

Az egészségügyi ellátás során bekövetkező károkért való felelősség alapvető jellemzői Franciaországban

1. Bevezető gondolatok

Kutatási témám címe: Felelősségi viszonyok az egészségügyi szolgáltatásban. Ennek keretében kiemelten fontosnak érzem, hogy minél több külföldi ország vonatkozó szabályozásával és gyakorlatával megismerkedjek. A külföldi minták ugyanis iránymutatásként szolgálhatnak a magyar rendszer hiányosságainak kiküszöbölésében, így véleményem szerint a hazai problémákkal kapcsolatos megalapozott állásfoglalás feltétele egy széles látókör kiépítése a témakörben. Jelen dolgozatomban a francia szabályozást veszem górcső alá. Fontosnak tartom kiemelni, hogy a téma feldolgozását a polgári jogi vonatkozásokra szűkítem, így például az orvosi felelősség büntetőjogi vagy fegyelmi vonatkozásai nem képezik e munkám tárgyát.

2. Modellek az egészségügyi ellátás során bekövetkező károk kompenzációjára

Az egészségügyi ellátás során bekövetkező károkért való felelősség tekintetében két alapvető modellt különíthetünk el, az úgynevezett peres (hagyományos) rendszerek mellett megjelennek a nem peres, más néven adminisztratív (vagy no fault) rendszerek.¹

Míg a peres rendszerekben jellemzően az adott ország polgári törvénykönyvében található kártérítési jogi szabályokat alkalmazzák, az eljárás bíróság előtt folyik,² addig a nem peres felelősségi rendszerekben külön jogszabályok határozzák meg a kompenzáció rendjét, az eljárás pedig egy külön erre a célra felállított adminisztratív testület előtt történik.³ Markáns elkülönítő jegye még a no fault rendszereknek, hogy a cselekmény felróhatóságának vizsgálata nélkül egy speciális ún. baleseti kompenzációs rendszeren keresztül történik a kompenzáció.

Az országok nagy része a hagyományos kategóriához tartozik, míg a no fault rendszert a mintaállamot képező Új-Zéland mellett a Skandináv területeken alkalmazzák. Jelen írás szempontjából fontos kiemelni, hogy a francia modell e tekintetben egy sajátos kettősséget hordoz. Amellett, hogy továbbra is döntő részben megmaradt a hagyományos, felróhatóságon alapuló peres felelősségi rendszer, 2002 óta a sérelmek meghatározott körére vonatkozóan speciális igényérvényesítési lehetőséget vezettek be.⁴ Így részben jelen van az adminisztratív rendszer is.

3. A francia szabályozás sajátosságai

Az egészségügyi ellátás során bekövetkező kompenzáció szabályai tekintetében ki kell emelnünk egy sajátos kettősséget. A magánkórházak illetve az egyének felelősségére vonatkozó szabályokat a Code Civilben találhatjuk meg, míg a közkórházak felelősségével kapcsolatos szabályokat egy másik jogszabály tartalmazza.⁵ Így amennyiben a beteg sérelmet szenved egy állami kórházban közigazgatási bírósághoz kell fordulnia, viszont amennyiben egy magánkórházban praktizáló orvos vagy más alkalmazott nem adekvát cselekménye miatt történik károsodás, polgári bíróság fog eljárni a Code Civil szabályai szerint. Természetesen ez nem azt jelenti, hogy merőben más szabályok vonatkoznának a köz-és magánkórházakra.⁶ Alapvetően azonosak az elvek, például mindkét felelősségi rendszer felróhatóságon alapul,

¹ Kaj ESSINGER: *Medical liability: The alternative ways to court procedures*, In: The ever growing challenges of medical liability: national and European responses, Strasbourg, 2-3 June 2008, 43.o.

² Ennek minden hátrányos következményével együtt, így pl: elhúzódó perek, magas adminisztratív költségek

³ Ennek előnyös vonásai: az eljárás leegyszerűsödik és felgyorsul, az adminisztratív költségek leredukálódnak, sokkal több beteg jut kompenzációhoz.

⁴ Ennek jellegzetességeire később térek ki.

⁵ le droit de la responsabilité administrative

viszont vannak különbségek is. Így például, hogy a közkórházak esetén érvényesül a mögöttes, intézményi felelősség, ezzel szemben a magánkórházak esetében a dolgozók személyes felelőssége jelenik meg felróható cselekményeikért.⁷

3.1. Alapvető szabályok az orvosi felelősség körében

A francia Semmitőszék a Mercier⁸ ügyben határozta meg az orvosi felelősséggel kapcsolatos alapelveket. Eszerint az orvos és a beteg közötti kapcsolat egy szerződéses viszonyként értelmezhető, mely szerződés alapján az orvos köteles lelkiismeretesen, gondosan ellátni a beteget, megfelelő, korszerű kezelést nyújtani számára a szakmai előírások szerint. Viszont az orvos tevékenysége nem eredményköteles, nem arra vállal kötelezettséget, hogy meggyógyítja a beteget, pusztán arra, hogy megfelelő kezelést nyújt számára.⁹ Így a beteg abban az esetben kaphat kompenzációt, ha bizonyítani tudja, hogy ez nem valósult meg, és az orvos hibájából, neki felróható okból sérelmet szenvedett. Vannak azonban olyan beavatkozások, amelyeket kifejezetten valamely eredmény elérése érdekében végeznek el (pl. sterilizáció). Ilyen esetekben viszont, ha az eredmény elmarad, a beteg fordulhat bírósághoz. A felelősségre vonás alapja az eredmény elmaradása lesz.¹⁰

Mind az állami, mind a magánkórházak felelőssége esetén érvényesül, hogy nem alkalmazhatóak együttesen a szerződéses és a szerződésen kívüli károkozásért való felelősség szabályai. Tehát amennyiben a sérelem az előbb vázolt kötelezettségek felróható megsértése nyomán következik be, akkor a kontraktuális felelősségre vonatkozó szabályok kerülnek alkalmazásra. Más esetekben,¹¹ illetve, ha büntetőjogi felelősség is fennáll érvényesülhetnek a szerződésen kívüli károkozásra vonatkozó szabályok.¹²

3.2. A felelősség előfeltételei, a felróhatóság

Ahhoz, hogy a sérelmet szenvedett páciens kártérítésben részesüljön szükséges, hogy bizonyítható legyen az őt kezelő orvos hibája, magatartásának felróhatósága. Ez mind a szerződéses, mind a szerződésen kívüli károkozásban is alapvető elv. Az esettel kapcsolatos tényeket és az orvos hibáját az eljárás folyamán a betegnek kell bizonyítania, ami komoly terhet ró a páciensre. Nem mindig egyértelmű ugyanis az, hogy a sérelem az őt ellátó egészségügyi dolgozó felróható magatartásának következménye-e. Fontosnak tartom

⁶ Franciaországban a kórházak 65%-a állami intézmény, 35%-a magánkórház. Lásd bővebben: WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Highlights on health in France*, 2004, 32. o.

⁷ Susanne GALAND CARVAL: *France*, In: Michael FAURE, Helmut KOZIOL (eds.): *Cases on medical malpractice in a perspective*, Vienna, Springer-Verlag, 2001, 102. o.

⁸ DP 1936. 1. 88 Case Nicolas v. Mercier

⁹ Amikor egy adott ügy kapcsán vizsgálják, hogy a kezelés megfelelő volt-e akkor az orvos tevékenységét egy vele azonos helyzetben levő gondos és megfelelő kompetenciával rendelkező orvos által nyújtott kezelés színvonalával vetik össze. Lásd: EUROPEAN COMMITTEE ON LEGAL CO-OPERATION: *Report on medical liability in Council of Europe member states*, Strasbourg, 7 March 2005, 3. o.

¹⁰ Ilyen esetekben a beavatkozást végző akkor mentesülhet, ha bizonyítja, hogy az eredmény elmaradásának előre nem látható körülmények, harmadik személy hibája vagy pedig a páciens maga az okozója Lásd: EUROPEAN COMMITTEE ON LEGAL CO-OPERATION: *Report on medical liability in Council of Europe member states*, Strasbourg, 7 March 2005, 5. o

¹¹ Például, ha nem valamely szerződéses kötelezettség megszegése okoz kárt, vagy ha olyan beteget kezelnek, aki nincs abban az állapotban, hogy beleegyezését adja a kezeléséhez, vagy a harmadik személynek okozott károk megtérítésére is ezeket a szabályokat kell alkalmazni. (Kaj ESSINGER: *Medical liability: The alternative ways to court procedures*, In: *The ever growing challenges of medical liability: national and European responses*, Strasbourg, 2-3 June 2008, 2. o.)

¹² Art. 1382 CC: minden olyan kárt, amelyet egy személy egy másik magatartásának következtében szenved el, annak kell megtérítenie, akinek a hibájából a kár bekövetkezett.

kiemelni, hogy vannak viszont olyan esetek, amikor a bizonyítási teher megfordul, és az orvosnak kell bizonyítania, hogy megfelelően eleget tett a kötelezettségének.¹³

A felróhatóság különböző kötelezettségek megszegése kapcsán állapítható meg. Így például akkor, ha bizonyítható, hogy az orvos eltért a fentebb kifejtett megfelelő színvonalú kezeléstől.

A felróhatóság, mint előfeltétel megvalósulását eredményezheti az is, ha az orvos nem tartja tiszteletben a beteg jogait. A betegjogokkal kapcsolatosan kiemelendő, hogy 2002-ben került sor egy törvény elfogadására,¹⁴ melynek nyomán többek között a közegészségügyi törvény is módosult, kibővült egy betegjogokkal kapcsolatos fejezettel.¹⁵ A törvény lefekteti, hogy nem létezhet demokratikus egészségügyi rendszer anélkül, hogy a beteg emberek jogai ne lennének deklarálva, illetve ne lenne biztosítva az érvényesülésük.¹⁶ Így kötelezi valamennyi egészségügyi szolgáltatót egy bizottság felállítására, mely az egészségügyi intézmény és annak szolgáltatásait igénybe vevő páciensek közti kapcsolat, illetve az intézményben zajló ellátás színvonalának őre. Kontrollálja a betegek jogainak tiszteletben tartását, valamint az egészségügyi ellátás színvonalának fejlesztését, emellett fő célja, hogy megkönnyítse a páciens és hozzátartozói számára, hogy információt kapjanak a kezelésükkel kapcsolatban.¹⁷

A betegjogok közül a tájékoztatáshoz való jogot kiemelve egy jogeseti példával szeretném szemléltetni, hogy milyen következményei lehetnek a nem megfelelő tájékoztatásnak az orvos felelőssége tekintetében. A betegen mielográfiát¹⁸ végeztek, melynek következtében epilepsziás panaszok alakultak ki nála, ami ennek a vizsgálatnak lehetséges szövődménye, de őt erről előzetesen nem tájékoztatták. A vizsgálat elvégzése során hiba nem történt, a beteg pusztán arra alapítja kártérítési igényét, hogy nem kapott tájékoztatást a vizsgálattal kapcsolatos ezen kockázatról, így az orvos megszegte a tájékoztatással kapcsolatos kötelezettségét. A francia Semmitőszék számos esetben foglalkozott azzal a kérdéssel, hogy mely kockázatokról kell az orvosnak tájékoztatni a beteget egy beavatkozás kapcsán. 1998-ban kialakított álláspontja szerint az orvosnak kötelessége megfelelően, érthetően tájékoztatni a beteget az általa tervezett vizsgálati eljárás vagy kezelés komoly kockázatairól, akkor is, ha a szövődmény előfordulása kivételes.¹⁹ Ezen útmutatás alapján megállapítható, hogy az orvosnak tájékoztatnia kellett volna a beteget erről ritka, de komoly szövődmény kialakulásának lehetőségéről. Viszont az is megállapításra kerül, hogy amennyiben az orvos nem tájékoztatja a beteget egy beavatkozás komoly kockázatáról és a vizsgálat vagy kezelés megfelelő elvégzése ellenére a beteg elszenvedti a szövődményt, nem teljes az okozati lánc. Ebben az esetben ugyanis az orvos nem az ellátás során hibázott, hanem a tájékoztatás kapcsán, melynek következtében a betegnek nem volt meg a lehetősége a kezelés visszautasítására. Ebből kifolyólag, bár jár kártérítés a betegnek, de korlátozott

¹³ Ilyen például a tájékoztatással kapcsolatos kötelezettség teljesítése. EUROPEAN COMMITTEE ON LEGAL CO-OPERATION: *Report on medical liability in Council of Europe member states*, Strasbourg, 7 March 2005, 5.o.

¹⁴ 2002. március 4. Act No. 2002-303

¹⁵ Az alábbi jogok kerültek be a kódexbe: tájékoztatáshoz és tájékozott beleegyezéshez való jog, tájékoztatáshoz való jog az egészségi állapotáról, panaszhoz és kompenzációhoz való jog, az egészségügyi iratokba való betekintés joga, titoktartáshoz való jog

¹⁶ <http://europatientrights.eu/countries/signed/france/france.html> (2010. szeptember 10-ei letöltés)

¹⁷ Kaj ESSINGER: *Medical liability: The alternative ways to court procedures*, In: *The ever growing challenges of medical liability: national and European responses*, Strasbourg, 2-3 June 2008, 53. o.

¹⁸ A mielográfia invazív eljárás, csak megfelelő javallat alapján végezhető el: különleges idegyógyászati betegségek, idegyógyászati daganatok esetén indokolt a beavatkozás elvégzése. A vizsgálat során meghatározható a gerincvelő anatómiája, térfogatváltozása, károsodása.

¹⁹ Susanne GALAND CARVAL: *France*, In: Michael FAURE, Helmut KOZIOL (eds.): *Cases on medical malpractice in a perspective*, Vienna, Springer-Verlag, 2001, 105. o.

mértékű ahhoz az esethez képest, mintha a beavatkozás elvégzése során hibázott volna az orvos és amiatt alakult volna ki a szövődmény.²⁰

3.3. A felelősség további előfeltételeinek vizsgálata

A fent említett jogellenes, felróható magatartáson túl egyéb feltételek is szükségesek az egészségügyi szolgáltató felelősségének megállapításához.

A kompenzációnak nyilvánvaló előfeltétele a kár bekövetkezése, melyet a páciensnek kell bizonyítania. A kár mértékét úgy állapítják meg, hogy összevetik a beteg sérelem bekövetkezése utáni helyzetét a kár bekövetkezését megelőzővel. A beteg vagyoni és nem vagyoni kárainak megtérítését egyaránt követelheti.

Érdekes, hogy a Semmitőszék elismerte a kártérítéshez való jogot az úgynevezett jobb egészségügyi eredményre való esély elvesztéséért²¹ is. Az eset kapcsán a bíróság azért ítelt kompenzációt a betegnek, mert megállapítást nyert, hogy az amputációs beavatkozás elkerülhető lett volna vagy annak céljához kisebb mértékű beavatkozás is elegendő lett volna. Az esély elvesztéséért való kompenzációra szintén megfelelő példaként szolgálhat a felróhatóság körében példaként említett jogeset, amikor a betegnek a tájékoztatás hiányossága miatt ítélték kártérítést. Ebben az esetben a beteg nem kapta meg az esélyt, hogy valamennyi információ birtokában adjon beleegyezést az ellátásához.

Végezetül szükséges, hogy a sérelmet szenvedett személy bizonyítani tudja, hogy az orvos által elkövetett hiba és a keletkezett kára között okozati összefüggés mutatható ki.²²

3.4. No fault felelősség a károk meghatározott típusainak körében

Ahogy korábban is utaltam rá, 2002-ben került sor egy jogszabály-módosításra, melynek egyik jelentős novuma a betegjogok középpontba helyezése volt. Emellett azonban az egészségügyi ellátás során okozott sérelmek meghatározott típusaira vonatkozóan egy sajátos kompenzációs rendszer is bevezetésre került.

Olyan esetekre vonatkozóan alkalmazható a mechanizmus, ahol a beteg nozokomiális fertőzésből eredően, kockázatos kezeléssel fakadó egészségügyi baleset következtében, kötelező védőoltás miatt, orvosi kutatás körében, vagy az egészségügyi ellátásban alkalmazott készítmény következtében szenvedett sérelmet.²³ Emellett szűkítő feltétel, hogy csak a 2001 szeptember 4-e után bekövetkező kár esetén vehető igénybe, továbbá kellően súlyosnak kell lenni a bekövetkezett sérelemnek, amely a következőket jelentheti:

- állandó jelleggel, legalább 25%-os munkaképesség csökkenést szenvedett a beteg, vagy
- legalább 6 hónapon át tartó időszakos munkaképesség csökkenést szenvedett vagy
- a beteg tartós munkaképtelensége esetén vagy
- ha a bekövetkezett sérelem jelentős hátrányt okoz a beteg életminőségében.²⁴

Amennyiben a páciens által elszenvedett sérelem a fenti kategóriákba tartozik, a hagyományos bírósági eljárás helyett opcionálisan igénybe vehető az újonnan felállított kompenzációs mechanizmus.

Ilyenkor a felróhatóság kérdése irreleváns, állami forrásokból, a szolidaritási elv alapján történik meg a beteg kompenzációja egy a bírósági kereteken kívül eső vitarendezési rendszeren keresztül. Ennek érdekében felállításra kerültek a regionális kompenzációs és

²⁰ Uo. 107. o.

²¹ loss of chance to a better medical result

²² Bővebben lásd: FÉZER Tamás: *Az okozati összefüggés értelmezésének változatai az európai államok kártérítési jogában*” Collega, 2006. 2-3. 127-131. o.

²³ Jürgen SIMON, Brigitte JANSEN: *Economic implications of medical liability claims: insurance and compensation schemes*, The ever growing challenges of medical liability: national and European responses, Strasbourg, 2-3 June 2008, 84. o.

²⁴ www.oniam.fr/rapport/SyntheseRapportOniam2002-2003en.pdf

békéltető bizottságok²⁵ illetve az ONIAM,²⁶ az Orvosi Műhibákra Kártalanítást Nyújtó Országos Hivatal, mely az Egészségügyi Minisztérium irányítása alatt álló közintézmény.

Amennyiben a beteg ezen speciális rendszer alapján kíván kompenzációt igényelni elsőként egy regionális bizottsághoz kell fordulnia. Ezen bizottságok élén egy bíró áll, akinek a munkáját jogászok és hivatalnokok segítik.²⁷ A bizottság szakértők közreműködésével értékeli a bekövetkezett sérelmet és meghatározza, hogy megfelel-e a fenti kritériumoknak és így kompenzálható-e az igény az állami alapból. Amennyiben megállapítást nyer, hogy a sérelem alapján a beteg jogosult lesz a szolidaritási alapon történő kompenzációra az ügy az ONIAM elé kerül, amely megállapodást ajánl a betegnek a sérelem teljes kompenzációjára vonatkozóan. Ha a páciens nem ért egyet az ONIAM által felajánlott megállapodással, bírósághoz fordulhat.²⁸

Ha azt állapítják meg, hogy a beteg nem jogosult kompenzációra ezen eljárási rend alapján, viszont a hagyományos felróhatósági elv alapján az egészségügyi intézmény vagy az orvos felelőssége megállapítható, a kártérítési igény az érintett egészségügyi szolgáltató felelősségbiztosítását ellátó biztosítóhoz kerül továbbításra.²⁹ A biztosító köteles ajánlatot tenni a bekövetkezett kár peren kívüli kompenzációjára vonatkozóan. Amennyiben a biztosító által ajánlott feltételek a beteg számára nem elfogadhatóak bírósághoz fordulhat.³⁰

E kárrendezési mechanizmus Franciaországban körülbelül az egészségügyi ellátás során bekövetkező károk kompenzációjának harmadánál kerül alkalmazásra.

4. Az egészségügyi felelősségbiztosítás alapvető jellemzői Franciaországban

A francia egészségügyi felelősségbiztosítási piacnak is meg kellett küzdenie a számos országban, köztük hazánkban is jelentkező problémákkal, így a radikális díjemelkedésekkel, a biztosítási piac kínálati oldalának beszűkültségével.

A 2002-ben elfogadott jogszabály értelmében minden egészségügyi szolgáltatónak rendelkeznie kell felelősségbiztosítással.³¹ A törvény egyik fő célja, a betegjogok érvényre juttatása és az egészségügyi ellátás minőségének javítása, melyre reagálva 2002-ben két jelentős biztosítótársaság kivonult a felelősségbiztosítási piac ezen szegmenséből tartva attól, hogy a rendelkezések hatására az egészségügyi ellátás során bekövetkező károkért való kompenzációs igények jelentős mértékben növekedhetnek.

Emellett a jogszabályban kihirdetésre került a Díjszabásokat Felügyelő Központi Hivatal felállítása,³² melynek feladata, hogy segítsen azokon az egészségügyi szolgáltatókon, amelyeket már kétszer elutasítottak a biztosítótársaságok a magas kockázatok miatt és így nem tudnak felelősségbiztosítási szerződést kötni. Ezekben az esetekben megállapíthat egy maximális díjat, amin a biztosítók kötelesek fedezetet nyújtani az érintett szolgáltatóknak. Minden valószínűséggel ez is hozzájárulhatott ahhoz, hogy a biztosítók számára egyre kevésbé vonzó, kockázatos piaccá vált az egészségügyi felelősségbiztosítás, melynek következtében jelentős számuk megszűntette e területen szolgáltatását.³³

Számtalan orvos és kórház maradt biztosítás nélkül, melynek orvoslása érdekében a felelősségbiztosítási piac talpraállításaig a vezető francia biztosítótársaságok részvételével

²⁵ les Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux

²⁶ l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux

²⁷ www.oniam.fr/rapport/SyntheseRapportOniam2002-2003en.pdf

²⁸ Az esetek mindössze 2 %-ában történik ilyen.

²⁹ Herman Nys: *The factual situation of medical liability in the member states of the Council of Europe*, In: *The ever growing challenges of medical liability: national and European responses*, Strasbourg, 2-3 June 2008, 22.o.

³⁰ A esetek kb 40%-a rendeződik peren kívül a biztosítóval.

³¹ HOPE (Hospitals in the European Union), *Insurance and malpractice*, Final Report, Brussels, 12 April 2004, 8. o.

³² Bureau Central de Tarification (BCT)

³³ http://www.protegeractivos.com/?page_id=58

2002 végén létrejött egy időszakos kockázati közösség a GTAM,³⁴ mely ideiglenesen fedezetet biztosított az egészségügyi szolgáltatóknak.

Jelenleg is igen szűknek mondható az egészségügyi felelősségbiztosítást nyújtó biztosítók köre, négy társaság van jelen a piacon.³⁵ Ezek közül a legjelentősebb egy kölcsönös biztosítótársaság, a SHAM, mely a közkórházak döntő többségének fedezetét biztosítja.³⁶

5. Összegzés

Jelen munkámban az egészségügyi ellátás során bekövetkező károkért való kompenzációra vonatkozó francia szabályozás áttekintését tűztem ki célul. Alapvető jellegzetesség, hogy a köz-és magánkórházak, valamint az egyének felelősségére vonatkozóan a szabályozás nem egységes, ami véleményem szerint megfelelő és kívánatos megoldás lehet, tekintettel az intézmények eltérő jellegére. A differenciáltság nem jelenti azt, hogy teljes mértékben más a szabályozás, de például lehetőséget teremt arra, hogy a magánkórházban praktizáló orvosok ne bújhassanak az intézmény védőbástyája mögé. Közkórházak esetében viszont a magyar szabályozáshoz hasonlóan nem az ellátást végző orvos, hanem az egészségügyi intézmény ellen indul az eljárás.

Rendkívül érdekesnek tartom a 2002-ben a károk meghatározott körére bevezetett no fault kompenzációs mechanizmust, melynek révén Franciaországban a hagyományos peres felelősségi modellel és a felróhatóságot nem vizsgáló rendszer sajátos ötvözete valósul meg. Korábbi tanulmányaimban a no fault felelősségi modell vizsgálata kapcsán egy kiemelkedő előnyökkel rendelkező és a skandináv országok viszonyai között jól funkcionáló mechanizmust ismertem meg. Nyilván az eltérő hagyományok, gazdasági és társadalmi körülmények miatt a no fault modell teljes adoptálása nem jelenthet megoldást minden ország számára. Viszont az előnyös vonásainak beszivárogtatása, meghatározott területeken való alkalmazása, ahogyan az Franciaországban megvalósult mindenképp pozitív eredménynek tekinthető és akár hazánk számára is példaként szolgálhat.

³⁴ Groupement Temporaire d' Assurance Medicale

³⁵ 2008-as állapot lásd: EGÉSZSÉGÜGYI STRATÉGIAI KUTATÓINTÉZET: *Felelősségbiztosítás az EU tagországok egészségügyi ellátásában*, 2008. október, 11. o.

³⁶ 2003-ban, kb a közkórházak 70%-át biztosította. Lásd: HOPE (Hospitals in the European Union), *Insurance and malpractice*, Final Report, Brussels, 12 April 2004, 9. o.