

KUTATÁSI ZÁRÓJELENTÉS

I. A munkaterv vállalásainak megvalósítása

A tervezett vállalásokat sikeresen teljesítettem, a kutatási eredményeimet a munkaterv szerint közzétettem, hasznosítottam az alábbiaknak megfelelően.

1. Publikációs tevékenység

Vállalás	Teljesítés
5 magyar nyelvű publikáció	6 magyar nyelvű publikáció (plusz 1 a témához tágabban kapcsolódó tanulmány)
1 magyar nyelvű betegtájékoztató kiadvány	Elkészült, hasznosítása folyamatban van.
3 angol nyelvű publikáció	5 angol nyelvű publikáció

1.1. Magyar nyelvű írások: a munkatervben vállaltam 5 magyar nyelvű publikációt és 1 betegtájékoztató kiadvány elkészítését. A pályázat ideje alatt, annak keretében 6 magyar nyelvű publikációm jelent meg, illetve 1 további, a kutatáshoz tágabban kapcsolódó tanulmányom. A betegtájékoztató kiadvány is elkészült, internetre is felkerült egy vetélésen átesett nőkhöz szóló kampány keretében tájékoztató anyagként (<http://levendula-lilla.net/betegtajekoztato/>), a papír alapú brossúra elkészítése és terjesztése is tervben van.

1.2. Angol nyelvű tanulmányok: a munkatervben 3 angol nyelvű publikáció megjelentetését vállaltam. A pályázat keretében 5 angol nyelvű közleményem jelent meg jogi tudományos folyóiratokban, illetve konferencia kötetben.

A publikációs jegyzék a pályázati beszámoló külön mellékletét képezi.

2. A kutatási eredmények közvetlen hasznosítása az oktatásban, konferencia előadás

A munkatervben vállaltaknak megfelelően a kutatómunkám eredményeit konferencia előadáson is ismerttettem, illetve hasznosítottam az oktatásban is orvostanhallgatóknak, egészségügyi menedzser mesterszakos képzésben résztvevőknek, illetve joghallgatóknak tartott tantárgyak keretében az alábbiak szerint.

2.1 Közreműködtem a „Jogviták az egészségügyben”, illetve „Az orvos polgári jogi felelőssége” című tantárgy oktatásában (DE-NK Egészségügyi Menedzsment és Minőségirányítási Tanszék).

2.2. „Konfliktusok és azok kezelése az egészségügyi szolgáltatások területén” című saját jegyzésű szabadon választható tárgyat oktatattam egészségügyi menedzser mester szakos hallgatóknak (DE-NK Egészségügyi Menedzsment és Minőségirányítási Tanszék).

2.3. „Orvosi felelősség és konfliktuskezelés az egészségügyi szolgáltatások területén” című saját jegyzésű szabadon választható tárgyat oktatattam jogász szakos hallgatóknak (DE-ÁJK Polgári Eljárásjogi Tanszék).

2.4. Előadást tartottam „Az egészségügyi szolgáltatásokat érintő konfliktusok peren kívüli rendezésének lehetséges útjai” címmel 2018. december 7-én, Budapesten az Egészségügyi jog a közjog és a magánjog határán című konferencián a Nemzeti Közsolgálati Egyetemen.

II. A kutatási terv megvalósításának leírása

A kutatási tervet a leírtaknak megfelelően teljesítettem az alábbiak szerint.

1. 1-12. hónap

1.1. Foglalkoztam az új magyar Ptk. felelősségi szabályozásának témám szempontjából releváns elemeivel, arra próbálva választ keresni, hogyan fogják az új szabályok módosítani az egészségügyi szolgáltatókkal szembeni kártérítési perek gyakorlatát. Az új Ptk. felelősségi rendszere jelentős eltéréseket mutat a korábbi kódex felelősségi szabályaitól, szűkebbé vált a deliktuális és kontraktuális felelősség közötti párhuzamos szabályok köre. A szerződésszegéssel okozott károkért való helytállás szabályai új, objektív alapokra kerülnek, a kimentés lehetőségei szigorúbbá válnak. 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, az már nem a Ptk. kontraktuális felelősségi szabályaira, hanem a szerződésen kívüli károkozásért való felelősség szabályaira utal. Foglalkoztam a kódex egy új jogintézményével, a sérelemdíjjal, melynek kiemelt jelentősége van az egészségügyi szolgáltatók felelőssége körében, hisz sajnálatosan nagyon gyakoriak a személyiségi jogsértések az egészségügyi szolgáltatások területén. Vizsgálatot folytattam a felelősségbiztosítási szerződés körében megjelenő új jogi lehetőségekről, melyek szintén jelentős hatással lehetnek az egészségügyi szolgáltatók felelősségére.

1.2. Megvizsgáltam, a hatályos szabályozás alapján milyen - a munkajogi szabályozás területén kívül eső - speciális jogi formákban végezhető egészségügyi tevékenység, melyek ezen lehetőségek alapvető jellemzői, kik számára lehetnek megfelelőek az egyes jogi megoldások. Foglalkoztam a szabadfoglalkozásúként, önkéntes segítőként, egyházi személy tagjaként végzett egészségügyi tevékenységgel, valamint az egyéni vállalkozóként, egyéni cég tagjaként, társas vállalkozóként végzett egészségügyi tevékenységgel. Kiemelt figyelmet szenteltem az egyes jogviszonyokkal kapcsolatos felelősségi kérdések kibontásának, melyek az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségét érintő kedvezőtlen tendenciák, a nehezedő felelősség alóli kimentés miatt fontos és aktuális kérdések. A szélesedő felelősség miatt ugyanis reálisan lehet számolni azzal, hogy a kártérítési összeg, vagy meghatározott része áthárításra kerül az egészségügyi tevékenységet végző személyekre. Ennek mértéke annak függvényében változik, hogy milyen jogi formában

végzik az egészségügyi tevékenységet. Foglalkoztam a tömegesen előforduló közreműködői szerződésekkel, melyeknél mindkét szerződő fél egészségügyi szolgáltató.

1.3. Foglalkoztam a lengyel orvosi felelősség kérdéskörével. Vizsgáltam, hogy az egészségügyi szolgáltató felelőssége milyen felelősségi forma szerint merülhet fel (szerződésszegésért, illetve szerződésen kívüli károkozásért való felelősség), melyet alapvetően a szolgáltatás közszolgáltatás, illetve magánszolgáltatás jellege határozza meg. Foglalkoztam a felelősség előfeltételeivel, ezek jelentéstartalmával. Vizsgáltam az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosításának kérdéseit is. Megállapítható, hogy Lengyelországban is kötelező felelősségbiztosítást kötni, nemcsak az intézményeknek, hanem az orvosoknak is. Miniszteri rendelet határozza meg, hogy milyen limitű szerződést kötelesek kötni az egyes intézmények, illetve különböző szakterületeken tevékenykedő orvosok.

2. 13-24. hónap

Ebben az időszakban a vállalt tanulmányok mellett elkészült egy betegtájékoztató kiadvány, amely tájékoztatást nyújt mind e betegeket megillető jogokról és kötelezettségeikről, mind a rendelkezésre álló jogvédelmi lehetőségekről. Betegtájékoztatók léteznek, plakát, akár szóróanyag formájában, vagy éppen honlapra feltöltve, viszont az általam készített anyaghoz hasonló komplex, mégis közérthető és lényegre törő, mind a jogokra, mind az igényérvényesítési utak rendszerére kiterjedő tájékoztatóval nem találkoztam. Online és papír alapon is alkalmas a széleskörű terjesztésre. A jogkereső betegek választhatják a klasszikus, peres igényérvényesítési utat, amely mellett számos alternatív lehetőség is adott, ezek álltak kutatómunkám középpontjában a megjelölt időszakban. Az alternatív jogvédelmi utakat két csoportra osztottam. Megjelennek az alternatív kompenzációs lehetőségek, melyek eredményeként elérhető akár a peres eljárás keretében érvényesíthető kompenzáció is. A másik csoportot alternatív konfliktuskezelési utaknak neveztem. Ezek panasztételi és vizsgálati lehetőséget nyújtó jogintézmények, melyeknél a cél annak feltárása, hogy pontosan mi történt, mi okozta a problémát, ez alapján a következtetések levonása és a hasonló esetek elkerülése, és rendszerint nem a sérelmet szenvedett anyagi kompenzálása.

2.1. Alternatív kompenzációs lehetőségek

Ennek keretében foglalkoztam az egészségügyi közvetítői eljárással, mely a mediációs modellt követi. Bár nagyon jónak tartom, hogy létezik egészségügyre specializált közvetítői eljárás, sajnos el kell ismernünk, hogy jelenlegi formájában ez a lehetőség nem működik, nem váltotta be a hozzá fűzött reményeket, nagyon csekély számú esetben zárult eredményesen az ügy ilyen eljárásban. Ennek lehetséges okait tanulmányomban számba vettem.

Tanulmányoztam továbbá a békéltető testületi eljárást, amellyel kapcsolatban megállapítható, hogy csak szűk körben alkalmazzák az egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatban ezt a lehetőséget, mivel a testületek hatásköre korlátozott ezen a területen. Azonban az eljárási rend előnyös vonásai miatt mégis fontos volt, hogy tanulmányban foglalkozzam vele.

Vizsgálataim tárgykörébe került a bírósági mediáció és közjegyző előtti egyezségi kísérletre idézés új lehetősége is.

2.2. Alternatív konfliktuskezelési lehetőségek

A jogvédelmi rendszer alapkövei, iránytűi a betegjogi képviselők, jogszabályban rögzített feladatuk, hogy peren kívüli lehetőségek igénybe vételére ösztönözzék a sérelmet szenvedett személyeket, így fontos volt a vizsgálódás ezen a területen. A civil szervezeteknek szintén fontos szerepe van a betegjogokkal kapcsolatos tájékoztatásban, közülük kiemelhetjük a Társaság a Szabadságjogokért és a Fogyasztói és Betegjogi Érdekvédelmi Szövetség tevékenységét. Az egészségügy területén tevékenykedő civil szervezeteket a Nemzeti Beteg Fórum fogja össze, alakít ki szakmai együttműködést közöttük.

Az egészségügyi törvény biztosítja a beteg számára a lehetőséget, hogy az egészségügyi ellátással összefüggésben panaszt tegyen az egészségügyi szolgáltatónál, vagy annak fenntartójánál, az intézmény számára pedig kötelezettséget teremt a panasz kivizsgálására vonatkozó szabályzat megalkotására. Az intézmények panaszkezelési szabályzatait vizsgálva azt állapítottam meg, hogy a jogi szabályozatlanság, az egységes követelmények lefektetésének hiánya e dokumentumok rendkívüli heterogenitását eredményezi, ami sokszor ezen panaszkezelési út működési hatékonyságát csökkenti. Az intézményi panaszkezelés egy új iránya a klinikai mediátor, melyet nagyon pozitív kezdeményezésnek tartok. Mind az USA-ban, mind Európai Unió országokban találkozhatunk olyan törekvésekkel, hogy a kórház pártatlan közvetítőt foglalkoztat, vagy esetenként szerződést köt vele, akinek fő feladata abban áll, hogy a problémás helyzetekben (pl. szövődmény, haláleset, kezeléssel való elégedetlenség) azonnali közbelépéssel igyekezzenek elsimítani a felek konfliktusát.

Foglalkoztam az alapvető jogok biztosának tevékenységével, mely intézmény jellegéből fakadóan ügydöntő, hatósági jogkörökkel nem rendelkezik, 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. Azokban az országokban, ahol önálló, szakosodott egészségügyi ombudsman is van, ott a kiegészítő jogvédelem jelentősebb. A hazai biztost is kifejezetten sok beteg keresi föl panaszával minden évben, így megfontolandónak tartom az egészségügyi panaszokra szakosodott biztos működésének lehetőségét.

3. 25-36. hónap

3.1. Foglalkoztam azzal a három jogviszony típussal, amelyek alapjaiban meghatározzák az egészségügyi szolgáltatók felelősségét hazánkban. Elsőként az egészségügyi szolgáltató és a beteg közötti jogi kapcsolattal, amely meghatározza az alkalmazandó felelősségi szabályokat. Bár hosszas viták után egyértelművé vált, hogy szerződéses kapcsolatról van szó, a Ptk. rekodifikációja és a felelősségi szabályok megváltozása miatt mégis a szerződésen kívüli felelősségi szabályokat kell rá alkalmazni. Az egészségügyi szolgáltató és a felelősségbiztosítást nyújtó biztosítótársaság közötti jogviszony a kárösszeg finanszírozása szempontjából döntő. Korábbi munkámat folytatva foglalkoztam a felelősségbiztosítást érintő aktuális problémákkal és legújabb lépésekkel. Jelentős továbbá az egészségügyi szolgáltató és a dolgozó közötti jogviszony, amely a kifizetett kártérítési összeg esetleges továbbhárítása szempontjából meghatározó, ennek mértéke eltérő, bizonyos jogviszonyok védettebb pozíciót jelentenek.

3.2. Ebben az időszakban a nemzetközi példákkal kapcsolatos látókör bővítésére is végeztem kutatómunkát. Ennek egyik speciális területét a gyógyulási esély elvesztésével, csökkenésével kapcsolatos, színes európai joggyakorlatból történő szemezgetés jelentette. Hazánkban és külföldön is egyre gyakrabban szembesülnek a bíróságok olyan esetekkel, amelyekben a felperes az egészségügyi kártérítési perben arra alapítja igényét, hogy elvesztette esélyét a gyógyulásra, túlélésre, vagy épp egy jobb egészségi állapot elérésére. Vannak olyan európai országok, ahol nem ismerik el az esély elvesztésének teóriájára alapított kárigényeket (pl. Svédország, Csehország). Egy másik csoportba tartoznak azok az országok, ahol az esély elvesztésével kapcsolatos eseteknek jól megalapozott gyakorlata van több területen is. Ide tartozik például Hollandia, Belgium, vagy Franciaország, mely a 19. század végén az első volt azon európai országok között, melyek elismerték ezen igényeket. A harmadik csoportba olyan európai országok sorolhatók, ahol kisebb módosításokkal (pl. a kompenzáció mértékét illetően), illetve csak bizonyos területeken ismerik el az esély elvesztésével kapcsolatos kárigényeket (pl. Olaszország, Spanyolország, Egyesült Királyság). Vizsgálati szempont volt például, hogy mi ad alapot az adott országban az ilyen típusú igények elismerésére (pl. kárfogalom tágítása, okozati összefüggés eltérő értelmezése), milyen típusú kárként (vagyon, nem vagyon) és milyen mértékben térítetik meg a kárt a gyógyulási esély elvesztésével kapcsolatos esetekben, milyen mértékű esély esetén jár kártérítés, milyen bírói gyakorlat alakult ki az utóbbi 10 évben, milyen specialitások jelennek meg (pl. esély elvesztésének kétszeres értékelése). Az eredmények közzétételére egy Kúrián működő joggyakorlat elemző csoport munkájának ütemezése miatt időben elnyújtva kerül sor.

Készült továbbá egy kézirat egy speciális felelősségi modellel kapcsolatban, amelyet csak néhány országban alkalmaznak a világon. Ez a felróhatóságot nem vizsgáló felelősségi rendszer, más

néven adminisztratív modell. Új-Zélandon vezették be először és a skandináv országokban alkalmazzák, valamint bizonyos igények tekintetében Franciaországban. A rendszer teljes egészében a perek elkerülésére épít, a felelősség hagyományos előfeltételei sem érvényesülnek, és az egészségügyi ellátás során bekövetkező károk kompenzációjáról külön erre a célra felállított adminisztratív testületek döntenek. Sokkal többen jutnak kártérítéshez, mint a percentrikus rendszerekben, és bár a kártérítési összegek alacsonyabbak, az alacsony adminisztratív költségek miatt azok nagyobb százaléka marad a károsultnál. Fontos vizsgálati szempont volt, hogy az egyes országokban mely igények kompenzálhatóak, milyen intézményi rendszeren keresztül, illetve hogyan oldják meg a finanszírozást. E speciális felelősségi rendszerrel kapcsolatban azt állapítottam meg, hogy a hibái ellenére ez áll a legközelebb az optimális kompenzációs modellhez. Ennek oka, hogy gyorsan, olcsón, nem az egészségügyi intézmények költségvetését terhelve, széles körben biztosít kompenzációt, amely jellemzői folytán nem állítja szembe az egészségügyi szolgáltatót és a beteget, nem rontja meg a gyógyító közeget a perek és gazdasági ellehetetlenülés általi fenyegetettség. Magyarország számára is megfontolandónak tartom a peren kívüli lehetőségek fejlesztését és az ösztönzést ezek széleskörű igénybevételére.