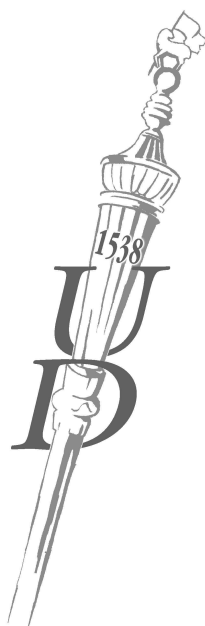


Egyetemi doktori (PhD) értekezés tézisei

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

dr. Zákány Judit

Témavezető: Prof. Dr. Csécsy György, CSc egyetemi tanár



DEBRECENI EGYETEM
Marton Géza Állam- és Jogtudományi Doktori Iskola

Debrecen, 2014

I. A DOKTORI ÉRTEKEZÉS ELŐZMÉNYEI ÉS CÉLKITŰZÉSEI

Napjainkban az egészségügyi ellátás minősége és az ellátás során bekövetkező káresemények mind hazánkban, mind külföldön egyre inkább az érdeklődés középpontjába kerülnek. Az egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatban is az állampolgárok egyre tudatosabb fogyasztói magatartásának lehetünk tanúi. Az egészségügyi ellátás szolgáltató jellege előtérbe kerül, a korábban tekintélyelvű orvos-beteg viszony egyenrangú partneri viszonyra változott. Ennek következtében a szolgáltatás minősége is gyakrabban kérdőjeleződik meg, csökken a toleranciaszint a nem megfelelő vagy nem megfelelőnek ítélt szolgáltatások tekintetében. A sikertelenségek, melyek egy jelentős részben a gyógyítás objektív korlátaiból, a természettudományos bizonytalanságból, illetve a komplex tevékenységi rendszerből eredő hibákból adódnak, szintén konfliktusforrást jelentenek. Az orvostudomány robbanásszerű fejlődése a gyógyulni vágyók számára korábban szinte elképzelhetetlen perspektívákat, reményeket nyújt. Ugyanakkor a tudományos eredmények által elérhető és a társadalombiztosítási rendszer által finanszírozható, a hétköznapi gyógyításban megengedhető lehetőségek között egyre szélesedő szakadék tátong, mely szintén feszültséget eredményez.

A fent ismertetett jelenségek alátámasztják az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggésben felmerülő konfliktushelyzetekkel, káreseményekkel kapcsolatos, több jogterületet érintő, komplex kutatómunka aktualitását. Dolgozatomban azok az esetek állnak a középpontban, melyekben az egészségügyi ellátást végzők és a betegek, hozzátartozóik különböző szintű konfliktusai merülnek fel. Célkitűzésem az volt, hogy mindkét fő érintett szemszögéből vizsgáljam a kérdéskört, feltérképezzem az esetleges problémákat. A betegek oldaláról közelítve a témához a sérelmek, káresemények esetén igénybe vehető kompenzációs és konfliktuskezelési lehetőségek kerültek vizsgálatom középpontjába. Az egészségügyi szolgáltatók oldaláról szemlélve a problémakört pedig, a felelősségi kérdések és a felelősségi viszonyrendszer képezte vizsgálatom tárgyát.

A vizsgálat tárgyává tett kérdéseket, arányokat 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. Dolgozatomban mindvégig meghatározó a problémaorientált, kritikai megközelítés, mivel céлом az ellentmondások, működési anomáliák és rendszerszintű problémák feltárása, ezekkel kapcsolatban észrevételek, következtetések és megoldási javaslatok megfogalmazása a nemzetközi példák és a történeti alapok nyújtotta tanulságokat is beépítve.

A disszertáció előzményét egy szűkebb területen, egészségügyi szolgáltatók kötelező szakmai felelősségbiztosításával kapcsolatban folytatott kutatómunka jelentette. E jogintézménnyel összefüggésben tapasztalt működési problémák indították a kutatási téma kiszélesítésére, a kapcsolódó területek problémaközpontú vizsgálatára. Dolgozatom a bevezető gondolatok és a következtetéseket, javaslatokat összegző záró fejezet mellett 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.

Disszertációm első nagy egységét az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggő komplex felelősségi rendszer vizsgálata képezi, a legnagyobb hangsúlyt a polgári jogi kártérítési felelősség kérdéskörére helyezve. 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 az egyik kiindulópontot a polgári jogi felelősség dogmatikai alapjainak és az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségével kapcsolatos történeti fejlődésnek az áttekintése jelenti. Emellett 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 felvázolását 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.

Dolgozotomban 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.

Munkám 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 összefüggő 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 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 magyar szabályozás kapcsán is az alternatív jogvédelmi lehetőségeket 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 céloom az volt, 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 tettem az egészségügyi közvetítői eljárást és békéltető testületi eljárást, melyeket az alternatív kompenzációs utak csoportjába helyezek. Emellett az alternatív konfliktuskezelési lehetőségek kategóriájában foglalkoztam a betegjogi képviselői rendszerrel, az 1997. évi CLIV. törvény (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 vizsgáltam és értékeltem 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. A hazai problémákkal kapcsolatos megalapozott állásfoglalás feltétele egy széles nemzetközi látókör kiépítése a témakörben. A 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 keletkező károk kompenzálásával összefüggő megoldások széles tárháza tárul eléink 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 kutatómunka, a személyes interjú módszere 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. AZ ÉRTEKEZÉS TUDOMÁNYOS EREDMÉNYEI

Dolgozatomban vizsgálat tárgyává tettem az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggő felelősségi viszonyrendszer, illetve a jogvédelmi lehetőségek, hazai és néhány nemzetközi vonatkozását. Munkám eredményeit a disszertáció két nagy hazai viszonyokkal kapcsolatos szerkezeti egységének logikája szerint rendszerezem, a külföldi kitekintés tanulságait is szervesen beépítve.

1. FELELŐSSÉGI VISZONYOK AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK TERÜLETÉN

1.1. Alapvető következtetések az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségével kapcsolatban

1. Az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségével összefüggésben a legjelentősebb változásoknak a rendszerváltástól napjainkig terjedő időszakban lehetünk tanúi. Ezt megelőzően alig merült föl igény az orvosi tevékenység felülbírálására vonatkozóan, napjainkban viszont egyre gyakrabban kérdőjeleződik meg az egészségügyi szolgáltatások minősége. A rendszerváltást követően alakult ki e speciális terület bírói gyakorlata, mely maga után vonta 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 a biztosítótársaságok ágazati veszteségeinek megjelenése, az egészségügyi szakmai felelősségbiztosítás máig tartó válsága tört derékba. Ebben az időszokban a betegek pernyertességi aránya a jelenlegihez képest teljesen más volt, a kereset elutasítása volt jellemző, mivel a felperesi oldalon jelentkező kiszolgáltatottságot kezdetben a bírói gyakorlat és a jogszabályi környezet sem törekedett ellensúlyozni.

2. E speciális terület bírói gyakorlata az utóbbi 10 évben jelentősen megváltozott. A változások katalizátora az Eütv. hatályba lépése, 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 képviselőire szakosodott ügyvédi irodák megjelenése is. A legnagyobb változások az okozati összefüggés megítélésével és a felróhatóság alóli kimentés követelményével kapcsolatban következtek be. A változások e felelősségi előfeltételek bírói gyakorlat általi megítélésének, tartalmának megváltozásában, illetve a bizonyítási kötelezettségekkel kapcsolatos változásokban ragadhatók meg. A folyamat része, hogy a felperesi oldal bizonyítási kötelezettségei az okozati összefüggés körében kedvezőbbé váltak egy minimális okozatossági tendencia jelentkezésével. 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. Az eljárás kimenetelét döntően befolyásolja, hogy az okozati összefüggés körében jelentkező bizonytalanságot melyik fél terhére értékeli a bíróság. Korábban jellemzően a beteg terhére értékelték, jelenleg viszont leszűkült az okozati összefüggés körében bizonyításra szoruló tények köre. Ha a beteg igazolni tudja, hogy a kára a kezelés során vagy azt követően következett be, vélelmezik az okozati összefüggés fennállását. A bizonytalansági tényezőkkel pedig az alperesi oldalnak kell számolnia a felelősség alóli kimentés körében. Ennek következtében az

egészségügyi szolgáltatók felelősség alóli mentesülésének lehetőségei szigorúbbá váltak, az objektív felelősség irányába mozdult el a felelősség, több esetben a szakmai szabályszegés hiánya sem mentesíti a szolgáltatót. Kimentés 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. A Kúria hivatalos álláspontja szerint a kártérítési összegek mértéktartó emelkedést mutatnak.

3. Az Eütv. tájékoztatással kapcsolatos, egyéniesített formában megadott teljes körű tájékoztatásra vonatkozó kívánalma túlzottan szigorú, több szempontból sem megfelelő. A két törvényi feltétel ellentmondásban áll, a tájékoztatás egyéniesített formája sok esetben kizárja a teljes körűséget. A teljes körűség kívánalma nincs összhangban továbbá az orvosi etikai kódex tájékoztatással összefüggő követelményeivel, egy ponton túl a beteg érdekeit sem szolgálja és a bírói gyakorlat sem a jogszabály szoros nyelvtani értelmezésének megfelelően ítéli meg a tájékoztatással kapcsolatos hiányosságokat. Sokkal inkább a tájékoztatás egyéniesítése lenne fontos a mindennapi gyakorlatban.

4. Az egészségügyi szolgáltatók többsége nincs felkészülve a kártérítési felelősséget érintő megváltozott helyzetre. Az orvosok egyetemi képzéséből általánosan hiányzik a felelősséggel kapcsolatos ismeretek oktatása és az sem gyakori, hogy a praktizáló orvosok ismerjék a felelősségükkel kapcsolatos kérdéseket, illetve a bíróságokon megjelenő elvárásokat. Így gyakoriak a kommunikációs hibák, tájékoztatással kapcsolatos problémák, a megfelelő, felelősség alóli mentesüléshez szükséges dokumentáció hiánya.

5. A kártérítési összegek finanszírozásával is problémák vannak, a kötelező szakmai felelősségbiztosítás kiüresedése miatt döntően az egészségügyi szolgáltatók működésre szánt költségvetéséből fedezik őket. 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 érdekazonosságot a szolgáltatók és a biztosítótársaságok között. 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 a szolgáltatókra, a kártérítési összegek finanszírozása pedig nem megoldott.

6. Bár az új Polgári Törvénykönyv már hatályba lépett, még pontosan nem ismerjük, hogy a szabályozásbeli változások elmozdítják-e, és ha igen milyen irányba az egészségügyi

szolgáltatók kártérítési felelősségének gyakorlatát. A jogalkotó üdvözlendő módon felismerte, hogy az egészségügyi szolgáltatók felelősségére nem megfelelő az üzleti szerződések által inspirált, szerződésszegéssel okozott károk megtérítésére vonatkozó szigorúbb felelősségi forma. Az Eütv. 244. §-ának szabályát megváltoztatva, már nem a Ptk. kontraktuális felelősségi szabályaira, hanem a szerződésen kívüli károkozásért való felelősség szabályaira utal. Ugyanakkor kiemelendő, hogy az Eütv. 244. §-ának korábbi utaló szabálya volt az, amely eldöntötte a jogtudomány és a joggyakorlat között fennálló, az egészségügyi szolgáltató és a beteg közötti jogviszony minősítésével kapcsolatos vitát 2010-ben. E kétségkívül szükséges megoldás jogtechnikai megvalósítása tehát kérdéseket vet föl. A módosítás következtében nem maradt olyan jogszabályi rendelkezés, mely egyértelműen kimondaná, hogy az egészségügyi szolgáltató és a beteg szerződéses kapcsolatban állnak. 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 hozhat 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, megszorodhatnak a kárigények. Ennek megoldása a jogalkalmazás reakciójától függ. Akár az egészségügyi szolgáltatók számára pozitív változást is hozhat e jogintézmény, a bírói gyakorlattól függően akár csökkenhetnek is az összegek a korábbi nem vagyoni kártérítésekhez képest. A 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.

Nagy 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. Újdonság a biztosítási eseménnyel kapcsolatos bejelentési kötelezettség kiszélesítése és már azon körülmények bejelentésének a kötelezővé tétele, melyek későbbi kárigény érvényesítéshez adhatnak alapot.

1.2. Főbb javaslatok az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségét érintően

1. Az egészségügyi szolgáltatók polgári jogi felelősségével összefüggésben az egyik kulcskérdés, hogy megelőzhető legyen a felelősség határainak további szélesedése. 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 intézményi költségvetésből kerüljön sor ezek kifizetésére.

2. A felvetett 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 megfelelő, 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 hárítani minden bizonytalansági tényezőt. Természetesen nem olyan irányú változásra van szükség, mely alapján például egy dokumentációs hiányosságot a szolgáltató előnyére fordíthat és bizonyíték hiányában mentesülhet 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 dolgozat vonatkozó fejezetében kifejtett gondolatokra, bizonyos esetekben indokolt lenne, ha a károsult olyan arányban részesülne kompenzációban, amilyen arányban valószínűsíthető, hogy a kárt a felróható kötelezettségszegés okozta.¹

3. Mint ahogyan a jogalkotó az egészségügyi ellátásban résztvevőktől elvárható gondosság követelményét érintően is felismerte annak túlzottan szigorú voltát, és a legnagyobb szó hatályon kívül helyezésével módosította az elvárhatóság zsinórmértékét, úgy indokolt a tájékoztatási kötelezettségre vonatkozó szabályozás változtatása is. A külföldi példák tanulmányozása során is találkoztam 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

¹ 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.

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.”

4. 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 dokumentációk, tájékoztatói 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.

5. 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 ezeket a károsultakat, ugyanakkor, ha ezeket

az igényeket a hagyományos felelősségi rendszerben kompenzálnák, az a szolgáltatók felelősségének 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. A védelmi rendszer egyik eleme egy felosztó kirovó rendszerben működő, önkéntes tagságú kockázati közösség, melyhez valamennyi állami egészségügyi intézmény csatlakozott. Az alap rendeltetése, hogy fedezetet nyújtson 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.

1.3. A no fault modell tanulságai: az optimális kompenzációs modell ismérvei

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. Bár a modell a felróhatóság vizsgálatának mellőzésére, azaz objektív felelősségre épül, mégsem azonosítható 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, mely 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.

1) Fontos, 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 viselendőek. A peres rendszerben sokkal kevesebben tudnak igényt érvényesíteni, sokan nem engedhetik meg a költséges eljárás felvállalását vagy nem kívánnak éveket tartó jogvitába bonyolódni.

2) Ugyanakkor a széles körben nyújtott kompenzációt olyan módon kell elérnünk, hogy:

A) az 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. Másrészt az alacsonyabb eljárási költségek miatt a kompenzációs összegek nagyobb hányada marad a károsultnál.

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 vagy az intézményt egy igényérvényesítés kapcsán. Emiatt a problémák felderítése ellen ható érdekek sem jelennek 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 eljárás külön erre a célra felállított adminisztratív testületek előtt zajlik, 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.

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, az egészségügyi ellátórendszer alapvető problémáinak megoldása. Nem lenne megfelelő, ha a jelenlegi helyzetben automatikusan kompenzációt biztosítanánk a sérelmet szenvedetteknek, mert ezzel konzerválnánk a fennálló problémákat. 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.

1.4. Az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggő további felelősségi formák

Megállapítható hogy az utóbbi néhány évben bekövetkezett jogszabályi változások miatt jelentősen változtak az eljárások, emiatt az új szabályok vizsgálata aktuális. Az etikai, munkajogi és a büntetőjogi felelősségről is elmondható, hogy a kártérítési felelősséghez viszonyítva sokkal ritkábban kerülnek alkalmazásra ezek a felelősségi formák. Ezzel nagy részben egyetértek, mivel ezek a felelősségi formák, szemben a polgári jogi felelősséggel, közvetlenül érintik az egészségügyi dolgozókat, személyes helytállási kötelezettséget teremtve.

1. Az etikai felelősségre vonás nemcsak hivatalból kezdeményezhető, hanem egyéni panasz alapján is, éppen ezért besorolhatónak tartom az alternatív konfliktuskezelési eszközök közé is az eljárást. A szabályok 2011-ben, a kötelező Magyar Orvosi Kamarai (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.

2. Egészségügyi tevékenység végzése sokféle jogviszony keretében lehetséges. Arra, hogy valamennyi tevékenységvégzési lehetőség felelősségi vonatkozásaival foglalkozzam nem volt

lehetőségem, ezért az elemzést a leggyakoribb foglalkoztatási formával, a közalkalmazotti jogviszonnyal kapcsolatos (és a szoros kötődés miatt a munkajogi) szabályokra korlátoztam. Megállapítható, hogy a 2012. évi I. törvény (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 2003. évi LXXXIV. törvény (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.”

3. Az orvosi tevékenység büntetőjogi szabályozása tekintetében megállapítható, hogy a 2012. évi C. törvény (Btk.) hatályba lépése nem hozott számottevő változásokat. A foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés tényállásának korábbi jogszabálysövegében a „foglalkozása szabályainak” megszegésével történő veszélyeztetés állt, míg az új jogszabályban a „foglalkozási szabály” megszegésével történő veszélyeztetés jelenik meg. A korábbi 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 alannyá 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 forma továbbra is.

2. ALTERNATÍV KOMPENZÁCIÓS ÉS KONFLIKTUSKEZELÉSI LEHETŐSÉGEK AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK TERÜLETÉN

2.1. Az alternatív jogvédelmi lehetőségek működését érintő megállapítások és javaslatok

1. Az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggő konfliktusok, sérelmek, káresemények esetén igénybe vehető jogvédelmi lehetőségekkel 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 nehezen áttekinthető rendszert alkotnak, sok esetben nem kellően ismertek a lehetőségek. Szükség lenne a racionalizálásra, a lehetőségek integrálására a rendszer áttekinthetőségének növelése érdekében.

A másik problémára 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.

2. A jogalkotó a betegjogi képviselői rendszert azzal a céllal hozta létre, hogy a páciensek tájékoztatást kapjanak az Eütv.-ben megfogalmazott jogaikkal, segítséget a jogok érvényesítésével kapcsolatban, az egészségügyi dolgozók is megfelelő, aktuális ismeretekkel rendelkezzenek a betegjogok területén, illetve egyfajta működési, minőségkontroll szerep is megjelenik a képviselők észrevételezési joga által. A betegjogi képviselői rendszer hatékonyabb működése ellen ható probléma az alacsony képviselői létszám. 2000-ben 52-en kezdték meg tevékenységüket, akiket önkéntes képviselők is segítettek, jelenleg 25 betegjogi képviselő van. Bár foglalkoztatásukat átvette az Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ (OBDK), mely célul tűzte ki és meg is valósította a foglalkoztatási forma egységesítését és főállású munkavállalóként történő alkalmazásukat, a jelenlegi létszámuk véleményem szerint nem elegendő a jogszabályban meghatározott komplex feladatok megvalósításához. Tevékenységük hatékonyabbá tétele érdekében szükségesnek tartom a létszámuk 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. Nem kívánatos változás, hogy jelenleg csak a 100 ágyasnál nagyobb kapacitású fekvőbeteg ellátást nyújtó intézményekben kötelező, hogy fogadóórát tartsanak betegjogi képviselők. Ezek alapján javaslom 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.” Problémaként

jelenik meg, hogy a jogkeresők előtt gyakran nem ismert a betegjogi képviselők függetlenségének követelménye, ami esetenként csökkenti a bizalmat tevékenységükkel kapcsolatban. Fogadóórájukat az egészségügyi intézményekben tartják, elérhetőségük is ott található meg, és nincs kellőképpen hangsúlyozva, hogy nem a kórház alkalmazottai, így ezzel kapcsolatban is szükség lenne tájékoztatásra.

3. 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 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, túlzottan széles diszkrecionális jogkört engedő szabályzatokkal találkoztam. 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.

Nem megfelelő, hogy nem minden intézmény teszi lehetővé e szabályzatokhoz való közvetlen hozzáférést. A panaszjog gyakorlásához elengedhetetlen, hogy a panasztétel formáját, a panasz címzettjét, a határidőket, jogorvoslati lehetőségeket érintő információk automatikusan elérhetőek legyenek. Javaslom, hogy az intézmények számára legyen kötelező a panaszkezelési szabályzatuk közvetlen hozzáférhetővé tétele, - amennyiben rendelkeznek ilyennel – a honlapjukon, továbbá a betegjogi képviselő elérhetőségeihez kapcsoltan az intézményben kihelyezve. Több intézményi panaszkezelési szabályzat is átveszi az egészségügyi államigazgatási szervhez intézett panaszra jogszabály által meghatározott 6 hónapos szubjektív és 1 éves objektív határidőt. Így aránytalanul kevés a helyi panasztételre rendelkezésre álló idő a per kezdeményezésére nyitva álló 5 éves általános elévülési időhöz képest. Indokoltnak tartom a

panasz benyújtására rendelkezésre álló objektív határidő egységes meghatározását, legalább 3 évre emelését.

Megállapítható, hogy 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 indokolás 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. Amennyiben lehetővé válna, hogy a jelenleginél több esetben nyújtson megnyugtató választ és jogorvoslatot a beteg számára ez a lehetőség, hosszabb távon tompíthatók lennének a gyakran túlzó, inadekvát társadalmi és jogi reakciók is.

4. 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 2013. évi CLXV. törvényben (Panasztörvény) 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.

Ugyanakkor az ÁNTSZ az egészségügyi szolgáltatások szakmai felügyeletével kapcsolatban jogosult hivatalból is eljárást kezdeményezni. Ilyenkor a 2004. évi CXL. törvény (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. Az egészségügyi államigazgatási szervhez intézett panasz lehetősége 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 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 vizsgáldni, bírságot. 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.

5. Az egészségügyi ellátással összefüggésben elszenvedett jogsérelem esetén a beteg panasszal fordulhat az Alapvető Jogok Biztosának Hivatalához 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 adták arra, hogy több panasszal foglalkozzanak e tárgyban.

A külföldi 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 üggyöntő, 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. 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 tárgyban.

6. 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.

Ennek oka a betegek oldaláról egyrészt az információhiányban keresendő, nem kellően ismert, nincs megfelelő bizalom az eljárás iránt. Nem megfelelő továbbá az egészségügyi szolgáltatók felelősséget hárító magatartása, a hibák elismerése, feltárása ellen ható érdeke. 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. 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 javaslom, hogy a betegek számára ingyenesen vagy jelképes összegért elérhető legyen az igénybe vétele. 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 egyezéseket. 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. Azt, hogy ez a rendelkezés milyen mértékben eredményez majd változásokat, alapvetően meghatározza a nyilvánvalóan megalapozott követelés fogalmának értelmezése.

7. A fentiekén túl az egészségügyi közvetítés sikeressége ellen hatnak bizonyos eljárási szabályok is, így ezek korrekciója is szükséges. Az eljárási rend több ponton módosítható lenne a békéltető testületi vitarendezés szabályai szerint, mely növelhetné a közvetítói eljárás hatékonyságát, ezáltal e jogvédelmi út népszerűségét. Figyelemre méltó előnye a békéltető testületek eljárásának az egészségügyi közvetítói 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 (Köztvtv.) 1. §-át következők szerint javaslom módosítani: „A közvetítói 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.

Javaslom az eljárás kezdeményezését érintő békéltető testületi szabály átvételét annak érdekében, hogy ha a beteg a közvetítói tanácshoz fordul, a szolgáltató automatikusan köteles legyen közreműködni, ne legyen lehetősége elutasítani az eljárást. Így szükséges a Köztvtv. 3. § (1) bekezdés 2. fordulatának² hatályon kívül helyezése.

8. A békéltető testületek egészségügyi szolgáltatásokat érintő eljárásával kapcsolatban probléma, hogy bár 2004 óta igénybe vehető a lehetőség ezekre a jogvitákra vonatkozóan is, egyáltalán nem közzismert 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 békéltető testületi vitarendezés ellen hat, hogy egészségügyi szolgáltatásokat érintő jogvitákra is a fogyasztóvédelmi törvényben lefektetett általános eljárási szabályok vonatkoznak, melyek nem teszik lehetővé ezen jogviták speciális jellemzőinek figyelembe vételét. Anélkül, hogy a pénzügyi fogyasztói jogvitákhoz hasonlóan sor kerülne az egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatos jogviták privilegizálására is, nem válhat elterjedtté ezen a területen az eljárásuk. Teljesen speciális eljárási rend hiányában néhány egészségügyi jogvitákat érintő kivételes szabály is javíthatná a békéltető testületi vitarendezés eredményességét ezen a területen. Így 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 szolgáltatók által tett

² A másik fél a kérelem kézhezvételét követő 15 napon belül nyilatkozik arról, hogy hozzájárul-e a közvetítói eljárás lefolytatásához.

alávetési nyilatkozatok számát, amely pedig magával hozhatja a testületek tevékenységének preferálását a betegek által is, lévén, hogy kötelező erejű döntés születhetne peren kívül.

2.2. Az alternatív jogvédelmi lehetőségek rendszerét érintő javaslatok

Az alternatív kompenzációs és konfliktuskezelési lehetőségek népszerűségét, működési hatékonyságát nemcsak az eljárási szabályok változása, hanem a jogvédelmi lehetőségek rendszerének újragondolása, racionalizálása is előmozdítaná. E tekintetben alapvető elv, hogy a sérelmeket a legalacsonyabb alkalmas szinten kell kezelni. Ennek a rendezőelvnek 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.

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.

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 határfokkal 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. 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

Véleményem szerint 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 a fent említettek szerint.

Munkám eredményeként látható, hogy az egészségügyi szolgáltatások kapcsán meglévő felelősségi és a konfliktuskezelési rendszer szabályozásával és működésével kapcsolatosan számos probléma létezik. Kutatómunkám célja volt, hogy széleskörű nemzetközi kitekintés segítségével megoldási javaslatokat tegyek ezen problémák, anomáliák megszüntetésére, a rendszer jobbá tételére, a közelmúlt évtizedeiben megváltozott társadalmi-jogi környezethez történő adaptálása érdekében. Az egészségügyi ellátást végzők, és a betegek, hozzátartozók konfliktusait 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.”³

III. AZ ÉRTEKEZÉS TÉMÁJÁBAN SZÜLETETT PUBLIKÁCIÓK LISTÁJA

1. *Az intézményi panaszkezelés szerepe és problémái*

(Med et Jur, 2014, 5. évfolyam, 1. szám, 18-21.)

2. *A betegjogi képviselői rendszer és a betegpanaszok vizsgálata*

(Jura, 2013, 19. évfolyam, 2. szám, 215-225.)

3. *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.)

4. *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.)

5. *Felelősségbiztosítás mint a beteg és az intézmény védelmének garanciája?*

(Jogtudományi Közlöny, 2013, 68. évfolyam, 3. szám, 154-162.)

6. *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, Vol. 3./2012, No. 3., 37-41.)

7. *Az egészségügyi szolgáltatás során bekövetkező károk kompenzációjának lehetőségei Ausztriában*

(Magyar Jog, 2012, 59. évfolyam, 8. szám, 496-504.)

8. *Az egészségügyi ellátás során bekövetkező károk kompenzációjának lehetőségei Németországban*

(Debreceni Jogi Műhely, 2012, 9. évfolyam, 3. szám)

9. *Az orvosi tevékenység büntetőjogi szabályozásának vázlata különös tekintettel a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés tényállására*

(Debreceni Jogi Műhely, 2012, 9. évfolyam 2. szám)

³ Az osztrák PA rendszer mottója.

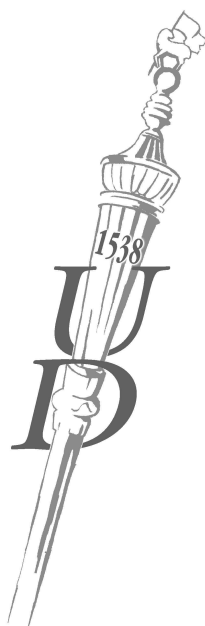
10. *Az egészségügyi ellátás során keletkező károkért való felelősség alapvető jellemzői Franciaországban*
(Glossa Iuridica, 2011, 2. évfolyam, 1. szám)
11. *Az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségének alapvonásai Angliában*
(In: P. Szabó Béla – Szemesi Sándor (szerk.): Profectus in litteris III. – Előadások a 8. debreceni állam-és jogtudományi doktorandusz konferencián, Lícium Art, Debrecen, 2011, 345-355.)
12. *Az egészségügyi szolgáltatók kárfelelőssége Németországban*
(In: Fónai Mihály – Szilágyi Emese: Studia Iuvenum, Dela Kft., Debrecen, 2011, 91-101.)
13. *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.)
14. *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.)
15. *A felróhatóságot nem vizsgáló felelősségi rendszer alapvonásainak bemutatása az új-zélandi szabályozás tükrében*
(Debreceni Jogi Műhely, 2009, 6. évfolyam, 3. szám)
16. *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, 25-28.)
17. *Az alternatív vitarendezés lehetőségei és korlátai az egészségügyi szolgáltatók és a betegek közötti konfliktusok tekintetében*
(Debreceni Jogi Műhely, 2008, 5. évfolyam 3. szám)
18. *Az egészségügyi szolgáltatók kötelező szakmai felelősségbiztosításának aktuális kérdéseiről*
(Debreceni Jogi Műhely, 2007, 4. évfolyam, 4. szám)

University Doctoral (PhD) Dissertation Abstract

LIABILITY RELATIONS AND POSSIBILITIES OF HANDLING CONFLICTS IN THE AREA OF HEALTHCARE SERVICES IN RELATION OF INTERNATIONAL COMPARISON

dr. Judit Zákány

Supervisor: Prof. Dr. György Csécsy CSc, Professor



UNIVERSITY OF DEBRECEN
Marton Géza Doctoral School of Legal Studies

Debrecen, 2014

I. ANTECEDENTS AND PURPOSES OF THE DISSERTATION

In our days the quality of healthcare services and the loss coming into being during the services are going to be more and more in the middle of the interest in Hungary, and abroad too. We can experience the more and more conscious attitude of the consumers/citizens in connection with healthcare services. The service character of healthcare services is coming into prominence, the doctor-patient relation which has been based upon authoritarianism has changed into a relation which is based upon equal partners. Therefore, the quality of services is often questioned, the level of tolerance is decreasing in connection with non-adequate services or services which are sentenced to be non-adequate. The unsuccessful events which partly are deriving from the objective limits of medical treatment, the uncertainty of natural science, and the faults deriving from the complex activity system, are sources of conflicts too. The explosive development of medical science is giving to sick people perspectives, hope, which hasn't been imagined before. At the same time, there is a distance between the possibilities which can be reached by the scientific results and the possibilities which can be financed by the social security system, can be used everyday medical treatment, and this distance results in tension.

The mentioned ones proves the actual character of a complex research which deals with conflicts in connection with healthcare services, losses and touches more fields of law. In the middle of my dissertation there are the cases in which different conflicts arise between healthcare service providers and the patients and their relatives. My purpose was to examine the task, to search for the possible problems, refer to both main parties. 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. Refer to healthcare service providers, the questions and relations in connection with liability are the tasks of my research.

From the very beginning, the ambition is defining the proportions that I want to examine the problems differ from the papers in connection with my research, to work for that my dissertation will have different view, connections, results compare to the earlier researches. In my dissertation there is problem-orientated, critical approximation permanently, because my purpose is to reveal the oppositions, functioning anomalies, and the problems in the system, to make observations, conclusions and suggestions to solve the mentioned ones, building in the witnesses arising from international examples and historical bases.

The precedent of my dissertation was a research in connection with the compulsory professional liability insurance of healthcare service providers, which research was a smaller area. The problems in connection with the function of this system have made me enlarge my original topic, and to do the research with concentrating the problems. My dissertation - beside the

introduction, an the final chapter which has the conclusions and the proposals – has three big structural parts. Beside the mentioned liability relations and possibilities of handling conflicts I deal with regulations of different countries (giving morals) in a chapter.

The first bigger part of my dissertation is the research of the complex liability system in connection with healthcare services, the biggest stress is on the civil law liability for damages. In the middle of this there are the rules of substantive law in connection with liability, supplementing with the actual problems which are in the legal proceedings and with the rules in connection with the burden of proof. In this topic one of the starting-points is reviewing of the dogmatic basis of civil law liability and the reviewing of historical development of liability for damages of healthcare service providers. Beside this, the civil law liability is determined fundamentally by the legal relation system between healthcare service providers and the patients, by the legal relation system between healthcare service providers and workers in health-care, and the legal relation system between healthcare service providers and the insurance companies which are making liability insurances. After demonstrating this, I examine the requirements of substantive law for liability for damages of healthcare service providers and the burden of proof which determines liability fundamentally. Considering the stressed importance of this topic and considering that the compulsory professional liability insurance of healthcare service providers was the origin of my dissertation, I deal with the actual problems in connection with this in a separate subchapter. Regarding the civil law liability, reviewing the fundamental regulating changes by the new Civil Code - entered into force on 15 March 2014 – and the possible problems, effects is indispensable.

In my dissertation beside the civil law liability I deal with the other levels of liability which determine liability relations in connection with healthcare services, such as ethics procedure, liability in connection with employment relationship and the ultima ratio criminal liability. These forms of liability result in the personal liability of workers in health-care, oppose the civil law level, on which there is the direct liability of the institution and the insurance companies which are making liability insurances.

In the next bigger part of my dissertation I examine the damages, losses in connection with healthcare services from the side of the patients, with demonstrating the possible legal instruments. Examining the personal rights, rights of patients has exceeded the limits, and moreover in this topic there are many studies. But, I haven't found a comprehensive, problem-orientated study dealing with the possible legal instruments, so I put the stress on it. Instead of detailing the classic procedure of enforcing a claim, the experiences of examining examples from other countries, the popularity, effective function and advantageous characters of

alternative instruments for the protection of rights in these countries have made me put the alternative instruments for the protection of rights in the middle regarding the Hungarian regulation too. I attach importance to that the system of the alternative procedures of enforcing a claim be easy to survey and that the possibilities be effective, wide-known and wide-used. With surveying the institutional system my purpose was to examine how can the system, function of alternative instruments for the protection of rights in Hungary - for solving problems in connection with healthcare services - be suitable for these mentioned aims, my other purpose was to create suggestions for the anomalies. I examined the medical mediator-procedure and the conciliation, which I determined as alternative compensating possibilities. Beside this, in the category of alternative possibilities of handling conflicts I dealt with the representative system of rights of patients, the complaint settlement – ensured by Section 29 of the Act CLIV of 1997 (Healthcare Act) - towards the healthcare service providers and the operators, the complaint settlement towards the medical government body, the instrument for the protection of rights ensured by the Office of the Commissioner for Fundamental Rights, and I also examined and valued the activity of the liquidated Health Insurance Commission.

I felt so important to extend my research to the comparative analysis of the international situation, because examples from other countries can be directions for charge the defects of the Hungarian system. A wider international view is the condition of an established attitude in connection with the problems in Hungary. 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 international analysis there are many connected solutions in connection with damages during 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. Most of the countries have traditional systems, while the no fault system is used by New Zealand (which is the model) and in the Scandinavian areas. Beside examining the models from other countries, I paid attention to the no fault liability system, which is demonstrated by examining the regulation of New Zealand and Finland. The sharp character of this model is that the compensation is done – without examining the chargeability of the act – through a special, called accident compensation system. Beside these, I examined many countries which use the traditional liability model, so I examined the regulation of Germany, France, Austria, United Kingdom and the United States of America. In connection with the health damage compensation systems of other countries I paid more attention to the possibilities enforcing a claim and the forums which give possible alternatives of action. It is known that at the international level the group of these possibilities is growing, and their use is more frequent than the use of traditional actions.

During making this dissertation I have used many methods. To examine the dogmatic basis I chose the typist, analytical method. I have used the historic method many times. I haven't made a separate historic chapter, but I have searched for the sources of the legal institutions which has the historic informations which helped to understand the actual situations, and helped to draw the conclusion.

In connection with the liability relations and the possibilities of handling conflicts and the possibilities of compensation the examination, the systematizing, the examination - by analytical, critical method – of the literature and the regulation was important. In my dissertation the empirical research, the personal interview have a very important role. I have tried to consult with specialists who can see the practical function of the examined areas, so with their help I can see problems which aren't understood only by examining the literature. In my dissertation the comparative law method is important too in connection with the examination of the examples from the other countries.

II. THE LEARNED RESULTS OF THE DISSERTATION

In my dissertation I examine the liability relations in connection with healthcare services and the Hungarian and international characters of the possible legal instruments. The results of my work are systematized as the two parts of my dissertation in connection with Hungarian relations, and the results from examining other countries is built in.

1. LIABILITY RELATIONS IN HEALTHCARE SERVICES

1.1. Fundamental conclusions in connection with the liability for damages of the healthcare service providers

1. In connection with the liability for damages of healthcare service providers the most important changes are happening from the change of political system to the present. Before this term there had been rarely the claim to overrule the medical activity, at the present the quality of healthcare services is often questioned. The judicial practice of this special area was born after the change of political system, and because of that operative construction of law of new terms in rules – like most favored care – and type cases have appeared. There was a favourable tendency till the year 2000, that the proportion of the out-of-court settlements in the limit of liability insurance was significant, this tendency was stopped because of appearance of sector losses of insurance companies and the crisis of the healthcare professional liability insurance. In this term the proportion of the recovery of a favorable judgment of the patients was different, the non-

suits had been typical, because the judicial practice and the legal environment hadn't tried to abolish the inequality of the plaintiff.

2. The judicial practice of this special area has changed significantly in the past 10 years. The producing reason was the promulgation of the Healthcare Act, its wide-ranging rights of patients have raised the patients and given them the chance to treat healthcare services consciously. The increase of the interest from the media, from the community in connection with healthcare services, and the born of the law offices which are specialized to the representation of the plaintiff are the parts of the process. The biggest changes were in connection with the judgment of the relation of cause and effect and with the explanation from the chargeability. The changes are in the judgment of the requirements of liability by the judicial practice, in the change of the content of these requirements, and in the change in connection with the burden of proof. The part of the process is that burden of proof of the plaintiff has changed into be more favourable in connection with relation of cause and effect with the born of a minimum tendency of causality. The causality relation is the most disputed element from the requirements of liability, it has many uncertain elements, its statement, proof is very difficult in connection with the losses during healthcare services. The result of the process is influenced decisively that which part the uncertainty – in connection with causality – is charged to, by the court. Earlier it has been often charged to the patient, but at present the group of the facts – in connection with causality – which have to be proved becomes narrower. If the patient could prove that his/her damage has come into being during or after the handling, the causality would be presumed. The uncertain elements must be handled by the defendant in connection with the explanation from liability. Because of that, the possibilities of explanation for healthcare service providers became stricter, the liability moved towards the objective liability, in many cases the deficit of the professional infringement doesn't liberate the provider. Explanation is possible if the institution can prove beyond any doubt that it has worked with reasonable diligence, or prove that the damage would be origin even if it has worked with reasonable diligence. According to the official position of the Supreme Court, the amount of the compensations is increasing moderately.

3. The requirement on the comprehensive information in an individual form of the Healthcare Act is excessively strict, and it isn't appropriate in many ways. The two legal conditions is incompatible, the individual form of the information excludes comprehensivity many times. Moreover, the requirement of comprehensivity isn't in keeping with the requirements in connection of the information of the medical ethich code, it doesn't serve the interest of the patient and the judicial practice doesn't sentence the problems of the information according to the strict grammatical interpretation of the law. Making the information more individual would be important daily.

4. Most of the healthcare service providers didn't prepare themselves for the changed situation of the liability for damages. The education of liability is missing from the medical education generally, and 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.

5. 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 the beginning, the compulsory professional liability insurance was a legal institution which has given real legal protection, security for patients and providers too, and has worked according to the legislator's will. But the increase of the borders of the liability of the healthcare service providers has disrupted the compatibility between the providers and the insurance companies. Because of the closed character of the supplying part of the healthcare professional liability insurance market, the unilateral contracting obligation for the healthcare service providers, the lack of the regulation on determining minimum conditions of the healthcare liability insurance, the contractual conditions determined by the insurance companies „are vacating” the legal institution. Without real legal protection this legal institution is a fetter for service providers, and the financing of the amounts of the compensation isn't solved yet.

6. Although the new Civil Code has already entered into force, we haven't known yet if the change of the regulation will change and in what way the practice of the liability for damages of the healthcare service providers. The legislator has realized appropriately that the stricter form for the compensation of the damages caused by the breach of the contract, inspired by the business contracts isn't suitable for the liability of the healthcare service providers. With changing Section 244 of the Healthcare Act, the legislator has already referred to the rules on torts which are actionable per se, and doesn't refer to the rules on contractual liability from the Civil Code. It must be mentioned that the prior form of Section 244 of the Healthcare Act has ended discussion between jurisprudence and practice in connection with the qualification of the legal relation between healthcare service provider and the patient in 2010. This means questions on technical solutions. Because of the modification there is no regulation which refers to that healthcare service provider and the patient are in a contractual relation. It would be better and necessary to regulate the legal relation between healthcare service provider and the patient as an independent contract or as a sub-type of the contract of services in the Civil Code, and the specific rules on liability would be better created in this respect.

The legal institution of the injury fee will make changes in the area of the liability of the healthcare service providers. Because there the objective legal consequences for the violation of the personal rights, and unfortunately the violation of these rights are frequent in connection with healthcare services too, the damage claims are becoming more frequent. The solution depends on the reaction of the judicature. This legal institution can make positive change for healthcare service providers, according to the judicial practice the amounts can be lower compared with the compensation for non-material damages. The condemnation of the service providers are usually not because of serious infringement or seriously actionable conduct, and during determining the amount of the injury fee these must be taken into consideration.

The rule on liability insurance contract of the Code can make big changes and can help the out-of-court settlements, according to this, the acknowledgement by the insured party of the obviously founded claim from the injured party, the settlement of the mentioned ones enter into force oppose the insurance company, without its consent. The size of changing is influenced considerably by the interpretation of the obviously founded claim. At the same time it is disadvantageous that the insurance company can be excused from the payment in the case of premeditated or seriously negligent tort, instead of regressive claim. This makes the insurance company and the healthcare insurance company to adverse parties, because of the interest of the prior one is the confirmation of the premeditated or seriously negligent tort to be excused. The enlargement of the notification requirement in connection with insurance event is a new element, and making the notification of circumstances - which can make base for damage claim - to be obligatory is a new element too.

1.2. Main proposals in connection with the liability for damages of the healthcare service providers

1. In connection with the civil law liability of the healthcare providers one of the main goals to prevent the future enlargement of the borders of the liability. The judicature, the healthcare institutions and the state have important tasks. The second main aim it to solve the financing of the amounts of the compensation because of the obligation from the European Union and because of that it isn't appropriate that these amounts are paid from the institutional budget.

2. To solve the mentioned problems the judicial practice has a main role, as it had a main role to create the present situation. While the rules on the liability of the healthcare service providers hasn't changed considerably, the liability for damages has changed fundamentally due to the changes of the operative construction of law. It isn't appropriate if we don't care about the assymetry in connection with information to be a disadvantage for the patients, and their delivered situation. It is really reasonable these factors to be taken into consideration by the

practice and the practice should make easier the force of the burden of proof from the plaintiff. But a big change on the other side isn't appropriate too and the other party would be burdened with all uncertain factors, furthermore it would be required for exemption to prevent all uncertain factors beyond any doubt. Naturally, there is no need for a change with it – for example – deficiency of a document can be turned to the service provider's advantage and without any proof it can be excused from liability. The juster, more realistic weighing is needed, and the requirement of non-complete certainty for the exemption from the service providers party is needed too. According to the concerning part of this dissertation, in some cases it would be reasonable if the injured party would participate from compensation in inverse ratio to the proportion as it is possible proportion of that the damage has been made because of the actionable infringement of the obligation.⁴

3. Because the legislator has recognized the extreme strict character of the reasonable diligence required from the parties in healthcare, and with repealing the biggest word the legislator has modified cord-measure of the duty of care, the modification of the regulation on the disclosure obligation is reasonable too. During examining the examples from the other countries I have seen solutions which let doctors to differ from the general order of information in certain cases. For example in France there is the possibility to limit the information of the patient, if he/she isn't in the psychological condition to measure the consequences of the acceptance of the treatment or the refusal of the treatment. In Austria there is the possibility for the individual information compared with the complete information. For example in cases when there is a very uncertain, anxious patient and the risk of the medical examination is lower than the risk of the lack of the medical examination. According to the mentioned ones I suggest to modify the Subsection (1) of Section 13 of the Healthcare Act as: „The patient has the right to an individual, appropriately detailed information.”

4. The healthcare institutions have main role too in changing the tendencies in the area of the liability for damages of the healthcare service providers. It there are the organization and consciousness at the side of the service providers which are at the side of the law offices which are representing the plaintiffs, more condemnations can be avoided. For this, it is necessary that the medical workers have appropriate knowledge on the rights of the patients, the liability of the healthcare service providers and the requirements on information, documents and other requirements for exemption from liability. For this it is necessary that this knowledge has the suitable role in the training system, and that the informations are making to be current continuously for medical workers. There are ambitions in the bigger, central institutions to treat

⁴ This could be a solution for the damage claims in connection with the lost recovery hope, and there could be cases in which the use of this solution would be reasonable in connection with deficiency of a document.

the complaint of the patients more efficiently and to inform the medical workers systematically. Beside these, the examination of the non-desired events, changing informations in connection with these events between doctors and institutions, drawing a lesson from these are necessary too in the favour of avoiding future cases. For the uniform organization of these in every institution the state regulation, role is needed.

5. Financing the amount of the compensation doesn't cause problems only in Hungary, according to the examples from the other countries. The international examples go to show next to the reform of the liability insurance system the creation of the alternative financing forms and the compliting bases. The financing of these are insured from the payment in of the institutions and the patients or from state consent. It would be important to create the rules on minimum conditions of the professional liability insurance of healthcare service providers, required by the Healthcare Act. I think that the specific base of compensation in Austria is remarkable which gives the possibility for all patients in the state hospitals to enforce their claims, the operating costs are covered by the consents paid after the days on which the patient has been in hospital. This base gives this possibility in specific cases, for example, if the patient has suffered significant damage because of a rare, specific complication, or damage comes into being, but the liability of the service provider can't be determined for certainly. Because of the damage it would be unfair to let these patients without financial help, but if these claims would be compensated in the traditional liability system, this means the extreme objective character of the liability of the service providers.

In connection with the solution of financing the damage claims 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 the United Kingdom. To answer to the growing of enforcing claims, the amounts of the compensations, and the fees of the liability insurance, a protecting net has been built around the state healthcare institutions and their workers and the mentioned ones aren't under the scope of the pressure of the liability insurance working on a market base any more. One of the element of this protecting system is the risk community operating in a dividing – imposing system, with voluntary membership, which every state healthcare institutions have joined for. The task is to cover the damages arising during the healthcare services. Another element of the system is creating a special healthcare authority which is managing the damage claims against the state institutions and striving to solve out of court as many of them as it possible. This work is very successful, only a few of the damage claims against the state institutions are gone to court.

1.3. The morals of the no fault model: the characters of the optimal model for compensation

I have seen more solutions during my research, according to these in my opinion the optimal model for compensation is the no fault compensations system from New Zealand, because it has the most characters which are important for building a system. Although the model is based on neglecting the investigation of the chargeability, so on the objective liability, it isn't the same as the objective liability in the Hungarian law or the objective liability based on the action models in the other states. This is a completely different liability model, a complete system, where the neglectation of the investigation of the chargeability is just an element, which is accompanied by enforcing claims out of court, other amounts of compensation, and other financing. Beside the objective liability, the other parts of the system are needed too, and this is not the situation in Hungary. The too strict liability alone, without the other element makes an undesirable situation, as we can see in the USA.

1) It is important that from the injured people as many get compensation as it is possible, with the principle that damages must be compensated. Even damages too partly, which would be covered by the injured party because of the lack of the chargeability or other liability element. In the disputed system many can't enforce their claims, they aren't able to cover the cost of the proceeding or don't want to do a dispute which can be done for years.

2) At the same time wide-ranging compensation must be done by:

A) the significant part of the amounts for healthcare services don't get out of the system because of the payment of the amounts for compensations, the fees of the lawyers and the court costs:

- So, it is important that the administrative costs of the compensation system must be low, so the bigger proportion of the amount for compensation must be at the injured party.
- It is important too that the financing of the amounts for the compensation must be solved independently from the budget of the institutions.

The high number of enforcing claims is not the main problem, the main problem is if the financial cover isn't made appropriately. This is proved by the fact that there are more enforcing claim in countries which are using no fault liability model, than in the disputed systems, and this doesn't cause problems because the financing background is created too with funds maintaining by different sources. True, the amounts from compensation are limited too and lower, but the injured party can turn to the court if they don't think that the amount is appropriate. On the other hand, because of the lower costs, the bigger proportion of the amount for compensation is at the injured party.

B) The restful organ for curing must stay, the intimidation from enforcing claims doesn't influence the daily work of the doctors, and the healthcare service provider and the patient don't become adverse parties even if there is a problem during the service. In the no fault compensation system doctors often help patients to fill in prints for compensation, because neither moral, nor financial impossibility doesn't threaten them or the institution during enforcing a claim. So there is no interest to not search for the problems.

3) It is significant that the process must not be for years, but must be ended as soon as it is possible. The no fault model is appropriate in connection with this requirement too, the proceeding is done by administrative bodies which are created specifically for this aim, and they have limited time to do the proceeding.

4) It is important too that the prevention and the quality control be realized, for this there are other ways outside the legal proceeding with the legal protection institutions and the power of publicity.

While it was a pleasure for me that the in the Semmelweis healthcare conception there is a reference to the advantageous characters of the no fault system, and while this is the most attractive system for me, I must say that the Hungarian circumstances don't allow the creation of it. Our historical, economic traditions, the social system are fully different and for such a model of compensation there is a need to improve the quality of the services, and to transform the system. It will be no solution if in the present situation compensation would be given automatically for the injured parties because with this we would conserve the present problems. The first aim it the prevention for the less damages, violation of law, so for the less situations for compensation. In the case of the realization of this, the change of the model of compensation would be desirable, and the wider enforcing claim for those who have sustained damages.

Despite of the mentioned sentence, the no fault model has important morals for the Hungarian legislation too. It emphasizes the advantageous characters of the out-of-court legal protection, ending discussion and it urges to create efficient, frequently used alternative possibilities of handling conflicts and of compensations beside the classic way for enforcing claims.

1.4. The other liability forms in connection with healthcare services

It can be noticed that because of the modifications in regulation in the last years, proceeding has changed significantly and because of that the examination of the new rules is actual. The ethics, labor law and criminal liability 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.

1. The ethics liability isn't initiated just ex officio, but by an individual complaint too, so I think that this proceeding can belong to the alternative possibilities of handling conflicts. The rules with the restore of the obligatory membership of MOK changed significantly in 2011, a new Ethics Code was accepted, and the right to do the proceeding appropriately went back to the MOK. But, the 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 case of realization the social and legal reactions would be lower in connection with medical activity.

2. Doing healthcare activity is possible in many legal relations. I didn't have the chance to deal with all of them, so I have limited the research to the most frequent form of employment, to the rules of legal relation of public servants (and the labor law rules because of the close connection).

It can be noticed that the Subsection (3) of Section 179 of the Act I of 2012 (Labor Code) has made significant changes regarding the liability for damages of employees, public servants, because compared with the prior regulation presently the employee has total liability for damages in the case of seriously negligence tort too. This, according to the mentioned tendencies in connection with the healthcare liability for damages, would be a significant financial threat for healthcare workers. The legislator has realized this problem appropriately, and with Section 15/C of the Act LXXXIV of 2003 (Act) has modified the rule of the Labor Code on the damages caused by the healthcare workers to the patients during the services. I think that the regulation is still isn't appropriate, because claims from the relatives are frequent and mean significant amounts, so the exceptional rule must be accepted to these claims too. So I suggest the modification of Section 15/C of the Act as: „Unless the Subsection (3) of Section 179 of the Labor Code, in the case of damages caused by the healthcare workers – to a third party during healthcare service – the amount of the compensation doesn't exceed the amount of the absence-fee of four months of the employee.”

3. In connection with the criminal liability of the medical activity it can be noticed that the promulgation of the Act C of 2012 (Criminal Code) hasn't done main changes. In the rule on malpractice there was the violation „of professional rules of conduct”, while presently in the new rule there is the endangering by the infringement of the „professional rule”. This is a main difference because the according to the prior rule, only the person can be the one who commit a crime who has been under the professional rules of conduct of medical activity and has had appropriate knowledge. According to the new judicial practice, that is not a condition to be a subject of a crime that a person is authorized for engaging in profession, so he/she really has the appropriate qualification and the new text of the Act has this view too, but I think that the prior regulation and practice have been better. Life, physical integrity, health are preferential subjects,

so the criminal authority of the state is reasonable. At the same time, the goal of medical activity is useful and important, so appropriately this is an exceptionally used form of liability.

2. ALTERNATIVE POSSIBILITIES OF COMPENSATION AND HANDLING CONFLICTS IN THE AREA OF HEALTHCARE SERVICES

2.1. Sentences and suggestions in connection with the alternative possibilities of legal protection

1. In connection with the legal possibilities in the case of conflicts, injuries, 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, 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.

The practical operation has showed the other problem, during the examination of it I have seen many functioning problems. Because of these, possibilities of compensation and handling conflicts don't operate according to the will of the legislator, the aims and the mechanisms in the rules. Problems in connection with the efficiency of the operation are against the use of these possibilities.

2. The legislator has created the representative system for the rights of the patients with the aim that patients have information in connection with their rights of the Healthcare Act, have help in connection with enforcing claims, furthermore with the aim that healthcare workers have the appropriate, actual knowledge on the rights of patients, and a functioning, quality-control role is appeared with the right of annotation of the representatives. The problem against the more efficient operation of the representative system for the rights of the patients is the low number of the representatives. In 2000 52 started their activity, helped by volunteers, at present there are 25 representatives. Although their task has been taken over by the National Centre of the Rights of Patients, Rights of Supplied People, Rights of Children and Documents [Országos Betegjogi, Ellátottjogi és Dokumentációs Központ (OBDK)] which has aimed and done the unifying and the form of the employment and the employing them in full-time job, in my opinion the present number of them isn't enough to do the complex tasks determined by the rules. I think that to make their work more efficient the number of them must be increased. If it isn't possible that one representative works only in one institution, I think that it is reasonable in the case of the bigger healthcare centres. It is necessary that representatives can be looked for by the patients

frequentier, so it is reasonable that compared with the one occasion in a week more consulting hours are needed. The change, that at present only in the institutions which have more than 100 beds for inpatients is obligatory for representatives to do consulting hours, isn't appropriate. So I suggest the modification of the expression of Subsection (1) of Section 9 of the 214/2012. (VII.30.) Government Decree as: „The representative must do consulting hours in the term determined by the OBDK, but at least twice in a week in the service providers doing services for inpatients.” It is a problem that clients usually don't know the obligation of independence of the representatives, and this lack can reduce the trust in connection with their work. They do their consulting hours in the healthcare institutions, they can be reached there, and it isn't emphasized appropriately that they are not the employees of the hospitals, so the information in connection with this is needed too.

3. The Healthcare Act gives the chance to the patient to turn with his/her complaint to the healthcare service provider or its operator in connection with healthcare services. One of the problems is that the law says only that the healthcare service provider and its operator must examine the complaints in connection with the services and on this they must inform the patient at least in 30 workdays. The law orders the healthcare institutions to create the regulation on the procedural order of handling complaints, but it doesn't order the operator for the same thing. The consequence of this is that the documents are quite different and this is against the efficiency of handling complaints of the institutions. In many cases I have seen regulations which formally do the requirements of the law, but don't give real possibilities for legal remedies, and let extreme wide discretionary power. In the favour of making the institutional handling complaint more efficient I suggest to unify the proceeding. It can be created with making decrees, and with the help of the direction from the OBDK, which will determine the frame of the regulations on handling complaints. If unifying of the rules won't be created at a central level, I think that making the possibility in the Point c) of the Subsection (2) of Section 19 of the 214/2012. (VII. 30) Government Decree to be obligatory is needed and it would be needed too that the regulations on handling complaints of the healthcare service providers will be examined and opined by the OBDK, because in the cases of many institutions this revision is reasonable.

It isn't appropriate that not every institution let the direct reaching for the regulations. It is indispensable for practicing the right of complaint that the informations on the form of the complaint, the recipient of the complaint, the deadlines, the possibilities of legal remedies can be automatically reached. I suggest that for institutions direct reaching of the regulations on handling complaints be obligatory – if they have one – on their websites, and in the institution in connection with the reaching of the representative. Many institutional regulations on handling

complaints are using the subjective six-months period and the objective 1 year period determined by the law in the case of complaints for healthcare government bodies. So, the time for local complaint is low out of all proportion, compared with the general 5 years period of limitation for initiation a lawsuit. I think that the objective period for initiation a lawsuit must be determined uniformly, and must be at least 3 years.

It can be noticed that despite of the importance of the complaint for the institution and the operator usually there isn't an appropriate result wanted by the patient. The detailed examination, the detailed explanation on the events usually don't happen and the patients gets a short, refusing decision which doesn't give answers. The examinations end rarely with the acknowledgement of the mistakes, apology, or offer for out-of-court settlement. If it would be possible that this possibility would give comforting answers and legal remedies for patients in more cases, than the extreme, inadequate social and legal reactions can be blunted.

4. For the complainant there is the chance in the case of problem in connection with healthcare service to turn to the healthcare government body which is authorised to give the operating permit for the healthcare institution. The main problem is that in the case of an individual complaint the examination is done according to the Act CLXV of 2013 (Complaint Act). So an obligatory decision won't be born, which would be a subject of a legal remedy, only a notice will be born and the institution must inform in writing the healthcare government body on the enforcement of this notice. Another lack that the period for initiation a proceeding is very little, six months calculated from the knowledge of the harming activity or the negligence, the objective period is 1 year.

At the same time the ÁNTSZ is authorized to initiate a proceeding ex officio in connection with the professional supervision of healthcare services. In this case examination is done according to the rules of the Act CXL of 2004 (Ket.) and a decision is born with obligation and there is the possibility to impose healthcare fine. Unfortunately, this examination isn't possible in connection with individual complaint. If we examine the two proceedings, according to the law the order of the Complaint Act has subsidiary, its proceeding can be done if the complaint isn't under the scope of another, for example an administrative proceeding. In practice in the case of individual complaint adjustment procedure is done automatically, and after that, if it is reasonable the administrative official procedure is done too.

In my opinion this isn't necessary. The possibility of complaint to the healthcare government body would become a more efficient instrument for legal protection if during the examination an obligatory decision would be born, which would be a subject of a legal remedy, and not just a notice. It can be possible if there would be a chance to do the proceeding of the Ket. in the case

of individual complaint, and to make an obligatory decision, and if it is necessary to impose fine. As the Health Insurance Commission had had the chance to examine, impose fine in connection with individual complaints. The professional supervision ex officio is completed appropriately with the individual complaints, they can show problems which make the act of the healthcare government body be necessary. The suggestion is in connection with the practice because in decisions which impose healthcare fees, we can find references to prior adjustment procedure, so an individual complaint has started the examination by the Ket. and imposing the fee.

5. The patient in connection with the infringement in connection with healthcare service can turn to the Office of the Commissioner for Fundamental Rights. Because of the modification of the Hungarian system of the ombudsman, at present there one ombudsman and two substitutes, instead of the prior four ombudsmen. There isn't an ombudsman who investigates the healthcare complaints and there has never been in Hungary. The proof that the examination of the ombudsman is needed more is that every year the proportion of the complaints which aren't under the scope of the insurance in connection with the healthcare services is high. The reason of it is that the ombudsman has limited authority in connection with healthcare, and the personal conditions in staff and in qualification aren't given to deal with more complaints.

During examining the example from the other countries I have seen independent institutions of ombudsman dealing with healthcare in New Zealand and in the United Kingdom, which have wider authority and bigger staff than in Hungary. Both in Hungary and in the examined countries the ombudsman hasn't got definitive, official authorities, so it has a complement role in the system of legal protection. His/her role is to find the problems of the system according to the examinations based on the complaints and investigations ex officio, and to invite the organizations to solve them. The complement legal protection is different however. If there is an independent ombudsman dealing with healthcare, the complement legal protection is more significant. I emphasize the United Kingdom where there is an alternative solution to avoid disputed proceeding. Although there are many problems in connection with the activity and the projects of the examination of the ombudsman in my opinion in Hungary with creating az institution of an ombudsman dealing with healthcare complaint there would be more significant results. The number of the complaints, the size of the problem make it is reasonable that in the present system at least one substitute would help the ombudsman.

6. The aim to create the healthcare mediator proceeding by the legislator was to help the dispute between the patient and the healthcare service provider end with an out-of-court settlement and to help to enforce claims quickly and efficiently. While the will is appropriate and I think that

this possibility would be a total alternative of the action, without its disadvantages, in the last 10 years it has been rarely used, didn't become general.

One of the reason is the lack of the informations in the side of the patients, it isn't well-known, there is no appropriate trust for it. The conduct of the healthcare service providers that they shift responsibility, and their interest against the ancknowledgement, the search of mistakes aren't appropriate too. In my opinion it is a problem too that this possibility isn't free, in connection with the costs, there can be about a 100.000 Ft amount. During examining the examples from the other countries I have seen alternative possibilities for compensation which are free and popular, for example the Austrian conciliation boards or the expert bodies operated by the German medical association. The cost of the operation of the last ones are covered from the consent of the healthcare institutions by the German medical association. In connection with the Hungarian mediator proceeding I suggest that is would be free for patients or it would be only a symbolic cost. Or according to the examples from the other countries because avoiding the disputes proceeding is important for healthcare institutions too.

The liability insurance companies don't prefer the out-of-court settlements and this is against the mediator proceeding. The rule on the liability insurance contract of the new Civil Code is that the insurance company can't refer to the repeal (against the company) agreement of the insured party if the claim has been obviously founded. The interpretation of the „claim has been obviously founded” will influence the changes made by this rule.

7. Furthermore, some procedural rules are too against the success of the healthcare mediation, so they are needed to modify. The procedural order can be modified according to the rules of the conciliation hearing, this would make the mediation to be more efficient and would enlarge its popularity. It is a very significant advantage of the conciliation hearing according to the healthcare mediation that there will be a decision even without the agreement of the parties, which can be obligatory in connection with that if there is an arbitration declaration from the economic association preliminarily, subsequently or generally. It there is the chance that a decision will be born in a limited period even it will be only a proposal, it is much better that a proceeding is unsuccessful because of the lack of the agreement. So I suggest to modify the pure mediation model and to determine the aim of the proceeding according to this. I suggest to modify the Section 1 of the Act CXVI of 2000 (Közvtv.) as: „The aim of the mediator proceeding is to help the dispute in connection with services between the patient and the healthcare service provider (hereafter: service provider) end with an out-of-court settlement, and in the case of that this is unsuccessful to help to enforce claims quickly and efficiently with making a decision.” More modifications are necessary because it must be regulated in which

cases the decision of the board would be only a proposal and in which cases would be obligatory, legal consequences must be regulated, the cases when the healthcare service providers can make an arbitration declaration, and the possibility of the general arbitration declaration must be regulated too.

I suggest to use the rule on initiation of the proceeding from the conciliation hearing, in favour of that if the patient turns to the mediation council the service provider must cooperate and does not have the chance to reject the proceeding. So the 2. expression⁵ of Subsection (1) of Section 3 of the Közv. must be repealed.

8. In connection with the conciliation hearing in connection with the healthcare services it is a problem that although since 2004 the conciliation hearing can be used for these services too this fact isn't known and the representatives of the rights of the patients don't offer it usually. So the number of the applications of it is even lower than the number of the application of the mediation, usually conciliation hearing has been applied in connection with the problems in connection with medical aids.

It is against the conciliation hearing that the general procedural rules from the Consumer Protection Act are applied to the disputes in connection with the healthcare services and these rules don't let the specific characters of these disputes be taken into consideration. Without making the legal disputes in connection with healthcare services be privileged – just like in the case of financial consumer legal disputes – their proceeding can't be general. Without a total specific procedural order some specific rule can help the efficiency of the conciliation hearing in the area of healthcare. The special composition of the board can enlarge the trust. In these disputes it would be necessary beside the member with legal qualification another member with healthcare qualification and another member with qualification to do these disputes would be there too statutorily. This would enlarge the number of the arbitration declaration and this would make the patients to prefer these boards because there would be obligatory decisions out of court.

2.2. Suggestions in connection with the system of the alternative possibilities of legal protection

The rationalization and the reorganization of the system of the legal protection would help the popularity, efficiency of the alternative possibilities for compensation and handling conflicts, beside the modification of the procedural rules. The main principle that injuries must be handled

⁵ The other party must state on that he/she consents or doesn't consent the mediation proceeding in 15 days from the receipt of the claim.

at the lowest level. For this, a system suits for in which beside the classic enforcing claim there are alternative ways at different levels insuring legal protection, ending disputes and compensations.

A) Tools of alternative handling conflicts

1) The bases of the system: the representatives

The base is a system consists of educated representatives of the rights of the patients with enough number, as I saw it in connection with the Austrian system during examining the activity of PA. If we want an efficient, popular alternative system, the number of the representatives of the rights of the patients must be determined to be the general first forum. Examining the claims, in connection with the character of the complaints, they would suggest the most suitable out-of-court forum and help the claim.

2) Efficient internal control: institutional investigation of a complaint

In the system an efficient investigation mechanism of a complaint which creates internal control is needed. Healthcare institutions must see that it is their interest to solve internal problems by the internal control and less conflicts would be out of the institutions. But for this, real efficiency of the investigation of a complaint is needed and not just the formal performance. I think that institutional investigation of a complaint is better than the complaint for the operator, because circumstances can be better examined, people can be listened compared with at the operator who can work only from documents. According cases, the efficient institutional investigation of a complaint improves the quality of services.

3) External control: organization with official authority

Between the mechanisms of the legal protection there must be an organization with official authority, which examines ex officio and according to the complaints of the patients, makes obligatory decisions, and has authority to impose fee. The Health Insurance Commission has done these, at present the Public Health Organizations of the Government Offices. I don't think that the discrimination of the individual complaint and the investigation ex officio is necessary, because there hasn't been discrimination in the proceeding of the Health Insurance Commission. An organization with official authority improves the quality of services too in connection with the enforcement of the obligatory decisions and the cases.

4) Additional legal protection institution, the healthcare commissioner

In countries which have ombudsman dealing with healthcare complaints, this additional legal protection institution is very popular and efficient. The right to turn for the ombudsman In Hungary is well-known and a popular possibility. That's the case in connection with claims in connection with healthcare services, at present the numbers of the claims for investigations is

higher than the possibility according to the authority and staff of the ombudsman. That why it is important to employ a substitute and to wide the authority of investigation.

B. Alternative possibility for compensation

In my opinion a conciliation way for compensation would be enough, but basic modifications are needed in connection with the operation, and the procedural order and enlarging popularity is necessary too. In the case of mediation the healthcare disputes haven't already been under the scope of the general order, while only the financial consumer legal disputes are privileged from the general rules of the conciliation hearing. In my opinion the best solution will be if the healthcare mediation would be the base, and it would be corrected by some rules of the conciliation hearing.

According to my research it could be noticed that there are many problems in connection with regulation and operation of the liability system and the system of handling conflicts in connection with healthcare services. The aim of my research was to make suggestions to solve these problems with the help of international examination to make the system better in favour of the adaption to the changed social-legal environment. The conflicts between healthcare workers, the patients and relatives must be handled on the appropriate level and with appropriate efficiency and the compensation for the injured parties must be insured too. During the creating of these there wouldn't be the extreme objective liability of healthcare service providers and the restful organ for curing and the appropriate doctor-patient relation must be maintained. For these according to the examples from the other countries the possibilities of handling conflicts are the best which are based on settlements and avoiding actions, because the interest of the patient is the first even in problematic cases and „the aim isn't to find a guilty party, but to find an appropriate solution for the patient”.⁶

III. LIST OF PUBLICATIONS

1. *The role and the problems of the institutional handling complaints*

(Med et Jur, 2014/1., 18-21.)

2. *The system of the representatives of the rights of the patients and the examination of the complaints of the patients*

(Jura, 2013/2., 215-225.)

3. *The role of the ombudsmans in the legal protection of the patients*

⁶ Motto of the Austrian PA system.

- (In: Béla P. Szabó – Sándor Szemesi (editors): *Profectus in litteris IV.* – Lectures on the 9. political science and law conference for PhD students in Debrecen, Lícium Art, Debrecen, 2013, 273-283.)
4. *The changes of the practice in connection with the healthcare actions for damages, with considering the period from the change of political system to present*
(In: László Pribula – Krisztián Szabó – Balász Elek (editors): *The disputed areas of the judiciary – the civil law liability of the healthcare service providers – strict judicial practice?*, DE-ÁJK and DEOEC- ÁOK, Debrecen, 2013, 91-103.)
 5. *Liability insurance as the warranty of the save of the patient and the institution?*
(*Law Bulletin*, 2013/3., 154-162.)
 6. *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*, 2012/3., 37-41.)
 7. *The possibilities of compensation for damages occurring during healthcare service in Austria*
(*Hungarian Law*, 2012/8., 496-504.)
 8. *The possibilities of compensation for damages occurring during healthcare service in Germany*
(*Legal Workshop of Debrecen*, 2012/3.)
 9. *The schema of regulation on the criminal liability of the medical practice considering the conclusion of fact of malpractice*
(*Legal Workshop of Debrecen*, 2012/2.)
 10. *The main characters of the liability for damages occurring healthcare service in France*
(*Glossa Iuridica*, 2011/1.)
 11. *The main characters of the liability for damages of the healthcare service providers in the United Kingdom*
(In: Béla P. Szabó – Sándor Szemesi (editors): *Profectus in litteris III.* – Lectures on the 8. political science and law conference for PhD students in Debrecen, Lícium Art, Debrecen, 2011, 345-355.)
 12. *The liability for damages of the healthcare service providers in Germany*
(In: Mihály Fónai – Emese Szilágyi: *Studia Iuvenum*, Dela Kft., Debrecen, 2011, 91-101.)
 13. *The realization of the protection of the rights of the patients in New Zealand in the no fault liability system*
(In: Béla P. Szabó – Sándor Szemesi (editors): *Profectus in litteris II.* – Lectures on the 7. political science and law conference for PhD students in Debrecen, Lícium Art, Debrecen, 2010, 359-368.)

14. *The schema of the liability system without examining chargeability considering the regulation in Finland*

(In: István Stipta (editor): Conference for PhD students – Faculty of Political Science and Law, Publication of Section, University of Miskolc Innovation and Technology Transfer Centre, Miskolc, 2009, 175-181.)

15. *The demonstration of the main characters of the liability system without examining the chargeability considering the regulation of New Zealand*

(Legal Workshop of Debrecen, 2009/3.)

16. *Wrong medical treatment and crisis of the liability insurance in the United States of America*

(In: Bosickij Jurij (editor): The developing orientations and the problems of the Ukrainian legislation, Faculty of Political Science and Law, Kijev, 2009, 25-28.)

17. *The possibilities and limits of the alternative forms of handling disputes considering the conflicts between the healthcare service providers and the patients*

(Legal Workshop of Debrecen, 2008/3.)

18. *On the actual questions of the compulsory professional liability insurance of the healthcare service providers*

(Legal Workshop of Debrecen, 2007/4.)