

AZ ORVOSI JOG ÉS AZ ORVOSI JOGVISZONY ALAPVONALAI

TÖRTÉNETI ÉS ÖSSZEHASONLÍTÓ JOGI ELEMZÉS KÖZJOGI KITEKINTÉSSEL

Doktori értekezés

Ifj. dr. Lomnici Zoltán

Pécsi Tudományegyetem,
Állam- és Jogtudományi Kar
Állam- és Jogtudományi Doktori Iskola

Budapest, 2013

Témavezető:
Prof. Dr. Kecskés László
Tanszékvezető
egyetemi tanár

„Az ember életét sokan érezték csak álomnak, és jártomban-keltemben bennem is mindig itt ez az érzés. Korlátokat látok, amelyek útját állják az ember tevékeny és kutató erőinek, látom, hogy minden igyekezetük célja csak szükségletek kielégítése, annak megint nincs más célja, mint a koldus lét meghosszabbítása, aztán azt látom, hogy a kutakodás bizonyos pontjait illető megnyugvás csak álmatag resignáció, csak tarka alakokkal és sugárzó látványokkal pingáljuk tele a falakat, amelyek közt raboskodunk.”

*Johann Wolfgang von Goethe: Az ifjú
Werther szenvedései*

TARTALOMJEGYZÉK

BEVEZETŐ GONDOLATOK

I. DOGMATIKAI ALAPOK

1. Az orvosi jog kialakulása Magyarországon

1.1. A korai magyar szabályozás

1.2. A fejlődés első jelei

1.3. Az orvosi jogtudomány helyzete a XIX. században

1.4. Az orvos-beteg jogviszonyra vonatkozó szabályozás kialakulása

1.5. Egészségügyi jogalkotás a XX. században

2. A hippokratészi hagyomány továbbélése - Bioetika és orvosi etika

2.1. A náci orvosok rémtettei és a Nürnbergi kódex

2.2. A modern orvosetika alapelvei

3. Az orvosi jog mibenléte

4. A mellérendelt orvos-beteg jogviszony fogalma, jellemzői

5. A orvosi jogviszony vonatkozásában érvényesülő alapelvek

II. AZ ORVOSI JOG ALKOTMÁNYOS KÉRDÉSEI

1. Nemzetközi egyezmények és nemzeti alkotmányok az egészségügyi ellátáshoz való jog tükrében

2. Az egészséghez és egészségügyi ellátáshoz való jog a hatályos szabályozás tükrében

3. Az Alaptörvény vonatkozó szabályozása

4. A lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jog az Alkotmánybíróság értelmezésében

5. A betegek joga az egészségügyi ellátáshoz általában

5.1 Az egészségi állapot által indokolt, megfelelő, folyamatosan hozzáférhető és megkülönböztetés nélküli ellátás

5.2. Egyes speciális társadalmi csoportok és az egészségügyi ellátáshoz való jog

5.2.1. Etnikai egyenlőtlenségek

5.2.2. A fogyatékos személyek orvosi ellátása, a pszichiátriai betegek gyógykezelése

6. Alkotmányos jogok és betegjogok szintézise – Tájékoztatás versus önrendelkezés

6. 1. A tájékoztatáshoz való jog

6.1.1. Eszmetörténeti alapok

6.1.2. Tájékoztatáshoz való jog a hatályos egészségügyi törvény alapján

6.1.3. Tájékoztatás a kezelés kockázatairól

6.1.4. A beteg tájékoztatáshoz való jogának korlátai

6.2. A tájékoztatáshoz való jogtól az informed consent-ig

6.2.1 Tájékoztatás a gyógykezelés kockázatairól

6.2.2. Az informed consent intézménye

6.2.3. A tájékoztatáson alapuló beleegyezés a hazai joggyakorlatban

6.2.4. Az invazív beavatkozások speciális joggyakorlata

6.3. Az Alkotmánybíróság információs jogosultságot érintő gyakorlata

6.4. Az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről a gyakorlatban

6.4.1. Az orvosi titoktartás intézményének kialakulása

6.4.2. Egészségügyi adatvédelem az Európai Unióban

6.4.3. Az egészségügyi adatkezelés célja és az egészségügyi ellátó-hálózat szerveinek adatkezelése

6.4.4. Az egészségügyi és személyazonosító adatok nyilvántartása

6.4.5. A gyógykezelés céljából történő speciális adatkezelés norma-sajátosságai

6.4.6. Közegészségügyi, járványügyi célból történő adatkezelés

6.4.7. Mentésülés az orvosi titoktartás alól

III. AZ ORVOS-BETEG JOGVISZONY TÁRGYÁT KÉPEZŐ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS

1. Az egészségügyi ellátórendszer kialakulása és jellemzői

1.1. Az egészségügyi ellátások rendszerének rövid áttekintése

1.1.1. Az alapellátás

1.1.2. A fogászati ellátás

1.1.3. Járóbeteg-szakellátás

1.1.4. Fekvőbeteg szakellátás

IV. AZ ORVOSI JOGVISZONY ALANYAI

1. A beteg személye

2. A betegek kötelezettségei

3. Az egyes betegjogok rövid áttekintése

4. A betegek képvisellete, jogvédelme; betegjogi, az ellátottjogi, valamint a gyermekjogi képviselő és a közvetítői eljárás

5. Az orvos személye

6. Az orvos jogállása

7. Az orvosok jogai és alapvető kötelezettségei

8. Az európai bíróság vonatkozó gyakorlata

V. AZ ELLÁTÁSBAN RÉSZT VEVŐ FELEK KÖZÖTTI ORVOSI JOGVISZONY KOMPARATÍV VIZSGÁLATA

1. Az orvos-beteg kapcsolat jogi minősítése

1.1. Gondossági mérce vagy eredményorientáció?

2. Az orvos-beteg jogviszony a német-osztrák elmélet és gyakorlat tükrében

- 2.1. *Az első alternatíva - a vállalkozási szerződés*
- 2.2. *A második alternatíva - a megbízási (ún. szolgálati) szerződés*
- 2.3. *Az ún. „szabad szolgálati szerződés”*
- 2.4. *Az ún. sui generis szerződés*
- 2.5. *Egy kiforrott megoldás – az ún. kezelési szerződés*
 - 2.5.1 *Az kezelési szerződés egyes típusai*
- 3. *A német, svájci és az osztrák bírói gyakorlat vonatkozó értelmezései*

VI. AZ ORVOSI JOGVISZONY FELELŐSSÉGI HÁTTERE

1. Előkérdés

2. A felelősségi rendszerek kialakulása az egészségügyben

2.1. *A gyógyszerkísérletekre vonatkozó speciális felelősségi szabályok*

3. Magánjogi kárfelelősség a bírói gyakorlat tükrében

3.1. *A fogyatékkal születő gyermekek speciális jogi helyzete*

3.1.1. *A magzat, illetve a születendő gyermek jogi helyzete*

3.1.2. *Ellentmondó bírói gyakorlat*

3.1.3. *Az 1/2008. számú jogegységi határozat előzményei, és tartalma*

4. Közigazgatási jogi felelősség – Szabálysértések

5. Büntetőjogi felelősségre vonás – ultima ratio az egészségügyben

RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE

FELHASZNÁLT IRODALOM

FELHASZNÁLT BÍRÓSÁGI HATÁROZATOK JEGYZÉKE

A SZERZŐ SAJÁT PUBLIKÁCIÓINAK JEGYZÉKE

BEVEZETŐ GONDOLATOK

A hagyományörzés, az *elődök* méltó tisztelete minden hivatás gyakorlójának törvényszerű kötelessége. Természetesen külön öröm tenni ezt azzal a tudattal, hogy Magyarország mindig is adott olyan személyiségeket Európának és a világnak, kik életművükkel örökre beírták nevüket az egyetemes tudománytörténet nagykönyvébe. E téren különösen kiemelkedik a hazai orvostudomány, elég csak **Semmelweis Ignác**, **Magyary-Kossa Gyula**, **Szent-Györgyi Albert**, vagy **Szentágothai János** nevére gondolnunk. Nehéz lenne tehát azt állítani, hogy a hazai egészségügynek ne lennének olyan példaképei, akiknek szellemiségéből, tudásából és szakmai elhivatottságából ne tudnának az utódok elegendő muníciót meríteni. Ehhez képest megdöbbentő adat, hogy egy 2009-ben készült felmérés alapján 10 orvosból 9 úgy érzi, hogy nagyon nehéz orvosnak lenni Magyarországon. Örömteli viszont, hogy a lakosság körében 88 százalékos az orvosok bizalmi indexe, annak ellenére, hogy az orvos-beteg kapcsolat jogi értelemben rendezetlen, és a magyar egészségügyben uralkodó viszonyok messze elmaradnak az európai standardoktól.

Munkájuk során az orvosok, egészségügyi szakdolgozók folyamatosan és számos formában találkozhatnak szakterületük etikai, illetve jogi jellegű szabályozásával. Ezen normákat összefoglaló néven *orvosi jog*nak szokás nevezni. Olyan diszciplínával állunk szemben, amelynek létét sem a kontinentális sem az angolszász jogrendszerekben nem vitatják. Így talán nem meglepő, hogy ezekben az országokban orvosi jogi kódexek, orvosi jogi jogtudományi írások, a jogi egyetemeken orvosi jogi kurzusok, sőt helyenként – például a bécsi egyetem jogi karán – a területre szakosodott tanszékek is megtalálhatók. Hazánkban azonban egy érdekes körülménynek lehetünk tanúi, hiszen a törvényi háttér adott, azonban a részletes jogtudományi megalapozás eleddig lényegében váratott magára, avagy prokrasztészi ágyba kényszerítve mutatta be ezt a még kialakulóban lévő szakterületet.

A dogmatikai háttér kidolgozásán túl a Legfelsőbb Bíróság „*orvosi műhibaiügyekkel*” foglalkozó tanácsvezető bírájaként fontosnak tartom azt is, hogy minden olyan érintett, akit az adott műhibaperben elmarasztalt a bíróság, alaposan megismerkedhessen az ítélet indoklásával.

Sőt álláspontom szerint – és ezt a vonatkozó perek számának lineáris emelkedése is alátámasztja – a társadalom széles rétegei számára is hasznos lehet a döntések hozzáférhetővé tétele, hiszen ez hozzájárulhat az egészségügyi ismeretek kibővüléséhez, az egészségtudatosság, valamint az egészségkultúra fejlődésének kiteljesedéséhez.

Ehhez azonban konjunktív feltétel az elmélet és a gyakorlat szintézisének megteremtése, a gyógyító tevékenység mechanizmusának, illetve a modern egészségügy viszonyrendszereinek az állam- és jogtudományi ismeretekkel történő alátámasztása.

Jelen értekezés nem kíván „generálkulcs” lenni az orvosi jog és az orvos-beteg jogviszony összes problémáinak feltárásához, pláne azok megoldásához. Csupán néhány összefüggés tekintetében kíván új utakat nyitni a rendszer megértéséhez, úgy hogy közben arra vállalkozik, hogy bemutassa a témakör legfontosabb részterületeinek normavilágát összehasonlító jogi vizsgálódások segítségével. A vizsgálódásaim gerincét képező területeken megpróbáltam körüljárni és ütköztetni az hazai és egyes külföldi elméletekben folytatott viták egyes érveit, majd bemutatni a joggyakorlat során felmerülő újabb nehézségeket. Ettől függetlenül remélem, hogy a szükségszerűen elnagyolt kép képes megragadni a téma vizsgálata során felbukkanó legfontosabb kérdéseket, és a szerző érvelése és az egyes kérdéskörök körülírása mindenhol a kellő megalapozottsággal bír.

I. DOGMATIKAI ALAPOK

1. Az orvosi jog kialakulása Magyarországon

1.1. A korai magyar szabályozás

Kiindulópontként le kell szögeznünk, hogy a korai magyar szabályozás meglehetősen cizellálatlan volt. Köztudott, hogy a betegek, szegények intézményes gondozásával először a papság és a szerzetesrendek foglalkoztak.¹ Különösen a Szent István által letelepített bencés rend emelhető ki, hiszen, mint elsődlegesen gyógyító rend Pannonhalmán, az apátság területén kórházat tartottak fenn már 1221-ben.² Mindezek mellett valószínűleg az első egészségügyi jellegű jogszabálynak Kálmán egyik dekrétumát tekinthetjük, amely rögzíti, hogy „A magzatjokat vesztő asszonyok a főesperes előtt vezekeljenek.”³

A jogszabályi alapok és a képzettség hiánya ellenére sorra alakultak domus hospitalisok illetve ispotályok a XIII. századtól kezdve a már említett Pannonhalma után Sopronban (1274), Esztergomban (1303) valamint Budán (1439) és Debrecenben (1529). A tényleges kórházak őseit azonban nem ebben a korban, hanem később a tábori kórházak megjelenésének idején kell keresnünk.⁴

Fontos hangsúlyozni, hogy a XVIII-XIX. századig keveredtek az orvosi fogalmak, illetve tevékenységek. Az orvosok, akit leginkább phisicusnak hívtak, gyakran egyszerre volt pap, orvos és gyógyszerész.

¹ Szent István Király Dekrétumainak Második Könyve az alábbiakat rögzíti: „Tudjátok meg atyánkfiai mindnyájan, hogy mindeneknél feljebb munkálódnak a papok.”

² Mellettük említhetők még a az antoniták, johanniták, templáriusok, pálosok, jezsuiták és a ciszterciek. Fontos megjegyezni, hogy ezek a domus hospitalisok, ispotályok még nem tekinthetők valódi kórháznak, főleg azért nem, mert vezetőik, ápolóik általában nem rendelkeztek orvosi szakképesítéssel. Vö.: Jobbágyi Gábor: Személyiségi Jogok – Egészségügyi szerződés, in: Jogtudományi Közlöny 1984/1 16.

³ Forrás: Corpus Iuris Hungarici, CD kiadvány; KJK-KERSZÓV

⁴ Ilyen alakult 1686-ban a Margitszigeten illetve 1688-ban Budán. Előzményként említhető azonban Rudolf 1596. évi dekrétumának 30. cikkelye, mely szerint : „A karok és királyi rendek Ő császári felségének a kívánságát a megsebesült és beteg katonák ápolására, valamint e czélből kórházak berendezésére megértették.” Ld.: Jobbágyi Gábor: Az orvos polgári jogi felelősségének újabb kérdései a bírói gyakorlatban, in: Jogtudományi Közlöny, 1986/4.sz. 15-17.

Említést érdemel továbbá e körben, hogy a korabeli gyógyítók érdekeik hatékonyabb védelme érdekében már kezdettől fogva céhekbe tömörültek. Az első szabályok szerint működő orvosi szak a borbélyok, sebészek (chirurgusok) céhe volt a XVI. századtól.⁵ A jogfejlődés következő állomásaként említhető egy 1714-es rendelkezés, amit Debrecen városa bocsátott ki, melyben többek között előírták az orvos számára a személyes jelenlétet, valamint a „beteg iránt emberséges, gyöngéd, készséges” elbánást.”⁶

Ezzel párhuzamosan fejlődés mutatkozik a betegápolás szociális alapon történő megközelítése terén: az 1721. évi augusztus hó 22-én kelt királyi leirat rendelkezései alapján minden község, saját szegényeiről tartozik gondoskodni, mind a gyógyítás, mind az ápolás terén.⁷ Eközben folyamatosan létesültek céhek, de továbbra sem tudták biztosítani az orvoslás magasabb színvonalát. Ritka volt az olyan kincs, mint Lassel Mátyás brassói orvos, aki 1760 és 1792 között praktizált oly módon, hogy városról városra járva szemorvosnak (Augenarzt) hirdette magát, és sikeres hályogműtéteket végzett.⁸

Az orvosi tevékenység további szigorítását hozta, hogy 1751-től csak olyan személyeket lehetett felvenni a sebészek céhébe, akik előzetesen „érdektelen mesterek előtt vizsgát tesznek”⁹.

A közegészségügy és az orvosi gyakorlat szabályozását megvalósító első fontosabb tervezet a „Planum regulationis in re sanitatis” 1755-ből való. A Perbegh Károly egészségügyi tanácsos javaslata alapján kidolgozott tervezet főbb pontjai a következők voltak:

- Az orvosokról a hatóságnak – ennek pontos meghatározását nem adja a tervezet – „köteles jegyzéket” kell vezetnie.
- A gyógyszerárakat évente meg kell vizsgálni, hogy megfelelnek-e a közegészségügyi előírásoknak.

⁵ Ők azonban még sokáig nem orvosi oklevél alapján, hanem mestervizsga, s a céhkövetelmények betartása nyomán váltak „mesteremberré”; Lásd még: Magyary-Kossa Gyula: Magyar orvosi emlékek, Budapest 1940, 136-137.

⁶ Lásd: Magyary-Kossa Gyula: i.m. 136.; Lásd még: Landi Balázs: Az orvos polgári jogi felelősségének kérdései, tanulmány, Bp. 2000, 8.

⁷ Lásd: Az 1875. évi törvény indoklása – A nyilvános betegápolás költségeiről.

⁸ Vö.: Jobbágyi Gábor: JK i.m. 17.

⁹ Magyary-Kossa Gyula: i.m. 145.

- A „városokat látogató okulisták, kő- és sérvmetszők, foghúzóknak működését a hatóság gondosan ellenőrizze; ne engedje meg, hogy egyéb orvosi funkciókat, így belső kúrákat végezzenek, s csak a legnagyobb óvatossággal adjon nekik hivatalos bizonyítványokat végzett műtéteikről.”¹⁰
- A külföldön szerzett orvosi diplomákat a Helytartótanácsnak kell bemutatni.

Ez utóbbi körülménynek azért is volt jelentősége, mert a XIX. századig nyomasztó volt az orvoshiány Magyarországon. 1763-ban például Békés megyében sem orvos, sem gyógyszerész nincs. Ezek az állapotok oda vezettek, hogy a Helytartótanács 1766-ban központilag elrendeli, hogy az egyes hatóságok jelentsék be a körzetükben működő orvosokat, gyógyszerészeket, sebészeket és bábákat.¹¹ A tanácsnak továbbítandó jelentésnek azonban a gyógyító személyeken kívül arra is ki kellett térnie, hogy e személyek közül kik azok, akik eleget tettek már a korábban meghatározott vizsgakövetelménynek.¹²

1.2. A fejlődés első jelei

A közegészségügy országos szintű rendezése az 1770-es „Generale normativum in re sanitatis” (GNRS) szabályozással veszi kezdetét. Mária Terézia rendelete, amely az akkori szokásrend alapján latinul íródott. A hatályában egész országra kiterjedő egészségügyi szabályzat Skollanics Ferenc József „Benigium Normativum Regium in Re Sanitatis” című munkája felhasználásával készült.¹³ Eszerint már nemcsak Pozsonyban, hanem minden vármegyében és szabad királyi városban fel kellett állítani egy-egy egészségügyi bizottságot¹⁴, melyek a Helytartótanács – fentebb említett – azonos nevű bizottsága alá tartoztak. Ezek a bizottságok voltak hivatva az országban működő valamennyi orvos, sebész, gyógyszerész, borbély, fürdős és bába tevékenységének az ellenőrzésére.¹⁵

¹⁰ Linzbauer Ferenc: Codex sanitario-medicinalis.Hungariae., Buda 1852-1861, II.302. Lásd: Landi Balázs: Az orvos polgári jogi felelősségének kérdései i.m., 9.

¹¹ A bábák, /öregasszonyok/ lényegében szülésznők voltak. Csak ritkán rendelkeztek szakképesítéssel. Tudatlanságuk kiküszöbölésére egyébként több rendeletben kísérletet tettek. A bábák szerepe idővel szorban átértékelődik. Az 1908. évi XXXVIII. törvénycikk 27. §-a alapján: „Minden város (község) szakképzett bábát köteles tartani.” Lásd még Landi Balázs: Az orvos polgári jogi felelősségének kérdései, i.m. 11.

¹² Ld.: Balázs Péter: Magyarország egészségügyének európai jogharmonizációja a XVIII. században, Lege Artis Medicinae, 2005;15(1), 80-83.

Vö.: Magyar-Kossa Gyula: Magyar orvosi emlékek. Budapest 1940, 145.

¹³ Ld.: Balázs Péter: Mária Terézia 1770-es egészségügyi alaprendelete – I. kötet, Magyar Tudománytörténeti Intézet, Piliscsaba-Budapest, 2007, 9-11.

¹⁴ ún.: *commissio sanitatis*

¹⁵ Linzbauer Ferenc: i.m., II. 535.

Meghatározó előrelépésről azonban a XIX. század utolsó harmadától beszélhetünk. Megjelentek a nagy magyar orvosegyéniségek, mint Semmelweis Ignác, Korányi Frigyes, Balassa János és társaik. A század végére megjelennek az első komolyabb jogszabályok, illetve előbb az Országos Közegészségügyi Tanács¹⁶, majd az Igazságügyi Orvosi Tanács.

Jóllehet komoly lépéseket tett a gyógyítás rendezése terén a *községek rendezéséről* szóló 1871. évi XVIII. törvénycikk, – amelynek 131. §-a kimondta, hogy: „*A mennyiben a jótékony intézetek segélye és egyesek könyöradománya a község szegényeinek ellátására elegendő nem volna, a község a helyi viszonyokhoz képest gondoskodni tartozik a községben illetékes mindazon szegények ellátásáról, kik magukat közsegély nélkül fentartani egyáltalában nem képesek. Ha ez ellátás csak a községi lakosok rendkívül súlyos terheltetésével eszközölhető: a község kivételesen a törvényhatóságnak, s ha ez sem bírná, az államnak veheti igénybe segélyét. Minden község a szegények létszámáról, s a szegényügyre vonatkozó intézkedéseiről az illető törvényhatóságnak minden év végével tüzetes jelentést tesz*” – a jogalkotásban mégis az első jelentős lépés az 1875. évi III. törvénycikk megalkotása volt a nyilvános betegápolás költségei fedezéséről. A törvénymű indoklásának kezdő soraiban felfedezhetjük a modernkori betegápolás fontos alapvonalait:

„*jelen törvényjavaslat készítésénél e következő szempontok szolgáltak irányadókul:*

- 1. hogy a nyilvános betegápolás érdekei kellőleg megóva legyenek s egyuttal a kórházak és gyógyintézetek fenállása biztosittassék;*
- 2. hogy az államkincstár által betegápolási költségek czimén eddig fedezett összeg lehetőleg leszállittassék;*
- 3. hogy a betegápolási költségek, ki által és mily sorrendben történendő megtérítésének kötelezettsége pontosan körvonaloztatván, ez által a betegápolási költségek gyorsabb és biztosabb beszedése legyen elérhető*”.¹⁷

¹⁶ Többek között Balassi és Korányi javaslata alapján. Lásd még: Bezerédyné-Henz-Zalányi: Évszázados küzdelem hazánk egészségügyéért. KJK. , Bp. 1967; 24-26.

¹⁷ A fentiek ellenére a törvény 7. §-a alapján „minden község saját kebelében az ott illetékes vagyontalan betegek gyógyításáról és a gyógyíthatatlanok ápolásáról gondoskodni tartozik”, valamint törvény 9. §-a úgy rendelkezik, hogy a „közkórházakban és gyógyintézetekben ápolott és gyógyíthatatlannak nyilvántartott bármily vagyontalan betegeket az illetőségi község további ápolás és gondozás végett átvenni tartozik”, és ezzel megteremtődik a gyógyító kórházak (a korábbi ispotályok) alapja.

Sok fejlett országot megelőzve 1876. április 3-án nyert szentesítést, majd április 8-án hirdették ki a *közegészségügy rendezéséről* szóló 1876. évi XIV. törvénycikket -. A törvényt, amely 200 §-ból áll, megközelítőleg egy évszázadra rendezte az egészségügy legfontosabb területeit.

A törvényben a közigazgatási és a polgári jogi elemek keveredését figyelhetjük meg, hiszen a törvény 1. §-a kimondja, hogy „A közegészségügy vezetése az állami igazgatás köréhez tartozik”, de a 47 §-ban, mely alapján „A gyakorlatra jogosított orvos a gyógy mód alkalmazásában nem korlátozható, működésére nézve azonban az állam ellenőrködése alatt áll, és az általa elkövetett műhibákért felelős”, – egyértelműen felfedezhetjük a polgári jogi szabályozás csíráit.¹⁸

Közbevetésként említhető, hogy ebben az időszakban az orvosi felelősségi rendszer kialakulásának a jogtudományban is megjelentek az első jelei. Kassai Béla és Szőke Sándor, *Az orvos felelőssége* című kötetükben egy new yorki ügyvéd orvosi felelősségről a következőket írták: „*Rendelkezzék a tudás, ügyesség és tapasztalat kellő mértékével, gyakorlatában fejtse ki a szükséges gondosságot és szorgalmat, kétes esetekben legjobb meggyőződése szerint járjon el.*”¹⁹ A magyar szerzőpáros pedig csak annyit fűz mindehhez, hogy: „*Nem mondhatunk Taylor művére nagyobb dicséretet, mint hogy az általa felállított orvosi „general standard” szinte szó szerint azonos a magyar orvosi jog alapvető tételével (immár majd negyven esztendeje).*”²⁰ Holott az amerikai (angolszász) jogfejlődést a magyar jogfejlődéstől földrajzilag egy óceán, felfogását tekintve pedig egy egész világ választotta el.

Visszatérve az 1876-os törvény megalkotásának előzményei a század elejére nyúlnak vissza. A 19. század elején is nyomorúságos volt az ország lakosságának helyzete. A 10 milliós népesség kb. 90%-ának semmi ingatlana nem volt. A rossz mezőgazdasági termelési viszonyok miatt gyakoriak voltak az éhínségek. A zendülések vagy a felvidéki megyékből az éhhalál elől a Nagy-Alföldre történt özönlés sem segített.

¹⁸ Ld.: A közegészségügyre és a társadalombiztosításra vonatkozó törvények és rendeletek gyűjteménye. Szerk.: Melly József és Pap Géza; Grill Károly könyvkiadóvállalata Bp. 1930 1-4.

¹⁹ „*He must have a reasonable degree of knowledge, skill and experience; he must exercise ordinary care and diligence; he will use his best judgement in all cases of doubt.*” in: Taylor D.: *The law in its relations to physicians*, 1902; Ld.: Landi: *Az orvos polgári jogi felelősségének kérdései*, i.m. 12.

²⁰ Kassai Béla-Szőke Sándor: *Az orvos felelőssége*, Budapest 1938, 8.

A nyomorúságos társadalmi viszonyok rányomták bélyegüket az ország egészségügyi helyzetére is. Országos és helyi járványok dúltak, magas volt a gyógykezelés nélkül elhaltak száma, nagy volt az orvos- és sebészhiány, kevés volt a gyógyszertár. Emellett a kórházak és a kórházi ágyak száma aggasztóan kevés volt, és elmaradottság jellemezte a betegek gyógykezelését, és a kórházi higiéniát is.²¹

A 1848-49-es szabadságharc leverése után az ország teljesen kiszolgáltatott lett. Az 1867-es kiegyezéssel kétségtelenül megindult fejlődés az egészségügyre is kiterjedt. A változásokra reagálva, a belügyminiszter, Wenckheim Béla előkészítő megbeszélést hívott össze és az ankéton elfogadták a Balassa János, Korányi Frigyes, Lumniczer Sándor és Markusovszky Lajos által készített emlékiratot *“a közegészségi és orvosi ügy rendezése tárgyában”*. Az értekezlet fő tárgya az egészségügy országos rendezése és a terve élén *“Országos Közegészségi Orvos-tudományos Tanács”* felállítása volt. A király 1868. ápr. 9-én jóváhagyta az OKT alapszerkezetét, és június 14-én Balassa Jánost nevezte ki elnöknek, valamint a másodelnökön (Kovács-Sebestény Endre) kívül 10 rendes és 27 rendkívüli tagot is kinevezett.²²

Az 1890. évi XI. törvénycikkkel létrejön az Igazságügyi Orvosi Tanács, amelynek célja, hogy orvos-szakértői testületként felgyorsítsa a büntető ítélkezést. Mindeközben fokozatosan szigorítják az az egészségügyi közigazgatásban való közreműködés feltételeit: *a köztisztviselők minősítéséről* szóló 1883. évi I. törvénycikk - 9. §-a előírja *„a belügyministerium közegészségügyi osztályában az orvosokra nézve az egyetemes orvostudományok tudori oklevele vagy orvos-sebésztudori és szülésmesteri oklevél.*

Külön szabályozás érvényesült a gyógyszerészek tekintetében. A 22.370/1883. B.M. rendelet alapján ha a gyógyszerész egy új gyógyszertár felállítására szükséges engedélyért folyamodik, köteles azon városrészeket, melyek az újonnan felállítandó gyógyszertár forgalmi körét képezik, megjelölni.

²¹ Dr. Honti József: Az 1876. évi XIV. törvény és előzményei; in: Orvosi Hetilap (1997) 16. 1009.-1011.

²² Négy tervezetet mutattak be a személyesen elnöklő miniszternek: a legrégebb, vagyis a külső doktorok karának 1848-ban készített tervezetét, továbbá az orvosok és természetvizsgálók pozsonyi, valamint rimaszombati vándorgyűlésén szerkesztett két javaslatot és végül a Balassa, Korányi, Lumniczer és Markusovszky által szerkesztett memorandumot. Ezek közül tárgyalási alapul a miniszter az utóbbit választotta, ami kimerítő, de az aprólékos részletességet mellőző tárgyalása volt valamennyi közegészségügyi követelménynek. A tervezet a közegészségi tanácsot porosz mintára – mint független és az összes különleges szakmát felölelő, a tárcát segítő – tanácsadó testületnek gondolta el, aminek rendeltetése: véleményadás az egészségügy egész területén, törvények előkészítése, egészségügyi hivatalnokoknak kiadandó utasítások és szabályzatok előkészítése. Vö.: Csatáry Grósz Lajos.: Az Országos Közegészségügyi Tanács Ötven évi működése. Budapest, Franklin, 1918. 5-15.

Emellett *a vonatkozó folyamodványhoz csatolandó:*

1. *Gyógyszerészeti oklevele eredetben, vagy közjegyzőileg hitelesített másolatban*
2. *Eddigi foglalkozásáról kimutatás, az összes bizonyítványok chronológikus sorrendben*
(...)
3. *Az illetőségi hatóságtól egy erkölcsi bizonyítvány*²³

1.3. Az orvosi jogtudomány helyzete a XIX. században

Állami létünk kezdetétől kétségtelenül léteznek írásos (olykor íratlan) hygiénés törvények, főképp latin, függetlenségünk elvesztése óta latin, német, és elvétve magyar nyelven. Ezeket első királyunk megkoronázásától az 1848-as szabadságharc kitöréséig 7 vaskos kötetbe gyűjtötte össze Linzbauer Ferenc Xavér, orvos, egyetemi tanár. A Codex sanitario-medicinalis Hungariae (Buda, 1852-1861) járványvédelmi rendszabályai, miként a kétnyelvű 1868-as kivonata bizonyítja, a Habsburg Birodalom érdekeit szolgálták elsősorban ("A magyar korona országainak nemzetközi egészségügye").²⁴ Chyzer Kornél (1836-1909) "Az egészségügyre vonatkozó törvények és rendeletek gyűjteménye 1854-1894" címen mintegy a Linzbauer-féle Codexnek a folytatását írta meg, de a lojalitással kapcsolatos megjegyzés munkásságának csak az első kötetére érvényes. 1892-ben ugyanis ő került a belügyi tárca keretében működő egészségügyi osztály élére, s ekkor már valóban önálló és hungarocentrikus hygiénei törvények születtek. Az említett és különösen a "Generale Normativum in re Sanitatis" szabályrendszerével 1770-től karakterizált Codex időben a 1848-as szabadságharccal lezárult.²⁵

Az orvosi jog kialakulása tekintetében Szász Béla Orvosi Jogtudomány című műve²⁶ feltétlenül kiemelést érdemel, amely a törvényszéki orvos szemével, büntetőjogi és magánjogi aspektusok felhasználásával vizsgálta a vonatkozó rendelkezéseket. Azóta több az, orvosi jog tárgyában született monográfia látott napvilágot, ám az orvosi jog fogalmának meghatározására csak néhány javaslat született.²⁷

²³ Ez utóbbit érdemes az 1936. évi I. törvény 22. §-val és annak kritikájával összevetni. Lásd: Bezerédyné-Henz-Zalányi i.m. 217.; Forrás: Közigazgatási jogszabályok gyűjteménye, Fővárosi Nyomda Rt., Bp. 1932

²⁴ Dr. Szállási Árpád: Chyzer Kornél: Az első egészségügyi jogalkotó in: Comm. Hist. Artis Med. 117-120 (1987) 191-196.

²⁵ Ld.: Linzbauer Ferenc Xavér: Codex sanitario-medicinalis Hungariae. i.m. 534.; Vö.: A magyar korona országainak nemzetközi egészségügye. Buda, 1868

²⁶ Ld.: Szász Béla: Orvosi Jogtudomány, Danubia, Pécs 1925

²⁷ Vö.: „Az orvosi jog, az orvosi egészségügyi intézmény és a beteg polgári jogi kapcsolatát szabályozó joganyag, peres gyakorlat és jogtudomány, amely önálló jogágnak tekinthető” Lásd: Jobbágyi Gábor: Orvosi Jog, Szent

1.4. Az orvos-beteg jogviszonyra vonatkozó szabályozás kialakulása

Vizsgálódásaim alapján első ízben a közegészségügyi törvény módosításáról szóló 1908. évi XXXVIII. törvénycikk minősíti az orvos és beteg között létrejövő jogviszonyt, mégpedig megbízásként kezelve, a helyettesítés vonatkozásában. A 24. § szerint „A községi (kőr-) orvosnak évenként 3 heti szabadságra van igénye, a melyet a járási főszolgabíró és a vármegyei tiszti főorvos meghallgatásával az alispán engedélyez s ugyanő intézkedik, a főszolgabíró és a járásorvos meghallgatásával, ugy ez esetben, mint a községi (kőr-) orvos betegsége esetén a helyettesítés iránt is.” (...)

„A helyettesítéssel helyben lakó másik községi orvost, ilyenek hiányában lehetőleg olyan magánorvost kell megbizni, a ki a helyettesítés ideje alatt a községben (körben) lakik. Ha ilyen sem volna található, vagy a helyettesítésnek ez az utóbbi módja nem mutatkozik szükségesnek, akkor az alispán a helyettesítéssel valamely szomszédos községben lakó községi (kőr-) orvost, vagy magánorvost, esetleg az orvosi kör községeinek czélszerű felosztásával két vagy több szomszédos község (kőr) orvosát bizza meg. A községi (kőr-) orvosok kötelesek a megbízást elfogadni és a helyettesítést külön fizetés nélkül teljesíteni.”

Az orvosi felelősségi rendszer is folyamatos fejlődést mutat. Az orvosi gyakorlat szabályai című kiadvány 1935-ben arról számol be, hogy határozatot kellett hozni az ún. Zeileis-féle kezelés eltiltásáról,²⁸ mert tudománytalan és „egyes betegek súlyos károsodására vezethet”. Ezzel párhuzamosan természetes volt az orvosi felelősségbiztosítás és érdekérvényesítés kialakulása is. Az első komolyabb változást az érdekérvényesítés terén az 1936. évi I. törvénycikk megjelenése eredményezte.²⁹

István, Bp. 2001, 1-2.; Lásd még: Ádám György szerk., Egészségügyi Jogi Kézikönyv, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó,

²⁸ Vö.: Szász Béla: Orvosi Jogtudomány, Danubia, Pécs 1925; Lásd bővebben: Jobbágyi Gábor JK i.m., 17.

²⁹ A magyar orvosi karnak közel félév százados törekvése az, hogy törvényes érdekképviselőt nyerjen (Intézményesen már a Magyar Orvosok és Természetvizsgálók 1888. évi tátrafüredi vándorgyűlése óta). Az ezt követő újabb törvények, így az országgyűlés felsőházáról szóló 1926. évi XXII. tc., a közigazgatás rendezéséből szóló 1929. évi XXX. tc. és a Budapest székesfőváros közigazgatásáról szóló 1930. évi XVIII. törvénycikk a törekvés gyakorlati megvalósítását kilátásba helyezték, amennyiben az orvosi érdekképviselőt szerveként csak ideiglenesen, az orvosi kamarák felállításáig ismerték el a Magyar Országos Orvosszövetséget. Ld. erről: Kovács M. Mária: Liberalizmus, radikalizmus, antiszemitizmus A magyar orvosi, ügyvédi és mérnöki kar politikája 1867 és 1945 között Helikon Bp. 2001 31-37.

A törvény 1. § (1) bekezdése kimondja: *„Az orvosi kamara az orvosok érdekképviselete. Feladata az, hogy az orvosi kar hazafias magatartása és erkölcsi tekintélye felett őrködjék, az orvosok erkölcsi és anyagi érdekeit a közérdekkel összhangban érvényesítse, az orvosi gyakorlat szabályszerűségét ellenőrizze, tagjai felett a fegyelmi bíráskodást gyakorolja, orvosi és közegészségügyi vonatkozású kérdésben javaslatot készítsen.”*³⁰ A második bekezdés, pedig az orvosi vizsga, az approbáció kérdésével foglalkozik: *„Olyan tevékenységet, amelynek végzése orvosi oklevélhez van kötve, csak az folytathat, aki valamelyik kerületi kamara tagja.”*³¹

A jogszabály az 1908. évi XXXVIII. törvénnyel egyezően a megbízás szerződéstípusába sorolja az orvos-beteg viszonyt. A (3) szerint: *„A szabad egyezkedéssel megállapított díjazást a bíróság leszállíthatja, ha előre nem látott esemény folytán a megbízás megszűnt vagy az orvos a további tevékenységétől visszalépett vagy nem végezte el azt a munkát, amelynek szem előtt tartásával állapították meg a díjazás mértékét”*.³²

Jóllehet a norma jelentősen növelte az orvosi kar tekintélyét (többek között a kar által választható felsőházi tagok számát kettőre növelte), mégis számos bírálat érte, például abból fakadóan, hogy 22. §-a a kamarai tagságot feddhetetlen előlethez kötötte.³³

A felgyorsult jogalkotás eredményeképpen időközben elkészült Orvosi Rendtartásról szóló jogszabályt 1945-ben hatályon kívül helyezték,³⁴ majd 14 évet követő ex lex állapot után megszületett az orvosi rendtartásról szóló 1959. évi 8. tvr.. Emellett 1945 és 1972 között született törvény a gyógyszerészetről,³⁵ valamint 1950-ben létrehozták az Egészségügyi Minisztériumot.³⁶

³⁰ Ezt a feladatot saját területén az Orvosi Kamara (a továbbiakban: kerületi kamara), országos vonatkozásban az Országos Orvosi Kamara (a továbbiakban: országos kamara) látja el. A kamara megalakulásának történeti körülményeiről: Kovács M. Mária i.m. 112-118.

³¹ Lásd még 1883. évi I. törvénycikk;

³² Egyesek szerint ennek tudható be, hogy a polgári jog irodalma a mai napig nem tudott szakítani azzal az elmélettel, hogy az orvos-beteg között megbízási jellegű jogviszony áll fenn.

³³ Bővebben: Bezerédy-Henz-Zalányi, i.m. 217.; ill. vö.: Strausz Péter: A kamarai autonómiák felépítése 1920-1944 In: Autonómiák Magyarországon ELTE Történelemtudományok Doktori Iskola- L' Harmattan Kiadó 2005 136-138. A források szerint az orvosi kamara létrehozásának elsődleges célja a közalkalmazotti és a magánorvoslás határozott szétválasztása volt, megakadályozva, hogy a közalkalmazottak magánpraxist is folytassanak. A kötelező kamarai tagság csak a magánorvosokra vonatkozott.

³⁴ 2500/1945. (VI.3) M.E. rendelet

³⁵ 1948. évi XXX. tv

³⁶ 1950. évi IV. tv

Az orvosi tevékenység szabályozásának körében a háborút követő jogalkotás meghatározó rendelkezésévé az egészségügyről szóló 1972.évi II. törvény vált. A törvényt alapvetően egyfajta paternalisztikus, a beteg és az egészségügyi intézmény közötti alá-fölérendeltségi jogviszony jellemezte, ennek ellenére alapelvi szinten már előremutató elemeket is tartalmazott. 43.§ alapján „a gyógyító-megelőző tevékenység körében az orvosi vizsgálatnak a beteg minden panaszára és a vizsgálat során észlelt minden kóros tünetre ki kell terjednie. A beteget az adott lehetőségek között az orvostudomány mindenkori állásának, a beteg egyéni adottságainak, valamint betegsége szakaszának megfelelő gyógykezelésben kell részesíteni. (...)

Az orvosnak a legnagyobb gondossággal és körültekintéssel meg kell tennie mindazokat az intézkedéseket, amelyek a betegségek megelőzéséhez, a beteg életének megmentéséhez, gyógyuláshoz, munkaképességének helyreállításához szükségesek. Az orvos az általa gyógyíthatatlannak vélt beteget is a legnagyobb gondossággal köteles gyógykezeltetni.³⁷

Ez a szabályozás azonban olyannyira tág kereteket szabott, ami még a szükséges minimum útbaigazítást sem adta meg az orvosi felelősség megállapításához az egyes konkrét gyakorlati esetekben.³⁸ Így nem meglepő, hogy orvosi műhibaperekről hazánkban elvétve lehetett hallani, ezzel párhuzamosan – az 1970-es évek közepén – az Egyesült Államokban valóságos „műhiba krízisről” (malpractice crisis) beszéltek a jogászok, mivel oly nagy számban indítottak kártérítési pereket az egészségügyi intézmények ellen.³⁹ Az egyesült államokbeli (később ennek hatására pedig az angolszász) orvosi felelősségi rendszer voltaképpen ettől a ponttól kezdve vált élesen külön a kontinentális jogfejlődéstől.⁴⁰

³⁷ A jogszabály rögzíti továbbá, hogy az orvos felelős a beteg vizsgálata és gyógykezelése, egészségének védelme érdekében tett intézkedéseiért, illetőleg a szükséges intézkedések elmulasztásáért.

³⁸ Ennek bírálata ld. még: Törő Károly: Az orvosi jogviszony, Budapest 1986, IV.fejezet II.pont; illetve Sándor Judit: Gyógyítás és ítékezés, Budapest 1997, 55.

³⁹ J.Leahy Taylor: Medical malpractice, Bristol 1980, 128., in: Jobbágyi Gábor: Az orvos polgári jogi felelősségének újabb vonásai, in: Magyar Jog 1986/3.

⁴⁰ Ld.: Landi: Az orvos polgári jogi felelősségének kérdései, i.m. 14.

2. A hippokratészi hagyomány továbbélése - Bioetika és orvosi etika

Az orvoslás évezredek óta tudatában van az etika jelentőségének. Az orvosi etika máig egyik legnagyobb hatású dokumentuma⁴¹ a két és fél évezreddel ezelőtt megfogalmazott Hippikrateszi Eskü, amely nem szakmai kérdésekkel foglalkozik, hanem az orvoslás olyan általános kérdéseivel, hogy melyek az orvos általános kötelezettségei, és mi az, ami feltétlenül kerülnie kell – szakmailag, és mint szakmáját művelő embernek – , hogy a beteg, a közösség és a szakma ténykedését orvosi tevékenységnek ismerje el.⁴² A gyógyítás alapelvei – *salus aegroti suprema lex est, primum non nocere, voluntas aegroti suprema lex est, veritas* – az Ókor orvosi tevékenységét szabályozó törvényi előírásokban hangsúlyosan jelentek meg.

Az évszázadok során azonban, mint minden más ember által végzett tevékenység, az orvoslás is jelentős változásokon ment át; tulajdonképpen csak a tevékenység tárgya: az emberi test és annak egészsége maradt változatlan. Megváltozott az orvosok képzése, megváltoztak a technikai körülmények, de megváltozott az orvoslás társadalmi- (és jogi-) megítélése is. Ugyanakkor alapjait tekintve mégis változatlan maradt minden, amennyiben a beteg–orvos közti viszony keretében az orvos továbbra is – mint évszázaddokkal ezelőtt – képes az ember, az egyén életét döntően befolyásolni: Az orvos továbbra is élet és halál ura volt; csak mintegy dimenzionális ugrás bekövetkezte által, a mai orvostudomány megvalósította – nem utolsó sorban a technikai fejlődésnek köszönhetően – Madách Imre *Ember tragédiájában* a falanszter színben megfogalmazott víziót, amikor a mesterséges ember megteremtéséhez már csak egy szikra kell.⁴³

Ezen viszonyoknak a szabályozására immár nem elegendő az orvosetika, hatékonyabb rendezés után kellett nézni, ehhez mérten az orvoslás etikai szabályozása az elmúlt évtizedekben jelentős változásokon ment át. Ennek az egyik legfontosabb oka, hogy az orvosok és az egészségügyben dolgozók társadalmi helyzete és társadalmi feladata is lényegesen megváltozott.⁴⁴

⁴¹ Ld.: Nancy Duin - Jenny Sutcliffe: Az orvoslás történe; Medicina; Budapest 1993; 14-15.

⁴² Ld.: Ferencz Antal: A bioetika alapjai, Szent István Társulat, Bp. 2001; 7.

⁴³ Ld.: Landi Balázs: i.m. 79.

⁴⁴ Vö.: Gaizler Gyula – Nyéky Kálmán: Bioetika, Gondolat, Bp. 2003. 235

A legalapvetőbb változás, az egyébként az egész orvosi jogviszonyt érintő alapvető teorema, a *well informed consent*: a beteg teljes tájékoztatása a tájékozott hozzájárulásért, ami a beteget mellérendelt helyzetbe hozza, és ami jogi kötelezettséggé teszi az eddigi erkölcsi tájékoztatási köteleességet. Az orvos eddigi egyetlen korlátja a saját szakmai etikája volt, a beteg pedig teljesen kiszolgáltatott volt. Nem véletlen a hippokrateszi eskü etikai töltete, ezért kezdi maga az orvostársadalom a saját működésének etikai szabályait kidolgozni.⁴⁵

2.2. A náci orvosok rémtettei és a Nürnbergi kódex

Alapvetően tehát a fent rögzített organikus fejlődés eredménye a bioetika, vagy más néven biomedicinális etika kialakulása, amely a második világháború után, az ún. Nürnbergi Kódexet követően indult fejlődésnek, de maga a fogalom a múlt század második felétől él igazán a köztudatban. E körben rögzítendő, hogy a hitleri eutanázia - program, valamint a náci orvosok döntő befolyással voltak a vonatkozó folyamatokra, hiszen az egész világ előtt nyilvánvalóvá vált, hogy orvosok emberellenes kísérletekben vettek részt, és tudásukat gyógyítás helyett fajnemesítésre használták fel. Ekkor döbrent rá az emberiség, hogy az orvosi tevékenységet valamilyen módon keretek közé kell szorítani, tehát nem csak az etikai normákat kell megalkotni, hanem az orvosi felelősség szabályozását is ki kell alakítani. Megalkotója Van Rensselaer Potter, aki rákkutatóként komoly filozófiai érdeklődéssel rendelkezett. Egy 1970-ben írt tanulmányában, amelyben először jelent meg a bioetika szó és fogalom, a bioetikát a túlélés tudományaként említi.⁴⁶

A bioetikát a technicizálódott medicina kialakulása és az 1960-as évektől erősödő emberi jogi mozgalmak hívták életre a nyugati kultúrákban. Az orvoslás több évezredes hagyományába, a gyógyító, testi-lelki egészséget helyreállító tevékenységébe és szemléletébe szinte berobbantak az új gyógyítási technikák és technológiák, a modern eszközök, és egészében átalakították, mintegy „újraalkotó” jellegűvé változtatták az orvosi tevékenység eddigi folyamatát, de személytelenebbé tették a gyógyítást, kiszolgáltatottabbá a beteget.⁴⁷

⁴⁵ Ld.: Gaizler Gyula – Nyéky Kálmán: *im.*, 253.-257.

⁴⁶ Ld.: Ferencz Antal, *i.m.*, 64. Vö.: Sándor Judit: Az orvosi jog és etika kapcsolata a bírói ítélezésben, Kandidátusi értekezés, 1994, 1-3.

⁴⁷ Ld.: Jenei Ilona: Az autonómia elve a bioetikában (Kritikai reflexió). Az Eszterházy Károly Tanárképző Főiskola Tudományos Közleményei. Eger, 1999, 99.

A kialakuló új erkölcsi szemlélet megőrzi az orvostikai hagyományokat a ne árts! és a jótékonyág elvében, épít az igazságosságra és domináns elvként az egyén autonómiájára.⁴⁸ Bár e négy erkölcsi alapelv nem képez egységes rendszert, egymásra nem reflektál, egymásból nem vezethető le,⁴⁹ mégis az autonómia elv dominanciájának köszönhetően, paradigmaticus változást indított el az egészségügyben a betegjogokért való küzdelem terén számos országban, köztük hazánkban is. Viszonylag rövid idő alatt elméletileg máris megalapozta a korszerűbb, az orvos-beteg egyenjogúságán és partneri viszonyán alapuló szemléletet és gyakorlat lehetőségét.⁵⁰

Az autonómia felfogása a bioetikában ugyanis az elv rigorózus alkalmazása miatt (principalizmus)⁵¹ és megkérdőjelezhető emberképe következtében elméleti és gyakorlati nehézségekhez vezethet. Ezt részben tükrözi is az autonómiáról folytatott vita.

A kritikai reflexiók egyik iránya az autonómiára, mint a bioetika alapvető morális elvére és szerepére, az erkölcsi döntésekben való közvetlen alkalmazásának nehézségeire irányul,⁵² a kritikai vizsgálat másik, morálfilozófiai megközelítése pedig az individuális autonómia és szubjektum felfogás klasszikus értelmezéséből következő problémákra reflektál. Ez utóbbi pozícióból kiindulva mutatjuk be az individuális autonómia normatív eszméjének bioetikai jelentésárnyalatait.

A bioetika egybekapcsolja az élet (bios) és az orvosi etika fogalmát. Olyan pluridiszciplináris tudományos irányzatnak tekinthető, amely az orvosbiológiai tudományok fejlődése kapcsán felvetődő kérdésekre a tudományos, kulturális, vallási szociális, politikai, gazdasági és jogi dimenziók együttes tanulmányozása révén kísérel meg erkölcsös válaszokat adni, s ezek segítségével problémákat leírni és etikai normát megállapítani.⁵³

⁴⁸ Ld.: Beauchamp, T.L., Chilress, J.F. (1989): Principles of Biomedical Ethics. (third. ed.) New York- Oxford, Oxford University Press.; 68-73.

⁴⁹ Ld.: Clauser, K. D., Gert, B. Morality vs. Principalism. In: Gillon,R edited (1994): Principles of Health Care Ethics. John Wiley.&.Sons Ltd; 251-267.

⁵⁰ Ld.: Shannon, T. A. (1987): An Introduction to-Bioethics. New York - Mahwah, Paulist Press; 5.

⁵¹ Vö.: Holm, S., Not just autonomy- the principles of American biomedical Ethics. Journal of Medical Ethics. 1995; 21:332-338

⁵² Vö.: Nicholson, R.H. Limitations of the Four Principles. In: Gillon,R. edited(1994): Principles of Health Care Ethics. John Wiley.&.Sons Ltd.; 267-277.

⁵³ Ld.: Oberfrank Ferenc: A biomedicinális etika és az emberi jogok: európai helyzetkép című tanulmány ,59.

Az orvosi etika az elmúlt évtizedekben hatalmas változáson ment át. Ennek az egyik legfontosabb oka, hogy az orvosok és az egészségügyben dolgozók társadalmi helyzete és társadalmi feladata is lényegesen megváltozott.⁵⁴

2.2. A modern orvosetika alapelvei

a) az autonómia tiszteletének elve

Az orvos-beteg kapcsolat mai szintjén a beteg önrendelkezési joga meghatározza azt, hogy kér-e illetve elvisel-e és milyen orvosi beavatkozást. A korábbi felfogásban az orvos mondta meg szaktudása alapján a kezelési módot. Ha alternatív kezelési mód létezik,⁵⁵ a beteg választhat, és ez a választási szabadsága kiterjed egészen a kezelés visszautasításáig. Az autonómia tisztelete alapelveiből eredeztethetők a tájékozott beleegyezés, az információhoz való jog, és az önkéntesség elvei..

b) az igazságosság elve

Az igazságosság erény, a jog, a rend és a kettő konfliktusba kerülhet. Az igazságosság ott okozhat konfliktust, ha a rendelkezésre álló szűkös lehetőségek felhasználása körében kell döntenet.⁵⁶

c) az ún. őszinteségi és bizalmi elv

Talán ez érvényesül a legerőteljesebben. Jogi vonatkozása akkor érvényesül, ha az orvos-beteg viszonyt megbízási jogviszonynak tekintjük. Az orvosi tevékenység egyik sajátossága, hogy mindenképpen érinti a személyiségi jogokat, az orvos szükségképpen korlátozza ezeket már az anamnézissel. Így követelmény a bizalom, a ráhagyatkozás, az előzmények és tünetek őszinte feltárása, de ezekkel mindkét fél oldalán vissza lehet élni. A bizalomnak ezért itt magasabb rendű etikai követelménye van.⁵⁷

⁵⁴ Ld.: Ferencz Antal, i.m., 64.

⁵⁵ Kalciummá inoperábilis beteget pl. lehet citosztatikumokkal kezelni vagy más módon

⁵⁶ Ha pl. egy lélegeztető- és tüdőgépe van az intézetnek, és három napja rajta fekszik egy újraélesztett 70 éves ember, de behoznak egy fiatal sérültet, akinél nagyon valószínű, hogy reverzibilissé tehető a keringésleállás, súlyos választás elé kerül az orvos. Az Egyesült Államokban ezt sokszor anyagiakkal oldják meg: a család finanszírozza a gépen tartást, és ha a családi kassza kiürül, leveszik róla a beteget.

⁵⁷ Marcia A. Lewis, Carol D. Tamparo: Medical Law, Ethics & Bioethics, F.A. Davis Company, Philadelphia, 2007., 241.

d) az ún. ne árts (nil nocere) elv

Az elv lényege, hogy valamilyen beavatkozás, vagy valamilyen beavatkozások visszatartása vagy visszavonása ne okozza a beteg károsodását, állapota és kilátásai romlását. A nem ártás és a beteg javára szolgáló cselekvés elve között éles különbséget kell tenni, mert a bioetikai elemzésekben sokszor ezt a két közeli elvet együtt kell mérlegelni egy-egy adott probléma elemzése során.⁵⁸

A konfliktust az okozza, hogy az orvos fájdalmat okoz, mozgásképtelenné tesz, az invazív beavatkozással sebet okoz, és nem állítható biztosan az, hogy begyógyul, és ha igen, látható marad-e stb. Arra, a kérdésre, hogy meddig mehet el az orvos a fájdalomkórosításban csak etikailag oldható meg. A megkettőződött normarendszerben az erkölcsi parancs csak akkor érvényesül, ha szigorúbb. A *parens patriae* újabb keletű elve, a legerősebb – legfontosabb érdek védelme érvényesül, főleg a judikatúrában.⁵⁹

e) A jótékonyság elve

A jótékonyság elve⁶⁰ nem csupán jótékony adományt jelent, hanem ennél szélesebb és átfogóbb értelemben használja a bioetika, és legáltalánosabb alakjában a mások megsegítésének kötelezettségét rögzíti, túl a legszükségesebb vagy törvény által előírt mértékben.⁶¹ A gyógyító tevékenység – mint ahogyan a vonatkozó jogi szabályozás teszi – alapvetően egy interperszonális, interszubjektív kapcsolatként is felfogható.⁶² Egyik oldalon áll az ember, aki beteg, s mint ilyen kiszolgáltatott helyzetben van. Bizonytalanság tölti el a laikus számára teljesen ismeretlen és megmagyarázhatatlan gyógyító szándékú kezelés tekintetében, ami – mint egy előre bejelentett és ezáltal tudatosult külső beavatkozás szervezetébe – a tudat alatt ösztönszerűen védett integritását sérti.

⁵⁸ Lásd: Ferencz Antal, i.m., 83.

⁵⁹ Klasszikus esete egy 1988-as New Jersey-i ítélet a bérnyaságról: egy házaspárnak nem lehetett gyereke, szerződtek egy nővel, aki a feleség megtermékenyített petesejtjét kihordta. A három trimeszter folyamán mind erősebb lett a béranya kötődése a magzathoz, ezért egyezséggel kérte, hogy a szülés után valameddig nála lehessen. Látogatja őket a házaspár, jó még közöttük a kapcsolat, de végül nem akarja odaadni nekik. Per lesz belőle, az első és a másodfok ezt családjogi pernek tekinti, és úgy kezeli, mintha elvált szülők között volna gyermek-elhelyezési vita. És mivel erős az érzelmi kapcsolat, elutasítják a keresetet. A Supreme Court a *parens patriae* elve folytán azt mondja ki, hogy ez egyszerű gyermek-elhelyezési per, ahol a gyermek szempontjából legfontosabb érdek a döntő, és ez nem vitásan az anyagi helyzet, ami a genetikai szülőknél feltétlenül jobb. Nekik ítéli a gyereket, de láthatja a biológiai anya.

⁶⁰ A nemzetközi szakirodalom a „principle of beneficence” fogalmat használja, vö.: Marcia A. Lewis, Carol D. Tamparo: im., 142.

⁶¹ Ld.: Ferencz Antal, i.m., 93.

⁶² Ld.: Frivaldszky János: A jog interszubjektív jellege és a természetjog. Századvég 1998/10, 101-112.

A másik oldalon szintén egy ember áll, aki gyógyít, s mint ilyen többletudással bír. Mindeközben hihetetlenül nagy teher nehezedik rá, hiszen a beteg bizalommal és reménnyel önnön integritását tárja fel előtte; az orvos pedig mindeközben emberi eszközökkel küzd az emberfeletti, az élet megmentéséért.⁶³

3. Az orvosi jog mibenléte

Az orvoslás és a jog kapcsolata nem új keletű. Egy – 1910-ben feltárt – 210 centiméter magas kőoszlop tanúsága szerint Hamurabi király – Kr.e. 1695 körül – tizenhét törvényben szabályozta, hogy egy-egy tevékenységért mit kell fizetni az orvosnak, és hogy melyek az orvos teendői.⁶⁴ A Biblia is számtalan betegségről, orvosságról és egészségügyi szabályról tájékoztat és érdekes, hogy többségük az orvostudomány fejlődésével mit sem vesztett aktualitásából. A zsidó vallásos iratok, elsősorban a babiloni és a jeruzsálemi talmus is számtalan vonatkozó részt, leírást tartalmaz.⁶⁵ Ahhoz azonban több ezer évnek kellett eltelnie, hogy a 10. században, Salernóban megalakuljon az első európai orvosi iskola.

Kiindulópont, hogy az orvosi jog kapcsán már az elnevezés, a terminológiai kérdések is számos vitát generálnak.⁶⁶ Nézetem szerint az alternatívaként használt egészségügyi jog megjelölés elsődleges jellemzője, hogy a releváns jogszabályok szinte kizárólag az egészségügy működtetését érintik, és elsődlegesen alá-fölérendeltségi jogviszonyt szabályoznak. Napjaink változásai nyomán azonban az egészségügyi jog már nem csak az egészségügyet, hanem mindennapjainkat is érinti, a társadalmi viszonyok széles körét szabályozza. Ennek a folyamatnak a legfontosabb eredménye, hogy felértékelődik az alá-fölérendeltség mellett a mellérendeltségi jogviszonyt érintő jogszabályok helyzete. Ez vezet az orvosi jog megjelenéséhez, amely már nem közigazgatási kategória, hanem tartalmát tekintve alapvetően a civilisztika irányába mutat.

⁶³ Ld.: Landi Balázs: Az orvos polgári jogi felelősségének kérdései, i.m. 5-15.

⁶⁴ Részlet az egyik törvényhelyből: „Ha nagyobb műtétet hajtott végre az orvos egy nemesemberen és bronz lándzsájával megmentette életét...10 ezüst sékelt kell kapnia.

⁶⁵ Ld. Józsa László: Orvoslás a Bibliában; Móra ferenc könyvkiadó; Bp. 1998; 5-7.

⁶⁶ Ld.: Kovácsy Zsombor: Egészségügyi jog; Semmelweis Kiadó; Bp. 2008; 1-2.

Arra a kérdésre, hogy mit értünk *orvosi jog* alatt, a legkönnyebb negatív tartalmú választ adni. Nem csupán a műhibákra,⁶⁷ illetve az orvosi tevékenységre vonatkozó joganyag, de nem is a betegjogok gyűjteménye. Ennél kétséget kizáróan szélesebb témakört érint ez a jogterület. Olyan területek találkozási pontja, mint a munkajog, orvosi felelősségi jog, gyógyászati segédeszközök joga, szervezeti/szövetkezeti jog, kábítószer-törvények, orvosi termékekre vonatkozó jogszabályok, gyógyászati gépeket érintő rendelkezések,⁶⁸ különböző eljárási jogok, büntetőjog, környezetvédelmi jog, közigazgatási jog, egészségügyi igazgatás, élelmiszer-igazgatás, szabálysértési jog, szociális és társadalombiztosítási jog, és végül, de nem utolsósorban a polgári jog.

4. A mellérendelt orvos-beteg jogviszony fogalma, jellemzői

Jóllehet, mint azt korábban említettük az egészségügy, a gyógyító – megelőző ellátás jogi szabályozása egészen sajátos, összetett, különböző igazgatási, munkajogi, polgári jogi elemek keverednek benne, az orvosi jogviszonyt mégis szorosán el kell határolni az államigazgatási jogviszonytól és a polgári jogi elemek fontosságára tekintettel a polgári jogviszonyban helyezni el. Kétségtelen tény, hogy a betegek gyógyítása minden esetben közérdek, a tényleges gyógyító munka mégsem ezt általánosságban ezt célt szolgálja, hanem mindig a meghatározott beteg érdekét. Attól függetlenül tehát, hogy a közérdek, és az igazgatási jelleg mögé szokták felsorakoztatni a járványügyi, kényszer-gyógykezelési eseteket, amelyeknél a beteg akarata ellenére is eljárhat az egészségügyi szervezet, valójában itt is a magánjogi jegyek uralkodnak: a felelősségi rendszer, a beteg mellérendeltsége, titoktartási jog, személyiségi jogok változatlansága.

A jogviszonyok a jogalkotó által szelektált, a jogi szabályozás körébe bevont, jogilag szabályozott társadalmi viszonyok.

⁶⁷ Sokak véleménye szerint a kifejezés nem helytálló. A fogalom / Kunstfehler / mindenképp Rudolf Virchowra vezethető vissza, aki 1870-ben a kérdés szabályozását még büntetőjogi keretek között képzelte el. Fogalom meghatározása alapján azok az orvosi approbációval / engedéllyel/ rendelkező gyógyító személyek, akik hivatásuk gyakorlása során a szükséges figyelmesség vagy óvatosság hiánya folytán a gyógyítás általánosan elismert szabályaitól eltérően cselekvésük vagy mulasztásuk által a kezelésükre bízott személy egészségét megkárosítják, büntetendők. Lásd.: Landi Balázs: Az orvosi műhiba fogalmáról; Magyar Jog 2002.6.szám, 345.

⁶⁸ Fontos hangsúlyozni, hogy e téren létezik hazai szabályozás lásd: 47/1999. (X. 6.) EüM rendelet az orvostechnikai eszközökről, 1. § (1) E rendelet hatálya - a (2) bekezdésben foglaltak kivételével - a Magyar Köztársaság területén gyártott, forgalmazott, illetve alkalmazott orvostechnikai eszközökre, azok gyártóira, forgalmazóira, továbbá felhasználóira terjed ki.

A mellérendelt jogviszony olyan (természetes és jogi) személyek közötti jogilag releváns és meghatározott kapcsolat, amely vagyoni és az ezzel összefüggő nem vagyoni (személyi) jellegű tevékenységre, vagy az attól való tartózkodásra (dare, facere, non-facere, praestare) irányul és e kapcsolatból eredően a feleket az egyenjogúság és a mellérendeltség rendszerében alanyi jogok illetik meg és jogi kötelezettségek terhelik. Egy-egy ilyen jellegű, polgári jogviszonyban az adott életviszonyra vonatkozó absztrakt polgári jogi norma konkretizálódik és realizálódik, azaz a jogi norma a jogviszonyokon keresztül érvényesül.⁶⁹ A mellérendelt jogviszonyok:

- mindig emberek, illetve emberi szervezetek közötti viszonyok,
- döntő mértékben vagyoni jellegű, és jelentős számban személyi természetű viszonyok,
- a benne szereplő felek egyenjogúak és egymáshoz képest mellérendelt pozícióban vannak,
- az egymástól egyébként elkülönült, egyaránt autonóm felek kevés kivétellel szabad akaratukból kapcsolódnak össze,
- a feleket egymással szemben kiegyensúlyozott mértékű jogosultságok illetik meg, illetőleg kötelezettségek terhelik.

5. A orvosi jogviszony vonatkozásában érvényesülő alapelvek

Az orvos-beteg között fennálló kapcsolat fontos jellemzője tehát a mellérendeltség,⁷⁰ amely több helyen is kifejezésre jut az egészségügyi törvényben is.:

- Általában a beteg hozzájárulása szükséges a kórházban való elhelyezéséhez, az egészségügyi ellátás igénybevételéhez (Eü.tv.15§(1)).
- A kezelést érintő döntésekben a beteg részvétele (Eü.tv.15.§(2))
- A gyógykezelést a beteg saját felelősségére megszakíthatja (amennyiben másokra nem jelent veszélyt).
- A műtétnek minősülő illetve invazív beavatkozásokhoz a beteg írásbeli nyilatkozata vagy 2 tanú együttes jelenlétében megtett szóbeli nyilatkozata szükséges (Eü.tv,15.§(5)).⁷¹

⁶⁹ Vö.: Lábady Tamás: A magyar magánjog (polgári jog) általános része; Dialog Campus, Pécs 2002.; 7.-9.

⁷⁰ Tarr György : Gondolatok az orvosi jogról és az orvosi jogviszonyról ; Magyar Jog 2002 január; HVG ORAC, 22.

⁷¹ A fentiekén túl a Polgári Törvénykönyv 4.§(3)-ben meghatározott együttműködés elvének e jogviszonyban való érvényesülése határozottan mutatja a polgári jogba tartozását. Ahhoz, hogy a kezelés elérje a célját, mindkét fél kölcsönös együttműködése szükséges, még hozzá aktív magatartásban megmutatkozóan. Az orvos a

A mellérendelt jogviszonyban érvényesülő legfontosabb alapelveknek két speciális funkciója az értelmezési és a hégzagpótlási funkció. Az értelmezési funkció célja, hogy a szabályokat egyformán értelmezzék és alkalmazzák.

Az egységes jogértelmezés ugyanis alapvető feltétele a jogbiztonság megvalósulásának. Az alapelvek hégzagpótló funkciójára pedig az általános jogi normák és az egyes életviszonyok szükségzerű különbözősége miatt van szükség. Ilyen joghégzagok kitöltésére szolgálnak az alapelvek az alábbiak:

- Igazságosság elve
- Jóhiszeműség és tisztesség elve
- Rendeltetészerű joggyakorlás elve
- Joggal való visszaélés tilalma
- Együttműködés elve
- Elvárható magatartás elve⁷²

Ad 1. Az igazságosság elve

Az általános norma és az egyedi eset közötti szakadék áthidalása csakis az igazságosság elvének segítségével, annak konkrét megnyilvánulásaként az eseti méltányosság gyakorlásával lehetséges. Ez a konkrét eset összes körülményeinek gondos számbavételét és mérlegelését követeli meg a jogalkalmazóktól. A jogi normák tartalmának, a bírói ítéletnek az "igazságossága" mozdítja elő a legnagyobb mértékben e normák és ítéletek társadalmi elfogadását, az önkéntes jogkövetést.

Ad 2. A jóhiszeműség és tisztesség elve

A jóhiszeműség szubjektív, tudati állapot. Jóhiszemű az, aki nem tud, s kellő körültekintés tanúsítása mellett sem kellene tudnia a látszattal ellentétes valóságról.

beteg segítsége nélkül nem képes sikeres gyógyító-megelőző tevékenységet folytatni, ugyanis csak a beteg rendelkezhet saját testével és pszichikumával. Éppen ezért a beteg együttműködésre köteles, ha a jogviszony alanya kíván lenni. A beteg e kötelezettsége több irányú: meg kell adnia a szükséges információkat állapotáról, el kell viselnie a vizsgálatok kellemetlenségeit, betartani a vonatkozó orvosi utasításokat. Mindezeket döntően a mellérendeltség pozíciójában teszi.

⁷² Ld.: Bíró György - Lenkovich Barnabás: Általános tanok, „Novotni” kiadó; Miskolc 2006.; 5-9.

Rosshiszemű pedig az, aki tud, vagy kellő körültekintés tanúsítása mellett tudnia kellene a látszattal ellentétes jogi helyzetről. A tisztesség követelménye az erkölcsösség általános követelményét emeli törvényi rangra. A polgári jogi viszonyokban nem elegendő a magatartások formális jogszerűsége, azoknak tartalmilag is jogszerűnek, erkölcsösnek kell lennie. Erkölcsös az a magatartás, amelyet az adott társadalmi vagy nagyobb közösség a hatalmi helyzettől függetlenül helyesnek és követendőnek nyilvánít. Egyes magatartások erkölcstelensége egyúttal jogellenesnek is minősül, amihez nem egy esetben joghátrány fűződik.

Ad 3. A rendeltetészerű joggyakorlás elve

Az egyes ember szabadsága nem terjedhet ki mások szabadságának korlátozására. Minden alanyi jogot csak céljának megfelelően, rendeltetésével összhangban szabad gyakorolni. Rendellenes és jogszerűtlen az olyan jogalkotás, amely az adott jog társadalmi funkciójával, céljával, rendeltetésével ellentétes irányban hat.

Ad 4. A joggal való visszaélés tilalmának elve

Joggal való visszaélés esetén a látszat szerint egy jogosultság gyakorlásáról, jogos magatartásról van szó, valójában azonban a rendeltetészerű joggyakorlás alapelve által kijelölt szabad mozgástér átlépéséről, a célzat miatt jogellenes, tilos magatartásról van szó. A joggal való visszaélésnek külön nevesített esete az a magatartás, amely egy jogszabály által külön megkívánt nyilatkozat megtagadásában áll és ez a magatartás nyomós közérdeket vagy külön méltánylást érdemlő magánérdeket sért (pl. haszonélvezettel terhelt jogot csak a haszonélvező hozzájárulásával lehet szerződéssel megszüntetni).

Ad 5. Az együttműködés elve

Minden emberi közösség megköveteli biz, elemi együttélési normák betartását, azaz a magatartások összehangolását és a közösségen belüli együttműködést. Minél kisebb, zártabb egy közösség, annál intenzívebb az együttműködés. Az együttműködési normák zöme az erkölcs, a szokások, a vallás területéhez tartozik.

Az együttműködés elve tevőleges magatartást, sőt önzetlenséget is elvár a felektől, egymás érdekeinek kölcsönös előmozdítása céljából. Az elvnek az egymással külön jogviszonyban nem álló felek, alanyi jogosultak és kötelezettek között is érvényesülnie kell (“nem vagyunk jogviszonyban” nem mentesít).

Ad 6./ Az elvárható magatartás elve

A polgári jog alapvetően nem parancsoló, hanem jogosító szabályozást alkalmaz, s a jogalanyok számára szabad mozgásteret biztosít. Ugyanakkor a jogbiztonság elve megköveteli a szabályozás kiszámíthatóságát, ezért a polgári jogban szükség van egy általánosan elvárható magatartási mérték meghatározására. Ez a mérték nem lehet a minden egyes egyénre szabott “tőle elvárhatóság”, de nem lehet egy eszményi magatartási mérték sem (az emberek által tanúsított “tipikus magatartás”, az egyedi és általános között, a különös szintjén megszabott mérték).⁷³

⁷³ Ld.: Lábady Tamás: A magyar magánjog (polgári jog) általános része; Dialog Campus, Pécs 2002.; 7-11.

II. AZ ORVOS-BETEG JOGVISZONY ALKOTMÁNYOS ÉS IGAZGATÁSI ALAPKÉRDÉSEI

Kiindulópontként fel kell tennünk a kérdést, kinek a feladata az egészségügyi ellátás biztosítása, társadalomé (A „társadalomnak” nem lehet feladata „az egészségügyi ellátás biztosítása”. Kérdésként azt lehet feltenni, hogy (piaci) szolgáltatásként tekintünk-e az egészségügyi ellátásra/szolgáltatásra vagy legalább részben államilag megszervezendő közszolgáltatásként), vagy államé⁷⁴, az ingyenes-e vagy térítésköteles-e, azaz alanyi jogként illet-e meg minden magyar állampolgárt vagy sem. Mivel véleményem szerint ezekre a kérdésekre nem lehet egyszerűen igennel vagy nemmel felelni, a téma ezért alapos vizsgálódást igényel, ahol szükséges megvizsgálunk az egészségügyi ellátáshoz való jog nemzetközi és hazai fejlődését.⁷⁵ Az alkotmányok többsége ezt állami feladatnak nyilvánítja, mely feladat ellátásában döntő szerepet játszik a társadalombiztosítás.⁷⁶

1. Nemzetközi egyezmények és nemzeti alkotmányok az egészségügyi ellátáshoz való jog tükrében

Az egyezmények tárgyalása előtt fontos kiemelni azt, hogy a gyakorlatban és a jogirodalomban sokszor egyenlőségjelet tesznek az egészséghez való jog és az egészségügyi ellátáshoz való jog között. Ezzel kapcsolatosan azt mondhatjuk, hogy e két jog nem azonos, hiszen az egészséghez való jog minőségileg több, annak részjogosítványa az egészségügyi ellátáshoz való jog, az egészséges környezethez való jog, az egészséges életmód és sport állami támogatása.⁷⁷

⁷⁴ Vö.: Heinz Barta álláspontja, aki szerint az állam már Szolón óta a szociális kiegyenlítés őre („Hüter des sozialen Ausgleichs”) Heinz Barta: Die Sorge um sich In: Heinz Barta-Gerson Kern: Recht auf Gesundheit, Verlag Österreich, Wien 2002 27.; ill. Ludwig Adamovich álláspontja, aki szerint az alapjogok az egyén és az állam közötti viszony tükröképei, és egy bizonyos fokig megjelenítik az állam feladatait. Ludwig Adamovich: Grundrechte heute-Eine Einführung In: 70 Jahre Republik Grund-und Menschenrechte in Österreich Grundlagen, Entwicklung und internationale Verbindungen N. P. Engel Verlag Kehl am Rhein 1991 11.

⁷⁵ Ld.: Kovács Balázs: Az egészségügyi ellátáshoz való jog, az egészséghez való jog és az Alkotmánybíróság határozatai tükrében; tanulmány _ hol????; Bp. 2007.; 5-37.

⁷⁶ Ld.: Balogh Zsolt-Holló András-Kukorelli István-Sári János: Az Alkotmány magyarázata, Kjk-Kerszöv; Budapest, 2002.; 668-670.

⁷⁷ Ld.: Balogh Zsolt-Holló András-Kukorelli István-Sári János: *i.m.*; 668-672.

A nemzetközi egyezmények⁷⁸ tárgyalása azért is kiemelten fontos, hiszen Hazánk jogrendszere az emberi jogokra vonatkozó alapvető nemzetközi egyezményeket lényegében belső joggá tette, és a nemzetközi emberi jogi egyezményeknek való megfelelés mértéke egyféle demokráciaosztályzatot is jelent, másrészt ezen egyezmények egyben nagymértékben behatárolják az egyes államok mozgásterét a jogalkotás területén.⁷⁹

Az egészségügyi ellátáshoz való jog fejlődése tekintetében különösen hangsúlyos az Egészségügyi Világszervezet New York-ban megfogalmazott, és 61 állam által aláírt alkotmánya (1946. július 22.). Hazánkban a dokumentum becikkelyezéséről az 1948. évi XII. törvény gondoskodik.

A korábban már idézett egészség definíció mellett a WHO alkotmánya kimondja, hogy *„az elérhető legjobb egészségi állapot élvezete minden emberi lény alapvető jogainak egyikét alkotja, bármilyen legyen is faja, vallása, politikai nézete, gazdasági vagy társadalmi helyzete.*

Rögzíti továbbá, hogy a *Kormányok népeik egészségéért felelősséggel tartoznak, amelynek csak akkor tesznek eleget, ha megfelelő egészségügyi és szociális intézkedéseket fogyanatosítanak.*”⁸⁰

⁷⁸ A 20. sz. i nemzetközi emberi jog dokumentumok kialakulásának történetéről ld. bővebben John P. Humprey. *Der internationale Katalog der Menschenrechte* In. 40 Jahre Emrk Grund-und Menschenrechte in Österreich Band II Wesen und werte N. P. Engel VerlagKehl am Rhein 1991 19-26, valamint Martin Binder: *Kernbereich und Randzonen des sozialen Krankheitsbegriffs* In Recht auf Gesundheit (herausgegeben von Heinz Barta und Gerson Kern) Verlag Österreich Wien 2002 35-39.

⁷⁹ Kukorelli István: Az alkotmányozás évtizede-Közjogi, politikai tanulmányok, parlamenti jegyzetek Korona Kiadó 1995, Budapest 94-95.

⁸⁰ „The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition. The health of all peoples is fundamental to the attainment of peace and security and is dependent upon the fullest co-operation of individuals and States. The achievement of any State in the promotion and protection of health is of value to all. Unequal development in different countries in the promotion of health and control of disease, especially communicable disease, is a common danger. Healthy development of the child is of basic importance; the ability to live harmoniously in a changing total environment is essential to such development. The extension to all peoples of the benefits of medical, psychological and related knowledge is essential to the fullest attainment of health. Informed opinion and active co-operation on the part of the public are of the utmost importance in the improvement of the health of the people. Governments have a responsibility for the health of their peoples which can be fulfilled only by the provision of adequate health and social measures.” (www.who.int)

A Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata⁸¹ csak néhány olyan rendelkezést tartalmaz, mely az egészségügyi ellátáshoz való jog szempontjából relevánsnak mondható, így kimondja, hogy *„minden személynek mint a társadalom tagjának joga van a szociális biztonsághoz; minden személynek ugyancsak igénye van arra, hogy (...) a méltóságához és személyiségének szabadon való kifejlődéséhez szükséges gazdasági, szociális és kulturális jogait kielégíthesse.”*⁸², továbbá azt, hogy *„minden személynek joga van saját maga és családja egészségének és jólétének biztosítására alkalmas életszínvonalhoz, nevezetesen élelemhez, ruházathoz, lakáshoz, orvosi gondozáshoz, valamint a szükséges szociális szolgáltatásokhoz...”*⁸³

Az Európai Szociális Chartát hazánkban az 1999. évi C. törvény hirdette ki. A Charta jelentősége, hogy a hasonló egyezményekhez képest meglehetősen sokat foglalkozik az egészséggel, és az ezzel kapcsolatos jogosultságokkal. A dokumentum jogosultságként rögzíti az egészség védelméhez való jogot (right to protection of health), és kimondja, hogy annak *„tényleges gyakorlásának biztosítására a Szerződő Felek kötelezettséget vállalnak arra, hogy akár közvetlenül, akár a köz- vagy magánszervezetekkel együttműködve megfelelő intézkedéseket tesznek, hogy - többek között - amennyire csak lehetséges, felszámolják a betegeskedések okait; tanácsadói és oktatási lehetőségeket biztosítsanak az egészségvédelemre és az egészségügyi kérdések iránti egyéni felelősség növelésére; amilyen mértékben csak lehetséges, megelőzzék a járványos, endémiás és egyéb betegségeket.”*⁸⁴

Az Egészségügyi Világszövetség, a WHO Európai Regionális Irodájának szervezésében 1994 március 28-30. tanácskozást tartottak a betegjogokról. Az ezen a tanácskozáson elfogadott dokumentum, a Betegjogok Európai Kartája tartalmazza a betegjogok alapelveit.

⁸¹ A nyilatkozat atyjának John P. Humprey tartják, aki 1946-1966 az ENSZ Emberjogi Titkárságának igazgatója volt, valamint professzor a McGill University-n (Montreal, Kanada). 40 Jahre Emrk Grund-und Menschenrechte in Österreich Band II Wesen und werte N. P. Engel VerlagKehl am Rhein 1991 17.

⁸² „Everyone, as a member of society, has the right to social security and is entitled to realization, through national effort and international co-operation and in accordance with the organization and resources of each State, of the economic, social and cultural rights indispensable for his dignity and the free development of his personality.” (Article 22)

⁸³ „everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well-being of himself and of his family, including food, clothing, housing and medical care and necessary social services...” (Article 25)

⁸⁴ „...to ensuring the effective exercise of the right to protection of health, the Contracting Parties undertake, either directly or in co-operation with public or private organisations, to take appropriate measures designed inter alia: to remove as far as possible the causes of illhealth; to provide advisory and educational facilities for the promotion of health and the encouragement of individual responsibility in matters of health; to prevent as far as possible epidemic, endemic and other diseases.”

Az egészségügyi ellátáshoz való jog nemzetközi fejlődésében a WHO kiemelt szerepet játszott, hiszen szervezetének keretében 1977 óta külön egység foglalkozik az egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó jogalkotási kérdésekkel. A karta megszületése természetesen nem minden előzmény nélkül való. A karta előfutára egy holland professzor (Henk Leenen, Universiteit van Amsterdam) munkása, aki elvégzi a betegjogi törvények európai összehasonlítását, melyben megállapítása szerint az a tendencia mutatkozik meg, hogy a korábban az orvosok kötelezettségeként számon tartott és meghatározott követelmények egyre inkább a betegek jogaiként nyernek meghatározást⁸⁵

Az egészségügyi ellátáshoz való jog vizsgálatánál fent említett egyezményeken kívül nem hagyhatjuk figyelmen kívül a nemzeti alkotmányok⁸⁶ szabályozását, s ezek vizsgálata során érdekes különbségekre és alkotmányonként eltérő hangsúlyokra lehetünk figyelmesek. Míg korábban a magyar Alkotmány legmagasabb szintű testi és lelki egészségről beszélt, addig ez más alkotmányokban egészségvédelemhez, vagy egészségügyi ellátáshoz való jogként szerepel.⁸⁷ A nemzeti alkotmányok vizsgálata során mindezek mellett arra is figyelmesek lehetünk, hogy egyes nemzetek alkotmányjog szabályozásából, mint például az osztrák⁸⁸, hiányzik az egészséghez való alapjog explicit kifejezése.

A belga alkotmány alapján *„Mindenkinek joga van ahhoz, hogy az emberi méltóságának megfelelő módon éljen, ebbe belefoglaltatik a jog a társadalombiztosításhoz, az egészségvédelemhez és a szociális, egészségügyi és jogi támogatáshoz.”* (23. cikk.)

Ciprusi alkotmány, melyben az emberi jogok minél szélesebb körű megjelenítésére törekedtek, végül igen mostohán bánt az egészségügy körébe tartozó jogokkal a 9. cikkében kimondja, hogy mindenki jogosult a méltó megélhetéshez és a szociális biztonsághoz. Cseh Alapvető Jogok és Szabadságok Kartája, külön szabályozza a gazdasági, szociális és kulturális jogokat. Ennek alapján *„Mindenkinek joga van az egészségvédelemre. Az állampolgároknak a társadalombiztosítás alapján joguk van ingyenes egészségügyi ellátásra, valamint törvényben meghatározott feltételek mellett gyógyászati segédeszközre.”* (31. cikk.)

⁸⁵ A betegjogok Európában. Az európai alapelvek és a magyar egészségügyi törvény, TASZ, Budapest, 1999.

⁸⁶ Ld.: Trócsányi László-Badó Attila(szerk.): *Nemzeti Alkotmányok az Európai Unióban*, Kjk-Kerszöv, Budapest 2005.; 67-69.

⁸⁷ Ld.: Balogh Zsolt-Holló András-Kukorelli István-Sári János: *i.m.*; 667.

⁸⁸ Vö.: Karl Weber: *Verfassungsrechtliche und –politische Aspekte eines Rechts auf Gesundheit* In *Recht auf Gesundheit* (herausgegeben von Heinz Barta und Gerson Kern) Verlag Österreich Wien 2002; 203.

Az észt alkotmány rögzíti, hogy „Mindenkinek joga van egészségügyi ellátásra. Az észt állampolgárok jogosultak állami segítség igénybe vételére idős korukban, munkaképtelenség esetén, az eltartó elvesztésekor, valamint szükséghelyzetben. A segítség fajtáit, mértékét, feltételeit és eljárását törvény határozza meg. Amennyiben törvény eltérően nem rendelkezik, ez a jog egyenlően vonatkozik észt állampolgárokra és az Észtországban tartózkodó külföldi állampolgárokra és hontalanokra.” (28. cikk.)

További példák: (...)

A finn alkotmány

A közhatalmi szervek mindenki számára biztosítják a megfelelő szociális, egészségi és orvosi szolgáltatásokat a lakosság egészségének megőrzése céljából. (19. cikk. (3) bek.)

A görög alkotmány

Mindenki jogosult egészsége és genetikai önazonossága megőrzéséhez. (5. cikk (5))

A holland alkotmány

A társadalombiztosításhoz való jogosultságot törvény szabályozza. (20. cikk. (2))

A lett alkotmány

Az állam védi az emberi egészséget, és mindenki számára biztosítja az alapvető orvosi ellátásokat. (111. cikk)

A litván alkotmány

Az állam gondoskodik az emberek egészségéről, betegség esetén biztosítja az orvosi segítséget és az egészségügyi szolgáltatásokat. Az állampolgárok állami egészségügyi intézményben történő ingyenes orvosi segítséghez jutásának szabályait törvény állapítja meg. (53. cikk. (1))

Az olasz alkotmány

A Köztársaság alapvető egyéni jogként és közösségi érdekként védi az egészséget és biztosítja a betegeknek az ingyenes orvosi ellátást. (32. cikk. (1))

A szlovák alkotmány

Mindenkinek joga van az egészségvédelemhez. Az egészségügyi biztosítás alapján az állampolgárok jogosultak ingyenes egészségügyi ellátásra és gyógyászati segédeszközökhez való hozzájutásra a törvényben meghatározott feltételek mellett. (40. cikk.)

A portugál alkotmány

Az országos egészségügyi szolgálat mindenki számára ingyenesen hozzáférhető mindaddig, amíg azt az állampolgárok gazdasági és szociális körülményei szükségessé teszik. (64. cikk. (2) a))

Az ir alkotmány

A szociális politikára vonatkozó alapelvek között kifejti

Az állam kiemelten őrökdi a társadalom alacsonyabb osztályainak gazdasági érdekei felett, és, amennyiben szükséges, támogatja a betegeket, özvegyeket, árvákat és időseket. Az állam biztosítani törekszik a dolgozók erejének és egészségének megőrzését....(45. cikk (4) 1-2)

A lengyel alkotmány

A férfiak és nők egyenlő jogokat élveznek.....egyenlő mértékben jogosultak a társadalombiztosításra. (33. cikk. (2)), továbbá mindenkinek joga van egészsége megőrzésére.

A közhatalmi szervek a közalapokból finanszírozva egyenlő mértékben biztosítják az állampolgároknak az egészségügyi szolgáltatásokat tekintet nélkül vagyoni helyzetükre. A biztosított szolgáltatás feltételeit és mértékét törvény állapítja meg. A közhatalmi szervek különös egészségügyi gondoskodást biztosítanak a gyermekek, állapotos nők, fogyatékkal élők és idősek számára. (69. cikk. (1)-(3))

2. Az egészséghez és egészségügyi ellátáshoz való jog a hatályos szabályozás tükrében

Ahhoz, hogy az egészségügyi ellátáshoz való jog kialakulásáról és az ezzel kapcsolatos garanciákról, joggyakorlatról beszélhessünk, óhatatlanul szükséges annak rögzítése, hogy az egészségügyi ellátás az ember egészségének megőrzését szolgálja. Az egészség fogalom-meghatározásával sok helyütt találkozunk.⁸⁹ Az egyik lehetséges definíció szerint „az életműködés zavartalansága, a szervezet, ill. a szervek betegség nélküli állapota.”⁹⁰

Az egészség⁹¹ korunkban ismert legáltalánosabb fogalmát a WHO Alapokmányában találhatjuk, melyet 1948 óta nem egészítettek ki. Eszerint az egészség „a teljes fizikai, szellemi és szociális jólét állapota, nem pusztán a betegség, rokkantság, elesettség hiánya”⁹². Az egészség e igen tág megfogalmazása miatt, az egészségügyi ellátás fogalmába valójában minden emberi szükséglet beletartozik.⁹³

⁸⁹ Ld. Gerson Kern: Recht auf Gesundheit-Zivilrechtliche Reflexionen In: Recht auf Gesundheit (herausgegeben von Heinz Barta und Gerson Kern) Verlag Österreich Wien 2002 70.

⁹⁰ Magyar Értelmező Kéziszótár, szerk.: Juhász József, Szőke István, O. Nagy Gábor, Kovalovszky Miklós, Akadémiai Kiadó Budapest, 1978, 255.

⁹¹ WHO egészség-fogalmát a szocialista államok is elfogadták így például a DDR is Ld. Werner Strasberg: Schutz von Leben und Gesundheit, Staatsverlag der Deutschen Demokratischen Republik, Berlin 1980 12.; A DDR egészségügyi témájú jogalkotásáról ld. bővebben Güstler-Mandel-Rothe: Rechtsprinzipien im Gesundheitswesen, VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin 1980

⁹² „Health is a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, 100.) and entered into force on 7 April 1948.

⁹³ Blasszauer Béla: Orvosi Etika Medicina, Budapest 1995, 123.

A WHO definíciója természetesen egyféle megközelítést tartalmaz⁹⁴, de komoly érdeme, hogy több kapcsolódó egyezménytől – mint például Gazdasági, Szociális és Kulturális Jogok Nemzetközi Egyezségokmányától⁹⁵ – eltérően kísérletet tesz egy zárt egészség-definíció megadására.

Bár a WHO meghatározása könnyen érthető és általános definíciót tartalmaz, meg kell jegyeznünk, hogy egyre több kutatót sarkall ezen megfogalmazás újra gondolására.⁹⁶

Az egészségügyi ellátáshoz való jog tekintetében az Eütv. 6. §-a értelmében minden betegnek joga van sürgős szükség esetén az életmentő, illetve a súlyos vagy maradandó egészségkárosodás megelőzését biztosító ellátáshoz, valamint fájdalomának csillapításához, és szenvedéseinek csökkentéséhez.

E szakasz lényegének feltárásához tudni kell, hogy 1997-ben párhuzamosan két nagy, az egészségügyi ellátórendszer működését meghatározó törvény előkészítése zajlott. Az egészségügyi törvény foglalta egybe azokat a szektorsemleges rendelkezéseket, amelyeknek minden egyes egészségügyi ellátás során érvényesülniük kell, függetlenül attól, hogy az ellátásra állami, önkormányzati vagy magán egészségügyi szolgáltatónál kerül sor, illetve, attól is, hogy az ellátást milyen ország állampolgára, milyen elszámolási rend szerint veszi igénybe. A másik szabályrendszert a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény, az un. egészségbiztosítási törvény (a továbbiakban: Ebtv.) tartalmazza, amelyből megállapítható, hogy az egészségügyi törvényben megfogalmazott szakmai szabályoknak megfelelő ellátásokat az egészségbiztosítási rendszerben milyen szabályok szerint vehetik igénybe a biztosítottak.

⁹⁴ Az Egyesült Államok jogalkotására példának okáért jellemző, hogy nem annyira az egészség, hanem a betegség fogalmának meghatározására törekszik. Ezzel kapcsolatosan megemlítendő az Iowai Legfelsőbb Bíróság *Witcraft v. Sundstrand Health & Dis. Gr.*, 420 N.W.2d 785 (Iowa) ügyben született döntése, mely a biztosítási ügyekre vonatkozóan ugyan, de meghatározza a betegség (*disease, illness, sickness*) fogalmát, mint „a test kóros állapotát, a test bármely normális vagy egészséges funkciójától, vagy szövetétől való eltérését” („*morbidity condition of the body, a deviation from healthy or normal condition of any of the functions or tissues of the body*”). Patricia A. King-Judith Areen-Lawrence O. Gostin: *Law, Medicine and Ethics*, Foundation Press New York, 2006 25.

⁹⁵ „Az Egyezségokmányban részes államok elismerik mindenkinek a jogát arra, hogy a testi és lelki egészség elérhető legmagasabb szintjét élvezze.” (12. Cikk 1.)

⁹⁶ vö. Sisella Bok: *Rethinking the WHO Definition of Health*, Working Paper Series, Vol 14. Number 7. October 2004, Harvard Center of Population and Development Studies, Harvard School of Public Health;

3. Az Alaptörvény vonatkozó szabályozása

Korábban, ha az egészségügyi ellátáshoz való jogról és az Alkotmány (1949. évi XX. törvény a továbbiakban: Alkotmány) viszonyáról beszéltünk, rögzítenünk kellett, hogy „*a Magyar Köztársaság elismeri az ember sérthetetlen és elidegeníthetetlen alapvető jogait, ezek tiszteletben tartása és védelme az állam elsőrendű kötelessége, továbbá, hogy az alapvető jogokra és kötelességekre vonatkozó szabályokat törvény állapítja meg, alapvető jog lényeges tartalmát azonban nem korlátozhatja.*”⁹⁷ A Magyar Köztársaság előző Alkotmánya, nem az egészségügyi ellátáshoz való jogról beszélt, hanem kimondta, hogy „*a Magyar Köztársaság területén élőknek joguk van a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez. (...)*”⁹⁸

A lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jog alapjogi jellegét hangsúlyozza Ádám Antal alkotmánybíró, mikor megállapítja⁹⁹ ezen jog sok összetevős jellegét, és hangsúlyozza, hogy ennek szolgálatában olyan részjogosítványok állnak, mint a szociális biztonság; öregség, rokkantság, özvegység...etc. esetén a megélhetéshez szükséges ellátás, mely kötelezettségeit az állam a társadalombiztosítás útján és a szociális intézmények rendszerével valósít meg. A hatályos Alaptörvény (Magyarország Alaptörvényét az Országgyűlés a 2011. április 18-i ülésnapján fogadta el, a továbbiakban: Alaptörvény) a XIX. cikkben rögzíti, hogy mindenkinek joga van testi és lelki egészségének megőrzéséhez. E jog érvényesülését Magyarország a munkavédelem, az egészségügyi intézmények és az orvosi ellátás, a sportolás és rendszeres testedzés, valamint az épített és természetes környezet védelmének biztosításával segíti elő. Mielőtt bemutatnánk az Alkotmánybíróság gyakorlatát, mindenféleképpen szükséges azt hangsúlyozni, hogy az említett „egészséghez való jog”¹⁰⁰ nem azonos az egészségügyi ellátáshoz való joggal, hanem annál szélesebb tartalmú – lényegében az egészségügyi integritáshoz való jognak felel meg, hiszen az egészséghez való jogba beletartozik az egészségügyi ellátáshoz való jog mellett az egészséges környezethez való jog és az egészség biztosításának állami garanciarendszere is.¹⁰¹

⁹⁷ 8. § (1)-(2)

⁹⁸ Balogh Zsolt-Holló András-Kukorelli István-Sári János: im. 670.

⁹⁹ 54/1996. (XI. 30) AB határozat párhuzamos indokolása

¹⁰⁰ Vö.: Ádám Antal az 54/1996. (XI. 30) AB határozat párhuzamos indokolásában

¹⁰¹ Ld.: Sári János: Alapjogok, Osiris Kiadó, Budapest, 2004, 236.

4. A lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jog az Alkotmánybíróság értelmezésében

A fentiekre tekintettel az Alkotmánybíróság több alkalommal¹⁰² kényszerült arra, hogy elvégezze ezen jogosultság tartalmi analizisét, és megállapíthatjuk, hogy e tekintetben az alkotmánybíróság joggyakorlata konzekvensnek mondható.¹⁰³ Az egyik legfontosabb állomás a kérdéskör tekintetében az 54/1996. (XI. 30.) AB határozat, mely meghatározza, hogy mit is jelent a legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jog. Így kimondja, hogy a legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jogosultságként meghatározott alkotmányi követelmény az államnak azt az alkotmányos kötelezettségét jelenti, hogy a nemzetgazdaság teherbíró képességéhez, az állam és a társadalom lehetőségeihez igazodva olyan gazdasági és jogi környezetet teremtsen, amely a legkedvezőbb feltételeket biztosítja a polgárok egészséges életmódjához és életviteléhez.

Ezt az álláspontot képviseli Zlinszky János alkotmánybíró is, aki párhuzamos indokolásában megállapítja, hogy a lehető legmagasabb szintű egészség – csakúgy, mint a szociális biztonság, a mindenki számára ingyenes alap- és mindenki számára elérhető felsőoktatás – nem tudományos abszolút, hanem társadalmi viszonylagos meghatározást jelent, mely megvalósítása az adott társadalom teljesítőképessége függvényében történik, gyakorlati költségvetési szempontok szerint.¹⁰⁴ Az eddigieket is figyelembe véve azonban, az államnak a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jog megvalósulása érdekében meghatározott, az egészségügyi intézmények és orvosi ellátás megszervezésére irányuló kötelezettsége a piacgazdaság feltételei között nem értelmezhető oly módon, hogy az állam köteles létrehozni, fenntartani és működtetni az egészségügyi intézményrendszert. Ez a kötelezettség azonban annyit mindenképpen jelent, hogy az állam köteles megteremteni egy olyan intézményrendszer működésének a garanciát, amely mindenki számára biztosítja az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének lehetőségét, azaz azt, hogy a szolgáltató intézmények hiánya miatt senki ne maradjon ellátatlanul.¹⁰⁵

¹⁰² 77/1995. (XII. 21.) AB határozat, 54/1996. (XI. 30.) AB határozat, 37/2000. (X. 31.) AB határozat, 38/2000. (X. 31.) AB határozat, 56/2000. (XII. 19.) AB határozat, 16/2003. (IV. 18.) AB határozat, 72/2006. (XII. 15.) AB határozat, 36/2007. (VI. 6.) AB határozat

¹⁰³ 37/2000. (X. 31.) AB határozat

¹⁰⁴ Ezzel kapcsolatban az Alkotmánybíróság kifejti, hogy a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jog biztosítása olyan alkotmányos állami feladatot jelent, amelyet az állam központi szervei és a helyi önkormányzatai – valamint egyéb – szervek rendszere révén valósít meg. Ennek keretében az állam – egyebek között – egészségügyi intézményhálózat működtetésére és az orvosi ellátás megszervezésére köteles.

¹⁰⁵ 77/1995. (XII. 21.) AB határozat

Az Alkotmánybíróság álláspontja szerint az egészségügyi intézményhálózat és az orvosi ellátás körében az Alkotmánybíróság elvontan, általános ismérvekkel csak egészen szélső esetekre korlátozottan határozhatja meg az állami kötelezettség kritikus nagyságát, vagyis azt a szükséges minimumot, amelynek hiánya már alkotmányellenességhez vezet. Ilyennek volna minősíthető például, ha az ország egyes területein az egészségügyi intézményrendszer és az orvosi ellátás teljesen hiányozna.

Kiemelést érdemel emellett az Alkotmánybíróság azon következtetése a fentiek lapján, hogy a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jog önmagában alanyi jogként értelmezhetetlen, az, a korábbi Alkotmány 70/D. § (2) bekezdésében foglalt állami kötelezettségként fogalmazódik meg, amely magában foglalja azt a kötelezettséget, hogy a törvényhozó a testi és lelki egészség bizonyos területein alanyi jogokat határozzon meg.¹⁰⁶

A fentiek mellett azonban nem hagyható figyelmen kívül azon álláspont, amit talán Zlinszky János fogalmazott meg a legadekvátabb módon, amikor azt hangsúlyozta, hogy azok vonatkozásában, akik egy életen át teljesítették a nekik előírt társadalombiztosítási szolgáltatásokat, koruk és egészségi állapotuk miatt már nem képesek új rendszerű biztosítékokat maguknak teremteni, és életük alkonyán vagy megrokkant állapotban rászorulnak a nekik alapjogként való ellátásra, a rendszer reformjából a társadalom hasznára, de az ő terhükre adódó többlet- (anyagi vagy egyéb) nehézségek megoldását a rendszer átalakításával egyidejűleg, vagy az előtt köteles a jogalkotó alkotmányos szellemben biztosítani, még pedig nem minimális, hanem azonos vagy magasabb szinten.¹⁰⁷

Szükséges továbbá utalni arra, hogy milyen hatásokkal járhat az önrész fizetésének kötelezettsége, erre szolgálhat például egy Franciaországot érintő kutatás, miszerint a francia diákok 23 százaléka, a teljes francia lakosságnak pedig 13 százaléka nem vesz igénybe egyes egészségügyi kezeléseket, mivel képtelen fedezni az ellátásért fizetendő önrészt.¹⁰⁸

¹⁰⁶ 43/1995. (VI. 30.) AB határozat

¹⁰⁷ Ld.: Zlinszky János az 54/1996. (XI. 30.) AB határozathoz fűzött párhuzamos indokolása

¹⁰⁸ MTI Panoráma: Anyagi okból orvos nélkül In: Medical Tribune 2006. szept. 14. 8.

Hasonló a helyzet Németországban is, ahol a praxisdíj bevezetésének hatására a rossz egészségi állapotú betegek a praxisdíj 2004. évi bevezetése óta ritkábban fordulnak orvoshoz. Ezen személyek 2003 és 2005 között átlagosan 23-ról 16-ra csökkentették az orvoshoz fordulásaik számát.¹⁰⁹

Az egészségügyi ellátáshoz való jog tehát nem korlátlan. Hazánkban, az egészségügyi törvényben biztosított jogok csupán a társadalombiztosítási jogviszonnal rendelkezőket és adott esetben az ellátásért fizetőket, valamint EU-s társadalombiztosítási jogviszony alapján külföldi állampolgárokat illet meg. Azokat, akik ezen feltételeknek nem felelnek meg, csupán sürgősségi ellátás vehetnek igénybe.¹¹⁰ (Ez súlyos félreértés!!! Éppen az előző oldalakon írta le, hogy az Eütv. az egészségügyi ellátások szektorsemleges szabályait tartalmazza, tehát a „betegjogok”-nak egyformán kell érvényesülni bármilyen egészségügyi szolgáltatás során. A kötelező egészségbiztosítás szabályai „csupán” azt rendezik el, hogy ki milyen „fizetés” ellenében veheti igénybe a szolgáltatást, vagyis a biztosító fizet-e vagy közvetlenül a beteg.)

5. A betegek joga az egészségügyi ellátáshoz általában

Az Eütv. 6. §-a értelmében *„Minden betegnek joga¹¹¹ van sürgős szükség¹¹² esetén az életmentő, illetve a súlyos vagy maradandó egészségkárosodás megelőzését biztosító ellátáshoz, valamint fájdalmának csillapításához és szenvedéseinek csökkentéséhez.”*

A megfogalmazásból látható, hogy az Eütv. lényegében csak a sürgősségi ellátást nyilvánítja alanyi jogon járónak.¹¹³ A törvényi rendelkezés jobb megértése szempontjából feltétlenül szükséges a „sürgős szükség” fogalmának meghatározása. Sürgős szükség a törvény szóhasználatában: *„az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás, amelynek következtében azonnali egészségügyi ellátás hiányában a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne.”*

¹⁰⁹ Praxisdíj nem kívánt mellékhatásokkal - a rászorulókat is visszatartja az orvoshoz fordulástól; In.: Gesundheit und Gesellschaft 2005,8,10,7. alapján Medicus Universalis Plusz 2005. december 9.

¹¹⁰ Ld.: Jobbágyi Gábor: Orvosi jog-Hippokratésztől a klónozásig, Szent István társulat, Budapest 2007; 54.

¹¹¹ Társadalombiztosítási jogviszony, az ellátásért való fizetés, ill. EU-s társadalombiztosítás nélkül a beteg csak sürgősségi ellátásra jogosult. Ld. Jobbágyi Gábor: Orvosi Jog...i.m.; 54.

¹¹² Vö. Lendvai Rezső-Bacsi Jenő: A sürgősségi ellátás betegjogi vonatkozásai, Betegjogi, Ellátottságjogi és Gyermekjogi Közalapítvány Budapest, 2006;különösen a sürgősségi ellátáshoz való jogról szóló fejezet 39-41.

¹¹³ Ld.: Balogh Zsolt-Holló András-Kukorelli István-Sári János: i.m.; 669.

5.1. Az egészségi állapot által indokolt, megfelelő, folyamatosan hozzáférhető és megkülönböztetés nélküli ellátás

Az Eütv. értelmében: „Minden betegnek joga van –jogszályban meghatározott keretek között – az egészségi állapota által indokolt, megfelelő, folyamatosan hozzáférhető és az egyenlő bánásmód követelményének megfelelő egészségügyi ellátáshoz.”¹¹⁴

- Az egészségi állapot által indokolt ellátás

Az egészségi állapot által indokolt ellátáson az egészségi állapot által indokolt szakmai ellátás értendő, melynek meghatározás jellegénél fogva természetesen az orvos szakmai kompetenciájába tartozik, s mint ilyen szakmai kérdés. Az orvos feladata tehát eldönteni, hogy a különböző – alább részletesen bemutatandó – ellátások közül, mely ellátást jogosult igénybe venni a beteg, valamint az adott ellátási szinten belül milyen gyógyító eljárás igénybevétele indokolt.¹¹⁵

- A megfelelő egészségügyi ellátás

Sarkalatos kérdés, hogy mikor minősül az egészségügyi ellátás megfelelőnek. A törvény erre a kérdésre azt a választ adja, hogy „*megfelelő az ellátás, ha az az adott egészségügyi szolgáltatásra vonatkozó szakmai és etikai szabályok¹¹⁶, illetve irányelvek megtartásával történik*”.¹¹⁷

A törvényi fogalom meghatározást annyiban célszerű kiegészíteni, hogy ezen egészségügyi ellátásnak igazodnia kell a beteg egészségi állapotához, az orvostudomány mindenkori állásához, nem hagyható továbbá figyelmen kívül az egészségügyi ellátórendszer adott színvonala, tárgyi feltételrendszere, ebbe beleértve az egészségügyi személyzet létszámát, elvárható szakmai tudását.

¹¹⁴ 7. § (1)

¹¹⁵ Ld.: Kőszegfalvi Edit: i.m. 20-21.

¹¹⁶ Tarr György Jobbágyi Gábort idézi, amikor megállapítja, hogy az orvosi etika az orvosi tevékenységre vonatkozó szakmai, erkölcsi szabályokat foglalja magába, mely szabályokat az orvosok alkotják, és abban különböznek a jogi normáktól, hogy mögöttük nem áll állami kényszerítő erő. Tarr György: Élet és egészség, orvos és beteg, jog és erkölcs, az emberi méltóság fogalmi szférájában - Az orvoslási jog vázlatja Püski, Budapest 2003. 51.

¹¹⁷ 7.§ (2)

Mindezekre figyelemmel akkor megfelelő az egészségügyi ellátás, ha a beteg a személyzet szakmai tapasztalatához viszonyított legmagasabb szintű ellátást kapja az érvényes szakmai és etikai szabályok, valamint irányelvek betartása mellett.¹¹⁸ Mindemellett vannak, akik óvatosabban fogalmazzák¹¹⁹, és azt hangsúlyozzák, hogy a betegek arra van joguk, hogy a lehetőségekhez mérten magas színvonalú egészségügyi ellátást kapjanak.

- *Az egészségügyi ellátáshoz való folyamatos hozzáférés*

Az egészségügyi ellátás folyamatos hozzáféréseinek létjogosultsága könnyen érthető, és könnyen meghatározható, hiszen „*folyamatosan hozzáférhető az ellátás, amennyiben az egészségügyi ellátórendszer működése napi 24 órán keresztül biztosítja annak igénybevehetőségét*”.¹²⁰ Magától értetődő, hogy nap alatt természetesen munkaszüneti nap is értendő. Az, hogy ez a kötelezettség valóban érvényesüljön a sürgősségi betegellátási rendszer kiépítése, ideértve a mentést, a katasztrófa-egészségügyi ellátást, valamint az ezt támogató vérellátást ...stb. elengedhetetlen. Volumenét tekintve ez természetesen csakis a központi költségvetés terhére megvalósítható.¹²¹ (A sürgősségi ellátás ennél szélesebb körű, és ebből csak egy rész, az itt említett mentés és katasztrófa-ellátás a központi költségvetés terhe. A sokal általánosabb ügyeleti ellátás önkormányzati feladat, és egészségbiztosítói finanszírozás).

A folyamatos betegellátás kötelezettsége és a különböző ellátások, és ellátási szintek napi 24 órás működése között azonban nem tehető egyenlőségjel. Minden egészségügyi szolgáltató napi 24 órás működtetése nemcsak gazdaságilag lehetetlen, hanem felesleges is, szakmailag indokolatlan. Az állam feladata, hogy egy olyan egészségügyi hálózatot építsen ki, mely a nap 24 órájában biztosítja a beteg megfelelő ellátását, anélkül, hogy beteg állapota a rosszullét és a szakszerű ellátás között jelentősen rosszabbodna. Az állam ezen kötelezettségének ügyeletek, szakrendelési ügyeletek, kórházak és az Országos Mentőszolgálat fenntartásával tesz eleget. Alapjogi vizsgálódásunk szempontjából kiemelendő, hogy ezen kötelezettség szervezésénél orvos-szakmai szempontoknak kell dominálniuk.

¹¹⁸ Ld. Kőszegfalvi: i.m.; 21.

¹¹⁹ Vö.: Kovács József: A modern orvosi etika alapjai-Bevezetés a bioetikába, Medicina 1999. Budapest 584.

¹²⁰ 7.§ (3) bek.)

¹²¹ Ld.: Betegek jogai, szerk.: Polecsák Mária, Vince Kiadó, Budapest, 1999; 25.

- *Az egyenlő bánásmód követelményének megfelelő egészségügyi ellátás*

Az egészségügy ellátás megkülönböztetés nélküli biztosítása szintén alkotmányos alapjog, figyelemmel arra, hogy az emberek között mindenfajta megkülönböztetés tilos. A megkülönböztetés tilalma és az egészségügyi ellátáshoz való jog viszonya azonban ennyivel nem határozható meg.

Az egyenlő bánásmóddal kapcsolatos részletszabályokat a 2003. évi CXXV. törvény az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról adja meg. A törvény értelmében *„az egyenlő bánásmód követelménye alapján a Magyar Köztársaság területén tartózkodó természetes személyekkel, ezek csoportjaival, valamint a jogi személyekkel és a jogi személyiséggel nem rendelkező szervezetekkel szemben e törvény rendelkezései szerint azonos tisztelettel és körültekintéssel, az egyéni szempontok azonos mértékű figyelembevételével kell eljárni.”*¹²²

Az egészségügyi szolgáltatókkal kapcsolatosan kifejti, hogy *„az egyenlő bánásmód követelményét az egészségügyi ellátást nyújtó szolgáltatók, jogviszonyaik létesítése során, jogviszonyaikban, eljárásaik és intézkedéseik során kötelesek megtartani”*¹²³. Ki kell emelnünk ezzel kapcsolatosan, hogy betegek mindenfajta szakmailag indokolatlan megkülönböztetése tilos. A betegek között kizárólag szakmailag és az egészségi állapot miatt lehet különbséget tenni (így a súlyos sérült ellátása megelőzi a kevésbé súlyosét)¹²⁴, aminek szükségessége és mértéke természetesen orvos-szakmai kérdés.

5.2. Egyes speciális társadalmi csoportok és az egészségügyi ellátáshoz való jog

Alapjogi fundamentumként határoztuk meg azt a követelményt, hogy minden ember egyenlő. Az emberek egyenlősége különös súllyal jelenik meg akkor, ha a betegek egyenlőségéről¹²⁵, és ezzel kapcsolatosan az egészségügyi ellátásáról beszélünk.

¹²² 1. §

¹²³ 4. § k)

¹²⁴ Ld.: Kőszegfalvi: i.m.; 21.

¹²⁵ A betegek egyenlőségéről és a poszkommunista rendszerek (Örményország, Grúzia és Litvánia) egészségügyi rendszerének átalakításáról ld. George Shakarishvili: Poverty and Equity in Healthcare Finance-Analyzing Post-Soviet Healthcare Reform

Tekintettel arra, hogy a társadalomban vallási és etnikai hovatartozás, szociális helyzet, egészségügyi állapot – és még sorolhatnánk – szempontjából nagyon heterogén csoportot alkot azon személyek közössége, akik egészségügyi ellátására szorulnak, nem állítunk valótlanítást, ha kijelentjük, hogy egy-egy csoport sokszor eltérő látásmódot, elvárásokat képvisel, melynek a legoptimálisabban kell, hogy megfeleljen az ellátás.

5.2.1. Etnikai egyenlőtlenségek

Annak ellenére, hogy a 21. sz. társadalmában egyre nagyobb erőt és figyelmet szentelnek az etnikai egyenlőtlenségek kiküszöbölésére, ill. csökkentésére, jelentős csökkenés az egészségügyi ellátást érintő egyenlőtlenségek terén nem tapasztalható, ezt mutatta ki több vizsgálat¹²⁶ a Medicare (USA) biztosítottai között. Általános véleményként fogalmazódik meg az etnikai egyenlőtlenségekről az egészségügyi ellátás terén, hogy kevesebbet kellene beszélni, és többet kell tenni, ha az egyenlőtlenségeket megszüntetése érdekében.¹²⁷

Az egészségügyi ellátás során feltétlenül szükséges figyelembe venni azon sajátosságokat, melyek egyes etnikai, vallási csoport életében kiemelkedő jelentőségűek, annak érdekében, hogy egyrészt ezen személyek emberi méltósága ne sérüljön a kezeléseik során, másrészt azért, mert így talán még jobban lerövidíthető az egyes kezeléseik ideje, ill. növelhető ezek eredményessége. Különösen érdekes lehet ebben az összefüggésben a vallás és a hit betegségre és gyógyulásra való hatása.

Az utóbbi időben, főleg az Amerikai Egyesült Államokban megnőtt azon megfigyelések száma, melyek bizonyítják, hogy a hit befolyásolja az egészségi állapotot, a betegség alakulását, sőt a gyógyulást is. Ez a réteg a vizsgálatok szerint sokkal optimistább, kevesebb lelki problémával küszködik, ritkább az alkoholizálás és a drogfogyasztás körükben.

¹²⁶ Vö: Trivedi AN et al.: Trends in the quality of care and racial disparities in Medicare managed care N Engl J Med 2005 Aug 18;353:692-700; Jha AK et al.: Racial trend sin the use of major procedures among the elderly. N Engl J Med 2005 Aug 18; 353:683-691.; Vaccarino V et al.: Sex and racial differences int he management of acute myocardial infarction 1994 through 2002 N Engl J Med 2005 Aug 18; 353:671-682.; Lurie N. Health disparities – Less talk, more action. N Engl J Med 2005.; 727-729.

¹²⁷Ld.: Jamaluddin Moloo, Journal Watch, 2001. október 1. és 15. 10., Literatura Medicina Kiadó, Budapest

A belső nyugalom minden egészség-érték javulását hozza magával. Sok szakorvos álláspontja szerint, a hit és imádság akár megteremtheti a gyógyítás új perspektíváit is. Emiatt fontos, hogy az orvosok ismerjék a hit és imádság pozitív szerepét, és azt igyekezzen kihasználni.¹²⁸

5.2.2. A fogyatékos személyek orvosi ellátása, a pszichiátriai betegek gyógykezelése

Álláspontom szerint kiemelést érdemel az egészségügyi ellátáshoz való jog tárgyalásakor a fogyatékos személyek és a pszichiátriai betegek jogi státusza. E körben elsősorban azt kell biztosítani, hogy a fogyatékkal élők számára is elérhető legyen a megfelelő ellátás. Nem szabad elfelejteni azt, hogy esetükben az akadálymentesítés¹²⁹ alapvető feltétele annak, hogy egyáltalán egészségügyi intézménybe juthassanak.

A fogyatékkal élők tehát komolyabb cselekvési programot igényelnek, különösen igaz ez akkor, ha figyelembe vesszük azt, hogy a 2001. évi népszámláláskor 577.000-en éltek fogyatékkal Magyarországon, azaz a népesség 5,7 %-a (a KSH szerint valószínűleg még ennél is nagyobb az arány, kb. 600.000 fő a valós szám). A fogyatékkal élők 43,6 %-a testi fogyatékos, 10 % értelmi fogyatékos, 14,4 % vak ill. gyengénlátó 21,6 % egyéb fogyatékoságban szenved, míg 10 %-uk hallás vagy beszédzavarban.¹³⁰

Maga a pszichiátriai betegségfogalom meglehetősen nehezen körülírható. Léteznek egyértelműen meghatározható és súlyos elmebetegségek, de ugyanakkor előfordulnak ún. határesetek is. A kérdés kapcsán alapvetően két irányzat különíthető el. Egyfelől a biológiai pszichiátria, melynek a kiindulópontja, hogy minden pszichiátriai betegség mögött valamiféle biológiai elváltozás található, amely gyógyszeres módon befolyásolható. Ezzel szemben egy másik az ún. anti-pszichiátriai irányzat azt mondja, voltaképpen van biológiai elváltozás, s ezt kell is kezelni, de az elmebetegségeknek az oka a környezetben van. A definiálás nehézségei természetesen a jog világában is jelentkeznek

¹²⁸ Ld.: Stefan Lummer: Vallás és egészség. A hívők általában egészségesebbek - Der Allgemeinarzt 7/2007 (60-61) alapján Hidas István In: Medicus Universalis 2007.; 183-184.

¹²⁹ Akadálymentes az épített környezet akkor, ha annak kényelmes, biztonságos, önálló használata minden ember számára biztosított, ideértve azokat az egészségkárosodott egyéneket vagy embercsoportokat is, akiknek ehhez speciális létesítményekre, eszközökre, illetve műszaki megoldásokra van szükségük; 253/1997. (XII.20) Korm. rendelet az országos településrendezési és építési követelményekről

¹³⁰ Varga Réka: A fogyatékos személyek orvosi ellátása In: Családorvosi Fórum 2007/2 60-62.

A pszichiátriai gyógykezelésről és a pszichiátriai betegek jogairól Magyarországon az 1997. évi CLIV. egészségügyi törvény (a továbbiakban: Eütv.) rendelkezik, pedig a hetvenes-nyolcvanas évek során a nyugat-európai országokban rendre önálló kódexeket alkottak a pszichiátriai gyógykezelésről. Ez lehetővé tette, hogy egységes törvényben szabályozzák a pszichiátriai betegségekkel kapcsolatos egészségügyi jogi, büntetőjogi és polgári jogi kérdéseket. A pszichiátriai betegség kényszerintézkedés alapjául szolgálhat, érintheti a beteg cselekvőképességét és büntetőjogi beszámíthatóságát.¹³¹

A hatályos jogszabályok a közösségi pszichiátriai ellátást döntően speciális szociális ellátásnak tekintik, és csak rehabilitációs funkciókat tulajdonítanak neki. Ezzel szemben a korszerű szakmai ajánlások szerint az akut (sürgősségi), inkább egészségügyi jellegű ellátásban is fontos szerepe van. Magyarországon is ebbe az irányba mozdult az ellátás, megjelentek a közösségi pszichiátriai ellátásban az ún. krízis szolgálatok is, melyek az akut eseteket látják el. Az Eütv. lehetőséget ad ezekre az ellátásokra, mert konjunktív feltételként csak azokban az esetekben kötelezi az észlelő orvost a beteg intézetbe szállítására, ha a közvetlen veszélyeztető magatartás csak azonnali intézeti gyógykezeléssel hárítható el.

Az Eütv. és végrehajtási rendeletei értelmezésénél és alkalmazásánál rendkívül nagy nehézséget okoz, hogy nem került meghatározásra a „pszichiátriai beteg” fogalma, amit bár folyamatosan használ a törvény, mégsem határozza meg, hogy kik értendők a fogalom alatt. Az ENSZ Közgyűlésének 46/119 számú, 1991 december 17-én elfogadott, „Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care” elnevezésű határozata szerint a pszichiátriai beteg meghatározásának nemzetközileg elfogadott orvosi standardokon kell alapulnia, ám ez nem alapulhat semmi olyan okon, amely nem függ össze a személy mentális állapotával, ezért célszerű az Eütv.-ben is ennek megfelelően definiálni.

A törvény a Betegségek Nemzetközi Osztályozása (BNO) X. revíziója alapján alkotja meg a definíciót, tekintettel arra, hogy ez nemcsak szakmailag elfogadott, hanem számos hatályos jogszabály is használja. Szakmai szempontból a szenvedélybeteg kifejezés elavult, a korszerű diagnosztikus rendszerek ezt a fogalmat nem használják, így a BNO sem. A fogalom régebben használt szakmai értelmezése meglehetősen heterogén csoportot takart, beletartozott például a dohányzás, a koffeinfüggőség, a játékszenvedély etc. is.

¹³¹ Ld. Fridli Judit: A pszichiátriai betegek jogairól.;Fundamentum. Az emberi jogok folyóirata 1/97:113-123.

Az Eütv. indoklása alapján a modern diagnosztikus rendszerekben a korábban „szenvedélybetegeknek” nevezettek - főképpen a kategória heterogén tartalma miatt - több csoportba kerültek át (függőség, abúzus, impulzus kontroll zavarok stb.). Kiemelendő, hogy szakmai szempontból a „szenvedélybetegek” korábban sem képeztek a „pszichiátriai betegetől” egyértelműen elhatárolható csoportot, szakmai közhely, hogy a kóros szerhasználat az esetek közel felében „klasszikus” pszichiátriai betegségekkel (szorongásos- és kedélybetegségek, stb.) társulnak. A pszichiátriai beteg személyiségi jogait egészségügyi ellátása során - helyzetére való tekintettel - fokozott védelemben kell részesíteni. A betegnek az egészségügyi törvény szerinti jogai - egészségügyi ellátása során - csak a törvényben foglaltak szerint, a feltétlenül szükséges mértékben és ideig, továbbá abban az esetben korlátozhatók, ha a beteg veszélyeztető vagy közvetlen veszélyeztető magatartást tanúsít. Az emberi méltósághoz való jog azonban ebben az esetben sem korlátozható. Minden pszichiátriai beteg – a „hagyományos” betegjogokon túl – jogosult arra, hogy

- pszichiátriai gyógykezelése lehetőség szerint családi, illetőleg lakókörnyezetében, továbbá
- pszichiátriai gyógykezelésére az állapotának megfelelő és a többi beteg fizikai biztonságát védő, a lehető legkevésbé hátrányos és kellemetlen módszerrel, illetve
- pszichiátriai gyógykezelése során korlátozó vagy kényszerítő intézkedés alkalmazására, valamint korlátozó feltételek közötti elhelyezésére csak feltétlenül indokolt esetben, önmaga vagy mások veszélyeztetése esetén kerüljön sor.

A pszichiátriai beteg gyógykezeléshez való beleegyezésére az általános szabályok az irányadók. Amíg a beteg veszélyeztető vagy közvetlenül veszélyeztető magatartást tanúsít, el lehet tekinteni a beteg beleegyezésétől, de a tájékoztatást ilyen esetben is a lehetőségekhez képest meg kell kísérelni. A pszichiátriai intézetbe felvett beteget szóban és írásban tájékoztatni kell jogairól, különös tekintettel a bírósági eljárás lényegére, a betegnek azzal kapcsolatos jogaira. A hatályos Eütv. ezen rendelkezése úgy is értelmezhető, hogy a beteg veszélyeztető vagy közvetlen veszélyeztető magatartása esetén bármilyen nem invazív jellegű beavatkozás elvégezhető a beteg beleegyezése nélkül. Így a törvény más szakaszaihoz és a nemzetközi szabályozáshoz hasonlóan kizárólag a veszélyeztető, illetve közvetlenül veszélyeztető magatartás elhárításához szükséges beavatkozásokra korlátozza a módosítás a beleegyezéstől való eltekintés lehetőségét.¹³²

¹³² Vö.: Kovács Györgyi, Sziklay Júlia, Zombor Ferenc: A pszichiátriai betegek joga személyes adataik védelméhez. [Közzéteszi az] Alkotmány- és Jogpolitikai Intézet.; AduPrint, Bp. 1997; 62.

6. Alkotmányos garanciák az egészségügyben – információs jogok és önrendelkezés, valamint a személyes adatok különleges védelme

6.1. A beteg tájékoztatáshoz való jogosultsága

Az egészségügyi közgazdaságtani tankönyvek nagy hangsúllyal szólnak az orvos-beteg relációban érvényesülő tudásbeli különbségről, az ún. információs aszimmetriáról.¹³³ Ehhez a koncepcióhoz kapcsolódik az a nézet, miszerint az egészségügy azért is különleges piac, mert a szükségletet nem a beteg, hanem a gyógyító orvos határozza meg.¹³⁴ Némileg bonyolítja a helyzetet, amennyiben a beteg a helyes orvosi utasításokat nem tartja be (compliance) vagy éppen orvosi javaslat nélkül is gyógyszerhez folyamodik. A szakirodalomban elfogadott vélemény szerint a betegek 30%-a már a gyógyszerszedési előírások esetében sem kooperál, de ha a terápia részeként életmódbeli és egyéb viselkedésváltozást javasol az orvos ez az arány akár 60% is lehet.¹³⁵ Mindezekből már könnyen levezethető az az egyébként elterjedt nézet, miszerint a jó orvos általában arra a következtetésre jut, hogy a már bevált paternalista orvosi magatartás szolgálja leginkább a beteg érdekét: minél kevesebbet tud a beteg, annál kevésbé izgatja fel magát.¹³⁶ E helyütt fontos annak említése, hogy a hatályos egészségügyi törvény speciális szabályokat tartalmaz arra az esetre, amennyiben a kezelőorvos úgy ítéli meg, hogy a tájékoztatás súlyosan veszélyeztetné a beteg állapotát.

A fentiek kapcsán természetesen feltehetjük a kérdést, hogy van-e egyáltalán értelme annak, hogy a beteget orvos-szakmai információk tömegével lássuk el, képes-e ezt egyáltalán megérteni? Egyes felmérések szerint igen, mivel egy vizsgálat szerint a gyógykezelésről szóló tájékoztatás után, a beleegyezés megadását követően a résztvevők nagytöbbsége (kb. 70%) emlékezett a kezelés főbb jellemzőire, míg közel egyharmaduk a mellékhatásait is képes volt felidézni.¹³⁷ Nyilvánvaló tehát, hogy a betegek tájékoztatáshoz és döntéshez való joga nem a törvényalkotó által a jog vívmányaként az emberek autonómiájának mesterséges kiszélesítése, hanem a társadalom igényeinek az egészségügyben való megjelenítése a jog eszközével. Ezáltal jött létre az orvos tájékoztatási kötelezettsége és a tájékozott beleegyezés doktrínája.

¹³³ Ld.: Mihályi Péter: Magyar egészségügy: i.m., 40-45. 7-9.; Engljählinger, Ärztlicher Aufklärungspflicht vor medizinischen Eingriffen, ÖJZ 1996; Stellamor/Steiner: Handbuch des österreichischen Arztrechts, Manzsche Verlag, Wien 1999; Steiner: Die ärztliche Aufklärungspflicht nach österreichischem Recht, in: JBl 1982

¹³⁴ Vö.: Stiglitz, J. E. (1988): Economics of the Public Sector (Second ed.) i.m., 294-295.

¹³⁵ Vö.: Csabai-Molnár: Egészség, Betegség, Gyógyítás; Springer, Bp. 1999, 190-191.

¹³⁶ Ld.: Blasszauer Béla: A jó orvos, Lege Artis Medicinae, 2004. 12.; illetve Dr. Ferencz Antal: A bioetika alapjai, Szent István Társulat, Bp. 2001, 214-215.

¹³⁷ Ld.: Griffin J. M.; Struve J. K.: Long term clinical trials, Contemporary Clinical Trials, 2006 5.

6.1.1. Eszmetörténeti alapok

Európában a XX. század közepéig a tájékoztatással kapcsolatos műhibapereknél még nem alakult ki egységes bírói gyakorlat, mivel az orvos tájékoztatási kötelezettségét csak nagyon szűk körben ismerték el, és még mindig élt az a felfogás, hogy a tájékoztatás ne veszélyeztesse a gyógykezelés sikerességét.¹³⁸

Alapvető változást ezen a téren a II. világháború borzalmainak, a náci orvosok rémtetteinek hatására 1947-ben létrejött Nürnbergi Kódex¹³⁹ hozott, amely – habár csak emberkísérletekre vonatkozott – elsőként rendelkezett nemzetközi szinten az önkéntes beleegyezés nélkülözhetetlen voltáról, és az orvos tájékoztatási kötelezettségéről.

Ez a dokumentum a tájékozott beleegyezés elve előfutárának tekinthető, mivel kimondja hogy: *„...az érintett személynek a beleegyezés megadásához (...) kellő tudásának és felfogóképességének kell lennie a szóban forgó ügyvel kapcsolatban, hogy képes legyen megértésre és belátásra alapozott döntést hozni.”*

A tájékoztatáson alapuló beleegyezés elvének születése mégis alapvetően egy 1957-es amerikai bírósági ítélethez köthető¹⁴⁰, amelyben az orvos azzal védekezett, hogy nem szokás elmondani azokat a veszélyeket, amelyek egy vizsgálattal kapcsolatosak, tehát ő úgy cselekedett, mint kollégái többsége. A marasztaló ítélet szerint: *„Az orvos megszegi a betegével szembeni kötelességét és felelősséggel tartozik, ha bármely olyan információt visszatart, amely szükséges alapját képezi a betegnek a tervezett gyógykezelésbe való értelmes beleegyezéséhez. Továbbá: A kockázati tényezők kifejtésekor nagy körültekintéssel kell eljárni, csakúgy mint minden egyéb olyan tényező közlésénél amelyek szükségesek a tájékozott beleegyezéshez.”*

¹³⁸ Ez jellemző többek között a Birodalmi Bíróság ítéлкezésére, ahol csak egy 1940-es ügyben ismerték el az orvos ezen kötelezettségét. Ld.: Dósa Ágnes: i. m. 189-190.

¹³⁹ A háborús bűnösök felett ítélkező 1. sz. Nürnbergi Katonai Bíróságnak Karl Brandt és társai ellen 1947. augusztus 20-án hozott ítéletéből

¹⁴⁰ Salgo v. Leland Stanford Jr. University Board of Trustees, 154 Cal. App.2d 560, 317 P.2d 170 (1957). In: Denis J. Mazur: Influence of the law on risk and informed consent, British Medical Journal, 2003 5.

Jóllehet az USA-ban a bírói gyakorlat már korábban is alkalmazta, törvényi szintű szabályozása először az 1973-as Patient's Bill of Rights-ban jelent meg, amelynek alapján a betegnek joga van ahhoz, hogy az orvosoktól és más egészségügyi dolgozóktól érhető, átfogó és a lényeges kérdésekre kiterő tájékoztatást kapjon a diagnózisra, gyógymódra és a prognózisra vonatkozólag. Természetesen ez a tendencia nemcsak az Egyesült Államokra, hanem számos más európai államra is jellemző volt, így – habár még nem kötelező jelleggel – hamarosan megjelent a kérdés első nemzetközi jogi szabályozása is egy 1976-os ET ajánlásban, amely szerint: „*A betegnek joga van – ha erre igényt tart – a teljes körű információra a betegségével kapcsolatban, továbbá a kórházba való felvételkor tájékoztatni kell őt a kórház működésének szabályairól, házirendjéről is.*”¹⁴¹

Hazánkban az első olyan jogszabály amely rendelkezik a tájékoztatás és beleegyezés kérdésköréről, az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvény, melynek 45. § (1) bekezdése szerint „*az orvosnak az általa kezelt beteget, illetőleg hozzátartozóját vagy – ha a beteg gyógykezelése érdekében szükséges – gondozóját a betegségről és a beteg állapotáról megfelelő módon tájékoztatni kell.*” A tájékoztatás terjedelmét, tartalmát, formai kritériumait a jogszabály nem határozta meg, és evvel kapcsolatban a törvény végrehajtásáról szóló 15/1972. (VIII. 5.) EüM rendelet is csak annyit jegyez meg, hogy „*a beteg gyógykezelését végző orvosnak a beteg, illetőleg hozzátartozója részére a beteg betegségéről és állapotáról a valóságnak megfelelő, tárgyilagos tájékoztatást kell adnia*”¹⁴².

Azonban a jogalkotó a törvényben rögtön hozzátette, hogy az orvos a tájékoztatástól „*indokolt esetben a beteg érdekében eltekinthet*”, ami a rendelet szerint csak akkor tekinthető indokoltnak, „*ha a tájékoztatás a betegben (hozzátartozójában) káros visszahatást váltana ki.*” Ez az ún. terápiás privilégium, amelyre az akkori orvosi társadalom nálunk még nem volt megfelelően érett, mivel ehhez szükség lett volna arra, hogy az orvos tájékoztatási kötelezettsége a gyakorlatban és a társadalmi felfogásban is kellően elterjedjen. Magyarországon ugyanis, az Egyesült Államok gyakorlatától eltérően, az orvosi etika és ehhez kapcsolódóan a betegtájékoztatásról szóló normák nem a különféle polgári jogi mozgalmak és civil szervezetek nyomására jöttek létre, hanem inkább az orvosi szakma képviselői, testületei és szervezeteinek kezdeményezésére¹⁴³.

¹⁴¹ Ld.: Barzsó Dávid: i.m., 8-11.;

¹⁴² 15/1972. (VIII. 5.) EüM rendelet 83. § (1)

¹⁴³ Ld.: Jenei Ilona: A tájékozott beleegyezés gyakorlatához vezető út nehézségei, Valóság, Bp. 1996. 5.

Ezért – ahogy a törvény megfogalmazásából is kitűnik – nem a betegnek volt joga ahhoz, hogy megfelelő tájékoztatást kapjon, hanem az orvosnak volt a kötelessége a tájékoztatás megadása, amely alól a terápiás privilégiumra hivatkozva rendszerint kibújt. Éppen ezért ezt a rendelkezést 1990-ben hatályon kívül helyezték¹⁴⁴, mert ahogy a törvényi indoklás is megfogalmazta: az orvosok „*a tájékoztatást olyan esetben is mellőzik, amikor annak – jogilag meghatározatlan – indokoltsága hiányzik.*”

Mivel az első egészségügyi törvény a tájékoztatási kötelezettségnek csak a külső keretét határozta meg, a bírói gyakorlatra várt az feladat – ahogy a különféle ítéletekből ismertetni fogom –, hogy tartalommal töltsen meg azt.

Ezen jogfejlesztő tevékenység hatása tükröződik az 1987-es orvosbiológiai kutatásokról szóló rendeletben, amely a 8. §-ban elsőként szabályozza részletekbe menően – bár még csak az emberkísérletekkel kapcsolatosan – a tájékoztatási kötelezettség lényeges tartalmát. Ebben az időszakban az orvosi műhibaperekben megállapított kártérítéseknél a keresetek jelentős része a tájékoztatás hiányán alapul¹⁴⁵ (és ez nem csak hazánkra jellemző), így nem meglepő, hogy az Egészségügyi Tudományos Tanács 1994-ben külön állásfoglalást ad ki a tájékoztatási jogról, amelyben példaértékű részletességgel szabályozza azt (állásfoglalás révén sajnos nem kötelező jelleggel), hogy a megfelelő tájékoztatásnak mire kell kiterjednie.

Az állásfoglalás külön kiemeli, hogy tájékoztatást-beleegyezést rögzítő dokumentum/formanyomtatvány nem helyettesítheti a kezelőorvos általi személyes, betegre szabott, minden kérdésre kiterjedő felvilágosítást.

6.1.2. Tájékoztatáshoz való jog a hatályos egészségügyi törvény alapján

A beteg személy tájékoztatáshoz való joga, illetve az ezen a tájékoztatáson alapuló beleegyezés lehetősége az Eütv. alapján az alábbiak szerint alakul.

¹⁴⁴ Ld.: 1990. évi XXII. tv. (azonban ez a törvény nem helyezte hatályon kívül a 15/1972. () EüM rendeletnek a terápiás privilégiumra vonatkozó részeit, így azok egészen 1998-ig életben voltak)

¹⁴⁵ Ld.: Landi Balázs: Az orvosi jogviszony összehasonlító jogi elemzése a magyar-német-osztrák elmélet és gyakorlat tükrében, Jogtudományi Közlöny, 2003./I. 22.

A törvény a betegjogok érvényesítése körében az egészségügyi szolgáltató kötelezettségévé teszi hogy a beteget –illetőleg a beteg egészségi állapotával kapcsolatban a beteg ilyen irányú nyilatkozata vagy a törvény rendelkezése alapján nyilatkozni jogosult személyt – egészségi állapotától függően az egészségügyi szolgáltató intézménybe való felvételekor, illetve ellátása előtt a betegjogokról, azok érvényesítésének lehetőségéről, valamint az intézmény házirendjéről részletesen tájékoztatnia kell.¹⁴⁶

A tájékoztatáshoz való jogosultság gyakorlása az önrendelkezési jog megfelelő módon való érvényesülésének előfeltétele. Ennek értelmében a törvény a betegek alapvető jogává teszi, hogy egészségi állapotukról általános jelleggel folyamatosan tájékoztatást kapjanak. Ezen túlmenően a beteget az egyes beavatkozások megkezdése előtt az egészségi állapotával kapcsolatos minden lényeges körülményről tájékoztatni kell, mert a megfelelő tájékozottság képezi alapját a beteg egészségi állapotával kapcsolatos döntéseinek. Az Eütv. alapján mindenkinek joga van olyan ismeretek megszerzéséhez, amelyek lehetővé teszik számára az egészsége megőrzésével és fejlesztésével kapcsolatos lehetőségei megismerését, valamint megfelelő tájékoztatáson alapuló döntését az egészséggel kapcsolatos kérdésekben, illetve joga van tájékoztatást kapni az egészségügyi szolgáltatók által nyújtott egészségügyi ellátások jellemzőiről, azok elérhetőségéről és az igénybevétel rendjéről, továbbá a betegeket megillető jogokról és azok érvényesíthetőségéről.

A beteg jogosult a számára egyéniesített formában megadott teljes körű tájékoztatásra. A betegnek joga van arra, hogy részletes tájékoztatást kapjon:

- egészségi állapotáról, beleértve ennek orvosi megítélését is,
- a javasolt vizsgálatokról, beavatkozásokról,
- a javasolt vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről és kockázatairól,
- a vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének tervezett időpontjairól,
- döntési jogáról a javasolt vizsgálatok, beavatkozások tekintetében,
- a lehetséges alternatív eljárásokról, módszerekről,
- az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről,
- a további ellátásokról, valamint
- a javasolt életmódról.

¹⁴⁶ Vö.: Rozsos Erzsébet: Egészségügyi etikai példatár, Hajnal Imre Egészségtudományi Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, 1996, 75-77.

A betegnek lehetősége van továbbá a tájékoztatás során és azt követően további kérdésre, illetve jogosult megismerni ellátása során az egyes vizsgálatok, beavatkozások elvégzését követően azok eredményét, esetleges sikertelenségét, illetve a várttól eltérő eredményt és annak okait. A beteg továbbá megismerheti az ellátásában közvetlenül közreműködő személyek nevét, szakképesítését és beosztását, és mindezek közben figyelemmel kell lenni életkorára, iskolázottságára, ismereteire, lelkiállapotára, e tekintetben megfogalmazott kívánságára, valamint arra, hogy a tájékoztatáshoz szükség esetén és lehetőség szerint tolmácsot vagy jeltolmácsot biztosítsanak.

A kezelőorvos a beteg állapota által indokolt rendszerességgel, a tőle elvárható ismereteknek megfelelően és legjobb tudása szerint tájékoztatja a beteget annak egészségügyi állapotáról. A szóbeli tájékoztatás nem helyettesíthető az előre elkészített általános ismertető segédanyagok átadásával. A törvény azt is előírja, hogy ennek a tájékoztatásnak hogyan kell történnie: a kezelőorvos a beteg tájékoztatását körültekintően, szükség szerint fokozatosan, a beteg állapotára és körülményeire tekintettel végzi. A beteg tájékoztatása során kiemelt figyelmet kell fordítani a kezelés általánosan ismert, jelentős mellékhatásaira, az esetleges szövődményekre és a beavatkozások lehetséges következményeire, azok előfordulási gyakoriságára. Meg kell győződni arról, hogy a beteg a tájékoztatást megértette, továbbá szükség esetén gondoskodni kell a tájékoztatott lelki gondozásáról.¹⁴⁷

A tájékoztatáshoz való jog ugyanakkor értelemszerűen magában foglalja az e jogról való lemondás lehetőségét is, kivéve amikor a betegnek betegsége természetét szükséges ismernie ahhoz, hogy mások egészségét ne veszélyeztesse. A törvény a cselekvőképes beteg számára biztosítja annak lehetőségét, hogy megfelelő alakiságokkal kijelölje azt a személyt, akit helyette – cselekvőképtelenné válása esetén – tájékoztatni kell. Egyúttal a jogalkotó lehetőséget kíván biztosítani az ily módon kijelölt személy számára, hogy a cselekvőképtelen beteg helyett egyes beavatkozások elvégzéséhez hozzájáruljon.¹⁴⁸

¹⁴⁷ Richard L. Kravitz, Joy Melnikow: A beteg bevonása az orvosi döntéshozatalba, *British Medical Journal Magyar Kiadás*, 2001. 5-6.

¹⁴⁸ Az önrendelkezési jog érvényesülésének legfontosabb biztosítója, hogy főszabályként minden egészségügyi beavatkozás elvégzésének feltétele, hogy ahhoz a beteg kényszerítől és fenyegetéstől mentes, megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezést adjon. Az Eütv. a beteg részére ellátásával kapcsolatban észlelt jogainak sérelmével kapcsolatosan panaszjogot biztosít. A törvény részletesen szabályozza a panaszok kivizsgálására irányuló eljárást, amennyiben az egészségügyi szolgáltató kötelezettségévé teszi a panasznak meghatározott határidőn belül történő kivizsgálását, és a beteg tájékoztatását vizsgálatának eredményéről.

Végezetül e körben fontos annak hangsúlyozása, hogy a tájékoztatás joga a beteget akkor is megilleti, ha beleegyezése egyébként nem feltétele a gyógykezelés megkezdésének. A tájékoztatáshoz való jogosultság gyakorlása az önrendelkezési jog megfelelő módon való érvényesülésének előfeltétele. Ennek értelmében a törvény a betegek alapvető jogává teszi, hogy egészségi állapotukról általános jelleggel folyamatosan tájékoztatást kapjanak. A törvény mindezeket túl az ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató kötelezettségeként fogalmazza meg azt, hogy a betegjogokról nyújtott tájékoztatása körében a beteget tájékoztatnia kell a betegjogi képviselőről, és biztosítani kell, hogy elérhetési módjáról tudomást szerezzenek.

A beteg vonatkozó kötelezettségei kapcsán az egészségügyi törvény meglehetősen szűkszavúan fogalmaz. A beteg az egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor köteles tiszteletben tartani az erre vonatkozó jogszabályokat és intézményi rendet, illetve amennyiben ezt egészségi állapota lehetővé teszi, köteles az ellátásában közreműködő egészségügyi dolgozókkal képességei és ismeretei szerint az alábbiak szerint együttműködni:

- tájékoztatni őket mindarról, amely szükséges a kórisme megállapításához, a megfelelő kezelési terv elkészítéséhez és a beavatkozások elvégzéséhez, így különösen minden korábbi betegségről, gyógykezeléséről, gyógyszer vagy gyógyhatású készítmény szedéséről, egészségkárosító kockázati tényezőiről,
- tájékoztatni őket – saját betegségével összefüggésben – mindarról, amely mások életét vagy testi épségét veszélyeztetheti, így különösen a fertőző betegségekről és a foglalkozás végzését kizáró megbetegedésekről és állapotokról,
- az egészségügyért felelős miniszter rendeletében foglalt fertőző betegségek esetén megnevezni azon személyeket, akiktől a fertőző betegséget megkaphatta, illetve akiket megfertőzhetett,
- tájékoztatni őket minden, az egészségügyi ellátást érintő, általa korábban tett jognyilatkozatáról,
- jogszabályban előírt személyes adatait hitelt érdemlően igazolni.

6.1.3. Tájékoztatás a kezelés kockázatairól

Magyarországon az orvos tájékoztatási kötelezettségével kapcsolatos perek legnagyobb hányada azért indult, mert a beteg nem kapott megfelelő felvilágosítást a beavatkozás kockázatairól. Így a beteg (ahogy azt a Legfelsőbb Bíróság egy ítélet indokolásában kifejtette¹⁴⁹) „nem volt abban a helyzetben, hogy maga döntse el: a lehetséges kockázat és szövődmény ismeretében is vállalja-e a műtétet, vagy ahhoz a hozzájárulását megtagadja”.

A kockázat ugyanis az egyik legfontosabb olyan tényező a tájékoztatás során, amely befolyásolhatja a beteg döntését az adott beavatkozásról, és ezáltal a tájékozott beleegyezésnek is az egyik alapvető kritériuma. Jelentőségét az is bizonyítja, hogy már az első egészségügyi törvényben is (amely a tájékoztatás tartalmát még nem részletezte) szükségesnek tartotta a jogalkotó, hogy rendelkezék róla: „a beteget tájékoztatni kell (...) a műtéttel általában együttjáró, valamint a műtét elmaradása esetében várható következményekről”, valamint a hatályos törvényben nemcsak a beteget megillető jogoknál, hanem az orvost terhelő kötelezettségeknél is megtalálható. A Legfelsőbb Bíróság egy másik ítéletében rögzítette, hogy a betegnek ismernie kell mindazokat a körülményeket, amelyekből megállapíthatja, hogy milyen kockázatot vállal a műtéti hozzájárulás megadásával, vagy megtagadásával.¹⁵⁰

Az orvos kártérítő felelősségének a megállapítása szempontjából annak van jelentősége, hogy ez a tájékoztatás ténylegesen megtörtént-e. A műtéthez való hozzájárulás aláírása önmagában nem alkalmas ennek bizonyítására. A Bíróság megállapította, hogy a helyreállító plasztikai műtét elvégzésére létrejött megállapodás nem vállalkozási, hanem megbízási szerződésnek minősül.¹⁵¹

De mit is jelent a kockázat fogalma az orvosi jog szempontjából? A kezelés során fellépő kockázat körébe tartozik minden olyan eredménytelenség illetve károsodás, amely

- a kezelésnek nem szükségszerű velejárója,
- így a bekövetkezése előre nem látható biztosan,

¹⁴⁹ BH2001. 65

¹⁵⁰ Vö.: Nagy Éva: Az orvos magánjogi felelősségének kialakulása, Jura, 2000. 1-2.

¹⁵¹ Legf. Bír. Pfv. III. 22 627/1999. sz.

- ezért elve nem hárítható el, és
- az orvos legnagyobb gondossága és körültekintése mellett következett be.¹⁵²

Így a Legfelsőbb Bíróság a műtéti kockázat körébe sorolta az orvos által, egy méh és petefészkek eltávolítása során, a hólyagfalon véletlenül okozott sérülést (amelyet később több műtéti beavatkozással tudtak csak helyreállítani), mivel ez az orvosi szakvélemény szerint a legnagyobb gondossággal elvégzett műtét esetén is előfordulhat, így okozásáért az alperes nem felelős.¹⁵³

A méhen belüli fogamzásgátló eszköz mellett bekövetkezett terhesség esetén az orvosnak teljeskörűen, a valóságnak megfelelő, tárgyilagos tájékoztatást kell adnia az anyának. A terhesség megtartása, illetőleg megszakítása kérdésében az anya akkor tud dönteni, ha arról is tájékoztatták: a méhen belüli fogamzásgátló eszköz milyen hátrányos következményekkel járhat. Ezt a megállapítást Legfelsőbb Bíróság mondta ki egyik ítéletében. A Bíróság indoklása szerint az alperes orvosainak a valóságnak megfelelő, tárgyilagos tájékoztatást kellett adnia, és ebben ki kellett volna térnie a méhen belüli fogamzásgátló eszköz okozta hátrányos következményekre is.

Az alperes orvosai már 1990. július 28-án, az ultrahang vizsgálat során egyértelműen észlelték a méhen belül lévő fogamzásgátló eszközt. Az ETT-IB felül-véleménye tartalmazza azt a megállapítást, hogy a fertőzés nagyobb veszélye miatt indokolt lett volna a terhességmegszakítás felvetése, ez azonban elmaradt. A terhesség 12. hetéig a terhességmegszakítást az I. r. felperes kérhette. A kártérítési felelősség alóli kimentés tekintetében nem annak van jelentősége, hogy a terhességmegszakítás kötelező oka fennállt-e. Az alperesnek azt kellett bizonyítania, hogy az I. r. felperesnek a terhesség megszakítására, illetőleg a terhesség megtartására vonatkozó döntése az alperes orvosai által megadott, mindenre kiterjedő megfelelő tájékoztatáson alapult-e. Az alperes a fellebbezésében alaptalanul hivatkozott arra, hogy semmilyen orvosszakmai álláspont nem vetette fel a terhességmegszakítás kérdését, mert a méhen belüli fogamzásgátló eszköz mellett a szülő nő életkorát, ismert magas vérnyomását és egyéb egészségi körülményeit is figyelembe kellett volna venni. Ezek együttesen szakmailag felvethették a terhességmegszakítás lehetőségét, függetlenül attól, hogy később a császármetszésnek semmilyen javallata nem állt fenn. Az okozati összefüggés körében az elsőfokú ítélet indokolása helytállóan utal arra, hogy nem zárható ki a gyermek betegségének kialakulása és a fogamzásgátló eszköz mellett kihordott terhesség között fennálló kapcsolat. A gyermek károsodásának ténye, a veszélyekről és a kockázatokról való tájékoztatás hiánya pedig bizonyított volt a perben.

¹⁵² Vö.: Dr. Polecsák Mária: i.m. 1999.; 24.

¹⁵³ Legfelsőbb Bíróság Pfv. III. 22 832/1996. in: Köles Tibor: Orvosi műhiba perek, HVG-ORAC, 1999.

Mindezekre tekintettel az alperes kártérítési felelősségét megállapító jogerős közbenső ítélet a felülvizsgálati kérelemben megjelölt okok miatt nem jogszabálysértő, ezért azt a Legfelsőbb Bíróság hatályában fenntartotta.¹⁵⁴

Ehhez hasonlóan a bíróság egy idegsebészeti beavatkozás miatt bekövetkezett gyulladásnál (amely átmeneti részleges bénuláshoz vezetett) megállapította, hogy az a műtéti kockázat körébe tartozik, mivel nem vezethető vissza a műtét során elkövetett mulasztásra¹⁵⁵. De ugyanígy a bíróság számos alkalommal vizsgálta már az ilyen esetek másik oldalát, vagyis amikor az orvos nem a legnagyobb gondossággal és körültekintéssel végezte a beavatkozást. Így lehet, hogy a műtéti kockázat körébe sorolható az, hogy egy terhesség-megszakítás körében lekötötték az uretert, de ennek késői észlelése – és ennek folytán a páciens bekövetkezett halála – az eljáró bíróság szerint nem vonható a műtéti kockázat körébe, mert az a jogi megítélés szerint felróható magatartásnak minősül. Ennek következtében rendkívül nagy szerepe van annak, hogy a bekövetkezett károsodásról az orvosszakértő, illetve a bíróság megállapítja-e azt, hogy az a legnagyobb gondosság és körültekintés mellett is bekövetkezhet, és így az a tájékoztatás körébe tartozó műtéti kockázatnak minősül, vagy pedig az visszavezethető az orvosnak a beavatkozás során tanúsított nem megfelelő eljárására, ami a klasszikus műhiba ügyeknek felel meg.¹⁵⁶

Mindezek kapcsán feltehetjük a kérdést: mi történne akkor, ha – szó szerint értelmezve a jelenlegi szabályozást – ténylegesen minden egyes kockázatról tájékoztatni kellene a páciens?¹⁵⁷ Az orvos szempontjából ez lehetetlen lenne, mivel még a rutin beavatkozásoknak is rendkívül sok lehetséges szövődménye van, nem beszélve a nagyobbakról, mint például egy csigolyatörés helyreállítására irányuló műtét, amelynél egy felmérés szerint¹⁵⁸ 156 különböző ismert szövődmény jelentkezhethet. Az orvostól tehát nem várható el reálisan, hogy valamennyi kockázati tényezőről beszámoljon.¹⁵⁹

¹⁵⁴ Legf. Bír. Pfv. III. 22.283/2001. sz.

¹⁵⁵ Debreceni Városi Bíróság 7.P.25 133/1990/18. in: Sándor Judit: Gyógyítás és Ítékezés: i. m. 370.

¹⁵⁶ BH1998. 585, Vö.: Dósa Ágnes: Az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelőssége a tájékoztatás elmulasztásáért, Állam- és Jogtudomány, 2002. 1-2.sz.

¹⁵⁷ Ld.: Barzsó Dávid: Az orvos tájékoztatási kötelezettsége és az informed consent, i.m.15-22.

¹⁵⁸ Hondroulis v. Schumacher ügyben történt szakértői vizsgálat, in: James M. Beck, Elizabeth D. Azari: FDA, Off-Label Use, and Informed Consent, 1998.

¹⁵⁹ De még abban az esetben is, ha ezt valóban megtenné, ez a beteg szempontjából sem lenne előnyös, mivel a szükségtelenül sok információ esetleg indokolatlanul visszariasztaná a beavatkozástól. Így most is a gyakorlatra vár az a feladat, hogy megállapítsa az orvos számára a kockázatokról való tájékoztatás terjedelmét. A kérdés az, hogy ez a korábbi törvény alkalmazása során mennyire sikerült, mivel ez meghatározó lehet a jelenlegi jogalkalmazás során is.

Kétségtelen tény, hogy az orvosnak feltétlenül tájékoztatnia kell a beteget a beavatkozással kapcsolatos általános szövődményekről, viszonylag gyakorta előforduló kockázatokról. Ezt már ítéleti indokolásban is többször megfogalmazta a bíróság, mint ahogy abban az esetben is, amelynél a felperes a bal lábán (a magassarkú cipő zavartalan viselése érdekében) ún. Mayo-típusú műtétet végeztetett el, aminek következtében a lába megroncsolódott, deformálódott, járása nehézkessé és fájdalmassá vált. Itt a Legfelsőbb Bíróság szerint: nem lehet kétséges az, hogy a műtéti kockázat körében gyakran fellépő szövődmény a tájékoztatási kötelezettség körébe tartozik¹⁶⁰. De ugyanígy marasztalta el az alperest a Baranya Megyei Bíróság, mert az nem tájékoztatta a beteget a pajzsmirigy műtét szokványos kockázatáról (amely ez esetben hangszalagbénulás volt)¹⁶¹.

Az is egyértelműnek tűnik, hogy kell-e tájékoztatni a beteget a kockázatokról, ha egy korábbihoz hasonló, vagy ugyanolyan műtét elvégzéséről van szó, mint amelynél a tájékoztatás már megtörtént. Ennél az ügynél egy csípőprotézis behelyezése során áttörték a combcsontot, de korábban már végeztek hasonló műtétet a másik lábon, és akkor a tájékoztatást nem mulasztották el. Itt a bíróság – a német és az amerikai gyakorlattól eltérően – úgy foglalt állást, hogy a korábbi műtéthez megadott hozzájárulás és kapott tájékoztatás még akkor sem vonatkoztatható egy későbbi műtetre, ha egyébként ugyanolyan műtétékről van szó¹⁶².

Azonban a bíróságok gyakorlata már nem mutat ilyen egységes képet ott, ahol az adott szövődmény előfordulási esélye nem túl gyakori, sőt egyes esetekben kifejezetten ritkának tekinthető. Ezzel kapcsolatban az egyik legtöbbet idézett eset az, amelynél a felperest húgycső-kiboltosodás miatt műtötték meg, aminek következtében sipoly alakult ki nála, és így 67%-os rokkant lett. A műtétet megelőzően a kórház dolgozói csak arról tájékoztatták, hogy ez egyszerű, gyorsan gyógyuló beavatkozás lesz.

A Legfelsőbb Bíróság megállapítása szerint *„a kórház kártérítési felelősséggel tartozik, ha elmulasztja a műtéti kockázat körébe 5-20%-os gyakorisággal együttjáró szövődmény lehetőségéről a beteget műtét előtt tájékoztatni”*¹⁶³.

¹⁶⁰ BH2003. 453

¹⁶¹ Baranya Megyei Bíróság 2. Pf. 20 994/1998

¹⁶² Legfelsőbb Bíróság Pfv. VI. 21 162/1995

¹⁶³ BH1995. 344

Azonban ezzel a döntésével a bíróság nem akart precedenst teremteni, és százalékos határvonalat kijelölni arról, hogy milyen gyakoriságú szövődményekről kell a beteget tájékoztatni, és milyenekről nem. Ezt egy későbbi ítéletében ki is fejtette: *„jogszabály sem mondhatja ki pontosan, minden esetre vonatkozóan, hogy a műtéttel általában együttjáró következmény mit jelent, ezért csak az adott ügy sajátosságai alapján vizsgálható ez a kérdés, és az általános jellegű, százalékosan meghatározható előfordulási lehetősége a szövődménynek, önmagában, mintegy automatikusan nem adja meg a tájékoztatás kötelezettségét, illetőleg annak tartalmát. (...) Ezért nincs jelentősége annak, hogy másik ügyben a LB a műtéti kockázat körében 5-20%-os gyakorisággal fellépő szövődmény lehetőségéről való tájékoztatást szükségesnek tartotta, elmulasztását pedig kártérítési felelősséget megalapozó magatartásnak.*¹⁶⁴”

A Legfelsőbb Bíróság tehát ebben az esetben azt mondta ki, hogy a szövődmény bekövetkezési valószínűségének, gyakoriságának százalékos meghatározása önmagában nem mondja meg azt, hogy erre ki kellett volna terjednie a tájékoztatásnak – az adott ügyben – vagy sem, ugyanis ezt mindig az adott esetben, annak körülményeit figyelembe véve kell vizsgálnia a bírónak.

Azonban arról, hogy emellett még mit és hogyan kell figyelembe vennie a bírónak az adott ügy megítélésénél már nem szól. Éppen ezért állt elő az a helyzet, hogy az ilyen ügyekben – ahol a szövődmény előfordulási gyakorisága nem túl nagy – a magyar bíróságok ítélkezése meglehetősen vegyes képet mutat. Ez az orvosi társadalom számára is hátrányos, mivel így ők sem kapnak semmiféle támpontot ahhoz, hogy a tájékoztatás során mire kell kitérniük, valamint a betegek számára is bizonytalanságot okoz, mert nem tudhatják biztosan, hogy az ún. tájékozott beleegyezésük a beavatkozásba végül is mennyire tájékozott.

A fenti, kissé kusza helyzet szemléltetésére íme néhány vonatkozó jogeset:

A felperesnél térdszalag-sérülés miatt végeztek el műtétet, aminek következtében az érintett területen bőrszövet- és zsírelhalás jelentkezett a beavatkozás után. A megyei bíróság arra hivatkozva utasította el a keresetet, hogy „a rendelkezésre álló adatok szerint a felperesnél bekövetkezett szövődmény kialakulásának esélye kb. 4%, mely csekély százalékos mértékre figyelemmel szükségtelen is volt az ilyen jellegű tájékoztatás az orvosok részéről.”¹⁶⁵

¹⁶⁴ Legfelsőbb Bíróság Pfv. III. 21 242/2000.

¹⁶⁵ Csongrád Megyei Bíróság 2. Pf. 20 568/1994

Ezzel ellentétben viszont a bíróság megállapította az orvos felelősségét a tájékoztatás elmulasztása miatt egy nyaki gerincműtét esetében, ahol olyan gerincvelő károsodás következett be, amely a műtéttel esetenként 1-3%-os gyakorisággal együttjáró szövődmény¹⁶⁶. Ugyanígy kimondta az alperes felelősségét egy olyan ügyben, ahol az inkontinencia kezelésére végeztek hüvelyplasztikai műtétet, és ennek során húgycső-hüvely sipoly alakult ki, ami csupán „néhány ezrelékben” fordul elő (hiába hivatkozott az alperes arra, hogy az ilyen „nagyon ritka szövődményekről való tájékoztatás esetlegesen az indokolt orvosi beavatkozáshoz szükséges hozzájáruló nyilatkozat megszerzését veszélyeztetné, és ezzel saját gyógyító tevékenységét akadályozná”)¹⁶⁷. Ebben az esetben a bíróság nem állapította meg az alperes felelősségét, ahol az izomba adott injekciónál tályog, zsírelhalás és vérömleny alakult ki, mert ezek gyakorisága csak „tíz ezrelékben fordul elő, azaz reálisan nem számba jövő szövődményről van szó”¹⁶⁸.

Így tehát esetlegesnek tűnik az, hogy a bíróság az ilyen ügyekben mikor hivatkozik a szövődmény kialakulási esélyének elhanyagolható voltára (és ezzel elutasítja a felperes keresetét), vagy pedig arra, hogy a beteg nem került olyan információk birtokába, amely alapján megalapozottan eldönthetné, hogy hozzájárul-e a műtétéhez (és megállapítja az alperes felelősségét a tájékoztatás elmulasztása miatt).

Éppen ezért szükséges lenne a tájékoztatás szabályozásánál olyan kritériumrendszer felállítására, amely segítséget nyújt mind a bíróságok, mind az orvosok számára ahhoz, hogy egységesen (vagy legalábbis a jelenleginél egységesebben) tudják meghatározni a tájékoztatási kötelezettség terjedelmét.

A probléma megoldásához érdemes áttekinteni, hogy más országokban milyen gyakorlat alakult ki ezen a téren. A német bíróságok ítélezése meglehetősen érdekes képet mutat, mivel a fellépő szövődménynél (amelyre a tájékoztatás nem terjedt ki) csak két dolgot vizsgál: egyrészt nézi, hogy az általánosan ismert-e (tehát a laikus számára is felismerhető), másrészt pedig azt vizsgálja, hogy annak bekövetkezése milyen hatással van a beteg életére (azaz milyen a beteg döntésére gyakorolt jelentősége).

¹⁶⁶ BH2001. 65

¹⁶⁷ Legfelsőbb Bíróság Pfv. VI. 20 801/1997

¹⁶⁸ Szegedi Városi Bíróság 16. P. 23 634/1999.

Következésképpen az orvosoknak nem kell tájékoztatniuk a beteget az olyan kockázatokról, amelyek az adott beavatkozásnál (esetleg annak gyakoriságánál fogva) általánosan ismertek. Éppen ezért az adott szövődmény bekövetkezési valószínűsége a bíróság számára lényegtelen szempont, így olyan ügyben is megállapította már a tájékoztatási kötelezettség megszegését ahol az ízületi fertőzés esélye 1:100 000 volt.

Az USA bírói gyakorlatában az orvosnak szintén nem kell tájékoztatnia a beteget az olyan kockázatokról, amelyeket a beteg már ismer, vagy azok általánosan ismertek. Egyébiránt viszont az adott kockázatnál a bíróság vizsgálja annak előfordulási valószínűségét és a létrejövő következmény súlyosságát is. Így minél nagyobb a lehetséges hátrány, annál ritkább szövődményről is tájékoztatni kell a pácienset. További érdekessége az amerikai jognak, hogy a felperesnek azt is bizonyítania kell, hogy a beteg az adott információ ismeretében visszautasította volna a javasolt beavatkozást. Ez utóbbi elem azért is fontos, mert néhol a magyar műhiba pereknél is találni utalást arról, hogy a beteg a megfelelő tájékoztatás esetén is beleegyezett volna a kezelésbe.

Erre az egyik legjobb példa az az eset, ahol ugyan a bíróság a szövődmény ritkán előforduló volta miatt nem állapította meg az alperes felelősségét a tájékoztatás hiánya miatt, de az indokolásban hozzátette: *„egyébként sem életszerű, hogy a felperes édesapja, amennyiben a ténylegesen bekövetkezett szövődményről tájékoztatják, a műtéthez nem járul hozzá, és inkább vállalja a szükségszerűen biztosan kifejlődő szívelégtelenségi állapot súlyos következményeit”.*

Máskor az igazságügyi orvosszakértői vélemény fejt ki ehhez hasonló gondolatot, mivel megállapítja azt, hogy a műtét elmaradása lényegesen nagyobb hátrányokat okozott volna a betegnél, mint az adott esetben bekövetkező szövődmény¹⁶⁹ (amelyre a felvilágosítás során nem tértek ki), ezzel is sugallva a bírónak, hogy a beteg amúgy is beleegyezett volna a kezelésbe.

A külföldi gyakorlatból más elem előfordulására is találunk példát a hazai ítélkezésben: abban az ügyben, ahol gerincműtét végrehajtása során következett be károsodás, a beteg korábbi 67%-os mértékű rokkantsági fokú állapota 100%-os mértékűre súlyosbodott.

¹⁶⁹ Több esetben is hosszan taglalja a szakvélemény, hogy mi történt volna akkor, ha nem végzik el az adott műtétet. Lásd: Csongrád Megyei Bíróság 2. Pf. 21 559/1995. és Szegedi Városi Bíróság 13. P. 21 491/1992. in Köles Tibor: i. m.

A Legfelsőbb Bíróság itt kimondta azt, hogy „*az alperes által elvégzett műtét olyan kockázattal járt, amely – ha nem is túl gyakori, de – ismert, lehetséges és olyan súlyos károsodással járó szövődményt okozhat, amely mindenképpen indokolta volna az alperes orvosai részéről a felperes erről való tájékoztatását.*”¹⁷⁰ Tehát a bíróság a szövődmény gyakoriságának alacsony voltát a következmény súlyosságával ellenpontosította.¹⁷¹

6.1.4. A beteg tájékoztatáshoz való jogának korlátai – a reklámszabályok nem a beteg tájékoztatáshoz való jogának korlátai, hanem éppen a beteg szakszerű tájékoztatásának biztosítékai.

Mind a hivatkozott reklámtörvény, mind a ESzCSM rendelet több éve hatályát veszítette. A törvényt a 2008. évi XLVIII. törvény helyezte hatályon kívül, 2008. szeptember 1-jétől, a miniszteri rendeletet a 11/2007. (III.6.) EüM rendelet 2007. mácius 14-től. A hivatkozott esetek ezeken alapulnak ugyan, de az alfejezetet át kell írni.

Az egyedileg engedélyezett védőoltási programról adott tájékoztatás azonban nem tiltott termékreklámozás, mondta ki a Fővárosi Ítéltábla. Az alperes vizsgálta a médium (továbbiakban: felperes) különböző időpontokban sugárzott reklámblokkjait, és megállapította, hogy abban több ízben elhangzott „a pneumococcus okozta tüdőgyulladás megelőzhető, a tüdőgyulladás elleni védőoltásról érdeklődjön háziorvosánál” tartalmú felhívás. Az alperes határozatában megállapította, hogy a felperes e reklámok sugárzásával tiltott termék reklámozását valósította meg, és felhívta a sérelmezett magatartás megszüntetésére.¹⁷²

A felperes a keresetében a határozat megváltoztatását, és a felhívás mellőzését kérte. Hivatkozott arra, hogy az egészségnevelési célú, az ÁNTSZ által egyedileg engedélyezett védőoltásokat népszerűsítő tájékoztatás közzétételét engedélyezi.

Az elsőfokú bíróság az Médiatv. alkalmazásával az alperes határozatát megváltoztatva megállapította, hogy a felperes a terhére rótt jogsértést nem követte el, ezért a magatartás megszüntetésére irányuló felhívást mellőzte.

¹⁷⁰ BH2001. 65

¹⁷¹ Ld.: Barzsó Dávid: i.m., 32.

¹⁷² A határozat indokolása szerint a felperes megsértette a rádiózásról és televíziózásról szóló 1996. évi I. törvényben (a továbbiakban: Médiatv.) foglaltakat, az orvosi rendelvényre igénybe vehető gyógyszerrel népszerűsítő reklám közzétételének tilalmára vonatkozó törvényi előírást, mert a készítmény egyértelműen beazonosítható. Utalt arra is, hogy e tevékenységet a gazdasági reklámtevékenységről szóló 1997. évi LVIII. törvény (a továbbiakban: Grtv.), valamint az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerek, gyógyszernek nem minősülő gyógyhatású készítmények és tápszerek reklámozásáról és ismertetéséről szóló 22/2001. (VI. 1.) EüM rendelet (a továbbiakban: EüM r.) is tilalazzák. Ld. még: Palla Sándor: Reklámozás lehetőségei, korlátai a honi gyógyszerpiacon, tanulmány; Bp. 2007. szeptember; 2.

Az elsőfokú bíróság az érintett műorszám megtekintése után megállapította, hogy a felperes által sugárzott reklámblokkban - az alperesi megállapítással ellentétben - a következő felhívás hangzott el: „a pneumococcus okozta tüdőgyulladás megelőzhető. A gyors és tartós védelemről kérdezze meg a háziorvosát”. Arra az álláspontra helyezkedett, hogy a felperes nem védőoltást reklámozott, hanem ÁNTSZ-engedéllyel védőoltási programot népszerűsített. A sugárzott műsorban gyógyszerkészítmény, vényköteles oltóanyag neve, vagy gyógyszerkészítményt, oltóanyagot azonosító utalás nem hangzott el, ezért a Médiatv.-ben meghatározott tilalom nem sérült.

Az alperes a fellebbezésében az ítélet megváltoztatását, és annak megállapítását kérte, hogy a felperes elkövette a határozatban terhére rótt cselekményt. Az alperes elismerte, hogy a műsorban az elsőfokú bíróság által megállapított szöveg hangzott el. Álláspontja szerint az „érdeklődjön a háziorvosánál” felhívás arra utalt, hogy vényköteles készítményről van szó, és az oltóanyagok vénykötelesek. A perrel érintett reklám konkrét oltóanyagot takar, melyet a gyógyszerészek, és a háziorvosok beazonosíthatnak. A másodfokú bíróság egyetértett az elsőfokú bíróság jogi érvelésével, az alperes fellebbezését nem találta alaposnak. A fellebbezésben foglaltakra tekintettel rámutatott arra, hogy a Médiatv., a Grtv., vonatkozó rendelkezéseiben megfogalmazott tilalom alól a Grtv. kivételt fogalmaz meg. Kimondja, hogy a tilalom nem vonatkozik - az egészségnevelési célú - az ÁNTSZ által egyedileg engedélyezett védőoltási programokat népszerűsítő tájékoztatásra. Csak az olyan tájékoztatás nem engedélyezhető, amely felismerhetővé teszi az oltóanyag nevét, árujelzőjét, illetve egyéb megjelölését. Az elsőfokú bíróság helytállóan állapította meg, hogy az oltóanyag elnevezése, annak árujelzője, vagy egyéb megjelölése a tájékoztatóban nem hangzott el. A felperes az ÁNTSZ által egyedileg engedélyezett védőoltási programról, törvényi felhatalmazás alapján adott tájékoztatást.¹⁷³

6.1.5. A tájékoztatáshoz való jogtól az informed consent-ig

A tájékoztatás akkor megfelelő, ha a beteget az általa elfogadott (kért, választott) kezelésbe történő beleegyezés előtt tájékoztatjuk a betegség lényegéről, kórjóslatáról, a választható kezelési módszerek kockázatáról, várható következményeiről, áll az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottságának állásfoglalása a betegeket a gyógykezelés során megillető tájékoztatási és beleegyezési jogról című dokumentumban. A tájékoztatásnak ki kell terjednie a beteg egészségi állapotának jellemzőire (kórisme, életmódra befolyással bíró állapotok, kóros elváltozásra utaló gyanújelek), a kezelés természetére és céljára, a tervezett és a még szóba jövő, választható kezelések lehetséges kockázataira, következményeire (előnyökre, hátrányokra, lehetséges korai, késői szövődményekre), a kezelés esetleges elutasítása esetén várható következményekre. Meg kell válaszolni a beteg minden kérdését, hangsúlyozza az állásfoglalás.

¹⁷³ Fővárosi Ítélet tábla 2. Kf. 27.002/2003/4. sz.

A hozzájárulás (beleegyezés) tényét célszerű minden esetben írásban rögzíteni, különösen akkor, ha a várható, vagy eshetőlegesen bekövetkező sérelem nagysága azt indokolttá teszi. A vonatkozó jogszabályok alapján kötelező formaként nem mellőzhető a nyilatkozat írásba foglalása műtét, műtétnek minősülő vizsgálati eljárás, valamint minden olyan vizsgálati és gyógyító eljárás esetén, amely a beteg létét közvetlenül veszélyezteti. Az utóbbi esetekben az írásbeliség csak akkor mellőzhető, ha adott helyzetben hozzájárulásra nincs szükség (közvetlen életveszély elhárítása, műtét közben szükségessé váló újabb műtéti beavatkozás, hozzátartozó nélküli, akaratnyilvánításra képtelen, kiskorú, cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes nagykorú beteg).

A hozzájáruló nyilatkozat írásban történő rögzítése során a beteg különleges jogi státuszát is fel kell tüntetni. Amennyiben a beteg hozzájárulását nem személyesen adja, úgy a nyilatkozattevő pontos hozzátartozói jogállását a nyilatkozatra rá kell vezetni. Az írásbeli nyilatkozatot érvényességéhez a felvilágosítást adó orvos (kezelőorvos) és a beteg aláírásával látja el a jognyilatkozatot. Csak önkéntes hozzájárulás érvényes, vagyis, ha a beteg befolyásmentesen, nem tévedés, megtévesztés, fenyegetés hatására adja meg.¹⁷⁴

Az állásfoglalásban megfogalmazottak alapján cselekvőképes beteg esetében a beteg jogosult a hozzájárulásra. A 14 éven aluliak, valamint a cselekvőképességet kizáró gondnokság alatt állók esetében a kezelésbe való beleegyezés kizárólag a szülők vagy a törvényes képviselő kezében van. A 14 éves kor feletti fiatalkorú betegek esetében már szükséges és indokolt a beteg tájékoztatása, de a szülők és a törvényes képviselő egyetértő véleménye ebben az esetben is mellőzhetetlen. A beteg megfelelő tájékoztatás után dönt saját gyógykezeléséről, és ezáltal választ a rendelkezésre álló terápiák között is. Egyetértését bármikor visszavonhatja, illetőleg megváltoztathatja. Az orvosi tevékenység jogszerűsége csak arra a beavatkozásra, kezelésre vonatkozhat, amelyhez a beteg beleegyezését adta.

Fontos alaptézis, hogy a tájékoztatás és a beleegyezés ne legyen adminisztratív tevékenység, hanem legyen az érdekelt orvos betegellátó tevékenységének lényeges része.

¹⁷⁴ Vö.: Gaisbauer: Ärztliche Aufklärungspflicht – Bedeutung und Risiko, in: ÖÄZ 1991/8, 31-; Gaisbauer: Zur Beweislast für Einwilligung des Patienten und Erfüllung der ärztlichen Aufklärungspflicht, Anmerkung zu OGH 12.11.1992, 8 Ob 628/92, in: JBl 1994, 354.

A mai magyar jogi álláspont szerint a beteg előtt saját állapotával, gyógykezelésével kapcsolatban nincs titok, de az orvost más személyekkel szemben titoktartás kötelezi, ezért nagykorú beteg tájékoztatását szolgáló beszélgetés során harmadik személy csak a beteg egyetértésével lehet jelen. Ezért elegendő, ha a tájékoztatás és beleegyezés tényét írásban rögzítő nyilatkozatot csak a tájékoztatott és a tájékoztatást adó írja alá.¹⁷⁵

A tájékoztatáshoz való jogosultság gyakorlása az önrendelkezési jog megfelelő módon való érvényesülésének előfeltétele. Ennek értelmében a törvény a betegek alapvető jogává teszi, hogy egészségi állapotukról általános jelleggel folyamatosan tájékoztatást kapjanak.¹⁷⁶ Ezen túlmenően a beteget az egyes beavatkozások megkezdése előtt az egészségi állapotával kapcsolatos minden lényeges körülményről tájékoztatni kell, mert a megfelelő tájékozottság képezi alapját a beteg egészségi állapotával kapcsolatos döntéseinek. Ennek értelmében a törvény felsorolja azokat az összetevőket, amelyeket egy megfelelő tájékoztatásnak tartalmaznia kell.

Ebben a körben kiemelkedő jelentőségű, hogy a tájékoztatásnak ki kell terjednie arra, hogy a beteg jogosultsága egy beavatkozás elvégzéséhez való hozzájárulás, illetve a beavatkozás elutasítása. A tájékoztatásnak, ezen túlmenően főszabályként teljes körűnek is kell lennie, tehát a beteg egészségi állapotával és a javasolt kezeléssel kapcsolatos minden körülményre ki kell terjednie.

Az önrendelkezési jog érvényesülésének legfontosabb biztosítója, hogy főszabályként minden egészségügyi beavatkozás elvégzésének feltétele, hogy ahhoz a beteg kényszerből és fenyegetéstől mentes, megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezést adjon.¹⁷⁷

¹⁷⁵ Vö.: Barzó Tímea: Tájékoztatás és beleegyezés, mint a beteg alapvető joga, Magyar Jog, 1996./2. 24-25.

¹⁷⁶ A nem invazív diagnosztikai és terápiás eljárások előtt elégséges a szóbeli tájékoztatás utáni beleegyezés. Az ilyen esetekben beleegyezésnek tekinthető, ha a beteg a beavatkozás ellen nem tiltakozik, vagy ráutaló magatartást tanúsít. Szembetűnő, hogy Franciaországban a beteg önrendelkezésének törvényes alapjai az Orvos Étikai Kódexben / 7. cikkely / vannak lefektetve. A bírósági gyakorlat alapján, mivel a beteg és a kezelőorvos között szerződéses jogviszony áll fenn, a szerződő felek egyetértése alapvető jelentőséggel bír.

¹⁷⁷ Ld.: Sándor Judit: Gyógyítás és ítékezés, i.m., 97.

6.2.2. Az informed consent intézménye

Az informed consent, vagy a magyar terminológia alapján tájékoztatáson alapuló beleegyezés (Nem összekeverendő az ún. pozitív beleegyezés illetve a feltételezett beleegyezés elveivel, amelyek a halál esetére rendezik a halott szerveinek esetleges felhasználását, valamint a közvetlen életveszély esetén felhatalmazzák az orvost a veszély elhárításához szükséges intézkedések megtételére a páciens beleegyezése nélkül. Emellett a vonatkozó elméletek ismerik az ún. feltételhez kötött vagy korlátozott beleegyezés intézményét is, amelynek keretében a beteg a beleegyezést valamilyen feltételhez kötheti.) jogintézménye angolszász találmány, és tartalmát tekintve a beteg joga arra, hogy elegendő információkkal lássák el – akár az orvosa, akár helyettese által. Ennek keretében a betegnek lehetősége nyílik arra, hogy tudakozódjon a kezelés, a beavatkozás ill. a gyógymód kapcsán, és ún. megértett (informed) döntést hozzon. E beleegyezés mindenkor szükséges, ha az orvos meg kívánja a beteget érinteni/vizsgálni, vagy ún. invazív beavatkozást készít elő.

Dogmatikailag külön magát a tájékoztatást is fel lehet osztani: egyrészt terápiás célú tájékoztatásra, amelynek lényege, hogy előkészítse, elősegítse a beteg gyógyulását (ide sorolható a további gyógykezelések szükségességéről, gyógyszeradagolásról, általános életvezetési tanácsokról történő felvilágosítás); másrészt pedig önrendelkezési tájékoztatásra, amely a kezeléssel történő döntés meghozatalához (elfogadásához/elutasításához) szükséges információkra terjed ki.¹⁷⁸ Ennek a főbb alcsoportjai a kockázatokról, alternatívákról és a diagnózisról szóló tájékoztatás, amelyeket a későbbiekben ismertetek. Azonban a téma átfogóbb tanulmányozásához szükséges áttekinteni először az orvosi jogn belül a tájékozott beleegyezés kialakulását.¹⁷⁹

Ahhoz, hogy a beleegyezéshez a beteg kellő információkkal rendelkezzen, a következőkről feltétlenül tájékoztatni kell:

- Diagnózis
- A választott gyógymód/kezelés illetve beavatkozás oka
- Előnyök és hátrányok
- Lehetséges alternatívák

¹⁷⁸ Ld.: Dósa Ágnes: Az orvos kártérítési felelőssége, HVG-ORAC, 2004. 190.

¹⁷⁹ Vö.: Barzsó Dávid: i.m., 4.

- A lehetséges kockázatok, ha nem kapja meg az adott gyógymódot/kezelést ill. beavatkozást

Az Egyesült Királyságban ezen túlmenően a következő kritériumoknak kell a beleegyezésben szerepelniük:

- a beteg kompetencia nélkül nem egyezhet bele az orvosi kezelésbe
- a beleegyezésnek teljes mértékben önkéntesnek kell lennie

Az informed consent ezen túlmenően két részre osztható, express- és implied consent-re.

- Az express consent az, amit általában beleegyezésnek hívunk, legyen az írott vagy szóban közölt. Példaként említeném, hogy a virginiai jog csak a szövetvizsgálat, a biopszia, a mesterséges megtermékenyítés, valamint a HIV vizsgálatnál kívánja meg az írott formát.
- A telefonon keresztüli beleegyezés is elfogadott, ha szükséges. Ilyen esetekben jó, ha van egy második személy a vonalban bizonyítás céljából. Az ilyen beleegyezés csak meghatározott időkeretben érvényes. Az olyan kezeléseknél, mint pl. a kemoterápia, melyek hosszúak, akár 6 hónapon keresztül érvényesülhet a beleegyezés.
- Az implied consent olyan típusú beleegyezés, ami a beteg viselkedéséből, és helyzetéből fakadó következményekkel foglalkozik. Ebbe beletartozik, pl. a beteg beleegyezése abba, hogy egy gyógyszerhez, vagy szervhez csak várólistán juthat.¹⁸⁰

A tájékozott beleegyezés tartalmi elemei:

- Küszöb elem:
Kompetencia
- A tájékoztatási elemek:
 - Az információ átadása
 - Az információ megértése
- A beleegyezési elemek:
 - Önkéntesség
 - Felhatalmazás

¹⁸⁰ A tájékoztatásnak magának a diagnózisra, az alkalmazandó eljárásokra, a kockázatokra és a betegség várható kimenetelére, a prognózisra kell kiterjednie.

A hatályos magyar szabályozás¹⁸¹ alapján az érvényes beleegyezésnek a következő feltételeknek kell megfelelnie:

- A beteg a beleegyezést szabadon és önkéntesen adta.
- A beleegyezésnek fednie kell az elvégzett beavatkozást.
- Általában a beleegyezés a beavatkozásra felhatalmazott személyre szól.
- A beleegyezés tájékoztatáson kell, hogy alapuljon
- A beleegyezést adó személynek erre törvényes felhatalmazással kell rendelkeznie (ez a probléma speciális esetekben merül fel, így: eszméletlen betegnél, szellemileg erre képtelen személynél és kiskorúaknál).¹⁸²

A beleegyezési dokumentum formáját tekintve az Európai Parlament és a Tanács 2001/20/EK számú irányelve alapján „tájékoztatáson alapuló beleegyezési nyilatkozat”: írásban, dátummal és aláírással megteendő, bármely, a beleegyezés megadására képes személy, vagy ha a személy nem képes megadni a beleegyezést, törvényes képviselője útján a klinikai vizsgálat jellegéről, jelentőségéről, kihatásairól és kockázatairól való megfelelő tájékozottság és dokumentáció birtokában döntő személy szabadon felvállalt döntése az abban való részvételről; kivételes esetekben, ha az illető személy nem képes írni, szóbeli beleegyezés is adható legalább egy tanú jelenlétében, a nemzeti jogszabályok előírása szerint.

6.2.3. A tájékoztatáson alapuló beleegyezés a hazai joggyakorlatban

A hatályos szabályozás következetes abban a kérdésben, hogy a beteg a beavatkozás elvégzéséhez való beleegyezését bármikor visszavonhatja.¹⁸³ A beleegyezés alapos ok nélküli visszavonása esetén azonban kötelezhető az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére. A cselekvőképes beteg (tehát alapvetően a 18. életévét betöltött személy) közokiratban, teljes bizonyító erejű magánokiratban vagy – írásképtelensége esetén – két tanú együttes jelenlétében megtett nyilatkozattal megnevezheti azt a cselekvőképes személyt, aki jogosult helyette a beleegyezés, illetve a visszautasítás jogát gyakorolni, illetve, akit tájékoztatni kell.

¹⁸¹ Vö.: Törő Károly: Az orvosi jogviszony, i.m. 169-176

¹⁸² Ld.: Eldbacher: Ärztliche Eingriffe an Minderjährigen, i.m. 368.

¹⁸³ Törő Károly: „A műtéti hozzájárulás személyhez fűződő jogok gyakorlását jelenti. Ezért az egészségügyi jogszabályok rendelkezéseitől függetlenül a beteg a Ptk rendelkezései alapján személyhez fűződő jogai védelmében saját maga is felléphet.” Az orvosi jogviszony, i.m., 169.;

Az egy sorban nyilatkozattételre jogosultak ellentétes nyilatkozata esetén a beteg egészségi állapotát várhatóan legkedvezőbben befolyásoló döntést kell figyelembe venni. A fenti személyek nyilatkozata a kezelőorvos által javasolt invazív beavatkozásokhoz történő beleegyezésre terjedhet ki.

E nyilatkozat azonban a beavatkozással fölmerülő kockázatoktól eltekintve nem érintheti hátrányosan a beteg egészségi állapotát, így különösen nem vezethet súlyos vagy maradandó egészségkárosodásához.¹⁸⁴ A beteg beavatkozásokba történő beleegyezését vélelmezni kell, ha a beteg egészségi állapota következtében beleegyező nyilatkozat megtételére nem képes, és az általa megnevezett személy nyilatkozatának beszerzése késedellel járna, invazív beavatkozások esetén akkor, ha ezen személy nyilatkozatának beszerzése késedellel járna és a beavatkozás késedelmes elvégzése a beteg egészségi állapotának súlyos vagy maradandó károsodásához vezetne. A beteg beleegyezésére nincs szükség abban az esetben, ha az adott beavatkozás vagy intézkedés elmaradása mások – ideértve a 24. hetet betöltött magzatot is – egészségét vagy testi épségét súlyosan veszélyezteti, továbbá ha a beteg közvetlen életveszélyben van.

6.2.4. Az invazív beavatkozások speciális joggyakorlata

Ha a beteg maga nem tud a kezelésbe beleegyezni (mert pl. eszméletlen, vagy zavart állapotú), és nem hatalmazott fel korábban senkit, hogy helyette a beleegyezés jogát gyakorolja, a kezelőorvosnak a beteg hozzátartozóit kell megkérdeznie arról, hogy beleegyeznek-e a kezelésbe.¹⁸⁵

¹⁸⁴ A nyilatkozatról a beteget cselekvőképessé válását követően azonnal tájékoztatni kell. Az egészségügyi ellátással kapcsolatos döntésekben a cselekvőképtelen, illetve korlátozottan cselekvőképes beteg véleményét a szakmailag lehetséges mértékig figyelembe kell venni abban az esetben is, ha a beleegyezés, illetve a visszautasítás jogát fent megnevezett személyek gyakorolják.

¹⁸⁵ Steiner szerint: „A belátási képesség = a beteg azon képességével, ami alapján fel tudja mérni a kérdéses kezelés elvégzésének, illetőleg el nem végzésének jelentőségét és horderejét.”, in: Steiner: Geschäftsunfähigkeit und Heilbehandlung – Anmerkung zum Entwurf einer „Österreichischen Patientencharta”, in: RdM 1994, 10.; a Gyermek jogairól szóló New York-i Konvenció (1989.november 20.) 12.cikkelye szerint: „1. Az Egyezményben részes államok az ítélőképessége birtokában lévő gyermek számára biztosítják azt a jogot, hogy minden őt érdeklő kérdésben szabadon kinyilváníthassa véleményét, a gyermek véleményét, figyelemmel korára és érettségi fokára, kellően tekintetbe kell venni. 2. Ebből a célból nevezetesen lehetőséget kell adni a gyermeknek arra, hogy bármely olyan bírói vagy közigazgatási eljárásban, amelyben érdekelt, közvetlenül vagy képviselője, illetőleg arra alkalmas szerv útján, a hazai jogszabályokban foglalt eljárási szabályoknak megfelelően meghallgassák.”

A hozzátartozók beleegyezését azonban csak az invazív beavatkozások előtt kell beszerezni (pld. műtét, minden altatással járó egyéb beavatkozás, citosztatikus kezelés, sugárkezelés etc.), és az általuk meghozott döntés nem érintheti hátrányosan a beteg egészségi állapotát (így nem vezethet súlyos vagy maradandó egészségkárosodásához, tehát a hozzátartozók egy fontos, a beteg további élete szempontjából jelentős műtét nem utasíthatnak vissza az eszméletlen beteg nevében).¹⁸⁶

Amennyiben egy invazív beavatkozás során annak olyan kiterjesztése válik szükségessé, amely előre nem volt látható, az erre irányuló beleegyezés hiányában a beavatkozás kiterjesztése csak akkor végezhető el, ha azt sürgős szükség fennállása indokolja, vagy ennek elmaradása a beteg számára aránytalanul súlyos terhet jelentene. Ha a beavatkozás a beteg valamely szervének vagy testrészének elvesztéséhez vagy funkciójának teljes kieséséhez vezetne, a beavatkozás kiterjesztése – az abba történő beleegyezés hiányában – csak közvetlen életveszély fennállása esetén vagy súlyos illetve maradandó károsodás veszélyének fennállása esetében végezhető el.

A beteg írásbeli beleegyezése szükséges bármely – a beavatkozással összefüggésben – életében eltávolított sejtjének, sejtalkotórészének, szövetének, szervének, testrészének – egészségügyi ellátásával össze nem függő – bármilyen célú felhasználásához. Nem kell a beteg beleegyezése ezen anyagok szokásos módon történő megsemmisítéséhez. A betegnek joga van arra, hogy halála esetére rendelkezzen a holttestét érintő beavatkozásokról. A beteg megtilthatja, hogy holttestéből szervet és szövetet átültetés, egyéb gyógyító célú felhasználás, kutatás vagy oktatás céljából eltávolítsanak. Abban az esetben pedig, ha a hozzátartozók megkérdezése jelentős késsedelemmel járna, és ez veszélyeztetné a beteg állapotát, a kezelőorvos saját belátása szerint dönt, nem kell megkérdeznie a hozzátartozókat.

¹⁸⁶ Hasonlóképpen az orvosi kezelési hiba adekvát következményeként tekintendő a közeli hozzátartozó szervadományozása és átültetése a sértett beteg megmentése érdekében. Ilyen eset történt Schlesswig tartományban is. Az ez ügyben született tartományi bírósági döntését később a Szövetségi Legfelső Bíróság is jóváhagyta. A tényállás a következő volt: a sértett egyetlen veséjét felróhatóan távolították el, mire a sértett édesanyja felajánlotta egyik veséjét transzplantáció céljára. A bíróság pedig helyt adott az anya egyéni kártérítési igényének, mivel nem hiányzott sem az oksági összefüggés az orvosi kezelési hiba és a szervadományozás között, sem a testi károsodás, sem pedig a beszámításhoz egyébként szükséges összefüggés. Itt igazából annak a kérdésnek volt különösen nagy jelentősége, hogy a károsító oldalán elvárható-e a másik személy jogos védelme során közbelépő harmadik személy kárának beszámítása is. A kérdést a bíróság a következőképp válaszolta meg: „A beszámítás alapjául szolgáló összefüggés adott (adottnak tekintendő), ha a mentő vagy elsősegélynyújtó személy közbelépése nem egészségében szabad, hanem a károsító cselekmény által kiprovokált volt.” Schlesswig, 1986.10.3. 4 U 182/85 NJW 1987, 710, megerősítve a BGH, 1987.6.30. –án hozott VI ZR 257/86 BGHZ 101, 215. döntésével

A Baranya Megyei Bíróság egyik ítélete alapján orvosi tájékoztatásnak a beteg gyógyítása és kezelése, a betegnél alkalmazott invazív beavatkozások során ki kell terjednie mindazokra a lényeges körülményekre, amelyek a beteg személyéhez fűződő önrendelkezési jogának a gyakorlását befolyásolják. Különösen ilyennek kell tekinteni az esetleges halálos következménnyel járó fenyegetettséget.

A polgári jogi felelősség körében az adott helyzetben általában elvárható magatartás zsinórmértéke az irányadó, ami nem jelent feltétlenül vétkességet, mivel az objektív, társadalmi megítélés a mérce.

6.3. Az Alkotmánybíróság információs jogosultságot érintő gyakorlata

Az Alkotmánybíróság a 21/1996. (V.17.) AB határozatban az emberi méltósághoz való jog és az egyéni kockázatvállalás összefüggéséről általános érvénnyel mondta ki:

„Önmagának mindenki árthat, s vállalhat kockázatot, ha képes a szabad, tájékozott és felelős döntésre. A nagykorúaknak a jog be nem avatkozása széles lehetőséget ad erre, s az általános személyiségi jogból folyó jog az önmeghatározásra és cselekvési szabadságra garantálja ezt a lehetőséget. Az állam korlátozó gyámkodása csak a határesetekben alkotmányossági viták tárgya (a kábítószer élvezésének büntetésétől az eutanáziáig).”¹⁸⁷

Számos egyéb mellett ezt a szempontot is alapul véve az Alkotmánybíróság a 22/2003. (IV. 28.) AB határozatban a saját halálról való döntés jogát ismerte el az 1949. évi Alkotmány 54. § (1) bekezdése alapján. *„A gyógyíthatatlan beteg döntése arról, hogy életének a rá váró szenvedésekkel teli hátralévő részét nem akarja végigélni, a beteg önrendelkezési jogának része, így vonatkoznak rá az Alkotmány 54. § (1) bekezdésének rendelkezései. A saját haláláról való döntés ugyanis mindenkit megillet, függetlenül attól, hogy egészséges vagy beteg, és ha beteg, betegsége az orvostudomány szerint gyógyítható-e vagy nem. (...)*

¹⁸⁷ Ld.: ABH1996, 74, 80.

*A világnézeti szempontból semleges alkotmányos alapokon álló jogrendszer ugyanis sem helyeslő, sem helytelenítő álláspontot nem foglalhat el az ember saját életének befejezését elhatározó döntésével kapcsolatban; itt olyan szféráról van szó, melytől az államnak főszabályként távol kell magát tartania. Az állam e körben csak annyiban jut szerephez, amennyiben ezt az élethez való jogra vonatkozó intézményvédelmi kötelezettsége elkerülhetetlenül szükségessé teszi.*¹⁸⁸

Az Alkotmánybíróság az Alkotmányból vezette le az önrendelkezési jogtól elválaszthatatlan, a személyiség integritásához való jogot. „Az Alkotmánybíróság állandó gyakorlata – a 8/1990. (IV. 25.) AB határozattól kezdve – az emberi méltósághoz való jogot, mint "általános személyiségi jogot" fogja fel, amely magában foglalja a személyiség szabad kibontakoztatásához való jogot. Az Alkotmánybíróság továbbá a lelkiismereti szabadság jogát a 64/1991. (XII. 17.) AB határozat összefüggésében szintén a személyiség integritásához való jogként értelmezte. (Az állam nem kényszeríthet senkit olyan helyzetbe, amely meghasonlásba vinné önmagával, azaz amely összeegyeztethetetlen a személyiségét meghatározó valamely lényeges meggyőződésével.)”¹⁸⁹

Az önrendelkezési joggal kapcsolatos jogi anomáliák az Alkotmánybíróság gyakorlatában számos összefüggésben jelentkeztek. A gyógyíthatatlan betegeknek az életfenntartó orvosi beavatkozások visszautasításának formájában megnyilvánuló önrendelkezési jogosultsága és ennek korlátozása például kizárólag az élethez való joggal, az államnak az életvédelmi köteletségével összefüggésben bírálható el. (22/2003. (IV. 28.) AB határozat, ABH 2003, 235, 269-270.). Másként értékelendő azonban az orvosválasztás, a konvencionális orvosi beavatkozás helyett a természetgyógyászati kezelés melletti döntés jogosultsága, és ennek korlátozása; itt már az alapjogi védelem alkalmazása is kérdéses (684/B/1997. AB határozat, ABH 2002, 813, 821.). Hasonló módon nagyfokú korlátozás érvényesülhet a művi beavatkozással történő megtermékenyítés útján elérendő gyermekszületés választásával szemben. Az ilyen orvosi beavatkozást igénylők döntésének teljesítése orvosilag indokolt feltételektől tehető függővé 750/B/1990. AB határozat, ABH 1991, 728, 729.). Nem állapította meg az Alkotmánybíróság az alapjogokat megillető védelem alkalmazásának lehetőségét a reprodukciós eljárások egyikének, a dajkaterhességnek a választása esetében sem (108/B/2000. AB határozat, ABH 2004, 1414, 1419-1420.).

¹⁸⁸ Ld.: ABH 2003, 235, 261. Vö.: Landi: Az orvos polgári jogi felelősségének kérdései, i.m. 32.

¹⁸⁹ Ld.: 4/1993. (II. 12.) AB határozat, ABH 1993, 48, 51. határozatok

Az Alkotmánybíróság gyakorlatában felmerült esetek és az ezekben hozott határozatok alapján arra a következtetésre lehet tehát jutni, hogy az egészségügy területén az önrendelkezés körébe sorolható egyéni döntési jog korlátozásának alkotmányellenessége eseti mérlegeléstől függően bírálható el. A 2002. évi VI. törvény hirdette ki az Európa Tanács keretében az emberi lény emberi jogainak és méltóságának a biológia és az orvostudomány alkalmazására tekintettel történő védelméről létrehozott, Oviedóban, 1997. április 4-én kelt egyezményt, valamint a Párizsban, 1998. január 12-én kelt kiegészítő jegyzőkönyvet (a továbbiakban: oviedói egyezmény).

Az egyezmény 16. cikke a magukat kutatásnak alávető személyek védelméről szól. Kutatást az érintett személy kifejezett hozzájárulása esetén is csak akkor lehet végezni, ha hasonló hatékonyságú más módszer nem létezik, és a kutatás miatt a személyt fenyegető kockázatok nem haladják meg a kutatás lehetséges hasznát. Az egyezmény vonatkozó cikke feltételektől teszi függővé az átültetés céljából élő személyből történő szerv- és szövetkivételt. Eszerint szerv- és szövetkivétel csak a befogadó gyógyítása érdekében hajtható végre, ha nem áll rendelkezésre halott személy megfelelő szerve vagy szövete, és nincs hasonló hatékonyságú gyógyító eljárás.

Az Európa Tanács miniszteri bizottsága 1996. december 17-én rendelkezett az oviedói Egyezményről készült magyarázó kommentár közzétételéről. Az Egyezmény szerint a hozzájárulást bármikor vissza lehet vonni. A szakmai előírások¹⁹⁰ alapján azonban az értelmezés szerint a műtétet végző orvos köteles lehet a hozzájárulás visszavonása ellenére folytatni a műtétet, ha ilyen módon hárítható el a beteg egészségének komoly károsodása. A beteg döntéseivel szemben tehát meghatározott esetekben az egészségvédelmi szempontokat kívánja érvényesíteni az oviedói egyezmény. Mindezekon túl az Emberi Jogok Európai Bírósága a *Laskey, Jaggard and Brown v. The United Kingdom* esetben foglalkozott az önrendelkezési jog korlátozásának kérdésével (1997. február 19-én hozott határozat, No. 109/1995/615/703-705.). A tényállás szerint az érintett személy hozzájárult szado-mazohista jellegű bántalmazásához, ennek ellenére a bántalmazókat börtönbüntetésre ítélték.¹⁹¹

¹⁹⁰ Vö.: Ld. Beecher: Scarce Resources and Medical Advancement, Daedalus, 1969, 279.

¹⁹¹ A Bíróság megállapította, hogy az Európai Emberi Jogi Egyezmény alapján védelemben részesülő önrendelkezési joggal szemben a büntetőítélettel állami beavatkozás valósult meg. Annak mérlegelésénél azonban, hogy ez a beavatkozás az Egyezményben foglaltak megsértését jelenti-e, a Bíróság szükségesnek látta az egészségvédelmi szempontok figyelembevételét. A cselekmény veszélyes voltára és az egészségvédelmi

A fentiek azt mutatják, az ovidói egyezmény és az Emberi Jogok Európai Bíróságának gyakorlatában megfigyelhető az önrendelkezési jognak egészségügyi, valamint közérdeket figyelembe vevő korlátozása.¹⁹² Az Alkotmánybíróság egy további határozatában megállapította, hogy az Eü.tv.-ben említett orvosválasztás szabadsága szoros kapcsolatban áll az Alkotmány 54. § (1) bekezdésből következő önrendelkezési joggal.

A hatályos egészségügyi törvényben foglalt kivételektől eltekintve bármely egészségügyi beavatkozás elvégzésének feltétele, hogy ahhoz a beteg megtevesztéstől, fenyegetéstől és kényszertől mentes, megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezését adja, illetve a betegnek joga van megismerni az ellátásban közvetlenül közreműködő személyek nevét, szakképesítését és beosztását.” Mindebből következően az önrendelkezési jog részét képezi, hogy az állampolgárok egészségügyi ellátásában – az Eü.tv.-ben említett kivételektől eltekintve – kizárólag azok a személyek vehetnek részt, akik közreműködésébe az érintett írásban, szóban vagy ráutaló magatartással beleegyezett. Természetesen ez a jog nem érvényesülhet maradéktalanul, az ellátás sürgőssége vagy az ellátás igénybevételének alapjául szolgáló jogviszony kizárhatja a szabad orvosválasztást.¹⁹³

6.4. Az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről a gyakorlatban

Az egészségi állapotra vonatkozó személyes adatok különleges adatnak minősülnek. Ezek a testi és lelki egészségi állapotra vonatkozó tények csak akkor kezelhetők, ha ahhoz az érintett írásban hozzájárul, vagy törvény azt elrendeli. Az egészségügyi dokumentáció kezelését illetően mind az adatkezelők, mind az érintettek esetében nagy a bizonytalanság. Kiindulópont, hogy személyes adatot csak törvényes cél eléréséhez szükséges esetekben és mértékben lehet kezelni. Ez vonatkozik mind az orvosokra, mind pedig az intézmények teljes személyzetére. A köztudatban az orvosi titoktartás és a betegek személyes adatainak kezelése két különböző fogalomként jelenik meg, amelyre más-más szabályok érvényesek. Valójában ezek gyakorlatilag azonos fogalmakat jelölnek.

szempontokra tekintettel a Bíróság úgy döntött, hogy a bántalmazóknak az áldozat hozzájárulásának figyelmen kívül hagyásával történt börtönbüntetésre ítélese nem valósítja meg az Egyezmény megsértését.

¹⁹² Ld.: 43/2005. (XI. 14.) AB határozat

¹⁹³ Vö.: Günther: *Voluntas aegroti suprema lex – Juristische Erwägungen, Maximen in der Medizin*, in: Koslowski: *Maximen der Medizin* 1992, 124.

Maga az orvosi titoktartás a gyógykezelés során az adatkezelő tudomására jutott egészségügyi és személyazonosító adat, továbbá a szükséges vagy folyamatban lévő, illetve befejezett gyógykezelésre vonatkozó, valamint a gyógykezeléssel kapcsolatban megismert egyéb adat.

A személyes adatok kezelését általánosságban az adatvédelmi törvény szabályozza, azonban nem tér ki az egészségügyre, mint speciális területre. Van azonban egy lényeges rendelkezése, amelyben az egészségügyi adatokat az úgynevezett különleges adatok közé sorolja, melyek az általánosnál szigorúbb védelmet élveznek. A gyakorlatban ez azt jelenti, hogy az egészségügyi ellátásban keletkező valamennyi adat kezelését a törvényalkotók is különlegesen érzékeny területnek tekintették.

Az intézmény, az orvos csak adatkezelő, vagyis – bizonyos ritka kivételtől eltekintve – az orvosnak, az ellátónak nincs joga azok felett rendelkezni. Elsősorban a kórházakban dolgozóknál széles körben, napi gyakorlatként előfordulhat, hogy betegeikről, megfelelő engedély nélkül, személyes adatokat közölnek illetéktelenekkel. Jogellenesnek tekinthető például a beteg aktuális egészségi állapotáról információt szolgáltatni az érdeklődő hozzátartozóknak.¹⁹⁴

Természetesen az egészségügyi intézmények egymás között továbbadhatják a beteg adatait, ha erre a gyógykezelés érdekében szükség van, az egészségügyi szervezetrendszeren kívülre adatokat azonban csak a beteg hozzájárulásával továbbíthatnak. Nem kötelesek kérni a beteg hozzájárulását, ha az adattovábbítást más személy életének, testi épségének, egészségének védelme teszi szükségessé, és akkor sem, ha a saját egészségének érdekében az őt gondozó személlyel kell adatokat közölni.

Az egészségügyi intézmények kötelesek mindezek mellett adatot szolgáltatni egyes intézményeknek, például a társadalombiztosítási igazgatási szerveknek és a közegészségügyi hatóságoknak. Az intézményt megkereshetik az eljáró szervek büntető, szabálysértési, közigazgatási hatósági, polgári eljárás esetén is. Azokban az esetekben, amikor törvény kötelezi az adatok továbbítására az intézményt, feljegyzést kell készíteni erről az egészségügyi intézmény nyilvántartása számára.

¹⁹⁴ Vö.: Kelényi Zoltán: Meddig terjed az orvosi titoktartás? In: natúrsziget.com (Lorida); Bp. 2007; 1-2.

Amennyiben a beteg a kezelés befejeztével eltávozik az intézményből, és hozzátartozóját küldi maga helyett az esetleg ott maradt dokumentumokért, vagy az ekkor kér információkat rokona egészségi állapotáról, a törvény szerint csak úgy kaphatja meg, ha az engedélyét teljes bizonyító erejű magánokirat formájában mutatja be az orvosnak. Az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény (a továbbiakban: Eüak.) szerint az orvosi titoktartás szakmán belül is érvényes, és az az orvos (akár ugyanannak az intézménynek a falain belül is), aki nem vesz részt a beteg kezelésében, nem jogosult az információra, vagyis vele szemben ugyanúgy érvényesülnie kell az orvosi titoktartás szabályainak, mint egy magánembernél.

6.5.1. Az orvosi titoktartás intézményének kialakulása

Az újkori modernizáció kibontakozásával nemcsak az orvosi szakma nyert befogadást a hatóság munkájába, hanem a hatóság is berendezkedett a személyes egészségügyi szolgáltatásban

A fentiekkel kapcsolatos adatkezelésre, titoktartásra vonatkozó normarendszer viszonylag későn a XIX. század végén – XX. század elején alakult ki alapvetően büntetőjogi szabályozás keretében, jóllehet a polgári perrendtartásról szóló 1911. évi I. törvénycikk alapján közszolgálatban levő vagy abból kilépett egyén oly kérdésben, *„melyre nézve a tanuságtétellel a hivatali vagy szolgálati titoktartás kötelességét megsértene, ha e kötelesség alól illetékes fellebbvaló hatósága fel nem menti”* – tanúként nem volt kihallgatható.

A büntettekről és vétségekről szóló 1878. évi V. törvénycikk 327. §-a alapján *„azon közhivatalnok, ügyvéd, orvos, sebész, gyógyszerész, szülésznő, a ki valamely család vagy személy jó hírnevét veszélyeztető, és hivatalánál, állásánál vagy foglalkozásánál fogva megtudott, vagy reá bízott titkot, alapos ok nélkül másnak felfedez: vétséget követ el, s a sértett fél indítványára, három hónapig terjedhető fogházzal, és ezer forintig terjedhető pénzbüntetéssel büntetendő. Ezen intézkedés kiterjed a fenn megjelölt személyek segédeire is.”* Nem tartozik azonban az előbbi szakasz rendelkezése alá azon eset *„ha a megjelölt személyek, a tudomásukra jutott vagy reájuk bízott titokról, a hatóságot kötelességükhöz képest értesítik, vagy ez által megkérdetve, vagy mint tanúk kihallgattatván, azt a hatóság előtt felfedezik.”*

Az orvosi rendtartásról szóló 1936. évi I. törvénycikk természetesen részletesebben fogalmaz. A 37. § (1) alapján „*az orvost titoktartás kötelezi a kezelt vagy vizsgált egyén egészségi állapotára vonatkozó adatok tekintetében és ezen felül mindarra nézve, amit az orvos ebben a minőségben, hivatása gyakorlása közben tudott meg. Hatósági megbízásból végzett vizsgálat esetében a vizsgálat eredményét azonban az orvosnak a megbízó hatósággal közölnie kell.*”¹⁹⁵

Emellett közszolgálatban álló vagy törvény alapján létesült intézetnél működő orvos adatszolgáltatási köteletségére a szolgálati szabályok rendelkezései is irányadók voltak, valamint „*tudományos célra történő közlésre a titoktartás nem vonatkozik, ha a közlés a személy nevének megjelölése nélkül oly módon történik, hogy a személyre ne ismerjenek rá.*”

Speciális szabályok születtek az egyes nemibetegségek vonatkozásában. A gümőkór és a nemibetegségek elleni védekezésről, valamint a közegészségügyi törvények egyes rendelkezéseinek módosításáról szóló 1940. évi VI. törvénycikk szigorú adatszolgáltatási rendszer keretében előírta, hogy a munkaadó, a hivatali főnök, illetőleg a munkavállalók (alkalmazottak) közvetlen felügyeletével megbízott személy, ha a munkavállaló, illetőleg az alárendelt gümőkóros megbetegedése tudomására jut, köteles azt figyelmeztetni, hogy magát orvossal gyógykezeltesse. Ha a munkavállaló kötelező betegségi biztosítási intézetnek tagja, a munkaadó – amennyiben arról tudomása van – köteles munkavállalójának gümőkóros megbetegedését a biztosító intézetnek is bejelenteni.¹⁹⁶

6.5.2. Egészségügyi adatvédelem az Európai Unióban

Az információs önrendelkezési jog megszilárdulása a 20. század második felére tehető. Az angolszász országok élen jártak a kodifikációban: az Egyesült Államokban 1966-ban, az Egyesült Királyságban 1984-ben foglalták először törvénybe az adatvédelmi szabályokat.

¹⁹⁵ Ld.: Magyar Kossa Gyula. Magyar orvosi emlékek. i.m., 21-28.

¹⁹⁶ A vonatkozó jogszabály alapján minden orvos (hatósági-, biztosító intézeti-, honvéd-, magánorvos stb.), illetőleg minden kórház, s egyéb egészségügyi intézmény igazgatója (vezetője) a gyakorlatában előfordult, illetőleg a vezetése alatt álló intézetben vizsgált, kezelt vagy más módon tudomására jutott fertőzőképes vagy arra gyanús gümőkóros megbetegedést bejelenteni volt köteles. A bejelentésekről nyilvántartást kellett vezetni. A közhivatalnok, az orvos, és mindazok, akik állásuk, hivatásuk vagy foglalkozásuk körében gümőkóros megbetegedésről vagy egyéb nemibetegségről tudomást szereztek, e betegség tekintetében titoktartásra voltak kötelesek. Ha azonban a beteg betegségét nem gyógykezelte vagy a fertőzés meggátolására vonatkozó orvosi rendelést nem tartotta meg, a titoktartás köteleességét nem szegte meg az, aki a betegségről a hatóságot, a munkaadót vagy a beteg részéről fertőzés közvetlen veszélyének egyébként kitett más személyt értesítette. A törvénycikk vonatkozó rendelkezése alapján „*az orvosra nézve ez a titoktartás nem kötelező azokkal szemben, akiket a nemibeteg közvetlenül veszélyeztethet. Ugyancsak nem kötelezi titoktartás a biztosító intézetekkel, illetőleg biztosító szervekkel szemben az intézet, illetőleg szerv orvosát sem.*”

Az első kötelező érvényű nemzetközi előírásnak az Európa Tanács 1981-es adatvédelmi egyezménye tekinthető.

A határokon átnyúló adatforgalom gyors növekedésére reagálva az Európai Parlament és az Európai Unió Tanácsa 1995-ben irányelvekbe foglalta, hogyan valósítható meg az a kettős célkitűzés, hogy az adatok szabadon áramolhassanak a határokon át, ugyanakkor védelmük se szenvedjen csorbát. A 95/46/EC számú irányelv tovább erősítette a személyes adatok gépi feldolgozására vonatkozó adatvédelmi előírásokat. Így különleges adatoknak minősülnek, és nem lehet gépi úton feldolgozni a faji eredetre, a politikai véleményre, a vallásos vagy más meggyőződésre, valamint az egészségre, a szexuális életre vonatkozó személyes adatokat, kivéve, ha a hazai jog megfelelő biztosítékot nyújt. Ez vonatkozik a büntető ítéletekkel kapcsolatos személyes adatokra is.¹⁹⁷

Az egészségügyi adatok különleges adatoknak minősülnek, melyek kezelését a személyes adatokénál szigorúbb feltételekhez szokás kötni. Ilyen megfontolások vezérelték az Európa Tanács miniszteri bizottságát, amikor 1997-ben ajánlást fogadott el az egészségügyi adatok védelmének legfontosabb alapelveiről (R/97/5 számú ajánlás). A dokumentum alapján fontos alapelv, hogy az orvosi adatok harmadik fél számára történő továbbítására csak a beteg beleegyezésével, illetve gyógyítási érdekből kerülhessen sor. Itt is szem előtt kell tartani, hogy orvosi konzílium kéréséhez nem feltétlenül szükséges a beteg személyazonosságának feltárása, a vizsgálati anyagokat is lehet személyi adatok nélkül, kóddal ellátva továbbküldeni. Módot kell adni arra is, hogy a beteg maga döntsön arról, melyik hozzátartozója kaphat orvosától tájékoztatást. A beteg akarata ellenére még hozzátartozói sem kerülhetnek a betegségével kapcsolatos információk birtokába.¹⁹⁸

Az Európai Bizottság 2003 és 2006 között folyamatosan támogatta az EuroSOCAP projektet¹⁹⁹, amelynek célja az volt, hogy egész Európára kiterjedő egységes szabványt dolgozzon ki az egészségügyi adatok bizalmas kezelésére vonatkozóan.

¹⁹⁷ Vö.: GDD e.V. (Hrsg.) Datenschutz und Datensicherheit im Gesundheits- und Sozialwesen. 1. Aufl. 2002 Datakontext - fachverlag GmbH, 34-40.

¹⁹⁸ Ld.: Otto Rienhoff: Zeitgemäßer Schutz des Patientengeheimnisses in: Datenschutz und Datensicherheit (DuD) 1997, Seite 579-581.

¹⁹⁹ QRLT-2002-00771

Így született meg az EuroSOCAP – European Standards On Confidentiality And Patient Privacy In Healthcare (az Egészségügyi ellátás során tanúsítandó bizalmas adatkezelésre és a magánélet tiszteletben tartására kidolgozott európai szabvány). A dokumentumban foglaltak alapján minden páciens megillet magánéletének tiszteletben tartása, illetőleg hogy személyes adatainak bizalmasságát az egészségügyi szakemberek szigorúan megőrizték.

A páciensek magánélethez való joga és az egészségügyi szakemberek bizalmas adatkezelésre vonatkozó kötelezettsége független attól a formától (pl. elektronikus, fényképes, biológiai minta) amelyben az információt tárolják vagy továbbítják. Ez az útmutató minden egészségügyi szakemberre vonatkozik, és kiterjed az egészségügyi ellátás bizalmas adatkezelésének és a magánélet tiszteletben tartásának különböző területeire.

Az egészségügyi szakembereknek a bizalmas adatkezelés következő három alapkövetelményét kell tiszteletben tartaniuk:

- Az egyének alapvető joga, hogy a rájuk vonatkozó egészségügyi információt bizalmasan kezeljék és titokban tartsák.
- Az egyéneknek joguk van ahhoz, hogy rendelkezzenek a saját egészségügyi adataikhoz történő hozzáféréssel és azok továbbításáról olyan módon, hogy ehhez megadják vagy megtagadják a beleegyezésüket.
- A bizalmas információk bármely beleegyezés nélküli továbbadását az egészségügyi szakembereknek a szükségesség, az arányosság és az érintett páciens kockázata szempontjából kell mérlegelniük.

Az egészségügyi szakembereknek tiszteletben kell tartaniuk a pácienseik kérését arra vonatkozóan, hogy azok hozzáférhessenek a velük kapcsolatos egészségügyi információkhoz, és eleget kell tenniük az adatvédelmi törvényekből rájuk háruló törvényes kötelezettségeiknek.

A pácienseket, vagy szükség esetén a törvényes képviselőiket tájékoztatni kell arról, hogy saját egyéni gyógykezelésük érdekében milyen információ-megosztásra van szükség. Amennyiben erről tájékoztatást kapnak, akkor a páciensek saját gyógykezelése érdekében történő etikus információ-megosztáshoz kifejezett beleegyezés nem szükséges, a vélelmezett beleegyezés is elegendő.

Mindezekon túl az egészségügyi szakembereknek törekedniük kell arra, hogy a kórházakban, az osztályokon, valamint az egészségügyi szolgáltató szervezetek alkalmazottai között megfelelő eljárásmodokat és protokollt dolgozzanak ki és vezessenek be az azonosítható betegadatok másodlagos egészségügyi célokra történő felhasználására, a páciensek személyazonosságának védelme érdekében. Az információkat olyan formában kell tárolni, hogy csak akkor tegye lehetővé a páciens azonosítását, ha azokból a célokból szükséges, amelynek érdekében az információt tárolják. Az anonimizálás azt jelenti, hogy ezekből az adatokból a pácienseket a továbbiakban senki se tudja azonosítani, sem közvetlenül, sem közvetve. ²⁰⁰

6.5.3. Az egészségügyi adatkezelés célja és az egészségügyi ellátó-hálózat szerveinek adatkezelése

Az orvos gyógyító munkája során olyan bizalmas adatokat tud meg a betegről, elsősorban annak egészségi állapotáról, melyek fokozott védelmet igényelnek. Az orvosi titoktartás körébe tartozik minden, a megbetegedés körülményeivel és a vizsgálattal, illetve a gyógykezeléssel kapcsolatban megtudott, a betegre vonatkozó adat: az egészségügyi dokumentáció, a gyógykezelés során a betegellátó tudomására jutott egészségügyi és személyazonosító adatokat tartalmazó feljegyzés, nyilvántartás vagy bármilyen más módon rögzített adat, függetlenül annak hordozójától vagy formájától.

Az érintett, vagy törvényes képviselője jogosult tájékoztatást kapni a gyógykezeléssel összefüggésben történő adatkezelésről, a rá vonatkozó egészségügyi és személyazonosító adatokat megismerheti, az orvosi dokumentációba betekinthez, valamint azokról – saját költségére – másolatot kaphat. Ez a jog az érintett ellátásának időtartama alatt az általa írásban felhatalmazott személyt, az érintett ellátásának befejezését követően az általa teljes bizonyító erejű magánokiratban felhatalmazott személyt illeti meg.

Az érintett halála esetén törvényes képviselője, közeli hozzátartozója, valamint örököse – írásos kérelme alapján – jogosult a halál okával összefüggő vagy összefüggésbe hozható, továbbá a halál bekövetkezését megelőző gyógykezeléssel kapcsolatos egészségügyi adatokat megismerni, az orvosi dokumentációba betekinteni, valamint azokról – saját költségére – másolatot kapni.

²⁰⁰ Vö.: Egészségügyi ellátás során tanúsítandó bizalmas adatkezelésre és a magánélet tiszteletben tartására kidolgozott európai szabvány (EuroSOCAP: European Standards On Confidentiality And Privacy in healthcare) fordította: Dr. Alexin Zoltán, PhD., Szegedi Tudományegyetem, Szoftverfejlesztés Tanszék.

E körben említendő, hogy a bíró gyakorlat alapján a halott emlékét a magántitok megsértése csak abban az esetben sérti, ha a cselekedet a halott személyhez fűződő jogát életében is megsértette volna. Nyilvánvaló, hogy a néhai életében a betegségére vonatkozó adat kiszolgáltatása a gyógykezelést végző gyógyintézet részére nem jelentette volna a magántitokkal való visszaélést. A hozzátartozó, mint a kegyeleti jog jogosultja – külön jogszabályi felhatalmazás hiányában – sem rendelkezik több joggal az érintett személy halála után, ezért az a cselekedet, ami a személy életében nem minősül jogsértésnek, nem minősíthető azzá az érintett személy halála után sem. Azért nem tekinthető tehát jogsértőnek az kórház magatartása, mert nem illetéktelenek részére szolgáltatta ki az adatot, hanem a néhai gyógykezelését végző gyógyintézetnek.²⁰¹

Egy másik ügyben a Bíróságnak azt kellett vizsgálnia, hogy az alperes a birtokába jutott magántitkot nyilvánosságra hozta-e, illetve azzal egyéb módon visszaélt-e. A bíróság a jogerős ítéletben a rendelkezésre álló bizonyítékok értékelése alapján okszerűen állapította meg, hogy az alperes magántitkot nem sértett, személyiségi jogoknak az ügy érdemi elbírálására kiható megsértése megállapítására ugyancsak nincs alap.²⁰²

A fentiek kapcsán fontos volt annak rögzítése, hogy a foglalkozás-egészségügyi alkalmasságról szóló másodfokú orvosi vélemény szakvéleménnyé minősítéséről és annak joghatásairól szóló 1/2004. Közigazgatási és Polgári jogegységi határozat alapján a foglalkozás-egészségügyi alkalmasságról szóló másodfokú orvosi vélemény nem közigazgatási határozatnak, hanem szakvéleménynek minősül, ezért – közigazgatási határozat hiányában – a foglalkozás-egészségügyi szolgálattal szemben a vélemény felülvizsgálata iránt a munkaügyi bíróság hatáskörébe tartozó eljárás nem indítható.²⁰³

Általánosságban kijelenthető tehát, hogy a nyilvántartott adatokról tájékoztatást – az érintett személyeken kívül – csak az arra jogosult szervnek vagy személynek lehet adni. Ha a nyilvántartásban szereplő valamely tény vagy adat nem felel meg a valóságnak, az érintett személy a valótlán tény vagy adat helyesbítését külön jogszabályban meghatározott módon követelheti.

²⁰¹ Legf. Bír. Pfv.IV.21 236/1996/3. szám

²⁰² Legf. Bír. Pfv.E.20.584/2006/2.szám

²⁰³ 1/2004. Közigazgatási és Polgári jogegységi határozat

Az adatvédelem, mint alapjog szerepel az Alaptörvényben, részletes szabályait külön törvény, a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló 1992. évi LXIII. tv. tartalmazza, az információs önrendelkezési jog tartalmával pedig számos alkotmánybírósági határozat foglalkozik.²⁰⁴ A vonatkozó határozatokban foglaltaknak lényege, hogy mindenki maga rendelkezhet személyes adataival (ezeket gyűjteni, felhasználni általában csak a beleegyezésével lehet), jogosult nyomon követni a róla felvett adatokat (ki, hol, mikor, milyen célra használja ezeket). Az adatfeldolgozás és adatkezelés célhoz kötött, más célra újabb engedély nélkül felhasználni nem lehet, határozott cél nélkül ("készletre") nem lehet adatokat gyűjteni. Különleges ("érzékeny") adatok (pl.. faji, nemzeti, nemzetiségi, etnikai hovatartozás, pártállás, vallás, büntetett előélet, egészségi állapot, szexuális beállítottság etc.) kezelését az érintett személy kifejezett hozzájárulása mellett is csak törvényi szabályozás engedélyezheti és rendelheti el. Fontos hangsúlyozni, hogy az adatvédelem egész rendszere felett külön országgyűlési biztos (adatvédelmi ombudsman) őrökdi.

Az 1997-ben elfogadott Ovideoi Egyezmény 2002. óta hatályos Magyarországon, és ezen okmány szerint az állampolgárok magántitokhoz fűződő érdeke megelőzi a társadalom és a tudomány érdekeit. Betartására az ország kötelezettséget vállalt. Ennek megvalósítása érdekében az európai jogállamokban általában írásban adott beleegyező nyilatkozat szükséges minden különleges személyes adat kezeléséhez. Rendelkezései nyomán például az egyének folyamatos gyógyszerfogyasztási adatait a részes országokban igen korlátozott mértékben tárolják, hiszen ez az információ az adott személy mentális, fizikai, egészségi, szexuális életének minden finom rezdülését tükrözi, ilyen adatok személyekre lebontott tárolása is már hihetetlen mértékben sérti az alapvető emberi jogokat, nem is beszélve az adatok feldolgozásáról.²⁰⁵

6.5.4. Az egészségügyi és személyazonosító adatok nyilvántartása

Az érintettől felvett, a gyógykezelés érdekében szükséges egészségügyi és személyazonosító adatot, valamint azok továbbítását nyilván kell tartani. Az adattovábbításról szóló feljegyzésnek tartalmaznia kell az adattovábbítás címzettjét, módját, időpontját, valamint a továbbított adatok körét.

²⁰⁴ Ld.: 2/1990. (II. 18.) AB hat., 15/1991. (IV. 13.) AB hat.

²⁰⁵ Ld.: pl. Dunaújváros, Szent Pantaleon Kórház, Adatvédelmi és iratkezelési szabályzata

Nyilvántartás eszköze lehet minden olyan adattároló eszköz vagy módszer, amely biztosítja az adatok védelmét. A kezelést végző orvos az általa vagy az egyéb betegellátó által felvett egészségügyi adatokról, valamint az azzal összefüggő saját tevékenységéről és intézkedéseiről feljegyzést készít, amely a nyilvántartás részét képezi. A házi orvos a hozzá bejelentkezett érintett kórtörténetében tartja nyilván annak – általa ismert – valamennyi egészségügyi adatát.

Az adatvédelmi biztos 2003. évi beszámolója szerint egy panaszos a kórházától kérte az 1972 és 1977 közötti gyógykezelése során készült egészségügyi dokumentumok másolatát, de a kórház nem adta ki azokat, arra hivatkozva, hogy az iratok eltűntek. A biztos tájékoztatta a panaszost arról, hogy a dokumentáció eltűnése, megsemmisülése az Eüak.-on kívül a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló 1992. évi LXIII. törvény (a továbbiakban: Atv.) adatbiztonságra vonatkozó szabályait is sérti. Ebben az esetben felmerülhet az adatkezelő jogi felelősségre vonásának lehetősége.²⁰⁶ Emellett, a vonatkozó EU irányelvek²⁰⁷ kimondják, hogy a tárolás csak addig tarthat, amíg az adatokra szükség van, utána azonnal le kell azokat törölni.

6.5.6. Közegészségügyi, járványügyi célból történő adatkezelés

Már a társadalmak szerveződésével párhuzamosan a népeiséget pusztító nagy járványok következtében megerősödött a közegészségügy jelentősége. Ennek érdekében már nemcsak a betegségek természetével és gyógyításával kapcsolatos adatok kerültek feljegyzésre, hanem a járványok terjedésével kapcsolatos adatok, egészségi állapot és az azt befolyásoló tényezők adatai is, amelynek keretében az információk átadásának célja nem az egyes paciensek meggyógyítása, hanem általánosságban az egészségügyi állapot javítása.

Az Európai Bizottság álláspontja szerint²⁰⁸ folyamatosan szükség van azon fertőző betegségek és különleges egészségi problémák meghatározására, amelyekre vonatkozóan a járványügyi célra kifejlesztett felügyeleti hálózatokat már létrehozták annak biztosítására, hogy a fenti hálózatok hatékonyan működjenek, és a kijelölt szervezetek vagy hatóságok tudatában legyenek kötelezettségeiknek.

²⁰⁶ 703/A/2003

²⁰⁷ Vö.: 95/46/EC irányelv

²⁰⁸ 2003/542/EK

Minden egyes tagállam köteles kapcsolattartó pontokat kijelölni – amelyek lehetnek intézmények, szolgálatok, szervezeti egységek vagy más testületek – annak biztosítására, hogy a közösségi hálózatot rendszeresen és késedelem nélkül tájékoztassák a járványügyi célra kifejlesztett felügyeleti hálózatok hatálya alá sorolt fertőző betegségekkel és különleges egészségi problémákkal kapcsolatos eseményekről, adatokról, statisztikákról és információkról. A kapcsolattartó pontok egyikének (vagy más megfelelő szervnek) koordinációs szervként kell működnie. A járványügyi célra kifejlesztett felügyeleti hálózat működtetésével kapcsolatos eljárásokról – az adatok összehasonlíthatóságának és összeegyeztethetőségének javítása érdekében – tájékoztatni kell a közösségi hálózatot.²⁰⁹

Hazánkban az Eüak.-ban foglaltak alapján betegellátó haladéktalanul továbbítja az ÁNTSZ – az érintett lakóhelye, tartózkodási helye, illetve munkahelye szerint illetékes – városi intézetének az adatfelvétel során tudomására jutott egészségügyi és személyazonosító adatot, ha valamely releváns fertőző betegséget vagy foglalkozási eredetű megbetegedést észlel vagy annak gyanúja merül föl.

E vonatkozásban meglehetősen határozott azonban az adatvédelmi biztos álláspontja.

Egy háziorvos azért fordult a Hivatalhoz, mert az ÁNTSZ kerületi szerve – egy rákszűrő program kiterjesztése érdekében – a kezelőorvostól bekérte a tünet- és panaszmentes személyek adatait. Az Eüak. pontosan szabályozza, hogy milyen betegségek esetén kötelező átadni az ÁNTSZ-nek a beteg adatait, mikor kötelező szűrővizsgálatot elrendelni stb. A nem beteg személyek adatai nem tartoznak ebbe a körbe. A programról való tájékoztatásra létezik más mód is, például nyilvános felhívás, a háziorvosok közvetítése, szórólapok, az ÁNTSZ költségén az orvosoknak küldött levelek révén.²¹⁰

Az ÁNTSZ ezekben az esetekben csak magát a fertőzés tényét, továbbá a fertőzéssel összefüggő egyéb egészségügyi adatokat közli a személyazonosító adatok nélkül. Amennyiben az ÁNTSZ intézete járványügyi vagy közegészségügyi szempontból úgy ítéli meg, hogy szükség van a személyazonosító adatok ismeretére is, akkor külön megkeresi az egészségügyi intézményt a személyazonosítók közlése érdekében. Az ÁNTSZ külön megkeresésére a korábban bejelentést tett egészségügyi intézménynek közölnie kell a személyazonosító adatokat is.²¹¹

²⁰⁹ Hivatalos Lap L 185 , 24/07/2003; 0055 – 0058.

²¹⁰ Ld.: 236/K/1997 sz. állásfoglalás

²¹¹ Ld.: Páva Hanna: Az egészségügyi adatok védelméről általában, tanulmány, Bp. 2006; in: szoszolo.hu; 3-5.

6.5.7. *Mentesülés az orvosi titoktartás alól*

Kivételesen, a beteg gyógykezelése érdekében szükség lehet a rá vonatkozó adat közlésre, azonban főszabály szerint csak a kezelésben résztvevő orvosnak, ellátó személyzetnek lehet kiadni az adatokat. Ezen okból az adattovábbítás nem csak egy adott egészségügyi intézményen belül valósulhat meg, hanem a különböző egészségügyi intézmények között is (házi orvos és kórház, szakrendelés és klinika között, etc.).

Az általános szabály alól az Eüak. alapján két személy kivétel: az igazságügyi orvosszakértő, és a beteg választott háziorsosa. Amennyiben a beteg kifejezetten nem tiltakozik, a házi orvos akkor is megismerheti az egészségügyi adatokat, ha az ellátásban közvetlenül nem működik közre. Természetesen csak a beteg megfelelő tájékoztatása mellett továbbíthatók az adatok, akkor ha ezt a beteg írásban kifejezetten nem tiltotta meg.²¹²

Mindazonáltal az egyik leggyakoribb eset, amikor az érintett beteg gyógykezelése érdekében van szükség az adat közlésére. Az Eüak. értelmében ugyanis a titoktartási kötelezettség minden olyan egyéb orvossal, egészségügyi dolgozóval szemben köti a betegellátót, aki a beteg gyógykezelésében nem működött közre. E szabály alól azonban egyben mentesítést is ad a törvény, hiszen a beteg érdekében lehetővé teszi más egészségügyi szakember bevonását is, amikor úgy rendelkezik, hogy az egészségügyi és a hozzá kapcsolódó személyazonosító adatok az egészségügyi ellátó hálózaton belül továbbíthatók. Ez pedig lényegében a vonatkozó egészségügyi adatok közlését jelenti, hiszen azokat a gyógykezelésbe bevont szakembernek nemcsak meg lehet, de egyenesen meg is kell ismernie a megfelelő gyógykezelés, a megfelelő diagnózis felállítása, a terápia meghatározása, az utógondozás érdekében, vagy ha a gyógykezelést végző orvos olyan kollegától kér konzultációt, aki addig nem vett részt a beteg kezelésében.

Mindezekén túl bizonyos esetekben, pl. amikor a beteg közegészségügyi, járványügyi vagy egyéb hatósági okból (pl. bűnüldözés) egyébként is kötelezhető személyes és általa ismert egészségügyi adatainak a közlésére, az adat továbbítását nem tilthatja meg. Az Eüak. lehetővé teszi, hogy egyes hatóságok – külön törvényben szabályozott feladatkörük ellátása érdekében – hozzáférjenek az érintett személyek egészségügyi adataihoz.

²¹² Ld.: Eüak. 8.§

Büntetőeljárás során a nyomozóhatóság (rendőrség), az ügyészség, a bíróság és az igazságügyi orvos-szakértő megkeresésére az egészségügyi intézménynek továbbítani kell a kért adatokat. Polgári peres eljárás során, valamint közigazgatási ügyben csak az ügyészség, a bíróság és az igazságügyi orvos-szakértő számára lehet az egészségügyi adatokat továbbítani, a nyomozóhatóságnak nincs ilyen jogköre. Az egészségügyi adatok megküldése, illetve az azokhoz való hozzáférés iránti kérelmet írásban kell előterjeszteni, és pontosan meg kell jelölni a kért adatok körét, valamint azt a célt, amelynek elérése érdekében az adatra szükség van. Hasonlóan lehetősége van a szabálysértési ügyben eljáró hatóságnak, továbbá a nemzetbiztonsági szolgálatoknak az egészségügyi adatok megismerésére.²¹³

²¹³ Ld.: Páva Hanna: i.m.; 6.

IV. AZ ORVOSI JOGVISZONY TÁRGYÁT KÉPEZŐ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS

1. Az egészségügyi ellátórendszer kialakulása és jellemzői

Magyarországon az 1980-as évek végétől jelentős átalakulás kezdődött az egészségügyi ellátórendszerben, amelynek első lépéseként 1989-ben megszülettek az orvosi magángyakorlatot és az egészségügyi vállalkozást szabályozó rendeletek, majd a helyi önkormányzatokról szóló 1990. évi LXV. törvény rögzítette az egyes egészségügyi szolgáltatások megszervezéséért való felelősség rendszerét. Ezzel párhuzamosan kialakult a biztosítási alapú ellátások rendszere és megkezdődött az egészségügy teljesítményarányos finanszírozásának kialakítása is. Az 1972. évi egészségügyi törvény – többszöri módosítás eredményeképpen– , és az egyes egészségügyi szolgáltatások szakmai feltételeit meghatározó jogszabályok már döntő többségükben szektorsemleges előírásokat tartalmaznak az egészségügy különböző szereplői számára, azaz függetlenül az egészségügyi szolgáltató működési formájától és tulajdonosától, a működési engedély kiadásához azonos szakmai követelményeknek kell megfelelni.

2.1. Az egészségügyi ellátások rendszerének rövid áttekintése²¹⁴

Az egészségügyi ellátórendszer biztosítja a beteg járóbetegként, fekvőbetegként valamint saját otthonában való ellátását, gyógykezelését. A beteg állapotának, valamint kezelése módjának figyelembevételével hagyományosan az ellátások következő fajtáit különböztethetjük meg:

- alapellátást
- járóbeteg-szakellátást
- fekvőbeteg-szakellátást
- fogászati ellátást

²¹⁴ Lásd bővebben: Kovácsy Zsombor: i.m. 115-135.

Ezen, négyes rendszerben áll fenn az a munkamegosztás, amely biztosítja a betegek megfelelő ellátását. A betegekkel természetesen nem az egyes ellátási szintek kerülnek kapcsolatba, hanem az ezen ellátásokat biztosító különböző intézmények, így például a különböző klinikák, rendelő intézetek, házi orvosi praxisok.²¹⁵

1.1.1. Az alapellátás

Az alapellátás uralkodó kapcsolata a házi orvos-beteg kapcsolat. Az alapellátás két ágra bontható felnőtt házi orvosi ellátásra, valamint házi gyermekorvosi ellátásra. A megkülönböztetést alapvetően specializációs okok indokolják, de nem minden településen van mód a két intézmény elkülönítésére. Kiemelendő, hogy állampolgári jog a házi orvos megválasztásának a joga.

1.1.2. A fogászati ellátás

A fogorvos a fog- és szájbetegek gyógyító-megelőző alapellátását végzi, köteles ellátni az ellátási területéhez tartozó körzetben lakó személyeket.

A fogorvosi alapellátás keretében a fogorvos feladatai:

- a fog- és szájbetegek alapellátás körébe tartozó vizsgálata, kezelése és gondozása,
- a fogászati szűrővizsgálatok végzése,
- a góckutatás,
- a terhesek fogászati gondozása, és
- a sürgősségi ellátás.

Mindezekon túl a gyermek-, ifjúsági fogorvos, illetve az iskolai, ifjúsági fogorvos koordinálja és végzi a fogászati prevenciós munkát.

1.1.3. Járóbeteg-szakellátás

Járóbeteg-szakellátásnak a szakorvos által végzett egyszeri vagy alkalmoszerű egészségügyi ellátást, illetve a fekvőbeteg-ellátást nem igénylő krónikus betegség esetén nyújtott folyamatos szakorvosi gondozást nevezzük.

²¹⁵ Polecsák Mária(szerk.): Betegek jogai, Vince Kiadó, Budapest, 1999, 64.

Mindez a házi orvos, vagy a házi gyermekorvos beutalása alapján vehető igénybe (a kötelező egészségbiztosítás rendszerében, térítésmentesen, egyébként – ha polgári jogi jogviszony keretében veszi igénybe a beteg –, oda megy, ahová akar. Nem véletlen, hogy a beutalási rendet az Ebtv. vhr. szabályozza.).²¹⁶ Fontos, hogy a járóbeteg-szakellátást a beteg lakóhelyéhez közel kell biztosítani. Alapvető feladatok:

- a megelőző tevékenység,
- az egyes betegek gyógykezelése, szakorvosi gondozása, ideértve az otthoni szakápolás elrendelését és a rehabilitációt is,
- szakorvosi konzíliumok elvégzése, szükség esetén a beteg otthonában is,
- speciális szakmai, diagnosztikus, illetve terápiás háttér szükségessége esetén a beteg – vizsgálatát követő – más járóbeteg-szakrendelésre vagy szakambulanciára történő beutalása,
- a járóbeteg-szakellátás kompetenciakörébe tartozó olyan egyszeri vagy kúraszerű beavatkozások végzése, amelyeket követően meghatározott idejű megfigyelés szükséges,
- intézeti háttérrel igénylő ellátás szükségessége esetén a beteg fekvőbeteg-gyógyintézetbe történő beutalása.²¹⁷

Az általános járóbeteg-szakellátás mellett a betegségek gyakorisága alapján meghatározott lakosságszámra – a külön jogszabályban foglaltak szerint – biztosítani kell speciális diagnosztikai és terápiás háttérrel működő járóbeteg-szakellátást, speciális járóbeteg-szakellátás), amely olyan betegségek ellátására szervezett egészségügyi ellátás, amely különleges szaktudást, illetve speciális anyagi, tárgyi és szakmai felkészültséget igényel.

1.1.4. Fekvőbeteg szakellátás²¹⁸

Az általános fekvőbeteg-szakellátás a betegnek a lakóhelye közelében, fekvőbeteg-gyógyintézetben végzett egészségügyi ellátása. Igénybevétele a beteg folyamatos ellátását végző orvos, a kezelőorvos vagy az arra feljogosított más személy beutalása, valamint a beteg jelentkezése alapján történik. Ilyen ellátás lehet

²¹⁶ Polecsák Mária(szerk.): i.m., 69.

²¹⁷ Eütv. 89. § (2)

²¹⁸ Vö.: Balázs Péter, Sztrilich András: Jogi szabályozás az egészségügyben, Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar; Bp 2005; 268.

- folyamatos benttartózkodás alatt végzett diagnosztikai, gyógykezelési, rehabilitációs vagy ápolási célú fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás, ideértve a hosszú ápolási idejű ellátásokat is,
- az előzőekben rögzített céllal, meghatározott napszakokban történő ellátás,
- olyan egyszeri vagy kúraszerű beavatkozás, amelyet követően meghatározott idejű megfigyelés szükséges, illetve a megfigyelési idő alatt – szükség esetén – a további azonnali egészségügyi ellátás biztosított.

Az egyes speciális diagnosztikai és terápiás háttérrel, illetve szakmailag összetett feladatok megoldását igénylő betegségek gyakorisága alapján meghatározott lakosságszámra – a külön jogszabályban foglaltak szerint – speciális fekvőbeteg-szakellátást kell működtetni.

Speciális fekvőbeteg-szakellátás:

- a járóbeteg-szakellátást vagy fekvőbeteg-gyógyintézeti keretek között nyújtott szakellátást végző orvos,
- sürgős szükség fennállása esetén, illetőleg a területi ellátási kötelezettséggel összefüggésben a beteg ellátását végző orvos, illetve mentőorvos vagy mentőtiszt,
- a speciális ellátásra indokul szolgáló szakmai feltételek esetén a háziorvos beutalása alapján vehető igénybe (Ugyanaz vonatkozik erre is, mint a járóbeteg ellátásra: a mentéshez – már a sürgős szükség miatt – sem mindig szükséges orvosi rendelvény; betegszállítót úgy lehet rendelni – piaci áron – , mint a taxit; hospice ellátás is lehet szabad alku tárgya; és a természetgyógyászat is tipikusan beutaló nélkül igénybe vett szolgáltatás stb.).²¹⁹

²¹⁹ A speciális egészségügyi ellátások az Eü.tv. szerint az ügyeleti ellátás, a mentés, a betegszállítás, az ápolás, a haldokló beteg gondozása (hospice), a rehabilitáció, az orvostechnikai eszközellátás, a gyógyszerellátás, pszichoterápia és klinikai szakpszichológia, a nem-konvencionális eljárások (természetgyógyászati ellátások), illetve az egészségügyi ellátás keretében végzett szakértői tevékenység (Eü.tv 91-92.§§.)

V. AZ ORVOSI JOGVISZONY ALANYAI

Az orvosi jogviszony alanyai elsősorban a szolgáltatásra kötelezett és a szolgáltatásra jogosult. Előfordulnak azonban olyan esetek is, amikor a beteg csak az orvosi tevékenység, és nem az orvosi jogviszony közvetlen szereplője. A Polgári Törvénykönyv ismeri a harmadik személy javára szóló szerződést, amikor nem a harmadik személynek minősülő beteg, hanem egy másik jogalany adja a megbízást az orvosnak, ill. egészségügyi intézménynek. Természetesen a beteg rendelkezési jogosultságának akkor is érvényesülnie kell, ha nem saját maga adja a megbízást.²²⁰

A szolgáltatás alanyai tehát: a szolgáltatást igénybevevő (beteg) és a szolgáltatást nyújtó. A szolgáltatást igénybevevő tág kategória. A páciens mindig természetes személy, akinek ezen állapotában alapvetően sem cselekvőképessége, sem állampolgársága nem befolyásoló tényező a szolgáltatás igénybevétele tekintetében. Az egészségügyi törvény alapján betegnek számít az egészségügyi szolgáltatásokat igénybe vevő vagy abban részesülő személy; egészségügyi szolgáltató pedig a tulajdoni formától és a fenntartótól függetlenül minden, egészségügyi szolgáltatás nyújtására az egészségügyi hatóság által kiadott működési engedély alapján jogosult jogi személy (állami vagy önkormányzati intézmény, orvosi kft), jogi személyiség nélküli szervezet (orvosi bt.) és minden olyan természetes személy (egyéni orvos), aki a szolgáltatást saját nevében nyújtja.

1. A beteg személye

Kiindulópont, hogy a Ptk. alapján a személyhez fűződő jogokat mindenki köteles tiszteletben tartani. E jogok a törvény védelme alatt állnak. A személyhez fűződő jogokat nem sérti az a magatartás, amelyhez a jogosult hozzájárult, feltéve, hogy a hozzájárulás megadása társadalmi érdeket nem sért vagy veszélyeztet. A személyhez fűződő jogokat egyébként korlátozó szerződés vagy egyoldalú nyilatkozat semmis.²²¹

²²⁰ Ld.: Ádám György: i.m. 35.

²²¹ Legf. Bír. Pfv. IV. 20. 895/1994. sz.

Hangsúlyozandó, hogy a beavatkozások jelentős száma nem az egészségében megrendült személlyel kapcsolatos. Nincs beteg pl. egy művi meddőségételnél, vagy a második leggyakoribb orvosi beavatkozás, a művi abortusz esetében sem. Ezért az Egészségügyi törvény (amely az uniós gyakorlat mintájára úgy épül fel, hogy fogalommeghatározással kezdődik) beteg alatt ért minden olyan személyt, akit paciensnek nevezhetünk. Beteg az, akinek a részére és akin az orvosi beavatkozás történik. Fikcióval beteg így az is, aki egy művi megtermékenyítés érdekében fordul orvoshoz.

2. A betegek kötelezettségei

Az egészségügyi törvény, legelsőként az egyén szerepéről, és társadalmi kötelezettségeiről szól e tárgykorban:

Eü.tv. 5. § (1) Az egészségüggyel kapcsolatos társadalmi kötelezettségek az egyén saját és környezete egészségi állapotáért viselt felelősségével együtt biztosítják a lakosság egészségének védelmét és egészségi állapotának javítását. (2) Mindenki köteles tiszteletben tartani mások jogait egészségük megőrzéséhez és védelméhez, a betegségek megelőzéséhez és a gyógyuláshoz.

Emellett mindenkinek saját egészségi állapotáért a tőle elvárható módon felelősséggel kell tartoznia, kötelessége tartózkodni minden olyan magatartástól és tevékenységtől, amely a társadalmilag elfogadható kockázati szinten felül, köztudottan mások egészségét veszélyezteti, valamint kötelessége - a tőle elvárható módon - segítséget nyújtani és a tudomása szerint arra illetékes egészségügyi szolgáltatót értesíteni, amennyiben sürgős szükség vagy veszélyeztető állapot fennállását észleli, illetve arról tudomást szerez.

Többek között a beteg együttműködési és információ szolgáltatási kötelezettségei kapcsán szükséges annak megemlítése, hogy, jöllehet pl. a HIV beteg köteles az orvost fertőzéséről tájékoztatni, az orvos semmilyen intézkedést nem tehet, mellyel a páciens személyiségi jogait sérteni.²²²

²²² Előfordult korábban, hogy a számítógépes nyilvántartásban a HIV-beteg neve mellé, apró x jelet tettek.

A továbbiakban tekintsük át, melyek azok a páciensi kötelezettségek, melyeket az Eü.tv. tartalmaz:

- elsőként említhető az a rendelkezés, hogy a beteg tartsa tiszteletben a jogszabályokat és az egészségügyi intézmény házirendjét
 - *Eü.tv. 26. § (1) A beteg az egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor köteles tiszteletben tartani az erre vonatkozó jogszabályokat és intézményi rendet.*
- a páciens köteles együttműködni az egészségügyi intézmény minden egyes dolgozójával
 - *Eü.tv. 26.§(2) A beteg - amennyiben ezt egészségi állapota lehetővé teszi - köteles az ellátásában közreműködő egészségügyi dolgozókkal képességei és ismeretei szerint az alábbiak szerint együttműködni.²²³*
- köteles tájékoztatni őket mindarról, amely szükséges a kórisme megállapításához, a megfelelő kezelési terv elkészítéséhez és a beavatkozások elvégzéséhez, így különösen minden korábbi betegségről, gyógykezeléséről, gyógyszer, vagy gyógyhatású készítmény szedéséről, egészségkárosító kockázati tényekről, valamint mindarról, amely mások életét vagy testi épségét veszélyeztetheti, így különösen a fertőző betegségekről és a foglalkozás végzését kizáró megbetegedésekről és állapotokról,
- a gyógykezelésével kapcsolatban tőlük kapott rendelkezéseket betartani
- az egészségügyi intézmény házirendjét betartani,
- a jogszabály által előírt térítési díjat megfizetni,
- a jogszabályban előírt személyes adatait hitelt érdemlően igazolni.
- a beteg és hozzátartozói jogaik gyakorlása során kötelesek tiszteletben tartani más betegek jogait²²⁴

²²³ Ennek alapján a páciens köteles tájékoztatni az egészségügyi dolgozókat: - azokról az adatokról, amelyek szükségesek a kezeléshez, - olyan betegségekről, amelyek mások életét testi épségét veszélyeztethetik, - azokról a személyekről, akiktől a fertőzést elkaphatta, - a megelőző kezelésekről, lásd még: Jobbágyi Gábor:Orvosi jog... i.m., 22.

²²⁴ Lásd még: Jobbágyi Gábor, Orvosi jog... i.m., 21.

Végezetül e körben szólnunk kell, a beteg felelősségéről abban az esetben, ha rongálna, illetve kárt okozna. Ilyen esetekben a Ptk. 339 § (1) alapján vonható felelősségre, tehát a szerződésen kívül okozott károkért való felelősségnek megfelelően.²²⁵ Kivételesen előfordulhat, hogy végszükség miatt nem büntethető, és a rongálás miatt emelt vád alól felmentése indokolt annak a terheltnek, aki - daganatos megbetegedése miatti rosszullétével sürgősségi orvosi ellátás érdekében - a saját személygépkocsijával szállítja édesanyját kórházba, majd - objektív lehetőségek hiányában ki nem egyenlíthető – a belépési díj ki nem fizetése miatt, az előtte emelt, belépését akadályozó sorompót áttöri és ezáltal okoz.²²⁶

3. Az egyes betegjogok rövid áttekintése

Sajátos ellentmondás, hogy minél inkább jogokkal akarjuk felruházni a betegeket, annál nagyobb a veszély, hogy a részletesen kimunkált szabályokból valami kimarad. Ezzel magyarázható Sándor Judit szerint az a tény, hogy az 1997. évi egészségügyi törvény keretében részletes, a kórházi betegchartákat megközelítő pontosságú szabályozás törvényi szintre emelése ellen ismét két, merőben más oldalról fogalmazódott meg a kritika. Az egyik a beteg jogainak túlburjánzásától, alkalmazhatatlanságától, vagy éppen az anyagi feltételek hiányától féltette az új törvénytervezet megvalósítását. A másik bírálóat egyfajta holisztikus szemléletből táplálkozott. „Bár ez utóbbi kategóriába egymástól igencsak különböző nézetek sorolhatók, a közös bennük az, hogy az egyes részletes, formalizált jogi megfogalmazásokban a betegek jogai csonkítását vagy annak lehetőségét látják. Ezen nézet hívei úgy látják, több védelmet kap az egyén, ha általános, az egyénhez, a személyiséghez kötött jogokból származtatjuk a betegek jogait, és ezekhez pusztán garanciális szabályokat rendelünk annak érdekében, hogy a személyek e sajátos csoportja a tényleges joggyakorlás helyzetébe jusson.”²²⁷

A betegjogok gyakorlásának módját az intézmény házirendje szabályozza – rögzíti az Eü.tv., amely körülmény nyilvánvalóan hatással van az alábbiakban röviden bemutatott betegjogok alkalmazására. AZ egészségügyi törvény az alábbi betegjogokat nevesíti:

²²⁵ Vö.: Stellamor/Steiner: Handbuch des österreichischen Arztrechts, Manzsche Verlag, Wien; 199.

²²⁶ Legf. Bír. Bfv. I. 591/2004. sz.

²²⁷ Lásd: Sándor Judit: A betegek jogainak kodifikálásáról, Fundamentum, 1997. 1. szám; hangsúlyozza továbbá, hogy „a részletes, és néhol viselkedési szabályokat is tartalmazó normáknak - e szemlélet hívei szerint – már csak azért sincs helye a törvényben, mert az háttérbe szorítaná az orvos-beteg kapcsolat azon igen fontos vonását, hogy a kezelési megállapodás keretein túl ez a viszony mindig is személyes jellegű és alapvetően bizalmon alapuló kapcsolat marad”.

- Az egészségügyi ellátáshoz való jog
- Az emberi méltósághoz való jog
- A kapcsolattartás joga
- Az intézmény elhagyásának joga
- A tájékoztatáshoz való jog és az ebből fakadó önrendelkezési jog
- Az ellátás visszautasításának joga (mint az önrendelkezési jog egyik lehetséges következménye)
- Az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga
- Az orvosi titoktartáshoz való jog

4. A betegek képviselete, jogvédelme; betegjogi, az ellátottjogi, valamint a gyermekjogi képviselő és a közvetítói eljárás

Amennyiben a beteg az egészségügyi intézményt bejelentés nélkül hagyja el, a kezelőorvos ezt a beteg egészségügyi dokumentációjában feltünteti, továbbá, ha a beteg állapota indokolja, az intézmény elhagyásának tényéről értesíti az illetékes hatóságokat, valamint cselekvőképtelen, illetve korlátozottan cselekvőképes beteg esetén a törvényes képviselőt.

A betegjogok védelmét előmozdítandó, az Eü.tv. számos garanciális elemet tartalmaz, elsőként az egészségügyi szolgáltatások minőségének biztosítása keretében:

Eü.tv. 119. § (1) „*A minőségi rendszer célja az egészségügyi szolgáltatások minőségének biztosítása.*

(...)(3) *Az egészségügyi szolgáltatás megfelelő minőségének alapvető feltétele, hogy*

c) az az egyén számára

ca) egészségi állapotában az elérhető legnagyobb tényleges állapotjavulást eredményezze,

cb) lehetővé tegye a betegjogok érvényesülését;”

A konkrét lehetőségek kapcsán elsőként a beteg legalapvetőbb érdekérvényesítési jogát, az ún. beteg panasz intézményét említeném, amelyet az egészségügyi törvény az alábbi módon szabályoz:

Eü.tv. 29. § (1) „A beteg jogosult az egészségügyi ellátással kapcsolatban az egészségügyi szolgáltatónál, illetve fenntartójánál panaszt tenni.

(2) Az egészségügyi szolgáltató, illetve a fenntartó köteles a panaszt kivizsgálni, és ennek eredményéről a beteget 10 munkanapon belül írásban tájékoztatni. A panaszjog gyakorlása nem érinti a betegnek azon jogát, hogy a külön jogszabályokban meghatározottak szerint - a panasz kivizsgálása érdekében - más szervekhez forduljon. Erre a körülményre a szolgáltató köteles a beteg figyelmét felhívni.”

Ha a fent említett jogintézmény igénybe vétele nem váltotta ki a kívánt eredményeket, vagy ha egyébként a beteg bármilyen joga sérült, jut szerephez a betegjogi, az ellátottjogi, valamint a gyermekjogi képviselő (a továbbiakban: képviselő).

A képviselő az a személy, aki a kórházban - de az egészségügyi rendszertől lehetőleg függetlenül - segíti a beteget abban, hogy jogait megismerhesse és érvényesíthesse. Fő feladata, hogy - az orvosokkal együttműködve - védje a kórházi betegek jogait, különös tekintettel a kiszolgáltatott helyzetű betegekre (gyerekek, értelmi fogyatékosok, magányos, szegény, különösen elesett emberek, stb.). Feladata nem elsősorban konkrét panaszok kivizsgálása, hanem az egészségügyi intézmény napi tevékenységének megfigyelése a betegek jogai szempontjából. A képviselő elsődleges szerepe tehát az, hogy a betegek panaszai lehetőleg még a kórházon belül regisztrálhatók és megoldhatók legyenek.²²⁸ A képviselő a tevékenysége során az egészségügyi szolgáltató működésével kapcsolatban észlelt jogsértő gyakorlatra és egyéb hiányosságokra köteles felhívni a szolgáltató vezetőjének, illetve fenntartójának a figyelmét, és azok megszüntetésére javaslatot tesz. A felhívás eredménytelensége esetén a betegjogi képviselő jogosult az illetékes szervhez, illetve személyhez fordulni.

Az ún. közvetítői tanács, szintén új elemként a beteg érdekeit képviselő intézmény, amelynek összetételére és eljárási rendjére vonatkozó szabályokat alapvetően a 2000. évi CXVI. törvény – Az egészségügyi közvetítői eljárásról, tartalmazza.

²²⁸ Ld.: Sándor Judit: A betegek jogainak kodifikálásáról, i.m.; 10-15.

A törvény meghatározása alapján a „közvetítői eljárás célja az egészségügyi szolgáltató és a beteg között a szolgáltatás nyújtásával összefüggésben keletkezett jogvita peren kívüli egyezséggel történő rendezésének elősegítése, a felek jogainak gyors és hatékony érvényesítése.”²²⁹ A fentieken túl említést tesz az intézményről az egészségügyi törvény is:

Eü.tv. 34. § (1) A beteg és az egészségügyi szolgáltató között felmerülő jogviták peren kívüli megoldására a felek együttesen kezdeményezhetik a jogvita közvetítői eljárás keretében történő rendezését.

A közvetítői tanács hatékonyságát azonban negatívan befolyásolhatja az a körülmény, hogy békéltetési eljárásuk keretében nem marasztalják el a felelőst, nem döntenek a kártérítés módjáról és összegéről, csak az esetleges egyezséget közvetítik. Egyezség hiányában a felek bírósághoz fordulhatnak.²³⁰

5. Az orvos személye

Az orvos elsődleges feladata a gyógyítás. A gyógyítás egyfajta küldetesként fogható fel: *salus aegroti suprema lex*. A beteg az orvoslás tudományának, művészetének korszerű szabályai alapján, *ex lege* kezelésre jogosult, ennek keretében azonban köteles az orvostudomány eredményeit mindenkor figyelembe venni. Ezen túlmenően garanciális kérdés, hogy az orvosi hivatás autonóm. Az orvos, különösen szakmai téren, döntéseit tekintve senki által nem utasítható, csak az orvostudomány szabályainak és a törvényeknek van alávetve. Végül, de nem utolsó sorban az orvos folyamatos szakmai fejlődését biztosítani kell. Ez utóbbi elsősorban egészségügy-politikai kérdés, nem, pedig szakkérdés.

Az 1980-as évek végétől jelentős átalakulás kezdődött az egészségügyi ellátórendszerben, amelynek első lépéseként 1989-ben megszülettek az orvosi magángyakorlatot és az egészségügyi vállalkozást szabályozó rendeletek, majd a helyi önkormányzatokról szóló 1990. évi LXV. törvény rögzítette az egyes egészségügyi szolgáltatások megszervezéséért való felelősség rendszerét.

²²⁹ Vö.: Dósa Ágnes: Konfliktusrendezés közvetítői eljárással LAM 2001;11(5):393–394.

²³⁰ A közvetítői tanács tagjait a Magyar Igazságügyi Szakértői Kamara által vezetett névjegyzékből lehet kiválasztani, Lásd még: Dobszay János: Harc a műhibaperek ellen, HVG 2000/39.sz.

Ezzel párhuzamosan kialakult a biztosítási alapú ellátások rendszere és megkezdődött az egészségügy teljesítményarányos finanszírozásának kialakítása is.²³¹

A különböző szervezeti formákban működő egészségügyi szolgáltatók keretében egészségügyi tevékenységet végző egészségügyi dolgozók tekintetében azonban nem született egységes szabályozás, így jelenleg az határozza meg a tevékenység végzésére irányuló jogviszony tartalmát, hogy az egészségügyi szolgáltató pl. költségvetési szervként, gazdasági társasági formában vagy egyéni vállalkozásként működik-e. Így pl. az állami, önkormányzati költségvetési szervként működő egészségügyi szolgáltatóknál foglalkoztatott egészségügyi dolgozók közalkalmazottként, a gazdasági társaságoknál foglalkoztatottak munkaviszony keretében, az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat keretében köztisztviselőként, a fegyveres szerveknél szolgálati viszony keretében, illetve az egészségügyi szolgáltató jogállásától függetlenül különböző polgári jogi jogviszonyok keretében vagy önfoglalkoztatóként látják el feladataikat.

6. Az orvos jogállása

A Német Szövetségi Orvosi Rendtartás²³² 1 § (1) szerint „az orvos az egyes emberek és az egész nép egészségét szolgálja”, ezen túlmenően pedig rögzíti, hogy az „orvosi hivatás nem kötött foglalkozás²³³, hanem természetéből fakadóan egy szabad pálya.” A magyar egészségügyi törvény 3. § b) meghatározása szerint az tekinthető kezelőorvosnak aki, „a beteg adott betegségével, illetve egészségi állapotával kapcsolatos vizsgálati és terápiás tervet meghatározó, továbbá ezek keretében beavatkozásokat végző orvos, illetve orvosok, akik a beteg gyógykezeléséért felelősséggel tartoznak.”

Az orvos, orvosi diplomája, illetve szakképesítése birtokában autonóm szakmai döntéseken alapuló betegségmegelőző és gyógyító tevékenységek önálló végzésére jogosult, illetve - orvosi tevékenységének formájától függetlenül - szakmához és munkavégzéshez fűződő érdekeinek védelmében jogosult a Magyar Orvosi Kamarához fordulni.

²³¹ Az Eü.tv. és az egyes egészségügyi szolgáltatások szakmai feltételeit meghatározó jogszabályok már döntő többségükben szektorsemleges előírásokat tartalmaznak az egészségügy különböző szereplői számára, azaz függetlenül az egészségügyi szolgáltató működési formájától és tulajdonosától, a működési engedély kiadásához azonos szakmai követelményeknek kell megfelelni.

²³² Kihirdették: 1993 április 30.-án

²³³ Az eredeti szöveg a *Gewerbe* szót használja, amely ipart, mesterséget illetve foglalkozást jelent.

Emellett természetesen az orvos, az orvosi tevékenységéhez fűződő feladatainak ellátásáért a szakképzettségével és szakmai felelősségével egyenes arányban álló díjazásra jogosult.

Figyelemreméltó továbbá az egészségügyi törvénynek, az egészségügyi dolgozók védelmére vonatkozó szabályozása, amelynek alapján az egészségügyi dolgozó, valamint az egészségügyi szolgáltatóval munkavégzésre irányuló jogviszonyban álló más személy

- a látlelet kiadása,
- a keresőképesség, illetve a munkaképesség-csökkenés mértékének elbírálása,
- a munka-, illetve pályaalkalmasság elbírálása,
- az egészségügyi alkalmassághoz kötött engedélyek kiadására irányuló eljárásban végzett vizsgálatok,
- az egyéb egészségügyi, egészségbiztosítási vagy szociális ellátásra való jogosultság megállapítására irányuló eljárásban végzett vizsgálatok,
- a kötelező népegészségügyi intézkedések ellátása,
- a hatóság megkeresésére vagy megrendelésére végzett vizsgálat, illetve beavatkozás,
- az ügyeleti szolgálat, illetve sürgősségi ellátása során mindezekkel összefüggésben közfeladatot ellátó személynek minősül.

A közfeladatot ellátó személyre vonatkozóan, a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény tartalmaz rendelkezéseket, amelynek alapján a hivatalos személy elleni erőszakra vonatkozó joghátrányok alkalmazandók arra (tehát szigorúbb büntetőjogi elbírálás alá esik), aki a törvényben meghatározott erőszakos cselekményeket (példának okáért emberölést) közfeladatot ellátó személy ellen követi el.

Az önálló orvosi tevékenységről 2000. évi II. törvény alapján „orvos a külön jogszabály szerint vezetett alap- és működési nyilvántartásban szereplő orvosi, fogorvosi szakképesítéssel rendelkező személy;(...)”

Az orvosi tevékenység az orvos gyógyító-megelőző ténykedése és a közegészségügyi járványügyi feladatok megvalósítása érdekében kifejtett munkája. Orvosi tevékenységet csak olyan személy folytathat, aki erre jogosult.²³⁴

Eü.tv. 110. § (1) Egészségügyi tevékenységet az adott tevékenység folytatására jogosító szakképesítéssel vagy egészségügyi szakképesítés nélkül megszerzhető szakirányú szakképesítéssel rendelkező és a működési nyilvántartásba bejegyzett személy végezhet.

(2) A szakirányú szakképesítéshez kötött egészségügyi tevékenységet a törvényben meghatározott feltételeken túl kizárólag a megfelelő szakirányú szakképesítéssel rendelkező személy végezhet.²³⁵

Azt az orvost, illetve más egészségügyi dolgozót, aki belátási képességének – elmebetegség, szellemi fogyatkozás, vagy valamilyen kóros szenvedély miatti – csökkenése következtében orvosi tevékenység folytatására nem alkalmas, az alkalmatlanság időtartamára e tevékenység folytatásától.

Eü.tv. 114. § (1) Egészségügyi tevékenység gyakorlására csak az az egészségügyi dolgozó jogosult, aki egészségi állapotára és belátási képességére tekintettel az adott tevékenység végzésére képes és alkalmas.

(2) Azt az egészségügyi dolgozót, aki egészségi állapota következtében egészségügyi tevékenység gyakorlására véglegesen nem képes, illetve véglegesen korlátozottan alkalmas, az egészségügyi hatóság az egészségügyi tevékenység gyakorlására alkalmatlannak, illetve korlátozottan alkalmasnak nyilvánítja. Korlátozott alkalmasság esetén az egészségügyi hatóság meghatározza a végezhető egészségügyi tevékenységek körét. Az egészségügyi dolgozó egészségi állapotának jelentős változása esetén kérheti az egészségügyi tevékenységre való alkalmasságának megállapítását.

²³⁴ A törvény megállapítja továbbá, hogy azt a személyt, aki Magyarországon az állam által elismert oktatási intézményben szerzett vagy külföldön szerzett és Magyarországon honosított, vagy elismert egészségügyi szakképesítéssel rendelkezik, az oklevél, illetve bizonyítvány megszerzését követően alapnyilvántartásba kell venni. Az alapnyilvántartás célja a megszerzett szakképesítés közhiteles tanúsítása.

²³⁵ Az orvosi szakképesítés elnevezése német területen *Doktor der gesamten Heilkunde* illetve *Approbation*, Franciaországban *diplome d'Etat de docteur en médecine*, az Egyesült Királyságban pedig *primary qualification*, lásd: Deutsche Bundesärzterordnung, /kihirdetve: 1993. április 30./ mellékletek

Garanciális szabály, hogy azt egészségügyi dolgozót, aki belátási képességének csökkenése következtében egészségügyi tevékenység végzésére alkalmatlanná vált, az alkalmatlanság időtartamára e tevékenység folytatásától az egészségügyi hatóság eltiltja. Az eltiltott egészségügyi dolgozó alkalmasságát az egészségügyi hatóság legalább két évente felülvizsgálja.²³⁶

7. Az orvosok jogai

Az orvost, hogy kötelezettségeit maradéktalanul teljesíthesse, a jogszabályok különböző jogokkal ruházzák fel. Ezek a jogok egyrészt az orvosi tevékenység, a sikeres gyógykezelés folytatását biztosítják, másrészt az ehhez szükséges feltételek megteremtése céljából az orvos személyét védik.²³⁷ Az orvos legalapvetőbb joga, hogy a vizsgálati és terápiás módszereket szabadon választhatja meg.

Eü.tv. 129. § (1) A kezelőorvos joga, hogy a tudományosan elfogadott vizsgálati és terápiás módszerek [119. § (3) bekezdés b) pontja] közül - a hatályos jogszabályok keretei között - szabadon válassza meg az adott esetben alkalmazandó, általa, illetve az ellátásban közreműködő személyek által ismert és gyakorolt, a rendelkezésre álló tárgyi és személyi feltételek mellett végezhető eljárást.²³⁸

A választott vizsgálati és terápiás módszer alkalmazhatóságának feltétele, hogy ahhoz a beteg a törvény szabályai szerint beleegyezését adja, valamint a beavatkozás kockázata kisebb legyen az alkalmazás elmaradásával járó kockázatnál, illetőleg a kockázat vállalására alapos ok legyen.²³⁹ Ehelyütt említendő, hogy az in vitro diagnosztikai orvostechnikai eszközökről szóló 8/2003. (III. 13.) ESzCsM rendeletben foglaltak alapján az orvos nem fejthet ki orvosi ténykedést olyan eszközzel amely eszköz nincs ún. CE jelzéssel ellátva.

²³⁶ E témakör kapcsán egy érdekes tanulmány jelent meg a saarlandi egyetem oktatója, Prof. Dr. Stephan Weth tollából, A munkaképtelenség megállapítása. Az orvos kötelezettsége? címmel. Lásd: <http://jung.jura.uni-sb.de>

²³⁷ Lásd: Igazságügyi Orvostan, i.m., 41.

²³⁸ A gyógykezelési kötelezettség értelmében az orvosnak a legmegfelelőbb vizsgálati módszereket, gyógymódokat és gyógyító eszközöket kell alkalmaznia

²³⁹ Ehhez kapcsolódik az egészségügyi törvény 126. §-a, amelynek alapján az orvos, személyi vagy tárgyi feltételek hiányában, a megfelelő feltételekkel rendelkező orvoshoz, illetve egészségügyi szolgáltatóhoz irányíthatja a beteget.

Az eszköz CE jelzéssel abban az esetben látható el, ha az ún. megfelelőségértékelési eljárások alapvető követelményinek eleget tesz.

A kezelőorvos - feladatkörében – jogosult a vizsgálat, illetve a kezelés kapcsán közreműködőket felkérni:

- más orvost vagy egyéb szakképesítéssel rendelkező egészségügyi dolgozót a beteg vizsgálatára, illetve gyógykezelésében való közreműködésre felkérni,
- konzílium összehívását javasolni, illetve összehívni.

További fontos jogosultság az orvos ún. utasítási jogosultsága. A törvény, bizonyos esetekben azonban lehetővé teszi az egészségügyi dolgozónak, hogy amennyiben véleménye szerint az utasítás végrehajtása a beteg állapotát kedvezőtlenül befolyásolja vagy más aggály merül fel, ezt azonnal a kezelőorvos - ha ez nem lehetséges, a betegellátásban közreműködő más orvos - tudomására hozza, sőt az utasítás végrehajtását - a kezelőorvos egyidejű tájékoztatása mellett - megtagadja, amennyiben azzal a tőle elvárható ismeretek szerint a beteg életét veszélyeztetné vagy a gyógykezeléshez nem szükségszerűen kapcsolódó maradandó egészségkárosodást okozna.

Eü.tv. 130. § (1) A kezelőorvos - feladatkörében - jogosult a beteg ellátásában közreműködő egészségügyi dolgozók részére utasítást adni. Az utasításnak egyértelműen tartalmazni kell az ellátandó feladatot, annak idejét, helyét és - amennyiben szükséges - a közreműködésre felkérendő további egészségügyi dolgozók nevét és munkakörét.

(2) A közreműködő egészségügyi dolgozó

a) az utasítást az abban foglalt feltételek szerint és a szakmai szabályoknak megfelelően hajtja végre,

b) amennyiben a végrehajtás során előre nem látható vagy a beteg állapotromlásához vezető esemény történik, erről a kezelőorvost - ha ez nem lehetséges, a betegellátásban közreműködő más orvost - haladéktalanul értesíti,(...)

(4) Az utasítás keretein belül az egészségügyi dolgozó - szakmai kompetenciájának keretei között és felkészültségének megfelelően - önállóan határozza meg a általa elvégzendő feladatok végrehajtásának módját és sorrendjét.

Az orvost megilleti a fentiekén túl, az ellátás megtagadásának joga.²⁴⁰ Az egészségügyi törvény alapján a hozzá forduló beteg vizsgálatát a betegellátásban közvetlenül közreműködő orvos megtagadhatja, ha ebben más beteg ellátásának azonnali szükségessége miatt akadályoztatva van, vagy a beteghez fűződő személyes kapcsolata miatt feltéve, hogy a beteget más orvoshoz irányítja.

Az orvos a beteg vizsgálatát és további ellátását megtagadja, ha erre saját egészségi állapota vagy egyéb gátló körülmény következtében fizikailag alkalmatlan. Az orvos a beteg ellátását csak a vizsgálatát követően tagadhatja meg, amennyiben a vizsgálat alapján megállapítást nyer, hogy

- a beteg egészségi állapota orvosi ellátást nem igényel,
- a beutaló orvos által javasolt vagy a beteg által kért kezelés szakmailag nem indokolt,
- a szükséges ellátás nyújtásához az egészségügyi szolgáltatónál nincsenek meg a személyi, illetve tárgyi feltételek és a beteget beutalja az ellátásra szakmailag illetékes egészségügyi szolgáltatóhoz, vagy
- a beteg állapota nem igényel azonnali beavatkozást és a vizsgálatot végző orvos a beteget későbbi időpontra visszarendeli.

Amennyiben a beteg vizsgálata alapján megállapítást nyer, hogy a beutaló orvos által javasolt vagy a beteg által kért ellátás jogszabályba vagy szakmai szabályba ütközik, az orvos az ellátást megtagadja.

Az orvos a beteg ellátását akkor is megtagadhatja, ha

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

²⁴⁰ Lásd: Jobbágyi Gábor: Orvosi Jog...i.m., 13-14.

Fontos leszögezni azonban, hogy sürgős szükség esetén az orvosnak még ilyen esetekben is meg kell tennie mindazokat az intézkedéseket, amelyek a beteg életének megmentéséhez, gyógyulásához szükségesek, és mindaddig megfelelő orvosi ellátásban kell részesíteni a beteget, amíg annak gyógykezelését más orvos át nem vette. Az orvosnak a beteg magatartása elbírálásánál tekintettel kell lennie továbbá, a betegség természetére és a betegnek a testi szenvedések által okozott ingerlékenyebb lelkiállapotára.²⁴¹

Az orvos távolléte vagy akadályoztatása időtartamára a beteg vizsgálatára és kezelésére a kezelőorvos munkáltatója, a munkáltató hiányában a kezelőorvos, a kezelőorvos akadályoztatása esetén - az egészségügyi szolgáltató költségére - a területileg illetékes egészségügyi hatóság köteles a beteg vizsgálatáról és kezeléséről más orvos útján gondoskodni, ide nem értve azt az esetet, amelyben a kezelőorvos feladatait az ügyeletes orvos látja el. A felkért kezelőorvos, illetőleg ügyeletes orvos köteles a beteg egészségi állapotával kapcsolatos eseményekről a kezelőorvost megfelelő időben és módon tájékoztatni.²⁴²

Az orvos tájékoztatási kötelezettsége keretében a kezelőorvos a beteg állapota által indokolt rendszerességgel, a tőle elvárható ismereteknek megfelelően és legjobb tudása szerint, az Eü.tv.-ben foglaltak figyelembevételével tájékoztatja a beteget annak egészségi állapotáról. E körben a szóbeli tájékoztatás nem helyettesíthető az előre elkészített általános ismertető segédanyagok átadásával.

Az orvos köteles az ún. dokumentációs kötelezettség keretében 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.

Végezetül a több résztevékenységből álló, összefüggő ellátási folyamat végén vagy fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátást követően írásbeli összefoglaló jelentést (zárójelentést) kell készíteni, és azt a betegnek át kell adni.

²⁴¹ Lásd: Igazságügyi Orvostan, i.m., 42.

²⁴² Külön rendelkezik a törvény az egészségügyi dolgozók tekintetében, nevezetesen az orvosi szakképzettséggel nem rendelkező egészségügyi dolgozó a hozzá forduló beteg vizsgálatáról kompetenciájának keretei között saját maga, illetőleg, ha az kompetenciájának kereteit meghaladja, az erre jogosult orvos értesítése útján gondoskodik. Ez utóbbi esetben azonban, ha a beteg állapota azt szükségessé teszi, az orvos megérkezéséig elvégzi mindazokat a beavatkozásokat, amelyek nyújtására szakmai kompetenciája és felkészültsége alapján jogosult.

A titoktartási kötelezettség alapján az egészségügyi dolgozót, valamint az egészségügyi szolgáltatóval munkavégzésre irányuló jogviszonyban álló más személyt minden, a beteg egészségi állapotával kapcsolatos, valamint az egészségügyi szolgáltatás nyújtása során tudomására jutott adat és egyéb tény vonatkozásában, időbeli korlátozás nélkül titoktartási kötelezettség terhel, függetlenül attól, hogy az adatokat közvetlenül a betegtől, vizsgálat vagy gyógykezelése során, illetve közvetetten az egészségügyi dokumentációból vagy bármely más módon ismerte meg.

8. Az Európai Bíróság vonatkozó gyakorlata

Az Európai bíróság döntéseinek vizsgálata során több olyan forrást találhatunk, mely az orvosi működéssel, illetve az orvos-beteg viszonytal foglalkozik.

Elsőként az *Annalisa Carbonari v. Università degli Studi Bologna* esetet²⁴³ említeném, amelyben a bíróság azt a kérdést vizsgálta többek között, hogy a kötelező orvosi továbbképzés idejére jár-e az adott orvosnak költségtérítés. Az ügy kapcsán központi szerepet kap az EK/75/362 számú irányelv, amely az orvosi diplomák kölcsönös elismerését deklarálja, és ily módon a szolgáltatások szabad áramlásának elvét az orvosi tevékenység kapcsán, valamint a Közösség 75/363 számú irányelv, amely az orvosi hivatás jogi és igazgatási kereteit határozza meg.

Az ítéletben a grémium kimondta, hogy bár a kötelező továbbképzés bevételekieséssel jár a költségtérítés olyan szakterületek esetén jár, amelyek minden / de legalább két / tagállamban elismertnek számítanak. Az utóbbi esetben azonban, harmonizálva a szolgáltatások szabad áramlásának elvével, a továbbképzés teljes idejére költségtérítés jár az orvosnak.²⁴⁴

²⁴³ Ügyszám: C-131/97

²⁴⁴ Lásd: 73/1999. (XII. 25.) EüM rendelet - Az orvosok, fogorvosok, gyógyszerészek és klinikai szakpszichológusok folyamatos továbbképzéséről: „1. § (1) Az egészségügyi tevékenységet végző orvosok, fogorvosok, gyógyszerészek és klinikai szakpszichológusok (a továbbiakban: továbbképzésre kötelezett) folyamatos szakmai továbbképzésben (a továbbiakban: továbbképzés) kötelesek részt venni. (2) A továbbképzés továbbképzési időszakokban történik. A továbbképzési időszak tartama öt év. Az első továbbképzési időszak kezdete a továbbképzésre kötelezett működési nyilvántartásba történő felvételének napja, a következő időszak kezdete a működési nyilvántartás megújításának napja. 2 § (1) A továbbképzésre kötelezettek egy továbbképzési időszak alatt összesen 250 pontot kell teljesítenie. A továbbképzési pontok az e rendeletben meghatározott elméleti és gyakorlati továbbképzések keretében szerezhetők meg.” Nálunk tehát pontokkal fizetnek.

Az Angelo Ferlini v. Centre hospitalier de Luxembourg ügyben²⁴⁵ a középpontban az egyenlő elbánás elve állt. Az EK-alapszerződés 6 cikkelyének 1 bekezdése alapján a Bíróság ítélete szerint tilos az állampolgárságon alapuló diszkrimináció abban az esetben is, ha olyan személyekkel szemben alkalmaznak egyoldalúan az Unió hivatalnokai magas díjtételeket az orvosi és kórházi szolgáltatások tekintetében, akik a nemzeti szociális hálójukhoz kapcsolódnak.

Végezetül a Bíróság egy 1981-es döntése említhető a Borekmeulen v. Committee for Registration of Medical Practitioners eset²⁴⁶ kapcsán, amelyben az alapul szolgáló kereset felperesétől az illetékes holland nyilvántartó hatóság megtagadta az általános orvosként történő nyilvántartásba vételt. A holland kormány támadta ennek a bizottságnak az előzetes ítéletért való folyamodási lehetőségét. Mivel a bizottság jogerősként elismert kontradiktórius eljárást követő döntéseket a közhatóságok egyetértése mellett kiadó testület volt, az ECJ azt az EK-alapszerződés 177. cikke szerint bíróságként, illetve törvényszékként ismerte el.²⁴⁷

²⁴⁵ Ügyszám: C-411/98

²⁴⁶ Ügyszám: C-246/80

²⁴⁷ Vö.: Ernst & Young, Bevezetés az Európai Unió jogrendszerébe, CO-NEX, Bp. 1999., 132.

V. AZ ELLÁTÁSBAN RÉSZT VEVŐ SZEMÉLYEK KÖZÖTTI ALAPJOGVISZONY KOMPARATÍV VIZSGÁLATA

„A gyógyítás és annak eredményessége elsődlegesen az orvos és a beteg bizalmi kapcsolatán alapul. Ezen bizalom a rendszeres személyes találkozások során alakulhat ki, amelyben a beteg, illetőleg a betegek egy csoportja az ellátást személyre szólónak, az adott körülményekhez igazodónak érzi. Ahhoz, hogy valóban ilyen ellátást lehessen nyújtani, az szükséges, hogy a beteggel közvetlen kapcsolatban álló és az ellátást nyújtó orvos betegeivel való kapcsolatának kialakítása során nagy önállósággal hosszú távon tervezve járjon el. Ez a nagyobb önállóság ösztönző hatású lehet a gyógyító munkára és a gyógyító orvos felelősségét is növeli.”²⁴⁸

Az orvosi szakma több évtizedes követelménye volt, hogy a beteg bízson orvosában. Ma másik, kiegészítő követelményt is meg kell fogalmazni: az orvos is bízson betegében, abban, hogy a páciens részt akar venni a saját kezelését meghatározó döntésekben, és képes is erre. A tradicionális, tekintélyelvű orvos-beteg kapcsolatban a beteg passzivitása, engedelmeskedő attitűdje a jellemző. Ez a betegtípus az orvos ideálja, ezt tekintik általában „jó“ betegnek. Ugyanakkor az autonóm, informálódni akaró, a paternalisztikus szemléletet semmibe vevő egyén a „rossz“ beteg, akit empirikus vizsgálatok szerint legtöbbször túlgógyszereznek, és gyakrabban hívnak hozzá pszichiátriai konzíliumot.²⁴⁹ Ezek, és számos további problémakör felmerülhet minden egyes orvos és beteg közötti hivatalos találkozásnál, amelyek szabályozása e kapcsolat jellege folytán alapvetően a jog feladata.²⁵⁰

Nehezíti a helyzet tisztázását, hogy bizonyos megközelítések szerint a gyógyító tevékenység középpontjában nem a jogviszony áll, hanem az orvosi munka, és nem számottevő, hogy azt a doktor milyen jogviszonyban végzi, hiszen közszolgálatot lát el.²⁵¹ Mégis a szerződés jellegű jogviszony ténye nehezen megkérdőjelezhető.

²⁴⁸ Ezért szükséges megteremteni annak a jogszabályi feltételeit, hogy az orvos a jövőben közvetlenebbül teljesíthesse közszolgáltatói feladatait és ne csupán a gyógyító-ellátó hálózat egy eleme legyen. Forrás: Az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény törvényi indoklásának bevezető rendelkezései

²⁴⁹ Ld.: Rákócziné Krämer Ágnes: Bábák, szülésznők – Az Országos Bábászövetség folyóirata, V. évfolyam 1. (9.) szám. 2006. március, 2-5.

²⁵⁰ Ld.: Kovácsy Zsombor: i.m., 81.

²⁵¹ Ld.: Vajda Angéla: Az orvosok és az egészségügyi dolgozók jogállásáról, in.: LAM 2003;13(4):350.

A 261/B/1997. AB határozatban az Alkotmánybíróság arra a következtetésre jutott, hogy az Alkotmány 70/D. §-ában említett egészséghez való jogból nem vezethető le az orvosválasztás szabadsága. A lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jog ugyanis önmagában alanyi jogként nem értelmezhető.

A határozat utal arra, hogy a betegek jogairól az Eü.tv. rendelkezik, amelynek 8. §-a kimondja: „ *A betegnek joga van az állapota által szakmailag indokolt szintű egészségügyi szolgáltató és - ha jogszabály kivételt nem tesz - a választott orvos egyetértésével az ellátását végző orvos megválasztásához, amennyiben azt az egészségi állapota által indokolt ellátás szakmai tartalma, az ellátás sürgőssége vagy az ellátás igénybevételének alapjául szolgáló jogviszony nem zárja ki.*”²⁵²

Az orvos-beteg jogviszony alapját képezheti egy a felek ráutaló magatartása útján kifejezésre juttatott kölcsönös jognyilatkozat,²⁵³ formakényszertől mentesen (írásban, szóban vagy ráutaló magatartással). E helyütt említendő, hogy az Eü.tv. általános szabályozási területei az orvos(intézmény) - beteg kapcsolat általános kérdéseire, az egészségügyben dolgozók jogaira és kötelességeire, az ellátórendszer szintjeire és területeire, az államnak az egészségügy területén betöltött szerepére stb. terjednek ki. A szabályozás érvényes minden egészségügyi tevékenységet folytatóra és a szolgáltatásokat igénybe vevőre. Összegezve tehát a feltételezett „szerződés” a beteget általában egy intézménnyel lépteti kapcsolatba, nem egy magánszeméllyel.

1. Az orvos-beteg kapcsolat jogi minősítése

Adott a kérdés, hogy amennyiben beszélhetünk orvos-beteg jogviszonyról, van-e, és ha igen, milyen szerződés a felek között. Az mindenképpen szerződéses jellegre utal, hogy az Eü.tv. felsorolja a feleket terhelő kötelezettségeket, és az őket illető jogokat. Egészségügyi *szolgáltatásról* szól a törvény, ami alapvetően polgári jogi, kötelmi fogalom. Ha jogviszonyt esetlegesen megbízásnak minősítjük a Ptk. 474. § szerinti megbízási szerződésből kiindulva a beteg megbízza az egészségügyi szolgáltatót, hogy legjobb tudása szerint igyekezzen számára megfelelő szolgáltatást nyújtani. Az orvos részéről a megbízás teljesítése nem eredményszolgáltatásra irányul, hanem a gondossági kötelelem szabályai szerint értelmezendő.

²⁵² ABH 1998, 689, 692-693.

²⁵³ Vö.: Törő Károly: Az orvosi tevékenység polgári jogi minősítése, Magyar Jog, 1963/2. 74-75.

A modern orvoslásban létrejöhet a betegellátó és a beteg között olyan jogviszony is, amelyben az orvos eredmény szolgáltatására köteles. Tipikusan ilyen a nem terápiás célú, megrendelésre végzett “szépeszeti műtét”. A bírói gyakorlatban egyre inkább uralkodónak tekinthető az az álláspont, hogy ha egy egészségügyi szolgáltató meghatározott összeg ellenében plasztikai beavatkozásra vállalkozik, akkor ezen szerződés már nem megbízásnak, hanem vállalkozási szerződésnek minősíthető.²⁵⁴

A Ptk. 389. §-a szerint vállalkozási szerződés alapján a vállalkozó valamely dolog tervezésére, elkészítésére, feldolgozására, átalakítására, üzembe helyezésére, megjavítására vagy munkával elérhető más eredmény létrehozására, a megrendelő pedig a szolgáltatás átvételére és díj fizetésére köteles.²⁵⁵

A vállalkozási szerződés a megbízási jogviszonytól eltérően kifejezetten “eredménykötelem”; azaz, ha az orvos az általa vállalt eredményt nem hozza létre, akkor ugyanúgy szavatossági felelősséggel tartozik, mint az a kőműves, aki a házat nem a részére átadott tervrajznak megfelelően építi fel. Mindezek mellett egy biztos: a jogviszony tárgya emberi tevékenység, tehát lényegében polgári jogi viszony keretei között megvalósuló munkaszolgáltatás.²⁵⁶ Ugyanakkor sem az Eü.tv., sem a Ptk. nem minősíti expressis verbis szerződésnek az orvos-beteg viszonyát, sőt az ítélkezési gyakorlat²⁵⁷ a jogviszonyt a Ptk. 339. §-a alapján, az általános kártérítési szabályok szerint minősíti, persze nem feltétlenül meggyőződésből, hanem inkább a jogi szabályozás cizellálatlanságából fakadóan.²⁵⁸

²⁵⁴ Ld.: Legfelső Bíróság Pfv. I. 20 943/1995.sz.

²⁵⁵ Ld.: Martin Zoltán: Milyen adatok kezelése szükséges és elkerülhetetlen egy egészségügyi intézmény részéről?; Tanulmány, In.: Szószóló, Bp. 2006, 3.

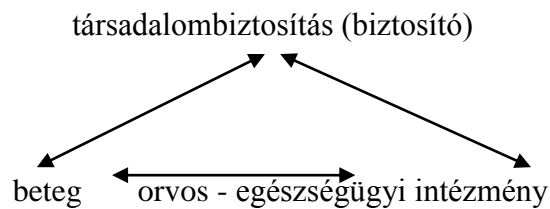
²⁵⁶ Vannak olyan kivételes esetek, amikor közhatalmi jogosultságokat hordoz magában a jogviszony: járványveszély, közveszélyes beteg, öngyilkos (???), fertőző beteg elkülönítése. Ld. még: Törő Károly: Az orvosi jogviszony, Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 1986. Lásd még: Minya Tamara: Az orvosi jog és az orvosi jogviszony; Tanulmány, Bp. 2005, 5.-9. (Hol jelent meg???)

²⁵⁷ A bírói gyakorlat a szerződésen kívül okozott károkért való felelősség szabályai alapján jár el az e tárgykörben felmerülő jogviták kapcsán (BH2000. 347: Műteti kockázat körébe tartozik az esetleges állapotrosszabbodás, ha az a legnagyobb gondossággal és körültekintéssel sem volt elkerülhető (Ptk. 339. §). BH2000. 100: Nem vagyoni kártérítés a Hepatitis C vírussal fertőzött vérkészítmény felhasználásával okozott egészségkárosodás miatt. BH1999. 510: A sebgyógyulás elhúzódása miatt érvényesített kárigény elbírálása. BH1999. 501: A körzeti orvosi és kórházi kezelése során készült orvosi megállapítások és a perbeni szakértői vélemény adatainak mérlegelése a „diagnosztikai késedelemre” alapított kártérítési igény elbírálása során. A kórházban előforduló orvosi műhibával okozott kárért a kórház, az egészségügyi szolgáltató felel (BH 1990/275).

²⁵⁸ Vö.: Ádám György: Egészségügyi jogi kézikönyv, Budapest: Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 1990

A fentiek ellenére azt azonban mindenképpen leszögezhetjük, hogy minden egyes hivatalos orvos beteg találkozás, szerződéses keretek között folyik. Egyrészt kétségteleneül jogviszony jön létre az orvos - egészségügyi intézmény és a beteg között, másrészt az esetek nagy többségében a felek ezt megelőzően is szerződéses kapcsolatban állnak a társadalombiztosítással.

Ezen szerződések tulajdonképpen áttételes módon ugyan, de összekapcsolódnak.²⁵⁹



A hazai elméleti háttér bemutatása kapcsán kiindulópontként arra az érdekességre hívnám fel a figyelmet, hogy már a múlt század 20-as éveiben megfigyelhető volt az a tendencia, miszerint az akkori joggyakorlat megbízásnak tekintette az „*orvosi munka végzésére vonatkozó szerződést*”.²⁶⁰

A hazai jogtudomány jeles képviselői mindazonáltal eltérő nézeteket vallottak a kérdést illetően. A múlt században született elméletek alapján megbízási szerződésnek tekintette az orvos-beteg jogviszonyt Villányi László,²⁶¹ Csanádi György,²⁶² Törő Károly,²⁶³ valamint Eörsi Gyula²⁶⁴, de volt, aki ugyanezt munkaszerződésnek ill. munkaviszonynak minősítette.²⁶⁵

Jelenleg, bár az első elméletek óta közel egy évszázad telt el, változatlanul folyik a polémia a kérdéskört illetően. Abban azonban továbbra is egyetértés mutatkozik, hogy az orvosi jogviszonyt megbízási viszonynak tekintendő. A jogosult /beteg/ oldalán a személyiségi jogok és ezek védelme rendkívül jelentős.

²⁵⁹ Ld.: Minya Tamara.: Az orvosi jog és az orvosi jogviszony; tanulmány, Bp. 2005, 5-7.

²⁶⁰ Lásd: P. VI. 4973/1928. MDXXIII. 23.; P. II. 3702/1928. MDXXII. 15.; Lásd még: Szladits Károly szerk.: Magyar Magánjog IV. kötet, Bp. 1942, 663-664.

²⁶¹ Villányi László: A magyar magánjog rövid tankönyve, Grill Kiadó, Bp. 1941, 371.

²⁶² Csanádi György: A megbízási jogviszony, Bp. 1959, 2-13.

²⁶³ Törő Károly: Az orvosi jogviszony, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó? Bp. 1983, 82-87.

²⁶⁴ Eörsi Gyula: Elhatárolási problémák az anyagi felelősség körében, Bp. 1962, 63-65.

²⁶⁵ Tury Sándor Kornél: Orvosi felelősség és valószínűsítési bizonyítás, i.m., 33.

Sólyom László „A személyiségi jogok elmélete” című művében a következőket írja: „A személyiségi jogok az ember jogállásának alapvető kifejezői közé tartoznak.(...) A személyiségi jogok védelme ténylegesen a szabályozás garanciális oldalára helyezi a hangsúlyt. Új tényállásoknál /pl. szervátültetések, gyógyszerkísérletek/ és általában is nem állami beavatkozásoknál – többek között a személyiségi jogok védelme teremti meg a szabályozást.”²⁶⁶

Az Ádám György által szerkesztett 1990-ben kiadott „Egészségügyi Jogi Kézikönyv”²⁶⁷ című műnek I. fejezetében Törő Károlytól a következőket olvashatjuk: „az orvosi magánygyakorlat felkérésre, díjazás ellenében folytatott orvosi tevékenység. A magánorvosi²⁶⁸ működés polgári jogi kerete a szerződésen alapuló orvosi megbízási – kivételesen vállalkozási – jogviszony.”²⁶⁹

Sándor Judit szerint nem az alapján kell az orvosi jogviszonyt eredmény- vagy gondossági kötelemnek minősíteni, hogy milyen a beavatkozás jellege, hanem a beavatkozás milyenségétől kell függővé tenni. Eredménytényállásnak minősítené azt, amikor a beteg egyik veséjét ki kell venni, és az orvos az egészséges vesét távolítja el a szervezetből. Szerinte az egyszerű bizalmi vagy gondossági viszonyon alapuló jogviszony is eredményfelelős, ha ennyire hibás.²⁷⁰ Egyik könyvében, mely a „Gyógyítás és ítélkezés – Orvosi „műhiba – perek” Magyarországon” címet viseli, egy LB döntésre²⁷¹ hivatkozva kiemeli annak fontosságát, hogy az egészségügyi intézmény nem felel az orvos azon gyógyító tevékenységéért, melyet az intézmény falain, úgymond szerződésen kívül, szívességből nyújtott.²⁷²

²⁶⁶ Lásd: Sólyom László: A személyiségi jogok elmélete, i.m. 311-315.

²⁶⁷ Egészségügyi Jogi Kézikönyv, szerk.: Ádám György, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Bp. 1990, 25-31.

²⁶⁸ „Az orvosi tevékenységet részben önállóan működő orvosok – magánorvosok -, részben munkaviszony (esetleg tagsági viszony) keretében tevékenykedő orvosok végzik.(...)Az orvosi munkát igénybe vevő személy csak akkor van közvetlen jogi kapcsolatban az orvossal, ha az orvos önállóan – magánorvosként jár el.” Lásd: Ádám György: i.m. 25.

²⁶⁹ A jogviszony megbízási jellege mellett azonban a következő kivételt fogalmazza meg: „gyógyító-megelőző orvosi tevékenység egészségügyi vállalkozás keretében is végezhető. Bármely természetes vagy jogi személy, illetve jogi személyiség nélküli társaság folytathat egészségügyi tevékenységet, létesíthet és tarthat fenn egészségügyi intézményt /pl. magánkórházat, magánszanatóriumot/, vagy egészségügyi szolgálatot, (...) Az egészségügyi vállalkozás keretei között nyújtott orvosi szolgáltatással kapcsolatos ellátásra, nyilvántartásra, díjazásra, az állami egészségügyi szolgálat intézményeibe történő beutalásra az orvosi magánygyakorlatra vonatkozó rendelkezéseket kell megfelelően alkalmazni. A jogviszony tekintetében csupán annyi az eltérés, hogy az orvosi megbízási nem közvetlenül a beteg és az orvos, hanem a beteg és az orvost alkalmazó vállalkozás között jön létre.”

²⁷⁰ Vö.: Sándor Judit: Az orvosi jog és etika kapcsolata a bírói ítélkezésben, Kandidátusi értekezés, 1994

²⁷¹ Legfelsőbb Bíróság Pf. V. 20 063/1995.sz.

²⁷² Lásd: Sándor Judit: Gyógyítás és ítélkezés i.m. 10-15; Köles Tibor: Orvosi műhiba perek, i.m. 17-20.

Érdekes megközelítésként ún. remény-megbízásnak tekinti Tarr György az orvosi jogviszonyt,²⁷³ amelynek „*egyik sajátossága – vagyis különleges jellegzetessége –, egyrészt a betegek által adható megbízás, másrészt ezen megbízásnak az orvos által történő ügyellatása.*” A megbízás kapcsán „*a beteg – mint megbízó – azzal a reménnyel adja a megbízást – legtöbbször csak az orvoshoz fordulván*”²⁷⁴, hogy meggyógyulást, vagy más kedvező eredmény megvalósulását reméli.”

Emellett hangsúlyozza, hogy „*megbízás adása általában a betegnek az orvoshoz fordulása – mint ráutaló magatartás – amikor függetlenül attól, hogy milyen műveltségi szintű, vagy tanultságú, iskolai végzettségű – a betegek közül nagyon kevesen /vagy talán senki/ gondolnak arra, hogy ezzel szerződés jön létre közte és az orvos / egészségügyi szolgáltató/ között.*”²⁷⁴

A kérdésben szintén állást foglaló Lábady Tamás²⁷⁵ elmélete egyik kiindulópontjának tekinthetjük azt a tényt, hogy a Legfelsőbb Bíróság gondossági-kötelemnek tekinti az orvosi beavatkozást, valamint, hogy az ítélezési gyakorlat a megbízási és a vállalkozási szerződés között ingadozik a minősítést illetően. Álláspontja szerint „*az orvos és a beteg közötti jogviszony közigazgatási elemekkel átszőtt magánjogi jogviszony, amely sui generis önálló jellemzőkkel, saját szubsztanciális elemekkel megnyilvánuló megbízás.*”²⁷⁶ Az általa minősített jogviszony specifikumai az alábbiak:

1. a megbízás bizalmi jellege
2. a megbízás minden esetben érinti a személyiségi jogokat²⁷⁷
3. az orvos feltétlen szakmai ismeret- és tudásfölénye a beteggel szemben
4. a személyes döntés mindig tájékozottságon és tájékoztatáson alapul
5. közigazgatási elemekkel sűrűn átszőtt magánjogi jogviszony
6. a megbízás nélküli elem gyakorisága

²⁷³ Ld.: Tarr György: Gondolatok...i.m.: 22-30.

²⁷⁴ Tarr kifejti az ún. ügyellatás fogalmát is, amely „*az orvos részéről a hozzá forduló beteg ellátása.*” Kiemeli továbbá, hogy „*az orvos azonban mindenképpen olyan megbízottnak minősül, aki – az orvosi működésével szakértelmet követelő ügyellatásra vállalkozik. Éppen ezért felelős azért, hogy eme sajátlagos – azaz más megbízásoktól sajátosan különböző megbízás teljesítéséhez megvan a szükséges szakértelme.*” Tanulmányában foglalkozik továbbá a megbízás, mint polgári jogi jogviszony természetével ideértve a szerződési elvek kérdéskörét és a megszűnés eseteit is. Befejezésül azt a helyzetet elemzi, amikor az orvos gyógyító tevékenysége során nem egyszer olyan helyzetbe kerül, hogy beavatkozása indokoltságáról, módjáról, mikénti eredményességéről nem tudja a beteget tájékoztatni, s nem tudja a betegől elkérni hozzájárulását, „*ámde a beteg további sorsa megkívánja a sürgős beavatkozás véghezvitelét.*”

²⁷⁵ Lábady Tamás az orvosi jogról tartott 2001. évi előadásai alapján, melyek a Pázmány Péter Katolikus Egyetem Jog és Államtudományi karán hangzottak el.

²⁷⁶ Lásd még: Tarr György: Gondolatok...i.m. 23.

²⁷⁷ Lásd még: Sólyom László: A személyiségi jogok elmélete, i.m., 311-315.

Az elhangzott elméletekkel ellentétben már 1984-ben megkérdőjelezte az orvosi jogviszony megbízási jellegét Jobbágyi Gábor, aki akkori tanulmányában²⁷⁸ az orvosi jogviszonyt egy sajátos személyiségvédelmi jogviszonynak tekintette, és az egészségügyi szerződés elnevezést javasolta.

Jobbágyi emellett arra az ellentmondásra hívja fel a figyelmet, hogy bár pontosan fel vannak sorolva a feleket illető és terhelő jogok és kötelezettségek – mely tény egy jogviszonyt, szerződést feltételez –, ennek ellenére egyik vonatkozó jogszabály sem minősíti szerződésnek az orvos és a beteg közötti kapcsolatot, sőt „*a bírói gyakorlat a Polgári Törvénykönyv 339. §-a alapján, azaz az általános kártérítési szabályok szerint bírálja el a jogviszonyból származó felelősséget,*²⁷⁹ *tehát aszerint, mintha a felek között nem volna szerződés.*”

Szerinte az orvos és beteg viszonya nem tekinthető munkaszerződésnek sem, hiszen a jogviszony fennállása során mindkét fél autonómiája megmarad, a betegnek nincs utasítási joga az orvos irányában.²⁸⁰ Felsorol továbbá néhány sajátosságot, mely jellemzője a megbízási szerződésnek, de nem jellemzi az orvos-beteg kapcsolatot:

- Megbízás esetén a megbízottnak személyes eljárási kötelezettsége van, míg a beteg egy egészségügyi intézménnyel kerül kapcsolatba, azaz nem lehet előre tudni, ki és hogyan fogja a gyógykezelést végezni.
- A megbízónak széles körű utasítási joga van, ami a beteg esetében nem érvényesül.
- A megbízás meghatározott díj megfizetésével és elszámolási kötelezettséggel jár. Az orvos-beteg kapcsolatban ez nem jellemző, hiszen a biztosító áll a jogviszony háttérében.
- A megbízást mindkét fél részéről könnyen fel lehet bontani, azonban az egészségügyi nem tagadhatja meg olyan könnyen a gyógykezelést, mint pl. egy ügyvéd a valamely ügyben való eljárást.²⁸¹

²⁷⁸ Ld.: Jobbágyi Gábor: JK; im. 26.

²⁷⁹ Lásd még: Jobbágyi Gábor: Az orvos polgári jogi felelősségének újabb vonásai, i.m. 232-244.

²⁸⁰ Felveti továbbá a német gyakorlat által alkalmazott ún. kezelési szerződés fogalmát. Bővebben: Jobbágyi Gábor: Orvosi jog...i.m. 11.

²⁸¹ Hangsúlyozza továbbá, hogy nem eredménykötelemről van szó az esetek többségében, ezért a vállalkozás szabályai nem vonatkozhatnak rá. /Vannak kivételek, amelyeknek vannak eredmény jellegű vonásai, mint például az injekció-beadás vagy a foghúzás./ Azok a beavatkozások, ahol nincs különösebb kockázat, lehetnek vállalkozási jellegű szolgáltatások. /Felmerülő kérdés véleménye szerint ilyen esetekben is van. Mi történik, ha a

Összegezve a fent rögzített tényeket, az alábbiakat állapíthatjuk meg:

Ad 1/ A hazai elmélet és gyakorlat többé-kevésbé egységes a tekintetben, hogy az orvos és a beteg között szerződéses jogviszony áll fenn.²⁸²

Ad 2/ A bírói gyakorlat a szerződésen kívül okozott károkért való felelősség szabályai alapján jár el az e tárgykörben felmerülő jogviták kapcsán.²⁸³

Ad 3/ A jogalkotó lépése: 2010. január 1-jétől az Eütv. ezen korábbi szabálya az alábbiak szerint módosult: *Az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggésben keletkezett kárigények tekintetében a szerződésszegéssel okozott károkért való felelősség polgári jogi szabályait kell megfelelően alkalmazni.*²⁸⁴

Ad 4/ Az Alkotmánybíróság szerződéses viszonyt minősítette az orvos-beteg jogviszonyt.²⁸⁵ Az 56/2000. (XII.19.) AB határozat alapján az Alkotmánybíróság megállapította, hogy az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvény végrehajtásáról szóló 16/1972. (IV. 29.) MT rendelet 13/C. § (5) bekezdésének utolsó két mondata alkotmányellenes, ezért azt megsemmisíti. (Mi volt, ami alkotmányellenes volt, és ez hogyan érintette az orvos-beteg jogviszony mibenlétét?) A határozatban foglaltak alapján a 13/C. § (5) bekezdése a következő szöveggel maradt hatályban: *„A jelentkező, illetve átjelentkező személy törzskartonját, annak kivonatát, az érintett személy beleegyezése nélkül más háziornak átadni nem lehet. Az érintett személy hozzájárulását kell vélelmezni, ha a választott háziornos feladatait annak körzetében (rendelőjében) időlegesen vagy véglegesen más háziornos látja el.”*

Ad 5/ A hazai jogtudomány képviselőinek többsége a megbízási szerződés alkalmazását tartja legalkalmasabbnak a helyzet megoldására.²⁸⁶

Ad 6/ A kórházban előforduló orvosi műhibával okozott kárért – utalva a polgári jogból ismert mögöttes felelősség intézményére – a kórház, az egészségügyi szolgáltató felel.²⁸⁷

terhességmegszakítás ellenére megmarad a gyermek, de sérülten jön a világra? Hogyan alakul az „elvárt eredmény fogalma”?

²⁸² Vö.: Csanádi György: A megbízási jogviszony; i.m. 1-14.

Törő Károly: Az orvosi jogviszony ; Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó; Bp. 1986

Jobbágyi Gábor: Orvosi Jog...i.m.; 16-18.

Tarr György : Gondolatok...i.m., 22.

²⁸³ Ld.: BH 2000/347; BH 2000/100; BH 1999/510; BH 1999/501

²⁸⁴ Vö.: Eütv. 244. §, hatályos 2010. január 1-jétől, hatályba léptette az egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról szóló 2009. évi CLIV. törvény

²⁸⁵ Lásd: 56/2000 (XII. 19.) AB határozat

²⁸⁶ Jobbágyi Gábor: Orvosi Jog i.m., 16-18.;Tarr György : Gondolatok... i.m., 22.

²⁸⁷ Ld. BH 1990/7.sz.275 Különösen érvényesül ez a kórház rossz közegészségügyi körülményei következtében felmerült kár esetén (Legfelsőbb Bíróság Pf. III. 20 359/1991.sz), valamint a nem steril kórházi körülmények

Ad 7/ A 2003. évi XLIV. törvénnyel hatályon kívül helyezett, az egészségügyi közszolgáltatások nyújtásáról valamint az orvosi tevékenység végzésének formáiról szóló 2001. évi CVII. törvény 20. § (6) bekezdése úgy fogalmaz: „ha e törvény vagy ennek végrehajtására kibocsátott rendelet, illetve az orvosi tevékenység ellátásáról szóló szerződés másként nem rendelkezik, a szabadfoglalkozású orvos jogaira és kötelezettségeire, továbbá felelősségére a Polgári Törvénykönyv megbízásra vonatkozó rendelkezéseit kell megfelelően alkalmazni.”

1.1. Gondossági mérce vagy eredményorientáció?

Az irányadó ítélkezési gyakorlat szerint (Ez nem csak az ítélkezési gyakorlatból következik, hanem ez a megbízás és a vállalkozás elméleti elhatárolásának az alapja, ez a kötelmi jogi dogmatika egyik tétele.) a megbízás – eltérően a vállalkozástól –, nem úgynevezett eredménykötelem, tehát, ha az orvos a beteg gyógykezelése érdekében úgy jár el, ahogy az az adott helyzetben általában elvárható, nem vonható felelősségre azért, ha a beteg által kívánt eredmény elmarad.²⁸⁸

E körben említendő a Legfelsőbb Bíróság egyik e tárgykörben született határozata, melyben a bíróság megállapította, hogy a helyreállító plasztikai műtét elvégzésére létrejött megállapodás nem vállalkozási, hanem megbízási szerződésnek minősül.²⁸⁹ A vállalkozás és a megbízás – mint a beteg-orvos között fennálló lehetséges jogviszony típusok – összehasonlításánál elsődlegesen felmerülő kérdés, hogy az orvos tevékenységét eredménykötelemnek, avagy gondossági kötelemnek tekintjük-e?

Ha a vállalkozást, mint minősítést fogadjuk el, akkor az orvos minden egyes esetben a beteg egészségének helyreállítása, vagy az állapot további romlásának megállítása – mint eredmény – mellett vállalkozik az orvosi kezelés tökéletes megvalósítására is. Amennyiben azonban a megbízás felé hajlunk, akkor az orvos csak a gondos eljárás terhe mellett végzi a beteg kezelését, amelyhez optimális esetben akár a beteg gyógyulása is társulhat.²⁹⁰

következményei esetén (Fővárosi Bíróság 41. Pf. 21 391/1986.sz.) ;Nem érvénysül azonban, ha az orvos munkakörétől függetlenül szívességből nyújt gyógyító tevékenységet. (Legfelsőbb Bíróság Pf. V. 20 063/1995.sz.)

²⁸⁸ Ld.: Martin Zoltán: Milyen adatok kezelése szükséges és elkerülhetetlen egy egészségügyi intézmény részéről?- tanulmány; in.: Szószóló Alapítvány honlapja, 1.

²⁸⁹ Ld.: BH2003. 17

²⁹⁰ Lásd: Landi Balázs: Az orvos polgári jogi felelősségének kérdései, i.m. 50-51.

Tisztán vállalkozási szerződésről – avagy ennek megfelelőjeként az osztrák joggyakorlatban alkalmazott „tisztá” munkaszerződésről,²⁹¹ – csak akkor beszélhetünk, ha a felek a konkrét esetben megfelelően körülírt, az orvosi tevékenységtől jól megkülönböztethető „eredményben” egyeztek meg.²⁹² Korábban a Legfelsőbb Bíróság több ítéletében kimondta, hogy az orvos-beteg jogviszony a megbízási jogviszony elemeit hordozza magában: a beteg azzal bízta meg az egészségügyi szolgáltatót, hogy legjobb tudása és felszereltsége alapján igyekezzon számára megfelelő egészségügyi szolgáltatást nyújtani.²⁹³ A bíróság egyik határozatában²⁹⁴ rögzítette, hogy amennyiben a műtét során a műtéti szövödmények /sérülések/ fokozott veszélyével kell számolni, kellően gondos eljárás mellett elvárható, hogy a műtétet végző orvos ezek felderítésére és következményeinek elhárítására különös figyelmet fordítson.

Ebben az esetben a gondossági elem megjelenése a megbízási viszony meglétére utal. A bírói gyakorlat mégsem tekinthető egységesnek e tekintetben.

A Legfelsőbb Bíróság egy másik ítélete indokolásában ugyanis kifejtette, hogy a peres felek között a műtéttel kapcsolatban a Ptk. 389. §-a szerinti vállalkozási szerződés jött létre.²⁹⁵

Az alperes a körömbenövést megszüntető részleges körömágy-kiirtásos plasztikai műtét elvégzését, míg a felperes az ezért kikötött 7000 Ft megfizetését vállalta.

Mivel a műtét nem vezetett eredményre, azaz az alperes nem teljesítette vállalt kötelezettségét, az alperes szerződésszegést valósított meg. Ezzel szemben a felperes a kikötött 7000 Ft megfizetésével teljesítette kötelezettségét, ami – a műtét eredménytelensége folytán – nála kárként jelentkezett.

Az alperes a másodfokú bíróság vastagon kiemelt indoklását támadta meg felülvizsgálati kérelmével. Kérelmének alapjaként arra hivatkozott, hogy jogszabálysértő az az állapot, amely szerint a felek között a Ptk. 389. §-ában meghatározott vállalkozási szerződés jött létre, mert az orvosi tevékenységre irányuló megállapodás a Ptk. 474. §-ában foglalt megbízási szerződés kritériumának felel meg. A felülvizsgálati kérelmet a LB részben alaposnak találta.

²⁹¹ ABGB 1165 – 1170.§-ok

²⁹² vö.: Engljählinger: Ärztlicher Behandlungsvertrag, in: ÖJZ 1993, 490., és Engljählinger: Ärztlicher Aufklärungspflicht vor medizinischen Eingriffen, 1996; i.m.

²⁹³ Lásd Legf. Bír. Pfv.I.20.943/1995.sz. ítélet valamint a Békés Megyei Bíróság 1.Pf.20.750/1989.sz döntés; Lásd még: Gyöngyösi Zoltán: Az élet és test feletti rendelkezések joga, HVG ORAC, Bp. 2002 ., 112.

²⁹⁴ Legf. Bír. Pf. V. 21. 122/1981. sz.

²⁹⁵ A magyar szakirodalom általában a fogászati ellátást eredménykötelemnek, vállalkozásnak tekinti; Lásd: Sándor Judit: Gyógyítás és Ítékezés, i.m., 264-265, 344-345.; Lásd még: Fővárosi Bíróság 53.Pf.24.693/1989, PKKB 14.P.89.197/1989

Az LB döntésében leszögezte, hogy az Eü.tv. rendelkezései nem nevesítik azt, hogy a beteg és az orvos között a gyógyító-megelőző tevékenység igénybevétele, illetőleg ellátása kapcsán milyen szerződéses jogviszony jön létre.

A hivatkozott jogszabály a 43. § (3) bekezdésében csak általánosságban határozza meg az orvos kötelezettségét annyiban, hogy az orvos felelős a beteg vizsgálata és gyógykezelése, és egészsége érdekében tett intézkedésekért, illetőleg a szükséges intézkedések elmulasztásáért. Okkal vonható le az a következtetés – állapítja meg a LB –, hogy az orvos említett módon szabályozott felelőssége terjedelmére, illetőleg tartalmára is tekintettel, általában megbízási szerződés alapján gyógyít, végez műtéti beavatkozást.²⁹⁶

A vállalkozás és a megbízási összehasonlításából fakadó további fontos – az orvos tevékenységére tekintettel kiemelt – elemei a következők:

- erősen korlátozott a beteg utasítás adási joga a kezelés folyamán (~ vállalkozás)
- általában közömbös, hogy a kezelést az az orvos végzi-e, akit a beteg „megbízott”, sőt nincs relevanciája az esetleges intézmények közötti áthelyezésnek sem (~vállalkozás)
- az orvos, illetve az egészségügyi intézmény egyoldalúan nem szüntetheti be a kezelést, ha ezt a beteg egészségi állapota kizárja (~ vállalkozás)
- a kezelés teljesítése nem nyereségorientált (~ megbízási)
- az orvost nem terheli eredményfelelősség (~ megbízási).²⁹⁷

2. Az orvos-beteg jogviszony a német-osztrák elmélet és gyakorlat tükrében

Az orvosi jogviszony kodifikálására irányuló törekvések az általában mintául szolgáló Németországban illetve Ausztriában is hosszú utat tettek/tesznek meg. Az alábbiakban tekintsük át a legfontosabb mérföldköveket.

²⁹⁶ Legfelsőbb Bíróság Pfv. I. 20 943/1995.sz.

²⁹⁷ vö.: Bölcs Ágnes – Nagy Mariann – Pordán Endre: Az orvosi felelősség egyes kérdései, in: Magyar Közigazgatás, 1991/7.sz.

2.1. Az első alternatíva – a vállalkozási szerződés

A vállalkozási szerződés legfontosabb megkülönböztető ismérve, hogy valaki (vállalkozó) szerződéses viszony keretében egy meghatározott mű, tehát egy bizonyos eredmény megvalósítására vállalkozik.²⁹⁸ A szerződés megszűnése az eredmény létrehozásához kapcsolódik, olyan mű létrehozásához, amely önmagában zárt egységet képez.²⁹⁹ Ilyen esetben ún. célkötelemről beszélhetünk.

*„Vállalkozási szerződésre utaló jelnek tekinthetjük a személyi függőség teljes hiányát, a saját terv alapján és saját eszközök segítségével megvalósuló tevékenységet, továbbá segítség illetve helyettesítés igénybevételének lehetőségét, idegen vállalkozási szervezetbe való besorolásnak a mellőzése, emellett nem jellemző sem a tartós szerződéses viszony, sem a teljesítés minőségi követelményeinek meghatározása”.*³⁰⁰

*„Az esetleges hibákért való felelősséget illetve a kockázatot a vállalkozó viseli. Abban az esetben, ha hiány mutatkozna a mű tekintetében, vétkességtől függetlenül joga van a megrendelőnek a helyes teljesítés követelésére, amely (a hiba típusától függően), vagy a szerződés megszüntetését (ún. vétel felbontása), vagy árcsökkentést (munkadíjcsökkentés), vagy pedig kijavítás kezdeményezését (a hibák kijavítását) eredményezi”.*³⁰¹

Miben áll tehát a kezelési viszonytól (Hogy jön ide ez a terminológia? Eddig „kezelési viszonyról”, „kezelési szerződésről” nem volt szó, csak megbízási szerződésről. Ha a német vagy/és osztrák jogban a „kezelési szerződést” külön elnevezéssel illetik, akkor először ezt kell leírni.) való eltérés?

Alapvetően kijelenthetjük, hogy az orvos nagyfokú önállósággal bír. Emellett csak önmagának tartozik felelősséggel illetve szakmai utasítási jogkörrel is rendelkezik.

²⁹⁸ Adler/Höller in Klang (Hrsg), Kommentar zum bürgerlichen Gesetzbuch V (1954) 1165 §, 168.

²⁹⁹ Pfeil in Schwimann (Hrsg), Praxiskommentar zum ABGB VI (1999) 1151 §, 36.

³⁰⁰ Pfeil in Schwimann, ABGB VI i.m.1151§, 37.

³⁰¹ Stellamor/Steiner, Handbuch i.m. 51.

Törvényi háttere ezeknek a szabályoknak az osztrák ÄrzteG 1998 3 § (2) alatt található. E paragrafus szól az orvos önállóságáról meghatározott tevékenységének viszonylatában, különös tekintettel a gyógy mód megválasztásának tekintetében.³⁰² Az orvos önállóan határozza meg a kezelés lefolytatását. Továbbá – a magánorvosi praxis keretében való működés esetét kivéve – nem áll a beteggel függőségi viszonyban.

Abban az esetben legtöbbször igenlő választ kapunk, ha a teljesítmény függetlensége garantált a beteg részéről fellépő fiziológiai és pszichológiai faktoroktól,³⁰³ ez azonban az egyes esetekben csak akkor lehetséges, ha „*a konkrét kezelési viszony tekintetében egy kielégítően körülírt, az orvosi tevékenységtől független, megkülönböztetett „eredményben” állapotok meg*”.³⁰⁴ Példaként említhető ehelyütt egy kardiogram létrehozása,³⁰⁵ egy gyógybetét/lábprotézis elkészítése, egy laborvizsgálat elvégzése³⁰⁶, egy röntgenvizsgálat lefolytatása. /Az említett esetekben automatikusan érvényesül a szavatossági jog.

„Az operáció eredménye nincs kihatással az orvos személyére mindaddig, míg a műtét nem egy mű létrehozását célozza, illetve amíg nem vállalkozási szerződés keretében valósul meg.”³⁰⁷ Ez vonatkozik a kozmetikai jellegű operációkra is /plasztikai sebészet/,³⁰⁸ jóllehet ezekben az esetekben gyakran egy meghatározott külső siker megvalósításában történő megegyezés valószínűsíthető.

Az osztrák LB³⁰⁹ kimondta, hogy még a tisztán kozmetikai jellegű sebészeti beavatkozások keretében megvalósuló korrekt, szakszerű kezelés sem garantálhatja a kívánt sikert. Ez abból fakad, hogy a végeredmény nagymértékben a beteg olyan lelki és testi reakcióitól függ, amelyeket az orvos gyakran nem képes időben felismerni illetve meggátolni. /a kontroll illetve a kiszámíthatóság hiánya/

³⁰² Engljaehriger, Aufklärungspflicht i.m. 35.; Aigner/Kierein/Kopetzki, ÄrzteG 1998 (1999), Megjegyzés a törvény 2 § (2)-hoz

³⁰³ Krejci in Rummel, ABGB i.m. 1165,1166 §§, 15.

³⁰⁴ Engljaehriger, Die schuldhafte Verletzung... ÖJZ 1993 i.m.,490.

³⁰⁵ OGH 23.5.1984, 1 Ob 550/84 SZ 57/98

³⁰⁶ Krejci in Rummel, ABGB i.m. 1165,1166 §§, 15.

³⁰⁷ Krejci in Rummel, ABGB i.m. 1165,1166 §§, 15.

³⁰⁸ OGH 4.7.1991, 6 Ob 558/91 SZ 57/98 ; JB1 1992, 520 (Apathy)

³⁰⁹ OGH 4.7.1991, 6 Ob 558/91 SZ 57/98

Az innsbrucki tartományi bíróság egyik ítélete nyomán, egy fogprotézis elkészítése kapcsán – ami önmagában műnek tekinthető – sem indulhatunk ki kétség esetén abból, hogy az orvos a beteg részéről fellépő pszichikai és fiziológiai faktorokat előre láthatta és bekalkulálhatta volna. Ez esetben egy olyan vegyes jellegű szerződésről beszélhetünk, mely magán hordozza a vállalkozási szerződés egyes típusjegyeit.³¹⁰ A kezelési szerződésnek a vállalkozási szerződéshez történő hozzárendelése illetve az erre irányuló törekvés markánsan jelentkezik Völk-Torggler elméleteiben. Nézete szerint ez utóbbi kiküszöbölné azokat jogkövetkezményekhez tapadó bizonytalanságokat, amelyek a pozitív jogilag nem rögzített „szabad szolgálati szerződéshez” történő hozzárendelésből fakadnak. A jogbiztonság szavatolása azonban – így Völk-Torggler – amikor emberek egészségéről, vagy szenvedéséről van szó, feltétlen alapkövetelmény kellene hogy legyen.³¹¹ Ez az egységes besorolás azonban sokszor nem célravezető. Bár gyakran a kezelési viszony eltolódik a vállalkozási szerződés irányába, mint ahogyan azt Bydlinski a plasztikai műtétek esetében joggal feltételezi, megállapítható, hogy az orvos általánosságban egyáltalán nem vállal vagy vállalhat kötelezettséget sem, meghatározott eredmény elérésére, sem pedig az egészség helyreállítására.³¹²

Mint fentebb már említettem, a kezelés sikere olyan faktoroktól függ, melyek az orvos érzékkörén kívül esik. Ha kizárólag a vállalkozási szerződés kerülhetne alkalmazásra, sikertelenség esetén (a gyógyulás nem valósul meg a beteg vonatkozásában) szavatossági igényvel léphetnének fel az orvossal szemben. Ez minden kétséget kizáróan életidegen helyzetet teremtene, különösen abban az esetben, ha a honoráriumot is az egészség visszaadásától tennék függővé.³¹³

Mivel a vállalkozási szerződés lényeges jellemzőinek megvalósulása, különösen a meghatározott eredmény garantálása a legtöbb esetben nem kötelező, a kezelési szerződésnek a vállalkozási szerződéshez való általános hozzárendelése, – mint ahogyan ezt Völk-Torggler javasolja – nem elfogadható.

³¹⁰ OLG Innsbruck ZVR 1997/133

³¹¹ Völk-Torggler, JB1 1984 i.m., 82.

³¹² OGH 23.5.1984, 1 Ob 550/84 = VersR 1985, 1173; Arzthaftung in Österreich (1997) 46.

³¹³ Engljaehriger, Die schuldhaftige Verletzung... ÖJZ 1993 i.m., 448.

2.2. A második alternatíva - a megbízási (ún. szolgálati) szerződés

A következőkben azt kívánom szemléltetni, hogy a kezelési szerződésnek a szolgálati szerződéshez történő kizárólagos hozzárendelése néhány kivételtől eltekintve miért nem célszerű.

E szerződéstípus legfőbb jellegzetessége, hogy keretében egy személy (szolgálatvállaló) egy másik személy (szolgáltatásadó, megbízó) részére meghatározott időszakra vonatkozóan munkaszolgáltatásra kötelezi magát, anélkül, hogy a siker bármilyen formáját garantálná. A szolgálatvállaló ennél fogva teljes alá-fölérendeltségi viszonyban áll a megbízójával az ügyvitel idejére. (Kötött a munkaidő ill. a munkavégzés helye.)³¹⁴

A vállalkozási szerződéssel ellentétben a szolgálati szerződés a szolgáltatást nyújtó munkaereje feletti rendelkezést eredményez meghatározott időre, de a siker garantálása nem tartozik a követelmények közé. Ily módon az idő és nem a mérték a szolgáltatás alapeleme.³¹⁵ Fontos továbbá, hogy a szolgáltató személyesen köteles eljárni. Munkáját a megbízó folyamatosan ellenőrizheti, függő helyzetben van és engedelmességgel tartozik.³¹⁶

A szolgáltatás akkor tekinthető teljesítettnek, ha munkáját elvárható gondossággal elvégezte végkimeneteltől függetlenül. Ebben a jogviszonyban a rizikót az eredmény tekintetében a megbízó viseli. A szolgáltatás hiányos befejezése esetén tehát a megbízó nem léphet fel jótállási igényrel a szolgáltatóval szemben.³¹⁷ (Kivételt képez a szándékos károkozás esete.) Szintén megemlítendő, hogy e szerződéstípus kapcsán tartós kötelmi viszonyról beszélhetünk.

A kezelési viszony szolgálati szerződés alá rendelése mellett szól az *ÄrzteG* 1998 50 §-a, amely szerint „*Ha az orvos egy kezeléstől vissza kíván lépni, visszalépését a beteggel, gondozójával, illetve szükség szerint környezetével, abból a célból, hogy gondoskodjanak a folyamatos orvosi ellátásról, időben közölni köteles.*”

³¹⁴ Stellamor/Steiner, Handbuch i.m. 50.

³¹⁵ Pfeil in Schwimann, ABGB VI i.m.1151§, 36.

³¹⁶ Adler/Höller in Klang, ABGB V 1151§ 376.

³¹⁷ Stellamor/Steiner, Handbuch i.m. 51.

A visszalépés ezen intézménye (az ok megjelölésének követelménye nélkül) minden tartós kötelmi jogviszony tekintetében lehetővé teszi a felmondást. Ez a kritérium a kezelési szerződésnek tartós kötelmi viszonyként minősítését, így a szolgálati szerződés alá rendelését alapozza meg.³¹⁸

Az osztrák ÄrzteG 1998 49 § (2) mely az orvos legszemélyesebb eljárását írja elő, a szolgálati szerződés megkötése felé hajlik. Az osztrák LB³¹⁹ szerint az orvos törvényi vagy szerződéses alap nélkül nem szerzi meg a jogalapot egy esetleges helyettesítésre. Ha ennek ellenére felhatalmazás nélkül képviselteti magát egyik kollégájával, akkor az általa okozott kárért úgy felel, mint a sajátjáért. (Teljesítésnél igénybevett személy iránti felelősség ABGB 1313 §) Kivételt képez, ha szabadság esetére kér az orvos helyettesítést, ilyen esetben csak a kiválasztásért tartozik felelősséggel.

Annak ellenére, hogy a legtöbb esetben az orvos személyes teljesítésre köteles, az osztrák ÄrzteG 1998 49 § (2) megengedi bizonyos esetekben nem orvosi segédszemélyzet közreműködését, ha e személyek pontos előírások és az orvos folyamatos felügyelete mellett tevékenykednek.

Mindezek mellett az osztrák ÄrzteG 1984 24 § (5) is a szolgálati szerződés alá rendelést tartja indokoltnak. E szakasz alapján az orvosnak akkor is jár némi díjazás, ha a kezelésre egyáltalán nem kerülne sor. Ez a honoráriumra vonatkozó igény abban az esetben érvényesül, ha az orvos a szolgáltatás elvégzésére készen állt, és a kezelés a beteg oldalán fellépő okok következtében hiúsult meg. Fontos azonban hangsúlyozni, hogy a munka elmaradása következtében fellépő hasznai levonásra kerülnek.³²⁰

Nézetem szerint, ha az orvosi szolgáltatások teljesítését generálisan a szolgálati szerződés alá rendelnék, úgy az orvos a kezelést a betegtől való teljes személyi és gazdasági függésben végezné, annak felügyelete mellett és munkamódszerei alapján.³²¹ Ez azonban a gyakorlatban nem érvényesül és meglátásom szerint nem is érvényesülhet.³²²

³¹⁸ Stellamor/Steiner, Handbuch i.m. 51.

³¹⁹ OGH 11.6.1952, 1 Ob 592/51; OGH 4.2.1959, 1 Ob 504/58

³²⁰ Ez az érvelés azonban könnyen megdönthető, hiszen hasonló szabályozás vonatkozik a vállalkozási szerződésre is.

³²¹ Völkl-Torggler, JB1 1984,i.m. 75.; F.Bydlinski, in Kralik-FS 350.

³²² Stellamor/Steiner, Handbuch i.m. 52.

Mindezek alapján jól látható, hogy a kezelési szerződésnek szolgálati szerződésként minősítése sem célszerű. Végezetül megjegyzendő, hogy Franciaországban a kezelési szerződést szolgálati, vagyis megbízási szerződésnek minősítik, mint obligation de moyens, és nem vállalkozási szerződésnek, mint obligation de résultat.³²³

2.3. Az un. „szabad szolgálati szerződés”

Az orvosi kezelési szerződés alapján az orvos az adott szakterületen objektív standardoknak megfelelő eljárásra köteles, de nem meghatározott eredmény létrehozására, mint ahogy a szakszerű kezelés sem garantál biztos gyógyulást.

Az orvos tehát alapvetően nem köteles meggyógyítani, csak a kezelés lege artis lebonyolítására.³²⁴ A kezelési szerződésnél csak és kizárólag a szakszerű lelkiismeretes kezelés kötelező, a siker bármiféle garantálása nélkül.³²⁵

Abból a tényből fakadóan, hogy sem a szolgálati-, sem a vállalkozási szerződés lényeges kritériumai nem felelnek meg a kezelési viszony rendezésére / pl. az utasításhoz kötöttség szakmailag a szolgálati szerződésnél, vagy az eredményfelelősség hiány az orvosi szolgáltatás tekintetében, mindemellett megfelelő gondosság / az orvosi kezelési szerződést a jogtudomány³²⁶ többségének véleménye az un. „szabad szolgálati szerződéshez” rendeli hozzá.

A „szabad szolgálati szerződés” fogalmát az elmélet alkotta meg, ez a szerződéstípus a fent felsorolt törvényekben szabályozott szolgálati- és a vállalkozási szerződés keverékének tekinthető. A szerződéstípus egyik legfontosabb jellemzője, hogy a kötelezett egyrésztől szolgáltatást nyújt önállóan és személyi függés nélkül / kötetlen /, másrészt nem konkrét eredményt garantál, csak tevékenysége szakszerű lefolytatását.³²⁷

³²³ Vö.: Jean Penneau: La Responsabilité du Médecin, Paris 1992

³²⁴ Krejci in Rummel, ABGB i.m. 1165,1166 §§, 15.

³²⁵ OGH 15.2.1983, 5 Ob 652/81 REDOK 2334 = KRSI 686; Stellamor/Steiner, Handbuch i.m. 52.

³²⁶ F.Bydlinski in Kralik-FS i.m. 345.; Grillberger in Schwimann, ABGB IV i.m. 29./ehhez kapcsolódik az OGH 23.5.1984, 1 Ob 550/84 SZ 57/98 /; Krejci in Rummel, ABGB i.m. 1165,1166 §§, 15.

³²⁷ Engljaehrigler, Aufklärungspflicht i.m. 37.

Az orvos ily módon a kezelést tetszőlegesen folytathatja le ill. módosíthatja, és senki sem utasíthatja e tekintetben. Az osztrák ÄrzteG 1998 3§ (1)-nek megfelelően önálló orvosi tevékenységre³²⁸ kizárólag általános orvosok, engedélyezett gyakorlatukat töltő orvosok, és szakorvosok jogosultak. Indokolt lenne e szerződéseknél analógia alapján mind a szolgálati, mind a vállalkozási szerződésre vonatkozó szabályozás alkalmazása.³²⁹ F. Bydlinski³³⁰ azt a nézetet képviseli, hogy a szabad szolgálati szerződés vegyes szerződésnek kell tekintenünk, és ebből fakadóan az ún. „kombinációs elmélet” alapján, az egyes esetekben a fent említett két szerződéstípus megfelelő szabályhelyeit lenne indokolt felhasználni.

„Le kell szögezni tehát, hogy a kezelési szerződés, mint a szabad szolgálati szerződés egyik példája / szemben a szolgálati- és a vállalkozási szerződéssel / nagyfokú önállóságot mutat, alaktalanul kötik, kétség esetén díjköteles³³¹ és alapvetően nem garantál eredményt, és melynek alapján az orvos tevékenységét önállóan, azaz utasításoktól függetlenül / nem függő helyzetben / végzi.”³³²

2.4. Az ún. sui generis szerződés

Érdekes, hogy a jogtudományi műveket szemlélve pl. Ausztriában csupán Speiser³³³ és Krückl³³⁴ elméletiben fordul elő az a nézet, hogy a kezelési szerződés esetében önálló szerződéstípusról beszélhetünk, a szolgálati- ill. a vállalkozási szerződés számos elemének átvételével. Ezt a koncepciót azonban még nem sikerült keresztülvinni. Ennek ellenére a gyakorlat elismeri és alkalmazza a kezelési szerződés jogintézményét. Összességében tehát *„tartalom szerint tekinthetjük a kezelési szerződést akár szabad szolgálati szerződésnek akár vállalkozási szerződésnek, akár e két szerződéstípus egyfajta keverékének”³³⁵*, abban az esetben, ha egy pontosan körülírt részsikerrel egy általános orvosi igyekezet, mint szerződéskötési kötelezettség kerül szembe.

³²⁸ Aigner/Kierein/Kopetzki, ÄrzteG 2002, a 2 §-hoz :” a szolgálati viszony keretében más, önállóan dolgozó is kifejtethet önálló orvosi tevékenységet. / Ily módon nem tekinthető e fogalom, a hasonlóan csengő munkajogi fogalom megfelelőjének /

³²⁹ Stellamor/Steiner, Handbuch i.m. 52.

³³⁰ F.Bydlinski in Kralik-FS i.m. 355.

³³¹ F.Bydlinski in Kralik-FS i.m. 345.

³³² Stellamor/Steiner, Handbuch i.m. 53.

³³³ Speiser, Einflüsse auf die Rechtsposition des Patienten, ÖJZ 1988, 744-745.

³³⁴ Krückl, Der Anspruch des Patienten auf Einsicht in seine Krankengeschichte, ÖJZ 1983, 281-283. Azon a véleményen van, hogy a kezelési szerződés olyan önálló, elsődleges szerződés, mely a diagnózisra és a kezelésre koncentráltan elsősorban, recipiálva több szerződéstípus így pl. a diagnózisszerződés egyes elemeit.

³³⁵ Krejci in Rummel, ABGB i.m. 1165,1166 §§, 15.

Ebből fakadóan tehát az egyes esetekben különbözően kell megítélni, hogy milyen típusú orvosi szolgáltatásra van szükség. Ha az orvosi tevékenységtől határozottan elkülöníthető sikerben állapodnak meg a felek, akkor tisztán vállalkozási szerződés megkötése indokolt / pl. egy röntgenfelvétel elkészítése /. Abban az esetben viszont, ha kezelési viszony középpontjában a gondos vizsgálat és ellátás áll, úgy a szabad szolgálati szerződés felhasználása célszerű.³³⁶

2.5. Egy kiforrott megoldás – az ún. kezelési szerződés

Az osztrák, a német illetve a svájci joggyakorlatban a beteg és az orvos közötti kötelmi viszony ún. orvosi kezelési szerződésként realizálódik.³³⁷

A kezelési szerződés a megbízási szerződésnek olyan speciális alakzata, mely a vállalkozási szerződéssel ellentétben semmiféle eredményt nem garantál. A szerződés keretében az orvos részéről csak a kezelés kötelezettsége jelenik meg, az ún. lege artis kezelés alapján. A szerződés alapja a bizalom, mely az orvos és a beteg közötti absztrakt jogi szabályokat konkretizálja.³³⁸

A szerződéskötés alapvetően a szerződési szabadságnak van alárendelve. Minden esetben az adott beteg saját belátására bízzák, hogy kíván-e szerződést kötni / szerződéskötési szabadság / és ha igen, melyik orvossal kíván közvetlenül kapcsolatba lépni / partnerválasztás szabadsága /.

A másik oldalról ugyanezek a jogok illetik meg az orvost is. Csupán néhány jogszabály által meghatározott esetben áll fenn az orvos szerződéskötési kötelezettsége / szerződéskötési kényszer /. Az 1998-as osztrák orvosi törvény 48. §- a szerint súlyosan fenyegető életveszély esetén nem tagadhatja meg az elsősegély nyújtását.

³³⁶ Engljaehriger, Aufklärungspflicht i.m. 45.

³³⁷ Suppin, Aufklärung, Haftung und Schadenersatz im Arztrecht (2000) 94.

³³⁸ Lásd: Erwin Deutsch: Medizinrecht, Springer, 4. javított kiadás, 38.

A jogtudomány és a bírói gyakorlat emellett egyetért abban, hogy a fent említett szerződéskötési kötelezettség tapad bizonyos monopolhelyzetben lévő orvosi pozíciókhoz³³⁹, még akkor is ha nem életveszély esete áll fenn.³⁴⁰ Az ilyen, bizonyos területeken monopolhelyzetben lévő orvosok számára szerződéskötési kötelezettség áll fenn.³⁴¹ Ez különösen olyan szakterületekre vonatkozik, melyekre az orvoshiány jellemző.³⁴²

Arra a kérdésre, hogy mennyiben tekinthető a beteg általi „orvos-felkeresés” a szerződéskötési akarat kifejeződésének, az ún. „mérsékelt jogkövetkezményelmélet”³⁴³ adja meg a választ. Mind a beteg, mind az orvos számára nyilvánvaló kell legyen, hogy nyilatkozattevő magatartásukkal közvetlenül jogokat és kötelezettségeket alapítanak, azonban a beteg részéről nem szükségeltetik a szerződéskötésből fakadó valamennyi következmény ismerete.³⁴⁴

A kezelési szerződés legtöbbször formátlan akarategységen keresztül jön létre, és általában sem az orvos, sem a beteg, – akik egymással kapcsolatba kerülnek – nem nyilvánítják ki konkrét módon az esetleges megbetegedésre vonatkozó kezelés folytán történő szerződéskötést.

Abban az esetben viszont, ha egy páciens / ajánlattevő / egy konkrét orvost keres meg, ily módon hallgatólagosan mindketten egy civiljogi kezelési szerződést kötnek. A hallgatólagos szerződéskötés lehetősége, pl. Ausztriában az ABGB 883. §, vagy Németországban a BGB 611. § alapján valósulhat meg, mely alapvetően alaki szabadságot engedélyez, kivéve azokat a speciális eseteket, ahol a jogszabály, tiltásokat, korlátokat fogalmaz meg. A kezelési szerződés ily módon a legtöbb esetben a kezelésre irányuló kérelem elfogadásával valósul meg.³⁴⁵

³³⁹ OGH 14.9.1986, 1 Ob 554/86 ; OGH 7.11.1990, 6 Ob 686/90; Koziol/Welser, Grudriss i.m. 124.

³⁴⁰ OGH 14.7.1986, 1 Ob 554/86 SZ 59/130

³⁴¹ Stellamor/Steiner, Handbuch des österreichischen Arztrechts, Manzsche Verlag, Wien 1999. 32.

³⁴² Stellamor/Steiner, Handbuch i.m. 32., abl Kux, Megjegyzés 1 a az AerzteG 1984 24 §-hoz

³⁴³ Rummel in Rummel, Kommentar zum Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuch I (2000), 869 § (6)

³⁴⁴ Nehéz elképzelni ugyanis azt a helyzetet, hogy valaki azzal a céllal fordul orvoshoz, hogy szerződési ajánlatot tegyen neki. Lásd még: Juen, Arzthaftungsrecht. Die zivilrechtliche Haftung des Arztes für den Behandlungsfehler – der Arzthaftungsprozess in Österreich (1997) 42.

³⁴⁵ OGH 23.6.1982, 3 Ob 545/82 SZ 55/114 ; Speiser, Einflüsse auf die Rechtsposition des Patienten , ÖJZ 1988, 744.; Engljaehriger, Ärztlicher Behandlungsvertrag , ÖJZ 1993, 488.; Stellamor, Ärztliche Berufsordnung. Eine Rechts- und Standeskunde (1977) 22.; Völkl-Torggler, Die Rechtsnatur des ärztlichen Behandlungsvertrages in Österreich, JB1 1984, 72.

Ebből következően az orvosnak nem kell egyértelműen kinyilvánítania, hogy kezelni kívánja a beteget. Akaratának csupán arra kell irányulnia, hogy „*hallgatólagosan olyan tevékenységet fejtsen ki, mely a körülmények alapos mérlegelése nyomán semmilyen egyértelmű okot nem szolgáltat a kételyekre*”.³⁴⁶

A szerződésből fakadó, orvos által nyújtandó szolgáltatás kapcsán érdekes szabályozást találunk Svájcban. Abban az esetben, ha az orvos időben észleli, hogy a kezelés negatívan befolyásolja a beteg állapotát, ezt legjobb tudása szerint köteles orvosolni, és ily módon mentesülhet a felelősség alól. Ha azonban a beteg állapota rosszabbra fordul, már alaposan feltételezni lehet, hogy a páciens nem kapta meg azt a kellő gondosságot, amelyet az orvosnak tanúsítania kellett volna.³⁴⁷ Természetesen vannak olyan objektív helyzetek, amikor az orvos hibájához nem férhet kétség, ezeket a svájci bírói gyakorlat³⁴⁸ az ún. „*objektív gondossági kötelezettség megsértése*” esetkörében tárgyalja. Ilyenkor az orvos szerződészegést követ el.³⁴⁹

További érdekességként említhető, hogy az osztrák LB³⁵⁰ egyik döntése alapján, ha a kezelést végző orvos hallgatólagosan megegyezik a pácienssel abban, hogy egy további orvos (konzulens) segítségét fogja igénybe venni a terápiához vagy a diagnózis felállításához, úgy a beteg és a konzulens között új szerződéses jogviszony jön létre. Abban az esetben viszont, ha az orvos és a konzulens között csak konzultatív kapcsolat jön létre, az előbbi jogviszony nem jön létre.

Ugyanennek a grémiumnak másik ítélete nyomán, ha a biztosított beteg és az egészségügyi intézmény (gyógyintézet) között kezelési szerződés jön létre oly módon, hogy az intézmény semmilyen ellenszolgáltatásra nem tart igényt, nem szűnik meg a térítésmentesség abból fakadóan, hogy az adott gyógyintézet nem tudta a kezelést egyedül lefolytatni.³⁵¹

³⁴⁶ Juen, *Arzthaftungsrecht*, i.m. 42.

³⁴⁷ Lásd: Raschein, *Widerrechtlichkeit und Verschulden in der Arzthaftpflicht*, *Zeitschrift für Gesetzgebung und Rechtsprechung des Kantons Graubünden*, 3/1989, 64.

³⁴⁸ V.ö.: BGE 120 II 248

³⁴⁹ Lásd: Joel Crettaz, *De l'inexécution des obligations contractuelles du médecin: Quelques aspects*, Diss. Lausanne 1990, 184.

³⁵⁰ OGH, 19.12.2001 3 Ob 237/00 SZ

³⁵¹ OGH 30.07.2001 10 Ob 151/01 SZ

A német BGB a kezelési szerződés megjelenése előtt orvosi szerződésként tárgyalta az orvos-beteg közötti kontraktust. Ennek keretében az orvos, a beteg és közte fennálló megbízás alapján köteles felvilágosítást adni a diagnózisról és a kezelés típusáról, valamint a betegség várható lefolyásáról prognózist köteles felállítani.³⁵²

A német gyakorlatban lehetőség van arra is, hogy a kezelési szerződést harmadik személyek /hozzátartozók/ részére kössék. A biztosított betegek, illetve a kiegészítő biztosítást igénybevevők részére az RVO (Ilyen se volt még eddig, mit jelent?) 386. §-a teszi ezt közvetett módon lehetővé.³⁵³

Végül e helyütt említendő a svájci Szövetségi Legfelsőbb Bíróság egyik döntése,³⁵⁴ amely a gondos eljárási kötelezettség megsértését állapított meg egy téves injekciós kezelés kapcsán.

A bíróság ítéletében úgy fogalmaz, hogy az orvosi művészet egyik legkülönlegesebb vonása, hogy az orvos tudása és akarata alapján bizonyos eredmény elérésére kell, hogy törekedjen, ami azonban nem azt jelenti, hogy ezen eredmény bekövetkeztét szavatolná.

Ugyanez a döntés az orvos legfontosabb szerződéses kötelezettségének a legalább egyszeri felvilágosítást tekinti, azzal a distinkcióval, hogy helyettesítése esetére komoly felelősségi garanciákat tart kívánatosnak.

Ez a rendelkezés azonban – túlzottan objektív mivoltából fakadóan – az orvosi közvélemény erőteljes nemtetszését váltotta ki. Ennek nyomán a svájci Szövetségi Bíróság új döntést³⁵⁵ hozott e tárgykörben. Ebben kimondta, hogy minden orvosi cselekmény bizonyos kockázatot, veszélyelemet hordoz magában, és ebből fakadóan egyrészt nem lehet ex katedra a gondos eljárás követelményeit meghatározni, másrészt a jogintézmény szigorú értelmezése sem célszerű olyan esetben, ha az orvos legjobb tudása és szakértelme alapján jár el.³⁵⁶ A kezelési viszony halál, kölcsönös megegyezés, teljesítés, a kitűzött cél elérése (pl. diagnózisszerződés esetén), vagy lényeges okból szűnik meg (a bizalom megrendülése).

³⁵² Lásd: Narr: *Ärztliches Berufsrecht*, 2. Auflage, 1977, 940.; BGHZ 72, 132.

³⁵³ BGHZ 89, 263

³⁵⁴ BGE 116 II 519

³⁵⁵ 4C.53/2000,

³⁵⁶ Lásd: *Schweizerische Ärztezeitung / SAEZ /*, 2001/82, 46.

Fontos hangsúlyozni továbbá, hogy az egyoldalú felmondás mind a beteg /fizetés teljesítése az addigi szolgáltatásokért/, mind az orvos részéről kizárólag az ÄrzteG 1998 50 § (1) alapján lehetséges.³⁵⁷

Ha tiszta vállalkozási szerződésről van is szó, az orvos számára fennáll a visszalépés joga, abban az esetben, ha a beteg a szükséges együttműködést megtagadja, vagy viselkedésével a további kezelést veszélyezteti.³⁵⁸

Másrészt a vállalkozási szerződés lehetővé teszi a beteg számára is a visszalépést. Ez érvényesen akkor következhet be, ha az orvos súlyos kezelési hiba elkövetésével megrendíti a szakmai alkalmasságába vetett bizalmat. Ilyen esetben a beteg már a kezelés alatt visszaléphet a szerződéstől. Emellett igénye³⁵⁹ nyílik a nem teljesített szolgáltatásokból fakadó hiányok pótlására.³⁶⁰

„Az orvosi kezelési szerződés egyébiránt emberi munka szolgáltatásának cseréje díjazás ellenében” állapítja meg Engljaehriger egyik művében.³⁶¹ Arról a kérdésről, azonban hogy milyen típusú szerződésnek tekinthetjük a kezelési szerződést, elvi síkon parázs vita³⁶²dúl. Legrészletesebben F. Bydlinski,³⁶³ Engljaehriger³⁶⁴ és Völkl-Torggler³⁶⁵ foglalkoztak e probléma gyökerével.

A következő fejezetekben egyértelművé válik, hogy képtelenség e szerződésnek egyértelmű besorolása az ABGB, BGB vagy akár a ZGB által meghatározott szerződéstipológia keretei közé, jóllehet első ránézésre mind a vállalkozási szerződés mind a szolgálati szerződés, mind pedig a törvényben nem szabályozott ún. „szabad szolgálati szerződés” szabályai egyfajta megoldást kínálnak.

³⁵⁷ Speiser, ÖJZ 1988, 745.

³⁵⁸ Engljaehriger, Aufklärung i.m.41.

³⁵⁹ OGH 12.3.1991, 5 Ob 514/91 ; ecosex 1991, 453; Reischauer in Rummel, ABGB I §§ 918-933 Rz 7.

³⁶⁰ Engljaehriger, Aufklärung i.m. 42.

³⁶¹ Engljaehriger, Aufklärungspflicht; i.m. 36.

³⁶² F.Bydlinski, Verträge über ärztliche Leistungen, in Kralik-FS (1986) 345-369; Engljaehriger, Die schuldhafte Verletzung...ÖJZ 1993, 488-497.; Völkl-Torggler, JB1 1974, 72-83.

³⁶³ Engljaehriger, Aufklärungspflicht i.m. 35.

³⁶⁴ Engljaehriger, Die schuldhafte Verletzung... ÖJZ 1993 i.m., 488.

³⁶⁵ Völkl-Torggler, JB1 1984, 72.

2.5.1 Az kezelési szerződés egyes típusai

A szerződésből fakadó igények kapcsán nagy jelentősége van annak, kivel köttetik a kezelési szerződés. Egy orvosi műhiba elszenvedése után ugyanis fontos a kártérítési igények szempontjából, hogy a megfelelő személlyel szemben lépjenek fel.

A/ ún. rendes kezelési szerződés

Kezelési szerződésnek azt a szerződéstípust nevezzük, amelyik közvetlenül az orvos és a beteg között jön létre, és orvosi kezelésre vonatkozik. Ide tartoznak a hétköznapi háziorvosi szerződések és az egyéb ambuláns jellegű jogügyletek. A jogviszony itt csak az orvos és a beteg között áll fenn, akkor is, ha a páciens jogilag biztosított betegnek minősül. Abban az esetben, ha az orvosi oldalon több személy áll /ún. praxisközösség/, egyetemleges felelősséggel tartoznak.

B/ ún. kórházi felvételi szerződés³⁶⁶

Egy teljes kórházi szerződés esetében, egy osztályon történő kezelést választ a páciens. Ilyen esetben az orvosok a kórház alkalmazásában állnak. A szerződő felek a beteg és az egészségügyi szolgáltató. Az adott orvos ebben a szerződési konstrukcióban nem köteles semmilyen végeredményt garantálni. A szerződésből fakadó követeléseket az orvosok vagy a betegápolók tevékenysége miatt pedig a kórházzal szemben kell érvényesíteni.

C/ ún. megosztott kórházi felvételi szerződés

Megosztott kórházi felvételi szerződésről akkor beszélünk, ha a kórházzal kötött szerződésen túlmenően egy speciális /szak/orvossal is létrejön egy szerződés. Leggyakrabban ez a szerződéstípus akkor realizálódik, ha a kórház már nem képes több páciens befogadására, és az orvos nem a kórház alkalmazottjaként jár el. Ilyenkor a hibás kezeléssel kapcsolatos igényekkel kapcsolatban az orvossal szemben lehet fellépni. A kórház is felel azonban, mégpedig a nem megfelelő felvilágosításért és gondoskodásért, valamint a személyzet hibáiért és mulasztásaiért.

³⁶⁶ A germán terminológiában is eltérések mutatkoznak, mivel Németországban Krankenhausaufnahmevertrag néven, Svájcban pedig, mint Spitalaufnahmevertrag jelenik meg

D/ ún. teljes kórházi felvételi szerződés kiegészítve egy főorvosi szerződéssel

Az utóbbi típus a megosztott kórházi szerződéssel mutat rokon vonásokat. Ennél a szerződésfajtánál jogviszony jön létre egyidejűleg a kórházzal, valamint a főorvossal egy meghatározott orvosi szolgáltatás tekintetében. Ilyen helyzetben a főorvos, mint ún. ellenigényjogosult jelenik meg, ha az intézmény a szolgáltatás teljesítését negatívan befolyásolja. Az egészségügyi intézmény ezzel szemben a gondos eljárás mellett, nemcsak az ápolószemélyzet tevékenységéért, hanem azoknak az orvosoknak az eljárásáért is felel, akik a szolgáltatás teljesítésében részt vettek.³⁶⁷

A kezelési szerződés kodifikációja kapcsán figyelemreméltó az a körülmény, hogy kezelési szerződés néven Európában sehol nem kodifikálták az orvos beteg közötti szerződést.³⁶⁸ Ennek ellenére több országban kísérletet tettek erre.

A világon elsőként a holland jog az egészségügyi szolgáltató és a beteg közötti jogviszonyt szerződéses jogviszonnyá tette az 1995-ben elfogadott „Az egészségügyi szerződésről szóló törvény”-ben /Medical Contract Act/.³⁶⁹ Eszerint a beteg, amikor igénybe veszi az egészségügyi szolgáltatást, nem az orvossal, hanem az egészségügyi szolgáltatóval köt szerződést, orvossal csak akkor, ha az magánpraxis keretében végzi a kezelést, beleértve ebbe azt az esetet is, amikor a magánpraxist az egészségügyi szolgáltatónál gyakorolja.³⁷⁰

Több országban emellett az orvos-beteg jogviszonyt nem szerződési alapon szabályozzák, hanem úgy, hogy az orvosok és a betegek jogait és kötelezettségeit rögzítik.³⁷¹ Mindezt általában az egészségügyi kerettörvényekben szabályozzák, pl. Görögországban és Svédországban. Van ahol önálló betegjogi jogszabály létezik /Finnország, Norvégia etc./, és van ahol betegjogi chartát fogadtak el, többek között az Egyesült Királyságban illetve Franciaországban.³⁷²

³⁶⁷ Lásd: a QNC GmbH honlapját

³⁶⁸ Lásd: Erwin Deutsch: Medizinrecht, i.m.37-60.

³⁶⁹ Lásd: Gyöngyösi Zoltán: Az élet és test feletti rendelkezések joga, HVG ORAC, Bp. 2002, 111.

³⁷⁰ Ezt a törvény úgy oldja meg, hogy ilyen esetekben a beteget úgy kell ellátni, mintha szerződő betegről lenne szó.

³⁷¹ Lásd: Erwin Deutsch: Medizinrecht, i.m., 60-62.

³⁷² Lásd: Gyöngyösi Zoltán: Az élet és test feletti rendelkezések joga, i.m., 112.

3. A német, svájci és az osztrák bírói gyakorlat vonatkozó értelmezései

Az osztrák LB egy 1936-os döntése³⁷³ óta a kezelési szerződést, amely az orvos és a beteg között létrejön, vállalkozási szerződésnek minősítik, jóllehet a tekintetben egyetértés mutatkozik, hogy néhány kivételtől³⁷⁴ eltekintve az orvos nem tartozik eredményfelelősséggel a kezelés tekintetében.³⁷⁵

Először 1984³⁷⁶ óta figyelhető meg a szabad szolgálati szerződés felé történő közeledés.³⁷⁷

A bírói gyakorlat³⁷⁸ a kezelési szerződést egy, törvényben részletesen nem szabályozott szerződéses viszonyként képzei el, amelynek alapján az orvos a beteg részére szakszerű, az egyes szakterületek objektív standardjainak megfelelő kezelést nyújt, anélkül, hogy bármiféle eredményt garantálna.³⁷⁹

Az orvoson nem kérhető számon a gyógyulás. Az osztrák LB onnantól beszél vállalkozási szerződésről, ha az orvos bizonyos eredmény létrehozását szavatolja.³⁸⁰ Ha a hangsúly az orvos technikai képzettségére vagy szakmai jártasságára³⁸¹ helyeződik, akkor a vállalkozási szerződés indíciumaikhoz³⁸² értünk.³⁸³ A vállalkozási szerződés tartalma egyebekben csak olyan orvosi szolgáltatás lehet, melyek a beteg részéről nem pszichológiai, fiziológiai vagy fizikai összetevőktől függenek, valamint ehelyütt említhető, hogy az LB szerint a tisztán kozmetikai jellegű operációk befolyás ill. előreláthatóság hiányában nem tekinthetők „műnek”.

A német bírói gyakorlat a svájcihoz hasonlóan az orvos felelősségét az „objektív ill. szubjektív gondossági kötelezettség”³⁸⁴ oldaláról közelíti meg.

³⁷³ OGH 17.11.1936, 3 Ob 984/36 SZ 18/189

³⁷⁴ Missliwetz/Ellinger, Recht für Aerzte und Medizinstudenten (1992) 126.

³⁷⁵ V.ö.: bírói gyakorlat ellentmondásai Mo.-n lásd bevezetőben; OGH 23.5.1984, 1 Ob 550/84 = VersR 1985, 1173.;Reischauer in Rummel, ABGB II 1298 §, 26.

³⁷⁶ OGH 23.5.1984, 1 Ob 550/84 SZ 57/98;OGH 26.4.1988, 4 Ob 531/88

³⁷⁷ Suppin,Aufklaerung i.m. 97.

³⁷⁸ OGH 23.5.1984, 1 Ob 550/84.

³⁷⁹ OGH 4.7.1991, 6 Ob 558/99; VersR 1992,1498.;Krücl ÖJZ 1983, 283.

³⁸⁰ Rebhahn in Schwimann , ABGB VI 1165 §, 22.

³⁸¹ OGH 4.7.1991, 6 Ob 558/91

³⁸² ismertetőjel

³⁸³ OGH 12.3.1991, 5 Ob 514/91 ; OGH 4.7.1991, 6 Ob 558/91 SZ 57/98 Lásd még EvBl 1993/3 ;Jb1 1992, 520. (Apathy)

³⁸⁴ BGE 117 II 256

Fontos megemlíteni ezen túlmenően, hogy nürnberg-fürthi tartományi bíróság egy döntése nyomán az orvosi műhiba következtében az érintett orvos deliktuális felelősséggel tartozik, a páciens pedig vagyoni és nem vagyoni / fájdalomdíj/ kártérítésre egyaránt igényt tarthat.³⁸⁵

*„Die Anforderungen an die ärztliche Sorgfaltspflicht lassen sich nicht endgültig festlegen; sie richten sich vielmehr nach den Umständen des Einzelfalles, namentlich nach der Art des Eingriffs oder der Behandlung, den damit verbundenen Risiken, dem Ermessensspielraum und der Zeit, die dem Arzt im einzelnen Fall zur Verfügung stehe, sowie nach dessen objektiv zu erwartender Ausbildung und Leistungsfähigkeit”.*³⁸⁶

A fenti indoklás a svájci Szövetségi Legfelsőbb Bíróság egyik ítéletének indoklásában hangzott el, és jól mutatja, azt az óvatosságot, amellyel a bíróság az orvosi gondossági kötelezettség kérdését megközelíti.

Összességében elmondhatjuk, hogy mind az osztrák illetve a német, mind a svájci bírói gyakorlat döntései azt mutatják, hogy az orvosi jog ill. az orvos-beteg jogviszony kapcsán megállapodott, cizelláltan kidolgozott törvényi háttér híján, mérsékelt állásfoglalásokat, visszafogott indoklásokat mernek csak megfogalmazni.

³⁸⁵ Landgericht Nürnberg-Fürth 22.09.1999, Az. 1 O 1562/99

³⁸⁶ „Az orvos gondossági kötelezettségével kapcsolatos elvárásokat nem tekinthetjük véglegesen megállapodottnak; az egyes helyzetekből fakadó körülmények, a beavatkozás és a kezelés illetve az ezekkel kapcsolatos kockázat, valamint az orvos mérlegelési és időbeni lehetőségeinek függvényei, mint, ahogyan szerepet játszik az orvos képzettsége és rátermettsége is.” Forrás: BGE 114 II 432

VI. AZ ORVOSI JOGVISZONY FELELŐSSÉGI HÁTTERE

Rudolf Jhering úgy fogalmaz: *”Minden jog ősforrása a bosszú”*. Az ősi társadalmakban a felelősség korlátlan és eredményfelelősség volt, a sérelmeket kezdetben a sértett vagy annak családja torolta meg (magánbosszú). Az ember elleni korlátlan erőszak szabályozott vagy korlátozott formája, az első deliktuális jogintézmény, a vérbosszú volt. Hosszú történeti fejlődés eredménye, míg a deliktuális felelősség szabálya meg tud szabadulni a büntetőjogi eredetétől.³⁸⁷

1. Előkérdés

Jogi értelemben a felelősség azt jelenti, hogy a társadalom által megkövetelt, és jogszabályokban rögzített egyes magatartásformákért, a társadalom tagjai általában számadással tartoznak, és annak következtében eseti alapon kötelesek saját magatartásuk következményeit is elviselni. Nincs ez másként a gyógyító tevékenység vonatkozásában sem. Korábban az orvost elsősorban természetfeletti ismeretekkel rendelkező és valamennyi élethelyzetben megbecsült, gyógyulást hozó személynek tekintették, addig ma elvárják tőle, hogy behatóan ismerje a jelenkor orvostudományát és a betegségek sokaságát, valamint azok formáit és a kezelésükre alkalmazható gyógyszerek, eljárások tömkelegét.³⁸⁸

Hasonlóképpen a rendelkezésre álló szakfolyóiratok, tudományos írások és a kezelési javaslatok átláthatatlan rengetegének ismerete is elvárásként jelentkezik az orvosokkal szemben. Így az orvosok betegekkel fenntartott kapcsolata – különösen a kórházakban és a klinikákon – nemcsak néha, hanem gyakorta sajnálatosan csekély mértékű. Nem véletlen, hogy a betegek döntő többsége a kórházi orvosok – és nem a házi orvosok – ellen fordul.

³⁸⁷ A taxált büntetési tételek helyett, a lex Aquilia vezet be újításokat, de a kártérítést, mint a büntetéstől fogalmilag különböző szankcióeszközt, nem ismeri. Bevezeti a *damnum* (kár) fogalmát, amiért okozója az eredményért és nem a *dolus* illetve *culpa* magatartásért felel. A jusztiniánuszi kodifikációban a tényállások köre különböző iniuriákkal (személysértés) szélesedett ki, végül már a szabad ember testére és vagyonára is kiterjedt. Ulpianus ír az *actio legis Aquiliae*-ről, a szabad embernek okozott testi sértésről, amelynek alapján megtérítették elsősorban a gyógyítási költségeket. Ld.: Földi András, Hamza Gábor: A római jog története és intézményei; Nemzeti Tankönyvkiadó, Bp. 1996, 568-569.

³⁸⁸ Vö.: Landi Balázs: Az orvos polgári jogi felelősségének kérdései, i.m., 2-5.

A tömegtájékoztatás, a betegbiztosítás és a jóléti kívánalmak hatására az orvos-beteg kapcsolat a lehető „legrealisztikusabb” alapra zsugorodott: „do, ut des”.³⁸⁹

A gyógyító orvosi tevékenységben gyakorlatilag minden beavatkozás kockázattal jár. A kockázat – általánosságban – valamely tevékenységgel, cselekvéssel együtt járó eredménytelenség, károsodás vagy veszély bekövetkezésének lehetőségét jelenti. Bármely, a tudomány állásának megfelelő, a szakma szabályai szerint végrehajtott orvosi beavatkozás is eredmény nélkül maradhat vagy éppen károsodást, veszélyt, legsúlyosabb esetben halált okozhat. Az orvosi beavatkozás tehát bizonyos kockázattal járhat még akkor is, ha az orvos a kívánt eredmény elérése érdekében mindent megtesz, és az orvosi foglalkozás szabályai szerint, a tőle elvárható gondossággal jár el.³⁹⁰

Napjainkban az orvosoknak, az egészségügyi dolgozóknak illetve szolgáltatóknak egyre inkább számolniuk kell azzal a lehetőséggel, hogy a beteg vagy hozzátartozója, ha nem elégedett az ellátással, bíróság előtt keresi az igazát. Az egészségügyi szolgáltatókkal szemben indult kártérítési eljárások száma az elmúlt időszakban kétségtelenül jelentősen megemelkedett. Hangsúlyozandó azonban, hogy az orvos felelősségét kizáró és a beteget terhelő kockázat körébe nem vonható az olyan orvosi tevékenység, amely a jogi megítélés szempontjából, foglalkozása körében gondatlanság formájában áll fenn. Az ilyen esetekben nem a beteg viseli az abból eredő kárt, ezért az nem hárítható át rá. A kérdésben a Legfelsőbb Bíróság állásfoglalása egyértelmű: *"A beteget terhelő kockázatnak ugyanakkor csak az tekinthető, amely a hibamentesen, a szakma szabályai szerint elvégzett beavatkozás ellenére következett be."*³⁹¹

Némileg ezt támasztja alá a hippokratészi eskü szövege³⁹² is, melynek nyomán korunk orvosának mindig képesnek kell lennie arra – különösen a speciális vizsgálatok és kezelési eljárások használatánál –, hogy a számba jöhető kockázatokat sorra vegye; folyamatosan mérlegelni kell, hogy a „kierőltetett gyógyulást” nem árnyékolja-e be túl magas kockázat.

³⁸⁹ Ld.: Landi Balázs: Az orvos polgári jogi felelősségének kérdései, i.m., 5.

³⁹⁰ Ld. BH 1990/7.sz.275 Különösen érvényesül ez a kórház rossz közegészségügyi körülményei következtében felmerült kár esetén (Legfelsőbb Bíróság Pf. III. 20 359/1991.sz) valamint a nem steril kórházi körülmények következményei esetén (Fővárosi Bíróság 41. Pf. 21 391/1986.sz) ;Nem érvényesül azonban, ha az orvos munkakörétől függetlenül szívességből nyújt gyógyító tevékenységet.(Legfelsőbb Bíróság Pf. V. 20 063/1995.sz.)

³⁹¹ Ld.: Sótonyi Gergely: A beavatkozó orvostól elvárható felelősség; LAM; 2006/7. szám; 1-3.

³⁹² „[...] Bármely házba lépek is be, azért megyek oda, hogy hasznára legyen a betegeknek, tartózkodva minden szándékos jogtalanságtól és kártevéstől. [...]"

Az orvosi felelősség kapcsán kiindulópontként le kell szögezni, hogy az orvosi tevékenység céltudatos, magas fokú szaktudást igénylő, a társadalomtól elválaszthatatlan, jogi jelentőségű, emberi munka. Tárgya az emberi szervezet működése, és ezáltal a legközvetlenebbül és legmélyebben hatol az egyén, a személyiség érdekszférájába. Az orvos ténykedéséért mindenkor felelősséggel tartozik.

A felelősség általánosságban a társadalom védekezése, a társadalmi érdekekkel ellentétes helyzetekkel, illetve magatartásokkal szemben. Az orvosnak a tevékenységét az orvosi foglalkozás szabályainak megfelelően és ezek alapján kell végeznie. Amennyiben foglalkozásának valamely általános vagy írott, akár szakmai, akár jogi szabályát megszegi, valamely kötelezettségét egyáltalán vagy nem megfelelő módon teljesíti, illetve jogaival visszaél, felelősséggel tartozik. Az orvosi hivatás gyakorlója a társadalom minden tagjára vonatkozó etikai és jogi normákon túl az orvosi foglalkozásra érvényes normáknak is köteles eleget tenni. Ennek megfelelően az orvos felelőssége etikai, munkajogi, polgári jogi, szabálysértési és büntetőjogi téren áll fenn. Azok ismerete az orvosi működés zavartalanságát biztosító feltételek egyik fontos elemét képezik.³⁹³

Az egészségügyi szolgáltatókkal szemben indított kártérítési perekben ma már egyre gyakrabban igen magas (több tízmilliós) kártérítési összegeket ítélnek meg a bíróságok, amelyeket legtöbbször magának az egészségügyi szolgáltatónak kell kifizetnie. Ez a helyzet az egészségügyi szolgáltatók gazdálkodását természetesen kedvezőtlenül befolyásolhatja. A bírói gyakorlat a legnagyobb gondosságot, mint elvárhatósági mércét alkalmazza az orvosokkal szemben indult kártérítési felelősséggel kapcsolatos perekben, ez pedig az általános szabályok szerinti elvárhatóságnál szigorúbb feltétel. Az orvosnak tehát nem elég bizonyítania, hogy az általános szabályok szerint gondos volt, hanem azt is igazolnia kell, hogy ez a gondossága megfelelt a legnagyobb gondosság követelményének is.³⁹⁴

³⁹³ Ld.: Sótonyi Péter (szerk.): Orvosi felelősség, Semmelweis Kiadó, Bp. 2006, 3-4.

³⁹⁴ A Magyar Orvosi Kamara hivatalosan azokról az esetekről tud, amelyekben fegyelmi, bírósági, így etikai eljárás is indul. E szerint évente ezerötven-kétezer kisebb-nagyobb hiba történik, ez elenyésző az évi 180 millió orvos-beteg találkozéhoz képest. Magyarországon a gyógyszer-mellékhatások, rosszul adagolt gyógyszerkezelések okozta halál sem szerepel a statisztikákban, holott például az Egyesült Államokban ez a negyedik halálok. Ezek hátterében sokszor az áll, hogy a beteg több orvoshoz is elmegy, és párhuzamosan szedi a felírt orvosságokat. Forrás: Dobozi Pálma, Rovó Attila: A műhibák számáról csak becslés van, in: Magyar Hírlap, 2004.09.17.

Született már olyan ítélet, amely az egészségügyi szolgáltatás esetén is a „veszélyes üzem” felelősséget alkalmazta³⁹⁵, ami még a „legnagyobb gondosságnál” is szigorúbb, közelít az „objektív felelősséghez”. Várható, hogy a gyógyításban egyre terjedő műszaki eszközök miatt ezt a felelősségi formát egyre gyakrabban alkalmazzák majd.³⁹⁶

Az orvos, egészségügyi intézmény felelősségének jellemzői:

- Az alkalmazott orvos felelőssége korlátozott, helyette az intézmény (szolgáltató) perelhető.
- Az orvos pénzügyi felelőssége gondatlanság esetén is csak max. 6 havi átlag keresetig terjedhet ki.

A megítélt kártérítési összegek jelentősen emelkednek a korábbiakhoz képest. Agykárosodott gyermek részére született már 8-10 millió nem vagyoni kártérítésről is ítélet. A perben érvényesíthető valamennyi vagyoni és nem vagyoni kártérítést és késedelmi kamatait figyelembe véve pedig már léteznek ítéletek, amelyek például agykárosodott gyermek vagy súlyos gerincsérült beteg esetében 20-30 millió forintról és további havi 150–250 ezer forint jövőben fizetendő járadékról szólnak. Nemrég hirdette ki a bíróság (igaz még csak első fokon) azt az ítéletet, amelynek összege az ítéletben szereplő valamennyi kártérítési tétel és késedelmi kamatai alapján 49 millió forint, amely az általunk ismert gyakorlatban az orvosi mulasztással kapcsolatos perekben a legmagasabb összeg.³⁹⁷

A magyar jogban az 1900. évi Polgári Törvénykönyv Tervezet 177. §-a alapján ítélték meg a műhibákat, mely kimondta, hogy aki másnak a jog által védett valamely érdekét jogellenesen és vétkesen megsérti, a sértettnek ebből eredendő kárát megtéríteni tartozik. Ezt kiegészítette az a magánjogi elv, miszerint, aki kötelességének bármilyen irányú megszegése által kárt okoz, kártérítési kötelezettséggel tartozik.³⁹⁸

³⁹⁵ Legfelsőbb Bíróság Pf. III.20.008/1991. ítélete. In: Köles Tibor. Orvosi műhibaperek i.m. 25.

³⁹⁶ Plasztikai és fogászati beavatkozásoknál több ítéletben az orvos és beteg közötti jogviszonyt vállalkozásként értelmezték, ami azt jelenti, hogy az orvos az eredményért vállal felelősséget és nem azért, hogy az eredmény érdekében a legnagyobb gondossággal jár el. Lásd később.

³⁹⁷ Vö.: Simon Tamás: Felelősségbiztosítás az egészségügyben, LAM 2002;12(9):601-603.

³⁹⁸ A gyakorlatban mégis a vétkesség és az okozati összefüggés bizonyítása jelentette a legnagyobb nehézséget. A bizonyítási teher a betegre hárult, ugyanakkor német mintára az exculpációs bizonyítás kérdése is felvetődött, vagyis az orvosnak kellett bizonyítani, hogy az elvárhatóságnak megfelelően járt el.

A gyógyítás kockázatából adódóan az orvost csak vétkesség esetén vonták felelősségre, hiszen a vétkes magatartás következményeit a beteg viselte. A bírósági gyakorlat az 1930-as évekre felismerte, hogy a beteg "*bizonyítási szükséghelyzetben*" van, a kezelés ugyanis tanúk nélkül zajlik, és a beteg sem tud megfigyeléseire támaszkodni, nem mindig van erre alkalmas állapotban. A jog a beteg segítségére sietett, és méltányossági alapon lehetőség volt a ténybizonyítás helyett a valószínűségi bizonyításra. Ugyanakkor a gyógyító eljárás sikerének az elmaradása önmagában nem alapozta meg az orvos felelősségét. A valószínűsítéssel szemben az orvos "ellenvalószínűsítéssel" élhetett, neki sem kellett a tényeket bizonyítani, elég volt azok valószínűségét igazolnia.³⁹⁹

Az utóbbi évtizedekben Magyarországon is megszorodtak az orvosok és az intézmények ellen indított felelősségi perek. Ennek oka lehet, hogy az utóbbi években – diagnosztikus és terápiás célból is – hatalmas mértékben megnőtt a testbe behatoló (invazív) beavatkozások száma, ami növeli a kockázatot. Ma már a legbonyolultabb beavatkozások is a klinikai hétköznapok rutinműveleteivé váltak, így akár az orvos legcsekélyebb gondatlansága, akár egy műszaki eszköz üzemzavara is katasztrófához vezethet.

Mindemellett megnőtt az úgynevezett kórházi (nozokomiális) fertőzések száma is. Becslések szerint az USA-ban évente kb. 80. 000 ember hal meg hasonló fertőzések következtében. Ezért úgy tűnik, széleskörű társadalmi kontrollnak a szükségessége látszik felmerülni, még ha az orvosok többsége a szakmai integritásuk elleni támadásnak minősíti ezt a fajta ellenőrzést. Ami korábban csupán orvos-szakmai problémaként jelentkezett, az a szélesebb társadalmi kontroll következtében az egyén döntését igénylő kérdéssé vált. Ez természetesen nagyon megnehezíti az orvos munkáját, mert egyrészt a beteggel történő kommunikáció hosszú időt igényel, másrészt ebben a rendszerben nyíltan megjelenik a beteg döbbenete, kérdései, félelmei, aminek következtében nehezen megválaszolható problémák kerülhetnek szóba, s a hiba természetszerűen hamarabb kiderül.⁴⁰⁰

³⁹⁹ Ld.: Váradi Éva: Az orvos polgári jogi felelőssége, tanulmány, Bp. 2006, 2-5.

⁴⁰⁰ Ez a szemlélet az ún. defenzív szemlélet, amely etikai, orvosi és gazdasági szempontból egyaránt káros lehet, mivel a defenzív orvos az egyes diagnosztikai és terápiás vizsgálatokat nem a beteggel együtt dönti el, a beteg érdekében, hanem azért, hogy kimerítve ezzel a kezelési repertoárt, ne hagyjon kétséget szakmai képességei felől. Ld. még: Váradi Éva: i.m. 5.

A hazai joggyakorlat szinte csak a gondosságot kéri számon az orvoson, mivel az eredményfelelősséget szinte lehetetlen megállapítani, még a legegyszerűbb rutin eljárásnak tűnő beavatkozás kapcsán fellépő károsodások esetén sem. A jogalkalmazók számára ugyanis nincs standard, amihez képest megállapítható lenne a gondosság megsértése.

Ami azonban tény, hogy a betegségek nagy részénél ma még senki sem garantálhatja a biztos gyógyulást, sőt, az egyedi "biológiai" állapot következtében még egy látszólag banálisnak látszó fertőzés is végzetes lehet. Ezek tekintetében az eredményfelelősség terhe melletti beavatkozások körének meghatározása kizárólag az orvosok feladata lehet, hiszen e minimumkövetelmények felállítása kizárólag szakmai kautélákon alapulhat. Ez az a teher, amivel az orvostársadalom nehezen tud megbirkózni, és ami miatt állandóan defenzívába kényszerül, ami végül is megronthatja a az orvos-beteg kapcsolatot, ennek folyományaként pedig az ellátás minőségét.

2. A felelősségi rendszerek kialakulása az egészségügyben

Mint az korábban rögzítésre került, Magyarországon a kiegyezést követően az orvosi jog átfogóbb és szakszerűbb szabályozásában kiemelkedő szerepe volt annak, hogy a belügyminiszter⁴⁰¹ (akihez az egészségügy is tartozott) felismerte a szakmai véleményezés szükségességét, így a kor neves orvosaiból létrehozott egy bizottságot, amelynek feladata az volt, hogy megalkosson egy tervezetet „a közegészségi és orvosi ügy rendezése tárgyában” címmel.

Ez alapján a király 1868-ban kinevezte az Országos Közegészségi Tanács tagjait – amely a mai Egészségügyi Tudományos Tanács elődjének tekinthető – akik azonnal megkezdték munkájukat, és működésük során számos jelentős javaslattal⁴⁰² segítették az orvosi jog fejlődését.⁴⁰³

⁴⁰¹ Név szerint Wenckheim Béla

⁴⁰² Pl.: elmeegógyintézetek felállításáról, bábaképzésről, lelenházak létesítéséről, egy magyar gyógyszerkönyv kidolgozásáról; Lásd: Magyary-Kossa Gyula: i.m.; 150.

⁴⁰³ Ld.: Barzsó Dávid: Az orvos tájékoztatási kötelezettsége és az informed consent; i.m. 10-11.

A fenti folyamatnak is köszönhetően születhetett meg 1876-ban az a törvénycikk⁴⁰⁴, amely elsőként rendezte átfogóan az egészségügy helyzetét, kibővítette az Országos Közegészségi Tanács jogkörét (így az már orvosi műhibaperek esetében is közreműködött), valamint rendelkezett az orvos felelősségéről is: „*A gyakorlatra jogosított orvos a gyógy mód alkalmazásában nem korlátoltathatik, működésére nézve azonban az állam ellenőrzése alatt áll, és az általa elkövetett műhibákért felelős.*”⁴⁰⁵

Az orvos felelősségével kapcsolatos ügyek számának szaporodását jelzi, hogy később – már az igazságügy-miniszter fennhatósága alatt – külön testületet hoztak létre Igazságügyi Orvosi Tanács néven az orvosi műhibák véleményezése céljából⁴⁰⁶. Ám fontos megjegyezni, hogy ekkoriban még csak az orvos büntetőjogi felelősségéről volt szó a bíróságok előtt, a magánjogi perek száma elenyésző volt, így a jogirodalom is főként avval foglalkozott (.

Az első olyan könyv, amely külön foglalkozik az orvos polgári jogi felelősségével – habár még mindig főként a büntetőjogi vonalat tárgyalja – csak 1938-ban jelenik meg⁴⁰⁷, és szerzőinek megállapítása szerint a 30-as években szinte alig folyt orvos ellen magánjogi per. Ez nem is meglepő, hiszen az első olyan jogszabály amely külön cím alatt foglalkozik az orvos jogaival, kötelességeivel és felelősségével, csak 1936-ban jelenik meg⁴⁰⁸, és ez is kizárólag a gyógy mód-választási szabadságról, a titoktartási és adatszolgáltatási kötelezettségről szól egy-egy mondatban, míg az orvos büntetőjogi és magánjogi felelősségének kérdését egyszerűen az általános jogszabályok körébe utalja.

Az előbb említett könyv érdekessége, hogy ebben található először feljegyzés hazai, tájékoztatással kapcsolatos bírói ítéletről⁴⁰⁹ (amely 1936-ban született a budapesti királyi törvényszéken), valamint hogy a szerzőpáros szerint ebben az időszakban „*az orvos felvilágosítási, illetve figyelmeztetési kötelezettsége olyan általános elvvé fejlődött, hogy ma már az orvos minden művi beavatkozása előtt úgynevezett műtéti nyilatkozatot vesz ki a betegétől.*”

⁴⁰⁴ 1876. évi XIV. törvénycikk a közegészségügy rendezéséről

⁴⁰⁵ A 47. § többek között azért is jelentős, mivel itt jelenik meg először Magyarországon a „műhiba” kifejezés, amely a német Kunstfehler tükörfordítása, és nem sokkal korábban Virchow használta először.

⁴⁰⁶ 1890. évi XI. törvénycikk az igazságügyi orvosi tanácsról.

⁴⁰⁷ Kassai Béla, Szőke Sándor: Az orvos felelőssége, 1938.

⁴⁰⁸ 1936. évi I. törvénycikk az orvosi rendtartásról

⁴⁰⁹ Itt orvost nem a beletört varrótú miatt marasztalták, hanem azért, mert ennek kockázatáról nem tájékoztatta előzetesen a beteget. Lásd: Kassai Béla, Szőke Sándor: i. m.

A könyv külön fejezetet szentel az Igazságügyi Orvosi Tanácsnak, amelynek véleménye polgári perekben – kizárólag orvosokból álló bizottság révén rendszerint az alperes helyzetét erősítve – „*az esetek túlnyomó többségében szinte az ítélet erejével hat.*” Ez a helyzet az IOT utódjának, az Egészségügyi Tudományos Tanácsnak 1951-es létrehozásával⁴¹⁰, és annak Igazságügyi Bizottságának 1954-es kialakításával csak tovább fokozódott.

Mindezekén túl a magyar orvosi karnak közel félévszázados törekvése volt az, hogy törvényes érdekképviselőt nyerjen (Intézményesen már a Magyar Orvosok és Természetvizsgálók 1888. évi tátrafüredi vándorgyűlése óta). Az ezt követő újabb törvények, így az országgyűlés felsőházáról szóló 1926:XXII. tc., a közigazgatás rendezéséről szóló 1929:XXX. tc. és a Budapest székesfőváros közigazgatásáról szóló 1930:XVIII. törvénycikk a törekvés gyakorlati megvalósítását kilátásba helyezték, amennyiben az orvosi érdekképviselő szerveként csak ideiglenesen, az orvosi kamarák felállításáig ismerték el a Magyar Országos Orvosszövetséget.

2.1. A gyógyszerkísérletekre vonatkozó speciális felelősségi szabályok

Nem véletlen, hogy az orvostudományi kutatás alapelveit először a II. világháború után a háborús bűnösök felelősségre vonása során állapították meg. A korábban már említett Nürnbergi perben hozott ítéletek indoklásában alkalmazott okfejtésekből jött létre a Nürnbergi Kódex 1947-ben. A Nürnbergi Kódexben megfogalmazott négy legfontosabb alapelv a következő: az autonómia elve (a kutatásban részt vevő személy szabad akaratából történő beleegyezése a rajta végzett kutatásba), a közjó elve (a kutatás a társadalom jólétét szolgálja, a kockázatok nem haladhatják meg a kutatásból származó előnyöket), a tudományosság elve (kutatást csak szakmailag kompetens személy végezhet, a szakmai-tudományos szabályok betartásával) és már a hippokratészi esküben is megfogalmazott „nem ártani” elve.⁴¹¹ Az egészségügyi beavatkozások esetén az érdekeltnek szabad és tájékozottságon alapuló (tájékoztatást kapott a beavatkozás céljáról és természetéről, valamint következményeiről és kockázatairól) beleegyezését kell adnia, kifejezett, célzott és írásos formában, amely beleegyezését bármikor szabadon visszavonhatja.⁴¹²

⁴¹⁰ Az átalakulás érdekessége, hogy az IOT-ról szóló törvényt egy rendelet (172/1951. (IX. 16.) MT rendelet) helyezte hatályon kívül, majd egy másik (193/1951. (XI. 10.) MT rendelet) hozta létre az ETT-t.

⁴¹¹ Dr. Gyöngyösi Zoltán: Az élet és test feletti rendelkezések joga, HVG-ORAC Lap- és Könyvkiadó Kft., Budapest 2002

⁴¹² Az Európa Tanácsnak az emberi lény emberi jogainak és méltóságának a biológia és az orvostudomány alkalmazására tekintettel történő védelméről szóló, Oviedóban, 1997. április 4-én kelt egyezménye: Egyezmény az emberi jogokról és a biomedicináról, 16. cikk V.

A kutatásban részt vevő személyek minden befolyástól mentesen, szabad akaratukból kell, hogy a beleegyezésüket adják a beavatkozáshoz. Ennek során a Helsinki Nyilatkozat értelmében kiemelten figyelembe kell venni a gazdasági vagy egészségi szempontból kiszolgáltatott helyzetű egyének szabad véleménynyilvánítását, valamint megfelelő védelmet kell biztosítani azoknak, akik nem képesek szabad beleegyezésüket adni a kutatáshoz vagy valamilyen okból nem tudják azt visszautasítani, illetve azoknak, akik szabad véleményük kinyilvánításában korlátozva vannak (pl. katonai szolgálat vagy szabadságvesztés letöltésének idején), akik nem részesülnek személyesen a kutatás eredményének hasznaiból, illetve akik esetében a kutatás egészségügyi ellátásukhoz kapcsolódik.⁴¹³

A befolyásolásra érdekes példát hozott fel Magyarországon Dr. Gachályi Béla, a Haynal Imre Egészségtudományi Egyetem klinikai farmakológiai részlegének vezetője.⁴¹⁴ Abban az időben, amikor a Semmelweis Orvostudományi Egyetemen oktatott, kísérletképpen felajánlották a negyedéves hallgatóknak egy hónappal a vizsga előtt, hogy vegyenek részt egy gyógyszer kipróbálásában. Ekkor a hallgatók 99%-a jelentkezett. Ellenőrzésképpen a vizsga után is megkérdezték ugyanazokat a hallgatókat. A vizsga után nem volt egy jelentkező sem a vizsgálatra.⁴¹⁵ Ugyanilyen módon nem lehet befolyásmentesnek tekinteni az orvos-beteg kapcsolatot sem, mert általánosságban a betegek az orvossal való feltétlen együttműködésüktől várják a gyógyulásukat. Már a Helsinki Nyilatkozat is említést tesz róla, hogy ha a kutatásban részt vevő az orvossal szemben alárendelt helyzetben érezheti magát, beleegyezését a rajta végzett kutatásba független orvosnak kell megszerezni.⁴¹⁶ Ehhez a ponthoz kapcsolódóan további követelmény, hogy a beleegyezésnek kifejezettnek, célzottnak és írásosnak kell lennie.

Kifejezettnek, azaz a kutatás alanyának saját szándékával kell akarnia a részvételét a kutatásban, célzottnak kell lennie, azaz adott meghatározott kutatáshoz kell a beleegyezését adnia, amelyről megfelelően tájékoztatták. Az írásbeliség követelménye azt jelenti, hogy lehetőség szerint írásban kell megadnia a vizsgálatba bevont személynek a beleegyezését.

⁴¹³ Az Orvos-Világszövetség Helsinki deklarációja. (World Medical Association Declaration of Helsinki) Etikai irányelvek az embereken történő orvosi kutatások terén, 1964, Helsinki, A. 8.

⁴¹⁴ Ld.: Dalmay Klára: Az emberen végzett orvostudományi kísérletek jogi szabályozása, Tanulmány, Budapest 2005, PPKE-JÁK

⁴¹⁵ Nagy Gábor: Az emberi tényező, Gyógyszerkísérletek Magyarországon, HVG, 1998. október 31., 71-75. old.

⁴¹⁶ Az Orvos-Világszövetség Helsinki deklarációja. (World Medical Association Declaration of Helsinki) Etikai irányelvek az embereken történő orvosi kutatások terén, 1964, Helsinki, B. 23.

Amennyiben azonban a beteg állapota vagy más körülményei ezt nem teszik lehetővé, nagyon körültekintően kell eljárnia az orvosnak, hogy a beteg jogai ne sérülhessenek: a szóban történő beleegyezést formálisan is dokumentálni és tanúkkal hitelesíteni kell⁴¹⁷ (a cselekvőképetlen személyekre vonatkozó alapelveket a későbbiekben tárgyalom, a fenti kitétel a cselekvőképes, de írásos hozzájárulást adni nem képes személyek beleegyezésére vonatkozik). Nagyon fontos kritérium még, hogy a kutatásban részt vevő beleegyezését bármikor azonnali hatállyal visszavonhatja, minden következmény nélkül és akár szóban is. Az erkölcsi normáknak nem csak a kutatás időszakában kell érvényesülniük, hanem az erkölcsi normáknak kell szabályozniuk a kutatás során nyert eredmények alkalmazását is.⁴¹⁸ A Helsinki Nyilatkozat a kutatási eredmények publikálása tekintetében megállapítja, hogy a kutatási eredményeket objektív módon kell közölni akár hatékonyan és biztonságosan bizonyult a vizsgált eljárás, akár nem. Ezen kívül fel kell tüntetni a kutatás szponzorát és a kutatást végzők egyéb érdekkapcsolatait. Annak érdekében, hogy még inkább ösztönözze a kutatókat a nemzetközi alapelvek betartására azokban az országokban is, ahol ezt a helyi szabályozás nem követeli meg, meghatározza a Nyilatkozat, hogy csak olyan kutatások eredményei publikálhatók, amelyeket a Nyilatkozat alapelveivel összhangban végeztek, tehát neves szaklapok nem fogadnak el közlésre etikai szempontból vitathatóan végzett kutatásokról szóló cikkeket.

Bizonyos fajta publikálásnak tekinthetjük a gyógyszerek engedélyezésére felhasznált ún. törzskönyvi dokumentáció benyújtását is az engedélyező hatóságokhoz. Az ilyen dokumentáció értékelése során kiemelt szerephez jut az adatok hitelessége, megbízhatósága és az adatok reprodukálhatósága. Az Egyesült Államokban a 80-as években a gyógyszer-törzskönyvező hatóság megalkotta a kutatás alanyainak védelmét és a nyert adatok hitelességét és megbízhatóságát egyaránt tekintetbe vevő GCP-t (Good Clinical Practice – Helyes Klinikai Gyakorlat), amely a vizsgálati készítmények klinikai vizsgálatának végzésével szemben támasztott, általánosan megfogalmazott követelményrendszer. Az Egyesült Államok, az Európai Unió és Japán az ICH (International Conference on Harmonization – Nemzetközi Harmonizálási Konferencia) keretén belül 1996-ban léteztették a GCP harmonizált változatát annak érdekében, hogy a gyógyszerkutatások eredményei mindegyik országban elfogadhatóak legyenek. Magyarországon a Helyes Klinikai Gyakorlat elveinek betartása 1993-tól ajánlott, 1994-től pedig kötelező.⁴¹⁹

⁴¹⁷ Az Orvos-Világszövetség Helsinki deklarációja. (World Medical Association Declaration of Helsinki) Etikai irányelvek az embereken történő orvosi kutatások terén, 1964, Helsinki, B. 22.

⁴¹⁸ Giovanni Paolo II: Az Olasz Belgyógyászati Társaság és az Olasz Általános Sebészeti Társaság képviselőihez írt körlevél, 1980. október 27., 3. pont

⁴¹⁹ Dr. Borvendég János: Gyógyszer-klinikai vizsgálatok Magyarországon, Gyógyszereink 48., 1998, 136-140. old.

A hatályos egészségügyi törvény szerint orvostudományi kutatásnak minősül különösen a diagnosztikus, terápiás, megelőzési és rehabilitációs eljárások tökéletesítésére, új eljárások kidolgozására, valamint a betegségek kóroktanának és kórlefolrásának jobb megértésére irányuló, a genetikai, az élő emberből vagy halottból eltávolított sejtekkel, sejtalkotórészszel, szövettel, szervvel, testrésszel végzett, az epidemiológiai, a közegészségügyi-járványügyi érdekből végzett, az orvostechnikai eszközök klinikai vizsgálatára és hatásosságának bizonyítására végzett, az ivarsejten, embrión végzett kutatás. Kutatást csak engedély alapján, az abban foglalt feltételek szerint lehet végezni.

Az 1998. évi XXV. törvény – Az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerekről kimondja a kutatásra vonatkozó része alapján a klinikai vizsgálati készítmény klinikai vizsgálatához a törvény szerinti hatóságnak az Egészségügyi Tudományos Tanács szakmailag illetékes kutatóetikai bizottsága egyetértésével kiadott engedélye is szükséges. A klinikai vizsgálatot engedélyező hatóság az engedély kiadása előtt a benyújtott dokumentáció alapján megvizsgálja, hogy a lefolytatandó klinikai vizsgálat megfelel-e a vizsgálat tárgyi és személyi feltételeit meghatározó jogszabályi követelményeknek.

A vizsgálatok végzésének és ellenőrzésének szabályait, a klinikai vizsgálat iránti kérelemhez benyújtandó dokumentáció körét, valamint a kutatóetikai bizottság illetékességét külön jogszabály állapítja meg. A klinikai vizsgálat engedélyezési eljárásának időtartama a kérelem benyújtását követő 60 nap, ezen belül az etikai jóváhagyás elkészítésének határideje legfeljebb 42 nap.

A gyógyszerre mint különleges árura, amely a közegészség megóvására, javítására szolgáló termék, döntő mértékben speciális szabályok vonatkoznak, a gyártásra, a forgalomba hozatalra és a kiszolgálásra egyaránt. Nem kivétel ez alól a gyógyszerek reklámozására irányadó szabályozás sem. Az Unió már 1992 óta speciális, szigorúbb szabályokat ír elő a gyógyszerek reklámozására, illetve ismertetésére nézve. A gyógyszerellátást végző szakemberek részére végzett, a gyógyszerekről szóló információt biztosító tevékenységet gyógyszerismertetésnek nevezzük. Az e tevékenység folytatásával, korlátozásával és szakmai ellenőrzésével kapcsolatos szabályokat eddig miniszteri rendelet rögzítette, a gyógyszerismertetés alapelemeit most törvényi szintre javasolja emelni a törvényszöveg.

3. Magánjogi kárfelelősség a bírói gyakorlat tükrében

A hatályos szabályok szerint amennyiben valamely vagy esetleg több orvosi kezelés hibás vagy késedelmes volt és ettől számítva 5 év még nem telt el, akkor a beteg polgári pert indíthat a gyógykezelést végző intézmény ellen. A betegnek egy esetleges perben azt kell bizonyítania, hogy a jelenlegi állapota és az azt megelőző hibás orvosi intézkedések között okozati összefüggés van. Ezt célszerű előzetesen orvos szakértővel tisztázni. A per a Ptk. alapján dől el. A Ptk. 339. § (1) alapján aki másnak jogellenesen kárt okoz, köteles azt megtéríteni.

Az egészségügyi intézmény illetve a házi orvos akkor mentesül a felelősség alól, ha bizonyítja, hogy úgy járt el, ahogy az az adott helyzetben általában elvárható. Kártérítés címén a károkozó körülmény folytán a károsult vagyonában beállott értékcsökkenést és az elmaradt vagyoni előnyt, továbbá azt a kárpótlást vagy költséget kell megtéríteni, amely a károsultat ért vagyoni és nem vagyoni hátrány csökkentéséhez vagy kiküszöböléséhez szükséges.⁴²⁰

A kimentési lehetőségek korlátozott száma ellenére, találunk példát a bírói gyakorlatban az egészségügyi intézmény kárfelelősség alóli mentesülésére.

A tényállás alapján R. Katalint terhességgel 1993. július 30-án 15 óra 15 perckor vette fel az I. r. alperes szülészeti osztálya megindult szüléssel, és fél órán belül megszületett a gyermek. Az édesanya rosszulletekről panaszkodott. A beteg augusztus 6-án nulla óra harminc perckor meghalt.

Az I. r. alperes kártérítő felelőssége tekintetében a jogerős ítélet álláspontja az volt, hogy a néhainál a szülést követően a lepényrész visszamaradása (cotyledo retentio) nem állapítható meg. Mindezek alapján nem látta bizonyítottnak a felperesnek azt az alapvető tényállítását, hogy a szülést követően a lepényrész visszamaradását nem ismerték fel és emiatt nem megfelelő gyógykezelésben részesítették a néhait.

Ugyancsak a szakértői vélemények alapján nem látott lehetőséget egyik alperes tekintetében sem a jogerős ítélet, a kárfelelősség megállapítására azon az alapon, hogy a néhainál ténylegesen kialakult és a halálhoz vezető betegséget az ún. HELLP szindrómát nem ismerték fel, függetlenül attól, hogy 1993-ban ez ismert kór volt-e.⁴²¹

⁴²⁰ Ld.: Balázs Péter, Sztrilich András: i.m. 125-127.

⁴²¹ Legfelsőbb Bíróság Pfv.X.22.548/2000

Fontos annak hangsúlyozása, hogy az orvos polgári jogi felelősségének megítélése általában az egyes polgári jogi törvénykönyvekbe foglalt általános kártérítési rendelkezésekre figyelemmel történik, melyek többsége a vétkességi elven alapul. Ennek megfelelően: a károsult (beteg) a károkozóval (orvos) szemben érvényesítheti kártérítési igényét, amennyiben a törvényileg meghatározott felelősségi előfeltételek (a kár, az okozati összefüggés, a jogellenes magatartás, a felróhatóság) kivétel nélkül fennállnak.⁴²²

Az orvos felelősségének alapja "az általában elvárhatóság". Minden beteget – az ellátás igénybevételének jogcímére tekintet nélkül – az ellátásában részt vevőktől elvárható legnagyobb gondossággal, valamint a szakmai és etikai szabályok, illetve irányelvek betartásával kell ellátni. Ennek megfelelően a kártérítési jogvitákkal kapcsolatban az adott ügy elbírálásánál azt kell vizsgálni, hogy eljárása megfelelt-e az elvárható legnagyobb gondosságnak, ugyanis ennek elmaradása minősül az orvossal szemben a jogi megítélés szempontjából felróható magatartásnak. A károsultnak kell bizonyítania a jogellenességet, a kárt, az okozati összefüggést a magatartás és a kár között. Ezzel szemben a károkozónak azt kell bizonyítania, hogy a legnagyobb gondosságnak és körültekintésnek eleget téve járt el. Ha például a műtét során a műtéti szövődmények fokozott veszélyével kell számolni, kellően gondos eljárás mellett elvárható, hogy a műtétet végző orvos ezek felderítésére és következményeinek elhárítására különös figyelmet fordítson.⁴²³

Nem csak orvos lehet a kár okozója: a kártérítési szabályok az ápolószemélyzet által okozott kárra, valamint a nem megfelelő gyógyszerkészítmények használatával kapcsolatos kárra is vonatkoznak. Jóllehet az ún. "műhibaperek" általában az orvosok tevékenység miatt indulnak, általánosságban ide tartozik minden olyan károkozás, amely valamilyen módon kapcsolódik a gyógyítási tevékenységhez és e körben okozati összefüggés áll fenn a károkozó magatartás és a kár között.⁴²⁴

⁴²² Az orvos polgári jogi felelősségének törvényi alapjait hazánkban már az 1876. évi XIV. törvénycikk - A közegészségügy rendezéséről rögzítette, hiszen 47. §-a kimondja, hogy: „a gyakorlatra jogosított orvos a gyógy mód alkalmazásában nem korlátozható, működésére nézve azonban az állam ellenőrködése alatt áll, és az általa elkövetett műhibákért felelős.” Az 1928. évi magánjogi törvényjavaslat 1709.§-a mindezt még azzal egészítette ki, hogy: „Aki másnak jogvédelem érdekében és vétkesen bárcsak közvetve is megsérti, köteles a másiknak – a sértettnek – ebből eredő kárát megtéríteni. Ugyanez a kötelezettség terheli azt is, a ki a jóerkölcsbe ütköző módon másnak szándékosan kárt okoz.”

⁴²³ Vö.: Balázs, Sztrilich, i.m.: 125-127.

⁴²⁴ Ld. Jobbágyi Gábor: Az orvos polgári jogi felelősségének újabb kérdései i.m.; 94. és Gschnitzer – Faistenberger – Barta – Eccher: : Österreichisches Schuldrecht, Besonderer Teil und Schadenersatz, 2.Auflage, 1988., 487.

A kártérítési jog egész fogalomrendszerét sajátos megvilágításba helyezi az az eset, amikor az egészségügyi szolgáltató valamely mulasztása következtében a kár „egy gyermek képében” jelenik meg. Ha a mulasztás következtében fogyatékos gyerek születik, kártérítési jogi szempontból valamivel talán egyszerűbb a helyzet, bár itt is alapvető erkölcsi kérdéseket kell átgondolnunk a megoldás keresése során. Az igazi jogi-erkölcsi problémát azonban az jelenti, ha egy életerős, egészséges gyermek megszületése miatt kívánják a szülők kártérítési igényüket bíróság előtt érvényesíteni. Abban az esetben, ha egy egészséges gyermek megszületése a „kár”, értelemszerűen a szülők léphetnek fel kártérítési igénnyel (az angol nyelvű szakirodalomban wrongful pregnancy vagy wrongful conception), míg ha fogyatékos gyermek születik, akkor mind a szülők (wrongful birth), mind a gyermek (wrongful life) részéről felmerülhet kártérítési igény.

Ha ilyen esetben mind a szülő, mind pedig a gyermek kártérítési igénnyel él, akkor elsősorban a gyermek követelése aggályos. Ha megítélnék neki a kártérítést, ez azt jelentené, hogy a bíróság elismerné az egyénnek a saját élete kioltására való igényét. Ebből a megfontolásból kiindulva mind a kontinentális, mind az angolszász bírói gyakorlat nagyjából egységes abban, hogy a gyermek részéről nem fogadják el a kártérítési igényt. A szülők részéről természetesen legalábbis a fogyatékos gyermek nevelésével járó többletköltségeket minden esetben megítélik, a kártérítési igény alapja ebben az esetben a családtervezéshez való jog sérelme.⁴²⁵ Amennyiben az orvosi tevékenység egyben fokozott veszéllyel is jár, felmerülhet a Ptk. 345.§ alkalmazása is, amely a veszélyes üzem működéséből eredő károokra vonatkozik (pl. inkubátor esetén).⁴²⁶

A kórházban végzett gyógyító tevékenység azonban nem minősíthető veszélyes üzemi tevékenységnek – mondta ki ítéletében a Fővárosi Bíróság. Rögzítette továbbá, hogy a gyógykezelés során fellépő fertőzésből adódó egészségkárosodásért a kórház felróhatóság hiányában nem felel.⁴²⁷

A tényállás alapján a felperes kárigényét arra alapozta, hogy az alperes gyógyító tevékenysége során az alperesi alkalmazottak felróható magatartása következtében alakult ki a bal vállövben fertőző gyulladás.

⁴²⁵ Ld.: Dósa Ágnes: Kérhető kártérítés egy gyermek megszületéséért?; LAM; 2001;12(2):134-6.

⁴²⁶ Ld.: 1/2008. Polgári jogegységi határozat

⁴²⁷ Ld.: Főv. Bír. 41. Pf. 21.021/1995/4

A kórházban végzett gyógyító tevékenység nem minősíthető veszélyes üzemi tevékenységnek, ennek kritériumai nem állnak fenn, s még analógia alapján sem alkalmazható a Ptk. 345. § (1) bekezdése – mondta ki a bíróság.

A felperes arra helytállóan hivatkozott, hogy a bizonyítás során az alperes a kártérítési felelősség alól annak bizonyításával mentesülhet, hogy az adott helyzetben az általában elvárható magatartást tanúsította. A tényállás alapján nem volt vitás, hogy a mozgásszervi megbetegedése miatt a felperest az alperes kezelte, s ennek során a fenti időpontban a bal vállövbe egyszer használatos fecskendővel injekciót kapott. A felperes személyes előadása szerint azonban mindez a szakma szabályai szerint történt. Figyelemmel arra, hogy eredeti csomagolású egyszer használatos fecskendőt használtak fel, az alperestől az adott helyzetben nem volt elvárható annak külön bakteriológiai vizsgálata. Ezen túlmenően a fertőzés nem csupán a bőrön át következhet be, hanem a véráram vagy a nyirokkeringés útján is. Így tehát nem állapítható meg pontosan, hogy a fertőzés hol, miként, mely orvosi beavatkozás során következett be.⁴²⁸

Azonban a fenti ítélet némi kiegészítésre szorul. A Legfelsőbb Bíróság egyik vonatkozó döntése nyomán ugyanis a fokozott veszéllyel járó tevékenység folytatásával okozott károkra irányadó felelősségi szabály alapján felel a kórház, ha orvosai a beteg műtétje előtt alkoholos vegyszerrel végzik a fertőtlenítést, egyben elektromos kést használnak, amely által kibocsátott szikra lángra lobbantja a fertőtlenítő vegyszert és a beteg súlyos égési sérüléseket szenved.⁴²⁹

A felperesek édesapját - F. T. - 1999. december 8-án, 54 éves korában vette fel az alperes Belgyógyászati Klinikája a szívproblémáinak kivizsgálása végett. A vizsgálatok eredménye szívkoszorúér-szűkületet mutatott, és az ajánlott érathidáló szívműtét elvégzése végett a beteget december 14-én az alperes Szívsebészeti Klinikájára helyezték át, és ott a műtétet december 16-án el is végezték. Miközben az altatást folytatták, a műtėti területet az alperes orvosa alkoholos oldattal fertőtlenítette, majd elektromos késsel a mellkas megnyitásához fogott. Az eszköz által kibocsátott elektromos szikra a szegycsont megnyitásakor lángra lobbantotta a még meg nem száradt alkoholos oldatot, és a beteg a testének mintegy 1/3-án másod- és harmadfokú égési sérüléseket szenvedett. A szívműtétet tovább folytatták, majd befejezték. Az égési sérülések miatt más kórházból felkért orvos december 18-án műtétet javasolt, ezért a beteget az alperes kórházban a K. utcai kórház orvosai december 21-én és 23-án megoperálták, majd december 27-én átszállították a K. utcai kórházba, és ott kezelték 2000. január 7-ig.

⁴²⁸ A Bíróság szerint minden ilyen esetben az adott helyzetben általában elvárhatóságot kell vizsgálni. Nem róható az alperes terhére, hogy a kezelés illetőleg beavatkozás során tökéletes, teljes sterilitást biztosítani nem tud. A fertőzőes gyulladás kialakulása tehát a műtėti kockázat körébe vonható, az akkénti minősítést csupán az zárná ki amennyiben a fertőzés ténye a kórháznak, az alperesnek felróható lenne. A kifejtettek szerint azonban e körben felróhatóság nincs.

⁴²⁹ Ld.: BH2005. 251

Ekkor az alperes Belgyógyászati Klinikájára helyezték, ahol az állapota egyre romlott, vérszegénység, vese- és májműködési zavarok, testszerte vizenyők alakultak ki, majd láz, végül a beteg tudatállapota is romlott, és január 12-én újból megállt a szíve. Az újraélesztése sikerrel járt, de az állapota egyre romlott, január 31-én már oxigénhiányos agykárosodást is diagnosztizáltak. A február 5-én bekövetkezett ismételt szívmegállás következtében a beteg meghalt.

A felperesek a keresetükben édesapjuk halála - és így az ő károsodásuk - folytán személyenként 5 000 000 forint nem vagyoni kártérítés és kamata, valamint 127 079 forint vagyoni kártérítés megfizetésére kérték az alperes kötelezését. Az alperes a kereset elutasítását kérte. Álláspontja szerint az orvosai nem mulasztottak, és gondosan jártak el, amikor a klinikai halál állapotában levő betegnél elvégezték az életmentő beavatkozást, illetőleg amikor a szívsebészeti klinikán a további gyógykezelését végezték. A váratlanul kialakult helyzetben még a fertőtlenítés hiánya is elfogadható lenne, arra ugyanis nincs idő, hogy az orvos a fertőtlenítő szer felszáradására várjon. Az a tőle elvárható követelmény, hogy a birtokában levő eszközzel a lehető leggyorsabb időn belül mindent megtegyen az újraélesztés sikeréért. Az égési szövődmény neki nem róható fel.

Az elsőfokú bíróság ítéletében megállapította az alperes kártérítési felelősségét néhai F. T. 2000. február 5-én bekövetkezett halálával kapcsolatos károkért. A rendelkezésre álló bizonyítékok - közöttük a nyomozati eljárásban készült szakértői vélemények – alapján tényként megállapította, hogy az alperes orvosai nem az Eü.tv. 77. §-ának (3) bekezdésében megfogalmazott legnagyobb gondossággal, és nem a beteg egészségi állapotának megfelelő szinten⁴³⁰ látták el a felperesek hozzátartozóját a gyógykezelések során, miután a műtéti előkészítése nem történt meg, az elektromos kés használata során égési sérüléseket okoztak, és az égési sérüléseit sem kezelték megfelelő gondossággal, csak pár napos késedelem után került sor az égési sérülések szakorvos által történő ellátására és kezelésére. Az alperes kártérítési felelősségét ezért a Ptk. 348. §-ának (1) bekezdésére figyelemmel a Ptk. 339. §-ának (1) bekezdése alapján megállapította. A Legfelsőbb Bíróság jogerős ítélete alapján helyesen fejtette ki az elsőfokú bíróság, hogy az alperes a felróhatóságon alapuló felelősségi forma⁴³¹ alkalmazása esetében sem tudja kimenteni magát.

A Legfelsőbb Bíróságnak az adott esetre elfoglalt álláspontja nem változtat az orvoslással kapcsolatban kialakult megítélésen, miszerint maga az orvosi tevékenység és az alkalmazott eszközök, műszerek, anyagok, sokszor önmagukban is veszélyesek, mégsem alkalmazandó a fokozott veszéllyel járó tevékenységre vonatkozó felelősségi szabály, amely felróhatóságtól független tárgyi felelősség.

⁴³⁰ Eü. tv. 75. § (3) bek., 76. § (1) bek.

⁴³¹ Ptk. 339. § (1) bek.

Az orvoslás módszereinek és eszközeinek fejlődése kétségtelen, ezek azonban a gyógyítás eredményességét szolgálják, de kétségkívül kockázatot is hordoznak magukban. Ezért sem állítható, hogy valamely eszköz, illetőleg anyag önmagában való veszélyessége megalapozza a Ptk. 345. §-ának (1) bekezdésében foglaltak alkalmazását.

Akkor azonban, – miként a perbeli esetben – ha a magas fokban gyúlékony fertőtlenítő anyag alkalmazása mellett egyidejűleg olyan eszköz használata is történik, amely a szokásosat meghaladó kockázatot jelent, akkor a fokozott felelősségi szabály alkalmazása megállapítható. Ennek alapján pedig az alperes kimentése nem lehetséges, és önmagában is alapja lehet a kártérítési felelősségének. A kifejtettekre figyelemmel a felperesek fellebbezésében foglaltakkal – miszerint az alperes kártérítési felelőssége a Ptk. 345. §-ának (1) bekezdése alapján is megállapítható – a Legfelsőbb Bíróság egyetértett. Mindezek alapján a Legfelsőbb Bíróság az elsőfokú bíróság ítéletét helybenhagyta.⁴³²

A fentiekből is következik tehát, hogy a polgári jogi kártérítési-felelősség megállapításának előfeltétele, hogy:

- megállapítható legyen orvos-szakmai szabályszegés,
- ahhoz kapcsolódjék a betegnél észlelhető egészségi károsodás,
- tehát bekövetkezzen a jogellenes károkozás, amely felróható az egészségügyi szolgáltatónak.

Valószínűleg azonban sokakban felmerül az a kézenfekvő kérdés, hogy az orvos által elkövetett hibákért miért az őt alkalmazó egészségügyi intézmény tartozik felelősséggel. Ez a helyzet a Ptk. azon szabályán alapul, miszerint az alkalmazott által munkaviszonyával összefüggésben harmadik személynek okozott károkért a munkáltatónak kell helytállnia. Elvi alapja ennek a rendelkezésnek az, hogy a károsult általában nem személy szerint az alkalmazottal (tehát ez esetben az orvossal), hanem a munkáltatóval (esetünkben a kórházzal) áll jogviszonyban, így indokolt, hogy az esetleges kártérítési kötelezettség is a munkáltatót terhelje.⁴³³

⁴³² Legf. Bír. Pf. III. 25.423/2002. sz.

⁴³³ Más oldalról megközelítve, az alkalmazottnak a munkaviszonya keretében végzett tevékenysége kifelé a munkáltató tevékenységeként jelenik meg, hiszen a munkaviszonyt éppen azért létesítették, hogy a munkáltató alkalmazottai tevékenységének segítségével be tudja tölteni rendeltetését. Egyébiránt az ismertett szabály az esetleges károsultak szempontjából gyakorlati okokból is kedvező, hiszen a gyakran milliós nagyságrendű kártérítések behajtására az egészségügyi intézménnyel szemben sokkal nagyobb esély van, mint az egyes orvosokkal szemben.

E helyzetet azonban nagymértékben bonyolítja az a körülmény, hogy az orvos kifejthet, sőt bizonyos esetekben köteles kifejteni olyan gyógyító tevékenységet is, amikor igencsak kérdéses, hogy az adott cselekmény összefüggött-e a munkaviszonyával. A Legfelsőbb Bíróság egy 1996-ban hozott ítéletében⁴³⁴ kimondta például, hogy a szabadságon lévő orvosnak a működési területén kívül, szívességből végzett orvosi tevékenységéért nem állapítható meg a munkáltató kártérítési felelőssége, vagyis ebben az esetben csak magától a hibát vétő orvostól lehet kártérítést követelni.

3.1. A fogyatékkal születő gyermekek speciális jogi helyzete

3.1.1. A magzat, illetve a születendő gyermek jogi helyzete

A magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. törvényben (Mvtv.) foglaltak alapján a terhesség a 12. hetéig megszakítható, ha a magzat orvosilag valószínűsíthetően súlyos fogyatékoságban vagy egyéb károsodásban szenved. A terhesség 20. hetéig - a diagnosztikus eljárás elhúzódnása esetén 24. hetéig - szakítható meg, ha a magzat genetikai, teratológiai ártalmának valószínűsége az 50 %-ot eléri. Az Mvtv. rendelkezései szerint a családvédelmi szolgálat munkatársánál az állapotos nő terjeszti elő a terhesség-megszakítás iránti kérelmet, annak a törvényben előírt tájékoztatást és tanácsadást követő írásba foglalása után a választott egészségügyi intézményben ő dönt a kérelem megerősítéséről, elutasítás esetén szakmai felülvizsgálat kezdeményezéséről. A bírói gyakorlat azonban egységes abban, hogy a döntés lehetőségének elmaradásával nem csupán a várandós anya önrendelkezési joga, hanem mindkét szülőnek a családtervezéshez fűződő joga is sérül. Az orvos jogellenes magatartása tehát abban áll, hogy a szülőket nem tájékoztatta arról, hogy valószínűsíthetően fogyatékos gyermekük fog születni, és így megfosztotta őket a családtervezési joguk gyakorlásától, attól, hogy ők dönthessenek a fogyatékos gyermek megszületéséről vagy a terhesség még lehetséges időben történő megszakításáról.

A magzattal szemben viszont az orvosnak semmiféle tájékoztatási kötelezettsége nincs. A hatályos jog a magzatot az élveszületésétől kezdődően tekinti jogalannak (embernek), ezt megelőzően is lehetnek azonban jogai, amelyeket törvényes képviselőjén, illetőleg gondnokán keresztül gyakorolhat.

⁴³⁴ BH 1996/89.

A magzatnak azonban - szüleivel ellentétben - abban a kérdésben, hogy megszülessen-e vagy művi beavatkozással elvegyék az életét, nincs döntési jogosultsága, és ez nem vezethető le az Alkotmány 54. §-a (1) bekezdésének az élethez és az emberi méltósághoz való alapjogot biztosító rendelkezéséből sem. Az Alkotmánybíróság álláspontja szerint ugyanis az élet és az emberi méltóság csak egymással egységben értelmezhető, nem lehet emberi életek értéke között jogilag különbséget tenni. "Emberi méltósága és élete mindenkinek érinthetetlen, aki ember, függetlenül fizikai és szellemi fejlettségétől, illetve állapotától"⁴³⁵. A természetnél fogva károsodott magzatnak nincs olyan jogosultsága, hogy a saját leendő életét értéktelennek tételezve az abortuszt "válassza" vagyis azt állítsa, hogy jobb lett volna meg sem születnie, mint fogyatékosan élnie. Erre vonatkozó alanyi jog hiányában vele szemben az orvos nem követhet el jogellenes magatartást azáltal, hogy a szülőkkel szembeni tájékoztatási kötelezettségének nem tesz eleget.

Ezen a jogi megítélésen nem változtat az, hogy a gyermek valószínűsíthető fogyatékoságát, mint a művi terhesség-megszakítás indikációját az Mvtv. nemcsak az anyának a fogyatékoságból eredő lelki és fizikai terhek alóli mentesítése, hanem a magzatnak a későbbi fogyatékos étellel járó hátrányoktól való megóvása miatt ismeri el (ld. tv. Indokolása), ezzel ugyanis semmiképpen nem teremt a magzat számára "döntési helyzetet" saját megszületése tekintetében. Az Emberi Jogok Európai Bíróságának megfogalmazása szerint "az élethez való jognak nem tulajdonítható a halálhoz való jogot biztosító értelem"⁴³⁶.

A kártérítési jog egész fogalomrendszerét sajátos megvilágításba helyezi az az eset, amikor az egészségügyi szolgáltató valamely mulasztása következtében a kár „egy gyermek képében” jelenik meg. Ha a mulasztás következtében fogyatékos gyerek születik, kártérítési jogi szempontból valamivel talán egyszerűbb a helyzet, bár itt is alapvető erkölcsi kérdéseket kell átgondolnunk a megoldás keresése során.⁴³⁷ Abban az esetben, ha egy egészséges gyermek megszületése a kár, értelemszerűen a szülők léphetnek fel kártérítési igénnyel, míg ha fogyatékos gyermek születik, akkor mind a szülők, mind a gyermek részéről felmerülhet kártérítési igény.⁴³⁸

⁴³⁵ Ld.: 64/1992.(XII. 17.) AB hat.

⁴³⁶ ECHR *Pretty v. United Kingdom*, 2002. ápr. 29-i ítélet 40. pontja az Emberi Jogok Európai Egyezményének az élethez való jogot deklaráló 2. cikke értelmezéséhez, ld még: 1/2008.PJE

⁴³⁷ Az igazi jogi-erkölcsi problémát azonban az jelenti, ha egy életerős, egészséges gyermek megszületése miatt kívánják a szülők kártérítési igényüket bíróság előtt érvényesíteni. Ld.: Dósa Ágnes: Kérhető kártérítés egy gyermek megszületéséért?; LAM; 2001;12(2):134-6.

⁴³⁸ Ld.: Dósa Ágnes: im., 135.

Fogyatékos gyermek születése számos különböző kötelezettségszegéshez kapcsolódhat. Előfordulhat, hogy a prae-natalis diagnosztikai eljárások során történik mulasztás: ennek leggyakoribb esete, amikor az ultrahangvizsgálat során nem ismerik fel a végtagfejlődési rendellenességet, de előfordulhat az is, hogy a vizsgálatok során nem észlelik a kromoszóma-rendellenességet. Megtörténhet, hogy az orvos a szülőket tévesen tájékoztatja a genetikai tanácsadás során, vagy az anya rossz információt kap az általa elszenvedett fertőző betegségnek a magzati kockázataival kapcsolatban.

Ezekben az esetekben nagyon sajátos erkölcsi problémára kell a jog eszközeivel reagálni. Az egészségügyi szolgáltatások nyújtása kapcsán elkövetett mulasztások következménye általában az, hogy a beteget valamely olyan hátrány éri, ami a mulasztás nélkül nem következett volna be. A fogyatékos gyermek megszületése esetén azonban nem erről van szó, hiszen a magzat károsodása nem az orvos mulasztása következtében alakult ki. A mulasztás következménye ezekben az esetekben nem maga a fogyatékos állapot, hanem pusztán az időben elvégezhető terhességmegszakítás esélyének az elvesztése, és ennek következtében a fogyatékos gyermek megszületése. Még egyértelműbben fogalmazva: ha az orvos nem követett volna el mulasztást, akkor a terhesség megszakítására, a magzat életének kioltására került volna sor.⁴³⁹

3.1.2. Ellentmondó bírói gyakorlat

A hazai ítélkezési gyakorlat vizsgálata során számos egymással szöges ellentétben álló határozatra bukkanhatunk. Kiindulópontként rögzítendő, hogy a Legfelsőbb Bíróság ilyen esetekben magának a gyermeknek a kártérítési igényét is elismerte. Példaként két, a kilencvenes években született ítéletet is említhetünk, ahol végtaghiányos gyermek születése miatt fordultak a szülők és a gyerek együttesen a bírósághoz. Mindkét esetben megállapította a bíróság, hogy az alperes – a kórház – az ultrahangvizsgálatok elvégzése során nem az elvárható gondossággal járt el, és ez vezetett ahhoz, hogy a fogyatékos állapotot nem ismerték fel időben.⁴⁴⁰

⁴³⁹ Ha ilyen esetben mind a szülő, mind pedig a gyermek kártérítési igényrel él, akkor elsősorban a gyermek követelése aggályos. Ha megítélnék neki a kártérítést, ez azt jelentené, hogy a bíróság elismerné az egyének a saját élete kioltására való igényét. Ebből a megfontolásból kiindulva mind a kontinentális, mind az angolszász bírói gyakorlat nagyjából egységes abban, hogy a gyermek részéről nem fogadják el a kártérítési igényt. A szülők részéről természetesen legalábbis a fogyatékos gyermek nevelésével járó többletköltségeket minden esetben megítélik, a kártérítési igény alapja ebben az esetben a családtervezéshez való jog sérelme. Ld.: Dósa Ágnes: *im.*, 136.

⁴⁴⁰ Legfelsőbb Bíróság Pfv. III. 22 670/1995. sz., Legfelsőbb Bíróság Pf. III. 21 899/1997. sz.

Később az EBH 2005/1/1206. számú elvi határozatában a Legfelsőbb Bíróság⁴⁴¹ kifejezetten kimondta, hogy a fogyatékossgal született gyermek saját jogon igényelhet kártérítést, ha a kórház alkalmazottainak hibás vagy elmaradt tájékoztatása miatt a szülő nem élhetett a terhesség-megszakítással kapcsolatban a jogszabály által biztosított jogával és a gyermeknek ennek következtében sérülnek az élethez, emberi méltósághoz, a legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez fűződő alkotmányos jogai.⁴⁴²

Ugyanakkor a Tolna Megyei Bíróság egy sikertelen sterilizációs műtétet követően, egészséges gyermek megszületése miatt indult kártérítési eljárásban a Legfelsőbb Bíróság gyakorlatával összhangban foglalt állást.⁴⁴³ Ebben az ügyben a felperesnek már négy egészséges gyermeke volt. A Mandléner-féle sterilizációs műtétet megelőzően nem tájékoztatták arról, hogy ez a műtét 1-2%-ban eredménytelen, és amikor hányás, szédülés miatt jelentkezett a klinikán, elmulasztották a terhesség kimutatására szolgáló vizsgálatok elvégzését is. A bíróság hibás teljesítésnek minősítette az esetet, és elmarasztalta a kórházat: általános kártérítést és járadékot is megítélt a felperes számára.

Ellentétes álláspontra helyezkedtek és a fogyatékos gyermek kártérítési igényét elutasították azonban a bíróságok számos határozatban. A Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Bíróság egyik vonatkozó ítéletét⁴⁴⁴ azzal indokolta, hogy a felperes (a gyermek) nem hivatkozhat - az őt ért hátrányként - arra, hogy amennyiben észlelik a terhesség tartama alatt a rendellenességet, a szülei a terhesség megszakítása mellett döntöttek volna. Ellenkező esetben ez azt eredményezné, hogy a felperes azért részesülne kártérítésben, mert megszületett és él, azaz az elmaradt haláláért kapna kártérítést. Ennek nem vagyoni kártérítés körében való értékelése az élet védelmével összeegyeztethetetlen. A felperesnek nincs kára, hiszen az élet ennek nem tekinthető.

⁴⁴¹ Legfelsőbb Bíróság Pfv.III.22.193/2004. sz.

⁴⁴² Az elvi határozat indokolásának lényege szerint - a felülbírált jogerős ítéletben foglaltakkal szemben - nem annak van jelentősége, hogy ha a kórház alkalmazottai nem mulasztanak, a magzatot az életétől megfosztják, hanem annak, hogy a kórház hibájából egy törvény által biztosított joggal való élés lehetősége elmaradt és ennek következtében a fogyatékos gyermek a születésétől kezdve nem élhet teljes életet.

⁴⁴³ Dombóvári Városi Bíróság I.P.20 134/1989, Tolna Megyei Bíróság Pf. 20 346/1990. Id.: Sándor Judit: Gyógyítás és ítélkezés. Budapest: Medicina; 1997. 102.

⁴⁴⁴ Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Bíróság a 4/A.Pf.20.800/1992 sz.

A Fővárosi Bíróság egyik releváns döntésében⁴⁴⁵ azzal érvelt, hogy a gyermek egészségkárosodása fejlődési rendellenességre vezethető vissza, és ezért az alperes nem felelős.

A felelősség kizárólag azért terheli, mert a fejlődési rendellenességet időben nem ismerte fel, amikor a terhesség még megszakítható lett volna és így a gyermek megszületett. Kártérítési kötelezettség tehát csak a gyedrmek egészségi állapotával összefüggő károkért, az abból eredő, az egészséges gyermekhez képest felmerülő többlet-kiadásokért terheli. Ezek a károk, többletkiadások pedig a szülőknél, nem pedig a gyermeknél merültek fel.

Lényegében hasonló következtetésre jutott a Pécsi Ítéltábla is. Az érintett döntés hangsúlyozza, hogy: „a magyar jog nem ismeri el a magzat alanyi jogát sem a megszületésre, sem arra, hogy művi beavatkozással életét vegyék.(...) Alanyi jog hiányában pedig az alperes(kórház) részéről hiányzik a cselekmény jogellenessége”⁴⁴⁶, ami pedig a kártérítés megalapozottságához elengedhetetlen. A határozat rögzítette továbbá, hogy a Ptk. értelmében a magzat nem személy, nem jogalany, de már magzati állapotában vannak jogai, amelyek az élve születés feltételétől függően illetik meg. Nincs azonban feltételes alanyi joga sem arra, hogy magzati életétől az 1992. évi LXXIX. törvény rendelkezései alapján megfosszák. A feltételes jogképeség a magzat alanyi jogai tekintetében egy függő jogi helyzetet jelent, amelyben az alanyi jog csak eshetőlegesen, egy jövőbeni tény bekövetkezésétől függően keletkezik, a fogantatás időpontjára visszamenőleges hatállyal.

A Szegedi Ítéltábla mindezekén túl egyik ítéletében⁴⁴⁷ arra mutatott rá, hogy az orvos diagnosztikai tévedése miatt a fogyatékos gyermek szüleinek a családtervezési joga sérült, a gyermeknek azonban praenatalis korban ilyen joga biztosan nem volt, de nem sérült más joga sem, mert számára alternatív lehetőség csak a magzati halál vagy a fogyatékos megszületés volt, kárigénye elismerése esetén tehát a gyermek azért részesülne kártérítésben, mert megszületett és él. A gyermeknek nincs kára, mert az élet kárként nem értelmezhető.

⁴⁴⁵ Fővárosi Bíróság a 41.Pf.23.484/1995/3. sz.

⁴⁴⁶ Pécsi Ítéltábla, Pf.I.187/2004 sz.

⁴⁴⁷ Szegedi Ítéltábla a Pf.III.20.429/2006/8. sz.

A művi beavatkozással a saját élete elvételére való alanyi jog hiányában alanyi jogsértés nem következett be, hiányzik a cselekmény jogellenessége, és nem szenvedtek sérelmet a gyermeknek az élethez és az emberi méltósághoz, valamint a legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez fűződő alkotmányos jogai sem, hiszen a gyermeknek biológiailag és fiziológiailag esélye sem volt a teljes, egészséges életre, a fogyatékoságából eredő hátrányai tehát nem az alperes magatartásával hozhatók összefüggésbe.

3.1.3. Az 1/2008. számú jogegységi határozat előzményei, és tartalma

A Legfelsőbb Bíróság egyik – releváns ügyben eljáró – tanácsa jogegységi eljárást kezdeményezett abban a kérdésben, hogy a genetikai, teratológiai ártalom következtében fogyatékosan született gyermek saját jogán igényelhet-e kártérítést azért, mert a terhesgondozás során elmaradt vagy hibás tájékoztatás miatt anyja nem élhetett a terhesség-megszakítás jogszabály által biztosított jogával. A jogegységi eljárás kezdeményezését azzal indokolta, hogy az előtte folyamatban lévő ügyben felperesként fellépő fogyatékos gyermek kárigénye vonatkozásában el kíván térni a Legfelsőbb Bíróság vonatkozó tanácsának több határozatában kifejtett attól a jogi álláspontjától, amely szerint a gyermek ilyen esetben a saját jogán kártérítési igénnyel léphet fel az egészségügyi intézménnyel szemben.

A bírói gyakorlatban felmerült esetekben a genetikai, teratológiai ártalom következtében fogyatékos gyermek születése esetén a szülők és a fogyatékosan született gyermek kártérítési igénye azon alapul, hogy a terhesség alatt a szülők - orvosi diagnosztikai tévedés vagy mulasztás folytán - nem kaptak tájékoztatást arról, hogy - nagy valószínűséggel - fogyatékos gyermekük fog születni és ezáltal az anya nem élhetett a terhesség-megszakítás jogával. Ennek következtében pedig sérült a szülőknek a családtervezéshez fűződő joga és a fogyatékoságából mind nekik, mind a gyermeküknek vagyoni és nem vagyoni káruk származik.

Az esetek lényege tehát, hogy nem maga a fogyatékoság vezethető vissza orvosi tevékenységre vagy mulasztásra, hiszen a genetikai, teratológiai ártalom (a magzat fejlődésében örökletes vagy más, nem ismert eredetű okból bekövetkező zavar: Down kór, agyi komplex fejlődési rendellenesség, végtagfejlődési rendellenesség, stb.) keletkezésének oka - az orvostudomány mai állása szerint - ismeretlen és annak kialakulása orvosi eszközökkel nem akadályozható meg, hanem a terhesség-megszakítás esélyének elvesztése.

A bírói gyakorlat mára egységesnek mondható abban, hogy a szülők kártérítési igényét az egészségügyi intézménnyel szemben a polgári jogi kárfelelősség szabályai szerint ezekben az esetekben elismeri.

A gyermek kártérítési igénye tekintetében azonban a bírói gyakorlat nem egységes: a Legfelsőbb Bíróság érintett tanácsának és az alsóbb fokú bíróságoknak a gyakorlata eltérő. A jogegységi tanács nem nyilvános ülésén a legfőbb ügyész képviselője kifejtette, hogy a Legfelsőbb Bíróság korábban eljár tanácsa a gyermeket saját jogán megillető kártérítést alapvetően az Alkotmány 54.§ (1) bekezdése és 70/D.§ (1) bekezdése megsértésére alapította. A kárigény azonban - alapossága esetén is - kizárólag a Ptk-n alapulhat. A kártérítésnek a Ptk. 339.§ (1) bekezdésében rögzített feltételei közül a jogellenes magatartás megállapítható, ha a kórház alkalmazottja a magzat vizsgálata során mulasztást követ el - azaz a fogyatékoságának feltárása érdekében a szakmai szabályok szerinti vizsgálatot nem végzi el - , az okozati összefüggés azonban még akkor is hiányzik, ha a kárt illetően a Legfelsőbb Bíróság érintett tanácsának álláspontját fogadnánk el.⁴⁴⁸

A természeténél fogva fogyatékosággal született gyermeknél ugyanis az egészségkárosodás a magzati fejlődés rendellenessége miatt - tehát nem az orvos jogszabályellenes magatartása folytán - következik be. Nem fogadható el azonban a korábban eljár tanács álláspontja a "kár" fogalmát illetően sem.

Az egységesnek mondható bírói gyakorlat szerint ugyanis a kár: egy személy vagy vagyontárgy vonatkozásában - annak korábbi állapotához mért - hátrányosan megváltozott állapot. A természetnél fogva egészségkárosodással született gyermeknél károsodás előtti állapot nem volt; így nincs viszonyítási alap, amiért is a hátrányos állapotváltozás - azaz a kár - nem értelmezhető.

Mindezekre tekintettel a legfőbb ügyész indítványozta, hogy a jogegységi tanács foglalja el azt a jogi álláspontot, hogy az eljárást elrendelő végzésben szereplő esetben a gyermek saját jogán kártérítést nem igényelhet.

⁴⁴⁸ A kár abban nyilvánul meg, hogy a megszületett gyermek egészségkárosodottan, hátrányos helyzetben kényszerül élni.

A jogegységi eljárás szempontjából kiemelt jelentőséggel bír, hogy a nemzetközi szakirodalom a nem kívánt gyermek születésével kapcsolatos kártérítési igényeket három esetkörre bontja: az egészséges, de nem kívánt gyermek világra jövele esetén a szülők részéről a gyermek fogantatásával vagy megszületésével kapcsolatos orvosi tévedésre vagy mulasztásra alapított kártérítési igényre (wrongful conception vagy wrongful pregnancy), a szülők által fogyatékos gyermek születése esetén előterjesztett kárkövetelésre, ami azon alapul, hogy a megfelelő diagnosztizálás illetve tájékoztatás hiányában az anya nem élhetett a terhesség-megszakítás jogával és ezáltal a szülőknek a fogyatékos gyermek ellátásával, gondozásával, neveltetésével kapcsolatban vagyoni, továbbá nem vagyoni kára keletkezett (wrongful birth), végül magának a fogyatékos gyermeknek a kárigényére, amit azért érvényesít, mert a hibás tájékoztatás következtében elmulasztott abortusz miatt megszületett és fogyatékosan kénytelen élni (wrongful life).

A jogegységi kezdeményezéssel érintett harmadik esetkörben a nemzetközi szakirodalom és az egyes államok joga, illetve bírói gyakorlata túlnyomó részben a gyermek kártérítési igénye ellen foglal állást. E többségi álláspont érvrendszere abban foglalható össze, hogy maga az emberi élet nem tekinthető kárnak, így a fogyatékos élet sem, a fogyatékos életet az egészséges élettel összemérni nem lehet, mert a természetnél fogva fogyatékos személynek esélye sem volt az egészséges életre, így nincs kompenzálható hátránya. A magzatnak nem lehet igénye arra, hogy elpusztítsák, így vele szemben az orvos nem követhet el jogsértést és az orvosi hiba e körben nem áll oksági kapcsolatban a fogyatékoságban megnyilvánuló kárral.

Lényegében a jogilag értékelhető "kár" valamint az orvosi mulasztás és a kár közötti okozati összefüggés hiánya miatt utasítja el a - mára már egységesnek tekinthető - joggyakorlat is az ilyen kártérítési igényeket azokban az államokban, ahol ilyenek felmerültek (USA egyes tagállamai, Anglia, Németország, az Európai Unió más tagállamai). Esetileg előfordultak ezzel ellentétes bírói döntések is, amelyek elsősorban humanitárius szempontokat hangsúlyoztak: azzal érveltek, hogy a kártérítési igény elismerésével "a bíróság nem az életet, hanem a fogyatékoságot értékeli hátrányosan", és "a segítségre szoruló ember nem hagyható magára"⁴⁴⁹. Megfigyelhető egyébként, hogy azokban az országokban hajlanak egyes bíróságok a gyermek javára kártérítés megítélésére, ahol a szociális biztonság alacsonyabb és a megfelelő orvosi és oktatási ellátás hiánya a családot nehéz helyzetbe hozná.

⁴⁴⁹Példaként említendő a francia Semmitőszék eljárása a Nicholas Perruche ügyben

Több országban törvényhozási úton rendezték a kérdést. Franciaországban - a hivatkozott semmitőszéki döntést ért kritikák eredményeként - olyan törvényt alkottak, amely kimondja: "senki nem érvényesíthet kártérítési igényt önmagában amiatt, mert megszületett" továbbá "nem lehet kártérítési követelése annak, akinek fogyatékoságát vagy betegségét nem közvetlenül a terhesség ideje alatti orvosi beavatkozás okozta, hanem az természetes okokban rejlik."⁴⁵⁰ Törvény zárja ki a gyermek eredendő fogyatékoságára tekintettel saját jogon érvényesíthető kárigényét Angliában⁴⁵¹, valamint Kaliforniában⁴⁵², ahol egyenesen az állam közrendjébe ütközőnek minősítették a természetnél fogva károsodott személy kártérítési igényének elismerését azon az alapon, hogy életét fogyatékosan kell leélnie, mert életétől - magzati állapotban - terhesség-megszakítás útján nem fosztották meg.

A német Szövetségi Alkotmánybíróság pedig egy gyermek létezésének kárként való megállapítását az Alkotmányba ütközőnek, az emberi méltóság "abszolút és korlátozhatatlan" alapjogával ellentétesnek ítélte.⁴⁵³

Magyarországon a "wrongful life" igényekre vonatkozóan kifejezett törvényi szabályozás nincs. Az Alkotmányban biztosított alapjogok meghatározó jelentőségűek az egész jogrendszer szempontjából, de az egyes jogágak konkrét rendelkezéseiben testet öltve válnak egyedileg érvényesíthető alanyi jogokká. Ebből következik, hogy a fogyatékos gyermek által az egészségügyi szolgáltatóval (intézménnyel, kórházzal) szemben érvényesített kártérítési követeléseket a polgári jogi kárfelelősség szabályai valamint az egészségügyi törvény rendelkezései alapján kell megítélni. A szerződésen kívüli kárfelelősség általános szabályaként a Ptk. kimondja, hogy aki másnak jogellenesen kárt okoz, köteles azt megtéríteni; mentesül a felelősség alól, ha bizonyítja, hogy úgy járt el, ahogy az az adott helyzetben általában elvárható. A Ptk.-ban foglaltak alapján ha az alkalmazott a munkaviszonyával összefüggésben harmadik személynek kárt okoz, jogszabály eltérő rendelkezése hiányában a károsulttal szemben a munkáltató felelős.⁴⁵⁴

⁴⁵⁰ Loi no. 2002/303 du 4 mars 2002

⁴⁵¹ Congenital Disabilities (Civil Liability) Act 1976

⁴⁵² Civil Code of California, Section 43, 6

⁴⁵³ Ld. BverfGE 39, I. 59.

⁴⁵⁴ Az 1997. évi CLIV. Törvény (Eütv.) úgy rendelkezik, hogy minden beteget - az ellátás igénybevételének jogcímére tekintet nélkül - az ellátásban résztvevőktől elvárható gondossággal, valamint a szakmai és etikai irányelvek, illetve szabályok betartásával kell ellátni.

A jogegységi kezdeményezéssel érintett kérdés eldöntésénél a fentiek tükrében azt kellett vizsgálni, hogy az orvos tévedésével vagy mulasztásával összefüggésben a gyermeket - fogyatékosága miatt - érte-e olyan kár, amelyet a polgári jogi kárfelelősség szabályai szerint alappal háríthat az egészségügyi szolgáltatóra. Másként fogalmazva: az orvosnak az a mulasztása, hogy nem tájékoztatta a gyermek szüleit a gyermek valószínűsíthetően bekövetkező fogyatékoságáról és ezáltal megfosztotta az anyát a terhesség-megszakítás jogszabályban biztosított lehetőségétől, jogellenes magatartásnak tekinthető-e a fogyatékosan megszületett gyermekkel szemben, és e jogellenes magatartással összefüggésben a gyermeknek merült-e fel jogilag értékelhető kára.

Legfelsőbb Bíróság Jogegységi Határozata alapján a polgári jogi kárfelelősség kizárólag a szülők és az egészségügyi intézmény vonatkozásában érvényesülhet. A szülőknek természetesen van lehetőségük a családtervezésre és az anya önrendelkezési joga fejeződik ki abban, hogy - a törvényi feltételek fennállása esetén - kérheti a terhesség megszakítását. A magzatnak ezzel szemben nincs önrendelkezési joga. A szülők vonatkozásában érhető tetten a személyiségi jogot sértő orvosi magatartás: a magzati károsodás felismerését megghiúsító, felróható orvosi mulasztás és a terhesség-megszakítás lehetőségére vonatkozó tájékoztatás elmaradása.

A szülőknek a fogyatékosan megszületett gyermek léte miatt megnehezült élete jelenti polgári jogi értelemben azt a - vagyoni és nem vagyoni - kárt, amely - pénzben kifejezve - az orvosi mulasztás folytán az egészségügyi intézményre áthárítható. A fentiek nyomán a genetikai, teratológiai ártalom következtében fogyatékosan született gyermek a saját jogán nem igényelhet kártérítést a polgári jog szabályai szerint az egészségügyi szolgáltatótól amiatt, hogy a terhesgondozás során elmaradt vagy hibás orvosi tájékoztatás következtében anyja nem élhetett a terhesség-megszakítás jogszabály által biztosított jogával.⁴⁵⁵

Le kell azonban szögezni, hogy a fentiek a fogyatékos gyermeknek a polgári jog felelősség szabályaira alapított kártérítési igényére vonatkoznak. Amennyiben eltekintünk a polgári jog fogalomrendszerétől és köznapi értelemben vizsgáljuk a fogyatékos ember helyzetét, nem kétséges, hogy az ép emberekhez képest károsodottként éli az életét és rászorul a társadalom támogatására.

⁴⁵⁵ Ld.: 1/2008. PJE

Korábban az Alkotmány vonatkozó bekezdése szerint a Magyar Köztársaság állampolgárainak joguk van a szociális biztonsághoz; öregség, betegség, rokkantság, özvegyesség, árvaság és önhibájukon kívül bekövetkezett munkanélküliség esetén a megélhetésükhöz szükséges ellátásra jogosultak. Mindezeket túl a Magyar Köztársaság az ellátáshoz való jogot a társadalombiztosítás útján és a szociális intézmények rendszerével valósítja meg. A polgári jogi kártérítéshez való jog hiánya tehát nem jelenti - nem jelentheti -, hogy a természetnél fogva fogyatékosan született emberek ellátatlanul maradjanak. Éppen ellenkezőleg: mivel ezekben az esetekben a polgári jogi kárfelelősség szabályai - a törvényes feltételek hiányában - nem érvényesülhetnek, az államnak alkotmányos kötelezettsége alapján kell gondoskodnia olyan intézményrendszer fenntartásáról, amely egyrészt a családon, illetve a szülőkön keresztül, másrészt közvetlenül megfelelő egészségügyi, oktatási, szociális és anyagi ellátást nyújt a fogyatékoságuk miatt arra rászorultaknak.⁴⁵⁶

4. Közigazgatási jogi felelősség – Szabálysértések

Érintve az előző témakört az államigazgatási jogkörben okozott kár kapcsán a Ptk. vonatkozó 349. §-ának alkalmazása, mint átmenet a közigazgatási és a polgári jogi felelősségi rendszer között. Ismeretes, hogy a fertőző betegségek elleni védőoltásoknak is van kockázata (többek között halálesetek is előfordulhatnak). Ha például valakinek a védőoltása jogellenesen történik, az ezzel összefüggő kár akár államigazgatási jogkörben okozott kárnak is minősülhet. Ha azonban ezzel összefüggésben orvosi műhiba történt, akkor a Ptk. 348. §-át kell alkalmazni, függetlenül attól, hogy a beoltás a közegészségügyi szabályokkal ellentétesen történt.⁴⁵⁷

Hasonlóan kusza helyzetet teremtenek a hatályos Eü.tv. rendelkezései is. Ami a fő probléma, hogy a törvényben sok helyütt hiányoznak a jogszabályok megvalósíthatóságának feltételei, a szabályok betartása és kikényszeríthetősége aggályos és ez konfliktusokhoz vezethet. Nincsen pl. megfelelően körülhatárolva a tájékoztatás mikéntje, nincs konkrétan részletezve a kapcsolattartás joga és a jog gyakorlásának korlátjai, ami adott esetben zavarhatja a kórházban folyó munkát, ezzel kapcsolatban az Állampolgári Jogok Országgyűlési Biztosa is vizsgálatot indított.⁴⁵⁸

⁴⁵⁶ Vö.: 1/2008. PJE

⁴⁵⁷ Ld.: Balázs, Sztrilich, i.m.: 129.

⁴⁵⁸ Vö.: 3839/1996. számú OBH állásfoglalás

A szabálysértések világosan elkülönítendőek a bűncselekményektől, ugyanis azokhoz viszonyítva enyhébb a társadalmi veszélyességük. Ebben egyértelmű eligazítást ad a Btk. (1978. évi IV tv. a Büntető Törvénykönyvről) és a szabálysértésekről az 1999. évi LXIX. törvény. Bonyolultabb a szabálysértés és a fegyelmi vétség elkülönítése. Egészségügyi vonatkozású szabálysértések vonatkozásában a hatósági jogköröket az ANT SZ városi, megyei, fővárosi kerületi, és repülőtéri intézetei is gyakorolják. Az eljárás feljelentés, illetőleg a szabálysértési hatóság részéről eljáró személy pl. közegészségügyi-járványügyi felügyelői észlelése vagy tudomása alapján indulhat meg. Feljelentést szóban vagy írásban bármely személy vagy szerv tehet, azonban a szóban tett feljelentést jegyzőkönyvbe kell foglalni.

Viszonylag szűk azonban azoknak a szabálysértéseknek a köre, amelyet munkavégzésük során, munkájuk természetével kapcsolatban, egészségügyi dolgozók követhetnek el. Természetesen az egészségügyi dolgozók munkahelyükön kívül bármilyen szabálysértést elkövethetnek, ezek azonban érdemben semmilyen kapcsolatban nem állnak az egészségügyi szolgáltatással. Számos olyan szabálysértés fordul elő a társadalomban, amelyben az ANT SZ is illetékes, de az elkövetés nem az egészségügyben történik.⁴⁵⁹

Az egészségügyi és szociális szabálysértéseket az egyes szabálysértésekről szóló 218/1999. (XII. 28.) Korm. rendelet VII. fejezete tartalmazza. Ezek közül az alakzatok közül két egészségügyi jellegű tényállás emelendő ki:

- Egészségügyi, szociális és gyermekvédelmi tevékenység jogosulatlan végzése: tilos ilyen tevékenységet működési engedély nélkül végezni, illetve ezekben az ellátásokban részesülő személyt hátrányos helyzetbe hozni (neme, nemzetisége, etnikai csoporthoz való tartozása, lelkiismereti, vallási vagy politikai meggyőződése, származása, vagyoni helyzete, cselekvőképességének hiánya vagy korlátozottsága miatt). A kiszabható büntetés pénzbírság, amely 50 000 forintig terjedhet.

A fenti esetben nem merül fel a szakszerűtlenség, csak a működési engedély hiánya. Amennyiben a szolgáltató rendelkezik a megfelelő szakképesítéssel, működési engedélye is van, de a szolgáltatást a jogszabályokban foglaltaktól eltérően végzi, 100 000 forintig terjedő pénzbírsággal sújtható.

⁴⁵⁹ ilyen pl. az élelmezés-egészségügyi szabálysértés, vagy a fertőző betegség elleni védekezés elmulasztása

- Orvosi vizsgálat elmulasztása: orvosi vizsgálatok az egészségügyi dolgozókra is kötelezőek. Aki ezt elmulasztja, vagy alkalmatlan minősítés ellenére tovább dolgozik, 50 000 forintig terjedő pénzbírsággal sújtható.⁴⁶⁰

5. Büntetőjogi felelősségre vonás – ultima ratio az egészségügyben

Kiindulópontként célszerű a gyógyító tevékenységgel kapcsolatos problematikát egy releváns legfelsőbb bírósági ítélettel megvilágítani⁴⁶¹.

A megállapított tényállás lényege a következő: A terhelt a kórház intenzív terápiás osztályát vezette, aminek műszerrel való ellátottsága nem volt kielégítő. Csupán 4 db betegellenőrző monitorral rendelkeztek. Ezért ezeket a monitorokat csak akkor vitték a műtőbe, ha komplikációval fenyegető operálásra került sor. A kórház a műtétek során végzett röntgenvizsgálatokkal járó sugárterhelés megakadályozására mindössze 3 db ólomgumi köténnyel rendelkezett. Az operáció közben végzett röntgenvizsgálattal járó eseteknél az operációt végző orvos és az asszisztense ún. félrugós ólomgumi kötényt használt, míg az altatóorvos és az asszisztens egyéni védőfelszerelést nem viselt. Ők ugyanis a röntgenvizsgálat idejére a műtőhelyiséget elhagyva, a műtő melletti előkészítőbe távoztak, ahonnan egy ablakon keresztül figyelték a beteget.

A vádbeli alkalommal egy epeműtét végrehajtására került sor, amelyet szintén mély-altatásban végeztek. A terhelt végezte az altatást. Az altatórendszerhez betegellenőrző monitort nem kapcsoltak. Az epehólyag eltávolítása után került sor a radiológiai vizsgálatra, melyet az ahhoz szükséges erős félhomályban az operatőr, az első asszisztense, valamint a röntgengépet kezelő műtős végzett el. Ezalatt a terhelt a betegtől mintegy 3 m-re levő bemosakodóba ment és a 4-5 percet igénybe vevő vizsgálat alatt ott is maradt.

A vizsgálat befejezése után a műtőlámpát felkapcsolva az operatőr és a műtős a sértetten a cianózis jeleit észlelték, megállapították, hogy a sértettnek sem szívverése, sem pulzusa nincs. A terheltet azonnal a helyszínre hívták, aki megállapította, hogy a sértett légszövétébe vezetett tubus és a tubusösszekötő között a kapcsolat meglazult, s ennek következtében az altatógép és a beteg közötti összeköttetés megszakadt. A hiba kijavítását követően azonnal intézkedett a sértett újraélesztése iránt. Ennek eredményeként a beteg szív működése rendeződött. A műtétet befejezve őt az intenzív osztályon helyezték el, ahol a gondos kezelés ellenére - anélkül, hogy tudatát visszanyerte volna - keringési és légzési elégtelenség folytán meghalt.

A sértett halálának közvetlen oka az agy oxigénhiányos károsodása okozta tartós és mély eszméletlenség kapcsán kialakuló hevenyebb és régebbi eredetű tüdőverőérelzáródás, következményes tüdőelhalás és keringés-összeomlás volt. A mély eszméletlenségi állapot - az agy oxigénhiányos károsodása - annak kapcsán alakult ki, hogy az altatás közben a légzőizmok bénítása miatt szükséges lélegeztetés és a beteg közötti összeköttetés részlegesen megszakadt.

⁴⁶⁰ Ld.: Balázs, Sztrilich, i.m.: 120-123.

⁴⁶¹ BH 1989.300.

A Legfelsőbb Bíróság úgy ítélte meg, hogy a cselekmény tárgyi súlya azért is jelentős, mert kizárólag az altatás során elkövetett technikai jellegű hiba eredményezte a halál bekövetkezését. Az a körülmény, hogy az aneszteziológus magára hagyja a lélegeztető készülékhez kötött beteget, mindenképpen súlyos foglalkozási szabályszegés.

A bűnösség jellegét és annak mértékét vizsgálva megállapította a Legfelsőbb Bíróság, hogy az adott ügyben tudatos gondatlanság (luxuria) állapítható meg: a foglalkozását gyakorló terhelt ugyanis tudatában volt annak, hogy magatartása - az altatott beteg magára hagyása - milyen körülményekhez vezethet, de mégis könnyelműen bízott a társadalomra veszélyes következmény elmaradásában.⁴⁶²

Ha a mindennapi szóhasználatban az orvosi műhibáról beszélünk, akkor tisztában kell lennünk azzal, hogy ez a kifejezés nem tökéletes, és a valós tényálláshoz képest nyelvileg sem állja meg a helyét. A műhiba kifejezés nem régen fejlődött ki, amelyben az orvosi tevékenységet mint a „*gyógyítás művészete/mesteri tudása*” (Heilkunst) értették.

A fogalom mindenek előtt Rudolf Virchowra vezethető vissza, aki azt – mint a porosz tudományos küldöttség tagja az 1870. május 31-én hatályba lépett Észak-német Szövetség Büntető Törvénykönyvében – a következőképpen fogalmazta meg: „*azok a gyakorlati tevékenységükben engedélyezett gyógyító-személyek, akik hivatásuk gyakorlása során a szükséges figyelmesség vagy óvatosság hiánya folytán a gyógyítás általánosan elismert szabályai ellenében cselekvésükkel vagy mulasztásukkal a kezelésükre bízott személy egészségét megkárosítják, büntetendők.*”⁴⁶³ Azaz Virchow e meghatározásnál egyértelműen a Constitutio Criminalis Carolina 134.§-ra támaszkodott.⁴⁶⁴

Minden társadalomnak alapvető érdeke fűződik ahhoz, hogy szabályozott és védett életviszonyokkal rendelkezzen (közrend), és ezeket meg is védje az esetleges káros behatásokkal szemben. Ez utóbbi célt szolgálja a büntetőjog, amennyiben ezeket az életviszonyokat oltalmazza. A műhiba hatályos büntetőjogi vonatkozásait a Btk. foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés címén szabályozza.⁴⁶⁵

⁴⁶² Ld.: Landi Balázs: Az orvos polgári jogi felelősségének kérdései, i.m.: 71-80.

⁴⁶³ Rudolf Virchow: „Approbirte Medizinalpersonen, welche in Ausübung ihres Berufes aus Mangel an gehöriger Aufmerksamkeit oder Vorsicht zuwider allgemeinen anerkannter Regeln der Heilkunst durch ihre Handlungen oder Unterlassungen die Gesundheit eines ihrer Behandlung übergebenen Menschen beschädigt haben, sollen bestraft werden.”; ld. még Kraemer 1974, Heinz 1978

⁴⁶⁴ Vö.: Landi Balázs: Az orvos polgári jogi felelősségének kérdései, i.m., 15.

⁴⁶⁵ Btk. 171.§

Egészségügyi ellátásban a szolgáltató részéről a következő személy elleni bűncselekmények fordulhatnak elő, az alábbi három nagy csoportosítás illetve irányultság szerint:

- az élet, a testi épség és az egészség elleni,
- az egészségügyi beavatkozás, az orvostudományi kutatás rendje és az egészségügyi önrendelkezés ellen,
- a szabadság és az emberi méltóság ellen.

Mindezek túl a Btk. nevesíti az egészségügyi beavatkozás, az orvostudományi kutatás rendje és az egészségügyi önrendelkezés elleni bűncselekmények körét.⁴⁶⁶

Hangsúlyozandó, hogy a vonatkozó műhibaperek jelentős része az ún. foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés alapján indul, amelynek alapján, aki foglalkozása szabályainak megszegésével más vagy mások életét, testi épségét vagy egészségét gondatlanságból közvetlen veszélynek teszi ki, vagy testi sértést okoz, vétséget követ el, és egy évig terjedő szabadságvesztéssel, közérdekű munkával vagy pénzbüntetéssel büntetendő.

Foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés büntette nem valósul meg mindezek túl, ha az orvosnak – a foglalkozás szabályainak megszegésével végrehajtott – beavatkozása a sértett egészségét, testi épségét közvetlenül nem veszélyeztette – mondta ki a magyar Legfelsőbb Bíróság.⁴⁶⁷

A történeti tényállás alapján 2001 júliusában K. M.-né azzal a kéréssel fordult a terhelthez, hogy fogamzásgátlással kapcsolatos problémáiban nyújtson orvosi segítséget. A terhelt arról tájékoztatta K.-nét, hogy „végleges megoldást” kínál neki, amely megakadályozza, hogy valaha is teherbe essék. Elmondta, hogy a beavatkozás műtéttel nem jár, az egy általa tesztelt anyaggal történik. K.-né a terhelt orvosi javaslatát elfogadta. 2000 augusztusában a terhelt egy e célra kizárólag általa használt szert fecskendezett a sértett hüvelyébe, amely a petevezeték szövetén hegesezési folyamatot indított el, s ez - elvileg - elzárja és átjárhatatlanná teszi a petevezetékét. A beavatkozás ellenére 2000 novemberében K. M.-né teherbe esett, ezt azonban nem tudta. Rosszulléteire tekintettel felkereste a terheltet, aki őt megvizsgálta és szándékosan hamis tájékoztatásában azt közölte vele, hogy cisztája van. Így K.-né nem szerzett tudomást arról, hogy valójában terhes. A terhelt ismeretlen gyógyszereket adott neki, azok szedési módját előírta és közölte, hogy a gyógyszerek vérzést idéznek elő.

⁴⁶⁶ Ld.: Belovics-Molnár-Sinku: Büntetőjog, Különös rész; HVG-ORAC, Bp. 2004; 121-129.

⁴⁶⁷ BH2006. 77

K.-né állapota rendeződött ugyan, de 2001 márciusában ismét teherbe esett. A terhelt, aki őt megvizsgálta, megállapította ugyan, hogy terhes, erről azonban K.-né megint nem tájékoztatta, hanem tablettákat adott neki, hogy elvetéljen. K.-né részben állapotából, részben az általa vásárolt terhességi teszt eredményéből azonban maga is megállapította, hogy terhes, de a terhelt által adott gyógyszereket bevette és újólág elvetélt. Minthogy méhe rendszeren nem ürült ki, rosszulletei folytatódtak, 2001 áprilisában egy másik orvost keresett fel, aki azonnali műtetre irányította. A spontán vetélést művi beavatkozással kellett befejezni.⁴⁶⁸

Az ötgyermekes V. S.-né 2000 márciusában végleges fogamzásgátlást kért a terheltől, aki az előzőekben ismertetett eljárással próbálta megoldani a petevezeték elzárását. Ez azonban ebben az esetben sem járt sikerrel, mert V. S.-né 2000 júniusára újólág teherbe esett. Az őt megvizsgáló terhelt neki is hamis tájékoztatást adott, elhallgatva előtte a terhességét. A gyógyszeres vetélés indukálása céljából neki ismeretlen gyógyszereket adott át. Pontosán előírta a tabletták beszedésének módját. Nem sokkal a tabletták bevétele után V. S.-né erős vérzés és súlyos alhasi görcsök közepette otthon elvetélt. A sértett vetélése következtében beállott vérzés több napig tartott. 2000 decemberében a sértett menstruációja elmaradt. Ekkor más orvost keresett fel, aki megállapította, hogy a sértett ikreket vár. V. S.-né a gyermekeket a későbbiekben megszülte. Ezt követően a terhelt szándékos és súlyos szabályszegésekkel hajtotta végre a terhelt a terhesség-megszakításokat a sértetteken. A terhes nő a családvédelmi szolgálathoz kell, hogy forduljon, a terhesség-megszakítás csak fekvőbeteg intézetben végezhető el, szigorú dokumentációs előírások mellett. Magánrendelőben gyógyszeres terhesség-megszakítás elvégzése tilos.

Az elsőfokú bíróság 2003. december 15-én kelt ítéletében a terhelt bűnösségét 3 rb. a nő beleegyezése nélkül, súlyos testi sértést okozva elkövetett magzatelhajtás büntetében állapította meg, melyből 1 rb. cselekményt a terhelt folytatólagosan követett el. Ezen túlmenően bűnösségét megállapította 3 rb. foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés büntetében is, mindezekért őt halmazati büntetésül 3 évi börtönre, 3 évi közügyektől eltiltásra és 5 évi foglalkozástól eltiltásra ítélte. E körben a sértettek meddővé tételére irányuló terhelti beavatkozást tekintette foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés büntetéknek a Bíróság. Rögzítette, hogy V. S.-né és K. M.-né meddővé tétele során a terhelt Magyarországon nem engedélyezett olyan beavatkozást végzett, amellyel a sértettek szervezetében visszafordíthatatlan elváltozási folyamat indult meg. Ugyanakkor ilyen módszert az V. számú tanú esetében nem alkalmazott, ezért ez utóbbi tekintetében 1 rb. foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés vétségének vádja alól őt felmentette.

⁴⁶⁸ A terhelt által a meddővé tételhez használt anyag és eljárás nem engedélyezett, az eljárás vélt hatását a terhelt korábbi tapasztalataira alapítva feltételezte. 2000. december 28-án a terhelt a Magyar Szabadalmi Hivatalban tett szabadalmi bejelentést, amely emlősök méhének és petefészkének kezelésére vonatkozóan az általa használt szer alkalmazásáról szólt, beleértve az ember kezelését is. A szabadalom elbírálása az ítélet meghozatala idején még tartott.

Az ügyben másodfokon eljáró bíróság 2004. június 29-én kelt és jogerős ítéletében az elsőfokú határozatot megváltoztatta; a terhelt magzatelhajtást megvalósító cselekményeit 4 rb. magzatelhajtás büntetének minősítette, melyből 1 rb. a nő beleegyezése nélkül, súlyos testi sértést okozva, 1 rb. súlyos testi sértést okozva, végül 1 rb. a nő beleegyezése nélkül került elkövetésre. A terheltet 1 rb. foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés büntette miatt emelt vád alól felmentette. A börtön és a közügyektől eltiltás büntetések tartamát egyezően 2 évre enyhítette. A terheltnek felrótt 4 rb. - súlyosabban, egy esetben pedig kétszeresen is minősülő - magzatelhajtások tárgyi súlya, a terhelt sorozatos foglalkozási szabályszegései, a betegek bizalmával történt durva visszaélések azonban az elbírált bűncselekmények olyan jellemzői voltak, amelyek a már kiszabott fő- és mellékbüntetés arányosságát, ezért szükségességét is igazolták. Minderre tekintettel a Legfelsőbb Bíróság az alkalmazható halmazati büntetési tétel alsó szintjéhez közel álló főbüntetés megváltoztatására indokot nem talált, ezért - a más, érintetlenül hagyott rendelkezések mellett - az alapeljárásban hozott ítéletben kiszabott büntetések tekintetében is hatályában tartotta a jogerős határozatot.⁴⁶⁹

Minősített esetként az egészségügyi gyakorlatban az fordulhat elő, hogy a bűncselekmény maradandó fogyatékoságot, súlyos egészségromlást okoz (három évig terjedő szabadságvesztés), illetve halált okozott (két évtől nyolc évig terjedő szabadságvesztés). Az orvosi műhiba tekintetében egységes a bírói gyakorlat abban, hogy a felelősség csak akkor állapítható meg, ha az orvos a tevékenységét nem szabályszerűen végezte. Úgynevezett "*diagnosztikus tévedés*" esetén csak akkor állapítható meg az orvos büntetőjogi felelőssége, ha tévedése egyben foglalkozási szabályszegésnek is minősül, mert sérti az orvosi tevékenységre irányadó objektív gondossági kötelezettséget.⁴⁷⁰

⁴⁶⁹ Legf. Bír. Bfv. II. 999/2004. sz.

⁴⁷⁰ Nem minősül viszont műhibának, ha műtét közben a legnagyobb gondosság ellenére is melléksérülés keletkezik, amelyet azonnal észlel, és szakszerűen ellát. Műhiba viszont, ha hasi műtét után orvosi eszköz marad vissza a hasüregben.

RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE

AB	Alkotmánybíróság
ABGB	Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch,
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality /US/
AerzteG 1998	Aerztegesetz 1998, az orvosi törvény hatályos változata
Atv	1992. évi LXIII. Törvény – A személyes adatok védelméről
BAEK	Bundesaerztekammer /Auszriában ill Németországban is azonos /
BAEO	Bundesarzteordnung
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch, A Német Polgári Törvénykönyv
BG	Bundesgericht (Schweiz)
BGE	a svájci Szövetségi Bíróság döntései
BGH	(deutscher) Bundesgerichtshof
BGHZ	a német Legfelsőbb Szövetségi Bíróság polgári jogi döntései
Btk.	1978. évi IV. törvény – A Büntető Törvénykönyvről
DCERPS	Developmental Centers for Evaluation and Research in Patient Safety
DHHS	Department for Health and Human Services /US/
dJZ	deutsche Juristenzeitung
ECJ	Európai Bíróság
EüM	Egészségügyi Minisztérium
Eü. Tv.	1997. évi CLIV. törvény – Az egészségügyről
EvBl	Evidenzblatt der Rechtsmittelentscheidungen
GOAE	Gebührenordnung für Aerzte
JBl	Juristische Blätter
KAG	Krankenanstaltgesetz
KOM	Europäische Kommission
KRSIlg	Sammlung von Entscheidungen in Krankenanstaltenfragen
LB	Legfelsőbb Bíróság (2012. január 1 . napjától Kúria)
MOK	Magyar Orvosi Kamara
NM	Népjóléti Minisztérium
OAEZ	Online Aerzte Zeitung
OGH	Oberster Gerichtshof, Österreich
ÖKZ	Österreichische Krankenhaus-Zeitung
ÖJZ	Österreichische Juristen-Zeitung
Ptk.	1959. évi IV. törvény – A Polgári Törvénykönyvről
RVO	Reichsversicherungsordnung
RZ	Österreichische Richterzeitung
SAEZ	Schweizerische Aerztezeitung
SJZ	Schweizerische Juristen-Zeitung

SZ	az osztrák Legfelső Bíróság polgári jogi döntései (Entscheidungen des Österreichischen OGH in Zivilsachen)
TB	Társadalombiztosítás
VersR	Versicherungsrecht
ZPO	Österreichische Zivilprozessordnung
ZR	Blätter für Zürcherische Rechtsprechung

FELHASZNÁLT IRODALOM

Ádám György szerk., Egészségügyi Jogi Kézikönyv, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Bp. 1999.

Adamovich, Ludwig: Grundrechte heute-Eine Einführung In. 70 Jahre Republik Grund-und Menschenrechte in Österreich Grundlagen, Entwicklung und internationale Verbindungen N. P. Engel VerlagKehl am Rhein 1991.

Alexin Zoltán: Személyiségvédelem az orvosi kutatásban In. Lege Artis Medicinae 2006 június

Anheier, Helmut K. - Seibel, Wolfgang (szerk.): The Third Sector: Comparative Studies of Nonprofit Organizations. Berlin, New York, 1990, Walter de Gruyter.;

Antal Géza: Kórházi Ellátási Standardok- minőségbiztosítás az egészségügyben In. Családorvosi Hírmondó, 2006 nyár (kivonat)

Bakács Tibor: Környezetvédelem; Medicina, Budapest, 1977.

Balázs Péter: Az orvos és a közhatalom; LAM 2001;11 (6-7)

Balázs Péter: A házi orvosok és a kamara helyzete a kötelező tagság megszűnése után In. Medicus Universalis, 2007. szept-okt.

Balázs Péter: Egy rendelet méltánytalan sorsa, Lege Artis Medicinae 2003;13(4)

Balázs Péter: Magyarország egészségügyének európai jogharmonizációja a XVIII. Században, Lege Artis Medicinae, 2005;15(1)

Balázs, Péter: Hungary's and the Habsburg Empire's Role constituting the General Norm of Health Service in 1770., 40th International Congress on the History of Medicine, 27 August 2006, Budapest

Balázs Péter - Sztrilich András: Jogi szabályozás az egészségügyben, Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar; Bp. 2005.

Balázs Péter: Mária Terézia 1770-es egészségügyi alaprendelete – I. kötet, Magyar Tudománytörténeti Intézet, Piliscsaba-Budapest, 2007.

Balogh Ágnes: Az egészség védelme a büntetőjogban, Doktori értekezés, Pécs, 2006.

Balogh Zsolt - Holló András - Kukorelli István - Sári János: Az Alkotmány magyarázata, Kjk-Kerszöv Budapest, 2002.

Bándi Gyula: A környezetjog elveiről. In.: Jogtudományi Közlöny. 2005/11.

Bándi Gyula [szerkesztőként]: Az Európai Unió környezetvédelmi szabályozása. 3. átdolg. kiad. Budapest, KJK-Kerszöv, 2004. /Környezetvédelmi kiskönyvtár 8./

Bándi Gyula: Jogunk a környezethez. = Remény a fennmaradásra – Fenntartható-e a fejlődés? Összeállította: Kóródi Mária. Budapest, Kossuth Kiadó, 2007.

Bándi Gyula: Környezetjog; Osiris; Bp. 2006.

Bándi Gyula: Környezetvédelmi politika. = Bevezetés az Európai Unió politikáiba. Szerk.: Kende Tamás – Szűcs Tamás. Budapest, KJK-Kerszöv, 2005.

Bara Zoltán, Dr. Dani Tamás, Dr. Fraenkel Emil, Tokár Géza: Az egészségügy reformja Szlovákiában, előadás; Forrás: http://www.sze.hu/etk/_konferencia/publikacio/Net/eloadas;

Barát Tamás: A PR szerepe a civil – non-profit szervezetek életében; Tanulmány; Budapest 2001.; Forrás: www.mek.iif.hu;

Baranyi Tamás – Bertalan László – Deák Barbara: Környezet-egészségügy és kémiai biztonság, Kutatási Jelentés; EMLA egyesület 2003;

Barta, Heinz: Die Sorge um sich In. Heinz Barta-Gerson Kern: Recht auf Gesundheit, Verlag Österreich, Wien 2002.

Barzó Tímea: Tájékoztatás és beleegyezés, mint a beteg alapvető joga, Magyar Jog 1996/2, illetve 2000/10.

Barzó Tímea: A működtetési jog (orvosi praxisjog). Az egyes vagyoni értékű jogokra vonatkozó hatályos rendelkezések összehasonlítása. In. ADVOCAT 2002/3-4.

Barzsó Dávid: Az orvos tájékoztatási kötelezettsége és az informed consent, Tanulmány, Bp. 2006,

Beauchamp, T.L., Chilress, J.F. (1989): Principles of Biomedical Ethics. (third. ed.) New York- Oxford, Oxford University Press.;

Beecher, Henry K.: Scarce Resources and Medical Advancement, Daedalus, 1969,

Belicza Éva: Minőségügyi rendszer kidolgozásának szempontjai a magyar egészségügyi intézményekben. Egészségügyi Menedzsment 2001;2(2):

Belovics – Molnár - Sinku: Büntetőjog, Különös rész; HVG-ORAC, Bp. 2004;

Benkő Zsuzsanna (szerk.): Egészségfejlesztés. Környezetvédelem és egészségnevelés. Szeged, JGYTF Kiadó, 1992.

Berend T. Iván: A jóléti állam: válság és kiutak In. História 2003;25 (7):

Berke Gyula - Hatvani Zsolt: Társadalombiztosítási jog; Tansegédlet, Janus Pannonius Tudományegyetem, Felnőttképzési és Emberi Erőforrás Fejlesztési Intézet , Pécs 1999,

Bezerédyné – Henz - Zalányi: Évszázados küzdelem hazánk egészségügyéért. K.J.K. , Bp. 1967.

Binder, Martin: Kernbereich und Randzonen des sozialen Krankheitsbegriffs In Recht auf Gesundheit (herausgegeben von Heinz Barta und Gerson Kern) Verlag Österreich Wien 2002

Blasszauer Béla: A jó orvos, Lege Artis Medicinae, 2004. 12.;

Blasszauer Béla: Orvosi Etika; Medicina; Budapest, 1995.

Blumenthal D. : Controlling health care expenditures. N Engl J Med 2001;344

Biró Lajos: Dr. Chyzer Kornél emlékezete (1836-1909). A magyar orvosok és term. vizsg. XXXV. vándorgyűlése Miskolcon. Bp. 1911.

Bok, Sisella: Rethinking the WHO Definition of Health, Working Paper Series, Vol 14. Number 7. October 2004., Harvard Center of Population and Development Studies, Harvard School of Public Health

Boytha György – Papp Mónika: Az Európai Unió létrejötte, intézményrendszere és jogforrásai; kiegészített változat, Budapest, Szent István Társulat, Bp. 2006

Bölcs Ágnes – Nagy Mariann – Pordán Endre: Az orvosi felelősség egyes kérdései, in: Magyar Közigazgatás, 1991/7.sz.

Böse - O'Reilly, Stephan, Susanne Kammerer, Volker, Mersch-Sundermann, Michael Wilhelm: Leitfaden Umweltmedizin. 2. Aufl., Urban & Fischer Verlag; München, Jena 2001.

Buda László: Az alternatív medicina tudományos orvosláshoz való viszonyának, társadalmi-lélektani, egészség-szociológiai háttérének elemzése és az egészségügyi ellátásban betöltött szerepének komplex empirikus vizsgálata. PhD-értekezés. Pécs: Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvosi Kar; 2003.

Busch Béla: Az orvosi tevékenység büntetőjogi szabályozása, Orvosi felelősség - Semmelweis Kiadó; Bp. 2006

Brimblecombe, P., 1987: The big smoke. A history of air pollution in London since medieval times. Methuen, London and New York, 184.

Caulfield, Timothy; Feasby, Coli: Potions, promises and paradoxes: complementary and alternative medicine and malpractice law in Canada. Health Law Journal 2001;9(1)

Chiras, Daniel D.: Environmental Science/Action for a Sustainable Future (1991). The Benjamin/Cummings Publishing Co., California, 1991.

Clauser, K. D., Gert, B. Morality vs. Principlism. In: Gillon,R edited (1994): Principles of Health Care Ethics. John Wiley.&.Sons Ltd;

Crettaz, Joel: De l'inexécution des obligations contractuelles du médecin: Quelques aspects, Diss. Lausanne 1990,

Csabai - Molnár: Egészség, Betegség, Gyógyítás; Springer, Bp. 1999,

Csaádi György: A megbízási jogviszony, Egyetemi jegyzet; Bp. 1959.

Csanádi Mihály: Ivóvíz okozta járványok és ivóvízszennyezési esetek tanulságai; Környezetgazdálkodási Intézet tanulmánya, 1995.

Csatáry Grósz Lajos.: Az Országos Közegészségügyi Tanács Ötven évi működése. Budapest, Franklin, 1918.

Czibalmos Ágnes: "Az Európai Unió szerepe az egészségügyben" Látlelet, 2000. 6.szám 12.

Dahlgren, Göran, - Diderichsen, Finn. 1986. "Strategies for Equity in Health: Report from Sweden," Intl Jl Hlth Svc 16:4,

Deutsch, Erwin: Medizinrecht, Springer, 4. Auflage; Berlin-Heidelberg, 2003.

Dézi József: Egészséggazdaságtan; Springmed kiadó, Bp. 2006,

Dillard, C.R.– Goldberg, D.E.: Kémia; Gondolat, Budapest, 1982.

Dobszay János: Harc a műhiba perek ellen, HVG, 2000. szeptember 30.

Dósa Ágnes: Az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelőssége a tájékoztatás elmulasztásáért, Állam- és Jogtudomány, 2002. 1-2.sz.

Dósa Ágnes: Az orvos kártérítési felelőssége. Budapest: HVG-ORAC Lap- és Könyvkiadó Kft.; 2004.

Dósa Ágnes: Kérhető kártérítés egy gyermek megszületéséért?; LAM; 2001;12(2)

Dósa Ágnes - Havasi Péter: Kártérítési felelősség a rosszindulatú daganatos betegségek ellátásában. Lege Artis Medicinae 2002;12(8)

Dresch, W. - Bawidamann, G. (Der Allgemeinarzt 10/2007 (12-18)) alapján Hidas István- Az alkoholbetegségek kezelését praxisban kíséreljük meg! In. Medicus Universalis 2007 szept.-okt.

Dudley RA. - Luft HS.: Managed care in transition. N Engl J Med 2001;344

Egger, Johann: Das Arbeits- und Sozialrecht der Eu und die österreichische Rechtsordnung, ÖGB Verlag, Wien, 2005.

Eff Lajos - Vass Csaba: Utószó az Ökológiai kapcsolatok c. kötetéhez. (szerk. Endreffy Zoltán és Kodolányi Gyula, Népművelési Intézet, 1983.)

Eisenberg, Cohen: Potential physician malpractice liability associated with complementary and integrative medical therapies. Ann Intern Med 2002;136(8)

Eldbacher S.: Ärztliche Eingriffe an Mindenjährigen, in: ÖJZ 1982,

Engljähringer, Daniela: Ärztlicher Aufklärungspflicht vor medizinischen Eingriffen, 1996.

Engljähringer, Daniela: Ärztlicher Behandlungsvertrag, in: ÖJZ 1993,

Eörsi Gyula: Elhatárolási problémák az anyagi felelősség körében, Bp. 1962.

Erdei Árpád: Tény és jog a szakvéleményben, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Bp. 1987.

Ernst & Young: Bevezetés az Európai Unió jogrendszerébe, CO-NEX, Bp. 1999.

Ernst E. - Cohen MH.: Ethical problems arising in evidence based complementary and alternative medicine. J Med Ethics 2004;30(4)

Eöry Ajándék - Kalabay László: Hajléktalanok háziorvosi ellátása I. rész In. Családorvosi Fórum 2007/5

Evetovits Tamás: Célok és eszközök összehangolása az irányított betegellátási rendszerben, in.: Egészségpolitika III. évfolyam 3. szám 2004, április 11-14.

Falusi Zsófia – Szécsényi-Nagy Balázs - Kőrösi László - Kiss Zsolt - Székely Tamás: Háziorvos-igénybevételi szokások In. Magyar Orvos 2006/10.

Farkas Péter: A humánökológia alapjai; Szent István Társulat, Budapest, 2001.

Farkas – Gátos – Tarr: A környezetkárosításból eredő igény érvényesítésének bírósági gyakorlata; Láng Kiadó, Budapest, 1991.

Facilitating Organizational Development - A Manual. Capetown, 1995, CDRA.

Fazekas Marianna: Szociális igazgatás. = Magyar közigazgatási jog. Különös rész Európai Uniók kitekintéssel. Szerk.: Ficzer Lajos – Forgács Imre. Budapest, Osiris, 2004. [450.] /Osiris tankönyvek/

Fekete Endre et alii.: A vízszennyezés ökológiája. Pro Natura Kiadó; Budapest 1991;

Fenyvesi Tamás: Az irányított betegellátás finanszírozása; LAM 2002;12(1)

Ferenc Antal: A bioetika alapjai, Szent István Társulat, Bp. 2001.

Ficzere Lajos szerk.: Magyar Közigazgatási Jog, Különös Rész, Osiris, Bp. 1999.

Finlayson - Pitts, B. J. - Pitts J. N., Jr.: Chemistry of the Upper and Lower Atmosphere; Academic Press, San Diego, 1999.

Fodor István: Környezetvédelem és regionalitás Magyarországon; Dialóg Campus Kiadó, Budapest-Pécs, 2001.

Földi András - Hamza Gábor: A Római Jog története és intézményei; Nemzeti tankönyvkiadó, Bp. 1996,

Földi K. - Szakács F. Reklámpszichológia. Budapest: Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó; Bp. 1974.;

Fridli Judit: A pszichiátriai betegek jogairól.;Fundamentum. Az emberi jogok folyóirata 1/97

Frivaldszky János: A jog interszjektív jellege és a természetjog. Századvég 1998/10

Fuchs, V.R. (1986): The Health Economics, Cambridge: Harvard University Press

Futó Gábor: Az egészségügyi szolgáltatásra való jogosultság-járulékfizetési változások-a fizetési kötelezettség teljesítése, Hessyn Informatikai és Oktatási Kft., 2007.

Gaisbauer G.: Ärztliche Aufklärungspflicht – Bedeutung und Risiko, in: ÖÄZ 1991/8,

Gaisbauer G.: Zur Beweislast für Einwilligung des Patienten und Erfüllung der ärztlichen Aufklärungspflicht, Anmerkung zu OGH 12.11.1992, 8 Ob 628/92, in: JBl 1994,

Gaizler Gyula – Nyéky Kálmán: Bioetika, Gondolat, Bp. 2003.

Glatz Ferenc: Az európai szociális államról In. História 2003;25 (7)

Gődény Sándor: Egészségügyi szolgáltatások minősége – a betegek szemével, Tanulmány; Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet, Bp. 2005,

Gray, Hillel, X. Jacobs, Mark: Jewish Ethics and Environmental Health: A Study Guide in: Coalition on the Environment and Jewish Life, 2005/12.

Griffin J. M; Struve J. K.: Long term clinical trials, Contemporary Clinical Trials, 2006.

Gschnitzer, Franz et alii, Besonderer Teil und Schadenersatz, Springer, Wien 1998.

Gschnitzer, F. – Faistenberger, Christoph – Barta, Heinz – Eccher, Bernhard: : Österreichisches Schuldrecht, Besonderer Teil und Schadenersatz, 2.Auflage, 1988.,

Günther, Hans – Ludwig: Voluntas aegroti suprema lex – Juristische Erwägungen, Maximen in der Medizin, in: Koslowski, 1992.

Gyöngyösi Zoltán: Az élet és test feletti rendelkezések joga, HVG ORAC, Bp. 2002 .

Győrffy Gábor: A nonprofit szervezetek ismérvei és tevékenységük;Forrás:<http://www.nonprofit.hu/kiadvanyok/tanulmanyok.html>;

Hall MA - Berenson RA. Ethical practice in managed care: a dose of realism. Ann Int Med 1998;128

Háncs Péter : Természetvédelem - Jogszabályismeret , Jegyzet, Budapesti Műszaki Egyetem, Budapest 1999,

Hargitai Réka - Balogh Sándor: Kistérségi Egészségközpont- Az alapellátási struktúra-változtatás lehetséges modellje In. Medicus Universalis, 2007. február 9-13.

Heidenheimer A. J., - Nils Elvander, eds. 1980. The Shaping of the Swedish Health System. New York: St. Martin s Press.;

Heidorn, K.C., 1978: A chronology of important events in the history of air pollution meteorology to 1970. Bulletin of American Meteorological Society;

Hellinger F. The effect of managed care on quality: a review of recent evidence. Arch Int Med 1998;158

Hervey-Jean, Tamara K. – McHale, V.: *Health Law and the European Union*, Cambridge University Press, 2004.,

Hídvégi Tibor: Gondozás, betegoktatás, rehabilitáció In. Diabetologia Hungarica, XIV. évfolyam 1. Supplementum

Holm, S., Not just autonomy- the principles of American biomedical Ethics. Journal of Medical Ethics. 1995; 21

Honti József: Az 1876. évi XIV. törvény és előzményei; in: Orvosi Hetilap (1997) 16.

Horváthné Papp Ibolya (szerk.): Globalitástól a lokalitásig. Természet- és környezetvédelmi olvasókönyv. Pont Kiadó, Budapest, 2001.

Hortobágyi T. Cirill: „Hortus medicus” – „Gyógynövénykert” In. Bencés Diákszövetség Hírlevele, 2003. szept.

Höpfel, Frank: Schutz der Gesundheit durch Strafrecht In. Recht auf Gesundheit (herausgegeben von Heinz Barta und Gerson Kern) Verlag Österreich Wien 2002.

Humprey, John P.: Der internationale Katalog der Menschenrechte In. 40 Jahre Emrk Grund- und Menschenrechte in Österreich Band II Wesen und werte N. P. Engel VerlagKehl am Rhein 1991.

Hutter, Hans-Peter - Moshhammer, Hanns – Wallner, Peter: Umweltmedizinische Beratungsstellen: Aktueller Stand in Österreich. Umweltmedizin in Forschung und Praxis 6(1),2001.

Ingram, Richard T.: Ten Basic Responsibilities of Nonprofit Boards. Washington, D.C., 1994, NCNB.

Jamaluddin Moloo, Journal Watch, 2001. október 1. és 15. , Literatura Medicina Kiadó, Budapest.

Jenei György: Az egészségügy, mint közpolitikai probléma. Tanulmány; Budapest 2004.; Forrás: www.bkae.hu/kkar/download/az_egeszsegugy.doc;

Jenei Ilona: A tájékozott beleegyezés gyakorlatához vezető út nehézségei, Valóság, Bp. 1996.

Jenei Ilona: Az autonómia elve a bioetikában; (Kritikai reflexió) In: Az Eszterházy Károly Tanárképző Főiskola Tudományos Közleményei. Sectio Philosophia. Eger, 1999.

Jenei Imre: A tájékozott beleegyezés gyakorlatához vezető út nehézségei, Valóság, Bp. 1996

Jobbágyi Gábor: A gyógyító tevékenység újabb polgári jogi vonatkozásai, különös tekintettel a személyiségi jogi és felelősségi kérdésekre, Kandidátusi értekezés, 1986.

Jobbágyi Gábor: Magyar Polgári Jog - Általános rész.; SzIT Bp. 2008;

Jobbágyi Gábor: Az orvos polgári jogi felelősségének újabb kérdései a bírói gyakorlatban, in: Jogtudományi Közlöny, 1986/4.sz.

Jobbágyi Gábor: Az orvos polgári jogi felelősségének újabb vonásai, in: Magyar Jog 1986/3.

Jobbágyi Gábor: Orvosi Jog, Szent István Társulat Budapest, 2005.

Jobbágyi Gábor: Orvosi jog - Hippokratésztől a klónozásig, Szent István társulat, Budapest 2007.

Jobbágyi Gábor: Személyiségi Jogok – Egészségügyi szerződés, in: Jogtudományi Közlöny 1984/1

Kalabay László: Az alkoholos beteg és a családorvos, Medicus Universalis, 2007. június

Kalas György: Zajözön. Csendvédelmi munkafüzet a társadalmi környezetvédő szervezetek számára. Győr, Ökológiai Stúdió Alapítvány, 1998.

Kapronczay Károly: Az Orvosi Kör története In. Lege Artis Medicinae 2001. április

Kapronczay Károly: Magyar Orvosi Társulások Története In. Orvosi Hetilap 132. 16.

Kassai Béla - Szőke Sándor: Az orvos felelőssége, Budapest 1938, 8.

Katona Zoltán: 63 év alázatos munka In. Orvosok lapja, 2006. április 23.

Kautzky László: Az életmód és az étrend szerepe a metabolikus szindróma kezelésében és prevenciójában In. Családorvosi fórum, 2007/5

Karatzas, K., 2000: Preservation of environmental characteristics as witnessed in classic and modern literature: the case of Greece, The Science of the Total Environment,

Karl Weber: Verfassungsrechtliche und –politische Aspekte eines Rechts auf Gesundheit In Recht auf Gesundheit (herausgegeben von Heinz Barta und Gerson Kern) Verlag Österreich Wien 2002.

Kecskés László: Magyar Polgári Jog; Általános rész II, Személyek joga, Dialóg Campus. Bp. - Pécs 1999.

Kelényi Zoltán: A betegellátó tájékoztatási feladati az egészségügyi személyes adatok kezelése során In. Családorvosi Fórum 2005/9

Kerényi Attila: Általános környezetvédelem, Mozaik Oktatási Stúdió, Szeged, 1995.

Kerényi Attila: Környezetünk — egészségünk. Magazin Kiadó, Bp.1994.

Kerényi Attila: Környezettan, Mezőgazda Kiadó, Budapest 2003.; 122-135.

Kerényi Ervin: Környezetvédelem, Környezetgazdálkodás, Környezet-tudomány; Elpídia, 1997

Kern, Gerson: Recht auf Gesundheit-Zivilrechtliche Reflexionen In. Recht auf Gesundheit (herausgegeben von Heinz Barta und Gerson Kern) Verlag Österreich Wien 2002.

Kertész Imre: Igazságügyi szakértők az európai jogközelítés útján, Magyar Jog, 2002/1.

Kertesz, L. "The New World of Managed Care", Modern Healthcare (November 1997):

King, Patricia A. – Areen, Judith – Gostin, Lawrence O.: Law, Medicine and Ethics, Foundation Press New York, 2006.

Király Éva: Az orvosi tevékenység polgári jogi megítélése, különös tekintettel a műhibaperek kártérítési kérdéseire, in: A polgári jogi tudományos diákkör évkönyve, 1998-1999.tanév ELTE-ÁJK, Budapest.

Kismarton Judit: A nem-konvencionális tevékenység jogszerű folytatása, Családorvosi fórum, 2004, április,

Kismarton Judit - Vasvári Artúrné (szerkesztők): Praktizáló orvosok jogai és kötelezettségei, Budapest, Magyar Rákellenes Liga - Magyar Betegjogi Közhasznú Egyesület, Bp. 2005.

Knorr Alajos: A gyámsági és gondnoksági ügyek kézikönyve. Kiadó: Pfeifer Ferdinánd. Bp. 1878.

Kovács Györgyi, Sziklay Júlia, Zombor Ferenc: A pszichiátriai betegek joga személyes adataik védelméhez. [Közzéteszi az] Alkotmány- és Jogpolitikai Intézet.; AduPrint, Bp. 1997;

Kovács József: A modern orvosi etika alapjai-Bevezetés a bioetikába, Medicina> Budapest 1999.

Kovács József: A nem önkéntes pszichiátriai kezelés és a véleményszabadság. ; Fundamentum. Az emberi jogok folyóirata 1/2004:

Kornai J.; Az egészségügy reformjáról; Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó; Budapest 1998;

Koziol, Helmut: Österreichisches Haftpflichtrecht, 2.Auflage, Band I., 1980,

Koziol, Helmut – Welser, Rudolf: Grundriss des bürgerlichen Rechts; Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung, Wien 1995.

Kovács Balázs: Az egészségügyi ellátáshoz való jog alkotmányos kérdései, tanulmány, Bp. 2007;

Kovács Balázs: Az egészségügyi ellátáshoz való jog az egészséghez való jog és az Alkotmánybíróság határozatai tükrében; tanulmány; Bp. 2007.;

Kovácsy Zsombor: Egészségügyi jog; Semmelweis Kiadó; Bp. 2008.

Köbberling, Johannes: Der Wissenschaft verpflichtet, Med. Klin. Verlag, Köln 1997.

Köbli Anikó: Szigorlat természetgyógyászatból? Az akadémiát félremagyarázták. Medical Tribune 2004;2(4)

Köles Tibor: Orvosi műhiba perek, HVG ORAC, Bp. 1999.

Kőszegfalvi Edit: Egészségügyi és betegjogi kézikönyv, KJK Kerszöv Budapest, 2001.

Kravitz, Richard L. – Melnikow, Joy: A beteg bevonása az orvosi döntéshozatalba, British Medical Journal Magyar Kiadás, 2001.

Krückl, Karl: Der Anspruch des Patienten auf Einsicht in seine Krankengeschichte, ŐJZ 1983.

Kukorelli István: Alkotmánytan, Osiris Kiadó, Budapest, 2001.

Kukorelli István: Az alkotmányozás évtizede - Közjogi, politikai tanulmányok, parlamenti jegyzetek; Korona Kiadó. Bp. 2000.

Kulin László - Mester Katalin: Előtérben a betegbiztonság - törjük meg a csendet! In. Családorvosi Fórum, 2007/2

Kun Csaba: A homeopátia hazai helyzetéről, tanulmány; forrás: www.vital.hu;

Kurt Stellamor: Ärztliche Berufsordnung; Wien 1977.

Kurt Stellamor - Johannes W. Steiner: Handbuch des österreichischen Arztrechts, Manzsche Verlag, Wien 1999.

Kurt Stellamor – Johannes W. Steiner: Die zivilrechtliche Haftung des Arztes für "Kunstfehler", in: ÖKZ, 1991.

Kuttner R. : The American health care system. N Engl J Med 1999;

Landi Balázs: Az orvosi műhiba fogalmáról; Magyar Jog 2002.6.szám

Landi Balázs: Az orvos polgári jogi felelősségének egyes kérdései, tanulmány; Bp. 2000;

Landi Balázs: Az orvos polgári jogi felelősségének kérdései a német-osztrák jogban; in: Polgári jogi tudományos diákkör évkönyve, 2001-2002. tanév, ELTE-ÁJK

Landi Balázs: Az orvosi jogviszony összehasonlító jogi elemzése a magyar-német-osztrák elmélet és gyakorlat tükrében; in: Jogtudományi Közlöny, 1/2003.

Lábady Tamás: A nem vagyoni kárpótlás iránti igények a bírói gyakorlatban, ELTE JTI, 1986.

Lábady Tamás: A nem vagyoni kártérítés újabb bírói gyakorlata, ELTE JTI, 1992.

Lábady Tamás: A magyar magánjog (polgári jog) általános része; Dialog Campus, Pécs 2002.

Láng István (főszerk.): Környezet- és természetvédelmi lexikon I.–II., Akadémiai Kiadó, Budapest, 2002.

Laurell, A.C. - Lopez, O. "Market Commodities and Poor Relief: The World Bank Proposal for Health", International Journal of Health Services 26 (1996):

Lendvai Rezső - Bacsí Jenő: A sürgősségi ellátás betegjogi vonatkozásai, Betegjogi, Ellátottságjogi és Gyermekjogi Közalapítvány Budapest, 2006.

Linzbauer Ferenc: Codex sanitario-medicinalis.Hungariae., Buda 1852-1861.

Losonczi Gergely: Mindenki a maga útján-változatos az európai szabályozás In. Medical Tribune 2006. szept. 14

Lóránth Ida: Kötelező titoktartás és betegtájékoztatás, interjú dr. Kelényi Zoltánnal In. Magyar Orvos 2006/10.

Lummer, Stefan: Vallás és egészség. A hívők általában egészségesebbek - Der Allgemeinarzt 7/2007 (60-61) alapján Hidas István In: Medicus Universalis 2007 szept.-okt.

Lurie N.: Health disparities – Less talk, more action. N Engl J Med 2005.;

L. Horváth Katalin: Szennyvíz: drága és tisztítás; Cégvezetés, 2001. május

Magyar Értelmező Kéziszótár, szerk.: Juhász József, Szőke István, O. Nagy Gábor, Kovalovszky Miklós, Akadémiai Kiadó Budapest, 1978.

Magyary-Kossa Gyula: Magyar orvosi emlékek, Budapest 1940.

Major János - Rész Katalin - Hulesch Bors - Túry Ferenc: A kiégés jelensége az orvosi hivatásban In. *Lege Artis Medicinae*, 2006;16(4)

Marcia A. Lewis, Carol D. Tamparo: *Medical Law, Ethics & Bioethics*, F.A. Davis Company, Philadelphia, 2007.

Martin Zoltán: Milyen adatok kezelése szükséges és elkerülhetetlen egy egészségügyi intézmény részéről? Tanulmány, Bp. 2006, in: szoszolo.hu,

Martini Jenő: Orvos szakértő a műhiba perben, *De Jure*, 2002. november

Makra László: Szemelvények a környezetszennyezés történetéből, különös tekintettel a levegő szennyezésére, *Légkör*, OMSZ-MTT folyóirat; XLVIII. évfolyam, 2.szám

Mazur, Denis J.: Influence of the law on risk and informed consent, *British Medical Journal*, 2003. 5.

Melly József és Pap Géza (Szerkesztők): A közegészségügyre és a társadalombiztosításra vonatkozó törvények és rendeletek gyűjteménye. (190-1930); Grill Károly könyvkiadóvállalata Bp. 1930

Mihályi Péter: *Magyar egészségügy: diagnózis és terápia*; Springer Orvosi Kiadó Kft.; Budapest 2000;

Mihályi Péter: Alulfinanszírozott-e a magyar egészségügy? *Egészségügyi Gazdasági Szemle*; 37 (2)

Miller, H.I.: *Biodiversity Treaty Misguided*, *Nature*, 1999;

Minya Tamara: *Az orvosi jog és az orvosi jogviszony*; Tanulmány, Bp. 2005,

Missliwetz, Johann - Ellinger, Alfred: *Recht für Aerzte und Medizinstudenten* (1992)

Montgomery, Jonathan: Health Care Law, Oxford University Press, 1997.

MTI Panoráma: Anyagi okból orvos nélkül In. Medical Tribune 2006. szept. 14.

Müller Anna, Paulik Edit, Nagymajtényi László, Belicza Éva, Boda Krisztina: A minőség nem hozzáadott érték – a tevékenység része; In: Kórház • XI. évfolyam • 2004. április;

Nagy Éva: Az orvos magánjogi felelősségének kialakulása, Jura, 2000. 1-2.

Narr, S.: Aerztliches Berufsrecht, 2. Auflage, 1977, 940.; BGHZ 72,

Németh Attila, a Magyar Pszichiátria Társaság elnökének állásfoglalása - veszélyben a pszichiátria In. Orvosok Lapja 2007. május 21.

Németh Éva: A gyógyszerhirdetések világképe; in: Lege Artis Medicinae, 2002/12(9),

Németh István: Plinius, a polihisztor; LAM; 2002;12(9)

Németh Rozália: Hátráló természetvédelem. Élet és Tudomány, 1984. XI. 23.

Nicholson, R.H. Limitations of the Four Principles. In: Gillon,R. edited(1994): Principles of Health Care Ethics. John Wiley.&.Sons Ltd.;

Oberfrank Ferenc: A biomedicinális etika és az emberi jogok: európai helyzetkép című tanulmánya

Pattantyús H. Endre: Új szakasz környezetvédelmünk fejlődésében; Természet Világa 1975/8. szám

Pásztó Péter: Vízminőségvédelem-vízminőségsszabályozás; Veszprémi Egyetemi Kiadó, Veszprém 1998.

Pálvölgyi Attila: Folyóirat-referátum; WHO Press, 2000, március 14. in: Orvosi Hetilap; 2000.39.

Páva Hanna: Az egészségügyi adatok védelméről általában, tanulmány, Bp. 2006; in: szoszolo.hu;

Penneau, Jean: La Responsabilité du Médecin, Paris 1992

Petrik Ferenc: Kártérítési jog, HVG ORAC, Bp. 2002.

Péter Mihály: A segesvári lepraszószék In. Orvostudományi Értesítő, 2003, 76. kötet, 2. szám

Polecsák Mária(szerk.): Betegek jogai, Vince Kiadó, Budapest, 1999

Pollard, David – Hughes, David: Constitutional and administrative law Text&Matters, Butterworths, Worcester 1990.

Preker, S.A. – Feachem, G.A.R. (1995): Market Mechanism and the Health Sector in Central Eastern Europe,

Raschein, Rolf: Widerrechtlichkeit und Verschulden in der Arzthaftpflicht, Zeitschrift für Gesetzgebung und Rechtsprechung des Kantons Graubünden, 3/1989, 64.

Raschein, Rolf: Widerrechtlichkeit und Verschulden in der Arzthaftpflicht, Zeitschrift für Gesetzgebung und Rechtsprechung des Kantons Graubünden, 3/1989.

Rák Kálmán: Merre tart az orvostudomány?; tanulmány, MTA KFKI, Research Campus, 1-4.

Rákócziné Krämer Ágnes: Bábák, szülésznők – Az Országos Bábászövetség folyóirata, V. évfolyam 1. (9.) szám. 2006. március.

Redick, T. P.: Sustainable Agricultural Biotechnology in the 21th Century: Voluntary Consensus Standards and the Prevention of Tort Liability, Biotechnology Law Report,1999 18 (5).

Rieger, Hans Jürgen: Lexikon des Arztrechts, Madsche Verlag; Wien 1984.

Romanow, Roy J.: Building on Values - Final Report on the Future of the Health Care in Canada; fordította: Dr. Melegh Zsombor, szerkesztő: Dr. Pataki Gergely – közreműködésével az Országos Egészségügyi Információs Intézet és Könyvtár – MEDINFO; Bp. 2003.

Rosner Vilmos: Jog az anyagi és egészségügyi ellátáshoz, valamint az egészséges környezethez, In: Emberi jogok hazánkban Eötvös Loránd Tudományegyetem Jogi Továbbképző Intézet – Kutató Csoport, Budapest, 1988.

Rozsos Erzsébet: Egészségügyi etikai példatár, Egészségügyi Főiskolai Kar, 1999,

Salamon Sándor: Betegelégedettség az alapellátásban In. Magyar Orvos 2007/7-8.

Sándor Judit: A betegek jogainak kodifikálásáról, Fundamentum, Bp. 1997.

Sándor Judit: Az orvosi jog és etika kapcsolata a bírói ítékezésben, Kandidátusi értekezés, 1994.

Sándor Judit: Gyógyítás és ítékezés, Medicina; Budapest 1997.

Sári János: Alapjogok, Osiris Kiadó, Budapest, 2004.

Schenker JG, Cain JM.: FIGO Committee Report. FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. International Federation of Gynecology and Obstetrics. Int J Obstet Gynaecol Obstet 1999;64:317.22

Shannon, T. A. (1987): An Introduction to-Bioethics. New York - Mahwah, Paulist Press; 5.

Silk, Thomas: A nonprofit szervezet kialakítása és megszervezése. Nonprofit Menedzserképző Szeminárium. Csopak, 1992, JHU.;

Simek Ágnes: A betegek mint az egészségügy aktív résztvevői In. Medicus Universalis, 2007. február.

Simon Gergely: A Győr-Bácsi hulladékégető rémségei; in: Lélegzet, XII. évf. 10.sz.

Simon Tamás: Felelősségbiztosítás az egészségügyben, LAM 2002;12(9).

Sólyom László: A személyiségi jogok elmélete, KJK, Budapest 1983.

Sólyom László: Egy környezetvédelmi populáris akció elvi lehetősége jogunkban. Jogtudományi Közlöny, 1978. 11. szám

Sólyom László: Környezetvédelem és polgári jog, Akadémiai Kiadó; Budapest, 1980.

Sótonyi Gergely: A beavatkozó orvostól elvárható felelősség; LAM; 2006/7. szám;

Sótonyi Péter (szerk.): Igazságügyi Orvostan, Semmelweis kiadó, Bp. 1996.

Sótonyi Péter (szerk.): Orvosi felelősség; Semmelweis Kiadó és Multimédia Stúdió, Bp. 2006;

Speiser, Harald: Einflüsse auf die Rechtsposition des Patienten, ÖJZ 1988.

Sperling, Daniel: An environmental and energy solution; Westport, CT ; London : Quorum Books, New York, NY 1989.;

Springall, Helen; Job, David; Jackson, Edward; Townsend, Sue: Nitrate. Environment and Health. A Practical GCSE Coursework Guide. Shrewsbury, Field Studies Council, 1991.

Stauch, Marc - Wheat, Kay – Tingle, John: Text, Cases and Materials on Medical Law, Routledge- Cavendish; Oxon 2006.

Steiner, Johannes W.: Geschäftsunfähigkeit und Heilbehandlung – Anmerkung zum Entwurf einer "Österreichischen Patientencharta", in: RdM 1994, 10.

Steiner, Johannes W.: Die ärztliche Aufklärungspflicht nach österreichischem Recht, in: JBl 1982.

Steiner, Johannes W.: Geschäftsunfähigkeit und Heilbehandlung – Anmerkung zum Entwurf einer "Österreichischen Patientencharta", in: RdM 1994.

Stellamor, Kurt: Ärztliche Berufsordnung; Wien 1977.

Stellamor, Kurt - Steiner, Johannes W.: Handbuch des österreichischen Arztrechts, Manzsche Verlag, Wien 1999.

Stellamor, Kurt – Steiner, Johannes W.: Die zivilrechtliche Haftung des Arztes für "Kunstfehler", in: ÖKZ, 1991.

Stiglitz, J.E. (1988) Economics of the Public Sector; New York – London: W.W. Norton & Co.

Strasberg, Werner: Schutz von Leben und Gesundheit, Staatsverlag der Deutschen Demokratischen Republik, Berlin 1980.

Strauss, Nhin: Research into complementary and alternative medicine: problems and potential. BMJ 2001;322(7279) 161-4.

Studdert, Eisenberg, Miller, Curto, Kaptchuk, Brennan: Medical malpractice implication of alternative medicine. JAMA 1998;281(18).

Suppin, Marc: Aufklärung, Haftung und Schadenersatz im Arztrecht (2000) 94.

Szabóné Streit M.: Gyógyszermarketing. Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt.; 1999.

Szatómári Marianna: Elvárások és tabuk a különböző kultúrkörökhöz tartozó betegek egészségügyi ellátásában In: Medicus Universalis 2007. szeptember-október.

Szállási Árpád: Chyzer Kornél: Az első egészségügyi jogalkotó in: Comm. Hist. Artis Med. 117-120 (1987)

Szász Béla: Orvosi Jogtudomány, Danubia, Pécs 1925.

Szladits Károly szerk.: Magyar Magánjog IV. kötet, Bp. 1942,

Tahin Emma: A magyar közegészségügy története, www.kozegeszsegtan.sote.hu/magyar/intezet/kozegtort.htm

Tamási József: Természetgyógyászati alapismeretek, Magyar Természetgyógyászok Uniója, Bp. 2000.

Tarr György: A szerv és szövetátültetés dologi jogi kérdései, Egyetemi jegyzet PPKE-JÁK, BP: 1999.

Tarr György: A szerv és szövetátültetés dologi jogi kérdései, Szent István, Bp. 1999.

Tarr György: Élet és egészség, orvos és beteg, jog és erkölcs, az emberi méltóság fogalmi szférájában - Az orvoslási jog vázlata Püski, Budapest 2003.

Tarr György: Gondolatok az orvosi jogról és az orvosi jogviszonyról, Magyar Jog, 2002/1

Tarr György: Személyiségvédelem, környezetvédelem; Egyetemi Jegyzet; Budapest, 1998.

Társadalom és Művelődéstörténeti atlasz, Kartográfiai Vállalat, Bp. 1991, 23.

Taylor D.: The law in its relations to physicians, 1902;

Taylor J. Leahy: Medical malpractice, Bristol 1980, 128., in: Jobbágyi Gábor: Az orvos polgári jogi felelősségének újabb vonásai, in: Magyar Jog 1986/3.

Temesvári Tibor: Szociálpolitika, egészségügyi ellátás és munkavállalás az Európai Unióban 2005.

Thomas Juen: Arzthaftungsrecht, Manzsche Verlag, Wien 1997.

Tiborcz – Gellyén – Hatvani (szerk.): A gyógyszerészetre vonatkozó hatályos jogszabályok, OGYE, Budapest 1948.

Tompa Anna: A környezeti ártalmak és a daganatos betegségek megelőzése; Magyar Tudomány, 2003/11

Tóth Géza, Dani Győző: Az orvosi alapellátás krónikája, tanulmány Forrás: www.ohk.hu/htm/szakorv/alapel.htm;

Török Kovács Anett: Az egészségügy-finanszírozás új rendszere Magyarországon; Forrás: <http://www.pszfz.bgf.hu/konyvtar/polvax/p-97-3/4torokkovacs.pdf>;

Törő Károly: Az orvosi polgári jogi viszony, Budapest 1965.

Törő Károly: Az orvosi jogviszony, Budapest 1986.

Törő Károly: Az orvosi jogviszony, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó Bp. 1983.

Törő Károly: Az orvosi tevékenység polgári jogi minősítése, Magyar Jog, 1963/2.

Túry Sándor Kornél: Orvosi felelősség és valószínűsítési bizonyítás, Kolozsvár 1943.

Trivedi A.N. et al.: Trends in the quality of care and racial disparities in Medicare managed care N Engl J Med 2005 Aug 18;

Trócsányi László - Badó Attila(szerk.): Nemzeti Alkotmányok az Európai Unióban, Kjk-Kerszöv, Budapest 2005.

Ujváriné Siket Adrienn - Becka Éva: A körzeti ápolók élet- és munkakörülményei, egészségi állapota In. Medicus Universalis 2006. április

Ulbing István: A magyar orvostársadalom erkölcsi helyzete In. Medicus Universalis 2006. június

Vaccarino V. et al.: Sex and racial differences in the management of acute myocardial infarction 1994 through 2002 N Engl J Med 2005 Aug 18;

Vajda Angéla: Az orvosok és az egészségügyi dolgozók jogállásáról, in.: LAM 2003;13(4):350.

Váradiné Éva: Az orvos polgári jogi felelőssége, tanulmány, Bp. 2006.

Varga Orsolya - Molnár Péter: Természetgyógyászok és a kártérítési felelősség, tanulmány: in: Lege Artis Medicinae, LAM 2005;15(3):238-40.

Varga Réka: A fogyatékos személyek orvosi ellátása In. Családorvosi Fórum 2007/2.

Várkonyi Tibor (szerk.): A levegőszennyeződés; Műszaki Könyvkiadó; Budapest, 1982.;

Villányi László: A magyar magánjog rövid tankönyve, Grill Kiadó, Bp. 1941.

Völkl-Torngler, Sabine: Die Rechtsnatur des ärztlichen Behandlungsvertrages in Österreich, JB1, 1984.

Washington, C.: World Bank Technical Papers 293., The World Bank

Waitzkin, Howard – Iriart, Celia; Hogyan exportálja az Egyesült Államok az ellenőrzött betegellátást (managed care) a harmadik világ országaiba; Tanulmány; Fordította: Remák Edit, Eszmélet Folyóirat (47) Budapest, 2000;

Weiner, Jonathan P. 1987. "Primary Care Delivery in the United States and Four Northwest European Countries." Mil Mem Q 65:3.

Windeler J. - Antes G.: Entspricht nicht den Prinzipien der EBM. Deutsches Ärzteblatt. 2003;100(38)

FELHASZNÁLT BÍRÓSÁGI HATÁROZATOK JEGYZÉKE

Neurológia

A legnagyobb gondosság és körültekintés az orvosi eljárás felróhatóságának mércéje.

(Legf. Bír. Pfv. III. 20.586/1996. sz.)

A kórház kártérítési felelősséggel tartozik, ha a tárgyilagos, részletes, körültekintő és a valóságnak megfelelő tájékoztatást a betegnek nem adják meg. A betegnek a kórházba való felvétele során adott, a kivizsgálásba, kezelésbe és műtétbe beleegyező nyilatkozata önmagában nem alkalmas annak bizonyítására, hogy a beteg a műtét előtti megfelelő tájékoztatást megkapta.

(Legf. Bír. Pfv. III. 22. 083/1998. sz.)

Az orvos diagnosztikai tévedése miatt kialakuló súlyos idegrendszeri, mozgásszervi zavar - kerekesszékekhez kötött életmód - miatt a nem vagyoni kártérítés szempontjai.

(Szegedi Ítéltábla Pf. III. 20 026/2003.)

A beteget tájékoztatni kell a műtét szükségességéről és arról, hogy milyen műtét elvégzése szükséges, továbbá a műtéttel általában együtt járó, valamint a műtét elmaradása esetén várható következményekről. A kórház kártérítési felelősséggel tartozik, ha a tárgyilagos, részletes, körültekintő és a valóságnak megfelelő tájékoztatást nem adja meg a betegnek. A betegnek ismernie kell mindazokat a körülményeket, amelyekből megállapíthatja, hogy milyen kockázatot vállal a műtéti hozzájárulás megadásával, vagy megtagadásával. Annak bizonyítására, hogy a tájékoztatás a szükséges mértékben megtörtént-e, a műtéthez való hozzájárulás aláírása önmagában nem alkalmas. A rendellenes műtéti beavatkozás folytán beálló bénulás miatt a nem vagyoni kártérítés szempontjai.

(Szegedi Ítéltábla Pf. III. 20 11 0/2003.)

A kórház felelőssége nem állapítható meg a beteg haláláért, ha a kezelés során a legnagyobb gondossággal jártak el, s a beteget ellátó kórházi dolgozókat nem terheli felróható mulasztás.

(Pécsi Ítéletábla Pf. III. 20 376/2004/5.)

Kardiológia

A körzeti orvosi és kórházi kezelések során készült orvosi megállapítások és a perbeni szakértői vélemény adatainak mérlegelése a „diagnosztikai késedelemre” alapított kártérítési igény elbírálása során.

(Legf. Bír. Pfv. VI. 20.205/1998. sz.)

Urológia

Nem valósítja meg a foglalkozás körében elkövetett halált okozó gondatlan veszélyeztetés vétségét az az orvos, aki „formális” szabályszegéseivel nem veszélyeztette közvetlenül a beteg életét, testi épségét vagy egészségét, illetve a közvetlen veszély nem a foglalkozási szabályszegése folytán következett be. A „diagnosztikus tévedés” esetén csak akkor állapítható meg az orvos büntetőjogi felelőssége, ha a tévedés egyben foglalkozási szabályszegésnek is tekintendő, mert sérti az orvosi tevékenységre irányadó objektív gondossági kötelezettséget.

(Legf. Bír. Bf. I. 2421/1994. sz.)

A kórház kártérítési felelősséggel tartozik, ha elmulasztja a műtéti kockázat körében 5-20%-os gyakorisággal együttjáró szövődmény lehetőségéről a beteget műtét előtt tájékoztatni.

(Legf. Bír. Pfv. VI. 21. 077/1994. sz.)

A gyógykezeléssel okozati összefüggésben álló egészségromlásért a gyógyintézet nem felel, ha alkalmazottjai a beteg gyógykezelése során az orvostudomány mindenkori állásának megfelelően jártak el, és ennek bizonyításával magát a felróhatóság alól kimentette

(Fővárosi Bíróság 41. Pf. 20.988/1988/3.)

Ortopédia

A kórház kártérítési felelősség alóli mentesülését nem eredményezi önmagában az, hogy - meghatározott vizsgálat elvégzésének hiányával - szakmai szabályt nem sértett. Ha az orvosai a tőlük elvárható legnagyobb gondosságot elmulasztják a beteg vizsgálata során, a kórház kártérítő felelőssége megállapítható.

(Legf. Bír. Pfv. III. 22.090/2005. sz.)

Sebészet, traumatológia, plasztikai sebészet

Nem kifogásolható a mentőszolgálat orvosának az eljárása, ha a balesetben agysérülést szenvedett beteget közvetlenül a CT-vizsgálat elvégzésére kijelölt gyógyintézménybe szállítja, ha az akkor ügyeletes intézményben ilyen készülék nem működik.

(Legf. Bír. Pfv. III. 20.163/2005. sz.)

A műtétet végző kórház kártérítési felelősséggel tartozik, ha az operáló orvos a beteg testében olyan tárgyat hagy bent, amelyet a műtétnél nem használt fel, és amelyet a tőle elvárható gondosság és körültekintés esetén elháríthatott volna (1959. évi IV. törvény 339. § és 348. §; 1972. évi II. tv. 43. §).

(Legf. Bír. Pfv. III. 21.527/2004. sz.)

A fokozott veszéllyel járó tevékenység folytatásával okozott károkra irányadó felelősségi szabály alapján felel a kórház, ha orvosai a beteg műtétje előtt alkoholos vegyszerrel végzik a fertőtlenítést, egyben elektromos kést használnak, amely által kibocsátott szikra lánggra lobbantja a fertőtlenítő vegyszert és a beteg súlyos égési sérüléseket szenved.

(Legf. Bír. Pf. III. 25.423/2002. sz.)

A diagnózis megállapításakor szükséges vizsgálatot végző orvossal szemben támasztott gondossági mérték tartalmának szempontjai.

(Legf. Bír. Pv. III. 24.330/1998. sz.)

A beteg alapvető joga annak eldöntése, hogy az általa ismert kockázati tényezők mellett vállalja-e az adott beavatkozást. A beteget a műtéti kockázat körében gyakran fellépő szövődményről is tájékoztatni kell.

(Legf. Bír. Pfv. III. 22.461/1999.)

A betegnek ismernie kell a műtét elmaradása esetén várható következményeket, és tudnia kell, hogy a műtéttel milyen kockázatot vállal. Ezért a bíróságnak nemcsak a műtéti hozzájárulás tényét, hanem a tájékoztatás tényleges tartalmát is vizsgálnia kell.

(Legf. Bír. Pfv. III. 21.390/1998. sz.)

A műtéti beavatkozást követően kialakuló szövődmények - hasüregi vérzés és bélátfürödés miatt hashártyagyulladás - esetén sem áll fenn az orvos kártérítési felelőssége, ha a gyógykezelés során a legnagyobb körültekintéssel és gondossággal járt el.

(Szegedi Ítéltábla Pf. III. 20 012/2003.)

A gyógyító-megelőző tevékenységet folytató orvosnak a lehető legnagyobb gondossággal és körültekintéssel kell a betegellátás során eljárnia, ez a szigorú felelősségi szabály azonban nem jelenti azt, hogy az orvos felelőssége feltétlen, azaz hogy az orvos, illetőleg alkalmazója a bekövetkezett károsító eredményért objektív felelősséggel tartozik.

(Baranya Megyei Bíróság 2. Pf. 21 308/1999/4.)

Az egészségügyi beavatkozásokkal összefüggő kártérítési felelősségre vonatkozóan a már hatályban nem lévő az egészségügyről szóló törvény 43. § (2) bekezdésében írt speciális szabályt kell alkalmazni annak megállapításához, hogy mi az általában elvárhatóság zsinór-mértéke az orvosszakma körében.

(Veszprém Megyei Bíróság 1. Pf. 21 281/1998/17.)

Szülészet-nőgyógyászat

A kórház kártérítési felelőssége fennáll, ha az orvosa nem végezteti el azokat a vizsgálatokat, amelyek a terhesség utolsó harmadában a köldökzsinór helyzetének kimutatásához, a magzat megszületésére való felkészüléshez elengedhetetlenek, és a magzat méhen belüli elhalása a köldökzsinór többszörös nyakra tekeredése miatt kialakult oxigénhiány miatt következett be.

(Legf. Bír. Pfv. III. 20.956/2006.)

A kórház kártérítési felelősséggel tartozik, ha alkalmazott orvosa nem intézkedik arról, hogy a magas kockázattal járó ikerterhes anyát magasabb ellátási szintet biztosító egészségügyi intézménybe utalja, holott tudja, hogy nála a kockázatos szülés személyi és tárgyi feltételei hiányoznak, és az újszülöttek károsodása ezzel a mulasztással okozati összefüggésbe hozható.

(Legf. Bír. Pfv. III. 20.028/2006. sz.)

Foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés büntette nem valósul meg, ha az orvosnak - a foglalkozás szabályainak megszegésével végrehajtott - beavatkozása a sértett egészségét, testi épségét közvetlenül nem veszélyeztette.

(Legf. Bír. Bfv. II. 999/2004. sz.)

A méhen belüli fogamzásgátló eszköz mellett bekövetkezett terhesség esetén az orvosnak teljeskörűen, a valóságnak megfelelő, tárgyilagos tájékoztatást kell adnia az anyának. A terhesség megtartása, illetőleg megszakítása kérdésében az anya akkor tud dönteni, ha arról is tájékoztatták: a méhen belüli fogamzásgátló eszköz milyen hátrányos következményekkel járhat.

(Legf. Bír. Pfv. III. 22.283/2001. sz.)

Az orvost és az egészségügyi szakdolgozót az egészségi állapotra vonatkozó személyes adatok tekintetében a beteg gyógykezelésének befejezése után is köti a titoktartási kötelezettség.

(Legf. Bír. Pfv. III. 20.446/1997. sz.)

A beteget nem kell tájékoztatni a műtét során esetlegesen, véletlenszerűen előforduló kockázat lehetőségéről, amely nem tartozik a műtéttel viszonylag nagy gyakorisággal együttjáró szövődmények körébe.

(Legf. Bír. Pfv. III. 22 832/1996. sz.)

Az orvosnak a szülési rendellenesség miatti kártérítési felelőssége alól a kimentése körében azt kell vizsgálni, hogy - a legnagyobb gondosság és körültekintés követelményének tanúsítása esetén - volt-e esély a magzat egészségkárosodásának elkerülésére, vagy annak mértéke csökkentésére. Az orvosi tevékenység felróható, ha a mulasztások folytán bekövetkező ismerethiány miatt az orvos eleve nem kerül olyan helyzetbe, hogy dönthessen a szülés legcélravezetőbb módjáról.

(Szegei Ítéltábla Pf. III. 20 063/2003.)

Az orvosi tájékoztatásnak a beteg gyógyítása és kezelése, a betegnél alkalmazott invazív beavatkozások során ki kell terjednie mindazokra a lényeges körülményekre, amelyek a beteg személyéhez fűződő önrendelkezési jogának a gyakorlását befolyásolják. Különösen ilyennek kell tekinteni az esetleges halálos következménnyel járó fenyegetettséget. A polgári jogi felelősség körében az adott helyzetben általában elvárható magatartás zsinórmértéke az irányadó, amely nem jelent feltétlenül vétkességet, mivel az objektív, társadalmi megítélés a mérce.

(Baranya Megyei Bíróság 2. Pf. 20 602/2000/3.)

A SZERZŐ SAJÁT PUBLIKÁCIÓINAK JEGYZÉKE

[2002] IFJ. LOMNICI Zoltán: Az orvosi jogról. *De Jure*. 2002/december. 24-25.

IFJ. LOMNICI Zoltán: A köztestület intézménytörténete. Adalékok a Ptk. kodifikációhoz. *MJ*. 2002/7. 419-423.

[2003] IFJ. LOMNICI Zoltán: Gondolatok az orvosi jogról. *Magyar Orvos*. 2003/február. 16-17.

IFJ. LOMNICI Zoltán: Az orvosi jog elméleti előkérdései. *MJ*. 2003/4. 223-228.

IFJ. LOMNICI Zoltán: Az orvosi jogviszony tartalma hazánkban és az Európai Unióban. *Collega*. 2003/május. 41-46.

IFJ. LOMNICI Zoltán: Gondolatok az orvosi felelősségről. *Magyar Orvos*. 2003/június. 22.

IFJ. LOMNICI Zoltán: A fogorvosok, illetve a fogászati tevékenység intézményi távlatai. *Today* 2003/november. 3-5.

IFJ. LOMNICI Zoltán: Egy törvény margójára. *Magyar Orvos*. 2003/november. 18.

[2004] IFJ. LOMNICI Zoltán: A gyógyszerpiaci rendszer sajátosságai, különös tekintettel a versenyjogi rendelkezésekre I-II. rész. *Magyar Orvos*. 2004. február/március. 49-50.

IFJ. LOMNICI Zoltán: Az orvos illetve az egészségügyi szolgáltató polgári jogi felelősségének alapjai. *Dental Hírek*. 2004/2-3. 12-14.

IFJ. LOMNICI Zoltán: Managed Care; Új korszak az orvoslásban I-II. *Magyar Fogorvos*. 2004/4-5. 194-203.; 254-262.

IFJ. LOMNICI Zoltán: Az Európai Unió egészségügyi szabályozása és Magyarországot érintő fontosabb hatásai. *Collega*. 2004. június. 3-6.

IFJ. LOMNICI Zoltán: Az orvosi jog kialakulásának történeti alapjai Magyarországon. *JTK*. 2004/12. 459-463.

[2005] IFJ. LOMNICI Zoltán (társszerző): Lenkovics Barnabás, Péterfalvi Attila, Kovács Árpád, Polt Péter, Mihályi Péter et alii... – Ifj. Lomnici Zoltán: Politikai Évkönyv. Demokrácia Kutatások Magyar Központja Alapítvány: Az egészségügy finansziális kérdései – Profit, reformok és medicina Magyarországon a 2004-es esztendőben. Demokrácia Kutatások Magyar Központja Alapítvány; Bp. 2205 434-448.

IFJ. LOMNICI Zoltán (társszerző): Paczolay Péter, Petrik Ferenc, Lomnici Zoltán, Darák Péter, Holló András et alii... – Ifj. Lomnici Zoltán: Alkotmány a gyakorlatban Szerk: Petrik Ferenc. Budapest: HVG ORAC, 2. kiad. 2005. 346-372.

- IFJ. LOMNICI Zoltán: Az egészségügy finansziális kérdései – profit és medicina I-II. *Magyar Fogorvos.* 2005/2–3. 78-81.; 144-150.
- IFJ. LOMNICI Zoltán: Az Európai Unió egészségügyi szabályozásának aktuális kérdései, különös tekintettel az ún. Európai egészségügyi Biztosítási Kártya bevezetésének jogi hátterére. *Advocat.* 2005/3-4. 10-13.
- IFJ. LOMNICI Zoltán: Az ún. 21 lépésből álló magyar egészségügyi reformcsomag összehasonlító elemzése. *Magyar Fogorvos.* 2005/4. 214-218.
- IFJ. LOMNICI Zoltán: A gyógyszerkísérletekre vonatkozó új szabályozás jogi és etikai vonatkozásai. *Dental Hírek.* 2005/4. 17-22.
- IFJ. LOMNICI Zoltán: Az orvosi felelősség aktuális kérdései. I-II. *Magyar Fogorvos.* 2005/5-6. 260-262.; 322-324.
- IFJ. LOMNICI Zoltán: Az orvos személyére vonatkozó egyes jogszabályi rendelkezések összehasonlító elemzése. *Dental Hírek.* 2005/6. 27-32.
- IFJ. LOMNICI Zoltán: A gyógyszerpiaci rendszerre vonatkozó jogszabályi háttér összehasonlító elemzése. *Gyógyszerészi Hírlap.* 2005. július. 12-18.
- IFJ. LOMNICI Zoltán: A 2005. évi XCV. törvény sajátosságai I-II. *Gyógyszerészi Hírlap.* 2005. október/november. 14-15.; 8-10.
- IFJ. LOMNICI Zoltán: Ignorantia Iuris Non Excusat I-III. *Today,* 2005. november.; 8.
- [2006] IFJ. LOMNICI Zoltán: A személyiségvédelem történeti aspektusai – Védett közszereplők. *De Jure.* 2006/1. 26-27.
- IFJ. LOMNICI Zoltán: Az Irányított Betegellátási Modell bevezetésének dogmatikai és jogszabályi háttere. *Dental Hírek.* 2006/1. 24-30.
- IFJ. LOMNICI Zoltán: Az orvosi tevékenység és a gyógyszeripar viszonya – különös tekintettel a gyógyszerreklám és gyógyszerismertetés sajátosságaira és joghatásaira. *Magyar Fogorvos.* 2006/1. 32-36.
- IFJ. LOMNICI Zoltán: A gyógyszermarketing jogszabályi hátterének analízise. *Gyógyszerészi Hírlap.* 2006/3. 12-15.
- IFJ. LOMNICI Zoltán: A környezet-egészségügyi jog kialakulásának történeti és dogmatikai alapjai. *MJ.* 2006/4. 205–210.
- IFJ. LOMNICI Zoltán: A tájékoztatáson alapuló beleegyezés a gyakorlatban. *Orvosi Hetilap.* 2006/14. 649-653.
- IFJ. LOMNICI Zoltán: A Magyar Orvosi Kamara jelene és jövője. *Magyar Orvos.* 2006/6. 14-15.

- IFJ. LOMNICI Zoltán: Az egészségügyet érintő legfontosabb reformtervezetek vizsgálata de lege ferenda. *Magyar Fogorvos*. 2006/6. 292-302.
- IFJ. LOMNICI Zoltán (társszerző): Gordon Tamás – Ifj. Lomnici Zoltán: Belső Piac az európai egészségügyben – pácienshíd az államok között. *Medical Tribune*. 2006/9. 6-7.
- IFJ. LOMNICI Zoltán: Az Irányított Betegellátási Rendszer bevezetésének a hazai egészségügyi ellátásra gyakorolt hatása – összehasonlító elemzés. *Magyar Közigazgatás*. 2006/9. 557-561.
- IFJ. LOMNICI Zoltán: Irányelvek és protokollok. *Medical Tribune*. 2006/20. 5.
- [2007]: IFJ. LOMNICI Zoltán: Adatvédelem az egészségügyben – elmélet és gyakorlat a hazai és közösségi szabályozás tükrében *Collega* 2007/1. 3-7.
- IFJ. LOMNICI Zoltán: Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztésére vonatkozó reform normaszajátosságai. *Magyar Fogorvos*. 2007/1–3. 28-34.; 90-99. 172-173.
- IFJ. LOMNICI Zoltán: A minőségi vizsgálati és terápiás eljárásrend megállapításának keretei a magyar egészségügyben. *Magyar Bioetikai Szemle*. 2007/2-3. 110-118.
- IFJ. LOMNICI Zoltán: Iustitia botlásai. *De Jure*. 2007/3. 29-32.
- IFJ. LOMNICI Zoltán: A tájékoztatáson alapuló beleegyezés intézménye a hazai joggyakorlat tükrében. *IAS*. 2007/3. 179–190.
- IFJ. LOMNICI Zoltán: A fogászati ellátás pénzügyi oldalát érintő legfontosabb jogszabályi változások. *Magyar Fogorvos*. 2007/4.. 220-221.
- IFJ. LOMNICI Zoltán: A szakképzés, továbbképzés kérdése a legújabb jogszabályi változások tükrében. *Magyar Fogorvos*. 2007/5.. 268-271.
- [2008]: IFJ. LOMNICI Zoltán: Dr. Jobbágyi Gábor: Orvosi jog – Hippokratésztől a klónozásig. *Magyar Bioetikai Szemle*. 2008/1. 45-47.
- IFJ. LOMNICI Zoltán: Az ún. nem-konvencionális gyógymódokra vonatkozó jogszabályi rendelkezések történeti és összehasonlító jogi vizsgálata. *Iustum Aequum Salutare*. IV. 2008/2. 155-169.
- IFJ. LOMNICI Zoltán: Adatvédelmi kérdések. *Árgus, A személy-, Vagyonvédelmi és magánnyomozói Szakmai Kamara lapja*. IX., 5. szám. 18.
- IFJ. LOMNICI Zoltán: A szülészeti-nőgyógyászati tevékenység jogi megítélése, különös tekintettel a peres gyakorlatra. *Jogorvoslap*. 2008/4. 11-15.
- IFJ. LOMNICI Zoltán: Konfliktuskezelés és törvénykezés a hazai roma közösségekben, a Romani Kris. *De Jure*. 2008/11. 19-23.
- [2009]: IFJ. LOMNICI Zoltán: A képmás és hangfelvétel személyiségi jogi kérdései. *Árgus*. 2009/1. 19.

IFJ. LOMNICI Zoltán: Az orvos büntetőjogi felelősségéről. Ügyvédek lapja, a Magyar ügyvédi Kamara folyóirata. XLVIII. évf. 3. szám., 30-32.

IFJ. LOMNICI Zoltán: Az orvoslás Joga – Kommentár a gyakorlat számára; Oriold és társai Kiadó; Bp. 2009

IFJ. LOMNICI Zoltán: Az időskorúak cselekvőképességét érintő gondokság intézményének legfontosabb jogszabályi változásai az új Polgári Törvénykönyvben. Geriátriai Kézikönyv. Bp. 2009. 65-83.

[2010]: IFJ. LOMNICI Zoltán: Az információbiztonság és a személyiségi jogok korlátai. Árgus. 2010/2. 18.

IFJ. LOMNICI Zoltán: *A közjogi legitimitáció elméleti és gyakorlati aspektusai*. In.: A köztársasági alkotmány 20 éve, Pécsi Alkotmányjogi műhely alapítvány. Pécs 2010. 165-173.

[2011] IFJ. LOMNICI Zoltán: Szabó Máté: Ki őrzi az őrzőket? Az ombudsmani jogvédelem - Recenzió; JTK. 2011/1. 69-73.

IFJ. LOMNICI Zoltán: Egy döntés margójára. Ügyvédek lapja. L. évf. 4. szám. 18-21.

IFJ. LOMNICI Zoltán: (társszerzőként) A nem vagyoni kártérítéssel kapcsolatos perek legújabb tendenciái (Monográfia, Oriold és Társai Kiadó, Bp. 2011)

IFJ. LOMNICI Zoltán: Why Did Hungary Need to Adopt a New Constitution, Central European Political Science Review. Volume 12./43. 49-59.

IFJ. LOMNICI Zoltán: A Perelmenn-dilemma, avagy a döntések nehézsége a jogalkalmazás során. MJ. 2011. 431-437.

IFJ. LOMNICI Zoltán: Alkotmányos átfedések – a Tanácsköztársaságtól az 1989-es Ideigelenes Alaptörvény megalkotásáig. In.: Húsz éve szabadon Közép-Európában. BP. 2011. 445-451.

IFJ. LOMNICI Zoltán: A közegészségügy kialakulásának történeti vizsgálata a kezdetektől a XVIII. századig. Kaleidoscopehistory. Vol. 2. No. 2. 68-75.

IFJ. LOMNICI Zoltán: Fogorvospercek (Monográfia, Dental Press, Bp. 2011)

IFJ. LOMNICI Zoltán: Hungary's legal regulation of smoking from the Austro-Hungarian conciliation till present days. In: Balázs P. (ed.): Increasing capacity for tobacco research in Hungary 2008-2013. Budapest, Magyar Tudománytörténeti Intézet, 2013, 215-232

DEUTSCHSPRACHIGE ZUSAMMENFASSUNG DER DOKTORARBEIT

Bestimmte medizinische Dienstleistungen, werden in unsicheren Zeiten zur Verfügung gestellt. Das war besonders in Ungarn im Mittleren Alter problematisch. Die langsame Entwicklung der Medizin und der elementaren gesetzlichen Basis hat die Verhältnisse schwieriger gemacht. So ist das nicht verwunderlich, dass die Medizin und das medizinische Gesetzgebung in Ungarn von Schritt zu Schritt entwickelt hat.

Der Begriff Medizinrecht oder manchmal *Gesundheitsrecht* bezeichnet die rechtliche Ausgestaltung der vor allem schuldrechtlichen Rechtsbeziehungen zwischen Arzt und Patient sowie von Ärzten untereinander, daneben die öffentlich-rechtlichen Regelungen zur Ausübung des ärztlichen und zahnärztlichen Berufes.

Als Bindeglied zwischen den Disziplinen Recht und Medizin thematisiert diese Doktorarbeit, und in diesem Sinne wird das fast gesamte Spektrum medizinrechtlicher Themen erörtert. So untersuchte der Autor die bedeutsamsten Rechtsnormen der EU, (vor allem Deutschland, Schweiz, und Österreich) und Ungarn. Im Rechtsprechungsteil wurden die wichtigsten, und aktuellsten gerichtlichen Entscheidungen aufbereitet und mit Leitsätzen, Sachverhalt und Entscheidungsgründen abgedruckt.

Im Mittelpunkt der Doktorarbeit stehen die rechtliche Beziehungen zwischen Arzt und Patient und die Frage der Haftung. Die verschiedene vertragstypischen Pflichten werden beim sogenannten Behandlungsvertrag bei einer medizinischen Behandlung normiert. Leistungen sind danach die versprochene Behandlung, Gegenleistung des Patienten die Vergütung.

Durch den Behandlungsvertrag wird derjenige, welcher die medizinische Behandlung eines Patienten zusagt (Behandelnder), zur Leistung der versprochenen Behandlung, der andere Teil (Patient) zur Gewährung der vereinbarten Vergütung verpflichtet, soweit nicht ein Dritter zur Zahlung verpflichtet ist. Die Behandlung hat nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist.

Zwar bemühen sich die Ärzte immer wieder um einen offeneren Umgang mit Fehlern, leider ist jeder Fehler ein Fehler zu viel. Deswegen müssen wir mit Arzthaftung sehr vorsorglich umgehen. Richtungspunkt der Doktorarbeit die privatrechtliche und strafrechtliche Verantwortung eines Arztes gegenüber einem Patienten bei schuldhaftem Handeln zu überprüfen, besonders in Fällen welche infolge der Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit entsteht.