLAMTUDOMÁNYI ÉS KÖZIGAZGATÁSI KAR
CIVILISZTIKAI INTÉZET

OPUSCULA CIVILIA

Barzó Tímea

*Felelősségi alapkérdések az
egészségügyben*



BARZÓ TÍMEA¹

Felelősségi alapkérdések az egészségügyben

Bevezetés

Az egészségügyi ellátások során a betegek okozott vagyoni és nem vagyoni károk, sérelmek miatti kártérítési perek az 1980-as, 1990-es években indultak nagyobb számban. Az ezzel kapcsolatos bírói gyakorlat a mai napig folyamatosan fejlődik és változik. Időközben azonban hatályba lépett a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (továbbiakban: Ptk.), mely – többek között – az egészségügyi ellátással összefüggő károkozás, személyiségi jogsértés megítélésének átértékelését tette szükségessé.

1. Az egészségügyi ellátórendszerben érvényesülő szerződéses kapcsolatok

Az egészségügyi tevékenységgel összefüggésben megítélt kártérítés, illetve sérelemdíj telepítése tekintetében meghatározó jelentőséggel bír a jogalanyoknak az egészségügyi ellátórendszerben betöltött helye és szerepe.

A beteg, amikor egészségügyi szolgáltatást kíván igénybe venni, az egészségügyi szolgáltatóval lép polgári jogi jogviszonyba. Az egészségügyi szolgáltatók azonban különböző formában működhetnek: az egészségügyi szakellátások esetében legtöbbször költségvetési intézményként, míg az egészségügyi alapellátást jellemzően a házi orvos tagságával működő gazdasági társaság vagy egyéni vállalkozás végzi. Ez utóbbi az egyetlen olyan esetkör, amikor a beteg közvetlenül az orvossal, mint egyéni vállalkozó egészségügyi szolgáltatóval kerül jogviszonyba. Van azonban példa arra is, hogy az egészségügyi szolgáltató alapítványi formában végzi tevékenységét (például a hospice ellátás). Az orvos legtöbbször az egészségügyi szolgáltatóval közalkalmazotti jogviszonyban vagy munkaviszonyban látja el munkáját. Gyakran előfordul azonban az is, hogy az orvos az egészségügyi közszolgáltatást nyújtó egészségügyi szolgáltató által közreműködőként megbízott gazdasági társaság tagjaként vagy munkavállalójaként találkozik a beteggel.

Nem várható el a betegről, hogy tisztában legyen azzal, hogy az őt ellátó orvos éppen milyen jogviszonyban van az általa felkeresett egészségügyi szolgáltatóval. Ezért ezt a kérdést a jogszabály annak kimondásával oldja meg, hogy a beteg, illetve hozzátartozója az

¹ Egyetemi docens, Nemzeti Közszolgálati Egyetem, Államtudományi és Közigazgatási Kar, Civilisztikai Intézet.



egészségügyi szolgáltatás során vagy az azzal összefüggésben keletkezett kára megtérítésére vonatkozó igényét *közvetlenül a közszolgáltatást nyújtó egészségügyi szolgáltatóval szemben* érvényesítheti, függetlenül attól, hogy az egészségügyi közszolgáltató milyen jogviszonyban foglalkoztatta a kárt okozó egészségügyi dolgozót.²

Amikor a károkozással érintett egészségügyi dolgozó az egészségügyi intézménnyel munkaviszonyban vagy közalkalmazotti jogviszonyban látja el egészségügyi tevékenységét, az *alkalmazott károkozásáért való felelősség* rendelkezései az irányadóak.³ Az általános munkajogi szabályok szerint a munkavállaló a munkaviszonyból származó kötelezettségének szándékos vagy súlyosan gondatlan megszegésével okozott teljes kárt köteles megtéríteni a munkáltató felé, ha nem úgy járt el, ahogy az adott helyzetben általában elvárható.⁴ Az alkalmazott egészségügyi dolgozó által - kizárólag az egészségügyi tevékenysége végzésével a betegnek - okozott kár esetén azonban az egészségügyi szolgáltató munkáltató által a dolgozóra hárított kártérítés mértéke súlyosan gondatlan károkozás esetén sem haladhatja meg a munkavállaló *négyhavi távolléti díjának* összegét.⁵ Mind a közreműködői szerződés, mind pedig a szabadfoglalkozású egészségügyi dolgozót az egészségügyi ellátás végzésére feljogosító szerződés *megbízási szerződés*, melynek keretében a betegnek okozott károk során vizsgálni szükséges a Ptk.-nak a *megbízott károkozásáért való felelősségre* vonatkozó szabályait is. Állandó jellegű megbízási viszony esetén a károsult kárigényét az alkalmazott károkozásáért való felelősség szabályai szerint is érvényesítheti.⁶

2. Az egészségügyi szolgáltató és a beteg közötti szerződés minősítése

Hogyan is minősíthető az egészségügyi szolgáltató (orvos) és a beteg közötti szerződés, mellyel mind a hazai, mind pedig a külföldi szakirodalom sokat foglalkozik?⁷ Abban a kérdésben egységes az álláspont, hogy az orvos általában gondos eljárásra és nem pedig eredmény létrehozására vállal kötelezettséget. Az így létrejövő jogviszony *gondossági kötelem*, mégpedig a *megbízási szerződésnek* egy sajátos elemeket tartalmazó, *atipikus*

² Az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. törvény (továbbiakban: Eütev. tv.) 19/A. §

³ Ptk. 6:540. §

⁴ Munka Törvénykönyvéről szóló 2012. évi I. törvény (a továbbiakban: Mt.) 179. § (1) és (3) bek.

⁵ Eütev. tv. 15/C. §

⁶ Ptk. 6:542. §

⁷ TÖRÖ Károly (1986): *Az orvosi jogviszony*. Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó. 19–102.; SZEGHŐ Ágnes (2009): A kezelési szerződés. In: *Acta Conventus de Iure Civili* Tomus XI. Szeged, Lectum Kiadó. 64–67.



*változata, az ún. kezelési szerződés.*⁸ Ennek oka abban keresendő, hogy a felek közötti szerződés a gondossági elemén kívül szinte minden tekintetben eltér a klasszikus értelemben vett megbízástól. Ilyen sajátosságok például, hogy gyakran ráutaló magatartással jön létre, az egészségügyi szolgáltatót (orvost) a területi ellátási kötelezettség esetén *szerződéskötési kötelezettség* terheli a beteg irányába, és a vizsgálatot, illetve az egészségügyi ellátást csak törvényben pontosan megjelölt esetekben tagadhatja meg.⁹ Másrészt a megbízó széleskörű utasításadási joga a beteget nem illeti meg, illetve maga a díjazás - az egészségügyi közszolgáltatás esetén – az egészségbiztosítás és finanszírozás bonyolult rendszerén keresztül teljesül csak. Fontos jellemzője a jogviszonynak, hogy a szerződésből eredő mellékkötelezettségek – mint a beteg önrendelkezési jogának biztosítása, az egészségügyi dokumentációra és az adatvédelemre vonatkozó rendelkezések betartása – kardinális kérdés egy esetleges kártérítési vagy sérelemdíj iránti jogvitában.

Eltérő megítélést indokolnak azonban olyan egészségügyi ellátások, ahol az egészségügyi szolgáltató (orvos) a rendeltetésszerű használatra alkalmas és esztétikailag is *megfelelő eredmény létrehozásáért* is felelősséget vállal. Ilyenek a fogpótlások és fogművek elkészítésére irányuló szerződések. Logikailag ide sorolhatók lennének a kizárólag esztétikai célokat szolgáló plasztikai műtétek, vagy a művi meddővé tétel is, azonban a Kúria vonakodik még ezeken a területeken is az eredményért való felelősség alkalmazásától. „A fizikális és pszichés okból végzett beavatkozás mindig helyreállító plasztika, a helyreállító plasztika pedig mindig megbízás.” A bírói gyakorlat nem különbözteti meg az esztétikai és a helyreállító plasztikai beavatkozást, hiszen pszichés oka mindig van egy ilyen műtétnek, így az a jog oldaláról mindig helyreállító. Ez kiterjesztően értelmezhető a többi vállalkozás gyanús esetre is.¹⁰ Vállalkozással vegyes megbízási szerződés jön létre tipikusan az összetett fogászati feladatoknál, ahol a fogmű felhelyezése és elhelyezése (rendeltetésszerű használatra alkalmas volta), mint vállalt eredmény jelentkezik, míg a foghúzás és kapcsolódó gyökérkezelés esetén inkább a gondossági elem dominál.

Mindezek a körülmények azonban nem változtatnak azon a kialakult joggyakorlaton, hogy az egészségügyi kártérítési perek egyik dogmatikai alapja a szerződésszegés, mégpedig egy atipikus szerződés, az ún. kezelési szerződés megszegése.

⁸ BDT 2016. 3445. I.

⁹ Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.) 131. §

¹⁰ BH 2003. 17.



3. A felelősség alapja

A beteg és az egészségügyi szolgáltató közötti egészségügyi kártérítési perek kezdeti időszakában nem volt egyértelmű, hogy az esetet a beteg és az egészségügyi szolgáltató közötti szerződéses jogviszony alapján (*kontraktuális felelősség*), vagy a szerződésen kívüli károkozás (*deliktualis felelősség*) szabályai alapján kell-e a bíróságoknak megítélni. A bíróságok kezdetben az ilyen igényeket jellemzően a *szerződésen kívüli károkozás (deliktualis felelősség)* szabályai szerint bírálták el. Később kristályosodott ki egyértelműen, hogy az orvos és a beteg között szerződéses jogviszony áll fenn, azaz az *orvos és a beteg közötti relatív szerkezetű jogviszony nem az orvos károkozása folytán jön létre. Az orvosi szolgáltatás szerződésszegő, ha nem felel meg a beteg érdekének és akaratának, a szerződéssel elérni kívánt célnak.*¹¹ Ezt követően 2010. január 1-jével lépett hatályba az Eütv. 244. § módosítása, mely kimondta, hogy „az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggésben keletkezett kárigények tekintetében a szerződésszegéssel okozott károkért való felelősség polgári jogi szabályait kell megfelelően alkalmazni.”¹² A dogmatikai tisztánlátáson túl ennek a gyakorlatban azért nem volt jelentősége, mert az 1959-es Ptk. szerint a szerződésszegésért való felelősségre, valamint a kártérítés mértékére a *szerződésen kívüli károkozás szabályai* voltak az irányadók.¹³ Így mindkét esetben a károkozónak a felelősség alóli mentesüléshez azt kellett bizonyítani, hogy úgy járt el, ahogyan az az adott helyzetben általában elvárható.

A Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény azonban megszüntette a *kontraktuális* és a *deliktualis* felelősség szabályait összekötő „átjárót”. Az új szabályozással *szigorodott a szerződésszegéssel okozott kárért való felelősségi rendszerben a szerződésszegő fél kimentési lehetősége*. A szerződésszegő csak annak bizonyításával *mentesülhet*, hogy *a) a károkozó körülmény a szerződésszegő fél ellenőrzési körén kívül esik* (pl. vis maior hagyományos esetei), *b) ez a körülmény a szerződéskötés időpontjában előre nem volt látható*, azaz nem kellett és lehetett arra előre számítani, és *c) nem volt elvárható a szerződésszegő féltől, hogy ezt a körülményt elkerülje vagy a kárt elhárítsa.*¹⁴ A kötelezett ellenőrzési körén kívül eső körülmények bizonyítása esetén sincs esély a mentesülésre, ha azokkal a *kötelezettek a szerződés megkötésekor objektíve számolnia kellett.*¹⁵

¹¹ BDT 2009. 1944.

¹² Egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról szóló 2009. évi CLIV. törvény 58. §

¹³ A Polgári Törvénykönyvről szóló 1959. évi IV. törvény 318. § (1) bek.

¹⁴ Ptk. 6:142. §

¹⁵ FUGLINSZKY Ádám (2013): A szerződésszegéssel okozott kárért való felelősség. In: WELLMANN György szerk.: *Az új Ptk. magyarázata*. V/VI. Budapest, HVG-ORAC Lap- és Könyvkiadó Kft. 235.



A kezelési szerződés megkötésekor az orvosnak gyakran előre kell látnia az adott orvosi ellátással, invazív beavatkozással felmerülő káros következményeket, kockázatokat, azok esélyét és valószínűségét, és azokról részletes tájékoztatást kell nyújtania a betegnek.¹⁶ Így a műtéttel általában együtt járó, előre látható, szokásos műtéti kockázat körébe eső káreseményért is minden esetben megállapítható lenne az egészségügyi szolgáltató felelőssége, ami pedig komoly nehézségek elé állítaná az egészségügyi intézményeket.¹⁷ A párhuzamos kártérítési igények kizárását kimondó kógens rendelkezés pedig tovább nehezített volna az egészségügyi szolgáltatók helyzetén.¹⁸

A jogalkotó egy jogtechnikai megoldással oldotta meg a kérdést úgy, hogy az Eütv. 244. § (2) bekezdésének módosításával kimondta: „Az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggésben keletkezett kárigényekre, illetve a személyiségi jogsértések esetén követelhető igényekre a Ptk.-nak a szerződésen kívül okozott kárért való felelősségre, valamint a személyiségi jogok megsértésének szankcióira vonatkozó szabályait kell megfelelően alkalmazni.” A módosítást bevezető törvény indoklása szerint ez az „áttérés” biztosítja a jelenlegi bírói ítélkezési gyakorlatnak megfelelő status quo-t.

Ki kell azonban hangsúlyozni, hogy az egészségügyi szolgáltató (orvosa) és a beteg között az esetleges károkozást megelőzően továbbra is *szerződéses jogviszony áll fenn*. Így a károkozó magatartás továbbra is egy már érvényesen létrejött *konkrét szerződésben vállalt kötelezettség megszegését jelenti*, azonban a *kimentésre* nem a szerződésszegéssel okozott kár objektivizált felelősségi szabályai lesznek az irányadóak, hanem a szerződésen kívüli károkozás korábban is érvényesülő exkulpációs, felróhatóságon alapuló rendelkezései.

A jogalkotói félelem Kemenes István szerint eltúlzott volt, mivel a megbízási típusú gondossági szerződések esetében a szerződésszegés objektív ténye (a jogellenesség) és a felróhatóság relativizálódik, egybefonódik. A gondossági kötelek esetében – és ilyen a megbízási és a kezelési szerződés is – nem alkalmazható a Ptk. 6:142. § szerinti objektív kontraktuális kártérítési felelősség. Ezekben a szerződéstípusokban ugyanis a kötelezett szolgáltatása a „rábízott ügy érdekében történő gondos eljárás”. Ennek következményeként a szerződés megszegése csak akkor következik be, ha a kötelezett a rábízott feladatot *felróható módon* látja el. A megbízott szerződésszegése is emiatt szükségképpen mindig felróható

¹⁶ Eütv. 13. §

¹⁷ HÍDVÉGINÉ Adorján Livia – SÁRINÉ Simkó Ágnes (2013): *Orvos – beteg jogviszonyok az egészségügyben 2. kötet. Műhibák és kártérítési perek az egészségügyben*. Budapest, Medicina Könyvkiadó. 18–19.

¹⁸ Ptk. 6:145. §



magatartást (mulasztást) feltételez, tehát egybeesik az objektív és a szubjektív elem.¹⁹ Ugyanerre a következtetésre jutott a *Kúria Tanácsadó Testülete* is, amikor kimondta, hogy amennyiben a szerződés alapján a kötelezettet a gondos eljárás kötelezettsége terheli, a szerződést akkor szegi meg, ha a tevékenysége az elvárt gondosság mércéjének nem felel meg. Jellemzően ilyen kötelezettség terheli a megbízottat a megbízási szerződés alapján.²⁰ Megbízási jellegű jogviszonyok (gondossági kötelmek) esetén abban az esetben, ha a kötelezett (megbízott) tevékenysége a szerződés alapján megkövetelt gondos eljárás követelményének *megfelelt, szerződésszegést nem követett el, ezért a szerződésszegésért való felelősség alapvető feltétele sem valósul meg*. Így nem kerül sor a szerződésszegésért való felelősség alóli kimentés feltételeinek vizsgálatára²¹ sem. Abban az esetben, ha a kötelezett (megbízott) tevékenysége a szerződés alapján elvárt gondosság mércéjének nem felelt meg, a szerződést megszegte, és a szerződésszegésért való felelősség feltételeinek vizsgálatára, köztük a szerződésszegésért való felelősség alóli mentesülés feltételeinek a vizsgálatára kerül sor. Eltérő véleményt fogalmaz meg Leszkoven László, aki szerint szerződésszegő magatartásnak minősül a szerződésszerű magatartás bármely okból történő elmaradása, ami alól a Ptk. a gondossági kötelmek esetében sem tesz kivételt.²²

Bizonyos esetekben, különösen a *fogművek, fogpótlások készítése körében* továbbra is érvényesülnek a szerződésszegés – különösen a hibás teljesítés – jogkövetkezményei. Ilyenkor a beteg élhet olyan objektív szavatossági igényvel, mint a fogmű kijavítása, kicserélése (illetve újbóli elkészítése), vagy árleszállítást (a kifizetett díj meghatározott részének visszatérítését) kérheti. Amennyiben a beteg – a többszöri eredménytelen javítás vagy egyéb körülmény miatt – elvesztette a bizalmát a fogpótlást készítő orvosban, akkor a javítást elvégeztetheti más orvossal (egészségügyi szolgáltatóval) úgy, hogy objektív szavatossági igényként az így felmerült költségei megtérítését kérheti. Nem szabad azonban elfelejteni azt sem, hogy a fogorvosi tevékenység nélkülözhetetlen közreműködője a fogműveket, fogpótlásokat készítő fogtechnikai vállalkozás, mely maga után vonja a *közreműködőért fennálló felelősségi szabályok* alkalmazását. Felmerül továbbá a *fedezeti szerződésre* vonatkozó rendelkezések vizsgálata is abban az esetben, ha a beteg végleg

¹⁹ KEMENES István (2018): Az esély elvesztése mint vagyoni és nem vagyoni hátrány. Magyar Jog, 2018/12. 657-669.

²⁰ Ptk. 6:272. §

²¹ Ptk. 6:142. §

²² LESZKOVEN László (2018): *Szerződésszegés a polgári jogban*. 2. kiadás. Budapest, Wolters Kluwer Kiadó. 81-82.



elveszíti a bizalmát az orvosban, és – elállása vagy felmondása esetén – a fogművének újbóli elkészítésére más egészségügyi szolgáltatóval köt szerződést. Ebben az esetben – a *kártérítés szabályai szerint* – követelheti az eredeti fogorvosi egészségügyi szolgáltatótól az eredeti szerződésben és az új (fedezeti) szerződésben kikötött ellenértékek közötti különbséget, továbbá az új (fedezeti) szerződés megkötéséből eredő költségeinek a megtérítését.²³

4. A közreműködőért fennálló felelősségi kérdések az egészségügyben

Az egészségügyi szolgáltató és a beteg közötti szerződéses jogviszony mellett meghatározó a kártelepítés szempontjából az is, hogy a beteget ellátó egészségügyi dolgozó(k) milyen jogviszonyban áll(nak) az egészségügyi szolgáltatóval. Az esetek nagy részében az egészségügyi dolgozó *közreműködői szerződéssel*, közreműködő egyéni vállalkozóként, illetve közreműködő jogi személy tagjaként, munkavállalójaként vagy megbízottjaként tevékenykedik a beteg érdekében. Ennek kereteit (pl. a közreműködői szerződés kötelező tartalmi elemeit) azonban nem a Ptk., hanem egy speciális ágazati jogszabály tölti ki tartalommal.²⁴ Fontos kérdés, hogy a felelősségbiztosítás által nem fedezett és az egészségügyi szolgáltató által a beteg felé teljesített kártérítés vagy sérelemdíj milyen szabályok szerint *hárítható át a közreműködő egészségügyi szolgáltatóra* (jellemzően az érintett orvos vagy egészségügyi dolgozó munkavégzésével működő gazdasági társaságra). Aki kötelezettsége teljesítéséhez más személy közreműködését veszi igénybe, az igénybevett személy magatartásáért úgy felel, mintha maga járt volna el. A kötelezett azonban a közreműködővel szemben – annak szerződészegése miatt – mindaddig érvényesítheti jogait, amíg a jogosulttal szemben helytállni tartozik.²⁵ Nem egyértelmű azonban, hogy a közreműködő kimentésére is alkalmazhatók-e az Eütv. 244. §-ban foglaltak, vagy azok csak a károsult(ak) egészségügyi szolgáltatóval szembeni igényeinek érvényesítésére vonatkozik. Rendkívül méltánytalan lenne azonban, ha az egészségügyi szolgáltató a károsulta(kka)l szemben – sokszor a közreműködő konkrét tevékenységére vonatkozóan – a deliktuális felelősségi szabályok szerint tartozna helytállni, míg a közreműködő ugyanazért a kárért az egészségügyi szolgáltatóval szemben már egy szigorúbb felelősségi mérce alapján kellene, hogy kimentse magát.

²³ Ptk. 6:141. §

²⁴ Az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról szóló 96/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet 2. § k) és n) pontok

²⁵ Ptk. 6:148. §



5. Az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelősségének feltételei

Mint ahogyan arról már szó volt, az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggésben keletkezett kárigényekre a *deliktuális felelősség* szabályait kell alkalmazni, melynek négy feltétele a jogellenes károkozó magatartás, a kár, az okozati összefüggés és a felróhatóság. A négy elem közül a felróhatóság nem szükségképpeni elem, hiszen előfordul olyan egészségügyi tevékenység is, amikor a *veszélyes üzemi felelősség* szabályait kell alkalmazni. Pl. amikor az egészségkárosodás oka a beavatkozáshoz használt orvosi berendezés műszaki meghibásodása,²⁶ vagy amikor a műtési területen az elektromos kék lángra lobbantotta az alkoholos fertőtlenítést.²⁷ A károsultnak kell bizonyítania a kárt és az okozati összefüggést a kár és a jogellenes károkozó magatartás között, a károkozó egészségügyi szolgáltatónak pedig kimentési lehetősége van abban a tekintetben, hogy magatartása nem volt jogellenes, vagy bizonyíthatja azt is, hogy nem terheli felróhatóság.

a) *Jogellenesség.* A beteg eleget tesz bizonyítási kötelezettségének, ha igazolja, hogy az őt ért hátrány – amelyre beleegyezése nem terjedt ki – az egészségügyi intézmény által végzett kezelés alatt, az orvos által végzett beavatkozásokkal összefüggésben keletkezett.²⁸

b) *Kár.* A károkozó a károsult teljes kárát köteles megtéríteni, ami túlnyomó részt az egészségügyi kártérítési perekben a károsultat ért vagyoni hátrányok kiküszöböléséhez szükséges költségeket és az elmaradt vagyoni előnyt foglalja magában.

c) *Az okozati összefüggés* a felróható és jogellenes károkozó magatartás és a bekövetkezett kár között, szintén alapvető feltétele a kártérítésnek. Ez az egyik legproblematisabb terület, mivel ezekben az ügyekben természettudományos vagy orvosszakértői szempontból igen gyakran nem lehet megállapítani, hogy a felróható kötelezettségszegés okozta-e a kárt, vagy valamely egyéb, a károkozótól független ok (pl. a betegség természetes lefolyása). Különösen igaz ez a *diagnosztikus tévedések* esetén, amikor az időben diagnosztizált betegségre korábban alkalmazott adekvát kezelés körében is valószínűsíthetően bekövetkezett volna a súlyos egészségkárosodás, illetve végső soron a beteg halála. A bizonytalanságból eredő következményeket a bizonyítás terhével „sújtott” felperesnek kellene viselnie, azonban a magyar bírói gyakorlat egyértelműen ellenkező irányban mutató precedenst alakított ki: a károsultnak azt kell igazolnia, hogy *az egészségkárosodás a kórházi kezelés során, annak*

²⁶ BDT 2016. 3459.

²⁷ BH 2005. 251.

²⁸ BDT 2007. 1689. I.



idején következett be,²⁹ azaz a károkozó magatartás és a bekövetkezett káresemény között logikai összefüggés legyen. Ezt a sajátos „szerepcserét” az indokolja, hogy a felperes sokkal nehezebben szerzi be a szükséges bizonyítékokat. Pl. egészségügyi dokumentáció, vizsgálati anyag, röntgenfelvétel.

A Ptk. azonban az okozati összefüggés meghatározását új alapokra helyezi, amikor kimondja, hogy nem állapítható meg az okozati összefüggés azzal a kárral kapcsolatban, amelyet a *károkozó nem látott előre, és nem is kellett előre látnia*. Ilyen pl. az olyan káros szövődmények bekövetkezése, melyek az egészségügyi ellátás tekintetében eddig ismeretlenek voltak, és ezért nem is lehetett velük számolni. Ez a fajta értelmezés kizárhatja a transfúzió idején még ismeretlen vírus okozta később diagnosztizált megbetegedés és a vérkészítmény adása közötti okozati összefüggést.

Ha a beteg halála, vagy maradandó egészségkárosodása nem áll az orvosi mulasztással (megfelelő kezelések eljárások elmaradása) szerves összefüggésben, adekvát-releváns oksági kapcsolatban, akkor a halál vagy a maradandó egészségkárosodás beállta a kártérítési igény körében nem értékelhető. Ilyen esetben a kárkövetelés jogalapját csak a gyógyulási esély csökkenése képezi.³⁰

d) *Felróhatóság*. Végül az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelősségének megállapítására akkor sem kerülhet sor, ha bizonyítja, hogy magatartása *nem volt felróható*. Ez általánosságban az adott helyzetben általában elvárható magatartás tanúsítását jelenti. Az egészségügyi kártérítési perekben azonban a gondosság mérce magasabb: minden beteget - az ellátás igénybevételének jogcímére tekintet nélkül - az *ellátásában résztvevőktől elvárható gondossággal*, valamint a szakmai és etikai szabályok, illetve irányelvek betartásával kell ellátni.³¹ Ezzel szemben az egészségügyi dolgozó az egészségügyi tevékenységet, az adott helyzetben általában elvárható gondossággal, a szakmai követelmények keretei között, etikai szabályok megtartásával, legjobb tudása és lelkiismerete szerint, a rendelkezésére álló tárgyi és személyi feltételek által meghatározott szinten, szakmai kompetenciájának megfelelően nyújtja.³² Ha az egészségügyi szolgáltató bizonyítja, hogy részéről minden tekintetben szakszerű orvosi beavatkozás történt, felróható mulasztás nem terheli, ezzel azt is bizonyítja, hogy a *kezelési szerződést nem szegte meg*.³³ A felróhatóság tartalmi kérdései a bírói

²⁹ BDT 2013. 2874.

³⁰ BDT 2010. 2197. I., BDT 2017. 3649. I.

³¹ Eütv. 77. § (3) bek.

³² Eütev. tv. 5. § (1) bek.

³³ KEMENES 2018



gyakorlatban három területen érzékelhetők jelentősen: *a)* a szakmai szabályok, vizsgálati és terápiás eljárásrendek betartása területén; *b)* a tájékoztatási kötelezettség vizsgálata során; továbbá *c)* a dokumentációs előírások és követelmények tárgykörében.

5.1. Szakmai szabályok, vizsgálati és terápiás eljárásrendek alkalmazása

Számtalan területen születtek és születnek szakmai irányelvek, melyek érvényességi ideje általában az Egészségügyi Közlönyben való megjelenéstől számított 4 évig tart. Az is igaz azonban, hogy a szakmai szabályoknak megfelelő terápia sokszor az adott szakmán belül sem teljesen egységes. A szakmai protokollok is folyamatosan változnak, amivel sokszor még a tankönyvek sem tudnak lépést tartani. A *bírói gyakorlat* már egységesnek mutatkozik abban, hogy a szakmai szabályok (protokollok) betartása önmagában nem elegendő. Az elvárhatósági mérce túlmutat a szakmai szabályok betartásán.³⁴ Amennyiben a kórház orvosainak tevékenysége a konkrét szakmai előírás megszegését nem jelenti, ebből nem következik, hogy a kórház (orvosai) az elvárható gondossággal és körültekintéssel járt(ak) el. Az orvos elvárható magatartását konkrét szakmai szabályok megsértésétől függetlenül is vizsgálni kell.³⁵

5.2. A megfelelő tájékoztatás elmulasztása

Az Eütv. részletes rendelkezéseket tartalmaz a *betegtájékoztatás* esetköreiről és azok pontos tartalmáról, módjáról, különös hangsúlyt helyezve az invazív beavatkozások előtti önrendelkezési jog gyakorlására.³⁶ Ezen belül is folyamatos vita tárgyát képezi a „műtéti kockázat”, a „műtéttel általában együtt járó kockázat” tartalma, hiszen amiről a beteg nem tud, amiről nem kapott részletes tájékoztatást, abba érvényesen nem egyezhetett bele. A tájékoztatási kötelezettség, mint a kezelési szerződés egyik legfontosabb mellékkötelezettsége, rendkívül fontos szerepet játszik a kártérítési felelősség megállapítása során. Amennyiben a megfelelő tájékoztatás megtörténtét az egészségügyi szolgáltató nem bizonyítja, akkor vélelmezhető a helytelen tájékoztatásból eredő felróható magatartás és ezzel a kártérítési felelősség. Önmagában az a körülmény, hogy a beteg aláírja az olyan tartalmú nyilatkozatot, miszerint megkapta a szükséges tájékoztatást, még nem bizonyítja a tájékoztatás tartalmát. A szóbeli tájékoztatás azonban nem helyettesíthető az előre elkészített

³⁴ Kúria Pfv. III. 20.325/2016/3.

³⁵ BDT 2010. 2220.

³⁶ Eütv. 13–14. §; 134. §



általános ismertető segédanyagok átadásával.³⁷ A *műtét előtt álló betegnek* a kockázatokról és szövődményekről adott tájékoztatás akkor felel meg a jogszabályi követelményeknek, ha *részletes és egyéniesített*. Különösen ki kell térnie a tájékoztatásnak annak lehetőségére, hogy a műtét folytán a *vártnál rosszabb eredmény*, akár negatív következmény is előállhat.³⁸ A tájékoztatásnak olyannak kell lennie, hogy a beteg *minden olyan lényeges információ birtokába kerüljön*, amelyek alapján megalapozottan tud dönteni a műtéthez való hozzájárulás megadásáról vagy megtagadásáról.

Egy konkrét ügyben mondta ki a bíróság, hogy amennyiben a tájékoztatás a műtét lehetséges szövődményei között általánosságban a bénulás lehetőségét is megemlíti, arra nézve már nem kell előzetes prognózist adni, hogy ez bizonyosan bekövetkezik-e, és ha igen, az milyen súlyosságú vagy időtartamú lesz.³⁹

5.3. Az egészségügyi dokumentáció vezetésére vonatkozó követelmények

A beteg vizsgálatával és gyógykezelésével kapcsolatos adatokat az egészségügyi dokumentáció tartalmazza. Az egészségügyi dokumentációt úgy kell vezetni, hogy az a valóságnak megfelelően tükrözze az ellátás folyamatát.⁴⁰ A nem létező, a hiányos, a pontatlan, a nehezen olvasható, az értelmezhetetlen, egymásnak ellentmondó egészségügyi dokumentáció mindig az alperesi egészségügyi szolgáltató terhére esik. A hiányos dokumentáció esetében az egészségügyi szolgáltató mulasztásával megfosztja magát annak bizonyításától, hogy a beteg kezelése megfelelő volt és a beteg károsodása semmiképpen sem vezethető vissza az általa végzett beavatkozás (műtét) során elkövetett, felróható szakmai hibára.⁴¹ Az egészségügyi dokumentációban történő elírás azonban személyiségvédelmi jogvitára is alapot adhat. A felperes egy ügyben azért követelt 600.000 Ft összegű sérelemdíjat, mert a nőgyógyászati vizsgálat során kiállított orvosi lelet – egy elírás miatt – tévesen tartalmazta a „méhtest rosszindulatú daganata” diagnózist, ami a felperest sokáig félelemmel és szorongással töltötte el. A Szegedi Ítéltábla döntése szerint azonban önmagában a személyiségi jogsértés ténye nem vonja maga után automatikusan a sérelemdíj

³⁷ SÁGHY Mária (2017): A megfelelő tájékoztatáshoz való jog megsértése. *Med. Et Jur.* 2017/4. 26.

³⁸ BDT 2009. 1946.

³⁹ BH 2013. 219.

⁴⁰ Eütv. 136. § (1) bek.

⁴¹ BDT 2010. 2335.



iránti kereseti kérelem megalapozottságát, ha a sérelmet szenvedett felet nem érte olyan nem vagyoni sérelem, amely sérelemdíj megítélésére adna alapot.⁴²

Fontos kiemelni, hogy a biztosítók az egészségügyi szolgáltatókkal megkötésre kerülő felelősségbiztosítási szerződésekben a tájékoztatási kötelezettség megszegésével, illetve a dokumentáció hiányosságával oksági kapcsolatban megítélt kártérítési (sérelemdíjas) ügyekben a helytállási kötelezettségüket kizárják.

6. A gyógyulási (túlélési) esély elvételének (csökkentésének) értékelése

Régóta foglalkoztatja a szakirodalmat az egészségügyi intézményeknek a gyógyulási (túlélési) esély csökkenéséért (elvesztéséért) fennálló felelősségének vizsgálata. Hasonló kérdések merülnek fel a pályáztatás szabályainak megsértése és a pernyertesség esélyének elvesztése körében is. Az 1990-es években a legtöbb ilyen ügyben beadott kártérítési keresetet a bíróság az okozati összefüggés hiánya miatt elutasította, hiszen a negatív következményt ilyenkor nemcsak az egészségügyi intézmény mulasztása (jellemzően diagnosztikus tévedése) okozta, hanem a beteg fennálló természetes okú megbetegedése. Ezt követően azonban a Szegedi Ítéltábla döntése új szemlélet hozott a joggyakorlatban. Kimondta, hogy ha valószínűsíthető, hogy az időben történő felismerés és beavatkozás mellett *akár minimális, de reális esély* lett volna a hátrányos következmények elkerülésére, akkor az egészségügyi szolgáltató felelőssége megállapítható. Felelőség terhelheti a *gyógyulási esély csökkenésében*, a tünetmentességre, a beteg életének meghosszabbodására való esély elvesztése körében. Ez a kár nemcsak magának a betegnek, hanem a hozzátartozóinak a kárigényét is megalapozhatja. Annak a körülménynek, hogy az egészségügyi szolgáltató elvárható magatartása a beteg életének milyen időtartammal való meghosszabbodását eredményezhette volna, a *kártérítés összecszerűsége* vonatkozásában lehet kiemelt jelentősége.⁴³ Ha tényként bizonyossággal nem állapítható meg, hogy az egészségügyi intézmény részéről a kellő időben elvégzett vizsgálatok, kezelések esetén a beteg maradandó egészségkárosodása nem következett volna be, a kártérítési felelősség alapjául csak a *gyógyulási esély elvesztése* szolgálhat.⁴⁴ Így a gyógyulási és életben maradási esély elvesztésének vizsgálata nem az okozatossági összefüggés, hanem a *felróhatóság* körében nyert értékelést. Ennek során abból kell kiindulni, hogy a gyógyulásra való esély érték, amely a kezelés alatt álló beteg személyéhez kötődik, így

⁴² BDT 2017. 3657.

⁴³ BDT 2009. 1945.

⁴⁴ BDT 2017. 3649. I.



személyhez fűződő védett jog, amelynek elvesztése vagy csökkenése a kár. A folyamatosan alakuló jogértelmezések két alapvető fajtáját lehet megkülönböztetni. Kérdés: a gyógyulási esély elvesztése (csökkenése) vagyoni kár vagy személyiségi jogsérelem? Kártérítés vagy sérelemdíj iránti igényt alapozhat meg?

a) Az egyik szerint a gyógyulási, túlélési esély elvétele „*sui generis*” *nem vagyoni sérelem*, és a kompenzáció összecszerűségét az elvesztett esély mértéke befolyásolja: vagyoni károk megtérítésére azonban a kár és a károkozó magatartás közötti okozati összefüggés hiányában nincs lehetőség.

b) A másik értelmezés szerint *az esély csökkenése maga a kár* és így a kártérítési felelősség alapja is egyben. A gyógyulásra való esély elvesztése teljes bizonyossággal nem mondható ki, ám amennyiben az egészségügyi szolgáltató az elvárható gondosságot nem tanúsította, csak akkor mentesülhet a felelősség alól, ha bizonyítja, hogy a tőle elvárható gondosság tanúsítása ellenére sem lett volna esély az egészségkárosodás teljes vagy részleges elkerülésére, a halál elmaradására. Amennyiben valószínűsíthető, hogy az időben történő felismerés és beavatkozás mellett akár minimális, de reális esély lett volna a hátrányos következmények elkerülésére, akkor az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelőssége megállapítható. Ebből következően a gyógyulási esély csökkenése, elvétele a százalékos mértéktől függetlenül *a teljes kártérítési felelősséget* alapozza meg mind a nem vagyoni hátrány (sérelemdíj), mind a vagyoni károk részében.⁴⁵ Kemenes István szerint, azonban ha az egészségügyi intézmény kötelezettségzegésének nincs semmilyen közrehatása a beálló egészségromlásban (vagy a javulás hiányában), akkor megállapítható okozati összefüggés hiányában a kártérítési felelősség elemei hiányoznak, és az eredményt tekintve sérelemdíj sem jár. Az esély elvesztése miatti sérelemdíj nem azonos a kialakult hátrányos egészségügyi állapot miatti sérelemdíjjal.⁴⁶

7. A beteg felróható közrehatásának következményei

A betegnek is meg kell tennie azonban minden elvárható magatartást a károsodás *megelőzése*, *elhárítása* és *enyhítése* érdekében, mert ha ebben a tekintetben felróható magatartást tanúsít, akkor ennek következményeit kármegosztás formájában viselnie kell. A következmény pedig az, hogy a beteg maga viseli a kárnak azt a részét, ami abból származott, hogy az adott helyzetben általában elvárható magatartást elmulasztotta. Ha ez nem állapítható meg, akkor

⁴⁵ PRIBULA László: A gyógyulási esély elvételének értékelése a bírói gyakorlatban. *Med. Et Jur.* 2017/5. 9-12.

⁴⁶ KEMENES 2018 665-669.



közrehatásuk arányában kell megosztani a kárt a károkozó és a károsult között. Amennyiben pedig a közrehatás arányát sem lehet megállapítani, a kár a károkozót és a károsultat *egyenlő arányban* terheli.⁴⁷

a) *Együttműködési kötelezettség elmulasztása.* A beteg - amennyiben ezt egészségi állapota lehetővé teszi - köteles az ellátásában közreműködő egészségügyi dolgozókkal képességei és ismeretei szerint együttműködni.⁴⁸ Konkrét ügyben mutatott rá a Kúria, hogy ha károsult fájdalmai és funkciózavarai ellenére későn fordul orvoshoz, kárenyhítési kötelezettségét megszegi, mulasztásával és késedelmével a gyógyulási esélyeit maga csökkenti. Ezt pedig a felelősség mértékének megállapításánál figyelembe kell venni.⁴⁹

b) *A beteg tájékoztatási kötelezettségének elmulasztása.* A beteg – amennyiben ezt egészségi állapota lehetővé teszi – köteles az ellátásában közreműködő egészségügyi dolgozókat tájékoztatni mindarról, ami szükséges a kórisme megállapításához, a megfelelő kezelési terv elkészítéséhez és a beavatkozások elvégzéséhez. Ide tartozik különösen minden korábbi betegségről, gyógykezeléséről, gyógyszer vagy gyógyhatású készítmény szedéséről, egészségkárosító kockázati tényezőiről történő tájékoztatás. Bár a beteg kikérdezése az egészségügyi ellátás megkezdésekor az orvos feladata, mégsem tehető felelőssé olyan előzményekre történő rákérdezés hiánya miatt, ami az észlelt állapottal nem függött össze. A betegtől elvárható ugyanis, hogy az általa fontosnak tartott ismeretekről tájékoztassa az orvosát, és ha ezt a kötelezettségét felróhatóan megszegi, ez a magatartása nem róható az egészségügyi szolgáltató terhére.

c) *Az orvosi utasítások be nem tartása.* Kiemelkedő jelentősége van az együttműködési kötelezettség körében annak, ha a beteg az egyértelmű orvosi utasításnak nem tesz eleget. Egy konkrét ügyben a szakértői vélemény szerint a kardiológiai kivizsgálásra felhívó ügyeletes orvosi javaslat be nem tartása növelte a koszorúér-elzáródás valószínűségét, ami bekövetkezett és a beteg meghalt. Mivel a beteg egy konkrét utasítást hagyott figyelmen kívül, a bíróság az elhunyt önhibájának mértékét 40%-ban határozta meg.⁵⁰

⁴⁷ Ptk. 6:525. § (1)-(2) bek.

⁴⁸ Eütv. 26. § (2) bek.

⁴⁹ HÍDVÉGINÉ Adorján Livia – SÁRINÉ Simkó Ágnes (2018): *Orvos – beteg jogviszonyok az egészségügyben sorozat 5. kötet. Az egészségügyben dolgozók jogvédelme.* Budapest, Medicina Könyvkiadó. 324-325.

⁵⁰ BDT 2016. 3578.



A károsult felróható közrehatását állítani azonban önmagában nem elég. Az egészségügyi szolgáltatónak kell bizonyítania, hogy a beteg oldalán is kötelezettségszegés történt, az a kárral okozati összefüggésbe hozható, és mindez a károsultnak felróható.⁵¹

8. Az egészségügyi szakmai felelősségbiztosítás évtizedes válsága hazánkban

Mint láthattuk az orvosi felelősség határai szélesednek. Ugyanez azonban nem mondható el az orvosok védelmében hozott jogi intézkedésekről. Pedig ennek lehetne az egyik leghatékonyabb formája a szakmai felelősségbiztosítás.

Az 1998. július hó 1. napján hatályba lépett egészségügyi törvény terjesztette ki a felelősségbiztosítás megkötésének kötelezettségét *valamennyi egészségügyi szolgáltatóra*. A kártérítési perek számának növekedésével és a megítelt vagyoni és nem vagyoni kártérítési összegek emelkedésével egyre csökkent a profitorientált biztosítók nyeresége. Ennek következtében több biztosító kivonult erről a piacról, vagy jelentősen megváltoztatta az általános szerződési feltételeket, kizárólag a biztosított hátrányára:

- a) Jelentősen szűkültek a *biztosítási eseményként* megjelölt és körülírt magatartások.
- b) Ezzel egyidőben azonban jelentősen megnöttek a *biztosító helytállási kötelezettségét kizáró esetek*, melyek között megjelentek teljes szakterületek is. Pl. kórházak, rendelőintézetek körében felmerülő károk.
- c) Annak ellenére, hogy nem ritka az akár 100 millió forintot is elérő, illetve azt meghaladó jogerősen megítelt összegű helytállási kötelezettség, a biztosítók eseti 5 millió Ft-ban korlátozzák a helytállási kötelezettségüket. Ezt csak kivételes feltételek mellett emelik fel eseti 10 millió forintra. Éppen ezért elmondható, hogy a kórházak általában csak ún. látszatbiztosításokat kénytelenek kötni.
- d) A biztosítási szerződések továbbá mindig tartalmaznak *önrészt*, így az összegszerű kifizetések a biztosítók oldaláról dupla korlátozás alá esnek.
- e) Végül a biztosítók igyekeznek egyre nagyobb körben meghatározni azon események körét, amikor *mentesülnek a biztosítási szolgáltatás teljesítése alól*. Ilyen pl. a súlyos gondatlanságból okozott károk köre, melynek eseteit a biztosítók az általános szerződési feltételekben – mondhatni – teljesen abszurd módon szabadon határozzák meg.

Bár a jogszabályi felhatalmazás már 1997 óta (több mint 20 éve!) szerepel az Eütv.-ben, a mai napig nem született meg az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosításának

⁵¹ SZÜCS Péter (2017): A beteg közrehatásának értékelése „műhiba” perekben. *Med. Et Jur.* 2017/4. 6.



minimumfeltételeiről szóló rendelet. Így ezeket a biztosítási feltételeket kizárólag a biztosítók érdekviszonyai és ennek mentén kialakított üzletpolitikája alakítja, ami az egészségügyi intézmények szempontjait és lehetőségeit teljes mértékben figyelmen kívül hagyja. A kialakult helyzetben az egészségügy területén működő szakmai felelősségbiztosítás sajnos a mai napig nem tudja betölteni a feladatát és funkcióját, nem tudja megteremteni az érintettek, azaz az egészségügyi intézmény, a biztosító, valamint a károsultak érdekösszhangját.

Bízunk abban, hogy ami késik, az nem múlik, és az érdekegyensúly újbóli megteremtése nemcsak beteljesületlen álm marad, hanem mielőbb valósággá is válik.

Felhasznált irodalom jegyzéke

- FUGLINSZKY Ádám (2013): A szerződésszegéssel okozott kárért való felelősség. In: WELLMANN György szerk.: *Az új Ptk. magyarázata*. V/VI. Budapest, HVG-ORAC Lap- és Könyvkiadó Kft.
- HÍDVÉGINÉ Adorján Livia – SÁRINÉ Simkó Ágnes (2013): *Orvos – beteg jogviszonyok az egészségügyben 2. kötet. Műhibák és kártérítési perek az egészségügyben*. Budapest, Medicina Könyvkiadó.
- HÍDVÉGINÉ Adorján Livia – SÁRINÉ Simkó Ágnes (2018): *Orvos – beteg jogviszonyok az egészségügyben sorozat 5. kötet. Az egészségügyben dolgozók jogvédelme*. Budapest, Medicina Könyvkiadó.
- KEMENES István (2018): Az esély elvesztése mint vagyoni és nem vagyoni hátrány. *Magyar Jog*, 2018/12.
- LESZKOVEN László (2018): *Szerződésszegés a polgári jogban*. 2. kiadás. Budapest, Wolters Kluwer Kiadó.
- PRIBULA László: A gyógyulási esély elvételének értékelése a bírói gyakorlatban. *Med. Et Jur.* 2017/5.
- SÁGHY Mária (2017): A megfelelő tájékoztatáshoz való jog megsértése. *Med. Et Jur.* 2017/4.
- SZEGHŐ Ágnes (2009): A kezelési szerződés. In: *Acta Conventus de Iure Civili* Tomus XI. Szeged, Lectum Kiadó.
- SZÜCS Péter (2017): A beteg közrehatásának értékelése „műhiba” perekben. *Med. Et Jur.* 2017/4.
- TÖRŐ Károly (1986): *Az orvosi jogviszony*. Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó.

2019. június

A cikk másodközlés. Eredeti megjelenés helye: *Gazdaság és Jog* 2019/6.

