
Az egészségügyben érvényesülő szerződéses viszonyok és felelősségi kérdések sokszínűsége*

BARZÓ TÍMEA**

1. Bevezetés

A projekt keretében zajló kutatás fókuszában az egészségügyben megjelenő szerződéses kapcsolatok és felelősségi viszonyok kerültek, mely során elsősorban a jogi környezet elméleti és gyakorlati aspektusainak vizsgálatára koncentráltam. A kutatás 2017 szeptembere és 2019 márciusa között zajlott, mely során a tényleges kutatási feladatok több elkülöníthető egységben valósultak meg. A kutatás kezdeti szakaszában a hazai egészségügyi ellátórendszerben érvényesülő szerződéses kapcsolatok feltérképezése, azok nevesítése és tipizálása, a jogszabályi környezet és a szerződéses kapcsolatokat rendező általános és speciális normaanyag felkutatása, szakirodalom és források gyűjtése teljesült. Külön vizsgálódás tárgyát képezte ebben az időszakban az egészségügyi alapellátási kötelezettség biztosítása tekintetében felelősséggel tartozó települési önkormányzatok és az egészségügyi alapellátást (háziiorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi) nyújtó egészségügyi szolgáltatók közötti feladat-ellátási szerződés, amelynek specifikumaira különös hangsúlyt fektettem. Elemzés tárgyát képezte továbbá az előbb említett kérdéskör gyakorlati aspektusainak vizsgálata. A kutatás második periódusában folytatódott a korábban megkezdett és folytatott anyaggyűjtés eredményeként fellelt források szintetizálása, feldolgozása és a kapcsolódó tanulmányok megírásának előkészítése. Vizsgálat tárgyát képezték az egészségügyi ellátórendszerben érvényesülő szerződéses kapcsolatokon belül az egészségügyi alapellátást személyesen nyújtó orvosokat megillető praxisjog megszerzésére irányuló szerződések jellemzői, ezen belül is elsősorban a praxisjog, mint vagyoni értékű jog átruházására irányuló szerződések legfontosabb tartalmi elemei. Külön figyelmet fordítottam a praxishoz tartozó ingatlan és ingóságok, illetve a praxisjog, mint vagyoni értékű jog „birtokbaadásának” kérdéskörére, a konkurencia-záradék jelentőségére, a praxisban dolgozó munkavállalók tovább-foglalkoztatásával felmerülő esetleges jogértelmezési kérdésekre, a praxisjog átruházásával és a praxis átadásával

* A kutatást az EFOP-3.6.2-16-2017-00007 azonosító számú, *Az intelligens, fenntartható és inkluzív társadalom fejlesztésének aspektusai: társadalmi, technológiai, innovációs hálózatok a foglalkoztatásban és a digitális gazdaságban* című projekt támogatta. A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap és Magyarország költségvetése társfinanszírozásában valósul meg.

** Intézeti tanszékvezető, habilitált egyetemi docens, Miskolci Egyetem Állam- és Jogtudományi Kar, Civilisztikai Tudományok Intézete, Polgári Jogi Intézeti Tanszék

összefüggésben felmerülő betegjogi és adatvédelmi problémákra, valamint a finanszírozási szerződések „átkötésével” felmerülő károokra.

A feladat-ellátási szerződések vizsgálata után az egészségügyi ellátórendszerben érvényesülő szerződéses kapcsolatokon belül a beteg és az egészségügyi szolgáltató közötti szerződéses viszony, továbbá az egészségügyi szolgáltatással összefüggésben a betegnek okozott kár telepítésével felmerülő elméleti és gyakorlati problémák témakörében folyt kutatás.

2. Az egészségügyi alapellátás meghatározó szerződésai

Ahhoz, hogy egy házi orvos, házi gyermekorvos vagy orvos (továbbiakban: orvos) az alapellátásban területi ellátási kötelezettségen alapuló házi orvosi, házi gyermekorvosi, illetve orvosi (továbbiakban: orvosi) tevékenységet tudjon végezni, az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény (Ötv.) értelmében praxisjoggal kell rendelkeznie. A praxisjog¹ megszerzésének az alábbi eseteit különböztethetjük meg:

- a) a praxisjog *alanyi jogon* történő megszerzése: az az orvos, aki 2000. február 26. napján területi ellátási kötelezettséggel házi orvoscént, házi gyermekorvoscént vagy orvoscént dolgozott egy körzetben, megszerezte a praxisjogot (akkori nevén működtetési jogot);
- b) az *újonnan létesített házi orvosi, házi gyermekorvosi vagy orvosi körzetre* – betöltés jogcímen – kiadott praxisjog, valamint
- c) a betöltetlen, illetve *tartósan betöltetlen orvosi körzetek* esetén – szintén betöltés jogcímen – bekövetkező jogszerzés;
- d) a praxisjog *átruházással* történő megszerzése (jellemzően adásvétel, csere, ajándékozás) és
- e) a praxisjog *folytatása*. A praxisjog jogosultjának halála esetén – egymást követő sorrendben – a praxisjog folytatására a házastárs, illetve az egyenesági leszármazó jogosult.²

A praxisjog megszerzésére csak a jogszabályokban körülírt módon van lehetőség.³ Más, újfajta szerződésmódot a felek akarata nem hozhat létre, vagyis a jogi szabályozás a praxisjog megszerzése tekintetében *taxatív* és *kógens*. A praxisjog átruházással történő megszerzése esetében azonban a jogcím megválasztásában a szerződési szabadság és a diszpozitivitás elve érvényesül.

A praxisjog átruházásával – különösen a orvosi praxisjogok esetében – gyakran jár együtt a praxisjog jogosultjának, vagy az őt foglalkoztató vállalkozásnak a tulajdonában lévő rendelő (ingatlan), illetve felszerelés elidegenítése is. Míg ebben az esetben eszközt, anyagot, ingatlant vásárol a vevő, addig a funkcionálisan privatizált rendelők⁴ körében pusztán a praxisjogát bocsátja áruba az orvos.

¹ A praxisjog jogi hátterével részletesen foglalkozom monográfiámban. Barzó Tímea: *Praxisjog. Aktuális kérdések az egészségügyi alapellátásban*, Budapest, Medicina, 2007.

² 2000. évi II. törvény az önálló orvosi tevékenységről 2. § (4) bek.

³ 313/2011. (XII. 23.) Korm. rendelet (Vhr.) az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény végrehajtásáról

⁴ A funkcionális privatizáció a rendszerváltást követően, az 1990-es évek elején kezdődött az egészségügyi alapellátás „magánosításával”. Ezekben az esetekben továbbra is az egészségügyi alapellátásért felelős települési önkormányzat tulajdonában maradt a rendelő és a felszereltség, míg az egyéni vagy társas vállalkozás csak az adott egészségügyi - házi orvosi, házi gyermekorvosi vagy orvosi – alapellátás működtetésére vállalt kötelezettséget állami finanszírozás és területi ellátási kötelezettség mellett.

Egy praxis értékesítésénél tehát mindig el kell határolni a *rendelő*, mint ingatlan, illetve a benne megtalálható ingóságok (felszerelési tárgyak stb.) elidegenítését és az orvost megillető *praxisjog átruházását*. Az ingatlan és a hozzá tartozó ingóságok átruházása esetén ugyanis más szempontok (birtokátruházás, ingatlan-nyilvántartásba való bejegyzés stb.) hangsúlyosak, mint egy forgalomképes vagyoni értékű jog esetén (a jogátruházás sajátos megítélése, a megszerzés feltételei, hatósági jóváhagyás stb.).⁵ Másrészt a praxisjog mindig az adott orvos személyéhez kötődik, addig a magántulajdonban lévő rendelő és felszerelése átruházása tárgyában kötött szerződés alanyai a praxis eddig és majdan működtető egyéni, illetve társas vállalkozások lesznek. A kutatás eredményeként született tanulmányban⁶ részletesen bemutatásra kerültek a praxisjog átruházásának feltételei, a praxisjog „birtokbaadásával” kapcsolatos problematikus elemek, illetve további, a szerződés egyedi jellegéből adódó jellemzők.

Az egészségügyi jog másik sajátos szerződéstípusát a feladat-ellátási szerződések jelentik. Az *egészségügyi alapellátás* keretében biztosítani kell, hogy a beteg lakóhelyén, illetve annak közelében, választása alapján igénybe vehető, hosszú távú, személyes kapcsolaton alapuló, nemétől, korától és betegsége természetétől függetlenül érvényesülő folyamatos egészségügyi ellátásban részesüljön.⁷ Az egészségügyi alapellátás keretében a betegek összetett egészségügyi ellátásban részesülnek, mely kiterjed nemcsak a lakosság egészére vonatkozó preventív tevékenységre, hanem – többek között – az egyén egészségügyi felvilágosítására és nevelésére, gyógykezelésére, gondozására és rehabilitációjára.⁸ Az egészségügy szervezésével és irányításával kapcsolatos feladatok ellátásáért, valamint az ezekkel összefüggő jogok gyakorlásáért és kötelezettségek teljesítéséért való *felelősség* megoszlik a különböző állami szervek (Országgyűlés, Kormány, miniszter, egészségügyi államigazgatási szerv, a helyi önkormányzatok, az egészségügyi szolgáltatók további fenntartói, az egészségbiztosítási szervek és a térségi egészségügyi szervek) között.⁹

Az egészségügyi alapellátásról való gondoskodás a *települési önkormányzat* kötelező feladatai közé tartozik (*ellátási felelősség*).¹⁰

Az egészségügyi alapellátásból eredő feladatok *közvetett* módon történő ellátása esetén az érintett települési önkormányzat az ellátás megfelelő színvonalú teljesítése, illetve az ellátás biztonsága érdekében az adott egészségügyi szolgáltatóval *feladat-ellátási szerződést* kell, hogy kössön. A feladat-ellátási szerződés tehát az adott egészségügyi alapellátási forma (házi orvosi, házi gyermekorvosi, fogorvosi) körébe tartozó – jogszabályban pontosan körülírt – egészségügyi tevékenység, feladat gondos és szakszerű ellátására irányuló *megbízás*.¹¹ A kutatás eredményeként a szerző tollából született fentebb említett tanulmányban részletes vizsgálat tárgyát képezte ezen szerződés egyedi jellemzőinek (szerződés alanyai, a szerződés tartalmi specifikumai, valamint a szerződés felmondásának korlátozottsága) és a gyakorlatban felmerülő jogértelmezési nehézségeknek az ismertetése is.

⁵ Balogh Sándor: Az orvosi, orvosi rendelő értékesítése, in: *Egészségügyi vállalkozások kézikönyve* (szerk.: Gyenes M.), Budapest, Verlag Dashöfer Szakkiadó Kft. & T. Bt., 2001, 6. rész 5.1. fejezet 1.o.

⁶ Barzó Tímea: Az egészségügyi alapellátás meghatározó szerződésai: a praxisjog megszerzésére és az egészségügyi feladat-ellátására irányuló szerződések specifikumai; *Miskolci Jogi Szemle*, 2. (2018) 2. kötet 40-60.o.

⁷ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről (Eütv.) 88. § (1) bek.

⁸ Az alapellátás részét képezi szükség esetén a beteg szakorvoshoz történő irányítása is a betegség megállapítása, kezelési terv készítése érdekében, valamint a beteg otthonában történő ellátása. Eütv. 88. § (2) bek.

⁹ Eütv. 143. §

¹⁰ Magyarország helyi önkormányzatairól 2011. évi CLXXXIX. törvény Magyarország helyi önkormányzatairól (Ötv.) 13. § (1) bek. 4. pont

¹¹ Bíró György: *A megbízási szerződés*, Budapest, KJK-KERSZÖV, 2001, 177. o.

3. Az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelőssége és a sérelemdíj

Az orvos, illetve az őt foglalkoztató egészségügyi szolgáltató kártérítési felelősségével összefüggésben az elmúlt évtizedekben számos változás ment végbe.

Egyrészt az egészségügyi kártérítési perek alapkérdése volt, hogy a károkozást a beteg és az egészségügyi szolgáltató közötti szerződéses kapcsolat (kontraktuális felelősség), vagy a szerződésen kívüli károkozás (deliktuális felelősség) általános törvényi tényállása alapján kell-e elbírálni.¹² A bírói gyakorlat a kérdést kezdetben tipikusan kártérítési jogviszonyként kezelte, így az ilyen igényeket jellemzően a szerződésen kívüli károkozás (deliktuális felelősség) szabályai szerint bírálták el. A 2000-es évek eleje óta azonban gyökeres változáson ment keresztül az egészségügyi kártérítési perek alapkérdésének tekinthető egészségügyi szolgáltató (orvos) – beteg kapcsolat jogi megítélése.

2008-ban a bírói gyakorlatban azonban már megjelent az a határozott állásfoglalás, miszerint az orvos (egészségügyi intézmény) és a beteg között a károkozást megelőzően szerződéses jogviszony áll fenn. Az Eütv. 244.§ -ának 2010. január 1-jével hatályba lépő módosítása végül kimondta, hogy „az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggésben keletkezett kárigények tekintetében a szerződésszegéssel okozott károkért való felelősség polgári jogi szabályait kell megfelelően alkalmazni.”¹³ Ezt követően a bírói gyakorlat is ennek megfelelően alakult.¹⁴

A Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény 2014. március hó 15. napjától hatályos rendelkezései azonban az egészségügyi kártérítési perek alapjául szolgáló jogviszonyok újbóli vizsgálatát tették szükségessé, mivel – a korábbiaktól eltérően – a kontraktuális (szerződésszegéssel okozott kárért való) felelősségi szabályok a deliktuális (szerződésen kívüli károkozásért való) felelősségi szabályokhoz képest teljesen új dogmatikai megalapozást nyertek, azaz az új szabályozással szigorodott a szerződésszegő fél kimentési lehetősége. Az egészségügyi szolgáltatók kimentését elnehezítő szabályok alkalmazásának elkerülését a jogalkotó az Eütv. 244. § (2) bekezdésének ismételt - 2014. március 15-ei hatállyal érvényesülő – módosításával oldotta meg. A korábbi bírói ítélezési gyakorlatnak megfelelő status quo biztosítása érdekében kimondta, hogy „Az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggésben keletkezett kárigényekre, illetve a személyiségi jogsértések esetén követelhető igényekre a Ptk.-nak a szerződésen kívül okozott kárért való felelősségre, valamint a személyiségi jogok megsértésének szankcióira vonatkozó szabályait kell megfelelően alkalmazni.” Tehát az egészségügyi szolgáltató beteget megkárosító magatartása jellemzően továbbra is egy már érvényesen létrejött konkrét kezelési szerződésben vállalt kötelezettség megszegését jelenti, azonban – többek között – a kimentésre nem a szerződésszegéssel okozott kár objektívizált felelősségi szabályai lesznek az irányadóak, hanem a szerződésen kívüli károkozás korábban is érvényesülő exculpációs, felróhatóságon alapuló rendelkezései.

Tekintettel arra, hogy az orvos, illetve az egészségügyi szolgáltató felelősségének fontos aspektusát jelentik a személyiségi jogok megsértéséből adódó sérelemdíj-igények, ezért kiemelten vizsgáltam a sérelemdíj dogmatikai és gyakorlati aspektusait, aminek eredményeit egy újabb tanulmányban¹⁵ publikáltam.

¹² Lásd részletesebben: Barzó Tímea: Polgári jogi felelősség az egészségügyben, In: *CIVILISZTIKA II. Dologi jog, Felelősségtan* (szerk. Barzó Tímea – Papp Tekla), Budapest, Dialóg Campus, 2019, 446. o.

¹³ Egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról szóló 2009. évi CLIV. törvény 58. §

¹⁴ BDT2008. 1755.

¹⁵ Barzó Tímea: *A sérelemdíjról a jogtudós, alkotmánybíró, bíró és polihistor szemüvegén át*, In: *Lábady Tamás Emlékkönyv* (szerk. Koltay András-Landi Balázs-Menyhárd Attila), Budapest, Wolters Kluwer, 2019, 133-147. o.

A sérelemdíj sokszor elődjeként számon tartott jogintézmény, a nem vagyoni kártérítés számos dogmatikai ellentmondással bír, amelyet a bírói gyakorlat sem tudott feloldani. Az ítélezés ellentmondásossága Lábady Tamás szerint abból fakadt, hogy a jogszabályi rendelkezéseket követve a bíróságok *kártérítésben gondolkodtak*, ahol a kár eleve vagyoni, pénzben kifejezett és jellemzően összegszerűen is meghatározható vagyoni hátrány. Így a bíróságok folyamatosan beleütköztek a személyiségi jogsérelem és a magánjogi kárfogalom diszkrepanciájába. A nem vagyoni sérelmek ugyanis vagyoni mércével *megmérhetetlenek*, következképpen kiegyenlíthetetlenek. „A nem vagyoni kártérítés legfeljebb a vagyoni kártérítés fikciós esete, amelyben a sérelmet orvosolni hivatott kártérítés valójában inadekvát.”¹⁶ A nem vagyoni kár fogalmat körülvevő jogbizonytalanság mellett nem volt esélye az immateriális sérelem helyreállítására irányuló törekvéseknek. A teljes reparáció elvét követő kártérítési jogba tehát a nem vagyoni kártérítés nehezen volt beilleszthető, ami ahhoz vezetett, hogy a nem vagyoni kártérítés *reparációs funkciója helyett annak kompenzációs funkciója került előtérbe*.¹⁷

A dogmatikai és gyakorlati ellentmondások kiküszöbölése érdekében a 2013-as Ptk. az intézményt döntő részben kiemelte a kötelmi jog köréből, és a személyiségi jogsértések pénzbeli elégtétellel való szankcionálását a II. könyvben, a személyiségi jogok megsértésének jogkövetkezményei között helyezte el. A sérelemdíj dogmatikai alapját jelöli ki a normaszöveg akkor, amikor kimondja, hogy a személyiség bármely *dimenziójának* megsértésével okozott következmények pénzbeli ellensúlyozása nem kártérítés.¹⁸

A kapcsolódó tanulmányban részletesen vizsgáltam a sérelemdíj jogi természetét, jellemzőit, valamint a szabályozásból és gyakorlatból eredő anomáliákat egyaránt.

4. Az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelőssége és a felelősségbiztosítás specifikumai

Külön kiemelt figyelmet szenteltem a betegnek okozott kár telepítésének egyik speciális esetkörének, a biztosító helytállási kötelezettségének kutatására. Ennek keretében elemzés tárgyát képezte az egészségügyi felelősségbiztosítási szerződésre vonatkozó szabályozás fejlődési tendenciáinak vizsgálata, valamint a korábbi joggyakorlat hatásainak feltérképezése, illetve a hatályos jogi környezet teoretikus és praktikus aspektusainak feltárása.

Az egészségügyi szolgáltatók felelősségbiztosítása a *rendszerváltás óta* jutott jelentőséghez hazánkban. Az 1990. január 1-től hatályos jogszabályi rendelkezések ugyanis bármilyen egyéni vagy társas vállalkozó számára megengedték az egészségügyi szolgáltató (magán)tevékenység végzését, illetve egészségügyi intézmény létesítését vagy fenntartását, ha teljesítette a jogszabályban meghatározott személyi és tárgyi feltételeket. Ezek közé tartozott az egészségügyi tevékenysége során okozott kár megtérítésére vonatkozó felelősségbiztosítási szerződés megkötése.¹⁹ Annak ellenére, hogy az államilag finanszírozott egészségügyi közellátást nyújtó szolgáltatók tekintetében még nem volt kötelező erejű a felelősségbiztosítás megletése, 1992-re szinte minden intézmény rendelkezett ilyen szerződéssel. Ebben az időszakban még a felelősségbiztosítók is lehetséges piacot láttak a

¹⁶ Lábady Tamás: Sérelemdíj versus nem vagyoni kártérítés, *Állam- és Jogtudomány*, 1 (2016) 41.o.

¹⁷ Lábady Tamás: A nem vagyoni kártérítés metamorfózisa sérelemdíjja. A bírói gyakorlat kezdeti dilemmái. *Polgári Jog*, 2. sz. [4] pont.

¹⁸ Lábady: *Sérelemdíj versus nem vagyoni kártérítés* 42.o.

¹⁹ 113/1989. (XI.15.) MT rendelet az egészségügyi és szociális vállalkozásról 2. § (1) bek., 5. §, valamint a 30/1989. (XI.15.) SZEM rendelet az orvosi, a klinikai szakpszichológusi, illetve az egyéb egészségügyi és szociális tevékenység gyakorlásáról 2. §

szakmai felelősségbiztosítás palettáján, és változatos szerződési feltételekkel nyújtották szolgáltatásukat a kórházaknak és szakrendelőknek. Elmondható, hogy ebben az időszakban megvalósult az állam, a betegek és hozzátartozóik (felperesek), az egészségügyi szolgáltatók (alperesek) és a biztosítók érdekazonossága, érdekegysége, amit a peren kívüli egyezségek nagy száma is igazolt. Ez az ideális helyzet azonban sajnos igen rövid ideig tartott.²⁰

Az 1998. július hó 1. napján hatályba lépett Egészségügyi Törvény terjesztette ki a felelősségbiztosítás megkötésének kötelezettségét *valamennyi egészségügyi szolgáltatóra* azzal, hogy az egészségügyi szolgáltatás nyújtására vonatkozó működési engedély kiadását – többek között – az egészségügyi szolgáltatás során okozott kár megtérítésére vonatkozó *felelősségbiztosítás meglétéhez kötötte*.²¹

Bár az 1959-es Polgári Törvénykönyv²² meghatározta a felelősségbiztosítás fogalmát, azonban a jogszabályok semmilyen részletkérdésről nem rendelkeztek annak ellenére, hogy az Eütv. már akkor felhatalmazta a kormányt egy egészségügyi szakmai felelősségbiztosításról szóló végrehajtási rendelet megalkotására.²³ A jogszabályi rendelkezés hiányában így a gyakorlat és a biztosítók alakították a szakmai felelősségbiztosítás tartalmát és az általános szerződési feltételeket az egészségügyben.

Bár a jogszabályi felhatalmazás már 1997 óta (több mint 20 éve!) szerepel az Eütv.-ben, a mai napig nem született meg az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosításának minimumfeltételeiről szóló rendelet.²⁴ Ennek következtében ezen a területen nincs egy egységes sillabusz, ami meghatározná azokat a minimumkövetelményeket, szempontokat és ajánlásokat, amelyeket valamennyi egészségügyi szakmai felelősségbiztosítási feltételrendszernek tartalmaznia kellene. Így ezeket a biztosítási feltételeket kizárólag a biztosítók érdekviszonyai és ennek mentén kialakított üzletpolitikája alakítja, ami az egészségügyi intézmények szempontjait és lehetőségeit teljes mértékben figyelmen kívül hagyja.

A kialakult helyzetben az egészségügy területén működő szakmai felelősségbiztosítás sajnos a mai napig nem tudja betölteni a feladatát és funkcióját, nem tudja megteremteni az érintettek érdekösszhangját. Az elsődlegesen nyereségérdekeltséggel működő *biztosítóknak* nem érdeke átvállalni az egészségügyi szolgáltatók minden tekintetben szélesedő felelősségét, ezért önként semmilyen kockázatot, többletvállalást nem építenek bele a különböző szerződéses konstrukciókba, sokszor még magasabb biztosítási díj ellenében sem. A *biztosított egészségügyi szolgáltatóknak* pedig jogos elvárásuk lenne, hogy a felelősségbiztosítás tényleges biztosítás legyen, azaz széles területen és a kártérítések (sérelemdíjak) tekintélyesebb részéig álljanak helyt a biztosítók, és ne az egészségügyi szolgáltatók amúgy is rendkívül szerény költségvetését terhelje a megítélt összegek jóval nagyobb, jelentősebb eleme. Végül nem szabad megfélemlíteni a *károsultakról* sem, akik értelemszerűen minél előbb és minél biztosabban szeretnének hozzájutni a megítélt kártérítési és sérelemdíjas összeghez a mindig jobb anyagi helyzetben lévő biztosítótól, mint

²⁰ Simon Tamás: Szakmai felelősségbiztosítás az állam, az egészségügyi szolgáltatók, a betegek és a biztosítók szemszögéből, avagy érdekazonosságok az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségének elbírálása során. Simon Tamás előadása, mely a „Nagy lépések az egészségügyben” címmel meghirdetett szakmai konferencián hangzott el Budapesten, 2004. november 14-én. <http://www.384ugyvediroda.hu/images/pdf/allam.pdf> (letöltés ideje: 2020. 07. 24.)

²¹ Eütv. 108. § (1) és (2) bekezdések

²² A felelősségbiztosítási szerződés alapján a biztosított követelheti, hogy a biztosító a szerződésben megállapított mértékben mentesítse őt olyan kár megtérítése alól, amelyekért jogszabály szerint felelős. 1959. évi IV. törvény a Polgári Törvénykönyvről 559. § (1) bek.

²³ Eütv. 247. § (1) bekezdés f) pontja a kormány hatáskörébe utalja a szakmai felelősségbiztosításra vonatkozó részletes szabályok kidolgozását, ami mind a mai napig nem történt meg.

²⁴ 2002 óta a mindenkori kormány van felhatalmazva a részletszabályok megalkotására (Eütv. 247. § (1) bekezdés f) pont)

az egészségügyi szolgáltatótól. Erre azonban – tekintettel a biztosító által egyre szélesebb körben meghatározott és a biztosító mentesülését eredményező súlyos gondatlansági esetekre – egyre kevesebb az esély.²⁵

Az ezzel összefüggő részletes kutatási eredményeimet szintén egy önálló tanulmány formájában foglaltam össze.²⁶ A válságban lévő egészségügyi szakmai felelősségbiztosítás kezelésére több megoldási javaslatot tettem, melyek közül kiemelhető, hogy a jelenlegi helyzetben csak valamilyen szintű állami beavatkozás segíthet. Felmerült a megoldási lehetőségek között az egészségügyi szolgáltatók által kifizethető kártérítések limitálása (maximalizálása), az egészségügyi szakmai felelősségbiztosítás hatékonyabb szervezeti kereteinek megteremtése (pl. állami költségvetési alap vagy non-profit biztosító egyesület létrehozása).

5. Összegzés

Összegzésként elmondható, hogy az EFOP-3.6.2-16-2017-00007 azonosító számú, „Az intelligens, fenntartható és inkluzív társadalom fejlesztésének aspektusai: társadalmi, technológiai, innovációs hálózatok a foglalkoztatásban és a digitális gazdaságban” című projekt támogatása sokat jelentett az egészségügyben megjelenő szerződéses kapcsolatok és felelősségi viszonyok körében végzett kutatásaim elmélyítésében, melyet a három önállóan megjelent tanulmányom is bizonyít. Elmondható továbbá az is, hogy a projekt támogatásával végzett kutatásaim nagyban hozzájárultak a 2018/2019-ben lefolytatott habilitációs eljárásom szakmai sikeréhez. Ezúton szeretném köszönetemet kifejezni a projekt vezetése felé, hogy bizalmat szavaztak és támogatták kutatási témámat és törekvéseimet.

²⁵ Simon Tamás: Felelősségbiztosítás az egészségügyben. Ne hagyjuk magára az orvost. *Lege Artis Medicinæ*, 12 (2002), 3-4.o.

²⁶ Barzó Tímea: Az egészségügyi szakmai felelősségbiztosítás buktatói. In: *Biztosítás több szempontból. Ünnepi kötet Újváriné dr. Antal Edit c. egyetemi docens 65. születésnapja tiszteletére* (Szerk. Barta Judit), Budapest-Miskolc, 2019, Novotni Alapítvány – Patrocinium, 193-209.o.