

Doktori (PhD) értekezés tézisei

**A GÉPJÁRMŪBALESETEK KÁROSULTJAI ÁLTAL
ELSZENVEDETT NEM VAGYONI SÉRELMEK
KOMPENZÁLÁSA ÉS A REHABILITÁCIÓ
ÖSSZEHASONLÍTÓ JOGI ELEMZÉSE**

Dr. Fazekas Éva Dóra

Témavezető: Dr. Fézer Tamás



DEBRECENI EGYETEM
Marton Géza Állam és Jogtudományi Doktori
Iskola

Tartalom

A GÉPJÁRMŰBALESETEK KÁROSULTJAI ÁLTAL ELSZENVEDETT NEM VAGYONI SÉRELMEK KOMPENZÁLÁSA ÉS A REHABILITÁCIÓ

ÖSSZEHASONLÍTÓ JOGI ELEMZÉSE	1
1 Az értekezés témája és célkitűzései.....	3
2 Az értekezés módszertana és forrásai.....	7
3 Az értekezés megállapításai	9
4 Publikációs lista.....	45
5 The subject of dissertation and purpose of research.....	47
6 Methodology and sources of research.....	51
7 Research theses	52
8 Publication list.....	88

1 Az értekezés témája és célkitűzései

A személyi sérüléses balesetkből eredő nem vagyoni kártérítési, illetve sérelemdíj iránti igényekből jelentős hányadot tesznek ki azon igények, melyeket mögöttes kötelező felelősségbiztosítási fedezet alapján a károkozók helyett a felelősségbiztosítók térítenek meg. Igaz ez az Európai Unió tagállamainak többségére éppúgy, mint Magyarországra. Megfigyelhető ugyanakkor hazánkban, és az Európai Unió több tagállamában is, hogy az immateriális károk megtérítésének, illetve kompenzálásának jogszabályi háttere, bírói értelmezése és joggyakorlata dinamikusan változik. A gyakorlat tekintetében azonban nem csak a bírói eljárások tapasztalatait érdemes megvizsgálni, hanem a gépjárműbaleset során személyi sérülést szenvedett károsultak, illetve sértettek által a kötelező felelősségbiztosítókhoz benyújtott igények tekintetében kialakuló és szintén dinamikusan fejlődő kárrendezési gyakorlatot is. Ezen kárrendezési eljárások tekintetében nem lehet figyelmen kívül hagyni, hogy a biztosítók

lesznek dominánsak a peren kívüli kárrendezési gyakorlat kialakításában, hiszen a kárrendezési eljárásokban a biztosítótársaság lép a károkozó helyébe, és ő fog dönteni a kártérítési eljárás legalapvetőbb kérdéseiben éppúgy, mint a jogalap és az összezszerűség tekintetében, így lehetetlen függetleníteni ezen kártérítési ügyeket a biztosítótársaságok gyakorlatától. Természetesen ez nem azt jelenti, hogy a gépjárművek üzemeltetésével okozott károk tekintetében nincs jelentősége a bírósági joggyakorlatnak, sőt ellenkezőleg. Éppen annak eredményeként, hogy mind a nem vagyoni kártérítés, mind pedig a sérelemdíj törvényi szabályozása mintegy keret jellegű, a részletszabályok kidolgozása, és a többé-kevésbé egységes joggyakorlat megteremtése a bíróságok feladata lesz. A gépjárművek által okozott személyi sérüléssel kapcsolódó kártérítési eljárásokban az egyes jogcímeken kifizetett kártérítési összegeket nem lehet egymástól elkülönülten vizsgálni, a balesetek során bekövetkezett személyiségi jogok megsértésének kompenzálása csak komplex rendszerben képzelhető el, a vagyoni és nem vagyoni károk sokszor nehezen választhatók szét egymástól, különösen igaz ez

az értekezés szempontjából kiemelt jelentőséggel bíró egészségügyi költségek és rehabilitációs eljárások szempontjából. A balesettel okozati összefüggésben keletkező költségek, vagyoni károk, és a nem vagyoni sérelem esetére rendelkezésre álló vagyoni szankciók (nem vagyoni kártérítés, illetve sérelemdíj) csak együttesen képesek valódi reparatív hatást kifejteni, a kártérítési felelősség több eleme akkor fejt ki igazi célját, ha a nem vagyoni és vagyoni károkat együttesen vesszük górcső alá, a teljes kártérítés elve csak így érvényesülhet igazán.

Az értekezésben célul tűztem ki annak elemzését, hogy milyen indokok állhatnak annak hátterében, hogy a magyarországi kárrendezési gyakorlat a rehabilitációt kizárólag az egészségügyi rehabilitáció keretein belül ismeri, és annak elvégzését is áthárítja a társadalombiztosításra, a rehabilitációs folyamatokban aktív szerepet nem vállal. Az okok megvizsgálása után javaslatokat kívánok megfogalmazni annak feltárása érdekében, hogy a jelenlegi gyakorlatot milyen feltételek, változások megvalósulása esetén lehetne megváltoztatni.

Annak érdekében, hogy megalapozott és megvalósítható javaslatokat lehessen megfogalmazni véleményem szerint indokolt részletesen megvizsgálni olyan, már több évtizedes rehabilitációs tapasztalatokkal rendelkező jogrendszereket, és kialakított gyakorlatokat, melyeket a magyar szabályozás megreformálása érdekében példaként lehet felhasználni. Dolgozatomban vizsgált külföldi jogrendszerek és gyakorlatok szempontjából két olyan jogrendszert kívánok a vizsgálat középpontjában állítani, melyek hatékonyak minősíthetők a nem vagyoni sérelmek kompenzálása és a rehabilitáció tekintetében, és így a külföldi jogi rendelkezéseknek és tapasztalatoknak a magyar törvénykezéssel és gyakorlattal való kritikai összevetése megalapozott javaslatok kidolgozásához tud vezetni. A nyugat-európai országok közül egy angolszász és egy kontinentális jogrendszert veszek vizsgálat alá, így az angol és a német jogterületen működő személyiségi jogok megsértéséhez kapcsolódó vagyoni és immateriális kártérítési szabályokat, és a kártérítési folyamathoz kapcsolódó rehabilitációs elméleti és gyakorlati ismereteket fogom vizsgálni. Mindkét jogrendszerrel fontos hangsúlyozni,

hogy a személyiségvédelmi terület sajátosságai okán – csakúgy, mint a magyar gyakorlatban - a két vizsgált külföldi jogrendszer azonos módon támaszkodik a gyakorlatra és a jogértelmezésre. A nem vagyoni sérelmek kompenzálása mind a jogalap, mind az összecszerűség tekintetében jelentős mértékben épít a bíróságok diszkrecionális jogkörére. Az angolszász rendszernek a bírói szabad mérlegelést a legvégsőig hirdető és a bíró alkotta jogot elismerő szemlélete éppen ezért jó kiindulópontként jelentkezik. A német rendszer a kontinentális alapmodell jellege miatt fontos támpontokkal szolgálhat, hiszen megmutatja, hogy egy egyébként zárt civiljogi dogmatikai rendszerben létező jogrendszer, amely elismeri és értékeli a személyiségi jogok védelmét, miként közelít a problémához.

2 Az értekezés módszertana és forrásai

A megfogalmazott célok elérése érdekében dolgozatomban a jogösszehasonlítás módszerével, a két

kiválasztott külföldi ország jogának megismerésének segítségével kívánom bővíteni a személyiségi jogok megsértésének esetére rendelt vagyoni és nem vagyoni, valamint rehabilitációs ismeretek körét a hazai jog és gyakorlat kritikája és tökéletesítése érdekében. A hatályos szabályozás és joggyakorlat indokainak megértéséhez fontosnak tartom a jogtörténeti módszer segítségével feltárni az immateriális sérelmek kompenzációjának magyar és európai fejlődéstörténetét, és így megismerni az intézmény célját és funkcióját. A javaslatok megfogalmazásához az elemző módszer felhasználásával a peren kívüli és bírói jogalkalmazás vitás kérdéseit és ítélkezési állandóit kívánom vizsgálni egy praktikum-orientált, a biztosító és a károsult, illetve sértett szemszögéből végzett elemzés keretein belül.

Forrásként szolgáltak a hatályos magyar, német és angol jogszabályok és kommentárok, a magyar, német és angolszász bírói gyakorlat. Az ítélkezés változásának nyomon követése érdekében több évtizedre visszanyúlva megvizsgáltam a magyar joggyakorlatot, valamint a két választott ország joggyakorlatát. Fontosnak tartottam a

magyar mellett a német és angol nyelvű szakirodalmak feldolgozását a hitelesség érdekében.

3 Az értekezés megállapításai

A személyi sérüléssel járó gépjármű-balesetekből eredő kártérítési eljárások – legyen az biztosítói kárrendezés vagy bírósági úton történő igényérvényesítés – a nem vagyoni károsodással járó esetek igen nagy százalékát teszik ki Európa legtöbb országában, így a dolgozatban vizsgált három országban (Magyarország, Németország, Anglia) is. Mára teljesen elterjedt ismeret az európai országokban, hogy a közlekedési balesetekből származó károkat kártérítési eljárás során – peren kívül a biztosítótársaságoknál, illetve peres eljárásban bíróságon - érvényesíteni lehet. A tendencia Magyarországon is megfigyelhető, míg a személyi sérüléssel járó, vagy halálos közlekedési balesetek száma egyre csökken (köszönhetően a szigorodó közlekedésbiztonsági előírásoknak), addig az elindított kártérítési eljárások száma relatív növekvő.

Az elmúlt évekre vetítve elmondható, hogy a vizsgált országok mindegyikében, így Magyarországon is a nem vagyoni kártérítési összegek emelkedését figyelhetjük meg. Ez azonban nem magyarázható pusztán az inflációval.

Megfigyelhető továbbá az utóbbi évtizedekben a nem vagyoni kártérítés iránt indított perek számának növekedése. A növekedés mögött egyrészt a jogszabályi környezet változása, másrészt a nyugati országokban tapasztalható azon tendencia áll, mely a személyiségi jogokat egyre magasabb védelemben részesíti. Hozzáadódik továbbá a technológiai fejlődés, a biztosítás és a multinacionális vállalatok soha nem látott mértékű térnyerése, mely mind-mind hozzájárul a személyiségi jogok védelmének fejlődéséhez.

Az sem hagyható ugyanakkor figyelmen kívül, hogy a németországi és angliai ár- és értékviszonyok a magyarországi értékviszonyokhoz képest jelentős eltérést mutatnak, és ez a nem vagyoni kártérítési összegekben is tükröződik. A jogalkotó egyik vizsgált országban sem ad

eligazítást a nem vagyoni sérelmek összegére nézve, azonban Németországban a joggyakorlat által összeállított *Schmerzensgeldtabellen* ad iránymutatást az összegszerűség tekintetében, míg Angliában a Fellebbviteli Bíróság által kibocsátott irányelvek állapítják meg a kártérítési összegek nagyságát. Azonban mindkét országban az összegyűjtött, illetve meghatározott kártérítési összeg csak viszonyítási alapként szolgál, a bírák mindkét országban az eset összes körülményeire tekintettel, mérlegelés útján határozzák meg az egyes esetekben megítélhető összegeket, így a bírák számára nagy a mozgástér, illetve a szabad mérlegelés lehetősége. Magyarországon nincs ilyen általánosan elfogadott zsinórmérce, mind a jogalap mind az összegszerűség megállapítása bírói mérlegelésen, szabad bírói belátáson alapul, így mintegy a bíróságok ítélkezési gyakorlata határozza meg a jogintézmény anyagi jogát. Azonban az is elmondható, hogy a magyar bíróságok is törekszenek az egységességre, hiszen több ítélet indoklásában is találkozhatunk olyan érveléssel, mely az adott időszak bírói gyakorlatára utal az összegszerűség

meghatározásakor. Az angol és német bírák is figyelembe veszik a nem vagyoni kártérítés összegének meghatározásakor a sérülés vagy fájdalom nagyságát, a sérült életkorát, személyi körülményeit, a kórházi tartózkodás hosszúságát, a sérült személy maradvány állapotát.

A nem vagyoni kártérítés magyar és német jogi szabályozásának összevetésekor kitűnik, hogy míg a magyar szabályozás bármilyen személyiségi jog megsértésének szankciójaként írja le a sérelemdíjat, addig a német szabályozása felsorolja azokat a jogilag védett érdekeket, melyek megsértésekor fájdalomdíj ítélhető meg. Az angol jogi szabályozás ezzel szemben negatív megközelítéssel határozza meg az általános károk (vagy nem vagyoni károk) fogalmát, így nem vagyoni kár minden olyan hátrány, mely a vagyoni károk körén kívül esik (vagyoni kár minden olyan kár mely egy személyt vagyonában ér, pénzben kifejezhető, ingó és ingatlan dolgokban, illetve immateriális javakban okozott károk). Az angol jogban a károsultnak tehát azt kell bizonyítania, hogy a vagyoni hátrányok körén kívül eső hátrány érte a

károkozó magatartással összefüggésben, így a bíróságoknak elég nagy a mozgásteret.

A magyar, angol és német jogi szabályozás egységes abban a tekintetben, hogy a károkozó, illetve a helyette kártérítést nyújtó biztosító köteles a károsult teljes kárát megtéríteni, és a károsultat olyan helyzetbe hozni mintha a káresemény meg sem történt volna. A teljes kártérítés elvét a magyar Polgári Törvénykönyv, a német BGB és az angol joggyakorlat egyaránt osztja, így a károkozó (illetve biztosító) a káreseménnyel kapcsolatba hozható valamennyi már felmerült, illetve jövőbeli kár és költség megtérítésére kötelezhető különböző jogcímenek (keresetkiesés, egészségügyi és gyógyászati költségek, dologi károk és egyéb költségek). Mindhárom jogrendszerben elfogadott a károsult kárenyhítési kötelezettsége, azonban a károsultat ennek alapján rehabilitációs eljárásra kötelezni nem lehet, annál is inkább mivel a rehabilitációs folyamat sikere nagyban függ az egyéni motivációtól.

A sérelemdíj illetve fájdalomdíj magyar és német jogi szabályozása közötti különbségek nem indokolják a személyi sérülést szenvedett károsultak közötti teljesen eltérő gyakorlatot a rehabilitációs folyamat szempontjából. Az angol jogrendszer és jogi szabályozás bár teljesen eltérő alapokon nyugszik, azonban a rehabilitációs folyamat menete a németországi gyakorlathoz erős hasonlóságot mutat. Németországban és Angliában a magyarországi rehabilitációs lehetőségekhez és folyamatokhoz képest egy jóval fejlettebb, emberközpontúbb, összehangolt rehabilitációs folyamatot találhatunk. A két kiválasztott, nyugat-európai országban a rehabilitáció modellje nem azonos, azonban fontosabb jellemzőik közösek. Ezek a jellemzők: a rehabilitációt központi, állami szerv fogja össze, pénzügyi kedvezményekkel, zömében gazdasági úton, ritkábban adminisztratív-hivatali eljárásokkal szorítják rá a vállalatokat a megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatására, és maga a rehabilitáció a sérült emberek részére ingyenes, de aki nem vesz részt az eljárásban, azt nem kártalanítják. Talán a legfontosabbnak tekinthető azonban, hogy a társadalom

részéről létrejött egy toleráns, egyenjogúságon alapuló szemlélet a rehabilitált emberek foglalkoztatásával kapcsolatban.

A rehabilitációt orvosi szempontból nézve a középpontban az orvos-beteg kapcsolat, illetve a segítő foglalkozások (pszichológus, rehabilitációs mentor szociális munkás) tekintetében a szakember-ügyfél viszony áll. Ezekben a helyzetekben a páciens, ügyfél jelentős mértékben passzív, befogadó, azonban a sikeres rehabilitációhoz ez kevés, ahhoz a sérült ember részvétele, aktivitása, motivációja szükséges.

A rehabilitációs folyamat az értékeléssel, azaz a fogyatékos ember képességeinek felméréssel indul, mely rögtön tartalmaz orvosi, foglalkozási és pszichológiai vizsgálatot. Ezt követően a tanácsadás és vezetés segít a rehabilitációs folyamatot végigvinni az egyes részfolyamatok megvalósításán keresztül, mely részfolyamatok optimális esetben fogaskerék-szerűen illeszkednek egymásba, és attól függően változik a súlypontjuk, hogy a fogyatékos embernek milyen segítségre van szüksége. A fizikai (orvosi) és mentális

helyreállítás a fogyatékoság káros körülményeinek csökkentését, kiküszöbölését jelenti, míg a pedagógiai és foglalkozási rehabilitáció során az új hivatás fogásait és eszközeit tudja a sérült elsajátítani, így a folyamat utolsó lépcsője a munkába állás lesz. A lehetséges célok nagyban függenek a rehabilitációra szoruló fogyatékos ember konkrét helyzetétől, fizikai és mentális állapotától, érzelmi stabilitásától, szociális és családi helyzetétől, végzettségétől, képzettségétől és főleg motivációjától. Azonban minden esetben elmondható, hogy a rehabilitáció legfontosabb jellemzője a folyamat személyre szabottsága kell, hogy legyen, a rehabilitáció értékei mindig emberközpontúak, megvalósításukhoz empátia, nyíltság, figyelem kell. A modern rehabilitációs folyamatban az orvosi rehabilitáció megkezdésével szinte egy időben, az életveszély elmúltával megkezdik a segítő szakmák szakemberei a rehabilitációs folyamatot, mindazon tevékenységeket, amivel elősegíthetik pszichésen, szellemileg, fizikailag vagy szociálisan az adott sérült személy életminőségének javítását.

Az eredményes foglalkoztatási rehabilitáció a különféle intézkedések széles, és összehangolt skáláját igényli. Szükséges mindenekelőtt egy állapotfelmérés, orvosi kezelés, munkahelyi adaptáció és megfelelő munkafeltételek, oktatási és képzési szolgáltatások. A fogyatékos, megváltozott munkaképesség és a rehabilitáció vizsgálata nagyon szűk körben jelenik meg, azonban minden vizsgálati eredményben szerepel, hogy sem az egyes fogyatékosokkal élő egyén, sem pedig a társadalom szempontjából nem a kirekesztés, hanem az integráció a helyes út. A megfelelő helyen foglalkoztatott, képzett, rehabilitált megváltozott munkaképességű munkavállaló saját területén teljes értékű munkaerőnek tekinthető, a munka iránti motivációval komoly fizikai fogyatékos is eredményesen legyőzhető. Foglalkoztatásuk a munkáltató számára is számos előnnyel jár, munkafegyelmük és lojalitásuk általában meghaladja az átlagos szintet. A foglalkozási rehabilitáció gazdaságtanát még az 1960-es években vizsgálta Ronald W. Conley (*The economics of vocational rehabilitation*), és vizsgálatai már akkor kimutatták, hogy a vizsgált Amerikai Egyesült Államok

államaiban a foglalkoztatási rehabilitációra fordított költségeket több tízszeresen múlták felül a rehabilitációs folyamat eredményeként keletkezett hozamok. A rehabilitáció története során többször felmerülő alapkérdésre – segély vagy foglalkoztatás – mindannyiszor az a válasz született, hogy mind az egyén, mind a társadalom szempontjából a foglalkoztatás mérhetetlenül előnyösebb. A szociális juttatások, és a kártérítési kötelemből kifolyólag biztosított jövedelempótló ellátások egyik nagy előnye, hogy szerény, de biztos megélhetéshez segítik a sérült embereket. Ez a súlyosan fogyatékos személyek számára nagy segítség, azonban a kismértékű fogyatékkal élők számára függőséghez, passzivitáshoz vezethet. A munkaképesség csökkenése költségként merül fel nem csak az egyén, hanem a társadalom számára is, és minél inkább elfogadjuk, tudomásul vesszük ezeket a költségeket, annál inkább igyekszünk majd javítani a fogyatékkal élők helyzetén, és annál nagyobb lesz a rehabilitáció gazdasági haszna is. Még a súlyos sérültek rehabilitációjába befektetett anyagi támogatás is olyan összeg, mely viszonylag rövid idő alatt megtérül, hosszú

távon pedig kamatozik, és ezen felül pedig a sérült és családja gazdasági és szociális helyzetét javítja. Az egész rehabilitációs folyamat központja maga a fogyatékkal élő ember. A rehabilitációs folyamatban résztvevők tehát akkor töltik be legjobban szerepüket, ha működésük a sérült ember javát szolgálja.

A rehabilitáció azonban nem csak a fogyatékos ember szempontjából bír előnyökkel, a rehabilitáció jó az egyénnek, aki visszatérhet a társadalomba, szociálisan és gazdaságilag is hasznosnak érezheti magát, de jó a közösségnek, mely ezáltal nyitottabbá, elfogadóbbá válik, és a gazdaságnak, egyes vállalatoknak, melyek profi módon fölkeszített, teljes értékű munkaerőt kapnak, és jó az állami költségvetésnek is, melynek kevesebb szociális járulékot, járadékot kell előteremtenei. A komplex rehabilitáció célja, hogy a fogyatékos lett ember minél hamarabb segítséget kapjon, így a munkaerő-csökkenése a lehető legkisebb legyen, és így a társbetegségek kialakulása is megelőzhetővé válik, gondolok itt például a fizikai kondíció csökkenésére, az izomzat elgyengülésére, mely mind súlyosabbá teheti a

fogyatékoságot. A betegség, rokkantság, munkanélküliség, betegség rehabilitáció nélkül egy ördögi kört eredményez, mely a szegénységi csapdához vezethet.¹

A sikeres foglalkoztatási rehabilitáció eredményeképpen a sérült emberek hasznot hajtó tevékenységet végezhetnek, szociális ellátások nélkül el tudják magukat tartani, adót fizetnek, így visszailleszkednek a gazdaságba. A modern rehabilitációs szemlélet a munkát a rehabilitáció egyik sarokpontjának tekinti, mivel a munka érték, és az eredményes, jól végzett munka az egyén önértékelésének alapját adja. A munkához való viszony két legfontosabb elemét a motiváció és a képesség, képzettség adja. A sérült, rehabilitációs segítségre szoruló embert egyaránt sújtja a keresőképeségének, szaktudásának, tapasztalatának elvesztése, és életszínvonalának, társadalmi státuszának csökkenése. Családjukat is hátrányosan érinti anyagi és szociális szempontból az eddig keresőképes családtag

¹ Biztosítási Szemle, 2010. 17. o. [A-rehabilitacio-es-a-biztositasi-termekek-kapcsolata-The-Relationship-of-Rehabilitation-and-Insurance-Products.pdf \(researchgate.net\)](#) letöltés ideje 2021.12.01.

munkából való kiesése, illetve a közösséget is hátrány éri a szaktudás, tapasztalat kiesésével, és a gondozás költségeinek terheivel.

Véleményem szerint Magyarországon is meg kellene teremteni a rehabilitációs vállalkozások gazdasági-gazdálkodási szempontból elfogadható feltételeit, a gazdasági jogi szabályozást olyan szinten kellene megváltoztatni, hogy jobban ösztönözve legyenek az új foglalkoztatási formák (mint például önfoglalkoztatás, vállalaton belüli védett foglalkoztatás), és ezeket költséghatékonyan és a rászorulóknak szempontjából eredményesen kellene működtetni. Ugyanakkor azt is látni kell, hogy a fogyatékosággal élő emberré válás utáni újra munkába állással kapcsolatos munkavállalói attitűdre még mindig jellemző a rokkantnyugdíj-érdekeltség. Szerepet játszik ebben a megváltozott munkaképességűvé, illetve rokkanttá válás, amely az emberek döntő többségénél erősen összekuszálja a munkához fűződő viszonyt, a személyes önértékelést és az egyéni kreativitás addigi motivációit.

Hiányzó szereplője a gazdaságnak a rehabilitációs vállalkozó, ilyen gazdasági egység szigorúan véve még nem működik Magyarországon, a feladataikat, úgy mint felmérés, átképzés, munkába állítás sokszor civil szervezetek veszik át (például a Kézenfogva Alapítvány), azonban ezen non-profit orientált szervezetek bevétele sokszor szűkös, így kicsi a mozgásterük. A rehabilitációs vállalkozók például Németországban magas színvonalú képesség-becslő eljárásokkal és vizsgálműszerekkel, illetve képző és képességfejlesztő eljárásokkal, felszerelésekkel, képzett személyzettel ellátott centrumok. Munkájukat a képességek felmérése, fejlesztése, foglalkoztatási tanácsadás és tréning, pszichológiai és munkába állító szolgáltatások, védett foglalkozási tanácsadás és tréning, pszichológiai szolgáltatások és az elhelyezkedés utáni nyomon követés alkotja.

A szolgáltató civil szervezeteknek nagyon nagy szerep jut a fogyatékoság által érintett minden területen (gyógytorna, házi gondozás, speciális szállítószolgálat, munkaerő képzés, szabadidős programok szervezése stb.). A fejlődés jelenlegi iránya azt mutatja, hogy a civil

szervezet elindítja az adott szolgáltatást, és idővel kiépíti és professzionalizálja a rendszert, pályázatot ír, adományt gyűjt, lobbizik, vállalkozik. Az állam az esetek nagy részében csak tudomásul veszi, hogy civil szervezetek látnak el állami feladatot, támogatást nem nyújt ezen szervezeteknek.

Hozzá kell még tennünk azt is, hogy a gépjármű-balesetet szenvedett károsultak ráadásul abban a „szerencsés” helyzetben vannak (a más károsító esemény által sérültekhez képest), hogy egy tőkeerős biztosítótársaság lesz felelős a kártérítés kifizetéséért objektív felelősségi alapon, szemben azokkal a területekkel, ahol a károsodásért nincs olyan felelős személy, aki helytálljon, vagy a károkozó anyagi helyzetéből kifolyólag nem érvényesülhet a teljes kártérítés eszméje.

A fejlődés normál menete azt diktálná, hogy az állam vállalja át a költségek egyharmadát, a biztosító a másik harmadát, és a civil szervezet a maga eszközeivel teremtsen elő a hiányzó egyharmadot. A rehabilitáció terén a civil szervezetek mára olyan volumenű szolgáltatást nyújtanak, hogy lehetetlen nem számolni

velük. Emberi léptékük, az igényekhez való rugalmas alkalmazkodásuk, az újra való nyitottságuk, fejlesztési ráfordításaik partnerré teszik őket az állami ellátó szervezetek számára.

A rehabilitáció rendszere, egész szabályozása véletlenszerűen alakult ki hazánkban, és bár jogszabályokban megnyilvánul a pozitív szándék, a rehabilitációs folyamat nem alkot fogaskerékszerű rendszert. Az egyes területek (orvosi, szociális, pedagógiai, foglalkozási) intézkedései nem egyénre szabottak, egymásra épülők és egymásba fonódóak, közülük gyakran több fontos fázis kimarad. A teljes rendszer kiépítésének további akadályai, hogy hiányzik a rehabilitációs szakember képzés, és emiatt a legtöbb rehabilitációs területen dolgozó szakember autodidakta módon tanulja meg a szakmát. A kvalifikált, jól szituált dolgozók, magas jövedelmű és presztízsű állások birtokosai ritka vendégek a rehabilitációs intézményekben, a fogyatékoság első sorban a nehéz helyzetben lévő, hányatott sorsú rétegek életproblémája.

A fogyatékos emberek rehabilitációjának egy-egy területével Magyarországon számos intézmény foglalkozik, legyen az állami szervezet, a társadalombiztosítás szervezete, önkormányzat vagy civil szervezet. Optimális esetben ezen elkülönült szervezetek munkája összehangoltan működik, hazánkban azonban ez még nem valósult meg. A fogyatékos emberekkel való foglalkozás még mindig első sorban valamilyen gondoskodásban merül ki, ahol a sérült ember nem alanya, aktív résztvevője a folyamatnak, hanem annak mintegy tárgya, passzív résztvevője. A már említett, a fogyatékos emberek jogairól és esélyegyenlőségéről szóló törvény, és kiegészítő törvények bár igen pozitív szemléletűek, de sajnos meglátásom szerint nem egészen pontosan megfogalmazott sem a jogok tartalma, sem pedig az, hogy a jogszabályban foglalt kötelezettségek kitől várhatóak el. Így történhet meg az, hogy a megfogalmazott célok a kötelezettségvállalás igen pontos meghatározása nélkül csupán célok maradnak.

A mai piaci működési modellben a személyi sérülést szenvedett károsultak biztosítói rehabilitációja nem napi

gyakorlat, annak háttérintézményi feltételeinek hiánya, és viszonylag magas költségvonzata miatt. Azonban a környező országokban egy bizonyos árszínvonal felett a sérülteknek a biztosító közreműködésével végzett rehabilitációja költség- és társadalmi előnyt jelent. Ma Magyarországon a biztosítótársaságok passzív szerepben vannak, a rehabilitáció kérdését áthárítják az egészségügy, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) és a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (NRSZH) tevékenységi körébe. Azért is egyszerűbb így, mert a biztosítótársaságok az OEP felé a gépjármű-biztosítási felelősségi károk tekintetében az általán elszámolás rendszerét alkalmazzák. A MABISZ keretén belül a piacon gépjármű-biztosítással foglalkozó biztosítók piaci részesedésük arányában viselik az OEP által megállapított milliárdos nagyságrendű költségeket évente megkötött általán megállapodás szerint, díjbevétel-arányos felosztás mellett. Mivel a tételes elszámolás feltételei hiányoznak, ezért csak megbecsülni lehet a magyar gépjármű-felelősségbiztosítási fedezetre terhelendő egészségügyi költségeket. A környező országokban (pl. Ausztriában, Németországban és

Svájcban) a megbiztosítók tételesen számolnak el a sérültekkel illetve a felelősségbiztosítókkal, azaz számlát bocsátanak ki részükre minden egyes, a gépjárműbalesettel összefüggésbe hozható egészségügyi ellátás tekintetében, sőt, mint láttuk Angliában egy kifejezetten erre a célra létrehozott szerv (*Compensation Recovery Unit*) végzi az elszámolást. A tételes elszámolás lehetősége, és jogi háttere Magyarországon is adott lenne, azonban annak bevezetése mind az OEP mind a biztosítótársaságok részéről speciális szaktudást és adminisztratív apparátust igényelne. Mindaddig azonban, amíg az átalány elszámolás működik, a biztosítók nem igazán motiváltak a saját rehabilitációs folyamat bevezetésre, hiszen az állami rehabilitáció költségét arányosan így is viselniük kell. Motivációt jelenthet azonban a biztosítók részéről a csökkenő kárkifizetések, az elégedett ügyfélkör kialakítása, valamint a pozitív image építése. Ezek az előnyök azonban jelenleg még egyetlen hazai biztosítótársaságot sem sarkalltak arra, hogy a kárrendezés során a rehabilitációval komolyabban foglalkozzon, így az állami

rendszerben valósul meg a közlekedési balesetek sérültjeinek rehabilitációja.

A fenti összegzés alapján elmondható, hogy ma Magyarországon sem a biztosítótársaságok, sem a gazdasági jogi szabályozás, sem az Országos Egészségbiztosítási Pénztári elszámolás rendje, sok esetben pedig a károsulti hozzáállás sem segíti elő a gépjárműbalesetben sérültek rehabilitációját. Ez addig, amíg a jogi szabályozás megkívánta a károkozással összefüggésben keletkezett hátrány károsult általi bizonyítását a nem vagyoni kártérítés megállapításához nem okozott súlyos problémát. Különös jelentősége lehet azonban a sérelemdíj bevezetésének a személyi sérüléssel kapcsolatos kárrendezési eljárásokban, mivel a hatályos törvényszöveg kifejezetten úgy rendelkezik, hogy a jogsértés tényén kívül további hátrányt nem kell bizonyítani. Egy gépjárműbalesetben elszenvedett sérülés – akármilyen csekély is, vagy akár csak egy sokkhatást kiváltó baleset is – minden kétség kívül megalapozza a személyiségi jogok megsértését, hiszen a károsult testi épsége, egészsége, sokszor emberi méltósága sérül. A

biztosítási szakma már évek óta fokozott figyelemmel kíséri a Nyugat-Európában kézzel foghatóan és bizonyíthatóan jelen lévő trendet, mely szerint a személyi sérüléssel kapcsolatos kárigények száma jelentősen emelkedik – holott a balesetek száma általában véve stagnál, vagy inkább csökken – és ezzel együtt emelkedik a kifizetett kártérítések nagysága is. A kárigények közül is jelentős részt képviselnek azon igények, melyeket úgynevezett ostorcsapásos sérülések következtében nyújtanak be. A magyar kárrendezési gyakorlat a sérelemdíj bevezetése előtt abban a helyzetben volt, hogy ezekben a nehezen, vagy éppenséggel egyáltalán nem bizonyítható sérülésekhez kapcsolódó esetekben a nem vagyoni kártérítés jogi szabályozása alapján a kárigényeket elutasította. A sérelemdíj bevezetésével azonban - tekintettel a nyugat-európai tapasztalatokra is - várható lesz a kártérítési igények számának és kiterjedésének megnövekedése. A dolgozatomban vizsgált két nyugat-európai országban azonban a rehabilitáció több évtizede a személyi sérüléssel kapcsolatos kárrendezési folyamat részét képezi (a német Allianz Biztosító 1998-ban kezdett el a Reha-care

rehabilitációs szolgáltatóval közreműködni), ami a magyar kárrendezési gyakorlatról egyáltalán nem mondható el. Németországban és Angliában ma már elismert tény, hogy a személyi sérülést szenvedettek komplex – egészségügyi, szociális és foglalkoztatási – rehabilitációja az egyén, a biztosítótársaság, az állam és végső soron a közösség hasznára válik. Magyarországon is vannak ugyan törekvések állami és civil szinten a megváltozott munkaképességű sérültek rehabilitációjára (rehabilitációs mentor, Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal, Nemzeti Foglalkoztatási Szolgálat, közalapítványok), azonban ezen egymástól jogilag és fizikailag is elkülönült személyek és szervezetek munkája nem működik összehangoltan, és a fogyatékos személyekkel való foglalkozást még mindig inkább a sérültről való gondoskodás dominálja, így a sérült ember általában nem aktív alanya, résztvevője a folyamatnak.

A gépjárműbalesetben sérült személyek komplex, kárrendezési folyamatba épített, egyénre szabott rehabilitációs folyamatának megvalósítását több

előfeltétel együttes megváltoztatásával lehetne megindítani.

Véleményem szerint első lépésként annak a feltételeit kellene megteremteni, hogy az egészségügyi intézmények, valamint a járadékot folyósító intézmények pontos kimutatást tudjanak nyújtani arról, hogy egyes gépjárműbalesetekkel kapcsolatosan milyen egészségügyi költségek merültek fel, illetve melyek azok a költségek melyek a kárt okozó gépjármű kötelező felelősségbiztosítójára háríthatóak. A jelenlegi gyakorlat szerint a Magyar Biztosítók Szövetségének keretein belül a gépjármű biztosítással foglalkozó biztosítótársaságok éves általányszerződést kötnek az Országos Egészségbiztosítási Pénztárral, a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatallal és az Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatósággal a magyarországi telephelyű gépjárművek üzemeltetésével okozott közlekedési balesetekből eredő, a pénztár illetve a hivatalok által teljesített, és a biztosítókkal szemben a kötelező-felelősségbiztosítás alapján fennálló megtérítési követelések elszámolására és teljesítésére. A

megállapodás konkrét összegét az OEP-MABISZ munkabizottság állapítja meg, majd a biztosítók díjbevételük arányában kötelesek az összeget egymás között felosztani és kifizetni. A megállapodás jogi alapját a kötelező egészségbiztosításról szóló törvény² 68.§ és 68.A§ biztosítja, mely törvényhelyek kimondják, hogy aki az egészségbiztosításra jogosult betegségéért, keresőképtelenségéért, egészségkárosodásáért vagy haláláért felelős, köteles az emiatt nyújtott egészségbiztosítási ellátást megtéríteni. A jogszabály tehát biztosítja annak lehetőségét, hogy a gépjárműbaleset során személyi sérülést szenvedett károsultak egészségügyi ellátásának tényleges költségét - legyen az egészségügyi szolgáltatás, baleseti járadék, baleseti vagy rehabilitációs járadék vagy gyógyszer – a károkozó kötelező felelősségbiztosítójára át lehessen hárítani, igaz, hogy további szabályokban nincs kifejtve ennek módja. Az OEP, ONYF és RNSZH nem a tényleges ellátások egyedi elszámolása alapján terheli rá a költségeket a biztosítókra (mint történik az akár

² 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól

Németországban, akár Angliában), hanem évente megállapított általány összeget kér tőlük be, melyet a már említett munkabizottság keretei között állapítanak meg. A munkabizottság a KSH által szolgáltatott éves személyi sérüléssel balesetek darabszámából indul ki, majd ezt arányosítja az egy fő sérülte átlagosan jutó egészségbiztosítási, mentési (földi és légi) és balesetei táppénz költségekkel, ez az összeg számításaik szerint nagyjából 250.000.- Ft. A számítás véleményem szerint már ott félrevezető, hogy az adott évben bekövetkezett személyi sérüléssel balesetekből adódó sérülésekhez kapcsolódó egészségügyi ellátások évekig elhúzódhatnak, tehát az adott éves általány összegbe valamilyen formában bele kéne venni az elmúlt pár év (kettő-négy év, vagy akár több?) személyi sérüléssel baleseteinek egy részét is. Az ONYF és az RNSZH az előző években (tisztázatlan milyen módszerekkel) megállapított összegből indul ki, és azt az infláció mértékének megfelelően felszorozza. Az OEP nem hozta eddig nyilvánosságra, hogy milyen módszerek alapján állapították meg ezeket az átlag értékeket, azonban a fenti számítási módszer alapján biztosra vehető, hogy az egyes

gépjárműbalesetekhez köthető ellátások tényleges összegének nyilvántartására és bekérésére használható adatbázis nem áll rendelkezésre. A betegéletút és az elvégzett kezelések és orvosi ellátások nyilvántartása már elérhető akár egyéni szinten is az ügyfélkapun keresztül, azonban az nincs vezetve, hogy ezen kezelések, ellátások valamilyen károsító eseménnyel összefüggésbe hozhatóak-e. A 2016-ban aláírt OEP megállapodásban rögzítve lett, hogy az OEP és a biztosítók közös célja, hogy az elszámolásokat objektívebb alapokra helyezzék, azonban konkrét cél, illetve ezt elősegítő eszközök nem kerültek megállapításra a megállapodásban. Ez azért is jelent különös gondot, mert az átalány megállapodás csak a magyarországi telephelyű gépjárművek által okozott balesetektől adódó egészségügyi költségek fedezésére szolgál. Azon balesetektől adódó egészségügyi költségeket, melyeket egy külföldi telephelyű gépjármű okozott, de magyar állampolgár szenvedte el a személyi sérülést, és itthon gyógykezelték, az OEP, az ONYF és az RNSZH egyáltalán nem érvényesíti, mivel a megfelelő nyilvántartási rendszer hiányában a kezelések költségét nem tudják a balesetért felelős külföldi rendszámú

gépjármű-felelősségbiztosítójánál érvényesíteni. A külföldi egészségbiztosítók természetesen nem késlekednek az általuk kifizetett, de az okozó magyar rendszámú gépjármű-felelősségbiztosítójára terhelhető költségeket érvényesíteni a magyar biztosítóknál. A magyar egészségbiztosítás ezzel szemben csak a külföldi állampolgárok magyarországi gyógykezelésének költségeit kéri be, mivel a külföldi személyeket, és részükre biztosított ellátásokat a társadalombiztosítási azonosítószám alapján differenciálni lehet. Azonban sokkal differenciáltabb nyilvántartás vezetését tenné szükségessé az, hogy meg lehessen állapítani, az egyébként ingyenes egészségügyi ellátásra jogosult magyar állampolgár mely gyógykezeléseinek költségét lehetne ráterhelni a külföldi felelősségbiztosítókra. Még csak megbecsülni sem tudnám, hogy milyen összegű jogos követeléstől esik így el évente a magyar egészségbiztosítás, melyet a külföldi biztosítótársaságoknál lehetne érvényesíteni.

Az általános elszámolás miatt a magyar biztosítók nem érdekeltek az egészségügyi költségek csökkentésében, és

így a károsultak rehabilitációjában sem, mivel azt nem egyenként, ellátásonként fizetik, hanem a teljes megállapított összegből díjbevételek arányában részesednek, így sem a bekövetkezett személyi sérülések káresemények száma, sem azok súlyossága nincs kihatással az általuk az egészségügyi szolgáltatóknak, illetve járadékfolyósítóknak fizetett összegekre. Az egészségügyi költségek, szolgáltatások és járulékok tételes elszámolása nyereséget jelentene az egészségbiztosítási pénztárnak és folyósító hivataloknak is, hiszen egyrészt pontos képet kapnának arról, hogy ténylegesen milyen összegek háríthatók át a felelősségbiztosítókra, másrészt az eddigiekben a külföldi felelősségbiztosítók nem érvényesített összeget is be tudnák kérni. A tételes elszámolás azzal az el nem hanyagolható előnnyel is járna, hogy így a biztosítók motiváltak lennének az egészségügyi költségek csökkentésére, mely leginkább a rehabilitációs folyamatokon keresztül tudna megvalósulni, melyek hosszú távon segítenek a sérült személynek elérni állapotának funkcionális javulását, és így a sérült teljes értékű tagjává válhat a társadalomnak.

Második lépcső lehetne a komplex rehabilitáció megvalósításának és optimális működtetésének útján a rehabilitációs intézmények, vállalkozások gazdasági jogi támogatása, valamint a rehabilitációs mentor jogkörének, feladat- és hatáskörének kiterjesztése.

Mint már dolgozatomban kifejtettem, hazánkban nincsenek olyan hatékonyan működő rehabilitációs vállalkozások, mint például Németországban, ahol az egyik legnagyobb rehabilitációs szolgáltató a Reha-care, mely bár a biztosítótársaságoktól teljesen függetlenül működik, mégis a biztosító anyagi forrásait felhasználva biztosítja a sérült részére a teljes komplex rehabilitációt, mivel a biztosítótársaságnak nem áll rendelkezésére mindaz az eszköztár (szakemberek, segédeszközök, szaktudás), melyet a rehabilitációs szolgáltató biztosítani tud. Magyarországon nem működik olyan rehabilitációs szolgáltató illetve rehabilitációs vállalkozó, aki a komplex rehabilitáció folyamatait fel tudná vállalni illetve menedzselni tudná. Érdeemes talán a másik oldalról megközelíteni a kérdést, hiszen az előző bekezdésben kifejtettek alapján nincs is olyan kereslet erre a

szolgáltatási formára, mely a rehabilitáció igen költséges folyamatát finanszírozni tudná vagy akarná. A tőkeerős biztosítótársaságok nem érdekeltek a rehabilitációs folyamat finanszírozásában, hiszen annak elemeit az egészségbiztosítási pénztárral kötött átalányszerződés keretén belül mindenképp fizetniük kell, másrészt pedig annak anyagi előnyeit sem tudnák élvezni, hogy a sérült egészségügyi állapota kedvezőbben alakul a rehabilitáció által, és így jövőbeli egészségügyi költségei csökkennek, hiszen ezt az átalány megállapodás keretei között szintén nem tudják érvényesíteni. A biztosítók számára a rehabilitáció előnyeként jelenhet meg még az elégedett ügyfélkör és a pozitív image építése, azonban a személyi sérüléssel kapcsolatos ügyfelek nagyrészt nem a biztosítóknál biztosítási díjat fizető „közvetlen ügyfelek”, hiszen a biztosítók a károkozók helyett állnak helyet a kártérítési jogviszonyban, a károsultak nem állnak szerződéses kapcsolatban a biztosítókkal. A pozitív image növelése pedig az erősen profitorientált biztosítási piacon nem jelent elég nagy vonzóerőt a biztosítótársaságoknak ahhoz, hogy egy ilyen bonyolult, többszereplős és

(legalább is a kezdetekkor) befektetést igénylő folyamatot elindítsanak.

Léteznek civil szervezetek, nonprofit alapítványok (pl. Kézenfogva Alapítvány), melyek kifejezetten célul tűzték ki a fogyatékossgal élők rehabilitációját, azonban ezen civil szervezetek anyagi forrásai, eszközrendszerei és kiterjedési területe korlátozott, valamint egyikőjük sem foglalkozik orvosi rehabilitációval. A rehabilitációs folyamat azonban mindig az orvosi rehabilitációval kell kezdődjön, és a rehabilitáció egyes részterületei fogaskerékként kell, hogy illeszkedjenek egymásba ahhoz, hogy a rehabilitációs folyamat sikeres tudjon lenni. A sérülést követő első három hónap döntő jelentőséggel bír ugyanis a rehabilitáció sikerességének befolyásolásában, és a civil szervezetek által segített foglalkozási rehabilitáció már sokszor csak az utolsó lépés a folyamatban, mely természetesen rendkívül fontos, de elszigetelten működve csak töredékét tudja elérni annak a folyamatnak, mely például Németországban az egész kárrendezési folyamatot

átszöve, egyéni szükségletekre szabva segíti elő a károsult visszailleszkedését a munkába és társadalomba.

A rehabilitációs folyamatokat az állam is támogatja, felismervén azt, hogy a megváltozott munkaképességű személyek munkába és társadalmi életbe való visszavezetése jelentős állami érdek. Ennek az érdekek az érvényesülése érdekében hozták létre 2008-ban a rehabilitációs mentor intézményét a komplex rehabilitációs szükséglet kielégítésére. A rehabilitációs mentor feladata lett volna az egészségügyi, mentálhigiénés, szociális, képzési és foglalkoztatási szolgáltatások egy rendszerbe, folyamatba foglalása, mely azonban túl ambiciózus célnak bizonyult. A törvényi szabályozás szerint ugyanis a mentori segítség igénybe vevőinek köre igen szűk, csak a rehabilitációs járadékban részesülők, illetve III. csoportos rokkantsági kategóriába sorolható sérültek jogosultak a szolgáltatásra, másrészt a mentor elsősorban koordinál, figyelemmel kíséri a sérült állapotát és a rehabilitációs tervben leírtak megvalósulását, tájékoztatást nyújt, azonban tényleges rehabilitációs folyamatokat nem végez. Véleményem

szerint mindenképp szükséges lenne a rehabilitációs mentori intézmény jogi szabályozásának megváltoztatása, szerepkörének konkretizálása, részletezése, illetve az igénybe vevők körének kibővítése.

Harmadik és talán legnehezebben befolyásolható tényező a károsulti hozzáállás megváltoztatása. A megváltozott munkaképességű, illetve fogyatékos emberekre gyakran a gyógyulásuk, illetve orvosi rehabilitáció után is jellemző marad a betegszerepnek megfelelő passzív hozzáállás. Ennek indoka lehet a nyugati társadalmakra (és hazánkra is jellemző) medikalizáció, melynek keretében az orvos a betegséget mint objektumot vizsgálja, és így a sérült mintegy passzív szerepre készíti, akinek nincs más dolga, mint az orvos rendelkezéseit engedelmesen, gondolkodás nélkül követni. Így a medikalizáció mintegy fokozza a sérült ember amúgy is több irányú függőségét, hiszen egy, a többségi társadalom tagjaitól amúgy is kedvezőtlenebb helyzetben lévő, sokkal kiszolgáltatottabb fogyatékos embert az még inkább súlyt. A fogyatékos emberek betegségtudata, betegszerepe nem ideiglenes, hanem végleges, mivel

felgyógyulásukra gyakorlatilag nincs remény. Egy gépjárműbaleset során a sérült ember élete pillanatok alatt gyökerestől változik meg, a sokszor évekig elhúzódó gyógyulási folyamat a betegszerepet véglegessé erősíti, a fogyatékos ember önállóságát, önrendelkezését, motivációját gyengíti, sokszor meg is szünteti. Ezért lenne nagyon fontos, hogy a komplex rehabilitáció a sérülést követő leghamarabbi időpontban megkezdődjön. A rehabilitációs folyamat mindig az orvosi rehabilitációval indul, azonban még annak befejeződése előtt el kell kezdődnie a többi rehabilitációs részterület feltérképezésének, a folyamat tervezésének. Mint már többször hangsúlyoztam a rehabilitáció sikere nagyban függ a sérült ember motivációjától, azonban segítség nélkül, magára hagyva nem fog tudni egyedül egy komplex rehabilitációs folyamatot végigvinni. Itt jönnének a képbe a biztosítótársaságok által finanszírozott rehabilitációs szolgáltatók, illetve a rehabilitációs mentor. Megjegyzendő, hogy sokszor az is árnyalja a károsulti hozzáállást, hogy az követően, hogy a sérülés miatt bekövetkezett maradandó egészségkárosodás, rokkantság megállapítást nyer (az

erre szakosodott szakértői bizottság, vagy a biztosító orvosszakértője által) a károsult jogosult lesz akár élete végéig járadékot kapni. Sok esetben az is lehet a motiváció hiánya – főleg a foglalkoztatási rehabilitáció területén – hogy a károsult tart attól, hogy egy sikeres foglalkoztatási rehabilitáció esetén elveszíti az addig biztos bevételi forrását, szemben egy bizonytalan foglalkoztatásért. Ennek érdekében részletesen ki kellene munkálni a rehabilitáció folyamatát, és hogy az mennyiben tudja kiegészíteni vagy helyettesíteni az addig kapott járadékos ellátást, vagy akár érdemes lenne megfontolni az angol megoldás bevezetését. Angliában - mint már említettem - ezt a problémát úgy oldják meg, hogy egy bizonyos, előre meghatározott átmeneti időszakra a munkába álló sérült személy mind a rokkantsági ellátást, mind a munkabért megkapja, és a rokkantsági ellátás csak akkor szűnik meg, ha az elhelyezkedés sikeres lett.

A fent említett három javaslat – egészségügyi szolgáltatókkal való átalány elszámolás megszüntetése, a rehabilitációs intézmények támogatása és rehabilitációs

mentor feladatkörének kibővítése, valamint a károsulti hozzáállás megváltoztatása - természetesen nem egymástól elkülönült lépések sorozata, hanem egy egymásra ható folyamatos kölcsönhatás, illetve folyamat eredményeként tudná jelentősen megváltoztatni a jelenlegi magyarországi gyakorlatot.

4 Publikációs lista



**DEBRECENI
EGYETEM**

**DEBRECENI EGYETEM
EGYETEMI ÉS NEMZETI KÖNYVTÁR**

H-4002 Debrecen, Egyetem tér 1, Pf.: 400

Tel.: 52/410-443, e-mail: publikacio@lib.unideb.hu

Nyilvántartási szám: DEENK/209/2022.PL
Tárgy: PhD Publikációs Lista

Jelölt: Fazekas Éva Dóra

Doktori Iskola: Marton Géza Állam- és Jogtudományi Doktori Iskola

MTMT azonosító: 10044017

A PhD értekezés alapjául szolgáló közlemények

Folyóiratcikkek, tanulmányok (4)

1. **Fazekas, É. D.:** A nem vagyoni kártérítés és rehabilitáció jogi szabályozása és gyakorlati érvényesülése Angliában.
Pro futuro. 8 (1), 165-183, 2018. ISSN: 2063-1987.
DOI: <http://dx.doi.org/10.26521/Profuturo/2018/1/4695>
MTA Állam- és Jogtudományi Bizottság: A
2. **Fazekas, É. D.:** Az Európai Bíróság előzetes döntéshozatala az alkalmazandó jog megválasztásának kérdésében.
Jogesetek magyarázata. 4, 165-183, 2016. ISSN: 2061-4837.
MTA Állam- és Jogtudományi Bizottság: A
3. **Fazekas, É. D.:** Gépjármű balesetekből eredő igények és azok megtérítése a német jogban.
Európai Jog. 16 (4), 35-43, 2016. ISSN: 1587-2769.
MTA Állam- és Jogtudományi Bizottság: A





**DEBRECENI
EGYETEM**

**DEBRECENI EGYETEM
EGYETEMI ÉS NEMZETI KÖNYVTÁR**

H-4002 Debrecen, Egyetem tér 1, Pf.: 400

Tel.: 52/410-443, e-mail: publikaciok@lib.unideb.hu

4. **Fazekas, É. D.**: Személyi sérülés, nem vagyoni kártérítés és rehabilitáció Németországban a gépjármű balesetek károsultjai tekintetében.

Jogtudományi Közöny. 71 (6), 343-347, 2016. ISSN: 0021-7166.

MTA Állam- és Jogtudományi Bizottság: A

MTA Állam- és Jogtudományi Bizottsága irányelvei szerint:

„A” kategóriás folyóiratban megjelent publikációk: 4, melyek közül az értekezés alapjául szolgál: 4

A DEENK a Jelölt által az iDEa Tudóstérbe feltöltött adatok bibliográfiai és tudományometriai ellenőrzését a tudományos adatbázisok és a Journal Citation Reports Impact Factor lista alapján elvégezte.

Debrecen, 2022.04.14.



5 The subject of dissertation and purpose of research

A significant proportion of the claims for non-pecuniary damages and damages arising from personal injury accidents are claims that are reimbursed by the insurers instead of the in causers on the basis of the underlying compulsory liability insurance coverage. This is true for most European Union member states as well as for Hungary. At the same time it can be observed in Hungary - and in several member states of the European Union - that the legal background, judicial interpretation and legal practice of the indemnification and compensation of non-material damages are changing dynamically. In terms of practice, however, it is worth examining not only the judicial proceedings, but also the emerging and dynamically evolving claims settlement practices for injured persons who have been injured in a motor vehicle

accident. With regard to these claims procedures, it cannot be ignored that insurers will be dominant in the development of out-of-court redress practices, as in claims settlement proceedings the insurer will replace the causer and will decide on the most fundamental issues of the claim procedure as well as the legal basis and claim amount, thus, it is impossible to separate these claims from the settlement practice of the insurance companies. Of course, this does not mean that the case law is irrelevant with regard to damage caused by the operation of motor vehicles, on the contrary. It is precisely as a result of the fact that the legal regulation of both non-pecuniary damages and pecuniary damages is of a framework nature, and the courts will be responsible for elaborating the detailed rules and creating a more or less uniform legal practice. In compensation proceedings for personal injury accidents caused by motor vehicles, the amounts of compensation paid under each item cannot be examined separately, pecuniary and non-pecuniary damages are often difficult to separate, especially in terms of health care cost and rehabilitation procedures, which are of particular importance for my dissertation.

The costs, damages and pecuniary sanctions available for non-pecuniary damage can only have a real reparative effect when they are examined together, only in this way can the principle of full compensation really be enforced.

In the dissertation I aimed to analyse the reasons behind the fact that the Hungarian claims management practice knows rehabilitation only within the framework of health rehabilitation, and also transfers its performance to social security, it does not take an active role in the rehabilitation processes. After examining the reasons, I would like to make suggestions in order to explore the conditions under which the current practice could be changed.

In order to formulate well-founded and feasible proposals, in my opinion it is reasonable to examine in details the legal systems with decades of rehabilitation experience, and the practices that can be used as an example for the reform of the Hungarian regulations. Regarding the foreign legal systems and practices examined in my dissertation, I would like to focus on two

legal systems that can be considered effective in compensating for non-pecuniary damages and rehabilitation, and thus a critical comparison of foreign legal provisions and experiences with Hungarian legislation and practice can lead to the development of well-founded proposals. Among the Western European countries, I will examine an Anglo-Saxon and a Continental legal system, so I will examine the rules of pecuniary and non-pecuniary damages related to the violation of personal rights in the English and German law and the theoretical and practical knowledge related to the rehabilitation process. In the case of both legal systems, it is important to emphasize that due to the peculiarities of the field of protection of personal rights, similar to the Hungarian practice, the two examined foreign legal systems rely on practice and legal interpretation in the same way. The compensation for non-pecuniary damages is built to a large extent on the discretion of the courts, both in terms of legal basis and amount. The Anglo-Saxon system's approach to promoting the judiciary to the utmost and recognizing the right created by the judge is therefore a good starting

point. The German system, because of the nature of the basic continental model, can provide important clues as it shows how an existing legal system - in an otherwise closed civil law dogmatic system - that recognizes and values the protection of individual rights approaches the problem.

6 Methodology and sources of research

In order to achieve the stated goals, in my dissertation I want to expand the range of pecuniary, non-pecuniary and rehabilitation knowledge assigned to the case of violation of personal rights by the method of legal comparison in order to critique and improve the domestic law and practice. In order to understand the reasons for the current regulation and legal practice, I consider it important to explore the Hungarian and European history of the compensation of non-pecuniary damages with the help of the legal history method, and thus to get to know the purpose and function of the institution. Using the

analytical method to formulate the proposals, I intend to examine the contentious issues and judicial constants of out-of-court and judicial application within the framework of a practicum-oriented analysis of the insurer and the injured party.

The sources were the current Hungarian, German and English legislation and commentaries, as well as the Hungarian, German and Anglo-Saxon case law. In order to follow the change in the judgements, I examined the Hungarian legal practice and the legal practice of the two chosen countries going back several decades. In addition to the Hungarian literature, I considered it important to process the literature in German and English as well in order to be authentic.

7 Research theses

Compensation proceedings for personal injury accidents, whether through insurance claims or legal redress, account for a very high percentage of non-pecuniary

damage cases in most European countries, including the three examined in this dissertation (Hungary, Germany and England). It is now widely known in European countries that damages resulting from traffic accidents can be enforced in insurance proceedings out-of-court with insurance companies or in court. The trend can also be observed in Hungary, while the number of personal injury or fatal road accidents is declining, (due to stricter road safety regulations), the number of compensation proceedings initiated is relatively increasing.

Compared to recent years, it can be said that in all the examined countries - including Hungary - we can observe an increase in the amounts of non-pecuniary damages. However this cannot be explained by inflation alone.

There has also been an increase in the number of non-pecuniary damage lawsuits in recent decades. This increase is due to the change in the legal environment on the one hand, and the tendency in the western countries to protect the rights of the individual increasingly on the

other. In addition, technological advances, insurance and the unprecedented growth of multinational companies are all contributing to the development of the protection of personal rights.

However, it should not be overlooked that the price and value ratios in Germany and England differ significantly from those in Hungary, and this is also reflected in non-pecuniary damages. In none of the examined countries does the legislature provide guidance on the amount of non-pecuniary damage, but in Germany the case law provided a so called *Schmerzensgeldtabellen*, which provides guidance on the amounts, while in England directives issued by the Court of Appeal set the amount of damages. However, in both countries the amount of damages collected or determined is only a reference, and in both countries the judges determine the amounts to be awarded in each case, taking into account all the circumstances of the case, giving judges a wide margin of discretion. There is no such generally accepted standard in Hungary, the determination of both legal basis and amount is based on judicial discretion, so the

substantive law of the legal institution of the non-pecuniary indemnification is determined by the case law of the courts.

However, it can also be said that the Hungarian courts also strive for uniformity, as we may encounter an argument in the reasoning of several judgements, which refers to the judicial practice of the given period when determining the amount. As in Hungary, English and German judges take into account the extent of the injury or pain, the age of the injured person, their personal circumstances, the length of their hospital stay and the residual condition of the injured person when determining the amount of non-pecuniary damages. While in England, according to a directive issued by the Court of Appeal, the maximum amount of non-pecuniary damages (in the case of four limb paralysis, i.e. Quadriplegia) is £322.060.-, or about HUF 130 million, in Germany an accident resulting with a 100% reduction in capacity for work entails the reimbursement of a non-pecuniary damage of EUR 200.000-300.000, i.e. approximately HUF 70-110 million, in the Hungarian out-of-court and litigation practice, the amount of the

non-pecuniary fee in the case of a personal injury accident resulted with 100% permanent health damage ranges from a maximum of 30-40 million HUF. While, for example, a permanent arm injury, which even can cause a paralysis of the arm, makes a claim for non-pecuniary damages in England worth around £30-40.000.- (12-16 million HUF), the same injury costs EUR 50.000.- (18 million HUF) in Germany. According to the case law in Hungary for this type of injury approximately 3-4 million HUF could be expected. The difference is even greater when we consider whiplash injuries. A whiplash injury is a typical injury that occurs during a car accident in connection with the head falling forward and then back, in which case certain sections of the neck twitch in the opposite direction to their own natural arc. In mild cases, the pain goes away in a few days, but there may be small tears in the muscles and ligaments, and the intervertebral discs may be damaged, ruptured, or the nerves coming out of the spinal cord may become twitched. The accident can result in pain in the neck, shoulders and upper arm for years, the muscles will be stiff, and the stiffness can weaken the movement and

muscle strength of the arm. In severe cases depression, sleeping disorders, dependence on painkillers may occur. However, all this is very difficult to prove, as it is not visible from the outside, it cannot be clearly diagnosed, (for example, whether depression or sleep disorders can really be traced back to the accident). In England and Germany, the number of claims for whiplash injuries has increased significantly in recent decades, so much so that in England, for example, in 80% of motor vehicle accidents there are claims for whiplash. The amount of non-pecuniary damages associated with these injuries can range from 1000 EUR/£ to tens of thousands of EUR/£ depending on the degree of damage and permanence. In Hungary, the number of cases related to whiplash injuries is unreasonably low. Prior to the introduction of the new Civil Code, claims for non-pecuniary damages in connection with whiplash injuries were rejected by the insurance companies on the grounds that the damage could not be proven, or even if there was demonstrable damage (such as depression or post-traumatic stress) a causal relationship between the accident and the psychological impairment could not be proved in most

cases. The legal regulation of the non-pecuniary damage expressly provides that no further disadvantage shall be proved other than the fact of the infringement. The injured only has to prove, that the offending conduct actually constitutes a personal injury and was committed by the offender. The mere fact that a personal right has been infringed justifies a claim for damages. In cases of non-pecuniary damages, it can often be disproportionate for the injured party to prove that he/she has been harmed, as in many cases the damage appeared in the victim in a way that could not even be perceived by the outside world. The obligation to prove the disadvantage has been abolished by the legislature, but the number of claims for whiplash injuries has not increased so far.

The comparison of the Hungarian and German legal regulations on non-pecuniary damages shows that while the Hungarian regulations describe the damages as a sanction of any violation of a personal right, the German regulations list the legally protected interests for which non-pecuniary compensation can be awarded. The English legislation, on the other hand, defines the

concept of general damage (or non-pecuniary damage) in a negative way, so the non-pecuniary damage is basically any disadvantage outside the scope of pecuniary damage (pecuniary damage is any damage to a person's property that can be expressed in money, damage to movable and immovable property, or intangible property). Under English law, the injured party must therefore prove that he/she suffered a disadvantage outside the scope of pecuniary damage, so that the courts have a wide range of discretion.

The Hungarian, English and German legal regulations are uniform in the sense that the causer - or the insurer providing compensation in his/her place - is obliged to indemnify the injured party in full and to put the injured party in a position as if the event had not occurred. The principle of full compensation is shared by the Hungarian Civil Code, the German BGB and the English case law, so the causer (or insurer) can be ordered to reimburse all existing and future damages and costs related the claim (loss of earnings, health and medical expenses, material damages and other costs). In all three legal systems, the

obligation to mitigate the damages by the injured party is accepted, however the injured party cannot be obliged to undergo rehabilitation, all the more so as the success of the rehabilitation process depends to a large extent on individual motivation.

The differences between the Hungarian and German legal regulation on non-pecuniary damage do not justify the completely different practice between victims who have suffered personal injuries in terms of the rehabilitation process. Although the English legal system and legal regulations are based on completely different foundations, the course of the rehabilitation process bears a strong resemblance to the practice in Germany. Compared to the rehabilitation opportunities and processes in Hungary, we can find a much more developed, people-centred, coordinated rehabilitation process in Germany and England. The rehabilitation model in the two selected Western European countries is not the same, but their main features are common. These characteristics are: rehabilitation is coordinated by a central state body, with financial incentives, mostly by

economic means, less often by administrative procedures forcing companies to employ people with disabilities, and rehabilitation itself is free for people with disabilities but who do not participate in the proceedings will not be compensated. Perhaps most importantly however, Western-European society has developed a tolerant, egalitarian approach to the employment of rehabilitated people.

From a medical point of view, the focus is on the doctor-patient relationship and the specialist-client relationship in terms of the helping professions (psychologist, rehabilitation mentor and social worker). In these situations, the patient or client is significantly passive and inclusive, but it is not enough for a successful rehabilitation, as it would require the participation, activity and motivation of the injured person.

The rehabilitation process begins with the assessment, that is the assessment of the abilities of the disabled person, which immediately includes a medical, occupational and psychological examination. After that,

counselling and guidance help to carry out the rehabilitation process through the implementation of each sub-process, which sub-processes optimally fit together in a gear-like manner, and their focus varies depending on how much help the disabled person needs. Physical (medical) and mental recovery means the reduction and elimination of the harmful conditions of disability, while during pedagogical and occupational rehabilitation the injured person can learn the tricks and tools of the new profession, so the last step in the process will be the employment. The possible goals depend to a large extent on the specific situation, physical and mental condition, emotional stability, social and family situation, education, qualification and above all, motivation of the disabled person in need of rehabilitation. However, it can be said in all cases, that the most important feature of rehabilitation must be the personalization of the process, the values of rehabilitation are always people-centred, and their implementation requires empathy, openness and attention. In the modern rehabilitation process, almost simultaneously with the start of medical rehabilitation (after the danger to life has passed) the helping

professionals will begin the rehabilitation process, with all the activities that can help to improve the quality of life of the injured person's mentally, physically or socially.

Effective occupational rehabilitation requires a wide and coordinated range of different measures. Above all, a health check, medical treatment, adaptation to the workplace and appropriate working conditions, education and training services are needed. The research material of disability, altered working capacity and rehabilitation is very limited, but all the results show that not exclusion but integration is the right way to go both for the disabled individuals and for society. A qualified, rehabilitated employee with altered working ability who is employed in the right place can be considered a full valued workforce in his/her own field, and even serious physical disability can be overcome by motivation to work. Their employment also has many benefits for the employer, and their work discipline and loyalty are generally above average. The economics of vocational rehabilitation was studied by Ronald W. Conley (the Economics of

Vocational rehabilitation) back in the 1960s, and his studies already showed that the premiums of occupational rehabilitation in the United States was more than ten times higher than the cost of the rehabilitation process itself. The answer to the basic question that has arisen several times in the history of rehabilitation – financial support or employment – has always been that employment is immeasurably more beneficial for both the individual and society. One of the benefits of financial support and income replacement benefits (originated from the obligation of tort compensation) is that they help injured people to make a modest but secure livelihood. This is a great help for people with severe disabilities, but it can lead to addiction and passivity for people with smaller disabilities. Reduced working ability is a cost not only for the individual but also for society, and the more we accept and acknowledge these costs, the more we will try to improve the situation of people with disabilities the greater the economic benefits of rehabilitation will be. Even financial support invested in the rehabilitation of the seriously injured is an amount that pays for itself in a relatively short period of time,

with interest in the long run, and in addition it improves the economic and social situation of the injured and their families. The centre of the whole rehabilitation process is the person with the disability. Participants in the rehabilitation process therefore play their best role when their functioning is for the benefit of the injured person.

However, rehabilitation benefits not only the disabled - it is good for the individual who can return to society, can feel themselves socially and economically useful - but for the community too, making it more open and accepting and for the economy and companies as well, as they receive a professionally trained, full value workforce, and is also good for the state budget, which has to generate fewer social contributions and annuities. The aim of complex rehabilitation is to help the disabled persons as soon as possible, so that the reduction of working capacity is as small as possible, and thus the development of comorbidities can be prevented - as for example a decrease in physical condition, weakening of muscles - which can make the disability even more severe. Illness,

disability and unemployment without rehabilitation results in a vicious circle that can lead to the poverty trap. As a result of a successful vocational rehabilitation, injured people can carry out gainful activities, support themselves without social benefits, and pay taxes, thus reintegrated into the economy. The modern rehabilitation approach sees work as one of the cornerstones of rehabilitation, as work is a value, and successful, well-done work provides the basis of an individual's self-esteem. The two most important elements of work are motivation and qualification. An injured person in need of rehabilitation suffers from the loss of his/her earning capacity, expertise and experience, as well as from the decline of his/her standard of living and social status. Their family is also financially and socially disadvantaged by the loss of a family member who has been able to earn a living, and the community is also disadvantaged by the loss of expertise, experience and the cost of care.

In my opinion, the economically acceptable conditions for rehabilitation enterprises should be created in

Hungary as well, and the economic and legislative regulation should be changed to a level that encourages new forms of employment (such as self-employment, sheltered employment within companies) and should be operated effectively for those in need. At the same time, it should also be noted that employee attitudes towards re-employment after becoming disabled are still characterized by disability pension interest. Becoming disabled plays a big role in this, as this for the vast majority of people strongly confuses the previous motivations for work, personal self-esteem and individual creativity.

The rehabilitation entrepreneur is a missing player in the economy, such a unit does not exist in Hungary yet, their tasks, such as surveying, retraining, employment are often taken over by non-governmental organizations (such as the Kézenfogva Foundation), however the revenue of these non-profit organizations is often scarce, leaving little room for manoeuvre. Rehabilitation centres in Germany for example have high-quality skill assessment procedures and testing instruments, and well as training and skill development procedures, expertly

trained staff and equipment. Their work includes skill assessment, development, employment counselling and training, psychological and employment services, sheltered counselling and training, psychological services and post-employment follow-up.

Service NGOs have a very important role to play in all areas affected by disability (physiotherapy, home care, special transport services, workforce training, organization of leisure programs, etc.). The current direction of development shows that the non-governmental organization is launching the given service and, over time is building and professionalizing the system, writing tenders, collecting donations, lobbying and undertaking. In most cases, the state only acknowledges that NGOs perform state tasks and does not provide support to these organizations. It should also be added that victims of motor vehicle accidents are in a “fortunate” position (compared to those injured by other causes) that a strong insurance company will be liable to pay compensation on the basis of objective liability, as opposed to areas where there is no person responsible for

the damage or the idea of full compensation cannot prevail due to the financial situation of the causer.

The normal course of development would dictate that the state bears one-third of the costs, the insurer the other third, and the NGO using its own resources to provide the missing one-third. In the field of rehabilitation, NGOs now provide such a volume of services that it is impossible not to count on them. Their human scale, their flexible adaptation to needs, their openness to new things, and their development expenditure make them a partner for public service organizations.

The system and the whole regulation of rehabilitation are developed at random in Hungary, and although the positive intention is expressed in the legislation, the rehabilitation process does not form a gear-like system. The measures of the individual fields (medical, social, pedagogical, occupational) are not individualized, build on each other and intertwined, often several important phases are missing. Another obstacle to building a complete system is the lack of training for rehabilitation

professionals, which is why most rehabilitation professionals learn the profession in a self-taught way. Skilled, well-positioned workers, holders of high-income and prestigious jobs are rare guests in rehabilitation institutions, as disability is primarily a life problem for disadvantaged, poor people.

There are many institutions in Hungary dealing with rehabilitation of people with disabilities, as a state organization, a social security organization, a local government or a NGO. Optimally, the work of these separate organizations exists in a coordinated manner, but this has not yet been achieved in Hungary. Dealing with people with disabilities still consist of primarily some form of care, where the injured is a passive participant, a subject, not an active participant in the process. The aforementioned law on the rights and equal opportunities of people with disabilities and supplementary laws are very positive in theory, but unfortunately, in my view, neither the content of the rights nor who can be expected to fulfil the obligations under the law is not quite precise. That is how it can

happen, that the stated goals remain mere goals without a very precise definition of the commitment.

To this day, our society is not socialized to accept otherness, disability. Disabled, injured people have been discriminated against for many centuries, often could be harmed physically. Modern societies are already following the idea of integration to ensure equal opportunities for people with disability, but implementation is still very much embryonic.

In today's market operating model, the insurance rehabilitation of the injured is not a daily practice due to its lack of background, institutional conditions and its relatively high costs. However, in some neighbouring countries, rehabilitating injured people above a certain price level with the help of an insurer is a social benefit. Today, insurance companies play a passive role in Hungary, transferring the issue of rehabilitation to health care, to the National Health Insurance Fund (OEP), and to the National Rehabilitation and Social Office (NRSZH). It is also simpler like this because the

insurance companies apply a flat-rate accounting system with the OEP for motor third party liability claims. Within the framework of the Hungarian Bureau (MABISZ), insurers dealing with motor insurance on the market bear the billions of costs determined by the OEP in proportion to their market share, according to a general agreement concluded annually, with a distribution in proportion to their premium income. As the conditions for itemized settlement are missing, it is only possible to estimate the health care costs to be charged for the Hungarian motor third party liability insurance coverage. In neighbouring countries (e.g. Austria, Germany and Switzerland), health insurers account with the liability insurers on an item-by-item basis, so they are billed for all healthcare related to a motor vehicle accident, and in England there is even a specially set up body for the settlement (Compensation Recovery Unit). The possibility and legal background of itemized settlement would be given in Hungary as well, however its introduction would require special expertise and administrative apparatus on the part of both the OEP and the insurance companies. However, as long as the flat-

rate accounting works, insurers are not really motivated to introduce their own rehabilitation process, as they will still have to bear the cost of public rehabilitation proportionately. However, declining claims payments, building a satisfied customer base and building a positive image can be motivation for the insurance companies. These benefits though do not currently encourage any domestic insurance company to take rehabilitation more seriously during claims settlement, so the rehabilitation of traffic accident victims is through the state system.

Based on the above summary, it can be said that today in Hungary neither the insurance companies, nor the economic legal regulations, nor the order of the National Health Insurance Fund settlement, and in many cases the lack of the insured's motivation causes the lack of rehabilitation of the injured of a car accident. This did not pose a serious problem as long as the legislation required the injured party to prove the harm caused by the damage in order to establish non-pecuniary damages. However, the introduction of the new non-pecuniary damage in personal rights violation may be of particular importance,

as the current wording of the law explicitly provides that no further disadvantage than the fact of the infringement needs to be proved. An injury suffered in a motor accident, no matter how minor, or even a shock-inducing accident, undoubtedly justifies the violation of personal rights, as the injured person's physical integrity, health and often human dignity are violated. The Hungarian insurance industry has for many years been following closely the tangible and demonstrable trend in Western Europe of a significant increase in personal injury claims, although the number of accidents is generally stagnant or declining, with a rise in the amount of claims paid. Claims for so-called whiplash injuries are also account for a significant proportion of claims. Prior to the introduction of the new non-pecuniary damage in the Civil Code, the Hungarian claims settlement process (carried out by the insurers) was in the position of rejecting claims based on the legal regulation, as these injuries were difficult or impossible to prove at all. However, with the new regulation, taking into account the experience in Western Europe, the number and scope of claims will be expected to increase. However, in the

two Western European countries examined in my dissertation, rehabilitation has been part of the claims settlement process for several decades (the German Allianz Insurance Company started cooperating with the rehabilitation service provider Reha-care in 1998), which is not the case at all in Hungary. It is recognized in Germany and England that the complex rehabilitation of those injured – in health, social and vocational – benefits the individual, the insurance company, the state and unlimitedly the community. Although there are efforts at the state and civil level in Hungary to rehabilitate people with disabilities (rehabilitation mentor, National Rehabilitation and Social Office, National Employment Service, public foundations), the work of these legally and physically separate entities and organizations does not operate in a coordinated manner, and dealing with people with disabilities is still more dominated by caring for the injured, so the injured person is not usually an active participant in the process.

The implementation of a complex, personalized rehabilitation process for persons injured in a motor

accident could be initiated by changing several preconditions.

In my opinion, the first step should be to enable medical institutions and annuity- paying institutions to provide an accurate account of the medical costs incurred in connection with certain motor vehicle accidents and the cost that can be borne by the insurer of the motor vehicle that caused the damage.

The current practice is, that within the framework of the Hungarian Bureau the motor insurance companies enter into an annual flat-rate agreement with the National Health Insurance Fund, the National Rehabilitation and Social Fund and The National Pension Fund for the settlement of claims arising from a traffic accident caused by the operation of motor vehicles located in Hungary, and settled by the fund and the agencies on the basis of compulsory liability insurance. The specific amount of the agreement is determined by the Fund-Bureau working committee, and then the insurance companies are obliged to distribute and pay the amount

among themselves in proportion to their premium income. The legal basis of the agreement is provided by section 68 and 68A of the compulsory Health Insurance Act, which stipulates that whoever is liable for illness, incapacity for work, damage to health or death of a person is obliged to reimburse the service provided by the health insurance. The legislation therefore provides the possibility of passing on the actual cost of healthcare for injured persons in a motor vehicle accident, be it a health service, an accident benefit, a rehabilitation benefit or a cost of medicine, to the injured party's compulsory insurer, although there are no further rules provided on the way of doing it. The National Health Fund, the National Pension Fund and the Rehabilitation and Social Fund do not charge the insurers on the basis of the individual accounting of the actual benefits (as is the case in both Germany and England), but they charge them a flat-rate amount, which is determined within the framework of the aforementioned working committee. The working committee takes the number of annual personal injury accidents (provided by the Central Statistical Office) as a start, and then proportions this to

the average cost of health insurance, rescue costs (ground and air) and accident benefits per person injured, which is approximately 250.000.- HUF. In my opinion, the calculation is already misleading in that the health care services related to personal injuries can take more years, thus, some of the cost of the personal injury accidents of the last few years (two to four years, even more?) should be included in some form in the given annual lump sum. The National Health Fund, National Pension Fund and the National Rehabilitation and Social Fund takes the previous year's amount (calculation is unclear) as a start and multiply it according to the inflation rate. The National Health Fund has not yet disclosed the methods used to determine these averages, but the above calculation method suggests that a database is not available to claim the actual amount of benefits related to each motor vehicle accident. The records of the patient's life and the treatment and benefits received are already available at an individual level through the customer portal, however, it is not clear whether these treatments and benefits can be related to any harmful event. The National Health Fund agreement signed in 2016 stated

that the common goal of the National Health Fund and the insurers was to place the accounts on a more objective basis, however, no specific goal or means to facilitate this were set in the agreement. This is also a particular problem because the flat-rate agreement only covers the health costs of accidents caused by motor vehicles registered in Hungary. The National Health Fund, the National Pension Fund and the National Rehabilitation and Social Fund do not enforce any medical expenses resulting from accidents caused by a vehicle with a foreign registry, where a Hungarian citizen suffered a personal injury and was treated in Hungary, as in the absence of a proper registration system the cost of treatments cannot be claimed from the foreign-registered motor third party liability insurer responsible for the accident. Of course, foreign health insurers do not delay in enforcing the costs paid by them, and can be debited to the Hungarian motor vehicle liability insurer of the causer. Hungarian health insurance, on the other hand, only claims the costs of medical treatment of foreign nationals in Hungary, as foreign persons and service provided to them can be differentiated on the basis of the

social security identification number. However, it would be necessary to keep a much more differentiated register in order to determine which medical treatment of a Hungarian citizen – who is otherwise entitled to free health care – could be charged to a foreign liability insurer. I would not even be able to estimate the amount of a legitimate claim from which the Hungarian health insurance is deprived, and which could be enforced at foreign insurance companies.

Due to the flat-rate settlement, the Hungarian insurers are not interested in reducing the health care costs and thus in rehabilitating the injured persons, as these costs are not paid individually, patient by patient, but in proportion to the total premium income, thus neither the number of personal injury incidents nor their severity affects the amounts they pay to the health care provider or annuity payers. The itemized accounting of health care cost, services and contributions would also benefit the health insurance fund and the paying agencies, as they would be able to get an accurate picture of the amounts that could actually be transferred to liability insurers and can also

claim the amounts not yet claimed from foreign liability insurers. Itemized settlement would also have the insurmountable advantage that insurers would be motivated to reduce health care costs, which could be achieved mainly through rehabilitation, which in the long run would help the injured persons to achieve a functional improvement in their conditions and thus the injured person can become a full member of society.

The second step could be the economic legal support of rehabilitation institutions and enterprises through the implementation and optimal operation of complex rehabilitation, as well as the extension of the power, tasks and competencies of the rehabilitation mentor.

As I have already explained in my dissertation, there are no such effective rehabilitation companies in Hungary - such there is in Germany, where one of the largest rehabilitation providers is Reha-care - which, although operating completely independently of the insurance company, using the insurer's financial resources, it provides the victim complex rehabilitation, as the

insurance company does not have all the tools (professional, medical aid, expertise) that the rehabilitation service provider can provide. There is no rehabilitation service provider or rehabilitation contractor in Hungary that can undertake and manage the processes of complex rehabilitation. It may be worthwhile to approach the issue from the other side, as explained before, there is no demand for this form of service that could or wants to finance the very costly process of rehabilitation. The insurance companies with capital are not interested in financing the rehabilitation process, as they will have to pay for its elements within the framework of the agreement with the National Insurance Fund, on the other hand they would not be able to enjoy the financial benefits of rehabilitating their injured claimants and thus reducing their future health costs, as this also could not be enforced under the flat-rate agreement. For insurers, rehabilitation may also have the advantage of building a satisfied customer base, and a positive image, but claimants with personal injuries are largely not direct customers paying insurance premium, since the insurers substitute the causer in this tort

relationship, and the claimants are not in a contractual relationship with the insurers. The positive image in a highly profit-oriented market is not enough to attract insurance companies to embark on such a complex, multi-stakeholder and (at least initially) investment-intensive process.

There are NGOs and non-profit foundations (e.g. Kézenfogva Foundation) that have specifically set out to rehabilitate disabled people, but these NGOs have limited financial resources, tools, and none of them deals with medical rehabilitation. However, the rehabilitation process must always begin with the medical rehabilitation, and each sub-area of the complex rehabilitation must fit together like gears in order for the rehabilitation process to be successful. The first three months after the injury are crucial in influencing the success of rehabilitation, and NGO-assisted vocational rehabilitation is often the last step in the process, which is of course extremely important, but in isolation it can only achieve a fraction of what in Germany for example, where the vocational rehabilitation facilitates the

reintegration of the injured person into work and society by interweaving the entire claim process and tailoring it to individual needs.

Rehabilitation processes are also supported by the state, recognizing that the return of disabled people to work and social life is a significant public interest. In order to promote this interest, the institution of the rehabilitation mentor was established in Hungary in 2008 to meet the needs of the complex rehabilitation. The task of the rehabilitation mentor would have been to integrate health, social, training and vocational services into one system and process, which however proved to be too ambitious a goal. According to the legal regulation, the circle of recipients of mentoring is very narrow, only those who receive the rehabilitation allowance, and those who belong to the third group of disability category are entitled to the service, on the other hand the mentor primarily coordinates, monitors the health condition of the injured and the implementation of the rehabilitation plan, provides information, but does not carry out actual rehabilitation actions. In my opinion, it would be

necessary to change the legal regulation of the institution of the rehabilitation mentor, to specify and to expand the range of users.

The third and perhaps most difficult factor to influence is to change the attitudes of the injured. People with altered working abilities and disabilities often remain passive in their role after recovery and medical rehabilitation. The reason could be the medicalization – typical of Western societies, and also of Hungary – in which the doctor examines the disease as an object, thus forcing the injured person into a passive role, who has nothing to do but obediently follow the doctor's instructions without thinking. Thus, medicalization increases the injured person's multi-directional dependence anyway, as a disabled person is much more vulnerable, and is already at a disadvantage compared to the majority of the society. The disabled people's awareness of illness is not temporary, but permanent, as there is practically no hope for their recovery. After a car accident, the life of the injured person changes from the root in a matter of moments, the healing process – which often lasts for

years – strengthens the role of the patient permanently, weakens the independence, self-determination and motivation of the disabled, and often eliminates them. Therefore, it would be vital for complex rehabilitation to begin as soon as possible after the injury. The rehabilitation process always starts with the medical rehabilitation, but before it is completed, the mapping of the other rehabilitation sub-areas and the planning of the process must begin. As I have emphasized before, the success of rehabilitation depends largely on the motivation of the injured, but without help, he/she will not be able to go through a complex rehabilitation process alone. This is where the rehabilitation provider funded by the insurance companies and the rehabilitation mentor would come into the picture. It should be noted, that the injured party's attitude is often overshadowed by the fact that after the injury related permanent damage to health has been established (by specialized committee of experts of the insurer's medical expert), the injured party will be entitled to an annuity for the rest of his/her life. In many cases, there may also be a lack of motivation – especially in the field of vocational rehabilitation – for

the injured person to lose a secure source of income in the event of a successful vocational rehabilitation, as opposed to a precarious employment. To this end, the rehabilitation process should be worked out in details and to what extent it can supplement or replace the annuity benefits received, or even considering the English solution. In England, as it was mentioned before, this problem is resolved by the injured entering employment receiving both invalidity benefits and wages for a certain, pre-determined period, and the invalidity benefits ceasing only if the employment has been successful.

The three proposals mentioned above – the abolition of flat-rate agreement with the health provider, the support of rehabilitation institutions and extension of the rehabilitation mentor, and the change of the injured attitude – are of course not a series of separate steps, but a continuous interaction of processes.

8 Publication list



UNIVERSITY of
DEBRECEN

UNIVERSITY AND NATIONAL LIBRARY
UNIVERSITY OF DEBRECEN

H-4002 Egyetem tér 1, Debrecen

Phone: +3652/410-443, email: publikaciok@lib.unideb.hu

Registry number: DEENK/209/2022.PL
Subject: PhD Publication List

Candidate: Éva Dóra Fazekas
Doctoral School: Géza Marton Doctoral School of Legal Studies
MTMT ID: 10044017

List of publications related to the dissertation

Articles, studies (4)

1. **Fazekas, É. D.**: A nem vagyoni kártérítés és rehabilitáció jogi szabályozása és gyakorlati érvényesülése Angliában.
Pro futuro. 8 (1), 165-183, 2018. ISSN: 2063-1987.
DOI: <http://dx.doi.org/10.26521/Profuturo/2018/1/4695>
Level of HAS Committee on Legal and Political Sciences: A
2. **Fazekas, É. D.**: Az Európai Bíróság előzetes döntéshozatala az alkalmazandó jog megválasztásának kérdésében.
Jogesetek magyarázata. 4, 165-183, 2016. ISSN: 2061-4837.
Level of HAS Committee on Legal and Political Sciences: A
3. **Fazekas, É. D.**: Gépjármű balesetekből eredő igények és azok megtérítése a német jogban.
Európai Jog. 16 (4), 35-43, 2016. ISSN: 1587-2769.
Level of HAS Committee on Legal and Political Sciences: A





**UNIVERSITY of
DEBRECEN**

**UNIVERSITY AND NATIONAL LIBRARY
UNIVERSITY OF DEBRECEN**

H-4002 Egyetem tér 1, Debrecen

Phone: +3652/410-443, email: publikaciok@lib.unideb.hu

4. **Fazekas, É. D.**: Személyi sérülés, nem vagyoni kártérítés és rehabilitáció Németországban a gépjármű balesetek károsultjai tekintetében.

Jogtudományi Közlöny. 71 (6), 343-347, 2016. ISSN: 0021-7166.

Level of HAS Committee on Legal and Political Sciences: A

By the directives of HAS Committee on Legal and Political Sciences:

Publications in periodicals level „A”: 4, related to the dissertation: 4.

The Candidate's publication data submitted to the iDEa Tudóstér have been validated by DEENK on the basis of the Journal Citation Report (Impact Factor) database.

13 April, 2022

