

DOKTORI (PhD) ÉRTEKEZÉS

DR. ZÁKÁNY JUDIT

DEBRECEN
2014

**DEBRECENI EGYETEM
MARTON GÉZA ÁLLAM- ÉS JOGTUDOMÁNYI DOKTORI ISKOLA**

**FELELŐSSÉGI VISZONYOK
ÉS KONFLIKTUSKEZELÉSI LEHETŐSÉGEK
AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK TERÜLETÉN
NEMZETKÖZI ÖSSZEHASONLÍTÁS TÜKRÉBEN**

Készítette:
dr. Zákány Judit

Témavezető:
Prof. Dr. Csécsy György
CSc egyetemi tanár

A doktori program címe: Az állam és a jog változásai Közép- és Kelet-Európában

A doktori iskola vezetője: Prof. Dr. Szabó Béla egyetemi tanár

A kézirat lezárva: 2014. április 13.

**DEBRECEN
2014**

TÉMAVEZETŐI AJÁNLÁS

A szerző disszertációjában egy aktuális témát, az egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatos felelősségi viszonyokat és az ezzel összefüggő konfliktuskezelési lehetőségeket dolgozza fel logikusan felépített, egységes szerkezetbe foglalva. Hasonló témakörben ilyen átfogó jellegű munka még nem született.

A disszertáció dogmatikai alapjait a polgári jogi kártérítési felelősségnek az egészségügyi szolgáltatás területén érvényesülő sajátosságait vizsgáló és elemző külön fejezet tartalmazza, amely kiterjed a téma etikai, munkajogi és büntetőjogi felelősséggel kapcsolatos összefüggésére is.

A hazai szabályozás teljes körű bemutatása mellett a dolgozat nagy hangsúlyt fektet az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggő kártérítési felelősség és alternatív jogvédelmi eszközök egyes külföldi országok (Németország, Franciaország, Anglia, Ausztria, Amerikai Egyesült Államok) szabályozási módszereinek bemutatására és elemzésére, valamint a felróhatóságot nem vizsgáló felelősségi rendszerek (no fault rendszerek) működésének tapasztalataira és értékelésére.

A szerző az összehasonlító elemzés után önálló javaslatokat fogalmaz meg a magyar szabályozás és gyakorlat módosítására, kiegészítésére vonatkozóan, valamint adott esetben néhány új megoldás bevezetésére, alkalmazására.

A téma komplex feldolgozásához hozzátartozik az alternatív konfliktuskezelési és alternatív kompenzációs lehetőségek hazai és nemzetközi szinten történő vizsgálata is, ezért a szerző ezen a területen is megjeleníti a problémákat és javaslatokat tesz a megoldásukra vonatkozóan.

A dolgozat végén, a kutatás lezárásaként foglalja össze a szerző következtetéseit, de lege ferenda javaslatait, melyek érintik a betegjogi képviselő rendszerét, a panaszjogot, az alapvető jogok biztosának jogvédelmi tevékenységét, az egészségügyi közvetítői eljárást, a békéltető testület működését, valamint az alternatív konfliktuskezelési és kompenzációs utak rendszerét is.

A szerző a választott témát tudományos igényességgel dolgozza fel, a dolgozat új, önálló tudományos eredményeket tartalmaz. A disszertáns a munkahelyi vitán elhangzott észrevételeket, javaslatokat megfontolás után beépítette a dolgozatába.

Mindezek alapján az értekezést alkalmasnak tartom a nyilvános védeésre.

Prof. Dr. Csécsy György
egyetemi tanár

NYILATKOZAT

Alulírott, dr. Zákány Judit, büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a Debreceni Egyetem Marton Géza Állam- és Jogtudományi Doktori Iskolában a doktori fokozat megszerzése céljából benyújtott, „Felelősségi viszonyok és konfliktuskezelési lehetőségek az egészségügyi szolgáltatások területén nemzetközi összehasonlítás tükrében” című értekezésem saját önálló munkám, a benne található, másoktól származó gondolatok és adatok eredeti lelőhelyét a hivatkozásokban (lábjegyzetekben), az irodalomjegyzékben, illetve a felhasznált források között hiánytalanul feltüntettem.

Kijelentem, hogy a benyújtott értekezéssel azonos tartalmú értekezést más egyetemen nem nyújtottam be tudományos fokozat megszerzése céljából.

Tudomásul veszem, hogy amennyiben részben vagy egészben sajátomként mutatom be más szellemi alkotását, vagy az értekezésben hamis, esetleg hamisított adatokat használok, és ezzel a doktori ügyben eljáró testületet vagy személyt megtévesztem vagy tévedésben tartom, a megítélt doktori fokozat visszavonható, a jogerős visszavonó határozatot az egyetem nyilvánosságra hozza.

Debrecen, 2014. április 13.

dr. Zákány Judit

TARTALOMJEGYZÉK

| | |
|---|-----------|
| TÉMAVEZETŐI AJÁNLÁS | 3 |
| NYILATKOZAT | 5 |
| TARTALOMJEGYZÉK | 6 |
| RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE | 11 |
| I. BEVEZETŐ | 13 |
| II. FELELŐSSÉGI VISZONYOK AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK TERÜLETÉN | 18 |
| 1. AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÓK KÁRTÉRÍTÉSI FELELŐSSÉGE | 19 |
| <i>1.1. A magyar polgári jog felelősségi elméleteinek fejlődése</i> | <i>19</i> |
| <i>1.2. Az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségének fejlődéstörténete</i> | <i>33</i> |
| 1.2.1. Az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségének jellemzői a kialakulásától a rendszerváltásig terjedő időszakban | 34 |
| 1.2.2. Az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségének jellemzői a rendszerváltástól napjainkig | 37 |
| <i>1.3. Az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségének előfeltételei</i> | <i>41</i> |
| 1.3.1. Az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségét meghatározó jogviszonyok rendszere..... | 41 |
| 1.3.1.1. Az egészségügyi szolgáltató és a beteg közötti jogviszony..... | 41 |
| 1.3.1.2. Az egészségügyi tevékenység végzésének lehetséges formái | 44 |
| 1.3.1.3. Az egészségügyi szolgáltató és a felelősségbiztosítást nyújtó biztosítótársaság közötti jogviszony | 46 |
| 1.3.2. Felelősségi előfeltételek..... | 47 |
| 1.3.2.1. Jogellenes magatartás | 47 |
| 1.3.2.2. Felróható magatartás..... | 50 |
| 1.3.2.3. Kár bekövetkezése | 56 |
| 1.3.2.4. Okozati összefüggés | 59 |
| 1.3.2.5. Bizonyítási kötelezettség | 60 |
| <i>1.4. Az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosításának aktuális kérdései</i> | <i>66</i> |
| 1.4.1. Út a kötelező felelősségbiztosításig..... | 67 |
| 1.4.2. A rendszer jelenlegi problémái | 68 |
| 1.4.3. A megoldás sürgőssége és lehetőségei | 72 |
| <i>1.5. Az új Polgári Törvénykönyv várható hatásai az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségére</i> | <i>74</i> |
| 1.5.1. A felelősségi rendszer alapvető változásai | 74 |

| | |
|--|----|
| 1.5.2. Az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségét érintő szabályok..... | 75 |
| 1.5.3. Sérelemdíj: a személyiségi jogok megsértésének új jogkövetkezménye..... | 79 |
| 1.5.4. A felelősségbiztosítás szabályanyagának alapvető változásai..... | 81 |

2. AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOKAT ÉRINTŐ FELELŐSSÉG TOVÁBBI FORMÁI . 85

| | |
|---|-----|
| 2.1. <i>Etikai felelősség az orvosi tevékenység körében.....</i> | 85 |
| 2.1.1. Az orvosi etikai felelősség néhány történeti vonatkozása | 85 |
| 2.1.2. Az orvos etikai felelősségének hatályos szabályai | 87 |
| 2.1.2.1. A Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódexe..... | 87 |
| 2.1.2.2. Az etikai felelősségre vonás eljárási rendje | 89 |
| 2.1.2.3. A kórházi etikai bizottság | 91 |
| 2.2. <i>Munkajogi felelősség</i> | 93 |
| 2.2.1. A közalkalmazotti jogviszonyban és a munkaviszonyban foglalkoztatott egészségügyi dolgozók kártérítési felelőssége vétkes kötelelességszegésért..... | 93 |
| 2.2.2. További hátrányos jogkövetkezmények a közalkalmazotti jogviszonyban és a munkaviszonyban foglalkoztatott egészségügyi dolgozók vétkes kötelezettség szegéséért | 96 |
| 2.3. <i>Az orvosi tevékenység büntetőjogi szabályozása, különös tekintettel a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetésre</i> | 97 |
| 2.3.1. A büntetőjogi és a polgári jogi felelősség néhány elhatárolási szempontja . | 98 |
| 2.3.2. Az orvosi tevékenységet érintő büntetőjogi szabályok rendszere | 100 |
| 2.3.3. A foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés..... | 102 |
| 2.3.4.1. A tényállás szabályozásának áttekintése..... | 102 |
| 2.3.4.2. Tényállási elemek | 103 |

III. ALTERNATÍV KOMPENZÁCIÓS ÉS KONFLIKTUSKEZELÉSI LEHETŐSÉGEK AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK TERÜLETÉN110

1. ALTERNATÍV KONFLIKTUSKEZELÉSI LEHETŐSÉGEK 115

| | |
|--|-----|
| 1.1. <i>A betegjogi képviselői rendszer</i> | 115 |
| 1.1.1. A betegjogi képviselői rendszer létrejötte | 115 |
| 1.1.2. Az Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ (OBDK)..... | 117 |
| 1.1.3. A betegjogi képviselők jogállása | 119 |
| 1.1.4. A betegjogi képviselők tevékenysége..... | 120 |
| 1.1.5. A betegjogi képviselők tevékenysége a számok tükrében..... | 123 |
| 1.2. <i>Általános panaszlehetőségek</i> | 124 |
| 1.2.1. Panasz az egészségügyi szolgáltatónál | 125 |
| 1.2.2. Panasz az egészségügyi szolgáltató fenntartójánál | 127 |
| 1.2.3. Panasz az egészségügyi államigazgatási szervhez és az egészségügyi bírság | 128 |
| 1.3. <i>Az Egészségbiztosítási Felügyelet.....</i> | 131 |
| 1.3.1. Az EbF tevékenysége..... | 132 |
| 1.3.1.1. Az egészségügyi szolgáltatók működését érintő hatósági tevékenység | 132 |
| 1.3.1.2. Minőségi indikátorrendszer | 135 |
| 1.3.2. Működésének értékelése | 136 |
| 1.4. <i>Az Alapvető Jogok Biztosának Hivatala</i> | 138 |

| | |
|--|------------|
| 1.4.1. Az alapvető jogok biztosának vizsgálati eljárása | 139 |
| 1.4.2. A biztoshoz érkező egészségügyi tárgykört érintő panaszok | 140 |
| 2. ALTERNATÍV KOMPENZÁCIÓS LEHETŐSÉGEK..... | 143 |
| 2.1. Közvetítői eljárás az egészségügyi szolgáltatásokat érintő jogvitákban | 143 |
| 2.1.1. A közvetítői eljárás modelljei az egészségügyi szolgáltatással összefüggő jogviták tekintetében..... | 144 |
| 2.1.2. Az egészségügyi közvetítői eljárás szabályozása hazánkban..... | 146 |
| 2.1.3. Az egészségügyi közvetítői eljárás tényeresét gátló tényezők..... | 149 |
| 2.2. A békéltető testületi eljárás lehetőségei az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggő jogvitákban..... | 151 |
| 2.2.1. A békéltető testületi eljárásról általában..... | 152 |
| 2.2.2. A békéltető testületi konfliktuskezelés ellen ható tényezők az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggő jogvitákban..... | 155 |
| | |
| IV. AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOKKAL ÖSSZEFÜGGŐ KÁRTÉRÍTÉSI FELELŐSSÉG ÉS ALTERNATÍV JOGVÉDELMI LEHETŐSÉGEK NÉHÁNY KÜLFÖLDI ORSZÁGBAN..... | 159 |
| 1. NÉMETORSZÁG | 161 |
| 1.1. A kárfelelősség formái Németországban | 161 |
| 1.1.1. Szerződéses felelősség..... | 162 |
| 1.1.2. Szerződésen kívüli felelősség..... | 163 |
| 1.1.3. Objektív felelősség | 163 |
| 1.1.4. Állami felelősség | 163 |
| 1.1.5. Felelősségi viszonyok | 164 |
| 1.2. A felelősség előfeltételeinek vizsgálata..... | 165 |
| 1.2.1. A megfelelő színvonalú egészségügyi ellátás követelménye | 165 |
| 1.2.2. A felróhatóság vizsgálata..... | 165 |
| 1.2.3. Kár bekövetkezése | 167 |
| 1.2.4. Okozati összefüggés | 169 |
| 1.2.5. A bizonyítási teher alakulása | 169 |
| 1.3. Felelősségbiztosítás | 171 |
| 1.4. Alternatív konfliktuskezelési lehetőség | 172 |
| 2. FRANCIAORSZÁG | 175 |
| 2.1. Alapvető szabályok az orvosi felelősség körében | 175 |
| 2.2. A felelősség előfeltételei, a felróhatóság | 176 |
| 2.3. A felelősség további előfeltételei..... | 178 |
| 2.4. No fault felelősség a károk meghatározott típusainak körében..... | 179 |
| 2.5. Az egészségügyi felelősségbiztosítás alapvető jellemzői Franciaországban..... | 181 |
| 3. ANGLIA | 183 |
| 3.1. A felelősség előfeltételeinek vizsgálata..... | 183 |
| 3.1.1. A gondossági kötelezettség fennállása | 184 |
| 3.1.2. A gondossági kötelezettség megszegése..... | 184 |

| | |
|---|------------|
| 3.1.3. Tipikus esetek a gondatlanság körében | 185 |
| 3.1.4. Kár bekövetkezése | 186 |
| 3.1.5. Okozati összefüggés | 187 |
| 3.2. AZ NHS kárjótételi mechanizmusa | 188 |
| 3.2.1. Történeti előzmények | 188 |
| 3.2.2. A kárrendezési mechanizmus alapjai..... | 188 |
| 3.2.3. Az NHSLA | 190 |
| 3.3. Az NHS kártalanítási rendszeren kívül | 191 |
| 3.4. Az Egészségügyi Ombudsman..... | 192 |
| 3.4.1. Vizsgálati eljárás kezdeményezése | 193 |
| 3.4.2. A vizsgálat lefolytatása | 195 |
| 4. AUSZTRIA..... | 196 |
| 4.1. A felelősség megjelenési formái..... | 196 |
| 4.1.1. Szerződésen alapuló felelősség..... | 197 |
| 4.1.2. Szerződésen kívüli felelősség | 199 |
| 4.2. Felelősségi előfeltételek..... | 200 |
| 4.2.1. Jogellenes és felróható magatartás..... | 200 |
| 4.2.2. Okozati összefüggés | 202 |
| 4.2.3. Kár bekövetkezése | 202 |
| 4.3. Felelősségbiztosítás | 203 |
| 4.4. A peres úttól eltérő speciális igényérvényesítési lehetőségek és feltételeik..... | 204 |
| 4.4.1. Az egyeztető tanácsok | 204 |
| 4.4.2. Egy sajátos kompenzációs alap..... | 206 |
| 4.4.3. A beteg képviselői rendszer (PA rendszer)..... | 207 |
| 5. A FELRÓHATÓSÁGOT NEM VIZSGÁLÓ FELELŐSSÉGI RENDSZER..... | 209 |
| 5.1. Általános jellemzők..... | 209 |
| 5.2. Az új-zélandi no fault rendszer bemutatása..... | 210 |
| 5.2.1. Történeti előzmények | 210 |
| 5.2.2. A Baleseti Kompenzációs Bizottságról | 213 |
| 5.2.3. Az IPRCA felépítése..... | 214 |
| 5.2.4. Az egészségügyi ellátás során bekövetkezett sérelmekkel kapcsolatos igényérvényesítés..... | 216 |
| 5.2.4.1. Az IPRCA hatálya alá tartozó igények | 216 |
| 5.2.4.2. Az igényérvényesítés szabályai | 218 |
| 5.2.4.3. A felülvizsgálat folyamata | 218 |
| 5.2.5. Minőségkontroll és betegjogok..... | 219 |
| 5.2.5.1. Az egészségügyi ombudsman létrejöttének körülményei és a betegjogi kódex..... | 220 |
| 5.2.5.2. Eljárások a betegjogok megsértése esetén..... | 221 |
| 5.2.5.3. Az ombudsman vizsgálati eljárása..... | 223 |
| 5.2.5.4. További lehetőségek az ombudsman eljárását követően | 224 |
| 5.3. A no fault modell Finnországban..... | 225 |
| 5.3.1. A felelősségbiztosítás alapvető jellemzői | 225 |
| 5.3.2. A kompenzálható igények köre | 226 |
| 5.3.3. Az igényérvényesítés menete..... | 227 |

| | |
|---|------------|
| 6. AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÓK KÁRTÉRÍTÉSI FELELŐSSÉGÉNEK PROBLÉMÁI AZ AMERIKAI EGYESÜLT ÁLLAMOKBAN..... | 229 |
| 6.1. <i>Orvosi műhiba-és felelősségbiztosítási krízis</i> | 229 |
| 6.2. <i>A válság hatásai</i> | 231 |
| 6.3. <i>Kiútkeresés a válságból</i> | 234 |
| 6.3.1. <i>Alternatív kockázatfinanszírozási megoldások</i> | 234 |
| 6.3.2. <i>A nem vagyoni kártérítésként megítélhető összegek korlátozása</i> | 235 |
| 6.3.3. <i>Egyéb lehetőségek</i> | 238 |
| 7. ÖSSZEGZÉS | 240 |
| | |
| V. KÖVETKEZTETÉSEK ÉS JAVASLATOK..... | 249 |
| | |
| 1. KÖVETKEZTETÉSEK ÉS JAVASLATOK AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOKAT ÉRINTŐ FELELŐSSÉGI VISZONYOK KÖRÉBEN | 249 |
| 1.1. <i>Az egészségügyi szolgáltatók polgári jogi kártérítési felelőssége</i> | 249 |
| 1.1.1. <i>Az egészségügyi szolgáltatók kárfelelősségének történeti változásaival összefüggő tanulságok</i> | 249 |
| 1.1.2. <i>Az egészségügyi kártérítési felelősséget érintő aktuális problémák, tendenciák</i> | 251 |
| 1.1.3. <i>Az egészségügyi szolgáltatók polgári jogi felelősségét érintő javaslatok</i> .. | 255 |
| 1.1.4. <i>Az új Ptk. egészségügyi szolgáltatói felelősséget érintő rendelkezései</i> | 259 |
| 1.1.5. <i>A no fault modell tanulságai</i> | 260 |
| 1.2. <i>Az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggő további felelősségi formák</i> | 263 |
| | |
| 2. KÖVETKEZTETÉSEK ÉS JAVASLATOK AZ ALTERNATÍV KOMPENZÁCIÓS ÉS KONFLIKTUSKEZELÉSI LEHETŐSÉGEK TEKINTETÉBEN | 265 |
| 2.1. <i>A betegjogi képviselői rendszer</i> | 266 |
| 2.2. <i>Az Eütv. 29. §-ában megfogalmazott panaszjog</i> | 268 |
| 2.3. <i>Az egészségügyi államigazgatási szervhez intézett panasz</i> | 269 |
| 2.4. <i>Az alapvető jogok biztosának jogvédelmi tevékenysége</i> | 270 |
| 2.5. <i>Az egészségügyi közvetítői eljárás</i> | 272 |
| 2.6. <i>A békéltető testületi eljárás</i> | 273 |
| 2.7. <i>Javaslat az alternatív konfliktuskezelési és kompenzációs utak rendszerére vonatkozóan</i> | 274 |
| | |
| FELHASZNÁLT FORRÁSOK | 279 |
| | |
| SUMMARY | 305 |

RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE

- ACC**– Accident Compensation Corporation
- Ajbt.** - 2011. évi CXI. törvény az alapvető jogok biztosáról
- ÁNTSZ** – Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat
- Btk.** - 2012. évi C. törvény a Büntető Törvénykönyvről
- CNST**– Clinical Negligence Scheme for Trusts
- DP** – Director of Proceedings
- EbF** – Egészségbiztosítási Felügyelet
- Ehi.** - 1991. évi XI. törvény az egészségügyi hatósági és igazgatási tevékenységről
- Ektv.** - 2006. évi XCVII. törvény az egészségügyben működő szakmai kamarákról
- Eütv.** – 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről
- Fvtv.** – 1997. évi CLV. törvény a fogyasztóvédelemről
- GYEMSZI** – Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség-és Szervezetfejlesztési Intézet
- IPRCA** – The Injury Prevention, Rehabilitation and Compensation Act of New Zealand
- Ket.** – 2004. évi CXL törvény a közigazgatási hatósági eljárás és szolgáltatás általános szabályairól
- Kjt.** - 1992. évi XXXIII. törvény a közalkalmazottak jogállásáról
- Közvtv.** - 2000. évi CXVI. törvény az egészségügyi közvetítói eljárásról
- MISZK** – Magyar Igazságügyi Szakértői Kamara
- MOK** – Magyar Orvosi Kamara
- Mt.** - 2012. évi I. törvény a munka törvénykönyvéről
- NHS**– National Health Service
- NHSLA**- National Health Service Litigation Authority
- OBDK** – Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ
- OEP**– Országos Egészségbiztosítási Pénztár
- ONIAM** - L'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux
- OTH** – Országos Tisztifőorvosi Hivatal
- PA**– Patient Advocat
- Panasztörvény** - 2013. évi CLXV. törvény a panaszokról és közérdekű bejelentésekről
- PIC** – Patient Insurance Center
- Ptk.** – 1959. évi IV. törvény a Polgári Törvénykönyvről

Tevtv. - 2003. évi LXXXIV. törvény az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről

új Ptk. 2013. évi V. törvény a Polgári Törvénykönyvről

I. BEVEZETŐ

Dolgozatomban több jogterületet érintő *komplex problémakörrel, az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggésben felmerülő káreseményekkel, sérelmekkel, konfliktushelyzetekkel foglalkozom*. Arra törekszem, hogy a kérdéskört mindkét érintett fél, vagyis az egészségügyi szolgáltatók, illetve a betegek és hozzátartozóik szemszögéből is megközelítsem, az esetleges problémákat feltárjam. Ennek megfelelően *dolgozatomban két fő területtel foglalkozom*. Az egészségügyi szolgáltatók oldaláról szemlélve a problémakört, *a felelősségi kérdések és a felelősségi viszonyrendszer* képezi vizsgálatom tárgyát. A betegek oldaláról közelítve a témához pedig a sérelmek, káresemények esetén igénybe vehető *kompenzációs és konfliktuskezelési lehetőségek* kerülnek vizsgálatom középpontjába.

A téma fontosságát és aktualitását bizonyítja, hogy az egészségügyi ellátás minősége és az *ellátás során bekövetkező káresemények* mind hazánkban, mind külföldön egyre inkább *az érdeklődés középpontjába kerülnek*. Ennek talán legfőbb oka az egészségügyi ellátásokkal kapcsolatos közfelfogás, az elvárások megváltozása. Még néhány évtizeddel ezelőtt szinte senki nem kívánta megkérdőjelezni az orvostársadalom tudását, tevékenységének szakszerűségét, az információrobbanás a korábbi *tekintélyelvű orvoslás korszakának leáldozását jelentette*. Az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről (továbbiakban: Eütv.) egyik legfontosabb érdeme, hogy a beteget a korábbi teljesen kiszolgáltatott helyzetéből, a gyógyítókkal egyenrangú partnerré tette az egészségügyi tevékenység kapcsán. Az orvosi tevékenység tekintetében is kialakult a „*tudatos vásárlói attitűd*”.¹ Ennek következtében a szolgáltatás minősége gyakran megkérdőjeleződik, csökken a toleranciaszint a nem megfelelő vagy nem megfelelőnek ítélt szolgáltatások tekintetében. Ez pedig maga után vonja az egészségügyi kártérítési perek számának növekedését. Az Egészségbiztosítási Felügyelet által közzétett adatok szerint 2001 és 2007 között 1051 peres eljárás indult az intézmények ellen, az eljárások száma lassú növekvő tendenciát mutat.² Jelenleg évente körülbelül 300 peres eljárást kezdeményeznek egészségügyi szolgáltatók ellen, a betegek által támasztott kártérítési

¹ KÓTI Tamás, *Egészségügyi felelősségbiztosítás másként*, Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2003, 4. szám, 41.

² KISS Katalin - NOVOSZTÁTH Ágnes, *Műhibák és műhibáztatások*, Med et Jur, 2010, 2. szám, 28.

igények összértéke meghaladja az egymilliárd forintot.³ Nemcsak az *eljárások számának növekedésében* figyelhető meg kedvezőtlen tendencia, hanem a kártérítésként *megítélt összegek is egyre magasabbak*,⁴ a kamatokkal együtt több tízmilliós nagyságrendű összegekkel találkozhatunk. Emellett gyakori az alperes egészségügyi szolgáltatók marasztalása a bírói gyakorlat megváltozása miatt.⁵ A gyógyítás egy olyan közeg, amellyel kapcsolatban *kiemelten fontos cél a konfliktusok lehetőség szerinti elkerülése, minél hatékonyabb –lehetőleg peren kívüli- kezelése*, ezek ugyanis számos negatív következményhez vezethetnek.

A téma aktualitását igazolja, hogy a rendszerváltás óta hazánkban folyamatosan zajlik az *egészségügyi ellátórendszer átalakítása*, ennek következménye, illetve egyik eszköze a *jogi keretek újragondolása*. Az elmúlt években számos, a téma alapvető kérdéseit meghatározó jogszabály újrakodifikálására is sor került, például új Alaptörvény, büntetőjogi kódex, munka törvénykönyve, orvosi etikai kódex lépett hatályba, illetve új polgári törvénykönyv fog hatályba lépni a közeljövőben.

Dolgozatom *három nagy szerkezeti egységre* osztható, a fent megjelölt felelősségi viszonyrendszer és a konfliktuskezelési lehetőségek kérdésköre mellett több, tanulságokat szolgáltató külföldi ország szabályrendszerével foglalkozom külön fejezetben. Fontosnak tartom kiemelni, hogy kutatási tevékenységemet, a vizsgálat tárgyává tett kérdéseket, arányokat a kezdetektől fogva meghatározta az a törekvés, hogy a kutatómunkám témakörét érintő művektől eltérően közelítsem meg a problémákat, olyan módon építsem fel a munkámat, hogy az a *korábbi kutatásoktól eltérő szemléletet, összefüggéseket, eredményeket* közvetítsen.

Kutatási tevékenységem során az egyes kérdések vonatkozásában mindig *problémaorientált megközelítésre* törekedtem, *célom* az ellentmondások, működési anomáliák és rendszerszintű problémák feltárása, ezekkel kapcsolatban észrevételek, következtetések és megoldási javaslatok megfogalmazása a nemzetközi példák és a történeti alapok nyújtotta tanulságok segítségével.

³ DECASTELLO Alice, *Mediáció az egészségügyben*, HVG-ORAC, Budapest, 2010, 85.

⁴ HAVASI Péter, *Összefoglaló jelentés az orvosi műhiba perek gyakorlatáról*, Jogorvoslap, 2009, 1. szám, 11.

⁵ Lásd bővebben: PRIBULA László, *Az okozatosság értelmezésének változása az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelőssége körében*, Jogtudományi Közlöny, 2011, 4. szám, 243-249.

Dolgozatom egyik fő tárgyát az *egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggő komplex felelősségi rendszer vizsgálata* képezi, központba helyezve a *polgári jogi kártérítési felelősség* kérdéskörét. Ennek során a középpontban a felelősséget érintő anyagi jogi szabályok állnak, kiegészítve a peres eljárásokban tapasztalható aktuális problémákkal és a bizonyítási kötelezettséggel összefüggő szabályokkal. E tárgykörben a kiindulópontot a polgári jogi felelősség *dogmatikai alapjainak* és az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségével kapcsolatos *történeti fejlődésnek az áttekintése* jelenti. Az elméleti és történeti alapok segítséget nyújtanak az aktuális tendenciák megértésében. A polgári jogi felelősséget alapvetően meghatározza az egészségügyi szolgáltató és a beteg, az egészségügyi dolgozó és az egészségügyi szolgáltató, valamint az egészségügyi szolgáltató és a felelősségbiztosítást nyújtó biztosítótársaság közötti *jogviszonyrendszer*. Ezek feltérképezését követően az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségének *anyagi jogi előfeltételeit*, valamint az ezekkel összefüggésben megjelenő, a felelősség megítélését alapvetően meghatározó *bizonyítási kötelezettségeket* vizsgálom. Tekintettel a kérdéskör kiemelt jelentőségére és arra, hogy kutatómunkám kiindulópontját is az *egészségügyi szolgáltatók kötelező szakmai felelősségbiztosításának* vizsgálata jelentette, külön alfejezetben foglalkozom e jogintézményt érintő aktuális problémákkal. A polgári jogi felelősség vonatkozásában megkerülhetetlen a 2014. március 15-én hatályba lépett új Ptk. által hozott alapvető szabályozásbeli változások és várható gyakorlatban megjelenő problémák, hatások áttekintése.

Dolgozatomban a polgári jogi felelősség mellett foglalkozom az egészségügyi szolgáltatásokat érintő felelősségi viszonyrendszert meghatározó további felelősségi szintekkel, így az *etikai eljárással*, a *munkaviszonnyal összefüggésben felmerülő felelősséggel*, illetve az ultima ratio jellegű *büntetőjogi felelősségre vonással* is. Ezek a felelősségi formák már mind az egészségügyi dolgozók személyes felelősségét eredményezik, szemben a polgári jogi szinttel, ahol az intézmény és a felelősségbiztosítást nyújtó biztosítótársaság közvetlen helytállása valósul meg.

Disszertációm *következő nagy szerkezeti egységében* az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggésben felmerülő sérelmeket, káreseményeket *a betegek oldaláról* szemlélve vizsgálom, a rendelkezésre álló *jogvédelmi lehetőségek* feltérképezésével. A személyhez fűződő jogokkal, betegjogokkal kapcsolatos elemzés meghaladta a terjedelmi korlátok nyújtotta kereteket, továbbá e tárgykörben több összefoglaló tanulmány is született.

Viszont az igénybe vehető jogvédelmi eszközökkel kapcsolatos átfogó, problémaközpontú vizsgálattal nem találkoztam, ezért helyeztem erre a hangsúlyt. A klasszikus peres út részletes eljárási szabályainak vizsgálatát szintén terjedelmi okok miatt kellett mellőznöm, e lehetőség vonatkozásában a peres eljárásokat érintő, korábbi fejezetben áttekintett tendenciákra, problémákra, illetve bizonyítási kötelezettséget érintő szabályokra redukáltam az elemzést. A klasszikus igényérvényesítési eljárás részletezése helyett a *külföldi példák vizsgálatának tapasztalatai*, az ott kialakított alternatív jogvédelmi utak népszerűsége, hatékony működése és előnyös vonásai arra indítottak, hogy a hazánkban rendelkezésre álló alternatív jogvédelmi lehetőségek vizsgálatát helyezzem a középpontba. Fontosnak tartom, hogy az *alternatív igényérvényesítési utak rendszere áttekinthető legyen és a rendelkezésre álló lehetőségek hatékonyan működő, széles körben ismert és igénybe vett konfliktuskezelési lehetőségek legyenek*. Az intézményrendszer áttekintésével *céлом*, hogy megvizsgáljam, ennek a kívánalomnak mennyiben feleltethető meg az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggésben felmerülő problémák megoldására kialakított alternatív jogvédelmi utak rendszere és működése hazánkban, a feltárt anomáliákra javaslatokat fogalmazzak meg. *Vizsgálat tárgyává teszem* az egészségügyi közvetítői eljárást és békéltető testületi eljárást, melyeket az *alternatív kompenzációs utak* csoportjába helyezek. Emellett az *alternatív konfliktuskezelési lehetőségek* kategóriájában foglalkozom a betegjogi képviselői rendszerrel, az Eütv. 29. §-a által biztosított egészségügyi szolgáltatóhoz, illetve fenntartóhoz intézett panaszlehetőséggel, az egészségügyi államigazgatási szervhez intézett panaszlehetőséggel, az Alapvető Jogok Biztosának Hivatala által nyújtott jogvédelmi úttal, illetve vizsgálom és értékelem a megszűnt Egészségbiztosítási Felügyelet tevékenységét.

Kiemelten fontosnak éreztem, hogy kutatásomat kiterjesszem a *nemzetközi helyzet összehasonlító elemzésére*, a *külföldi minták* ugyanis *iránymutatásként* szolgálhatnak a magyar rendszer hiányosságainak kiküszöbölésében. Azt gondolom, hogy a hazai problémákkal kapcsolatos megalapozott állásfoglalás feltétele egy *széles nemzetközi látókör kiépítése* a témakörben. Az egészségügyi ellátás során keletkező károk kompenzálásával összefüggő megoldások széles tárháza tárul elénk a nemzetközi szabályozásra való kitekintés kapcsán. *Két alapvető modellt különíthetünk el*, az úgynevezett peres (hagyományos) rendszerek mellett megjelennek a nem peres, más néven adminisztratív (vagy no fault) rendszerek. Az országok nagy része a

hagyományos kategóriához tartozik, míg a no fault rendszert a mintaállamot képező Új-Zéland mellett a skandináv területeken alkalmazzák.

A külföldi modellek tanulmányozása során figyelmet fordítottam a no fault felelősségi rendszerre, melynek bemutatására az új-zélandi illetve a finn szabályozás vizsgálatával tettem kísérletet. Markáns elkülönítő jegye e modellnek, hogy a cselekmény felróhatóságának vizsgálata nélkül egy speciális úgynevezett baleseti kompenzációs rendszeren keresztül történik a kompenzáció.

Ezek mellett a hagyományos felelősségi modellt alkalmazó államok közül is többet vizsgáltam, így Németország, Franciaország, Ausztria, Anglia és az USA helyzetét, vonatkozó szabályozását is áttekintettem. A külföldi országok egészségügyi kárkompenzációs rendszerei kapcsán mindig nagy figyelmet szenteltem az esetleges peralternatívát biztosító igényérvényesítési lehetőségeknek, fórumoknak. Nemzetközi szinten megállapítható tendencia ezen lehetőségek körének szélesedése, emellett az igénybevétel is egyre gyakoribb a hagyományos peres úthoz képest.

Dolgozatom elkészítése során számos *kutatási módszert* hasznosítottam. A dogmatikai alapok feltérképezéséhez a *leíró, elemző* módszert választottam. A *történeti* módszert is több helyen alkalmaztam. Nem egy különálló történeti fejezetet készítettem, hanem azoknak a jogintézményeknek a gyökereit kerestem, amelyeknél a történeti információk fontos adalékkal szolgáltak az aktualitások megértéséhez és következtetések levonásához.

Mind a felelősségi viszonyrendszer, mind a konfliktuskezelési és kompenzációs lehetőségek vonatkozásában szerepet játszott a rendelkezésre álló irodalom és a jogszabályi háttér feltérképezése, rendszerezése, *elemző, kritikai* módszerrel történő megközelítése. Ugyanakkor kiemelten fontos szerephez jutott a munkámban az *empirikus kutatás* is. Törekedtem rá, hogy olyan szakemberekkel konzultáljak, akiknek rálátásuk van a vizsgálat tárgyát képező területek mindennapi gyakorlati működésére, ezáltal olyan problémákba is betekintést nyerjek, amelyeknek megismerése csak a szakirodalom tanulmányozásával nem lehetséges.

Dolgozatomban nagy hangsúlyt kap a *jogösszehasonlító* módszer is a külföldi példák vizsgálatával összefüggésben.

II. FELELŐSSÉGI VISZONYOK AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK TERÜLETÉN

A fejezetben az egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatban bekövetkező sérelmekkel, káreseményekkel összefüggő *felelősségi kérdéseket* vizsgálom. *Céлом* a hazai egészségügyi szolgáltatásokat érintő komplex felelősségi viszonyrendszer feltérképezése, *annak bemutatása, hogy milyen szinteken és milyen felelősségi szabályok alapján valósulhat meg az egészségügyi szolgáltatók és a dolgozók felelősségre vonása* az ellátással kapcsolatban felmerülő problémákért.

Az elemzés középpontjában a *polgári jogi kártérítési felelősség* áll. A kiindulópontot a *felelősségi viszonyrendszer alanyai*, azaz az egészségügyi szolgáltató, az egészségügyi dolgozó és a felelősségbiztosítást nyújtó biztosítótársaság közötti jogviszonyok vizsgálata jelenti, mely utóbbit érintő részletesebb vizsgálatot is végeztem. A fejezetben végigkövetem a polgári jogi felelősség fejlődésének ívét, kiindulópontnak tekintve a XIX-XX. század hazai *jogtudósainak felelősségi elméleteit*, eljutván a *hatályos felelősségi szabályokhoz*, illetve az *új polgári jogi Kódex* legfontosabb szabályaival és ezek várható hatásaival zárom a gondolati kört. Az elemzést mindig a dolgozatom tárgyát képező speciális témának megfelelően végzem. A fejezet tárgyát képezi az egészségügyi szolgáltatók ellen indított *kártérítési perek fejlődéstörténetével* és tendenciáival kapcsolatos egység is.

Ezek mellett foglalkozom a belső kontrollt megvalósító *etikai eljárással*, a leggyakoribb foglalkoztatási formákkal, azaz a *munkaviszonnyal és közalkalmazotti jogviszonnyal összefüggésben felmerülő felelősségi kérdésekkel*, illetve az erős külső kontrollt ultima ratio jelleggel megvalósító *büntetőjogi felelősséggel*.

1. Az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelőssége

1.1. A magyar polgári jog felelősségi elméleteinek fejlődése

Jelen alfejezettel célom a magyar polgári jogi felelősségi elméletek evolúciójának bemutatása, górcső alá véve azon jogtudósok felelősségi elméleteinek alapjait, akiknek munkássága meghatározó a polgári jogi felelősségi modell kialakulásában. Az egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatos felelősségi kérdések tudományos megalapozottságához nélkülözhetetlen, és az új Polgári Törvénykönyv kapcsán különösen aktuális is felelősség dogmatikai alapjainak, hazai elméleti gyökereinek vizsgálata.

A hazai jog első önálló magánjogi felelősségkoncepciójának tulajdonított elmélete Grosschmid Béni „Fejezetek kötelmi jogunk köréből” című művében jelenik meg.⁶ Grosschmid ennek keretében foglalkozik az obligációk keletkezésével általánosságban, a kártérítési kötelezettség jogalapjával, valamint összefoglalja a kártérítési jog általános tételeit. Álláspontja szerint ahhoz, hogy valaki a keletkezett kárt megtéríteni tartozzon, a kárvalláson túl szükséges *egyéb causa* is.⁷ Ez a *causa* pedig nagyon sokféle lehet, a *kártérítési jogalapok* teljes körű áttekintése nem lehetséges, viszont közös jellemzők alapján *csopontosíthatjuk őket*. Grosschmid *öt csoportba osztja* a kártérítési jogalapokat. Említi a „*vétkes vagy olybá vett magatartások*”-at. Ezekben az esetekben a kártérítési kötelezettség előzetes kötelmi viszonytól független, *ab ovo* kártérítési kötelemként jön létre.⁸ A szerző arra is rávilágít, hogy a vétkes magatartásnak a kártérítési kötelezettségen túl lehetnek egyéb magánjogi jogkövetkezményei is. Ebben a körben említi például az álképviselő felelősségét a „szerződés betöltése” iránt. Kiemelendő, hogy elmélete szerint a vétkes magatartásoknak nemcsak magánjogi következményei lehetnek, hanem eredményezhetnek büntetőjogi és fegyelmi felelősséget is.

Kártérítés jogalapjául szolgál továbbá a „*kötelemszegés vagy olybá vett magatartás*” is. Azaz, már itt megjelenik a deliktuális és kontraktuális felelősség elhatárolásának alapja.

⁶ ÚJVÁRINÉ ANTAL Edit, *Felelősségtan*, Novotni Alapítvány a magánjog fejlesztéséért, Miskolc, 2002, 30.

⁷ GROSSCHMID Béni, *Fejezetek kötelmi jogunk köréből*, 1. kötet, Grill Károly Könyvkiadóvállalata, Budapest, 1932, 594.

⁸ GROSSCHMID i.m. 601

Ide tartozik a szerződés nem teljesítése miatti felelősség, mely esetben a kártérítés fő tárgya lesz az obligációnak, az eredeti tárgy helyett. Továbbá ide sorolható a késedelem miatti felelősség, amikor a kártérítési kötelezettség ugyanúgy nem lesz eredeti tárgya a kötelelemnek és ez esetben fő tárgya sem, az továbbra is a szerződés teljesítése marad.⁹

További jogalként említi Grosschmid a „*jogos (hibátlan, megengedett) magatartások*” kategóriáját, bár hangsúlyozza, hogy ez már az első két kategóriához képest kivételes, szórványos előfordulású. Ide azok az esetek tartoznak, amikor valamely *jog által megengedett magatartás másnak a kárával jár*, így a jogos magatartás gyakorlója kártérítési kötelezettséggel tartozik. Érdekes példát említ e körben, a jogos ígéretszegés esetét, vagyis azt, amikor a jegyes indokolatlanul (de jog által nem tiltott magatartásként) megszegi a másiknak tett ígérését, így „fölbiztatásféle” magatartása miatt a másik fél költségeiért helytállni köteles. Ez a példa a hatályos jogunkban is szabályozott biztatási kár jogintézményére való utalásnak tekinthető.¹⁰

Kártérítési obligáció alapja lehet „*ügylet egyenesen*” is. Ilyen ügyletek például a kárbiztosítás vagy a kezesség is. Végezetül pedig kártérítési kötelezettséget keletkeztet a „*kisajátítás-féle*”-ként megjelölt jogalap is. Értekezik a kisajátítás közjogi illetve magánjogi jellegéről. Grosschmid szerint a kisajátítás megengedettségével kapcsolatos döntés közjogi, hisz az államnak, illetve közvetlenül a közigazgatási szerveknek van létjogosultsága megítélni, hogy a közérdek érintettsége, mely a kisajátítás alapfeltétele fennáll-e. Ugyanakkor a kisajátítás a magánjoghoz is kapcsolódik, mivel az elvonáshoz fűződő kártalanítási kötelezettség magánjogi jellegű.

A polgári jogi felelősség magyar tudománytörténete kapcsán figyelemre méltó Szladits Károly munkássága, aki „*A magyar magánjog vázlata*” című művében már egyértelműen, *élesen elhatárolja a szerződésszegésből eredő kártérítési kötelezettséget a szerződésen kívüli tiltott cselekményekből eredő kártérítéstől*. Bár szerződésszegés esetén is jogellenes magatartás valósul meg, annak azonban vannak speciális szabályai.

A *szerződésen kívüli kártérítési felelősség* egyik előfeltételként Szladits a „*tiltott cselekmény*”-t jelöli meg. Tiltottak azok a cselekmények, melyek valamely alanyi jogot sértenek, bármely jogvéde érdek ellen hatnak, továbbá azok is, melyek jó erkölcsbe

⁹ GROSSCHMID i.m. 603.

¹⁰ GROSSCHMID i.m. 608.

ütköznek.¹¹ A tiltott cselekményekkel kapcsolatban elhatárolja a büntetőjogi és a polgári jogi felelősséget, megállapítja, hogy a magánjogi kártérítési felelősséghez nem szükséges, hogy a cselekmény egyúttal büntetőjogilag is értékelendő legyen. Viszont természetes, hogy amennyiben bűncselekménnyel okoz kárt valaki, azt köteles megtéríteni a szerződésen kívüli károkozás szabályai szerint. Szladits elméletében megjelennek azok az okok is, melyek *kizárják a tiltott cselekmény jogellenességét*, így a sértett beleegyezése, a jogos védelem, végszükség, illetve, ha az adott magatartást „különös jogszabály, általános erkölcsi felfogás vagy a közérdek szempontja” teszi megengedhetővé.¹² A szerződésen kívüli károkozásért való felelősséget fő szabályként *vétkességhez* köti, ugyanakkor figyelemre méltó az elméletében, hogy a *vétkességet* nem mint külön felelősségi előfeltételt jelöli meg, hanem úgy nyilatkozik, hogy az *a „tiltott cselekmény tényállásához tartozik.”*¹³ Álláspontja szerint ha valaki vétkesen okoz kárt, fő szabályként nem valósít meg tiltott cselekményt, így nem áll fenn a kártérítési kötelezettség sem. Ez alól két kivételes csoportot jelöl meg. Az egyikhez a *tárgyi felelősség eseteit* sorolja, ebben a körben egyrészt a veszélyes üzemek működéséért való felelősséget. Amikor valaki olyan „foglalkozást folytat, vagy olyan üzemmódot alkalmaz, mely természeténél fogva különös veszéllyel jár, az az ilyen foglalkozásból vagy üzemmódból másra háruló kárért vétkességre tekintet nélkül felel”.¹⁴ Ez alól a felelősség alól pedig csak a károsult kizárólagos önhibája, illetve az erőhatalom jelenthet kimentési lehetőséget. A veszélyes üzemi felelősségen túl meghatároz egyéb tárgyi felelősség körébe sorolható eseteket, így például az állattartó felelősségét, az épületrész vagy épületre kitett tárgy leeséséből eredő kártérítést, és érdekes, hogy a tárgyi felelősség speciális formájának tekinti a kisajátításért való felelősséget is. A vétkesség nélküli felelősség másik csoportjaként Szladits azokat az eseteket említi, amikor *méltányosságon alapul a kártérítési kötelezettség*. A fő esetkör ebben a kategóriában a *vétőképtelen személy károkozása*. Ilyenkor fő szabályként nem áll fenn kártérítési kötelezettség, azonban, ha a vétőképtelen személynek van olyan jövedelme, vagyona, „melyből a kárt megerőltetés nélkül viselheti, viszont a károsultat a kár esetleg

¹¹ SZLADITS Károly, *A magyar magánjog vázlatja*, 2. kötet, Grill Károly Könyvkiadóvállalata, Budapest, 1933, 282.

¹² SZLADITS [1933, 2. kötet] i.m. 285.

¹³ SZLADITS [1933, 2. kötet] i.m. 284.

¹⁴ SZLADITS [1933, 2. kötet] i.m. 294.

romlásba döntené”, méltányossági alapon kerül sor kártérítésre.¹⁵ Ezt a szabályt pedig a bírói gyakorlat alkalmazza a vértlen károkozás más típusaira is.

Felelősségi előfeltételként jelenik meg az „*oksági kapcsolat*” is. Azaz követelmény a felelősség megállapításához, hogy a kár a tiltott cselekménynek legyen tulajdonítható. Nincs okozati összefüggés, ha a cselekmény nélkül is bekövetkezett volna a kár.

A szerződésen kívüli kártérítési felelősség konjunktív feltételeinek sorában megjelenik a *kár bekövetkezése* is Szladits elméletében. Elhatárolja a vagyoni és nem vagyoni kár intézményét. A *vagyoni kárt* a károkozó vétkessége fokára tekintet nélkül köteles megtéríteni teljes összegében. A vagyoni kár elemei közül Szladits elméletében csak a „tényleges veszteség” és az „elmaradt haszon” szerepel, a hatályos jogban ismert indokolt költség kategóriája nem jelenik meg. A *nem vagyoni kártérítést* személyes érdeksérelemért járó pénzbenei elégtételként definiálja, mely ellentétben a vagyoni kárral csak szándékos cselekmények után jár törvényben meghatározott esetekben.¹⁶

A fenti szabályoktól elhatárolja a *kötelemszegésért való felelősséget*. Kötelemszegés Szladits megfogalmazásában „az adósnak minden olyan magatartása, amellyel a hitelezőnek a kötelemmel védelmezett érdekét sérti”.¹⁷ A kötelem létrejöttével kötelezettsége keletkezik az adósnak, hogy olyan tevékenységtől tartózkodjon, melyet egyébként megtehetne, vagy olyan tevőleges magatartást valósítson meg, melyre egyébként nem lenne köteles.

Érdekes különbséget fogalmaz meg a szerződésen kívüli és a kötelemszegésért való felelősség között is a tekintetben, hogy ez utóbbi felelősségnél nem a vétkességet, hanem a *felróhatóságot tekinti mércének*. Vagyis, az adós csak olyan esetben tartozik felelősséggel a kötelemszegésért, ha az neki felróható. Ilyenkor viszont a felelőssége szigorúbbá válik, hiszen az eredeti kötelezettséget is teljesíteni tartozik, miközben a kötelemszegésért is helytállni köteles. Ugyanakkor annak meghatározásánál, hogy mi minősül felróhatónak összemosza a vétkességgel, amikor úgy fogalmaz, hogy az „adósnak rendszerint saját hibája, vétkessége róható fel”.¹⁸ A kötelemszegés eseteiként a késedelmet, a hibás teljesítést és a lehetetlenülést jelöli meg.

¹⁵ SZLADITS [1933, 2. kötet] i.m. 302.

¹⁶ SZLADITS [1933, 2. kötet] i.m. 290.

¹⁷ SZLADITS Károly, *A magyar magánjog vázlatja*, 1. kötet, Grill Károly Könyvkiadóvállalata, Budapest, 1933, 85.

¹⁸ SZLADITS [1933, 2. kötet] i.m. 86.

Szladits meghatározza a felelősség különböző formáit is. Így a „rendes felelősség” kategóriáját, vagyis azt az esetet, amikor az adós minden vétkes magatartásáért felelősséggel tartozik. A „*felfokozott felelősséget*”, amely például a fuvarozó, vendéglős felelőssége, és csak meghatározott okok alapján mentheti ki magát az adós a felelősség alól. „*Feltétlen felelősség*” esetén kimentési lehetőség nincs, míg létezik a rendes felelősségnél „*kisebb felelősség*” az ingyenesen vállalt kötelezettségeikért.¹⁹

Mérföldkőnek tekinthető Marton Géza *munkássága*, „*A polgári jogi felelősség*” című műve a magyar polgári jogi felelősség dogmatikájának fejlődésében. Elméletének alapja ugyanis egy *éles kritika megfogalmazása a korabeli, római jogi alapokon nyugvó, vétkességi elvre építő polgári jogi felelősségkonceptióval szemben*. A haladás útján az első lépés mindig a fennálló alapok helyességének megkérdőjelezése, továbbá a változtatás irányával kapcsolatos javaslatok megfogalmazása, ezért is tartom kiemelten fontosnak a tevékenységét. Legalapvetőbb „rendszeri tévedésnek” tartja, hogy a kodifikációk során az általános, jogellenes magatartáson alapuló kártérítési kötelezettség alapjaként a római jogban megjelenő magándeliktum szolgált. „A római szövegekben megjelenő *poena gyanánt szereplő, pénzszolgáltatásra menő kötelmet egyszerű kártérítési kötelemmé*” minősítették, mely az egész magánjogi felelősségi rendszert megrontotta Marton szerint.²⁰ Szintén *helyteleníti a szerződösszegés és szerződésen kívüli károkozás közötti antik hagyományokon nyugvó különbségtételt*, álláspontja szerint „eltűnt minden elvi különbség szerződösszegés és szerződésen kívüli jogsértés között”.²¹

A magánjogi felelősségi rendszert alapjaiban kérdőjelezi meg a vétkességi tan bírálatával. Álláspontja szerint „*a vétkesség nem elég tág alap arra*”, hogy a polgári jogi felelősségi rendszert *ráépítsük*, az a büntetés, a büntetőjogi felelősségre vonás számára lehet csak megfelelő elvi alap. A vétkesség ugyanis *tudati kategória*, szándékosság vagy gondatlanság formájában jelenik meg és arra ad választ, hogy a cselekvő hogyan viszonyul a saját magatartásához. Ebből kifolyólag *nehezen bizonyítható*, mivel egy „a lelki élet belső, titkos folyamataiban gyökerező, így a közvetlen fizikai észlelés elől elvont jelenség”.²² A bizonyítással kapcsolatos problémák pedig a károkozónak kedveznek, nehézséget okozva a károsult számára. További

¹⁹ SZLADITS [1933, 2. kötet] i.m. 87.

²⁰ MARTON i.m. 56.

²¹ MARTON i.m. 57.

²² MARTON i.m. 60.

ellentmondásnak, logikai hibának tartja, hogy a vétkesség jogi fogalma és értelmezése eltávolodik az egyéni morális vétkességfogalomtól, más a feltételrendszer a kettő esetén. A morális vétkességfogalom feltétele, hogy a „tettes ismerje a normát”, „tudja, hogy a magatartás a norma sérelmére fog vezetni”, „mégis elkövesse, tudatában a beálló eredménynek is.” Ezzel szemben jogilag akkor is vétkesnek minősül a magatartás, ha a cselekvő nem ismerte a szabályt, mivel a jog nem tudása nem mentesít a vétkesség alól, továbbá elegendő, ha „tudnia kellett volna”, hogy magatartása a szabály sérelmére fog vezetni, illetve a jog „felelőssé teszi a tettet a normasértés olyan távolabbi következményeiért is, melyeket előre nem látott, sőt nem is láthatott”.²³

A magánjogi felelősségi rendszer vétkességi alapokra helyezése a gyakorlati életben, jogalkalmazásban is számos problémát vetett fel, mely nehézségekre idővel kénytelen volt reagálni a jogalkotás, de a rendszer általános, elvi alapjai ekkor sem kérdőjeleződtek meg. *Problémaként merült föl egyrészt a nagyvállalatok tömeges megjelenése a 19. század közepén, melyek felelőssége nem értelmezhető a vétkességi tan keretei között. Erre válaszul jelent meg e létesítményekre a tárgyi felelősség speciális szabálya, elsőként az 1838-as porosz vasúti törvényben. A másik probléma, hogy a „gazdasági vállalatok kifelé zárt egységként jelentkeznek, sokszor igen bonyolult szerkezetükkel, melynek belső életébe idegen szem be nem tekinthet”, így indokolt, hogy például az alkalmazottak, felügyelet alatt álló személyek magatartásáért a tulajdonosnak kelljen helytállnia.*²⁴ *A vétkességi felelősség talaján pedig nem magyarázható a mások magatartásáért való felelősség.*

Marton kiemeli azt is, hogy *ebben az időszakban nem a jogtudósok elméletei vitték előre a jogalkotást, hanem épp fordítva, a jogalkalmazásban felmerülő problémákhoz kezdett el igazodni a jogalkotás és a jogtudomány jóval később reagált csak a változásokra. Az ipari létesítmények megjelenésével és az ezek által hozott gyakorlati problémákkal a jogtudomány nem nézett szembe, változatlanul a vétkességi alapokon nyugvó magánjogi felelősség mellett tört lándzsát.*²⁵ Az ipari üzemek felelősségével kapcsolatos speciális jogszabályok csak a 19. század utolsó negyedében kezdtek hatni az elméletre. Marton *úttörőként Bindinget és a nevéhez köthető „okozási elvet” említi. Binding szerint a büntetőjogi és a magánjogi felelősséget eltérő alapokra kell helyezni, a*

²³ MARTON i.m. 62.

²⁴ MARTON i.m. 68.

²⁵ A tudomány álláspontja szerint „a vétlen felelősség megrendítené az egyén kezdeményező bátorságát, ezzel akadályozná ezt a szabad mozgásban...” MARTON i.m. 69.

vétkességi elv a büntetőjogi felelősség alapja, míg álláspontja szerint a magánjogi felelősségé a cselekmény okozatossága. Aki kárt szenved, joga van kártérítést követelni függetlenül attól, hogy „hibásan” vagy „hibátlanul” okozták azt, annak bizonyításával, hogy a kárt a tettes okozta.²⁶

A felelősségi rendszert érintő kritikát követően Marton Géza *felépíti saját felelősségkonceptióját* a felelősség alapelveiből kiindulva és a kártérítési kötelelem tényállási elemeit is megvizsgálva.

A felelősség fogalmának pontos definiálásából és más fogalmaktól történő elhatárolásából indul ki. Marton szerint *a felelősség nem egy autonóm fogalom*, hanem egy másik fogalom kiegészítése, abból következően jön létre. Még hozzá *a kötelelem fogalmához kapcsolható*, „akkor keletkezik felelősség, ha valamely kötelesség, kötelelem elmulasztása, megszegése miatti következményeket kell rendezni”.²⁷ Ennek megfelelően, ahhoz, hogy a felelősség kérdése felmerüljön, több előzetes tényezőnek kell megvalósulnia, melyeket Marton a felelősség elemeiként határoz meg.

A felelősség első eleme, a „létező kötelelem”, mely nélkül nem értelmezhető e fogalom. A felelősség jellegét az határozza meg, attól függően lesz erkölcsi, vallási, jogi vagy más felelősség, hogy a kötelezettség milyen típusú szabályból fakad: erkölcsi, vallási szabályból vagy jogszabályból. Ugyanakkor ezek nem válnak el élesen egymástól, egy magatartás több szinten is eredményezhet kötelemszegést, így egyszerre generálhat például erkölcsi és jogi felelősséget is.

A felelősség fogalmának *további eleme a „kötelemsértés”*. Vagyis, „nincs felelősség kötelemszegés nélkül... másrésztől a létező kötelelem, amíg meg nem sértették, nem von maga után semmiféle felelősséget”.²⁸ Marton *élesen elhatárolja a kötelelem, kötelezettség fogalmát a felelősségtől*, mely a köznyelvi helytelen használatban gyakran összemosódik és a kötelezettet automatikusan felelősnek nevezik. A kötelemsértés jelenti a választóvonalat a két fogalom között, ugyanis mindaddig, amíg a kötelezett nem sérti meg a kötelemet, csak a kötelelem tartalmának megfelelő kötelezettsége, tartozása áll fenn, felelőssé csak akkor válik, ha kötelemsértésre kerül sor. A két fogalom tehát pontosan elhatárolandó, ugyanakkor szorosan össze is kapcsolódnak

²⁶ MARTON i.m. 75.

²⁷ MARTON Géza, *A polgári jogi felelősség*, Triorg Kft., Budapest, 1992, 14.

²⁸ MARTON i.m.19.

azáltal, hogy „a kötelem felelősség (szankció) nélkül semmi... másrésztől a felelősség ezen öt megelőző kötelemnek köszönheti létét.”²⁹

A felelősség fogalmával kapcsolatban megjelenik a *szankció* is, mint a „felelősség hatása”. A szankció a kötelem megszegése esetén alkalmazandó joghátrány, mely biztosítja egy adott szabály érvényesülését elrettentő ereje által. Marton Géza két nagy szankciócsoportot különít el. Az egyik a *represszív szankciók köre*, melynek lényege a büntetés. Ez lehet akár anyagi természetű, de más típusú hátrány is, és döntően a büntetőjoghoz kötődik. A másik a *restitutív szankció*, melyet civilis szankciónak is nevez, ezzel jelezvén, hogy az eredeti állapot helyreállítására irányuló ezen jogkövetkezmény döntően a polgári jog területéhez kapcsolódik.³⁰ Kiemeli azt is, hogy a restitutív kötelezettség egy tágabb fogalom, nem egyenlő a szankcióval, nem mosható össze a két fogalom. Amennyiben jogellenes magatartásból fakadó kötelezettséghez kapcsolódik a helyreállítási kötelezettség, akkor szankció, vannak azonban olyan esetek, amikor a restitúció például üzleti felvállaláson, szerződésen alapul,³¹ ami kívül esik a szankció fogalmán.

Annak oka, hogy a törvényhozó a jogi szabályozás körébe vonja a kártérítési felelősséggel kapcsolatos szabályokat kettős. Egyrésztől fontos cél a jogalkotással a „lehető károk elhárítására való törekvés”, másrészt a „mégis elkerülhetetlen károk célszerű, okos, igazságos elrendezéséről való gondoskodás”.³² Azaz, a *felelősség alapvető elveiként Marton a „prevenciótörekvést” és a „szociális megfontolások szerint való kárrendezést” jelöli meg.*

Utal arra, hogy a prevenciótörekvés lényegében benne foglaltatik a második kategóriában, de annak kiemelt részének tartja, ezért foglalkozik vele önállóan. A károkkal kapcsolatos legalapvetőbb cél azok lehetőség szerinti elkerülése, megelőzése lehet, ezért kiemelten fontos a prevenció, a magánjog területén leginkább a speciális prevenció.³³ Kiemeli, hogy a prevenció kétségkívül a vétkes károkozások esetén a legfontosabb, azonban nemcsak a vétkesen okozott károk megelőzésére kell törekedni.

Emellett foglalkozik a *felelősség másik alapvető rendezőelveként megjelölt szociális megfontolások szerinti kárrendezéssel is.* Ennek legáltalánosabb alapelvét

²⁹ MARTON i.m. 20.

³⁰ MARTON i.m. 25.

³¹ Például egy biztosítási szerződésen.

³² MARTON i.m. 100.

³³ MARTON i.m. 101.

„*érdekelvnek*” nevezi, melynek alapvető lényege, hogy „aki egy aktivitás előnyeit élvezi, viselje annak hátrányait is”.³⁴ Az *érdekelvnek* fontos szerep jut az egyéni mérlegelésben is, hisz hiába a „magas felelősség”, melyet a prevenció elve előír, ez csak akkor válik az egyén számára elfogadhatóvá és igazságossá, ha az érdekeivel egybevághat.³⁵ Az *érdekelv* nemcsak az egyén, hanem a társadalom mérlegelésében is megjelenik, méghozzá a méltányosság formájában, vagyis lehetőség van arra, hogy olyan szempontokat vegyünk számításba a felelősség megállapításánál, mint a „felek különböző vagyoni teherbíró képessége”, „a károkozó nagyon súlyos vagy nagyon enyhe morális vétkessége”.³⁶ A szociális megfontolások szerinti kárrendezés körében említi a *kárfelosztás elvét* is, azaz, hogy „a kár az érdekelt személyek közül lehetőleg arra háríttassék, aki azt gazdasági helyzete folytán más, távolabbi érdekek széles körére áthárítani tudja, vagy akit a törvény biztosításra tud szorítani”.³⁷

Marton Géza a kártérítési kötelek tényálláselemeinek meghatározásánál *külön kezeli a szankció és nem szankció obligációk tényállási elemeit*. A szankciókötelek tényállási elemei közül elsődlegesen a kárt említi, e nélkül ugyanis értelmetlen volna kártérítési kötelemről beszélnünk. *Megkülönbözteti a vagyoni és nem vagyoni kárt*, melyet nem a sértett jogi tárgy alapján differenciál, hiszen elképzelhető, hogy egy vagyontárgyban esett kár annak előszereteti értéke miatt nem vagyoni kárnak is minősül. *Aszerint határolja el, hogy a kár materiális vagy immateriális javakban következik-e be*.³⁸ A vagyoni kár a vagyonban bekövetkező veszteség, „az ember gondolatvilágában létező, egy meglévő helyzetnek egy elmúlt helyzettel való összehasonlításából eredő különbség”.³⁹ A nem vagyoni kár ezzel szemben „az ember immateriális javainak sérelmét” jelenti.

Az *okozati összefüggés* is a felelősség megállapíthatóságának fontos feltétele, két okból is. Az egyik, hogy a szankció, csak a károsodás okozójával szemben jut prevenció szerepéhez. A másik, hogy mindenki csak azokért a következményekért tartozik helytállni, melyek okozati összefüggésben vannak azzal a magatartással, melyért felelős. Ezért szükséges meghatározni, hogy kinek milyen magatartása okozta a

³⁴ Uo.

³⁵ MARTON i.m. 108.

³⁶ MARTON i.m. 111.

³⁷ MARTON i.m. 102.

³⁸ MARTON i.m. 122.

³⁹ MARTON i.m. 118.

károsodást. Az okozatosság megállapítását Marton a „*kártérítéstan legnehezebb kérdésének*” nevezi.⁴⁰

A szankcióobligációk további tényállási eleme Marton felelősségkoncepciójában a *jogellenes magatartás*. Ahogyan kár és a károkozó magatartás közötti oksági kapcsolat nélkül nincs kártérítési kötelelem, ugyanez az eredmény, ha a jogellenesség hiányzik. A jogellenes magatartást egy a fizikai világban nem, csupán az ember gondolatvilágában megjelenő *objektív előfeltételként* mutatja be. Az, hogy egy magatartás „ellentétben áll a jogrenddel, annak valamely objektív szabályával vagy szellemével” tárgyi kérdés, hisz a jogellenes magatartás az objektív jog sérelmét jelenti.⁴¹ A másik pedig, hogy a jogellenességnek *nincsenek fokozatai*, „ami egyszer ellenkezik a joggal az nem ellenkezhethet sem jobban sem kevésbé jól vele”.⁴² Vannak olyan körülmények, melyek kizárják a jogellenességet, így a sértett beleegyezése, jogos védelem, jogos önszegély, sürgősségi helyzet esetén nem beszélhetünk jogellenességről.

Az eddig említett objektív elemeken túl *az alkalmazott jogkövetkezményt befolyásolják a „jogi beszámítás különös elemeinek” nevezett tényezők is*. Marton szerint az uralkodó felelősségkoncepció kizárólag a vétkességgel mint szubjektív tényezővel számol, mely azonban a korábban kifejtett bírálóknak megfelelően nem elégséges. Amellett, hogy a felelősség körében szerepet játszik a vétkesség, két korábban is említett tényezőt is megnevez, melyet számításba kell vennie a bírónak. Az egyik a *prevencióelv*, a másik pedig az *érdekelv*.⁴³ Természetesen a vétkesség, a prevencióelv és az érdekelv mint a jogi beszámítást befolyásoló ismérvek kölcsönösen hatással vannak egymásra, például azok a cselekmények, melyeknél a vétkesség magasabb fokban áll fenn, nagyobb veszélyt jelentenek a társadalomra, így nagyobb büntetés és erősebb prevenciótörekvés jelenik meg az ilyen cselekményekkel szemben.

A szankciókötelmek mellett említést tesz olyan kártérítési kötelemekekről is, melyek *nem szankcióobligációk*. Ebben az esetben jogos magatartásból származó károk rendezéséről van szó, a tényállási elemek közül a kár és az okozati összefüggés jelenik meg. Ezekben az esetekben a jogellenesség hiánya miatt a prevencióelv és a vétkesség nem jön figyelembe, az érdekelvnek lesz kiemelkedő szerepe Marton szerint. Az ugyanis, hogy „valaki más vagyonában előidézett hiánnyal oksági összefüggésben előnyhöz jut,

⁴⁰ MARTON i.m. 122.

⁴¹ MARTON i.m. 133.

⁴² MARTON i.m. 140.

⁴³ MARTON i.m. 142.

elégseges alap lehet arra, hogy kötelezze őt a kárnak megtérítésére.”⁴⁴ Ide sorolja például a kisajátítást, a más javainak szükséghelyzetben történő igénybevétele, veszélyközösségből eredő kártérítési kötelezettséget, az alaptalan gazdagosából eredő kötelmet.

Az 1959-es Ptk. felelősségkoncepciójának kialakításában meghatározó szerepe volt Eörsi Gyula műveinek. Felelősségi elmélete a polgári jogi felelősséget a jogi felelősség egy speciális alakzataként értelmezi, mely a „jogi felelősség általános rendeltetését polgári jogi módon valósítja meg”.⁴⁵ *Elméletének alapja, hogy a polgári jogi felelősséget oly módon kell szabályozni, hogy a jogintézmény tartalmát ne a jogi dogmatika logikája határozza meg, hanem a polgári jogi felelősség társadalmi rendeltetése.* Egy ilyen elmélet felépítését viszont *több visszahúzó tényező is nehezíti. Az egyik a történeti okokban keresendő.* A büntető és polgári jog függetlensége, elhatárolása kapcsán uralkodó nézetek szerint a „büntetőjog büntet, a polgári jog reparál”. Viszont a reparációs kötelezettség egyben bünteti is a károkozót, csak abban esetben nem, ha a reparáció szerződéses elvállaláson, azaz biztosítási szerződésen alapszik. Ez biztosítja a károk megtérülését felróhatóság nélkül is, viszont a hátránya, hogy „az egész kérdést kalkulációs és kárelosztási kérdéssé degradálja és lényegében lemond a magatartás befolyásolásáról, neveléséről”.⁴⁶ Eörsi szerint természetesen törekedni kell azoknak a károknak a társadalmi megtérítésére, elosztására, melyekért senki sem felelős, viszont aki felróható magatartásával okozott kárt, azt személyesen kell kötelezni a kártérítésre, még akkor is, ha így nem választható el vegytisztán a büntetőjogi és polgári jogi felelősség.

A másik ami nehezíti egy új elmélet kidolgozását, néhány dogmatikai tétel, mely indokolatlanul kiszélesíti a polgári jogi felelősség fogalmát, ezáltal Eörsi szerint a „felelősség csak polgári jogi lesz és nem lesz többé felelősség”, „a polgári jog területén sok össze nem illő mozzanatot tartalmazván merőben formális kategóriává válik”.⁴⁷ Az egyik ilyen dogmatikai probléma, hogy a reparáció egy általános polgári jogi eszköz, nemcsak a felelősséggel kapcsolatban van jelen. Eörsi szerint kívánatos lenne a differenciálás, vagyis, hogy a kártérítési kötelelemhez csak a jogellenes magatartásból eredő reparációs kötelezettségek tartozzanak, és ne szélesítsék ki a polgári jogi

⁴⁴ MARTON i.m. 156.

⁴⁵ EÖRSI Gyula, *A jogi felelősség alapproblémái, a polgári jogi felelősség*, Akadémia Kiadó, Budapest, 1961, 249.

⁴⁶ EÖRSI [1961] i.m. 251.

⁴⁷ EÖRSI [1961] i.m. 259.

felelősség fogalmát az összes reparációs esetre, ezáltal formális kategóriává téve azt. A másik *dogmatikai probléma az a felfogás, mely szerint minden jogsértésből felelősség származik* és a jogsértések jogkövetkezményei mindig a felelősség körébe tartoznak. Példákat említ arra, hogy amennyiben ezt a tételt elfogadjuk, akkor megint csak túlzottan széles felelősségi fogalomhoz jutunk, hisz jogsértés például az is, ha nem foglalják írásba az ingatlan adásvételi szerződést, vagy formahibásan végrendelkezik valaki.⁴⁸ Eörsi a polgári jogi felelősség által védett érdekként nevezi meg egyrészt a személyhez fűződő, valamint a szellemi alkotásokhoz fűződő érdeket, továbbá a vagyoni érdekeket. Az ezeket sértő magatartások relevánsak a polgári jogi felelősség szempontjából.⁴⁹

A polgári jogi felelősség objektív előfeltétele a *jogellenes magatartás*. Polgári jogi szempontból azon magatartások értékelendők, melyek amellet, hogy a tárgyi jog megsértésével járnak, *valakinek az alanyi jogát is sértik, illetve az alanyi jog sérelme károsodásban is megnyilvánul*.⁵⁰ A jogellenes magatartással kapcsolatban kiemeli, hogy az már egy „*általános formula*”, ellentétben a római joggal, amikor taxatívén fel lehetett sorolni a jogellenes magatartásokat, mivel mindegyikhez tartozott egy kereset. A jogellenesség fogalmának általánossá válásához hozzájárult a szerződések kötelező erejének elismerése is, hisz ilyen módon, „ha a szerződés teljesítése általánosságban kötelező, akkor a nemteljesítés általánosságban jogellenes”.⁵¹ Eörsi álláspontja szerint a kártérítési kötelelem egyes elemei nem választhatók el élesen egymástól, bár a tudományos kutatások érdekében szükség van arra, hogy külön-külön is foglalkozzunk velük. A jogellenes magatartás és okozati összefüggés kapcsolatával is alátámasztja a fenti alaptézist, ugyanis *az okozati összefüggést a jogellenes magatartás egyik alkotóelemének tekinti*, „a magatartás önmagában nem, csupán következményeiben jogellenes”.⁵² Más jogágak szabályai alapján egy magatartás már önmagában is lehet jogellenes, a polgári jogban viszont általánosan igaz az a tétel, hogy a magatartás akkor értékelendő felelősségtani szempontból, ha az kárt okozott. Vagyis „a magatartást okozata: a kár avatja jogellenessé” ilyen módon a két felelősségi előfeltétel nem

⁴⁸ EÖRSI [1961] i.m. 255.

⁴⁹ EÖRSI Gyula, *Kötelmi jog, Általános rész*, Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 2009, 249.

⁵⁰ EÖRSI Gyula, *Kártérítés jogellenes magatartásért*, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1958, 49.

⁵¹ EÖRSI [1961] i.m. 290.

⁵² EÖRSI [1961] i.m. 289.

választható el egymástól.⁵³ Eörsi szerint a jogellenesség mértékét is befolyásolja az okozati összefüggés, hisz csak azok a magatartások és olyan mértékben jogellenesek, melyek okozati kapcsolatban vannak a bekövetkezett kárral, mivel csak ezekre a magatartásokra lehet hatást gyakorolni a kártérítési jog szankciós eszközével. Bár nincs olyan jogi szabály, mely általános tevési, aktivitási kötelezettséget fogalmaz meg, nemcsak tevőleges magatartással valósítható meg jogellenesség, a nem tevessel történő károkozás ugyanúgy jogellenes, ha az okozati összefüggés megállapítható a bekövetkező kárral.

Azzal összefüggésben, hogy az *okozati összefüggés körébe mely történéseket kell bevonni*, értékelni, többféle elmélet alakult ki, melyekkel kapcsolatban *bírálatot fogalmaz meg* Eörsi. Így egyértelműen hibásnak, „*jogilag értékelhetetlennek*” tartja a *conditio sine qua non elméletet*. A helyes, ha nem tekintünk minden okot egyenértékűnek, hanem kiválasztjuk közülük a jogilag, azon belül pedig a polgári jog szempontjából releváns okokat.⁵⁴ Ugyanakkor *hibásnak tartja az ezen az elven alapuló adekvát kauzalitás tanát* is, mely szerint „*oknak kell tekinteni, ami az emberi tapasztalat szerint hasonló esetekben az illető eredményt létre szokta hozni*”. Ez az elmélet az okozati összefüggés objektív tényezőjébe szubjektív elemeket visz, ugyanakkor nem megfelelő, mert „*az okozatiság fokozatait keresi az emberi ismeretek alapján, márpedig az okozatosság a tapasztalatoktól, az emberi ismeretektől függetlenül létezik*”.⁵⁵ Eörsi szerint más szempont alapján kell kiválasztani a releváns okokat, olyan módon, hogy *azokat kell polgári jogilag relevánsnak tekinteni, melyek a polgári jog eszközeivel befolyásolhatók*, mellyel kapcsolatban várható, hogy a szankcióként alkalmazott kártérítés preventív hatást fejt ki.⁵⁶ E tekintetben kiemelendő, hogy *nemcsak közvetlen ok nyerhet jogi értékelést*, hanem közvetett ok is, illetve nemcsak tevőleges magatartás, hanem mulasztás is értékelhető az okozati összefüggés körében.

Eörsi a korábbi felelősségtani elméletekkel szemben *a felróhatóság szükségessége mellett tör lándzsát*. Szükség van a felróhatóságra, mert a polgári jogi felelősség nevelő, megelőző hatása csak abban az esetben érvényesül, ha a pusztán okozáson túl más tényező is értékelést nyer. Így természetesen lesznek olyan károk, melyeket nem felróhatóan okoznak, e felelősségi előfeltétel hiányában pedig a károsult köteles viselni

⁵³ EÖRSI [1961] i.m. 294.

⁵⁴ EÖRSI [1958] i.m. 61.

⁵⁵ EÖRSI [1958] i.m. 58.

⁵⁶ EÖRSI [2009] i.m. 271.

őket. Ahhoz, hogy a szankció nevelő hatása megvalósuljon, a feladat, hogy az emberi magatartásokkal szemben megfelelő követelményeket határozzunk meg, *a felrőhatóságtól független objektív felelősség nem alkalmas a magatartás befolyásolására*. Eörsi megoldást talál arra a problémára is, mely a vétkeességi tan ipari fejlődés következtében beállott megkérdőjelezése miatt kettészakította a polgári jogi felelősség rendszerét vétkeessen alapuló és objektív felelősségre. Ő ugyanis a felrőhatóság fogalma alá tartozónak tekinti a vétkeességet, a rosszhiszeműséget, továbbá „jórészt azokat a magatartásokat is, melyeket az úgynevezett objektív felelősség körében szoktak tárgyalni”.⁵⁷ A felelősség ebben az elméletben nem a vétkeességtől függő vagy attól független, objektív volta szerint differenciálódik, hanem „a felrőhatóságon alapuló egységes felelősség a tipikus károkozásfajták szerint differenciálódik”.⁵⁸ Eörsi *a Ptk. 339. § (1) bekezdését a „vétkeesség általános polgári jogi fogalmának”⁵⁹ meghatározásaként értelmezi*, vagyis vétkesnek azt kell tekinteni, aki nem úgy járt el, ahogyan az az adott helyzetben általában elvárható. Ha valaki nem ennek megfelelően cselekedett, az megalapozza a polgári jogi felelősségét, amennyiben más előfeltételek is fennállnak, a felelősség mértéke viszont a bekövetkezett kártól függ. A polgári jogi felelősség sajátossága, hogy „az általában elvárható magatartást az adott helyzet körülményeihez viszonyítva kell megítélni”.⁶⁰ Azaz *az elvárhatóság szintje az általában elvárható és az egyéntől elvárható szint között helyezkedik el*, speciális mércét jelölve a társadalom tagjainak. A szabály nem jelöl egy általános zsinórmértéket, hanem *mindig az adott helyzet dönti el, hogy mi az elvárható*, kívánatos magatartás, így a felelősség megállapításánál mindig szükség van az eset körülményeinek, vagyis annak tisztázására, hogy mi volt az adott helyzet. Így állapítható meg, hogy általában abban a helyzetben mi a helyénvaló és, hogy a károkozó eszerint cselekedett e. A károkozó személyes tulajdonságai is értékelést nyerhetnek az adott helyzet vizsgálatakor. A Ptk. idézett szabálya tehát „zsinórmértékek sokaságát” hozza létre, mely „magatartástípusok alapjukban közösek..., de az adott helyzetek sokféleségének megfelelően specifikus vonásaik vannak”.⁶¹ Kiemel néhány esetkört, így például az *orvosi felelősség kérdését* is, melynek bírói gyakorlata azon alapul, hogy az orvossal szemben fokozott

⁵⁷ EÖRSI [1961] i.m. 351.

⁵⁸ EÖRSI [1961] i.m. 405.

⁵⁹ EÖRSI [1961] i.m. 328.

⁶⁰ EÖRSI [1961] i.m. 331.

⁶¹ EÖRSI [1961] i.m. 336.

követelményeket támaszt, mivel egy speciális terület szakértője, így „semmit sem hozhat föl tudatlanságának mentegetésére”.⁶²

A kártérítési felelősség nélkülözhetetlen előfeltétele a *kár bekövetkezése* is. A Ptk. hatályba lépésekor csak a vagyoni kár fogalmát ismerte, 1977-ben vált lehetővé a jelenlegihez képest korlátozott formában a nem vagyoni kártérítés. Eörsi a *vagyoni kárnak* három típusát nevezi meg. Így a felmerült kár kategóriáját, mely „a károsult vagyonaiban bekövetkezett értékcsökkenést jelenti”.⁶³ Így például, ami valamely dolog megrongálódása, elveszése, értékcsökkenése folytán éri a tulajdonost. A kár fogalmi körébe vonható az *elmaradt haszon* is, „mellyel a károsult vagyona gyarapodott volna akkor, ha a károsító magatartás nem következett volna be”.⁶⁴ Az elmaradt haszonnak több típusát említi Eörsi. Ide tartozik a szocialista szervezetek elmaradt haszna, például, ha egy áru fuvarozással foglalkozó vállalat a kár miatt néhány fuvarszközének működtetését kénytelen szüneteltetni. Az elmaradt haszon körébe vonható az elmaradt jövedelem is, melyhez a munkaviszonyból származó, rendszeres, nem rendszeres jövedelmek, valamint a nem munkaviszonyból származó kiegészítő jövedelmek⁶⁵ tartoznak. Az elmaradt haszon speciális esete az elmaradt tartás az eltartó halála esetén, melyet ellenérték nélkül volt köteles nyújtani, továbbá a magántulajdon elmaradt haszna, azaz a munka és a tulajdon hozama.⁶⁶ A vagyoni kár harmadik kategóriája az *indokolt kiadás*, amihez azok a költségek tartoznak, „melyek a károsultat ért hátrány csökkentéséhez vagy kiküszöböléséhez szükségesek”. Ilyen kiadásnak minősülnek többek között haláleset esetén a temetési költségek, közeli rokonok utazási költsége a gyógyintézetbe, ételmezési többletkiadások, ápolási, gondozási többletkiadások.⁶⁷

1.2. Az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségének fejlődéstörténete

Az egészségügyi kártérítési pereket érintő *jelentős változásoknak* lehetünk tanúi az elmúlt 20-25 év vonatkozásában. Amellett, hogy az eljárások számában, a megítélt

⁶² EÖRSI [1961] i.m. 333.

⁶³ EÖRSI Gyula, *A polgári jogi kártérítési felelősség kézikönyve*, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1966, 75.

⁶⁴ EÖRSI [2009] i.m. 265.

⁶⁵ Például kerti munkák, háztáji gazdaság jövedelme, illetve ide tartoznak a megtakarítások is (például: nem tudja elvégezni a károsult a háztartási munkákat, speciális, drágább étrend...).

⁶⁶ Például elmaradt bérleti díj, állat-és gyümölcszaporulat elmaradása.

⁶⁷ EÖRSI [1966] i.m. 77-97.

kártérítési összegekben emelkedő tendenciát láthatunk, a peren kívüli egyezségek tekintetében és a pernyertességi arányokban is változások következtek be.

Célom annak bemutatása, hogy az egészségügyi szolgáltatók polgári jogi felelősségével kapcsolatos ítélkezési gyakorlat milyen változásokon ment keresztül. Ehhez természetesen nélkülözhetetlen a jogszabályi környezetben bekövetkező változások nyomon követése, ezen túl pedig az egészségügyi kártérítési eljárások megindítását és kimenetelét befolyásoló egyéb tényezők vizsgálata is. A történeti áttekintés végén kitérek az aktuálisan megfigyelhető problémák, tendenciák rövid elemzésére is, azonban ezek részletesebb vizsgálata a következő fejezet tárgyát képezi.

1.2.1. Az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségének jellemzői a kialakulásától a rendszerváltásig terjedő időszakban

Az orvosi műhibáért való felelősség első hazai törvényi szabályozásával a közegészségügy rendezéséről szóló 1876. évi XIV. törvénycikkben találkozhatunk,⁶⁸ melynek értelmében: „A gyakorlatra jogosított orvos a gyógy mód alkalmazásában nem korlátoltathatik, működésére nézve azonban az állam ellenőrködése alatt áll, és az általa elkövetett műhibákért felelős.”⁶⁹ Annak ellenére, hogy létrehozták az Igazságügyi Orvosi Tanácsot is, melynek feladatát akként jelölte meg a jogalkotó, hogy: „indokolt szakvélemény nyilvánítása útján, az igazságügyi minisztérium és a bíróságok teendőiben segédkezni,”⁷⁰ ebben az időszokban még alig merül föl igény az orvosi tevékenység felülbírálására vonatkozóan.⁷¹ Az első kártérítési igényekkel hazánkban az 1920-as években találkozhatunk, az első pénz fizetésére kötelező marasztaló ítélet 1930-ból származik.⁷²

Az orvosi felelősség kérdéskörét meglehetősen periférikusan kezelte az orvosi rendtartásról szóló 1936. évi I. törvénycikk, amely az orvos gyógyító tevékenységének és a gyógy mód meghatározásának a szabadságáról rendelkezett, melynek az orvosi

⁶⁸ SÁNDOR Judit, *Gyógyítás és ítélkezés*, Medicina, Budapest, 1997, 50.

⁶⁹ 1876. évi XIV. tc. 47. §.

⁷⁰ 1890. évi XI. tc. 1. §; A testület egyik feladata: 2. § b) véleményadás orvosok által elkövetett és a bíróságok eljárását igénylő műhibák felett.

⁷¹ SCHUSTER Rudolf, *Az orvos felelőssége*, Jogállam, 1933, 3. füzet, 99.

⁷² JOBBÁGYI Gábor, *Orvosi jog Hippokratésztől a klónozásig*, Szent István Társulat, Budapest, 2007, 71.

gyakorlatra vonatkozó szabályzat⁷³ jelent korlátot. E rendelkezés lépett a fent idézett 1876-os jogszabályhely helyébe, mely már nem emeli ki a műhibáért való felelősséget.⁷⁴ *Az 1945-öt megelőző időszakban csak elvétve találkozhatunk egészségügyi kártérítési perrel.*

A jogforrások sorában a következő az *1959-es orvosi rendtartás*,⁷⁵ mely elsőként tartalmazza a későbbiekben hosszú időn át meghatározó *legnagyobb gondosság követelményét* a gyógyítás kapcsán,⁷⁶ ezek mellett pedig rögzíti az *orvosi tevékenység* jogszabályi keretek közötti *szabad gyakorlásának lehetőségét*.⁷⁷ A legnagyobb gondosság követelménye sem lehet egyenlő azzal, hogy a legkiválóbb, átlagon felüli képességekkel rendelkező orvos tevékenységéből indulunk ki. Tekintettel az emberek életének megmentéséhez, egészségének megőrzéséhez fűződő feladatok kiemelt fontosságára, *a társadalom az orvosoktól fokozott gondosságot és körültekintést vár el, viszont csak azt, melyre az átlagos orvos képes*.⁷⁸ Az orvosi rendtartás mellett fontos szerephez jut az *1959. évi IV. törvény, a Polgári Törvénykönyv* megjelenése is, lévén, hogy az orvosi tevékenységért való felelősség általános feltételeit ez a jogszabály fekteti le. Míg az 1950-es évek végén az Egyesült Államokban már az első orvosi műhiba és felelősségbiztosítási krízissel küzdenek, addig nálunk csekély számban fordulnak elő ilyen típusú kártérítési perek.⁷⁹

⁷³ Ez alatt az orvosi kamara országos közgyűlése által megállapított szabályzatot érti a jogszabály. (1936. évi I. tc. 10. § (2) bekezdés g) pont).

⁷⁴ A felelősségről akként rendelkezik, hogy: „az orvos büntetőjogi és magánjogi felelősségére az általános jogszabályok irányadók” (38. §).

⁷⁵ 1959. évi 8. tvr.

⁷⁶ 1959. évi 8. tvr. 3. § (1) bekezdés: „A legnagyobb gondossággal és körültekintéssel teszi meg mindazokat az intézkedéseket, melyek a beteg életének megmentéséhez, gyógyulásához és munkaképességének helyreállításához szükségesek.”

⁷⁷ 1959. évi 8. tvr. 5. §.

⁷⁸ TÖRÖ Károly, *Az orvosi polgári jogviszony*, Közigazgatási és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1965, 275.; Elmélete mellett ezt a felfogást támasztja alá a Legfelsőbb Bíróság álláspontja is, mely az 1959-es orvosi rendtartástól néhány évvel korábban született. E szerint: azt a gondosságot kell megkövetelni, melyet az orvostudománynak a kezelés idejében való állása szerint az eset körülményei között minden átlagos ismeretekkel rendelkező orvostól el lehet várni (20.844/1953).

⁷⁹ Néhány példa az 1950-es évek végéről származó kártérítési ügyekből:

Kártérítési kötelezettséget von maga után, hogy a kórházban a Biligraphin injekciót anélkül alkalmazták, hogy az előírt és elvégzett érzékenységi próba eredményét ellenőrizték volna és ezáltal a felperes bénulását idézték elő. (Budapesti Fővárosi Bíróság 51. Pf. 20.619/1960)

Felelős a kórház azért, mert a nem megfelelő gyakorlattal és képzettséggel rendelkező ápolónő adta be az orvos helyett és ellenőrzése nélkül az intravénás injekciót. (Pesti Központi Kerületi Bíróság 89.210/1958)

Objektíve jogellenes károkozásnak minősül a középfülben végzett műtét eredményeként előállott egyensúlyzavar. Mivel azonban a kérdéses műtetre feltétlenül szükség volt, a leggondosabb orvosi beavatkozás ellenére sem volt kiküszöbölhető az egyensúlyzavar létrejötte, így a felróhatóság nem állapítható meg. (Pesti Központi Kerületi Bíróság 9. P. 87.841/1963).

További példák: TÖRÖ [1965] i.m.

Magyarországon elsőként az 1949. évi XX. törvény rendelkezett arról, hogy az állam védi a dolgozók egészségét az egészségügyi ellátás megszervezésével. Ennek jegyében az Országgyűlés 1972-ben fogadta el a ma is hatályos *egészségügyi törvényünk elődjét*, melynek szükségességét az indokolta, hogy „a társadalmi haladással és fejlődéssel növekszik az emberi egészség fokozott védelmének igénye és lehetősége”.⁸⁰ A törvény ebben a szellemben határozta meg az egészségügyre vonatkozó rendelkezéseket, egészségügy körébe tartozó feladatokat, jogokat és kötelezettségeket. Témám szempontjából releváns a gyógyítók felelősségének megjelenése, mellyel kapcsolatban a korábbi jogszabálysöveg átemelésével találkozhatunk. *A zsinórmérték továbbra is a legnagyobb gondosság*, mellyel az orvosnak el kell járnia a beteg életének megmentése, gyógyulásának elősegítése, munkaképességének helyreállítása érdekében.⁸¹ Az 1980-as évektől a rendszerváltásig terjedő időszakra vonatkozó egészségügyi kártérítési pereket érintő konkrét *számadatok* is rendelkezésre állnak, a Sándor Judit és Bartha Ferenc által végzett kutatómunka alapján. Kutatási tevékenységük nyomán megismerhetjük, hogy Budapesten 1982-1988-ig hány és milyen területeket érintő ítélet született. Az adatokból országos képet nem kapunk, azonban jelenleg is nagyobb számban fordulnak elő ilyen típusú kártérítési igények a fővárosban, mint vidéken, ez a tendencia arra az időszakra is vonatkoztatható, így ezeket jelentős adatoknak tekinthetjük. A tanulmány szerint Budapesten 1982 és 1988 között 54 egészségügyi kártérítési pert indítottak, melyből 28 esetben elutasították a kárigényt.⁸² Már ekkor is mutatkozik a ma is tapasztalható tendencia, mely szerint *a leginkább fenyegetett szakterületek a sebészet és a szülészeti-nőgyógyászat*.⁸³ A betegek különösen halmozódott hibák esetében fordulnak bírósághoz, melyek általában rutin jellegű, gyakran előforduló beavatkozások kapcsán merülnek föl, és *a pereskedési szándékot nagyban befolyásolja az orvos kommunikációja a beteggel*, illetve a hiba elhárítása érdekében tett intézkedései.⁸⁴ Összességében megállapítható, hogy *ebben az időszakban sincsenek nagy számban jelen az egészségügyi szolgáltatók elleni kártérítési eljárások*, a fővárosban éves szinten 8-10 kereset jelenik meg és a keresetek elutasításának és elfogadásának *arányai is kiegyenlítették*.

⁸⁰ Az 1972. évi II. törvény törvényjavaslatának indokolása.

⁸¹ 1972. évi II. törvény 43. §.

⁸² BARTHA Ferenc-SÁNDOR Judit, *Egészségügyi tevékenység – polgári jogi felelősség (tapasztalatok a peres eljárások gyakorlatából) I. kötet*, Országos Orvostudományi Információs Intézet és Könyvtár, Budapest, 1990, 80.

⁸³ Az 54 perből 17 a szülészeti-nőgyógyászat, 13 pedig a sebészet területéhez kapcsolódik. (BARTHA-SÁNDOR i.m. 81.).

⁸⁴ BARTHA-SÁNDOR i.m. 91.

1.2.2. Az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségének jellemzői a rendszerváltástól napjainkig

A rendszerváltást követően *alapvetően megváltoznak* az egészségügyi tevékenységgel kapcsolatos *elvárások*. Természetesen ez *nem egy hirtelen, drasztikus változásként* érzékelhető, megnyilvánul egyrészt abban, hogy fokozódik a médiaérdeklődés az egészségügyi ellátásokkal összefüggésben, több ügyvéd specializálódik ezen kártérítési perekben a betegek képviselőjére, és a folyamat része, hogy 1997-ben a jogszabályi környezet is megváltozik. Az 1972-es egészségügyi törvényt új ágazati jogszabály váltja fel, az *1997. évi CLIV. törvény*, mely az európai viszonylatban is kiemelkedő, széleskörű betegjogi katalógusával a korábbi teljesen kiszolgáltatott helyzetből kiemelte a betegeket, és lehetőséget biztosított számukra, hogy az egészségügyi szolgáltatásokat is tudatosan közelítsék meg. Ugyanakkor az ellátás minőségével összefüggésben továbbra is *megőrizte a legnagyobb gondosság követelményét*.⁸⁵

Korábban meglehetősen csekély számú orvosi tevékenységet érintő per indult, így *a rendszerváltást követő első évekre még nem alakult ki részletes bírói gyakorlat*, típusügyek, a törvényi szabályok értelmezése a gyakorlati esetek kapcsán még váratott magára. Ebben az időszakban a betegek pernyertességi aránya a jelenlegihez képest teljesen más volt, *döntően a kereset elutasításával végződött az eljárás*.⁸⁶ Ennek oka abban keresendő, hogy *a beteg egy ilyen eljárás folyamán eleve kiszolgáltatott helyzetben van és a kezdeti időkben a bírói gyakorlat és a jogszabályi környezet sem törekszik ezt ellensúlyozni*. A kiszolgáltatottság már az egészségügyi ellátás során adott, hisz az orvoslás egy nagyon speciális szakismeretet igénylő tevékenység, mely ismeretekkel az átlagos állampolgár egyáltalán nem rendelkezik. Így kénytelen megbízni az ismeretek birtokában levő orvosban. A kiszolgáltatottság tovább fokozódik, ha a kezelés során probléma lép föl és pert kíván indítani a jogai érvényesítése végett. A perben a felelősségi előfeltételek közül *a betegől várják el annak bizonyítását, hogy*

⁸⁵ Eütv. 77. § „Minden beteget –az ellátás igénybe vételének jogcímére tekintet nélkül- az ellátásban részt vevőktől elvárható legnagyobb gondossággal, valamint a szakmai és etikai szabályok illetve irányelvek betartásával kell ellátni.”

⁸⁶ SIMON Tamás, *Az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségének vizsgálata a felperesek szemszögéből, avagy az „orvosi műhiba” kínos, küzdelmes, kellemes, kényelmes, kaotikus és kívánatos-kérdéses korszakairól*, 2002, Budapest Fórum Európáért Alapítvány előadása (<http://www.384ugyvediiroda.hu/384/images/pdf/kinos.pdf> Letöltve: 2012. december 20.) 2.

jogellenes magatartással okozati összefüggésben kár érte. A bizonyítékul szolgáló okiratok mind a kórház birtokában vannak és az Eütv. rendelkezéseit⁸⁷ megelőzően nem is volt jogszabályi kötelezettség ezek kiadására a beteg számára.⁸⁸ Bizonyítékként rendelkezésre áll még a beavatkozást végző orvos és ápoló személyzet, mely szintén nem a felperes helyzetét erősíti.⁸⁹ Emellett általában igazságügyi szakértő kirendelése történik, hiszen a szükséges szakismeretekkel a bíróság sem rendelkezik. A szakértők e kezdeti időszakban döntően az egészségügyi intézmény számára kedvezően foglaltak állást.⁹⁰

A rendszerváltás utáni *első 5 év elteltét követően* egyre nagyobb arányban jelennek meg a kártérítési igények és új tendenciák határozzák meg a következő időszakot. *A bírói gyakorlat kezdeti elutasító magatartása és az Eütv. hatályba lépésével a jogszabályi környezet is változik,⁹¹ a perek számának emelkedése pedig maga után vonja a típusügyek kialakulását,⁹² valamint, hogy fontos, jogszabályban megjelenő fogalmakat a bírói gyakorlat kitölt tartalommal.⁹³ Ennek nyomán 1994-95-ben a korábban*

⁸⁷ Eütv. 24. § Megemlítendő, hogy már az Eütv.-t megelőzően is találkozunk olyan bírósági határozattal, mely szerint személyhez fűződő jogokat sért, ha a gyógyintézet a beteg kezelésével, műtétjével kapcsolatos okiratok kiadását megtagadja (BH 1995.87).

⁸⁸ SIMON Tamás, *Az orvosi műhiba miatti kártérítési perek gyakorlata a felperesek szemszögéből*, Egészségügyi Menedzsment, 2000, 3. szám, 50.

⁸⁹ MARTINI Zoltán, *Gondolatok az orvosi perekről*, Bírák Lapja, 1996, 3-4. szám, 224.

⁹⁰ Például a legnagyobb gondossággal történő eljárás megvalósult (holott annak még pontos értelmezése a bírói gyakorlatban nem alakult ki a '90-es évek elejére); műhiba nem történt stb. (Lásd: SIMON [2002. Budapest Fórum Európáért Alapítvány előadás] i.m. 1.)

⁹¹ Például szigorúbbá válnak a beteg tájékoztatásával kapcsolatos követelmények. Az 1972-es egészségügyi törvény a betegségről és a beteg állapotáról megfelelő tájékoztatást írt elő, míg ezzel szemben a 1997-es Eütv. egyéniesített és teljes körű tájékoztatást követel meg.

⁹² Példák:

1. Változik a megítélés a műtéti beavatkozás során bent felejtett idegen testtel kapcsolatban. A korábbi álláspont nem volt egyértelmű e tekintetben, lehetőség volt azt a kockázatok körében értékelni, hiszen a műtőorvos figyelmét leköti a műtét megoldása (lásd: TÖRŐ Károly, *Az orvosi jogviszony*, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1986, 378.). Az új álláspont egyértelmű e tekintetben, nevezetesen, hogy nem lehet műtéti kockázatnak tekinteni az olyan orvosi tevékenységet, mely a jogi megítélés alapján felróható. (például: BH 1995.87, BH 1981.187, Legfelsőbb Bíróság Pf. III. 20 511/1995)

2. Szülészeti perek esetén a császármetszés indikációja esetén hagyományosan levezetett szülés miatt károsodott magzat esete (Veszprém Megyei Bíróság Pf. 20 420/1998).

3. A fent említett jogszabályváltozás miatt, mely szigorította a tájékoztatással kapcsolatos követelményeket, sorra jelennek meg a tájékoztatási kötelezettség megsértésével, nem megfelelő tájékoztatással kapcsolatos ügyek. (BH 1995.344, Legfelsőbb Bíróság Pvf. III. 33 832/1996)

⁹³ Például a legnagyobb gondosság zsinórmértékének értelmezése (BH 1998.585): „Az Eütv. 43. §-ának (2) bekezdése szerint a gyógyító-megelőző tevékenységet az orvosnak a legnagyobb gondossággal és körültekintéssel kell kifejtenie. Ebből az következik, hogy a Ptk. 339. §-ának (1) bekezdése szerinti általában elvárható magatartás mértéke a gyógyító orvosnál a legnagyobb gondosság és körültekintés... a perben rendelkezésre álló szakértői bizonyítás alapján megállapítható volt az előírtól kétszer nagyobb mennyiségű kontrasztanyag felhasználása következtében kialakult mellékhatás és a bekövetkezett halálos eredmény között az okozati összefüggés. Az orvossal szemben jogszabályban megfogalmazott legnagyobb gondosság és körültekintés tanúsításának elmaradása minősül a jogi megítélés szempontjából felróható magatartásnak...”

*tapasztalható magas keresetelutasítási arány változik, a betegek és hozzátartozóik pernyertességi aránya növekedésnek indul. 1997-98-ra már a mindennapi élet részévé válnak az egészségügyi intézményekkel szembeni kárigények.*⁹⁴ Ebben az időszakban egy sajátos, sajnálatos módon azóta sem tapasztalható tendencia veszi kezdetét és határozza meg a következő évek gyakorlatát, nevezetesen *a vitás ügyek döntő többségének peren kívüli megegyezéssel történő rendezése*. A peren kívüli egyezségek számának növekedése visszaszorítja a bíróság előtti igényérvényesítéseket,⁹⁵ mely több okból is nagyon kedvező. *Nem húzódott el évekig az eljárás, ezáltal anyagilag, érzelmileg kevesebb megterhelést jelentett, nem beszélve arról, hogy a felek a megállapodásukban titkossági záradékot is tehettek,*⁹⁶ így a nagy nyilvánosság sem értesült az ügy részleteiről a szenzációhajhász média tolmácsolásában. Emellett a felek a megegyezés érdekében arra törekedtek, hogy az *egyezségi összeg ne haladja meg a biztosító eseti helytállási limitjét*, ebben az időszakban tehát még egy működő, valós védelmet nyújtó jogintézményről beszélhetünk a kötelező szakmai felelősségbiztosítás kapcsán. A beteg gyorsabban jutott hozzá a kisebb, ámde biztos kártérítéshez, az egészségügyi szolgáltatóknak pedig csak az önrészt kellett megfizetnie.⁹⁷ Sajnos a peren kívüli egyezségek időszaka is csak addig tartott, amíg a biztosítói oldal számára kedvező volt mindez. Amikor elkezdett romlani a biztosítási díjbevétel és a kifizetett kártérítések aránya, *egyre csökkent a biztosítói oldal hajlandósága a peren kívüli megállapodások jóváhagyására.*⁹⁸ A biztosítók inkább kivárvák a bírósági ítéletet bízva abban, hogy a per során valamely, helytállási kötelezettségüket kizáró okra tudnak hivatkozni, vagy esetleg érvényesíthetik regressz igényüket.⁹⁹ Ezen tendenciáknak köszönhetően az ezredforduló újra a peres eljárások előtérbe kerülését és egyben az *egészségügyi szolgáltatók kötelező szakmai felelősségbiztosításának* mind máig húzódó *hanyagló korszakát* indítja el.¹⁰⁰

⁹⁴ SIMON [Egészségügyi Menedzsment 2000] i.m. 50.

⁹⁵ SIMON [2002. Budapest Fórum Európáért Alapítvány előadás] 6.

⁹⁶ SIMON Tamás, *Az érem két oldala*, Kórház, 2004, 10. szám, 13.

⁹⁷ Uo.

⁹⁸ SIMON Tamás, *Szakmai felelősségbiztosítás az állam, az egészségügyi szolgáltatók, a betegek és a biztosítók szemszögéből*, Nagy lépések az egészségügyben szakmai konferencia, 2004. november 14., www.384ugyvediiroda.hu/allam.pdf, (letöltve: 2007. július 02.).

⁹⁹ A betegek részéről is egyre inkább elutasító magatartás jelenik meg a limiten belüli, peren kívüli megegyezéssel kapcsolatban, mivel a káreseményenkénti limit összege alacsony szinten reked meg, nő a rés a perben megnyerhető összegek és a peren kívüli egyezséggel elérhető összegek között.

¹⁰⁰ Miközben a felelősségbiztosítási díjtételek emelkednek, az intézmények által kifizetett, biztosítás által nem fedezett összegek növekednek (1998: 1,7 millió ft, 2001: 33 millió ft). Így növekszik az intézmények által biztosításra és kártérítésre kifizetett összegek nagysága is. Míg 1998-ban 45 millió forintos költséget,

Az egészségügyi szolgáltatói felelősség megítélésében szerepet játszó elvárhatósági mérce jogszabályi változásának lehetünk tanúi, amikor az 1959 óta előírt elvárható legnagyobb gondosság követelményét *2004. május 1-től felváltja az ellátásban részt vevőktől elvárható gondosság követelménye.*¹⁰¹ Ez a változás azonban továbbra sem jelenti az egészségügyi szolgáltatásokat érintő felelősségi követelmények szigorának enyhülését. A korábbi zsinórmérték mintegy 45 esztendőn át tartotta magát, így a *legnagyobb szó hatályon kívül helyezése sem hozott radikális változást az egészségügyi szolgáltatók felelősségének megítélése terén.* Sőt, a gondossági mérce változásától függetlenül *az egészségügyi szolgáltatói felelősség egyre tágabbá válásának lehetünk tanúi* minden tekintetben, ahogyan arra a következő, felelőségi előfeltételekkel foglalkozó alfejezetben részletesen ki is térek.¹⁰² Véleményem szerint *az sem helyes, ahonnan a rendszerváltást követően elindultunk, viszont a legújabb tendenciák sem üdvözlendők.* Nem helyes, ha nem veszünk tudomást a betegek hátrányára fennálló információs aszimmetriáról és kiszolgáltatott helyzetükről. Valóban indokolt, hogy e tényezőket az ítélezési gyakorlat figyelembe vegye és könnyítsen a felperesi oldalon fennálló bizonyítási kötelezettség szigorán. Viszont *az sem megfelelő, ha túl nagy elmozdulás történik a másik irányba és valamennyi bizonytalansági tényezővel a másik oldalt terheljük,* ráadásul a szolgáltató csak akkor mentesülhet a felelősség alól, ha kétséget kizáróan el tud hátrítani minden ilyen tényezőt.¹⁰³ A bizonyítási teherrel kapcsolatos alfejezetből jól láthatóvá fog válni, hogy milyen jelentősen befolyásolja az eljárás kimenetelét az, hogy mely tényező bizonyítását melyik felelősségi előfeltétel körében és melyik peres féltől várjuk el. Megállapítható, hogy *több korábban az okozati összefüggés körében a felperes által bizonyítandó tényező bizonyítását immáron az alperes szolgáltatótól várják el a felelősség alóli kimentés körében.* Az egészségügyi szolgáltatók felelősségének túlzott kiszélesítése, a kimentés nehezedése, a felelősség elmozdulása az objektív felelősség irányába kedvezőtlen közeget teremt a gyógyító tevékenység számára. Az USA-t érintő későbbi fejezetben láthatóvá fog válni, hogy mennyire kedvezőtlen folyamatokat generál a parttalanná váló felelősség, így ezek a tendenciák mindenképpen kerülendők.

addig 2001-ben már 189 millió forintos költséget okoz az intézményeknek ez a teher. Lásd: DÓSA Ágnes, *Az orvos kártérítési felelőssége*, HVG ORAC, Budapest, 2010, 23.

¹⁰¹ Az Eütv. 77. § (3) bekezdését módosítja a 2003. évi LXXIV. törvény.

¹⁰² Az igények számának növekedése, a kártérítési összegek növekedése, a kimentéssel kapcsolatos követelmények szigorúbbá válása, az alperesek mind gyakoribb elmarasztalása révén.

¹⁰³ Szélsőséges esetben akár olyan irattal való bizonyítást is megkövetelnek a szolgáltatótól, melyet nem is köteles és nincs is lehetősége megőrizni. Ezen dokumentum hiányát is úgy értékelik, hogy a szolgáltató elzárta magát a kimentés lehetőségétől (például Pf. I. 20.723/2009/7 Lásd: TRIBULA [2011] i.m 248.).

1.3. Az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségének előfeltételei

1.3.1. Az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségét meghatározó jogviszonyok rendszere

Az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségének vizsgálata körében elsőként a *felelősséget meghatározó jogviszonyok rendszerének felvázolását* tartom fontosnak. Így az egészségügyi szolgáltató és a beteg közötti jogviszony feltárását, mely meghatározza az alkalmazásra kerülő felelősségi szabályokat. Továbbá az egészségügyi szolgáltató és az egészségügyi dolgozó közötti lehetséges jogviszonyok bemutatását, mely kártérítési felelősség megállapítása esetén a szolgáltató által teljesített kifizetés átháríthatóságának lehetősége tekintetében meghatározó. Valamint az egészségügyi szolgáltató és a felelősségbiztosítást nyújtó intézmény közötti kapcsolatot, melynek feltételrendszere döntő jelentőségű a szolgáltató anyagi felelősségének mértéke tekintetében.

1.3.1.1. Az egészségügyi szolgáltató és a beteg közötti jogviszony

E jogviszony egyik alanya az *egészségügyi szolgáltató*, azaz tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül minden egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosult egyéni egészségügyi vállalkozó, jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet, mely rendelkezik az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedéllyel.¹⁰⁴ A *beteg* az adott egészségi állapotához kapcsolódó egészségügyi tevékenységeket, azaz az egészségügyi ellátást igénybe vevő vagy abban részesülő személy.¹⁰⁵

A jogviszony természetéről mind a jogtudományban mind a jogtudomány és a joggyakorlat között viták alakultak ki. Az egyik kérdéskör e tekintetben a *jogviszony jogági besorolása*. A korábbi egészségügyi törvény alapján egyes jogtudósok szerint *államigazgatási jogviszonyként* kell értelmeznünk ezt a kapcsolatot.¹⁰⁶ E felfogás súlyos hibája, hogy ebben az olvasatban a beteg ügyfélnek minősül és alárendelt helyzetben

¹⁰⁴ Eütv. 3. § f) pont.

¹⁰⁵ Eütv. 3. § b)-c) pont.

¹⁰⁶ JOBBÁGYI Gábor, *Az orvos-beteg jogviszony az új Ptk.-ban*, Polgári Jogi Kodifikáció, 2005, 3. szám, 15.

van a szolgáltatóval szemben a közjogi jogviszonyok sajátosságai alapján. E helyett az a nézet vált uralkodóvá, mely egy közigazgatási elemekkel is átszőtt,¹⁰⁷ de *alapvetően magánjogi, azon belül is polgári jogi jogviszonynak* tekinti az egészségügyi szolgáltató és a beteg közötti jogviszonyt.

A másik kérdéskör e jogi kapcsolat vonatkozásában annak megítélése, hogy *a felek között van-e közvetlen szerződéses viszony?* E tekintetben a jogtudomány és a joggyakorlat eltérő álláspontra helyezkedett. Az egészségügyi szolgáltatók felelősségével összefüggő *bírósági esetek* döntő többségében a *szerződésen kívüli károkozásért való felelősség* szabályaira hivatkozva született döntés anélkül, hogy utalás történt volna a felek között fennálló bármilyen típusú előzetes szerződéses kapcsolatra.¹⁰⁸ Találunk olyan ítéletet is, melyben explicit módon is kifejezésre jut, hogy: „a károsult nem áll szerződéses kapcsolatban az egészségügyi szolgáltatóval, hanem a társadalombiztosítás keretében végzett gyógyító ellátásnak minősülő műtetet hajtottak végre”.¹⁰⁹ Ezzel szemben a *jogtudomány* képviselői¹¹⁰ arra az álláspontra helyezkedtek, hogy az egészségügyi szolgáltató és a beteg között nem a károkozás hoz létre relatív szerkezetű jogviszonyt, hanem *a szolgáltatás igénybe vételével létre jövő szerződéses kapcsolatról* van szó. A vitát az Eütv. 244. §-ának rendelkezése döntötte el 2010 januárjában, mely szerint: „az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggésben keletkezett kárigények tekintetében a *szerződésszegéssel okozott felelősség* polgári jogi szabályait kell megfelelően alkalmazni.” Ugyanakkor az idézett szakaszt az új Ptk. hatályba lépésével összefüggésben *módosították*, immáron a *Kódex deliktualis felelősségi szabályaira utal* az Eütv. 244. §. A jogszabályi változás miatt nem maradt olyan rendelkezés, mely utalna e jogviszony szerződéses voltára, így elképzelhető, hogy ez újabb viták fellángolását eredményezheti az egészségügyi szolgáltató és a beteg közötti jogviszony minősítésével kapcsolatban.

¹⁰⁷ Vannak olyan esetek, amikor az orvosi tevékenység célja az egyén gyógyítása mellett közérdekű is egyben és a betegnek nincs választási lehetősége az elrendelt gyógyító megelőző intézkedésekkel kapcsolatban (például kötelező védőoltások, kötelező szűrővizsgálatok, járványügyi intézkedések). Az igazgatási elemek jelennek meg például abban az esetben is, amikor az orvos keresőképtelenség, munkaképesség csökkenés tárgykerében dönt, vagy orvosszakértői tevékenységet végez. Lásd: TÖRŐ Károly, *Felelősség az orvosi működésért – Orvosi műhiba*, Magyar Jog, 1987, 2. szám 137.

¹⁰⁸ HAVASI Péter, *Összefoglaló jelentés az orvosi műhiba perek gyakorlatának áttekintéséről, különös tekintettel a nem vagyoni kártérítésre*, Budapest, 2008. január 14., 17.

¹⁰⁹ LB Pf. III. 25.898/2001/5.

¹¹⁰ Például: Törő Károly, Jobbágyi Gábor, Sándor Judit, Dósa Ágnes, Kemenes István, Szeghő Ágnes.

Amennyiben a jogviszonyt szerződésként értelmezzük, kérdéses, hogy beilleszthető-e valamely Ptk.-ban nevesített szerződés keretei közé, esetleg sajátos vonásai miatt indokolt önálló szerződéstípusnak tekintenünk?

Az egészségügyi szolgáltató és a beteg közötti jogviszony létrehozásának speciális jellemzői között említhetjük, hogy *a szerződés gyakran ráutaló magatartással*, az ellátás igénybe vételével jön létre. A szerződési szabadság alapelveinek több eleme is korlátozottan érvényesül e jogviszonyban. Így a területi ellátási kötelezettsége körében, valamint sürgős szükség esetén a szerződéskötési szabadság, illetve a partnerválasztás szabadsága sem adott, *szerződéskötési kötelezettség* terheli a szolgáltatót. Ugyanakkor például a hatósági jellegű orvosi beavatkozásoknál, kötelező védőoltásoknál a beteg sem dönthet szabadon a szerződés megkötéséről. A szerződési tartalom szabadsága is korlátozott, mivel a szerződés tartalmának meghatározásában döntő szerepe van az egészségügyi ágazati jogszabályoknak, melyek mindkét fél jogaival, kötelezettségeivel kapcsolatban tartalmazznak előírásokat, illetve az orvosi tevékenységgel kapcsolatos írott és íratlan szakmai szabályanyagnak is jelentősége van.¹¹¹ A jogviszonyban meghatározó jelentőségű a *felek együttműködési és tájékoztatási kötelezettsége*.

A nevesített szerződések közül *gyakran a megbízási szerződéssel rokonítják* e jogviszonyt, a lényeg ugyanis az egészségügyi szolgáltató gondos, szakszerű, szakmai és etikai szabályoknak megfelelő eljárása és a tevékenysége nem eredményköteles.¹¹² Ugyanakkor vannak a *megbízási szerződésnek olyan sajátos szabályai is, melyek e speciális jogviszonyban nem alkalmazhatók*. Így például, hogy a megbízó utasításadási joga az egészségügyi szolgáltató és a beteg közötti jogviszonyban teljesen más értelmet nyer. Az Eütv. a kezelőorvos jogosultságává teszi a vizsgálati és terápiás módszer megválasztását azzal a korlátozással, hogy a betegnek ehhez a jogszabálynak megfelelő tájékoztatást követően hozzájárulását kell adnia. Ezáltal az utasításadási jog *korlátozottan érvényesül*, az önrendelkezési jog gyakorlásában manifesztálódik.¹¹³ A megbízási szerződés jellemzője a *személyes ügyellatási kötelezettség*, a közreműködő igénybe vételének kivételes lehetősége. Az egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatban viszont ez a jellemvonás sem minden esetben érvényesül. Érvényre jut, ha a beteg

¹¹¹ JOBBÁGYI [2005] i.m. 17.

¹¹² Vannak azonban olyan esetek is, melyekben felmerül az eredményfelelősség, így a szerződés vállalkozási jellege. Eredményköteles tevékenység például a fogpótlás elkészítése, vállalkozási jellemzőket hordoznak például az egyéb fogászati beavatkozások, plasztikai beavatkozások. (HÍDVÉGINÉ ADORJÁN LÍVIA – SÁRINÉ SIMKÓ ÁGNES, *Műhibák és kártérítési perek az egészségügyben*, Medicina Kiadó, Budapest, 2013, 18.).

¹¹³ SÁNDOR [1997 Medicina] i.m. 59.

magánorvos szolgáltatását veszi igénybe, viszont az egészségügyi intézmények multidiszciplináris nagyüzemekké váltak, *érvényesül a munkamegosztás*, több dolgozó is részt vesz az ellátásában, akár egyidejűleg, akár egymást követően. Ebben a vonatkozásban nem értelmezhető a személyes ügyellátás, ezáltal a szerződésre jellemző bizalmi elem is kevesebb szerephez jut.¹¹⁴ A megbízási szerződés gyakran irányul a megbízó képviselőjére, mely orvos-beteg jogviszony vonatkozásában szintén nem jut érvényre, a *szerződés tárgya nem a beteg képviselője*. Sajátosan alakulnak a *díjfizetés* szabályai közfinanszírozott ellátás igénybe vétele esetén mivel nem közvetlenül, hanem a társadalombiztosítási rendszer útján valósul meg az ellátás finanszírozása.¹¹⁵ Amennyiben a páciens magánszolgáltatóhoz fordul, közvetlenül fizeti az ellátás költségeit.

A fenti jellemzőkre tekintettel, egyetértve azzal az állásponttal mely szerint e jogviszony speciális jellemzői miatt szétfeszíti a megbízási szerződés kereteit,¹¹⁶ *magam is indokoltnak éreztem volna, ha a jogalkotó a Ptk. kodifikációja kínálta lehetőséget kihasználva nevesített szerződéssé emeli, akár a megbízási szerződés altípusaként.*

1.3.1.2. Az egészségügyi tevékenység végzésének lehetséges formái

A kártérítési felelősség viszonyrendszerében meghatározó szerepe van az *egészségügyi szolgáltató és az egészségügyi dolgozó* közötti jogviszony típusának. Az egészségügyi tevékenység végzésének lehetséges formáit a 2003. évi LXXXIV. törvény az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről (továbbiakban Tevtv.) határozza meg. E szerint a tevékenység végezhető szabadfoglalkozás keretében, munkaviszonyban, közalkalmazotti, közszolgálati, kormányzati szolgálati, szolgálati jogviszonyban, egyéni egészségügyi vállalkozóként, társas vállalkozás tagjaként vagy egyéni cég tagjaként, önkéntes segítőként, egyházi személyként vagy vallási tevékenységet végző szervezet vallásos szertartást hivatásszerűen végző tagjaként.¹¹⁷ E

¹¹⁴ SZEGHŐ Ágnes, *A kezelési szerződés*, In: PAPP Tekla (szerk.): *Acta Conventus de Iure Civillii, Tomus XI.*, Lectum Kiadó, Szeged, 2009, 83.

¹¹⁵ KOVÁCSY Zsombor – DÓSA Ágnes, *A vállalkozó orvosok nagy kézikönyve*, Complex, Budapest, 2011, 672.

¹¹⁶ JOBBÁGYI [Polgári Jogi Kodifikáció] i.m. 17.; SZEGHŐ Ágnes, *Az egészségügyi szolgáltatás nyújtásával összefüggésben okozott károkért való felelősség szabályainak változása napjainkban* (<http://jesz.ajk.elte.hu/szegho42.html> letöltve: 2013. november 8.).

¹¹⁷ Tevtv. 7. § (2) bekezdés.

jogviszony két okból releváns a kártérítési felelősség szempontjából, attól függően, hogy közszolgáltatást nyújtó egészségügyi szolgáltatóról vagy magánszolgáltatóról van szó. Előbbi esetén a szolgáltató által kifizetett kártérítéssel kapcsolatban esetlegesen felmerülő megtérítési igény szempontjából döntő, hogy milyen formában végzi a dolgozó az egészségügyi tevékenységet, míg magán egészségügyi szolgáltatók esetén az alkalmazandó kártérítési szabály meghatározásában is szerephez juthat.

A Tevtv. 19/A. §-a alapján az egészségügyi szolgáltatás során vagy azzal összefüggésben keletkezett károkat, a beteg illetve hozzátartozója közvetlenül a közszolgáltatást nyújtó egészségügyi szolgáltatóval szemben érvényesítheti a jogszabály által meghatározott bármely foglalkoztatási forma esetén. Vagyis, az egészségügyi dolgozó anyagi felelőssége a jogviszony típusától függően a kártérítési összegnek vagy meghatározott részének továbbhárítása esetén merülhet föl. Például, ha a dolgozót *szabadfoglalkozásúként* foglalkoztatják, és megbízási szerződés alapján az egészségügyi szolgáltató nevében végzi a tevékenységét, e szerződésben kötelezően rögzíteni kell a megbízási keretében okozott kár megtérítésének szabályait. Viszont ha *egyéni egészségügyi vállalkozóként* áll jogviszonyban, akkor tevékenységét működési engedély és felelősségbiztosítási szerződés birtokában, saját nevében és kockázatára végzi, ennek megfelelően továbbhárítható a kártérítési összeg.¹¹⁸ *Társas vállalkozás* tagjaként az adott gazdasági társaságra irányadó társasági jogi szabályok szerint merülhet föl a dolgozó személyes anyagi felelőssége, mely szabályok részletezése meghaladja a dolgozat kereteit. A legáltalánosabban megjelenő *közalkalmazotti* státuszban levő dolgozók kártérítési felelősségének szabályaival későbbi külön alfejezetben foglalkozom.

Magánszolgáltatást nyújtó egészségügyi szolgáltatókra vonatkozóan nem tartalmaz iránymutatást a Tevtv., így ilyenkor a Ptk. kártérítési szabályait kell alkalmazni a jogviszony jellegétől függően.¹¹⁹ A munkaviszonyban, közalkalmazotti jogviszonyban foglalkoztatott egészségügyi dolgozók például magánszolgáltatók esetén is védettebb helyzetben vannak, hiszen a Ptk. által meghatározott szabályok szerint a munkáltató felelős a károsulttal szemben, ha az alkalmazott munkaviszonyával összefüggésben kárt okoz.¹²⁰ Viszont például egy megbízási szerződéssel foglalkoztatott szabadfoglalkozású

¹¹⁸ LOMNICI Zoltán, *Az orvoslás joga; Kommentár a gyakorlat számára*, Lélekben Otthon Kiadó, Budapest, 2009, 135.

¹¹⁹ HÍDVÉGINÉ – SÁRINÉ [2013] i.m. 23.

¹²⁰ Ptk. 348. §.

esetén felmerülhet a megbízási szerződéssel kapcsolatos megbízó és megbízott egyetemleges felelősségét előíró jogszabályi rendelkezés¹²¹ a Ptk. szabályai szerint.

1.3.1.3. Az egészségügyi szolgáltató és a felelősségbiztosítást nyújtó biztosítótársaság közötti jogviszony

Az egészségügyi szolgáltató *anyagi felelősségének mértéke tekintetében meghatározó* jelentőségű a felelősségbiztosítást nyújtó intézménnyel fennálló szerződés, ennek feltételrendszere. Hazánkban az 1997-es Eütv. tette általánosan kötelezővé az egészségügyi szolgáltatók számára felelősségbiztosítást, a *működési engedély feltételeként* jelöli meg a szerződés megkötését.¹²² A jogintézmény azzal a céllal jött létre, hogy jog-és vagyonbiztonságot garantáljon az egészségügyi szolgáltatók és az állampolgárok számára egyaránt az egészségügyi ellátás során bekövetkező káresemények esetén.

A felelősségbiztosítás jellegzetessége, hogy egy speciális, *háromalanyú jogviszonyt keletkeztet* azáltal, hogy *összekapcsol egy biztosítási és egy kárkötelmi jogviszonyt*.¹²³ Maga a biztosítási szerződés a biztosító és a biztosított között jön létre. A biztosított a kárkötelmennek is alanya, ő a kárért felelős személy, aki azonban nem mindig azonos a károkozóval.¹²⁴ A kárkötelmen másik alanya a károsult, akinek a kárát a biztosított helyett egészben vagy részben a biztosító téríti meg. Tehát a felelősségbiztosítás *a kárkötelmen kielégítésének biztosítója*, a kötelezetti oldal olyan megerősítése, amely az eredeti kötelmi helyzet változatlan fenntartása és alanyváltás nélkül teszi lehetővé a biztosító teljesítését a kötelezett helyett.¹²⁵ A felelősségbiztosítási szerződést a Ptk. a vagyonbiztosítások körében helyezi el, a szerződés alapján ugyanis a biztosító azt vállalja, hogy megakadályozza a biztosított vagyonsökkenését, mely amiatt érné, hogy jogellenesen kárt okozott valamely harmadik személynek és ezt a kárt meg kell térítenie.¹²⁶

¹²¹ Ptk. 350. § (1) bekezdés.

¹²² Eütv. 108. § (2); A 96/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet szabályai szerint, a működési engedély kiadása iránti kérelem kötelező melléklete a felelősségbiztosítási szerződés és kötvény másolata.

¹²³ JOBBÁGYI Gábor - FAZEKAS Judit, *Kötelmi jog*, Szent István Társulat, Budapest, 2005, 374.

¹²⁴ Erre példának szolgál az az eset, amikor az egészségügyi intézmény köti meg a felelősségbiztosítást, velem szemben érvényesítik az igényt, ő tartozik felelősséggel, holott a károkozó ténylegesen az intézménnyel jogviszonyban álló orvos.

¹²⁵ GERGELY Edit - PÉTERFFY Éva, *A felelősségbiztosítás*, Biztosítás Oktatási Intézet, Szolnok, 1998, 12.

¹²⁶ JOBBÁGYI - FAZEKAS i.m. 374.

A biztosító a szerződés megkötésével díjfizetés ellenében *folyamatos helytállási kötelezettséget vállal*, mely a biztosítási esemény bekövetkezésekor átfordul tényleges teljesítési kötelezettséggé.¹²⁷ Az egészségügyi szakmai felelősségbiztosítás körében a biztosító kötelezettsége, hogy a szerződésben megállapított mértékben mentesítse az egészségügyi szolgáltatót olyan kár megtérítése alól, amelyért jogszabály szerint felelős.¹²⁸ A károsult igényét az egészségügyi szolgáltatóval szemben érvényesítheti, nem megengedett e körben a biztosító közvetlen perlése. A megállapított kártérítés eseti helytállási limiten belüli összegét a biztosító a károsultnak teljesíti, az egészségügyi szolgáltató csak annyiban követelheti, hogy a biztosító a kezéhez teljesítsen, ha a károsult követelését ő egyenlítette ki.¹²⁹

A fokozódó szolgáltatói felelősség miatt kiemelten fontos lenne a hatékony jogvédelmet nyújtó szakmai felelősségbiztosítás, mellyel kapcsolatban azonban számos működési anomáliát tapasztalhatunk. Ezekkel, valamint a változás lehetőségeivel *külön alfejezetben foglalkozom* a későbbiekben a téma kiemelt jelentőségére tekintettel.

1.3.2. Felelősségi előfeltételek

1.3.2.1. Jogellenes magatartás

A jogellenes magatartás a kártérítési felelősség *objektív előfeltétele*, a tárgyi jog megsértése felróhatóságtól, illetve minden egyéb előfeltételtől függetlenül jogellenesnek minősül. Mivel a polgári jogi felelősség megállapításához nem állnak rendelkezésre taxatív felsorolható tényállások, így *általánosan minden olyan magatartást, mely nem minősül jogszerűnek jogellenesnek kell tekintenünk*.¹³⁰ Azokkal az Eörsi Gyula által megfogalmazott követelményekkel kiegészítve ezt a megállapítást, mely szerint akkor releváns a kártérítési jog szempontjából egy jogellenes magatartás, *ha az más személy alanyi jogát sérti és a jogsérelem károsodásban is megnyilvánul*.

A magatartás jogellenességének megítélése tekintetében *kétféle álláspont* alakult ki általánosan és az egészségügyi kártérítési perekre vonatkozóan is. Az elméletben és a

¹²⁷ A biztosítási esemény az a felfüggesztő feltétel, jövőben bekövetkező, bizonytalan esemény, amelynek bekövetkezése esedékessé teszi a biztosító teljesítését. (BÍRÓ György (szerk.), *Szerződési alaptípusok*, Novotni Kiadó, Miskolc, 2003, 266.).

¹²⁸ Ptk. 559. § (1) bekezdés.

¹²⁹ Ptk. 559. § (2) bekezdés.

¹³⁰ ÚJVÁRINÉ i.m. 49.

bírói gyakorlatban is uralkodó nézet szerint *a kár bekövetkezésének ténye önmagában megalapozza* a magatartás jogellenességét, azaz minden károkozás jogellenes.¹³¹ Így a károsultnak elegendő a kár bekövetkezésének tényét bizonyítania, nem kell meghatároznia a károkozó által megsértett konkrét jogi normát, a konkrét jogellenes magatartást. Az új Polgári Törvénykönyv egyértelműen, explicit módon szabályozza a kérdést, vagyis minden károkozás jogellenes, kivéve, ha jogellenességet kizáró ok áll fenn.¹³² A jelenleg hatályos Ptk. alapelvi rendelkezéseiből vezethető le a károkozó magatartások általánosan vett jogellenessége.¹³³

A *másik nézet* nem fogadja el azt az álláspontot, mely szerint minden károkozás automatikusan jogellenes kivéve, ha jogszabály megengedi, hanem *megkívánja a károsulttól a konkrét jogellenes magatartás bizonyítását*. A mindennapi élet meghatározott területein nem is értelmezhető a fentebbi álláspont, gondoljunk például a piaci viszonyok között versengő vállalkozásokra, melyek ezzel kárt is okoznak egymásnak, vagy például egy hibás üzleti döntésre, mely kárt okoz egy vállalatnak. Ezek a magatartások az üzleti kockázat körébe tartoznak, nem minősülnek automatikusan jogellenesnek, csak azért, mert károkozás történik, és egyéb feltételek hiánya esetén nem eredményeznek kártérítési felelősséget.¹³⁴ Ahogy a példák is mutatják, *vannak olyan területek, ahol ennek a nézetnek van létjogosultsága, az egészségügyi szolgáltatók kárfelelőssége kapcsán viszont csak elvétve találkozunk* olyan ítéletekkel - és ezek jellemzően a korábbi bírói gyakorlatban jelentek meg-, melyek a kereset elutasításával végződtek a konkrét jogellenes magatartás bizonyításának hiánya miatt.¹³⁵ Az orvosi beavatkozásokkal kapcsolatban fenn álló információs aszimmetria miatt sem általános, hogy az egészségügyi kártérítési perekben a betegől várják el a konkrét jogellenes magatartás megnevezését. A beteg nincs birtokában annak a speciális szaktudásnak, mely alapján ezt megtehetné. Egyébként is az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségének egyre tágabbá válását tapasztalhatjuk, így nemhogy a konkrét jogellenes magatartás, normasértés bizonyítása nem elvárt a betegektől, de más

¹³¹ Vagyis tulajdonképpen Eörsinek az a nézete vált uralkodóvá, mely szerint a magatartást annak okozata, a bekövetkező kár avatja jogellenessé.

¹³² 2013. évi V. törvény a Polgári Törvénykönyvről 6:520 §.

¹³³ Ptk. 2. § (1) bekezdés, 4. § (1) és (4) bekezdés (Lásd: MOLNÁR Ambrus, *Az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelősségének jogi alapjai*, Fővárosi Ítéltábla, Budapest, 2007. november 5., 12.).

¹³⁴ FÉZER Tamás (szerk.), *A kártérítési jog magyarázata*, Complex, Budapest, 2010, 87.

¹³⁵ Például: Legfelsőbb Bíróság Pvf. X. 22.254/2000/6. „A beteg gyógykezelése csak akkor minősíthető jogellenesnek, ha bizonyítást nyer olyan szakmai szabályszegés, tevékenység vagy mulasztás, amely okozza a kárt előidéző állapotot.” Idézi: DÓSA Ágnes, *Kártérítési felelősség*, In: SÓTONYI Péter (szerk.), *Orvosi felelősség*, Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006, 86.

felelősségi előfeltételek tekintetében is a bizonyítás egyszerűsödésének lehetünk szemtanúi, melyre a későbbiekben kitérek.¹³⁶

A jogellenes magatartás *tevéssel és mulasztással* is megvalósítható. Ez utóbbi kiemelt fontossággal bír az *orvosi tevékenység körében*, hisz nagyon sok esetben *mulasztás miatt állapítják meg az egészségügyi szolgáltató felelősségét.*¹³⁷ A mulasztással kapcsolatban kiemelendő, hogy a magatartás jogellenességének megállapíthatóságához nem az szükséges, hogy konkrét, jogszabályon vagy szerződésen alapuló cselekvési kötelezettség álljon fel, hanem legyen olyan ésszerű cselekvési lehetőség, mely alkalmas a kár bekövetkezésének elkerülésére.¹³⁸ Amennyiben az egészségügyi szolgáltató és a beteg közötti jogviszonyt szerződésnek tekintjük, *legáltalánosabban megfogalmazva jogellenes magatartást hibás teljesítés, illetve egyéb szerződésszegés alapozhat meg e körben.* Hibás teljesítésnek minősül az egészségügyi szolgáltatással összefüggésben például, ha megsértik az orvosi működés személyi vagy tárgyi feltételeire vonatkozó előírásokat, az orvosi ellátás módját meghatározó szabályokat, illetve a gyógyító eljárások, módszerek, eszközök nem megfelelő alkalmazása is ennek tekinthető.¹³⁹

Amennyiben bizonyítást nyer, hogy fennáll valamely *jogellenességet kizáró ok*, a károkozó kimentheti magát a felelősség alól. *Egyes nézetek szerint, az orvosi beavatkozás alapvetően jogellenes*, hisz az egyén önrendelkezési jogát sértve testi integritásába történő beavatkozással jár, az élethez, testi épséghez, egészséghez fűződő jogát veszélyezteti, gyakran sérti. Csak kivételes esetben, jogellenességet kizáró ok fennállta esetén válik jogszerűvé.¹⁴⁰ *Véleményem szerint az egészségügyi beavatkozások célja jogszerű, így a magatartás sem minősülhet általánosságban jogellenesnek.* Az orvosi tevékenység akkor válik jogellenessé, ha nem az Eütv. 77. § (3) bekezdésének megfelelő módon járnak el, bár ezt a körülményt a bíróság a felróhatóság alóli kimentés körében és nem a jogellenességnél veszi figyelembe. Ezt erősíti annak az álláspontnak

¹³⁶ Törő Károly ötvözi a jogellenességgel kapcsolatban ismertetett nézeteket, álláspontja szerint mind a magatartásnak, mind az eredménynek jogellenesnek kell lennie. Az eredménynek, vagyis a kárnak mindenképp adottnak kell lennie, hisz azért fizetendő a jóvátétel, ugyanakkor a jogellenességnek a magatartásban is meg kell nyilvánulnia, hisz csak ebben az esetben tud hatást gyakorolni a jog az egyén magatartására. (TÖRŐ [1965] i.m. 254-255.).

¹³⁷ Például: szakmai szabályok által megkívánt vizsgálatok elvégzésének elmulasztása, tájékoztatás elmulasztása, dokumentációs kötelezettség elmulasztása.

¹³⁸ OSZTOVITS András (szerk.), *A Polgári Törvénykönyvről szóló 1959. évi IV. törvény magyarázata*, 2. kötet, Opten, Budapest, 2011, 1264.

¹³⁹ TÖRŐ [1986] i.m. 350-357.

¹⁴⁰ KEMENES István, *Az orvos kártérítési felelősségének egyes kérdései*, A Szegedi Ítéltábla 2007. november 15. napján tartott kollégiumi üléshez készült előterjesztés és véleményjavaslat, 8.

az elfogadása is, mely szerint az egészségügyi szolgáltató és a beteg között szerződéses kapcsolat van, így *a szerződés teljesítése érdekében általánosságban jogszerűen jár el a szolgáltató* a gyógyító tevékenység végzése során. Ezáltal *rendeltetésszerű joggyakorlás* valósul meg, mely kizárja a magatartás jogellenességét.

Az orvosi tevékenység kapcsán a jogellenességet kizáró okok közül emellett még a károsult beleegyezése, illetve a szükséghelyzet bírhat relevanciával. A *károsult beleegyezése* mint jogellenességet kizáró ok, a beteg számára adott *tájékoztatással van szoros összefüggésben*, melynek megfelelőségét a bíróság a felróhatóság alóli kimentés körében vizsgálja. Amennyiben a tájékoztatás jogszabálynak megfelelő, a beleegyezés joghatályosnak tekinthető, így amennyiben a bekövetkező károsodás oka a szövődmény vagy kockázat körébe tartozónak minősül, nem áll fenn jogellenes magatartás.¹⁴¹

Szükséghelyzetben az orvosi beavatkozással összefüggésben másnak az életét, testi épségét közvetlenül fenyegető és másként el nem hárítható veszélyről van szó. Ez esetben nem a beteg és a szolgáltató közötti szerződés, hanem a szükséghelyzetben előírt jogszabályi kötelezettségek alapján köteles cselekedni az orvos annak érdekében, hogy tevékenysége a rendeltetésszerű joggyakorlás körébe essen.¹⁴²

1.3.2.2. Felróható magatartás

Az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségének megállapításához nem elegendő a magatartás jogellenes, tárgyi jogba ütköző volta, szükséges a magatartás felróhatóságának fennállása is, mivel nem az objektív felelősségi szabályok alapján ítélik meg ezeket az igényeket. A dogmatikai részben leírtaknak megfelelően a felróhatóság követelménye a vétkességi tant váltotta a polgári jogi felelősség rendszerében. A *felróhatóság*, ellentétben a vétkességgel nem a cselekvő saját magatartásához való viszonyulásából indul ki, hanem *egy objektivizált, ugyanakkor tipizált mérce szerint viszonyítva értékeli a károkozó magatartást*. Felróható a magatartása annak, *aki nem úgy járt el, ahogyan az az adott helyzetben általában elvárható*. Az általában elvárható megjelölés utal arra, hogy a cselekvést objektív

¹⁴¹ KOVÁCSY i.m. 674.

¹⁴² Szükséghelyzetnek minősül például, amikor a műtét során fellépett vérzés miatt vértranszfúzió válik szükségessé, amelybe a beteg előzetesen nem egyezett bele. Az ellátás visszautasításának joga viszont nem illeti meg, mert annak szigorú feltételei nem állnak fenn. Ilyenkor az orvos akkor cselekszik a rendeltetésszerű joggyakorlás követelményének megfelelően, ha végrehajtja az életmentő transzfúziót. (Lásd DÓSA [2006] i.m. 87.).

zsinórmértékkel mérjük a polgári jogban, ez viszont nem jelent egy valamennyi élethelyzetre irányadó, teljes mértékben objektív követelményt. Az adott helyzettel kapcsolatos elvárhatóság követelménye *relativizálja az objektív zsinórmértéket*, meghatározott tevékenységekre, a magatartás környezetére, körülményeire tekintettel tipizálja a magatartást.¹⁴³ A téma szempontjából annak vizsgálata bír relevanciával, hogy *az orvosi tevékenység kapcsán milyen szabályok alapján* kerül meghatározásra az általában elvárható magatartás. A gondossági mérce változását a történeti részben tekintetem át.

A hatályos *Eütv. által támasztott követelmény* szerint: „Minden beteget - az ellátás igénybevételének jogcímére tekintet nélkül - *az ellátásában résztvevőktől elvárható gondossággal, valamint a szakmai és etikai szabályok, illetve irányelvek betartásával kell ellátni.*”¹⁴⁴ A másik alapvető jogszabályhely a *Tevtv.*, mely szerint: „Az egészségügyi dolgozó az egészségügyi tevékenységet, az adott helyzetben általában elvárható gondossággal, a szakmai követelmények keretei között, etikai szabályok megtartásával, legjobb tudása és lelkiismerete szerint, a rendelkezésére álló tárgyi és személyi feltételek által meghatározott szinten, szakmai kompetenciájának megfelelően nyújtja.”¹⁴⁵ Fontos, hogy bár a jogszabálysöveg kívánalmi változtak, *még mindig egy fokozott gondossági mérce érvényesül az orvosokkal szemben*, tekintettel az élethez, testi épséghez, egészséghez való jog kiemelt jelentőségére. Ugyanakkor e fokozott gondosság és körültekintés kívánalma *az adott szakterületen átlagos képzettséggel, szaktudással, kompetenciákkal rendelkező orvos tevékenységéből* kell, hogy kiinduljon.¹⁴⁶

Azt, hogy mit tekintünk általában elvárható magatartásnak az orvosi tevékenységgel összefüggésben, döntő mértékben meghatározzák az *írott és íratlan szakmai szabályok*. Az írott szakmai szabályok közül elsődlegesek a *szakmai kollégiumok által összeállított szakmai protokollok, a módszertani levelek és irányelvek*. Amennyiben egy adott kérdésben nincsen ilyen típusú írott iránymutatás, akkor a *szakvizsga tananyagát képező tankönyvet* kell írott forrásnak tekinteni. Írásos forrás hiányában a *szakma íratlan szabályai* jelölik ki a követendő irányvonalat.¹⁴⁷ A szakmai előírások gyakran nem egyértelmű útmutatások, csak a tevékenység kereteit határozzák meg, ezért az adott

¹⁴³ FÉZER i.m. [2010] 109-110.

¹⁴⁴ Eütv. 77.§ (3) bekezdés.

¹⁴⁵ Tevtv. 5.§ (1) bekezdés.

¹⁴⁶ TÖRÖ [1965] i.m. 272.

¹⁴⁷ KOVÁCSY i.m. 675.

probléma kapcsán *értelmezésre szorulhatnak*, indokolt esetben az eltérés lehetősége is megengedett. *A szakmai szabályoknak megfelelő cselekvés és annak bizonyítása azonban bizonyos esetekben nem elegendő a felelősség alóli mentesüléshez.*

Több példát is találunk ítéletekben arra vonatkozóan, hogy az egészségügyi szolgáltatásban részt vevők tevékenységükkel szakmai szabályt nem sértettek, ugyanakkor az általában elvárható gondosság elmulasztására hivatkozással mégis felelősségre vonták a szolgáltatót. *Egyetértek azzal az állásponttal, mely nem helyesli az elvárható gondosság követelményének elválasztását a szakmai szabályoknak való megfeleléstől.*¹⁴⁸ A magatartás orvosi és jogi szempontból történő eltérő értékelése bizonytalanságot és előre *meg nem ismerhető feltételrendszert* teremt, mely tágítja a felelősség határait. Egyes nézetek szerint a szakmai szabályoknak való megfelelés és az elvárható gondosság követelményének elválasztása az orvosi jogviszony szerződéses jellegéből fakad. Ha a deliktuális felelősség szabályai szerint ítéljük meg az orvosi tevékenységet, akkor a szakmai szabályok betartása megfelel az elvárható gondosság követelményének. Ha viszont szerződésnek tekintjük a jogviszonyt, a szerződés tartalma a szakmai és etikai szabályoknál bővebb, a gyógyító tevékenység teljesítése mint a szerződés célja, a szerződésre vonatkozó általános szabályoknál fogva szélesebb kötelezettségeket is magában foglal.¹⁴⁹ Nem értek egyet ezzel az állásponttal, az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggő gondossági kötelezettség terjedelmét nem befolyásolhatja a jogviszony szerződéses vagy azon kívüli volta.

Az elmúlt évtized bírói gyakorlata nemcsak e tekintetben értelmezi egyre szigorúbban a felróhatóság alóli kimentés lehetőségét az egészségügyi szolgáltatói felelősség kapcsán. Az ítélkezési gyakorlat az objektív felelősség irányába látszik elmozdulni, mely ahogyan az USA példája megvilágítja kedvezőtlen, és a napi orvosi tevékenységre, az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférésre is kihatással lehet. Ugyanakkor az új-zélandi minta igazolja, hogy megfelelő rendszerben elhelyezve az objektív felelősség sem elvetendő, összességében a legelőnyösebb kompenzációs rendszert alakították ki. Fontos látnunk azonban, hogy a no fault felelősségi modellben a felróhatóság vizsgálatának mellőzése csak egy elem, amely más vitarendezési formával, finanszírozással párosul, melyekre szükség van. A klasszikus peres modell keretein belül önmagában az objektív felelősség nem kívánatos.

¹⁴⁸ DÓSA Ágnes, *Az orvos kártérítési felelőssége*, HVG ORAC, Budapest, 2004, 104.

¹⁴⁹ KEMENES i.m. 9.

Az elvárhatósági követelményeknél indokolt említést tenni a *szövődmény*, illetve a *kockázat* fogalmáról, jogi megítéléséről. Amennyiben bizonyítható, hogy a bekövetkezett káros eredmény e kategóriákba sorolható, az a szolgáltató felelősség alóli mentesülését eredményezi. E körben *két fontos kívánalom* jelenik meg. Az egyik, hogy a beavatkozás lehetséges kockázatairól, szövődményeiről *megfelelően tájékoztatni* kell a beteget, a másik pedig, hogy csak akkor elfogadható a bekövetkezésük, ha az *elvárható gondosság és körültekintés tanúsítása ellenére alakulnak ki*. A kockázat az orvosi tevékenység végzésével járó veszély bekövetkezésének lehetősége, a szövődmény pedig a tevékenység során fellépő más betegség kialakulása, vagy a szervezet működési zavarának kialakulása.¹⁵⁰ A történeti áttekintésből is látható, hogy a bíróság által az e kategóriába sorolt káros eredmények köre változott, szűkült, nem ismerhető el ilyenként, amit jogilag felróható magatartás okoz.¹⁵¹ Fontos ebben a körben a *mellékhatás* fogalma, mely alatt a gyógyszerek által kiváltott káros, illetve nem kívánt hatást értjük. Mellékhatásnak minősülnek a gyógyszerek szokásos adagolása során a forgalomba hozatali engedély szerinti alkalmazásból eredő káros és nem kívánt hatások, illetve a gyógyszerelési hibából, valamint a forgalomba hozatali engedélyben nem szereplő felhasználásból eredő káros, nem kívánt hatások is.¹⁵²

Az egészségügyi szolgáltatóktól elvárható magatartás követelményeivel, a kimentés lehetőségeivel kapcsolatos részletes elemzés olyan terjedelmű és komplexitású, hogy szétfeszítné dolgozatom kereteit. Így teljes körű bemutatás helyett *kiválasztottam az egyik leggyakrabban vitatott kérdéskört, a tájékoztatási kötelezettséget*, mellyel összefüggésben néhány probléma felvetésére és javaslat megfogalmazására törekszem.

Az Eütv. a tájékoztatás kérdéseivel a betegeket megillető jogok és az egészségügyi dolgozók kötelezettségei körében is foglalkozik, részletes szabályokat meghatározva. A tájékoztatás egyes elemeit annak célja szerint két csoportra oszthatjuk.¹⁵³ Első lépés az *önrendelkezési tájékoztatás*, melynek célja, hogy a beteg megfelelő ismeretekkel rendelkezzen a kezelésbe történő beleegyezéshez. Az önrendelkezési tájékoztatás részeként információkat kell kapnia a diagnózisról, a javasolt vizsgálatokról, beavatkozásokról, ezek kockázatairól, elmaradásának kockázatairól, a lehetséges

¹⁵⁰ HAVASI [2008] i.m. 7.

¹⁵¹ Például az idegen test bent maradását már nem fogadja el a bíróság mint műtéti kockázatot, mivel az elvárható gondosság tanúsítása mellett ennek előfordulása nem lehetséges.

¹⁵² 15/2012. (VIII. 22.) EMMI rendelet 2. § a).

¹⁵³ DÓSA [2010] i.m. 205.

kezelési alternatívákról.¹⁵⁴ A kezeléshez való hozzájárulást követően, annak folyamata során szükséges a *terápiás tájékoztatás*, melynek célja, hogy a beteg minden információval rendelkezzen, mely a kezelés eredményességéhez szükséges és ennek megfelelően tudjon együttműködni, a gyógyulását segítő magatartást tanúsítani. Így rendszeresen tájékoztatni kell az ellátás folyamatáról, várható kimeneteléről, esetlegesen szükséges további ellátásokról, szükséges életmódbeli változásokról.¹⁵⁵

A kiinduló általános szabály a tájékoztatás körében, hogy *a beteg jogosult a számára egyéniesített formában megadott teljes körű tájékoztatásra* állapota által indokolt rendszerességgel, a kezelőorvostól elvárható ismereteknek megfelelően és legjobb tudása szerint.¹⁵⁶ A tájékoztatást a beteg életkorára, iskolázottságára, ismereteire, lelkiállapotára, e tekintetben megfogalmazott kívánságára tekintettel kell egyéniesített formában megadni, úgy, hogy azt megértse, továbbá a tájékoztatásnak teljes körűnek kell lennie. A jogszabály által megkívánt kritériumok közül a *tájékoztatás egyéniesítésének szükségességével egyetértek*, ugyanakkor a teljes körű, minden részletre kiterjedő tájékoztatás kívánalma sok problémát okoz a gyakorlatban, jelenlegi formájában nem tartom helyesnek e törvényi követelményt több okból sem. *Úgy gondolom, hogy a két törvényi feltétel ellentmondásban áll*, a tájékoztatás egyéniesített formája sok esetben kizárja a teljes körűséget.

A megfelelő döntés meghozatalához, azt követően pedig a kezelés eredményességéhez természetesen *részletes információk és tájékoztatás szükségesek*. Az információk bősége egy pontig megnyugtató, előrevizsi a mérlegelést, a gyógyulást, ugyanakkor ezen a határon túlmenve *szükségtelenül riasztó lehet*, a vizsgálati, kezelési eljárás elutasításához vezethet. Nem csak az emberek iskolázottsága, ismereti köre, intelligenciája, kora, pillanatnyi lelki állapota stb. más, hanem *az emberek viszonyulása a kockázatokhoz is lényegesen különbözik*. Ha a teljes körű tájékoztatásban gondolkodunk, akkor a legáltalánosabb, feltétlenül szükséges rutinvizsgálatok, például egy vérvétel előtt is olyan információkat kellene közölni a lehetséges kockázatokról, melyek elrettentően hatnak. *Egy kíméletlen, a lehető legsúlyosabb, ámbár rendkívül ritkán bekövetkező szövődmények köréről történő felvilágosítás elriaszthatja a*

¹⁵⁴ Eütv. 13. § (2) bekezdés a)-f) pont.

¹⁵⁵ Eütv. 13. § (2) bekezdés g)-l) pont.

¹⁵⁶ Eütv. 13. §, 134.§.

kockázatkerülő beteget a gyógyítástól akkor is, amikor ez érdekeivel ellentétes.¹⁵⁷ A felvilágosítás célja nyilvánvalóan nem ez. A felvilágosítás kritériumainak törvényi megfogalmazása során *a törvényalkotói szándék az volt, hogy megfelelő tájékozottságon alapuló, érdekeinek megfelelő, reális döntésre képes helyzetbe hozza az egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő állampolgárt.*

A fentebb leírtakon túl a másik ok, ami miatt nem értek egyet a jogszabály követelményével az, hogy ennek *teljesítésére nem adott reálisan a lehetőség sem.*¹⁵⁸ Természetesen nem arra teszek javaslatot, hogy a jogszabályi követelményekben indokolatlan visszalépés következzen be és azokat alkalmazzuk az egészségügyben adott körülményekhez. Viszont láthatóan az sem vezet kívánatos eredményre, ha az adott lehetőségek és a jogszabály által megkívánt feltételek között jelentős különbség van, azt indokolt csökkenteni.

A fentiek értelmében a felvilágosítás teljes körűségét előíró törvényi kritérium módosítását *javaslom „megfelelően részletes”, vagy „kellően részletesre”,* hogy szinkronba kerüljön a törvény a betegek érdekeivel, a jogalkotói szándékkal. Egy ilyen jogszabályi változás esetén sem valószínű a bírói gyakorlat gyors reakciója, a tájékoztatással kapcsolatos felelősség alóli kimentés lehetőségeinek bővülése, ám ez mégis *lehetőséget adhatna a határok újraértelmezésére.*

Meglátásom szerint a *teljes körű tájékoztatás kívánalmával már az Eütv. néhány további rendelkezése is ellentmondásba kerül,*¹⁵⁹ emellett pedig helyesen, *a bírói gyakorlat sem a szoros nyelvtani értelmezés szerint ítéli meg a kérdéskört.* A legtöbb bizonytalanságot az önrendelkezési tájékoztatás körébe tartozó, a kezelés kockázatairól történő felvilágosítás okozza. A bírói gyakorlatban nem annak van jelentősége e körben, hogy a kockázat bekövetkezésének százalékos valószínűsége milyen arányú. Ami a százalékos valószínűség tekintetében általában következetesen elfogadott, hogy a *legszélsőségesebb, úgynevezett páratlan kockázatokról nem kell tájékoztatni a*

¹⁵⁷ Egyetértve Barzó Tímea álláspontjával. (BARZÓ Tímea, *Tájékoztatás és beleegyezés mint a beteg alapvető joga*, Magyar jog, 1996, 2. szám. 79.)

¹⁵⁸ TÓTH Zoltán, *A felértékelődött felelősség – teljesíthető elvárás? Egy gyakorló szülész-nőgyógyász szakorvos véleménye*, In: PRIBULA László – SZABÓ Krisztián – ELEK Balázs (szerk.), *A jogalkalmazás vitatott területei – az egészségügyi szolgáltatók polgári jogi felelőssége – szigorú bírói gyakorlat?*, DE-ÁJK és DEOEC-ÁOK, Debrecen, 2013, 85.

¹⁵⁹ Így például, amikor a 135. § (1) bekezdésében úgy rendelkezik, hogy az orvos a tájékoztatást szükség szerint fokozatosan, a beteg körülményeire, állapotára tekintettel végzi. Elképzelhető, hogy az állapota és a körülményei olyanok, hogy a teljes körű tájékoztatás elrettentő hatással lesz, szükségtelen bizonytalanságot eredményez.

*beteg.*¹⁶⁰ Ezen túl viszont *jelentős eltéréseket mutatnak az ítéletek* a viszonylag ritkán, néhány százalék, esetleg ennél is kisebb valószínűséggel előforduló kockázatról való tájékoztatás megítélésében. Találunk olyan ítéletet, melyben a bíróság szerint a 4%-os valószínűséggel előforduló szövődmény olyan ritka, hogy nem szükséges róla a páciens tájékoztatni. Míg egy másik ítéletben a 0,5%-os gyakorisággal előforduló kockázatot is olyanak minősítették, melyről tájékoztatni kellett volna a beteget.¹⁶¹ *A döntő nem a százalékos valószínűség, hanem az, hogy olyan tájékoztatást kapjon a beteg, mely alapján valós döntési helyzetbe kerül, és önrendelkezési jogát gyakorolhatja.* Ezt pedig mindig az adott egyedi eset kapcsán ítéli meg a bíróság.¹⁶²

A jogszabálysövegben megkívánt teljes körű tájékoztatás követelménye olyan kívánalom, melyet a bírói gyakorlat sem a szoros nyelvtani értelmezés szerint ítél meg, a gyakorlatban sincs mód ennek teljesítésére és véleményem szerint nem is kell megvalósulnia, a jogszabály szövegének változására lenne szükség, ahogyan erre már korábban utaltam. *A módosítás révén kerülne szinkronba a törvényalkotói szándék a valós állampolgári érdekekkel, és a jelenlegi bírói gyakorlattal.*

1.3.2.3. Kár bekövetkezése

A polgári jogi kártérítési felelősség konjunktív előfeltételei között kell vizsgálnunk a kár bekövetkezését is. Kár alatt értünk minden olyan hátrányt, mely valakit valamely károsító esemény folytán személyében vagy vagyonában ér.¹⁶³ Károkozás kapcsán az elsődleges az *eredeti állapot helyreállítása*, amennyiben ez nem lehetséges vagy a károsult alapos okból nem kívánja indokolt a *kártérítés*.¹⁶⁴ A polgári jogban a teljes kártérítés elve érvényesül, azaz a károsultat az őt ért vagyoni és nem vagyoni károk megtérítésével olyan helyzetbe kell hozni, mintha a károsító esemény nem következett volna be. *A kártérítés funkciója* ennek megfelelően *a teljes reparáció*, a jövőbeni károkozásoktól való visszatartás, azaz a *prevenció*, továbbá a nem vagyoni kártérítések kapcsán az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggésben okozott károknál is megjelenik az *elégtétel adási* funkció is.¹⁶⁵

¹⁶⁰ KÖLES Tibor, *Orvosi műhiba perek*, HVG ORAC, Budapest, 1999, 99.

¹⁶¹ DÓSA [2006] i.m. 120.

¹⁶² HAVASI [2008] i.m. 9.

¹⁶³ ÚJVÁRINÉ i.m. 59.

¹⁶⁴ Ptk. 355. § (1) bekezdés.

¹⁶⁵ DÓSA [2006] i.m. 114.

A vagyoni kár mértékét döntően befolyásolja, hogy a károsító esemény folytán egészségkárosodás vagy halál következik-e be. Amennyiben *tartós, súlyos egészségkárosodás alakul ki, a vagyoni károk köre bővebb*, halál bekövetkezése esetén viszont jellemzően jóval szűkebb körű a vagyoni kár keretén belül érvényesíthető összeg.¹⁶⁶ A vagyoni károk körében megjelenik a *tényleges kár*, mely alatt a károsító esemény folytán a károsult vagyonában bekövetkezett értékcsökkenést értjük. Szintén ide tartozik az *elmaradt jövedelem*, mellyel a károsult vagyona növekedett volna, amennyiben a káresemény nem következik be. *Egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatos kárigényeknél e kategóriához tartozik* tipikusan a károsult jövedelem kiesése, az őt gondozó személy jövedelem kiesése, valamint annak a tartásnak a kiesése, melyet a beteg a káreseményt megelőzően jogszabály vagy szerződés alapján nyújtott.¹⁶⁷ *A legszélesebb körű az egészségkárosodásokkal összefüggésben érvényesíthető indokolt költségek köre*, vagyis azon többletköltségeké, melyek a kárenyhítéssel vagy a kár csökkentésével kapcsolatban felmerültek. *A leggyakoribb példák e körben az ápolási, gondozási költségek, rehabilitációs program és eszközök, speciális étrend költségei, a kórházi látogatás költségei, a beteg otthonának akadálymentesítésével összefüggésben felmerülő kiadások, a tartós otthonlét miatti rezsitöbblet.*¹⁶⁸ Ezek mellett az egyes esetekben nagyon sok egyéb a kárt szenvedett egyéni életviteléből adódó, taxatív fel nem sorolható *speciális költség megtérítésére* kötelezést mérlegelhet a bíróság.¹⁶⁹

A fent említettek mellett az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggésben bekövetkező káresemények kapcsán *gyakran jön figyelembe a nem vagyoni kártérítés jogintézménye* is. Célja a *személyhez fűződő jogok megsértése miatt* bekövetkező, pénzben nem mérhető hátrány pénzbeni kifejezése, reparációja.¹⁷⁰ Az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggésben *leggyakrabban az élethez, testi épséghez, egészséghez való jog sérül*, emellett az *emberi méltósághoz fűződő jog* és az ebből levezethető, Eütv. által nevesített *betegjogok* sérelme is kiemelhető. Emellett a bírói gyakorlat is gyarapította a személyhez fűződő jogok körét és kidolgozta a *teljes családban éléshez*

¹⁶⁶ Így például a temetés költségei, tartást pótló járadék az elhunytól tartásra jogosult hozzátartozóinak. (DÓSA [2006] i.m. 103.).

¹⁶⁷ KOVÁCSY i.m. 681.

¹⁶⁸ DÓSA [2006] i.m. 101.

¹⁶⁹ Például nagyobb kert esetén az ennek gondozásával kapcsolatos kertészeti költségek; több gyermek esetén a felügyeletükkel, gondozásukkal kapcsolatos költségek, ha a szülők a károsodott gyermekről való gondoskodás miatt nem tudnak a többiekéről is teljes mértékben gondoskodni.

¹⁷⁰ ÚJVÁRINÉ i.m. 216.

való jogot, mely hozzátartozó elvesztése vagy egészségkárosodása kapcsán a hozzátartozói nem vagyoni igények alapjává vált.¹⁷¹ Nem vagyoni kártérítési igénnyel léphet fel egyrészt a *sérelmet szenvedett személy* általánosságban azokban az esetekben, amikor tartós, súlyos egészségkárosodásával összefüggésben személyhez fűződő jogai is sérültek. Az általános gyakorlat, hogy önmagában a hosszabb ideig tartó kórházi kezelés és az ennek során elszenvedett fájdalom nem alapozza meg a nem vagyoni kártérítési igényt. Viszont, ha a kórházi kezelés során elkövetett hiba miatt hosszú a kezelés és fájdalmas a gyógyulás, esetleg életveszélyes, súlyos állapot alakul ki, még szövődménymentes gyógyulás esetén is megalapozott a kártérítési igény. Ilyenkor az elkövetett hiba miatt sérül a testi épséghez, egészséghez fűződő személyiségi jog.¹⁷²

A sérelmet szenvedett személy mellett a bírói gyakorlat a fent említett teljes családban éléshez való jog csorbulása miatt, elismeri *néhány közeli hozzátartozó saját jogú nem vagyoni kártérítési igényét* is meghatározott feltételek fennállása esetén. A szülő, a gyermek, a házastárs, valamint különösen indokolt esetben a testvér esetében elfogadott a hozzátartozói igény. A közeli hozzátartozó halála vagy egészségkárosodása *folytán a család a funkcióit nem, vagy nem teljes értékűen tudja ellátni*, komoly változások következnek be a családtagok életvitelében, életminőségében, mely alapot adhat nem vagyoni kártérítési igényre.¹⁷³ Ilyenek helyzetek adódhatnak például, ha a szülők ápolják a súlyosan károsodott gyermeküket, ha a házastárs egészségkárosodása miatt a házaseset nehezítetté válik, fiatal korban a további gyermek világra hozásának lehetősége elvész, kiskorú gyermekek elveszti szüleit. Közeli hozzátartozó halála vagy egészségkárosodása nemcsak a teljes családban élést mint személyhez fűződő jogot sértheti, hanem *a hozzátartozó testi épséghez, egészséghez való jogát* is. A túlzott mértékű gyászreakció vagy a hozzátartozó betegsége, ápolása folytán kialakult kóros pszichés, egészségi állapot szintén alapot adhat nem vagyoni kártérítési igény érvényesítésére.¹⁷⁴

A nem vagyoni kártérítés sajátos vonása, hogy mivel a károsult személyhez fűződő jogainak sérelme okán tarthat rá igényt, a sérelmet szenvedett személyéhez tapad, *személyesen érvényesíthető*. Így, ha a hibás egészségügyi szolgáltatás a beteg halálát

¹⁷¹ KOVÁCSY i.m. 684.

¹⁷² SZALMA József, *Okozatosság és polgári jogi felelősség az európai és a magyar jogban*, Novotni Alapítvány, Miskolc, 2000, 155.

¹⁷³ FÉZER [2010] i.m. 372.

¹⁷⁴ DÓSA [2010] i.m. 153.

eredményezi, hozzátartozói csak saját nevükben, saját jogon, az őket ért személyiségi jogsérelem miatt igényelhetnek nem vagyoni kártérítést. Viszont, ha a károsult halálát megelőzően már indított eljárást nem vagyoni kártérítés iránt, a bírói gyakorlat elismeri a perben a jogutódlás lehetőségét, ilyenkor a károsult jogutódai követelhetik az őt megillető nem vagyoni kártérítést.¹⁷⁵

Az egészségügyi szolgáltatók elleni kártérítési perekben érvényesített nem vagyoni kártérítések összege *mértéktartó emelkedést mutat*, egy 2008-as összefoglalás szerint legalacsonyabb összege 200.000 forint, az addigi legmagasabb pedig 14 millió forint. Az összeg megállapításánál fontos az adott helyzetre történő egyediesítés, ugyanakkor az is megállapítható, hogy a bíróságok tekintettel vannak a hasonló perekben korábban megállapított összegekre is. Döntően befolyásolja a kártérítés mértékét a személyhez fűződő jogsérelem súlya, a bekövetkező hátrányos következmények, valamint ezek tartóssága és súlyossága.¹⁷⁶

1.3.2.4. Okozati összefüggés

A jogellenes, felróható magatartás és a bekövetkező kár közötti okozati összefüggés a kártérítési felelősség nélkülözhetetlen előfeltétele. A felelősségi előfeltételek közül az *egyik legtöbbit vitatott elem*, mind elméletben, mind a jogalkalmazás különböző területein, így az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggésben felmerülő káresemények kapcsán is. Az elméletek a *feltételek egyenértékűségének* elvéből indultak ki, mely szerint valamennyi előzményt oknak kell tekinteni, függetlenül attól, hogy milyen mértékben játszott közre a kár bekövetkezésében.¹⁷⁷ Az okozatosság ezen természettudományos megközelítése a magatartások jogi értékelése szempontjából nem megfelelő, ahhoz ugyanis a kár bekövetkezésére ható tényezők közül a *jogilag releváns okok meghatározására* kell törekednünk. Az *okkiválasztó elméletek* szubjektív elemet visznek az objektív okozatossági folyamatba, a jogalkalmazó döntése, hogy mely tényezőket kell a káresemény jogi értékelése kapcsán bevonni az okozatosság körébe. *Polgári jogi szempontból* azokat az okokat kell relevánsnak tekinteni, *melyekre a kártérítés eszközével hatni lehet, melyekkel kapcsolatban megvalósulhat a kártérítés*

¹⁷⁵ FÉZER [2010] i.m. 372.

¹⁷⁶ HAVASI [2008] i.m. 3-4.

¹⁷⁷ OSZTOVITS [2011] i.m. 1267.

*prevenációs célja.*¹⁷⁸ Így pedig csak olyan tényezők vehetők figyelembe, melyeknek a *bekövetkezésével az adott körülmények között reálisan számolni lehetett.*¹⁷⁹

Az okozati összefüggés bizonyítása, megállapítása az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggésben felmerülő káreseményeknél különösen nehéz. Így a perek során is elegendő a valószínűségi bizonyítás.¹⁸⁰ *Gyakran nem állapítható meg teljes bizonyossággal, hogy az orvosi tevékenység mennyiben befolyásolta a káros eredmény bekövetkezését,* vagy például mennyiben lett volna más az eredmény, ha nem a választott kezelést alkalmazzák. Egyrészt azért, mert az orvosi tevékenységgel és az *emberi test egyedi reakcióival* kapcsolatban nagyon sok bizonytalansági tényező merül föl, már a természettudományos okozatosság is bizonytalan. Emellett pedig nagyon gyakori, hogy a bekövetkező kár nem egyetlen okra vezethető vissza, az egészségügyi ellátást végzők tevékenysége mellett *a beteg szervezetének állapota, betegségének természete, életmódja is befolyással lehet.*¹⁸¹ Ebbe az esetkörbe tartoznak például a gyógyulási esély elvesztésével kapcsolatos kárigények, ahol a tévesen felállított diagnózis, késedelmes kezelés mellett a beteg egészségi állapota, betegségének természete is közrehat az eredmény bekövetkezésében. Ezen esetek megítélésében jelentős változások következtek be a bírói gyakorlatban, ahogyan arra korábban utaltam. Szintén lehetséges, hogy a kár *több személy magatartásával okozati összefüggésben* állt elő, például több egészségügyi intézmény is részt vesz a beteg kezelésében, vagy az egészségügyi szolgáltatótól teljesen független harmadik személy által okozott kár teszi szükségessé az ellátást. Ilyenkor a károkozók egyetemleges felelősségének megállapítása jellemző, de találhatunk példát a kártérítési kötelezettség százalékos megosztására is.¹⁸²

Az eljárás kimenetelét döntően befolyásolja, hogy az okozatosságot érintő bizonytalanságot melyik fél terhére értékeli a bíróság. A bírói gyakorlat talán ennek a kérdésnek a megítélésében változott legjelentősebb mértékben a rendszerváltás óta hazánkban, melyre a következő pontban kitérek.

1.3.2.5. Bizonyítási kötelezettség

¹⁷⁸ EÖRSI [2009] i.m. 271.

¹⁷⁹ TÖRÖ [1965] i.m. 279.

¹⁸⁰ DÓSA [2006] i.m. 96.

¹⁸¹ TÖRÖ [1986] i.m. 385.

¹⁸² DÓSA [2010] i.m. 118-119.

Bár dolgozatom kereteit meghaladja az egészségügyi szolgáltatók ellen indított kártérítési perek eljárási szabályainak részletes tárgyalása, *a bizonyítási kötelezettségre, mely eljárási kérdés, nélkülözhetetlen röviden kitérni. Ez ugyanis döntően meghatározza az egészségügyi szolgáltatók felelősségi kérdéseit*, nagyon sok múlik azon, hogy melyik tényező bizonyítását melyik felelősségi előfeltétel körében várjuk el, ezáltal melyik féltől.

Általános eljárásjogi szabály, hogy *a felmerült tényeket általában az a fél köteles bizonyítani, akinek érdekében áll, hogy azokat a bíróság valóban fogadja el.*¹⁸³ Az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggő kártérítési eljárásokban *a felperes köteles bizonyítani a jogellenes magatartást, a kár bekövetkezését és a közöttük levő okozati összefüggést.* Ezzel szemben *az egészségügyi intézménynek a felróhatóság vélelme alól kell kimentenie* magát. Az alábbiakban annak a bemutatására törekszem, hogy ezek milyen nehézségeket okoznak a felek számára.

Amennyiben a károkozás általános tilalmából indulunk ki, *a jogellenesség bizonyítása a felperesi oldal számára nagyobb nehézséget nem jelent.* Ahogyan említettem, a korábbi ítéletek között még találunk olyan példát, ahol a keresetet azért utasították el, mert a beteg nem tudta megnevezni azt a konkrét jogsértést, mely miatt a kára keletkezett, így a jogellenesség mint felelősségi előfeltétel nem nyert bizonyítást. Viszont a jelenlegi ítéletekben és az új Ptk.-ban is a károkozás általánosan vett tilalma és jogellenessége jelenik meg.

*A kár bekövetkezésének tényét és mértékét vagyoni és nem vagyoni károk esetén is a károsultnak kell bizonyítania, kivéve, ha köztudomású tényen alapul az igény feltétele és külön bizonyítást nem kíván meg.*¹⁸⁴ A bizonyítás terén *különösen a hozzátartozói nem vagyoni kárigények igazolása okozhat nehézséget*, a feltételek fennállásának vizsgálata különösen például testvér esetében szigorúbb. A hozzátartozó elvesztése esetén, ahogyan fentebb is említésre került a gyász okozta megrázkódtatás, fájdalom önmagában nem ad alapot nem vagyoni kártérítésre. Amennyiben viszont igazolható, hogy a hozzátartozó elvesztése miatti fájdalom betegség kialakulásához vezetett, a testi épséghez, egészséghez való jog sérelmére alapozva igényelhető kártérítés. A teljes családban éléshez való személyhez fűződő jog sérelmére alapított nem vagyoni igények kapcsán *bizonyítani szükséges, hogy a hozzátartozó elvesztése vagy egészségkárosodása*

¹⁸³ 1952. évi III. törvény a polgári perrendtartásról (a továbbiakban: Pp.) 164. § (1) bekezdés.

¹⁸⁴ HAVASI [2008] i.m. 4.

miatt jelentős változások következtek be, a család által betöltött funkciók sérültek, a korábbi életvitelt a sértett már nem élheti. A kárral kapcsolatos bizonyítási kérdések körében említést kell tennünk a *kármegosztás* kérdésköréről. A Ptk. 340. § (1) bekezdése szerint ugyanis a károsultnak is vannak kötelezettségei, melyeket a kár megelőzése, csökkentése érdekében köteles megtenni. Amennyiben az egészségügyi intézmény igazolni tudja, hogy *a beteg a kárenyhítési kötelezettségének nem tett eleget, kármegosztásra kerülhet sor*. A Ptk. rendelkezései szerint nem kell megtéríteni a kárnak azt a részét, mely abból származik, hogy a károsult az előzőekben említett kötelezettségének nem tett eleget. Az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggő káresemények kapcsán e kárenyhítési kötelezettség *az Eütv. által előírt együttműködési és tájékoztatási kötelezettségben nyilvánul meg*.¹⁸⁵ Fontos megemlíteni, hogy nem vagyoni kártérítés esetén dogmatikai okokra visszavezethetően nem alkalmaznak a bíróságok kármegosztást,¹⁸⁶ hanem a nem vagyoni kártérítés összecszerűségének megállapításánál jön figyelembe a károsult közrehatása, annak csökkent mértékére adhat alapot.

A kár és a károkozó magatartás közötti *okozati összefüggést a felperesnek kell bizonyítania*. A problémát az okozati összefüggéssel kapcsolatban az okozza, hogy sokszor nem lehet természettudományos bizonyossággal megállapítani, hogy a kár valóban a felróható magatartás hatására következett be, esetleg attól független ok idézte elő egészben vagy részben.¹⁸⁷ *Korábban a természettudományos bizonytalanság a felperes terhére esett* és sok esetben eredményezte a kereset elutasítását.¹⁸⁸ Az újabb gyakorlat azonban elválasztja egymástól a természettudományos és a jogi okozatosságot

¹⁸⁵ DÓSA [2006] i.m. 135.

¹⁸⁶ Nem vagyoni kártérítés esetén nincs olyan összecszerűen kifejezhető kár, amivel kapcsolatban szóba jöhetne, hogy a kár egy részét a károsultra hárítsuk. (FÉZER [2010] i.m. 369.)

¹⁸⁷ DÓSA [2010] i.m. 113.

¹⁸⁸ Ahogyan ebben a példában is láthatjuk: a felperes gyermeke oxigénhiányos állapotban született és néhány nappal a születése után elhalálozott. A szülés napján elvégzett CTG vizsgálat enyhe fájástevékenység mellett a normális felső határán levő szapora szív működést és nagymértékben beszűkült oscillatit mutatott, mely a szakértői vélemény szerint utalhat a magzat oxigénhiányos állapotára. Az elsőfokú bíróság arra hivatkozással marasztalta el az alperest, hogy az elvégzett vizsgálatok eredményei a magzat további, folyamatos műszeres ellenőrzését és további vizsgálatok végzését tették volna indokolttá, mert csak ez alapján lehet a császármetszés szükségességére és megfelelő időpontjára következtetni. A gyermek halálának oka a szülés során elszenvedett oxigénhiányos állapot. A másodfokú bíróság viszont eltérő következtetésre jutott. Nem állapítható meg és nem bizonyítható, hogy ha a császármetszés előbb történik, akkor a magzat károsodása nem következik be. A károsodást okozhatta a köldökzsinór utólagos rácsavarodása is. Nem állapítható meg teljes bizonyossággal, hogy az alperes mulasztása, magatartása miatt következett volna be a magzat oxigénhiányos állapota. (Fővárosi Bíróság 41. Pf. 26 287/1997).

és ez utóbbit tekinti döntőnek a kereset elbírálásánál.¹⁸⁹ Ha bármilyen mulasztás történik, az igény akkor is megáll, ha a kár nem bizonyosan annak következtében állt elő.¹⁹⁰ Leszűkült az okozati összefüggés körében bizonyításra szoruló tények köre, a bizonytalansági tényezőkkel pedig az alperesi oldalnak kell számolnia a felróhatóság alóli kimentés körében. *Amennyiben a beteg igazolni tudja, hogy a kára a kezelés során vagy azt követően következett be, vélelmezik az okozati összefüggés fennállását.*¹⁹¹ Így gyakorlatilag megfordult a bizonyítási kötelezettség, hisz nem a betegnek kell bizonyítania érdemben az okozati összefüggést, hanem a szolgáltatónak annak hiányát, a felróhatóság alóli kimentés körében. Kimentés pedig csak akkor lehetséges, ha az egészségügyi intézmény igazolja, hogy a legnagyobb gondossággal és körültekintéssel járt el vagy, hogy ilyen eljárás mellett is bizonyosan bekövetkezett volna a károsodás. Ez épp olyan igazságtalan, mint a korábbi nézet, amely laikus oldaltól - aki sem szakismeretekkel, sem a kezelés dokumentációjával nem rendelkezik- várta el az okozati összefüggés valószínűségi bizonyítását. Véleményem szerint *szükséges lenne a jogalkalmazói szemléletmód változására ezen a területen, nem kívánatos az alperesi oldal bizonyítási kötelezettségeinek ilyen mértékű megnehezítése, ezáltal felelősségének kiszélesítése. Nagyon sok esetben marasztalják és kötelezik teljes kártérítésre az egészségügyi szolgáltatókat olyankor is, amikor szakmai szabályszegés érdemben nem történt, a bekövetkező kár elkerülhetetlen szövődmény volt, de a szigorú felelősség alóli kimentés miatt ezt nem tudják igazolni.*¹⁹² Úgy gondolom, hogy az ítélezési gyakorlat méltánytalan például a gyógyulási esély elvesztésének értékelésével, tájékoztatási kötelezettséget érintő mulasztásokkal, dokumentációs hiányosságokkal

¹⁸⁹ A Medicalonline honlapja: http://www.medicalonline.hu/gyogyitas/cikk/muhibak_karteritesi_perek (letöltve: 2012. március 6.)

¹⁹⁰ Jó példa az új szemléletmód érzékeltetésére a következő eset: a felperes egészségkárosodott újszülöttet hozott világra az alperes egészségügyi intézményben. A felperes álláspontja szerint az orvos megsértette az Eütv.-ben foglalt gondossági kötelezettséget, amikor nem végzett császármetszést, holott azt több tényező is indokolta volna (például a terhesség 31. hetében megindult szülés, a magzat medencevégű fekvése). Az alperes szerint császármetszés indikációja nem állt fenn, a CTG sem adott kóros eredményt, a magzatvíz tiszta volt, mely az oxigénhiányos állapot ellen szól. Az oxigénhiányos állapot akkor alakulhatott ki, amikor a magzat feje áthaladt a medencebemeneten, ekkor pedig már nem volt lehetőség császármetszést végezni. Az elsőfokú bíróság döntése szerint az orvos a legjobb megoldást választva segítette világra a magzatot, jogszabály szerinti gondossággal végezte a szülés levezetését. Az a mulasztás, hogy a felperes felvételekor nem végzett azonnali ultrahang vizsgálatot, nem áll okozati összefüggésben a magzat károsodásával, ahogyan az sem, hogy a burokrepsztés és a magzat kiemelése közötti 23 perc alatti tevékenység dokumentációja hiányos. A felülvizsgálati eljárásban arra a következtetésre jutott a bíróság, hogy az alperes a szülést hiányosan dokumentálta, így bizonyítása nem volt sikeres abban a körben, hogy a császármetszés nem volt indokolt és az elvárható gondosság szerint járt el. (Pvf. III. 21.212/2008).

¹⁹¹ OSZTOVITS i.m. 1274.

¹⁹² PRIBULA [2011] i.m. 243.

kapcsolatban. Nem helyes, ha egy dokumentációs hiba miatti bizonytalanság, tájékoztatási mulasztás, későn felismert betegség teljes egészében az alperesi oldal terhére esnek. Ezek kétségtelenül hibák az egészségügyi szolgáltató részéről, de *gyakran nem ezekkel okozati összefüggésben következik be az a káros eredmény, melyért kártérítési felelősségét megállapítják.* Így elképzelhető, hogy a károsodás a kezelés szövődményeként alakult ki és nem szakmai hiba miatt, viszont a dokumentáció hiányos, ellentmondásos és ezt a bíróságon úgy értékelik, hogy a szolgáltató elzárta magát a felelősség alóli kimentés lehetőségétől mulasztásával, és teljes kártérítési felelősséggel tartozik.¹⁹³ Ilyenkor az egyetlen bizonyítható mulasztás a dokumentáció hiányossága, ami viszont bizonyosan nem áll okozati összefüggésben a bekövetkezett kárral.

Természetesen *nem olyan irányú változásra van szükség, mely alapján például egy dokumentációs hiányosságot a szolgáltató előnyére tudna fordítani* és bizonyíték hiányában mentesülne a felelősség alól. *A bizonytalansági tényezők igazságosabb, racionálisabb értékelése lenne indokolt.* Egyetértek például azzal az állásponttal, mely szerint a *gyógyulási esély elvesztésével összefüggő károknál megfelelő lehetne az a megoldás, mely szerint a károsult olyan arányban részesül kompenzációban, amilyen arányban valószínűsíthető, hogy a kárt a felróható kötelezettségzegés okozta.* Ez a közgazdasági szempontból népszerű szemlélet tulajdonképpen kármegosztás, hisz ezekben az esetekben a kárt részben a betegség természetes lefolyása, részben pedig a szolgáltató magatartása okozza. Így a szolgáltató csak azért a kárért felel, mely valószínűsíthetően saját magatartására vezethető vissza.¹⁹⁴ *A dokumentációs hiányosságok vonatkozásában már nehezebben és szűkebb körben értelmezhető ez a megoldás, de vannak esetek, amikor helytálló lehet, hogy a teljes bizonytalanságot ne az egészségügyi szolgáltató terhére értékelje a bíróság.*¹⁹⁵ A korábbi fejezetben idézett jogesetek között arra is láthatunk példát, amikor olyan dokumentum hiányát rótták a bíróság az egészségügyi intézmény terhére, amit nem is köteles megőrizni és lehetőség

¹⁹³ HÍDVÉGINÉ – SÁRINÉ [2013] i.m. 37.

¹⁹⁴ DÓSA [2006] i.m. 98.

¹⁹⁵ Véleményem szerint nagyon jó példát szolgáltat erre a következő jogeset, ugyanis itt alkalmazhatónak ítélném a dokumentációs hiányosság kapcsán is a százalékos valószínűség alapján történő mérlegelést. A gyermek végtagfejlődési rendellenességgel született, mely a szakértői vélemények alapján olyan fejlődési rendellenesség, melynek felismerése kifejezetten nehéz, biztos módszerek nincsenek rá, a felismerés valószínűsége 30%-os. A dokumentációban nem szerepelt adat arra vonatkozóan, hogy vizsgálták az ultrahangos kontroll során a végtagokat, így ennek megtörténtét nem tudta igazolni az intézmény. Ezt a bíróság úgy értékelte, hogy a kórház elzárta magát a felelősség alóli kimentéstől. Annak ellenére, hogy az elvégzett vizsgálat esetén is 70%-os valószínűséggel károsodottan született volna a gyermek, a bíróság teljes kártérítésre kötelezte az egészségügyi intézményt. (EBH 2008/1867 Idézi: DÓSA [2010] i.m. 158.).

sincs rá, hogy megőrizték. A dokumentum hiányában viszont nem volt kétséget kizáróan bizonyítható, hogy valóban nem történt semmilyen mulasztás, így teljes kártérítésre kötelezte a bíróság a kórházat. Ilyen esetben dokumentációs problémánál is indokoltnak tartanám a fenti megoldás alkalmazását.

Az okozati összefüggés igazolása és a *felróhatóság alóli kimentés* szorosan összefüggő kérdések, mivel az újabb bírói gyakorlat több korábban az okozati összefüggés körében igazolásra váró tény bizonyítását a felelősség alóli kimentés körében várja el az egészségügyi szolgáltatói oldaltól. Így például *megváltozott a gyógyulási esély elvesztésével kapcsolatos kárigények* megítélése. Annak megállapítása, hogy a betegséggel vagy halálessel összefüggésben milyen mértékben jut szerephez az egészségügyi szolgáltató felróható magatartása¹⁹⁶ és mennyiben lett volna ugyanaz az eredmény e nélkül is, *jelentős bizonytalansági tényezőket* hordoz magában és nem mindegy, hogy a bizonyítatlanság terhét ki viseli.¹⁹⁷ A korábbi gyakorlat az okozati összefüggés körében értékelte a bizonytalansági tényezőt, azaz a felperes terhére esett, ha nem tudta bizonyítani, hogy megfelelő diagnózis és időben elkezdett kezelés esetén biztosan meggyógyult, életben maradt volna, így az ügy általában a kereset elutasításával végződött. Az új tendenciák szerint viszont a gyógyulási esély elvesztésével összefüggésben jelentkező bizonytalanságot az *alperes felróhatóság alóli kimentése körében értékeli*.¹⁹⁸ Így, ha a szolgáltató nem tudja bizonyítani, hogy ha nem hibáznak, akkor sem lett volna esély a gyógyulásra, akkor nem tud eleget tenni a kimentési kötelezettségének, az ügy pedig marasztalásával végződik.¹⁹⁹ A tájékoztatási hiányosságokkal kapcsolatban is hasonló szemléletváltásnak lehetünk tanúi. Korábban²⁰⁰ a betegől várták el annak bizonyítását, hogy amennyiben tájékoztatták

¹⁹⁶ Például: téves diagnózis felállítása, elkésett diagnózis, elkésett kezelés.

¹⁹⁷ DÓSA [2010] i.m. 179.

¹⁹⁸ Jól kitűnik a szemléletváltás a következő indokolásból: „az alperes tévesen hivatkozott a felülvizsgálati kérelemben az okozati összefüggés hiányára, mert nem az orvosok mulasztása és a beteg halála között kell okozati összefüggésnek fennállnia, hanem az életben maradási esély elvesztésénél a mulasztás és aközött kell jogi értelemben az oksági kapcsolat, hogy ha megtörténik az újraélesztés az életben maradásra van esély. A kimentés csak akkor lehetséges, ha az orvos bizonyítja, hogy a beteg akkor is biztosan meghalt volna, ha az újraélesztést azonnal megkezdi”. (Pvf. III. 20.799/2010.)

¹⁹⁹ HAVASI [2009] i.m. 12.

²⁰⁰ Például: A felperes többször utalt arra is, hogy a műtéti beavatkozás természetéről, kockázatáról, következményeiről nem kapott felvilágosítást, illetve nem rendelkezett elegendő adattal a műtéti beavatkozásról, hogy megfelelően tudjon dönteni. Ezeket a tényeket a Pp. 164. § (1) bekezdése alapján a felperesnek kellett volna bizonyítania. (Pesti Központi Kerületi Bíróság 32. P. 88 813/1991)

Néhainak a beavatkozás során olyan ritka szövődménye lépett fel, melyre vonatkozóan az orvosokat nem terhelte tájékoztatási kötelezettség. Így kérdéses marad, hogy a néhai megtagadta-e volna a hozzájárulását egy olyan diagnosztikus beavatkozás elvégzéséhez, amely az állapota súlyosságát figyelembe véve

volna az adott kockázati tényező vagy szövődmény bekövetkezésének lehetőségéről úgy ő nem egyezett volna bele a beavatkozás elvégzésébe.²⁰¹ Újabban gyakran a felróhatóság alóli kimentés körében a szolgáltatótól várják el annak bizonyítását, hogy a tájékoztatás a jogszabályban foglaltaknak megfelelő volt, vagy a beteg az állapotára tekintettel a kockázati tényezők ismeretében is hozzájárult volna a beavatkozáshoz, azaz nem áll fenn az okozati összefüggés.²⁰²

Úgy gondolom, hogy a bizonyítási kötelezettséggel kapcsolatban felvázoltak jól érzékeltetik a történeti részben is kibontott tendenciózus változásokat az egészségügyi kártérítési eljárások területén. Miközben a felperesi oldalon számos tekintetben enyhültek a bizonyítási nehézségek, ezzel párhuzamosan *szélesedett az egészségügyi intézmény felelőssége és szűkült a felelősség alóli kimentés lehetősége*. E folyamat következtében az egyensúlyi helyzet megszűnt, ami az intézménynek és a gyógyulni vágyóknak sem kedvező, változtatás indokolt.

1.4. Az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosításának aktuális kérdései

Jelen egységgel célokom az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosításának vizsgálata a *működési hatékonyság* kérdését középpontba helyezve. A fejezet korábbi

feltétlenül szükséges volt ahhoz, hogy egy esetleges későbbi szív-műtéttel élete meghosszabbítható legyen. (Pesti Központi Kerületi Bíróság 31. P. 87 61/1995.)

A térdízületi műtétet megelőzően a felperes arra vonatkozóan tájékoztatást nem kapott, hogy a lágyrészek átmetszését követően bélhalásos szövődmény léphet fel. Ennek kialakulása ritka, előfordulási gyakorisága 4%-ra tehető. A műtét végrehajtása során a hazánkban szokásos műtéti gyakorlatnak megfelelő eljárásokat alkalmazták, orvosi mulasztás nem mutatható ki. A sérülés a műtét elvégzését szükségessé tette, a műtét elmaradása lényegesen súlyosabb hátrányokat jelentett volna a felperes számára, mint a perbeli szövődmény. Az orvosi tájékoztatás elmaradásával az alperes felelőssége nem állapítható meg, mivel az nincs okozati összefüggésben a követelés jogalapjával. (Csongrád Megyei Bíróság 2. Pf. 20 568/1994.).

²⁰¹ DÓSA [2010] i.m. 250.

²⁰² Például: Az alperest tehát tájékoztatási kötelezettség terhelte abban a körben, hogy a Mayo-típusú műtét és általában a kétféle típusú műtét elvégzése miatt szükséges, annak milyen gyakori következményei vannak, milyenek a megnyilvánulási módjai, mert a beteg alapvető joga annak eldöntése, hogy az általa ismert kockázati tényezők mellett vállalja-e az adott beavatkozást. A perben rendelkezésre álló bizonyítékokból az sem állapítható meg, hogy egyáltalán kapott-e a felperes valamilyen következményről, kockázatról, szövődményről tájékoztatást, az alperes pedig semmivel nem bizonyította, hogy a felperes részletes, a műtét esetleges negatív következményeire is kiterjedő felvilágosítást kapott volna a műtétet megelőzően. Helyesen döntött tehát a másodfokú bíróság, amikor a jogszabálynak megfelelő műtét előtti tájékoztatás elmulasztása miatt, közbenső ítélettel megállapította az alperes kártérítési felelősségét. (BH 2003.453.)

Az alperesnek kell bizonyítania, hogy megadta a beteg részére a tájékoztatást. Az ellentmondó bizonyítékok esetén a bizonyítatlanságot az alperes terhére kell értékelni. (Pvf. III. 20.516/2009.).

részeinek tanulságai azt mutatják, hogy az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségének megállapítása iránti perek száma és a kártérítési összegek emelkedő tendenciát mutatnak, a szolgáltatók felelősségének határai egyre tágabbá válnak, nehezebb a felelősség alóli kimentés, az elvárható gondosságnak megfelelő magatartás igazolása.

Ebben a környezetben érthetően, kiemelkedő jelentőséggel bír a kötelező szakmai felelősségbiztosítás, mely jogintézmény alapvető funkciója, hogy amennyiben megállapítják az egészségügyi szolgáltató felelősségét, vagy egyezség születik közte és a károsult között, a biztosító egészben vagy részben mentesíti a fizetési kötelezettség alól. Ha a szolgáltatónak van felelősségbiztosítása, akkor ez optimális esetben azt jelenti, hogy a biztosítási esemény bekövetkezésekor helyette, vagy jelentős részben a biztosító fizet a károsultnak. Ez kedvező a betegek számára, ugyanis így bizonyosan hozzájuthatnak a számukra megítélt kártérítési összeghez, és kedvező a szolgáltatóknak is, mert nem a működési költségeikből kell kigazdálkodniuk a kártérítésként fizetendő összegeket.

Sajnálatosan e jogintézmény jelen adottságaival nem tud e mechanizmus szerint, megfelelő hatékonysággal működni. Az alábbiakban ennek okait, az aktuálisan fennálló problémákat és megoldási lehetőségeket veszem számba.

1.4.1. Út a kötelező felelősségbiztosításig

Az egészségügyi szolgáltatók felelősségbiztosítása *a rendszerváltás óta tölt be igazán jelentős szerepet.* A szocializmus időszakában sem az orvosoknak sem a kórházaknak nem állt érdekében felelősségbiztosítást kötni, mivel károkozás esetén az állam, illetve a tanács nyújtott számukra fedezetet.²⁰³ Az 1945-öt megelőző időszakban szintén nem volt jelentős hazánkban a felelősségbiztosítási üzletág és lévén, hogy jogszabály nem kötelezte erre az egészségügyi szolgáltatókat, rendszerint nem is kötöttek ilyen szerződést.

A változást ezen a területen is 1989 hozta meg. Ekkor vált lehetővé a *magánorvosi és az egészségügyi vállalkozási* tevékenység folytatása. A működés feltételeit megfogalmazó

²⁰³ NÉMETH Antónia, *Polgári jogi felelősség és felelősségbiztosítás az orvosi jogviszonyban*, In: *Polgári jogi dolgozatok*, MTA Állam-és Jogtudományi intézet - ELTE-ÁJK, Budapest, 1993, 306.

jogszabályok²⁰⁴ az előbb említett két területen *elsőként írták elő a felelősségbiztosítás kötelező voltát*. Ennek oka az volt, hogy ne állhasson elő a nem állami vagy önkormányzati fenntartású egészségügyi intézmények, valamint az ezek szolgáltatásaikat igénybe vevő betegek kiszolgáltatott helyzete. A kiszolgáltatottság oka pedig nem más, minthogy a magánszolgáltatókért az állam, önkormányzat nem állt helyt a szolgáltató költségvetését meghaladó mértékben. Ezért az esetleges kártérítési összegek kifizetésére ezeknek a szolgáltatóknak is kellett valamilyen biztosíték, amelyet a felelősségbiztosítási szerződés megkötése jelentett.

Annak ellenére, hogy az állami fenntartású egészségügyi intézmények számára ebben az időszakban még nem volt kötelező a felelősségbiztosítás, 1992-re szinte mindegyik intézmény kötött ilyen szerződést.²⁰⁵ *A kezdeti időszakban a biztosítók is lelkesedéssel fordultak az új piacot nyújtó lehetőség felé és változatos ajánlataikkal versengtek a kórházak igényeinek kielégítéséért.*²⁰⁶ *A rendszer eleinte jól működött, valódi biztonságot nyújtott* a szolgáltatóknak, a betegeknek biztosítékot a kártérítés kifizetésére, a biztosítóknak pedig új bevételforrást jelentett. Így amikor az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről kötelezővé tette valamennyi egészségügyi szolgáltató számára a felelősségbiztosítási szerződés megkötését, csak a már egyébként is létező gyakorlat lett törvénybe iktatva.

1.4.2. A rendszer jelenlegi problémái

Az egészségügyi felelősségbiztosítási rendszerünk hanyatlása véleményem szerint az *egészségügyi szolgáltatók elleni perekben megfigyelhető gyakorlat megváltozására* vezethető vissza elsődlegesen. *Ez volt az, a momentum, ami megbontotta a biztosítók és a szolgáltatók közötti addig fennálló érdekazonosságot.* A profitorientált biztosítóknak csak addig állt érdekében szolgáltatást nyújtani, amíg ez számukra nyereséget hozott. Azonban 1997 és 1999 között fokozatosan romlani kezdett a biztosítási díjából származó bevétel és a kifizetett kártérítések aránya. A perek számának és a kártérítési összegeknek az emelkedése miatt *a biztosítók számára veszteségessé vált ez az üzletág,*

²⁰⁴ 30/1989.(XI. 15.) SZEM rendelet, 113/1989. (XI. 15.) MT rendelet.

²⁰⁵ SIMON [2004. november 14.] i.m. 1.

²⁰⁶ HARMAT György, *Az orvosi felelősségbiztosítás kérdései és lehetséges válaszai*, Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2003, 6. szám, 36.

felismerték, hogy nem áll érdekükben a biztosítási piac ezen szegmensében szolgáltatást nyújtani.²⁰⁷

A következőkben *három olyan tényezőt* emelnék ki, mely véleményem szerint a többi visszaállás genezise. Ezek pedig a következők:

1. *A biztosítási piac kínálati oldalának beszükültsége.* Kevés a szolgáltatást nyújtó biztosítótársaság, illetve ezek közül sem kínál mindegyik társaság valamennyi egészségügyi szolgáltató számára biztosítási lehetőséget.
2. *Egyoldalú szerződéskötési kötelezettség áll fenn,* ugyanis az egészségügyi szolgáltató a működési engedély kiadása feltételeként köteles felelősségbiztosítási szerződést kötni,²⁰⁸ a biztosító viszont akkor és azzal az egészségügyi szolgáltatóval köt szerződést, amikor és amelyikkel megéri.
3. Bár az erre vonatkozó felhatalmazás 15 éve megjelent, *a kormány a mai napig sem alkotta meg az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosításának minimumfeltételeiről szóló jogszabályt.*²⁰⁹ Így jelenleg semmi más nem határozza meg e speciális felelősségbiztosítási ágazat működésének részletszabályait, mint a biztosító üzletpolitikája, az általa kialakított általános szerződési feltételek. Ezek a szerződési feltételek pedig számos olyan elemet tartalmaznak, amelyek kedvezőtlenek az intézmény számára és amelyek *kiüresítik a felelősségbiztosítás tartalmát,* figyelmen kívül hagyják a jogintézmény eredeti célját.

A fent említett tényezők együttállása számos, *a biztosítók által meghatározott problémás szerződési feltételt* eredményez, melyek közül néhány példát említenék a következőkben.

A biztosítási díjak jelentős mértékben emelkedtek az utóbbi években.²¹⁰ Így több kórház képtelenné vált a megemelkedett díj kifizetésére, melynek következtében kialakult és

²⁰⁷ Úgynevezett első biztosítási krízis, lásd: SIMON Tamás, *Kezelhető-e a szakmai felelősségbiztosítás Strucc Malvin módjára?*, Kórház, 2005, 10. szám, 15.

²⁰⁸ Eütv. 108. § (2) bekezdés; 96/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról 6. § (3) bekezdés; 2003. évi LXXXIV. törvény az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről 7. § (1) bekezdés e) pont.

²⁰⁹ Az Eütv. záró rendelkezései között eredetileg az egészségügyi miniszter számára adott felhatalmazást az egészségügyi szolgáltatók felelősségbiztosításának részletes szabályainak kidolgozására. 2002-ben módosították az Eütv. ezen rendelkezését. Azóta a kormány van felhatalmazva a rendelet megalkotására (Eütv. 247. § (1) bekezdés f) pont), amely a mai napig nem készült el.

²¹⁰ Lásd például: HARMAT i.m. 36.

folyamatosan bővül azon intézmények köre, amelyek nem rendelkeznek felelősségbiztosítással a jogszabályi kötelezések ellenére.²¹¹

A biztosítók által nyújtott szolgáltatás színvonala nem emelkedett. A biztosítók eseti helytállási limitje megrekedt a 15 évvel ezelőtti szinten, általában káreseményenként 5 millió forint.²¹² Az ezt meghaladó összeget a kórház saját költségvetéséből, a működésre szánt keretből fizeti ki, vagy a fenntartó tesz eleget a fizetési kötelezettségnek.

A biztosítók egyre *szűkebben értelmezik a biztosítási esemény fogalmát* és a leggyakoribb, igazán nagy károkat okozó *kockázati tényezőket kizárják* a helytállási kötelezettség köréből, ezzel gyakorlatilag kiüresítve a felelősségbiztosítás tartalmát. A probléma, hogy ezek a kizárások²¹³ kezdenek irracionális mértékeket ölteni, *szakmákat* (például: plasztikai sebészet, szülészet-nőgyógyászat), *diagnosztikus módszereket* (például: CT, MR, röntgen okozta károsodás) iktatnak ki a biztosítók a helytállás köréből. Emellett általánosan nem állnak helyt például a *tájékoztatási kötelezettség elmulasztásából*, a tájékoztatás hiányosságaiából, származó károkért, holott az egyik leggyakrabban megjelölt jogalapról van szó.²¹⁴ Szintén gyakori a beteg kezeléséhez kapcsolódó *orvosi dokumentációs kötelezettség*, illetve a kezelési dokumentáció kiadásának elmulasztásával illetve késedelmével okozott kártérítési igények kizárása. Van olyan biztosítótársaság, mely kizárja a helytállását például a művi *terhesség megszakítással* okozott károkra, vagy a *külföldi állampolgároknak* okozott károkra vonatkozóan is.

A biztosítók egyre inkább igyekeznek *kiszélesíteni a visszakövetelési joguk körét*. A Ptk. felelősségbiztosításra vonatkozó szabályai szerint a biztosító szándékos károkozás, továbbá a súlyos gondatlanságnak a szerződésben megállapított eseteiben követelheti a

²¹¹ Jelenleg több, mint 30 intézmény nem rendelkezik felelősségbiztosítással, holott e nélkül nem kaphatnának működési engedélyt, illetve meg kellene fosztani őket a működési engedélytől. (GELLÉR Balázs, *Az orvosi felelősségbiztosítás a magyar jogban*, In: SÓTONYI Péter (szerk.), *Orvosi felelősség*, Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006, 308.; továbbá például: a Weborvos online egészségügyi magazin honlapja: http://www.weborvos.hu/hirek/korhazak_biztositas_nelkul/67054/ (letöltve: 2012. december. 04.) továbbá: http://www.weborvos.hu/lapszemle/korhazak_felelosseg_nelkul/138945/ (letöltve: 2012. december. 04.).

²¹² Káreseményenként 5 millió Ft (kivételesen 8 vagy 10 millió Ft), évente 50 millió Ft. Összehasonlításképp: gépjármű felelősségbiztosításnál ez az összeg dologi károk esetén káreseményenként 500 millió Ft, személyi sérülés miatti károk esetén káreseményenként 1250 millió Ft.

²¹³ A kizárások körét a biztosítók által nyilvánosságra hozott általános szerződési feltételek alapján ismertetem.

²¹⁴ Lásd részletesen: DÓSA Ágnes *Az orvos felelőssége a tájékoztatás elmulasztásáért*, *Lege Artis Medicinæ*, 2001, 1. szám.

biztosítottól a kifizetett biztosítási összeg megtérítését. A hangsúly a gondatlanságnak a szerződésben megállapított esetein van, hisz ezeket a biztosító határozza meg az általános szerződési feltételekben. Megfigyelhető, hogy egyre nő a szerződésben felsorolt ilyen elemek száma és a gyakran nem teljesen egyértelmű megfogalmazásukból²¹⁵ is az látszik, hogy a biztosító szeretné minél szélesebb körben érvényesíteni regresszjogát.

Az egészségügyi intézmények anyagi terhelését még inkább fokozza a biztosítási szerződésben meghatározott *önrészesedés*. Ennek lényege, hogy a biztosított a teljes kárösszegeből legalább a biztosítási kötvényben meghatározott mértékű önrészesedés erejéig a kárt maga viseli. Ennek a mértéke általában 10 % biztosítási eseményenként.²¹⁶ Önrészt csak abban az esetben kell fizetni, ha a kártérítési összeg a biztosító eseti helytállási limitjén belül marad, a lényege tehát az, hogy a pert vesztett egészségügyi szolgáltató semmiképp nem menekülhet a fizetési kötelezettség alól. Még akkor sem, ha a kártérítési összeg nem lépi túl a helytállási limitet.²¹⁷

További problémát okoz, hogy *a biztosítók leszűkítik a biztosítási szerződés időbeli hatályát* és a helytállási kötelezettségük csak a biztosítási szerződés hatálya alatt okozott és bejelentett károkra terjed ki. *A károsultak viszont a Ptk. általános elévülési szabályainak megfelelő időintervallumon belül érvényesíthetik igényeiket.* Így előfordul, hogy csak hónapok, évek múltán fordulnak az intézmény felé, így az intézmény csak ekkor tudja bejelenteni az igényt a biztosítónak. Ez nem feltétlenül probléma abban az esetben, ha az egészségügyi szolgáltatónak folyamatosan, ugyanannál a biztosítónál van felelősségbiztosítási szerződése. Viszont, ha az egészségügyi intézmény biztosítót vált és szerződése a károkozás kori biztosítóval idő közben megszűnik, akkor az már nem fog helytállni, mert az intézmény nincs benne az igény bejelentési határidőben, az új biztosító pedig még nem áll helyt azért, mert nem a vele kötött szerződés hatálya alatt következett be a biztosítási esemény.²¹⁸ Előállhat az a helyzet, hogy az egészségügyi szolgáltatónak van és volt is folyamatosan érvényes felelősségbiztosítási szerződése, mégis egyedül kell helytállnia a szerződés korlátozott időbeli hatálya miatt.

²¹⁵ Például: „ha a kárt a szakmai szabályok, előírások kirívóan súlyos megsértésével okozzák”.

²¹⁶ SIMON Tamás, *Felelősségbiztosítás az egészségügyben*, Lege Artis Medicinae, 2002, 9. szám.

²¹⁷ SIMON [2004. november 14.] i.m. 7.

²¹⁸ HANTI Péter, *Felelőség és kockázatmenedzsment az egészségügyben – Az orvosok jogai és kötelezettségei*, Complex, Budapest, 2013, 364.

A felelősségbiztosítás kötelező voltáról az Eütv. egészségügyi szolgáltatások szakmai követelményeiről szóló, V. fejezete rendelkezik, melynek bevezetőjében a következőket olvashatjuk: „Az egészségügyi szolgáltatások szakmai követelményrendszerének célja: ...az egészségügyi szolgáltatásokat igénybe vevő, valamint az e szolgáltatásokat nyújtó személyek jogainak biztosítása.” A fentiek alapján azt mondhatjuk, hogy jelen feltételek mellett *az egészségügyi szolgáltatók számára kötelezővé tett szakmai felelősségbiztosítás nem felel meg azoknak a céloknak, amelyek miatt életre hívták és valós védelem nélküli kényszerű béklyóként nehezedik a szolgáltatókra.*

1.4.3. A megoldás sürgőssége és lehetőségei

Több nyomós érvet is fel tudunk sorakoztatni a rendszer működőképességének mielőbbi helyreállítása mellett. A *legsürgetőbb probléma* úgy vélem az, hogy jelen helyzetben *nincs megoldva megfelelően az egészségügyi ellátás során bekövetkező káresemények finanszírozása.* A korábban említetteknek megfelelően a biztosító által nyújtott körülbelül 5 millió forintos helytállási limit elmarad a kártérítési összegektől. Esetenként megfordul a biztosító és az intézmény közötti fizetési arány, a biztosító fizeti az önrésznek megfelelő összeget, az intézmény pedig kénytelen állni az ezen felüli kárt.

A megoldást az *Európai Unió jogharmonizációs kötelezettségünk* miatt is ki kell alakítanunk. A határon átnyúló egészségügyi szolgáltatásokról szóló irányelvnek köszönhetően Unió nyomás is van a tagállamokon, így hazánkon is arra vonatkozóan, hogy *minden tagállam hatékony felelősségbiztosítási rendszert vagy más garanciákat hozzon létre az egészségügyi ellátás során bekövetkező káresemények finanszírozására.*²¹⁹

A következőkben azon *megoldási lehetőségeket* vázolom fel, melyek eddig felmerültek a hazai egészségügyi felelősségbiztosítási helyzet rendezésével kapcsolatban. Ezek alapvetően *két irányba mutatnak.* Az egyik, hogy a *felelősségbiztosítás intézményén belül, annak átalakításával* teremtünk valós fedezetet. A másik irány pedig, hogy *egyéb finanszírozási alternatívát keresünk,* akár a hasonló helyzetben lévő külföldi országok megoldásai között kutatva.

²¹⁹ Határon átnyúló egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatos irányelv tervezete, 14. Az Európai Unió Tanácsának honlapja: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/healthcare/docs/COM_hu.pdf (letöltve: 2012. december 4.).

Az egyik lehetőség az *egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosításának minimumfeltételeiről szóló rendelet elfogadása*. A szabályozás legfőbb célja, hogy az egészségügyi szolgáltatók felelősségbiztosítása a kitűzött céloknak megfelelően működhessen, valós biztonságot, jogvédelmet nyújtson. Ha a rendelet létezne és előírná, hogy milyen követelményeknek kell eleget tennie a felelősségbiztosítási szerződés feltételrendszerének, akkor elképzelhető, hogy a jelenleg szolgáltatást nyújtó biztosítók is kivonulnának a piacról.²²⁰ Erre az esetre szükség van egyéb finanszírozási alternatívák kidolgozására.

Lehetőségként merült föl²²¹ egy *felosztó-kirovó rendszerrel működő intézményvédelmi egyesület*, amely a tagjainak nyújtana szolgáltatást, ahogyan az Angliában is megvalósult. A tagok által befizetett tagdíjból létrejövő alap biztosítaná a kártérítések kifizetésének forrását. Amennyiben ez nem elegendő, a hiányt a tagok a tagdíjakkal arányos részben pótolnák befizetésükkel. A rendszer előnye, hogy nem tartozna a 2003. évi LX. törvény a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről (továbbiakban: Bit.) hatálya alá, mert a törvény a felosztó-kirovó rendszerű működést kizárja a hatálya alól,²²² így nem vonatkoznának rá a Bit. induló vagyonnal és szavatoló tőkével kapcsolatos szabályai.

A másik lehetőség a Bit. hatálya alá tartozó *biztosító egyesület* létrehozása.²²³ Ez abban különbözik az előzőtől, hogy a bevételeken túl már nem róna újabb terheket a tagokra, ha azok befizetései nem fedezik a kifizetéseket, ugyanis ez az egyesület biztosítástechnikai elven működik és nem felosztó-kirovó rendszerben. A legnagyobb probléma a biztosító egyesülettel, hogy a létrehozatalához szükséges anyagi fedezet hiányzik.²²⁴

Egy *állami költségvetési alap* létrehozásának lehetősége is szükséges lehet, amely meghatározott limitösszeg erejéig fizetne a szolgáltatók helyett, az e feletti részre vonatkozóan pedig fennmaradna a szakmai felelősségbiztosítás. A probléma itt is az ehhez szükséges tőke hiányában ragadható meg.²²⁵

²²⁰ SIMON [Kórház, 2005. 10. szám] 15.

²²¹ Lásd: SZABÓ Tamás, *Egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosításának átalakítása*, IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja, 2002, 5. szám 16-20.

²²² Bit. 2.§ c) pont.

²²³ Bit. 19-28.§.

²²⁴ SIMON Tamás, *Biztosan biztosító egyesület?*, Kórház, 2005, 12. szám.

²²⁵ BENE Zsolt, *Új javaslat a kórházak felelősségbiztosítására*, Egészségügyi Menedzsment, 2001, november-december, 88.

A dolgozat későbbi egységét képező nemzetközi fejezetekben is vizsgálat tárgyává teszem az egyes országok egészségügyi szolgáltatói felelősségbiztosítását, annak problémás vagy előnyös vonásait a megoldási javaslatok bővítésének érdekében.

1.5. Az új Polgári Törvénykönyv várható hatásai az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelőségére

Az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggő kártérítési felelőség történeti áttekintése és a felelőséget érintő hatályos szabályok és aktuális problémák vizsgálatát követően célom, hogy röviden összefoglaljam, milyen alapvető változásokat hozhat a 2013. évi V. törvény hatályba lépése az egészségüggyel kapcsolatos felelőségi kérdések tekintetében.

Nem törekszem az új Ptk. teljes felelőségi szabályanyagának áttekintésére, *azokat a rendelkezéseket veszem górcső alá, melyek témám szempontjából relevánsak.* Így foglalkozom a felelőségi rendszert érintő alapvető változásokkal, ennek hatásaival az egészségügyi szolgáltatók felelőségére, a személyhez fűződő jogok megsértésének új jogkövetkezményével, a sérelemdíjjal, valamint a felelősségbiztosítást érintő szabályanyag megváltozott pontjaival.

1.5.1. A felelőségi rendszer alapvető változásai

Az új Ptk. felelőségi rendszere jelentős eltéréseket mutat a korábbi Kódex felelőségi szabályaitól, alapvető változás, hogy *szűkebbé válik a deliktuális és kontraktuális felelőség közötti párhuzamos szabályok köre,* a szerződéses és a szerződésen kívüli károkozásért való felelőségi szabályok *élesebb elválasztása* jelenik meg. A szerződésszegéssel okozott károkért való helytállás szabályai új, *objektív alapokra* kerülnek, a kimentés lehetőségei szigorúbbá válnak. A szigorú kimentési feltételrendszer ellensúlyozásaként és a felek közötti együttműködés, tájékoztatás növelése érdekében a károkozó az elmaradt hasznokért és következménykárokért csak

olyan mértékben köteles helytállni, amilyen mértékben a károsult bizonyítja, hogy a bekövetkezett kár a szerződéskötés időpontjában előre látható volt.

Az, hogy az új Ptk. jobban elválasztja a szerződésszegésért és a szerződésen kívüli károkozásért való felelősség szabályait, érthető, logikus lépés, a kialakult bírói gyakorlattal²²⁶ és a nemzetközi dokumentumokkal²²⁷ is összhangban áll. A *felelősség mindkét esetben más típusú jogviszonyból származik. Szerződésen kívüli károkozásnál a kiindulópont egy abszolút szerkezetű jogviszony, mely a károkozás folytán válik a károsult és a károkozó viszonylatában egy relatív szerkezetű kárkötelemmé. Ebben az esetben a károkozás általános tilalmának szabálya sérül. Ezzel szemben a szerződéskötés tudatosan vállalt kockázatot is jelent, szerződésszegés esetén meghatározott felek között, előre meghatározott, kötelezettség megszegése történik, mely miatt a szerződést megszegő fél felelősséggel tartozik, az okozott károkat megtéríteni köteles. A felelősségi koncepció modelljéül az üzleti viszonyokban megjelenő szerződések szolgáltak. Amennyiben valaki üzletszerű tevékenységet folytat, azzal kockázatot is vállal, szerződésszegés esetén pedig a szankció nem függhet a szerződésszegést megvalósító fél igyekezetétől, nem lehet elegendő alap a felelősség alóli mentesülésre az adott helyzetben elvárható magatartásnak való megfelelés.*

1.5.2. Az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségét érintő szabályok

Az Eütv. korábban már idézett 244. §-a 2010 január 1-jétől a Ptk. szerződésszegéssel okozott károkért való felelősségre vonatkozó szabályait rendelte alkalmazni az egészségügyi szolgáltatók felelősségére, ezzel pontot téve az egészségügyi szolgáltató és beteg közötti jogviszony minősítésével kapcsolatos jogviták végére is. Az 1959-es Ptk.-ban szélesebb körű volt a deliktuális és kontraktuális felelősségre vonatkozó párhuzamos szabályok köre, a jogszabály 318. § (1) bekezdése a szerződésszegésért való felelősségre, illetve a kártérítés mértékére a szerződésen kívül okozott károkért való felelősség szabályait rendelte megfelelően alkalmazni. Az új Kódex ugyanakkor a

²²⁶ MENYHÁRD Attila, *Felelősség szerződésszegésért*, Polgári Jogi Kodifikáció, 2001, 3. szám, 25.

²²⁷ Így például a Bécsi Vételi Egyezmény, valamint az Európai Polgári Jogi Alapelvek vonatkozó rendelkezéseivel. Lásd: CSÉCSY Andrea, *Előreláthatósági klauzula a szerződések jogában*, Debreceni Jogi Műhely, 2009, 1. szám, http://www.debrecenijogimuhely.hu/archivum/1_2009/ (letöltve: 2013. december. 5.).

fentiekben említett alapvető, koncepcionális változásokat hozott a felelősségi kérdések megítélésében, mely tekintettel az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségével kapcsolatban ismertetett tendenciákra, komoly aggályokat vetett fel. *A mentesülés már a felróhatósági rendszerben is nehéz,* a szerződésszegéssel okozott károkért való felelősségre vonatkozó új, objektív alapú szabályrendszernek beláthatatlan következményei lehettek volna e a speciális jogviszonyra vonatkozó alkalmazás esetén. *Az egészségügyi szolgáltató és a beteg közötti szerződéses jogviszony speciális terület,* amelyre nem alkalmazhatók maradéktalanul az üzleti élet szerződesei által indokoltá tett felelősségi változások. Gondoljunk például a *területi ellátási kötelezettség* keretében nyújtott egészségügyi szolgáltatásokra, ahol *az intézményeknek nincs mérlegelési lehetősége* azzal kapcsolatban, hogy szerződést kötnek-e a beteggel, az ellátási kötelezettség alól nem mentesülhetnek.²²⁸ Ez lényeges különbség az üzleti szerződésekhez képest, ahol a szerződéses kockázatvállalás önkéntes döntés, így indokolt lehet a fokozott felelősség.

Üdvözlendő módon a jogalkotó felismerte és orvosolta a problémát az Eütv. 244. §-ának változtatásával, mely *a Kódex szerződésszegéssel okozott, felróhatósági alapon maradó szabályait rendeli alkalmazni az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségére.* E kétségtől szükséges megoldás jogtechnikai megvalósítása azonban kérdéseket vet föl. Az idézett szakasz egyértelműsítette, explicit módon rendezte, hogy az egészségügyi szolgáltató és a beteg között szerződéses jogviszony van. Az utaló szabály megváltoztatásával nem maradt olyan rendelkezés, mely egyértelműen kimondaná e jogviszony szerződéses természetét, így ez akár *újabb irodalmi vitákra adhat alapot a tárgykörben.* Ha elfogadjuk a jogviszony szerződéses voltát, *a szabályozás logikailag ellentmondásos,* mivel egy szerződéses kapcsolatra a szerződésen kívüli kárfelelősség szabályait rendeli alkalmazni. A korábbi fejezetben kifejtett indokolást erősíti ez a problémakör is, megfelelőbb lett volna az a megoldás, ha a jogalkotó az új Ptk. kodifikációja által teremtett lehetőséget kihasználva, szabályozza az egészségügyi szolgáltató és a beteg közötti jogviszonyt akár önálló szerződéstípusként, akár a megbízási szerződés altípusaként. Ebben a körben a felelősséggel kapcsolatos speciális szabályok is elhelyezhetők lettek volna.

²²⁸ KERESZTY Éva, *A helyi önkormányzatok és az egészségügyi szolgáltatók kapcsolata,* Magyar Közigazgatás, 1999, 11. szám, 620.

A szerződésszegéssel okozott károkért való felelősség előfeltételei tekintetében jelentős változásokat nem hoz az új szabályozás. A károkozás általános tilalmát, a károkozó magatartás általánosságban vett jogellenességét a Kódex explicite kimondja, mely újdonság a korábbi jogszabálysövegezh képest. A fő szabály alól csak a jogellenességet kizáró okok fennállása jelent kivételt, melyeket immáron egy helyen rögzít a jogszabály. Az új Ptk. a kialakult bírói gyakorlattal összhangban az előreláthatósági szabállyal állít gátat a megtérítendő károk körére vonatkozóan. A szabályozás elvágja az okozati láncot –okozati összefüggés hiányában nem áll fenn a kártérítési felelősség- olyan károk vonatkozásában, amelyet a károkozó nem látott előre és nem is kellett előre látnia. Az előreláthatóság objektív követelmény, azaz mindazokat a károkat meg kell téríteni, melyeket a károkozó féllel azonos helyzetben levő személy előre kellett, hogy lásson.²²⁹

A korábbi jogi szabályozással összhangban, nem kell megtéríteni a kárnak azt a részét, mely abból származik, hogy a károsult kármegelőzési, kárelhárítási, kárenyhítési kötelezettségének felróhatóan nem tett eleget.²³⁰ Újdonságként jelenik meg ugyanakkor a károsult és a károkozó közötti kármegosztás szabályozása a kármegelőzési, kárenyhítési, kárelhárítási kötelezettség megszegése kapcsán. A jogszabályi rendelkezések szerint, ilyenkor a kárt a károkozó és a károsult között elsősorban magatartásuk felróhatóságának arányában, másodsorban közrehatásuk arányában, ha pedig ez sem megállapítható, egyenlő arányban kell megosztani. Az egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatos kártérítések körében problémát vet föl e szabályozás. A korábbi fejezetekben részletesen elemeztem, elsősorban az okozati összefüggés vonatkozásában, hogy milyen jelentős bizonytalansági tényezőkkel kell számolnunk egy ilyen káresemény kapcsán. Sok esetben nehezen állapítható meg, hogy az orvosi beavatkozás milyen mértékben járult hozzá a káresemény bekövetkezéséhez és mennyiben okozta azt például a beteg szervezetének állapota, vagy akár életmódja, gyógyulása ellenében tanúsított magatartása. Kérdés, hogy a jogalkalmazás hogyan fogja értelmezni ebben a vonatkozásban a kármegosztási szabályt, hogyan állapítja meg a felróhatóság vagy a közrehatás arányát, esetleg alkalmazza-e a harmadik kiegészítő szabályt?

²²⁹ VÉKÁS Lajos - GÁRDOS Péter (szerk.), *A Polgári Törvénykönyv magyarázatokkal*, Complex, Budapest, 2013, 607.

²³⁰ 2013. évi V. törvény 6:525. §.

A több személy által közösen okozott károk megtérítésére a korábbi szabályozással összhangban általános az egyetemleges felelősség, melytől rendkívüli méltányolást érdemlő körülmény vagy a károsulti közrehatás esetében térhet el a bíróság. Ilyenkor a kárt a károkozók felróhatóságuk arányában, másodsorban közrehatásuk arányában, ha ez sem állapítható meg egyenlő arányban viselik. Ugyanez a szabályozás érvényesül a károkozók egymás közötti kárviselésére is egyetemleges marasztalásuk esetén. A felróhatóság arányát vizsgáló szabályozás az előző bekezdésben foglaltakhoz hasonló problémákat vet föl ez esetben is. Új szabályként jelenik meg, hogy a több személy közös károkozására vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni akkor is, ha a kárt több egyidejűleg kifejtett magatartás okozta és bármelyik önmagában is előidézte volna a kár bekövetkezését vagy nem állapítható meg, hogy melyik magatartás okozta a kárt.²³¹

A korábbi szabályozással ellentétben az új Ptk. kárfogalmában már nem jelenik meg a nem vagyoni kártérítés intézménye, a károkozónak a károsult vagyonában bekövetkezett értékcsökkenést, az elmaradt vagyoni előnyt és a hátrányok kiküszöböléséhez szükséges költségeket kell megtérítenie. A deliktuális felelősség körében a teljes kártérítés érvényesül. A kártérítés módja tekintetében az új Kódex elhagyja a korábban első helyen szereplő eredeti állapot helyreállítását, fő szabály a pénzübeni kártérítés, kivéve, ha a körülmények természetbeni kártérítést tesznek indokolttá.²³² A kérdés eldöntésében a bíróság nincs kötve a károsult kérelméhez, viszont nem alkalmazhat olyan kártérítési módot, mely ellen mindkét fél tiltakozik. A kártérítés változatlanul a kár bekövetkezésekor nyomban esedékes. Az egészségügyi szolgáltatói kárfelelősség tekintetében az egyösszegű kártérítés mellett gyakran jelentősége van a járadék formájában rendszeresen folyósított összegnek. Az új Ptk. ennek a lehetőségét is biztosítja, a bíróság időszakonként előre fizetendő járadékot is megállapíthat a jövőben rendszeresen felmerülő károk megtérítésére.²³³ Speciális szabályokat tartalmaz a Kódex a jövedelempótló és a tartást pótló járadékról is. Előbbit jövedelem kiesés teheti indokolttá, azaz ha a károsult munkaképessége csökkent a károkozás következtében és jövedelme fel nem róható okból nem éri el a megelőző időszak jövedelmét. Tartást pótló járadéokra vonatkozó igény a károsult halála esetén érvényesíthető a vele szemben tartásra jogosult által. A tartást pótló járadékot a

²³¹ 2013. évi V. törvény 6:524. § (4) bekezdés.

²³² SÁRINÉ SIMKÓ Ágnes – HÍDVÉGINÉ ADORJÁN Lívía, *Orvos- beteg jogviszonyok az egészségügyben I. A betegek jogairól*, Medicina, Budapest, 2012, 52.

²³³ 2013. évi V. törvény 6:527. § (2) bekezdés.

jogszabály kiemeli az előreláthatósági szabály alól, azt akkor is köteles fizetni a károkozó, ha magatartásának e következménye nem volt előre látható.²³⁴ A körülmények utóbb bekövetkező lényeges megváltozása alapot adhat a járadék összegének megváltoztatására, megszüntetésére, a fizetés időtartamának megváltoztatására.

1.5.3. Sérelemdíj: a személyiségi jogok megsértésének új jogkövetkezménye

A személyiségi jogok sérelme az *egészségügyi kártérítési eljárásokban is gyakran felmerülő probléma*. Ezért megkerülhetetlen, hogy foglalkozzam a Kódexben megjelenő új szankció, a sérelemdíj koncepciójának lényegével, mely a nem vagyoni kártérítés megszűnését követően is lehetővé teszi e jogsérelmek pénzbeni kompenzációját.

Az új Ptk. által nevesített személyiségi jogok közül az egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatban gyakran merül föl az élet, testi épség, egészség megsértése, továbbá az emberi méltósághoz való jog és az abból levezethető Eütv.-ben nevesített betegjogok sérelme. A korábbi szabályozás a személyhez fűződő jogok megsértése esetén a nem vagyoni kártérítés jogintézményével biztosított lehetőséget az anyagi kompenzációra. A jogintézmény rendszertani helye a kártérítési felelősség körében volt és a vagyoni kártérítéshez szükséges konjunktív felelősségi előfeltételek fennállása volt szükséges a megítéléséhez. Ahogyan az új Kódex által bevezetett változások jelentős részét, úgy a sérelemdíjat mint a személyiségi jogok megsértése esetén érvényesíthető objektív alapú szankciót is *előre vetítették a bírói gyakorlatban megjelenő egyes nézetek*. Ezek már a *nem vagyoni kártérítés esetén is eltekintettek a hátrány bizonyításának szükségességétől*, köztudomású tényként fogadták el azt, hogy a személyhez fűződő jogok megsértése hátrányt okoz.²³⁵

Az új Kódex a személyiségi jogok vagyoni szankcionálásának lehetőségei közül az úgynevezett *monista modellt* követi. Megszünteti a nem vagyoni kártérítés jogintézményét, a *sérelemdíjat pedig rendszertanilag is elválasztja a kártérítéstől* és a személyiségi jogokkal kapcsolatos fejezetben helyezi el.²³⁶ A sérelemdíj *célja kettős*,

²³⁴ 2013. évi V. törvény 6:529. § (1) bekezdés.

²³⁵ VÉKÁS – GÁRDOS i.m. 71.

²³⁶ FÉZER Tamás, *A nem vagyoni (erkölcsi) sérelmek megítélése a polgári jogban*, HVG ORAC, Budapest, 2011, 345.

elsősorban lehetőséget biztosít a személyiségi jogok megsértésének vagyoni eszközökkel történő *kompenzációjára*, másfelől *magánjogi büntetesként* is funkcionál.²³⁷ Sérelemdíj esetében a jogellenes magatartás áll a középpontban, a *jogsértés ténye ad alapot az igényre*, a sérelmet szenvedett személyt ért konkrét hátrány bizonyítására nincs szükség. A jogintézmény alapkonceptiója ugyanis annak elfogadásából indul ki, hogy *a személyiségi jogot sértő magatartás önmagában hátrányt eredményez*, komolysága esetén pszichés, lelki sérülés alakul ki a sértett személyben.²³⁸

Bár a sérelemdíj rendszertanilag nem a kártérítési felelősség szabályai körében helyezkedik el, mégis sajátos szabályrendszer teremt a Kódex azzal, amikor a *sérelemdíjjal kapcsolatos igények meghatározott vonatkozásaira a kártérítési jog szabályaira utaló* rendelkezést helyez el. A sérelemdíj fizetésre kötelezés feltételeire, különösen a fizetésre köteles személy meghatározására és a kimentés módjára vonatkozóan a kártérítési felelősség szabályait kell alkalmazni. Ha az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggő kárigények szempontjából vizsgáljuk ennek jelentéstartalmát, a kártérítési felelősség szabályai alapján sérelemdíj fizetésére nem a jogsértést megvalósító személy, hanem az intézmény lesz köteles, kimentés pedig abban az esetben lehetséges, ha a szolgáltató igazolni tudja, hogy magatartása nem volt felróható. Sajátos jelleget ad ez a rendelkezés a jogintézménynek, mivel a sérelemdíj érvényesítésének nem feltétele a hátrány bizonyítása, ilyen értelemben objektív jogkövetkezményről van szó. Ugyanakkor a jogsértő mégis a felróhatóság, mint szubjektív felelősségi előfeltétel hiányának igazolásával mentesülhet a fizetési kötelezettség alól.

A sérelemdíj *egyszeri fizetési kötelezettségként* határozható meg, és bár a fizetésre kötelezéshez nem követelmény a jogsértésen túl hátrány bizonyítása, annak mégis szerepe lehet a sérelemdíj mértékének meghatározásában. Az összeget a bíróság a körülmények mérlegelésével határozza meg. E tekintetben pedig különös jelentőséggel bírhat, hogy *milyen súlyú jogsértésről* van szó, *milyen hatást gyakorolt* a jogsértés a sértettre és környezetére, illetve a *felróhatóság mértéke* is.²³⁹

²³⁷ VÉKÁS Lajos, *Bírálat és jobbító észrevételek az Új Ptk. Törvényjavaslatához (a zárószavazás előtt)*, Magyar Jog, 2013, 1. szám, 4.

²³⁸ FÉZER [2011] i.m. 345.

²³⁹ NOCHTA Tibor, *A polgári jogi kártérítési felelősség szabályai az Új Polgári törvénykönyvben* In: GRAD-GYENGE Anikó (szerk.), *Egy új korszak hajnalán – Konferencia kötet az Új Polgári Törvénykönyv tiszteletére*, KGRE-ÁJK, Budapest, 2013, 148.

A sérelemdíj bevezetése a személyiségi jogok megsértésének szankciójaként, előre nem látható hatásokkal járhat az egészségügyi kártérítési eljárásokban. Az, hogy a személyiségi jogok megsértésére adott objektív válasz, eredményezheti a kárigények megszorodását ezen a területen is, azaz, a sérelemdíjat érintő általános problémával, a bagatell igények kiszűrésével összefüggésben fontos szerephez jut a jogalkalmazói mérlegelés.²⁴⁰ Ugyanakkor az a tény, hogy mértékének meghatározásakor figyelemmel kell lenni például a jogsértés súlyára és a felróhatóság mértékére, akár még az egészségügyi szolgáltatók számára kedvező fordulatot is hozhat, csökkenhet az összeg, melyet korábban nem vagyoni kártérítésként a személyhez fűződő jogok megsértése esetén fizettek. Ennek oka, hogy az egészségügyi szolgáltatókkal szembeni kártérítési eljárásokban jellemzően nem súlyosan felróható magatartás miatt történik az intézmény marasztalása, sokszor ad alapot például a dokumentáció hiányossága miatt az elvárható gondosság bizonyításának ellehetetlenülése, tájékoztatást érintő hibák.

A sérelemdíj jogintézménye mellett az új Ptk. arra is lehetőséget biztosít, hogy a személyiségi jogaiban sértett személy a kártérítési felelősség feltételrendszere alapján követeljen vagyoni kompenzációt. Ez esetben természetesen érvényesülnek a kártérítési felelősséggel kapcsolatos konjunktív előfeltételek is, nem elegendő a jogsértés igazolása, kárt, hátrányt és okozati összefüggést is bizonyítani kell a károsultnak.²⁴¹

1.5.4. A felelősségbiztosítás szabályanyagának alapvető változásai

Mivel dolgozatomban a felelősségi viszonyok hazai és nemzetközi vonatkozásai körében is foglalkozom az egészségügyi szolgáltatók kötelező szakmai felelősségbiztosításának problémáival, az új Ptk. kapcsán is fontosnak tartom, hogy kitérjek a felelősségbiztosítási szerződésekre vonatkozó szabályanyag legalapvetőbb változásainak bemutatására is. Dolgozatom kereteit meghaladja, így nem céлом a teljes, biztosítási szerződésekkel összefüggő szabályanyag elemzése, a felelősségbiztosítási szerződést érintő speciális változásokra fókuszálok.

²⁴⁰ KERESZTY Éva, *Csalódottság vagy kár? Gondolatok az egészségügyi ellátási károk rendezéséről*, In: JUHÁSZ Zoltán (szerk.), *Kárfelelősség és a reparáció lehetséges eszközei*, Az alapvető jogok biztosa és a MABISZ konferencia-kiadványa, Budapest, 2013, 25.

²⁴¹ BÉKY Ágnes Enikő, *A személyiségvédelem aktuális kérdései*, Debreceni Jogi Műhely, 2007, 2. szám, http://www.debrecenijogimuhely.hu/archivum/2_2007/a_szemelyisegvedelem_aktualis_kerdesei/ (letöltve: 2013. december 5.)

Az új Kódex a *kárbiztosítási szerződések* körében helyezi el a felelősségbiztosítási szerződést. A szerződés *fogalma, alapvető lényege nem változik*, a szerződés tárgya továbbra is olyan kár megtérítése a biztosító által, melyért a biztosított jogszabály szerint felelős. Ugyanakkor a bírói gyakorlattal összhangban *beépítésre kerül az eljárási költségekre, illetve a jogi képviselő költségeire és a kamatokra vonatkozó fizetési kötelezettség is.*²⁴² Előbbiek esetében csak a biztosító útmutatásai alapján vagy előzetesen felmerülő költségekre vonatkozik a fizetési kötelezettség, akár előlegezést is kérhet a biztosított. A jogi képviselő költségei tekintetében a biztosított oldal számára kedvező változás, hogy azt a biztosítási összeget meghaladó mértékben is köteles finanszírozni a biztosító.

A *biztosítási esemény bekövetkezésének bejelentésére* vonatkozó kötelezettség eddig is fennállt, és a biztosító mentesüléséhez is vezethetett az elmulasztása, ha emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené váltak. Az új szabályozás szerint e kötelezettség teljesítésére a szerződésben minimálisan 30 napos határidőt kell biztosítani felelősségbiztosítás körében. Pontosítja a jogszabály a *bejelentési kötelezettség terjedelmét* is, mely az egészségügyi szolgáltatók felelősségbiztosításával kapcsolatban sajátos helyzetet teremthet. A biztosítottnak be kell jelentenie, ha a szerződésben meghatározott tevékenységét érintően *kárigényt közölnek, továbbá azt is, ha olyan körülményről szerez tudomást, mely ilyen igényre adhat alapot.*²⁴³ Ez alapján az egészségügyi intézmény *kárigény hiányában is köteles bejelenteni* minden olyan problémát, hibát, amely erre alapot adhat. Úgy gondolom, hogy a *bejelentési kötelezettség ilyen mértékű kiszélesítése szükségtelen*, ráadásul egy intézményen belül nem is lehet naponta nyomon követni azokat az eseményeket, melyek később akár kárigény érvényesítésére adhatnak alapot. Nem várható el, hogy minden problémás esetben a potenciális kárigényt keresse az intézmény.

Az új Ptk. is fenntartja a szabályt, mely szerint a *károsult igényét nem érvényesítheti közvetlenül a biztosítóval szemben*. Azért nem célszerű lehetővé tenni a biztosító közvetlen perlését, mivel a fizetési kötelezettsége a biztosított magatartásától függ. A biztosított felelősségét mindenképp tisztázni kell, így az eljárás nem lenne gyorsabb. Ellenben nagyobb teret kaphatnának a biztosítottal szembeni alaptalan igények.²⁴⁴ Új szabályként lehetővé teszi a Kódex, hogy a károsult *megállapítási keresetet* indítson a

²⁴² VÉKÁS – GÁRDOS i.m. 913.

²⁴³ 2013. évi V. törvény 6:471. §.

²⁴⁴ VÉKÁS – GÁRDOS i.m. 914.

biztosító ellen annak tisztázása végett, hogy a károkozás időpontjában fennállt-e a biztosított felelősségbiztosítási fedezete. A biztosító továbbra is a károsultnak tartozik szolgáltatással, kivéve, ha a biztosított már fizetett, mert ilyenkor követelheti, hogy a biztosító neki teljesítsen.²⁴⁵

Az egészségügyi szolgáltatók felelősségbiztosítói valószínűsíthetően ritkán élnek majd a következő *újonnan megjelenő* lehetőséggel. A Kódex szerint a biztosító saját döntése alapján teljesíthet a károsultnak, ha a biztosított a vele szemben támasztott kártérítési igények miatti felelősségét vagy összegszerű helytállási kötelezettsége mértékét nyilvánvalóan megalapozatlanul vitatja. E körben a biztosító általában törekszik redukálni fizetési kötelezettségét vagy mentesülni az alól, nem tartom valószínűnek, hogy saját belátása alapján fizessen a károsultnak, miközben a károkozó vitatja a vele szemben támasztott igényt.

Továbbra is fennáll az a szabály, mely szerint, ha a kártérítési igényt a biztosított elismeri, teljesíti, a károsulttal egyezségeket köt, a biztosítóval szemben csak akkor lesz hatályos e jogcselekmény, ha ahhoz előzetesen hozzájárult vagy utólagosan tudomásul vette. Úgy szintén a bírósági marasztalás is csak akkor hatályos a biztosítóval szemben, ha részt vett a perben, gondoskodott a képviseléről vagy e lehetőségekről lemondott.²⁴⁶ Ezen a téren jelenik meg ugyanakkor a felelősségbiztosítási szerződés szabályanyagának *egy olyan kiegészítése*, mely úgy gondolom, hogy *az egyik legjelentősebb változást eredményezheti az egészségügyi szolgáltatók felelősségével kapcsolatban*. Az új rendelkezés szerint, amennyiben a károsult követelése nyilvánvalóan megalapozott, a biztosított által történő elismerés, egyezségkötés és teljesítés esetén nem hivatkozhat arra a biztosító, hogy az vele szemben hatálytalan. *Azaz, nyilvánvalóan megalapozott igények esetén az elismeréshez, egyezségkötéshez, teljesítéshez nincs szükség a biztosító beleegyezésére* vagy utólagos jóváhagyására, ettől függetlenül fizetési kötelezettsége fog keletkezni. E rendelkezés beiktatásának *jelentős hatásai lehetnek az egész egészségügyi felelősségi rendszerre*. Dolgozatomban több helyen is kitérek a peren kívüli vitarendezés, egyezségkötés kiemelkedő előnyeire a peres eljárásokhoz képest. A történeti rész alapján az is látható, hogy a jelenlegi tendenciákat megelőzően gyakran zárultak egyezségkötéssel a problémás esetek. Ennek megváltozásához jelentős mértékben hozzájárult a felelősségbiztosítást nyújtó

²⁴⁵ 2013. évi V. törvény 6:472. § (1) bekezdés.

²⁴⁶ 2013. évi V. törvény 6:474. § (1) és (3) bekezdés.

társaságok magatartása, az egyezségek jóváhagyásának hiánya az üzletág veszteségessége miatt. *Ha viszont bizonyos esetekben nem lesz lehetősége vitatni a biztosítónak a felek közötti egyezséget, az újra hozzájárulhat a peren kívüli vitarendezés növekedéséhez.* Egy döntő kérdés van e tekintetben, hogy mit fog jelenteni a nyilvánvalóan megalapozott igény, milyen módon történik ennek meghatározása?

A felelősségbiztosítás körében *nem rendelkezik* a jogszabály a korábban érvényesülő *regressz igény lehetőségéről*, mely alapján szándékos károkozás vagy a súlyos gondatlanságnak a szerződésben megállapított eseteiben a biztosító követelheti a biztosítottól a kifizetett biztosítási összeg megtérítését. Viszont a kárbiztosítások közös szabályai körében megjelennek *a biztosító mentesülésének esetei*, mely vélhetően szintén változásokat eredményező, sok vitát generáló szabály lesz az egészségügyi felelősségbiztosítás körében. A biztosító mentesül a fizetési kötelezettség alól, ha bizonyítani tudja, hogy *a kárt szándékosan vagy súlyosan gondatlanul meghatározott személyi kör okozta.*²⁴⁷ Szándékos károkozásoknál egyetérthetünk e rendelkezéssel, azonban azzal, hogy a súlyosan gondatlan károkozások is mentesülést eredményezhetnek, a jogalkalmazói értelmezéstől függően igen szűk körűvé válhatnak azok az esetek, ahol a biztosítónak fizetési kötelezettsége van. A rendelkezés a regressz igény körében korábban is létezett, de úgy gondolom, *a megtérítési igény lehetőségéhez képest a fizetési kötelezettség alóli mentesülés kedvezőtlenebb helyzetbe hozza a kórházakat.* A megtérítési igény esetében a biztosító teljesített és ezt követően lehetősége volt meghatározott feltételek fennállása esetén visszakövetelni a biztosítottól a kifizetést. E lehetőséggel nem biztos, hogy élt. Mentésülés esetén eleve nem kell fizetnie, így az eljárás során a biztosító és a biztosított akár ellenérdekű felekké is válhatnak. *A biztosítónak az érdeke ugyanis a szándékos vagy súlyosan gondatlan károkozás igazolását követeli meg mentesülése érdekében.*

Szintén releváns változásokat hozhat az új Kódex *többszörös biztosítással* kapcsolatos rendelkezése, mely lehetővé teszi, hogy ugyanazt az érdeket több biztosítónál is biztosítsák.²⁴⁸ A probléma a hazai egészségügyi felelősségbiztosítási piac kínálati oldalán az alternatívák hiánya, ugyanakkor lehetséges nyitni a külföldi biztosítótársaságok irányába is.

²⁴⁷ 2013. évi V. törvény 6:464. §.

²⁴⁸ 2013. évi V. törvény 6:459. §.

2. Az egészségügyi szolgáltatásokat érintő felelősség további formái

2.1. Etikai felelősség az orvosi tevékenység körében

Jelen alfejezet tárgyát az orvosi működésért való etikai felelősség rövid bemutatása képezi. Ez szorosan összefügg a munka fő irányvonalát képező polgári jogi felelősséggel, mivel az Eütv. rendelkezései szerint *akkor megfelelő az ellátás, ha az adott egészségügyi szolgáltatásra vonatkozó szakmai és etikai szabályok, illetve irányelvek megtartásával történik.*²⁴⁹

Lévén, hogy a szabályozás igen sok változáson ment keresztül, fontosnak tartom egy rövid bevezető keretében áttekinteni ezeket a folyamatokat. Az etikai felelősségre vonás általában szorosan összekapcsolódik az orvosi kamara tevékenységével, éppen ezért nélkülözhetetlen, hogy az orvosi kamarai tagsággal összefüggő változásokat is szem előtt tartsuk. Ezt követően a hatályos eljárási rend és annak alapját képező szabályanyag bemutatására, ezekkel kapcsolatos észrevételek megfogalmazására törekszem.

2.1.1. Az orvosi etikai felelősség néhány történeti vonatkozása

Az egyetemes orvosi etika mind máig leghíresebb, 2500 éves múltta visszatekintő alapnormája a *Hippokratészi eskü*, amelynek elvei (néhány kivétellel) a mai napig aktuálisak és a gyógyító tevékenység kiindulópontjának tekinthetők. Erre épültek a történelem során az orvosi etikával kapcsolatos nemzetközi dokumentumok, valamint az egyes országok egyedi orvosi etikával összefüggő szabályai.

Az etikai felelősség kiemelten fontos szerepet játszott a XX. század második feléig. Az ezt megelőző időkben az orvosi működést döntően nem jogi eszközökkel szabályozták, hanem etikai kódexekben rögzítették a tevékenység szabályanyagát, melyek megfelelőek voltak a konfliktusok elkerülésére és rendezésére. A XX. század második felére tehető az orvosi jog kialakulása, innentől a súlypont egyértelműen eltolódik a jogi

²⁴⁹ Eütv. 7. § (2) bekezdés.

*felelősségre vonás irányába, az etikai normák kiegészítő szerepet töltenek be a mai, fogyasztói szemlélet által meghatározott egészségügyben.*²⁵⁰

Az orvosi rendtartásról szóló *1936. évi I. törvénycikk* alapján került felállításra az *Országos Orvosi Kamara*, illetőleg a Kerületi Orvosi Kamarák, melyek tagsága kötelező volt és a tagok felett fegyelmi jogkört is gyakoroltak.²⁵¹ 1945-ben a jogszabályt hatályon kívül helyezték, és *a rendszerváltásig nem működött hazánkban orvosi kamara*, az etikai felelősség az állami vezetés, valamint szakszervezeti ellenőrzés alá került.²⁵² A köztestületként működő *Magyar Orvosi Kamara* (továbbiakban: MOK) *1988-ban alakult* meg, tagsága kezdetben önkéntes volt, 1994-től kezdve kötelező.²⁵³ A kezdeti időszakban nem volt kamarai etikai kódex, egyedi ügyekben etikai állásfoglalásokat adott ki a Kamara. Az *etikai szabályzat* megalkotására a MOK törvény²⁵⁴ felhatalmazása alapján *1995-ben* került sor, mely statútum tartalmazta magát az Etikai Kódexet, illetve a benne foglaltak érvényesítésével kapcsolatos eljárási rendet.

Az etikai felelősség *több pillérre épülő, nehezen áttekinthető rendszere* alakult ki, amikor 2007. április 1-jével *megszűnt a kötelező MOK tagság*. Ennek következtében az etikai vétségeket érintő felelősségre vonás körében *a Kamara mozgástere jelentősen leszűkült* ebben az időszakban. Ez azért érdekes és véleményem szerint nem kedvező tendencia, mert a Kamara az orvosi hivatást gyakorlók érdekvédelmi szervezete, az etikai felelősségre vonás pedig tipikusan olyan jogkör, mely egyfajta belső kontrollt, önszabályozást tesz lehetővé az orvostársadalom körében, így nem kívánatos ennek a lehetőségnek az elvonása a Kamarától. A kötelező tagság eltörlésével a *nem tag orvosok kikerültek a kamarai etikai eljárás hatálya alól*, velük szemben a *Megyei Etikai Tanácsok* (továbbiakban: MET) jártak el első fokon etikai vétség gyanúja esetén, a fellebbviteli szerv pedig az *Országos Etikai Tanács* (továbbiakban: OET) volt. Az *irányadó szabályanyag pedig az OET által megalkotott szakmai etikai szabályzat* volt. A kamarai tag orvosokkal szemben első fokon a kamarai területi etikai bizottság járhatott el, viszont ez is köteles volt az OET által alkotott szabályanyagot alkalmazni. Jogorvoslat esetén pedig rendszerint nem a Kamara országos etikai bizottsága járt el,

²⁵⁰ DÓSA Ágnes, *Összehasonlító egészségügyi jog, Orvosetikai kérdések jogi szemmel*, Complex, Budapest, 2012, 9.

²⁵¹ JOBBÁGYI [2007] i.m. 17.

²⁵² POCZKODI Sándor, *Az orvos etikai felelőssége* In: SÓTONYI Péter, *Orvosi felelősség*, Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006, 32.

²⁵³ A MOK honlapja: <http://www.mok.hu/info.aspx?sp=65> (letöltve: 2013. január 14.).

²⁵⁴ 1994. évi XXVIII. törvény 2. § c) pont.

hanem az OET.²⁵⁵ Az alkalmazott szabályanyag és a fellebbviteli szerv tehát ugyanaz volt a kamarai tag orvosok esetén is, így minimálisra csökkent a Kamara jogköre e tekintetben.

Változást a *kötelező kamarai tagság 2011-ben történő visszaállítása* eredményezett,²⁵⁶ mely magával hozta az etikai eljárásrend és felelősségi szabályok egységesülését, az OET és a MET-ek megszűnését, illetve az etikai felelősségre vonás visszatelepítését a MOK-hoz.

2.1.2. Az orvos etikai felelősségének hatályos szabályai

Az orvosi etikai felelősség jelenlegi szabályozásának egyik alappillére, a 2006. évi XCVII. törvény *az egészségügyben működő szakmai kamarákról* (továbbiakban: Ektv.), mely a vonatkozó eljárási rendet határozza meg. A másik alappillér pedig a szakmai kamarák által elfogadott etikai kódex. Lévén, hogy munkám során kifejezetten az orvos felelősségével foglalkozom, a MOK által elfogadott, hatályos²⁵⁷ *Orvosetikai Kódex* (továbbiakban: Kódex) rendelkezéseit helyezem központba.

2.1.2.1. A Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódexe

A Kódex célja, hogy az orvosi hivatás gyakorlása során felmerülő etikai kérdésekben iránymutatásként szolgáljon, rögzíti az orvosi etika írott szabályait, utal az íratlan szabályanyagra.

Mint minden kódex esetén itt is fontos szerepe van az *alapelvek* megjelölésének, melyek közül központi jelentőséggel bír az *emberi élet, és méltóság*, mint a legnagyobb értékek *tisztelete és védelme*. Emellett a Kódex nevesíti az igazságosságot, a beteg védelmét, önrendelkezési jogának tiszteletben tartását, a beteg javának tiszteletben tartását alapvető kötelezettségként, deklarálja az orvos-beteg kapcsolatban az egyenjogúságot.

²⁵⁵ DÓSA Ágnes, *Etikai felelősség – szakmai kamara nélkül?*, Lege Artis Medicinae, 2007, 3. szám, 192.

²⁵⁶ Az Eütv. 14/A. § (1) bekezdése szerint egészségügyi tevékenységet csak az végezhet, aki tagja az adott tevékenység végzésének feltételeként előírt szakképesítés szerint illetékes szakmai kamarának.

²⁵⁷ 2011. szeptember 24-én a MOK területi szerveinek választott küldötteiből álló küldöttközgyűlés által elfogadott Kódex, mely 2012. január 1-jén lépett hatályba. Hozzáférhető a MOK honlapján: <http://mok.hu/info.aspx?sp=65> (letöltve: 2013. január 14.).

Az alapelvi rendelkezéseket követi a Kódex másik nagy szerkezeti egysége, mely az *orvosokkal szembeni etikai követelményeket* rögzíti. A szabályzat arra is utal, hogy egy orvosnak nemcsak az orvosi hivatással összefüggő etikai normákra tekintettel kell eljárniuk, *vannak magasabb szintű etikai szabályok is*, melyeknek meg kell felelniük. Így vonatkoznak az orvosi tevékenységre azok az általános etikai normák, melyek maradandó erkölcsi, emberi értékeken alapulnak, azok az íratlan szabályok, melyek az emberi kapcsolatokban fontosak,²⁵⁸ illetve a társadalmi törvények és közerkölcsi szabályok is.²⁵⁹ A speciális orvosi etikai követelmények széleskörűek, átfogják az orvosi tevékenység mindennapokban előforduló legfontosabb területeit. Így például az elsősegély nyújtásra vonatkozó követelményeket, a beteg tájékoztatásának, a vele való kapcsolattartásnak a szabályait, a gyógyszerrendelés és ezzel összefüggő tájékoztatás sajátosságait, az összejt és génterápiával, genetikai diagnosztikával, prenatális diagnosztikával kapcsolatos szabályokat. A szabályanyag teljes körű elemzésére való törekvés nélkül *néhány érdekes szabályozási pont kiemelésére* törekszem az alábbiakban.

Érdekesnek tartom a *hálapénzt érintő* szabályokat. Azon túl, hogy úgy rendelkezik a Kódex, hogy az orvosok kötelessége, hogy mindent megtegyenek a hálapénz visszaszorítása érdekében, végül nem minősíti etikai vétségnek annak elfogadását, tekintettel az orvosi bérek méltánytalan színvonalára. Ezt követően azonban úgy rendelkezik, hogy amennyiben az orvos más orvostól vagy egészségügyi dolgozótól fogad el hálapénzt, az kirívóan súlyos etikai vétségnek minősül.²⁶⁰ Ezt a jelentős különbségtételt az egészségügyi dolgozó és a nem egészségügyi dolgozó által adott hálapénz között nem tartom indokoltnak. Természetesen az orvos által kikényszerített juttatás bármely betegről kirívóan súlyos etikai vétségnek minősül.

Kiemelem az *orvosi tevékenységgel kapcsolatos gazdálkodás* etikai vonatkozásait is. Általában az orvosok is felelősek érte, de a vezetőknek kiemelt felelőssége van a racionális gazdálkodásra törekvés tekintetében.²⁶¹ Vagyis kötelesek mindent megtenni

²⁵⁸ Így például: kulturált viselkedés, empátia, udvariasság.

²⁵⁹ Így például: diszkrimináció tilalma, hivatali ranggal való visszaélés tilalma.

²⁶⁰ A kirívóan súlyos etikai vétség elkövetése kizárásra ad alapot, ezeknek a vétségeknek a köre nem túl széles a Kódexben.

²⁶¹ Manapság külföldön egyre inkább megfigyelhető tendencia, hogy a gazdasági döntések meghozatalába az orvosoknak, de még a vezető orvosoknak sincs jelentős beleszólása, sok kórház élén gazdasági végzettséggel rendelkező menedzser áll, aki nem tartozik az orvosi etikai kódexek hatálya alá. Kérdés, hogy mennyire helyes, hogy az orvoslással foglalkozó személyeknek, ne legyen beleszólása a gazdasági döntésekbe, adott esetben az etikai kívánalmakat is tekintetbe véve. (Lásd bővebben: GAÁL Csaba, *Gazdaságosság és orvosi etika*, Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2009, 4. szám, 26-30.).

annak érdekében, hogy az ellátás során a gyógyszerekhez, eszközökhöz a kollégáik hozzáférjenek, illetve, hogy megfelelő munkakörülmények között tudjanak munkát végezni. Ez bizonyos keretek között valóban racionális gazdasági döntések meghozatalától függ, ennek hiányában etikai vétségről van szó. Ha viszont a *források olyan mértékben beszűkültek*, mint jelenleg hazánkban, lehetséges, hogy ésszerű gazdasági döntésekkel nem tudják megfelelő mederben tartani a munkavégzés körülményeit és eszközrendszerét. Innentől már *nem a vezető orvos felelőssége merülhet föl* úgy gondolom, *hanem a fenntartó államé* az alulfinanszírozás miatt, végső fokon az egészségügyi ellátás nem megfelelő szervezése miatt. Bár a Kódex rögzíti, hogy az orvosetikai normák nem függnék a gazdasági helyzettől, alkalmazkodva a hazai valós helyzethez, iránymutatást ad arra vonatkozóan, hogy mi a teendő gazdasági korlátok fennállása esetén.²⁶²

Szeretnék utalni a Kódex *tájékoztatással kapcsolatos követelményeire* is, azok ugyanis véleményem szerint *nincsenek teljes összhangban az Eütv.-ben megkívánt tájékoztatási követelményekkel*. A jogszabály teljes körű, egyéniesített tájékoztatást kíván meg, ezzel szemben a Kódex más szempontokat is tekintetbe vesz. Arról rendelkezik, hogy az orvos törekedjen rá, hogy a tájékoztatás a *betegben ne váltson ki káros hatást* és lehetőség szerint *ne rendítse meg a kezelésbe vetett bizalmát*, illetve, hogy *legyen figyelemmel a beteg tűrőképességére, személyiségére* is.²⁶³ Úgy gondolom, hogy ezek a kívánalmak ellentmondásba kerülhetnek a jogszabályban megfogalmazott, teljes körűség követelményével, a tájékoztatás jogi és etikai elvárásainak egyszerre megfelelni nehéz. Véleményem szerint *helyes és a gyakorlatban is inkább érvényesül*, hogy figyelembe veszik az etikai kódex tájékoztatási szabályait is, az Eütv.-ben megfogalmazott teljes körűség kritériuma illuzórikus.

2.1.2.2. Az etikai felelősségre vonás eljárási rendje

Az eljárás megindítása szempontjából központi jelentősége van az *etikai vétség meghatározásának*, mivel ennek gyanúja adhat okot etikai eljárás lefolytatására. Etikai vétségnek minősül:

²⁶² Például: rögzíteni kell annak a tényét, ha gazdasági korlátok miatt húzódtott el a kivizsgálás, gyógyulás. Azt is leszögezi a Kódex szabályozása, hogy a gazdasági megszorítások miatt fellépő egészségkárosodásért nem lehet az orvost felelősségre vonni.

²⁶³ Kódex II. fejezet 5.

- egyrészt a Kódex szabályainak vétkes megszegése, emellett
- a MOK alapszabályában vagy más belső szabályában foglalt kötelezettség vétkes megszegése, továbbá
- a választott tisztségből eredő kötelezettségek vétkes megszegése.²⁶⁴

Az *Ektv. és a Kódex etikai vétségre vonatkozó fogalma nem egyezik meg* teljes mértékben, utóbbi az orvosi foglalkozás jogszabályokban meghatározott általános szakmai magatartási szabályok vétkes megszegését is e körbe sorolja, így tágítva a felelősség körét. A két forrás definíciója közötti különbséget nem tartom indokoltnak, véleményem szerint a *Kódex bővített etikai vétség fogalom* meghatározása helyesebb. Az ugyanis egy mondatos utalással lehetővé teszi, hogy a Kódex szabályanyagában ne kelljen szükségtelenül megismételni az orvosi foglalkozásra vonatkozó teljes általános szabályanyagot.²⁶⁵

Etikai eljárás *hivatalból vagy kérelemre, panaszbejelentés alapján* indulhat. Ez utóbbi esetben a panaszos is egy olyan szereplő lesz, akit tájékoztatni kell minden szakaszban, kezdve az eljárás megindításától a végső határozat meghozataláig. Az eljárás megindítása *6 hónapos határidőhöz kötött*, e szubjektív határidő onnantól számítandó, amikor a MOK területi szervezetének etikai bizottsága tudomást szerzett a vétség gyanújáról.²⁶⁶ A felelősségre vonás szabályainak háttér joganyaga, a *közigazgatási hatósági eljárás és szolgáltatás általános szabályairól* szóló 2004. évi CXL. törvény (a továbbiakban: Ket.), melynek szabályait az Ektv.-ben foglalt eltérésekkel kell alkalmazni.²⁶⁷

Az eljárást első fokon annak a területi szervezetnek az etikai bizottsága folytatja le, amelynél az eljárás alá vont tag tagsági jogviszonya fenn áll. Az *elsőfokú etikai bizottság* legalább 5 tagból áll, akikkel szemben fennálló kizárási okot a bizottság

²⁶⁴ Ektv. 20. §.

²⁶⁵ Ezt a következetes rendszert töri meg a Kódex II. fejezetének 3. pontja, amely külön kiemeli, hogy az adatkezelésre, titoktartásra, egészségügyi dokumentációra vonatkozó jogszabályi rendelkezések vétkes megszegése is etikai vétségnek minősül. Véleményem szerint ez az utalás szükségtelen, hisz ezek a szabályok is részét képezik az orvosi foglalkozás jogszabályban meghatározott általános szakmai követelményeinek. Véleményem szerint abban az esetben indokolt egy terület kiemelése az etikai kódexben, ha nemcsak az azt rendező jogszabályhelyre való üres utalás történik, hanem új, etikai megközelítésen alapuló rendelkezéseket is találunk. Így például a Kódex II. fejezet 5. és 6. pontja foglalkozik a beteg tájékoztatásával kapcsolatos követelményekkel. Itt nem pusztán az Eütv. rendelkezéseire utalást találunk, hanem arra vonatkozó szabályokat, hogy mikor tekinthető etikusnak a tájékoztatás.

²⁶⁶ Objektív határidőt is meghatároz az Ektv. (22. § (2) bekezdés), lévén, hogy a cselekmény elkövetésétől számított 3 év elteltével már nem indítható eljárás, kivéve, ha annak lefolytatást az orvos maga ellen kéri.

²⁶⁷ Így például az általános eljárási határidő 60 nap lesz.

vezetőjének kell bejelenteni, ő hozhat döntést egy esetleges tagkizárás tárgyában.²⁶⁸ Az eljárás során a bizonyítás körében kötelező tárgyalást tartani.

A kiszabható *büntetések* etikai vétség megállapítása esetén a következők lehetnek:²⁶⁹

- figyelmeztetés,
- megrovás,
- pénzbírság,²⁷⁰
- a tagsági viszony felfüggesztése,²⁷¹
- kizárás.²⁷²

A bizottság által hozott döntést, ha bejelentésre indult az eljárás a panaszossal is közölni kell, aki fellebbezésre is jogosult lesz. *Fellebbezés* esetén az eljárást a legalább 11 tagból álló országos etikai bizottság²⁷³ folytatja le. Döntését köteles közölni az első fokon eljáró etikai bizottsággal, ha kérelemre indult az eljárás a panaszossal is.

2.1.2.3. A kórházi etikai bizottság

Bár a kötelező kamarai tagság visszaállításával megszűnt a differenciált etikai felelősség, mégis szót kell ejtenünk egy jelenleg is létező intézményről, a kórházi etikai bizottságról, mely az előbb említett felelősségi rendszer mellett létezik.

Az Eütv. rendelkezései értelmében a területi ellátási kötelezettség körében fekvőbetegszakellátást nyújtó egészségügyi intézményekben kórházi etikai bizottság működik.²⁷⁴ Ez legalább 5 legfeljebb 11 tagú testület, melynek tagjait az intézmény vezetése kéri fel olyan módon, hogy biztosított legyen a bizottság elé kerülő ügyek sokoldalú megítélése. *Úgy vélem, ez nem jelenti az etikai felelősséggel kapcsolatos eljárási rend megkettőződését,* egyrészt, mivel a kórházi etikai bizottság nemcsak etikai

²⁶⁸ Ha a bizottság elnökével szemben merül föl kizárási ok, az országos etikai bizottság elnöke dönt, a vele szemben felmerülő kizárási okról pedig az országos elnökség elnöke hoz döntést (Ektv. 24. § (2) bekezdés).

²⁶⁹ Ektv. 25. § (1) bekezdés.

²⁷⁰ A mindenkor kötelező munkabér havi összegének tízszereséig terjedő összeg lehet.

²⁷¹ 1-6 hónapig terjedő időszakokra.

²⁷² Melyre alapot adhat egyrészt az a tény, hogy az orvost egy évet meghaladó végrehajtandó szabadságvesztésre ítélték, vagy a tagság alapjául szolgáló foglalkozástól véglegesen eltiltottak, másrészt egy kirívóan súlyos etikai vétség is.

²⁷³ A MOK területi szerveinek választott küldötteiből álló küldöttközgyűlés választja meg a tagokat.

²⁷⁴ Eütv. 156. §.

kérdésekkel foglalkozik.²⁷⁵ Másrészt etikai kérdések tekintetében sem helyettesíti a Kamara eljárási rendjét, lévén, hogy *csak állásfoglalást hoz*, melyben dönt arról, hogy milyen további lépéseket kell tenni, van-e szükség például az ügy továbbítására a Kamara területi szerve részére. Akár azt is mondhatjuk, ha egy etikai ügy a kórházi etikai bizottság előtt indul, akkor ez *egyfajta előszűrést*, előzetes vizsgálatot biztosít.

A kórházi etikai bizottság eljárása hivatalból és kérelemre is indulhat, 30 napos eljárási határidővel folytatják le a vizsgálatot. A bizottság működése során az érintetteket meghallgathatja, kérhet föl szakértőt, iratbetekintési joggal rendelkezik.²⁷⁶ A bizottság munkájának eredményeként állásfoglalás születik az adott ügyben.

Az orvostársadalom tevékenységének etikai, erkölcsi kontrollját intézményesen a MOK biztosítja. A MOK *hatékony működése* e tekintetben mind *az orvostársadalom, mind a „civil” társadalom, mind az állam mint fenntartó kulcsfontosságú érdeke*. Az orvosi kamarának, az „orvostársadalom lelkiismereteként” kellene működnie, feladata lenne, hogy az etikai- erkölcsi szempontból nem megfelelő orvosi ténykedést feltárja, adott esetben jogosítványaival élve megfelelő retorziókkal éljen, megtegye a szükséges korrekciós lépéseket. Így lenne elérhető, hogy mind a jogásztársadalom, mind a „civil” társadalom előtt *az orvosi tekintélyt visszaállítsa, állásfoglalásai, intézkedései széles körben elfogadottá váljanak*, ezzel gyengítve, illetve esetenként kioltva az egyébként sokszor inadekvát, vagy túlzó jogi és társadalmi reakciókat. Ez sajnálatos módon úgy tűnik, hogy *jelenleg nem működik, legalábbis nincsenek széles körben ismert megnyilvánulásai*, látható, érzékelhető eredményei. A MOK kezében pedig *hatékony eszközrendszer lenne*, hogy az előbb leírt szerepét teljesítse, tekintve, hogy a praktizáló orvosok számára törvényi előírás a kötelező kamarai tagság, a kirívó etikai vétségek esetén pedig a kamarának joga van a kamarai tagság időleges felfüggesztésére, illetve a kamarából történő kizárásra. Ez az orvosi tevékenységtől való időleges vagy végeleges eltiltással egyenlő. Ennek a problémakörnek a részletező és objektív feltárása viszont meghaladja dolgozatom lehetőségeit, és kereteit.

²⁷⁵ Feladatai közé tartozik például a betegjogok érvényesítésében való közreműködés, a szerv- és szövetátültetés Eütv.-ben szabályozott kivételes eseteiben a jóváhagyás megadása.

²⁷⁶ 14/1998. (XII. 11.) EüM rendelet 7. §.

2.2. Munkajogi felelősség

Jelen egység tárgyát a hazai egészségügyi dolgozók leggyakoribb foglalkoztatási formájával, a *közalkalmazotti jogviszonnyal* kapcsolatos felelősség vizsgálata képezi. Mivel az 1992. évi XXXIII. törvény a közalkalmazottak jogállásáról (továbbiakban: Kjt.) a külön nem szabályozott kérdésekben a 2012. évi I. törvény a munka törvénykönyvéről (továbbiakban: Mt.) szabályait rendeli alkalmazni, így elkerülhetetlen a *munkaviszonnyal* összefüggő felelősségi szabályok áttekintése is. A közalkalmazottként, illetve munkaviszonyban foglalkoztatott egészségügyi dolgozók felelősségével kapcsolatos szabályok áttekintése fontos, mert a fejezetben tárgyalt további felelősségi formákhoz hasonlóan az *egyén személyes érintettsége jelenik meg*. Emellett aktuális, mert az utóbbi időszakban a szabályozás sok ponton változott, köszönhetően az *új Mt. hatályba lépésének* és az ezzel kapcsolatos további jogszabályi változásoknak.

Az elemzést a témám szempontjából kifejezetten releváns elemekre, vagyis a munkaviszonyban, közalkalmazotti jogviszonyban foglalkoztatott egészségügyi dolgozók *kártérítési felelősségének*, illetve a vétkes kötelezettségszegés egyéb lehetséges jogkövetkezményeinek áttekintésére szűkítem.

2.2.1. A közalkalmazotti jogviszonyban és a munkaviszonyban foglalkoztatott egészségügyi dolgozók kártérítési felelőssége vétkes kötelezettségszegésért

E jogviszonyok keretében foglalkoztatott egészségügyi dolgozók vétkesen, azaz szándékosan vagy gondatlanul okozott károkért való felelősségének szabályai döntően megegyeznek, a Kjt. ugyanis csak néhány speciális szabályt határoz meg ebben a körben. Így a következőkben az Mt. rendelkezéseit veszem alapul, kiegészítve a Kjt.-ben foglaltakkal.

A dolgozó munkaviszonyával összefüggésben okozott károkért való felelőssége *kapcsolódik a korábbi fejezetben tárgyalt egészségügyi szolgáltatói kártérítési felelősséghez is*, ugyanakkor annál tágabb kategóriát jelent. Ott arról az esetről van szó, amikor az alkalmazott munkaviszonyával összefüggésben harmadik személynek okoz kárt. Ekkor a Ptk. 348. §-ának rendelkezései alapján a károsult felé közvetlenül a

munkáltató felelős. Ilyen módon jelenik meg az egészségügyi kártérítési perek alpereseként az egészségügyi szolgáltató és nem a dolgozó. Helytállása esetén viszont, a szolgáltatónak lehetősége van arra, hogy a kár meghatározott részét, az egészségügyi tevékenység végzésének formájára tekintettel *áthárítsa a dolgozóra. Ennek mértékét, szabályait munkaviszony, közalkalmazotti jogviszony esetén az Mt. és a Kjt. szabályai határozzák meg.* Ugyanakkor a munkajogi felelősséget nemcsak a munkaviszonnyal összefüggésben harmadik személynek okozott kár alapozza meg, hanem bármely a jogviszonyból származó kötelezettség vétkes megszegéséből keletkező kár.²⁷⁷

A munkavállaló kártérítési felelősségének *szabályait a hatályos kódex szigorúbban szabályozza.* A korábbi Mt. rendelkezései szerint gondatlan károkozás esetén a kártérítés mértéke fő szabályként az egyhavi átlagkereset felét nem haladhatta meg, munkaszerződés másfél havi, kollektív szerződés hat havi átlagkeresetig emelhetette az összeget.²⁷⁸ A szándékosan okozott kár teljes megtérítésével tartozott a munkavállaló. Ezzel szemben *az új Mt. nemcsak a szándékos, hanem a súlyosan gondatlanul okozott károkat is teljes összegükben megtérítendővé teszi,* enyhe gondatlan károkozás esetén a munkavállaló négyhavi távolléti díjában maximálja.²⁷⁹ Ez a rendelkezés az egészségügyi szolgáltatók felelősségének korábbi fejezetben tárgyalt kiterjedtebbé válása, a kártérítési összegek emelkedése, a felelősség alól való kimentés nehezedése tükrében jelentős terhet helyezett volna még a legvédettebb helyzetben levő, munkaviszonyban és közalkalmazotti jogviszonyban foglalkoztatott egészségügyi dolgozókra is. Bár nem tudhatjuk, hogy mennyiben vált volna általános gyakorlattá, hogy az egészségügyi dolgozót teljes kártérítésre kötelezik, az bizonyos, hogy az anyagi ellehetetlenülés fenyegetettsége nem teremt megfelelő közeget a gyógyító tevékenységnek. Az Mt. ezen rendelkezése *a felelősségbiztosítási piacot is új helyzet elé állíthatta volna,* az egyéni felelősségbiztosítási szerződések kötésének is lett volna létjogosultsága. *A jogalkotó üdvözlendő módon felismerte a problémát és az egészségügyi szolgáltatás speciális szabályozási igényét A Tevt. 15/C. §-ával felülírta az Mt. idézett szabályát, de nem általános jelleggel, csak az egészségügyi tevékenység végzésével a betegnek okozott károk tekintetében.* E károkra vonatkozóan az egészségügyi dolgozóra terhelhető összeg *a súlyosan gondatlan károkozás esetén sem*

²⁷⁷ SALAMON Ferenc, *Az orvos munkajogi vagy közalkalmazotti felelőssége*, In: SÓTONYI Péter, *Orvosi felelősség*, Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006, 292.

²⁷⁸ 1992. évi XXII. törvény a munka törvénykönyvéről 167. §

²⁷⁹ Mt. 179. § (3) bekezdés.

haladhatja meg a dolgozó négyhavi távolléti díjának összegét. Viszont egyéb az egészségügyi tevékenységgel összefüggő, de nem a betegnek okozott kár, illetve az alkalmazotti minőséggel összefüggő, de nem az egészségügyi tevékenység végzésével okozott kár vonatkozásában az Mt. szabálya érvényesül és csak az enyhe gondatlan károkozás esetén limitált a kártérítési összeg.²⁸⁰ Bár a *változás iránya kedvező*, úgy gondolom, hogy nemcsak a betegnek okozott károk vonatkozásában indokolt megváltoztatni a szabályt, hiszen a kártérítési perekben gyakoriak és számottevő összeget képviselnek a hozzátartozók által érvényesített igények is. Álláspontom szerint ezekre a károokra is ki kellene terjeszteni azt a szabályt, mely gondatlan károkozás esetén a munkavállaló négyhavi távolléti díjában maximálja a kártérítési összeget. Így *helyesebb lenne* a Tevtv. 15/C. §- a az alábbiak szerint: *az Mt. 179. § (3) bekezdésében foglaltaktól eltérően az alkalmazott egészségügyi dolgozó által – kizárólag az egészségügyi tevékenysége végzésével harmadik személynek – okozott kár esetén a kártérítés mértéke súlyosan gondatlan károkozás esetén nem haladhatja meg a munkavállaló négyhavi távolléti díjának összegét.*

Amennyiben a közalkalmazottként foglalkoztatott magasabb vezető okoz kárt a vezetői tevékenységének keretében, az Mt. szabályaihoz képest szigorúbb szankcióval kell számolnia, gondatlan károkozás esetén is a teljes kárért felelős.²⁸¹

A munkavállaló, közalkalmazott egészségügyi dolgozó kártérítési felelősségének konjunktív feltételeit a jogszabály a következők szerint határozza meg. Értelemszerűen feltétel a *kár bekövetkezése*, a munkaviszonyból, közalkalmazotti jogviszonyból származó *kötelezettség megszegése*, a dolgozó magatartásának *vétkessége*, illetve azt is vizsgálni kell, hogy *úgy járt-e el, ahogyan az adott helyzetben általában elvárható*. A korábbi szabályozással ellentétben, mely a vétkesség fogalmára építette a felelősséget, láthatjuk, hogy a hatályos kódex a polgári jogi felelősség zsinórmértékét, a felróhatóságot is használja a szabályozásban, mely kategóriákat úgy gondolom, nem megfelelő párhuzamosan említeni. Fontos, hogy a munkavállaló, közalkalmazott kártérítési felelősségének megállapításával kapcsolatban a direkt bizonyítás érvényesül, és a felelősségi előfeltételek fennállását a munkáltatónak kell bizonyítania.

A kártérítési felelősség mértékét a vétkesség fokán túl a *munkáltató közrehatása*, illetve az új Ptk.-ban szintén megjelenő *előreláthatósági szabály* is befolyásolja. *Nem kell*

²⁸⁰ KÖSZEGFALVI Edit, *Új munkajogi szabályok az egészségügyben*, Complex, Budapest, 2012, 77.

²⁸¹ Kjt. 82. § (1) bekezdés.

megtéríteni a kárnak azt a részét, *mely a károkozás idején nem volt előre látható* a munkavállaló számára, amelynek bekövetkezési lehetőségével nem kellett számolnia. A kár bekövetkezésének előreláthatósága jelentős mértékben függ a munkáltató által nyújtott *tájékoztatási kötelezettség* teljesítésétől. Így például a munkavégzés során felmerülő kockázatokról, eszközök rendeltetésszerű használatának követelményeiről való tájékoztatás hiányosságai megalapozzák az előreláthatóság hiányára alapított kimentést. Azt, hogy a kár bekövetkezése nem volt előre látható, az egészségügyi dolgozónak kell bizonyítania.²⁸² Emellett nem tartozik felelősséggel a munkavállaló a kár azon összegéért, mely a munkáltató vétkes közrehatása vagy annak következtében állt elő, hogy kárenyhítési kötelezettségének nem tett eleget.

Az egészségügyi ellátásban általában *több dolgozó együttműködése* valósul meg. Amennyiben több egészségügyi dolgozó közösen okoz kárt, vétkességük arányában felelnek. Ha ez nem állapítható meg, közrehatásuk aránya lesz a döntő, ha ez sem állapítható meg, egyenlő arányú a kárviselés. Többek szándékos károkozása esetén egyetemleges felelősség megállapításának is van helye.²⁸³

2.2.2. További hátrányos jogkövetkezmények a közalkalmazotti jogviszonyban és a munkaviszonyban foglalkoztatott egészségügyi dolgozók vétkes kötelezettség szegéséért

A kártérítési felelősségen túl az egészségügyi dolgozó vétkes köteleességszegése esetén egyéb, a jogsértés súlyával arányban álló *hátrányos jogkövetkezményekkel*, végső fokon a munkavállaló *azonnali hatályú felmondással*, a közalkalmazott *rendkívüli felmentéssel* is sújtható.

A Kjt. korábban részletesen meghatározta a közalkalmazott által elkövetett fegyelmi vétség szankcióit, eljárási rendjét. Ez a szabályanyag kikerült a törvényből, így az Mt. vonatkozó rendelkezései alkalmazandók a hátrányos jogkövetkezmények tekintetében. Amennyiben az egészségügyi dolgozó a munkaviszonyából, közalkalmazotti jogviszonyából származó kötelezettségét vétkesen megszegi, a *jogsértése súlyával arányban álló hátrányos jogkövetkezmények alkalmazhatók* vele szemben. A jogszabály

²⁸² KÖSZEGFALVI Edit, *Új munkajogi szabályok az egészségügyben és a szociális igazgatásban – 1. számú pótlapcsomag*, Complex, Budapest, 2013, 2.10.3.

²⁸³ Mt. 181. §.

15 napos szubjektív és 1 éves objektív határidőt állapít meg erre vonatkozóan, bűncselekmény esetén pedig a büntethetőség elévüléséig alkalmazható szankció. A korábbi szabályozással ellentétben, ilyen jogkövetkezmenyt *már nemcsak kollektív szerződés állapíthat meg*, annak hatálya alatt nem álló munkavállaló, munkáltató esetén a munkaszerződés is rendelkezhet a vétkes köteleességszegés esetén alkalmazandó jogkövetkezmenyekről.²⁸⁴

A munkaszerződésben vagy kollektív szerződésben meghatározott hátrányos jogkövetkezmenyeknek a *munkaviszonnal összefüggő joghátránynak* kell lennie, mely határozott időre szólhat. A dolgozó személyhez fűződő jogát és emberi méltóságát nem sértheti az alkalmazott jogkövetkezmeny. Megállapítható vagyoni hátrány is az egyhavi alapbér erejéig. A munkáltató köteles *írásba foglalni* a vétkes köteleességszegésért alkalmazott intézkedését és indokolni. Az érintett az intézkedés ellen *jogorvoslattal* élhet, melynek lehetőségéről és határidejéről írásban köteles tájékoztatást adni a munkáltató. Amennyiben e kötelezettségnek nem tesz eleget, 6 hónap elteltével nem érvényesítheti igényét az egészségügyi dolgozó.²⁸⁵ Nem tartom indokoltnak az Mt. ezen rendelkezését, fontos a jogorvoslati lehetőségről való kioktatás. A munkáltató felróható mulasztása miatt nem kerülhet hátrányos helyzetbe az alkalmazott.

Súlyos köteleességszegés alapot adhat a *munkaviszony azonnali hatályú felmondására*, a közalkalmazotti jogviszony *rendkívüli felmentéssel* történő megszüntetésére. E szankció alkalmazásának feltétele a munkaviszonyból, közalkalmazotti jogviszonyból származó lényeges kötelezettség megszegése.²⁸⁶ Csak jelentős mértékű, vétkes köteleességszegés adhat alapot a jogviszony megszüntetésére. A hátrányos jogkövetkezmenyek körében fentebb említett határidők ezekben az esetekben is irányadók. Az azonnali hatályú felmondást *köteles indokolni* a munkáltató, kivéve a határozott idejű jogviszony megszüntetését, a rendkívüli felmentést pedig minden esetben indokolni kell.

2.3. Az orvosi tevékenység büntetőjogi szabályozása, különös tekintettel a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetésre

²⁸⁴ Mt. 56. § (1) bekezdés.

²⁸⁵ Mt. 22.§ (5) bekezdés.

²⁸⁶ Kjt. 33/A. § (1) a) pont; Mt. 78.§ (1) a) pont.

Jelen egység tárgyát az orvosi tevékenységgel kapcsolatos büntetőjogi szabályozás áttekintése képezi, *kiemelten* kezelve a *foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés* tényállását. Az orvosi tevékenység tárgya az emberi élet, testi épség, egészség, melyek kiemelten fontos védendő értékek, így bizonyos esetekben szükséges, hogy legyen lehetőség az állami büntetőhatalom érvényesítésére. Ugyanakkor fontos, hogy a büntetőjogi felelősségre vonás csak ultima ratio jelleggel kerüljön alkalmazásra, mivel nem kívánatos, hogy egy társadalmilag hasznos, fontos tevékenységet komoly büntetőjogi fenyegetettség övezzen. Ez üdvözlendő módon meg is valósul, nem tipikusak az orvosok ellen induló büntetőeljárások.

Fontos aktualitás, hogy az 1978. évi IV. törvényt a Büntető Törvénykönyvről hatályon kívül helyezték, az *új törvény a 2012. évi C. törvény a Büntető Törvénykönyvről* 2013. július 1-jén lépett hatályba.

2.3.1. A büntetőjogi és a polgári jogi felelősség néhány elhatárolási szempontja

A büntetőjogi és a polgári jogi felelősség között jelentős különbségek vannak, melyek abból is következnek, hogy a *büntetőjog közjogi, míg a polgári jog magánjogi jogterület*. Alapvető különbség a büntető és polgári jogi felelősségi szint között, hogy míg előbbi esetben az ellátást végző és foglalkozási szabályt szegő *orvost személyesen* vonják felelősségre, addig a polgári eljárásban a *mögöttes, intézményi felelősség* érvényesül és elsődlegesen az intézmény köteles helytállni az okozott kárért.²⁸⁷ Az alkalmazott szankció is alapjaiban más lesz. A büntetőjogi felelősség esetén alkalmazott joghátrányként *akár szabadságvesztéssel* is számolnia kell a terheltnek, ezzel szemben a polgári perben az alperes (orvosi műhibaperekben általában) *vagyoni és nem vagyoni kártérítés fizetésére* köteles, ha a felperes keresete alapos.

A büntető és polgári jogi felelősségre vonás alapja és az *elvárhatósági szint* is teljes mértékben más. Büntetőjogi felelősség esetében a központi elem a *vétkesség*, mely egy tudati kategória, így fontos az elkövető viszonyulása a cselekményéhez. Ezzel szemben a polgári jogi felelősség alapja a *felróhatóság*, mely a vétkességgel ellentétben nem tudati kategória. A Ptk. rendelkezései szerint: „Ha ez a törvény szigorúbb követelményt

²⁸⁷ Ptk. 348. § (1) bekezdés. Ha az alkalmazott a munkaviszonyával összefüggésben harmadik személynek kárt okoz, jogszabály eltérő rendelkezése hiányában a károsulttal szemben a munkáltató felelős.

nem támaszt, a polgári jogi viszonyokban úgy kell eljárni, ahogy az az adott helyzetben általában elvárható.”²⁸⁸ Ha valaki nem így járt el, akkor magatartása felróhatóan tekinthető.²⁸⁹ Emellett, ahogy említettem az elvárhatósági szint is más lesz. Az elvárhatóságnak három szintjét különböztethetjük meg: általános (általában elvárható), különös (az adott helyzetben általában elvárható) és egyes (az adott helyzetben az egyes egyéntől elvárható- tőle elvárható). A polgári jogi felelősségnél a mérce az elvárhatóság *különös*, míg büntetőjoginál az *egyes* szintjéhez igazodik.

A foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés bűncselekménye már akkor is megvalósul, ha *veszélyhelyzet keletkezik*, nem elegendő azonban az absztrakt veszély. Ezzel szemben a polgári jogi felelősség megállapításához nem elegendő a veszélyhelyzet, szükséges, hogy *ténylegesen kár* keletkezzen.

A bizonyítás is teljes mértékben eltérő a büntető és a polgári perben. Míg a büntetőeljárás során érvényesül az *ártatlanság vélelme* és a *vád bizonyítása a vádlót terheli*, addig a polgári perben a *bizonyítási teher megoszlik a felperes és alperes között*. A felperesnek kell bizonyítania a kár bekövetkezését és mértékét, továbbá az okozati összefüggést, míg az alperesnek azt, hogy magatartása nem volt jogellenes és nem volt felróható.²⁹⁰

Kiemelendő továbbá, hogy a büntetőeljárásban érvényesül az *in dubio pro reo* elve, azaz a kétséget kizáróan nem bizonyított tényeket nem lehet a terhelt terhére értékelni. Ezzel szemben az orvosi műhibákkal kapcsolatos polgári perekben a legfrissebb tendencia, hogy az úgynevezett teljes körű okozatosság felől a *minimális okozatosság* felé mozdult el a bírói gyakorlat.²⁹¹ Ez az alperesek hátrányára való eltolódást jelent, hisz a felperestől az okozatosság bizonyítása körében egyre kevesebbet várnak el, elegendő pusztán a károkozó magatartás és a bekövetkezett káresemény közti logikai

²⁸⁸ Ptk. 4. § (4) bekezdés.

²⁸⁹ A felróhatóságon kívül a polgári jogi felelősség megállapításához szükségesek további feltételek: jogellenes magatartás, okozati összefüggés és kár bekövetkezése. A büntetőjogi felelősség esetén is szükségesek többtelemelek, melyek vizsgálatára a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés tényállásának elemzésénél térek ki.

²⁹⁰ MÉSZÁROS Bence, *Primum non nocere – Az orvos büntetőjogi felelősségéről*; In: *Dezső László emlékkönyv*, PTE-ÁJK, Pécs, 2005, 122.

²⁹¹ Lásd bővebben: PRIBULA [2011] i.m. 243-249.

kapcsolat.²⁹² Ezzel szemben az alperesektől egyre többet várnak el az exkulpációs bizonyítás körében és már a legkisebb bizonytalanság is az alperes hátrányára esik.

Az orvos büntetőjogi felelősségre vonására jóval szűkebb körben, elvétve kerül sor a polgári peres eljárásokhoz képest, ilyen módon érvényesül e szabályok végső esetre történő alkalmazásának elve.²⁹³

2.3.2. Az orvosi tevékenységet érintő büntetőjogi szabályok rendszere

Az orvosi tevékenység büntetőjogi szabályozásával kapcsolatos tényállásokat alapvetően két csoportra oszthatjuk. Az *egyik csoportba* olyan *tradicionális* bűncselekmények tartoznak, melyek alkalmazhatók az orvosi tevékenységre is, illetve egészségügyi dolgozó elkövető esetén a bűncselekmény minősített esete valósul meg.²⁹⁴

Btk. XV. fejezet, az élet, testi épség, egészség elleni bűncselekmények körében:

- öngyilkosságban közreműködés (162.§)
- magzatelhajtás (163. §)
- foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés (165.§)
- segítségnyújtás elmulasztása (166. §).

Btk. XVII. fejezet, egészséget veszélyeztető bűncselekmények körében:

- kuruzslás (187. §).

Btk. XIX. fejezet, a nemi élet szabadsága és a nemi erkölcs elleni bűncselekmények körében:

- szexuális kényszerítés (196. §)
- szexuális erőszak (197. §)
- szexuális visszaélés (198.§)
- gyermekpornográfia (204. §).

²⁹² Például a betegnek elegendő azt bizonyítania, hogy a szövődmény az egészségügy beavatkozás során vagy azzal egy időben jött létre és a szövődmény részletes folyamatát, az ahhoz vezető körülményeket nem.

²⁹³ MÉSZÁROS i.m. 113.

²⁹⁴ BUSCH Béla, *Az orvosi tevékenység büntetőjogi szabályozása*; In: SÓTONYI Péter (szerk.), *Orvosi felelősség*, Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006, 168.

Btk. XX. fejezet, A gyermek érdekét sértő és a család elleni bűncselekmények körében:

- kiskorú veszélyeztetése (208. §).

Btk. XXI. fejezet, Az emberi méltóság és egyes alapvető jogok elleni bűncselekmények körében:

- egészségügyi önrendelkezési jog megsértése (218. §)
- zaklatás (222. §).

Btk. XXXIV. fejezet, közigazgatás rendje elleni bűncselekmények körében:

- járványügyi szabályszegés (361. §).

A másik csoportba pedig azok a bűncselekmények tartoznak, melyek *speciálisan az egészségügyi beavatkozás és kutatás* rendjéhez kapcsolódnak.

A Btk. XVI. fejezetében szabályozott tényállásai az alábbiak:

- beavatkozás az emberi génállományba (168. §)
- emberi ivarsejt tiltott felhasználása (169. §)
- születendő gyermek nemének megválasztása (170. §)
- emberen végezhető kutatás szabályainak megszegése (171. §)
- embrióval vagy ivarsejttel végezhető kutatás szabályainak megszegése (172.-173. §)
- genetikailag megegyező emberi egyedek létrehozása (174. §)
- emberi test tiltott felhasználása (175. §).

A XVI. fejezetben foglalt bűncselekmények mutatnak néhány *közös jellegzetességet*. Ilyen például, hogy ezek a tényállások *keretdiszpozíciók*, azaz a tényállásokat más jogághoz tartozó jogszabály tölti ki tartalommal, az elkövetési magtartásuk más jogágbeli jogszabályra utal.²⁹⁵ Közös jellegzetességük, hogy a büntetőjogi *védelemben részesített érték* nemcsak maga az ember, a védelem kiterjed a *magzatra, embrióra, ivarsejtre, emberi génállományra, illetve a holttestre* is. E címben szabályozott tényállások általában *már az előkészületi magatartást is büntetni rendelik*, ugyanakkor,

²⁹⁵ Általában az Eütv. rendelkezéseire.

ha az Eütv.-ben meghatározott célból végzik a tevékenységet, akkor az büntethetőséget kizáró oknak minősül.²⁹⁶

Összességében az orvosi tevékenység büntetőjogi szabályozásával kapcsolatos tényállások jellegzetes vonásai az alábbiak szerint foglalhatók össze:

- olyan magatartásokat tartalmaznak, melyek bűncselekménynek minősülnének, ha nem lenne megfelelő indok az adott magatartásra,
- veszélyeztetési bűncselekmények, tehát már a veszély előidézése is felelősségre vonást eredményez,
- keretdiszpozíciók, melyeket más jogágbeli normák töltenek ki tartalommal.²⁹⁷

A következőkben a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés tényállását elemzem, mivel ez kapcsolódik legszorosabban a dolgozat tárgyát képező kutatáshoz.

2.3.3. A foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés

2.3.4.1. A tényállás szabályozásának áttekintése

A foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés bűncselekménye a Btk. XV. fejezetében kapott helyet az élet, testi épség és az egészség elleni bűncselekmények körében. A magyar büntetőjogban az orvos tevékenysége által okozott halál vagy testi sértés büntetésével a *Csemegi Kódexben is találkozhatunk*.²⁹⁸ Ekkor még a gondatlan emberölés, illetve a súlyos testi sértés minősített esete volt, ha valaki a foglalkozása körében követte el a cselekményt.²⁹⁹

²⁹⁶ FEHÉR Lenke – HORVÁTH Tibor – LÉVAY Miklós, *Magyar büntetőjog különös rész I.*, KJK Kerszöv, Budapest, 2005, 126.

²⁹⁷ BUSCH i.m. 170.

²⁹⁸ A Kódex 291. § -a szerint: „ha azonban a halál az azt okozónak hivatásában vagy foglalkozásában való járatlanságából, hanyagságából vagy azok szabályainak megszegéséből származott három évig terjedő fogházzal és száz forinttól kétezer forintig terjedő pénzbüntetéssel büntetendő.” A Kódex 310. §-a szerint: „Aki gondatlansága által másnak súlyos testi sértést okozott: három hónapig terjedő fogházzal és ötszáz forintig terjedő pénzbüntetéssel büntetendő. Ha azonban a súlyos testi sértést az azt okozónak saját hivatásában vagy foglalkozásában való járatlanságából, hanyagságából vagy azok szabályainak megszegéséből származott egy évig terjedő fogházzal és ötszáz forintig terjedő pénzbüntetéssel büntetendő.”

²⁹⁹ BUSCH i.m. 227.

A foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés tényállása a III. büntetőnovellával került be büntetőjogunkba.³⁰⁰

Hatályos formáját az alábbi szöveggel a Btk. 165. §-a tartalmazza.

Btk.165. § (1) „Aki foglalkozási szabály megszegésével más vagy mások életét, testi épségét vagy egészségét gondatlanságból közvetlen veszélynek teszi ki, vagy testi sértést okoz, vétség miatt egy évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.

(2) A büntetés

a) három évig terjedő szabadságvesztés, ha a bűncselekmény maradandó fogyatékoságot, súlyos egészségromlást, vagy tömegszerencsétlenséget,

b) egy évtől öt évig terjedő szabadságvesztés, ha a bűncselekmény halált,

c) két évtől nyolc évig terjedő szabadságvesztés, ha a bűncselekmény kettőnél több ember halálát okozza, vagy halálos tömegszerencsétlenséget okoz.

(3) Ha az elkövető a közvetlen veszélyt szándékosan idézi elő, büntett miatt az (1) bekezdésben meghatározott esetben három évig, a (2) bekezdésben meghatározott esetben - az ott tett megkülönböztetés szerint – egy évtől öt évig, két évtől nyolc évig, illetőleg öt évtől tíz évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.

(4) E § alkalmazásában foglalkozási szabály a lőfegyver, robbantószer és a robbanóanyag használatára és kezelésére vonatkozó szabály is.”

2.3.4.2. Tényállási elemek

A védett jogi tárgy az élet, testi épség és egészség. A bűncselekmény elkövetési tárgya, - e tényállásnál passzív alanyról beszélhetünk -³⁰¹ *bárki más (vagy mások)*. Passzív alany

³⁰⁰ Az 1948. évi XLVIII. törvény rendelkezései szerint:

20. § (1) „Vétséget követ el és egy évtől öt évig terjedhető fogházzal büntetendő, aki hivatása vagy foglalkozása szabályainak tudatos megszegésével vagy az azzal járó köteleességek tudatos elhanyagolásával mások életét vagy testi épségét közvetlen veszélynek teszi ki.

(2) Egy évtől öt évig terjedhető börtönrel büntetendő az (1) bekezdésben meghatározott cselekmény elkövetője, ha a cselekményéből súlyos testi sértés származott, vagy azt vagyoni haszon végett vagy ismétlődően, illetőleg folyamatosan követte el, ha pedig a cselekmény a sértett halálát okozta, a büntetés tíz évig terjedhető fegyház.”

21. § „Aki a 20. § (1) bekezdésében meghatározott cselekményt gondatlanságból követi el, vétség miatt egy évig terjedhető fogházzal, aki pedig a 20. § (2) bekezdése alá eső cselekményt követi el gondatlanságból, három évig terjedhető fogházzal büntetendő.”

³⁰¹ BLASKÓ Béla, *Tansegédlet a büntetőjog általános részéhez I.*, Debreceni Egyetem Állam-és Jogtudományi Kar, Debrecen, 2006, 18-19.

csak élő ember lehet, tekintet nélkül nemére, korára. Abban az esetben, ha valaki a foglalkozása szabályainak megszegésével önmagát veszélyezteti, nem valósítja meg a tényállást. Akkor sem valósul meg a bűncselekmény, ha közös foglalkozási tevékenység gyakorlása során együttes szabályszegésükkel önmagukat és egymást veszélyeztetik az elkövetők.³⁰²

A bűncselekmény elkövetési magatartása a *foglalkozási szabályszegés*, így fontos, hogy mi tekinthető foglalkozásnak, illetve foglalkozási szabálynak. A *foglalkozás* egy gyűjtőfogalom, mely felöleli az állás, hivatás stb. fogalmát, és jelent minden olyan tevékenységet, melyre írott vagy íratlan szabályok vonatkoznak. Irreleváns, hogy az adott tevékenységhez szükséges-e valamilyen végzettség, hogy főállásban vagy mellékállásban, esetleg kedvtelésből végzi azt valaki, hogy ellenszolgáltatásért vagy ingyenesen tevékenykedik.³⁰³

A *foglalkozási szabály* meghatározása szempontjából a tényállás keretdiszpozíciónak minősül, annak tartalmát az adott foglalkozásra vonatkozó más jogszabályban megfogalmazottak, hatósági rendelkezések, munkaköri leírás, foglalkozás gyakorlásával kapcsolatos tudományos szabályok vagy akár a szakma által kialakított szokások alkotják. A foglalkozási szabályokat rendszerint rögzítik írásban, de ez nem feltétlenül szükséges.³⁰⁴ Láthatóan a foglalkozási szabályok köre igen szerteágazó lehet, ezért tartalmuk megállapítása mindig szakértő bevonását teszi szükségessé. Az elkövetési magatartás tevással és mulasztással is megvalósítható.

Az *orvos büntetőjogi felelőssége kapcsán foglalkozási szabálynak* tekinthetők az Eütv.³⁰⁵ rendelkezései, az egyetemi tankönyvekben, előadási jegyzetekben, szakfolyóiratokban, gyógyszerek mellékleteinek utasításában, különböző szakcsoportok határozataiban foglaltak is, de a szakma íratlan szabályait is e körbe kell sorolni.³⁰⁶

Annak megítélése tekintetében, hogy az ellátást végző orvos szabályszerűen járt-e el, az Eütv. 129. § (1)-(2) bekezdése fekteti le az alapokat. Rendelkezik a *gyógymód megválasztásának szabadságáról*, ugyanakkor annak korlátairól is. Az orvos szabadon

³⁰² KERESZTY Béla – MARÁZ Vilmosné – NAGY Ferenc – VIDA Mihály, *A magyar büntetőjog különös része*, Korona Kiadó, Budapest, 2004, 123.

³⁰³ FEHÉR – HORVÁTH – LÉVAY i.m. 114.

³⁰⁴ BELOVICS Ervin – MOLNÁR Gábor – SINKA Pál, *Büntetőjog különös rész*, HVG ORAC, Budapest, 2002, 112.

³⁰⁵ Az Eütv-ben nevesített legfontosabb kötelezettségek a következők: ellátási kötelezettség, tájékoztatási kötelezettség, dokumentációs kötelezettség, titoktartási kötelezettség, szakmai ismeretek folyamatos fejlesztésének kötelezettsége.

³⁰⁶ BH 1996.182.

választhatja meg a vizsgálati és terápiás módszert, viszont annak tudományosan elfogadottnak kell lennie, nem ütközhet a hatályos jogba, szükséges, hogy a beteg hozzájáruljon a kezeléshez, illetve, hogy a beavatkozás kockázata kisebb legyen, mint a beavatkozás elmaradásával járó kockázat és a kockázat vállalására alapos ok legyen.³⁰⁷ A gyógy módváltás szabadsága csak addig terjedhet, amíg azzal az orvos nem sérti meg a foglalkozása szabályait.

Az orvosi tevékenység során bekövetkező nem kívánatos eredményeket *három csoportba* sorolhatjuk. Ide tartozik egyrészt a gyógyítás kockázata. Amennyiben az orvos a tevékenységét a szakmai előírásoknak megfelelően végezte és így áll be valamely a gyógyítás *kockázatához tartozó szövődmény*, jogellenesség hiányában nem áll fenn a büntetőjogi felelősségre vonás lehetősége.

Ide sorolható a *diagnosztikus tévedés*, mely bizonyos esetekben megalapozhatja a büntetőjogi felelősséget, ha az egyben foglalkozási szabályszegésnek is minősül. Amennyiben az orvos minden eszközt igénybe vett, minden vizsgálatot elvégzett, ami segíti a diagnózis felállítását, akkor tévedése nem tekinthető foglalkozási szabályszegésnek.

Foglalkozási szabályszegés abban az esetben állapítható meg, ha az orvos a tevékenységét nem szabályszerűen (*lege artis*) végezte. Azaz orvosi műhibáról van szó, ha a betegség gyógykezelése, a sérülés ellátása vagy műtéti beavatkozás során az orvosi foglalkozással kapcsolatos orvostudományi szabályok szerinti eljárást megsértik.³⁰⁸ Elképzelhető olyan eset is, amikor bár a szakmai hiba megállapítható, de az mégsem minősül foglalkozási szabályszegésnek.³⁰⁹

A foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés eredmény bűncselekmény, azaz a *bűncselekmény befejezettségéhez az eredmény bekövetkezése* is szükséges.

A bűncselekmény alaptényállásának eredménye más vagy mások *életének, testi épségének, egészségének közvetlen veszélyeztetése, illetve testi sértés okozása* lehet. Bizonyos kiemelten fontos jogi tárgyak esetén –ilyen az egy vagy több személy életének, testi épségének és egészségének védelméhez fűződő társadalmi érdek is-, a

³⁰⁷ NAVRATYIL Zoltán, DEZSŐ László – *Az orvos büntetőjogi felelőssége*, Iustum, aequum, salutare, 2009, 1. szám, 211.

³⁰⁸ BH 2002.129.

³⁰⁹ Például, ha az orvos több lehetőség, eljárás közül választhat és amit választ az végül nem bizonyul megfelelőnek.

büntetőjog nem elégedhet meg azzal, hogy csak konkrét sérelem bekövetkezése esetén válik büntetendővé egy cselekmény.³¹⁰

Veszélyről abban az esetben van szó, ha a sérelem még nem következett be, de annak reális lehetősége fennáll. A tényállás a távoli, absztrakt veszélynél³¹¹ többet kíván meg, a közvetlen veszély *személyre és helyzetre konkretizált veszélyt jelent*, amikor fennáll az élet, testi épség, egészség sérelmének reális és azonnali bekövetkezésének lehetősége.³¹² Foglalkozás körében elkövetett gondatlan veszélyeztetés vétsége nem állapítható meg, ha a foglalkozási szabályszegéssel okozati összefüggésben csupán absztrakt veszélyhelyzet keletkezik.³¹³ Akkor sem, ha az orvos a beavatkozás során ugyan megszegi a foglalkozása szabályait, de ez a beteg életét, testi épségét, egészségét nem veszélyeztette.³¹⁴

Az alaptényállás sértő eredménye a *testi sértés okozása*. A testi sérülés lehet 8 napon belül és azon túl gyógyuló is, ennek a büntetés kiszabásánál lesz jelentősége. Amennyiben a testi sértés maradandó fogyatékoságot vagy súlyos egészségromlást okoz, az már a minősített esetek közé tartozik.

Fontos, hogy nem elegendő a foglalkozási szabályszegés és az eredmény bekövetkezése, szükséges, hogy *okozati összefüggés* legyen kimutatható a kettő között. Nem állapítható meg okozati összefüggés, ha a foglalkozási szabályszegés nem releváns oka az eredmény bekövetkezésének.³¹⁵ Akkor sem, ha az eredmény kizárólag a sértett vagy más személy felróható magatartása miatt következett be. Abban az esetben sem áll fenn okozati összefüggés, ha az eredmény objektíve nem volt elhárítható, azaz a szabályszegő magatartás nélkül is ugyanúgy bekövetkezett volna.³¹⁶

A bűncselekmény alanya *csak olyan személy lehet, aki valamely szabályokhoz kötött foglalkozást gyakorol és foglalkozási szabályok hatálya alatt áll*, azaz speciális alanyról van szó.³¹⁷ Nem lehet a bűncselekmény tettese, aki olyan tevékenységet folytat, melyre

³¹⁰ NAGY Ferenc (szerk.), *A magyar büntetőjog különös része*, HVG ORAC, Budapest, 2009, 111.

³¹¹ Absztrakt veszélyről van szó például akkor, ha a szabályszegő magatartásból keletkező veszély hatókörében nincs és nem is lehet senki, vagy a magatartás kizárólag dolgokat veszélyeztet. Lásd: KERESZTY – MARÁZ – NAGY – VIDA i.m. 125.

³¹² NAGY Ferenc i.m. 113.

³¹³ BH 2003.312.

³¹⁴ BH 2006.77.

³¹⁵ Nem valósítja meg a foglalkozás körében elkövetett halált okozó gondatlan veszélyeztetést az orvos, ha formális szabályszegésével nem veszélyeztette közvetlenül a beteg életét, testi épségét, egészségét, illetve a közvetlen veszély nem a foglalkozási szabályszegése folytán következett be (BH 1996.182.).

³¹⁶ BELOVICS – MOLNÁR – SINKA i.m. 126.

³¹⁷ FEHÉR – HORVÁTH – LÉVAY i.m. 117.

vonatkozóan nincsenek foglalkozási szabályok.³¹⁸ Továbbá az sem, aki a foglalkozás tanulója, aki tevékenységét irányítás alatt végzi.³¹⁹ Illetve az sem, aki rendszeresen végzett, egyébként foglalkozási szabályok hatálya alá tartozó tevékenységével más, speciális bűncselekményt valósít meg.³²⁰ Fontos kiemelnünk az elkövetői kör vizsgálatánál, hogy tártstettség a gondatlan veszélyeztetés esetén fogalmilag kizárt, szándékos veszélyeztetés esetén lehetséges, de feltétel, hogy valamennyi elkövető azonos foglalkozási szabályok hatálya alatt álljon.³²¹

Az Eütv. értelmező rendelkezései szerint *egészségügyi dolgozó* az orvos, a fogorvos, a gyógyszerész, az egyéb felsőfokú szakképesítéssel rendelkező személy, az egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy, továbbá az egészségügyi tevékenységben közreműködő, egészségügyi szakképesítéssel nem rendelkező személy. Fontos kiemelnünk, hogy az elkövetők leggyakrabban ebből a körből kerülnek ki, ezt tekinthetjük dogmatikailag is tipikus elkövetési szituációnak.³²² *Korábban az ítélkezési gyakorlat* az volt, hogy a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés alanya csak olyan személy lehet, aki a szakképesítésének, azaz a rendszeresen folytatott mesterségének a szabályait sérti meg.³²³ Így *aki kontár* és nem rendelkezett megfelelő képzettséggel az nem is állhatott az adott foglalkozás szabályainak hatálya alatt, *tevékenysége éppen ezért nem a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés tényállása szerint minősült*, hanem a testi sértésre vagy az emberölésre vonatkozó szabályok szerint. Viszont az *újabb bírói gyakorlat* szerint *az alannyá válásnak nem feltétele, hogy az elkövető jogosult is legyen a foglalkozás úzésére*, azaz, hogy ténylegesen rendelkezzen megfelelő képesítéssel.³²⁴ Az új Btk. jogszabálysövege is ezt a nézetet tükrözi, eltér a korábbi megfogalmazástól, mivel a törvény már nem úgy fogalmaz, hogy: aki foglalkozása szabályainak megszegésével, hanem azt tartalmazza, hogy aki foglalkozási szabályok megszegésével veszélyeztet elköveti a bűncselekményt.

³¹⁸ Például mezőgazdasági őstermelő.

³¹⁹ Például orvostanhallgató.

³²⁰ Például magzatelhajtást.

³²¹ FEHÉR–HORVÁTH–LÉVAY i.m. 117.

³²² A tipikus elkövetési szituációk valamilyen módon rendelkeznek előzményekkel, például az elkövető már korábban is folytatta az adott tevékenységet, megszerezte a tevékenység végzéséhez szükséges tudást.

³²³ BH 1980.5.

³²⁴ Vagyis a dogmatikailag atipikus elkövetési szituációk is e tényállás keretei között minősülnek. Az atipikus elkövetési szituációkra jellemző a szingularitás, csak eseti elkövetést foglalnak magukba. Lásd: KARSAI Krisztina, *A foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés tényállásának kritikája*, Magyar Jog, 2006, 12. szám, 746.

Álláspontom szerint a korábbi bírói gyakorlat és jogszabályszöveg jobban összhangban állt a tényállás lényegével. Egy olyan személy, aki nem szerezte meg az orvosláshoz szükséges ismereteket, nem ismeri a foglalkozási szabályokat azok hatálya alatt sem állhat, így azt gondolom, hogy magatartását helyesebb lenne más tényállás keretein belül értékelni.

A foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés tényállásánál a törvény eltér az általános kodifikációs szabályoktól, először a gondatlan elkövetési alakzatot nevesíti, mivel ezen a területen a gondatlan alakzat a tipikus elkövetési forma.³²⁵

A foglalkozási szabályszegés és az eredmény tekintetében az elkövető pszichés viszonya különböző lehet, ezek viszonya határozza meg a bűnösséget.

Abban az esetben *szegi meg bűnösen az alany* a foglalkozási szabályt, ha:

- felismeri, hogy a foglalkozásának szabályai meghatározott magatartásra kötelezik, mégsem így cselekszik (ebben az esetben a foglalkozási szabályszegés szándékos);
- ha ismeri az adott foglalkozási szabályt, de a tőle elvárható figyelem és körültekintés elmulasztása miatt nem ismeri fel, hogy az adott helyzetben az milyen magatartásra kötelezi (ebben az esetben a foglalkozási szabályszegés gondatlan);
- ha a tőle elvárható figyelem és körültekintés elmulasztása miatt az adott szituációban irányadó foglalkozási szabályt sem ismeri (ebben az esetben a foglalkozási szabályszegés gondatlan).³²⁶

Amennyiben a foglalkozási szabályszegés szándékos, ahhoz, hogy a cselekmény gondatlan veszélyeztetésnek minősüljön a veszélyhelyzet létrehozására az elkövetőnek csak gondatlansága terjedhet ki. Ha pedig a foglalkozási szabályszegés gondatlan fogalmilag kizárt, hogy az eredmény létrehozása tekintetében az alanyt szándékosság terhelje.

A foglalkozás körében elkövetett szándékos veszélyeztetés³²⁷ esetében azon túl, hogy a foglalkozási szabályszegés szándékos, a veszélyhelyzet előidézése is szándékos lesz. Fontos, hogy ilyen esetben sem lehet szándékos a testi sértés mint eredmény előidézése, csupán a foglalkozási szabály megszegését és a veszélyhelyzet létrejöttét kívánhatja az

³²⁵ NAVRATYIL i.m. 117.

³²⁶ NAGY Ferenc i.m. 115.

³²⁷ Szándékosan követi el a bűncselekményt, aki magatartásának következményeit kívánja, vagy e következményekbe belenyugszik. (Btk. 13. §).

elkövető vagy nyugodhat bele, a testi sértést nem. Ezt hívjuk limitált veszélyeztetési szándéknak.³²⁸

Nem állapítható meg az elkövető felelőssége, ha a foglalkozása szabályainak megszegésével kapcsolatban még gondatlanság sem terheli, illetve akkor sem, ha a szabály felismerése ellenére a szabályszegő magatartás és az ebből következő veszélyhelyzet elhárítására nincs más cselekvési lehetősége.³²⁹

A minősített esetek körében a Btk. *háromlépcsős szabályrendszer*t tartalmaz, melyben egyre magasabb büntetési tételekkel sújtja a cselekmény elkövetőjét az egyre súlyosabb végkimenetel miatt. Az alábbi minősített eseteket határozza meg a Btk.:

1. lépcsőben: maradandó fogyatékoság, súlyos egészségromlás, tömegszerencsétlenség
2. lépcsőben: halál
3. lépcsőben: kettőnél több ember halála, halálos tömegszerencsétlenség.

Fontos a minősített esetekben megfogalmazott eredmények vonatkozásában, hogy azokra az elkövetőnek kizárólag gondatlansága terjedhet ki. A Kúria 41. számú Büntető Kollégiumi véleménye szerint a szándékos veszélyeztetési bűncselekmények esetében az elkövetőnek a veszélyhelyzet előidézésén túlmenően, a minősített alakzatokban foglalt bármely káros eredményre kizárólag csak gondatlansága terjedhet ki.

³²⁸ VARGA Zoltán (szerk.), *A büntetőjog nagy kézikönyve*, Complex, Budapest, 2007, 351.

³²⁹ KERESZTY–MARÁZ–NAGY–VIDA i.m. 127.

III. ALTERNATÍV KOMPENZÁCIÓS ÉS KONFLIKTUSKEZELÉSI LEHETŐSÉGEK AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK TERÜLETÉN

A hagyományos igényérvényesítés lehetőségének vizsgálatát és a legújabb tendenciák, problémák elemzését követően fontosnak tartom annak a feltérképezését is, hogy az egészségügyi ellátással összefüggő sérelmek esetén milyen egyéb lehetőségek állnak rendelkezésre hazánkban. E fejezettel *célom az alternatív konfliktuskezelési eljárások, jogvédelmi intézmények bemutatása, esetleges működési anomáliáik megvilágítása, javaslatok megfogalmazása a működésük hatékonyabbá tétele érdekében.*

*Több okból is fontos, hogy foglalkozzunk a klasszikus út alternatíváival, mely okok az alábbiakban foglalhatók össze. A peresedésnek számos negatív hatása van, mely hatásokra az egész munka során figyelmet fordítok, annál a szerkezeti egységnél kibontva, ahol az adott probléma kifejtése a legindokoltabb. Csak néhány példát említenék e helyütt. A peresedés anyagilag, érzelmileg mindkét fél számára igen nagy megterhelést jelent, ráadásul jóval hosszabb időn át, mint egy alternatív konfliktuskezelési mód. Sok esetben csak fokozza az ellentétet a felek között, akiknek az együttműködése az egészségügyi szolgáltatások jellegéből fakadóan a jövőben sem nélkülözhető. A végeredmény, vagyis az esetleges kártérítési összeg pedig csak egy elem abból, amire a sértett fél igénye kiterjedne.³³⁰ A gyógyító tevékenység nyugodt körülményeket és bizalmat igényel, erre pedig – amennyiben túlzott mértéket ölt- a per általi fenyegetettség negatív hatással van és az úgynevezett *defenzív medicina* jelenségét vonja maga után. Ennek pedig amellett, hogy jelentős anyagi vonzata van, a beteget is megterheli. További kedvezőtlen hatás, hogy *a hibák feltárása ellen hat a folyamatos külső fenyegetettség, gyengíti az orvostársadalom belső kontrollját* és a „mundér becsülete” védelmének attitűdjét alakítja ki.*

³³⁰ Például nagyon fontos a sérelmet szenvedett fél számára, hogy a miértekre választ kapjon. A polgári per során zajló bizonyítási eljárásnak ez lenne a célja, viszont úgy vélem, hogy ez sajnos nem minden esetben valósul meg. Ha figyelembe vesszük az aktuális gyakorlatot, sok esetben azt tapasztaljuk, hogy bizonyítástechnikai kérdések döntik el az ügy kimenetelét a valós probléma fókuszba helyezése helyett. Ugyanakkor ahhoz, hogy a miértekre választ kapjon a beteg, egyáltalán nem nélkülözhetetlen pert vállalni. Az alternatív utak is megoldást jelenthetnek, sőt úgy gondolom, ezek sokkal inkább a valós probléma felderítésére, a történet tisztázására irányulnak.

A peralternatívák vizsgálata fontos továbbá azért is, mert *nemzetközi szinten tapasztalható tendencia a peres eljárás elkerülésére való törekvés*, a közvetítői eljárás és más alternatív jogvédelmi eszközök népszerűsítése, új, szélesebb jogkörrel bíró intézmények létrehozása. A skandináv országokban és Új-Zélandon pedig az egész felelősségi modell a peres úttól való eltérésre épül. Véleményem szerint *a jövő az alternatív megoldási utakban, intézményekben rejlik*. Ezt támasztják alá a külföldi példák is.

A peres út alternatíváinak bemutatását megelőzően egy érdekes, ide kapcsolódó problémával foglalkozom. Úgy vélem, hogy fontos feltárni azokat az okokat és célokat, melyek a perek megindítását motiválják, azt, hogy a betegek mit szeretnének elérni az eljárással. *A kérdés tehát: miért perelik be a betegek az egészségügyi intézményt?* Ha egészen eddig visszanyúlunk a problémák elemzése kapcsán, akkor azt is *tisztábban láthatjuk, hogy a perek milyen módon lennének megelőzhetők,*³³¹ *elkerülhetők,*³³² *illetve, hogy milyen elvárásoknak kell megfelelnie a konfliktuskezelő eszközöknek, intézményeknek.* Az alábbi kutatások bemutatását azért tartom fontosnak, mert világossá válik, hogy a betegek jogvitás esetekben mit várnak el, milyen kérdésekre szeretnének választ kapni. Kiderül továbbá az is, hogy ami számukra fontos egy ilyen konfliktus kapcsán, ahhoz egyáltalán nem nélkülözhetetlen a polgári peres eljárás. Ezáltal az alternatív utak is valódi lehetőségként jelennek meg.

Az okok bemutatása során *több országban végzett kutatásokat veszek alapul, így brit, amerikai és hazai vizsgálatokat,*³³³ *melyeket szociológiai, illetve pszichológiai módszerekkel végeztek.* A vizsgálatok eredményei az alábbiakban foglalhatók össze.

A beteg tájékoztatása kulcs momentumnak tekinthető. A legtöbb perre vitt eset háttérében ugyanis áll valamilyen *kommunikációs hiba* is. A kutatások tanulsága szerint a bíróságot felkereső betegek többsége elégedetlen azzal, ahogyan az orvos tájékoztatta a betegségről, a kezeléséről, az esetleges hiba okáról. A betegek *hiányosnak, nem kellőképpen világosnak érzik a hozzájuk eljuttatott információkat*, melyek alapján nem értik meg, hogy mi is történt pontosan velük és ezáltal képtelenek is megbarátkozni azzal. Emellett a kommunikációval kapcsolatban gyakran *panaszkodnak az orvosok*

³³¹ Érttem ez alatt a hibák elkerülését (például források bővítése, feltétel-és eszközrendszer javítása útján) és konfliktusok megelőzését (például megfelelőbb kommunikációval).

³³² Ha már adott a konfliktus, milyen egyéb módon vagy intézmény útján lehet azt orvosolni.

³³³ Az Egészségbiztosítási Felügyelet adatainak felhasználásával.

*frusztráltságára, az empátia hiányára, a beteg személyével, jólétével való törődés hiányára.*³³⁴ Azoknak az orvosoknak, akik nyitottak, megközelíthetőek, érdeklődőek a betegek iránt, sokkal kevesebb eséllyel kell perrel szembe nézniük, mint azoknak, akik érdektelenek, zárkózottak, és nem hajlandóak a beteg kérdéseire válaszolni.³³⁵ A válaszadó perindítók a szerencsétlen esemény hatásairól is beszámoltak, melyek a páciens további életét nehezítik. E körben megjelenik, hogy a betegeknek kialakultak pszichológiai, pénzügyi problémáik, feszültségek a családi kapcsolatok terén, csökkent a munkaképességük és összességében jelentősen romlott az életminőségük.³³⁶

A következőkben a kutatások számomra legfontosabb tanulságát ismertetem, ami *a négy fő perindítási ok* az orvosi műhiba perekben.

Az okok *fontossági sorrendben* a következők:³³⁷

- a hasonló jövőbeni esetek elkerülése,
- magyarázat arra vonatkozóan, hogy mi történt, hogyan és miért,
- anyagi kompenzáció,
- a hibát elkövető személy felelősségre vonásának az igénye.

Tehát, a pereskedés egyik oka, hogy a betegek *elégedetlenek az egészségügyi ellátások színvonalával* és úgy vélik, ha az ő esetük nyilvánosságra kerül, talán hozzájárulhatnak *más hasonló esetek megelőzéséhez*. A probléma, hogy a kártérítési perek nagyrészt a bulvármédia tolmácsolásában kerülnek nyilvánosságra, mely nem objektív közvetítése a történeteknek és ez a fajta közvetítésmód talán még inkább olaj a tűzre. Erre a problémára véleményem szerint kiválóan alkalmas lenne egy hatósági vagy ombudsmani intézmény által végzett kivizsgálás.

A másik ok, amit a páciensek kiemelnek, hogy *nem megfelelő a kommunikáció az irányukba*, úgy érzik, hogy nem voltak kellően empátikusak, nem kommunikáltak velünk megfelelő hangnemben.³³⁸ Ha a beteg azt érzi, hogy nem voltak kellően figyelmesek a problémájával kapcsolatban, sértettsége miatt érthető a pereskedési

³³⁴ LESTER, Gregory W. – SMITH, Susan G., *Listening and Talking to Patients*, The Western Journal of Medicine, 1993, March, 270-271.

³³⁵ MERUELO, Natasha C., *Mediation and Medical Malpractice*, The Journal of Legal Medicine, 2008, Vol. 29., Iss. 3., 289.

³³⁶ VINCENT, Charles – YOUNG, Magi – PHILIPS, Angele, *Why Do People Sue Doctors?*, The Lancet, 1994, Vol. 343., 1611.

³³⁷ VINCENT – YOUNG – PHILIPS i.m.1613.

³³⁸ HAIMAN Éva, *Az érzelmekben fürdő emlékezet (interjú)*, Jogorvoslap, 2009, 6. szám, 4.

szándék. Ha tisztában vannak az orvosok ezzel, talán egy kis odafigyeléssel ezen lehet változtatni. A másik probléma, hogy speciális szakismeretek hiányában a betegek nem tudják, hogy mulasztás történt vagy kockázati körbe tartozó kivédhetetlen következményről van-e szó. Így szeretnék a folyamatot kivizsgáltatni, áttekinteni, hogy tisztán lássanak ez ügyben, hogy kiderüljön mi is történt valójában. Ez a szándék is érthető egy szerencsétlen esemény bekövetkezése folytán, de emiatt sem lenne feltétlenül szükséges a per. Akár egy hatékonyan működő intézményi vizsgálat vagy például egy békéltető testületi eljárás is alkalmas lehet erre.

További okként értékelhető, hogy a sérelmet szenvedett betegek szeretnék kompenzációt kapni. Ez a törekvés is teljesen érthető, de az előzőhöz hasonlóan itt is azt mondhatjuk, hogy nem feltétlen kell ehhez sem peres út. Egy közvetítői eljárásban létrejött egyezség vagy egy külön erre a célra felállított adminisztratív testület vizsgálata nyomán is nyerhető kompenzáció a klasszikus igényérvényesítés hátrányainak kiküszöbölése mellett. Ami nagyon érdekes, hogy a kártérítés egyáltalán nem az elsődleges cél a legtöbb beteg esetében.³³⁹ Így sokszor nemcsak azok a perelkerülési utak lehetnek célra vezetők, melyek eredményeképp a sérelmet szenvedett fél kártérítésben részesülhet, hanem azok az eljárások is, melyek kompenzációhoz nem juttatják ugyan a beteget, de az eset kivizsgálásával választ szolgáltatnak a miértekre, kötelezettséget rónak az intézményekre a körülmények változtatása érdekében.

Végül említették az áldozatul esett betegek, hogy szerették volna elérni, ha kiderül, hogy ki a felelős mindazért, ami velük történt és az illető vállalja is a felelősség terhét.

Ebben a körben azt is érdekes áttekinteni, hogy mik lettek volna azok a gesztusok, melyeknek megtétele esetén nem fordulnak bírósághoz. A betegek többsége azt nyilatkozta, hogy amennyiben törődtek volna vele, elmagyarították volna számára a történetek körülményeit, elismerik a tévedést és bocsánatot kérnek tőle, akkor feltehetőleg nem perelt volna. Sok esetben akkor merül fel a perindítás igénye, amikor a

³³⁹ Természetesen a kompenzáció fontossága függ az egyén személyes helyzetétől, valamit attól is, hogy az adott ország szociális rendszere milyen szinten nyújt anyagi segítséget a sérelmet szenvedett személynek. Hazánkban például a genetikai, teratológiai ártalom következtében károsodottan született gyermek saját jogon nem igényelhet nem vagyoni kártérítést amiatt, hogy a terhesség alatt elmaradt vagy hibás orvosi tájékoztatás következtében anyja nem élhetett a terhesség-megszakítás jogszabály által biztosított jogával. Ugyanakkor az államnak kötelessége, hogy megfelelő egészségügyi, oktatási, szociális és anyagi ellátást nyújtson a fogyatékoságuk miatt arra rászorultaknak. (1/2008 PJE VI.).

beteg panaszával, az őt ért problémával egyáltalán nem vagy nem megfelelően foglalkozik az egészségügyi intézmény, és a sérelmet szenvedett személy zárt ajtóba ütközik.³⁴⁰ Említették még, hogy amennyiben *per nélkül is hajlandók lettek volna számukra fizetni* akkor sem mentek volna bíróságra.³⁴¹

Úgy vélem, a fent ismertetettek által egyértelmű, hogy fontos foglalkoznunk a perelkerülést nyújtó lehetőségekkel. Látható, hogy mennyire fontos szerepe lenne a hatékony intézményi panaszkezelésnek, a felmerült kommunikációs hibák helyrehozásának közvetítői eljárás keretében, hatósági vizsgálatnak, vagy akár ombudsmani vizsgálatnak a hibák felderítése és a hasonló esetek elkerülése érdekében. Mint a fentiekből látható, a betegek többségének az igénye erre terjed ki.

A fejezetben tárgyalt alternatív vitarendezési utakat két csoportba osztottam.³⁴² Vizsgálom egyrészt a klasszikus alternatív vitarendezési módokat, vagyis az egészségügyi közvetítői eljárást és a békéltető testületi eljárást. Ezek eredményeként elérhető akár a peres eljárás keretében érvényesíthető kompenzáció is, így ezeket *alternatív kompenzációs lehetőségként említem*. Emellett a panasztételi-és kivizsgálási lehetőséget nyújtó intézményeket veszem górcső alá *alternatív konfliktuskezelési utak* címmel. Ezek általában nem eredményezik kártérítés fizetését a panaszos számára, a cél annak feltárása, hogy pontosan mi történt, mi okozta a problémát, illetve ez alapján a következtetések levonása és a hasonló esetek elkerülése.

³⁴⁰Dr. Protál honlapja: <http://www.drportal.hu/hir.php?szid=99&tema=27&hid=3579> (letöltve: 2012. január 13.).

³⁴¹MERUELO i.m. 290.

³⁴²A jogvédelmi utak csoportosítására vonatkozóan más irodalmi álláspontokkal találkoztam, így például aszerinti differenciálással, hogy az egészségügyi szolgáltatón belüli vagy harmadik fél által szervezett jogvédelmi útról van-e szó. (Lásd: KERESZTY [2013] i.m. 30.)

1. Alternatív konfliktuskezelési lehetőségek

1.1. A betegjogi képviselői rendszer

A peres úttól eltérő konfliktuskezelési lehetőségek sorában elsőként a betegjogi képviselőkkel foglalkozom. Úgy gondolom, hogy egy jól működő, kellő bizalmat élvező, ezáltal gyakran igénybe vett betegjogi képviselői rendszer alapvető jelentőségű az alternatív jogvédelmi lehetőségek vonatkozásában. A fejezet keretei között tárgyalom a 2012. november 1-jén felállított Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ (a továbbiakban: OBDK) működési alapelveit és céljait is, mivel a betegjogi képviselőket ez a hivatal koordinálja felállításától.

A fejezet elkészítésében nagy segítséget jelentettek számomra egy betegjogi képviselővel folytatott konzultációk a rendszer gyakorlati működéséről, illetve az általa rendelkezésemre bocsátott források és statisztikák.

1.1.1. A betegjogi képviselői rendszer létrejötte

A betegjogi képviselő jogintézményének kialakulása az Eütv. hatályba lépéséhez kapcsolható. 1998. július 1-jétől egy új, haladó szemléletű ágazati jogszabály lépett hatályba, mely európai szinten is figyelemre méltó betegjogi katalógust tartalmaz, így szakítva a korábbi egészségügyi törvény paternalista szemléletmódjával. A betegjogi katalógus teljes körű, részletes elemzése terjedelmi korlátok miatt nem képezi a munkám tárgyát, azonban egyes jogosultságokkal más szerkezeti egységekben foglalkozom részletesebben is. Az egészségügyi törvény nevesíti az egészségügyi ellátáshoz való jogot, az emberi méltósághoz való jogot, a kapcsolattartás jogát, az intézmény elhagyásának jogát, a tájékoztatáshoz való jogot, az önrendelkezési jogot, az ellátás visszautasításának jogát, az egészségügyi dokumentáció megismerésének jogát, az orvosi titoktartáshoz való jogot.³⁴³ Az új törvény által deklarált betegjogok és azok érvényesítését érintő tájékoztatás, a jogok betartásának figyelemmel kísérése érdekében,

³⁴³ A betegjogokkal kapcsolatos részletes elemzést lásd például: SÁNDOR Judit, *A betegek jogainak kodifikálásáról*, Fundamentum, 1997, 1. szám, 87-100.

*jogszabályi kötelezés nélkül is több egészségügyi intézményben megjelentek a betegjogi képviselők a jogszabály hatályba lépését követően. Ebben az időszakban a jogvédelmi képviselők még a kórházak alkalmazásában álltak.*³⁴⁴

*2000. január 1-jén jött létre az egészségügyi intézményektől független betegjogi képviselői rendszer.*³⁴⁵ A függetlenség érvényesülését két tényező biztosítja. Az egyik a *személyi függetlenség*, azaz nem lehet betegjogi képviselő az adott intézményben, aki azzal az egészségügyi szolgáltatóval munkavégzésre irányuló jogviszonyban áll.³⁴⁶ A másik pedig a *szervezeti függetlenség*, vagyis, hogy a betegjogi képviselő külön jogszabályban meghatározott szervezet keretei között látja el a feladatait.³⁴⁷ Úgy gondolom, hogy *az intézménytől való függetlenséget még inkább közismertté kellene tenni* és kihangsúlyozni a képviselőkkel szembeni nagyobb bizalom érdekében. Kezdetben egy EüM rendelet³⁴⁸ úgy határozta meg, hogy a betegjogi képviselők az ÁNTSZ megyei (fővárosi) intézeteihez tartoznak és állnak munkavégzésre irányuló jogviszonyban. A legtöbben megbízási szerződést kötöttek, néhányan köztisztviselői jogviszonyban álltak az ÁNTSZ-szel. Ideiglenesen felállításra került a Betegjogi Koordinációs Tanács a képviselői rendszer kialakításának elősegítése, a betegjogi képviselők munkájának koordinálása, tevékenységük ellenőrzése érdekében.³⁴⁹ 2004 januárjában létrejött a Betegjogi, Ellátottjogi és Gyermekjogi Közalapítvány (továbbiakban: BEGYKA), mely átvette a betegjogi képviselők foglalkoztatásával kapcsolatos feladatokat.³⁵⁰ A BEGYKA 2010 végi megszűnését követően a jogvédők átmenetileg a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatalhoz kerültek. *2012. november 1-jétől az újonnan megalakult szervezet, az OBDK koordinálja a tevékenységüket.*

³⁴⁴ KÖSZEGFALVI Edit, *Egészségügyi jogi kézikönyv*, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1999, 90.

³⁴⁵ A betegjogi képviselővel folytatott személyes konzultáció során tudomásomra jutott, hogy a betegek sokszor nincsenek tisztában a képviselők kórháztól való függetlenségével, éppen ezért több alkalommal merült föl olyan eset, amikor a beteg tartott tőle, hogy a panaszja negatívan fogja befolyásolni további ellátását.

³⁴⁶ Eütv. 32. § (2) bekezdés.

³⁴⁷ Eütv. 32. § (1) bekezdés.

³⁴⁸ 77/1999. (XII.29.) EüM rendelet.

³⁴⁹ Az intézmény 2002. december 31-én szűnt meg.

³⁵⁰ 1/2004 (I. 5.) ESzCsM rendelet a betegjogi, az ellátottjogi és a gyermekjogi képviselő működésének feltételeiről.

1.1.2. Az Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ (OBDK)

Az OBDK-t az egészségügyért felelős miniszter irányítása alá tartozó központi hivatalként hozták létre, hatósági jogkörökkel nem ruházták fel az intézményt. Létrehozatalát, tevékenységének megkezdését nagy várakozás előzte meg, ahogyan tevékenységének jövőbeni eredményit is nagy figyelem övezi. Tevékenységi körei közül csak a téma szempontjából releváns, betegjogi képvisellel összefüggő feladatait vizsgálom. Az OBDK főbb feladatköreit az alábbiak szerint határozhatjuk meg:

1. Intézményi háttér biztosítása

Központi szerephez jut a betegjogi képviselők foglalkoztatását érintő tevékenység. A hivatal célkitűzése ezzel kapcsolatosan a foglalkoztatási forma egységesítése. Azaz, *valamennyi jogvédelmi képviselő munkaviszonyban, főállásban történő alkalmazása.*³⁵¹ Fontos a betegjogi képviselők *szakmai munkájának ellenőrzése*, képzési, továbbképzési rendszerük szervezése.³⁵² Szintén ide kapcsolható a jogvédelmi képviselet folytatására jogosult személyekkel kapcsolatos nyilvántartás vezetése.

2. Dokumentációs feladatok

Az OBDK dokumentációs feladatai keretében ellátja például a megszűnt egészségügyi intézményekben felhalmozódott dokumentáció nyilvántartását, segíti az ezekhez való hozzáférést, őrzi a jogvédelmi képviselők lezárt ügyeinek dokumentumait.

3. Módszertani feladatok

A Semmelweis koncepció az OBDK-t egy olyan módszertani központként is bemutatja, mely *segíti a kormányt a betegek jogainak védelmével érintő feladatok megvalósításában, ajánlásokat készít.*³⁵³ Nemcsak a kormány, hanem az egészségügyi szolgáltatók számára is segítséget nyújt a hatékony jogérvényesítés közegének megteremtésében, útmutatók közzétételével, valamint azzal, hogy kérésre *véleményezi a szolgáltató panaszkezelési szabályzatát.*³⁵⁴ A betegjogokkal kapcsolatban tudományos

³⁵¹ A betegjogi képviselővel való személyes konzultáció alapján.

³⁵² 214/2012. (VII.30.) Korm. rendelet az Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központról 3. §.

³⁵³ Semmelweis tervzet az egészségügy megmentésére 130.

³⁵⁴ 214/2012. (VII.30.) Korm. rendelet 19. § c) pont.

kutatásokban is részt vesz, melynek során összegzi és felhasználja a betegjogi képviselők tevékenységének eredményeit, tapasztalatait.³⁵⁵

4. Az egészségügyi szolgáltatások hozzáférhetőségének ellenőrzése

Az OBDK jogköréhez tartozik, hogy *egyedi ügyekben is vizsgálhatja az egészségügyi szolgáltatáshoz való hozzáféréssel kapcsolatos szabályok érvényesülését*, felvilágosítást kérhet az ellátásszervezést végző szervtől, illetve az egészségügyi államigazgatási szervtől. Javaslattételi joga van az e tárgykört érintő jogszabályok tartalmára, valamint arra vonatkozóan, hogy az egyedi ügyekben lefolytatott vizsgálatok eredményeképpen milyen intézkedések megtételére van szükség.³⁵⁶ Megállapítható, hogy e tevékenységi kör *jelent egyfajta kontrollt az egészségügyi ellátások tekintetében*, ám a későbbi fejezetben tárgyalásra kerülő *Egészségbiztosítási Felügyelet tevékenységéhez képest jóval szűkebb terjedelemben*. Egyrésztől hatósági jogkör hiányában csak javaslattételi joggal bír, másrésztől a vizsgálati terület is jóval szűkebb, mivel csak az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáféréssel, így az ellátásszervezéssel, beutalási renddel, betegtájékoztatással összefüggésben van lehetőség vizsgálatra. További problémaként jelenik meg ezzel a jogosítvánnyal kapcsolatban, hogy sem jogszabályban, sem az intézmény honlapján nem érhető el információ arra vonatkozóan, hogy milyen módon fordulhatnak a Központhoz az ellátást igénybe vevők.³⁵⁷

5. Nemzetközi kapcsolattartói feladatok

Az OBDK tölti be az Európai Unió által előírt, határon átnyúló egészségügyi ellátással összefüggő nemzeti kapcsolattartó pont szerepét.³⁵⁸ A nemzeti kapcsolattartó pontok fő funkciója *a betegek széleskörű tájékoztatása*, például az adott tagállamban igénybe vehető egészségügyi ellátást érintő panasztételi eljárásokról, jogorvoslati lehetőségekről, alternatív vitarendezési lehetőségekről, betegjogokról. Emellett pedig fontos a Bizottsággal és a többi ország kapcsolattartó pontjaival történő együttműködés, kapcsolattartás.

Véleményem szerint az OBDK felállítása, céljai, jogszabályban meghatározott feladatai üdvözlendők, amennyiben ezek ténylegesen megvalósulnak, valóban hozzájárulhatnak a

³⁵⁵ SZENDY Erzsébet, *A betegjogok felett őrködünk*, Med et Jur, 2012, 3. szám, 7.

³⁵⁶ 214/2012. (VII.30.) Korm. rendelet 2.§ (2) bekezdés.

³⁵⁷ Az alapvető jogok biztosának jelentése az AJB-5863/2012. számú ügyben, 23.

³⁵⁸ 2011/24/EU irányelv a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről 6. cikk.

betegelégedettség növeléséhez, a betegjogok szélesebb körű ismeretéhez és érvényesüléséhez.

1.1.3. A betegjogi képviselők jogállása

A jogállással kapcsolatos egyik kérdéskör a betegjogi képviselői státusz betöltéséhez szükséges követelmények rendszere. Ahhoz, hogy valaki betegjogi képviselő lehessen, az alábbi feltételnek kell eleget tennie.³⁵⁹

1. Szükséges, hogy jogszabály által meghatározott felsőfokú végzettséggel rendelkezzen.³⁶⁰
2. Csak büntetlen előéletű személy lehet jogvédelmi képviselő.
3. Feltétel továbbá, hogy sikeresen teljesítse a jogvédelmi képviselői tanfolyamot, melyet az OBDK szervez, illetve évente továbbképzésen vegyen részt.
4. Elvárás, hogy rendelkezzen legalább 3 éves, jogszabály által előírt szakmai gyakorlattal.³⁶¹

A jogvédelmi képviselői feladatokra az *OBDK ír ki nyilvános pályázatot* és ezzel az intézménnyel állnak munkavégzésre irányuló jogviszonyban a kórházaktól való függetlenség biztosítása érdekében.³⁶²

A másik fontos, jogállással összefüggő kérdés az *összeférhetetlenség szabályozása*, mint a személyi függetlenség záloga. Általánosságban az összeférhetetlenségi szabályok azokban az ügyekben zárják ki a betegjogi képviselő eljárási lehetőségét, amelyekben ő vagy közeli hozzátartozója az ellenérdekű fél vagy más ok miatt nem várható

³⁵⁹ A jogintézmény létrejötte óta a feltételek nem változtak számottevően. Újdonság a szakmai gyakorlat előírása, melynek tartamát a hatályos kormányrendelet 3 évre rövidíti a korábbi 5 év helyett. A tanfolyam tartama viszont megduplázódott a 120 órás rendszer bevezetésével.

³⁶⁰ Megfelelő, a jogász, általános orvos, pszichológus, szociális munkás, gyógypedagógus, teológus, kommunikációs szakon szerzett szakképzettségű személy, fogorvos, gyógyszerész, egyetemi szintű okleveles ápoló, főiskolai szintű diplomás ápoló, egészségügyi intézetvezető vagy szakoktató, védőnő, egyéb egészségügyi felsőoktatásban szakképzettséget szerzett személy. [214/2012 (VII.30.) Korm. rendelet 4. § (3) b); (4) a)].

³⁶¹ Ennek megfelelő az egészségügyi szolgáltatások szervezésében és nyújtásában, az egészségügyi igazgatási területen, az egészségügy területén működő egyházi jogi személynél, civil szervezetnél, alapítványnál, közalapítványnál, közhasznú társaságnál, egyéni vagy társas vállalkozásnál, illetve az ellátottjogi vagy gyermekjogi képviselőként végzett tevékenység.

³⁶² Intézményi függetlenség.

elfogulatlan eljárás.³⁶³ További releváns szabály, hogy a betegjogi képviselői státusz fennállása alatt és megszűnését követő 1 éven belül nem képviselheti hatóság előtt, permegelőző eljárásban azt az egészségügyi szolgáltatót, ahol képviselői tevékenységet végzett, valamint ügyvédi megbízást sem fogadhat el ettől az intézménytől. A betegjogi képviselői feladatok ellátása nem egyeztethető össze az ügyvédi tevékenységgel.³⁶⁴ Speciális összeférhetlenségi szabály azokkal kapcsolatban, akik egészségügyi szolgáltatóval állnak munkavégzésre irányuló jogviszonyban, hogy nem lehetnek betegjogi képviselők is ugyanabban az intézményben a jogviszonyuk fennállása alatt és megszűnését követő 1 évben.³⁶⁵

1.1.4. A betegjogi képviselők tevékenysége

A betegjogi képviselő tevékenységének alapját az jelenti, hogy *a betegek felkeresik a jogvédőt problémájukkal*. Tevékenységük egyik fontos szeletét képezi a betegekkel történő *konzultáció, kapcsolattartás*.³⁶⁶ Ez minden egyéb jogosítvány kiindulópontja. Az egészségügyi intézmények jogszabály által előírt kötelezettsége, hogy a betegjogi képviselő nevét, telefonszámát, e-mail elérhetőségét és fogadóórájának időpontját jól látható helyen közzétegyék.³⁶⁷ Ennek segítségével a betegek személyesen a fogadóórában, telefonon és írásban is kereshetik a betegjogi képviselőt.

A betegjogi képviselő megkeresésének többféle célja és eredménye lehet. Vannak esetek, amikor csak *tájékoztatást kérnek tőle* betegjogokat, jogérvényesítési lehetőségeket érintően, *észrevételt fogalmaznak meg* az ellátással összefüggésben, viszont akár *panaszt is tehetnek* a betegek. A betegjogi képviselőnek minden megkeresésnél regisztrációs lapot kell kitöltenie arról, hogy milyen formában és milyen célból keresték föl. A regisztrációs lapok eredményeinek összesítése szolgáltatja az OBDK számára elkészítendő éves beszámoló alapját.

A korábbi szabályok valamennyi fekvőbeteg ellátást nyújtó intézményben előírták, hogy heti rendszerességgel lehetőséget kell biztosítani a betegjogi képviselővel történő

³⁶³ 214/2012 (VII.30.) Korm. rendelet 6. §.

³⁶⁴ 214/2012 (VII.30.) Korm. rendelet 4. § (5) bekezdés.

³⁶⁵ Eütv. 32. § (2) bekezdés.

³⁶⁶ NAGY András László, *Egy éves a jogvédelmi központ*, IME, 2013, 9. szám, 10

³⁶⁷ 214/2012 (VII.30.) Korm. rendelet 8. § (1) bekezdés.

személyes konzultációra, azaz fogadóórát kell tartania. A jelenlegi szabályozás azonban ezt a kötelezettséget csak a 100 ágynál nagyobb kapacitású intézményekben írja elő. Bár működik 7 regionális jogvédő iroda is, azonban úgy vélem, hogy a kisebb kapacitású intézményekben sem indokolt a kötelező fogadóóra megszüntetése. Sem a telefonon, sem a levélben történő egyeztetés nem biztosít lehetőséget olyan személyes, bizalmas kommunikációra, melyet a betegjogi képviselő személyes megkeresése az ellátást nyújtó intézményben lehetővé tesz.³⁶⁸ A területi jogvédő intézmények felkeresése pedig sok esetben bonyolult lehet a betegeknek.

Amennyiben a beteg nemcsak általános jelleggel, tájékoztatás kérése végett kereste föl a képviselőt, hanem *panasza, problémája merült föl, a betegjogi képviselő az alábbiak szerint járhat el:*

- egyrészt, segít az egészségügyi *dokumentációhoz való hozzáférésben*, valamint abban, hogy ezzel kapcsolatban kérdéseket tehessenek föl, észrevételeket fogalmazzanak meg.³⁶⁹
- Emellett segít a pácienseknek *eligazodni a panaszkezelési lehetőségek útvesztőjében*, a panaszt meghallgatva, annak jellegétől függően a legalkalmasabb fórumot tudja a beteg figyelmébe ajánlani. A betegjogi képviselő legfontosabb feladata, küldetése, hogy a problémákat, konfliktusokat helyi szinten próbálja megoldani, ezáltal lehetővé válik, hogy a *panaszok kezelése a legalacsonyabb alkalmas szinten történjen*.³⁷⁰ Ennek érdekében közvetít a beteg és az egészségügyi szolgáltató között, megkísérli az egyezség létrehozását, akár informális egyeztetés útján a panasztételt megelőzően, akár a panaszkezelési eljárásban.
- Amennyiben a sérelmet szenvedett panasszal szeretne élni, ezzel összefüggésben is segítséget nyújtanak. *Segítik panasza megfogalmazásában*, illetve az is lehetséges, hogy panaszt tegyenek a nevében, az eljárás során pedig ellássák a képviselőt.³⁷¹ Fontos, hogy ezt csak *írásos meghatalmazás* birtokában tehetik.

³⁶⁸ Azért sem megfelelő ez a kapcsolatfelvételi forma minden esetben, mert ahogy a későbbiekben kifejtem, a panaszokkal kapcsolatos képviselőhez írásbeli meghatalmazás szükséges. A telefonon, illetve levélben történő kommunikáció például már folyamatban levő panaszüggyel kapcsolatos tájékozódás, sürgős megkeresések esetén megfelelő lehet.

³⁶⁹ Eütv. 30. § (2) bekezdés a) pont.

³⁷⁰ POLECSÁK Mária (szerk.), *A betegek jogai*, Vince Kiadó, Budapest, 1999, 55.

³⁷¹ Fontos, hogy bírósági eljárás során betegjogi képviselő általánosságban nem rendelkezik képviselői jogosultsággal. Ez alól kivételt képez a pszichiátriai betegek képviselője például az intézeti gyógykezelés

A meghatalmazás aláírásával egyidejűleg tényvázlat is készül, melyet szintén alá kell írnia a panaszosnak. A képviselő a tényvázlat mellékleteként köteles rögzíteni az ügy állását, a megtett intézkedéseit időrendi sorrendben, valamint a panaszra érkezett válaszról, jogorvoslati és más eljárási lehetőségekről folyamatosan köteles tájékoztatni a beteget.³⁷²

- jogszabályban meghatározott feladatuk, hogy a *peren kívüli lehetőségek igénybe vételére ösztönözzék* a sérelmet szenvedett személyeket. Így például a beteg és az intézmény közötti egyeztetésre, egyezségkötésre, közvetítői eljárás igénybe vételére, intézményi panasztételre a peres eljárás kezdeményezése helyett. Ha elérhető lenne, hogy a sérelmet szenvedők nagy része elsőként betegjogi képviselő tanácsát kérje, annak javaslatai alapján vélhetően nagyobb arányban vennék igénybe a peren kívüli megoldásokat.

A betegjogi képviselő fontos feladata, hogy *figyelemmel kísérje az egészségügyi intézmény működését* és szükség esetén *észrevételezési jogot* gyakoroljon. Amennyiben tevékenysége során jogsértő gyakorlatot, hiányosságot tapasztal, köteles azt jelezni az intézmény vezetője és fenntartója irányában, egyidejűleg akár megoldási javaslatot megfogalmazva.³⁷³ Az intézmény vezetőjének 15 napon belül, a fenntartónak pedig 30 munkanapon belül kell megvizsgálnia az észrevételt és válaszolnia arra.³⁷⁴

A betegjogi képviselő feladataként jelöli meg az Eütv., hogy rendszeresen *tájékoztatnia kell az egészségügyi dolgozókat is a betegjogokról*, illetve az ezekkel kapcsolatos szabályok módosításáról. Úgy gondolom, hogy nagyon fontos és hasznos lenne, ha az egészségügyi ellátást végző személyek is valós tájékoztatásban részesülnének a saját és a betegek jogosultságait, kötelezettségeit, ezek változásait érintően, viszont sajnos ez a gyakorlatban személyes tapasztalataim szerint a vizsgált intézményekben nem működik. Ehhez több betegjogi képviselőre és több fogadóórára lenne szükség.

A betegjogi képviselő tevékenységének gyakorlása során beléphet az egészségügyi szolgáltató működési területére, iratbetekintési jogot is gyakorolhat, illetve kérdéseket intézhet a dolgozókhöz.³⁷⁵ Ezen jogosítványait az ellátás zavartalanságának biztosítása

szükségességének felülvizsgálatára szolgáló nemperes eljárás keretében. Lásd: KÖSZEGFALVI Edit, *Egészségügyi és betegjogi kézikönyv*, KJK Kerszöv, Budapest, 2001, 105.

³⁷² 214/2012 (VII.30.) Korm. rendelet 7. § (1) bekezdés b) pont.

³⁷³ SÁRINÉ SIMKÓ – HÍDVÉGINÉ [2012] i.m. 174.

³⁷⁴ Ennek eredménytelensége esetén jogosult az illetékes szervhez, személyhez fordulni (Eütv. 30. § (4) bekezdés).

³⁷⁵ Eütv. 31. § (1) bekezdés.

mellett gyakorolhatja, a szolgáltató pedig köteles biztosítani az ezek gyakorlásához szükséges feltételeket.³⁷⁶

1.1.5. A betegjogi képviselők tevékenysége a számok tükrében³⁷⁷

A rendszer létrehozásakor 52 betegjogi képviselő kezdte meg tevékenységét, akiket minden évben önkéntes képviselők is segítettek. Annak ellenére, hogy véleményem szerint ez a képviselői létszám sem elegendő a jogvédelem hatékony megvalósításához, 2012 végére az OBDK adatai szerint a betegjogi képviselők létszáma 38-ra csökkent. *2013-ban mindössze 25, igaz már főállású betegjogi képviselő tevékenykedett.*³⁷⁸ Mindenképp kívánatosnak tartom a képviselők létszámának bővítését, mert az egyik legfőbb tényező, ami a jogintézmény hatékonyabb működése ellen hat az alacsony létszám.³⁷⁹ Több betegjogi képviselőnek kellene tevékenykednie, több kórházban eltöltött idővel és fogadóórával. Akár az is indokolt, hogy kórházanként (legalább is a nagyobb, központi intézményeknél) legyen külön képviselő. Ez lehetővé tenné, hogy a jelenlegi heti, kétheti egy alkalom helyett jóval többször elérhetőek legyenek személyesen az intézményben. Erre lenne szükség például ahhoz, hogy megvalósuljon az egészségügyi dolgozók jogszabály által megkívánt tájékoztatása, oktatása is a betegjogokkal kapcsolatban. Vagy ahhoz, hogy a jogintézmény betöltse iránytű szerepét és legyen kapacitás arra, hogy általános jelleggel, elsőként szinte valamennyi sérelmet szenvedett betegjogi képviselőhöz forduljon, így megvalósulhasson egy az OBDK által preferált egyablakos betegjogi ügyintézéshez hasonló mechanizmus.

*A képviselők tevékenységére évről évre növekvő igény mutatkozik. A kezdeti időszakban évente körülbelül 5000 esetben keresték föl őket, ezt követően évente átlagosan 8-10.000 megkeresés tapasztalható.*³⁸⁰ A megkeresések csak csekély számban érkeznek

³⁷⁶ 214/2012 (VII.30.) Korm. rendelet 8. § (1) bekezdés.

³⁷⁷ A fejezetben megjelenő statisztikai adatok a Betegjogi, Ellátottjogi és Gyermekjogi Közalapítvány évkönyvéből, valamint az Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs központ 2012. évi szakmai beszámolójából származnak (Lásd: OBDK honlapja, közérdekű adatok: <http://obdk.hu/index.php/hu/koezerdeku-adatok><http://obdk.hu/index.php/hu/koezerdeku-adatok> , letöltve: 2013. április 10.).

³⁷⁸ NICZKY Emőke, *OBDK: Apró dolgok, nagy lépések*, Orvosok Lapja, 2013, 5. szám, 11.

³⁷⁹ Emellett más tényezők is nehezítik a képviselők tevékenységét, így például, forráshiány, intézményenként eltérő hozzáállás a betegjogi képviselők tevékenységéhez. Lásd: ANTAL Géza, *Egy aktív magyar betegjogi képviselő vallomása*, Comitatus, 2007, november-december, 100-109.

³⁸⁰ Kiugróan sokan, 16.000-nél is többen fordultak 2008-ban betegjogi képviselőhöz.

levélben, viszont a személyes és a telefonos kapcsolatfelvételek száma a kezdetekhez képest jelentősen átalakult. Az ezredfordulót követő első néhány évben az esetek döntő többségében, kétharmadában személyes konzultáció történt a betegjogi képviselő és az érintett között. Ehhez képest 2008-tól több telefonos megkeresés történik, mint személyes. Ez az adat úgy vélem többféle következtetésre is alapot adhat. Ebben az is közrejátszhat, hogy a betegjogi képviselői jogintézmény egyre népszerűbb, akik pedig már ismerik a képviselőket, nagyobb bizalommal keresik őket akár telefonon is például tájékoztatás kérése végett. Lehetséges viszont az is, hogy nagyobb lenne az igény a képviselőkkel történő konzultációra, mint amit a fogadóórák lehetővé tesznek, ezért nőttek a fogadóórákon kívüli telefonos megkeresések.

A betegjogi képviselők megkeresésének *az esetek döntő többségében nem panasztétel a célja*, nagyobb arányú a tájékoztatás kérése, segítségkérés és a megkereséseknek csak körülbelül harmadában történik panaszkezdeményezés vagy észrevételezés.

A képviselői rendszer létrehozása óta évről évre konzekvensen *ugyanazon jogok sérelme miatti panaszok jelennek meg legkiemelkedőbb számban*. Egyik leggyakoribb a tájékoztatáshoz való jog sérelme. Kiemelkedő számban érkeznek panaszok az *emberi méltósághoz való jog sérülése* miatt is. Ennek keretében a leggyakoribb esetekben a sérelmet a betegek várakoztatása, a nem megfelelő hangnemben történő kommunikáció, az intimitás megsértése vagy a diszkrimináció okozzák.³⁸¹ Szintén nagy számban fordulnak elő *az egészségügyi ellátáshoz való jog megsértése* miatti panaszok. Ez esetben leggyakrabban a nem megfelelő egészségügyi ellátás jelent problémát, de gyakran kifogásolják például a várólistákkal, előjegyzéssel kapcsolatos rendszert, a pszichiátriai ellátást, vagy például problémák jelennek meg a hálapénzzel összefüggésben.

1.2. Általános panaszlehetőségek

Jelen egység szorosan kapcsolódik a betegjogi képviselői rendszerrel kapcsolatos előző fejezethez. Azokat a panaszlehetőségeket tekintem át, melyeknek az igénybevételeiben leggyakrabban segítenek a betegjogi képviselők, vagyis az *Eütv. 29. §-a által*

³⁸¹ HEUER Orsolya (szerk.), *Betegjogok Magyarországon- Szabályok és gyakorlat*, TASZ, Budapest, 2002, 27.

szabályozott intézményi, intézmény fenntartója általi, továbbá az egészségügyi államigazgatási szerv által végzett panaszkezelést. Az etikai kérdésekkel összefüggő panaszok elemzésétől e helyütt eltekintek, arra való tekintettel, hogy azokkal korábbi fejezetben foglalkoztam. Későbbi önálló egységben foglalkozom a megszűnt Egészségbiztosítási Felügyelet panaszkezelésével, illetve az alapvető jogok biztosának vizsgálati lehetőségeivel mint speciális panasz fórumokkal.

1.2.1. Panasz az egészségügyi szolgáltatónál

Az Eütv. 29. § (1) bekezdése biztosítja a beteg számára a lehetőséget, hogy az egészségügyi ellátással összefüggésben *panaszt tegyen az egészségügyi szolgáltatónál.* Az intézményi panaszkezelés folyamata, ahogyan a nevében is benne foglaltatik, *nem ad a kórháztól független vizsgálati lehetőséget,* az intézményen belül, első, általános lehetőségként áll a sérelmet szenvedett betegek rendelkezésére. Az, hogy legyen egy hatékony belső kontroll, mely megnyugtató választ és orvoslást tud adni a panaszos számára, *az intézménynek is érdeke,* mivel ezáltal nem kerül rendszeren kívülre az eset.³⁸² A panasz jellegétől és a beteg döntésétől függően gyakran nyújtanak segítséget a betegjogi képviselők ezen út igénybe vételében.³⁸³

A helyi panaszkezelés kötelező előírásán túl az Eütv. megteremti a kötelezettséget arra is, hogy az egészségügyi szolgáltatók rendelkezzenek a panasz kivizsgálására vonatkozó részletes szabályzattal. Ezen felül a törvény a panasz kivizsgálására rendelkezésre álló időt 30 munkanapban maximálja. E szűkszavú előírásokon túl *további jogszabályi rendelkezések nem jelennek meg az intézményi panaszkezelési szabályzatokra vonatkozóan.* Emiatt döntöttem úgy, hogy tanulmányozom néhány intézmény szabályzatát.

A vizsgálatom tárgyává tett panaszkezelési szabályzatokhoz³⁸⁴ interneten, illetve személyesen, intézményből kikérve értem hozzá. Az intézményi szabályzatokra

³⁸² LUKÁCS József – FÓNYAD László, *Az intézményi kármegelőzés (risk management) és a minőségbiztosítás,* Egészségügyi Gazdasági Szemle, 1998, 6. szám, 590.

³⁸³ Ahogyan a korábbi fejezetben is említettem, természetesen vannak olyan esetek, ahol nem is történik írásos panasztétel, a betegjogi képviselő megkeresése, közvetítő munkája is elegendő a beteg és az intézmény közötti megfelelő kommunikációhoz és a probléma megoldásához egyszerűbb esetekben.

³⁸⁴ A berettyóújfalui Gróf Tisza István Kórház, a budapesti Szent Imre Kórház, a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központja, a Budapest Főváros II. Kerületi Önkormányzat Egészségügyi Szolgálat, a pászói Margit Kórház szabályzatait vizsgáltam.

vonatkozó tapasztalataim, észrevételeim az alábbiakban foglalhatók össze. Az első, ami megállapítható ezekkel a szabályzatokkal kapcsolatban, hogy nagyon heterogének, és különböző részletességűek. Találkoztam olyan panaszkezelési szabályzatokkal is, melyek példaértékűen, kellően részletesen tartalmazzák az eljárási rendet, az egyes eljárási szakaszokra rendelkezésre álló határidőket, a hatáskörök megosztását a főigazgató, az orvos igazgató, illetve az osztályvezetők között. Sajnos vannak viszont olyan szabályzatok is, melyek alig tartalmazznak többet az Eütv. szűkszavú információin túl, és meglehetősen nehezen konkretizálható fordulatok is megjelennek bennük.³⁸⁵ Nagyon sok tekintetben eltérést mutatnak a szabályzatok, ilyen például az a lényeges kérdéskör, hogy kinek a hatáskörébe tartozik a vizsgálat lefolytatása. Az egyik lehetőség, mely megjelenik, hogy minden panasz elsőként az intézmény főigazgatójához kerül és annak kivizsgálását vagy ő maga vagy egy általa megbízott személy, jellemzően a panasszal érintett részleg vezetője végzi el. A másik lehetőség, hogy a panaszt elsőként az osztályon kell megtenni, így annak kivizsgálása osztályvezetői hatáskörbe tartozik. Amennyiben a sérelmet szenvedett elégedetlen az intézkedéssel, további panasszal élhet az orvos igazgatónál, illetve az intézmény főigazgatójánál. Véleményem szerint az előbbi megoldás hatékonyabb és követendő, amikor valamennyi problémás ügy elsőként a legmagasabb vezetőhöz érkezik be, aki az ügy jellege, súlya alapján eldöntheti, hogy melyik szint a legmegfelelőbb a vizsgálathoz.

Úgy gondolom, szükséges lenne az intézményi panaszkezelési szabályzatok felülvizsgálata és egységesítése vagy egységesebbé tétele. Ez megvalósulhat alacsonyabb szintű jogszabályban meghatározott részletekkel, illetve az OBDK felállításával új lehetőségként jelenik meg, hogy az intézmények előzetesen véleményeztethetik a Központtal panaszkezelési szabályzatukat. Ezt akár kötelezettségként is elő kellene írni, illetve nemcsak előzetesen, hanem a felülvizsgálatra is lehetőséget kellene biztosítani. Valamennyi szabályzatnak minimálisan tartalmaznia kellene, hogy milyen formában lehet panaszt tenni, hova kell benyújtani, hol kell előadni a panaszt, a kivizsgálásra rendelkezésre álló időt, a vizsgálat rendjét, a határozat tartalmi elemeit, közlésének rendjét, valamint azt a tényt, hogy a panaszjog gyakorlása nem érinti a betegnek azon jogát, hogy a külön jogszabályokban

³⁸⁵ Például: „a jogos betegpanaszokat írásban kell rögzíteni”; „névtelen bejelentés esetén a vizsgálat akkor rendelhető el, ha alaposan feltételezhető, hogy a bejelentés tartalma a valóságnak megfelel”.

meghatározottak szerint más szervekhez forduljon. Sok esetben ugyanis még ezek az alapvető információk sem jelennek meg.

A másik észrevételem, hogy *a kórházaknak csak elenyésző hányada teszi közzé internetes honlapján a panaszkezelési szabályzatát, holott a közzététel véleményem szerint szükséges lenne. Igaz, ha az intézményekben kérjük, lehetőség van arra, hogy megtekintsük a panaszkezelési szabályzatot, de úgy gondolom, hogy az ehhez való hozzáférést automatikusan biztosítani kellene.* Egyrészt az intézmény honlapján történő közzététellel, másrészt pedig a betegjogi képviselővel kapcsolatban kifüggesztett információk mellé történő kihelyezéssel. Ha nem is magát a szabályzatot függesztik ki, de legalább alapvető információkat az intézményi panaszkezelésről, például, hogy milyen formában, kihez címezve tehető panasz és milyen határidővel várható annak kivizsgálása.

A betegjogi képviselővel folytatott konzultáció alapján azt mondhatom, hogy *az intézményhez intézett panaszok a legkevesebb esetben zárulnak a panaszos számára kedvező válasszal, a hiba, hiányosság elismerésével, megfelelő intézkedés megtételével, vagy például peren kívüli egyezségi javaslattal.* Általában egy rövid, elutasító határozat születik a vizsgálat nyomán, mely nem ad megnyugtató választ a sérelmet szenvedett személynek. Ennek az oka nemcsak abban ragadható meg, hogy nincs egységes eljárási rend, hanem a problémák, hibák, hiányosságok feltárása, elismerése ellen ható intézményi érdek is.

1.2.2. Panasz az egészségügyi szolgáltató fenntartójánál

Az Eütv. 29. § (1) bekezdése biztosítja a beteg számára a lehetőséget, hogy az egészségügyi ellátással összefüggően panaszt tegyen az egészségügyi szolgáltató fenntartójánál. *A fenntartó általi panaszvizsgálás elsősorban az intézménytől kért tájékoztatáson alapszik.* Így annak ellenére, hogy ez elviekben magasabb szintű fórum, mint az intézmény, a vizsgálat mégis hasonló eredményre vezet, mint az intézmény által végzett panaszvizsgálás.

A fenntartóhoz intézett panasz jogintézményével kapcsolatban változást idézett elő az *önkormányzati fenntartásban levő egészségügyi intézmények állami kézbe adása.* E több lépcsőben megvalósuló folyamat a Fővárosi Önkormányzat, illetve a megyei

önkormányzatok intézményeinek átvételével indult,³⁸⁶ majd 2012 februárjában megvalósult a települési önkormányzatok fekvőbeteg intézményeinek átvétele is.³⁸⁷ A települési önkormányzatok járóbeteg szakellátást nyújtó intézményeit érintő teendőket az Eütv.-ben határozták meg.³⁸⁸ 2013. február 15-ig nyilatkozhattak a települési önkormányzatok, hogy vállalják-e az intézmények további működtetését vagy állami kézbe bocsátják őket. Ennek nyomán 2013. május 1-jétől kerülhettek volna a települési önkormányzatok járóbeteg szakellátást nyújtó intézményei állami fenntartásba. Végül a tervezett átvétel az önálló, nem kórházhoz integráltan működő járóbeteg szakellátást nyújtó intézmények esetében elmaradt, ezeket továbbra is a települési önkormányzatok működtetik.³⁸⁹ *Az állami tulajdonba és fenntartásba került intézmények esetén a fenntartói jogokat a 2011-ben létrejött Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség-és Szervezetfejlesztési Intézet (továbbiakban: GYEMSZI) gyakorolja.* Így a fenntartóhoz intézett panaszok kivizsgálása is a GYEMSZI feladata, annak térségi igazgatóságaihoz tartozik az egészségügyi intézményekkel szemben felmerülő lakossági panaszok kezelése.³⁹⁰

1.2.3. Panasz az egészségügyi államigazgatási szervhez és az egészségügyi bírság

Az 1991. évi XI. törvény az egészségügyi hatósági és igazgatási tevékenységről (továbbiakban: Ehi.) rendelkezései szerint az egészségügyi államigazgatási szerv felügyeli az egészségügyi intézmények működésére vonatkozó szabályok érvényesülését, felügyeletet gyakorol az egészségügyi szolgáltatók felett.³⁹¹ Ezt a tevékenységét igazgatási és koordinációs feladatkörében eljárva látja el. Ennek nyomán, amennyiben felmerül az ellátással kapcsolatban a szakmai szabályok megszegésének gyanúja, a beteg az intézményen és a fenntartón kívül panaszt tehet az egészségügyi államigazgatási szervnél is, mely *kétféle eljárás keretében vizsgálódhat.*

³⁸⁶ 2011. évi CLIV. törvény a megyei önkormányzatok konszolidációjáról, valamint a megyei önkormányzati intézmények és a Fővárosi Önkormányzat egyes egészségügyi intézményeinek átvételéről.

³⁸⁷ 2012. évi XXXVIII. törvény a települési önkormányzatok fekvőbeteg-szakellátó intézményeinek átvételéről és az átvételhez kapcsolódó egyes törvények módosításáról.

³⁸⁸ A 2012. évi CCXII törvény 49. §-a iktatta be az Eütv. 244/D. §-t.

³⁸⁹ 2013. évi XL. törvény 10. §-a rendelkezik az Eütv. 244/D. § hatályon kívül helyezéséről. A működtetéssel kapcsolatos feladatokról rendelkezik az Eütv. 152. § (3) bekezdése.

³⁹⁰ GYEMSZI szervezeti és működési szabályzat 7.1.4. e) pont.

³⁹¹ Ehi. 6. § (1) bekezdés b) pont.

Az egyik alapvető célja és eredménye az *egyéni betegpanaszokkal kapcsolatos állásfoglalás*, jogos panasz esetén pedig a jogszerű állapot helyreállítása, a sérelem orvoslása, a szükséges intézkedések megtétele.³⁹² Ezt az eljárást a 2013. évi CLXV. törvényben (továbbiakban: Panasztörvény) meghatározott rend szerint folytatják le. Alapja korábban az Eütv. 29/A. §-ában foglalt panasztételi jogosultság volt, melyet hatályon kívül helyeztek.³⁹³ Jelenleg az Ehi. 14/C. §-a biztosít lehetőséget az egészségügyi szolgáltató működési engedélyének kiadására jogosult egészségügyi államigazgatási szervhez intézett panaszra. A másik típusú eljárás a 2004. évi CXL. törvény (továbbiakban: Ket.) rendelkezései alapján lefolytatott *hatósági eljárás*, melynek nyomán lehetőség nyílik egészségügyi bírság kiszabására is jogsértés megállapítása esetén. *Ennek alapját az egészségügyi szolgáltatások szakmai felügyelete jelenti*, nincs arra vonatkozó jogszabályi rendelkezés, hogy egyéni betegpanasz alapján ilyen típusú eljárást kellene lefolytatni. Ennek ellenére ezen eljárás rövid áttekintését is indokoltnak tartom, mivel sok esetben egyéni bejelentések adnak alapot a Ket. szerinti eljárás lefolytatására.

A két eljárás egymáshoz való viszonya a jogszabályok szerint úgy értelmezhető, hogy a Panasztörvény szerinti eljárásnak akkor van helye, ha a panasz elintézése nem tartozik más, például államigazgatási eljárás hatálya alá.³⁹⁴ Azaz, egy panasz beérkezése esetén elsőként a jogszabály szerint azt kellene megvizsgálni, hogy a Ket. szerinti eljárás feltételei fennállnak-e. Amennyiben igen, akkor aszerint kell megvizsgálni az esetet, azaz a Panasztörvény rendelkezései és eljárása akkor jön figyelembe, ha az ügy nem tartozik a Ket. hatálya alá.³⁹⁵ Az ÁNTSZ honlapján közzétett egészségügyi bírságot kiszabó határozatok tanulmányozását követően megállapítható, hogy *a gyakorlatban ez általában éppen fordítva működik*. Ha betegpanasz érkezik az illetékes szervhez, azt *elsőként a Panasztörvény szerinti eljárásban vizsgálják*. Ennek lezárását követően, *ha a panasz eljárás vizsgálata nyomán ez indokoltnak látszik, lefolytatják a Ket. szerinti eljárást is*, melynek keretében szükség esetén egészségügyi bírságot szabnak ki.

³⁹² KOVÁCSY – DÓSA i.m. 709.

³⁹³ A 2013. évi CCXLIV. törvény 49. §-ának a) pontja hatályon kívül helyezte.

³⁹⁴ Panasztörvény 141. § (2) bekezdés.

³⁹⁵ KOVÁCSY – DÓSA i.m. 708.

A Panasztörvény rendelkezései szerint *bárki fordulhat állami vagy önkormányzati szervhez panasszal*³⁹⁶ *vagy közérdekű bejelentéssel.*³⁹⁷ Az egészségügyi szolgáltatásokat érintően is él ez a jogosultság, méghozzá az adott egészségügyi szolgáltató működési engedélyének kiadására jogosult egészségügyi államigazgatási szerv irányába tehető meg.³⁹⁸ A panaszt szóban, levélben és elektronikus úton is elő lehet terjeszteni. Amennyiben a sérelmezett tevékenységről vagy mulasztásról való tudomásszerzéstől számított 6 hónap eltelt, mellőzhető a panasz kivizsgálása, az 1 éven túl benyújtott panaszt pedig automatikusan elutasítják. A Panasztörvény ezen fordulatát nagyon sok intézményi panaszkezelési szabályzatban is megtalálhatjuk. Véleményem szerint *nem indokolt az igényérvényesítési határidő ilyen mértékű lerövidítése* a peres lehetőségéhez képest, hisz ez is a peren kívüli vizsgálat és megoldás ellen hat.

A panasz kivizsgálására fő szabályként 30 nap áll rendelkezésre. A vizsgálat lefolytatásához *bekérik az egészségügyi dokumentációt*, illetve információt kérnek az egészségügyi szolgáltatótól. Lehetőség van a *panaszos személyes meghallgatására* is, ha ez indokolt.³⁹⁹ A panasszal kapcsolatos döntés meghozatalában fontos szerep jut az egészségügyi szolgáltatók szakmai felügyelete érdekében működtetett szakfelügyeleti rendszernek is. A szakfelügyelő olyan, az egészségügyi dolgozók működési nyilvántartásában szereplő, a szakterületén szakképesítéssel, speciális szakértelemmel és gyakorlattal rendelkező személy, akit az országos tisztifőorvos névjegyzékbe vesz szakterületének megnevezésével.⁴⁰⁰ *Az érintett terület szakfelügyelői vizsgálják, hogy az ellátás az egészségügyi jogszabályok, irányelvek, módszertani levelek, szakmai protokollok szerint történt-e.* Amennyiben ezt a betegpanasz szükségessé teszi, akár helyszíni vizsgálatot is lefolytathatnak.⁴⁰¹ *A panasz nem határozattal, hanem értesítéssel*

³⁹⁶ A panasz olyan kérelem, mely egyéni jog vagy érdeksérelem megszüntetésére irányul és elintézése nem tartozik más - így különösen bírósági, államigazgatási - eljárás hatálya alá. (Panasztörvény 1. § (2) bekezdés.).

³⁹⁷ A közérdekű bejelentés olyan körülményre hívja fel a figyelmet, amelynek orvoslása, illetőleg megszüntetése a közösség vagy az egész társadalom érdekét szolgálja. (Panasztörvény 1. § (3) bekezdés.).

³⁹⁸ A 96/2003 (VII. 15.) Korm. rendelet 7. § (2) bekezdése szerint a panasz az Országos Tisztifőorvosi Hivatal vagy a járási népegészségügyi intézet felé tehető meg aszerint, hogy milyen típusú ellátást nyújtó intézményről van szó.

³⁹⁹ Panasztörvény 2. § (3) bekezdés.

⁴⁰⁰ 33/2013. (V. 10.) EMMI rendelet az egészségügyi szolgáltatók hatósági szakfelügyeletéről, szakmai minőségértékeléséről, és a minőségügyi vezetőkről 4. § (1) bekezdés.

⁴⁰¹ Amennyiben a helyszíni ellenőrzés alapján megállapítást nyer, hogy az egészségügyi szakmai tevékenység végzésére vonatkozó szabályokat az ellenőrzött szolgáltató súlyosan megsértette, a megbízó tisztifőorvos az ellenőrzési jegyzőkönyv egy példányát haladéktalanul megküldi a minőségügyi értékelés elvégzésére kijelölt GYEMSZI részére további minőségügyi értékelés, vizsgálat és minőségfejlesztési célú javaslattétel céljából. (33/2013. (V. 10.) EMMI rendelet 10. § (3) bekezdés).

zárul, így az ellen jogorvoslat igénybe vételére nincs lehetőség.⁴⁰² Amennyiben megalapozottnak találják a panaszt, az egészségügyi intézménynek gondoskodnia kell a jogszerű állapot helyreállításáról, a szükséges intézkedések megtételéről, például a feltárt hibák okainak megszüntetéséről, felelősségre vonás kezdeményezéséről és erről írásban kell értesítenie az egészségügyi államigazgatási szervet.

Ahogy említettem gyakran *ezt követően kerül sor hivatalból közigazgatási hatósági eljárás lefolytatására*. Itt is *szűk határidő* érvényesül, a hatóság tudomásszerzésétől számított 6 hónapon, a cselekmény elkövetésétől számított 1 éven túl nincs lehetőség eljárni. A vizsgálat eredménye lehet a jogsértést elkövető *intézmény figyelmeztetése, eltiltása a további jogsértéstől, a jogszerű állapot helyreállítására kötelezés* vagy *egészségügyi bírság* kiszabása is.⁴⁰³ Az Ehi. szabályai szerint⁴⁰⁴ egészségügyi bírság kiszabására adhat okot például az, ha az egészségügyi szolgáltató az egészségügyi szolgáltatás nyújtására vonatkozó szakmai követelményeket vagy jogszabályi rendelkezéseket súlyosan megszegi, vagy indokolatlanul eltér a betegbeutalási rendtől. A bírság összege 30.000 forinttól 5 millió forintig terjedhet,⁴⁰⁵ megállapításánál az eset összes körülményeinek mérlegelésével kell eljárni.⁴⁰⁶ Méltányolható esetekben lehetőség van a bírság mérséklésére vagy elengedésére.⁴⁰⁷ A vizsgálatban a Ket. alapján meghozott határozattal szemben *az intézmény jogorvoslattal élhet* a közigazgatás rendszerén belül,⁴⁰⁸ végső fokon pedig lehetőség van közigazgatási perre is.

1.3. Az Egészségbiztosítási Felügyelet

A következőkben a konfliktuskezelési lehetőségek sorában egy 2007. január 1-je és 2010. szeptember 26-a között kormányhivatalként működő hatóság tevékenységét tekintem át röviden. Annak ellenére, hogy az Egészségbiztosítási Felügyeletet (továbbiakban: EbF, Felügyelet) megszüntették, illetve, hogy működése csak néhány

⁴⁰² KOVÁCSY – DÓSA i.m. 708.

⁴⁰³ Kötelező bírságot kiszabni ismételt jogsértés esetén, továbbá, ha a jogsértés a lakosság széles körének egészségét sérti vagy veszélyezteti. (Ehi. 13/A. § (8) bekezdés a), b) pont).

⁴⁰⁴ Ehi. 13/A. § (2) bekezdés.

⁴⁰⁵ A bírság kifizetésével kapcsolatban részletes szabályokat tartalmaz a 79/2010. (III. 25.) Korm. rendelet.

⁴⁰⁶ Ehi. 13/A. § (5)-(6) bekezdés.

⁴⁰⁷ Amennyiben a bírság a kötelezett számára méltánytalanul súlyos hátrányt jelent és a kiszabását megelőző 2 évben nem szabtak ki az intézményre egészségügyi bírságot. (Ehi. 13/A. § (9) bekezdés).

⁴⁰⁸ A 295/2004. (X. 28.) Korm. rendelet az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatalról jelöli ki a fellebbviteli közigazgatási szervet annak függvényében, hogy első fokon melyik szerv járt el.

éves időszakot fog át, mégis fontosnak érzem, hogy foglalkozzam vele. *Működését szükségesnek és hatékonynak tartom*, megszűnése óta nincs olyan szerv, mely az ellátott feladatait és ehhez hatósági jogosítványait teljes körűen átvenné és a gyakorlatban pótolná.

1.3.1. Az EbF tevékenysége

Az EbF *összetett feladatkörrel* rendelkezett, ellátta az egészségbiztosítási szolgáltatásokat igénybe vevők jogainak védelmét, az egészségbiztosítók és az egészségbiztosítási szolgáltatást nyújtók működésének, az egészségbiztosítási szolgáltatások teljesítésének ellenőrzését. A továbbiakban csak *a téma szempontjából kifejezett jelentőséggel bíró* egészségügyi szolgáltatókkal összefüggő *hatósági tevékenységet*, illetve a *minőségértékelési rendszert* tekintem át, melyek egyaránt minőségfejlesztési célokat valósítottak meg.

1.3.1.1. Az egészségügyi szolgáltatók működését érintő hatósági tevékenység

Az EbF egyik fontos feladatköre volt, hogy *megvizsgálta a betegek* egészségbiztosítás keretében igénybe vett egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggő *panaszait és bejelentéseit*.⁴⁰⁹

Az eljárási rendre a *Ket. szabályai* voltak érvényesek, így lehetőség volt részletes vizsgálat és bizonyítási eljárás lefolytatására.⁴¹⁰ Amennyiben a Felügyelet megállapította, hogy a szolgáltató nem megfelelően teljesítette a finanszírozási szerződésből folyó kötelezettségét, többféle szankció alkalmazására volt lehetősége. Így:

- a jogsértő állapot megtiltása,
- kötelezettség teljesítésére történő felszólítás
- az ellátásra köteles szolgáltató helyett más szolgáltató kijelölése,
- bírságolás,

⁴⁰⁹ KOVÁCSY i.m. 497.

⁴¹⁰ Például: tanúk meghallgatásával, tárgyalás tartásával, helyszíni ellenőrzéssel, igazságügyi szakértői vélemény kérésével.

- egészségbiztosító felszólítása a finanszírozási szerződés felfüggesztésére, súlyos esetben felmondására.⁴¹¹

2010-es adatok szerint addig körülbelül húszezren keresték meg az EbF-et, a megkereséseknek kétharmada tájékoztatás kérésével, bejelentéssel kapcsolatos.⁴¹² A beérkezett panaszok közül, mintegy kétezer zárult le a Felügyelet elsőfokú határozatával, körülbelül minden harmadik esetben igazolódott be a jogsértés.⁴¹³ A lezárult ügyek mellett, 1000 folyamatban levő ügyben folytatott aktuálisan vizsgálatot az EbF 2010 áprilisi adatok alapján.⁴¹⁴

Ha *szakterület alapján* tekintjük át a panaszokat, akkor a legtöbb a *belgyógyászatot* (22%), *sebészetet* (12%), *szülészeti-nőgyógyászatot* (22%), valamint a pszichiátriát (7,5%) és a traumatológiát (6,8%) érintette.⁴¹⁵ Ha a panaszok jellegét, *tárgyát* vizsgáljuk, akkor az egyik nagy terület, melyhez a megkeresések kapcsolódtak az *ellátás mellőzésével*, visszautasításával kapcsolatos ügyek.⁴¹⁶ A másik fő esetkör pedig a *nem megfelelő ellátás* miatt tett panasz.⁴¹⁷ Ebben a tárgykörben említhetjük az elkövetett szakmai hibákkal,⁴¹⁸ bánásmódbeli kifogásokkal,⁴¹⁹ illetve az adminisztratív és szervezési hiányosságokkal⁴²⁰ összefüggő panaszokat.

⁴¹¹ 2006. évi CXVI. törvény az egészségbiztosítás hatósági felügyeletéről (továbbiakban: EbFtv.) 11. § (2) bekezdés.

⁴¹² Ezzel kapcsolatban megjegyzendő, hogy nemcsak a betegek keresték fel a Felügyeletet ezzel a céllal, hanem orvosok és egészségügyi intézmények is, hogy megfelelő tájékoztatást kapjanak jogszabályok értelmezésével, alkalmazásával kapcsolatban a konfliktusok elkerülése érdekében. Lásd: *Az Egészségbiztosítási Felügyelet helyzete 2010. április 30. napján*, Weborvos Online Egészségügyi Magazin: <http://weborvos.hu/adat/files/veraaprilis/ebf.pdf> (letöltve: 2013. január 14.), 1.

⁴¹³ <http://www.webbeteg.hu/cikkek/egeszseges/3510/nepszeru-az-egeszsegugyi-hatosag> (letöltve: 2013. január 14.).

⁴¹⁴ *Az Egészségbiztosítási Felügyelet helyzete 2010. április 30. napján*, Weborvos Online Egészségügyi Magazin: <http://weborvos.hu/adat/files/veraaprilis/ebf.pdf> (letöltve: 2013. január 14.).

⁴¹⁵ <http://www.webbeteg.hu/cikkek/egeszseges/3510/nepszeru-az-egeszsegugyi-hatosag> (letöltve: 2013. január 14.).

⁴¹⁶ Például a műtétre előkészített beteg hazaküldése, infarktusz gyanújával érkezett beteg kivizsgálásának mellőzése (lásd Jogi Fórum honlapja: <http://www.jogiforum.hu/interju/67> letöltve: 2013. január 14.). Továbbá például: lymphomás beteg sürgős műtéti beavatkozásának mellőzése (311-51/HAT/JHF/2007).

⁴¹⁷ *Panaszprevenció- gondolatébresztő a szemléletváltás szükségességéről* (Dr. Portál honlapja: <http://www.drportal.hu/hir.php?szid=99&tema=27&hid=3579> letöltve: 2013. január 14.).

⁴¹⁸ Például: inzulin adagjának szakorvosi javaslatától eltérő meghatározása (1491-15/ESZOLG/EF/2008), törülköző műtéti területen való bennhagyása miatti halálos szövődmény (1237-21/ESZOLG/EF/2007), hibásan összeállított lélegeztető gép miatt bekövetkező haláleset (764-3/HAT/JHF/2008) Lásd: KOVÁCSY i.m. 499, 501, 507.

Továbbá például: helytelen diagnózis miatt bekövetkező halál vagy maradandó károsodás (Lásd: LÓRÁNTH Ida, *Az Egészségbiztosítási felügyelet tevékenysége. Fél év alatt több száz eset*, Kórház, 2008, 11. szám, 32.).

⁴¹⁹ Például: a beteg várakoztatása, vizsgálatának késleltetése (2020-18/HAT/JHF/2007), lásd: KOVÁCSY i.m. 509.).

Az EbF nemcsak kérelemre, hanem *hivatalból is vizsgálta* az egészségbiztosítási szolgáltatások minőségét és hozzáférhetőségét. Hivatalból történő eljárásának alapja lehetett például sajtó útján történő értesülés, más hatóság bejelentése, illetve célzott, ellenőrzési terv alapján lefolytatott ellenőrzés is.⁴²¹ Amennyiben a Felügyelet hiányosságot tapasztalt, a fent említett intézkedések megtételére ez esetben is volt lehetőség.

Fontos kiemelnünk azt is, hogy mind a kérelemre, mind a hivatalból történő eljárás során kiterjedt a vizsgálat az *egyenlő bánásmód követelménye érvényesülésének ellenőrzésére* is.⁴²² Az ezzel kapcsolatos hiányosság feltárása a jogsértő állapot megszüntetésének elrendelését, jogsértő magatartás folytatásától való eltiltást, illetve bírságolást vonhatott maga után.⁴²³

A Felügyelet által az egészségügyi szolgáltatókkal szemben kiszabható *bírság* összegét a jogszabály 10 millió forintban maximálta. A bírság összegét a Felügyelet *az eset összes körülményeinek mérlegelésével* állapította meg az Ebftv. által kijelölt elvek mentén.⁴²⁴ *Két fontos elvet* emelek ki a bírságok tekintetében. Az egyik, hogy *az összeg 80 %-a visszakerült az egészségbiztosítási alapba*, a fennmaradó részt pedig *betegtájékoztatással kapcsolatos programra fordították. Így a bírsággént kifizetett pénz nem kerültek ki az ellátási rendszerből.*⁴²⁵ A másik, hogy a cél a bírság kiszabásával nem az egyébként is nehéz anyagi helyzetben levő intézmények problémáinak fokozása volt, erre utal, hogy sok esetben jelzésértékű 10-100 ezer forintig terjedő bírság kiszabására történt.⁴²⁶ *A cél a prevenció*, vagyis a hasonló esetek megelőzése, emellett a további *jogsértéstől való visszatartás volt, illetve figyelemfelhívást, fogyasztóvédelmi*

Továbbá: mozgásképtelen betegek mosdatásának elhanyagolása, folyadékpótlásának hiányosságai; a földszinti nőgyógyászati vizsgáló ablakának kinyitása vizsgálat közben (Jogi Fórum honlapja: <http://www.jogiforum.hu/interju/67> letöltve: 2013. január 14.).

⁴²⁰ Például: dokumentációs hiányosságok (*Panaszprevenció- gondolatébresztő a szemléletváltás szükségességéről* (Dr. Portál honlapja: <http://www.drportal.hu/hir.php?szid=99&tema=27&hid=3579> letöltve: 2013. január 14.).

Továbbá: leletkiadás indokolatlan késedelme (308-5/HAT/JHF/2007), várólistán elfoglalt helyről való késedelmes tájékoztatás (1650-12/HAT/JHF/2007) lásd: KOVÁCSY i.m. 505, 510.

⁴²¹ Az *Egészségbiztosítási Felügyelet helyzete 2010. április 30. napján*, Weborvos Online Egészségügyi Magazin: <http://weborvos.hu/adat/files/veraaprilis/ebf.pdf> (letöltve: 2013. január 14.), 3.

⁴²² Mind az ellátásokhoz való hozzáférés, mind az ellátás, mind a panaszkezelés tekintetében érvényesülnie kell e követelménynek.

⁴²³ Ebftv. 9. § (2) bekezdés.

⁴²⁴ Az irányadó szempontok exemplifikatív felsorolását lásd: Ebftv 11. § (4) a)-h) pont.

⁴²⁵ Webbeteg honlap: <http://www.webbeteg.hu/cikkek/egeszseges/6836/birsagolt-az-egeszsegbiztositasi-felugyelet-> (Letöltve: 2013. január 14.).

⁴²⁶ A százezres és milliós nagyságrendű bírságok kevesebb esetben jelennek meg. BENE Zsolt – RADNAI Anna, *Az Egészségbiztosítási felügyelet*, Kórház, 2007, 7-8. szám, 12.

szempontok érvényesülését is szolgált.⁴²⁷ Az EbF eljárásának generálprevenációs hatását erősítette a tevékenységének, határozatainak nyilvánosságra hozatala, így egy adott intézményben fennálló hiányosság, hiba más intézmények figyelmét is felhívta a hasonló probléma megoldásának szükségességére.

1.3.1.2. Minőségi indikátorrendszer

Az EbF működésének fontos eredményként értékelhetjük az Ebftv.-ben foglalt kötelezettség⁴²⁸ nyomán létrehozott *nyilvános minőségi indikátorrendszert*. Az első minőségi mutatókat tartalmazó adatbázis 2008-ban került nyilvánosságra. A 2009-es adatbázisba már a járóbeteg ellátó intézmények is bekerültek, a rendelkezésre álló adatok köre megduplázódott.⁴²⁹ Bár az évről évre bővülő rendszer tökéletesítését és fejlesztését az EbF megszüntetése derékba törte, *a kezdeményezés nemzetközi tapasztalatokat is alapul véve követendő irányának tekinthető, ugyanis visszacsatolást jelentett az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáféréssel, az ellátás színvonalával összefüggésben.*

Kérdésként merül föl a minőségi információk nyilvánosságra hozatalának célja, jelentősége, mely az alábbiakban foglalható össze. Egyrészt fontos, hogy az *állampolgárok*, akik befizetéseikkel hozzájárulnak az ellátórendszer működéséhez, minél *szélesebb körben rendelkezzenek információkkal* az intézmények működéséről.⁴³⁰ A másik, ami kiemelendő, hogy a nyilvánossá tett információk a *kórházigazgatók számára is fontos tartalommal bírtak*, hozzájárultak ahhoz, hogy tájékozódjanak az egészségügyi ellátórendszer, valamint a saját intézményük helyzetéről az országos ellátási rendszerben. A minőséginformációk segítséget nyújtottak az intézményben meglévő problémák azonosítására, az adatok nyilvánosságra hozatala pedig ösztönzőleg hatott a minőség javítására, a problémák kiküszöbölésére.⁴³¹

⁴²⁷ Az Egészségbiztosítási Felügyelet helyzete 2010. április 30. napján, Weborvos Online Egészségügyi Magazin: <http://weborvos.hu/adat/files/veraaprilis/ebf.pdf> (letöltve: 2013. január 14.), 2.

⁴²⁸ Ebftv. 8. § „A Felügyelet nyilvános minőségértékelési rendszert működtet, amelynek keretében: a) az egészségbiztosítókkal szerződéses jogviszonyban álló egészségügyi szolgáltatók minőségének mérésére és értékelésére alkalmas indikátorrendszert alakít ki, működtet.”

⁴²⁹ Az Egészségbiztosítási Felügyelet és a Felügyeleti Tanács 2009. évi beszámolója, 43.

⁴³⁰ Ez fokozott jelentőséggel bírhat abban az esetben, ha a betegek szabadon választhatják meg az ellátásukat végző intézményt, mivel a jobb minőségi mutatókkal rendelkező ellátókat nagyobb arányban fogják választani az ellátásra jogosultak (úgynevezett szelekciós hatás). Lásd: KISS Norbert, Az Egészségbiztosítási Felügyelet kórházi minőségmérési rendszerének tapasztalatai, Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2012, 3. szám, 35.

⁴³¹ Úgynevezett változtatási hatás. Lásd: KISS Norbert i.m. 35.

A minőségi indikátorrendszer adatainak forrásul az Országos Egészségbiztosítási Pénztár és a mára már önálló intézményként szintén megszűnt Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet adminisztratív adatbázisainak információi, emellett pedig az EbF által az egészségügyi szolgáltatók számára kiküldött kérdőívek információi szolgáltak.⁴³² A kérdések kidolgozásánál a *saját panaszügyekből származó tapasztalatok* mellett *külföldi államok példáját is alapul vették*, így olyan kérdések összeállítására is törekedtek, melyek általánosságban foglalkoztatják a szakembereket.⁴³³ A kérdések egyrészt általános, valamennyi intézményre jellemző témakörökre vonatkoztak, mint például a betegjogok érvényesülése az adott intézményben, megbízottság, kiegészítő szolgáltatások és hotelfunkciók, dolgozói elégedettség. Emellett pedig egyes szakterületeket emeltek ki és vizsgáltak úgy, mint szülészet, sürgősségi ellátás, onkológia, szervdonáció.⁴³⁴

Annak ellenére, hogy *a kérdőív kitöltésére az egészségügyi intézményeket nem kötelezte jogszabály, mégis nagyon magas volt az adatszolgáltatási hajlandóság.*⁴³⁵ Az adatok megfelelőségének ellenőrzése érdekében a Felügyelet több intézményben helyszíni felülvizsgálatot folytatott le, melyek során kisebb eltérésektől eltekintve korrekt adatszolgáltatást állapított meg.⁴³⁶

1.3.2. Működésének értékelése

Az Felügyelet *működése nem az egyén kompenzációját szolgálta*, mégis fontosnak tartom, hogy az igényérvényesítési lehetőségek sorában foglalkozzam a tevékenységével. A fejezet bevezetőjében tárgyalt szociológiai kutatás is alátámasztja, hogy *nem minden esetben akkor válik elégedetté a beteg, ha kártérítést fizetnek számára*, akár az is elegendő és megnyugtató lehet, ha foglalkoznak egyéni sérelmével, megvizsgálják, hogy mi történt. Ez tehát jó a páciensnek. Ugyanakkor a hibák feltárása akár egyéni sérelmeken keresztül, akár hivatalból folytatott vizsgálatok alapján azért is

⁴³² KOVÁCSY Zsombor – KISS Norbert, *Százhuszezer adat a magyar egészségügyről- Az egészségbiztosítási Felügyelet minőségi indikátorrendszere*, Orvostovábbképző Szemle, 2009, 12. szám, 15.

⁴³³ RADNAI Anna, *Az Egészségbiztosítási Felügyelet nyilvános kórházminősítése- Kórházaink kendőzetlenül*, Kórház, 2008, 3. szám, 30.

⁴³⁴ KOVÁCSY - KISS i.m. 16-19.

⁴³⁵ 2009-ben például a felmérés lefedi a magyarországi kórházi ágyak 92, a szakrendelési kapacitásoknak pedig 80%-át.

⁴³⁶ *Az Egészségbiztosítási Felügyelet és a Felügyeleti Tanács 2009. évi beszámolója*, 44.

fontos, mert *felhívja a figyelmet a gyenge pontokra, rendszerszintű hiányosságokra, szervezési és ellátási problémákra*. Úgy gondolom, hogy a legrosszabb, amit tehetünk, ha ezeket nem hozzuk a felszínre, nem vizsgáljuk meg az okokat, nem vonjuk le a következtetést és nem tesszük meg a szükséges intézkedéseket a hasonló esetek elkerülése érdekében. A Felügyelet működése épp ezt volt hivatott szolgálni, *hatósági eszközökkel és tájékoztatási rendszerével járult hozzá számos probléma felderítéséhez, ezáltal az ellátás minőségének javításához*.

A visszajelzések alapján azt mondhatjuk, hogy *jól működött a rendszer*, a szankciók hatással voltak az egészségügyi intézmények működésére, azok ugyanis a Felügyelet fellépésének hatására rendszerint megváltoztatták a hibás gyakorlatot, törekedtek a problémák kiküszöbölésére.⁴³⁷ Olyan esetek is voltak, amikor még szankcionálás sem történt, a panaszos az eljárás során visszavonta beadványát, mivel a probléma már annak hatására megoldódott,⁴³⁸ hogy a páciens a Felügyelethez fordult. A működés eredményességét mutatja az a tény is, melyről a betegjogi képviselőtől értesültem személyes konzultációnk alkalmával. *Az EbF a betegek panaszait valóban alaposan kivizsgálta, részletes tényfeltárást és indokolást tartalmazó határozatai valóban kielégítették a beteg igényeit, megválaszolták kérdéseit, megnyugvást biztosítottak számára*.

A minőségi indikátorrendszeren keresztül nyilvánosságra hozott adatok rávilágítottak arra, hogy hazánkban *nagyon jelentős különbségek vannak az egészségügyi intézmények között*, a modern és a rendkívül elavult infrastruktúra egyaránt előfordulnak. Ez pedig *fontos feladatokat jelölt ki* a különbségek kiküszöbölésére és az egyenlő hozzáférés megteremtésére vonatkozóan. Az EbF által létrehozott és évről évre fejleszteni, bővíteni tervezett rendszer alkalmas lett volna arra, hogy az e téren bekövetkező változásokat, reakciókat nyomon kövesse.

A Felügyelet *részleges jogutódlással szűnt meg*, feladatkörei különböző intézmények között szóródtak szét, részben pedig megszűntek. *Sajnálatosan a minőségi indikátorrendszer megszűnt*. A vizsgálat tárgyává tett jogszabályok közül, a folyamatban levő panaszügyeket az ÁNTSZ szervei vették át, melyek azonban nem voltak jogosultak a Ket. alapján eljárás lefolytatására, hanem azokat közérdekű

⁴³⁷ Webbeteg honlapja: <http://www.webbeteg.hu/cikkek/egeszseges/3510/nepszeru-az-egeszsegugyi-hatosag> (letöltve: 2013. január 14.).

⁴³⁸ Például bocsánatkérés történt.

bejelentésekként kezelték. Ezzel kapcsolatban ombudsmáni vizsgálat is indult, melynek eredményét a következő alfejezetben ismertetem. Az egészségügyi szolgáltatókkal szembeni *bírság kiszabásának lehetősége nem tűnt el teljes mértékben*, egészségügyi államigazgatási szerv ugyanis egészségügyi bírságot szabhat ki például, ha az egészségügyi szolgáltató az egészségügyi szolgáltatás nyújtására vonatkozó szakmai követelményeket vagy jogszabályi rendelkezéseket súlyosan megszegte.⁴³⁹ Fontos különbség az EbF eljárásához képest, hogy *bírság kiszabására az egészségügyi államigazgatási szerv által ellátott szakmai felügyelet keretében van csak mód és nem egyéni panasz alapján*. Egyéni panasz esetén az eljárás nem a Ket. szerint zajlik, hanem más eljárási szabályok szerint.⁴⁴⁰

A Felügyeletet egy hasznos, jól működő hatóságnak tartom, megszűnése óta nincs olyan szerv, mely teljes körűen tudná pótolni az általa ellátott komplex feladatokat.

1.4. Az Alapvető Jogok Biztosának Hivatala

Az alfejezet tárgyát annak bemutatása képezi, hogy *milyen esetekben jelenthet segítséget az Alapvető Jogok Biztosának Hivatala az egészségügyi szolgáltatásokat érintő problémák terén*. Sérelem következik be egyrészt olyan esetekben, amikor a szakmai szabályok be nem tartásával összefüggésben kára keletkezik a betegnek. Ilykor a peres igényérvényesítésben hazánkban nem alternatíva az ombudsman intézménye, mivel *orvos-szakmai kérdéseket nem vizsgálhat, illetve kártérítés fizetésére sem tehet javaslatot*. Ugyanakkor sérelemről beszélhetünk olyankor is, amikor *például a kezelés során az emberi méltósághoz való jog sérül*. Egy ilyen típusú jogsértés is adhat alapot peres úton nem vagyoni kártérítési igény érvényesítésére, ugyanakkor *ezekben az esetekben már alternatívaként szolgálhat az ombudsmáni jogvédelem is*.⁴⁴¹ A hazai ombudsmáni intézményrendszerben az utóbbi időszakban jelentős változás következett be, mivel 2012. január 1-jétől a korábbi négy önálló országgyűlési biztos⁴⁴² helyett egy

⁴³⁹ További lehetőségek: Ehi. 13. § (2) bekezdés.

⁴⁴⁰ Ilyen esetben az Eütv. 29/A. § szerinti panaszról van szó, melyet ahhoz az egészségügyi államigazgatási szervhez kell előterjeszteni, mely a panasszal érintett szolgáltató részére működési engedély kiadására jogosult és az eljárás a 2004. évi XXIX. törvény 141-143. §-a szerint zajlik.

⁴⁴¹ Feltéve, ha nem a nem vagyoni kompenzáció az elsődleges cél.

⁴⁴² Az állampolgári jogok országgyűlési biztosa, a jövő nemzedékek országgyűlési biztosa, az adatvédelmi biztos, a nemzeti és etnikai kisebbségi jogok országgyűlési biztosa.

biztos tevékenykedik, az alapvető jogok biztosára két helyettessel.⁴⁴³ Az *ombudsman panaszok alapján és hivatalból vizsgálódva is rendszeresen foglalkozik a betegjogok érvényesülését és érvényesíthetőségét érintő problémákkal*. 2011-2012-ben például az alapvető jogok biztosának egyik kiemelt vizsgálati területét képezte e tárgykör.

A fejezet elkészítésében segítséget nyújtott az Alapvető Jogok Biztosának Hivatala is, kérdéseimmel kapcsolatban rendelkezéseimre álltak, továbbá forrásokkal is segítettek munkámat.

1.4.1. Az alapvető jogok biztosának vizsgálati eljárása

Az alapvető jogok biztosának jogállásáról a 2011. évi CXI. törvény (továbbiakban: Ajbt.) rendelkezik. A biztos eljárása a hatáskör megállapításával kezdődik.

Ahhoz, hogy vizsgálatot folytathasson az ügyben egyrészt szükséges, hogy *megfelelő hatóság ellen irányuljon a panasz*. Az egészségügyi intézményekkel kapcsolatos panaszokban a hatáskört az Ajbt. 18. § (1) bekezdése alapozza meg, amely alapján a közszolgáltatásokat végző szervek kategóriájába sorolják ezeket az intézményeket.⁴⁴⁴

A hatáskör megállapíthatóságához szükséges, hogy a *hatóság tevékenysége vagy mulasztása a beadványt tevő személy alapvető jogát sértse vagy annak közvetlen veszélyével járjon*. Az Alaptörvény nevesíti az egészséghez való jogot, illetve az egészségügyi ellátás megszervezésének kötelezettségét, a betegjogok katalógusát az Eütv. tartalmazza. A biztos hatáskörét e jogok sérelmével összefüggő panaszok vizsgálatára általánosan megalapozza, hogy az emberi méltósághoz való jogból, mint Alaptörvényben nevesített alapjogból és egyben anyajogból levezethetők a betegjogok.⁴⁴⁵

További feltétele a vizsgálati eljárás lefolytathatóságának, hogy *a panaszos a rendelkezésre álló közigazgatási jogorvoslati lehetőségeket - ide nem értve a*

⁴⁴³ A jövő nemzedékek érdekeinek védelmét ellátó helyettessel, illetve a Magyarországon élő nemzetiségek jogainak védelmét ellátó helyettessel; az adatvédelmi biztos helyét a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság vette át.

⁴⁴⁴ *Beszámoló az állampolgári jogok országgyűlési biztosának 2009. évi tevékenységéről*, Országgyűlési Biztos Hivatala 2010, 80.

⁴⁴⁵ BORZA Beáta (szerk.), *AJB Projektfüzetek, Beteg jogaink-egészség és méltóság*, Betegjogi Projekt 2012, 14.

közigazgatási határozat bírósági felülvizsgálatát - *már kimerítette*, vagy jogorvoslati lehetőség nincs számára biztosítva.

Amennyiben a hatáskör megléte megállapítható, még mindig nem bizonyos a vizsgálati eljárás lefolytatása, meghatározott esetekben ugyanis *vizsgálat nélkül is elutasítható a beadvány*.⁴⁴⁶ A vizsgálati eljárás során különböző jogosítványokkal rendelkezik az ombudsman. Így például a vizsgált szervtől felvilágosítást, a keletkezett dokumentumok másolatát kérheti, vizsgálatra kérheti fel az érintett hatóság felügyeleti szervét, helyszíni ellenőrzést folytathat.⁴⁴⁷

Amennyiben megállapítható, hogy az alapvető jog sérelme vagy annak közvetlen veszélye fennáll, akkor az alapvető jogok biztosának többféle *intézkedési lehetősége* van. Hatósági jogkörei nincsenek, kötelező erejű döntést nem hoz, bírságot nem szabhat ki, viszont lehetősége van arra, hogy a probléma orvoslására *ajánlást fogalmazzon meg* az érintett szerv vagy annak felügyeleti szerve számára. Az ajánlásban *megfogalmazottak teljesítéséről 30 napon belül kell tájékoztatást adni*. Ha nem történik meg az ajánlásnak megfelelő intézkedés, vagy az alapvető jogok biztosa a megtett intézkedéssel nem ért egyet, az ügyet az éves beszámoló keretében az Országgyűlés elé terjeszti, és kérheti, hogy az ügyet az Országgyűlés vizsgálja.⁴⁴⁸

1.4.2. A biztoshoz érkező egészségügyi tárgykört érintő panaszok

Az ombudsman beszámolóí alapján megállapítható jellegzetesség az egészségügyet érintő panaszok tekintetében, hogy *kifejezetten magas e körben a hatáskörön kívül eső panaszok aránya*.⁴⁴⁹ Ennek oka, hogy az ombudsman az egészségügyet érintő kérdések

⁴⁴⁶ Ajbt. 20. §.

⁴⁴⁷ Ajbt. 21-22. §.

⁴⁴⁸ További intézkedési lehetőségek például:

- Az alapvető jogok biztosa a feltárt alapvető joggal összefüggő visszásság orvoslása érdekében a legfőbb ügyész útján kezdeményezheti az ügyész fellépését. (Ajbt. 33.§ (1) bekezdés)
- Az alapvető jogok biztosa az Alkotmánybíróságról szóló törvényben meghatározottak szerint az Alkotmánybírósághoz fordulhat. (Ajbt. 34. §)
- Ha az alapvető jogok biztosa vizsgálata során bűncselekmény elkövetésének alapos gyanúját észleli, büntetőeljárást kezdeményez az annak megindítására jogosult szervnél. (Ajbt. 35. § (1) bekezdés).

⁴⁴⁹ Lásd például: *Beszámoló az állampolgári jogok országgyűlési biztosának 2009. évi tevékenységéről*, Országgyűlési Biztos Hivatala 2010, 113.

vonatkozásában *meglehetősen szűk hatáskörrel* rendelkezik, ahogyan említettem orvosszakmai, etikai, kártérítési kérdésekben nem foglalhat állást.⁴⁵⁰

A legtöbb panasz a beteg *önrendelkezési jogának mellőzését*, illetőleg az *emberi méltósághoz, a kapcsolattartáshoz, valamint a tájékoztatáshoz való jog sérelmét érinti*. A panaszokból az tűnik ki, hogy a betegek továbbra is gyakran paternalista szemléletmóddal találkoznak: nem kapnak kielégítő tájékoztatást állapotukkal, kezelésükkel kapcsolatban, továbbá a betegségükkel, terápiájukkal összefüggő kérdésekben nem megfelelően vonják be őket a döntéshozatalba.⁴⁵¹

Ezek mellett *2011-ben számos panasz érkezett az EbF megszüntetése* és ezzel összefüggésben a *nem megfelelő jogutódlás*, illetve a betegek emberi méltósághoz való jogának, tisztességes eljáráshoz és jogorvoslathoz való jogának sérelmével kapcsolatban. A problémát az okozta, hogy az EbF megszűnését követően a folyamatban levő betegjogi panaszokat az ÁNTSZ regionális vették át, melyek *ezeket a panaszokat tömegesen közérdekű bejelentésként kezelték, és érdemi vizsgálat nélkül elutasították*. Míg az EbF közigazgatási hatósági eljárás keretében vizsgálta a biztosítottaktól érkező panaszokat, a jogutódként megjelölt szervek nem rendelkeznek jogosítvánnyal ilyen típusú eljárásra egyéni panasz alapján és bíróság előtt megtámadható határozat meghozatalára. Az ombudsman a panaszok kapcsán megállapította, hogy a *jogalkotói mulasztás* miatt jelenleg nincs olyan hatósági jogkörökkel is felruházott, nem bírósági intézmény, mely független, megfelelő, jogon kívüli szakértelemmel is rendelkezik a betegjogi tárgykörű panaszok kivizsgálására.⁴⁵²

Az ombudsman az egyéni panaszokon túl *több alkalommal vizsgálódott hivatalból is* a betegjogok érvényesítését érintő problémák vonatkozásában. Így például 2004-ben, amikor személyesen keresett föl intézményeket annak megállapítása érdekében, hogy milyen problémák jelennek meg a betegjogok érvényesítésével összefüggően. Számptalan probléma merült föl például a betegjogokkal és azok érvényesítésével kapcsolatos jogszabályok bonyolult megfogalmazása, a betegjogi képviselői rendszer

⁴⁵⁰ Beszámoló az állampolgári jogok országgyűlési biztosának 2010. évi tevékenységéről, Országgyűlési Biztos Hivatala 2011, 81.

⁴⁵¹ BORZA Beáta, *Emberi méltóság az egészségügyben. Lehetőségek és küzdelmek az ombudsman munkájában*; In: BORZA Beáta (szerk.), „Beteg vagy egészségügy” *A betegjogok helyzete egy átalakuló rendszerben, avagy kinek fontos a beteg?*, Alapvető Jogok Biztosának Hivatala, Budapest, 2012, 26.

⁴⁵² BORZA [AJB Projektfüzetek] i.m. 41.

működésének anyagi nehézségei, illetve az intézményekben napi szinten tapasztalható jogsértések az egészségügyi ellátáshoz való jog, a tájékoztatáshoz való jog terén.⁴⁵³

Bár egyéni panasz alapján kezdődött vizsgálat 2012-ben az OBDK létrehozása kapcsán, ennek folytatásaként megvalósult egy kiterjesztett, hivatalból végzett vizsgálat is az intézménnyel kapcsolatban. Az ombudsmani vizsgálat problémaként jelölte meg többek között azt, hogy a 214/2012 (VII. 30) Korm. rendelet alapján nem állapítható meg, hogy milyen formában lehet közvetlenül panaszt tenni az OBDK-nál. Emellett *továbbra sem megfelelő, hogy nincs egy olyan hatósági jogkörökkel rendelkező szerv, mely közigazgatási hatósági eljárás szabályai alapján vizsgálhatja a betegjogokat érintő sérelmeket és bíróság előtt is felülvizsgálható határozatot hozhat*. Nem megfelelő az sem, hogy a korábbi kötelező betegjogi képviselői jelenlétet jelenleg csak a 100 ágyasnál nagyobb kapacitású intézményekben követeli meg a jogszabály.⁴⁵⁴

⁴⁵³ SZIGETI Ildikó, *Van-e kiút a betegjogok hálójából? Az ombudsman aggódik, a betegjogi képviselő türelemre int*, Kórház, 2004, 11. szám, 7-8.

⁴⁵⁴ Az alapvető jogok biztosának jelentése az AJB-5863/2012. számú ügyben.

2. Alternatív kompenzációs lehetőségek

2.1. Közvetítői eljárás az egészségügyi szolgáltatásokat érintő jogvitákban

A közvetítői eljárás az ebben a részegységben tárgyalt békéltető testületi eljárással együtt, ha bár nem élesen, de véleményem szerint elkülönül a fejezet korábbi egységében tárgyalt alternatív konfliktuskezelési utaktól. *A közvetítői és a békéltető testületi eljárást ugyanis a peres eljárás teljes értékű alternatívájának tartom, szemben a korábbi egység konfliktuskezelési lehetőségeivel.*

Azok az eljárások sok esetben lehetőséget sem biztosítanak az egyéni sérelmek anyagi kompenzációjára, vagy ha van is erre lehetőség, döntően akkor sem ez szokott célként és eredményként megjelenni. *A korábbi egységben tárgyalt jogvédelmi utak célja inkább az egyéni panaszok alapján a rendszerszintű hibák feltárása, kiküszöbölése és természetesen konfliktuskezelési szerepük is van. A lefolytatott vizsgálatok nyomán a sérelmet szenvedett választ kap a miértekre, sor kerülhet a megfelelő intézkedések megtételére a hasonló esetek elkerülése érdekében.*

Ezzel szemben *a közvetítői és a békéltető testületi eljárás a konfliktuskezelés mellett lehetőséget ad a beteg által elszenvedett sérelem anyagi kompenzációjára is, akárcsak a peres eljárás, jellemzően egy kártérítési összegben való megállapodásra is irányul az egyeztetés.*

A közvetítői eljárás nemcsak az egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatos jogvitákban vehető igénybe, hanem számos más területen, így például családjogi ügyekben, az üzleti élet jogvitáiban, vagy például a büntetőjogban sem ismeretlen a mediáció jogintézménye. Nem véletlen, hiszen a közvetítői tanács igénybe vétele a felek számára, *gyors, költségtakarékos* (mind az anyagiakat mind pedig a „lelki költségeket” ideértve) és jóval *nagyobb mozgásteret enged* számukra a bírósági eljárásnál (például: a tanács tagjainak kiválasztása, egyezségkötés). *Az egészségügyi közvetítői eljárást a jogalkotó kiemeli a közvetítői eljárások sorából és külön jogszabály által szabályozza. A fejezetben célok az egészségügyben igénybe vehető közvetítői eljárások modelljeinek áttekintése mellett a hatályos jogi szabályozás kritikai elemzése. Töreksem választ találni arra a kérdésre is, hogy ez a több mint 10 éve rendelkezésre álló és számos*

előnyös vonással rendelkező lehetőség miatt olyan kevéssé igénybe vett és ritkán eredményre vezető eljárás hazánkban.

2.1.1. A közvetítói eljárás modelljei az egészségügyi szolgáltatással összefüggő jogviták tekintetében

Az alábbiakban a közvetítói eljárás két típusa, a mediációs és az arbitrációs eljárások lényeges vonásait és alapjait tekintem át röviden.

A *választottbíráskodás (arbitráció)* jelentős múltra tekint vissza, különösen a gazdasági életben a kereskedelmi jogviták rendezése körében. Az arbitráció lényege, hogy egy *a felek által választott döntőbíró hoz (többségében) végleges döntést*⁴⁵⁵ az elé terjesztett vitás ügyben. Mivel a felek a döntési jogukról teljesen lemondanak és átruházzák azt a választottbíróra, ez a technika nem sorolható be az egyeztető eljárások közé,⁴⁵⁶ sokkal inkább a bírói út igénybevételével mutat hasonlóságokat. Azonban az arbitrátor nem szakbíró, igen jelentős diszkrecionális jogköre van és köteles a semlegesség és pártatlanság elvét tiszteletben tartva feloldani a felek közötti konfliktust.

Az egészségügyi ellátásokkal kapcsolatos konfliktusokra specializálódott választottbíróóságokat az USA-ban és Németországban hoztak létre. Az Egyesült Államokban erre vonatkozóan kétféle megoldással találkozhatunk. Az egyik az úgynevezett *előszűrő testületek (pretrial screening panels)*⁴⁵⁷ alkalmazása. A testületek legfontosabb feladata, hogy a rosszhiszemű eljárásokat kiszűrjék, ha lehetséges akkor az ügyeket egyezséggel zárják le, ha pedig ez nem sikerül, akkor a bírósági utat előkészítik. A tanács tagjainak száma háromtól hétig terjedhet. Rendszerint tagja egy bíró illetve egy vagy több szakorvos arról a területről, amely vita tárgyát képezi.⁴⁵⁸ A másik USA-ban kialakult forma a *választottbíróági eljárás (arbitration)*,⁴⁵⁹ amely megelőzi vagy helyettesíti a bíróság előtti eljárást. Ezen lehetőség igénybe vétele önkéntes.

⁴⁵⁵ A döntés végrehajtandó, ha a felek írásos alávetési nyilatkozatot tettek, ennek hiányában visszautasíthatják a végrehajtást.

⁴⁵⁶NÁDHÁZY Zsolt, *A döntőbíráskodás magyarországi aspektusai*, Munkaügyi Szemle, 2005, 11. szám, 51.

⁴⁵⁷SÁRINÉ SIMKÓ Ágnes (szerk.), *A mediáció*, HVG ORAC, Budapest, 2006, 210.

⁴⁵⁸SÁRINÉ [2006] i.m. 211.

⁴⁵⁹DÓSA Ágnes, *Az egészségügyi közvetítés*, In: SÁRINÉ SIMKÓ Ágnes (szerk.), *Mediáció – Közvetítói eljárások*, HVG ORAC, Budapest, 2012, 465.

Németországban, ahogyan az a későbbi vonatkozó fejezetből is látható, az orvosi kamara működtet olyan testületeket, amelyeknek az eljárása a választottbíróóságokéhoz hasonló. Az úgynevezett egyezséget létrehozó testület maximum négy tagú⁴⁶⁰ és a kártérítési igény jogszerűségét és összegét ítéli meg. A szakértői testület öt tagú⁴⁶¹ és a feladata, hogy orvosszakértői véleményt adjon a feleknek. Az eljárás alapelvei az önkéntesség, az ingyenesség és a döntés kötelező voltának hiánya.⁴⁶²

A mediáció intézménye az Egyesült Államokban rendelkezik a legjelentősebb hagyományokkal. Számos területen alkalmazzák sikerrel⁴⁶³ ezt a vitarendezési technikát, így az elmúlt évtizedben többszörösére emelkedett a mediációs intézmények száma. Az USA mellett a nyugat-európai országokban is egyre elterjedtebbé válik a konfliktuskezelés ezen formája. Florida joga a következőképpen határozza meg a mediáció fogalmát: „Mediáció alatt azt az eljárást kell érteni, amelynek során egy semleges harmadik fél segítséget nyújt a feleknek vitájuk rendezésére, anélkül azonban, hogy maga döntené el a vitát. Az eljárás informális, békéltető jellegű, célja, hogy segítse a feleket egy kölcsönösen elfogadható egyezség létrehozásában.”⁴⁶⁴

Tehát a mediáció egy együttműködésen alapuló, békés konfliktuskezelési forma, amelyben a felek egyezsége jutását egy pártatlan személy, a mediátor segíti elő. A mediátor feladata abban áll, hogy a problémamegoldó folyamatot kontrollálja, tehát nem bírál, nem értékeli, nem dönt a felek közötti jogvitában. A szerepe a felek álláspontjának közelítésében, a felek közötti kapcsolat javításában áll.⁴⁶⁵

A mediációs eljárás fő jellemzői, erényei az alábbiakban foglalhatók össze:⁴⁶⁶

- az eljárás önkéntessége;
- jövőorientáltság: azaz a mediáció során nem a múltbéli történések feltárása a cél, hanem az, hogy mire van szükség a jövőben ahhoz, hogy a konfliktus megoldódjon;

⁴⁶⁰A testület elnöke egy orvos, továbbá tagja egy szakértő, valamint a beteg és az orvos által megnevezett orvos vagy jogász.

⁴⁶¹A testület elnöke egy bírói tapasztalatokkal rendelkező jogász, további tagjai pedig különböző szakterületeken jártas orvosok.

⁴⁶²DECASTELLO [2010] i.m. 110.

⁴⁶³Például önkormányzatok közötti viták, munkaügyi viták, házasság felbontásával kapcsolatos viták kapcsán illetve a büntetőjog területén is. (Lásd bővebben: SOMOGYI Árpád, *Mi fán terem a mediáció?*, Jogtudományi Közlöny, 2000, 1. szám, 21-23.).

⁴⁶⁴Florida, Mediators in any civil actions § 44.301.

⁴⁶⁵NÁDHÁZY Zsolt, *Alternatív vitafeloldás Európában-különös tekintettel a munkaügyi vitákra*, Jogtudományi Közlöny, 2007, 7-8. szám, 315.

⁴⁶⁶EÖRSI Mátyás-ÁBRAHÁM Zita (szerk.) *Pereskedni rosszul!*, Minerva Kiadó, Budapest, 2003, 28-31.

- indulatok kezelése a viselkedési szabályokra vonatkozó megállapodással;
- érdekek, szükségletek feltárása, a kommunikáció és kapcsolat javítása, ezáltal a direkt információáramlás visszaállítása a felek között;
- a döntés joga végig a felek kezében van, ezáltal ha sikerül megegyezni sikerélményhez jutnak, saját életüket ismét felelősséggel kezelik. Továbbá a felek az általuk kötött egyezséget, amelyet nem kívülről diktáltak, kényszerítettek rájuk magukénak érzik, ezáltal jóval nagyobb az esély az egyezés önkéntes betartására, mint egy bírósági ítélet önkéntes végrehajtására;
- a felek elégedettsége;
- a mediációs eljárás valamennyi résztvevőjére titoktartási kötelezettség vonatkozik;
- külön pozitívként értékelhető, hogy a mediáció a tartós kapcsolatban álló felek közötti konfliktusfeloldás bírói út igénybevételénél ideálisabb formája. Ilyenkor erősebb a kapcsolat helyreállítása iránti igény a győztes-vesztes felfogásnál a jövőbeni együttműködés érdekében⁴⁶⁷

2.1.2. Az egészségügyi közvetítói eljárás szabályozása hazánkban

Az Eütv. úgy rendelkezik, hogy a beteg és az egészségügyi szolgáltató között felmerülő jogviták peren kívüli megoldására a felek együttesen kezdeményezhetik a jogvita közvetítói eljárás keretében történő rendezését.⁴⁶⁸ Az alternatív konfliktusfeloldási út igénybevételére vonatkozó *szabályozás kereteit az Eütv. jelöli ki.* Azt azonban nem határozza meg, hogy a mediációs vagy az arbitrációs modell követése nyomán valósuljon-e meg a rendszer. A választ a 2000. évi CXVI. törvény az egészségügyi közvetítói eljárásról (a továbbiakban: Közvtv.) adja meg, amely a *mediációs modellt vezette be hazánkban.*⁴⁶⁹ Az eljárás részletszabályait pedig a 4/2001-es EüM-IM rendelet tartalmazza.

⁴⁶⁷NÁDHAZY Zsolt, *A konfliktusokról és feloldásuk lehetséges útjairól*, Munkaügyi Szemle, 2006, 3. szám, 20.

⁴⁶⁸Eütv. 34. §.

⁴⁶⁹Magyarországon a választottbíráskodásról szóló 1994. évi LXXI. törvény nem teszi lehetővé a választottbírói eljárás igénybevételét az egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatos konfliktusokban. A törvény rendelkezései szerint ugyanis bírósági eljárásnak csak akkor van helye, ha legalább a felek egyike gazdasági tevékenységgel hivatásszerűen foglalkozó személy és a jogvita a tevékenységével

A Közv. tv. célja, hogy az egészségügyi szolgáltató és a beteg között a szolgáltatással összefüggésben keletkezett jogvita peren kívüli egyezséggel történő rendezését, a felek jogainak gyors és hatékony érvényesítését elősegítsék. Fontos, hogy az eljárás hatálya csak az egészségügyi szolgáltatással összefüggésben keletkezett jogvitákra terjed ki, így a kórházban felmerülő, de nem az egészségügyi szolgáltatással összefüggő problémák feloldására nem alkalmazható ez az eljárás.

Az egészségügyi jogviták tekintetében megvalósuló közvetítői eljárásra vonatkozóan érvényesül az *önkéntesség elve*. Tehát az eljárásra csak akkor kerülhet sor, ha mind a beteg, mind az egészségügyi szolgáltató hozzájárul.⁴⁷⁰ Az eljárás lefolytatását *bármelyik fél kérheti*. Emellett fontos alapelv a *titoktartási kötelezettség*, amely az eljárásban részt vevő valamennyi felet terheli.⁴⁷¹ Ez nagy előny a bírósági eljárással szemben, hisz ott az eljárás bizonyos kivételektől eltekintve nyilvános, illetve az egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatos jogvitákat gyakran nagy médiaérdeklődés is övezi. Szintén fontos előnye a mediációs eljárásnak, hogy *nem alakít ki érdekellentétet, ellenszenvet az orvos és a beteg között, illetve nem fokozza azt. A felek konfrontációjának elkerülése a cél, a közös nevező megkeresése a lényeg, amelynek révén mindkét fél nyer*. A felek közötti kommunikáció, megfelelő információáramlás, személyes felelősségvállalás, a másik fél érdekeinek a figyelembe vétele, kölcsönös kompromisszumkészség szükséges a megállapodáshoz, mely tényezők biztosításában döntő szerepet vállalnak a közvetítők az eljárás során. És egy konfliktus esetén ezek lennének a legfontosabbak a betegek számára, ahogyan az a fejezet bevezetőjében tárgyalt kutatásból is kitűnik.

A közvetítői eljárás igénybevételének lehetőségéről, feltételeiről az egészségügyi szolgáltató és a betegjogi képviselő tájékoztatja a beteget. A kérelmet az illetékes *igazságügyi szakértői kamarához* kell benyújtani. A kamara a közvetítői eljárás lefolytatása iránti kérelmet megküldi a másik félnek, aki a kézhezvételt követő 15 napon belül nyilatkozik arról, hogy hozzájárul-e a közvetítői eljárás lefolytatásához. Ha

kapcsolatos, továbbá, ha a felek az eljárás tárgyáról szabadon rendelkezhetnek és a választottbírói eljárást szerződésben kikötötték (3. § (1) bekezdés). Mivel az egészségügyi szolgáltatás nem tekinthető gazdasági tevékenységnek, ezen jogvitákban nem lehetséges választottbíróshoz fordulni.

⁴⁷⁰EÖRSI-ÁBRAHÁM i.m. 164.

⁴⁷¹DÓSA [2004] i.m. 43.

*mindkét fél hozzájárulását adta, az általános eljárási költségek befizetését követően meg kell állapodniuk az egészségügyi közvetítői tanács összetételében.*⁴⁷²

A felek a tanács tagjait a Magyar Igazságügyi Szakértői Kamara (MISZK) által vezetett közvetítői névjegyzékből jelölik ki.⁴⁷³ Nem vehető fel a névjegyzékbe bíró, ügyész, továbbá az a személy, aki köztisztviselői jogviszonyban áll a jogviszonya fennállása alatt, és törölni kell a névjegyzékből azt, akit a bíróság jogerősen cselekvőképességet érintő gondnokság alá helyezett, vagy szabadságvesztésre ítélt, illetve a foglalkozása gyakorlásától eltiltott. A felek a tagokat⁴⁷⁴ úgy kötelesek kijelölni, *hogy a tanács egyik tagja jogász, a másik tagja pedig más felsőfokú végzettséggel rendelkező személy legyen.* Ha a közvetítő személyében nem tudnak megállapodni, mindkét fél jelöltje tagja lesz a tanácsnak. A közvetítőt a kijelölésről a kamara értesíti. A közvetítő írásban nyilatkozik a jelölés elfogadásáról vagy visszautasításáról, és a jelölés elfogadása esetén arról is, hogy az ügyben érdektelen, nem elfogult, illetve vele szemben kizáró okok nem állnak fenn.⁴⁷⁵

Az egészségügyi közvetítői tanács első ülésének időpontját legkésőbb a közvetítők személyében történt megállapodást követő 30. napra ki kell tűzni. Az *első ülésen* a tanács tájékoztatja a feleket a közvetítői eljárás menetéről, annak lényeges elemeiről. Ezt követően a tanács a *feleket részletesen meghallgatja.* Ennek során a felek kifejtik érdekeik alapján kialakított álláspontjukat. A felek az első ülésen a rendelkezésükre álló *okiratokat* is kötelesek bemutatni. A felek kérésére, a tényállás tisztázása érdekében az ügyről tudomással bíró *más személyek is meghallgathatók.* Az eljárás során szakértőt is igénybe lehet venni. *Szakértőként* bárki eljárhat, aki a kérdés elbírálása szempontjából szakértelemmel rendelkezik és akinek a személyében a felek meg tudnak egyezni.⁴⁷⁶

Amennyiben az első tárgyalástól számított 4 hónapon belül nem sikerül megállapodni, akkor az eljárást meg kell szüntetni. Látható, hogy *jóval rövidebb idő alatt zajlik le az eljárás, mint a per,* ahol ennyi időt a jogszabály arra biztosít, hogy az első tárgyalási

⁴⁷² Közvtv. 3. §

⁴⁷³ A MISZK a névjegyzékbe kérelmére azt veszi fel, aki:

- jogi, orvosi vagy egyéb felsőfokú egészségügyi végzettséggel, továbbá szociológusi vagy klinikai szakpszichológusi végzettséggel rendelkezik,

- cselekvőképes és büntetlen előéletű,

- legalább 8 éves szakmai gyakorlata van és a közvetítői tanfolyamot elvégezte. A tanfolyam két részből áll. Egy legalább 25 órás alapképzésből és egy 25 órás továbbképzésből. A tanfolyamok anyagára vonatkozóan jogszabály ad útmutatást. (Közvtv. 5. § és 4/2001 (II. 20.) EüM-IM együttes rendelet 3. §).

⁴⁷⁴ A felek abban is megállapodhatnak, hogy az eljárást egy közvetítő folytassa le.

⁴⁷⁵ Közvtv. 4. §

⁴⁷⁶ DECASTELLO [2010] i.m. 100.

napra sor kerüljön.⁴⁷⁷ Ha eredményesen zárul az egyeztetés és sikerül egyezséget kötni, akkor a megállapodást írásba foglalják és mind a felek, mind a tanács tagjai aláírják. Ha a fél az *egyezségben* foglaltakat a teljesítési határidőn belül nem hajtja végre, a másik fél kérheti a bíróságtól az egyezés *végrehajtási záradékkal* történő ellátását. Ebben az esetben a megállapodás végrehajtható okiratnak minősül és az 1994. évi LIII. törvény rendelkezéseinek megfelelően a benne foglaltakra végrehajtást lehet vezetni.⁴⁷⁸

A közvetítői eljárás jelent bizonyos *költségeket* a felek számára. Véleményem szerint az ingyenessé tétel is egy olyan tényező lehetne, mely elősegítené gyakoribb igénybe vételét. Ahogyan több *külföldi ország példáján keresztül látható, az ottani ingyenes peren kívüli konfliktuskezelési utak* nagy népszerűségnek és bizalomnak örvendenek. Természetesen az eljárásnak ott is vannak költségei, *viszont akár olyan áron is ingyenessé teszik a betegek számára, hogy az egészségügyi intézményi oldal fizeti és működteti az eljárást.*⁴⁷⁹ A közvetítői eljárás költségének elemei: az általános eljárási költség, a felek és képviselőik, illetve az eljárás más résztvevőinek költsége, a fél jogi képviselőjének óradíja és a közvetítőknek járó közvetítői díj, valamint a szakértői díj.⁴⁸⁰ Ezeknek a mértékével kapcsolatban jogszabály ad iránymutatást, akár konkrét összeg meghatározásával, akár minimum vagy maximum összegek meghatározásával.⁴⁸¹ Ha ezeket a költségeket becsülten összegezzük, azok mindenképpen 100 ezer forint nagyságrendű tételt eredményeznek, mely úgy gondolom, hogy már valós visszatartó erő lehet a közvetítői eljárás kezdeményezésétől. A költségek viselése és a költségek előlegezése a felek közötti szabad megállapodás tárgya. Azonban, ha nem születik köztük megegyezés e tekintetben, akkor a törvény által meghatározott költségviselési rend lesz az irányadó.⁴⁸²

2.1.3. Az egészségügyi közvetítői eljárás térnyerését gátló tényezők

⁴⁷⁷ 1952. évi III. törvény a polgári perrendtartásról 125. § (3) bekezdés.

⁴⁷⁸ SÁRINÉ [2006] i.m. 225.

⁴⁷⁹ Például Németország, ahol az orvosi kamara működteti az alternatív vitarendezési lehetőséget biztosító testületeket, melyeknek igénybe vétele a beteg számára ingyenes.

⁴⁸⁰ Közvtv. 12. §.

⁴⁸¹ 4/2001. (II. 20.) EüM-IM együttes rendelet alapján az általános eljárási költség 16.000 ft, A jogi képviselőt az üléseken való részvételért 3000 ft-os óradíj illeti meg, a közvetítői díj 5000 ft/óra, viszont a végösszeg nem lehet kevesebb 50.000 ft-nál, a szakértőnek járó díj amennyiben a követelés összege a 300.000 ft-ot nem haladja meg 25.000 ft, ha meghaladja, akkor maximum 50.000 ft.

⁴⁸² Azaz például a költségek előlegezése az egészségügyi szolgáltatót terheli.

Az egészségügyi közvetítői eljárás *az elmúlt 10 évben igen csekély mértékben kihasznált eljárásnak tekinthető*. Mivel kötelező adatközlés a közvetítői eljárások megindításáról, eredménytelenségének okairól, eredményességéről nincs, így pontos szám adatokkal, akárcsak a peres eljárások vonatkozásában nehéz alátámasztani állításainkat. A Decastello Alice által végzett és publikált kutatás *számadatai 2000-2006-ig terjedő időszakra vonatkozóan adnak információt a közvetítői eljárások csekély számáról*. Ezalatt az időszak alatt országos szinten *182 közvetítői eljárást kezdeményeztek egészségügyi jogvitákkal összefüggően*. *A kezdeményezett eljárások nagyobb részben meg sem indultak, mert az egészségügyi szolgáltató vagy annak felelősségbiztosítást nyújtó intézménye nem járultak hozzá az eljáráshoz, esetleg a beteg lépett vissza attól*. A vizsgált időszakban *mindössze 12 esetben vezetett legalább részleges eredményre a közvetítés*.⁴⁸³ A betegjogi képviselővel folytatott személyes konzultációm során is azt az információt kaptam, hogy sajnos nagyon ritka a mediációs eljárásigénybe vétele. A képviselő 8 éves pályafutása során egyszer találkozott olyan esettel, amely közvetítői eljárás lefolytatásának eredményeképpen oldódott meg. Felmerülhet a kérdés, hogy egy a peres eljáráshoz képest számtalan kedvező jellemzővel rendelkező eljárás *miért nem sokkal eredményesebb a jelenleginél?* Az alábbiakban ezzel a kérdéssel kapcsolatban próbálok véleményt formálni néhány problémás pont kiemelésével.

Az egyik tényező, ami gátolja a közvetítői eljárás térnyerését úgy gondolom, hogy az *egészségügyi szolgáltatók kötelező szakmai felelősségbiztosításának* korábbi fejezetben már tárgyalt *problémás működése*. A jogalkotói szándék szerinti jog-és vagyonbiztonság helyett a kötelező felelősségbiztosítás egy olyan kényszerű kötelék, mely hátráltatja a peren kívüli megegyezés minden formáját. Ennek az oka abban keresendő, hogy a Ptk. illetve a Közv tv. is úgy rendelkezik, hogy *a felek által kötött egyezség a biztosítóval szemben csak akkor hatályos, ha azt tudomásul vette* (egészben vagy részben). Amikor elkezdett romlani a biztosítási díjbevétele és a kifizetett kártérítések aránya, egyre csökkent a biztosítói oldal hajlandósága a peren kívüli megállapodások jóváhagyására.⁴⁸⁴ A biztosítók inkább kívárik a bírósági ítéletet bízva abban, hogy a per során valamely, helytállási kötelezettségüket kizáró okra tudnak hivatkozni, vagy esetleg érvényesíthetik regressz igényüket. Ha pedig a biztosító nem veszi tudomásul az egyezséget és nem fizet, akkor az egészségügyi szolgáltatónak

⁴⁸³ DECASTELLO [2010] i.m. 119.

⁴⁸⁴ DECASTELLO Alice, *Az egészségügyi közvetítői eljárás az egészségügyi szolgáltatók és a biztosítótársaságok szemszögéből*, Biztosítási Szemle, 2007, 8. szám, 46.

kellene a saját költségvetéséből megfizetnie a beteg számára a megállapodásban meghatározott teljes összeget működési költségeiből, ami tekintve a szolgáltatók anyagi helyzetét nem járható út. Úgy gondolom, hogy az *egészségügyi intézmények részéről a mediációval kapcsolatban tapasztalható elutasító magatartás* is egy jelentős részben erre vezethető vissza. *Fedezet hiányában nekik sem érdekük a gyors, néhány hét vagy hónap alatt történő megegyezés.* Ráadásul az eljárási költségeket is inkább rájuk hárítja a jogszabályi rendelkezés, bár ettől a felek eltérhetnek. Ahogy korábban is említettem az eljárás költségei is annak gyakori igénybe vétele ellen hatnak. Ha nem a felekre hárítanák a költségviselést és ingyenesen hozzáférhető lehetőség lenne a közvetítés, akkor az a népszerűségét is növelné.

Problémát jelenthet az is, hogy az egészségügyi közvetítői eljárás az elmúlt bő 10 év alatt *sem vált kellően ismertté, nem alakult ki a hatékonyságával kapcsolatos bizalom.* Ennek oka véleményem szerint, hogy nem propagálják kellőképpen, nagyon sokan nem tudnak erről a lehetőségről, vagy ha ismeretes is számukra, akkor sincs kellő információjuk ahhoz, hogy bizalom alakuljon ki az eljárás irányába.

Ezek mellett természetesen vannak olyan *egyéb tényezők* is, melyek a közvetítői eljárás ellen hatnak. Vannak olyan esetek, amikor nem jelenthet megoldást az egészségügyi közvetítői tanács segítségének az igénybevétele. Ilyen például, amikor a hatóság kötelező intézkedése szükséges, illetve az egészségügyi dolgozó büntetőjogi felelősségre vonásának van helye. Valószínűsíthetően nem lehet megoldani a felek közötti konfliktust, ha a megegyezési szándék hiányzik vagy például, ha egy egészségügyi ellátásokkal szemben szkeptikus, negatív megítéléssel rendelkező betegről van szó.⁴⁸⁵

2.2. A békéltető testületi eljárás lehetőségei az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggő jogvitákban

Kevésbé ismert, hogy *a fogyasztóvédelmi békéltető testületek eljárása az egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatos* konfliktusok területén is igénybe vehető bizonyos esetekben, vitarendezésre és akár kompenzációra is sor kerülhet az eljárás eredményeként. Eközben az élet más területeinek fogyasztói jogvitáiban egy nagyon

⁴⁸⁵EÖRSI-ÁBRAHÁM i.m. 174.

eredményesen alkalmazott, népszerű igényérvényesítési úttá vált, mivel gyors, költséghatékony, egyeztetésen alapuló és *egyezség kialakítására irányuló* eljárás, melyben azonban ennek eredménytelensége esetén is döntés születik, ami a megfelelő feltételek mellett jogilag kötelező erejű. Tekintettel arra, hogy a békéltető testületek eljárásának témámat érintő vonatkozásai és eredményei meglehetősen szűkek, *arra helyezem a hangsúlyt, hogy a jövőben milyen szerepe lehet a testületeknek az egészségügyi konfliktusok tekintetében* és ehhez véleményem szerint milyen változtatások szükségesek. Így az eljárási szabályok tárgyalásánál is csak néhány alapvető részlet problémaorientált megközelítésére, illetve a közvetítői eljárással történő összevetésre törekszem. A fejezet elkészítésében segítségemre voltak egy békéltető testületi elnök által rendelkezésemre bocsátott információk is.

2.2.1. A békéltető testületi eljárásról általában

A békéltető testület eljárásának igénybe vétele a fogyasztói jogviták bíróságon kívüli rendezésére 1999-től elérhető. A békéltető testületek létrehozásának *alapjául külföldi példák szolgáltak*, az Európai Unió jogharmonizáció által támasztott követelmény pedig egy olcsó, gyors és hatékony peren kívüli út megteremtése volt a fogyasztói jogviták rendezésére.⁴⁸⁶ A békéltető testületi eljárás *átmenetet képez a* korábbi egységben bemutatott *közvetítői eljárás és a választottbírói eljárás között*, ugyanis az egyezség létrehozása az elsődleges cél, ennek eredménytelensége esetén pedig döntés hozatala a jogvitában.⁴⁸⁷

A békéltető testületek *a megyei és fővárosi kereskedelmi és iparkamarák mellett működő független testületek*, melyek elnökből, elnökhelyettesből és tagokból állnak. Minden békéltető testület legalább 10 tagból áll, akikkel szembeni képesítési követelményeket, a kizáró és összeférhetetlenségi okokat az 1997. évi CLV. törvény a fogyasztóvédelemről (a továbbiakban: Fvtv.) határozza meg.⁴⁸⁸ A tagok megbízatása 4 évre szól, tevékenységüket díjazás ellenében végzik. Ennek költségeit azonban a

⁴⁸⁶ KASZAINÉ MEZEY Katalin, *Fogyasztói jogok. Kézikönyv kereskedőknek, szolgáltatóknak, vállalkozóknak és vásárlóknak*, HVG-ORAC, Budapest, 1998, 55.

⁴⁸⁷ DECASTELLO Alice, *A közvetítői törvények összehasonlítása, különös tekintettel az egészségügyi közvetítésre*, Jura, 2007, 1. szám, 151.

⁴⁸⁸ Fvtv. 22-24. §.

közvetítői eljárással ellentétben nem az eljárás résztvevőire terhelik, ami előny a közvetítéshez képest, hisz az eljárás költségei alacsonyabb szinten maradnak.⁴⁸⁹

A békéltető testületek *hatásköre* a fogyasztó és a vállalkozás közötti, az áruk és szolgáltatások minőségével, biztonságosságával, termékfelelősségi szabályok alkalmazásával, illetve szerződések megkötésével és teljesítésével kapcsolatos jogvitákra terjed ki. Az egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatos konfliktusok esetén a kialakult gyakorlat szerint a beteg akkor tekinthetik fogyasztónak, ha közvetlenül fizetett az egészségügyi szolgáltatásért. Amennyiben az OEP által finanszírozott ellátásról van szó, nem jön létre fogyasztói szerződés a békéltető testületek gyakorlata szerint.⁴⁹⁰ Amennyiben az egészségügyi intézmény költségvetési szervként működik, a gazdálkodó tevékenységével összefüggő polgári jogi kapcsolatai vonatkozásában kell gazdálkodó szervezetnek tekinteni, vagyis e tekintetben rendelkeznek hatáskörrel a békéltető testületek felette.⁴⁹¹

Az eljárás kezdeményezését megelőzően kötelező egyeztetést megkísérelni az érintett gazdálkodó szervezettel, mely véleményem szerint pozitív vonása az eljárásnak. Minél több alkalommal van párbeszéd és egyeztetés a felek között, annál nagyobb az esélye a konfliktus feloldásának. Az eljárást a fogyasztó vagy fogyasztói érdekek képviselőjét ellátó társadalmi szervezet kezdeményezheti a testület elnökéhez benyújtott írásbeli kérelmével. Vagyis a közvetítői eljárással ellentétben itt nincs mód arra, hogy az egészségügyi intézmény kezdeményezze az eljárást.⁴⁹² Véleményem szerint egészségügyi szolgáltatásokat érintő konfliktusok esetén indokolt lenne megadni az intézménynek is a lehetőséget, hogy kezdeményezhesse, hogy a vitás ügy békéltető testület elé kerüljön. A másik különbség az eljárás megindításával kapcsolatban a közvetítői eljáráshoz képest, hogy ott csak abban az esetben folytatható le az eljárás, ha ahhoz a másik fél is hozzájárult, vagyis, ha mindkét fél egyetért a vitarendezés ezen formájával. Békéltető testületi vitarendezés esetén viszont, ha a jogosult eljárást kezdeményez, akkor azt a testület lefolytatja, a másik oldalnak nem kell ehhez

⁴⁸⁹ Egyébként is költséghatékonyabb a békéltető testületi eljárás a közvetítői eljáráshoz képest, hisz itt eljárási díjat nem kell fizetni, a végén pedig az eljárással kapcsolatban felmerülő költségeket az fizeti, akinek a terhére az ügyet eldöntötték.

⁴⁹⁰ A békéltető testületi elnökkel folytatott konzultáció alapján, összhangban a FÉBÉSZ álláspontjával (A FÉBÉSZ honlapja: http://www.febeszeu/content/fogyasztovedelem_egeszsegugyben letöltve 2014. április 9.)

⁴⁹¹ Pp. 396. §

⁴⁹² Vagy akár az intézmény érvényesítsen igényt a beteggel szemben, ami a közvetítői eljárás keretében lehetséges.

hozzájárulását adnia. Úgy gondolom, hogy *e tekintetben előnyösebb a békéltető testületi vitarendezés szabálya*, hisz közvetítés esetén az eljárás lefolytatásával kapcsolatban megkívánt konszenzus is egy olyan tényező, melyen elbukhat a vitarendezés peren kívüli esélye.

A *hatásköri és illetékességi vizsgálatot* követően a testület elnöke kitűzi a *meghallgatás időpontját*, melyről értesítést küld. Ebben felhívja a feleket, hogy tegyenek javaslatot az eljáró tanács egy-egy tagjára. A békéltető testület fő szabályként *háromtagú tanácsban* jár el,⁴⁹³ az egyik tagot a fogyasztó a másikat a vállalkozás jelöli ki a békéltető testületi tagok listájáról, ők pedig kijelölik a testület elnökét. Szükséges, hogy *legalább az egyik tanácstag jogi végzettséggel rendelkezzen*, véleményem szerint *egészségügyi jogvitákban indokolt lenne az egészségügyi végzettséggel rendelkező tag jelenléte is*. A békéltető testület elnöke a vállalkozásnak küldött értesítésben arra is kötelezi, hogy válasziratban nyilatkozzon az ügyet érintően, jelölje meg az állításait alátámasztó tényeket, bizonyítékokat, csatolja az okiratokat.⁴⁹⁴ Ekkor kell továbbá nyilatkozatot tennie arról is, hogy *a testület döntésének aláveti-e magát a vállalkozás vagy sem*, azaz jogilag milyen következménnyel jár a tanács döntése. A testület döntése abban az esetben lesz kötelező, ha az érintett gazdálkodó szervezet az eljárás kezdetekor vagy legkésőbb a döntés meghozataláig magára nézve kötelezőnek ismeri el. Lehetséges az is, hogy a vállalkozás *általános alávetési nyilatkozatot* tesz, amiben vállalja, hogy békéltető testületi eljárás esetén a tanács döntését kötelezőnek ismeri el.⁴⁹⁵ Az eljárás hatékony működését erősítené, ha minél több egészségügyi intézmény tenne ilyen tartalmú nyilatkozatot. Amennyiben a vállalkozás úgy nyilatkozik, hogy nem fogadja el kötelezőnek a testület döntését, vagy e tárgykörben nem nyilatkozik, akkor *csak ajánlás lesz a tanács döntése*. Fontos és helyes, hogy ez még később felülírható, a határozat kihirdetése után is tehető még olyan nyilatkozatot, mellyel a testület döntését kötelezőnek ismeri el.⁴⁹⁶

Az Fvtv. lehetővé teszi, hogy a békéltető testület elnöke kezdeményezze az eljárás *írásbeli lefolytatását*, amennyiben ehhez mindkét fél hozzájárul ilyen módon is eljárhat a tanács.⁴⁹⁷ Véleményem szerint *ez a rendelkezés ellentétes a békéltető testületek*

⁴⁹³ Ha a fogyasztói jogvita egyszerű megítélésű, lefolytathatja egy jogi végzettségű testületi tag is az eljárást. (Fvtv. 25. § (4) bekezdés).

⁴⁹⁴ SÁNDOR István, *A magyar fogyasztóvédelmi jog*, Unió, Budapest, 2003, 260.

⁴⁹⁵ Fvtv. 36/C. §

⁴⁹⁶ KASZAINÉ i.m. 77.

⁴⁹⁷ Fvtv. 29. § (7) bekezdés.

működésének lényegével, hisz ez esetben elmarad a személyes egyeztetés, a kommunikáció, ilyen módon pedig úgy gondolom, hogy csökken az egyezsége jutás esélye is. Semmiképp nem tartom indokoltnak ezt a lehetőséget az egészségügyi ellátással kapcsolatos konfliktusok esetén. Úgy szintén problémás a törvény azon szabálya, mely lehetővé teszi, hogy az eljárást akkor is lefolytassák, ha a vállalkozás nem tesz az ügy érdemére vonatkozó nyilatkozatot, illetve nem jelenik meg a képviselője az egyeztetésen.

A békéltető testületi eljárás elsődleges célja, hogy a felek olyan egyezsége jussanak, mely a jogszabályoknak megfelelő. Ez esetben a tanács határozatával jóváhagyja, kötelező erejű döntés születik. Az eljárás akkor is döntéssel zárul, ha a felek nem tudnak egyezsége jutni, ami pozitív vonás a közvetítői eljáráshoz képest. Ilyen esetekben az eljáró tanács hoz döntést, mely kiterjedhet a fogyasztó kérelmének elutasítására,⁴⁹⁸ a kérelem megalapozottsága esetén viszont a fent említett kötelezést tartalmazó határozat vagy ajánlás meghozatalára, attól függően, hogy a gazdálkodó szervezet elfogadta-e előzetesen a döntés kötelező voltát. Amennyiben a vállalkozás nem hajtja végre az egyezségben foglaltakat vagy a kötelezést tartalmazó határozatban foglaltakat, a fogyasztó kérheti a határozat végrehajtási záradékkal történő ellátását. Ajánlás esetén sem marad teljes mértékben következmény nélkül a gazdálkodó szervezet mulasztása, a békéltető testület ugyanis nyilvánosságra hozza a jogvita tartalmának lényegét és az eljárás eredményét.⁴⁹⁹

A tanács döntése ellen fellebbezésnek nincs helye, annak bíróság általi hatályon kívül helyezése kérhető bármelyik fél által, de csak az Fvtv.-ben meghatározott okokra hivatkozással.⁵⁰⁰ Ezen felül a fogyasztó a békéltető testület döntése ellenére még bíróság elé is viheti az ügyet.

2.2.2. A békéltető testületi konfliktuskezelés ellen ható tényezők az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggő jogvitákban

⁴⁹⁸ Fvtv. 32/A. §.

⁴⁹⁹ ÁBRAHÁM Edit, *Békéltető testületek: a fogyasztói jogviták rendezésének alternatív fórumai*, In: SÁRINÉ SIMKÓ Ágnes (szerk.), *Mediáció – Közvetítői eljárások*, HVG ORAC, Budapest, 2012, 301.

⁵⁰⁰ Fvtv. 34. § (3)-(4) bekezdés.

A békéltető testületi eljárásra az egészségügyi szolgáltatásokat érintő jogvitákban 2004 májusa óta van lehetőség.⁵⁰¹ Az Fvtv. 53. §-a tartalmazott olyan rendelkezést, mely az egészségügyi szolgáltatásokat kiemelte a törvény hatálya alól. Ez azonban kikerült a jogszabályból 2004-ben, így az egészségügyi szolgáltatásokra is kiterjed az Fvtv. hatálya, így az abban szabályozott békéltető testületi vitarendezés lehetősége is. A békéltető testületi *beszámoló adatai azt mutatják, hogy nagyon ritka az egészségügyi szolgáltatásokat érintő eljárás*, ha van is ilyen, akkor döntően egészségügyi, gyógyászati segédeszközökkel kapcsolatos problémák jelennek meg.⁵⁰² *Milyen okok állhatnak ezen konfliktuskezelési út a mellőzésének hátterében?*

Bizonyosan oka e jelenségnek az a *nagyfokú tájékozatlanság*, ami a konfliktuskezelés e lehetőségével kapcsolatban tapasztalható. Személyes tapasztalataim szerint sem az orvosok, sem a betegek, de még a betegjogi képviselők sem rendelkeznek megfelelő információkkal a békéltető testületekről. Ez pedig nyilvánvalóan *bizalmatlanságot* eredményez az eljárással szemben. Bár az egészségügyi kártérítési eljárások számának növekedése mögött az egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatos tudatos vásárlói attitűd erősödése is megjelenik, úgy gondolom, hogy a fogyasztóvédelmi szemlélet nem tekinthető általánosnak e szektorban, ezért is idegen és figyelmen kívül hagyott ez a lehetőség.

További problémát jelent véleményem szerint, hogy bár az egészségügyi ellátással összefüggő fogyasztói jogviták a fogyasztóvédelmen belül egy speciális területet képviselnek, mégis *teljes mértékben az általános békéltető testületi eljárás szabályai vonatkoznak rájuk*. Példaként említem a pénzügyi fogyasztói jogvitákat, melyeket már akkor is kiemelten kezeltek, amikor még az Fvtv. általános békéltető testületi eljárási szabályai vonatkoztak rájuk. Ugyanis pénzügyi szolgáltatásokat érintő jogviták esetén speciális előírást támasztott a törvény a békéltető testület összetételével kapcsolatban. Előírta, hogy ilyen esetekben a testületnek legyen olyan tagja, aki rendelkezik a pénzügyi szolgáltatási tevékenységgel összefüggő fogyasztói jogviták rendezéséhez szükséges végzettséggel és szakismerettel.⁵⁰³ 2011. július 1-jétől pedig az úgynevezett pénzügyi fogyasztói jogviták a speciális Pénzügyi Békéltető Testülethez tartoznak.⁵⁰⁴

⁵⁰¹ SIMON Tamás, *Emészthetőek-e a fogyasztói jogok az egészségügyben, avagy a betegtájékoztató jelenéről*, <http://www.384ugyvediiroda.hu/384/images/pdf/emeszthetoeok.pdf> (letöltve: 2013. május 30.).

⁵⁰² Lásd: a békéltető testületek hivatalos honlapja: http://bekeltetes.hu/index.php?id=besz_2009 (letöltve: 2013. december 12.).

⁵⁰³ Fvtv. 21. § a) pont, melyet azóta hatályon kívül helyeztek.

⁵⁰⁴ 2010. évi CLVIII. törvény V. fejezet.

Az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggő jogviták békéltető testületi rendezését is indokoltnak érzem *kiemelni az általános szabályok hatálya alól, de legalább a testület összetételére vonatkozó speciális előírás törvényi rögzítését.* Azaz annak előírását, hogy a jogász végzettségű tag mellett ilyen jogvitákban *kötelezően tagja legyen a testületnek egy olyan személy, aki rendelkezik egészségügyi végzettséggel és az e tárgykörű jogviták rendezéséhez szükséges szakismerettel.*⁵⁰⁵ Véleményem szerint nagyobb bizalmat adna a testület működésével és döntésével kapcsolatban, ha a jogi szakember mellett egészségügyi végzettségű szakember is köteles lenne részt venni a testület döntésében. *Ennek megvalósulása esetén nagyobb bizalom várható az egészségügyi szolgáltatók részéről is* az eljárás irányába, ami azért nagyon fontos, mert ez akár azt is eredményezheti, hogy többen tesznek alávetési nyilatkozatot és ismerik el kötelező erejűnek magukra nézve a döntést. Ez esetben pedig a betegek is szívesebben vennék igénybe ezt a lehetőséget, tudván, hogy az eljárás eredményes lesz és kérelmük elfogadása esetén egy jogilag kötelező erejű döntést kapnak. Ha ez kialakulna, akkor pedig valós alternatívát biztosítana ez az út a peres rendezés mellett.

Véleményem szerint *a békéltető testületek nagyon fontos szerepet tölthetnének be az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggő jogviták területén.* Egyrésztől azért, mert *peren kívül biztosítanak lehetőséget* a konfliktusok feloldására és az anyagi kompenzációra. Természetesen a perelkerülés minden előnyét magában foglalva. Így például, hogy az eljárás sokkal gyorsabb, mivel a jogszabály határidőt szab az eljárás lefolytatására. Ugyanakkor, a közvetítői eljárással ellentétben itt rövid idő alatt *bizonyosan születik döntés,* annak jogi jellegét a vállalkozás határozza meg az alávetési nyilatkozatával. Az időtényező mellett fontos előny a *költséghatékonyság.* Nagy pozitívumnak tartom az eljárás ingyenességét, szemben a közvetítői eljárás költségeivel. Ezek mellett, fontos, hogy egy ilyen típusú eljárás célja a felek közötti konfliktus feloldása egyeztetéssel, a probléma fogyasztó számára megnyugtató kivizsgálása, mindkét fél számára megnyugtató rendezése. *Az egyeztetés pedig bizonyosan több alkalommal is megtörténik* a felek között, hisz amellet, hogy a testület eljárásának is ez a célja, az eljárás megindításának előfeltétele, hogy a fogyasztó megkísérelje a vállalkozással a vitás ügy rendezését. Ugyanakkor az eljárás megindításához és

⁵⁰⁵ Részen egyetértve a FÉBÉSZ álláspontjával. (http://www.febez.eu/content/valtozik_fogyasztovedelmi_torveny_%E2%80%93_konnyebb_lesz_egeszsegi_jogvitak_rendezese) Letöltve: 2013. május 30.

lefolytatásához nem szükséges a felek kölcsönös egyezsége, amennyiben a fogyasztó békéltető testülethez fordul, a vállalkozásnak részt kell vennie az eljárásban.

IV. AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOKKAL ÖSSZEFÜGGŐ KÁRTÉRÍTÉSI FELELŐSSÉG ÉS ALTERNATÍV JOGVÉDELMI LEHETŐSÉGEK NÉHÁNY KÜLFÖLDI ORSZÁGBAN

Dolgozatom e fejezetében néhány külföldi ország vonatkozó szabályozásának és gyakorlatának vizsgálata, kritikai elemzése a célom. *Kiemelten fontosak a kutatómunkám eredményei szempontjából a következő alfejezetek*, ugyanis a hazai problémákkal kapcsolatos javaslatok megfogalmazásához elengedhetetlen, hogy a lehetőségek minél szélesebb tárházával ismerkedjem meg. *A külföldi minták iránymutatásként szolgálhatnak* a magyar rendszer hiányosságainak kiküszöbölésében, így véleményem szerint a hazai problémákra vonatkozó megalapozott állásfoglalás feltétele egy széles nemzetközi látókör kiépítése a témakörben.⁵⁰⁶

Az egyes országokat érintő *alfejezetek felépítése a hazai szabályozás elemzéséhez hasonló*. A különbség, hogy a téma feldolgozását ebben a fejezetben a polgári jogi vonatkozásokra és az alternatív jogvédelmi utakra szűkítem, melyek a hazai problémákkal kapcsolatos egységben is a legfontosabb szereppel bíró kérdések. A felelősség büntetőjogi, etikai, munkajogi vonatkozásai nem képezik az egységek tárgyát a terjedelmi korlátokra tekintettel. *A további eltérések az adott kompenzációs modell egyedi sajátosságaiból adódnak*. A külföldi fejezet tárgyát képező államok kijelölése *előzetes tanulmányokon alapuló tudatos választás*, olyan országok kompenzációs rendszereinek elemzését választottam, melyeknek megismerése hasznos és tanulságos a hazai szabályozás változásának lehetséges irányai szempontjából.

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.⁵⁰⁷

⁵⁰⁶ KADNER GRAZIANO, Thomas, *May Comparative Law Help to Find an Answer? – The Example of the (Worldwide) Search for a Fair Scope of Liability in Cases of Professional Negligence*, Chinese Yearbook of Private International Law and Comparative Law 2011, 165.

⁵⁰⁷ ESSINGER, Kaj, *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.

Míg a *peres rendszerekben* jellemzően az adott ország polgári törvénykönyvében található kártérítési jogi szabályokat alkalmazzák, az eljárás bíróság előtt folyik,⁵⁰⁸ 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.⁵⁰⁹ Markáns elkülönítő jegye még a no fault rendszereknek, hogy a cselekmény felróhatóságának vizsgálata nélkül egy speciális, úgynevezett baleseti kompenzációs rendszeren keresztül történik a kompenzáció. Az országok nagy része a hagyományos peres kategóriához tartozik, míg a no fault rendszert a mintaállamot képező Új-Zéland mellett a Skandináv területeken alkalmazzák, illetve Franciaországban jelenik meg meghatározott károk vonatkozásában.

⁵⁰⁸ Ennek minden hátrányos következményével együtt, így például: elhúzódó perek, magas adminisztratív költségek.

⁵⁰⁹ Ennek előnyös vonásai: az eljárás leegyszerűsödik és felgyorsul, az adminisztratív költségek leredukálódnak, sokkal több beteg jut kompenzációhoz.

1. Németország

1.1. A kárfelelősség formái Németországban

Németországban az egészségügyi szolgáltató és a beteg között fő szabályként *szereződéses kapcsolat* jön létre. *Többféle szerződéstípus* alakult ki, melyek eltérően osztják meg a felelősséget az orvos és az egészségügyi intézmény között. Emellett alkalmazhatók lehetnek a szerződésen kívüli károkozásra vonatkozó szabályok is, ha bárki egy másik egyénnek kárt okoz és a felek közt nincs közvetlen szerződéses kapcsolat. Eltérően a francia modelltől⁵¹⁰ itt lehetséges *a két felelősségi rend kumulálódása*. Mind a deliktuális mind a kontraktuális felelősség *felrőhatóságon* alapul.

Fontosnak tartom kiemelni, hogy 2002-ben *jogszabályi változás* történt. Ezt megelőzően nem vagyoni kártérítési igény szerződésszegésért való felelősség keretében nem volt érvényesíthető csak a szerződésen kívüli károkozás szabályai körében. Viszont a kontraktuális felelősség körében az elévülési idő jóval meghaladta a deliktuális felelősségnél meghatározott 3 évet. A jogszabály módosítást követően *egységesülés* figyelhető meg egyrészt az elévülési idő tekintetében, emellett pedig szerződésszegés esetén is lehetővé vált a nem vagyoni kártérítés igénylése személyes sérelem bekövetkezése esetén. Viszont szerződésszegéssel okozott károk esetén bevezetésre került a *vétkesség vélelme*.⁵¹¹

Létezik a károk meghatározott csoportjára az *objektív felelősség* is,⁵¹² ahol tehát a felrőhatóság nem követelmény, viszont ezen igények vizsgálatánál is megmarad a hagyományos bírósági közeg, itt sem lépünk ki a hagyományos peres modellből.

Ezek mellett pedig egyes károkra vonatkozóan *állami felelősség* áll fenn. Az alábbiakban a fentebb említett négy felelősségi formát fejtem ki részletesebben.

⁵¹⁰ Ahol nem lehet egyszerre a deliktuális és a kontraktuális szabályok alapján is kártérítést érvényesíteni.

⁵¹¹ WENDEHORST, Christiane, *Compensation in the German Health Care Sector*; In: DUTE, Jos – FAURE, Michael – KOZIOL, Helmut (eds.), *No-fault Compensation in the Health Care Sector*, Vienna, Springer Wien, 2004, 278.

⁵¹² Egyes német jogászok nem elkülönített csoportként tekintenek erre a felelősségre, hanem a deliktuális felelősség részeként.

1.1.1. Szerződéses felelősség

A Német Polgári Törvénykönyv (BGB) rendelkezései szerint az egészségügyi szolgáltató és a beteg között fennálló szerződés egy *szolgáltatási szerződés*, melynek lényege, hogy a szolgáltató nem arra vállal kötelezettséget, hogy egy meghatározott eredményt érjen el, hanem arra, hogy a szerződés tartalmának megfelelően *egészségügyi szolgáltatást nyújtson*.⁵¹³ Arra, hogy mi minősül megfelelő egészségügyi ellátásnak a felelősségi előfeltételekről szóló egységben részletesebben is szólok.

A *legáltalánosabb*, hogy a beteg csak a kórházzal köt szerződést, így a kórház lesz felelős, mind az egészségügyi ellátásért, mind az ápolásért, mind pedig a hotelszolgáltatásokért. Így, ha probléma történik az ellátás során, a kórházat perelheti a beteg a köztük létrejövő szerződés megszegéséért.⁵¹⁴

Lehetséges, hogy a beteg amellet, hogy a kórházzal is szerződéses viszonyba kerül, *kiegészítő szerződést* köt egy orvossal is, kiválasztja őt például egy műtéti beavatkozás elvégzésére. Ebben az esetben az *orvos személyes kötelezettséget vállal* a beteg ellátására, más személy csak akkor végezheti el a beavatkozást, ha a beteg ebbe kifejezetten beleegyezik. Mivel ebben az esetben a beteg és a kiválasztott orvos között *közvetlen szerződéses kapcsolat* van, a beteg a nem megfelelő kezelés esetén perelheti az orvost szerződésszegésért. A kórházzal szemben ilyen esetben csak az ápolás vagy hotelszolgáltatás körében megvalósuló szerződésszegő magatartásokért indítható eljárás.⁵¹⁵

További lehetőség, amikor az orvos nem áll munkavégzésre irányuló jogviszonyban a kórházzal, ahol elvégzi a beavatkozást, csupán a kórház által nyújtott infrastruktúrát veszi igénybe annak elvégzéséhez. Ilyenkor is *külön szerződés* van a beteg és az orvos, valamint a beteg és a kórház között is. A *kezelés hibáiért* itt is az *orvos lesz felelős*, az ápolás és a hotelszolgáltatás körében pedig a kórház.⁵¹⁶

⁵¹³ PETRY, Franz Michael, *Medical Practitioners Liability in German law*; In: FAURE, Michael – KOZIOL, Helmut (eds.), *Cases on Medical Malpractice in a Comparative Perspective*, Vienna, Springer-Verlag, 2001, 35.

⁵¹⁴ Uo. 36.

⁵¹⁵ WENDEHORST i.m. 284.

⁵¹⁶ DÓSA [2004] i.m. 68.

1.1.2. Szerződésen kívüli felelősség

Ahogy említettem lehetőség van arra is, hogy a beteg a szerződésszegéssel okozott kár megtérítésével egyidejűleg a *szerződésen kívüli károkozás* szerint is igényt érvényesítsen azzal szemben, akivel közvetlen szerződéses jogviszonyban nem áll ugyan, de az őt ért személyes sérelem bekövetkezéséért felelős. A szerződésen kívüli károkozás alapján *mindenki felelősséggel tartozik* a tevékenységéért, hibáiért. Kiegészítő szabály, hogy a felróhatóság mint a deliktuális felelősség egyik alapfeltételének megállapításánál az is kellő alapot jelenthet, ha valaki a szervezés, alkalmazottak megválasztása, utasítása, felügyelete során követett el hibát.

1.1.3. Objektív felelősség

Az egészségügyi szolgáltatók felelőssége körében *fő szabály a felróhatóságon alapuló felelősség*, az ettől független felelősségre vonás csak kivételes esetben lehetséges mind az orvosok, mind pedig a kórházak esetében. Csak abban az esetben alkalmaz a bíróság objektív felelősséget, ha orvostudományi kutatás során, radioaktív anyag alkalmazása folytán okoznak sérelmet a betegnek.⁵¹⁷

1.1.4. Állami felelősség

Szintén nem bír központi jelentőséggel az *állami felelősség*, mely akkor jön figyelembe, ha az orvos egy tisztán közjogi jogviszony szereplőjeként látja el a tevékenységét. Ide tartozik például, ha egy büntetőügyben elrendelik egy orvosi vizsgálat elvégzését és ennek során történik probléma. A kötelező védőoltásokért való felelősség szintén ebbe a körbe tartozik.⁵¹⁸

⁵¹⁷ WENDEHORST i.m. 282.

⁵¹⁸ Uo. 263.

1.1.5. Felelősségi viszonyok

A felelősségi formák vizsgálatát nyomán egy bonyolult felelősségi viszonyrendszer rajzolódik ki.

Láthatjuk, hogy az *orvos felelősségét megalapozhatja* egyrészt a közte és a beteg között fennálló *szerződéses jogviszony*. Amennyiben a beteg kiválaszt egy orvost egy adott beavatkozás elvégzésére akkor a köztük fennálló szerződés következtében az egészségügyi ellátásért az orvos lesz a felelős. *Amennyiben nincs az orvos és a beteg közt direkt szerződéses viszony* (mert például a páciens csak a kórházzal kötött teljeskörű ellátásra vonatkozó szerződést), az orvos felelősségét az általa végzett kezelés során elkövetett hiba, az ennek következtében a betegnek okozott sérelem is megalapozhatja a szerződésen kívüli kárfelelősség alapján. Emellett az orvos felelősségét az általa *igénybe vett közreműködő felróható magatartása* is megalapozhatja, amennyiben az orvos maga kérte az illető közreműködését vagy legalább beleegyezett. Végül a vezető beosztású orvosok, főnövérek esetében a felelősség kiterjed az irányításuk alá tartozók megfelelő utasításokkal való ellátására, felügyeletére, munkaszervezési kérdésekre is.⁵¹⁹

Az intézményi felelősség körében is lehetséges, hogy a felelősséget a beteg és az egészségügyi intézmény közötti szerződés alapozza meg. Ritka eset, hogy a beteget a kórházhoz ne fűzze szerződés csak az ellátó orvoshoz, így a felelősség általában a szerződésszegés körében állapítható meg. Láthattuk, hogy amennyiben teljeskörű ellátásra vonatkozóan köt szerződést a páciens az intézménnyel, csak vele áll szerződéses viszonyban, az intézmény lesz felelős minden szolgáltatásért, beleértve az egészségügyi szolgáltatást is. Viszont az is lehetséges más szerződéstípus esetén, hogy a kórház csak az ápolásért és a hotelszolgáltatásokért felel, az ellátásért pedig az orvos. Szintén felmerülhet *szerződésen kívüli károkozásért való felelősség is*, melyet a kórház igazgatójának, vezető beosztású munkavállalóinak a magatartása alapozhat meg. Például, a kórház igazgatója felelős azért, hogy megfelelő higiénés viszonyok között, megfelelő állapotú infrastruktúrával dolgozzanak az orvosok.⁵²⁰

⁵¹⁹ PÉTRY [2001] i.m. 41.

⁵²⁰ PÉTRY [2001] i.m. 43.

A felelősségi viszonyok részese a biztosító is, amely az érintett orvos vagy egészségügyi intézmény felelősségbiztosítását látja el. A német jogszabályok alapján az orvosoknak kötelező felelősségbiztosítást kötni, mivel saját felróható magatartásukért személyesen is felelősségre vonhatóak, a kórházakat viszont ilyen kötelezettség nem terheli, számukra ez csak lehetőség.

1.2. A felelősség előfeltételeinek vizsgálata

1.2.1. A megfelelő színvonalú egészségügyi ellátás követelménye

Minden egészségügyi ellátással kapcsolatosan *támasztott igény általános alapja*, hogy a kezelés nem felelt meg az általánosan megkívánt színvonalnak. A betegnek ugyanis minden körülmények között joga van arra, hogy *szakszerű kezelést* kapjon, amely egy kellő tapasztalattal rendelkező orvos által, az aktuális orvostudományi eredményeket is figyelembe véve nyújtott ellátást jelent.⁵²¹ Az ellátás *akkor nem felel meg* ez utóbbi kívánalomnak, ha a kezelés időpontjában már rendelkezésre áll egy újabb, biztonságosabb, az orvostudomány által elfogadott kezelési mód. Ez nem jelent kötelezettséget arra, hogy minden új orvostudományi eljárást azonnal alkalmazni kellene.⁵²² Abban az esetben kell nem megfelelő színvonalúnak, elavultnak tekinteni a régebbi kezelési módot vagy technikai eszközt, ha az új kezelési módot vagy eszközt már megfelelően tesztelték, helybenhagyták, széles körben alkalmazzák, a beteget kevesebb kockázatnak teszi ki, mint a régebbi, illetve a sikeres kezelés esélye az új módszernek vagy eszköznek köszönhetően jelentősen nagyobb.

1.2.2. A felróhatóság vizsgálata

A felelősség megállapításának fontos előfeltétele, hogy az előbb említett megfelelő ellátási színvonalról felróható módon eltérjen a kezelést végző orvos. Igaz minden eset

⁵²¹ NYS, Herman, *European Committee on Legal Co-Operation, Report on Medical Liability in Council of Europe Member States*, Strasbourg, 7 March 2005, 16.

⁵²² PETRY [2001] i.m. 37.

egyedi, azonban mégis csoportosíthatjuk, hogy melyek a leggyakrabban előforduló típusú hibák, melyek a felróhatóság megállapítását eredményezhetik.

Az egyik csoporthoz tartoznak az úgynevezett *kezelési hibák*, a másik kategóriát pedig *a nem megfelelő tájékoztatásból* a tájékozott beleegyezés hiányából eredő visszasságok alkotják.⁵²³

Az egészségügyi ellátás különböző szakaszaihoz más és más tipikus kezelési hibák társíthatók. Az ellátás első szakasza a beteg kivizsgálása a diagnózis felállítása céljából, mely magában hordozza a téves diagnózis felállítását mint hibalehetőséget. Ilyen esetekben *különbséget* kell tenni az alapján, hogy az *orvos elvégezte-e a szükséges teszteket* és azok értékelése során jutott *téves eredményre, vagy pedig azért nem megfelelő a diagnózis*, mert *el sem végezte* a szükséges vizsgálatokat.⁵²⁴ Előbbi esetben a bíróság csak alapvető diagnosztikai hiba miatt marasztalja el. Figyelembe veszik ugyanis azt a bizonytalansági tényezőt, mely az orvoslás természetéből és az emberi test kiszámíthatatlanságából fakad. Egyes betegségek gyakran nehezen felismerhetők és az is lehetséges, hogy nem tipikus tünetekkel jelentkeznek az adott betegnél. Viszont, ha a hibás diagnózis abból fakad, hogy az orvos nem végezte el az adott tünetegyüttes által megkívánt szükséges vizsgálatokat, egyértelműen kezelési hibáról van szó és a magatartás felróhatónak minősül.⁵²⁵

Az ellátás következő szakasza a *megfelelő kezelés megválasztása*. Az orvos felelősséggel tartozik azért, hogy a rendelkezésre álló lehetőségek közül a legmegfelelőbbet válassza a beteg számára. Ez nem jelent kötelezettséget arra nézve, hogy az opciók közül a legkisebb kockázatút kellene választania. Lehetnek olyan esetek, amikor igazolható a kockázatosabb kezelés szükségessége az adott páciensnél, illetve az is lehetséges, hogy a nagyobb kockázatú terápia alkalmazása esetén sokkal kedvezőbb a beteg gyógyulási esélye. Felelősséget alapozhat meg az is, ha egy egészségügyi intézmény elvégző egy kockázatos beavatkozást, holott a személyzet képzettsége vagy az eszközök elavultsága indokoltá tenné, hogy a beteget egy másik intézménybe irányítsák.⁵²⁶

⁵²³ WIELAND, Miriam, *The Economic Analysis of German Medical Malpractice Law- with the Emphasis on the Allocation of Burden of Proof*, University of Hamburg, 2000/2001, 16.

⁵²⁴ PETRY [2001] i.m. 38.

⁵²⁵ NYS [2005] i.m. 17.

⁵²⁶ PETRY [2001] i.m. 43.

A kezelési hibák mellett a *nem megfelelő tájékoztatás* is megalapozhatja az ellátó felelősségét. A tájékoztatási kötelezettség az egyén önrendelkezési jogából fakad, csak akkor tudja megalapozottan eldönteni, hogy vállalja-e a kezelést, ha megfelelően informálják őt. A beteg rendszerint ugyanis nincs birtokában a betegségekkel, kezelésekkal kapcsolatos ismereteknek, információs aszimmetria jelenik meg, amit ki kell egyenlíteni. Így az orvosnak tájékoztatnia kell a beteget a beavatkozás lehetséges kockázatairól,⁵²⁷ a kezelés elmaradásának kockázatairól, illetve arról, hogy milyen mellékhatásokkal, utólagos hatásokkal kell esetlegesen számolnia. *Az orvosnak széleskörűen*, de nem túlzottan hosszadalmasan, bonyolult módon kell *tájékoztatnia* a páciens, *hogy megértse*, mivel jár az adott beavatkozás.⁵²⁸ Fontos, hogy a tájékoztatásnak *szóban is* meg kell történnie, és hogy *megfelelő időt* kell biztosítani a beteg számára, hogy *döntést hozzon*. Amennyiben a beteg megfelelően informált és beleegyezik a beavatkozás elvégzésébe, akkor a kezelés *jogszerű és érvényes*. Ha az orvos a beteg tájékozott beleegyezése birtokában megkezd a kezelést fontos, hogy köteles a beleegyezés keretei között maradni. Ha úgy véli, hogy olyan beavatkozás elvégzése is szükségessé vált, amelyre a páciens beleegyezése nem vonatkozott, akkor meg kell szakítania a kezelést és újabb hozzájárulást kérni.⁵²⁹

1.2.3. Kár bekövetkezése

A felelősség megállapításának az eddigieken túl előfeltétele, hogy kimutatható legyen a sérelmet szenvedett *személyt ért károsodás*. Amennyiben megállapítást nyer, hogy egy személy vagy szervezet kárt okozott, korlátozás nélkül meg kell azt fizetnie a károsult számára. A német jog is különbséget tesz vagyoni és nem vagyoni károk között.

A vagyoni károk megállapítása annak vizsgálata alapján történik, hogy *milyen helyzetben lenne a károsult akkor, ha nem szenvedte volna el a sérelmet*. Azaz, kárpótolni kell minden anyagi kárért, amely a sérelem következtében érte, olyan

⁵²⁷ Azokról a kockázatokról, melyek kifejezetten az adott kezeléshez vagy beavatkozáshoz kapcsolódnak (akkor is, ha ritka az előfordulásuk), azokról, amelyek jelentős károsodást vagy fogyatékoságot eredményezhetnek, illetve azokról is, amelyek egy laikus számára meglepőek lehetnek egy adott beavatkozással kapcsolatban.

⁵²⁸ STAUCH, Marc S., *Medical Malpractice and Compensation in Germany*, Chicago-Kent Law Review, 2011, Vol. 86., Iss. 3., 1157.

⁵²⁹ Természetesen, ha például egy műtéti beavatkozás során lép fel komplikáció és életveszélybe kerül a beteg, akkor az orvos túlléphet a beleegyezés határain és elvégezhet olyan beavatkozást is, amire a beteg beleegyezése eredetileg nem vonatkozott.

helyzetbe kell hozni, mintha az be sem következett volna.⁵³⁰ Vagyoni károk körében említhetjük például a *gyógykezelés költségeit*. Ebbe *beletartozik* minden szükséges ellátási költség, tekintet nélkül arra, hogy az adott kezelés eredményes volt-e. Vagyoni kárnak tekinthető a *jövedelem kiesés* is. Ezalatt nemcsak a kezelés ideje alatt elmaradt keresetet értjük, hanem a kialakult fogyatékoság és munkaképesség csökkenés következtében elszenvedett keresetvesztéséget is. Ezek mellett pedig *egyéb, járulékos költségekre* is igényt tarthat a károsult, melyek a sérelem következtébe időszakonként visszatérően jelentkeznek. Így például rehabilitációs kezelések gyógyfürdőben, gyógyászati segédeszközök, automataváltó a gépjárműbe, fogyatékoság esetén a lakóház akadálymentesítésének költségei.⁵³¹

Nem vagyoni kárnak minősül minden olyan veszteség, mely direkt vagyonszökkenést nem eredményez ugyan, de olyan személyiségi jogsértés következik be, amely valamilyen fájdalmat, betegséget idéz elő, vagy legalább a károsultat tartósan vagy időlegesen akadályozza életmódjának szabad megválasztásában. Ennek egyik típusa a *fájdalomdíj*, mely egyrészt a károsult nem vagyoni kárainak megtérítését szolgálja, másrészt elégtételt biztosít számára az őt ért sérelmekért.⁵³²

Fontosnak tartom kiemelni, hogy annak ellenére, hogy növekvő tendenciát mutatnak a kártérítési összegek, *jóval alacsonyabb szinten maradtak a nem vagyoni kártérítések, mint például az USA-ban*. Több okra vezethetjük vissza azt a pozitív vonását a német rendszernek, hogy ezek az összegek nem nőttek olyan mértékben, ahogyan azt tengeren túli rendszerben láthatjuk. A normalizált keretek közt maradó kártérítések köszönhetőek egyrészt a *magas szintű szociális jóléti rendszernek*. Németországban a károk egy része ilyen formán is megtérül. Másrészt *eljárési okai* is vannak. Egyfelől az, hogy szabírók hozzák a döntést és semmilyen formában nincs jelen a laikus elem a bíróságokon, ráadásul a bírák többé-kevésbé követik az egyes sérelmekkel kapcsolatban kialakult kompenzációs gyakorlatot.⁵³³ Másrészt egy sajátos eljárási szabály, hogy szankcionálják azt a felperest, akinek a keresete eltúlzott⁵³⁴ azzal, hogy nem hárítják át ilyen esetben a

⁵³⁰ NYS [2005] i.m. 18.

⁵³¹ PETRY [2001] i.m. 51.

⁵³² FÉZER Tamás, *A nem vagyoni kártérítés megítélése a külföldi jogalkotásban és jogalkalmazásban*, Studia Iurisprudentiae Doctorandorum Miskolciensium, Tomus 5/1, 2004, 173.

⁵³³ STOLTZFUS JOST, Timothy, *The German Approach to Extrajudicial Malpractice Claims Resolution*, Ohio State Journal on Dispute Resolution, 1996, Vol. 11., 102.

⁵³⁴ Például kétszer annyi nem vagyoni kártérítést követelt keresetében, mint amennyit jogosnak ítélt a bíróság.

pervesztes alperesre a teljes perköltséget, hanem a felperessel megosztva kell kifizetni azt az eltúlzott igény miatt.⁵³⁵

1.2.4. Okozati összefüggés

A fenti előfeltételeken túl fontos, hogy az ellátást végző személy *jogellenes, felróható magatartása* és a *bekövetkező kár között* fennálljon az *okozati összefüggés*. Ennek megállapítása *több lépcsőben* történik. Elsőként azt vizsgálják, hogy a beteg által elszenvedett sérelem az ellátást végző orvos hibája nélkül is bekövetkezett-e volna. Amennyiben igen, akkor nincs meg az okozati kapcsolat és a felelősség nem állapítható meg.⁵³⁶ Ha viszont az orvos hibája nélkül nem következett volna be a sérelem, tovább vizsgálják, hogy melyek a sérelem bekövetkezése szempontjából jelentős cselekvések vagy mulasztások az orvos magatartása körében.

1.2.5. A bizonyítási teher alakulása

A *bizonyítási teher* alakulása az egész igényérvényesítés kimenetele szempontjából döntő fontosságú.

Fő szabályként azt mondhatjuk, hogy a *beteg mint felperes* lesz köteles mindazon tényt és állítást alátámasztani, amin a keresete alapul, és az *egészségügyi szolgáltató mint alperes* lesz köteles bizonyítani mindazokat a tényeket és állításokat, amelyek alapján a keresetet el kell utasítani.⁵³⁷ A beteg köteles bizonyítani, hogy az orvos a hibát vétett a kezelés során, és ezzel okozati összefüggésben kára keletkezett. *Érdekes különbség ez a magyar szabályozáshoz képest*, ahol is az *exculpation bizonyítás* érvényesül fő szabályként, így az egészségügyi szolgáltatónak kell bizonyítania, hogy a magatartása nem volt jogellenes és nem volt felróható, míg a beteg a kár bekövetkezését és mértékét, illetve az okozati összefüggést köteles bizonyítani. Elképzelhető, hogy a bizonyítási teher ilyen formában történő megosztása eredményezi, hogy igen sok keresetet

⁵³⁵ Ez nem vonatkozik azokra az esetekre, ahol a megítélt összeg és a keresetben igényelt kártérítés között nincs számottevő eltérés. Lásd The Library of Congress honlapja: <http://www.loc.gov/law/help/medical-malpractice-liability/germany.php> (Letöltve: 2010. december 1.).

⁵³⁶ WIELAND i.m. 19.

⁵³⁷ NYS [2005] i.m. 18.

megalapozatlannak találunk Németországban.⁵³⁸ Ez ugyanis komoly terhet ró a betegre. Fontos kiemelnünk, hogy ez csak a fő szabály, vannak olyan esetek, amikor megfordul a bizonyítási teher és az orvosnak kell azt alátámasztania, hogy megfelelően eleget tett a kötelezettségének, nem vétett hibát, vagy épp az okozati összefüggés fennállta vélelmezett. Az alábbiakban erre vonatkozóan említünk néhány példát.

Azokban az esetekben, ahol az orvos *ügynevezett durva kezelési hibát* vét,⁵³⁹ a betegnek nem kell bizonyítania a hiba és a bekövetkezett kár közötti okozati összefüggést, mert annak fennállását vélelmezik.⁵⁴⁰ Durva kezelési hiba alatt általánosságban alapvető szakmai szabályok érthetetlen, irracionális figyelmen kívül hagyását értjük, mellyel az orvos a biztonságos egészségügyi ellátást veszélyezteti, és melyet az orvos nem tehetne meg.⁵⁴¹ Ilyenkor *vélelmezik az orvos felelősségének fennállását*, aki csak úgy mentesülhet, ha bizonyítani tudja az okozati összefüggés hiányát, vagyis, hogy a sérelmet rajta kívül álló ok idézte elő.

Tipikus példa az eltérő bizonyítási teher tekintetében a *szervezési hiányosságokból adódó hibák* köre. Például, ha egy műtétet nem egy kellő tapasztalattal rendelkező, hanem egy kezdő, tanuló orvos végez el és a beavatkozás során probléma adódik, vélelmezik, hogy a beavatkozást végző orvos nem kellő szakmai felkészültségéből fakadó tévedése idézte elő a problémát.⁵⁴² Ilyenkor a kórháznak kell bizonyítania, hogy olyan szövődmény állt elő, mely akkor sem lett volna elkerülhető, ha a műtétet egy tapasztalt orvos végzi, vagy legalább felügyeli. Szintén a szervezési hibák körébe vonható, ha a vizsgálatok, kezelés dokumentációja egyáltalán nem áll rendelkezésre vagy hiányos. Ilyen esetekben is az alperest terheli annak bizonyítása, hogy a szükséges vizsgálatokat elvégezték, a kezelés teljes mértékben korrekt volt.⁵⁴³

Szintén nem az általánosnak megfelelően alakul a bizonyítás terhe a *tájékoztatási kötelezettség elmulasztásából eredő hibák* esetén. Ilyenkor ugyanis az orvosnak kell

⁵³⁸ The Library of Congress honlapja: <http://www.loc.gov/law/help/medical-malpractice-liability/germany.php> (Letöltve: 2010. december 1.).

⁵³⁹ Gross negligence=tudatos gondatlanság esetei.

⁵⁴⁰ WIELAND i.m. 23.

⁵⁴¹ Erre példaként szolgálhat egy olyan eset, melyben az orvos egy komoly műtéten átesett beteg megfigyelésének megszervezéséről nem gondoskodik, a páciensnél komplikáció lép fel, melynek következtében meghal.

⁵⁴² PETRY [2001] i.m. 5.

⁵⁴³ WIELAND i.m. 30.

kimentenie magát és igazolni, hogy a tájékoztatás megfelelő és korrekt volt, vagy, hogy a beteg a korrekt tájékoztatás megtörténte esetén is beleegyezett volna a kezelésbe.⁵⁴⁴

1.3. Felelősségbiztosítás

A német orvosi kamara szakmai magatartási kódexe előírja az orvosok számára *felelősségbiztosítási szerződés kötését* a tevékenységükkel kapcsolatos igényérvényesítések elleni megfelelő védelem érdekében.⁵⁴⁵ Egyéb jogszabályi kötelezés nincs, az intézményekre vonatkozóan pedig semmilyen előírás nincs a felelősségbiztosítási szerződés vonatkozásában.⁵⁴⁶ Ennek ellenére az intézmények többsége is kötött ilyen szerződést.

Problémák a német orvosi felelősségbiztosítással összefüggően is mutatkoznak. A kínálati oldal a hazai helyzettel ellentétben nem tekinthető szűknek, mivel bár több biztosítótársaság is kivonult a piacról, egyidejűleg újabbak csatlakoztak.⁵⁴⁷ A probléma inkább az egyre *növekvő biztosítási díjakból* adódik, melyek miatt több orvos nem tudja megfizetni a megfelelő védelmet nyújtó biztosítást.⁵⁴⁸ A kórházaknak pedig nem is kötelező ilyen szerződést kötni, így több intézmény felmondta a szerződését az emelkedett díj miatt.⁵⁴⁹ A díjemelkedések oka egyrésztől abban keresendő, hogy évről évre növekvő tendenciát mutatnak az egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatos igényérvényesítések.⁵⁵⁰ Pontos számadatok Németországban sem állnak rendelkezésre, ám becslések szerint⁵⁵¹ 20 ezer és 40 ezer közé tehető azon esetek száma évente, melyeknél kompenzációs igény merül fel.⁵⁵² Meg kell említenünk, hogy az esetek nagy

⁵⁴⁴ NYS [2005] i.m. 19.

⁵⁴⁵ Bundesärztekammer honlapja: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=4.3569> (letöltve: 2013. április 9.).

⁵⁴⁶ PETRY, Franz Michael, *Medical Liability in Germany*; In: KOCH, Bernard A., *Medical Liability in Europe*, De Gruyter, Germany, 2011, 241.

⁵⁴⁷ PETRY [2011] i.m. 242.

⁵⁴⁸ A kiemelten kockázatosnak minősülő szakmák képviselői (például szülészet nőgyógyászat) éves szinten több mint 10.000 Euroért válhatnak maguknak biztosítást. STAUCH i.m. 1164.

⁵⁴⁹ 1988 és 2008 között a kórházak biztosítási díjai átlagosan 439%-kal nőttek. PETRY [2011] i.m. 243.

⁵⁵⁰ A pontosság kedvéért kell az igényérvényesítés szót használnunk, hisz döntően peren kívüli megállapodással bonyolódnak le az ügyek.

⁵⁵¹ A felelősségbiztosítást nyújtó társaságok nyilvántartásai és az orvosi kamara által működtetett arbitrációs testületek adatai alapján becsült számok.

⁵⁵² Ez a mi viszonyaink között nagyon nagy számnak tekinthető, ha viszont ahhoz viszonyítunk, hogy Németország több, mint 80 millió lakossal rendelkezik, illetve, hogy hány orvos-beteg találkozás történik évente, akkor bár jelentős, de nem tekinthető extrémnek ez a szám. Emellett nyilvánvalóan nem minden esetben alapos az igény.

többsége nem kerül bíróságra, ami egy jelentős különbség a hazai helyzethez képest. A felelősségbiztosítást nyújtó társaságok maximálisan *törekcsenek a peren kívüli egyezsége*, nálunk ennek éppen ellenkezője tapasztalható. Másrészt hatékonyan működik az *alternatív vitarendezési út* is. A bíróságra került igényérvényesítések 30-40%-a bizonyul eredményesnek, és általánosságban vizsgálva a kártérítési összegek sem túlzóak. Viszont az igazán komoly sérelmet szenvedett személyek esetében kiemelkedően magas vagyoni és nem vagyoni kompenzációkat ítélnék meg, így összességében a kártérítésként kifizetett összegek is évről évre emelkedő tendenciát mutatnak.⁵⁵³

1.4. Alternatív konfliktuskezelési lehetőség

A felelősségi előfeltételek vizsgálatát követően fontosnak tartom, hogy szóljak a korábbiakban már említett, egyfajta előszűrő rendszerként is funkcionáló *alternatív vitarendezési formáról*, melyet nagyon pozitívnak tartok.

Összevetve a hazai közvetítői eljárással a *Németországban* kiépített vitarendezési mechanizmus *sokkal szélesebb körben ismert és elterjedtebb*, kihasználtabb lehetőség a pert megelőzően vagy helyette. Akár önmagában is alkalmas arra, hogy a bírósági utat elkerüljék a felek, ha mindkettejük számára elfogadható döntés születik. Akár azt is segítheti, hogy ha mégis bíróság elé kerül az ügy, köszönhetően annak, hogy előzetesen alapos informálódásra került sor, rövidebb idő alatt, egyszerűbben lezárható az eljárás. Érdekes adat, hogy Németországban a vitás esetek több, mint 90%-a megoldódik bírósági kereteken kívül. Egyrészt a német orvosi kamara által működtetett testületek vizsgálatai nyomán, vagy ezzel összefüggésben a felelősségbiztosító társaság közreműködésével peren kívül kötött egyezséggel.⁵⁵⁴

A korábbi fejezetben ismertetett alternatív vitarendezési utak közül a német modellről azt mondhatjuk, hogy az *arbitrációs modellhez* áll közelebb, viszont teljes mértékben nem azonosítható vele, a *döntés itt ugyanis nem kötelező* a felekre nézve. A lényege, hogy a német orvosi kamara különböző testületeket működtet, így egyezséget létrehozó testületeket, szakértői testületeket, illetve vegyes testületeket. A testületek felállítását az

⁵⁵³ STAUCH i.m. 1163.

⁵⁵⁴ STAUCH i.m. 1162.

1970-es évek közepén kezdeményezték a területi orvosi kamarák. Az egyezséget létrehozó testületek az orvos és a beteg közti vitás kérdésekről döntenek, a kártérítési igény jogszerűsége és akár összecszerűsége tekintetében is döntést hozhatnak. A szakértői testületek azzal kapcsolatosan adnak szakértői véleményt, hogy a betegnek nyújtott kezelés megfelelő színvonalúnak tekinthető-e.⁵⁵⁵

Az eljárás vonatkozásában *három fontos alapelvet* kell kiemelnünk. Az egyik az *önkéntesség elve*. Azaz, e vitarendezési mód pusztán egy lehetőség mindkét fél számára, senkit nem lehet arra kényszeríteni, hogy ilyen eljárásban vegyen részt. Így csak akkor kerül sor eljárásra, ha abba mindkét fél beleegyezett.

A másik alapelv az eljárás *ingyenessége*, ami véleményem szerint nagy pozitívumként emelhető ki. Az eljárási költségeket a kórházak által fizetett hozzájárulásokból fizeti az orvosi kamara.⁵⁵⁶

A harmadik alapelv, ami miatt nem tekinthető tisztán arbitrációs modellnek a kiépült mechanizmus, hogy a testületek által meghozott döntés *nem kötelező* erejű a felekre. Elfogadhatják, de ha nem felel meg bármelyikük számára elkezdődhet a bírósági eljárás. Ahogyan azt korábban is említettem a bíróság előtti eljárást is nagyban könnyítheti, ha előzetesen már történt vizsgálat az ügyben, viszont fontos kiemelni azt is, hogy kötőereje nincs a bíróság felé a testület döntésének.⁵⁵⁷

A peren kívüli vitarendezés ezen formája kiemelkedően előnyös vonásokkal rendelkezik, melyek az alábbiakban foglalhatók össze. Véleményem szerint a rendszer legnagyobb előnye, hogy a beteg számára ingyenesen adja meg a lehetőséget a problémák rendezésére. Azért tartom fontosnak ezt a lehetőséget, mert Németországban a pereskedés kifejezetten drága, az ügyvédek díja és az eljárás költsége magas.⁵⁵⁸ Az is pozitívum, hogy komoly *szakmai tudással rendelkező személyek által* történik meg az eset kivizsgálása jogi és orvosi szemszögből egyaránt. További előnyként említhető, hogy sokkal *rövidebb idő* alatt zajlik le egy ilyen típusú vizsgálat, mint a peres eljárás. Így ha a felek számára elfogadható a döntés, akkor a beteg előbb jut

⁵⁵⁵ NYS, Herman, *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, 21.

⁵⁵⁶ STAUCH i.m. 1161.

⁵⁵⁷ DÓSA [2004] i.m. 41.

⁵⁵⁸ STOLTZFUS JOST i.m. 96.

kompenzációhoz.⁵⁵⁹ Ha esetleg bírósági út igénybevétele történik, annak az igényérvényesítés idejét sem csorbítja, hisz az elévülési idő nyugszik egy ilyen eljárás időtartama alatt. Összességében pedig azt mondhatjuk, hogy sokkal *kevesebb megterhelést, vitát, érdekkellentétet generál egy ilyen egyeztető eljárás* az orvos és beteg között, mint a peres út, ami nagyon fontos.

⁵⁵⁹ Azokban az esetekben, amikor a vitarendezés ezen módját választják a felek, mindössze az ügyek 15-20%-ában követi az egyeztetést peres út, az esetek döntő többségében per nélkül születik megfelelő döntés. Lásd The Library of Congress honlapja: <http://www.loc.gov/law/help/medical-malpractice-liability/germany.php> (letöltve: 2013. április 9.).

2. Franciaország

2.1. Alapvető szabályok az orvosi felelősség körében

Az egészségügyi ellátás során bekövetkező kompenzáció szabályai tekintetében sokáig egy sajátos *kettősség* érvényesült Franciaországban. A *magánkórházak* illetve a *magánorvosok* felelősségére a Code Civilben található felelősségi szabályokat kellett alkalmazni, míg a *közkórházak* felelősségével kapcsolatos szabályokat egy másik jogszabály tartalmazta.⁵⁶⁰ Egy 2002-ben bekövetkezett jogszabályváltozás nyomán a *felelősségi szabályok egységessé váltak* és a közegészségügyi törvényben jelennek meg,⁵⁶¹ viszont a kettősség továbbra is megmaradt az igényérvényesítés fórumának különbözőségében. Vagyis ha a beteg egy állami kórházban⁵⁶² szenved sérelmet közigazgatási bírósághoz kell fordulnia, viszont amennyiben egy magánkórházban történik károsodás, polgári bíróság fog eljárni.⁵⁶³

A francia Semmítőszék a *Mercier*⁵⁶⁴ ügyben határozta meg az *orvosi felelősség szempontjából irányadó alapelveket*, melyek 2002-ig meghatározók voltak. Eszerint az orvos és a beteg közötti kapcsolat *szereződéses viszonyként értelmezhető*, mely szerződés alapján az orvos köteles figyelmesen, 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.⁵⁶⁵ 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 (például sterilizáció). Ilyenkor, ha az eredmény elmarad, a beteg fordulhat

⁵⁶⁰ Le Droit de la Responsabilité Administrative

⁵⁶¹ Code de la Santé Publique

⁵⁶² Franciaországban a kórházak 65%-a állami intézmény, 35%-a magánkórház. Lásd bővebben: WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Highlights on Health in France 2004*, WHO Regional Office for Europe, 2006, 32.

⁵⁶³ CARVAL, Suzanne – SETON-GREEN, Ruth, *Medical Liability in France*; In: KOCH, Bernard A. (ed.), *Medical Liability in Europe*, De Gruyter, Germany, 2011, 213.

⁵⁶⁴ DP 1936. 1. 88 Case Nicolas v. Mercier.

⁵⁶⁵ Amikor egy adott ügy kapcsán vizsgálják, hogy a kezelés megfelelő volt-e, akkor az orvos tevékenységét egy vele azonos helyzetben levő gondos, megfelelő kompetenciákkal rendelkező orvos által nyújtott kezelés színvonalával vetik össze. Lásd: NYS [2005] i.m. 3.

bírósághoz.⁵⁶⁶ Viszont, ha például nem valamely szerződéses kötelezettség megszegése okozott kárt, vagy ha olyan beteget láttak el, aki nem volt abban az állapotban, hogy beleegyezését adja a kezeléséhez, akkor a szerződésen kívüli károkozásra⁵⁶⁷ vonatkozó szabályokat alkalmazták.⁵⁶⁸

Az említett 2002-es jogszabályváltozás egy egységes, felróhatóságon alapuló felelősségi rendszert teremtett a jogviszony szerződéses vagy szerződésen kívüli voltának meghatározása nélkül, mely valamennyi egészségügyi szolgáltatóra és orvosra vonatkozik.⁵⁶⁹

2.2. A felelősség előfeltételei, a felróhatóság

Ahhoz, hogy a sérelmet szenvedett páciens kártérítésben részesüljön szükséges, hogy bizonyítható legyen az őt kezelő orvos hibája, magatartásának felróhatósága. Az esettel kapcsolatos tényeket és az orvos hibáját az eljárás folyamán a *betegnek kell bizonyítania*, ami komoly terhet jelent. Nem mindig egyértelmű, hogy a sérelem az őt ellátó egészségügyi dolgozó felróható magatartásának következménye-e. Vannak ugyanakkor olyan esetek, amikor a *bizonyítási teher megfordul*, és az orvosnak kell bizonyítania, hogy megfelelően eleget tett a kötelezettségének.⁵⁷⁰

A betegnek joga van arra, hogy a leggondosabb ellátásban részesüljön, olyan kezelést kapjon, melynek a hatékonysága elismert és a legnagyobb biztonságot garantálja az orvostudomány aktuális állása szerint. A megelőzés, vizsgálat, kezelés végrehajtása során figyelemmel kell lenni arra az elvre, mely szerint a beteg nem tehető ki a várható előnyös következményekhez képest aránytalan kockázatoknak.⁵⁷¹ A *felróhatóság különböző kötelezettségek megszegése* kapcsán állapítható meg. Így például akkor, ha bizonyítható, hogy az orvos eltért a fentebb kifejtett megfelelő színvonalú kezeléstől. A

⁵⁶⁶ 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: NYS [2005] i.m. 5.

⁵⁶⁷ Art. 1382 CC: minden olyan kárt, amelyet egy személy egy másik magatartásának következtében szenved el, annak kell megtérítenie, akinek a hibájából a kár bekövetkezett.

⁵⁶⁸ ESSINGER i.m. 2.

⁵⁶⁹ CARVAL – SETON GREEN i.m. 210.

⁵⁷⁰ Ilyen például a tájékoztatással kapcsolatos kötelezettség teljesítése. G'SELL-MACREZ, Florence, *Medical Malpractice and Compensation in France*, Chicago-Kent Law Review, 2011, Vol. 86, No. 3, 1102.

⁵⁷¹ G'SELL-MACREZ i.m. 1098.

felróhatóság mint előfeltétel megvalósulását eredményezheti az is, ha az orvos nem tartja tiszteletben a beteg jogait. A betegjogok vonatkozásában kiemelendő, hogy 2002-ben került sor egy törvény elfogadására,⁵⁷² melynek nyomán többek között a közegészségügyi törvény is módosult, kibővült egy betegjogokkal kapcsolatos fejezettel.⁵⁷³ A törvény lefekteti, hogy nem létezhet demokratikus egészségügyi rendszer anélkül, hogy a betegjogok ne lennének deklarálva, illetve ne lenne biztosítva az érvényesülésük.⁵⁷⁴ 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.⁵⁷⁵

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 mielográfiát⁵⁷⁶ végeztek, melynek következtében epilepsziás panaszok alakultak ki, ami ennek a vizsgálatnak lehetséges szövődménye, de őt erről előzetesen nem tájékoztatták. A vizsgálat elvégzése során hiba nem történt, a beteg pusztán arra alapította kártérítési igényét, hogy nem kapott tájékoztatást erről a kockázatról, így az orvos megszegte a tájékoztatással kapcsolatos kötelezettségét. A francia Semmítőszék 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.⁵⁷⁷ Ezen útmutatás alapján megállapítható, hogy az orvosnak tájékoztatnia kellett volna a beteget erről ritka, de komoly szövődmény kialakulásának lehetőségéről. Viszont azt is

⁵⁷² 2002. március 4. Act No. 2002-303.

⁵⁷³ 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.

⁵⁷⁴ Catholic University of Leuven honlapja: <http://europatientrights.eu/countries/signed/france/france.html> (2010. szeptember 10-ei letöltés).

⁵⁷⁵ ESSINGER i.m. 53.

⁵⁷⁶ A mielográfia invazív eljárás, csak megfelelő javallat alapján végezhető el: különleges ideggyógyászati betegségek, ideggyógyászati daganatok esetén indokolt a beavatkozás elvégzése. A vizsgálat során meghatározható a gerincvelő anatómiája, térfogatváltozása, károsodása.

⁵⁷⁷ GALAND CARVAL, Susanne, *France*, In: FAURE, Michael – KOZIOL, Helmut (eds.), *Cases on Medical Malpractice in a Comparative Perspective*, Vienna, Springer-Verlag, 2001, 105.

megállapították, hogy amennyiben az orvos nem tájékoztatja a beteget egy beavatkozás komoly kockázatáról és a vizsgálat vagy kezelés megfelelő elvégzése ellenére a beteg elszenvedi a szövődményt, nem teljes az okozati lánc. 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 mértékű ahhoz az esethez képest, mintha a beavatkozás elvégzése során hibázott volna az orvos és amiatt alakult volna ki a szövődmény.⁵⁷⁸

A tájékoztatási kötelezettséget érintő sajátos szabály, melyet a hazai jogalkotás számára is megfontolhatónak tartok, hogy a beteg érdekében az orvos eltérhet a tájékoztatási kötelezettséggel kapcsolatos általános szabályoktól jogszabályban meghatározott feltételekkel. Amennyiben a beteg nincs olyan pszichés állapotban, mely lehetővé tenné, hogy felmérje a kezelés elfogadásával vagy elutasításával járó következményeket az orvos korlátozhatja a tájékoztatást a beteg irányába amellett, hogy a családtagok felé eleget tesz e kötelezettségnek.⁵⁷⁹

2.3. A felelősség további előfeltételei

A fent említett felróható magatartáson túl kár bekövetkezése és okozati összefüggés is szükségesek az egészségügyi szolgáltató felelősségének megállapításához.⁵⁸⁰

A kár bekövetkezését 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 elvesztéséért*⁵⁸¹ 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

⁵⁷⁸ Uo. 107.

⁵⁷⁹ G'SELL-MACREZ i.m. 1102.

⁵⁸⁰ Bővebben lásd: FÉZER Tamás, *Az okozati összefüggés értelmezésének változatai az európai államok kártérítési jogában*, *Collega*, 2006, 2-3. 127-131.

⁵⁸¹ Loss of chance to a better medical result.

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. Az esély elvesztésével kapcsolatos esetek körében gyakran bizonytalan az okozati összefüggés, nem bizonyítható például egyértelműen, hogy ha időben felismerik a betegséget és elkezdik a kezelést, akkor biztosan meggyógyult volna a beteg. Az okozati összefüggésben rejlő bizonytalansági tényezők ellenére ítélnék kompenzációt a bíróságok.

2.4. No fault felelősség a károk meghatározott típusainak körében

Ahogy korábban is utaltam rá, a 2002-es jogszabály-módosítás egyik jelentős *nóvuma* a *betegjogok középpontba helyezése* volt. Emellett azonban az egészségügyi ellátás során okozott sérelmek meghatározott típusaira egy sajátos kompenzációs rendszert is bevezettek.

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.⁵⁸² 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 jellegű legalább 25%-os munkaképesség csökkenést szenvedett a beteg, vagy
- legalább 6 hónapon át tartó időszakos munkaképesség csökkenést szenvedett, vagy
- a beteg tartósan munkaképtelenné vált, vagy
- ha a bekövetkezett sérelem jelentős hátrányt okoz a beteg életminőségében.⁵⁸³

⁵⁸² SIMON, Jürgen – JANSEN, Brigitte, *Economic Implications of Medical Liability Claims: Insurance and Compensation Schemes*, In. *The Ever Growing Challenges of Medical Liability: National and European Responses*, Strasbourg, 2-3 June 2008, 84.

⁵⁸³ Az ONIAM hivatalos honlapja: www.oniam.fr/rapport/SyntheseRapportOniam2002-2003en.pdf (letöltve: 2011. október 10.).

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 állították fel a regionális kompenzációs és békéltető bizottságokat⁵⁸⁴ illetve az ONIAM-ot,⁵⁸⁵ az Orvosi Műhibákra Kártalanítást Nyújtó Országos Hivatalt, mely az Egészségügyi Minisztérium irányítása alatt álló közintézmény.

Amennyiben a beteg ezen speciális rendszer alapján kíván kompenzációt igényelni, elsőként egy regionális bizottsághoz kell fordulnia. A bizottságok élén egy bíró áll, akinek munkáját jogászok és hivatalnokok segítik, a bizottságok 20 tagból állnak, akik különböző személyeket, szervezeteket képviselnek. Így megjelennek a betegeket, az egészségügyi dolgozókat, kórházakat, az ONIAM-ot és a biztosítótársaságokat reprezentáló tagok is.⁵⁸⁶ A bizottság szakértők közreműködésével értékeli a bekövetkezett sérelmet és meghatározza, hogy megfelel-e a fenti kritériumoknak, kompenzálható-e az igény az állami alapból. Amennyiben megállapítást nyer, hogy a sérelem alapján a beteg jogosult a szolidaritási alapon történő kompenzációra az ügy az ONIAM elé kerül, amely *megállapodást ajánl* a betegnek a sérelem teljes kompenzációjára vonatkozóan.⁵⁸⁷ Ha a páciens nem ért egyet az ONIAM által felajánlott megállapodással, bírósághoz fordulhat.⁵⁸⁸

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.⁵⁸⁹ A biztosító köteles ajánlatot tenni a bekövetkezett kár peren kívüli kompenzációjára vonatkozóan. Amennyiben a biztosító által ajánlott feltételek a beteg számára nem elfogadhatók *bírósághoz fordulhat*.⁵⁹⁰

⁵⁸⁴ Les Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation des Accidents Médicaux.

⁵⁸⁵ L'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux.

⁵⁸⁶ G'SELL MACREZ i.m. 1119.

⁵⁸⁷ CARVAL – SEFTON-GREEN i.m. 218.

⁵⁸⁸ Az esetek mindössze 2 %-ában történik ilyen.

⁵⁸⁹ NYS [2008] i.m.22.

⁵⁹⁰ Az esetek körülbelül 40%-a rendeződik peren kívül a biztosítóval.

A *regionális kompenzációs és békéltető bizottságok* egyeztető eljárásának igénybe vétele nemcsak a fent említett, súlyos sérelmet szenvedett, szolidaritási alapú kártalanítást igénylők előtt áll nyitva. A bizottságok opcionálisan *alternatív vitarendezési fórumként* szolgálnak bármely betegnek, aki kártérítési igénnyel lép fel az egészségügyi ellátással összefüggésben elszenvedett sérelme miatt a bírósági út helyett. E kárrendezési mechanizmus Franciaországban körülbelül az egészségügyi ellátás során bekövetkező károk kompenzációjának harmadánál kerül alkalmazásra.

2.5. 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.*⁵⁹¹ 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,⁵⁹² melynek feladata, hogy segítsen azokon az egészségügyi szolgáltatókon, amelyeket már kétszer elutasítottak a biztosítótársaságok a magas kockázatok miatt, így nem tudnak felelősségbiztosítási szerződést kötni. Ezekben az esetekben megállapíthat egy maximális díjat, amelyért 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 többen megszüntették e területen szolgáltatásukat.

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

⁵⁹¹ HOPE (Hospitals in the European Union), *Insurance and Malpractice*, Final Report, Brussels, 12 April 2004., 8.

⁵⁹² Bureau Central de Tarification (BCT).

részvételével 2002 végén létrejött egy időszakos kockázati közösség a GTAM,⁵⁹³ mely ideiglenesen fedezetet biztosított az egészségügyi szolgáltatóknak.

Jelenleg is igen szűknek mondható az egészségügyi felelősségbiztosítást nyújtó biztosítók köre, négy társaság van jelen a piacon.⁵⁹⁴ Ezek közül a legjelentősebb egy kölcsönös biztosítótársaság, a SHAM, mely a közkórházak döntő többségének fedezetét biztosítja.⁵⁹⁵

⁵⁹³ Groupement Temporaire d' Assurance Medicale.

⁵⁹⁴ 2008-as állapot lásd: EGÉSZSÉGÜGYI STRATÉGIAI KUTATÓINTÉZET, *Felelősségbiztosítás az EU tagországok egészségügyi ellátásában*, 2008. október, 11.

⁵⁹⁵ 2003-ban, körülbelül a közkórházak 70%-át biztosította. Lásd: HOPE i.m. 9.

3. Anglia

3.1. A felelősség előfeltételeinek vizsgálata

Angliában az egészségügyi szolgáltatók elleni kártérítési igények döntő többsége a *szerveződésen kívüli károkozás szabályai* szerint kerül megindításra. Annak oka, hogy a szerveződésszegésre vonatkozó szabályok csak kisebb arányban kerülnek alkalmazásra ezen igényérvényesítés során az, hogy *az egészségügyi ellátás döntő részét állami egészségügyi intézményekben nyújtják a Nemzeti Egészségügyi Szolgálaton*⁵⁹⁶ keresztül (továbbiakban: NHS) és ennek során a beteg *nem kerül közvetlenül szerveződéses kapcsolatba* az egészségügyi szolgáltatóval. A szerveződéses felelősség szabályai például olyan esetekben kerülnek alkalmazásra, amikor a beteg magánkórház szolgáltatásait veszi igénybe.⁵⁹⁷

Akár a deliktuális felelősség, akár a kontraktuális felelősség előfeltételeit vizsgáljuk, az alapvető követelmény hasonló, *az ellátást nyújtó személy köteles megfelelő színvonalú, indokolt kezelést nyújtani a beteg számára, tevékenysége viszont nem eredményköteles.*⁵⁹⁸ Különbséget eredményezhet ugyanakkor, hogy a szerveződéses felelősség körében lehetséges, hogy az ellátást nyújtó személy felelősséget vállaljon a szerveződésben meghatározott eredmény bekövetkezéséért.⁵⁹⁹

Az alábbiakban a kártérítési felelősség *előfeltételeit* vizsgálom, vagyis a gondossági kötelezettség fennállását, e kötelezettség megszegését, valamint ezzel okozati összefüggésben kár keletkezését.

⁵⁹⁶ National Health Service

⁵⁹⁷ Ilyen esetekben a felelősségi viszonyok annak megfelelően változnak, hogy a beteg csak a kórházzal kötött szerződést teljes körű ellátásra vonatkozóan, vagy külön szerződés van az orvos-beteg közt az ellátásra vonatkozóan, és a kórház és a beteg közt az infrastruktúra és a hotelszolgáltatások biztosítására. Előbbi esetben a kórház lesz a felelős az általa alkalmazott orvos mulasztásáért is, mivel a beteg csak az intézménnyel van szerveződéses viszonyban. Utóbbi esetben viszont a felelősség megoszlik az ellátást végző és a beteggel közvetlenül szerződő orvos és az egészségügyi intézmény között. Lásd bővebben: ROGERS, Horton, *United Kingdom: England*; In: FAURE, Michael – KOZIOL, Helmut (eds.), *Cases on Medical Malpractice in a Comparative Perspective*, Springer-Verlag, Vienna, 2001, 240.

⁵⁹⁸ JONES, Michael A., *Compensation in the English Health Care Sector*; In: DUTE, Jos - FAURE, Michael – KOZIOL, Helmut (eds.), *No-fault Compensation in the Health Care Sector*, Springer Wien, Vienna, 2004, 121.

⁵⁹⁹ Ez nem gyakori, ilyen lehet például, ha a beteg szerződést köt egy fogorvossal, hogy készítse számára megfelelő műfogsort, vagy például egy sterilizációs eljárás során is megjelenik az eredményfelelősség.

3.1.1. A gondossági kötelezettség fennállása

Az orvos speciális képzettséggel, szaktudással rendelkezik, melynek alkalmazása során *köteles felelősséget vállalni a tevékenységéért*. Az ellátást végző orvos köteles *megfelelő gondossággal* eljárni mind a diagnózis felállítása, mind pedig a beteg kezelése során. A gondossági kötelezettséget az a tény keletkezteti, hogy az orvos elvállalja a páciens egészségügyi ellátását és e kötelezettség mindaddig terheli az orvost, amíg a beteg állapota a kezelést indokoltá teszi.⁶⁰⁰

3.1.2. A gondossági kötelezettség megszegése

A gondossági kötelezettség megszegésének megállapításánál alapvetően azt vizsgálják, hogy *az orvos olyan magatartást tanúsított-e, mely az adott körülmények között ésszerű, indokolt*, vagy tevékenysége nem felelt meg e kívánalomnak. Ez utóbbi esetben állapítható meg a *gondatlanság*⁶⁰¹ mint felelősségi előfeltétel fennállása. Ahhoz, hogy vizsgálható legyen, hogy a gondatlanság fennáll-e, szükség van egyrésztől annak a megállapítására, hogy *mi tekinthető megfelelő színvonalú egészségügyi ellátásnak*, másrésztől, hogy milyen kialakult gyakorlatok, *szakmai szabályok* jelentik az elvárható magatartás zsinórmértékét. Az alábbiakban ezeket tekintem át.

Annak meghatározása, hogy az orvos eleget tett-e a megfelelő színvonalú ellátás követelményének, kezdetben az úgynevezett *Bolam teszt* segítségével történt, melynek alapja egy 1957-es ítélet.⁶⁰² Ennek egyik fontos eleme, hogy annak megállapításánál, hogy megvalósult-e a megfelelő színvonalú egészségügyi ellátás, nem a legtapasztaltabb, legmagasabb szinten képzett szakembert tekintjük a mércének, ugyanakkor nem is a tapasztalatlan, képzetlen személyt, hanem az adott szakterületen

⁶⁰⁰ NYS [2005] i.m. 8.

⁶⁰¹ A gondatlanság meghatározása: a gondossági kötelezettség megszegése az NHS alkalmazásában álló egészségügyi szakemberek által munkavégzésükkel összefüggésben hozott szakmai döntéseik kapcsán, illetve azok az esetek, amelyekben a munkáltató elismeri a gondatlanságot, továbbá, amelyekben jogi eljárás során megállapítást nyer a gondossági kötelezettség megszegése. Lásd: NHS Indemnity: Arrangements for Clinical Negligence Claims in the NHS, 7., www.nhs.uk/NR/rdonlyres/1CFE5864-05C3-4770-982C-7003294B8161/0/NHSIndemnity.rtf+nhs+indemnity&cd=1&hl=hu&ct=clnk&gl=hu&client=firefox-a&source=www.google.hu (Letöltve: 2011. április 20.).

⁶⁰² Bolam v Friern Hospital Management Comitee (1957) 1 WLR 583.

átlagos kompetenciákkal rendelkező orvost.⁶⁰³ Az sem elvárás vele kapcsolatban, hogy mindig a legfrissebb orvostudományi kutatások eredményeként létrejövő új eljárásokat alkalmazza a kezelés során.⁶⁰⁴ Ez nem jelenti, hogy nem köteles arra törekedni, hogy a tudása naprakész legyen. Például ha egy kezelési mód tudományosan bizonyítottan elavult, kockázatos és helyette új gyakorlat vált elfogadottá, kellően megbízhatóvá, akkor köteles az új módszert alkalmazni.

A *gondatlanság kizárásához* a megfelelő egészségügyi ellátás követelményének való megfelelésen túl annak a vizsgálatára is szükség van, hogy a gyakorlat, amit az orvos követett összhangban volt-e a hasonló körben dolgozó egészségügyi szakemberek által követett eljárással. Szintén a Bolam teszt előírásainak megfelelően, a bíróságok figyelembe veszik, hogy az egészségügy egy adott területén jártas, szakértelemmel rendelkező orvosi testület által ésszerűnek és megbízhatónak tartott eljárás követése meggyőző bizonyíték lehet arra vonatkozóan, hogy az ellátást végző személy nem volt gondatlan. A Bolam teszt a későbbiekben meghaladottá vált a *Bolitho ítélet*⁶⁰⁵ nyomán, mivel azt helyezi a középpontba, hogy mi az elfogadott gyakorlat, nem pedig azt, hogy minek kellene lennie.⁶⁰⁶ Szükséges, hogy a bírónak legyen lehetősége a szakértői testület véleményének mérlegelésére és még akkor is azt mondani, hogy nem ésszerű és nem megfelelő az orvos magatartása, ha összhangban van az elfogadott gyakorlattal.⁶⁰⁷ Ez a tendencia hasonló a hazánkban is tapasztalható bírói gyakorlathoz, mely sok esetben elválasztja a szakmai szabályok betartását a gondossági kötelezettségnek való megfeleléstől.

3.1.3. Tipikus esetek a gondatlanság körében

Azon körülmények, melyek gondatlanság megállapítását eredményezhetik, igen sokfélék lehetnek.

⁶⁰³ JONES i.m. 140.

⁶⁰⁴ Tekintettel arra is, hogy a legújabb eljárások nem mindig tekinthetők biztonságosnak, amíg nem áll rendelkezésre az alkalmazásukkal kapcsolatban kellő tapasztalat igen nagy kockázatot hordozhatnak a régebbi eljárásokhoz képest. Lásd: NYS [2005] i.m. 8.

⁶⁰⁵ Bolitho (Deceased) v City and Hackney HA [1997] 3 W.L.R. 1151.

⁶⁰⁶ STONE, Christopher, *From Bolam to Bolitho: Unravelling Medical Protectionism* <http://www.medicalandlegal.co.uk/wp-content/uploads/2012/05/From-Bolam-to-Bolitho-unravelling-medical-protectionism.pdf> (letöltve: 2011. április 20.)

⁶⁰⁷ KESSLER, Daniel P. – SUMMERTON, Nicolas – GRAHAM, John R., *Effects of the Medical Liability System in Australia, the UK, and the USA*, Lancet, 2006, Vol. 368., July, 243.

A páciens ellátásának kezdő pontja a *megfelelő diagnózis felállítása*. Ez a fázis magában rejti a téves diagnózis felállításának lehetőségét. Abban az esetben, ha ez például amiatt következik be, mert az orvos elmulasztott elvégezni olyan vizsgálatokat, melyeket az adott panaszok indokoltá tettek volna, vagy nem térképezi fel a beteg kórtörténetét, nem vesz észre egy komoly betegséget akkor e diagnosztikus tévedés megalapozhatja a gondatlanság megállapítását.⁶⁰⁸

Az ellátás következő fázisa a *beteg kezelése*, mellyel kapcsolatban szintén kiemelhetők olyan hibák, amik a gondatlanság megállapításához vezethetnek. Ilyen például, ha az orvos elmulaszt elvégezni egy olyan kezelést, mely indokolt lett volna a beteg állapotában, vagy az az eset is ide sorolható, ha hibát vét a kezelés során.

A hazai helyzethez hasonlóan Angliában is nagyon gyakoriak a *tájékoztatási hibákra, hiányosságokra alapított keresetek*. A kiindulópontunk ebben az esetben, hogy a kezelés jogszerűségéhez szükséges a páciens tájékozott beleegyezése. Azaz, hogy a beteg megfelelő tájékoztatás következtében reálisan átlássa, hogy milyen kezelésről van szó, mik annak vagy épp az elmulasztásának a kockázatai, és ezáltal pontosan tudja, hogy mihez adja a hozzájárulását. Lehetnek azonban olyan kockázatok, melyekről az orvosnak nem kell tájékoztatnia a beteget, ha úgy ítéli meg, hogy azok ismerete hátrányosan befolyásolná a páciens ésszerű döntéshozatalát.⁶⁰⁹ Ezt a megoldást a hazai teljes körű tájékoztatás szabályához képest preferálhatónak tartom. A beleegyezés abban az esetben lesz jogszerű, ha azt a páciens valós információk birtokában, önkéntesen teszi meg.⁶¹⁰

3.1.4. Kár bekövetkezése

A kártérítési jog alapelve, hogy *kompenzálni* kell a beteg minden kárát, melyet elszenvedett, olyan helyzetbe kell hozni, mintha a károsító esemény nem következett volna be. A kár elemei között Angliában is megjelennek egyrészt a *vagyoni károk*. Ezek körébe tartozik például az orvosi ellátás költsége vagy épp a sérelem miatt

⁶⁰⁸ NYS [2005] i.m. 10.

⁶⁰⁹ Lásd: NYS [2008] i.m. 13.

⁶¹⁰ JONES i.m. 122.

elszenvedett keresetvesztés. Emellett lehetőség van nem vagyoni kár érvényesítésére is.⁶¹¹

3.1.5. Okozati összefüggés

Az egészségügyi szolgáltató felelősségének megállapításához végezetül szükség van arra, hogy a kár bizonyíthatóan a *gondossági kötelezettség megszegésével okozati összefüggésben következzen be*. Angliában különbséget tesznek az úgynevezett *tényleges okozatosság*⁶¹² és a *jogi okozatosság*⁶¹³ között.

A gondossági kötelezettség megszegését eredményező cselekmény (vagy mulasztás) abban az esetben tekinthető a bekövetkezett sérelem tényleges okának, ha bizonyítást nyer, hogy a gondatlan kötelességszegés hiányában a sérelem nem következett volna be.⁶¹⁴ Tehát például egy hibás diagnózis akkor felel meg a tényleges okozatosság szabályának, ha a helyesen felállított diagnózis más kezelést és ezáltal más eredményt hozott volna létre. A tényleges okozatosság azonban nem minden esetben vezet megfelelő eredményre. Például, ha több hiba is történt, és nem bizonyítható, hogy a sérelem oka kizárólagosan az egyik gondatlan cselekmény.⁶¹⁵

Ilyenkor alkalmazzák a jogi okozatosság szabályait. A sérelem bekövetkezésében több tényező is közre játszott és a bíróság feladata, hogy mérlegelje, melyik tényezőt vagy tényezőket tekinti jogilag relevánsnak az ügy szempontjából. Különösen érdekes az okozatosság értékelése akkor, ha az ellátást végző orvos gondatlan magatartása és a sérelem bekövetkezése közötti időben megjelenik egy kívülálló személy olyan magatartása is, mely szintén okozhatta a bekövetkezett kárt.⁶¹⁶ Ilyenkor azt kell mérlegelnie a bíróságnak, hogy az orvos és a kívülálló személy magatartása együttesen hatottak-e a kár bekövetkezésének irányába, vagy az okozati lánc megszakadt és az orvos gondatlansága miatt még nem következett volna be a sérelem, annak oka kizárólag a harmadik személy magatartása.

⁶¹¹ ROGERS, Horton, *Medical Liability in England*, In: KOCH, Bernard A. (ed.), *Medical Liability in Europe*, De Gruyter, Germany, 2011, 190-193.

⁶¹² Factual causation.

⁶¹³ Legal causation.

⁶¹⁴ Ez az úgynevezett „but for test”.

⁶¹⁵ NYS [2008] i.m. 10.

⁶¹⁶ NYS [2008] i.m. 11.

3.2. AZ NHS kárjótételi mechanizmusa⁶¹⁷

A felelősségi előfeltételek vizsgálatát követően elsőként az állami egészségügyi intézmények számára kialakított, állami felügyelettel működő kárjótételi rendszert veszem górcső alá. Azért tartom fontosnak e mechanizmus vizsgálatát, mert a hazaitól teljes mértékben eltérő kompenzációs modellről van szó, melyet példaértékűnek tartok több szempontból is.

3.2.1. Történeti előzmények

Az egészségügyi ellátás során bekövetkezett károkért való *kompenzáció rendszere* igen nagy változásokon ment keresztül az utóbbi években Angliában.

1990-ig az orvosok *munkaszerződésébe* foglalták, hogy kötelesek a káresemények fedezetéről gondoskodni azáltal, hogy felelősségbiztosítási szerződést kötnek. A mostani *kárjótételi rendszer kiépítését* is az egészségügyi kártérítési perek számának emelkedése, illetőleg a kötelező felelősségbiztosítások díjmelkedése indította el.⁶¹⁸ Erre válaszul hoztak létre egy *állami ellenőrzés alá vont kártérítési rendszert* az NHS intézmények számára 1990-ben. Innentől kezdve *megszűnt az orvosok felelősségbiztosítás-kötési kényszere*, az NHS magára vállalta az állami egészségügyi alkalmazottak elleni kártérítési igények finanszírozását egy sajátos kárjótételi rendszer kiépítésével.⁶¹⁹

3.2.2. A kárrendezési mechanizmus alapjai

⁶¹⁷ NHS Indemnity.

⁶¹⁸ Különösen a nagyobb kockázattal járó szakterületeken (például szülészet) figyelhető meg a díjmelkedés. A kormány attól tartott, hogy ez a jövőben problémát okozhat az adott szakterület orvosainak utánpótlásában, szerették volna elkerülni, hogy egyes szakterületektől a magasabb díjak és kockázat miatt elpártoljon a jövő orvosnemzedéke. Lásd: SETH, Ram, *NHS Indemnity for Medical Negligence: its Implications*, Psychiatric Bulletin, 1991, 15, 79.

⁶¹⁹ JONES i.m. 150.

A rendszer alapja a *mögöttes felelősség elve*, az NHS intézményei kötelesek vállalni a felelősséget az alkalmazottaik munkavégzéssel összefüggésben elkövetett gondatlan cselekményeikért és mulasztásaikért. Ha probléma történik az ellátás során, akkor nem az egészségügyi dolgozót vonják felelősségre közvetlenül, hanem az intézményt, a károk finanszírozása pedig az NHS kártalanítási rendszeren keresztül történik.⁶²⁰

Az NHS kárrendezés azokban az esetekben alkalmazható, ha:

- a gondossági kötelezettséget elmulasztó egészségügyi dolgozó munkaviszonyban állt az egészségügyi intézménnyel és a gondatlanságot a munkaviszonyával összefüggésben követte el, vagy
- nem állt ugyan munkaviszonyban az egészségügyi intézménnyel, de szerződéses viszonyban álltak annak érdekében, hogy ellátást biztosítson a betegek számára, akiknek az ellátási kötelezettsége az intézményt terhelte, vagy
- az előbb említettek közül egyik sem áll fenn, viszont az egészségügyi dolgozót mégis ellátási kötelezettség terhelte a sérelmet szenvedett személlyel kapcsolatban, vagy
- ha olyan személyek gondatlanságáról van szó, akik nem állnak sem munkaviszonyban sem szerződéses viszonyban az egészségügyi intézménnyel, nem is feltétlenül egészségügyi dolgozók, de mégis kötelezettség terhelte őket a sérelmet szenvedett személy ellátására vonatkozóan (például helyettesítők, önkéntesek).⁶²¹

Vannak olyan személyek is, akik számára nem nyújt fedezetet az NHS kártérítési rendszer. Amennyiben ebbe a körbe tartozó személy követ el gondatlan cselekményt azért saját maga tartozik felelősséggel, így kötelező, hogy felelősségbiztosítást kössön a káresemények finanszírozására.⁶²² Az e körhöz tartozókról később szöveges részletekben.

Nemcsak a személyi kör kötött, akiknek a gondatlan cselekményeiért és mulasztásaiért fedezetet nyújt a kárjótételi rendszer, hanem a *felelősségi előfeltételek is meghatározottak*. Ezeknek a kifejtése fentebb található.

⁶²⁰The Library of Congress honlapja: <http://www.loc.gov/law/help/medical-malpractice-liability/uk.php> (letöltve: 2011. április 20.).

⁶²¹ NHS Indemnity: *Arrangements for Clinical Negligence Claims in the NHS* i.m. 6.

⁶²² Nem nyújt fedezetet a rendszer például a háziorvosok és alkalmazottaik számára, magánkórházak alkalmazottai számára, optikusok, gyógyszerészek számára, oktatási intézmények, önkéntes szervezetek számára. Lásd: NHS Indemnity: *Arrangements for Clinical Negligence Claims in the NHS* i.m. 9.

3.2.3. Az NHSLA⁶²³

1995-ben felállításra került egy speciális egészségügyi hatóság, az *NHS Jogviták Hatósága* (továbbiakban: NHSLA vagy Hatóság).

Nagyon szimpatikus számomra az a szemlélet és az a cél, melynek érdekében létrehozták az NHSLA-t. Fontosnak tartják, hogy minél több pénz jusson magára a minőségi ellátásra és ennek érdekében szükséges csökkenteni az egészségügyi kártérítésekkel járó költségeket. Éppen ezért a Hatóság *fő feladata*, hogy azokban az esetekben, *ahol a kárigény alaptalan, segítsenek elkerülni az eljárást*, amikor *jogos* akkor pedig *hatékonyan kezeljék azt*.⁶²⁴ Kiemelten fontosnak tartják, hogy ahol csak lehetséges, a magasabb költségekkel járó és hosszadalmas bírósági eljárás elkerülésével, alternatív vitarendezés segítségével, a felek megegyezésével végződjön az eset. Az NHSLA tevékenysége e tekintetben nagyon sikeresnek bizonyul, a statisztikák szerint ugyanis az NHS szervezetek elleni kártérítési igények 96%-a bírósági eljárásán kívül oldódik meg! A rendszer ezen vonását példaértékűnek tartom.⁶²⁵

A Hatóság egyik fő feladata, hogy menedzselje azokat a kárigényeket, melyeket az NHS alkalmazottai ellen indítanak. Rendelkezik egy jogi képviselőkből álló testülettel,⁶²⁶ akiknek a feladata, hogy az NHS alkalmazottak érdekeit képviseljék. Az NHSLA átveszi az NHS szervezetek ellen benyújtott kárigények kezelését és menedzselését, miközben jogilag az NHS tröszt marad az alperesi pozícióban.⁶²⁷

A Hatóság másik fő feladata, hogy irányítsa azokat a programokat, melyek a *tagintézmények között kockázati közösséget* hoznak létre a felmerülő kárigények finanszírozására.⁶²⁸ Ezen rendszerek közül a két legfontosabb a: *Clinical Negligence*

⁶²³ National Health Service Litigation Authority.

⁶²⁴ Az NHSLA hivatalos honlapja: www.nhsla.com/NR/rdonlyres/D872241A-43E3-492B-8F74-32FB0586608F/0/Frameworkdocument.pdf+the+national+helath+service+litation+authority,+framewor+k+document&hl=hu&gl=hu&pid=bl&srcid=ADGEEsGpJm9VKt0r2dCfANZHTJm-vJe-tykySz8YVLlLaLqZ2dn4mhXerSekDsTs9xo0u1-8Mek4xfUHwvB4TYoJbKKSe5UIGq mzJagIPyDQai_0CX4e07laqYbPgfSenjZM8XNtvPw4X&sig=AHIEtbTNRGIxwmxEWkTd3iNX34w6HeHgNQ (letöltve: 2011. április 10.)

⁶²⁵ Nys [2008] i.m.20.

⁶²⁶ Solicitors panel.

⁶²⁷ Az NHSLA hivatalos honlapja: <http://www.nhsla.com/Clinicians> (letöltve: 2011. április 10.).

⁶²⁸ Összesen 5 ilyen program van, lásd bővebben az NHSLA hivatalos honlapján: www.nhsla.com/NR/rdonlyres/D872241A-43E3-492B-8F74-32FB0586608F/0/Frameworkdocument.pdf+the+national+helath+service+litation+authority,+framewor

Scheme for Trusts (a továbbiakban: CNST), illetve az *Existing Liabilities Scheme* (a továbbiakban: ELS).

A CNST egy kockázati közösség, melynek a tagsága önkéntes, ennek ellenére valamennyi NHS tröszt csatlakozott hozzá.⁶²⁹ Feladata, hogy finanszírozza azokat a kárigényeket, melyek 1995. április 1.-je után bekövetkezett káresemények kapcsán merültek föl. A kárigényeket az NHS trösztök által fizetett hozzájárulásokról fedezik.⁶³⁰ A CNST nem biztosítótársaság, hanem egy felosztó-kirovó rendszerben működő kockázati közösség, mely évről évre annyi pénzt gyűjt a tagoktól, ami elegendő a felmerülő kárigények rendezésére. A kárigények várható költségeit biztosítási matematikusok becsülik meg minden évben, majd e szerint számítják ki a tagok díjainak összegét. A tagszervezetek hozzájárulásának mértékét több tényező befolyásolja, például a tröszt jellege, hogy milyen specialitásokat nyújt, mennyi a klinikai személyzet száma. Legfeljebb 30% díjkedvezményt kapnak azok a tagok, melyek hatékony kockázatkezelési mechanizmussal rendelkeznek.⁶³¹

A másik kockázati közösség az ELS az 1995. április 1-je előtt bekövetkezett káresemények finanszírozására létrehozott program. A költségeket itt nem a trösztök hozzájárulásaiból, hanem közvetlenül állami forrásokból fedezik, azonban a kifizetett összeg meghatározott százalékát egy adott összeghatárig⁶³² az érintett egészségügyi intézmény köteles finanszírozni.⁶³³

3.3. Az NHS kártalanítási rendszeren kívül

A továbbiakban azokról szólok, akikre nem terjed kis NHS kárrendezési mechanizmusa által nyújtott fedezet. Nem nyújt fedezetet a rendszer például a házi orvosok és

[k+document&hl=hu&gl=hu&pid=bl&srcid=ADGEESgPjM9VKt0r2dCfANZHTJm-vJetykySz8YVLlLaLqZ2dn4mhXerSekDsTs9xo0u1-8Mek4xfUHwvB4TYoJbKKSe5UIGqzJagIPyDQai_0CX4e07laqYbPgfSenjZM8XNtvPw4X&sig=AHIEtbTNRGIxwmxEWkTd3iNX34w6HeHgNQ](http://www.document&hl=hu&gl=hu&pid=bl&srcid=ADGEESgPjM9VKt0r2dCfANZHTJm-vJetykySz8YVLlLaLqZ2dn4mhXerSekDsTs9xo0u1-8Mek4xfUHwvB4TYoJbKKSe5UIGqzJagIPyDQai_0CX4e07laqYbPgfSenjZM8XNtvPw4X&sig=AHIEtbTNRGIxwmxEWkTd3iNX34w6HeHgNQ) (letöltve: 2011. április 10.).
⁶²⁹ *Health and Social Care Bill* 2007
<http://www.publications.parliament.uk/pa/ld200708/ldselect/lddelreg/76/7605.htm> (letöltve: 2011. április 20.)

⁶³⁰ JONES i.m. 152.

⁶³¹ ROGERS [2001] i.m. 243.

⁶³² Az összeg 20%-át jelenti ez, méghozzá 10.000-500.000 font közti összeghatárig terjedően.

⁶³³ JONES i.m. 153.

alkalmazottaik számára, magánkórházak és alkalmazottaik számára, optikusok, gyógyszerészek számára, oktatási intézmények, önkéntes szervezetek számára.⁶³⁴

Ezen személyek felelőssége merőben eltér az NHS alkalmazottak felelősségétől. Az utóbbiak esetében láthattuk, hogy az NHS intézmény tartozik felelősséggel az alkalmazottak gondatlan cselekményeiért és mulasztásaiért, a károk megfizetése pedig a fent részletesen kifejtett NHS kártalanításon keresztül történik.

Ezek az *egészségügyi ellátást nyújtó személyek viszont saját maguk felelősek* az általuk elkövetett gondatlan cselekményekért és mulasztásokért és ilyen esetekben az anyagi felelősséget is maguknak kell vállalniuk. Éppen ezért számukra kötelező, hogy biztosítást kössenek. Angliában az orvosok számára biztosítást nyújtó intézményeket *Egészségügyi Érdekvédelmi Szervezeteknek (Medical Defence Organization, a továbbiakban: MDO)* nevezzük.⁶³⁵ Ahogy a nevük is utal rá, ezek a szervezetek valóban többet nyújtanak a tagok számára, mint egy biztosítótársaság, érdekvédelmi szervezetként is funkcionálnak.

A legrégebbi és a piacon legnagyobb befolyással bíró érdekvédelmi szervezet a *Medical Defence Union* (továbbiakban: MDU). Az MDU 1885-ben jött létre azzal a céllal, hogy védelmet biztosítson azon egészségügyi szakembereknek, akik a szervezet tagjai lesznek.⁶³⁶ Az MDU segítséget nyújt jogi problémák esetében, tanácsot ad a tagok számára, illetve, ami talán a legfontosabb, hogy 10 millió fontig fedezetet biztosít a tagok számára.⁶³⁷

3.4. Az Egészségügyi Ombudsman

Angliában 1967-ben hozták létre a független⁶³⁸ *Egészségügyi Ombudsman* intézményét annak érdekében, hogy *vizsgálati lehetőséget* biztosítsanak olyan esetekre, amelyekben panasz merül fel az NHS szervezetek szolgáltatásával vagy panaszkezelési eljárásával

⁶³⁴ Lásd: NHS Indemnity: *Arrangements for Clinical Negligence Claims in the NHS* i.m. 9.

⁶³⁵ SIMON, Jürgen – JANSEN, Brigitte, *Economic Implications of Medical Liability Claims: Insurance and Compensation Schemes*, In: *The Ever Growing Challenges of Medical Liability: National and European Responses*, Strasbourg, 2-3 June 2008., 77.

⁶³⁶ Az MDU létrehozását egy orvos méltatlan esete indította el, aki hamisan vádak miatt került hónapokra börtönbe.

⁶³⁷ Lásd a Medical Defence Union honlapján: <http://themdu.com> (letöltve: 2011. április 20.).

⁶³⁸ Az NHS-től és a kormánytól független szerv.

kapcsolatban.⁶³⁹ Az Ombudsman tevékenységének *általános célja, hogy független, magas színvonalú panaszkezelési eljárást biztosítson az egyének számára.* Fontos kiemelnünk, hogy az egyéni problémák kivizsgálása során olyan hiányosságok, hibák kerülhetnek felszínre, melyek a panaszt tevő egyénnél jóval szélesebb kört érintenek és változások szükségességére világítanak rá a vonatkozó jogi szabályozásban. Így hozzájárulhatnak az egészségügyi rendszer hiányosságainak feltárásához, végső fokon az ellátás minőségének javításához.⁶⁴⁰ Az Ombudsman eljárásának vizsgálatát azért is tartom fontosnak, mert ez is egy olyan fórum, ami lehetőséget teremt rá, hogy a sérelmet szenvedett fél problémája a hagyományos peres út elkerülésével oldódjon meg. Az Ombudsman eljárása ingyenes.

3.4.1. Vizsgálati eljárás kezdeményezése

A panasz az okot adó körülmény bekövetkezésétől számított *1 éven belül*, vagy ha később szerez tudomást róla az érintett, akkor a tudomásszerzéstől számított 1 éven belül is megtehető szóban (telefonon vagy személyesen) és írásban (e-mailben vagy postai levélben) is.⁶⁴¹ Beérkezését követő 2 munkanapon belül (e-mail esetén 1 munkanapon belül) *visszaigazolást* küldenek a panaszos számára. Minden ügy kap egy referencia számot, melyre minden további az üggyel összefüggő eljárás során hivatkozni kell.

Az Ombudsmanhoz minden évben igen nagy számú panasz érkezik,⁶⁴² éppen ezért első lépésben azt vizsgálják, hogy *alkalmas-e* az ügy arra, hogy részletesen *kivizsgálja* a hivatal. A szelekció egyrészt a nagyszámú megkeresés miatt szükséges, másrészt azért, mert nem is minden esetben van hatásköre a hivatalnak, illetve bizonyos előfeltételek

⁶³⁹ Parliamentary and Health Services Ombudsman honlapja: <http://www.ombudsman.org.uk/about-us/our-role/history-and-legislation> (letöltve: 2011. április 10.).

⁶⁴⁰ Parliamentary and Health Services Ombudsman honlapja: <http://www.ombudsman.org.uk/improving-public-service> (letöltve: 2011. április 10.).

⁶⁴¹ In Brief Free Legal Information: <http://www.inbrief.co.uk/clinical-negligence/health-service-ombudsman.htm> (letöltve: 2011. április 20.).

⁶⁴² 2009/2010-ben például összesen 15.579 megkeresés érkezett. (Lásd: Parliamentary and Health Services Ombudsman beszámolója: <http://nhsreport.ombudsman.org.uk/health-complaints/types-of-closed-health-complaints.html> Letöltve: 2011. április 10.).

megvalósulása is szükséges ahhoz, hogy a panaszt részletesebben áttekinthessék.⁶⁴³ A hivatal az alábbi szempontok szerint szűri az ügyeket:⁶⁴⁴

1. *Alkalmasnak* kell lennie a panasznak, azaz szükséges, hogy a sértett személy nem megfelelő eljárás miatt váljon méltánytalanság áldozatává.⁶⁴⁵ Azaz nem elegendő például, ha valaki arra hivatkozik, hogy maga az alkalmazott jogszabály rossz, nem ért egyet azzal.
2. A panaszt a *megfelelő személynek* kell benyújtania, vagyis annak, *aki a sérelmet elszenvedte*, vagy ha ez a személy meghalt vagy egyéb okból nem képes személyesen eljárni, akkor más alkalmas személy járhat el helyette.
3. Fontos a panasz *beérkezésének időpontja*. E tekintetben két probléma merülhet föl. Az egyik, hogy a kérelem elkésett, mert nem a fent is említett 1 éves határidőn belül került benyújtásra. A másik probléma a panasszal kapcsolatban annak idő előttisége lehet. Ahhoz, hogy az Ombudsman eljárást kezdeményezhessen, szükség van rá, hogy a sérelmet szenvedett személy elsőként közvetlenül ahhoz az egészségügyi intézményhez forduljon panasszal, amelynek az eljárását sérelmesnek találja.⁶⁴⁶ Fontosnak tartják, hogy a szervezet, melyre vonatkozóan a panasz felmerül, lehetőséget kapjon rá, hogy saját panaszkezelő mechanizmusával rendezze a problémát. A cél, hogy a problémák a lehető legalacsonyabb, alkalmas szinten kerüljenek megoldásra.

Ha a panasz megfelel az előbb említett feltételeknek, még akkor sem biztos, hogy részletes vizsgálatot fognak lefolytatni az ügyben. Ezután további szempontoknak való megfelelést vizsgálnak,⁶⁴⁷ és csak ezt követően kezdődhet a részletes áttekintés, ha ezen a szűrőn is átmegy a kérelem.

⁶⁴³ Parliamentary and Health Services Ombudsman honlapja: <http://www.ombudsman.org.uk/make-a-complaint/what-happens-to-a-complaint/the-process-explained> (letöltve: 2011. április 10.).

⁶⁴⁴ Lásd: Parliamentary and Health Service Ombudsman honlapja: Information for the Staff of MPs, 2010., 9-10., Lásd: Parliamentary and Health Services Ombudsman : http://www.ombudsman.org.uk/_data/assets/pdf_file/0010/6310/Constituency-Leaflet-PSHO-0112-4.pdf (letöltve: 2011. április 10.).

⁶⁴⁵ Például: hosszú idő alatt vagy nem kielégítően válaszoltak a panaszára, félrevezető információkat közöltek vagy elutasították az információk adását, diszkrimináció valósult meg, nem követték megfelelően az eljárási szabályokat, panasz merült fel az ellátást végző személyzettel kapcsolatban.

⁶⁴⁶ In Brief Free Legal Information: <http://www.inbrief.co.uk/clinical-negligence/nhs-complaints.htm> (letöltve: 2011. április 20.).

⁶⁴⁷ Elsőként megvizsgálják, hogy a kérelem alapján van-e arra bizonyíték, hogy valóban történt valamilyen szervezési vagy adminisztrációs hiba. Ha ennek fennállása valószínűsíthető, akkor a következő kérdés, melyre igenlő választ kell, hogy adjanak, hogy ez a szervezési vagy adminisztrációs hiba valóban sérelmet, jogtalanságot okozott. Végezetül pedig azt kell vizsgálni, hogy van-e arra remény,

3.4.2. A vizsgálat lefolytatása

A következő lépés az alapos, részletekbe menő *vizsgálati eljárás* lefolytatása. Mindkét felet értesítik, hogy vizsgálatra kerül sor és az érintett egészségügyi intézményt felkérlik, hogy továbbítsa azokat az iratokat, melyek az ügy szempontjából relevánsak és a birtokában vannak. Az eljárás során meghallgathatják az érintett feleket, illetve független egészségügyi szakértőt is bevonhatnak.⁶⁴⁸

A vizsgálat eredményeként az Ombudsman egy részletes *jelentést* készít, illetve megfogalmazza *javaslatait* az ügygel kapcsolatban.⁶⁴⁹ Ezt mindkét félnek megküldik. Az Ombudsman *ajánlásai* jogilag *nem kikényszeríthetők*, a *tapasztalat* mégis az, hogy ezeket teljes mértékben *magukévá teszik a panasszal érintett szolgáltatók*.⁶⁵⁰ Általában az *Ombudsman javasolja* az egészségügyi intézmény számára, hogy kérjen bocsánatot a panaszostól, adjon számára magyarázatot és ismerje el a felelősségét. Sok esetben ez a legfontosabb az emberek számára, meglepő adat, hogy a megkérdezett betegek többségénél a kártérítés csak a harmadik, negyedik helyen áll a fontossági sorrendben és a bocsánatkérés, a magyarázat, a felelősség elismerése sokkal fontosabb számukra.⁶⁵¹ Emellett tipikusan javaslatot tesz az Ombudsman arra, hogy *milyen változtatásokat eszközöljenek az intézményben* annak érdekében, hogy a hasonló *jövőbeni esetek már elkerülhetőek legyenek*. Továbbá *javaslatot* tehet még *vagyoni kompenzációra* is.

hogyan az Ombudsman által lefolytatott vizsgálat érdemi eredményre vezet az ügyben. Lásd: Parliamentary and Health Service Ombudsman honlapja: <http://www.ombudsman.org.uk/make-a-complaint/what-happens-to-a-complaint/the-process-explained> (letöltve: 2011. április 10.).

⁶⁴⁸ Parliamentary and Health Service Ombudsman honlapja: <http://www.ombudsman.org.uk/make-a-complaint/what-happens-to-a-complaint/the-process-explained> (letöltve: 2011. április 10.).

⁶⁴⁹ Parliamentary and Health Service Ombudsman: Information for the Staff of MPs, 2010., 5 o. Lásd: http://www.ombudsman.org.uk/_data/assets/pdf_file/0010/6310/Constituency-Leaflet-PSHO-0112-4.pdf

⁶⁵⁰ 2009/2010-ben például 100%-ban eleget tettek a szolgáltatók az Ombudsman ajánlásainak.

⁶⁵¹ NYS [2008] i.m. 24.

4. Ausztria

4.1.A felelősség megjelenési formái

Ausztriában az egészségügyi szolgáltatók felelősségre vonásának alapja az *osztrák Polgári Törvénykönyv* 1295. §-a, melynek értelmében, aki egy másik személy felróható magatartása következtében kárt szenved, jogosult kompenzációra ez utóbbi személytől, függetlenül attól, hogy a kár valamely szerződéses kötelezettség megszegéséből vagy pedig arra tekintet nélkül keletkezett.⁶⁵²

A felelősség tehát alapulhat *szerződésen* (kontraktuális felelősség) és lehet *szerződésen kívüli kárért való felelősség* (deliktuális felelősség) is. Az egészségügyi szolgáltató és a beteg között *szolgáltatási szerződés* jön létre, mely tartalmi elemeitől és a szerződő felektől függően eltérően osztja meg a felelősséget az ellátás részt vevői között.⁶⁵³ A szerződéses kapcsolat fennállása ellenére a sérelmet szenvedett fél *szabadon döntheti el*, hogy igényét a *kontraktuális* vagy a *deliktuális* felelősség körében kívánja-e érvényesíteni. A két forma között éles határvonal nincs, a felelősségi előfeltételek, az elévülésre vonatkozó szabályok is megegyeznek. Inkább a szerződésben foglalt kötelezettségek megszegésére alapítják az egészségügyi szolgáltatók felelősségével kapcsolatos kereseteket.⁶⁵⁴

Mind a szerződéses, mind a szerződésen kívüli felelősség *felróhatóságon alapul*. A felróhatóság *szubjektívizált elem, akkor állapítható meg, ha az illető nem az adott körülményeknek megfelelő magatartást tanúsította*. Fontos kiemelni, hogy általánosságban a felróhatóság megállapításánál a *károkozó személyes képességeinek is*

⁶⁵² KOCH, Bernard A., *Medical Malpractice in Austria*, Chicago-Kent Law Review, 2011, Vol. 86. No. 3., 1033.

⁶⁵³ Ez egy későbbi fejezetben kerül részletesebb kibontásra.

⁶⁵⁴ Ennek oka abban keresendő, hogy a kontraktuális felelősség körében a mögöttes felelősség sokkal kiterjedtebben érvényesül (szerződésen kívüli károkozásnál csak azon személyek magatartásáért felel, akik kötve vannak az utasításaihoz és csak akkor, ha veszélyes, nem megfelelő utasítást adott, míg szerződéses kapcsolat esetén valamennyi közreműködőre kiterjed a felelőssége az előbbi szűkítés nélkül) valamint bizonyítás (a betegnek elegendő csak azt bizonyítani, hogy a szerződéses kötelezettség megszegéséből kifolyólag kára keletkezett, a felróhatóság hiányát a szolgáltatónak kell bizonyítania) és kompenzáció körében is kedvezőbb a felperes számára ez az út. Lásd: KOCH, Bernard A. - KOZIOL, Helmut, *Compensation in the Austrian Health Care Sector*, In: DUTE, Jos - FAURE, Michael - KOZIOL, Helmut (eds.), *No-fault Compensation in the Health Care Sector*, Vienna, Springer Wien, 2004, 89.

*döntő szerepe van.*⁶⁵⁵ Hangsúlyozandó, hogy ez alól az általános szabály alól az orvosi tevékenység mint speciális szakképesítéshez kötött tevékenység kivételt képez. Az ABGB rendelkezései⁶⁵⁶ szerint, *aki olyan területen tevékenykedik, mely speciális szakértelmet kíván, egy objektív mérce alapján ítélandó meg.* Az egészségügyi és más szakemberektől elvárható, hogy rendelkezzenek mindazzal a gyakorlattal, szaktudással és képességekkel, melyek az adott szakterületen tevékenykedő személyektől elvárható.

A felróhatóságon alapuló felelősség túlsúlya mellett igen szűk körben, de az egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatban is megjelenik az *objektív felelősség*. Ilyen például a nukleáris tevékenység folytatásához kapcsolódó felelősség. Amennyiben az egészségügyben kerül alkalmazásra ilyen jellegű technológia, objektív felelősséget von maga után. Példaként említhető e körben még az osztrák termékfelelősségre vonatkozó jogszabály is, mely az Európai Unió szabályozással összhangban felróhatóságtól független felelősséget állapít meg a hibás termék által okozott károkra vonatkozóan. Ebbe a körbe vonható, ha a beteg például egy gyógyszer vagy vérkészítmény alkalmazása miatt szenved sérelmet.⁶⁵⁷

4.1.1. Szerződésen alapuló felelősség

A korábban említetteknek megfelelően az esetek döntő *többségében* a beteg és az egészségügyi szolgáltató között *szerződéses kapcsolat* jön létre. Attól függően, hogy ki között jön létre a szerződés és milyen tartalommal, *eltérően változik a felelősség megoszlása* is.⁶⁵⁸ Lehetőség van arra, hogy a beteg közvetlenül csak a kórházzal kerüljön szerződéses viszonyba. Ilyen esetben a kórház lesz felelős az egészségügyi szolgáltatásért és az intézmény által nyújtott hotelfunkciókért is.⁶⁵⁹ Alternatíva az is, hogy a beteg szerződést köt a kórházzal,⁶⁶⁰ valamint közvetlenül szerződéses

⁶⁵⁵ KOCH, Bernard A., *Medical Liability in Austria*, In: KOCH, Bernard A. (ed.), *Medical Liability in Europe*, De Gruyter, Germany, 2011, 10.

⁶⁵⁶ ABGB 1299. §.

⁶⁵⁷ KOCH-KOZIOL [2004] i.m. 91.

⁶⁵⁸ KOCH [2011 Chicago-Kent Law Review] i.m. 1032.

⁶⁵⁹ All inclusive contract.

⁶⁶⁰ Lodging contract.

kapcsolatot létesít a beavatkozást végző orvossal is. Ilyen esetekben a kórház az intézményi infrastruktúráért, a szerződő orvos pedig az ellátásért lesz felelős.⁶⁶¹

A szerződés arra kötelezi a szolgáltatót, hogy ésszerűen és minden részletre kiterjedően nyújtson kezelést a beteg számára. Az ellátást végző személyektől elvárható, hogy saját szakterületükön a körültekintő, tapasztalt szakembertől megkívánt színvonalon cselekedjenek, melynek meghatározása független az egyéni képességektől, objektív követelmények alapján történik.⁶⁶²

Kiemelendő, hogy a *szerződés hatálya nemcsak a direkt szerződő felekre terjed ki, hanem mindazokra, akikre az elvégzett kezelés hatással van.* Így például a szülésznőgyógyász felelőssége nemcsak a kismamára vonatkozik, hanem a magzatra is. Megállapíthatjuk, hogy a szerződésben foglalt kötelezettségek megszegésére nemcsak a közvetlen szerződő fél alapíthat keresetet, hanem akár harmadik személy is.⁶⁶³

Ahogy korábban említésre került, szerződéses kapcsolat fennállása esetén a *mögöttes felelősség* (közreműködőért való felelősség) *tágabb körben* érvényesül. Ezen szabályok vonatkoznak egyrészt arra az esetre, amikor a beteg csak az egészségügyi intézménnyel köt szerződést. Ilyenkor az intézmény teljes körűen felelősséggel tartozik az alkalmazottai tevékenységéért és mulasztásaiért. Ilyen esetben a felelősséget nem magának a szerződő partnernek a felróható magatartása alapozza meg, hanem konkrétan az ellátást végző személy felróható magatartásáért felel az intézmény.

Másrészről a mögöttes felelősség szabályai érvényesülnek akkor is, ha a beteg egy konkrét orvossal kerül szerződéses viszonyba az ellátás elvégzésére vonatkozóan, azonban ez az orvos közreműködőt vesz igénybe a szerződéses kötelezettségeinek teljesítésében. Fő szabályként erre nincs lehetősége, csak abban az esetben, ha a beteg hozzájárul, vagy az elkerülhetetlenné válik.⁶⁶⁴ Ilyenkor sem a direkt szerződéses viszonyban levő személy magatartásának felróhatósága kerül értékelésre, hanem a

⁶⁶¹ Lehetséges, hogy az orvos, akivel a beteg szerződést köt a kórház alkalmazottja, azonban olyan is lehetséges, hogy nem áll munkaviszonyban a kórházzal, csak igénybe veszi a beavatkozás elvégzéséhez annak infrastruktúráját.

⁶⁶² Ennek meghatározásánál figyelembe kell venni az orvostudomány aktuális állását, illetve az egészségügyi szakemberekre vonatkozó jogszabályi előírásokat.

⁶⁶³ KOCH-KOZIOL [2004] i.m. 97.

⁶⁶⁴ Ha ezen kívül vesz igénybe közreműködőt, akkor felel minden olyan kárért, mely e nélkül nem következett volna be.

közreműködő tevékenysége. Ha a közreműködőnél fennállnak a felelősségi előfeltételek, akkor az ellátásra szerződő személy fog helyette felelni.⁶⁶⁵

A mögöttes felelősség eseteiben tehát arról van szó, hogy a beteg és a kórház között létrejövő szerződés nem kötelezi személyesen az orvost, illetve az orvos és a beteg közt létrejövő szerződés nem kötelezi közvetlenül az igénybe vett közreműködőt. Ez azonban nem azt jelenti, hogy a kórház alkalmazottainak, vagy az orvosok által igénybe vett közreműködőknek ne lenne felelősségük a tevékenységükért. Ez a felelősség fennáll, csak nem a konkrét szerződés az alapja, hanem egy általános gondossági kötelezettség. Természetesen a betegnek a felelősség ilyen összetett eseteiben sem jár kétszeres kompenzáció, azonban a mögöttesen felelő kórháznak vagy orvosnak lehetősége van arra, hogy visszkérésrel forduljon a ténylegesen felelős eljáró és sérelmet okozó fél irányába, a köztük fennálló jogviszonyból fakadó kötelezettség megszegése okán.⁶⁶⁶

4.1.2. Szerződésen kívüli felelősség

Lévén, hogy a kontraktuális felelősség szerinti igényérvényesítés több előnyös vonással rendelkezik a felperesek számára, az esetek többségében a szerződésben foglalt kötelezettségek megszegése miatt indul kártérítési eljárás. Nem jelenti ez ugyanakkor a deliktuális felelősség teljes hiányát az egészségügyi szolgáltatók kártérítési eljárása kapcsán. Vannak olyan esetek, amikor a beteg akár az intézménnyel, akár a konkrét orvossal nem kerül szerződéses viszonyba, ilyenkor a beteg és az orvos vagy kórház közötti szerződés nem köti az abban részt nem vevő felet.⁶⁶⁷ Ilyenkor egy általános gondossági kötelezettség áll fenn, ennek a megszegéséért (a szerződésben foglaltaktól függetlenül) történik felelősségre vonás.

A deliktuális felelősség alapja e körben, hogy az osztrák bírósági gyakorlat úgy tekint minden egyes orvosi beavatkozásra, mint egy jogellenes testi sértés okozására, kivéve,

⁶⁶⁵ Jogeseti példa: műtéti beavatkozásra került sor egy sebész által, aki ennek elvégzésére igénybe vette egy kórház infrastruktúráját, illetve egy olyan altatóorvos közreműködését, aki nem állt a kórház alkalmazásában. Az altatóorvos által elkövetett mulasztás miatt bekövetkezett károkozásért a sebésznek kellett felelnie a helyettesítő felelősség elve alapján. Lásd: KOCH-KOZIOL [2004] i.m. 107.

⁶⁶⁶ KOCH [2011 Chicago-Kent Law Review] i.m. 1040.

⁶⁶⁷ Sürgősségi beavatkozások esetén sem az orvossal, sem a kórházzal nincs szerződéses viszony. Ha ilyen beavatkozás során szenved kárt a beteg, akkor a kórház felelőssége a deliktuális felelősség alapján kerül megállapításra.

ha a beavatkozás indokolt volt, különösen, ha a beteg érvényesen hozzájárulását adta annak elvégzéséhez.⁶⁶⁸ Abban az esetben, ha a beavatkozás nem ennek megfelelően történik, akkor a magatartás büntetőjogi felelősséget is megalapoz, még akkor is, ha az orvostudomány aktuális színvonalának és állásának megfelelően hajtották végre. Nyilvánvalóan, hiába a joghatályos beleegyezés, ha a beavatkozás, kezelés nem megfelelő színvonalon történt és a felróhatóságot megalapozó körülmények⁶⁶⁹ fennállnak.⁶⁷⁰

4.2. Felelősségi előfeltételek

4.2.1. Jogellenes és felróható magatartás

Mind a szerződésszegésért való felelősség, mind pedig a szerződésen kívüli károkért való *felelősség előfeltétele a jogellenes, felróható magatartás. A jogellenesség objektív kritérium, ezzel szemben a felróhatóság szubjektívizált elem, a károkozóhoz hasonló helyzetben levő személyektől elvárt magatartás alapján történik a megítélése. Az orvos nem tesz eleget a betegével szemben fennálló kötelezettségének, ha eltér a megfelelő színvonalú egészségügyi ellátás követelményétől, valamint, ha elmulasztja azt a körültekintést, figyelmet, ami egy átlagos, lelkiismeretes orvostól elvárható lenne az adott szituációban.*⁶⁷¹ Alapesetben ennek tényét a felperesnek kell bizonyítania.⁶⁷²

A felróhatóságot megalapozó hibák közül kiemelendők a kezelési hibák⁶⁷³ és a tájékoztatással kapcsolatos hiányosságok, ez utóbbira említenek néhány példát.

⁶⁶⁸ KOCH, Bernard A. – KOZIOL, Helmut, *Austria*; In: FAURE, Michael – KOZIOL, Helmut (eds.), *Cases on Medical Malpractice in a Comparative Perspective*, Vienna, Springer-Verlag, 2001, 59.

⁶⁶⁹ Később részletesen szólok róla.

⁶⁷⁰ KOCH-KOZIOL [2004] i.m. 102.

⁶⁷¹ KOCH [2011 *Medical Liability in Austria*] i.m. 1037.

⁶⁷² Ezért jár stratégiai előnyökkel a beteg számára, ha a kontraktuális felelősség szabályai szerint érvényesíti igényét, annak keretében ugyanis elegendő csak azt bizonyítani, hogy a szerződéses kötelezettség megszegéséből kifolyólag kára keletkezett, a felróhatóság hiányát a szolgáltatónak kell bizonyítania, a bizonyítási teher megfordul. Deliktuális felelősség esetén is megjelenik egy bizonyítást könnyítő szabály. Amennyiben a dokumentáció hiányos, vagy a beteg számára nem hozzáférhető, a bizonyítási teher megfordul és a szolgáltatónak kell bizonyítania, hogy minden megfelelő színvonalon történt. Lásd: LEISCHNER, Aline – ZEINHOFFER, Claudia – LINDNER, Christina – KOPETZKI, Christian, *Medical Law in Austria*, United Kingdom, Wolters Kluwer, 2011, 59.

⁶⁷³ Azaz, eltérés a megfelelő kezelési színvonalról.

Az orvosnak *kötelessége*, hogy *tájékoztassa* a beteget a felállított diagnózisról, a javasolt beavatkozásról, kezelésről, illetve ezek kockázatairól annak érdekében, hogy a átgondolhassa a beavatkozással járó előnyöket és kockázatokat és ennek tükrében hozzon felelős döntést. A tájékoztatási kötelezettség elmulasztására vagy hiányosságaira alapított keresetek gyakran fordulnak elő.⁶⁷⁴ A *tájékoztatási kötelezettség elmulasztása* és ennek következtében a tájékozott beleegyezés hiánya önmagában jogellenes magatartásnak minősül. Így még a gondosan és megfelelően elvégzett kezelés ténye sem mentesíti az orvost a bekövetkezett kárért való felelősség alól.⁶⁷⁵ Fontos kiemelni, hogy a tájékoztatási kötelezettséget nem lehet kiváltani azzal, hogy a beteg aláír egy olyan nyomtatványt, melyen fel vannak sorolva a beavatkozással összefüggő kockázatok. A bizonyítás szempontjából előnyös, ha a tájékoztatás dokumentált, de egy aláírt papír nem helyettesíti a valós kommunikációt a beteggel.

Hogy mi az a *kockázat*, melyről az adott beavatkozás, kezelés során tájékoztatni kell a beteget nincs meghatározva konkrétan jogszabályban, ezzel kapcsolatban az *Oszták Legfelsőbb Bíróság* fogalmaz meg *iránymutatásokat*. Az elsődleges a beteg megfelelő egészségi állapota, így a tájékoztatást is ehhez kell szabni. Abban az esetben, ha például egy olyan vizsgálatról van szó, melynek elvégzése szükséges és melynek elmaradása nagyobb kockázattal jár a beteg számára, ráadásul egy nagyon bizonytalan, nyugtalan páciensről van szó, indokolt lehet a kevésbé részletekbe menő tájékoztatás is. Viszont, ha a beavatkozás nem feltétlenül szükséges, a lehető legszélesebb tájékoztatást kell adni. A tipikus⁶⁷⁶ kockázatokról mindenképp tájékoztatni kell a beteget, még akkor is, ha a bekövetkezésének kicsi a valószínűsége.

Amennyiben a beteg a tájékoztatás hiányára vagy hiányosságaira alapítja a keresetét, az orvosnak kell bizonyítania, hogy a minden szükséges információt megadott a tervezett beavatkozásról, és ezt követően adta a beleegyezését. Emellett az is felelősség alól mentesítő körülmény lehet, ha a szolgáltató bizonyítani tudja, hogy bár a tájékoztatás nem volt hiánytalan, de a beteg abban az esetben is vállalta volna a kezelést, ha minden információt és kockázatot ismer.

⁶⁷⁴ KOCH [2011 *Medical Liability in Austria*] i.m. 1041.

⁶⁷⁵ Viszont, ha a beteg beleegyezése joghatályosnak tekinthető és a beavatkozás gondos, megfelelő elvégzése mellett is bekövetkezik a szövődmény, akkor az nem eredményezhet felelősségre vonást. (KOCH-KOZIOL [2001] i.m. 60.)

⁶⁷⁶ Azt, hogy valami tipikus kockázatnak minősül nem a statisztikai előfordulása dönti el, hanem az a tény, hogy az adott kockázat kapcsolódik a beavatkozáshoz, bekövetkezését még a legnagyobb gondosság mellett sem lehet elkerülni és egy átlagosan tájékozott beteg számára nem ismert az adott kockázat, így a tájékoztatás nélkül nem is tudja figyelembe venni a döntés meghozatalánál.

4.2.2. Okozati összefüggés

A *páciens feladata annak bizonyítása*, hogy az egészségi állapotának romlása olyan magatartásra vezethető vissza, mely az alperesnek tulajdonítható. Ez igen nagy terhet róhat a betegre, éppen ezért vannak esetek, melyeknél *egyszerűsödik* az okozati összefüggés bizonyítása. Ilyen fordul elő például akkor, ha a sérelem valamely tevékenység, kezelés, beavatkozás elmulasztása miatt következett be. Ilyenkor elegendő azt igazolni, hogy igen nagy valószínűséggel maradt volna el a kár bekövetkezése, ha az adott körülményeknek megfelelő cselekvést nem mulasztja el az alperes.⁶⁷⁷

Egy érdekes, *új gyakorlat* alakult ki az olyan esetekre vonatkozóan, ahol a bekövetkezett sérelem valószínűsíthetően nemcsak az alperes tevékenységére vezethető vissza, hanem az adott eredmény bekövetkezésében más tényezők is (például harmadik személy, a beteg egészségi állapota) is közrejátszottak. Ilyen esetekre egy osztrák tudós, Franz *Bydlinski* azt javasolja, hogy *meg kell osztani a felelősséget*, nem korrekt ugyanis ilyenkor csak az egyik félre hárítani a teljes felelősséget. A bíróságok magukévá tették ezt a felelősség arányosításával kapcsolatos elképzelést.⁶⁷⁸

Ha a beteg a beavatkozást megelőzően olyan egészségi állapotban volt, hogy a káros eredmény, mely az orvos felróható magtartása következtében létrejött egyébként is bekövetkezett volna, csak egy későbbi időpontban, az orvosnak csak azért kell felelősséget vállalnia, hogy a probléma bekövetkezése korábbra datálható. Természetesen azt, hogy a sérelem, nem kívánatos tünet a beavatkozás nélkül is bekövetkezett volna, az orvosnak kell bizonyítani és ezt szigorúan veszik a bíróságok.⁶⁷⁹

4.2.3. Kár bekövetkezése

A sérelmet szenvedett *páciens feladata*, hogy *bizonyítsa* a bíróságon, hogy *kára keletkezett*, mely pénzben kompenzálható, illetve meg kell határoznia a kárnak a *mértékét* is. Abban az esetben, ha a kár mértékének bizonyítása ésszerűtlenül nehéz

⁶⁷⁷ KOCH [2011 *Medical Liability in Austria*] i.m. 1040.

⁶⁷⁸ KOCH [2011 *Chicago-Kent Law Review*] i.m. 1035.

⁶⁷⁹ KOCH [2011 *Chicago-Kent Law Review*] i.m. 1036.

vagy nem is lehetséges, a polgári eljárásjogi szabályok felmentik a beteget a bizonyítás terhe alól és felhatalmazzák a bírót, hogy felbecsülje a kárt.

Ausztriában is lehet *kompenzációt* kérni vagyoni és nem vagyoni károkért. Vagyoni károk körében lehet érvényesíteni például: gyógykezelés, rehabilitáció költségeit, hozzátartozók utazási költségeit. Emellett pedig például olyan költségeket is, melyek a sérelmet szenvedett személy lakásának átalakításával, akadálymentesítésével kapcsolatosak, amennyiben ápolásra szorul (akár hivatásos ápoló, akár hozzátartozó látja el a feladatot) az ápolási költségeket, a kiesett munkabért is.⁶⁸⁰ Amennyiben a beteg meghal a nem megfelelően végzett orvosi tevékenység miatt, követelhetők a temetéssel járó költségek, illetve az eltartott rokonok gondozására fordítható költség is, melynek mértékét az elhunyt adózott munkabére alapján számítják ki.

A nem vagyoni kártérítés összegének meghatározása során fontos szerepe van annak, hogy milyen típusú és milyen súlyosságú sérelmet szenvedett a beteg, továbbá az alperes felróhatóságának a mértéke is jelentős. A nem vagyoni kártérítési összegek általában egyösszegű kompenzációt nyújtanak a páciens számára. Az is kiemelendő e körben, hogy a bíróságok általában a korábbi ügyek tanulsága alapján kialakult gyakorlatot követik⁶⁸¹ a nem vagyoni kártérítés összegének meghatározásánál, ami úgy vélem azért nagyon jó, mert segít egységesíteni az erre vonatkozó ítélkezési gyakorlatot, ezáltal kordában tartani a megítélt összegeket. A kártérítés mértékét két tényező határozza meg, az elszenvedett fájdalom és sérelem komolysága, illetve az időtartama.⁶⁸² Természetesen ez nem egy szigorúan vett szabályrendszer, csak egyfajta iránymutatásként szolgál. Az eddigi legmagasabb nem vagyoni kártérítési összeg 250 ezer Euro körüli érték.⁶⁸³

4.3. Felelősségbiztosítás

Egészen 2010-ig Ausztria azon kevés Európai Unió ország közé tartozott, ahol nem volt kötelező az egészségügyi tevékenység végzéséhez felelősségbiztosítás. Ennek ellenére igen sok kórház rendelkezett felelősségbiztosítással, mely az alkalmazott

⁶⁸⁰ KOCH [2011 *Medical Liability in Austria*] i.m. 1045.

⁶⁸¹ KOCH-KOZIOL [2004] i.m. 101.

⁶⁸² A kialakult gyakorlat szerint, kis mértékű fájdalom esetén naponta 100-120 €, közepes fájdalom esetén 200-250 € naponta, súlyos fájdalom esetén naponta 300-360 € nem vagyoni kártérítést ítélnek meg.

⁶⁸³ KOCH [2011 *Medical liability in Austria*] i.m. 1046.

orvosok számára is fedezetet nyújtott. 2010-ben viszont jogszabályban írták elő,⁶⁸⁴ hogy valamennyi egészségügyi szolgáltatónak kötelező felelősségbiztosítási szerződést kötni, meghatározott összeghatárig.⁶⁸⁵ A biztosítási díjak mértéke attól függ, hogy milyen szakterületen és milyen státuszban tevékenykedik az orvos, illetve, hogy milyen képzettségi szinten áll. A legmagasabb díjakkal a plasztikai sebészeknek, nőgyógyászoknak, radiológusoknak és aneszteziológusoknak kell számolniuk.⁶⁸⁶ Ausztriában is növekvő tendenciát mutatnak a kártérítési perek és a megítélt összegek, éppen ezért a biztosítóknak, főleg az előbb említett területeken jelentős veszteséggel kell számolniuk.⁶⁸⁷ Ennek következtében több biztosító kivonult a piac ezen szegmenséből, azonban még így sincs olyan monopolisztikus helyzet az orvosi felelősségbiztosítási piacon, mint hazánkban.

4.4. A peres úttól eltérő speciális igényérvényesítési lehetőségek és feltételeik

A hagyományos, peres út lehetősége mellett Ausztriában széles körben kiépült az alternatív vitarendezés is az egészségügyi ellátásokkal összefüggésben bekövetkező károk esetére, melynek működése sikeres, az egyes intézmények létrehozása óta évről évre növekvő tendencia mutatkozik az igénybe vételük tekintetében. Céлом a peres út elkerülésében segítő intézmények vizsgálata, így az úgynevezett egyeztető tanácsokat, a betegeknek segítséget nyújtó képviselőket (*patient advocat*, a továbbiakban PA), illetve egy speciális kompenzációs alapot kívánok bemutatni.

4.4.1. Az egyeztető tanácsok⁶⁸⁸

⁶⁸⁴ LEISCHNER- ZEINHOFER- KOPETZKI i.m. 59.

⁶⁸⁵ 2 millió € káreseményenként, évente 6 millió €, kórházaknak évente 10 millió € (Lásd: KOCH [*Medical Liability in Austria*] i.m. 36.).

⁶⁸⁶ KOCH [2011 *Chicago-Kent Law Review*] i.m. 1030.

⁶⁸⁷ 2003-ra például az előző évhez képest 30%-kal emelkedett a kártérítési perek száma, és több, mint 50%-kal a kifizetett kártérítési összeg, mely miatt a biztosítók vesztesége is nőtt (188%) Lásd: OECD, *Medical malpractice - prevention, insurance and coverage options*, No. 11. 2006. <http://www.aemh.org/pdf/OECDMedicalMalpractice.pdf> (letöltve: 2011. szeptember 20.), 72.

⁶⁸⁸ Arbitration panels.

A hazai alternatív kompenzációs lehetőségekről szóló fejezetben részletesen foglalkoztam a peren kívüli vitarendezés modelljeivel az egészségügyi ellátások tekintetében.

Az Ausztriában kialakult rendszer az *arbitrációs modellhez áll közelebb*, azonban nem azonosítható vele, lévén, hogy a testület döntései nem kötelezőek csak ajánlás, javaslat jellegűek. Mára minden osztrák tartományban létrehozták az *egyeztető testületeket* a tartományi orvosi kamara székhelyén.⁶⁸⁹ Ezen rendszer kiépítésének célja, hogy a peres út alternatívájaként, azt *megelőző fórumként* lehetőséget nyújtsanak mind az orvosok, mind a betegek számára az ellátással összefüggő konfliktusok kezelésére. Az eljárás teljes mértékben önkéntes, ingyenes, ami számomra kiemelkedően szimpatikus vonás. A testületek legfontosabb feladata, hogy szervezett keretek közt biztosítsanak lehetőséget a felmerült konfliktusokkal összefüggő tárgyalásra.⁶⁹⁰

A testület eljárását kezdeményezheti akár a sérelmet szenvedett beteg, annak képviselője vagy örököse, illetve az érintett orvos, vagy az érintett orvos munkáltatójaként megjelenő kórház is. Az eljárás megindításával kapcsolatban fontos követelmény még, hogy az elévülési időn belül lehet kezdeményezni, továbbá az is, hogy nem lehet folyamatban, függőben polgári peres eljárás.⁶⁹¹ A testület eljárásának kezdeményezésével azt is vállalja a beteg, hogy annak befejezéséig nem kezdeményez polgári peres eljárást, illetve hozzájárul ahhoz, hogy a személyes adatai, leletei továbbításra kerülnek a testülethez az eljárás lefolytatása érdekében.⁶⁹² Az egyeztető tanács tagjainak száma tartományonként változó, azonban egy bíró és egy orvos minden esetben tagja lesz a tanácsnak. A testület eljárása az írásos anyagok értékelésével kezdődik, majd pedig szóbeli meghallgatás történik. Gyakran kérnek szakértői véleményt is a megalapozott döntés meghozatala érdekében.⁶⁹³ A testület eljárásának eredményeként fény derülhet rá, hogy nem történt kezeléssel kapcsolatos hiba, illetve arra a megállapításra is juthatnak, hogy a betegnek joga van kompenzációra. A testület ilyen esetekben általában egy összegben fizetendő kártérítési összegre tesz javaslatot.⁶⁹⁴

⁶⁸⁹ KOCH, Bernard A., *Austrian Cases on Medical Liability*, European Journal of Health Law, 2003, Vol. 1., 96.

⁶⁹⁰ KOCH-KOZIOL i.m. [2004] 92.

⁶⁹¹ Bár ez nem minden tartományban egységes kívánalom.

⁶⁹² BACHINGER, Gerald, *The System of the Patient Advocacies in Austria*, 2005. november, http://www.patientenanwalt.com/fileadmin/dokumente/09_english_documents/legal_information/0510legalinfo_patient_advocacies_DrBachinger.pdf (letöltve: 2011. december 10.) 19.

⁶⁹³ KOCH [2011 Chicago-Kent Law Review] i.m. 1049.

⁶⁹⁴ KOCH-KOZIOL [2004] i.m. 92.

A *döntés nem kötelező* csak ajánlás, az egyeztető testület eljárását követően hagyományos, polgári peres eljárást is indítható.⁶⁹⁵ Azt azonban megállapíthatjuk, hogy a testületek működése sikeres, ha például Felső-Ausztria vonatkozó adatait vizsgáljuk, azt láthatjuk, hogy az igénybe vevők közül csak nagyon kevesen fordultak bírósághoz.⁶⁹⁶

4.4.2. Egy sajátos kompenzációs alap

A rendszer kiindulópontja egy 1998-ban, Bécsben létrehozott *kompenzációs alap*, melynek célja az volt, hogy olyan esetekben nyújtsanak kompenzációt, amikor nincsenek meg a hagyományos peres úton történő igényérvényesítés feltételei maradéktalanul. A kompenzációs alappal kapcsolatos pozitív visszacsatolások arra indították a jogalkotót, hogy 2001-ben valamennyi tartományban kötelezővé tegye ezeknek a felállítását.⁶⁹⁷ Mivel csak egy szabályozási keretet határoztak meg központilag, az egyes tartományokban találunk eltéréseket a megvalósítással kapcsolatban. A létrehozás *célja, hogy olyan esetekben is lehetséges legyen (legalább részlegesen)*⁶⁹⁸ *kompenzálni a sérelmet szenvedett beteget, amikor a hagyományos úton érvényesíthető kártérítés nem elérhető.*⁶⁹⁹

A kompenzációs alapok valamennyi állami kórház betegei számára lehetőséget nyújtanak igényérvényesítésre, illetve minden más olyan kórház betegei számára, melyek hozzájárulást fizetnek az alapba. A rendszer finanszírozása a betegek hozzájárulásai alapján történik, melynek mértéke 0,73 Euro minden kórházban töltött nap után.⁷⁰⁰ A kárigény finanszírozása szempontjából nem a beteg lakhelye a döntő, hanem a kezelés helye, vagyis azon tartomány kompenzációs alapja fogja kifizetni az összeget, amelyiknek a területén levő kórházban a sérelem történt.⁷⁰¹

⁶⁹⁵ NYS [2008] i.m. 21.

⁶⁹⁶ Körülbelül 4% ez az arány. Lásd: Uo. 93.

⁶⁹⁷ BACHINGER i.m. 17.

⁶⁹⁸ A kompenzáció mértéke mindenhol maximált, az összeg felső határa azonban tartományonként eltérő. (Lásd: KOCH [2011Chicago-Kent Law Review] i.m. 1051.).

⁶⁹⁹ BACHINGER i.m. 21.

⁷⁰⁰ A fizetési kötelezettség korlátozott, évente maximum 28 nap lehet és nehéz szociális helyzetben levő betegek mentesülnek a fizetési kötelezettség alól. (KOCH-KOZIOL [2004] i.m. 95.).

⁷⁰¹ BACHINGER i.m. 23.

Kompenzáció ebből az alapból csak korlátozottan igényelhető, az *úgynevezett „nehéz esetek”*⁷⁰² kapcsán, amikor az egészségügyi szolgáltató felelőssége nem egyértelműen megállapítható és éppen ezért hagyományos úton nem járna kártérítés a betegnek. Például, amikor a betegnek kára keletkezik, viszont a felelősség a bizonyítékok hiányában, vagy azok hiányossága miatt nem állapítható meg bizonyosan.⁷⁰³ Ide tartoznak azok az esetek is, melyeknél a beteg jelentős sérelmet szenved valamely különleges, ritka szövődmény miatt, viszont a felelősségi előfeltételek nincsenek meg maradéktalanul. Ilyenkor a kifizetés alapja, hogy a bekövetkezett jelentős károsodást méltánytalan lenne teljesen kompenzálatlanul hagyni.⁷⁰⁴

Az eljárás tekintetében különbségek vannak az egyes tartományok között, ugyanis más-más (kifejezetten erre a célra létrehozott) testület bírálja el az igényeket.⁷⁰⁵ Fontos, hogy az eljárás mindenhol *ingyenes* és az is követelmény, hogy ne legyen folyamatban polgári per vagy peren kívüli egyeztetés, vagy ha már ilyen történt, akkor az a beteg kompenzációja szempontjából eredménytelenül zárult. Ha a páciens számára fizet a kompenzációs alap és ezt követően a jövőben indít polgári peres eljárást, melynek eredményeként kártérítési összeghez jut, vagy a peren kívüli vitarendezés lesz később eredményes számára, a kompenzációs alaptól kapott összeget vissza kell fizetnie.⁷⁰⁶

4.4.3. A beteg képviseleti rendszer (PA rendszer)

Egy kiterjedt betegjogi kódex létrehozása önmagában nem jelent garanciát rá, hogy ezek a jogosultságok valóban érvényesülni is fognak. A betegjogok hatékony érvényesüléséhez szükség van egy olyan rendszerre, mely segít a jogokkal kapcsolatos tájékoztatásban, illetve a jogok érvényesítésével kapcsolatos lehetőségek felkutatásában és adott esetben a jogérvényesítési folyamatban is. Ennek a biztosítására jött létre Ausztriában a *betegek képviseletét ellátó rendszer* (továbbiakban PA rendszer). Elsőként Carinthiában és Felső-Ausztriában épült ki 1991-ben, majd 1993-ban valamennyi tartomány számára kötelezővé tették a képviselők alkalmazását.

⁷⁰² Cases of hardship.

⁷⁰³ MACKENNEY, Stephen – FALLBERG, Lars (eds.), *Protecting Patients Rights? A Comparative Study of the Ombudsman in Health Care*, United Kingdom, Radcliff Medical Press Ltd., 2004, 17.

⁷⁰⁴ KOCH [2011 Chicago-Kent Law Review] i.m. 1050.

⁷⁰⁵ Lásd részletesen: BACHINGER i.m. 24-33.

⁷⁰⁶ Uo. 34.

Központilag csak keretszabályozást találhatunk, éppen ezért a betegek képviseletét megvalósító rendszer tartományonként különböző, egyrészt struktúrájában, másrészt pedig a PA-k feladat és hatásköre tekintetében.⁷⁰⁷ Annak érdekében, hogy az egyes tartományok képviselői közötti együttműködés biztosított legyen, 2000-ben létrehozták a *Betegképviseleti Munkacsoportot (Patient Advocacy Working Group, továbbiakban PAWG)*. Ennek legfontosabb feladata, hogy biztosítsa az *együttműködést, hatékony információcserét* az egyes tartományi PA-k között.⁷⁰⁸ A képviseleti rendszer egyre szélesebb körben ismert és alkalmazott a betegek körében.

A PA-k legfontosabb *tevékenységi körei* az alábbiakban foglalhatók össze:

- Amennyiben egy beteg felkeresi a PA-t, kérhet tőle tájékoztatást a jogaival, lehetőségeivel kapcsolatban.
- A tanácsadáson, információ adáson túl, fel lehet keresni a képviselőt úgynevezett általános panasszal az ellátással kapcsolatban. Ilyenkor nem arról van szó, hogy hibát vétettek a kezelés során, pusztán arról, hogy az ellátás során a beteg emberséges, tiszteletteljes bánásmód kívánalmában, emberi méltóságában lett sértve. Ilyenkor a PA feladata, hogy lehetővé tegye a szolgáltató és a panaszos közti kommunikációt, eljuttassa a panaszt az intézményhez.⁷⁰⁹
- Amennyiben az ellátással kapcsolatban felmerült hiba a panasz tárgya, akkor a legfontosabb feladata, hogy megvizsgálja, előkészítse az ügyet és peren kívüli vitarendezési lehetőséget kínáljon a beteg számára.⁷¹⁰ Ez lehet akár a fentebb ismertetett egyeztető testület eljárásának kezdeményezése, akár az egészségügyi szolgáltató felelősségbiztosítójával megkísérelt peren kívüli megállapodás is, illetve akár a fentebb említett kompenzációs alaptól való kártérítés fizetésének kezdeményezése is az illetékes testületnél.⁷¹¹ A peren kívüli vitarendezés eseteiben a PA képviseletet is nyújt a beteg számára.

⁷⁰⁷ MACKENNEY-FALLBERG i.m. 14.

⁷⁰⁸ BACHINGER i.m. 12.

⁷⁰⁹ MACKENNEY-FALLBERG: i.m. 18.

⁷¹⁰ KOCH [2011 Chicago-Kent Law Review] i.m. 1048.

⁷¹¹ BACHINGER i.m. 15.

5. A felróhatóságot nem vizsgáló felelősségi rendszer

Jelen alfejezet tárgyát egy a korábbiaktól teljes mértékben eltérő, számos előnyös jellemzővel rendelkező, mindezek ellenére csak néhány ország által alkalmazott kompenzációs rendszer bemutatása képezi.

Általános jellemzőinek leírását követően a modell gyakorlati működését ismertetem a felróhatóságot nem vizsgáló kompenzáció *mintaállamának* tekinthető Új-Zéland vonatkozó jogi szabályozásának feltárásával. Itt vezették be ezt a modellt a világon először, 1974-ben. Emellett a skandináv országokban, Svédországban, Finnországban, Dániában és Norvégiában találkozhatunk ezzel a kompenzációs mechanizmussal, valamint Franciaország részlegesen vette át, ahogyan a vonatkozó egységben bemutattam. A no fault modell megvalósulását egy európai példával is szemléltetem, Finnország példájával. Végezetül a modell előnyös és hátrányos jellemzőinek számba vételével értékelem a rendszert.

5.1. Általános jellemzők

A hagyományos felelősségi rendszerek esetén a kártérítés megítélésének *négy konjunktív feltétele* van. Szükséges, hogy jogellenes magatartással okozati összefüggésben kár keletkezzen, és a károsító eseménynek a károkozó számára felróhatónak kell lennie. A felróhatóságot nem vizsgáló felelősségi rendszerek alapvető jellemzője viszont az, hogy ahhoz, hogy a károsult kártérítésben részesüljön nem szükséges elem a károkozó személy magatartásának felróhatósága. Ezt sem vizsgálni sem bizonyítani nem kell. Így az eljárás során a bizonyításnak arra kell kiterjednie, hogy a beteget az elvégzett beavatkozással vagy annak elmaradásával okozati összefüggésben kár érte.⁷¹²

Az egészségügyi ellátás során felmerülő károk megtérítése érdekében az egészségügyi szolgáltatók *szerződést* kötnek a biztosítóval, mely vállalja, hogy e károk megtérítése érdekében előre meghatározott összeget fizet. Tulajdonképpen harmadik személyek

⁷¹² DÓSA Ágnes, *Felelősség vagy biztosítás?*, Lege Artis Medicinae, 1996, 6. szám, 263.

javára szóló balesetbiztosítás jön létre ezáltal, ugyanis a betegnek minden az ellátással összefüggésben keletkezett kárát olyan balesetnek tekintik, amely a biztosítási szerződés hatálya alá tartozik és amelynek bekövetkezése esetén a biztosító előre meghatározott összeget fizet a károsultnak.⁷¹³ A beavatkozással együtt járó *szokásos kockázatokért a biztosító nem fizet*. Azt, hogy mennyi kártérítést kap a károsult, előre meghatározott séma szerint számítják ki, az egyes kártípusokhoz rendelt különböző összegek alapján. Megállapítható, hogy a no-fault compensation system-et alkalmazó országokban *jóval több igényt érvényesítenek*, jóval többen jutnak kompenzációhoz, azonban az eljárási költségek és a kártérítési összegek ennek ellenére is jóval alacsonyabbak, mint a hagyományos rendszerekben. *A kártérítési igény vizsgálata nem bíróság által peres eljárás keretében történik*, hanem egy erre a célra felállított *adminisztratív testület* végzi el. A felróhatóság vizsgálatának hiányában az eljárás leegyszerűsödik, felgyorsul. Az alapvető jogelveknek megfelelően természetesen van lehetőség fellebbezésre a testület döntéseivel szemben, és Svédországban végső fokon a bírói út igénybe vételének lehetősége is nyitva áll. Az azonban megállapítható, hogy kevesen fordulnak bírósághoz a testület döntéseivel szemben, Svédországban a döntések 2,5–4%-a érintett.⁷¹⁴

Amennyiben a páciens nem kívánja ezen rendszer szerint érvényesíteni az igényét, lehetősége van arra, hogy a hagyományos, peres utat vegye igénybe. De a tapasztalatok azt mutatják, hogy a felróhatóságot nem vizsgáló kártérítési rendszerekben ez nem jellemző a károsultak részéről.

5.2. Az új-zélandi no fault rendszer bemutatása

5.2.1. Történeti előzmények

A felróhatóságot nem vizsgáló rendszer bevezetését megelőzően Új-Zélandon is a hagyományos felróhatósági rendszer alapján bírálták el a kártérítési igényeket, amely rendszer mintájául a gyarmatosító anyaország, Nagy Britannia szolgált. A felróhatóságot nem vizsgáló felelősségi modell történeti alapjainak feltárásához több,

⁷¹³ GELLÉR i.m. 317.

⁷¹⁴ DÓSA [HVG ORAC 2004] i.m. 34.

mint egy évszázadnyi időre kell visszatekintenünk, bár a legjelentősebb fejlődés az utóbbi 30-35 évre tehető. Elsőként egy 1900-ban született törvényt⁷¹⁵ kell megemlítenünk, amely valamennyi munkahelyi baleset, foglalkozási ártalom következtében előállott személyes sérelem esetére előírta kompenzáció biztosítását a munkavállaló számára. Ez a munkavállalói jogosultság a munkáltatói oldalon megteremtette a biztosítóval való szerződéskötési kötelezettséget a keletkező károk kielégítése végett. Ebben az időszakban az 1900-as törvény újítása ellenére még nyitott volt a munkások számára az a megoldás is, hogy a kárigényüket a hagyományos rendszer szerint, bíróság előtt érvényesítsék. A két modell egymás mellett létezett, de csak egymás alternatívájaként, a párhuzamos igényérvényesítés lehetősége ugyanis ki volt zárva.⁷¹⁶

Bár a munkavállalók számára megnyitott új lehetőség kedvező változásokat hozott, mégis számos ponton volt vitatható a hatékonysága. Problémaként jelentkezett, hogy gyakran nehézséget okozott annak a megállapítása, hogy az adott sérelem a törvény hatálya alá tartozik-e, és ezáltal kompenzálható-e ebben az új rendszerben. Kritikaként említhető az is, hogy alacsony kártérítési összegeket biztosított és rövid időtartamra, a sérelem súlyosságától függetlenül legfeljebb 6 éves időtartamra, és a sérült személy rehabilitációjának biztosítására sem figyelt kellőképpen. Emellett nem fordított elegendő figyelmet a jövőbeni balesetek prevenciójára.

A történeti fejlődés következő jelentős állomásaként 1960 említhető meg, amikor létrehoztak egy parlamenti bizottságot Sir Owen Woodhouse vezetésével. A bizottság célja a munkavállalók kompenzációs rendszerének tanulmányozása, a problémák feltárása, egy jövőbeni út kijelölése volt. A bizottság a vizsgálódás során feltárt eredményeit, valamint egy jövőbeni kompenzációs rendszerre vonatkozó javaslatait 1967-ben összegezte a Woodhouse Jelentésben. A bizottság álláspontja szerint az egész kártérítési rendszert a munkavállalókat ért sérelmek kompenzációja érdekében felállított modell alapján kellene átalakítani, teljes egészében helyettesítve a felróhatósági alapon nyugvó common law mintára kialakított modellt.

A *Woodhouse Jelentés öt alapvető elvet* fektetett le, amelyek a mai napig az új-zélandi rendszer alapjául szolgálnak. A jogalkotás is ezen alapelveknek megfelelően történik, az

⁷¹⁵ Workers' Compensation for Accidents Act.

⁷¹⁶ HITZHUSEN, Matthew, *Crisis and Reform: Is New-Zeland's No Fault Compensation System a Reasonable Alternative to the Medical Malpractice Crisis in the United States?*, Arizona Journal of International & Comparative Law, 2005, Vol. 22., No. 3, 652.

aktuális törvénymódosításokat is az e céloknak való megfelelés motiválja abban az esetben, ha a rendszer a gyakorlati működés során eltérést mutatna a kívánatos úttól.

A *Woodhouse elvek*⁷¹⁷ a következők:

- *Közösségi kollektív felelősségvállalás*, azaz a balesetekkel kapcsolatos költségekért az alapvető felelősséget az egész közösségnek kell vállalnia.
- *Széleskörű jogosultság*, azaz a méltányosság azt kívánja meg, hogy segítséget nyújtsanak mindazon állampolgároknak, akik baleset elszenvedése miatt váltak munkaképtelenné, függetlenül annak az okától, helyétől és időpontjától.
- *Teljes rehabilitáció*, azaz segíteni kell a balesetek áldozatait abban, hogy a lehető legrövidebb időn belül visszanyerjék megfelelő egészségi állapotukat.
- *Valós kompenzáció*, azaz a kártérítésként kifizetett összegnek a tényleges sérelemhez kell igazodnia.
- *Adminisztratív hatékonyság*, azaz a pénzügyi források gyűjtése, az eljárás lefolytatása és a kompenzációs összegek kifizetése minél gördülékenyebben történjen.

1972-ben Új-Zéland parlamentje egyhangúlag elfogadta a *baleseti kompenzációról szóló törvényt* (továbbiakban: ACA⁷¹⁸), amely eredeti formájában csak a munkahelyi baleset áldozatául váló munkavállalók és az autóbalesetet szenvedett utasok számára nyújtott fedezetet. A törvényt azonban hatályba lépését megelőzően módosították, és a fent említett személyi kategóriákon túl kiterjesztették valamennyi új-zélandi állampolgárra, továbbá azon külföldiekre is, akik új-zélandi látogatásuk alatt szenvednek balesetet. A módosított ACA 1974-ben lépett hatályba a világon elsőként bevezetve a *felróhatóságot nem vizsgáló felelősségi rendszert Új-Zélandon*.

A balesetek következtében előállott károk fedezésére a törvény *három pénzalapot* állított fel. Az egyik a *munkavállalói* alap volt, amelynek a bevételeit a munkavállalókra és az önfoglalkoztatókra kivetett járulékok egy része képezte. Emellett felállították az *autóbaleseti* alapot, amelynek forrását a gépjármű tulajdonosok által fizetett összegek

⁷¹⁷HARLESTON, Jerome, *No-fault Medical Liability Compensation System*, 16th April 2003, <http://www.cga.ct.gov/2003/olrdata/ins/rpt/2003-R-0386.htm>, (letöltve: 2008. szeptember 16.), 1.

⁷¹⁸The Accident Compensation Act of 1972.

jelentették. A harmadik alap az úgynevezett *kiegészítő alap* volt, amelynek a forrása a kormány által nyújtott támogatásból származott.⁷¹⁹

Az 1974-es törvényt több alkalommal változtatták,⁷²⁰ a jelenleg hatályos 2001-es sérelmek megelőzéséről, rehabilitációjáról és kompenzációjáról szóló törvényt (továbbiakban: IPRCA⁷²¹) 2008-ban módosították néhány ponton.

5.2.2. A Baleseti Kompenzációs Bizottságról

A *Baleseti Kompenzációs Bizottság* (továbbiakban: ACC)⁷²² a 2001-es törvény által felállított adminisztratív testület, amely a felróhatóságot nem vizsgáló felelősségi rendszer *központi szereplője*. A testület élén egy maximum 8 tagból álló igazgatóság áll, amelynek a tagjait 3 éves periódusokra választják.⁷²³ Az ACC *elsődleges funkciója* a személyes sérelmek bekövetkezésének megelőzése, a gyakoriságuk és súlyosságuk csökkentése. Sérelem bekövetkezése esetén ez a testület bírálja el a benyújtott kérelmeket és dönt a kompenzálhatóságról. Az eljárás sokkal gyorsabb, költséghatékonyabb, mint a hosszadalmas kártérítési perek. Évente körülbelül 1,4 milliárd dollárt folyósít a balesetet szenvedett személyek számára, mely kifizetéseknek négy jogcíme lehetséges.⁷²⁴

1. A kezelés és a rehabilitáció költségeinek fedezete,
2. heti járadék a kiesett keresetkiesés pótlására,
3. egyösszegű kártérítési átalány a sérelem kompenzációjára,
4. a sérelmet szenvedett személy halála esetén a túlélő házastárs illetve 18 éven aluli gyermek támogatása.

Ezen összegek forrásául a Woodhouse alapelveknek megfelelően a *közösségi kollektív felelősségvállalás* szolgál. A kormány 7 különböző pénzalapra osztja az egyes csoportok által befizetett összegeket, melyeknek a kezelését az ACC végzi. A dolgozat

⁷¹⁹ HITZHUSEN i.m. 656.

⁷²⁰ 1982, 1992, 1998, 2001.

⁷²¹ The Injury Prevention, Rehabilitation and Compensation Act of 2001.

⁷²² Accident Compensation Corporation.

⁷²³ IPRCA Section 267.

⁷²⁴ BISMARCK, Marie - PATERSON, Ron, *No-fault Compensation in New-Zealand: Harmonizing Injury Compensation, Provider Accountability and Patient Safety*, Health Affairs, 2006, Vol. 25, 279.

témájának szempontjából kiemelendő, hogy a 7 pénzalap egyike az egészségügyi ellátás során keletkezett sérelmek kompenzációjának fedezetéül szolgáló alap, amelynek forrásául a regisztrált egészségügyi szolgáltatók által teljesített befizetések szolgálnak. Amennyiben ez az alap nem nyújt elegendő fedezetet az ellátás során bekövetkezett baleset kompenzációjára, a források kiegészíthetők más pénzalapokból is.⁷²⁵

5.2.3. Az IPRCA felépítése⁷²⁶

Az IPRCA-t 2001 szeptemberében fogadták el és a rendelkezéseinek nagy része 2002 április 1-jén lépett hatályba. Így a törvény által bevezetett újdonságokat⁷²⁷ csak a 2002 április 1. után keletkezett sérelmek kompenzációja során lehet alkalmazni.

- *Megelőzés:*

A törvény a balesetek megelőzésével kapcsolatos tevékenységet jelöli meg az ACC elsődleges feladataként. A költségek csökkentése ugyanis a leghatékonyabban úgy valósítható meg, ha megelőzzük a károsító eseményt, amelyre kompenzáció kérhető, ha a hatékony prevenció tevékenységnek köszönhetően a sérelem be sem következik. A megelőzés kapcsán kulcsfontosságú a bekövetkezett sérelmekkel összefüggő információk rendelkezésre állása. Ezzel kapcsolatos adatok gyűjtése valamennyi állami szervnek feladata, rendszerezésüket a szerv egy alkalmazottja⁷²⁸ végzi.

- *Rehabilitáció:*

A rehabilitáció kapcsán a törvény célul tűzi ki a sérelmet szenvedett személy számára egy megfelelő életminőség biztosítását azáltal, hogy a lehető legnagyobb mértékben igyekeznek segíteni a károsult személy egészségi állapotának javulását, a függetlenségének visszaállítását és a társadalmi életben való aktív részvételét az IPRCA-ban biztosított eszközök alkalmazásával. Ennek érdekében elsőként a károsult személy szükségleteit kell meghatározni, majd azt kell megvizsgálni, hogy az IPRCA-ban biztosított támogatások közül melyik lenne a legmegfelelőbb a fent ismertetett cél

⁷²⁵ Az aktív keresők sérelmeinek fedezetéül szolgáló pénzalapból, ha a kérelmező ilyen státuszú, vagy a keresettel nem rendelkezőket ért balesetek kompenzációjára felállított pénzalapból, ha a kérelmező nem aktív kereső.

⁷²⁶ *About the Injury Prevention, Rehabilitation and Compensation Act of 2001*, <http://www.acc.co.nz/about-acc>, (letöltve: 2008. augusztus 12.).

⁷²⁷ Ilyen például az egyszeri kártérítési általány 70.000 dolláros összeghatárig.

⁷²⁸ Information Manager.

eléréséhez. Fontos kiemelni, hogy az ellátásokra való jogosultság a sérelmet szenvedett személy részéről is megfelelő magatartást feltételez. A károsultnak is mindent meg kell tennie annak érdekében, hogy a rehabilitációja minél rövidebb idő alatt minél nagyobb eredményre vezessen. Így megkövetelt például, hogy az ACC által kijelölt egészségügyi specialista által készített rehabilitációs tervnek megfelelően működjön együtt. Amennyiben a sérelmet szenvedett személy nem tesz eleget az együttműködési kötelezettségnek, akkor az ACC-nek joga van felfüggeszteni vagy megvonni a további támogatást. Azonban az addig kifizetett összegeket nem követelheti vissza.⁷²⁹ A rehabilitációnak több szintjét különíthetjük el:

- *Társadalmi rehabilitáció*, amelynek célja, hogy a károsultat képessé tegyék arra, hogy mások segítségétől függetlenül a mindennapi élethelyzetekben önállóan boldoguljon. Ennek megvalósulása érdekében a törvény lehetővé teszi például a különböző segédeszközök (például tolószék, járókeret) biztosítását, vagy az otthoni körülmények módosítását és az otthon alkalmassá tételét az önálló életvitelre.
- *Szakmai átképzés*: az elsődleges cél, hogy a károsult a baleset bekövetkezését megelőzően fennálló foglalkozását tudja folytatni. Viszont amennyiben ez nem lehetséges, számba kell venni egyrészt az érintett képzettségével kapcsolatos adatokat, illetőleg felmérni az egészségi állapotát és e két tényező figyelembe vételével megállapítani, hogy milyen munkalehetőség lenne számára a legmegfelelőbb. Ennek alapján kell segíteni a megfelelő szakmai átképzést.
- *Kezelés*: alapvető cél, hogy a károsult személynek megfelelő színvonalú egészségügyi ellátást biztosítsanak, mind a fizikai mind a mentális sérelmek helyreállítása érdekében. A minél hatékonyabb ellátás biztosítása érdekében az ACC támogatást nyújthat az egészségügyi szolgáltatók számára, hogy megfelelő sürgősségi ellátást, valamint járó-és fekvőbeteg ellátást tudjanak megvalósítani.
- *Kiegészítő szolgáltatások biztosítása*, melyek a kezelés és rehabilitáció elősegítését szolgálják. Ilyen szolgáltatásnak minősül például a sürgősségi betegszállítás, a rehabilitációs kezelésekre való eljutás segítése, amennyiben szükséges kísérő személy biztosítása ezen alkalmakkor, vagy például a szállásköltséggel kapcsolatos támogatás.

⁷²⁹ HITZHUSEN i.m. 669.

- *Kompenzáció:*
 - A *kártérítési átalányösszeg* bevezetése a 2001-es törvény egyik jelentős újításának tekinthető. Kezdetben 70.000 dollárban maximálták az összegét, de ez a határ időszakonként módosul a fogyasztói árindex alakulását követően.⁷³⁰ A kompenzációhoz való hozzájutásnak két konjunktív feltétele van. Csak abban az esetben van lehetőség az igénybe vételére, ha a sérelem 2002. április 1-jét, azaz a törvény hatályba lépését követően keletkezett. A másik feltétel pedig az, hogy a baleset következtében legalább 10 %-os képességcsökkenésnek kell bekövetkeznie. A felső és alsó összeghatáron belül mozogva a sérelem súlyosságához igazodva történik az összeg megállapítása.
 - Szintén a kompenzációs eszközök közé sorolható a *heti járadék* is, amely a kiesett kereset pótlására szolgál. A járadék összegének alapjául a sérelmet szenvedett személy balesetet megelőző keresete szolgál. Nem számítható be a kereset megállapításakor az az időszak, amikor nem fizetett betegszabadságot vett igénybe a károsult, továbbá az az időtartam sem, amely alatt korábban heti járadékban részesült. Azon idénymunkások is jogosultak lesznek a járadékra, akiknek a személyes sérelme a foglalkoztatásuk alatt vagy legkésőbb annak megszűnését követő két héten belül következett be. A heti járadék összege vagy a munkaképtelenség fokához igazodik vagy a minimálbér 80 %-át fizetik ki attól függően, hogy a károsult számára melyik kedvezőbb.
 - *Halál esetére szóló támogatást* biztosít a temetési segély, valamint a túlélő házastárs illetve 18 éven aluli gyermek számára biztosítandó kompenzációs összeg.

5.2.4. Az egészségügyi ellátás során bekövetkezett sérelmekkel kapcsolatos igényérvényesítés

5.2.4.1. Az IPRCA hatálya alá tartozó igények⁷³¹

Általánosságban azt mondhatjuk, hogy az Új-Zéland határain belül balesetet szenvedettek személyes sérelmei tartoznak a rendszer keretében kompenzálható károk közé. Az IPRCA rendelkezései közül a dolgozat témájának szempontjából azok

⁷³⁰ 2004-ben a minimális összege 2.600 dollár volt, míg a felső határa 104.000 dollár volt.

⁷³¹ HITZHUSEN i.m. 663-664.

relevánsak, melyek összefüggnek az egészségügyi ellátás során bekövetkező balesetekkel⁷³² és arra adnak választ, hogy milyen feltételek fennállása esetén tartozik egy egészségügyi ellátás során bekövetkező káresemény a törvény hatálya alá.

Ahhoz, hogy az elszenvedett sérelem *egészségügyi balesetnek* minősüljön, három feltételnek kell megfelelnie:

1. a károsult sérelmét valamilyen kezelés igénybevétele okozta,
2. a kezelésben egészségügyi specialista vagy az ő felügyelete alatt álló személy részesítette a károsultat,
3. a sérelem úgynevezett orvosi hiba⁷³³ vagy orvosi baleset⁷³⁴ következtében állt elő.

A törvény az egészségügyi baleseteknek két formáját különbözteti meg.⁷³⁵ Az egyik az *orvosi hiba következtében előállott károsodás*. Ez nagyban hasonlít a hagyományos kártérítési rendszerekből ismert felróhatóságra, ugyanis akkor beszélhetünk orvosi hibáról, hogyha a kezelést végző orvos nem tartotta be a kezelés szokásos rendjét és nem úgy cselekedett, ahogy az az adott körülmények között ésszerűen elvárható. Nem minősül orvosi hibának, ha a kezelés nem valósította meg a kívánatos eredményt, továbbá az sem, hogyha a kezelést követően bebizonyosodik, hogy egy más típusú kezelés jobb eredményt hozott volna.

Az egészségügyi balesetek másik formája az *orvosi baleset*, amelyet az orvosi kezelés káros következményeként definiál a törvény. Ahhoz, hogy egy káresemény orvosi balesetnek minősüljön szükséges, hogy a beteget egy egészségügyi specialista részesítse megfelelő, szabályos kezelésben, annak a valószínűsége, hogy a kezelés kedvezőtlen következményekkel fog járni ne legyen számottevő⁷³⁶ továbbá, hogy az előállott káros következmény súlyosnak minősüljön.⁷³⁷

⁷³² Medical misadventure.

⁷³³ Medical error.

⁷³⁴ Medical mishap.

⁷³⁵ PDG Skegg, *Compensation in the New Zealand Health Care Sector*, In: DUTE, Jos – FAURE, Michael – KOZIOL, Helmut (eds.), *No-fault Compensation in the Health Care Sector*, Springer Wien New York, Vienna, 2004, 305-308.

⁷³⁶ Akkor tekinthető ritkának egy kedvezőtlen következmény, ha a bekövetkezésének valószínűsége a szokásos alkalmazási körében kevesebb, mint 1 %.

⁷³⁷ Ez a követelmény akkor valósul meg, hogy ha a kezelés következtében a páciens meghal, vagy több mint 40 napon át kórházi ellátásra szorul, vagy ha valamely alapvető képessége számottevően csökken.

5.2.4.2. Az igényérvényesítés szabályai

Ahhoz, hogy egy egészségügyi baleset áldozatává vált személy kártérítésben részesüljön, *kompenzáció iránti kérelemmel* kell fordulnia az ACC egészségügyi balesetekkel foglalkozó szervezetéhez. A kérelemben meg kell jelölnie, hogy milyen sérelmet szenvedett és azt is, hogy mi a kártérítésre való jogosultságának az alapja. A kérelem benyújtásának határideje a baleset bekövetkezésétől számított 12 hónap.⁷³⁸ Bár az ACC amiatt, hogy a kérelmező elmulasztotta a fent említett határidőt nem utasíthatja el automatikusan a kérelmet, de ha az igény késedelmes benyújtása, az eltelt hosszú idő akadályozza a testületet a megfelelő döntés meghozatalában, akkor erre hivatkozással elutasíthatja azt. Az ACC kérheti a kérelmezőtől, hogy a sérelemmel kapcsolatos lényeges kérdésekre adjon választ valamint, hogy csatoljon be bizonyos a testület által kért iratokat, például orvosi leleteket.

A kérelmet beérkezésétől számított 2 hónapon belül a testületnek meg kell vizsgálnia. Ezt követően az ACC vagy a döntés meghozataláról értesíti az igényt érvényesítőt és ismerteti annak tartalmát, vagy arról, hogy a döntés meghozatalához időre és további kérdések tisztázására van szükség. A döntés meghozatalára vonatkozó végső időhatár az igény benyújtásától számított 9 hónap.⁷³⁹ Amennyiben a kérelmet elutasítják, kötelező ennek okait feltárni, továbbá kötelező tájékoztatni a kérelmezőt a felülvizsgálat benyújtásának lehetőségéről, valamint a felülvizsgálat előterjesztésének határidejéről.

Abban az esetben, ha a sérelem orvosi hiba miatt következett be, az ACC köteles a döntéséről tájékoztatni mindazon egészségügyi szolgáltatót, specialistát vagy szervezetet, amelyeknek vagy akiknek a tevése vagy mulasztása az igény alapjául szolgált.

5.2.4.3. A felülvizsgálat folyamata⁷⁴⁰

A sérelmet szenvedett személy *felülvizsgálatot* kérhet, ha a kérelmét az ACC elutasította, vagy ha indokolatlanul késlekedett a döntés meghozatalával. A felülvizsgálati kérelmet írásban, a vitatott döntés kézhezvételétől számított 3 hónapon belül kell benyújtani.

⁷³⁸ IPRCA Section 53.

⁷³⁹ HITZHUSEN i.m. 666.

⁷⁴⁰ HITZHUSEN i.m. 668-669.

Beérkezését követően az ACC független bírálókat jelöl ki, akiknek a feladata, hogy az eset körülményeit újra megvizsgálják, illetve meghallgatást kell tartaniuk az esettel kapcsolatban. A meghallgatáson az ACC képviselői is megjelennek, valamint, ha valószínűsíthetően orvosi hiba miatt következett be a sérelem, akkor azon egészségügyi szolgáltatók képviselői is, amelyek által nyújtott kezelés miatt a sérelem bekövetkezett. A meghallgatást követően a bírálónak 28 napja van, hogy meghozza a döntést, melynek során teljesen függetlenítenie kell magát attól az eljárástól, azoktól az érvektől, amely alapján az ACC meghozta a vitatott döntést. A független bíráló döntésével szemben is van helye jogorvoslatnak, mellyel a kérelmező, az ACC vagy akár az érintett egészségügyi szolgáltató⁷⁴¹ is élhet és amelyet a kerületi bírósághoz kell benyújtani.

Fontos megemlíteni, hogy bár nagyon szűk körben, de bizonyos esetekben van arra lehetőség, hogy a károsult amellet, hogy az ACC-n keresztül kompenzációhoz jut, bírósághoz forduljon a károkozás feltűnő jogellenessége miatt a kár tényleges összegét meghaladó kártérítés⁷⁴² iránt. Ezt az összeget a károsult nem az őt ért személyes sérelem kompenzációjaképpen kapja, hanem a károkozó oldalán felmerülő, kirívóan jogellenes magatartás miatt. Mint említettem erre csak limitált esetkörben van lehetőség, amennyiben a károkozót bűnös szándék vezérli vagy önkényesen figyelmen kívül hagyja a sértett alapvető jogait.

5.2.5. Minőségkontroll és betegjogok

A felróhatóságot nem vizsgáló felelősségi rendszerrel szemben megfogalmazott *legáltalánosabb kritika*, hogy *a perek elrettentő erejének prevenció hatása elvész*. Egyrészt az egészségügyi szolgáltatóknak nem kell aggódniuk egy ellenük indított per nyilvánosságra kerülése miatti presztízsveszteségtől, a kompenzációs modell miatt pedig az anyagi veszteségtől sem. Így szükség van olyan minőségkontroll rendszerre, mely ezt a hiányosságot képes ellensúlyozni, motiválni az intézményeket a szolgáltatásuk színvonalának folyamatos ellenőrzésében, fejlesztésében. Ezt hivatott

⁷⁴¹ Az egészségügyi szolgáltató csak akkor élhet a független bíráló döntésével szemben jogorvoslattal, ha azt állapította meg a döntésében, hogy az érintett szolgáltató által elkövetett orvosi hiba miatt következett be a sérelem.

⁷⁴² Exemplary damages.

biztosítani Új-Zélandon az *egészségügyi ombudsman*, és a köré épült hálózat, melynek rövid bemutatását tűztem ki célul.

5.2.5.1. Az egészségügyi ombudsman létrejöttének körülményei és a betegjogi kódex

1987-ben rendkívül méltánytalan eset került az új-zélandi sajtó érdeklődésének középpontjába. Kiderült, hogy számos nő tudtán és beleegyezésén kívül kísérleti megfigyelésnek volt alanya. Kezdeti stádiumban levő méhnyakrákot diagnosztizáltak náluk, viszont annak érdekében, hogy információkat szerezzenek a betegség természetéről, továbbterjedéséről, nem kaptak megfelelő kezelést, mely ilyen esetekben a továbbterjedés megelőzése érdekében indokolt, és minderről nem kapták meg a szükséges tájékoztatást sem.⁷⁴³ Az ügy kivizsgálása nyomán született meg a *Cartwright jelentés*, mely javaslatot tett egy *betegjogi kódex megalkotására* (kiemelten kezelve a tájékoztatáshoz és a tájékozott beleegyezéshez való jogot), egy egészségügyi ombudsmani tisztség létrehozására, aki a betegek jogainak sérelmével összefüggő panaszokat vizsgálná, állami finanszírozású pártfogó ügyvédi rendszer felállítására, továbbá az orvostudományi kutatások etikai szabályoknak való megfelelését vizsgáló bizottságok felállítására.⁷⁴⁴

A jelentésben foglaltak nyomán 1994-ben felállították a *független egészségügyi ombudsmant* azzal az alapvető céllal, hogy fellépjen a *betegek jogainak védelmében*, és egyszerű, gyors, hatékony eljárásával hozzájáruljon az egészségügyi szolgáltatók és a betegek közötti *konfliktusok feloldásához*.⁷⁴⁵ Ezzel párhuzamosan létrejött egy országos szintű, ingyenesen igénybe vehető *pártfogó ügyvédi hálózat* is, élén a „Pártfogók Vezetőjével”.⁷⁴⁶

Az *ombudsman feladataként* jelölte meg a jogállását szabályozó törvény a betegjogi kódex tervezetének elkészítését és törvényhozás elé történő továbbítását.⁷⁴⁷ A kódex

⁷⁴³ PAUL, Charlotte, *Internal and External Morality of Medicine: Lessons from New Zealand*, British Medical Journal, 2000, No. 2, 320.

⁷⁴⁴ PATERSON, Ron, *Patients Rights in New Zealand: a Tool for Quality Improvement?*, 3rd National Health Care Complaints Conference Melbourne, 2001, <http://www.hdc.org.nz/education/presentations/patients-rights-in-new-zealand-a-tool-for-quality-improvement>, (letöltve: 2010. március 24.) 1.

⁷⁴⁵ PATERSON, Ron, *Protecting Patients Rights in New Zealand*, Medicine and Law, 2005, Vol. 24., No 1., 55.

⁷⁴⁶ A továbbiakban: Director of Advocacy.

⁷⁴⁷ Health and Disability Commissioner Act, Part 2, 19.

1996-ban lépett hatályba, melynek köszönhetően megszűnt a betegjogok korábbi szétszórt, nem kellőképpen konkretizált szabályozása. A jogszabály rendszeres felülvizsgálata az ombudsman feladata.⁷⁴⁸ A kódex *10 jogot* nevesít, melyek *sérelme* esetén *panaszt emelhet* az egészségügyi szolgáltatások igénybe vevője. A jogosultságok a következők:⁷⁴⁹

1. Jog a tiszteletre
2. A beteggel szembeni diszkrimináció, kényszer tilalma
3. Emberi méltóság és az egyén függetlenségének tiszteletben tartása
4. Megfelelő egészségügyi ellátáshoz való jog
5. Megfelelő kommunikációhoz való jog
6. Tájékoztatáshoz való jog
7. Tájékozott beleegyezéshez való jog
8. Támogatásra való jogosultság
9. Panaszjog
10. Az egészségügyi kutatásokban való részvétellel kapcsolatosan is megilletik a betegeket ezen jogok.

A betegjogi kódex a jogok felsorolásán túl az értelmezésükre, a tartalmukra vonatkozóan is ad felvilágosítást, melyre a terjedelmi korlátok miatt nem térek ki részletesen.

5.2.5.2. Eljárások a betegjogok megsértése esetén

A betegjogok sérelme esetén több lehetőség áll rendelkezésre. A problémák megoldására ugyanis különböző szintek alakultak ki, érvényesítvén azt az alapelvet, mely szerint a panaszokat, a kialakult konfliktusokat a lehető legalacsonyabb, arra alkalmas szinten próbálják kezelni.⁷⁵⁰

Lehetősége van rá a betegnek, hogy *közvetlenül* az őt ellátó *egészségügyi szolgáltatóhoz* forduljon a panaszával, mivel a törvény a szolgáltatókat arra kötelezi, hogy dolgozzák

⁷⁴⁸ Ezt legalább három évente el kell végezni.

⁷⁴⁹ Code of Health and Disability Services Consumers' Rights.

⁷⁵⁰ PATERSON [2005] i.m. 54-55.

ki az intézmény panaszkezelő mechanizmusát és ennek rendjéről tájékoztassák is a beteget.

Ha a beteg nem szeretne közvetlenül az egészségügyi intézményhez fordulni, azt is teheti, hogy az *ombudsmannel párhuzamosan kiépülő pártfogó ügyvédi hálózattól* kér segítséget a problémájának kezelésére.⁷⁵¹ A pártfogók szolgáltatásainak igénybevétele *ingyenes*. Ők a sérelmet szenvedett betegek oldalán állnak (tehát az ombudsmannel ellentétben nem semleges felek), ismerik a betegjogokkal kapcsolatos szabályokat, eljárási lehetőségeket. Szerepük egyrészt abban nyilvánul meg, hogy meghallgatják a panaszos problémáját, tájékoztatást nyújtanak számára a jogairól. Emellett segítenek kiválasztani a kialakult vita rendezésének legmegfelelőbb módját, ha szükséges elkísérik a beteget egy személyes találkozásra, megbeszélésre a számára kezelést nyújtó intézménybe.⁷⁵² Egy ilyen alkalom kiváló lehetőséget nyújt arra, hogy a beteg panaszát elmondhassa, meghallgassák, elismerjék az igazát, bocsánatot kérjenek tőle vagy esetleg magyarázatot adjanak a vele történteke. Sok esetben már ennyi is elegendő lehet a panasz rendezésére.

Amennyiben a pártfogó ügyvéd segítsége nem oldotta fel sikeresen a felek közötti konfliktust, az ügy *továbbításra* kerül az *egészségügyi ombudsmanhoz*. A sértett viszont akár közvetlenül is fordulhat hozzá, a fenti lehetőségek igénybe vétele nem kötelező. A panasz megtehető szóban, telefonon, elküldhető írásban levél vagy fax formájában illetve az ombudsman honlapján található formanyomtatvány kitöltésével is.

A beérkező panaszt az ombudsman apparátusa fogadja és visszaigazolást küldenek a kézhezvételéről. Emellett megküldik az egészségügyi intézménynek is, melynek az eljárását sérelmezi a panaszos. Ezt követően előkészítik az ügyet, amely már egy konkrét javaslattal kerül az ombudsman elé arra vonatkozóan, hogy van-e szükség vizsgálatra.⁷⁵³ A panasz sorsával kapcsolatos döntést az ombudsman hozza meg, aki több lehetőség közül választhat. Egyrészt dönthet úgy, hogy nem kerül sor eljárásra.⁷⁵⁴ Másrészt dönthet úgy, hogy a panasz alacsonyabb szinten is kezelhető és kiutalhatja az

⁷⁵¹ Health and Disability Commissioner honlapja: <http://advocacy.hdc.org.nz/about-us/advocacy-overview> (letöltve: 2010. március 25.).

⁷⁵² PATERSON [2005] i.m. 56.

⁷⁵³ PATERSON, Ron, *The Patients Complaints System in New Zealand*, Health Affairs, 2002, Vol. 21., No. 3., 73.

⁷⁵⁴ Például azért, mert az egészségügyi intézmény megfelelően reagált a neki megküldött panaszra vagy például a sérelmezett szolgáltatás óta már annyi idő eltelt, hogy nem lehet megfelelően felderíteni a körülményeket. (Lásd bővebben: Health and Disability Commissioner Act, Part 3, 38.)

ügyet egy pártfogó ügyvédnek.⁷⁵⁵ Ha olyan jellegű panaszról van szó, mely más szerv kompetenciájához tartozik, akkor továbbítja ennek az illetékes szervnek (például Egészségügyi Minisztérium). Emellett dönthet úgy is, hogy vizsgálati eljárást kezdeményez.

5.2.5.3. Az ombudsman vizsgálati eljárása⁷⁵⁶

Az eljárás megkezdéséről mind a panaszost mind pedig az egészségügyi intézményt értesítik. A vizsgálati eljárás időtartamát több tényező befolyásolja, így például az ügy komplexitása, az érintett felek száma. Átlagosan 6-9 hónapot vesz igénybe az eljárás, a bonyolult ügyek esetében viszont akár 18-24 hónapig is elhúzódhat a vizsgálat.

Az ügyet szignálják egy az ombudsman személyzetéhez tartozó vizsgálónak, akinek a feladata a döntés előkészítése, az érintett felek és a releváns információk összegyűjtése és az ombudsman számára történő továbbítása. A vizsgálati eljárás folyamán az ombudsman elrendelheti az érintett felek, tanúk szóbeli meghallgatását, okirati bizonyítást, illetve egy független szakértőt is felkérhet annak a felderítése végett, hogy megfelelő volt-e az egészségügyi ellátás színvonala.

A bizonyítékok egybevetésének eredményeképpen az ombudsman megállapítja, hogy a szolgáltató megsértette-e a betegjogi kódexben foglalt valamely jogosultságot vagy megfelelően járt-e el. Fontos, hogy az *ombudsman* egy független, pártatlan személy, akinek nem az a *feladata*, hogy a beteg vagy az egészségügyi intézmény érdekeit képviselje, hanem, hogy a rendelkezésre álló adatok mérlegelésével *megállapítsa a jogsértés tényét vagy éppen annak hiányát.*⁷⁵⁷ Ez a megállapítás *még nem a végleges döntést* jelenti, ugyanis a felek lehetőséget kapnak arra, hogy további észrevételeket, információkat közöljenek. Amennyiben a szolgáltató számára kedvezőtlen a döntés akkor ő, ha a panaszos számára kedvezőtlen, akkor pedig ő élhet ezzel a jogosultsággal. Ezt követően kerül sor a *végleges döntés* meghozatalára.

Amennyiben az ombudsman azt állapítja meg, hogy az egészségügyi szolgáltatás nem volt megfelelő színvonalú, *jelentésében javaslatokat* fogalmaz meg. Ezek esetről esetre változnak, de általában bocsánatkérésre hívják föl az egészségügyi szolgáltatót, illetve

⁷⁵⁵ Health and Disability Commissioner Act, Part 3, 37.

⁷⁵⁶ Health and Disability Commissioner honlapja: <http://www.hdc.org.nz/complaints/complaints-resolution-overview> (letöltve: 2010. március 23.).

⁷⁵⁷ PATERSON [2005] i.m. 57.

olyan változtatásokra, átszervezésekre tesznek javaslatot, melyek a hasonló esetek megelőzése érdekében szükségesek lehetnek.⁷⁵⁸ Az intézménynek ésszerű határidőn belül be kell számolnia arról, hogy az ombudsman jelentésében megfogalmazottaknak való megfelelés érdekében milyen lépéseket tett. Fontos, hogy az ombudsmannak nincs arra jogköre, hogy az egészségügyi intézményt kártérítés fizetésére szólítsa fel, bár esetenként tehet javaslatot erre vonatkozóan is. Amennyiben a panaszos vagyoni kompenzációt igényelne, akkor a *Baleseti Kompenzációs Bizottsághoz* kell fordulnia.⁷⁵⁹ Az ombudsman döntése végleges, ellene jogorvoslatnak nincs helye.

Az ombudsman döntései *széles körű nyilvánosságot* kapnak, közzétételre kerülnek az ombudsman hivatalos honlapján, a sajtóban, illetve a kompetens szervezeteknek (például egészségügyi miniszter) is megküldik őket.

5.2.5.4. További lehetőségek az ombudsman eljárását követően

Amennyiben a vizsgálat az *egészségügyi intézmény elmarasztalásával* zárul, az ombudsman *továbbíthatja* az ügyet a *Director of Proceedings*-nek.⁷⁶⁰ A DP tisztségének létrehozásáról az ombudsman jogállását szabályozó törvény rendelkezik.⁷⁶¹ Munkáját ügyvédek és hivatalnokok segítik. Azt követően, hogy megvizsgálta az ombudsman által továbbküldött ügyet, döntést hoz arról, hogy indokoltnak tartja-e további eljárások lefolytatását. Amennyiben igen, több lehetőség közül választhat.

Az egyik, hogy javasolja a *fegyelmi eljárás kezdeményezését* az Egészségügyi Intézmények Fegyelmi Tanácsánál. A Fegyelmi Tanács eljárását 5 tagú tanácsban folytatja le. A tagok között mindenképpen van egy ügyvéd, egy laikus személy, továbbá három szakember ugyanarról a szakterületről amelyen a kifogásolt személy tevékenykedik. A Fegyelmi Tanács többféle döntést hozhat, joga van akár az orvos tevékenységének felfüggesztéséhez is.⁷⁶²

⁷⁵⁸ PATERSON [2002] i.m. 74.

⁷⁵⁹ Health and Disability Commissioner honlapja: <http://www.hdc.org.nz/about-us/faqs/faqs---consumers> (letöltve: 2010. március 23.).

⁷⁶⁰ Magyar fordítás: eljárási igazgató, a továbbiakban: DP.

⁷⁶¹ Health and Disability Commissioner Act, Part 3, 44.

⁷⁶² Health and Disability Commissioner honlapja: <http://proceedings.hdc.org.nz/faqs> (letöltve: 2010. március 23.).

A másik lehetőség, ami a DP számára nyitva áll, hogy az *Emberi Jogok Vizsgálati Bizottságához utalja az ügyet*, mely 3 tagú tanács formájában jár el.⁷⁶³ A Bizottság is többféle lehetőség közül választhat kezdve attól, hogy kiad egy nyilatkozatot arról, hogy a betegjogi kódexben foglalt valamely jog sérelme bekövetkezett egészen addig, hogy arra kötelezi a szolgáltatót, hogy fizessen kártérítést a beteg számára.⁷⁶⁴

Ha a DP úgy dönt, hogy az ombudsman által továbbított ügy esetében nincs szükség további vizsgálatra, a panaszos még saját maga fordulhat az előbb említett Emberi Jogok Vizsgálati Bizottságához.

5.3. A no fault modell Finnországban

Finnországban 1987-ben vezették be a felróhatóságot nem vizsgáló felelősségi rendszert az egészségügyi ellátás során keletkező káresemények kezelésére. A vonatkozó törvény⁷⁶⁵ 1999-ben esett át jelentős revízió, amikor a szabályozás alapvető elveit, valamint a törvény hatálya alá tartozó igények meghatározását pontosították a rendszer bevezetése óta eltelt tapasztalatok tükrében. A modell bevezetése óta évről évre emelkedik a beérkező kérelmek száma.⁷⁶⁶ Körülbelül minden harmadik beteg kapja meg a kompenzációt a kérelmezők közül. 1987 és 2003 között 190 millió eurót fizettek ki kompenzáció formájában, ami az egészségügyi ellátás összköltségének 0,16%-át teszi ki. Ez pedig kevesebb, mint a tizede az USA-ban hasonló célra fordított összegeknek.

5.3.1. A felelősségbiztosítás alapvető jellemzői

A törvényi szabályozás értelmében valamennyi egészségügyi dolgozónak, gyógyszerártnak, betegszállítással foglalkozó vállalkozásnak, valamint más egészségügyi területen részt vevő vállalkozásnak (továbbiakban: egészségügyi szolgáltató) *felelősségbiztosítási szerződéssel kell rendelkeznie* valamely biztosítótársasággal. A szolgáltató fizeti a biztosítási díjat, melynek mértékét az általa

⁷⁶³ Health and Disability Commissioner Act, Part 3, 50-54.

⁷⁶⁴ Erre természetesen csak akkor van lehetőség, ha a már korábban is említett baleseti kompenzációs rendszer nem nyújt fedezetet az érintett személy számára.

⁷⁶⁵ Patient Insurance Act.

⁷⁶⁶ 1987-ben körülbelül 1100, 2003-ban pedig már 7600 igényérvényesítés jutott egy évre.

nyújtott szolgáltatással járó kockázatok mértéke határozza meg. A biztosítótársaság pedig a törvény hatálya alá tartozóként elbírált káresemény bekövetkezése esetén⁷⁶⁷ kompenzációt nyújt a sérelmet szenvedett fél számára.⁷⁶⁸

Ahhoz, hogy egy biztosítótársaság egészségügyi felelősségbiztosítást nyújthasson, szükséges, hogy tagja legyen a *Patient Insurance Center*⁷⁶⁹-nek (továbbiakban: PIC). Ez a szervezet *garanciát* jelent rá, hogy a *károsult mindenképp megkapja a neki járó kártérítést*. Egyrészt fizet, amikor a fizetésre köteles biztosítótársaság csődbe megy vagy fizetéképtelenné válik. Másrészt akkor is kifizeti a beteg számára a kompenzáció összegét, ha az egészségügyi szolgáltató a jogszabályi kötelezés ellenére egyáltalán nem kötött felelősségbiztosítási szerződést illetve, ha a biztosítótársaság, amellyel szerződött csődbe ment és elmulasztotta pótolni a szerződés megkötését egy másik biztosítóval. Természetesen, ha ilyen helyzet áll elő annak súlyos következményei lesznek az érintett egészségügyi szolgáltatóra nézve, mivel arra az időszakra vonatkozóan, amelyben nem rendelkezett felelősségbiztosítással utólagosan emelt összegű biztosítási díjat rónak ki rá, a normál összeg tízszeresét, melyet a PIC-hez kell befizetnie a szolgáltatónak.

5.3.2. A kompenzálható igények köre

Általánosságban azt mondhatjuk, hogy a törvény hatálya alá a Finnországban nyújtott egészségügyi ellátás, orvosi kezelés folyamányaként bekövetkező testi károsodások⁷⁷⁰ (például betegség, sérülés, tartós egészségromlás, halál) tartoznak, ezek bekövetkezése esetén lesz jogosult a beteg igényt érvényesíteni.

A kompenzálható igények körébe tartoznak:

- a kezelés során bekövetkező károsodások. Ilyennek kell tekinteni azokat a káros következményeket, melyek valamely vizsgálat, kezelés, más hasonló tevékenység vagy éppen annak elmulasztása eredményeképpen következtek be.

⁷⁶⁷ A kérelmek elbírálása a PIC hatáskörébe tartozik.

⁷⁶⁸ MIKKONEN, Martti, *Compensation in the Finnish Health Care Sector* In: Jos DUTE, Michael G. FAURE, Helmut KOZIOL (eds.), *No-fault Compensation in the Health Care Sector*, Springer Wien, Vienna, 2004, 189.

⁷⁶⁹ Betegbiztosítási Központ.

⁷⁷⁰ Bodily injury.

- A vizsgálatok elvégzése vagy kezelés nyújtása során alkalmazott gépek meghibásodásaiból eredő károk is.
- A fertőzések, amennyiben azok valamely vizsgálat, kezelés vagy más hasonló tevékenység következményeként alakultak ki. Nem fizethető viszont kártérítés abban az esetben, ha előre számítani lehet a fertőzés bekövetkeztére. Ezen feltétel vizsgálatakor irányadó szempont a fertőzés súlyossága, a kezelt betegség jellege, a páciens általános egészségi állapota.
- A betegszállítás, vizsgálatok, kezelés vagy más hasonló tevékenység során bekövetkező balesetek okozta sérülések.
- Azok a károsodások, melyek a kezelés során használt gépeket, épületeket érintő tűz vagy egyéb katasztrófa folytán következnek be.
- Valamint ide tartoznak azok a sérülések, amelyek valamely vizsgálat, kezelés vagy más hasonló tevékenység során következtek be és a páciens tartós betegségét vagy halálát idézik elő.

5.3.3. Az igényérvényesítés menete

Amennyiben az egészségügyi szolgáltatás során *káresemény* következik be, a sérelmet szenvedett fél a *kompenzáció iránti kérelmét a PIC-nél* terjesztheti elő. A kérelmet a károsult 3 éven belül nyújthatja be onnantól számítva, hogy a sérelemről tudomást szerzett.⁷⁷¹ Különleges esetekben a határidő letelte után is érvényesíthető igény, de 10 év eltelte után az már nem nyújtható be. A PIC kezeli, elbírálja a kérelmeket, meghatározza a fizetendő kártérítés mértékét.⁷⁷² A kompenzáció kiterjedhet az orvosi ellátás költségeire, egyéb költségekre, melyek a sérelem következtében állottak elő, a keresetkiesésre, maradandó fogyatékoság miatti károsodásra, temetési költségek fedezésére.

Amennyiben a kérelmező nem tartja megfelelőnek a döntést, kérheti annak *felülvizsgálatát* a PIC-től. Ez az eset állhat elő például akkor, ha lényeges, új

⁷⁷¹ MIKKONEN i.m. 202.

⁷⁷² MIKKONEN i.m. 195.

körülményeket tud feltárni, amelyek megváltoztathatják a sérelem kompenzálhatóságának megítélését.

Emellett lehetőség van arra is, hogy a döntést sérelmező egészségügyi szolgáltató vagy károsult személy a *Patient Insurance Board*⁷⁷³-hoz (továbbiakban: PIB) forduljon. A PIB 8 tagját és 16 helyettes tagját a finn kormány nevezi ki 3 éves időtartamra. A testület tagjainak speciális szaktudással kell rendelkezniük az egészségügyi ellátás során bekövetkező károk tekintetében. Az elnök és alelnök esetén jogi végzettség megléte is szükséges.

A PIB felülvizsgálja a PIC által hozott döntést és megfogalmazza az állásfoglalását vele kapcsolatban, amely csak *javaslat*, nem bír kötelező erővel, ennek ellenére a gyakorlat azt mutatja, hogy a PIC fenntartás nélkül elfogadja ezeket az állásfoglalásokat. Nemcsak a döntéssel elégedetlen egészségügyi szolgáltató vagy károsult fordulhat a felülvizsgálat érdekében a testülethez, hanem a PIC is kérhet segítséget, amennyiben olyan ügyet vizsgál, amelynek megítélése orvosi vagy jogi szempontból bonyolult.⁷⁷⁴

Végző fokon pedig a döntést sérelmező számára nyitva áll a *bíróságoz fordulás* lehetősége is. Keresetét a Helsinkii Városi Bíróságon vagy a lakóhelye szerinti helyi bíróságon terjesztheti elő. Az alsóbb fokú bíróságok döntésével szemben van lehetőség további fellebbezésre is.

⁷⁷³ Betegbiztosítási Testület.

⁷⁷⁴ MIKKONEN i.m. 204.

6. Az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségének problémái az Amerikai Egyesült Államokban

Egy OECD országok körében készített felmérés megállapításai szerint az Egyesült Államok egy főre jutó egészségügyi költsége csaknem a duplája, a más ipari országokéval összehasonlítva. A vizsgált országok 2002-ben átlagban 2193 \$-t költöttek egészségügyre egy főre számítva, ezzel szemben az Egyesült Államokban 5267 \$-t.⁷⁷⁵ A magasabb költségek azonban nem járnak együtt a jobb minőségű szolgáltatással, azaz az amerikai állampolgárok nem részesülnek az egészségügy kiadásaival arányos ellátásban. A magas költségek több tényezőre vezethetőek vissza. Így a *magasabb jövedelmekre*, magasabb ellátási költségekre, továbbá az orvosi műhibaperek elterjedtségére és ennek egyik negatív hatásaként kialakult védekező orvoslás, az úgynevezett *defenzív medicina* által indukált költségekre. Dolgozatom témája szempontjából az utóbbi két tényező vizsgálata releváns.

Az amerikai jog- és ítélkezési rendszer jelentősen különbözik a kontinentális rendszertől, a vonatkozó gyakorlat bemutatása meghaladná a dolgozat kereteit. Mégis fontosnak tartom, hogy foglalkozzam a szélsőséges problémákkal küzdő amerikai rendszerrel, mely úgy gondolom elrettentő, ezáltal tanulságos példával szolgál más országok, így hazánk számára is. *A fejezetben a műhiba rendszer kríziseinek elemzésére, a válság hatásaira és az ebből való kiútkeresés felmerült lehetőségeire helyezem a hangsúlyt.*

6.1. Orvosi műhiba-és felelősségbiztosítási krízis

A jelenleg is fennálló probléma az USA-ban az egészségügyi kártérítési perekkel és felelősségbiztosítással összefüggésben nem újdonság, elsőként az 1970-es évek elején lehettünk tanúi a válságnak. Majd egy évtizeddel később is hasonló, komoly problémákkal kellett megküzdeniük és a 2000-es évek közepétől napjainkig pedig már a harmadik krízishelyzetet éli át a rendszer.⁷⁷⁶ A központi problémát és a további

⁷⁷⁵ <http://www.medicalnewstoday.com/newssearch.php?newsid=27348> (letöltve: 2008. október 10.).

⁷⁷⁶ AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, *Medical Liability Reform Now! The Facts You Need to Know to Address the Broken Medical Liability System*, (www.ama-assn.org letöltve: 2013. december 3.), 9-10.

nehézségek kiindulópontját úgy gondolom, az egészségügyi szolgáltatók ellen indított kártérítési eljárások robbanásszerű növekedése és a kártérítésként megítélt összegek emelkedése jelentette.

Elsőként arra keresem a választ, hogy *mi indukálta a perek számának növekedését az 1970-es évek elején?* Egyrészt figyelemmel kell lennünk a *jogi környezet megváltoztatására*, melyre az 1960-as években került sor. Ekkor több tagállam megszüntette a nonprofit szervezetek kártérítési perekkel szembeni immunitását. A legtöbb kórház eredetileg nonprofit szervezetnek minősült⁷⁷⁷ és szűkös anyagi hátterük, valamint a rászorulóknak anyagi helyzetére tekintet nélküli ellátás biztosítása tette indokolttá a mentesítésüket az ilyen keresetek alól.⁷⁷⁸ Emellett azonban a kártérítési perek számának emelkedéséhez más tényezők is hozzájárultak. Így az *egészségügyi ellátórendszer érintő bizalom csökkenése*, fokozódó elvárások az ellátás színvonalával kapcsolatban, valamint a felperesi képviselők részéről a nagyobb profitra való törekvés és ennek érdekében a peren kívüli egyezségek számának csökkentésére való törekvés.⁷⁷⁹

A válsághoz a perek mennyiségi növekedésén túl az is hozzájárult, hogy *a kártérítési összegek is jelentősen emelkedtek*, különösen a nem vagyoni kártérítés címén megítélt összegek. Míg 1996-ban az átlagos kártérítés 457.500 \$ volt, és az esetek harmadában haladta meg az összeg az 1000.000 \$-t, 2000-re az esetek felében ilyen, vagy ezt meghaladó összegekkel találkozhattunk.⁷⁸⁰

Az egészségügyi szolgáltatóknak azonban nemcsak a kártérítésként megfizetendő összegekkel kell számolniuk, hanem az eljárás *adminisztratív költségeivel* és a védelemre, *ügyvédi költségekre* fordított összegekkel is.⁷⁸¹

A fent ismertetett folyamatok az *orvosi felelősségbiztosítási piacot is megrendítették*. Az Egyesült Államokban is kötelező felelősségbiztosítási szerződést kötniük az egészségügyi szolgáltatóknak, valamint azoknak az orvosoknak is, akik nem munkaviszonyban, hanem más szerződéses jogviszonyban állnak az egészségügyi intézménnyel. *A biztosítók veszteségessé váltak* a megnövekedett kifizetések miatt, több

⁷⁷⁷ Mára ez a helyzet már megváltozott, többségük gazdasági társaságként működik.

⁷⁷⁸ DÓSA [2004] 17.

⁷⁷⁹ KOTUR, Kelly, *An Extreme Response or a Necessary Reform? Revealing How can Noneconomic Damages Actually Affect Medical Malpractice Victims and Malpractice Insurance Rates*, West Virginia Law Review, 2005-2006, Vol. 108., 889.

⁷⁸⁰ KOVIK, Nicole Williams, *An Insurance Perspective on the Medical Malpractice Crisis*, Annals of Health Law, 2004, Vol. 13., 629.

⁷⁸¹ Ezek a többletköltségek 2011-es adatok szerint átlagosan 150-200.000 \$-os összeget jelentenek. (AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION i.m. 6.).

társaság csődbe ment, mások kivonultak a biztosítási piac ezen szegmenséről. Ennek következtében *beszűkült a piac kínálati oldala* és egyre nehezebbé vált a felelősségbiztosítási szerződés megkötése a szolgáltatók számára. Ezt nevezzük *elérhetőségi*⁷⁸² *krízisnek*. Emellett jelentkezett az úgynevezett *megengedhetőségi*⁷⁸³ *krízis* is. Ez abban nyilvánult meg, hogy a piacon maradt biztosítók *drasztikusan megemelték a felelősségbiztosítási díjakat*, hogy ne könyveljenek el veszteséget, így az egészségügyi szolgáltatók számára több államban szinte lehetetlenné vált a biztosítási díjak megfizetése.⁷⁸⁴

6.2. A válság hatásai

A *válsághelyzet főbb negatív hatásainak* számba vételét megelőzően fontos kiemelni, hogy az USA-ban nagyon gyakran az orvosok a személyes szereplői alperesi pozícióban az eljárásoknak.⁷⁸⁵ Az egészségügyi intézmények felelőssége gyakran korlátozottan jelenik meg, különösen a nem munkaviszonyban foglalkoztatott orvosok esetén. A *személyes fenyegetettség* miatt a negatív hatások még fokozottabban meghatározzák, befolyásolják az orvosok hozzáállását és a gyógyítást a mindennapokban.⁷⁸⁶ Gyakori és az egészségügyi költségvetést megterhelő probléma a *defenzív medicina* jelensége, melyről akkor beszélhetünk, ha az orvos elsősorban azért végez el meghatározott vizsgálatokat, beavatkozásokat vagy azért utasít el magas rizikó csoportba tartozó betegeket vagy beavatkozásokat, hogy csökkentse az esélyét egy esetleges kártérítési eljárásnak.⁷⁸⁷

A *pozitív defenzív medicina* az egészségügyi ellátás szokásos gyakorlatának megváltoztatását jelenti, amelyet a tevékenységért való felelősség miatti fenyegetettség

⁷⁸² Avidability.

⁷⁸³ Affordability.

⁷⁸⁴ Néhány számadattal alátámasztva a fent említetteket: 2004-es adat Las Vegasból: a szülésznőgyógyászok felelősségbiztosítási díja 37.000 \$-ról 150.000 \$-ra nőtt egy év alatt. (Lásd bővebben: KOVIÁK i.m. 624.); Floridában a sebészeknek és a szülésznőgyógyászoknak 277.000 \$-os felelősségbiztosítási díjjal kellett számolniuk, amely egy átlagos floridai ház vételárával megegyező összeg. (Lásd: AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION i.m. 11.).

⁷⁸⁵ SAGE, William M. – KERSH, Rogan (eds.), *Medical Malpractice and the U.S. Health Care System*, Cambridge University Press, New York, 2006, 14.

⁷⁸⁶ Az Amerikai Orvosszövetség vizsgálatának adatai alapján az 55 év feletti orvosok 61%-át perelték már be valamely kérdés miatt pályafutása során, 40%-ukat több alkalommal is. Ha a szülésznőgyógyászok adatait vizsgáljuk, 40 éves koráig minden második orvosnak kell perrel szembe néznie. (AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION i.m. 3.).

⁷⁸⁷ U.S CONGRESS, OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESSMENT, *Defensive Medicine and Medical Malpractice*, Washington DC, US Government Printing Office, 1994, 13.

indukál, és a legfőbb célja a betegek által indítható kártérítési perek megelőzése, továbbá per esetén a minél hatékonyabb védekezés lehetőségének a biztosítása.⁷⁸⁸ Ez a gyakorlatban felesleges vizsgálatok elvégzésében, ledokumentálásában, illetve indokolatlan túlkezelésben nyilvánul meg, amely óvatosabb becslések szerint évente akár 50 milliárd \$ plusz költséget is okozhat az amerikai egészségügy számára, mely olyan költség, ami az ellátás színvonalát nem emeli.⁷⁸⁹ *Elterjedté vált a protokollok használatán alapuló orvoslás*, melynek kétségtelenül van bizonyos mértékig szakmai létjogosultsága és megalapozottsága. Kritikátlan alkalmazása azonban – mértékadó amerikai orvosi szakmai körök álláspontja szerint – a „gyógyítás művészetét” egyszerűen „szakácskönyv medicinává” silányítja, és valójába a magas szintű gyógyítással törvényszerűen velejáró, egyéni döntések által eredményezett felelősség alól való sémák mögé bújást jelenti, ugyanakkor a gyógyítás szabadságát is korlátozza. Azt is fontos kiemelni, hogy minden vizsgálati és terápiás módszer *kockázattal jár*, a főlegesen végzett eljárások pedig szükségtelen kockázatnak, kellemetlenségnek, fertőzésveszélynek teszik ki a beteget, ilyen módon növelik az esetleges kártérítési eljárás valószínűségét is.⁷⁹⁰ Emellett a védekező orvoslás *az új gyógyítási technikák kifejlesztésének is útját állja*, ugyanis az ilyen technikákat alkalmazó orvosok még inkább ki vannak téve a perekből való fenyegetettségnek.

A *negatív defenzív medicina* pedig a nagyobb kockázattal járó beavatkozások elvégzésének elutasítását, a legnagyobb kockázatú szakmák terén az orvosok számának csökkenését, tömeges praxiselhagyását jelenti.⁷⁹¹ Az orvosok a leginkább fenyegetett, legmagasabb biztosítási díjakkal rendelkező úgynevezett krízisállamokból⁷⁹² áteszik a székhelyüket egy másik, kedvezőbb helyzetben levő állam területére.⁷⁹³ Emellett általános tendenciaként fedezhető fel az orvosok korai nyugdíjba vonulása is.

A kialakult helyzet a defenzív medicinán túl *az orvosok közötti nyitott és hatékony kommunikációt is csökkenti* a szakmai hibákkal kapcsolatosan. Hallgatás és a problémák eltusolásának kísérlete vált jellemzővé, ami azért nem kedvező, mert a tapasztalatok

⁷⁸⁸ HITZHUSEN i.m. 682.

⁷⁸⁹ AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION i.m. 9.

⁷⁹⁰ CSIBA László, *Gondolatok az „önvédelmi” orvostanról*, Orvosi Hetilap, 2007, 12. szám, 533.

⁷⁹¹ KYSAR, Duoglas A. – MCGARITY, Thomas O. – SOKOL, Karen, *Medical Malpractice Myths and Realities: Why an Insurance Crisis is not a Lawsuit Crisis*, Loyola of Los Angeles Law Review, 2006, Vol. 39., 807.

⁷⁹² Például New York állam.

⁷⁹³ Így fordulhattak elő olyan problémák, hogy idős állampolgároknak több órát kellett utazniuk az idegsebészeti kezeléshez való hozzájutás érdekében vagy, hogy várandós nőknek több mint 100 mérföldet kellett megtenniük a szükséges ellátás igénybevétele érdekében. (Lásd bővebben: KOVIÁK i.m. 625-626.)

megosztása tanulságos lehet a jövőbeni hasonló hibák elkerülése érdekében. Ezt a jogalkotó is felismerte, így a *betegbiztonság növelése érdekében* több államban a bekövetkezett káros eseményekkel összefüggésben *bejelentési kötelezettség* terheli a szolgáltatót annak érdekében, hogy információt gyűjtsenek a káros események, orvosi hibák gyakoriságáról, bekövetkezésének körülményeiről. A súlyos, halálos kimenetelű káreseményekről kötelező az adatszolgáltatás, míg egyéb kedvezőtlen események vonatkozásában önkéntes. Sajnálatosan az adatbejelentő rendszer sem működik megfelelően, az intézmények igyekeznek kibújni a bejelentési kötelezettség alól tartván attól, hogy az adatokat egy esetleges kártérítési eljárás során ellenük fordíthatják.⁷⁹⁴

Ami mindezen folyamatok lelki tényezőit illeti, rontja a gyógyítás minőségét a *kártérítési perek* *való félelem*.⁷⁹⁵ Nem kívánatos, ha az orvos az előtte álló páciensben nem a beteget látja, hanem egy lehetséges műhibaper felperesét. És ennek következtében nemcsak a beteg gyógyítása lebeg célként a szeme előtt, nemcsak ennek érdekében tesz meg mindent, hanem azért is, hogy egy esetleges bírósági eljárásban minél hatékonyabban védekezhessen.

Végző fokon azt mondhatjuk, hogy a kártérítési perek számának és a megítélt összegeknek a növekedése, a felelősségbiztosítási díjak emelkedése az *orvosok számának nagymértékű csökkenéséhez*⁷⁹⁶ vezet, ami *nehezíti az egészségügyi ellátáshoz való hozzájutást, csökkenti a szolgáltatás színvonalát és az új technológiák bevezetésének is útját állja*.

Fontosnak tartom kiemelni, hogy a kártérítési perek *nemcsak az alperesek számára kedvezőtlenek*, hanem a *károsultak számára is* több okból kifolyólag. A perek évekig elhúzódnak,⁷⁹⁷ így a károsult csak jelentős késedelemmel kapja meg a kártérítést. Másrészt a kártérítési perek anyagi terhei is jelentősek és ennek következtében a károsult csak alig több, mint 40%- át kapja meg a számára megítélt összegnek.⁷⁹⁸ A

⁷⁹⁴ SAGE – KERSH i.m. 27.

⁷⁹⁵ culture of fear (Lásd bővebben: KOVIÁK i.m. 682-683.).

⁷⁹⁶ Például New York államban 2002 eleje és 2003 közepe között 212 szülész-nőgyógyász szüntette meg a szüléseket, a piacon maradtaknak pedig 36 %- a 60 év feletti és egy évtizeden belül nyugdíjba megy. Az utánpótlással is problémák lesznek, ugyanis az orvostanhallgatók körében készített felmérésben a szülész-nőgyógyászatot utolsóként jelölték meg a kívánt szakágak között. (Lásd: HARMAT GYÖRGY, CZÁRÁN ERZSÉBET, *Az amerikai egészségbiztosítási rendszerről*, Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2005, 4. szám, 51.).

⁷⁹⁷ Az USA-ban az eljárások fele a kár bekövetkezésétől számított 5 év múlva, negyede több, mint 7 év múlva, tizede több, mint 10 év múlva fejeződik be (Lásd: DÓSA [2004] i.m. 24.).

⁷⁹⁸ Minden egyes kártérítésként megítélt dollár 21%- a adminisztratív költségekre, 19 % a felperes ügyvédjének megfizetésére, 14 % a védekezés költségeire fordítódik és ami ténylegesen a károsult zsebébe kerül az 0,46 \$ az 1 \$-ból.

perek jelentős anyagi költségei következtében azok a károsultak, akik várhatóan alacsonyabb kártérítési összegre számíthatnak, el sem indítják az eljárást és el sem tudnák indítani az eljárást, hisz az ügyvédek jelentős része csak egy bizonyos (várható) kártérítési összeghatár felett *sikerdíj* fejében vállalja el az ügyet.⁷⁹⁹ Ezáltal kevesebben tudnak igényt érvényesíteni, de ők jelentős összegeket kapnak. Az anyagi terhek mellett megemlíthetjük a *lelki költségeket*, amelyek az évekig elhúzódó pereskedés, bizonytalanság, az elszenvedett sérelmek újraélése következtében jönnek létre.

Összességében azt állapíthatjuk meg, hogy az egészségügyi kártérítési perek száma és a kártérítési összegek emelkedése által elindított folyamatok, csakúgy, mint maga a hosszas pereskedés *kedvezőtlenek mind az egészségügyi szolgáltatók mind a betegek számára*. A kialakult helyzet – talán az ügyvédek leszámítva – senkinek sem kedvező. Így a krízishelyzetből meg kell találni a kiutat, hogy a gyógyítás újra a megszokott rendszerint történjen.

6.3. Kiútkeresés a válságból

6.3.1. Alternatív kockázatfinanszírozási megoldások

Az előző pontban ismertetett kedvezőtlen változások arra indították az egészségügyi szolgáltatókat, hogy a hagyományos felelősségbiztosítás mellett illetve helyett *alternatív kockázatmegosztási-és finanszírozási formákat* alakítsanak ki.⁸⁰⁰

Ilyennek tekinthető az úgynevezett *belső viszontbiztosítás* (továbbiakban: *captive insurance*). Lényege, hogy a biztosítótársaság létrehoz egy szeparált, külső személyek számára nem nyitott céget, amelynek a célja, hogy a biztosító a saját kockázatát nála viszontbiztosítsa. A formáció legnagyobb előnye a költségek csökkentése a részt vevő egészségügyi szolgáltatók számára, lévén, hogy nem egy külső, harmadik félnek fizetik a díjat. Ez többféle formában hozható létre. Például lehetséges az úgynevezett *single parent captive insurance*, mely a legáltalánosabb megjelenési formának tekinthető. Ebben az esetben a viszontbiztosító cég csak az őt létrehozó entitás számára nyújt

⁷⁹⁹ SAGE –KERSH i.m. 13.

⁸⁰⁰ KOVIÁK i.m. 608-614.

biztosítást. Ha többen hozzák létre a viszontbiztosító céget, akkor az alapítói közösség számára nyújt fedezetet. Ezt nevezzük group captive insurance-nek.

Alternatív kockázatfinanszírozási formának tekinthető az úgynevezett *felelősségbiztosítások kockázatát átvállaló vállalatcsoport* (továbbiakban: *Risk Retention Group – RRG*), mely kizárólag *felelősségbiztosítás viszontbiztosítására* jön létre. Nagy előnye a hagyományos biztosítótársaságokhoz képest, hogy míg azoknak valamennyi államban kell engedéllyel rendelkezniük, amelyben szolgáltatást nyújtanak, az RRG- t elegendő egy államban engedélyeztetni, ezt követően bármely más államban, minden további feltétel nélkül nyújthatnak szolgáltatást. A másik előnyös tulajdonsága, hogy mivel az egészségügyi szolgáltatók egy csoportja hozza létre a viszontbiztosító céget, tulajdonosként jelentős befolyást tudnak rá gyakorolni. Így lehetőség van a költségek alacsonyan tartására, a biztosító által nyújtott stabil és széleskörű fedezet lehetővé tételére, kockázatkezelési programok elfogadására.

A harmadik alternatív kockázatfinanszírozási forma *a felelősségbiztosítás vásárlására létrejött érdekcsoport* (továbbiakban: *purchasing group*). A *purchasing group* meghatározott számú taggal rendelkező csoport, mely annak érdekében jön létre, hogy a csoport tagjai közösen vásároljanak felelősségbiztosítást egy biztosítótársaságtól. A *purchasing group* valamennyi tagja számára előnyös, hisz testesztelt biztosítási konstrukciót, a nagy számú biztosítottak köszönhetően alacsonyabb biztosítási díjakat tesz lehetővé a csoport valamennyi tagja számára.

6.3.2. A nem vagyoni kártérítésként megítélhető összegek korlátozása

A válságból való lehetséges kivezető útként említhetjük, hogy néhány állam úgy próbálta elejét venni a túlzottan magas, ellehetetlenítő kártérítési összegeknek, hogy a *nem vagyoni kártérítés* címén megítélhető összegek tekintetében *korlátozást* vezetett be. Ez *számos vitát* generált és a megítélése az egyes államok által nem egységes. Egyesek szerint, akár szövetségi szinten is indokolt lenne egy felső limitet bevezetni, míg mások szerint ez nem megfelelő megoldás, mivel sérti az egyenlő védelemhez való jogot. Jelenleg 26 államban van jelen korlátozás a nem vagyoni kártérítések vonatkozásában, 6

államban pedig a teljes kártérítési összegre vonatkozó maximálást is megfigyelhetünk.⁸⁰¹

A *kártérítési maximumot* bevezető és ezt támogató államok között elsőként Nyugat-Virginiát említem, ahol 1986-ban, 1.000.000. \$-os felső határt szabtak nem vagyoni kártérítések tekintetében, amelyet 2003-ban az orvosok lobbi tevékenységének köszönhetően 250.000 \$-ra csökkentettek.⁸⁰² Vannak azonban olyan kivételes esetek, amikor ez a felső határ túlléphető és 500.000 \$ a maximális összeg. Ilyen például, ha állandó és súlyos testi fogyatékosága alakult ki a károsultnak, vagy valamely végtagjának használatára képtelenné vált, vagy valamely érzékszerve működésképtelenné vált. Volt példa olyan esetre, amikor az esküdtek nem voltak tekintettel a felső határra és ennél jóval nagyobb összeget ítélték meg.⁸⁰³ Az alperes fellebbezése eredményeként az ügy Nyugat-Virginia Legfelsőbb Bírósága elé került, amely megállapította, hogy a kártérítési összeg maximálása nem alkotmányellenes és ezen okból nem is hagyható figyelmen kívül. A bíróság szerint *az orvosok felelősségbiztosítási díjainak csökkentése olyan állami cél, amelynek elérése érdekében a bevezetett kártérítési korlátozás racionálisnak tekinthető.* A bíróság helyt adott az alperes fellebbezési kérelmének és az összeget leszállította a törvényben megállapított összeghatárra.

Szintén a kártérítési összegek korlátozása mellett tör lánzsát California állam is. Itt 1985-ben vezettek be 250.000 \$-os felső határt a nem vagyoni kártérítésekre vonatkozóan. Itt is kerültek bíróság elé olyan esetek, amelyekben megkérdőjeleződött a korlátozás létjogosultsága,⁸⁰⁴ azonban az ítélezési gyakorlat következetes az érvényre juttatása tekintetében. A bírósági érvelés szerint *az orvosi műhibaperekkel kapcsolatos krízishelyzet kikényszeríti és indokoltá teszi a kártérítési maximum bevezetését.*⁸⁰⁵

Vannak olyan államok, ahol egészen másként vélekednek a kártérítési összegek korlátozásáról és az egyenlő védelemhez való alapvető alkotmányos jog sérelmét látják

⁸⁰¹ AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION i.m. 15.

⁸⁰² KOTUR i.m. 874.

⁸⁰³ A *Robinson v. Charleston Medical Center* ügyben {414 S.E.2d 877, 881-82 (W. Va. 1991)} egy születése során agykárosodást szenvedett csecsemő számára 2.500.000 \$- t ítélt meg elvesztett életörömök és egyéb nem vagyoni kártérítési jogcímek alapján továbbá a szülőknek fejenként 1.000.000 \$- os nem vagyoni kártérítést ítélt.

⁸⁰⁴ Ilyen például a *Fein v. Permanente Medical Group* ügy {695 P.2d 665, 682 (Cal. 1985)}, ahol a felperes állítása szerint nem vették észre időben a szívproblémáit, ami további károsodáshoz vezetett. Álláspontja szerint a kártérítési összegek felső határának meghúzóása az egészségügyi károk tekintetében indokolatlan különbségtételhez vezet a károsultak között.

⁸⁰⁵ KOTUR i.m. 885.

benne. *Egyenlő védelem* alatt azt értjük, hogy egyes személyeket, vagy személyek meghatározott csoportját ugyanúgy kell kezelnie az államnak, mint ahogyan más személyeket vagy személycsoportokat hasonló helyzetben kezel.⁸⁰⁶ Az Illinois-ban bevezetett 500.000 \$-os korlátozás alkotmányossága 1976-ban kérdőjeleződött meg a *Wright v. Central Du Page Hospital ügy*⁸⁰⁷ kapcsán. A felperes érvelése szerint a korlátozás sérti az egyenlő védelemhez való jogot két okból is. Egyrészt indokolatlanul *különbséget tesz az egészségügyi ellátás során károsodást szenvedett és az egyéb okból, például autóbaleset következtében károsodott személyek között*, lévén, hogy csak az egészségügyi károk tekintetében állít fel a törvény felső határt. Másrészt, az egészségügyi ellátás során kárt szenvedett személyek között is különbséget tesz, mivel *azoknak, akik kisebb kárt szenvedtek és a kártérítési összege a limiten belül esik megtérül a teljes káruk*, míg pont azok nem kapják meg a megfelelő kártérítést, akik a legjelentősebb sérelmek áldozataul estek. Azaz a rendszer működőképessé tételéért a legszerencsétlenebbül járt károsultak fizetnek meg leginkább.⁸⁰⁸ A bíróság a felperesnek adott igazat és megállapította, hogy a korlátozás alkotmányellenes.

Észak-Dakotában is alkotmányellenesnek találták a 300.000 \$-os küszöböt, amit törvényben előírtak. Ennek a korlátozásnak az érdekessége, hogy nemcsak a nem vagyoni károkra vonatkozott, hanem egy abszolút felső határt jelentett a vagyoni és nem vagyoni károk tekintetében. Úgy vélem, hogy egy ilyen megoldás valóban szükségtelen és még a jelen helyzet sem teszi indokolttá egy ilyen korlátozás bevezetését.

Látható viszont, hogy a nem vagyoni kártérítések tekintetében alkalmazott összeghatár megítélése már nem ennyire egyértelmű az egyes államok számára és azt mondhatom, hogy számomra sem. Ezt a korlátozást ugyanis nem tartom olyan következetesen elutasíthatónak, mint a teljes kárra vonatkozó maximálást. Úgy vélem, hogy jelen körülmények között, amikor *a kártérítési perek és a magas kártérítési összegek az egészségügyi ellátás biztonságos működését, az ellátáshoz való hozzáférést egyre inkább nehezítik, indokolt lehet valamilyen korlátozás bevezetése* a kártérítési összegek tekintetében. Az egészségügyi ellátáshoz való jog is alapvető jog és, mint említettem ennek az érvényesülése egyre inkább megkérdőjeleződik az elindult folyamatok hatására. Úgy gondolom, hogy a kártérítési összegek maximálása valóban egy jelentős korlátozás, így csak ultima ratio jelleggel vehető igénybe, akkor, ha az a helyzet

⁸⁰⁶ Uo. 879.

⁸⁰⁷ 347 N.E.2d 736 (Ill. 1976).

⁸⁰⁸ KOTUR i.m. 884.

olyannyira tarthatatlan, hogy más eszközök már nem, vagy önmagukban nem elegendőek.⁸⁰⁹ Ugyanakkor a jogalkotónak a *nagy közös társadalmi érdeket* kell előtérbe helyezni, vagyis azt, hogy az egészségügyi ellátórendszer működőképes legyen és a gyógyító tevékenységet ne a perekből való félelem határozza meg, hogy ne váljon lehetetlenné bizonyos nagy kockázatú beavatkozások elvégzése, hogy megszűnjön az orvosok praxiselhagyása, korai nyugdíjba vonulása. A cél nem az, hogy biztosítva legyen, hogy minél több károsult minél nagyobb kártérítést érvényesíthessen, hanem sokkal inkább, hogy jól működő legyen a rendszer, ahol kevés hiba történik.

6.3.3. Egyéb lehetőségek

A válság megfékezése érdekében bevezetett reformok körében említhető, hogy egyes államokban az úgynevezett *párhuzamos forrás szabályának* alkalmazását mellőzik. A szabály értelmében a védelem nem hozhatja a tárgyaláson a bíróság tudomására, ha információval rendelkezik arra vonatkozóan, hogy az alperes más forrásból kapott kompenzációt, így azt az összeget sem vonják le a kártérítési összegből, a károsult duplán kapja meg.⁸¹⁰ Azokban az államokban, ahol nem alkalmazzák ezt a szabályt, a védelem hivatkozhat rá, hogy a kár egy része más forrásból megtérült és így a már megtérült összeg csökkenti a kártérítési összeget.

E körben említhető a *részletfizetési lehetőség* biztosítása a kártérítési összegek tekintetében. A reform kedvező hatása abban ragadható meg, hogy amennyiben a károsult állapotában idő közben lényeges javulás lépne fel, akkor a bíróság megváltoztathatja a fizetés módját.⁸¹¹

A felelősségbiztosítással kapcsolatos problémák kezelésére a fentebb említett alternatív kockázatfinanszírozási formák mellett más lehetőségek is megjelentek. Így több államban hoztak létre *kiegészítő fedezetet nyújtó állami kompenzációs alapokat*, melyek az egészségügyi szolgáltatók által fizetett éves hozzájárulásokról működnek.⁸¹²

⁸⁰⁹ És ilyenkor is szükség van kivételre (hasonlóan a nyugat-virginiai szabályozáshoz), hogy a valóban kirívó esetek áldozataival szemben ne járjanak el méltánytalanul.

⁸¹⁰ HARMAT - CZÁRÁN i.m. 52.

⁸¹¹ Uo. 53.

⁸¹² SAGE – KERSH i.m. 16.

Számos egyéb javaslat is felmerült a helyzet javítására, így például a perindítási határidőre vonatkozó *elévülési idő csökkentése*. Szintén kiadáscsökkentési céllal javasolt reform, hogy a bíróságoknak legyen lehetősége az ügyvédi sikerdíjak limitálására, olyan módon, hogy a kártérítési összeg növekedésével százalékosan csökkenjen a díj mértéke.⁸¹³

Érdekesség, hogy javaslatok szintjén felmerült *egészségügyi bíróságok* létrehozásának lehetősége is azzal a céllal, hogy e speciális kártérítési perek hatékony és gyors eljárás keretében záruljanak, az adminisztratív költségek csökkenjenek. A bíróságok munkájában speciális, egészségügyi jártassággal rendelkező bírók vehetnének részt. Vagyoni kártérítést limit nélkül, nem vagyoni kártérítést viszont előre meghatározott összeghatárig terjedően lehetne érvényesíteni.⁸¹⁴

⁸¹³ AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION i.m. 24.

⁸¹⁴ AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION i.m. 34.

7. Összegzés

A vizsgált külföldi országokban általánosan találkoztam *a hazai helyzethez hasonló problémákkal*, az egészségügyi szolgáltatókkal szembeni kártérítési igények számának növekedésével, a kárösszegek emelkedésével, valamint ezek finanszírozásának nehézségeivel, a kötelező szakmai felelősségbiztosítás problémáival. Vannak olyan országok, ahol *reformokkal sikerült megoldani* a problémákat és működőképes rendszert kialakítani, míg *mások jelenleg is küzdenek* a válsággal. Általánosan tapasztalható irányvonal az a törekvés, hogy *minél több eset peren kívül kerüljön megoldásra*, tekintettel a peren kívüli vitarendezés kiemelkedő előnyeire. A no fault rendszer teljes mértékben a perelkerülésre épül, máshol pedig a peres lehetőség mellett, különböző népszerű, hatékonyan működő alternatív jogvédelmi lehetőségeket építettek ki, melyeken keresztül számos esetben rendeződik a jogvita. *A kártérítési igények finanszírozását* a vizsgált országok a felelősségbiztosítási rendszer reformjával, illetve különböző kiegészítő jogvédelmet nyújtó kompenzációs alapok működtetésével valósítják meg. Az egyes külföldi államokkal kapcsolatos következtetések az alábbiak szerint foglalhatók össze.

A német rendszer egyik pozitív eredménye az *alternatív vitarendezési mechanizmus beépítése* az igényérvényesítésbe, melynek révén csökkenthetők a bíróság elé kerülő igényérvényesítések. Lehetőség van ingyenesen és önkéntesen az orvosi kamara által létrehozott testületekhez fordulni, ahol orvosok és jogászok, a peres útnál jóval gyorsabban ajánlanak megoldási lehetőséget a felek konfliktusára, mely az esetek nagy többségében véglegesen megoldja a problémát. Úgy vélem, egy ilyen országosan kiépülő, kellő népszerűséggel és bizalommal rendelkező hálózat Magyarország számára is megoldást jelenthetne az alternatív vitarendezési út népszerűbbé tételére és a perek számának csökkentésére.

A másik pozitív vonás, amit kiemelnék, a *kártérítési összegek* (elsősorban nem vagyoni kártérítés) kordában tartása. Láthatjuk, hogy az USA problémái egy jelentős részben arra vezethetők vissza, hogy a nem vagyoni kártérítési összegek nagymértékben megemelkedtek, így a kártérítési összegek eltúlzottá váltak. Ennek pedig súlyos következményei alakultak ki, mint például a felelősségbiztosítási piac krízise, a defenzív medicina, illetve egyes orvosi szakmák kiüresedése a magas kockázatok miatt.

Németországban viszont bár emelkedtek a nem vagyoni kártérítések, nem öltének túlzott méreteket, a hazai viszonyokhoz hasonlóan. Részben a szakbírók által kialakított és követett gyakorlatnak, részben a magas szintű szociális jóléti rendszernek, részben pedig az eljárási költségekkel kapcsolatos, fentebb már részletesen kifejtett okokra vezethető vissza mindez. Fontosnak tartom azt is megemlíteni, hogy Németországban *kezelési szerződés* formájában szabályozzák az orvos és beteg közötti viszonyt, melyet hazánk számára is megfontolandónak tartok. A német modell bár nem tökéletes, megjelentek alapvető problémák, ugyanakkor a kiemelt pozitív vonásoknak köszönhetően a rendszer mégis megőrizte működőképességét és nem alakultak ki szélsőséges anomáliák.

Franciaországban jelentős jogszabály módosítás történt *2002-ben, mely új, közös alapokra* helyezte az egészségügyi szolgáltatók korábban differenciált felelősségi rendszerét, *széleskörű betegjogi katalógust* határozott meg. Rendkívül érdekesnek tartom a károk meghatározott körére bevezetett *no fault kompenzációs mechanizmust*, melynek révén a hagyományos peres felelősségi modell és a felróhatóságot nem vizsgáló rendszer sajátos ötvözete valósul meg. A no fault felelősségi modell vizsgálata kapcsán egy kiemelkedő előnyökkel rendelkező és a skandináv országok viszonyai között jól funkcionáló mechanizmust ismertem meg. 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.

A speciális kompenzációs modell köré épült intézményi hálózat, a kompenzációs és békéltető bizottságok, a klasszikus igényérvényesítés körében is igénybe vehetők a bírósági út helyett, azt megelőzően. Mivel Franciaországban is tapasztalhatók a más országokban megjelenő problémák, az eljárások számának és az átlagos kártérítési összegeknek az emelkedése,⁸¹⁵ a felelősségbiztosítási piac problémái, felmerült a lehetősége, hogy a regionális békéltető bizottságok eljárását kötelezővé tegyék a perindítást megelőzően, ezáltal próbálva csökkenteni a peres eljárások számát.

⁸¹⁵ 2002-ben az átlagos kártérítési összeg 120.000 €, 2007-ben pedig már 256.000 €. (G'SELL MACREZ i.m. 1122.).

Anglia kapcsán példaértékűnek tartom az állami egészségügyi intézményekkel kapcsolatos felelősségvállalást, állami közbelépést, mellyel elejét vették a komolyabb válságnak. A problémákra válaszul az NHS intézmények és alkalmazottaik köré védőhálót hoztak létre egy *sajátos kárjövátételi rendszer kiépítésével*, így még időben kivonták ezeket a szolgáltatókat a piaci alapon működő felelősségbiztosítás kényszere alól. E védőháló egyik eleme a felosztó kirovó rendszerben működő, *önkéntes tagságú kockázati közösség*, a *CNST* létrehozása, mely az (állami) egészségügyi ellátások során bekövetkező káresemények esetén nyújt fedezetet a tagintézmények (valamennyi NHS tröszt) számára. A másik eleme pedig egy *speciális egészségügyi hatóság*, az *NHSLA* létrehozása, mely egyrészt igazgatja az előbbieken említett kockázati alapot, másrészt pedig menedzseli az állami egészségügyi intézményekkel szemben benyújtott valamennyi kárigényt. Itt emelnék ki egy másik rendkívül pozitív, hazánk számára is követendő példának tekintendő vonását a brit rendszernek. Az *NHSLA* a panaszkezelés során a legmesszemenőbbekig arra törekszik, hogy az ügy ne bíróságon végződjön, hanem valamely alternatív vitarendezést biztosító fórum nyújtson megoldást.⁸¹⁶ E tevékenysége, ahogy korábban is jeleztem nagyon sikeres, az állami intézmények elleni kárigényeknek mindösszesen 4%-a kerül végül bíróságra.

A *perelkerülés* lehetséges útja a *mediáción* kívül az *Egészségügyi Ombudsman* segítségének igénybevétele.⁸¹⁷ Az Ombudsman ingyenesen nyújt független, magas szintű vizsgálati lehetőséget, melynek végén részletes jelentést készít és javaslatokat fogalmaz meg. Akár arra vonatkozóan, hogy milyen változtatásokat kellene végrehajtania a panasszal érintett intézménynek a hasonló jövőbeni esetek elkerülése érdekében, akár azzal kapcsolatban, hogy az intézménynek anyagi kompenzációt kellene fizetnie a panaszosnak. Bár ezek a javaslatok jogilag nem kikényszeríthetők, a statisztikák szerint az egészségügyi intézmények teljes mértékben követik azokat, az Egészségügyi Ombudsman nagyon népszerű Angliában. Mind a mediációs technikák támogatását, mind a peres út elkerülését elősegítő egyéb lehetőségek (ombudsman, egészségügyi intézmény saját panaszkezelési mechanizmusa) támogatását rendkívül pozitívnak és követendőnek tartom.

⁸¹⁶ Lásd bővebben: ESSINGER i.m. 48-51.

⁸¹⁷ Fontosnak tartom kiemelni, hogy csak abban az esetben lehetséges hozzá fordulni, ha már az érintett egészségügyi intézmény saját panaszkezelési mechanizmusát igénybe vette a sérelmet szenvedett személy (ellenkező esetben a kérelem idő előttinek minősül). Ez lehetőséget ad arra, hogy a problémák a lehető legalacsonyabb, alkalmas szinten kerüljenek megoldásra.

Ausztriában a korábbi hazai gyakorlattól eltérően, döntő többségében a szerződéses kötelezettségek megszegésére alapítják az egészségügyi kártérítési igényeket. A beteg a legtöbb esetben közvetlenül *szerződéses viszonyba* kerül a kórházzal⁸¹⁸ és az igényérvényesítés feltételei stratégiaileg kedvezőbbek számára, ha az ebben foglalt kötelezettségek megszegése miatt indít eljárást. Érdekes különbség, hogy a felelősségi viszonyok meglehetősen nehezen áttekinthető rendszerét eredményezik a különböző típusú szerződések, melyek attól függően, hogy kik között és milyen tartalommal jönnek létre, eltérően osztják meg a felelősséget az orvos és a kórház között, szélesebb teret adva az egyén felelősségének. Ezzel szemben hazánkban elsősorban az intézményi felelősség érvényesül. A hazai helyzettel párhuzamos vonás, hogy Ausztriában is nagy arányban jelennek meg a tájékoztatási kötelezettség megszegésére, a tájékoztatási hiányosságokra alapított keresetek.

Ami számomra a legpozitívabb az osztrák felelősségi rendszerben, az a hagyományos, *peres út elkerülésére való törekvés* és ennek jegyében sajátos intézmények kiépítése. Ez egy országos hálózatot jelent központi szabályozási kerettel, különböző intézményekkel. Az alternatív jogvédelmi lehetőségek közé tartozik egyrészt a speciális *kompensációs alapok* felállítása, melyek azokban esetekben nyújtanak segítséget, amikor a felelősségi előfeltételek hiányában, vagy azok bizonyíthatóságának hiányában nem lenne kompenzálható az igény a polgári jogi szabályokra alapozva. Az alap ilyenkor biztosít egy részleges kompenzációt, finanszírozása pedig a betegek hozzájárulása alapján történik. Úgy gondolom, hogy egy ehhez hasonló alap létrehozása megoldást jelenthet azokban az esetekben, melyeknek a lényege a következő. Adott a bíróság előtt egy jelentős károsodást szenvedett szerencsétlenül járt beteg és egy perbe fogott intézmény vagy orvos. A felelősségi előfeltételek körében szinte minden esetben tapasztalható bizonytalanság, az ügy kimenetele attól függ, hogy kinek a terhére értékelik mindezt. A bíróság szolidáris a beteggel szemben, kompenzációt ítél, hisz nem lenne méltányos ilyen helyzetben, ha a páciens semmit sem kapna. Az osztrákok életre hívták ezeket a speciális alapokat, hogy ilyen esetekben is legyen hova fordulni a sérelmet szenvedett félnek anélkül, hogy túlzottan az objektív felelősség irányába tolódná az egészségügyi perekben megjelenő ítélkezés.

⁸¹⁸ Kivéve például a sürgősségi ellátás eseteit, illetve azokat az eseteket, amikor csak az ellátást végző orvossal köt szerződést.

E körbe tartozik a *betegek képviselőjét ellátó PA rendszer* létrehozása, illetve az *egyeztető tanácsok* felállítása az egészségügyi panaszügyek kezelésére. A képviselők és az arbitrációs testületek segítségének igénybe vétele teljesen önkéntes, és ingyenesen hozzáférhető. Az eset kivizsgálása jogi és orvosi szemszögből is megtörténik a bírósági igényérvényesítéshez képest rövidebb idő alatt. Ha a felek számára elfogadható a döntés, akkor a beteg előbb jut kompenzációhoz. Ha esetleg bírósági út igénybevétele történik, annak az igényérvényesítés idejét sem csorbítja, hisz az elévülési idő nyugszik egy ilyen eljárás időtartama alatt.⁸¹⁹ Az osztrákok által kiépített peralternatívát biztosító intézményrendszer úgy vélem, hogy a kitűzött céloknak megfelelően tud működni és megvalósítja azt az elképzelést, mely szerint: „*Nem az a cél, hogy bűnöst keressünk, hanem az, hogy a betegek számára kielégítő megoldást találjunk.*”⁸²⁰

Az USA-ban a *klasszikus peres modell* megvalósulásának lehetünk tanúi, annak minden problémájával az angolszász jogrendszer keretei között. Itt jelennek meg a *peres modell negatív hatásai* legmarkánsabban, szélsőséges helyzetet előidézve. A *peres igényérvényesítés* mindkét fél számára drága, *magasak az adminisztratív költségek*, a felperesi ügyvédek által meghatározott sikerdíjak, az alperesek védekezésének költségei, a beteg sikeres igényérvényesítése esetén pedig a kártérítési összegek is. Komoly elérhetőségi és megengedhetőségi krízis alakult ki az egészségügyi felelősségbiztosítási piacon és a hatékony védelmet nyújtó felelősségbiztosítási szerződés kötésének nehezedeése és a perek általi fenyegetettség együttesen a mindennapi gyógyító munkát is közvetlenül befolyásolja. *Defenzív orvoslást* és ezzel az egészségügy számára *fölösleges többletköltségeket* gerjeszt, negatívan hat az orvos-beteg kapcsolatra, szükségtelen kockázatnak teszi ki a beteget, a felmerült problémák felderítése ellen hat, végső fokon nehezítheti az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférést is az orvosok praxiselhagyása miatt.

Mivel a jogrendszerünk és az ítélkezési rendszerünk is különböző, illetve hazánkban inkább az intézményi felelősség dominál az orvosok személyes felelősségre vonása helyett, nem tartom valószínűnek, hogy az USA-hoz hasonló szélsőséges problémák jelentkezzenek. Ugyanakkor az egészségügyi szolgáltatói felelősség határainak túlgúlya, a felelősség alóli kimentés objektivizálódása nálunk is megfigyelhető tendencia, és

⁸¹⁹ A 3 éves igényérvényesítésre nyitva álló idő maxim 18 hónapig nyugszik. (BACHINGER i.m.).

⁸²⁰ A PA rendszer mottója.

ennek az iránynak a követése a jövőben ugyanúgy okozhat akár napi szinten megjelenő problémákat is.

Azon túl, hogy az USA tanulságos ellenpéldaként szolgál az is jól látható, hogy a súlyos válságból kivezető irányt hasonlóan látják azokhoz a megoldásokhoz, melyeket a világ más országaiban is alkalmaznak a felmerült – nem ilyen mértékben szélsőséges – problémák megoldására. Így megjelennek a felelősségbiztosítás problémáira az *alternatív finanszírozási formák*, a kiegészítő alapok, illetve például annak az igénye, hogy e speciális jogvitákat ne a hagyományos keretek között bírálják el. Ugyanakkor a komoly válsághelyzet erőteljesebb eszközök alkalmazását is igényli, így kényszerülnek például a kártérítési összegek limitálására.

A felróhatóságot nem vizsgáló felelősségi rendszer egy az eddigiektől teljesen eltérő felelősségi modellt valósít meg, ezért fontosnak tartom e speciális kompenzációs mechanizmus részletes értékelését.

Megállapítható, hogy az igényérvényesítési eljárás lényegesen *egyszerűbb* lesz a hagyományos bírósági kártérítési rendszerekhez képest, mivel a kompenzáció odaítéléséhez elegendő azt bizonyítani, hogy a beteget az egészségügyi beavatkozással vagy annak elmaradásával összefüggésben kár érte, a felróhatóság nem kerül vizsgálatra.

Emellett az eljárás lényegesen *gyorsabb* az évekig elhúzódó peres eljárásokhoz képest. Ez magyarázható azzal, hogy a bizonyítás egyszerűbb, a döntés sokkal kevesebb vizsgálódást igényel, mint a hagyományos rendszerekben. Másrészt azzal, hogy az igények elbírálása kikerül a lassú és túlterhelt bíróságok hatásköréből és egy külön erre a célra felállított adminisztratív testület feladatává válik. Ugyanakkor a jogorvoslatot való jog sem szenved csorbát, hisz a testület döntéseivel szemben lehet felülvizsgálatot kérni és végső fokon a bírói út sincs elzárva a féltől. Harmadrészt azzal, hogy az eljárás lefolytatásának törvényben meghatározott határideje van, így például Új-Zélandon a kérelem beérkezésétől számított legkésőbb 9 hónap múlva meg kell születnie a döntésnek, általánosan 5 hónapot vesz igénybe az eljárás.⁸²¹

Az eljárás *adminisztratív költségei* is lényegesen alacsonyabbak a hagyományos rendszerekénél. A skandináv országokban körülbelül 700 € az eljárás összadminisztratív

⁸²¹ DUTE, Jos, *Comparison of No-fault Compensation Schemes*, In: DUTE, Jos – FAURE, Michael – KOZIOL, Helmut, *No-fault Compensation in the Health Care Sector*, Springer Wien, Vienna, 2004, 462.

költsége. Ezzel szemben a hagyományos kártérítési rendszerekben ha csak a két fél ügyvédi költségeit összegezzük már akkor is legalább 30.000 €-s összeget kapunk.⁸²² Az Egyesült Államokban pedig azt mutatják a tapasztalatok, hogy az ügyvédek az olyan ügyeket, ahol a kártérítési összeg várhatóan nem éri el az 50.000 \$-t el sem vállalják a várhatóan magas költségek miatt.⁸²³ Az alacsony adminisztratív költségeknek van még egy nagyon pozitív hozadéka, nevezetesen, hogy a *kártérítési összegeknek lényegesen nagyobb aránya jut el ténylegesen a károsulthoz*, mint a bírósági kártérítési rendszerekben. A felróhatóságot nem vizsgáló kompenzációs rendszerekben körülbelül a 80%- a, míg a hagyományos rendszerekben csak 40%- a, az összeg nagyobbik részét ugyanis felemésztik az eljárás költségei.⁸²⁴

A rendszer alapvető jellemzői között említettem, hogy a betegeknek az egészségügyi ellátása során keletkezett valamennyi kárát olyan balesetnek tekintik, amely a biztosítási szerződés hatálya alá tartozik és igényt lehet érvényesíteni vele kapcsolatban. Ennek folyamánként sokkal több igényérvényesítési eljárás zajlik le, mint ahány pert megindítanak a hagyományos rendszerekben. Ennek ellenére így is lényegesen *kisebb* a rendszer *fenntartási költsége*, mivel a kártérítésként megítélt összegek limitáltak és jóval alacsonyabbak, mint a bírósági kártérítési rendszerekben. Számadatokkal alátámasztva: Svédországban a modell bevezetése óta ugyan 50%- kal magasabb az igényérvényesítéseknek az orvosok számához viszonyított aránya, mint az Egyesült Államokban. Viszont az egészségügyi ellátás során keletkező károk kompenzálására fordított összeg az egészségügyi ellátás összköltségének 0,16%- át teszi ki. Ez pedig kevesebb, mint a tizede az Egyesült Államokban hasonló célra fordított összegeknek.⁸²⁵

Ami további fontos előnye ennek a megoldásnak, hogy *nem alakít ki érdekellentétet*, ellenszenvet az orvos és a beteg között. Itt ugyanis nincs per, amelyben ahhoz, hogy a beteg kompenzációt kapjon, be kell bizonyosodnia, hogy az orvos nem úgy járt el, ahogy az az adott helyzetben általában elvárható. Az egészségügyi szolgáltatók itt nem ellenérdekeltek abban, hogy a károsult megkapja a megfelelő kompenzációt két okból sem. Egyrészt azért, mert az intézményeknek nem kell attól tartaniuk, hogy a károsult sikeres igényérvényesítése rájuk közvetlen pénzügyi hatással lesz. Itt ugyanis megvan a kompenzációs összeg fedezete és nem fordulhat az elő, hogy az egészségügyi

⁸²² HOPE i.m. 21.

⁸²³ DÓSA [1996] i.m. 263.

⁸²⁴ DÓSA [2004] i.m. 34.

⁸²⁵ GELLÉR i.m. 317.

szolgáltató költségvetéséből kell a hiányzó összeget pótolni. Nem úgy, mint a hagyományos rendszerekben, ahol a biztosítók meghatározzák a kártérítési összeg felső határát mind káreseményenként mind évenként és az esetleges különbözetet az egészségügyi szolgáltatóknak kell fizetnie. Sőt még az is előfordulhat, hogy a biztosító visszkereseti jogát érvényesíti, és ezzel teljesen ráterheli a kártérítési összeget a szolgáltatóra. Másrészt azért sem, mert a szolgáltatóknak nem kell attól tartaniuk, hogy egy nagy közérdeklődésre számot tartó „műhibaper” következményeként jelentős presztízscsökkenést szenvednek, ez az eljárás ugyanis nem kap nyilvánosságot.

A felróhatóságot nem vizsgáló kompenzációs rendszer árnyoldala egyrészt abban ragadható meg, hogy a szankcióként alkalmazott kártérítés egyik alapvető funkciója, a *prevenziós hatása elvész*. Az egészségügyi szolgáltatók ugyanis nincsenek arra ösztönözve, hogy tegyenek meg mindent a hasonló esetek elkerülése érdekében, az előző pontokban említett rájuk nézve előnyös jellemzők miatt. Ugyanakkor a probléma ellensúlyozására az egészségügyi ombudsmannal és a köré épült hálózattal hatékony minőségkontroll rendszert építettek ki. A vizsgálatok révén olyan problémák kerülnek felszínre, melyek alapvető hibákra világítanak rá, és amelyek több egészségügyi intézmény gyakorlatát befolyásolhatják, sőt akár központi szabályozásbeli változások szükségességét is nyilvánvalóvá tehetik. Ez a rendszer alkalmas arra, hogy befolyásolja, javítsa az egészségügyi ellátás minőségét és nemcsak az érintett intézmény vonatkozásában, hanem sokkal szélesebb körben is.⁸²⁶ Így lehetővé válik, hogy az egyén panasa hozzájáruljon a *köz érdekének szolgálatához*.

Másrészt ott kedvezőtlenebb ez a modell, hogy bár sokkal *több igényt érvényesítenek és többen jutnak kompenzációhoz*, viszont a rendszer működőképességének biztosítása érdekében a *kártérítési összegek limitáltak és lényegesen alacsonyabbak*, mint a hagyományos bírósági kártérítési rendszerekben.⁸²⁷ Ez véleményem szerint hasonló problémákat vet föl, mint az Egyesült Államok egyes államaiban bevezetett felső összeghatár a nem vagyoni károk tekintetében. Vagyis: előnyös, hogy az alacsony adminisztratív költségek miatt a kisebb sérelmek miatt is eljárást indíthatnak a károsultak, megkapják a kompenzációt és jóval többen kapják meg, mint a hagyományos rendszerekben. Ugyanakkor az összegek limitált volta miatt a jelentősebb sérelmet szenvedettek nem kapják meg a megfelelő kártérítést. Így tulajdonképp a

⁸²⁶ PATERSON [2005] i.m. 60.

⁸²⁷ DÓSA [2004] i.m. 35.

rendszer működőképességéért a legjelentősebb kárt elszenvedettek fizetnek. Ugyanakkor árnyalja a képet ebben a problémakörben, hogy ezek a károsultak nincsenek elzárva a hagyományos bírósági igényérvényesítéstől, mely lehetővé teszi számukra a teljes kompenzációt. Emellett pedig károsodás esetén úgy gondolom, nem feltétlenül csak a kártérítés csatornáján juthat pénz a beteghez, rehabilitációjában, gyógyulásában, hozzátartozóinak segítségével az adott ország szociális rendszerének is kell, hogy szerep jusson. Így a rendszernek ez a negatív vonása maximálisan kiküszöbölhető. Emellett itt is vannak olyan igények, amelyek nem tartoznak a kompenzálható károk körébe és az utóbbi években már a felróhatóságot nem vizsgáló rendszerekben is érvényesülő tendencia, hogy szűkítik a kompenzálható károk körét.

Összességében azt mondhatom, hogy a no-fault compensation system sem tökéletes, viszont úgy gondolom, hogy tökéletes rendszer nem is létezhet csak működőképes, jól működő. Mivel a történelmi, gazdasági, társadalmi hagyományok és adottságok országoként különbözőek, nincs egyetlen olyan modell sem, amely valamennyi állam esetében megoldást jelenthetne, így a felróhatóságot nem vizsgáló felelősségi rendszerre sem így kell tekintenünk. Viszont megfontolandónak tartom a válsággal küzdő országok rendszereinek megreformálása során a no-fault compensation system eredményeinek figyelembe vételét, így a peren kívüli vitarendezés erősítését, akár a modell részleges átvételét, ahogyan azt Franciaország példáján keresztül láthattuk, természetesen az adott ország viszonyainak megfelelően módosítva.

V. KÖVETKEZTETÉSEK ÉS JAVASLATOK

Dolgozatomban az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggő konfliktusokkal, káreseményekkel foglalkoztam, vizsgálat tárgyává téve az ezekkel kapcsolatos felelősségi viszonyrendszert, illetve a jogvédelmi lehetőségeket. Az utolsó fejezettel célom *a kutatómunkám eredményeként megfogalmazott gondolatok és javaslatok rendszerezett összefoglalása*, a teljességre törekvés nélkül. A következtetéseket és javaslatokat *a két nagy hazai fejezet logikai rendszere köré csoportosítom*. Tekintettel rá, hogy a külföldi kitekintés tanulságait szervesen beépítem az alábbi javaslataimba, illetve arra, hogy az egyes országokhoz kapcsolódó fejezeteket követően összegeztem a következtetéseimet, itt nem jeleníték meg külön összefoglalást a nemzetközi fejezetről.

1. Következtetések és javaslatok az egészségügyi szolgáltatásokat érintő felelősségi viszonyok körében

Dolgozatom első egységében az egészségügyi szolgáltatók felelősségi kérdéseivel foglalkozom, annak különböző szintjeit vizsgálva. Elemzésem középpontjában a polgári jogi felelősség áll, azt ezt meghatározó dogmatikai alapok, jogviszonyok, felelősségi előfeltételek, illetve a felelősség ezen formájával kapcsolatos jelenlegi és várható jövőbeni tendenciák. Elsőként ezt a felelősségi szintet érintő problémákat, következtetéseket és javaslatokat összegzem. Ezt követően a vizsgálat tárgyává tett etikai, munkajogi és büntetőjogi felelősségre vonatkozó gondolataimat ismertetem.

1.1. Az egészségügyi szolgáltatók polgári jogi kártérítési felelőssége

1.1.1. Az egészségügyi szolgáltatók kárfelelősségének történeti változásaival összefüggő tanulságok

Az orvosi műhibáért való felelősség első hazai törvényi szabályozásával a közegészségügy rendezéséről szóló 1876. évi XIV. törvénycikkben találkozhatunk,

azonban ebben az időszakban még alig merül föl igény az orvosi tevékenység felülbíráására vonatkozóan, az 1945-öt megelőző időszakban csak elvétve találkozhatunk egészségügyi kártérítési perrel. Kiemelt jelentőségű az 1959. évi IV. törvény a Polgári Törvénykönyvről, mely az orvosi tevékenységért való felelősség általános feltételeit fekteti le, illetve az 1959. évi 8. tvr., mely elsőként tartalmazta a későbbiekben hosszú időn át meghatározó legnagyobb gondosság követelményét a gyógyítás kapcsán. Az 1972-es ágazati jogszabály is ezt a zsinórmértéket követi a gondosság tekintetében, viszont a jelenleg hatályos egészségügyi törvényhez képest *paternalista szemléletmódja* tükröződik például a tájékoztatást érintő követelmények meghatározásában.⁸²⁸ A történeti részben idézett kutatás alapján megállapítható, hogy ebben az időszakban sincsenek nagy számban jelen az egészségügyi szolgáltatók elleni kártérítési eljárások, a fővárosban éves szinten 8-10 igény jelenik meg és a keresetek elutasításával és elfogadásával kapcsolatos arányok is kiegyenlítettek.

Az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségével összefüggésben *a legjelentősebb változásoknak a rendszerváltástól napjainkig terjedő időszakban lehetünk tanúi*, a bírói gyakorlat sok ponton változik e kárigények megítélése tekintetében. *Kezdetben* a betegek pernyertességi aránya a jelenlegihez képest teljesen más volt, *a kereset elutasítása volt jellemző*. Ennek oka abban keresendő, hogy a beteg egy ilyen eljárás folyamán kiszolgáltatott helyzetben van, nincs birtokában speciális szakismereteknek, bizonyítékként szolgáló okiratoknak, és a kezdeti időkben a bírói gyakorlat és a jogszabályi környezet sem törekszik ezt ellensúlyozni.

A változások katalizátora az 1997. évi CLIV. törvény, mely széleskörű betegjogi katalógusával a korábbi teljesen kiszolgáltatott helyzetből kiemelte a pácienseket és lehetőséget biztosított számukra, hogy az egészségügyi szolgáltatásokat is tudatosan közelítsék meg. *A folyamat része az egészségügyi szolgáltatásokat érintő közérdeklődés, médiaérdeklődés fokozódása*, valamint a felperesi oldal képviselőjére szakosodott ügyvédi irodák megjelenése is. Az eljárások számának emelkedése maga után vonja *a terület bírói gyakorlatának kialakulását, jogszabályban megjelenő fogalmak*, -mint például a legnagyobb gondosság követelménye- *jogalkalmazói értelmezését, típusügyek kialakulását*. Az ezredfordulóig tapasztalható kedvező tendencia volt a felelősségbiztosítási limiten belüli, peren kívüli megállapodások jelentős aránya, melyet

⁸²⁸ 45. § (1) Az orvosnak az általa kezelt beteget, illetőleg hozzátartozóját vagy - ha a beteg gyógykezelése érdekében szükséges - gondozóját a betegségről és a beteg állapotáról megfelelő módon tájékoztatni kell. Indokolt esetben a beteg érdekében ettől eltekinthet.

a biztosítótársaságok ágazati veszteségeinek megjelenése, az egészségügyi szakmai felelősségbiztosítás máig tartó válsága tört derékba.

Bár 2004-ben megváltozik az egészségügyi szolgáltatással összefüggő felelősség 45 éves múlta visszatekintő legnagyobb gondossági követelményt előíró zsinórmértéke, nem tapasztalható visszalépés a felelősség megítélése kapcsán. Sőt a jelenlegi helyzet szerint egyre tágabbá válnak a szolgáltatók felelősségének határai, mivel az ítélkezési gyakorlat több kérdéskör megítélésével kapcsolatban az egészségügyi szolgáltatók számára hátrányosan változott.

1.1.2. Az egészségügyi kártérítési felelősséget érintő aktuális problémák, tendenciák

Az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggő kártérítési felelősség tekintetében kiindulópontnak a *felelősségi viszonyrendszer szereplőinek és a köztük fenn álló jogviszony jellegzetességeinek felvázolását* tekintetem. Az egészségügyi szolgáltató és a beteg közötti jogviszony az Eütv. 244. §-a alapján *szereződéses viszony*nak tekinthető, megállapítható, hogy közigazgatási elemekkel is átszőtt, de alapvetően magánjogi, polgári jogi jogviszonyról van szó. A nevesített szerződések közül általában a *megbízási szerződéssel rokonítják*, viszont az is egyértelmű, hogy a megbízási szerződés szabályai több ponton nem alkalmazhatók e speciális jogviszonyra. Egyetértek azon irodalmi álláspontokkal, melyek szerint *szükséges az egészségügyi szolgáltató és a beteg közötti szerződést önálló szerződéstípusként* vagy legalább a megbízási szerződés altípusaként *szabályozni*.

A kártérítési felelősség szempontjából jelentőséggel bír az *egészségügyi tevékenység végzésének formája*, mely meghatározó a károkért való közvetlen helytállás és a kárösszeg meghatározott hányadának tovább háríthatósága tekintetében. Az egészségügyi tevékenység végzésének lehetséges formáit a Tevtv. szabályozza, illetve deklarálja, hogy egészségügyi közszolgáltatások esetén *a tevékenység végzésének formájától függetlenül közvetlenül a szolgáltatónak kell helytállnia a beteggel szemben*. Ez *garanciát jelent* a páciens és hozzátartozói számára, mivel egy intézménnyel és nem magánszeméllyel szemben érvényesítenek igényt és védelmet az egészségügyi dolgozók

számára. *A kárösszeg meghatározott hányadának továbbháríthatóságát* a szolgáltató és a dolgozó közötti jogviszonnal kapcsolatos szabályok jelölik ki.

Mivel az Eütv. a működési engedély feltételévé teszi, hogy az *egészségügyi szolgáltató rendelkezzen felelősségbiztosítási szerződéssel*, így ennek a jogviszonynak is jelentősége van a kártérítési felelősség tekintetében. *Kezdetben* egy a jogalkotói szándéknak megfelelően működő, a betegek és a szolgáltatók számára is valós jogvédelmet, *biztosítékot nyújtó jogintézményt* jelentett a kötelező szakmai felelősségbiztosítás. Viszont az egészségügyi szolgáltatói felelősség határainak tágulása *megbontotta a korábban fennálló érdekezésszerűséget* a szolgáltatók és a biztosítótársaságok között, melyek közül többen megszüntették szolgáltatásaikat a piac ezen szegmensében. Az egészségügyi szakmai felelősségbiztosítási piac kínálati oldalának beszűkültsége, az egészségügyi szolgáltatók oldalán fennálló egyoldalú szerződéskötési kötelezettség, valamint az egészségügyi felelősségbiztosítás minimumfeltételeit meghatározó jogszabály hiánya miatt a biztosítói oldal által meghatározott szerződési feltételek kiüresítik a jogintézményt. *Valós jogvédelem nélküli kötelező béklyóként nehezedik az intézményekre, a kártérítési összegek finanszírozása pedig nem megoldott.*

Az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségével kapcsolatos *általánosan tapasztalható aktuális irányvonal a felelősség határainak tágulása, a felelősség alóli mentesülés nehezedése*. Azaz a történeti részben vázolt, rendszerváltást követően kialakult gyakorlat teljes megváltozásának lehetünk tanúi. Ezek a változások megragadhatók egyrészt a felelősségi előfeltételek bírói gyakorlat általi megítélésének, tartalmának megváltozásában, másrészt szorosan összefüggnek a bizonyítási teherrel összefüggő változásokkal.

A *jogellenes magatartás* mint felelősségi előfeltétel megítélésével kapcsolatban *számottevő változás nem következett be*. Minden károkozás jogellenes, vagyis a kár bekövetkezésének ténye önmagában megalapozza a magatartás jogellenességét. Az egészségügyi szolgáltatók felelősségének területén *nem kiemelkedő azon ítéleteknek az aránya* - és jellemzően nem az elmúlt években jelennek meg olyan ítéletek -, *melyek konkrét jogellenes magatartás bizonyíthatóságának hiánya miatt utasítják el* a felperes keresetét. Az orvosi tevékenység jogszerűségének megítélését érintően *különös jelentősége van a megfelelő tájékoztatásnak*, ugyanis ez zárja ki a magatartás

jogellenességét gondos, jogszabályi feltételeknek megfelelő gyógyító tevékenység esetén.

A kártérítési felelősség előfeltétele, hogy bizonyítható legyen a *kár bekövetkezése*. A *kártérítési összegek* tekintetében megállapíthatjuk, hogy az elmúlt 15 évben jelentősen *emelkedtek*. A szakmai felelősségbiztosítás kötelezővé tételének időszakában a káreseményenkénti 5 millió forintos limit valós védelmet jelentett a szolgáltatók számára. Manapság több tízmillió forintos kártérítési összegek is megjelennek. A Kúria által készített hivatalos felmérés adatai szerint *a kártérítési összegek mértéktartó emelkedést mutatnak*. A *vagyoni károk* mértékét döntően meghatározza, hogy a káresemény folytán halál, vagy tartós, súlyos egészségkárosodás következik-e be. Ez utóbbi esetben nagyobb a vagyoni kártérítés összege, különösen széles az egészségkárosodással összefüggésben elfogadott indokolt költségek köre. A tipikus költségeken túl előfordulnak a kárt szenvedett személy egyéni életviteléből adódó speciális költségek is. Az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggő káresemények esetén a közvetlen károsult, illetve meghatározott feltételekkel bizonyos hozzátartozói *nem vagyoni kártérítési igénnyel* is élhetnek személyhez fűződő jogaik sérelme esetén. Az egészségügyi ellátás során *leggyakrabban az élethez, testi épséghez, egészséghez való jog sérül*, emellett az emberi méltósághoz fűződő jog és az ebből levezethető Eütv.-ben nevesített *betegjogok* sérelme is kiemelhető. A bírói gyakorlat is gyarapította a személyhez fűződő jogok körét és kidolgozta a *teljes családban éléséhez való jogot*, mely hozzátartozó elvesztése vagy egészségkárosodása kapcsán a hozzátartozói nem vagyoni igények alapjává vált. A hozzátartozó elvesztése vagy egészségkárosodása miatt a családtagok életvitelében, életminőségében bekövetkező komoly változások jelentik e jog alapját.

A legnagyobb változásoknak az okozati összefüggés megítélésében és bizonyításában, valamint a felróhatóság alóli mentesülés feltételeiben lehetünk tanúi.

Az *okozati összefüggés* a felelősségi előfeltételek körében az egyik leginkább vitatott elem, *sok bizonytalansági tényezőt hordoz magában, különösen nehéz a megállapítása, bizonyítása az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggésben felmerülő káresemények kapcsán*. Gyakran nem állapítható meg teljes bizonyossággal, hogy az orvosi tevékenység mennyiben befolyásolta a káros eredmény bekövetkezését vagy például, mennyiben lett volna más az eredmény, ha nem a választott kezelést alkalmazzák. Egyrésztől azért, mert az orvosi tevékenységgel kapcsolatban már a

természettudományos okozatosság is bizonytalan, az emberi test reakciói sok esetben kiszámíthatatlanok, egyediek. Emellett gyakori, hogy a bekövetkező kár nem egyetlen okra vezethető vissza, az egészségügyi ellátásban részt vevők tevékenysége, mulasztása mellett a beteg szervezetének állapota, betegségének természete, életmódja is befolyással lehet. Az eljárás kimenetelét döntően befolyásolja, hogy az okozati összefüggés körében jelentkező bizonytalanságot melyik fél terhére értékeli a bíróság. Korábban jellemzően a beteg terhére értékelték az okozati összefüggésben rejlő bizonytalanságot, jelenleg viszont az a tendencia tapasztalható, hogy leszűkült az okozati összefüggés körében bizonyításra szoruló tények köre, a bizonytalansági tényezőkkel pedig az alperesi oldalnak kell számolnia a felelősség alóli kimentés körében. Amennyiben a beteg igazolni tudja, hogy a kára a kezelés során vagy azt követően következett be, vélelmezik az okozati összefüggés fennállását. Azaz, nem a betegnek kell érdeemben bizonyítania az okozati összefüggést, hanem a szolgáltatói oldalnak a hiányát a felróhatóság alóli mentesülés körében. Jól érzékelhető a jogalkalmazói szemléletváltás a gyógyulási esély elvesztésével kapcsolatos esetek megítélésében. A korábbi bírói gyakorlat szerint a felperesi oldal terhére esett, ha nem tudta bizonyítani, hogy megfelelő diagnózis és időben elkezdett kezelés esetén biztosan meggyógyult, életben maradt volna. Jelenleg viszont a gyógyulási esély elvesztésével kapcsolatos bizonytalanságot is az egészségügyi szolgáltató felróhatóság alóli kimentése körében értékelik. Így, ha nem tudja igazolni, hogy a hiba hiányában sem lett volna esély a gyógyulásra, nem tud eleget tenni a kimentési kötelezettségnek.

Láthatjuk, hogy *szigorúbbá válik az egészségügyi intézmények felróhatóság alóli kimentésének lehetősége, ami akkor lehetséges, ha az intézmény kétséget kizáróan igazolni tudja, hogy az elvárható gondosságnak megfelelően járt el, vagy ilyen eljárás esetén is bizonyosan bekövetkezett volna a károsodás. Az egészségügyi szolgáltatók többsége nincs felkészülve a megváltozott helyzetre. Már az orvosok egyetemi törzsképzéséből is hiányzik a felelősséggel összefüggő ismeretek oktatása. Mivel az sem általános, hogy a gyakorló orvosok ismerjék a felelősségükkel érintő kérdéseket, illetve a bíróságokon megjelenő elvárásokat, gyakoriak a kommunikációs hibák, tájékoztatással kapcsolatos problémák, a megfelelő, felelősség alóli mentesüléshez szükséges dokumentáció hiánya. Fokozza a bizonytalanságot, hogy az ítéletekben többször megjelenik az ellátásban résztvevőktől elvárható gondosság követelményének elválasztása, tágabb értelmezése a szakmai szabályoknak megfelelő eljárástól. Azaz,*

hiába nem állapítható meg szakmai szabályszegés, az elvárható gondosság elmulasztására hivatkozással mégis felelősségre vonják a szolgáltatót, ami azért *nem kívánatos, mert kiszámíthatatlanná teszi a gondossági követelménynek való megfelelés feltételeit.*

Sok esetben marasztalják és kötelezik teljes kártérítésre az egészségügyi szolgáltatókat olyankor is, amikor a bekövetkezett káresemény elkerülhetetlen szövődmény volt, nem szakmai hiba következménye, viszont például a dokumentáció hiányos, amit úgy értékel a bíróság, hogy a szolgáltató mulasztott, ezzel elzárta magát a felelősség alóli kimentés lehetőségétől, így teljes kártérítési felelősséggel tartozik. A dokumentáció hiányossága kétségkívül mulasztás a szolgáltató részéről, viszont a káresemény nem ezzel okozati összefüggésben következik be.

Nagyon gyakran hivatkoznak *tájékoztatással kapcsolatos jogsérelemre* a betegek a bíróságon. Ez úgy gondolom összefüggésbe hozható *a túlzottan szigorú tájékoztatási követelménnyel*, melyet az Eütv. meghatároz. A jogszabály egyéniesített formában megadott teljes körű tájékoztatást kíván meg, mely utóbbi kívánalommal *több okból sem értek egyet*, ahogyan azt a vonatkozó fejezetben részletesen indokoltam. Úgy gondolom, hogy *a két törvényi feltétel ellentmondásban áll, a tájékoztatás egyéniesített formája sok esetben kizárja a teljes körűséget.* A teljes körűség kívánalma ellentétben áll az orvosi etikai kódex tájékoztatással összefüggő követelményével, egy ponton túl a beteg érdekeit sem szolgálja és a bírói gyakorlat sem a jogszabály nyelvtani értelmezésének megfelelően ítéli meg a tájékoztatással kapcsolatos hiányosságokat. *Sokkal inkább a tájékoztatás egyéniesítését tartom fontosnak.*

1.1.3. Az egészségügyi szolgáltatók polgári jogi felelősségét érintő javaslatok

Az egészségügyi szolgáltatók polgári jogi felelősségével összefüggésben *az egyik kulcskérdés, hogy megelőzzük a felelősség határainak további szélesedését.* E tekintetben *a jogalkalmazásnak, az egészségügyi intézményeknek és az államnak is fontos feladatai vannak.* A másik döntő momentum, *a kártérítési összegek finanszírozásának megoldása* Európai Unió kötelezettségünk miatt és azért is, mert

nem kívánatos, hogy az egyébként is szűkre szabott intézményi költségvetésből kerüljön sor ezek kifizetésére.

Az említett problémák megoldásában *döntő szerepe van a bírói gyakorlatnak*, ahogyan a jelenlegi helyzet kialakításában is szerepe volt. Miközben az egészségügyi szolgáltatók felelősségének alapjait meghatározó jogszabályok nem módosultak számottevően, a kártérítési felelősség mégis teljes mértékben átalakult a jogalkalmazói szemlélet változásainak köszönhetően. Nem helyes, ha nem veszünk tudomást a betegek hátrányára fennálló információs aszimmetriáról és kiszolgáltatott helyzetükről. Valóban *indokolt, hogy e tényezőket az ítélkezési gyakorlat figyelembe vegye és könnyítsen a felperesi oldalon fennálló bizonyítási kötelezettség szigorán. Viszont az sem helyes, ha túl nagy elmozdulás történik a másik irányba*, és valamennyi bizonytalansági tényezővel a másik oldalt terheljük, ráadásul a mentesüléshez azt követeljük meg, hogy kétséget kizáróan el tudjon háritani minden bizonytalansági tényezőt. Természetesen nem olyan irányú változásra van szükség, mely alapján például egy dokumentációs hiányosságot a szolgáltató előnyére tudna fordítani és bizonyíték hiányában mentesülne a felelősség alól. *A bizonytalansági tényezők igazságosabb, racionálisabb értékelése lenne indokolt, illetve a mentesüléshez nem a teljes bizonyosság megkövetelése a szolgáltatói oldaltól sem.* Utalva a vonatkozó fejezetben kifejtett gondolatokra, bizonyos *esetekben indokolt lenne, ha a károsult olyan arányban részesülne kompenzációban, amilyen arányban valószínűsíthető, hogy a kárt a felróható kötelezettségzegés okozta.*⁸²⁹

Az okozati összefüggés értékelésével összefüggésben kialakult *osztrák megoldás* szerint, amennyiben valószínűsíthető, hogy a sérelem bekövetkezése nemcsak az egészségügyi szolgáltató tevékenységére vezethető vissza, hanem más tényezők is befolyásolták, például a beteg egészségi állapota, betegségének természete, nem hárítható a teljes felelősség az alperesre. Hivatkoznék egy *francia megoldásra* is, mely az okozatosság és tájékoztatási kötelezettség összefüggéseivel kapcsolatos. Amennyiben a tájékoztatás nem megfelelő, viszont a vizsgálat vagy kezelés elvégzése a szakmai szabályoknak megfelelő, nem tekintik teljesnek az okozati láncot és bár jár kártérítés a betegnek, korlátozott mértékű ahhoz képest, mintha ellátási hiba történt volna.

⁸²⁹ Ez megoldást jelenthetne például a gyógyulási esély elvesztésével kapcsolatos kárigények tekintetében, illetve lehetnek olyan esetek, ahol a dokumentációs hiányosságokkal kapcsolatban is indokolt lehet az alkalmazása.

Részletesen elemeztem az Eütv. által támasztott teljes körű, egyéniesített formában megadott tájékoztatási kötelezettséggel összefüggésben felmerülő problémákat is. Mint ahogyan a jogalkotó az egészségügyi ellátásban résztvevőktől elvárható gondosság követelményét érintően is felismerte annak túlzottan szigorú voltát, és a legnagyobb szó eltörlésével módosította az elvárhatóság zsinórmértékét, úgy *indokolt a tájékoztatási kötelezettségre vonatkozó szabályozás változása is. A külföldi példák tanulmányozása során is találok olyan megoldásokkal, melyek lehetővé teszik, hogy meghatározott esetekben az orvos eltérjen a tájékoztatás általános rendjétől.* Így például *Franciaországban*, ahol lehetőség van a beteg tájékoztatásának korlátozására, amikor nincs olyan pszichés állapotban, ami lehetővé tenné, hogy felmérje a kezelés elfogadásával vagy elutasításával járó következményeket. Úgy szintén *Ausztriában* is van rá lehetőség, hogy a tájékoztatás egyéniesítése kerüljön előtérbe a teljes körűséghez képest. Például olyan esetben, ha nagyon bizonytalan, nyugtalan páciensről van szó és a vizsgálattal járó kockázat kisebb, mint a vizsgálat elmaradásának kockázata. *Fentiek alapján javaslom az Eütv. 13. § (1) bekezdésének szövegét az alábbiak szerint módosítani: „A beteg jogosult a számára egyéniesített formában megadott megfelelően részletes/kellően részletes tájékoztatásra.”*

Az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségének területét érintő tendenciák alakításában *döntő szerepe van az egészségügyi intézményeknek is.* Amennyiben a szolgáltatók oldaláról is tapasztalható lenne ugyanaz *a szervezettség és tudatosság,* mint ami a felperesek képviselőjét ellátó, szakosodott ügyvédi irodák körében megfigyelhető, több marasztaló ítélet is elkerülhető lenne. Ehhez *nélkülözhetetlen, hogy az egészségügyi dolgozóknak megfelelő ismereteik legyenek a betegjogokkal, az egészségügyi szolgáltatói felelősséggel és a bíróságokon megjelenő, felelősség alóli mentesüléshez szükséges dokumentációs, tájékoztatási és egyéb elvárásokkal kapcsolatban.* Ennek megvalósulásához szükséges, hogy megfelelő hangsúlyt kapjanak ezek az ismeretek már a *képzési rendszerben,* illetve, hogy időszakonként az *információk aktualizálásra kerüljenek az egészségügyi dolgozók körében.* A nagyobb, központi intézményeknél tapasztalhatók is törekvések a betegpanaszok hatékonyabb kezelése, az egészségügyi dolgozók rendszeres informálása tekintetében. Szükség lenne emellett *a bekövetkezett nem kívánatos események kivizsgálására, az ezekkel kapcsolatos információcserére az orvosok és az intézmények között, a tanulságok levonására a hasonló jövőbeni esetek elkerülése érdekében.* Mindezek egységes,

valamennyi intézményben történő megszervezéséhez *állami szabályozásra, szerepvállalásra van szükség.*

A kártérítési összegek finanszírozása a külföldi példák tapasztalatai alapján nemcsak hazánkban okoz problémát. A nemzetközi példák a *felelősségbiztosítási rendszer reformja mellett az alternatív finanszírozási formák, kiegészítő alapok létrehozása felé mutatnak.* Ezeknek a finanszírozását az intézmények, a betegek befizetéseiből vagy állami hozzájárulásokból biztosítják. Fontos lenne az Eütv. által megkívánt, *egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosításának minimumfeltételeiről rendelkező jogszabály megalkotása.* Figyelemre méltónak tartom az osztrákok *speciális kompenzációs alapját,* mely valamennyi állami kórház betegeinek lehetőséget biztosít az igényérvényesítésre, működési költségeit pedig a betegek kórházban töltött napjai után fizetett hozzájárulásaiból fedezik. *Ez a pénzalap különleges esetekben nyújt kompenzációs lehetőséget,* például olyankor, amikor a beteg jelentős sérelmet szenved valamely ritka, különleges szövődmény miatt, vagy kára keletkezik, de a szolgáltató felelőssége nem állapítható meg bizonyosan. *A bekövetkező károsodás miatt méltánytalan lenne anyagi segítség nélkül hagyni, ugyanakkor, ha ezeket az igényeket a hagyományos felelősségi rendszerben kompenzálnák, az a felelősség túlzott objektivizálódását eredményezné.*

A kártérítési igények finanszírozásának megoldása tekintetében *rendkívül pozitívnak és a hazai egészségügyi intézmények állami kézbe vétele miatt aktuálisnak, megfontolandónak tartom az angol kompenzációs modellt.* A vizsgált külföldi országok közül *itt tapasztalható a legnagyobb mértékű állami felelősségvállalás és szervezettség.* Az igényérvényesítések számának növekedésére, kártérítési összegek emelkedésére és a felelősségbiztosítási díjak emelkedésére válaszul *az állami egészségügyi intézmények és alkalmazottaik köré védőhálót építettek és kivonták ezeket a szolgáltatókat a piaci alapon működő felelősségbiztosítás kényszere alól.* Létrehoztak egy felosztó kirovó rendszerben működő önkéntes tagságú kockázati közösséget, a CNST-t, melyhez valamennyi állami egészségügyi intézmény csatlakozott. Az alap a tagintézmények hozzájárulásaiból nyújt fedezetet az egészségügyi ellátás során bekövetkező káreseményekre. *A rendszer további eleme egy speciális egészségügyi hatóság létrehozása, amely menedzseli az állami intézmények ellen benyújtott kárigényeket és azok minél nagyobb hányadának peren kívüli megoldására törekszik. E tevékenysége*

nagyon sikeres is, az állami intézmények elleni kárigények néhány százaléka kerül csak bíróságra.

1.1.4. Az új Ptk. egészségügyi szolgáltatói felelősséget érintő rendelkezései

Az új Polgári Törvénykönyv hatályba lépett, a megváltozott szabályanyag ismert, az viszont még nem, hogy milyen hatásai, következményei lesznek az új jogszabálynak. Ennek kialakításában *döntő jelentősége lesz a jogalkalmazói tevékenységnek is.*

Az egészségügyi szolgáltatók felelősségét jelentős mértékben érinthették volna *a felelősségi rendszer alapvető változásai.* Az új Kódex *élesebb határokat állít a deliktuális és kontraktuális felelősség közé, csökkenti a párhuzamos szabályok körét.* A kontraktuális felelősség szabályanyagának modelljéül *az üzleti élet szerződésai szolgáltak, a szerződésszegéssel okozott károkért való helytállás szabályai új, objektív alapokra kerülnek, a kimentés lehetőségei szigorúbbá válnak.* A szigorú kimentési feltételrendszer ellensúlyozásaként és a felek közötti együttműködés, tájékoztatás növelése érdekében a károkozó az elmaradt hasznokért és következménykárokért csak olyan mértékben köteles helytállni, amilyen mértékben a károsult bizonyítja, hogy a bekövetkezett kár a szerződéskötés időpontjában előre látható volt. Korábban az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségére az Eütv. a kontraktuális felelősségi szabályait rendelte alkalmazni, melynek viszont az egészségügyi szolgáltatók felelősségét érintő tendenciák és új Ptk. szabályai tükrében beláthatatlan következményei lehettek volna. A jogalkotó az egészségügyi szolgáltatások speciális jellegére tekintettel, üdvözlendő módon feloldotta a problémát és módosította az Eütv. 244. §-át, mely már a szerződésen kívüli károkozásért való Ptk. belső szabályokat rendeli alkalmazni. E kétségekívül szükséges megoldás jogtechnikai megvalósítása azonban kérdéseket vet föl. Egyrészt azáltal, hogy egy szerződéses kapcsolatra a deliktuális felelősségi szabályokat rendeli alkalmazni. Másrészt a módosítás következtében hatályon kívül került az a jogszabályi rendelkezés, mely egyértelműen kimondta, hogy az egészségügyi szolgáltató és a beteg szerződéses kapcsolatban állnak. Ezen okokból is helyesebb és szükséges lett volna az egészségügyi szolgáltató és beteg közötti jogviszonyt önálló szerződésként, vagy akár a megbízási szerződés altípusaként

szabályozni a Ptk.-ban, és ebben a körben elhelyezni a speciális felelősségi szabályokat is.

Változást eredményezhet az egészségügyi szolgáltatók felelősségének területén a *sérelemdíj* jogintézménye. Mivel a személyiségi jogok megsértésére adott *objektív jogkövetkezményről* van szó és sajnálatosan gyakoriak a személyiségi jogsértések az egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatban is, *megszaporodhatnak a kárigények*. Ennek megoldása ismét a jogalkalmazás reakciójától függ. Ugyanakkor *akár az egészségügyi intézmények számára pozitív változást is hozhat* e jogintézmény, a bírói gyakorlattól függően akár csökkenhetnek is az összegek a korábbi nem vagyoni kártérítésekhez képest. Az egészségügyi szolgáltatók marasztalására ugyanis jellemzően nem súlyos jogsértés és súlyosan felróható magatartás miatt kerül sor, a sérelemdíj mértékének megállapításánál pedig ezekre a tényezőkre is figyelemmel kell lenni.

Változásokat hozhat és a peren kívüli megállapodásokat segítheti a *Kódex felelősségbiztosítási szerződést érintő szabálya, mely szerint a nyilvánvalóan megalapozott károsulti követelés biztosított általi elismerése, egyezségkötésük a biztosítóval szemben hozzájárulása nélkül is hatályosul*. A változás mértékét nagyban befolyásolja a nyilvánvalóan megalapozott igény fogalmának értelmezése. *Kedvezőtlen* ugyanakkor, hogy a korábbi regressz igény lehetősége helyett a szándékos vagy súlyosan gondatlan károkozás esetén *a biztosító mentesülhet* a fizetési kötelezettség alól. Ez *akár ellenérdekű féllé is teheti a biztosítót és az egészségügyi szolgáltatót*, mivel előbbinek az érdekei a szándékos vagy súlyosan gondatlan károkozás beigazolásához fűződnek mentesülése érdekében. Szintén *nem tartom indokoltnak a biztosítási eseménnyel kapcsolatos bejelentési kötelezettség kiszélesítését* és már azon körülmények bejelentésének kötelezővé tételét, melyek későbbi kárigény érvényesítéshez adhatnak alapot.

1.1.5. A no fault modell tanulságai

Többféle megoldással találkoztam a kutatómunkám során, melyek alapján *véleményem szerint az optimális kompenzációs modellnek leginkább az új-zélandi gyökerű no fault compensation system feleltethető meg*, mivel megvalósítja a legtöbb olyan jellemzőt, amelyek úgy gondolom fontosak egy rendszer felépítésében.

1) Fontosnak tartom, hogy a sérelmet szenvedett személyek közül minél szélesebb kör jusson kompenzációhoz, egyetértek azzal az alapelvvel, hogy a keletkező károkat meg kell téríteni. Még akár azon károkat is részben, melyek a felróhatóság vagy más felelősségi előfeltétel hiányában a károsult által lennének viselendők. A peres rendszerben sokkal kevesebben tudnak igényt érvényesíteni, sokan nem engedhetik meg a költséges eljárás felvállalását vagy nem kívánnak évekig tartó jogvitába bonyolódni.

2) Ugyanakkor a széles körben nyújtott kompenzációt olyan módon kell elérnünk, hogy:

A) az egyébként is szűkös egészségügyi szolgáltatásokra szánt pénzeszegek egy jelentős része ne kerüljön ki a rendszerből a kártérítési összegek, az ügyvédek díjai és a perköltségek kifizetésével:

- Azaz, fontos, hogy a kompenzációs rendszer adminisztratív költségei alacsonyak legyenek, így a kártérítési összeg minél nagyobb hányada maradjon a károsultnál.
- Továbbá lényeges, hogy a kártérítési összegek finanszírozása az intézmények költségvetésétől függetlenül legyen megoldva.

Nem az a fő probléma, ha sok az igényérvényesítés, hanem, ha ennek a pénzügyi fedezete nem megfelelően rendezett. Ezt alátámasztja az a tény is, hogy a no fault felelősségi modellt alkalmazó országokban sokkal több igényérvényesítés történik, mint a peres rendszerekben, ez mégsem okoz problémát, mert a finanszírozási háttérét is megteremti a rendszer különböző forrásokból fenntartott pénzalapokkal. Igaz a kompenzációs összegek is limitáltak és alacsonyabbak, de a sérelmet szenvedettek előtt nyitva áll a bírósághoz fordulás lehetősége is, ha nem tartják megfelelőnek az összeget.

B) A gyógyításhoz szükséges nyugodt közeg megmaradjon, az igényérvényesítések általi fenyegetettség ne befolyásolja az orvosok napi tevékenységét, illetve az egészségügyi szolgáltató és a beteg ne váljon ellenérdekű féllé akkor sem, ha probléma adódik az ellátás során. A no fault kompenzációs rendszerben az orvosok gyakran nyújtanak segítséget a betegeknek a kompenzációhoz szükséges nyomtatványok kitöltésében, mivel sem az erkölcsi sem az anyagi ellehetetlenülés nem fenyegeti őket egy igényérvényesítés kapcsán. Emiatt a problémák felderítése ellen ható érdek sem jelenik meg.

3) Lényeges, hogy az igényérvényesítési eljárás ne húzódjon el évekig, minél rövidebb idő alatt legyen lezárható. Ennek a szempontnak is megfelel a no fault modell, az

eljárást külön erre a célra felállított adminisztratív testületek végzik és meghatározott határidő áll rendelkezésre az eljárás lefolytatására.

4) Fontos továbbá az is, hogy *a prevenció hatás és a minőségkontroll is megvalósuljon*, ennek viszont a peres eljáráson kívül vannak más lehetőségei is jogvédelmi intézmények útján és a nyilvánosság erejét is felhasználva.

Itt szeretnék kitérni egy a dolgozatomban megjelenő látszólagos ellentmondásra. Hogyan lehetséges, hogy egy objektív felelősségen nyugvó modellt preferálok, miközben nem tartom megfelelőnek a hazai új Ptk. szigorúbb felelősségi előírásait az egészségügyi szolgáltatók felelősségére? Fontos látnunk, hogy *a no fault rendszer nem egyenlő a hazai jogban és a peres modellen alapuló külföldi országokban megjelenő objektív felelősséggel*. Ez egy teljes mértékben más felelősségi modell, *egy komplett rendszer*, ahol a felróhatósági előfeltétel vizsgálatának mellőzése csak egy elem, bíróságon kívüli igényérvényesítéssel, más kártérítési összegekkel és más finanszírozással is párosul. *Az objektív felelősség mellett a rendszer további részeire is szükség van*, ami nálunk nem adott. A túl szigorú felelősség önmagában, a többi elem nélkül nem kívánatos helyzetet teremt, ahogyan azt az USA példája is szemlélteti.

Mindannak ellenére, hogy örömmel tapasztaltam, hogy *a Semmelweis egészségügyi koncepcióban is megjelenik a no fault rendszer előnyös vonásaira történő utalás*, illetve, hogy főbb vonásaiban számomra is ez a legszimpatikusabb modell, azt kell mondanom, hogy *a jelenlegi hazai viszonyok nem teszik lehetővé a teljes körű megvalósítását*. A történelmi, gazdasági, kulturális hagyományaink, a szociális rendszerünk is teljesen más, illetve *egy ilyen típusú kompenzációs modellhez szükséges lenne az ellátás minőségének a javítása, a rendszer újragondolása*. Nem lenne megfelelő megoldás, ha a jelenlegi helyzetben automatikusan kompenzációt biztosítanánk a sérelmet szenvedetteknek, mert ezzel megszűnne az ösztönző erő a fennálló problémák kiküszöbölésére, így konzerválnánk azokat. Az elsődleges cél a megelőzés, hogy minél kevesebb káresemény, jogsérelem történjen, vagyis *a kompenzációra okot adó helyzetek csökkentése*. Ennek megvalósulása esetén, már *kívánatos lehet a kompenzációs modell változtatása*, a minél szélesebb körű igényérvényesítés biztosítása azok számára, akik sérelmet szenvedtek.

A fenti megállapítás ellenére *a no fault modell fontos tanulságokat rejt magában a hazai jogalkotás számára is*. Felhívja a figyelmet a peren kívüli jogvédelmi,

vitarendezési utak kiemelkedő előnyös vonásaira és a klasszikus igényérvényesítési út mellé hatékony, gyakran igénybe vett alternatív konfliktuskezelési és kompenzációs lehetőségek kialakítására ösztönöz.

A következő fejezetben megjelenő javaslatok ezen vitarendezési utak rendszerének átalakításával, működésük hatékonyabbá tételével kapcsolatosak.

1.2. Az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggő további felelősségi formák

Megállapítható e felelősségi szintek tekintetében, hogy az utóbbi néhány évben bekövetkezett *jogszabályi változások* miatt jelentősen változtak az eljárások, így az új szabályok vizsgálata aktuális, hiánypótló.

Az etikai, munkajogi és a büntetőjogi felelősségről is elmondható, hogy a kártérítési felelősséghez viszonyítva *sokkal ritkábban kerülnek alkalmazásra* ezek a felelősségi szintek. *Ezzel nagy részben egyetértek*, mivel ezek a felelősségi formák, szemben a polgári jogi felelősséggel közvetlenül érintik az egészségügyi dolgozókat, személyes helytállási kötelezettséget teremtve. Nem helyes, ha a mindennapi munkát jelentős büntetőjogi fenyegetettség vagy az anyagi ellehetetlenülés veszélye övezi.

Az etikai felelősségre vonás nemcsak hivatalból kezdeményezhető, hanem egyéni panasz alapján is, éppen ezért besorolhatónak tartom az alternatív konfliktuskezelési eszközök közé is. A szabályok 2011-ben, a kötelező MOK tagság visszaállításával jelentősen változtak, új Etikai Kódexet fogadtak el, és üdvözlendő módon az eljárás lefolytatásának joga visszakerült a MOK-hoz. Ugyanakkor *kritikaként fogalmazható meg, hogy a Kamarának ezt az eszközt hatékonyabban kellene alkalmaznia*, mert az etikai felelősségre vonás olyan jogkör, mely egyfajta *belső kontrollt, önszabályozást* tenne lehetővé az orvostársadalom körében. Ennek megvalósulása esetén várhatóan *kisebb mértékben jelentkeznének a sokszor eltúlzott társadalmi és jogi reakciók* az orvosi tevékenységgel összefüggően. Itt is utalnék arra a megállapításomra, mely szerint az Etikai Kódex és az Eütv. tájékoztatással kapcsolatos követelményei sok esetben ellentmondásba kerülhetnek, jobban egyetértek az etikai szabályoknak megfelelő tájékoztatással, mely az egyéniesítést helyezi a középpontba és ennek megvalósítása reálisabb is a mindennapi orvosi tevékenységben.

Egészségügyi tevékenység végzésére igen sokféle formában van lehetőség. Arra, hogy valamennyi tevékenységvégzési lehetőség vonatkozásában áttekintsem a felelősségi szabályokat, nem volt lehetőségem, ezért az elemzést a leggyakoribb foglalkoztatási formával, *a közalkalmazotti jogviszonnal kapcsolatos (és a szoros kötődés miatt a munkajogi) szabályokra* korlátoztam. Megállapítható, hogy *az új Mt. 179. § (3) bekezdése jelentős változásokat hozott* a munkavállalók, közalkalmazottak kártérítési felelőssége tekintetében, mivel a korábbi szabályozástól eltérően már súlyosan gondatlan károkozás esetén is teljes kártérítési felelősséggel tartozik az alkalmazott. Ez, tekintve az egészségügyi kártérítési felelősség vonatkozásában megállapított tendenciákat, jelentős anyagi fenyegetettséget okozott volna az egészségügyi dolgozóknak. *Üdvözlendő módon a jogalkotó felismerte a problémát és a Tevtv. 15/C. §-ával felülírta az Mt. szabályát* az alkalmazott egészségügyi dolgozók által az egészségügyi tevékenység végzésével a betegeknek okozott károk vonatkozásában. *Úgy gondolom, hogy a szabályozás még mindig nem megfelelő*, mivel a kártérítési perekben gyakoriak és számottevő összeget képviselnek a hozzátartozók által érvényesített igények is, így a kivételes szabályt indokolt lenne ezekre is kiterjeszteni. Ennek megfelelően *javaslom a Tevtv. 15/C. §-ának módosítását az alábbiak szerint: „az Mt. 179. § (3) bekezdésében foglaltaktól eltérően az alkalmazott egészségügyi dolgozó által – kizárólag az egészségügyi tevékenysége végzésével harmadik személynek – okozott kár esetén a kártérítés mértéke súlyosan gondatlan károkozás esetén nem haladhatja meg a munkavállaló négyhavi távolléti díjának összegét.”*

Az orvosi tevékenység *büntetőjogi* szabályozása tekintetében megállapítható, hogy az új Btk. hatályba lépése nem hozott számottevő változásokat. A foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés tényállásának korábbi jogszabályszövegében a „foglalkozása szabályainak” megszegésével történő veszélyeztetés állt, míg az új jogszabályban a „foglalkozási szabály” megszegésével történő veszélyeztetés jelenik meg. Ez azért lényeges különbség, mert előbbi szöveg alapján csak az lehetett a bűncselekmény alanya, aki az orvosi tevékenység foglalkozási szabályainak hatálya alatt áll, rendelkezik megfelelő ismeretekkel. *Az újabb bírói gyakorlat szerint az alannya válásnak nem feltétele, hogy az elkövető jogosult is legyen a foglalkozás üzésére, azaz, hogy ténylegesen rendelkezzen megfelelő képesítéssel és az új normaszöveg is ezt a szemléletet tükrözi, melynél helyesebbnek tartom a korábbi szabályozást és gyakorlatot.* Az élet, testi, épség, egészség kiemelten fontos jogi tárgyak, így az állami

büntetőhatalom érvényesítésének lehetősége indokolt. Ugyanakkor az orvosi tevékenység célja társadalmilag hasznos és fontos, így *üdvözlendő módon* ez valóban *egy kivételesen alkalmazott felelősségi szint továbbra is*.

2. Következtetések és javaslatok az alternatív kompenzációs és konfliktuskezelési lehetőségek tekintetében

Az egészségügyi szolgáltatók és egészségügyi dolgozók felelősségével kapcsolatos kérdések, az egészségügyi kártérítési perekben tapasztalható aktuális és várható tendenciák áttekintését követően a peres úttól eltérő, alternatív igényérvényesítési utakkal foglalkoztam dolgozatomban. *Ezeket két csoportra osztottam*, annak megfelelően, hogyan viszonyulnak a peres eljáráshoz, mennyiben nyújtanak teljes értékű alternatívát, lehetőséget az anyagi kompenzációra.

Az *alternatív konfliktuskezelési eszközök* általában nem nyújtanak kompenzációs lehetőséget, *céljuk a panaszok kivizsgálásában, felmerült konfliktusok egyeztetés útján történő feloldásában, hibák feltárásában*, ennek révén a hasonló jövőbeni esetek elkerülésében *ragadható meg*. Ennek keretében vizsgálat tárgyává tettem a betegjogi képviselők tevékenységét, az Eütv.-ben meghatározott panaszjog gyakorlásának lehetőségeit, vagyis az intézményhez, a fenntartóhoz és az egészségügyi államigazgatási szervhez intézett panaszt, az Alapvető Jogok Biztosának Hivatala által nyújtott jogvédelmi lehetőséget, illetve a már nem létező, de véleményem szerint korábban hatékonyan működő Egészségbiztosítási Felügyelet tevékenységét. *Akár ebbe a csoportba is besorolható a korábbi fejezetben tárgyalt etikai eljárás is*, azonban rendszertanilag, logikailag jobban kapcsolódik az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggő felelősségi szintekhez, ezért annak körében foglalkoztam vele. Ehhez a kategóriához sorolom még a civil szervezetek jogvédelmi tevékenységét is, melynek tárgyalását terjedelmi okok miatt mellőztem a dolgozatból.

A másik csoportot *alternatív kompenzációs eszközöknek* neveztem, melyek akár anyagi kompenzációban történő megállapodást is lehetővé tesznek, emiatt a peres eljárás alternatíváinak tekinthetjük őket. Ide sorolható a klasszikus alternatív vitarendezési út, az egészségügyi közvetítői eljárás, valamint a fogyasztóvédelmi békéltető testületek eljárása. Körülbelül 1 éve *a bíróságon is kínálnak mediációs lehetőséget a bírósági*

közvetítés jogintézményén keresztül,⁸³⁰ melyet üdvözlendő változásnak tartok és érdeklődéssel várom a jövőbeni eredményeket az egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatos jogviták tekintetében.

Az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggő konfliktusok, sérelmek, káresemények esetén igénybe vehető kompenzációs és konfliktuskezelési lehetőségekkel kapcsolatban véleményem szerint a legfőbb probléma Magyarországon, hogy a klasszikus peres igényérvényesítés aránytalan túlsúlyban van az egyéb, alternatív utakhoz képest, melyeknek kihasználtsága csekély.

Ennek egyik fő okát abban látom, hogy az alternatív jogvédelmi utak jelenleg áttekinthetetlen rendszert alkotnak, nem kellően ismertek a lehetőségek. Szükség lenne a racionalizálásra, a lehetőségek integrálására a rendszer áttekinthetőségének növelése érdekében.

A másik problémára pedig a gyakorlati működésük vizsgálata világított rá, melynek során számos működési anomáliával találkoztam. Ezek miatt e kompenzációs és konfliktuskezelési lehetőségek nem a jogalkotói szándék szerinti a jogszabályokban lefektetett céloknak és mechanizmusoknak megfelelően működnek. A működési hatékonyságot érintő problémák pedig érthetően ezen utak igénybevétele ellen hatnak. Érthető, hogy ezekhez a lehetőségekhez képest a jogkeresők előnyben részesítik a peres utat, hisz jelenleg azzal érhetők el a legjobb eredmények. Minden hátrányával együtt egy hatékony, működőképes út.

Elsőként az egyes konfliktuskezelési utakkal kapcsolatban feltárt működési problémákat és az ezeket érintő javaslataimat összegzem, majd a jogvédelmi eszközök rendszerének racionalizálásával összefüggő gondolataimat ismertetem.

2.1. A betegjogi képviselői rendszer

A betegjogi képviselők tevékenysége kiemelten fontos, a jogvédelmi rendszer alapköve. A jogszabály e jogintézményt azzal a céllal hozta létre, hogy a betegek tájékoztatást kapjanak az Eütv.-ben megfogalmazott jogaikkal, segítséget a jogok érvényesítésével összefüggésben, az egészségügyi dolgozók is megfelelő, aktuális ismeretekkel

⁸³⁰ 2012. évi LV. törvény IV. fejezete

rendelkezzenek a betegjogok területén, illetve egyfajta működési, minőségi kontroll szerep is megjelenik a képviselők észrevételezési joga által.

Véleményem szerint a betegjogi képviselői rendszer *hatékony működése ellen ható legfőbb probléma az alacsony képviselői létszám*. Bár a betegjogi képviselők foglalkoztatását átvette az OBDK, mely célul tűzte ki és mára meg is valósította a képviselők foglalkoztatási formájának egységesítését és főállású munkavállalóként történő alkalmazásukat, a jelenleg tevékenykedő *25 képviselő* munkája kevés ahhoz, hogy a jogszabályban meghatározott komplex feladatokat megvalósítsa a rendszer. Nem kívánatos változás, hogy *jelenleg csak a 100 ágyasnál nagyobb kapacitású fekvőbeteg ellátást nyújtó intézményekben kötelező, hogy fogadóórát tartsanak a képviselők*. Szintén problémaként jelenik meg, hogy a jogkeresők előtt *gyakran nem ismert a betegjogi képviselők függetlenségének követelménye*. Fogadóórájukat az egészségügyi intézményekben tartják, elérhetőségük is ott található meg és nincs kellőképpen hangsúlyozva, hogy nem a kórház alkalmazottai, ami esetenként csökkenti a bizalmat tevékenységükkel kapcsolatban.

A betegjogi képviselők feladata, hogy a rendelkezésre álló peres úttól eltérő lehetőségek igénybe vételére ösztönözzék a hozzájuk fordulókat. Ugyanakkor, ahogy fentebb említettem, nem tartom megfelelőnek ezeknek az utaknak a működési hatékonyságát. Emiatt érthető, ha a jogkeresők inkább választják a klasszikus bírósági eljárást, mivel az minden hátrányos vonása ellenére működőképes út az igényérvényesítésre.

A betegjogi képviselők tevékenységének hatékonyabbá tétele érdekében szükségesnek tartom *a létszámuk jelentős növelését*. Ha nem is valósítható meg, hogy minden képviselő csak egy intézményben tevékenykedjen, a nagyobb egészségügyi központoknál feladatokat ellátóknál ezt is indokoltnak tartom. Szükséges, hogy a képviselőket gyakrabban kereshessék személyesen a betegek, így a heti egy alkalomhoz képest több fogadóórát is indokolt tartaniuk.

Javaslom továbbá a 214/2012. (VII. 30.) Korm. rendelet 9.§ (1) bekezdésében található fordulat módosítását az alábbiak szerint: *„A betegjogi képviselő az OBDK által meghatározott időtartamban, legalább heti két alkalommal fogadóórát tart a fekvőbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltatóknál.”*

Javaslom az alternatív igényérvényesítési utak rendszerének és szabályanyagának felülvizsgálatát a következő egységekben tárgyaltak szerint, mely szintén növelné a betegjogi képviselők népszerűségét, tevékenységük hatékonyságát.

2.2. Az Eütv. 29. §-ában megfogalmazott panaszjog

Az Eütv. lehetőséget biztosít rá, hogy a beteg az egészségügyi szolgáltatással kapcsolatban panasszal forduljon az egészségügyi szolgáltatóhoz, illetve a fenntartójához. E tekintetben az egyik probléma, hogy az eljárási rend vonatkozásában a jogszabály 29. § (2) bekezdése mindössze annyit ír elő, hogy az egészségügyi szolgáltató és a fenntartó is köteles kivizsgálni a szolgáltatással összefüggő panaszokat és erről legfeljebb 30 munkanapon belül tájékoztatni a beteget. Az egészségügyi intézményeket kötelezi arra, hogy a panaszkezelés eljárási rendjének szabályzatát megalkossák, a fenntartói panaszkezelési szabályzat tekintetében ilyen kívánalmat sem fogalmaz meg. *Annak, hogy jogszabályi szinten nincs egységes követelmény a panaszkezelési szabályzatokra az a következménye, hogy nagyon különbözőek ezek a dokumentumok, ami az intézményi panaszkezelés hatékonysága ellen hat.* Több esetben a jogszabályi követelmények formális teljesítését megvalósító, valós jogorvoslati lehetőséget nem biztosító szabályzatokkal találkoztam. Ami szintén nem megfelelő, hogy *nem minden intézmény teszi lehetővé e szabályzatokhoz való közvetlen hozzáférést, akár interneten, akár az intézményben.*

További probléma, hogy több intézményi panaszkezelési szabályzat is átveszi az egészségügyi államigazgatási szervhez intézett panaszra jogszabály által meghatározott 6 hónapos szubjektív és 1 éves objektív határidőt, ezáltal *aránytalanul kevés a helyi panasztételre rendelkezésre álló idő a per kezdeményezésére nyitva álló 5 éves általános elévülési időhöz képest.*

Sajnálatos következtetés a betegjogi képviselő tapasztalatai és a dokumentumok alapján, melyekbe betekinhettem, hogy ennek fontossága ellenére az intézményhez és a fenntartóhoz intézett panasz sem hoz általában a beteg elvárásainak megfelelő eredményt. *A részletekbe menő vizsgálat, a történekről magyarázatot nyújtó részletes indoklás rendszerint elmarad* és a panaszos egy rövid, elutasító határozattal találkozik,

mely nem ad választ a kérdéseire. A hibák elismerését, bocsánatkérést, peren kívüli megegyezési ajánlatot csak néhány esetben hoz a vizsgálat.

Az intézményi panaszkezelés hatékonnyá tétele érdekében *javaslom az eljárási rend egységessé tételét*. Ezt megvalósíthatónak tartom *rendeleti szintű jogalkotással*, illetve az *OBDK által kiadott útmutató segítségével*, mely meghatározná a panaszkezelési szabályzatok kereteit. Amennyiben nem valósul meg központi szinten a szabályzatok egységesítése, fontosnak tartom a 214/2012. (VII. 30) Korm. rendelet 19. § (2) bekezdés c) pontjában foglalt lehetőséget kötelezővé tenni és *valamennyi egészségügyi szolgáltató panaszkezelési szabályzatát megvizsgáltatni, véleményeztetni az OBDK-val*, mert nagyon sok intézmény esetén indokolt ezen eljárási rend revíziója. Indokoltnak tartom a panasz benyújtására rendelkezésre álló objektív határidő 3 évre emelését.

Javaslom, hogy az intézmények számára *legyen kötelező a panaszkezelési szabályzatuk közvetlen hozzáférhetővé tétele*, - amennyiben rendelkeznek ilyennel - az internetes oldalukon, továbbá a betegjogi képviselő elérhetőségeihez kapcsoltan az intézményben kihelyezve. A panaszjog gyakorlásához elengedhetetlen, hogy a panasztétel formáját, a panasz címzettjét, a határidőket, jogorvoslati lehetőségeket érintő információk automatikusan elérhetőek legyenek.

2.3. Az egészségügyi államigazgatási szervhez intézett panasz

Az egészségügyi szolgáltatással összefüggésben felmerülő probléma esetén a panaszos számára nyitott az a lehetőség is, hogy az érintett egészségügyi intézmény működési engedélyének kiadására jogosult *egészségügyi államigazgatási szervhez forduljon*. E tekintetben a fő probléma, hogy egyéni panasz esetén a Panasztörvényben⁸³¹ meghatározott rend szerint folytatják le a vizsgálatot. Ennek eredményeként *nem születik kötelező erővel bíró, jogorvoslattal megtámadható határozat, csak egy értesítés*, melyben foglaltak megvalósításáról az intézménynek írásos tájékoztatást kell nyújtania az egészségügyi államigazgatási szerv számára. További hiányosság, hogy nagyon *szűk az eljárás kezdeményezésére vonatkozó határidő*, a sérelmezett tevékenységről vagy mulasztásról való tudomásszerzéstől számított 6 hónap, objektív határideje 1 év.

⁸³¹ 2013. évi CLXV. törvény

Viszont az egészségügyi államigazgatási szerv az egészségügyi szolgáltatások szakmai felügyeletével kapcsolatban jogosult hivatalból is eljárást kezdeményezni. Ilyenkor a Ket. szabályai alapján folytatnak vizsgálatot, melynek nyomán kötelezést tartalmazó határozat születik, melyben akár egészségügyi bírság kiszabására is van lehetőség. Sajnálatosan ilyen vizsgálatra nincs mód egyéni panasz alapján. Ha a két típusú eljárás egymáshoz való viszonyát vizsgáljuk, a jogszabályi rendelkezések szerint a Panasztörvény eljárási rendje szubszidiárius, akkor folytatható le, ha a panasz elintézése nem tartozik más, például államigazgatási eljárás hatálya alá. A gyakorlatban ez úgy alakult ki, hogy egyéni panasz esetén automatikusan panaszeljárást folytatnak le, majd ennek lezárását követően, ha indokolt, akkor közigazgatási hatósági eljárást is.

Véleményem szerint a két típusú eljárás együttes jelenléte, egymást követő lefolytatása nem szükséges. Ráadásul, mivel a panaszeljárás döntően az intézménytől bekért dokumentumok szakfelügyelő főorvosok általi vizsgálatával történik, nem nyújt többet, mint az intézményi panaszkezelés. Az egészségügyi államigazgatási szervhez intézett panasz hatékonyabb jogvédelmi eszközzé válna, ha a vizsgálat nyomán kötelezést tartalmazó, jogorvoslattal megtámadható határozat születne, nemcsak értesítés. Ezt megvalósíthatónak tartom olyan módon, hogy egyéni betegpanasz esetén is legyen lehetőség a Ket. szerinti eljárás lefolytatására, kötelező határozat hozatalára, amennyiben szükséges bírság kiszabására. Ahogyan működésének időszakában az Egészségbiztosítási Felügyeletnek is volt lehetősége egyéni sérelmekről tett bejelentés alapján vizsgálni, bírságot szüntetni. Az egészségügyi szolgáltatások hivatalból ellátott szakmai felügyeletét jól kiegészítik az egyéni betegpanaszok, rávilágíthatnak olyan problémákra, melyek szükségessé teszik az egészségügyi államigazgatási szerv fellépését. A javaslat a kialakult gyakorlattal is párhuzomosságot mutat, ugyanis az egészségügyi bírságot kiszabó határozatokban általában találunk utalást korábban lefolytatott panaszeljárásra, azaz egyéni jogsérelem indította el a Ket. szerinti vizsgálatot és a bírság kiszabását.

2.4. Az alapvető jogok biztosának jogvédelmi tevékenysége

Az egészségügyi ellátással összefüggésben elszenvedett jogsérelem esetén a beteg panasszal fordulhat az AJBH-hoz is. A hazai ombudsmani intézményrendszer közelmúltban történt átalakulása nyomán *jelenleg egy biztos tevékenykedik két*

helyettessel, a korábbi négy önálló ombudsman helyett. Egészségügyi panaszok kivizsgálására szakosodott önálló ombudsman nincs és korábban sem volt hazánkban. Annak bizonyítéka, hogy *a rendelkezésre állónál nagyobb igény lenne az ombudsman vizsgálatára*, hogy évről évre megfigyelhetően magas az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggő megkeresések körében a biztos hatáskörén kívül eső panaszok aránya. Ennek oka, hogy *a biztos hatásköre igen korlátozott az egészségügyet érintő kérdések tekintetében*, illetve a személyi feltételek sem létszámban, sem képzettségben nem adottak arra, hogy több panasszal foglalkozzanak e tárgykörben.

A nemzetközi példák tanulmányozása során *Új-Zélandon és Angliában is önálló egészségügyi ombudsmani intézménnyel találkoztam, melyek a hazai biztosnál szélesebb jogkörrel és nagyobb apparátussal rendelkeznek*. Hazánkban és a vizsgált külföldi országokban is igaz, hogy *az ombudsmani intézmény jellegéből fakadóan ügydöntő, hatósági jogkörökkel nem rendelkezik, éppen ezért inkább kiegészítő szerepet tölt be a jogvédelmi rendszerben*. Szerepe az egyéni panaszok és a hivatalból lefolytatott vizsgálatok alapján a rendszerszintű problémák feltárása, a megfelelő szervek felhívása ezek megoldására. *A kiegészítő jogvédelem azonban eltérő súlyú és terjedelmű. Ahol önálló, szakosodott egészségügyi ombudsman van, ott a kiegészítő jogvédelem jelentősebb*. Kiemelem Angliát, ahol a peres út elkerülésére is alternatívát biztosít az intézmény. Az egészségügyi ellátással kapcsolatban felmerülő panaszokat általában véve vizsgálhatja, *orvos-szakmai kérdésekre is kiterjesztheti a vizsgálatot*, és igaz, hogy kötelező erejű döntést nem hoz, azonban *akár kompenzáció fizetésére is tehet javaslatot*. Az intézmény Angliában *nagyon népszerű* és az is megállapítható, hogy az érintett egészségügyi intézmények kötelezés nélkül is magukévá teszik az ombudsman javaslatait, nem ritka, hogy azok alapján kifizetésre kerül sor a beteg számára. Az *új-zélandi egészségügyi ombudsman* az ottani betegjogi kódexben foglalt jogosultság megsértésének gyanúja esetén vizsgálódhat és *szintén megítélésre kerülnek orvos-szakmai kérdések is az egyéni panaszokkal összefüggően. Akár kompenzáció megfizetésére is tehet javaslatot*, amelyet a speciális baleseti kompenzációs rendszeren keresztül lehet érvényesíteni.

Bár az ombudsman tevékenysége és vizsgálati projektjei számos problémát fókuszba helyeznek, álláspontom szerint *Magyarországon is jelentősebb eredményeket lehetne elérni egy egészségügyi panaszokra szakosodott biztos létrehozásával*. A panaszok

száma, a probléma súlya mindenképpen indokolná, hogy a jelenlegi rendszerben legalább egy helyettes segítse a biztos tevékenységét e tárgykörben.

2.5. Az egészségügyi közvetítói eljárás

Az egészségügyi közvetítói eljárást a jogalkotó azzal a céllal hozta létre, hogy elősegítse a beteg és az egészségügyi szolgáltató között a szolgáltatás nyújtásával összefüggésben felmerült jogvita peren kívüli egyezséggel történő rendezését, a felek jogainak gyors és hatékony érvényesítését. Annak ellenére, hogy a szándék üdvözlendő, és ez az eljárási lehetőség úgy gondolom, hogy teljes értékű alternatívája lehetne a pernek, annak hátrányait mellőzve, *az elmúlt bő 10 év alatt sem vált elterjedtté, igénybe vétele nagyon csekély*, ahogy arra a vonatkozó fejezetben utaltam.

Ennek oka a betegek oldaláról egyrészt az *információhiányban* keresendő, nem kellően ismert, nincs megfelelő bizalom az eljárás iránt. Az eljárással kapcsolatban problémaként jelenik meg véleményem szerint az is, hogy *nem ingyenesen igénybe vehető* lehetőség, ha a költségeket összegezzük, százezer forintos nagyságrendű összeget kapunk. *Nem megfelelő továbbá az egészségügyi szolgáltatók felelősséget hárító magatartása, a hibák elismerése, feltárása ellen ható érdeke.* A közvetítói eljárás működési hatékonyságát is kedvezőtlenül *befolyásolják az egészségügyi szolgáltatók felelősségbiztosításával kapcsolatos problémák, a kompenzációs összegek finanszírozásának megoldatlansága.*

A közvetítói eljárás működőképessé tételéhez *jelentős módosításokat szükséges végrehajtani.* Az eljárási szabályokat *több ponton változtatnám meg, ötvözve a békéltető testületi vitarendezésre vonatkozó szabályokkal.* A *külföldi példák* vizsgálata során többször is találkoztam olyan alternatív kompenzációs lehetőségekkel, melyek *ingyenesen igénybe vehetők* és népszerűek, így az *osztrák egyeztető tanácsok* tevékenységével, valamint a *német orvosi kamara* által működtetett egyezséget létrehozó és szakértő testületekkel. Ez utóbbiak működési költségeit az egészségügyi intézmények hozzájárulásaiból finanszírozza a német orvosi kamara. Ezek alapján a hazai közvetítói eljárással kapcsolatban is *javasolnám, hogy a betegek számára ingyenesen* vagy jelképes összegért elérhető legyen. Akár a külföldi példákhoz hasonló

megoldás útján is, mivel az egészségügyi intézményeknek is fontos érdeke lenne a peres eljárás elkerülése.

A közvetítói eljárás ellen hat, hogy *a felelősségbiztosítást nyújtó intézmények nem preferálják a peren kívüli egyezségeket*. A jelenlegi szabályozás szerint csak akkor hatályos az egyezés a biztosítóval szemben, ha azt tudomásul vette. Az új Ptk. felelősségbiztosítási szerződést érintő szabálya, hogy a biztosító nem hivatkozhat rá, hogy a biztosított egyezsége vele szemben hatálytalan, ha a követelés nyilvánvalóan megalapozott. Kérdéses, hogy ki fog dönteni azzal kapcsolatban, hogy egy követelés nyilvánvalóan megalapozott, ezáltal milyen mértékben hoz változásokat az új szabály.

2.6. A békéltető testületi eljárás

A békéltető testületek egészségügyi szolgáltatásokat érintő eljárásával az egyik legfőbb probléma, hogy bár 2004 óta igénybe vehető a lehetőség ezekre a jogvitákra vonatkozóan is, *egyáltalán nem közismert és a betegjogi képviselők által sem kellően preferált, ajánlott eljárásról van szó*. Éppen ezért igénybe vétele még a közvetítói eljárásokhoz képest is csekély, különösen gyógyászati segédeszközökkel kapcsolatos problémák esetén fordultak a testülethez.

A másik fő probléma, hogy az egészségügyi szolgáltatásokat érintő jogvitákra is fogyasztóvédelmi törvényben lefektetett *általános eljárási szabályok vonatkoznak*, melyek nem teszik lehetővé ezen jogviták különleges jellemzőinek figyelembe vételét.

Mivel a békéltető testületek eljárási rendjét több szempontból is hatékonynak tartom, *javaslom az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggő konfliktusok kiemelését az általános eljárási szabályok alól a pénzügyi fogyasztói jogvitákhoz hasonlóan*. Teljes speciális eljárási rend hiányában javaslom néhány az egészségügyi jogvitákat érintő kivételes szabály beépítését az általános békéltető testületi eljárás szabályanyagába. Úgy gondolom, *növelné az eljárás iránti bizalmat a testület speciális összetételben történő eljárása*. Ezekben a jogvitákban a jogi végzettséggel rendelkező tag mellett *szükséges lenne, hogy egészségügyi végzettséggel és az e tárgykörű jogviták rendezéséhez szükséges szakismerettel rendelkező személy is kötelezően jelen legyen*. Ez növelhetné az egészségügyi intézmények által tett alávetési nyilatkozatok számát, amely

pedig magával hozhatja a testületek tevékenységének preferálását a betegek által is, lévén, hogy kötelező erejű döntés születik peren kívül.

Az eljárásrendben bekövetkező változtatások mellett *szükséges lenne a betegek minél szélesebb körben történő tájékoztatására* a békéltető testületi eljárás lehetőségéről, tájékoztató anyagok, plakátok, elérhetőségükkel kapcsolatos adatok kihelyezésével, emellett pedig a betegjogi képviselők ismereteinek aktualizálására is e téren.

2.7. Javaslat az alternatív konfliktuskezelési és kompenzációs utak rendszerére vonatkozóan

A jelenleg rendelkezésre álló peren kívül igénybe vehető, jogvédelmi, konfliktuskezelési és akár kompenzációs lehetőséget is biztosító utakat érintő problémák kivonatos összefoglalását követően *arra keresem a választ, hogy milyen módon lehetne racionalizálni, újragondolni az alternatív utak rendszerét.*

E tekintetben *kiindulópontot* jelent az alapelv, mely szerint *a sérelmeket a legalacsonyabb, alkalmas szinten kell kezelni.* Ennek egy olyan rendszer felel meg leginkább, ahol a klasszikus igényérvényesítés mellett különböző szinteken működő és különböző sérelmek esetén jogvédelmet, vitarendezést, kompenzációt biztosító alternatív utak is rendelkezésre állnak.⁸³²

A) Az alternatív konfliktuskezelés eszközrendszere

1) A rendszer alapkövei, irányítói: a betegjogi képviselők

Mindennek az alapja, ahogy az osztrák rendszerben is tapasztaltam a PA-k tevékenységének vizsgálatánál, egy *megfelelő létszámú, jól képzett betegjogi képviselőkből álló hálózat.* Amennyiben hatékonyan működő, népszerű alternatív igényérvényesítési rendszerben gondolkodunk, a betegjogi képviselők *létszámát olyan módon kell meghatározni, hogy lehetővé váljon, hogy általános első fórumként szolgáljanak.* A sérelmet szenvedettek panaszát meghallgatva, annak jellegétől függően a legalkalmasabb peren kívüli fórumot tudják javasolni és az igényérvényesítést segíteni.

⁸³²Más szinten megvalósuló és más típusú vitarendezést igényel például egy nem megfelelő kommunikációból eredő jogsérelem, mint egy súlyos szövődmény bekövetkezésével járó eset.

2) Hatékony belső kontroll: az *intézményi panaszkezelés*

A rendszerben mindenképpen *szükség van a hatékonyan működő, belső kontrollt megvalósító panaszkezelési mechanizmusra*. Az egészségügyi intézményeknek fel kell ismerniük, hogy fontos érdekük fűződik hozzá, hogy a helyi szinten megoldható problémákat minél nagyobb hatásfokkal tudják a belső vizsgálattal kezelni és minél kevesebb konfliktus kerüljön ki az intézményből. Ehhez viszont a panaszvizsgálás valós hatékonyságára és nemcsak egy jogszabályban előírt kötelezettség formális teljesítésére van szükség. Az intézményi panaszkezelést a fenntartóhoz intézett panasznál jobb lehetőségnek tartom, mivel helyben sokkal jobban felderíthetők a történetek körülményei, meghallgathatók az érintettek, mint a fenntartónál, ahol iratokból tájékozódnak. A hatékony intézményi panaszkezelés az ellátás minőségének javításához is hozzájárul az esetek tanulságai révén.

3) Külső kontroll: *hatósági jogkörökkel rendelkező szerv*

A jogvédelmi mechanizmusok között fontos, hogy *legyen olyan hatósági jogkörökkel rendelkező szerv, mely hivatalból folytatott ellenőrzések, illetve egyéni betegpanaszok alapján folytat vizsgálatot, hoz kötelező erejű határozatot és szükség esetén bírság kiszabására is van jogköre*. Ezt korábban az Egészségbiztosítási Felügyelet valósította meg, jelenleg a megyei kormányhivatalok népegészségügyi szakigazgatási szervei, illetve a járási népegészségügyi intézetek. Viszont nem tartom szükségesnek a különbségtételt az egyéni panasz és a hivatalból folytatott vizsgálat eljárási rendje között, ahogyan a Felügyelet eljárásában sem volt különbség. A hatósági jogkörökkel rendelkező szerv tevékenysége is javítja az ellátás minőségét a kötelező határozatok teljesítése és az esetek tanulságai alapján.

4) Kiegészítő jogvédelmet nyújtó alapjogvédelmi intézmény, az *egészségügyi biztos*

Azokban a vizsgált külföldi országokban, ahol van önálló, egészségügyi panaszokra szakosodott ombudsman, e kiegészítő jogvédelmet biztosító intézmény nagyon népszerű és hatékonyan tud működni. *Az ombudsmanhoz fordulás joga hazánkban is közismert és népszerű lehetőség az állampolgárok körében*. Nincs ez másként az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggésben bekövetkező jogsérelmek esetén sem, jelenleg sokkal nagyobb az igény az ilyen típusú vizsgálatokra, mint amit az ombudsman jogköre és apparátusa lehetővé tesz. Ezért lenne fontos legalább helyettes egészségügyi biztost kinevezni és a vizsgálati jogkört bővíteni.

B) Alternatív kompenzációs lehetőség

Úgy gondolom, *elegendő lenne egy egyeztetési eljáráson alapuló kompenzációt is lehetővé tevő út*, viszont annak a működését, eljárási rendjét érintően *alapvető változások szükségesek*, illetve a lehetőség közismertté tétele, népszerűsítése is fontos feladat.

Az egészségügyi közvetítői eljárás esetén már adott az egészségügyi jogviták kiemelése az általános közvetítői eljárási rend szabályai alól, míg a békéltető testületi vitarendezés általános szabályai alól jelenleg csak a pénzügyi fogyasztói jogviták privilegizáltak. Véleményem szerint ezért *a megfelelő megoldás az lenne, ha a jelenlegi egészségügyi közvetítői eljárás nyújtaná az alapot, korrigálva a békéltető testületi eljárás néhány szabályával*.

Ami *figyelemre méltó előnye a békéltető testületek eljárásának az egészségügyi közvetítői eljáráshoz képest, hogy a felek egyezségkötésének hiányában is születik döntés*, mely a gazdálkodó szervezet által előzetesen, utólagosan, vagy általános jelleggel tett alávetési nyilatkozat esetén akár kötelező erejű is lehet. Ha egy vitarendezési út biztosítja, hogy limitált eljárási határidő alatt bizonyosan születik akár ajánlás jellegű döntés, kiemelkedően előnyös ahhoz képest, ha adott az eljárás eredménytelenségének lehetősége is megegyezés hiányában. Azaz *javasolnám a tisztán mediációs modellt módosítani és az eljárás célját is ennek megfelelően megjelölni*. A 2000. évi CXVI. törvény 1. §-át következők szerint javaslom módosítani: „*A közvetítői eljárás célja az egészségügyi szolgáltató (a továbbiakban: szolgáltató) és a beteg között a szolgáltatás nyújtásával összefüggésben keletkezett jogvita peren kívüli egyezséggel történő rendezésének elősegítése, ennek eredménytelensége esetén pedig az ügyben döntés hozatala a felek jogainak gyors és hatékony érvényesítésének elősegítése érdekében*”. A jogszabályba *további változtatások* beépítése is szükséges, szabályozni kell, hogy milyen esetekben lesz ajánlás és mikor kötelező a tanács döntése, melyek ezeknek a jogkövetkezményei, illetve, hogy az egészségügyi szolgáltatók mikor tehetnek alávetési nyilatkozatot, valamint az általános alávetési nyilatkozat lehetőségét is.

További javaslatom az egészségügyi közvetítői *eljárás költségeinek minimalizálására*, akár az eljárás ingyenessé tételére vonatkozik. Figyelemre méltónak tartom az osztrák

és a német példát e tekintetben, ahol az orvosi kamara hozta létre és finanszírozza az alternatív vitarendezést biztosító testületek működését.

Javaslom az eljárás kezdeményezését érintő békéltető testületi szabály átvételét annak érdekében, hogy ha a beteg a közvetítői tanácshoz fordul, a szolgáltató automatikusan köteles legyen közreműködni, ne legyen lehetősége elutasítani az eljárást. Így *szükséges a 2000. CXVI. törvény 3. § (1) bekezdés 2. fordulatának⁸³³ hatályon kívül helyezése.*

Megállapítható, hogy az egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatban is megjelent a *fogyasztói szemlélet* az állampolgárok körében, melynek következtében csökkent a toleranciaszint a nem megfelelő vagy nem megfelelőnek ítélt szolgáltatásokkal kapcsolatban. A sikertelenségek egy jelentős részben a *gyógyítás objektív korlátaiból*, a *természettudományos bizonytalanságból*, részben a *komplex tevékenységi rendszerből* eredő hibákból adódnak és konfliktusforrást jelentenek. Emellett, miközben az orvostudomány robbanásszerű fejlődése korábban szinte elképzelhetetlen perspektívákat, reményeket nyújt a gyógyulni vágyók számára, a gyakorló orvoslás számára egyre szűkebben rendelkezésre álló források által megengedhető, a társadalombiztosítási rendszer által finanszírozható ellátások között egyre szélesedő szakadék tátong, mely szintén feszültséget eredményez. Ezek a tényezők az egészségügyi ellátást végzők, és a betegek, hozzátartozók *különböző szintű konfliktusát* eredményezik, melyeket megfelelő szinten és hatékonysággal kell kezelni, illetve a sérelmet szenvedett személyek kompenzációját is biztosítani kell. Ezt ugyanakkor olyan módon kell megvalósítani, hogy ne kerüljön sor az egészségügyi szolgáltatói oldal felelősségének túlzott objektivizálódására, illetve törekedni kell a *gyógyítás nyugodt közegének* és a megfelelő, *bizalmi orvos-beteg kapcsolatnak* a fenntarthatóságára is. Ehhez a nemzetközi példák tanulságait figyelembe véve a leghatékonyabbak a peres út elkerülésére építő, *egyeztetésen alapuló konfliktuskezelési utak*, mivel a beteg érdeke a problémás esetekben is elsődleges és „*nem az a cél, hogy bűnöst keressünk, hanem hogy a beteg számára kielégítő megoldást találjunk.*”⁸³⁴ Bízom benne, hogy munkámmal meggyőztem az olvasót arról, hogy javaslataim segítségével a kívánt cél

⁸³³ A másik fél a kérelem kézhezvételét követő 15 napon belül nyilatkozik arról, hogy hozzájárul-e a közvetítői eljárás lefolytatásához.

⁸³⁴ Az osztrák PA rendszer mottója.

elérhető, és valamely részben hozzájárultam a szükséges jogalkotási, joggyakorlati, szervezési változtatások elvégzéséhez.

FELHASZNÁLT FORRÁSOK

I. Könyvek, tanulmányok

ÁBRAHÁM Edit: *Békéltető testületek: a fogyasztói jogviták rendezésének alternatív fórumai*, In: SÁRINÉ SIMKÓ Ágnes (szerk.), *Mediáció – Közvetítői eljárások*, HVG ORAC, Budapest, 2012, 267-305.

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION: *Medical Liability Reform Now! The Facts You Need to Know to Address the Broken Medical Liability System*, (www.ama-assn.org letöltve: 2013. december 3.), 1-37.

ANTAL Géza: *Egy aktív magyar betegjogi képviselő vallomása*, Comitatus, 2007, november-december, 100-109.

BACHINGER, Gerald: *The System of the Patient Advocacies in Austria*, 2005. november, (http://www.patientenanwalt.com/fileadmin/dokumente/09_english_documents/legal_information/0510legalinfo_patient_advocacies_DrBachinger.pdf, letöltve: 2011. december 10.), 1-34.

BARTHA Ferenc - SÁNDOR Judit: *Egészségügyi tevékenység- polgári jogi felelősség (tapasztalatok a peres eljárások gyakorlatából) I. kötet*, Országos Orvostudományi Információs Intézet és Könyvtár, Budapest, 1990.

BARZÓ Tímea, *Tájékoztatás és beleegyezés mint a beteg alapvető joga*, Magyar jog, 1996, 2. szám, 70-81.

BÉKY Ágnes Enikő: *A személyiségvédelem aktuális kérdései*, Debreceni Jogi Műhely, 2007, 2. szám, http://www.debrecenijogimuhely.hu/archivum/2_2007/a_szemelyisegvedelem_aktualis_kerdesei/ (letöltve: 2013. december 5.)

BELOVICS Ervin – MOLNÁR Gábor – SINKA Pál: *Büntetőjog különös rész*, HVG ORAC, Budapest, 2002.

BENE Zsolt: *Új javaslat a kórházak felelősségbiztosítására*, Egészségügyi Menedzsment, 2001, november-december, 86-89.

BENE Zsolt- RADNAI Anna: *Az Egészségbiztosítási felügyelet*, Kórház, 2007, 7-8. szám, 11-13.

BÍRÓ György (szerk.): *Szerződési alaptípusok*, Novotni Kiadó, Miskolc, 2003.

BISMARCK, Marie - PATERSON, Ron: *No-fault Compensation in New-Zealand: Harmonizing Injury Compensation, Provider Accountability and Patient Safety*, Health Affairs, 2006, Vol. 25., No. 1., 278-283.

BLASKÓ Béla: *Tansegédlet a büntetőjog általános részéhez I.*, Debreceni Egyetem Állam-és Jogtudományi Kar, Debrecen, 2006.

BORZA Beáta: *Emberi méltóság az egészségügyben. Lehetőségek és küzdelmek az ombudsman munkájában*; In: BORZA Beáta (szerk.): *„Beteg vagy egészségügy” A betegjogok helyzete egy átalakuló rendszerben, avagy kinek fontos a beteg?*, Alapvető Jogok Biztosának Hivatala, Budapest, 2012, 19-26.

BORZA Beáta: *AJB Projektfüzetek: Beteg jogaink-egészség és méltóság*, Betegjogi Projekt 2012, 1-172.

BUSCH Béla: *Az orvosi tevékenység büntetőjogi szabályozása*; In: SÓTONYI Péter (szerk.): *Orvosi felelősség*, Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006, 154-291.

CARVAL, Suzanne – SETON-GREEN, Ruth: *Medical Liability in France*; In: KOCH, Bernard A. (ed.): *Medical Liability in Europe*, De Gruyter, Germany, 2011, 207-230

CSÉCSY Andrea: *Előreláthatósági klauzula a szerződések jogában*, Debreceni Jogi Műhely, 2009, 1. szám, http://www.debrecenijogimuhely.hu/archivum/1_2009/ (letöltve: 2013. december. 5.)

CSIBA László: *Gondolatok az „önvédelmi” orvostanról*, Orvosi Hetilap, 2007, 12. szám, 531-534.

CSIKINÉ GYURANECZ Márta: *Megváltozott bírói gyakorlat? A kórház polgári jogi felelőssége az elmúlt évtized jogalkalmazásában*, In: ELEK Balázs – PRIBULA László – SZABÓ Krisztián (szerk.): *A jogalkalmazás vitatott területei – az egészségügyi szolgáltatók polgári jogi felelőssége – szigorú bírói gyakorlat?* DEOEC-ÁOK – DE-ÁJK, Debrecen, 2013, 9-13.

DECASTELLO Alice: *Az egészségügyi közvetítői eljárás az egészségügyi szolgáltatók és a biztosítótársaságok szemszögéből*, Biztosítási Szemle, 2007, 8. szám, 41-51.

DECASTELLO Alice: *A közvetítői törvények összehasonlítása, különös tekintettel az egészségügyi közvetítésre*, Jura, 2007, 1. szám, 151-157.

DECASTELLO Alice: *Mediáció az egészségügyben*, HVG ORAC, Budapest, 2010.

DÓSA Ágnes: *Felelősség vagy biztosítás?*, Lege Artis Medicinae, 1996, 6. szám, 262-265.

DÓSA Ágnes: *Az orvos felelőssége a tájékoztatás elmulasztásáért*, Lege Artis Medicinae, 2001, 1. szám, 57-59.

DÓSA Ágnes: *Az orvos kártérítési felelőssége*, HVG ORAC, Budapest, 2004.

DÓSA Ágnes: *Etikai felelősség- szakmai kamara nélkül?*, Lege Artis Medicinae, 2007, 3. szám, 190-192.

DÓSA Ágnes: *Kártérítési felelősség*, In: SÓTONYI Péter (szerk.): *Orvosi felelősség*, Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006, 83-151.

DÓSA Ágnes: *Az orvos kártérítési felelőssége*, HVG-ORAC, Budapest, 2010.

DÓSA Ágnes: *Az egészségügyi közvetítés*, In: SÁRINÉ SIMKÓ Ágnes (szerk.), *Mediáció – Közvetítői eljárások*, HVG ORAC, Budapest, 2012, 237-263.

DÓSA Ágnes: *Összehasonlító egészségügyi jog, Orvosetikai kérdések jogi szemmel*, Complex, Budapest, 2012.

DUTE, Jos: *Comparison of No-fault Compensation Schemes*, In: DUTE, Jos – FAURE, Michael – KOZIOL, Helmut: *No-fault Compensation in the Health Care Sector*, Springer Wien, Vienna, 2004, 444-483.

DUTE, Jos - FAURE, Michael G. – KOZIOL, Helmut (eds.): *No-fault Compensation in the Health Care Sector*, Springer, 2004.

EGÉSZSÉGÜGYI STRATÉGIAI KUTATÓINTÉZET: *Felelősségbiztosítás az EU tagországok egészségügyi ellátásában*, 2008. október, <http://www.eski.hu/hol/cikkh.cgi?id=1735>, (letöltve: 2009. szeptember 10.), 1-28.

ELEK Balázs – PRIBULA László - SZABÓ Krisztián: *A jogalkalmazás vitatott területei – az egészségügyi szolgáltatók felelőssége- szigorú bírói gyakorlat?*, DE-ÁJK – DEOEC-ÁOK, Debrecen, 2013.

EÖRSI Gyula: *Kártérítés jogellenes magaratásért*, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1958.

EÖRSI Gyula: *A jogi felelősség alapproblémái, a polgári jogi felelősség*, Akadémia Kiadó, Budapest, 1961.

EÖRSI Gyula: *A polgári jogi kártérítési felelősség kézikönyve*, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1966.

EÖRSI Gyula: *Kötelmi jog, Általános rész*, Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 2009.

EÖRSI Mátyás - ÁBRAHÁM Zita (szerk.): *Pereskedni rossz!*, Minerva Kiadó, Budapest, 2003.

ESSINGER, Kaj: *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, 42-57.

FAURE, Michael – KOZIOL, Helmut (eds.): *Cases on Medical Malpractice in a Comparative Perspective*, Vienna, Springer-Verlag, 2001.

FEHÉR Lenke – HORVÁTH Tibor – LÉVAY Miklós: *Magyar büntetőjog különös rész 1.*, KJK Kerszöv, Budapest, 2005.

FÉZER Tamás: *A nem vagyoni kártérítés megítélése a külföldi jogalkotásban és jogalkalmazásban*, *Studia Iurisprudentiae Doctorandorum Miskolciensium*, Tomus 5/1, 2004, 163-186.

FÉZER Tamás (szerk.): *A kártérítési jog magyarázata*, Complex, Budapest, 2010

FÉZER Tamás: *A nem vagyoni (erkölcsi) sérelmek megítélése a polgári jogban*, HVG ORAC, Budapest, 2011.

FÉZER Tamás: *Az okozati összefüggés értelmezésének változatai az európai államok kártérítési jogában*, *Collega*, 2006, 2-3. szám, 127-131.

GAÁL Csaba: *Gazdaságosság és orvosi etika*, *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 2009, 4. szám, 26-30.

GALAND CARVAL, Susanne: *France*, In: FAURE, Michael – KOZIOL, Helmut (eds.): *Cases on Medical Malpractice in a Comparative Perspective*, Vienna, Springer-Verlag, 2001, 101-122.

GÁRDOS Péter (szerk.): *Kézikönyv az Új Polgári Törvénykönyvhöz*, Complex, Budapest, 2009.

GELLÉR Balázs: *Az orvosi felelősségbiztosítás a magyar jogban*, In: SÓTONYI Péter (szerk.) *Orvosi felelősség*, Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006, 302-321.

GERGELY Edit - PÉTERFFY Éva: *A felelősségbiztosítás*, Biztosítás Oktatási Intézet, Szolnok, 1998.

GROSSCHMID Béni: *Fejezetek kötelmi jogunk köréből*, 1. kötet, Grill Károly Könyvkiadóvállalata, Budapest, 1932.

G'SELL-MACREZ, Florence: *Medical Malpractice and Compensation in France*, Chicago Kent Law Review, 2011, Vol. 86, No. 3., 1093-1123.

HANTI Péter: *Felelősség és kockázatmenedzsment az egészségügyben – Az orvosok jogai és kötelezettségei*, Complex, Budapest, 2013.

HAIMAN Éva: *Az érzelmekben fürdő emlékezet (interjú)*, Jogorvoslap, 2009, 6. szám, 2-5.

HARLESTON, Jerome: *No-fault Medical Liability Compensation System*, 16th April 2003, <http://www.cga.ct.gov/2003/olrdata/ins/rpt/2003-R-0386.htm>, (letöltve: 2008. szeptember 16.).

HARMAT GYÖRGY - CZÁRÁN ERZSÉBET, *Az amerikai egészségbiztosítási rendszerről*, Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2005, 4. szám, 48-54.

HAVASI Péter: *Összefoglaló jelentés az orvosi műhibaperek gyakorlatának áttekintéséről, különös tekintettel a nem vagyoni kártérítésre*, Budapest, 2008. január 14., 1-18.

HARMAT György, *Az orvosi felelősségbiztosítás kérdései és lehetséges válaszai*, Egészségügyi gazdasági szemle, 2003, 6. szám, 33-38.

HAVASI Péter: *Összefoglaló jelentés az orvosi műhibaperek gyakorlatáról*, Jogorvoslap, 2009, 1. szám, 10-16.

HEUER Orsolya (szerk.): *Betegjogok Magyarországon- Szabályok és gyakorlat*, TASZ, Budapest, 2002.

HÍDVÉGINÉ ADORJÁN LÍvia – SÁRINÉ SIMKÓ Ágnes: *Műhibák és kártérítési perek az egészségügyben*, Medicina Kiadó, Budapest, 2013.

HITZHUSEN, Matthew: *Crisis and Reform: Is New-Zeland's No Fault Compensation System a Reasonable Alternative to the Medical Malpractice Crisis in the United States?*, Arizona Journal of International & Comparative Law, 2005, Vol. 22., No. 3, 649-689.

HOPE (Hospitals in the European Union): *Insurance and malpractice*, Final Report, Brussels, 12 April 2004, 1-22.

JOBBÁGYI Gábor: *Az orvos-beteg jogviszony az új Ptk.-ban*, Polgári Jogi Kodifikáció, 2005, 3. szám, 15-20.

JOBBÁGYI Gábor - FAZEKAS Judit: *Kötelmi jog*, Szent István Társulat, Budapest, 2005.

JOBBÁGYI Gábor: *Orvosi jog Hippokratésztől a klónozásig*, Szent István Társulat, Budapest, 2007.

JONES, Michael A.: *Compensation in the English Health Care Sector*; In: DUTE, Jos - FAURE, Michael – KOZIOL, Helmut (eds.): *No-fault Compensation in the Health Care Sector*, Springer Wien, Vienna, 2004, 121-186.

KADNER GRAZIANO Thomas: *May Comparative Law Help to Find an Answer? – The Example of the (Worldwide) Search for a Fair Scope of Liability in Cases of Professional Negligence*, Chinese Yearbook of Private International Law and Comparative Law 2011, 158-181.

KARSAI Krisztina: *A foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés tényállásának kritikája*, Magyar Jog, 2006, 12. szám, 745-750.

KASZAINÉ MEZEY Katalin: *Fogyasztói jogok. Kézikönyv kereskedőknek, szolgáltatóknak, vállalkozóknak és vásárlóknak*, HVG-ORAC, Budapest 1998.

KERESZTY Béla – MARÁZ Vilmosné – NAGY Ferenc – VIDA Mihály: *A magyar büntetőjog különös része*, Korona Kiadó, Budapest, 2004.

KERESZTY Éva: *A helyi önkormányzatok és az egészségügyi szolgáltatók kapcsolata*, Magyar Közigazgatás, 1999, 11. szám, 609-630.

KERESZTY Éva: *Csalódottság vagy kár? Gondolatok az egészségügyi ellátási károk rendezéséről*, In: JUHÁSZ Zoltán (szerk.): *Kárfelelősség és a reparáció lehetséges eszközei*, Az alapvető jogok biztosa és a MABISZ konferencia-kiadványa, Budapest, 2013, 22-35.

KESSLER, Daniel P. – SUMMERTON, Nicolas – GRAHAM, John R.: *Effects of the Medical Liability System in Australia, the UK, and the USA*, Lancet, 2006, Vol. 368., July, 240-246.

KEMENES István: *Az orvos kártérítési felelősségének egyes kérdései*, A Szegedi Ítéltábla 2007. november 15. napján tartott kollégiumi üléshez készült előterjesztés és véleményjavaslat, 1-16.

KISS Katalin - NOVOSZTÁTH Ágnes: *Műhibák és műhibáztatások*, Med et Jur 2010, 2. szám, 27-30.

KOCH, Bernard A. – KOZIOL, Helmut: *Austria*; In: FAURE, Michael – KOZIOL, Helmut (eds.): *Cases on Medical Malpractice in a Comparative Perspective*, Springer-Verlag, Vienna, 2001, 57-84.

KOCH, Bernard A.: *Austrian Cases on Medical Liability*, European Journal of Health Law, 2003, No. 1., 91-114.

KOCH, Bernard A. - KOZIOL, Helmut: *Compensation in the Austrian Health Care Sector*, In: DUTE, Jos - FAURE, Michael – KOZIOL, Helmut (eds.): *No-fault Compensation in the Health Care Sector*, Vienna, Springer Wien, 2004, 89-121.

KOCH, Bernard A.: *Medical Malpractice in Austria*, Chicago-Kent law Review, 2011, Vol. 86., No. 3., 1027-1052.

KOCH, Bernard A.: *Medical Liability in Austria*, In: KOCH, Bernard A. (ed.): *Medical Liability in Europe*, De Gruyter, Germany, 2011, 1-61.

KOCH, Bernard A (ed.): *Medical Liability in Europe*, De Gruyter, Germany, 2011.

KÖLES Tibor: *Orvosi műhiba perek*, HVG ORAC, Budapest, 1999.

KŐSZEGFALVI Edit: *Egészségügyi jogi kézikönyv*, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1999.

KŐSZEGFALVI Edit: *Egészségügyi és betegjogi kézikönyv*, KJK Kerszöv, Budapest, 2001.

KŐSZEGFALVI Edit: *Új munkajogi szabályok az egészségügyben*, Complex, Budapest, 2012.

KŐSZEGFALVI Edit: *Új munkajogi szabályok az egészségügyben és a szociális igazgatásban – 1. számú pótlapcsomag*, Complex, Budapest, 2013.

KÓTI Tamás, *Egészségügyi felelősségbiztosítás másként*, Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2003, 4. szám, 41-44.

KOTUR, Kelly: *An Extreme Response or a Necessary Reform? Revealing How can Noneconomic Damages Actually Affect Medical Malpractice Victims and Malpractice Insurance Rates*, West Virginia Law Review, 2005-2006, Vol. 108., 873-900

KOVIK, Nicole Williams: *An Insurance Perspective on the Medical Malpractice Crisis*, Annals of Health Law, 2004, Vol. 13., 607-647.

KOVÁCSY Zsombor (szerk.): *Az egészségügyi jog nagy kézikönyve*, Complex, Budapest, 2008.

KOVÁCSY Zsombor- KISS Norbert: *Százhuszezer adat a magyar egészségügyről- Az egészségbiztosítási Felügyelet minőségi indikátorrendszere*, Orvostovábbképző Szemle, 2009, 12. szám, 12-17.

KOVÁCSY Zsombor – DÓSA Ágnes (szerk.): *A vállalkozó orvosok nagy kézikönyve*, Complex, Budapest, 2011.

KYSAR, Douglas A. - MCGARITY, Thomas O. - SOKOL, Karen: *Medical Malpractice Myths and Realities: Why an Insurance Crisis is not a Lawsuit Crisis*, Loyola of Los Angeles Law Review, 2006, Vol. 39., August, 785-818.

LEISCHNER, Aline - ZEINHOFER, Claudia - LINDNER, Christina – KOPETZKI, Christian: *Medical Law in Austria*, United Kingdom, Wolters Kluwer, 2011.

LESTER, Gregory W. – SMITH, Susan G.: *Listening and Talking to Patients*, The Western Journal of Medicine, 1993, March, 268-272.

LOMNICI Zoltán: *Az orvoslás joga*; Kommentár a gyakorlat számára, Lélekben Otthon Kiadó, Budapest, 2009.

LÓRÁNTH Ida: *Az Egészségbiztosítási felügyelet tevékenysége. Fél év alatt több száz eset*, Kórház, 2008, 11. szám, 32.

LUKÁCS József – FÓNYAD László: *Az intézményi kármegelőzés (risk management) és a minőségbiztosítás*, Egészségügyi Gazdasági Szemle, 1998, 6. szám, 586-595.

MACKENNEY, Stephen – FALLBERG, Lars (eds.): *Protecting Patients Rights? A Comparative Study of the Ombudsman in Health Care*, United Kingdom, Radcliff Medical Press Ltd., 2004.

MARTINI Zoltán: *Gondolatok az orvosi perekről*, Bírák Lapja, 1996, 3-4. szám, 224-228.

MARTON Géza: *A polgári jogi felelősség*, Triorg Kft., Budapest, 1992.

MENYHÁRD Attila: *Felelősség szerződészegésért*, Polgári Jogi Kodifikáció, 2001, 3. szám, 25-26.

MERUELO, Natasha C.: *Mediation and Medical Malpractice*, The Journal of Legal Medicine, 2008, Vol.29., Iss. 3., 285-306.

MÉSZÁROS Bence: *Primum non nocere – Az orvos büntetőjogi felelősségéről*; In: *Dezső László emlékkönyv*, PTE-ÁJK, Pécs, 2005.

MIKKONEN, Martti: *Compensation in the Finnish Health Care Sector* In: DUTE, Jos - FAURE, Michael G. – KOZIOL, Helmut (eds.): *No-fault Compensation in the Health Care Sector*, Springer Wien, Vienna, 2004, 186-210.

MOLNÁR Ambrus: *Az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelősségének jogi alapjai*, Fővárosi Ítéltábla, Budapest, 2007. november 5., 1-13.

NÁDHÁZY Zsolt: *A döntőbíráskodás magyarországi aspektusai*, Munkaügyi Szemle, 2005, 11. szám, 51-54.

NÁDHÁZY Zsolt: *A konfliktusokról és feloldásuk lehetséges útjairól*, Munkaügyi Szemle, 2006, 3. szám, 19-22.

NÁDHÁZY Zsolt: *Alternatív vitafeloldás Európában-különös tekintettel a munkaiügyi vitákra*, Jogtudományi Közlöny, 2007, 7-8. szám, 314-323.

NAGY Ferenc (szerk.): *A magyar büntetőjog különös része*, HVG ORAC, Budapest, 2009.

NAGY András László: *Egy éves a jogvédelmi központ*, IME, 2013., 9. szám, 9-10.

NAVRATYIL Zoltán: DEZSŐ László – *Az orvos büntetőjogi felelőssége*, Iustum, aequum, salutare, 2009, 1. szám, 203-214.

NÉMETH Antónia: *Polgári jogi felelősség és felelősségbiztosítás az orvosi jogviszonyban*
In: *Polgári jogi dolgozatok*, MTA Állam-és Jogtudományi intézet - ELTE-ÁJK, Budapest, 1993., 289-309.

NICZKY Emőke: *OBDK: Apró dolgok, nagy lépések*, Orvosok Lapja, 2013, 5. szám, 10-11.

NOCHTA Tibor: *A polgári jogi kártérítési felelősség szabályai az Új Polgári Törvénykönyvben*
In: GRAD-GYENGE Anikó (szerk.): *Egy új korszak hajnalán – Konferencia kötet az Új Polgári Törvénykönyv tiszteletére*, KGRE-ÁJK, Budapest, 2013, 146-156.

NYS, Herman: *European Committee on Legal Co-Operation: Report on Medical Liability in Council of Europe Member States*, Strasbourg, 7 March 2005., 1-32.

NYS, Herman: *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., 17-27.

OECD: *Medical malpractice-prevention, insurance and coverage options*, No. 11. 2006. (<http://www.aemh.org/pdf/OECDMedicalMalpractice.pdf> letöltve: 2011. szeptember 20.), 1-86.

OSZTOVITS András (szerk): *A Polgári Törvénykönyvről szóló 1959. évi IV. törvény magyarázata*, 2. kötet, Opten, Budapest, 2011.

PATERSON, Ron: *The Patients Complaints System in New Zealand*, Health Affairs, 2002, Vol. 21., No. 3., 70-79.

PATERSON, Ron: *Protecting Patients Rights in New Zealand*, Medicine and Law, 2005, Vol. 24., No. 1., 51-60.

PATERSON, Ron: *Patients rights in New Zealand: a tool for quality improvement?*, 3rd National Health Care Complaints Conference Melbourne, 2001, <http://www.hdc.org.nz/education/presentations/patients-rights-in-new-zealand-a-tool-for-quality-improvement>, (letöltve: 2010. március 24.)

PAUL, Charlotte: *Internal and External Morality of Medicine: Lessons from New Zealand*, British Medical Journal, 2000, No. 2., 499-503.

POLECSÁK Mária (szerk.): *A betegek jogai*, Vince Kiadó, Budapest, 1999.

PDG Skegg: *Compensation in the New Zealand Health Care Sector*, In: DUTE, Jos – FAURE, Michael – KOZIOL, Helmut: *No fault Compensation in the Health Care Sector*, Springer Wien, Vienna, 2004, 298-334.

PETRY, Franz Michael: *Medical Practicioners Liability in German law*; In: FAURE, Michael – KOZIOL, Helmut (eds.): *Cases on Medical Malpractice in a Comparative Perspective*, Springer-Verlag, Vienna, 2001, 34-57.

PETRY, Franz Michael: *Medical Liability in Germany*; In: KOCH, Bernard A.(ed.): *Medical Liability in Europe*, De Gruyter, Germany, 2011, 233-289.

POCZKODI Sándor: *Az orvos etikai felelőssége* In: SÓTONYI Péter: *Orvosi felelősség*, Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006, 30-76.

PRIBULA László: *Az okozatosság értelmezésének változása az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelőssége körében*, Jogtudományi Közlöny, 2011 (66. évfolyam) 4. szám, 243-249.

PRIBULA László: *Egészségügyi szolgáltatók kártérítési pereinek bizonyítási szabályai*, In: ELEK Balázs – PRIBULA László - SZABÓ Krisztián: *A jogalkalmazás vitatott területei – az egészségügyi szolgáltatók felelőssége- szigorú bírói gyakorlat?*, DE-ÁJK – DEOEC-ÁOK, Debrecen, 2013, 55-65.

RADNAI Anna: *Az Egészségbiztosítási Felügyelet nyilvános kórházminősítése- Kórházaink kendőzetlenül*, Kórház, 2008, 3. szám, 29-31.

ROGERS, Horton: *United Kingdom: England*; In: FAURE, Michael – KOZIOL, Helmut (eds.): *Cases on Medical Malpractice in a Comparative Perspective*, Springer-Verlag, Vienna, 2001, 226-267.

ROGERS, Horton: *Medical Liability in England*, In.: KOCH, Bernard A. (ed.): *Medical Liability in Europe*, De Gruyter, Germany, 2011, 165-207.

SAGE, William M. – KERSH, Rogan (eds.): *Medical Malpractice and the U.S. Health Care System*, Cambridge Universty Press, New York, 2006.

SALAMON Ferenc: *Az orvos munkajogi vagy közalkalmazotti felelőssége*, In: SÓTONYI Péter: *Orvosi felelősség*, Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006, 291-302.

SÁNDOR István: *A magyar fogyasztóvédelmi jog*, Unió, Budapest, 2003.

SÁNDOR Judit: *Gyógyítás és ítékezés*, Medicina, Budapest, 1997.

SÁNDOR Judit: *A betegek jogainak kodifikálásáról*, Fundamentum, 1997, 1. szám, 87-100.

SÁRINÉ SIMKÓ Ágnes (szerk.): *A mediáció*, HVG ORAC, Budapest, 2006.

SÁRINÉ SIMKÓ Ágnes (szerk.): *Mediáció – Közvetítői eljárások*, HVG ORAC, Budapest, 2012.

SÁRINÉ SIMKÓ Ágnes – HÍDVÉGINÉ ADORJÁN Lívia: *Orvos- beteg jogviszonyok az egészségügyben I. A betegek jogairól*, Medicina, Budapest, 2012.

SCHUSTER Rudolf: *Az orvos felelőssége*, Jogállam, 1933, 3. füzet, 99- 105.

SETH, Ram: *NHS Indemnity for Medical Negligence: its Implications*, Psychiatric Bulletin, 1991, 15, 79-80.

SIMON, Jürgen – JANSEN, Brigitte: *Economic Implications of Medical Liability Claims: Insurance and Compensation Schemes*, In: *The Ever Growing Challenges of Medical Liability: National and European Responses*, Strasbourg, 2-3 June 2008., 75-90.

SIMON Tamás: *Az orvosi műhiba miatti kártérítési perek gyakorlata a felperesek szemszögéből*, Egészségügyi Menedzsment, 2000, 3. szám, 50-52.

SIMON Tamás: *Felelősségbiztosítás az egészségügyben*, Lege Artis Medicinae, 2002, 9. szám, 601-603.

SIMON Tamás: *Kezelhető-e a szakmai felelősségbiztosítás Strucc Malvin módjára?*, Kórház, 2005, 10. szám, 13-16.

SIMON Tamás: *Biztosan biztosító egyesület?*, Kórház, 2005, 12. szám, 11-14.

SIMON Tamás: *Az érem két oldala*, Kórház, 2004, 10. szám, 12-14.

SIMON Tamás: *Szakmai felelősségbiztosítás az állam, az egészségügyi szolgáltatók, a betegek és a biztosítók szemszögéből*, Nagy lépések az egészségügyben szakmai konferencia, 2004. november 14., (www.384ugyvediroda.hu/allam.pdf) Letöltve: 2007. július 02.

SIMON Tamás: *Az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségének vizsgálata a felperesek szemszögéből, avagy az „orvosi műhiba” kínos, küzdelmes, kellemes, kényelmes, kaotikus és kívánatos-kérdéses korszakairól*, 2002., Budapest Fórum Európáért Alapítvány előadása, (<http://www.384ugyvediiroda.hu/384/images/pdf/kinos.pdf>) Letöltve: 2012. december 20.

SIMON Tamás: *Emészthetőek-e a fogyasztói jogok az egészségügyben, avagy a betegtájékoztatók jelenéről*, (<http://www.384ugyvediiroda.hu/384/images/pdf/emeszthetoeek.pdf>) Letöltve: 2013. május 30.

SOMOGYI Árpád: *Mi fán terem a mediáció?*, Jogtudományi Közlöny, 2000, 1. szám, 20-26.

SÓTONYI Péter (szerk.): *Orvosi felelősség*, Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006.

STAUCH, Marc S.: *Medical Malpractice and Compensation in Germany*, Chicago Kent Law Review, 2011, Vol. 86., Iss. 3., 1139-1168.

STOLTZFUS JOST, Timothy: *The German Approach to Extrajudicial Malpractice Claims Resolution*, Ohio State Journal on Dispute Resolution, 1996, Vol. 11., Iss. 1., 81-103.

STONE, Christopher: *From Bolam to Bolitho: Unravelling Medical Protectionism* <http://www.medicalandlegal.co.uk/wp-content/uploads/2012/05/From-Bolam-to-Bolitho-unravelling-medical-protectionism.pdf> (letöltve: 2011. április 20.), 1-12.

SZABÓ Tamás: *Egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosításának átalakítása*, IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja, 2002, 5. szám 16-20.

SZALMA József: *Okozatosság és polgári jogi felelősség az európai és a magyar jogban*, Novotni Alapítvány, Miskolc, 2000.

SZEGHŐ Ágnes: *A kezelési szerződés*, In: PAPP Tekla (szerk.): *Acta Conventus de Iure Civili, Tomus XI.*, Lectum Kiadó, Szeged, 2009, 61-103.

SZEGHŐ Ágnes: *Az egészségügyi szolgáltatás nyújtásával összefüggésben okozott károkért való felelősség szabályainak változása napjainkban* (<http://jesz.ajk.elte.hu/szegho42.html>) letöltve: 2013. november 8

SZENDY Erzsébet: *A betegjogok felett őrködünk*, *Med et Jur*, 2012, 3. szám, 4-6.

SZIGETI Ildikó: *Van-e kiút a betegjogok hálójából? Az ombudsman aggódik, a betegjogi képviselő türelemre int*, *Kórház*, 2004, 11. szám, 7-8.

SZLADITS Károly: *A magyar magánjog vázlata*, 1. kötet, Grill Károly Könyvkiadóvállalata, Budapest, 1933.

SZLADITS Károly: *A magyar magánjog vázlata*, 2. kötet, Grill Károly Könyvkiadóvállalata, Budapest, 1933.

TÖRŐ Károly: *Az orvosi polgári jogviszony*, Közigazgatási és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1965.

TÖRŐ Károly: *Az orvosi jogviszony*, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1986.

TÖRŐ Károly: *Felelősség az orvosi működésért- Orvosi műhiba*, *Magyar Jog*, 1987, 2. szám, 136-146.

TÓTH Zoltán: *A felértékelődött felelősség – teljesíthető elvárás? Egy gyakorló szülész-nőgyógyász szakorvos véleménye*, In: PRIBULA László – SZABÓ Krisztián – ELEK Balázs (szerk.): *A jogalkalmazás vitatott területei – az egészségügyi szolgáltatók polgári jogi felelőssége – szigorú bírói gyakorlat?*, DE-ÁJK és DEOEC- ÁOK, Debrecen, 2013

ÚJVÁRINÉ ANTAL Edit: *Felelősségtan*, Novotni Alapítvány a magánjog fejlesztéséért, Miskolc, 2002.

U.S CONGRESS, OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESSMENT, *Defensive Medicine and Medical Malpractice*, Washington DC, US Government Printing Office, 1994.

VARGA Zoltán (szerk.): *A büntetőjog nagy kézikönyve*, Complex, Budapest, 2007.

VÉKÁS Lajos: *Bírálat és jobbító észrevételek az Új Ptk. Törvényjavaslatához (a zárószavazás előtt)*, Magyar jog, 2013, 1. szám, 577-590.

VÉKÁS Lajos- GÁRDOS Péter (szerk.): *A Polgári Törvénykönyv magyarázatokkal*, Complex, Budapest, 2013.

VINCENT, Charles – YOUNG, Magi – PHILIPS, Angele: *Why Do People Sue Doctors?*, The Lancet, 1994, Vol. 343., June 25., 1609-1613.

WENDEHORST, Christiane: *Compensation in the German Health Care Sector*; In: DUTE, Jos - FAURE, Michael - KOZIOL, Helmut (eds): *No-fault Compensation in the Health Care Sector*, Vienna, Springer Wien, 2004, 261-298.

WIELAND, Miriam: *The Economic Analysis of German Medical Malpractice Law- with the Emphasis on the Allocation of Burden of Proof*, Erasmus Programme in Law and Economics, Master Thesis, University of Hamburg, 2000/2001, 1-51.

WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Highlights on Health in France 2004*, WHO Regional Office for Europe, 2006, 1-50.

ZÁKÁNY Judit: *A betegjogi képviselői rendszer és a betegpanaszok vizsgálata*, Jura, 2013, 2. szám, 215-225

ZÁKÁNY Judit: *Az ombudsmanok szerepe a betegjogvédelemben*, In: P. SZABÓ Béla – SZEMESI Sándor (szerk.): *Profectus in litteris IV. - Előadások a 9. debreceni állam-és jogtudományi doktorandusz-konferencián*, Lícium Art, Debrecen, 2013, 273-283.

ZÁKÁNY Judit: *Az egészségügyi kártérítési perekkel kapcsolatos gyakorlat változásai, különös tekintettel a rendszerváltástól napjainkig terjedő időszakra*, In: PRIBULA

László – SZABÓ Krisztián – ELEK Balázs (szerk.): *A jogalkalmazás vitatott területei – az egészségügyi szolgáltatók polgári jogi felelőssége – szigorú bírói gyakorlat?*, DE-ÁJK és DEOEC- ÁOK, Debrecen, 2013, 91-103.

ZÁKÁNY Judit: *Felelősségbiztosítás, mint a beteg és az intézmény védelmének garanciája*, Jogtudományi Közlöny, 2013, 3. szám, 154-162.

ZÁKÁNY Judit: *Current Questions and Possible Answers Concerning the Professional Liability Insurance of Healthcare Service Providers in Hungary*, Journal on Legal and Economic Issues of Central Europe, 2012, Vol. 3., No. 3., 37-41.

ZÁKÁNY Judit: *Az egészségügyi szolgáltatás során bekövetkező károk kompenzációjának lehetőségei Ausztriában*, Magyar Jog 2012, 8. szám, 496-504.

ZÁKÁNY Judit: *Az egészségügyi ellátás során bekövetkező károk kompenzációjának lehetőségei Németországban*, Debreceni Jogi Műhely 2012, 3. szám

ZÁKÁNY Judit: *Az orvosi tevékenység büntetőjogi szabályozásának vázlata különös tekintettel a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés tényállására*, Debreceni Jogi Műhely 2012, 2. szám

ZÁKÁNY Judit: *Az egészségügyi ellátás során keletkező károkért való felelősség alapvető jellemzői Franciaországban*, Glossa Iuridica, 2011, 1. szám

ZÁKÁNY Judit: *Az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségének alapvonásai Angliában*, In: P. SZABÓ Béla – SZEMESI Sándor (szerk.): *Profectus in litteris III. – Előadások a 8. debreceni állam-és jogtudományi doktorandusz konferencián*, Lícium Art, Debrecen, 2011, 345-355.

ZÁKÁNY Judit: *Az egészségügyi szolgáltatók kárfelelőssége Németországban*, In: FÓNAI Mihály – SZILÁGYI Emese (szerk.): *Studia Iuvenum*, Dela Kft., Debrecen, 2011, 91-101.

ZÁKÁNY Judit: *A betegjogok védelmének megvalósulása a no fault felelősségi rendszerű Új-Zélandon*, In: P. SZABÓ Béla – SZEMESI Sándor (szerk.): *Profectus in*

litteris II. – Előadások a 7. debreceni állam-és jogtudományi doktorandusz konferencián, Lícium Art, Debrecen, 2010, 359-368.

ZÁKÁNY Judit: *A felróhatóságot nem vizsgáló felelősségi rendszer vázlata a finn szabályozás tükrében*, In: STIPTA István (szerk.): *Doktoranduszok Fóruma - Állam és Jogtudományi Kar Szekciókiadványa*, Miskolci Egyetem Innovációs és Technológiai Transzfer Centrum, Miskolc, 2009, 175-181.

ZÁKÁNY Judit: *A felróhatóságot nem vizsgáló felelősségi rendszer alapvonásainak bemutatása az új-zélandi szabályozás tükrében*, Debreceni Jogi Műhely, 2009, 3. szám)

ZÁKÁNY Judit: *Orvosi műhiba és felelősségbiztosítási krízis az Amerikai Egyesült Államokban*, In: BOSICKIJ Jurij (szerk.): *Az ukrán törvényhozás fejlődési irányai és problémái*, Állam-és Jogtudományi Kar, Kijev, 2009.

ZÁKÁNY Judit: *Az alternatív vitarendezés lehetőségei és korlátai az egészségügyi szolgáltatók és a betegek közötti konfliktusok tekintetében*, Debreceni Jogi Műhely, 2008, 3. szám

ZÁKÁNY Judit: *Az egészségügyi szolgáltatók kötelező szakmai felelősségbiztosításának aktuális kérdéseiről*, Debreceni Jogi Műhely, 2007, 4. szám

II. Felhasznált jogszabályok

1876. évi XIV. tc. a közegészségügy rendezéséről

1890. évi XI. tc. az igazságügyi orvosi tanácsról

1936. évi I. tc. az orvosi rendtartásról

1952. évi III. törvény a polgári perrendtartásról

1959. évi 8. tvr. az orvosi rendtartásról

1959. IV. törvény a Polgári Törvénykönyvről

1972. évi II. törvény az egészségügyről

1978. évi IV. törvény a Büntető Törvénykönyvről

30/1989. (XI. 15.) SZEM rendelet az orvosi, a klinikai szakpszichológusi, illetve az egyéb egészségügyi és szociális tevékenység gyakorlásáról

113/1989. (XI. 15.) MT rendelet az egészségügyi és szociális vállalkozásról - Magyarország új, jogi szakadatbázisa.

1991. évi XI. törvény az egészségügyi hatósági és igazgatási tevékenységről

1992. évi XXII. törvény a munka törvénykönyvéről

1992. évi XXXIII. törvény a közalkalmazottak jogállásáról

1994. évi XXVIII. törvény a Magyar Orvosi Kamaráról

1997. évi CLIV törvény az egészségügyről

1997. évi CLV. törvény a fogyasztóvédelemről

14/1998. (XII. 11.) EüM rendelet a kórházi etikai bizottságokról

77/1999. (XII.29.) EüM rendelet a betegjogi képviselő jogállásáról és az eljárására vonatkozó szabályokról.

2000. évi CXVI. törvény az egészségügyi közvetítői eljárásról

4/2001 (II. 20.) EüM-IM együttes rendelet az egészségügyi közvetítői eljárással kapcsolatos egyes kérdésekről

2003. évi LXXXIV. törvény az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről

96/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról

2004. évi XXIX. törvény az európai uniós csatlakozással összefüggő egyes törvénymódosításokról, törvényi rendelkezések hatályon kívül helyezéséről, valamint egyes törvényi rendelkezések megállapításáról

2004. évi CXL törvény a közigazgatási eljárásról

1/2004 (I. 5.) ESzCsM rendelet a betegjogi, az ellátottjogi és a gyermekjogi képviselő működésének feltételeiről

15/2005. (V. 2.) EüM. rendelet az egészségügyi szolgáltatók szakmai felügyeletéről

2006. évi XCVII. törvény az egészségügyben működő szakmai kamarákról

2006. évi CXVI. törvény az egészségbiztosítás hatósági felügyeletéről

2012. évi C. törvény a Büntető Törvénykönyvről

Magyarország Alaptörvénye 2011. április 25.

2011. évi CXI. törvény az alapvető jogok biztosáról

214/2012. (VII. 30.) Korm. rendelet az Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központtról

2011/24/EU irányelv a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről

2011. évi CLIV. törvény a megyei önkormányzatok konszolidációjáról, valamint a megyei önkormányzati intézmények és a Fővárosi Önkormányzat egyes egészségügyi intézményeinek átvételéről

2012. évi I. törvény a munka törvénykönyvéről

2012. évi XXXVIII. törvény a települési önkormányzatok fekvőbeteg-szakellátó intézményeinek átvételéről és az átvételhez kapcsolódó egyes törvények módosításáról

2012. évi LV. törvény a fogyasztóvédelemről szóló 1997. évi CLV. törvény módosításáról

33/2013. (V. 10.) EMMI rendelet az egészségügyi szolgáltatók hatósági szakfelügyeletéről, szakmai minőségértékeléséről, és a minőségügyi vezetőkről

2013. évi V. törvény a Polgári Törvénykönyvről

15/2012. (VIII. 22.) EMMI rendelet az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerek farmakovigilanciájáról

The Injury Prevention, Rehabilitation and Compensation Act of 2001 in New Zealand
Health and Disability Commissioner Act of New Zealand

III. Bírósági határozatok

BH 1995.87

BH 1995.87

BH 1981.187

Legfelsőbb Bíróság Pf. III. 20 511/1995

BH 1995.344

Legfelsőbb Bíróság Pf. III. 33 832/1996

BH 1998.585

BH 2003.453.

Legfelsőbb Bíróság Pf. III. 20.516/2009.

Legfelsőbb Bíróság Pf. III. 25.898/2001/5.

Legfelsőbb Bíróság Pf. X. 22.254/2000/6.

Budapesti Fővárosi Bíróság 51. Pf. 20.619/1960

Pesti Központi Kerületi Bíróság 89.210/1958

Pesti Központi Kerületi Bíróság 9. P. 87.841/1963

Legfelsőbb Bíróság Pf. III. 20.799/2010.

Fővárosi Bíróság 41. Pf. 26. 287/1997

Legfelsőbb Bíróság Pf. III. 21.212/2008
Pesti Központi Kerületi Bíróság 32. P. 88 813/1991.
Pesti Központi Kerületi Bíróság 31. P. 87 61/1995.
Csongrád Megyei Bíróság 2. Pf. 20 568/1994.
Legfelsőbb Bíróság Pf. III. 20.516/2009.
Pf. I. 20.723/2009/7
EBH 2008/1867
BH 1996.182.
BH 2002.129.
BH 2003.312.
BH 2006.77.
BH 1996.182.
BH 1980.5.

IV. Internetes oldalak

A *Medicalonline* honlapja:
http://www.medicalonline.hu/gyogyitas/cikk/muhibak_karteritesi_perek (Letöltve: 2012. december 20.)

A *MOK* honlapja: <http://www.mok.hu/info.aspx?SP=19> (letöltve: 2013. január 14.)

Weborvos Online Egészségügyi Magazin:
Az Egészségbiztosítási Felügyelet helyzete 2010. április 30. napján
<http://weborvos.hu/adat/files/veraaprilis/ebf.pdf> (Letöltve: 2013. január 14.)
http://www.weborvos.hu/hirek/korhazak_biztositas_nelkul/67054/ (Letöltve: 2012. december. 04.)

Webbeteg honlapja:
<http://www.webbeteg.hu/cikkek/egeszseges/3510/nepszeru-az-egeszsegugyi-hatosag>
(Letöltve: 2013. január 14.)
<http://www.webbeteg.hu/cikkek/egeszseges/6836/birsagolt-az-egeszsegbiztositasi-felugyelet-> (Letöltve: 2013. január 14.)

Jogi Fórum honlapja: <http://www.jogiforum.hu/interju/67> (letöltve: 2013. január 14.)

Dr. Portál honlapja:

Panaszprevenció- gondolatébresztő a szemléletváltás szükségességéről
<http://www.drportal.hu/hir.php?szid=99&tema=27&hid=3579> (Letöltve: 2013. január 14.)

<http://www.drportal.hu/hir.php?szid=99&tema=27&hid=3579> (Letöltve 2013. január 14.)

The Library of Congress honlapja:

<http://www.loc.gov/law/help/medical-malpractice-liability/germany.php> (Letöltve: 2010. december 1.)

<http://www.loc.gov/law/help/medical-malpractice-liability/uk.php> (Letöltve: 2011. április 20.)

A Medical Defense Union honlapja: <http://themdu.com> (letöltve: 2011. április 20.)

Az Egyesült Királyság Parlamentjének hivatalos honlapja:

Health and Social Care Bill 2007
<http://www.publications.parliament.uk/pa/ld200708/ldselect/lddelreg/76/7605.htm>
(etöltve: 2011. április 20.)

Az NHSLA hivatalos honlapja:

www.nhs.uk/NR/rdonlyres/D872241A-43E3-492B-8F74-32FB0586608F/0/Frameworkdocument.pdf+the+national+helath+service+litigation+authority,+framework+document&hl=hu&gl=hu&pid=bl&srcid=ADGEESgPjM9VKt0r2dCfANZHTJm-vJe-tykySz8YVLlLaLqZ2dn4mhXerSekDsTs9xo0u1-8Mek4xfUHwvB4TYoJbKKSe5UIGqmqzJagIPyDQai_0CX4e07laqYbPgfSenjZM8XNt vPw4X&sig=AHIEtbTNRGIxwmxEWkTd3iNX34w6HeHgNQ (Letöltve: 2011. április 10.)

<http://www.nhs.uk/Clinicians> (Letöltve: 2011. április 10.)

NHS Indemnity: Arrangements for Clinical Negligence Claims in the NHS,
www.nhs.uk/NR/rdonlyres/1CFE5864-05C3-4770-982C-7003294B8161/0/NHSIndemnity.rtf+nhs+indemnity&cd=1&hl=hu&ct=clnk&gl=hu&client=firefox-a&source=www.google.hu (Letöltve: 2011. április 20.)

In Brief Free Legal Information:

<http://www.inbrief.co.uk/clinical-negligence/health-service-ombudsman.htm> (Letöltve: 2011. április 20.)

Parliamentary and Health Service Ombudsman honlapja:

<http://nhsreport.ombudsman.org.uk/health-complaints/types-of-closed-health-complaints.html> (Letöltve: 2011. április 10.)

Information for the Staff of MPs, 2010.,
http://www.ombudsman.org.uk/_data/assets/pdf_file/0010/6310/Constituency-Leaflet-PSHO-0112-4.pdf (Letöltve: 2011. április 10.)

<http://www.ombudsman.org.uk/make-a-complaint/what-happens-to-a-complaint/the-process-explained> (Letöltve: 2011. április 10.)

<http://www.ombudsman.org.uk/about-us/our-role/history-and-legislation> (Letöltve: 2011. április 10.)

A *Bundesarztekammer* honlapja:
<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=4.3569> (Letöltve: 2013. április 9.)

A *FÉBÉSZ* honlapja:
http://www.febez.eu/content/valtozik_fogyasztovedelmi_torveny_%E2%80%93_konnyebb_lesz_egeszsegugyi_jogvitak_rendezese (Letöltve: 2013. május 30.)

Health and Disability Commissioner honlapja:
<http://www.hdc.org.nz/complaints/complaints-resolution-overview> (Letöltve: 2010. március 23.)

Az *ONIAM* honlapja: www.oniam.fr/rapport/SyntheseRapportOniam2002-2003en.pdf
(Letöltve: 2011. október 10.)

V. Egyéb források

Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódexe

Az Egészségbiztosítási Felügyelet és a Felügyeleti Tanács 2009. évi beszámolója

Semmelweis terv az egészségügy megmentésére

Az Alapvető Jogok Biztosának jelentése az AJB-5863/2012. számú ügyben

GYEMSZI szervezeti és működési szabályzat

Beszámoló az állampolgári jogok országgyűlési biztosának 2009. évi tevékenységéről,
Országgyűlési Biztos Hivatala 2010.

Beszámoló az állampolgári jogok országgyűlési biztosának 2010. évi tevékenységéről,
Országgyűlési Biztos Hivatala 2011.

Az Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs központ 2012. évi szakmai beszámolója

Az Allianz Hungária Zrt. egészségügyi szolgáltatóknak kínált felelősségbiztosításának általános szerződési feltételei

A Generali Providencia Zrt. által kínált egészségügyi és szociális tevékenység felelősségbiztosításának általános és különös feltételei

A Groupama Garancia Biztosító orvosok felelősségbiztosításának szerződési feltételei

Uniqua Perfekt felelősségbiztosítás szerződési feltételei

MOK doktor orvosi szakmai felelősségbiztosítás különös szerződési feltétele

SUMMARY

In my dissertation I deal with a complex task touching more fields of law, damages, injuries, conflicts in connection with healthcare services. My purpose was to examine the task, to search for the possible problems, refer to both main parties, so refer to the healthcare service providers and the workers and refer to the patients and their relatives too. Refer to healthcare service providers, the questions and relations in connection with liability are the tasks of my research. Refer to patients, the possible solutions - in cases of damages, losses - in connection with compensation and settlement of conflicts are in the middle of my research. After examining the situation in Hungary, I deal with the liability models and the models of handling conflicts of the other states in an independent chapter. During my research I aspired to examine questions that aren't examined by an actual research. In my dissertation there is problem-orientated, critical approximation permanently to make useful concrete and conceptual suggestions.

In connection with the liability system of the healthcare service providers the biggest stress is on the civil law liability for damages. In connection with this, the most important changes are happening from the change of political system to the present. The judicial practice of this special area was born after the change of political system, and it has changed significantly in the past 10 years. The borders of the liability of the healthcare service providers are enlarging, the condemnations of the defendants are frequent. There were big changes in connection with the judgment of the relation of cause and effect and with the explanation from the chargeability. The part of the process is that burden of proof of the plaintiff has changed into be more favourable (minimum tendency of causality), possibilities of explanation for healthcare service providers became stricter, in many cases the deficit of the professional infringement doesn't liberate the provider. Most of the healthcare service providers didn't prepare themselves for the changed situation. The practicing doctors often don't know the facts in connection with their liability or the requirements at court, because of these, problems in connection with communication, information and the lack of documents – which are necessary for explanation – very often occur. There are problems with financing the amounts of the compensations too, because of the „vacating” of the compulsory professional liability insurance these amounts are mostly covered by the budget for the

function of the healthcare service providers. In connection with the civil law liability of the healthcare providers I think one of the main goals to prevent the future enlargement of the borders of the liability. Because of that judicature, healthcare institutions and the state have important tasks which are examined by me in the dissertation. The second main aim it to solve the financing of the amounts of the compensation because of the obligation from the European Union, which goal can be done with the reform of the liability insurance system and with creating alternative financing forms and compliting bases.

In my dissertation I deal with the other levels of liability which determine liability relations in connection with healthcare services, because of the main changes of the rules in the past years the proceeding have changed basicly too. These forms are used rarely compared with the liability for damages. I agree with that mainly, because these forms of the liability affect directly the healthcare workers, creating a personal obligation compared with the civil law liability. At the same time I think that the Medical Chamber must use this tool in a more efficient way, because ethics liability is an authority which can create an internal control, self-regulation in the medical society.

In the next bigger part of my dissertation I deal with the alternative legal possibilities of the disputes system in connection with the legal protection in the case of conflicts, injuries in connection with healthcare services. I made two groups. I examined possibilities in the group of the alternative possibilities of handling conflicts which have the main aim to examine complaints, to solve conflicts with settlements, to search for the mistakes, to prevent the similar future cases. The other group consists of alternative tools for compensations which can let the financial compensations, so these are in my opinion the alternative forms of the disputed proceeding.

In connection with the legal possibilities for compensation and handling conflicts in the case damages in connection with healthcare services the main problem in Hungary in my opinion that the classic disputed enforcing claim predominates the alternative ways out of all proportion - compared with the tendencies from the other countries - which are rarely used. I think that one of the main reasons is that the system of the alternative ways of legal protection is a complicated system, the possibilities aren't known appropriately. Rationalization, integration of possibilities are needed to make the system to be more easy to survey which for I made suggestions. The practical operation has

showed the other problem, during the examination of it I have seen many functioning problems and the empirical research had an important role. Problems in connection with the efficiency of the operation are against the use of these possibilities. I think that some changes on regulation are needed too, I have written on them in my dissertation.

In the third part of my dissertation I examine the regulation and the practice of some other countries. The selection of the countries in this chapter was conscious, I chose the analysis of the compensation systems of countries which can be useful and instructive for the making changes in the Hungarian regulation. In the area of liability for damages arising during healthcare services there are two fundamental systems, beside the classic legal (traditional) proceedings there are the out-of-court proceedings, or administrative (or no fault) systems. From the prior one I have examined United Kingdom, Austria, France, Germany and the United States of America, while the no fault system was demonstrated by the example of New Zealand (which is the model) and by an European example, Finland.

I think that the expert bodies giving alternative handling disputes operated and financed by the German medical association, the protection system of the rights of the patients in Austria, and the compensation base, the compensation system on solidarity base on the determined types of damages in France are extremely positive.

I think that the English model for compensation is very positive and actual because of the Hungarian healthcare institutions falling into state ownership. From the examined countries the biggest state assuming responsibility and organization are in here. For me the no fault system is the most positive because it has the most characters which are in my opinion necessary to build a system.