

BIZTOSÍTÁS, TÖBB SZEM-SZÖGÉBŐL

Ünnepi kötet Ujváriné dr. Antal Edit c. egyetemi docens

65. születésnapja tiszteletére

Szerkesztette:
Dr. Barta Judit

2019, Miskolc-Budapest
Novotni Alapítvány – Patrocinium Kiadó

Kiadja: a **Novotni Alapítvány és a Patrocinium Kft.**

Nyomdai munkálatok: Vareg Hungary Kft.

ISBN 978-963-413-257-8

Kézirat lezárva: 2019. május 5.

A kötetet lektorálta:

Prof. Dr. Nochta Tibor 3., 5., 6., 13., 14., 15., 16., 17., 18. számú tanulmányok és
Dr. Barta Judit: 1., 2., 4., 7., 8., 9., 10., 11., 12. számú tanulmányok

Technikai szerkesztő: dr. Certicky Mária

A kötet elején látható rajzot készítette: Ebers-Ujvári Sofia Marie

© Szerzők: Barta Judit, Barzó Tímea, Certicky Mária, Csák Csilla, Fazakas Zoltán,
Fazakas Judit, Harsányi Gyöngyi, Jakab Nóra, Juhász Ágnes, Kenderes György,
Majoros Tünde, Miskolczi Bodnár Péter, Mélypataki Gábor, Olajos István,
Prugberger Tamás, Pusztahelyi Réka, Rác Zoltán, Sági Edit, Szekeres Bernadett,
Szilágyi János Ede, Tóth Gergő, Tóth Hilda

A kötet megjelenését támogatta: Novotni Alapítvány

J

E

JA

H

Ju

M

C

Ki

M

T

TARTALOMJEGYZÉK

„EDITKE”	7
ELŐSZÓ	9
JAKAB NÓRA – SZEKERES BERNADETT <i>Biztosítási ügynökök a munkajog határán</i>	11
HARSÁNYI GYÖNGYI <i>A közvetítők szabályozásának speciális vonásai a befektetési ügyletek körében. A biztosításközvetítés és a befektetőközvetítés szabályozásának kapcsolódási pontjai</i>	19
JUHÁSZ ÁGNES <i>A biztosítási szerződések módosítása, módosulása</i>	31
MISKOLCZI-BODNÁR PÉTER <i>A biztosítók közötti információcsere kartelljogi megítélése</i>	43
CSÁK CSILLA <i>Néhány gondolat a környezeti kártételek pénzügyi kompenzációjának fedezeti rendszeréről</i>	55
KENDERES GYÖRGY – RÁCZ ZOLTÁN <i>Vázlatos áttekintés a munkajogi felelősségtanról, kitekintéssel a felelősségbiztosításra</i>	63
MÉLYPATAKI GÁBOR <i>Munkahelyi biztonság és kockázatértékelés</i>	87
TÓTH HILDA <i>A nyugdíjbiztosítás rendszerében való kötelező részvétel tapasztalatai a holland példán keresztül</i>	95

PRUGBERGER TAMÁS	
<i>A magyar nyugdíjrendszer alakulásának főbb csomópontjai a nyugat-európai nyugdíjrendszerek és az európai uniós egységtési törekvés jegyében</i>	103
SZILÁGYI JÁNOS EDE	
<i>A mezőgazdasági kockázatkezelési rendszer kiépítésének indokai, lépései és főbb jogintézményei – Előkészítő tanulmány</i>	113
OLAJOS ISTVÁN	
<i>Termékbiztosítások a mezőgazdasági növényállomány biztosítás körében</i>	121
SÁPI EDIT	
<i>Gondolatok a műkincsek értékéről, különös tekintettel biztosításukra</i>	131
FAZEKAS JUDIT	
<i>Hannibal ante portas! Autonóm járművek – Termékfelelősség – Biztosítás</i>	139
PUSZTAHELYI RÉKA	
<i>A gépjármű-felelősségbiztosítás és a veszélyes üzemi felelősség egyes interakciói, különös tekintettel a gépjármű és a forgalomban való részvétel fogalmakra</i>	163
CERTICKY MÁRIO	
<i>Szerződésszegéssel okozott kár és a felelősségbiztosítás</i>	173
BARZÓ TÍMEA	
<i>Az egészségügyi szakmai felelősségbiztosítás buktatói</i>	193
BARTA JUDIT	
<i>Szakmai felelősségbiztosítás – tervezői felelősségbiztosítás</i>	209
FAZAKAS ZOLTÁN	
<i>Gondolatok az ügyvédi felelősségbiztosításról</i>	223
TÓTHNÉ MAJOROS TÜNDE – TÓTH GERGŐ	
<i>Szükséges-e egy egységes sportbiztosítási koncepció?</i>	237

„E

Ujva
emb
értél
M
keve
/
azoi
J
okta
Polg
201
sére
]
de r
okt
téke
mu
:
zett
szív
Rit
:
ma
:
az
diá
:
okt
A k
kol
áll

Barzó Tímea¹

AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZAKMAI FELELŐSSÉGBIZTOSÍTÁS BUKTATÓI²

„Valahányszor valaki jót cselekszik ezen a világon: egy (...)
pillangó száll föl a levegőbe, s viszi a hírt a Jóistennek.”
(Wass Albert)

*Drága Editke! Születésnapod alkalmából sok szeretettel kívánunk Neked jó egészséget,
sok boldogságot és örömet csodás Családod körében, és egyben nagyon köszönjük, hogy
milliószámra röpködnek körülöttünk a tarka színes pillangók a levegőben!*

1. Az egészségügyi kártérítési kérdések változásai

Az orvos, illetve az őt foglalkoztató egészségügyi szolgáltató kártérítési felelősségével összefüggésben az elmúlt évtizedekben számos változás ment végbe. Egyrészt az egészségügyi kártérítési perek alapkérdése volt, hogy a károkozást a beteg és az egészségügyi szolgáltató közötti szerződéses kapcsolat (*kontraktuális felelősség*), vagy a szerződésen kívüli károkozás (*deliktuális felelősség*) általános törvényi tényállása alapján kell-e elbírálni.³ A bírói gyakorlat a kérdést kezdetben tipikusan kártérítési jogviszonyként kezelte, így az ilyen igényeket jellemzően a *szerződésen kívüli károkozás (deliktuális felelősség)* szabályai szerint bírálták el.⁴ A 2000-es évek eleje óta azonban gyökeres változáson ment keresztül az egészségügyi kártérítési perek alapkérdésének tekinthető egészségügyi szolgáltató (orvos) – beteg kapcsolat jogi megítélése.⁵ *Kemenes*

- 1 Dr. Barzó Tímea, egyetemi docens, Miskolci Egyetem, Állam- és Jogtudományi Kar, Civilisztikai Tudományok Intézete, Polgári Jogi Intézeti Tanszék.
- 2 A kutatást az EFOP-3.6.2-16-2017-00007 azonosító számú, Az intelligens, fenntartható és inkluzív társadalom fejlesztésének aspektusai: társadalmi, technológiai, innovációs hálózatok a foglalkoztatásban és a digitális gazdaságban című projekt támogatta. A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap és Magyarország költségvetése társfinanszírozásában valósul meg.
- 3 BARZÓ Tímea: *Polgári jogi felelősség az egészségügyben*. In: Barzó Tímea – Papp Tekla (szerk.): *Civilisztika II. Dologi jog – Felelősségtan*. Dialóg Campus Kiadó, Budapest, 2019, 446.
- 4 SZEGHŐ Ágnes: *Az egészségügyi szolgáltatás nyújtásával összefüggésben okozott károkért való felelősség szabályainak változása napjainkban*. In: *Jogelméleti Szemle* 2010/2. sz., 1-3.; lásd: <http://jesz.ajk.elte.hu/szegho42.html>, letöltve: 2018.01.31.
- 5 JOBBÁGYI Gábor: *Az orvos-beteg jogviszony az új Ptk.-ban*. In: *Polgári Jogi Kodifikáció* 2005/3. sz., 15–20.

István, a Szegedi Ítélőtábla Polgári Kollégiumának vezetőjeként 2008-ban már úgy foglalt állást, hogy az orvos (egészségügyi intézmény) és a beteg között a károkozást megelőzően szerződéses jogviszony áll fenn, amelynek „tartalma nem az orvosnak a károkozástól való tartózkodása, hanem éppen ellenkezőleg, az orvos kötelezettsége meghatározott másik fél, a beteg irányában gyógyító, tevőleges magatartás kifejtésére.”

Akkor a vitára az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.) 244. §-ának 2010. január 1-jével hatályba lépő módosítása tett pontot annak kimondásával, hogy „az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggésben keletkezett kárigények tekintetében a szerződésszegéssel okozott károkért való felelősség polgári jogi szabályait kell megfelelően alkalmazni.”⁶ Ezt követően a bírói gyakorlat is ennek megfelelően alakult.⁷ Meg kell azonban jegyeznünk, hogy az 1959-es Ptk. hatályban léte idején nem volt jelentősége annak, hogy az egészségügyi ellátásokkal összefüggésben a betegeknek felmerült káreseményt kárkötelemként, vagy szerződésszegésként ítélte meg a bíróság, mivel a szerződésszegésért való felelősségre, valamint a kártérítés mértékére a szerződésen kívüli károkozás szabályait kellett alkalmazni.⁸

A Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény 2014. március hó 15. napjától hatályos rendelkezései azonban az egészségügyi kártérítési perek alapjául szolgáló jogviszonyok újbóli vizsgálatát tették szükségessé, mivel – a korábbiaktól eltérően – a *kontraktuális* (szerződésszegéssel okozott kárért való) felelősségi szabályok a *deliktuális* (szerződésen kívüli károkozásért való) felelősségi szabályokhoz képest teljesen új dogmatikai megalapozást nyertek, azaz az új szabályozással szigorodott a szerződésszegő fél kimentési lehetősége.⁹ A kötelezett ellenőrzési körén kívül eső körülmények sem alkalmasak azonban a mentesítésre, ha azokkal a *kötelezettnek a szerződés megkötésekor objektíve számolnia kellett*.¹⁰

Az egészségügyi szolgáltatók kimentését elnehezítő szabályok alkalmazásának elkerülését a jogalkotó az Eütv. 244. § (2) bekezdésének ismételt – 2014. március 15-ei hatállyal érvényesülő – módosításával oldotta meg.¹¹ A korábbi bírói ítéle-

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

7 BDT2008. 1755.

8 A Polgári Törvénykönyvről szóló 1959. évi IV. törvény (a továbbiakban: 1959-es Ptk.) 318. § (1) bekezdés. SÁNDOR Judit: *Gyógyítás és ítélkezés*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1997, 57.

9 A hatályos Ptk. szabályai szerint a szerződésszegéssel okozott kár megtérítésének kötelezettsége alól a szerződésszegő csak annak bizonyításával *mentesülhet*, hogy a a) a károkozó körülmény a *szerződésszegő fél ellenőrzési körén kívül esik* (pl. vis maior hagyományos esetei, mint járvány, földrengés, vagy súlyos üzemzavar), b) ez a körülmény a szerződés-kötés időpontjában *előre nem volt látható*, azaz nem kellett és lehetett arra előre számítani, és c) *nem volt elvárható* a szerződésszegő féltől, hogy ezt a körülményt *elkerülje vagy a kárt elhárítsa*. Ptk. 6:142. §

10 FUGLINSZKY Ádám: *A szerződésszegéssel okozott kárért való felelősség*. In: Wellmann György (szerk.): *Az új Ptk. magyarázata*. V/VI. HVG-ORAC, Budapest, 2013, 235.

11 Egyes törvényeknek az új Polgári Törvénykönyv hatálybalépésével összefüggő módosítá-

zési gyakorlatnak megfelelő status quo biztosítása érdekében kimondta, hogy „Az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggésben keletkezett kárigényekre, illetve a személyiségi jogsértések esetén követelhető igényekre a Ptk.-nak a szerződésen kívül okozott kárért való felelősségre, valamint a személyiségi jogok megsértésének szankcióira vonatkozó szabályait kell megfelelően alkalmazni.” Tehát az egészségügyi szolgáltató beteget megkárosító magatartása jellemzően továbbra is egy már érvényesen létrejött konkrét kezelési szerződésben vállalt kötelezettség megszegését jelenti, azonban – többek között – a kimentésre nem a szerződésszegéssel okozott kár objektivizált felelősségi szabályai lesznek az irányadók, hanem a szerződésen kívüli károkozás korábban is érvényesülő exculpációs, felróhatóságon alapuló rendelkezései.

Vannak azonban olyan – jellemzően eredménykötelmek körébe tartozó – egészségügyi tevékenység körébe tartozó szerződések, ahol a deliktuális felelősségi szabályok mellett – különösen a fogművek, fogpótlások készítése körében – továbbra is érvényesülnek a szerződésszegés, különösen a hibás teljesítés jogkövetkezményei. További szempont, hogy mind az egészségügyi kártérítési kérdések, mind az ezzel összefüggésben folyamatosan alakuló bírói gyakorlat állandóan a figyelem középpontjába voltak és vannak, melynek több oka is van.

- a) Egyik, hogy az orvosi mulasztás következtében előálló káreseményeknek mindig hírértéke van.
- b) A másik ok, hogy nemcsak az „orvosi” kártérítési perek száma, de a vagyoni és nem vagyoni sérelmek ellensúlyozására követelt,¹² illetve megítélt összegek nagysága is folyamatosan emelkedik, mely több okra is visszavezethető.¹³ Az elhúzó eljárások miatt nőnek a kamatok. A felperesek továbbá számos különböző vagyoni kártérítési igényt érvényesíthetnek, ami mellett jelentős összeget tesz ki

sáról szóló 2013. évi CCLII. törvény 8. § (20) bekezdése. Lásd ehhez még BARTA Judit: *A szerződésszegéssel okozott kárért fennálló felelősség*. In: Barzó Tímea – Papp Tekla (szerk.): *Civilisztika II. Dologi jog – Felelősségtan*. Dialóg Campus Kiadó, Budapest, 2019, 415-442.

- 12 Simon Tamás már 2002-ben arról számol be, hogy a megítélt kártérítési összegek jelentősen emelkedtek a korábbiakhoz képest. SIMON Tamás: *Felelősségbiztosítás az egészségügyben. Ne hagyjuk magára az orvost*. In: *Leges Artis Medicinae* 2002/12. szám. A hírek 2011-ben már több, mint százmilliós kártérítési összegről és havi félmillió forint összegű járadék-ról számoltak be egy konkrét ügy kapcsán. Lásd: <https://24.hu/belfold/2011/06/07/magyar-nemzet-rekord-kozeli-muhibaperes-karterites/>, Letöltve: 2019.03.09., a továbbiakban: SIMON (2002).; Simon Tamás egy másik munkájában pedig arról írt, hogy folyamatban volt olyan per is, ahol az igazolt vagyoni kártérítési igény majdnem meghaladta a négyszázmillió forintot és a havi járadék igénye a felperesnek a rendkívül magas igazolt kiesett jövedelme miatt 7.500.000 Ft volt. SIMON Tamás: *Ne csak a szex legyen biztonságos! avagy merünk még a szakmai felelősségbiztosításról beszélni*. Lásd: http://384ugyvediroda.hu/images/pdf/necsaka_szex.pdf, letöltve: 2019.03.09.
- 13 ZÁKÁNY Judit: *A felelősségbiztosítás, mint a beteg és az intézmény védelmének garanciája?* In: *Jogtudományi Közöny* 2013/3. sz., 154., a továbbiakban: ZÁKÁNY (2013).

a nem vagyoni sérelmek miatt megítélt nem vagyoni kártérítés (sérelemdíj) is. Ezen összegek további emelkedését prognosztizálják az alábbi tényezők: az élet- és értékviszonyok, illetve az infláció, fogyasztói árindex növekedése, az Európai Unió több tagállamában fennálló, jelentősen magasabb kártérítési összegeket megítélő gyakorlat lassú beszivárgása, illetve a kötelező gépjármű-felelősségbiztosítás miatt hasonló egészségkárosodásokért megítélt magasabb kártérítési összegeknek az egészségügyi szolgáltató által okozott hasonló egészségkárosodások esetére történő átemelése.¹⁴

- c) Harmadik okként jelölhető meg, hogy az egészségügyi szolgáltatók kártérítő felelőssége jelentős hatással van az egészségügyi ellátórendszer működésére, hiszen a megítélt kártérítési összegek (és az egészségügyi szolgáltatók eljárási költségei) olyan jelentősek lehetnek, ami a napi működésre és ezzel közvetve a betegellátásra szintén kihatással lehet. Nem szabad megfeledkeznünk továbbá arról sem, hogy az egészségügy működéséről a társadalomban kialakult képet jelentősen befolyásolják a szolgáltatók felelősségéről, a „műhibákról” szóló hírek.¹⁵

Megállapítható tehát, hogy az orvosi felelősség határai szélesednek. Ugyanez azonban nem mondható el az orvosok, illetve az egészségügyi szolgáltatók védelmében hozott intézkedésekről, jogi környezetről. Ennek lehetne az egyik leghatékonyabb eszköze a szakmai felelősségbiztosítás.

2. A szakmai felelősségbiztosítás megjelenése és „mélyrepülése” az egészségügyben

Az egészségügyi szolgáltatók felelősségbiztosítása a *rendszer váltás óta* jutott jelentőséghez hazánkban. Az 1990. január 1-től hatályos jogszabályi rendelkezések ugyanis bármilyen egyéni vagy társas vállalkozó számára megengedték az egészségügyi szolgáltató (magán) tevékenység végzését, illetve egészségügyi intézmény létesítését vagy fenntartását, ha teljesítette a jogszabályban meghatározott személyi és tárgyi feltételeket. Ezek közé tartozott az egészségügyi tevékenysége során okozott kár megtérítésére vonatkozó felelősségbiztosítás megkötése.¹⁶ Annak ellenére, hogy az államilag finanszírozott egészségügyi közellátást nyújtó szolgáltatók tekintetében még nem volt kötelező erejű a felelősségbiztosítás megléte, 1992-re szinte minden intézmény rendelkezett ilyen szerződéssel. Ebben az időszakban még a felelősségbiztosítók is lehetséges piacot

14 SIMON Tamás: *Strucc Malvin módjára. Kezelhető-e a szakmai felelősségbiztosítás.* In: Kórház 2005/10. szám., a továbbiakban: SIMON (2005).

15 DÓSA Ágnes: *Egészségügyi szolgáltatók felelőssége – krízis és kiútkezelés.* In: Magyar Tudomány 2017/7. sz., 1. lásd: <http://www.matud.iif.hu/2017/07/07.htm>, letöltve: 2019.03.09.

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

láttak a szakmai felelősségbiztosítás palettáján, és változatos szerződési feltételekkel nyújtották szolgáltatásaikat a kórházaknak, és szakrendelőknél. Elmondható, hogy ebben az időszakban megvalósult az állam, a betegek és hozzátartozóik (felperesek), az egészségügyi szolgáltatók (alperesek) és a biztosítók érdekazonossága, érdekegyesége, amit a peren kívüli egyezségek nagy száma is igazolt. Ez az ideális helyzet azonban sajnos igen rövid ideig tartott.¹⁷

Az 1998. július hó 1. napján hatályba lépett Egészségügyi Törvény terjesztette ki a felelősségbiztosítás megkötésének kötelezettségét *valamennyi egészségügyi szolgáltatóra* azzal, hogy az egészségügyi szolgáltatás nyújtására vonatkozó működési engedély kiadását – többek között – az egészségügyi szolgáltatás során okozott kár megtérítésére vonatkozó *felelősségbiztosítás meglétéhez kötötte*.¹⁸

Bár az 1959-es Polgári Törvénykönyv¹⁹ meghatározta a felelősségbiztosítás fogalmát, azonban a jogszabályok semmilyen részletkérdésről nem rendelkeztek annak ellenére, hogy az Eütv. már akkor felhatalmazta a kormányt egy egészségügyi szakmai felelősségbiztosításról szóló végrehajtási rendelet megalkotására.²⁰ A jogszabályi rendelkezés hiányában így a gyakorlat és a biztosítók alakították a szakmai felelősségbiztosítás tartalmát és az általános szerződési feltételeket az egészségügyben.

Zákány Judit szerint a felelősségbiztosítás körében kialakult „ideális állapot” megváltozását és a felelősségbiztosítási rendszerünk hanyatlását az egészségügyi szolgáltatók elleni perekben megfigyelhető gyakorlat megváltozása idézte elő elsődlegesen.²¹ Megítélésünk szerint azonban a bírói gyakorlat megváltozása már csak a következménye volt azoknak az időközben bekövetkezett társadalmi és gazdasági változásoknak, amik 1997-ben már egy teljesen új szemléletű Egészségügyi Törvény (Eütv.) megalkotásához vezettek. A kialakult új jogi helyzet, szemlélet és környezet, valamint az ennek hatására megszorodott egészségügyi kártérítési perek jelezte fenyegetettség indokolta már a felelősségbiztosítási szerződések megkötésének kötelező előírását is. Az 1997-ben született Eütv. megalkotását egy elég hosszú

17 SIMON Tamás: Szakmai felelősségbiztosítás az állam, az egészségügyi szolgáltatók, a betegek és a biztosítók szemszögéből, avagy érdekazonosságok az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelőségének elbírálása során. Simon Tamás előadása, mely a „Nagy lépések az egészségügyben” címmel meghirdetett szakmai konferencián hangzott el Budapesten, 2004. november 14-én. Lásd: <http://www.384ugyvediroda.hu/images/pdf/allam.pdf>, Letöltve: 2019.03.09., a továbbiakban: SIMON (2004).

18 Eütv. 108. § (1) – (2) bekezdés

19 A felelősségbiztosítási szerződés alapján a biztosított követelheti, hogy a biztosító a szerződésben megállapított mértékben mentesítse őt olyan kár megtérítése alól, amelyekért jogszabály szerint felelős. 1959-es Ptk. 559. § (1) bekezdés

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

21 ZÁKÁNY (2013): 155.

előkészítő munka, továbbá társadalmi és szakmai egyeztetés előzte meg, melynek során kiemelkedő hangsúlyt kaptak a külön fejezetben tárgyalt betegjogok, az egyes betegjogokra vonatkozó – sokszor rendkívül részletes – törvényi előírások, melyek öntudatra ébresztették az addig a paternalisztikus gondolkodás uralta betegeket. Ennek hatására megszorodott az egészségügyi kártérítési perek száma, melyek az 1997-es Eütv.-ben rögzített szabályokra és az egyre inkább a figyelem középpontjába kerülő „fogyasztói” szemlélet térnyerésére tekintettel egyre többször végződtek az alperesi egészségügyi szolgáltatók elmarasztalásával. Peren kívüli egészség ebben az időben szinte már nem jöhetett létre, hiszen az alacsony limit mellett már a felpereseknek sem volt érdeke az egyezés, míg az egészségügyi szolgáltatók saját hatáskörükben anyagi erőforrás hiányában nem tudtak egyezséget kötni. A felperesek egyedüli lehetőségként hosszú ideig tartó peres eljárásokat indíthattak.²² A kártérítési perek számának és a megítélt vagyoni és nem vagyoni kártérítési összegek emelkedésével egyre csökkent a profitorientált biztosítók biztosítási díjából származó bevétele és a folyamatos helytállási kötelezettség alapján kifizetett biztosítási összegek közötti különbségből előálló nyeresége. Ennek eredményeképpen pedig az érdekazonosság megszűnt, és kezdett egyre jobban veszteségessé válni ez az üzletág annak ellenére, hogy gyakorlatilag valamennyi egészségügyi szolgáltató számára kötelezővé vált a szakmai felelősségbiztosítás megkötése.²³ Ennek következtében több biztosító kivonult erről a piacról,²⁴ vagy jelentősen megváltoztatta az általános szerződési feltételeket.

A változások eredményeképpen létrejött kedvezőtlen szabályozási helyzet a következőkben foglalható össze:

- a) Jelentősen szűkültek a *biztosítási eseményként* megjelölt és körülírt magatartások. A különböző biztosítók sokszor eltérő fogalmakat használnak, rendkívül szűk értelmezés mellett.
- b) Ezzel egy időben azonban jelentősen megnöttek a *biztosító helytállási kötelezettségét kizáró esetek*, melyek között megjelentek teljes szakterületek is.²⁵ Tekintettel arra,

22 SIMON Tamás: Szakmai felelősségbiztosítás az állam, az egészségügyi szolgáltatók, a betegek és a biztosítók szemszögéből, avagy érdekazonosságok az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségének elbírálása során. Vö.: SIMON (2004).

23 A szakirodalomban fellelhető állásponttal – így pl. ZÁKÁNY (2013): 155. – ellentétben azonban megítélésünk szerint ez nem jelent egyoldalú szerződéskötési kötelezettséget, mert mind a biztosító, mind pedig az egészségügyi szolgáltató azzal a szerződő partnerrel köt szerződést, akinek a szerződési konstrukció számára a legkedvezőbbek. Am a gondot okozza, az inkább az, hogy egyre kevesebb biztosító nyújt kedvezőnek tekinthető feltételeket ebben a körben.

24 A legjelentősebb biztosítók, akik szolgáltatást nyújtanak a piacon: az Allianz Hungária Zrt., a Generali Biztosító Zrt., a Groupama Garancia Biztosító Zrt., CIG Pannónia Első Magyar Általános Biztosító Zrt. és az UNIQA Biztosító Zrt.

25 Mind az Allianz Biztosító, mind pedig a Groupama Garancia Biztosító kizárja a kizárólag esztétikai célból vagy okból végzett plasztikai műtét során okozott károkkért való helytállást.

hogy a legtöbb kártérítési perben felmerül az alperesi egészségügyi szolgáltató dokumentációs hiányosságaira is visszavezethető felelőssége, kártérítési kötelezettsége, rendkívül méltánytalan kizárni a helytállási kötelezettséget az orvosi dokumentációs, illetve adminisztrációs előírások elmulasztásával okozott károk vonatkozásában.²⁶ Hasonlóan indokolatlan az egészségügyi tevékenység szerves részét képező tájékoztatási kötelezettséggel kapcsolatos károkat is felsorolni a kizáró okok között.²⁷ Van olyan biztosító is, ami teljesen kizárja a biztosító helytállási kötelezettségét a kórházak, rendelőintézetek, felelősségi körében felmerülő károokra.²⁸

- c) Korlátozták a biztosítók a helytállási kötelezettségüket a *szerződés időbeli hatályának* meghatározásával is. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége ugyanis – főszabály szerint – a kockázatviselés tartama alatt okozott, bekövetkezett és bejelentett biztosítási eseményekre terjed ki, amely eltérő rendelkezés hiányában kizárja a biztosító helytállási kötelezettségét a biztosítási szerződés megszűnését követően bejelentett olyan károk esetében, amit a biztosított egészségügyi szolgáltató még a biztosítási szerződés hatálya alatt okozott. Ez különösen olyan esetekben vezetett méltánytalansághoz, amikor a károkozó egészségügyi szolgáltató felelősségbiztosítót váltott, és a korábbi felelősségbiztosítási szerződése hatálya alatt tanúsított mulasztásával összefüggésben keletkezett káresemény miatt a beteg az öt éves elévülési időn belül, de már az új felelősségbiztosítási szerződés hatálya alatt jelentette be kárigényét. A régi felelősségbiztosítás időbeli hatálya már megszűnt, az új felelősségbiztosítás hatálya alá pedig még nem tartozott a bejelentett biztosítási esemény. Erre tekintettel szerepel jelenleg már szinte minden szakmai felelősségbiztosítási szerződésben, hogy amennyiben a felek úgy kötnek a biztosított tevékenységére

A Groupama Garancia Biztosító és a CIG Pannónia Első Magyar Általános Biztosító Zrt továbbá külön díj megfizetése és egyedi megállapodásban meghatározott feltételek szerint téríti a szülészeti, nőgyógyászati tevékenységből, a betegszállítási, mentőorvosi tevékenységből, a sürgősségi ellátásból vagy traumatológiai egészségügyi tevékenységből, továbbá az egészségügyi intézményben fekvőbeteg ellátás egészségügyi szolgáltatói tevékenység keretében okozott károkat. Groupama Garancia Biztosító „Orvosok Szakmai Felelősségbiztosításának szerződési feltételei” (GB903). A CIG Pannónia Első Magyar Általános Biztosító Zrt. szintén külön feltételek mellett vállalja az előbbi szakmákhoz tartozó helytállási kötelezettséget azzal a lényeges különbséggel, hogy teljesen kizárja a biztosító helytállási kötelezettségét a kórházak, rendelőintézetek, felelősségi körében felmerülő károokra. Pannónia (F.36.sz.) MOK Doktor orvosi szakmai felelősségbiztosítás kiegészítő záradék 7.3. pontja. Az Uniqa Biztosító konkrétan kizárja a mentőszállítással, betegszállítással kapcsolatos károk megtérítését. Uniqa Biztosító PSZF 4.5.9.2.9.

26 Generáli Biztosító Zrt. ETSZF X. pontja 21.

27 Allianz Biztosító „Egészségügyi szolgáltatók felelősségbiztosítására vonatkozó kiegészítő biztosítási feltételei”, továbbá Uniqa Biztosító PSZF 4.5.9.2.5.

28 MOK Doktor orvosi szakmai felelősségbiztosítás kiegészítő záradék 7.3. pontja.

nézve felelősségbiztosítási szerződéseket, hogy a biztosítási fedezet folyamatosan, megszakítás nélkül fennáll, úgy a károkozás szempontjából az összes biztosítást egy szerződésnek kell tekinteni. Ebben az esetben a kárrendezés során a károkozás időpontjában hatályban lévő szerződés rendelkezéseit kell alkalmazni.²⁹

- d) A biztosítási szerződések kezdettől – azaz az 1989-es indulásuktól kezdődően – *limitálják az összegszerű helytállási kötelezettségüket* mind káreseményenként, mind pedig évenként. Ez azt jelenti, hogy biztosítási esemény bekövetkezése esetén is nem a teljes kártérítést kell a biztosítónak megfizetnie, hanem csak a szerződés szerinti limitet, ami a mai napig még mindig sok esetben ötmillió forint. Bár néhány biztosító – érthetetlen módon dominánsan a járóbeteg-ellátásban – megemelte az eseti limit összegét tízmillió forintra, legtöbbször még mindig csak külön feltételek és *emelt biztosítási díj* esetén fizet a biztosító magasabb – jellemzően tízmillió forint – összeget.³⁰ Néhány egyedi biztosításnál (emelt díj mellett) lehet találni ennél is magasabb összeget.³¹ A közfinanszírozott egészségügyi intézmények által választott legalacsonyabb biztosítási limittel kötött szerződési gyakorlatnak az egészségügyi szolgáltatók gyenge pénzügyi lehetősége az oka. Ebben a körben jellemzőek az ún. látszat biztosítások is, melynek lényege, hogy a kötelező felelősségbiztosítás ürügyén a fekvőbeteg-gyógyintézetek akkora összeget fizetnek be a biztosítóknak, ami még belefér a költségvetésükbe. Ehhez az összeghez rendelik hozzá azt a biztosítási limitet – eseti ötmillió és évi tízmillió forint – és fedezeti kört, ami még a biztosítónak is megéri. Ez az összeg sokszor a fekvőbeteg-gyógyintézetek teljes éves kártérítési (sérelemdíjfizetési) kötelezettségének csupán egy töredékét fedezi. A fizetési kötelezettség fennmaradó részét a kórháznak kell kigazdálkodnia.³² A legnagyobb probléma tehát az, hogy a

29 Groupama Garancia Biztosító „Orvosok Szakmai Felelősségbiztosításának szerződési feltételei” (GB903) 3.4. pont. Hasonló rendelkezést tartalmaz az Uniqa Biztosító PFSZ 1.5. pont és az Allianz Biztosító „Egészségügyi szolgáltatók felelősségbiztosítására vonatkozó kiegészítő biztosítási feltételei” 4.4.6. pontja., Pannónia Egészségügyi Szolgáltatók Szakmai Felelősségbiztosítási Feltételei 3.5. pontja.

30 SIMON (2002): 2.

31 Az uniós jogalkotás keretében nyert továbbá szabályozást – többek között – a viszontbiztosítási tevékenység, a biztosítási szerződések jogterülete, a gépjármű biztosítás, valamint a biztosítási közvetítők munkájára vonatkozó kérdéskör. HIDVÉGINÉ Adorján Livia – SÁRINÉ Simkó Ágnes: *Biztosítási szerződések az egészségügyben. 3. Orvos-beteg jogviszonyok az egészségügyben*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2015, 138., a továbbiakban: HIDVÉGINÉ – SÁRINÉ (2015).; Lásd még SIMON Tamás: *Ne csak a szex legyen biztonságos! avagy merünk még a szakmai felelősségbiztosításról beszélni.* Lásd: http://384ugyvediroda.hu/images/pdf/necsaka_szex.pdf, letöltve: 2019.03.09.

32 Az uniós jogalkotás keretében nyert továbbá szabályozást – többek között – a viszontbiztosítási tevékenység, a biztosítási szerződések jogterülete, a gépjármű biztosítás, valamint a biztosítási közvetítők munkájára vonatkozó kérdéskör. HIDVÉGINÉ – SÁRINÉ (2015): 137.

biztosítási díjak fedezetét a társadalombiztosítási finanszírozás nem tartalmazza, azt az intézményeknek más forrásból kell megteremtenie.³³ Elmondható, hogy a túlzottan alacsony biztosítási limitek a piac rossz működésének legfőbb okai.

- e) A biztosítási szerződések továbbá mindig tartalmaznak önrészt, így az összegszerű kifizetések a biztosítók oldaláról dupla korlátozás alá esnek.³⁴ Az önrész meghatározása kizárólag olyan esetekben lehet indokolt, amikor az egészségügyi szolgáltatók által fizetendő kártérítés mértéke a biztosítók helytállási limitjén belül marad. A helytállási limiten felüli részt ugyanis az egészségügyi intézménynek szintén magának kell fizetnie (másik önrész), ami már kétszeresen hozza hátrányos helyzetbe a pervesztes intézményt.³⁵
- f) Végül a biztosítók igyekeznek egyre nagyobb körben meghatározni azon események körét, amikor *mentesülnek a biztosítási szolgáltatás teljesítése alól*. A Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (Ptk.) értelmében a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettsége alól, ha bizonyítja, hogy a kárt jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással a szerződő fél vagy a biztosított okozta.³⁶ A szándékosnak, vagy súlyosan gondatlannak minősített károkozásból fakadó károkat a biztosítók a korábbi, 1959-es Ptk. hatálya alatt térítették, legfeljebb visszakövetelheték a szerződőtől/biztosítottól a kifizetett biztosítási összeget, a károsult érdeke azonban nem sérült. A jelenlegi szabályozás azonban módosította az ide vonatkozó rendelkezéseket a károsult – jelen esetben a beteg – hátrányára.³⁷ A súlyosan gondatlan magatartások körét a biztosító maga állapíthatja meg, mely körben általánosan nevesítik azt az esetet, amikor jogszabályban, *egyéb előírásban* meghatározott személyi és/vagy tárgyi feltételek hiányában végezte a biztosított egészségügyi szolgáltató tevékenységét, és ez a károkozásban (személyiségi jogsértésben) közrehatott.³⁸ Ez az „ördögi kört” eredményező mentesülési ok azért

33 MARTINI Jenő: *Az egészségügyi felelősségbiztosításról*. Lásd: <http://martini-ugyvedei.hu/allasfoglalasok/egeszsegugyi-felelossegbiztositas/>, Letöltve: 2019.03.09.

34 SIMON (2002): 2-3.

35 SIMON (2004).

36 Ptk. 6:464. § (1) bekezdés a) pont.

37 A felek ezért a biztosítási szerződésben állapodhatnak meg arról, hogy a biztosító helytállást vállal a biztosított súlyosan gondatlan, szándékos magatartásáért – esetleg megtérítési jog fenntartásával –, amely különösen fontos lehet, a szakmai felelősségbiztosítások körében. UJVÁRINÉ dr. Antal Edit: *A felelősségbiztosítási szerződés*. In: Barta Judit – Barzó Tímea – Csák Csilla (szerk.): *Magyarázat a kártérítési jogról*. Wolters Kluwer Kiadó, Budapest, 2018, 219-222.

38 Allianz Biztosító „ALLIANZ SZAKMAVÉDELEM-SZAKMAI FELELŐSSÉGBIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEI” 7. pont a) pont, továbbá Groupama Garancia Biztosító „Vállalkozások felelősségbiztosításának általános szerződési feltételei és ügyféltájékoztatója.” 12.3. d) pont, Generali Biztosító „Általános felelősségbiztosítási feltételgyűjtemény” X.1. c) pont.

is elgondolkodtató, mert a legtöbb esetben a szigorú költségvetés és pénzügyi lehetőségek mellett működő egészségügyi szolgáltatónak azért nincs finansiális lehetősége a szükséges tárgyi eszközök elvárható – szakmai protokollokban körülírt – szintű biztosítására, mert adott esetben saját pénzügyi forrásai felhasználásával kell teljesítenie a károsultak felé a bíróság által megítélt és a biztosítási eseti limitösszeget meghaladó kártérítési/sérelemdíj fizetési kötelezettségét. A tárgyi eszközök hiányában végzett és emiatt részben bekövetkezett sérelmek esetében pedig mentesül a biztosító, ami az érintett egészségügyi szolgáltató pénzügyi ellehetetlenülését vonhatja maga után. Szintén kiemelésre érdemes a súlyos gondatlanságot megalapozó mentesülési szabályok közül az a körülmény, amikor a kárt vagy nem vagyoni sérelmet a biztosított a tevékenysége végzésére vonatkozó *etikai szabályok súlyos megsértésével* okozta.³⁹ A Magyar Orvosi Kamara Etikai Statútuma alapvető szinten rögzíti az élet és az emberi méltóság tiszteletét, a „mindig jót tenni és nem ártani” (nil nocere) elvét, a betegek fokozott védelmének követelményét,⁴⁰ mely princípiumok szinte minden orvosi mulasztás eredményezte kártérítési eseménynél súlyosan sérülnek; megalapozva ezzel a biztosító mentesülését. Hasonlóan indokolatlanul egyoldalú mentesülési kitétel a foglalkozási szabályok súlyos megsértésével okozott kár is.⁴¹ Polgári bíróság ugyanis ezt a kérdést mindig a felróhatóság körében vizsgálja, ahol nem tesz különbséget a szakmai szabályok különböző szintű megszegése között. Megjegyezni kívánjuk, hogy az új Munka Törvénykönyvének hatályba lépését követően az egészségügyi tevékenység specialitásait szabályozó törvény épp az egészségügyi ellátás nyújtásával felmerülő, átlagosnál jóval magasabb kockázat miatt, az Mt. 179. § (3) bekezdésében foglaltaktól eltérően az alkalmazott egészségügyi dolgozó által – kizárólag az egészségügyi tevékenysége végzésével a betegnek – okozott kár esetén a kártérítés mértékét súlyosan gondatlan károkozás esetén is korlátozza és a munkavállaló négyhavi távolléti díjának összegében maximalizálja.⁴² Az egyes biztosítóknál élő biztosítási feltételek ezzel ellentétes tendenciával pedig inkább tagítják a mentesülésközvetítő súlyos gondatlanság esetköreit.

A biztosítót mentesítő súlyos gondatlanságot kimerítő körülmények között kizárólag olyanokat lenne indokolt megfogalmazni, amelyeket az egészségügyi intézmény előre ismer és előre elháríthat, mint pl. a munkavállaló ittas vagy bódult állapota, a mű-

39 Allianz Biztosító „ALLIANZ SZAKMAVÉDELEM-SZAKMAI FELELŐSSÉGBIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEI” 7. pont c) pont.

40 Magyar Orvosi Kamara Etikai Statútum I.1.2. (1)-(2) és (6) pontok.

41 Groupama Garancia Biztosító „Vállalkozások felelősségbiztosításának általános szerződési feltételei és ügyféltájékoztatója.” 12.3. e) pont.

42 Az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. törvény 15/C. §

ködé
csökl
jával.
közö

B.
Eütv.
lelöss
ezen
követ
szaki
bizto
üzlet
teljes

A
sajno
teni :
bizto
széles
bele :
ellen
a fele
(sétel
szolg
nagy
értele
kárté
mint
széles
datla

A
mezé
másr

43 S

44 I

d

z

il

T

45 S

E

46 S

ködési engedély hiánya.⁴³ Ezekben az esetekben ugyanis a biztosítottság ténye már csökkentené a biztosított gondosságát, mely ellentétes a felelősségbiztosítás funkciójával.⁴⁴ Méltánytalan azonban olyan körülmények szerepeltetése a mentesülési okok között, mely az adott biztosító mérlegelésétől függ.

Bár a jogszabályi felhatalmazás már 1997 óta (több mint 20 éve!) szerepel az Eütv.-ben, a mai napig nem született meg az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosításának minimumfeltételeiről szóló rendelet.⁴⁵ Ennek következtében ezen a területen nincs egy egységes sillabusz, ami meghatározná azokat a minimumkövetelményeket, szempontokat és ajánlásokat, amelyeket valamennyi egészségügyi szakmai felelősségbiztosítási feltételrendszernek tartalmaznia kellene. Így ezeket a biztosítási feltételeket kizárólag a biztosítók érdekviszonyai és ennek mentén kialakított üzletpolitikája alakítja, ami az egészségügyi intézmények szempontjait és lehetőségeit teljes mértékben figyelmen kívül hagyja.

A kialakult helyzetben az egészségügy területén működő szakmai felelősségbiztosítás sajnos a mai napig nem tudja betölteni a feladatát és funkcióját, nem tudja megteremteni az érintettek érdekösszhangját. Az elsődlegesen nyereségérdekeltséggel működő *biztosítóknak* nem érdeke átvállalni az egészségügyi szolgáltatók minden tekintetben szélesedő felelősségét, ezért önként semmilyen kockázatot, többletvállalást nem építenek bele a különböző szerződéses konstrukciókba, sokszor még magasabb biztosítási díj ellenében sem. A *biztosított egészségügyi szolgáltatóknak* pedig jogos elvárásuk lenne, hogy a felelősségbiztosítás tényleges biztosítás legyen, azaz széles területen és a kártérítések (sérelemdíjak) tekintélyesebb részéig álljanak helyt a biztosítók, és ne az egészségügyi szolgáltatók amúgy is rendkívül szerény költségvetését terhelje a megítélt összegek jóval nagyobb, jelentősebb eleme. Végül nem szabad megfélemedezni a *károsultakról* sem, akik értelemszerűen minél előbb és minél biztosabban szeretnének hozzájutni a megítélt kártérítési és sérelemdíjas összeghez a mindig jobb anyagi helyzetben lévő biztosítótól, mint az egészségügyi szolgáltatótól. Erre azonban – tekintettel a biztosító által egyre szélesebb körben meghatározott és a biztosító mentesülését eredményező súlyos gondatlansági esetekre – egyre kevesebb az esély.⁴⁶

A felelősségbiztosítás funkciója ugyanis az egészségügyben – Dósa Ágnes értelmezésében – többértű kellene, hogy legyen: egyrészt a kiadások tervezhetővé tétele, másrészt az egészségügyi tevékenység végzésével felmerülő kockázatok csökkentése. Ez

43 SIMON (2004).

44 Egyes hivatási ágakban éppen az hátráltatta sokáig a biztosítás szóban levő nemének az elterjedését, hogy az adott hivatást űzők abból indultak ki, hogy a felelősségbiztosítás esetében a közönség bizalma csökkenni fog irántuk azon hiedelem folytán, hogy a biztosítás következtében az illető biztosított nem jár el azzal a gondossággal, amellyel akkor járna el, ha nem lenne biztosítva. TÚRY Sándor Kornél: *A felelősségbiztosítás*. Kilián Könyvkereskedés, Budapest, 1923, 164.

45 2002 óta a mindenkori kormány van felhatalmazva a részletszabályok megalkotására, Vö.: Eütv. 247. § (1) bekezdés f) pont.

46 SIMON (2002): 3-4.

utóbbi funkció elengedhetetlen a szolgáltató biztonságos működése és a betegellátás zavartalan biztosítása érdekében. Harmadrészt a felelősségbiztosító feladata lenne a hatékony perritelhez szükséges, valós szakmai és orvos-szakértői háttér biztosítása a beavatkozóként támogatott alperesi (egészségügyi szolgáltatói) oldalon.⁴⁷

Fontos továbbá kiemelni a 2011/24 EU irányelvet, mely a kockázat jellegével és mértékével arányos szakmai felelősségbiztosítási rendszer működtetését írja elő az ellátás helye szerinti tagállam számára.⁴⁸

3. Megoldási javaslatok a válságban lévő egészségügyi szakmai felelősségbiztosítás kezelésére

A korábbi fejezetben részletezett problémák nem újkeletűek, így az elmúlt évtizedekben megfogalmazott és jelen tanulmányban is a következőkben összefoglalt megoldási javaslatok sem korszakalkotó új ajánlások. Elmondható azonban, hogy ezek a megoldási ötletek még mindig aktuálisak és megfontolandók.

A problémával foglalkozó szakemberek véleményével egyetértve kijelenthető, hogy a jelenlegi helyzeten csak valamilyen szintű állami beavatkozás segíthet. Felmerült a megoldási lehetőségek között az egészségügyi szolgáltatók által kifizethető kártérítések limitálása (*maximalizálása*). Ebben az esetben az egészségügyi intézmény kártérítési és személyiség-sértési felelősségének megállapítása után a bíróság kizárólag a jogszabályban meghatározott korlátok (limitek) között ítélné meg a vagyoni kártérítés, illetve a sérelemdíj összegét. Tekintettel azonban arra, hogy haláleset, illetve (súlyos) egészségkárosodás az egészségügyi szolgáltató mulasztásán túl előfordulhat közlekedési vagy munkahelyi baleset eredményeképpen is, mely körülmények esetében szó sincs a kifizethető kártérítési összeg, illetve sérelemdíj limitálásáról, ez a megoldás hátrányosan különböztetné meg az egészségügyi ellátás során károsult személyeket az egyéb körülmények során ugyanúgy károsodott személyekhez képest. Az ilyen tartalmú szabályozás, annak Alaptörvényt sértő tartalma miatt, komoly aggályokat vetne fel.⁴⁹ Szintén megoldási lehetőségként merült fel a szakmai felelősségbiztosítás kötelezővé tételének megszüntetése külföldi modellek alapul vételével.⁵⁰ Ez is azonban csak komoly állami felelősségvállalás mellett képzelhető el.

47 DÓSA Ágnes: *Egészségügyi szolgáltatók felelőssége – krízis és kiútkezelés*. In: Magyar Tudomány 2017/7. sz., Lásd: <http://www.matud.iif.hu/2017/07/07.htm>, letöltve 2019.03.09.

48 2011/24 EU irányelv II. fejezet 4. cikk (2) bekezdés d) pont.

49 SIMON (2004).

50 ZÁKÁNY Judit: *Az egészségügyi szolgáltatók kötelező szakmai felelősségbiztosításának aktuális kérdéseiről*. Lásd: http://www.debrecenijogimuhely.hu/archivum/4_2007/az_egeszsegugyi_szolgaltatok_kotelezo_szakmai_felelossegbiztositasanak_aktualis_keerdeseirol/, letöltve: 2019.03.09., Lásd részletesebben: GELLÉR Balázs: *Az orvosi felelősségbiztosítás a magyar jogban*. In: Sótonyi Péter (szerk.): *Orvosi felelősség*, Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006, 302-318.

Ezért inkább az állami beavatkozás most ismertetésre kerülő formáit tartjuk elképzelhetőnek és követendőnek.

a) Első állami feladatként annak a már több, mint 20 éve elmaradt *egészségügyi szakmai felelősségbiztosítás minimumfeltételeiről szóló kormányrendeletnek* a megalkotása áll, melytől az érintett felek nem térhetnének el. A rendeletben szabályozni kellene a biztosítási esemény fogalmát a lehető legtágabb értelmezés alapul vételével,⁵¹ további a kizárási okok egységes rendezését az alábbiak szerint:

- a biztosító ne zárhasson ki az Eütv.-ben szereplő bármilyen betegjogi rendelkezéssel, vagy azok megsértésével történő kártérítési vagy sérelemdíjfizetési felelősséget;
- a biztosító ne zárhasson ki tetszőlegesen bizonyos szakmákat, szakterületeket a helytállási kötelezettsége köréből.

Hasonlóképpen egységes szabályozást igényelne a mentesülés körében a különböző biztosítók által eltérő módon értelmezett *súlyos gondatlanság* tartalma. Az egyik legfontosabb kérdéskör lenne a *helytállási limit* és az önrész kidolgozott szisztéma szerint körülírása. Különböztetni kellene a járóbeteg-ellátás és a fekvőbeteg-ellátás során alkalmazandó eseti limitek között, hiszen az előbbinél jelentősen kevesebb és kisebb összértékű károsodás történik. Az eseti limitek meghatározásánál a bírói gyakorlatban a fekvőbeteg-, illetve járóbeteg-ellátás során bekövetkezett halálesetek, illetve maradandó károsodással járó esetek (pl. oxigénhiánnyal született csecsemő) során megítélt összegek és kamataik nagyságát kellene figyelembe venni. Az eseti limitek nagyságának emelése arra sarkallná a károsultakat is, hogy peren kívül egyezzenek meg az egészségügyi intézményekkel, hiszen per esetén sem jutnának a károsultak az eseti limitnél jelentősen magasabb összeghez. Különösen fontos lenne a (szabadfoglalkozású) egyéni vállalkozói jogviszonyban tevékenykedő orvos biztosításánál az emelt eseti limit alkalmazása, hogy az orvos saját (családi) vagyona ne kerüljön veszélybe. Simon Tamás gyakorlati szakember megítélése szerint egy megfelelő összegű felemelt eseti limit esetében a halálesettel és a kisebb egészségkárosodásokkal kapcsolatos kártérítési igények szinte minden esetben peren kívül lezárhatók lennének, hiszen azok tekintetében a reális károsulti igények jellemzően nem haladnák meg a rendeletben megjelölt limitösszeget. A súlyos, maradandó egészségkárosodással járó káresemények egy része is zárulhatna peren kívül, ha a felek felismernék az egyezségkötésből származó egyéb előnyöket.⁵²

Az emelt limitekhez természetesen *magasabb összegű biztosítási díjak* társulnának, melyet az adott egészségügyi intézmény finanszírozásánál az államnak normatív módon kellene biztosítani a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőn keresztül, de nem feltétlenül a finanszírozott tételekbe történő beiktatással. Ez a megoldás

51 SIMON (2002): 3-4.

52 SIMON (2004).

azonban azért érzékeny, mert a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő bevételeit jelentős részben a betegek, a potenciális károsultak befizetései képezik, mely azt a látszatot kelti, mintha maguk hoznának létre egy kockázatközösséget az őket a jövőben esetleg érő károk fedezésére. Másrészt ez nem lenne megoldás a magánszolgáltatók problémájára.

- b) Elengedhetetlen továbbá az egészségügyi szakmai felelősségbiztosítás *hatékonyabb szervezeti kereteinek megteremtése*, mely nehezen elképzelhető kizárólag profitorientált gazdasági társasági formában működő biztosítók részvételével.⁵³ A minimumfeltételeket tartalmazó jogszabály ugyanis oly mértékben szűkítené a biztosítók mozgásterét, hogy egyre több társaság hagyná el a biztosítás ezen szegmensét. Itt merült fel, hogy a biztosítást állami alapnak, felosztó-kirovó rendszerű egyesületnek, biztosítóegyesületnek, esetleg biztosítószövetkezetnek kellene működtetnie a gazdasági társaság helyett. Az egyik javaslat szerint egy állami költségvetési alapot kellene létrehozni, mely előre megjelölt összeghatárig fedezné az adott egészségügyi szolgáltatót terhelő kártérítési (sérelemdíjas) kötelezettséget, és az egészségügyi szolgáltatónak csak az összeghatár feletti rész tekintetében kellene szakmai felelősségbiztosítást kötnie. A költségvetési alap biztosítás módjára nem működtethető, ami kizárja viszontbiztosítás megkötésének a lehetőségét. Ezen túlmenően több milliárd forintos induló tőkére és a folyamatos működtetéséhez hasonlóan magas állami támogatásra lenne szükség, melynek megvalósítása emiatt is nehezen kivitelezhető. A másik felvetés egy kockázatközösségi elven, nem biztosító módjára működő felosztó-kirovó rendszerű egyesület létrehozásában gondolkodott, ahol a viszontbiztosítás szintén kizárt, és ami tagok folyamatos nagy összegű befizetésével tudott volna csak működni.⁵⁴

Simon Tamás még a 2000-es évek elején több munkájában is egyértelmű megoldási javaslatként fogalmazta meg *non-profit működésű biztosító egyesület*⁵⁵ létrehozását, mely kizárólag a tagjai részére nyújtott volna biztosítási szolgáltatást. Bevételei a tagok által a belépéskor fizetett egyszeri hozzájárulásból, a havi tagdíjból és a havi biztosítási díjból álltak volna.⁵⁶ A biztosító egyesület létrehozásához jelenleg szükséges minimális biztonságos tőke azonban már előteremthetetlen pusztán

53 SIMON (2002): 3-4.

54 SIMON (2005).

55 A kölcsönös biztosító egyesület olyan kölcsönösségi alapon működő egyesület, amely kizárólag tagjával kötött – ide nem értve a passzív viszontbiztosításra irányuló szerződést – biztosítási szerződés alapján, biztosítási díj ellenében, a biztosítási feltételekben meghatározott biztosítási események bekövetkezése esetében, biztosítástechnikai elvek alapján, előre meghatározott szolgáltatást nyújt. A biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (Bit.) 17. § (1) bekezdés.

56 SIMON (2002): 7.

az egészségügyi szolgáltatók befizetéseiből, és sajnos nincs reális esélye az ekkora nagyságú állami támogatásnak sem.⁵⁷

- c) Meg kellene találni az egészségügyi ágazat jelenlegi anyagi helyzetére azt az állami támogatási formát, ami segíteni tudná egy új alapokon létrejövő biztosítási szisztéma létrejöttét és működését.⁵⁸ Ennek Simon Tamás két formáját különbözteti meg: egy non-profit biztosító egyesület létrehozása irányában történő elmozdulás esetén annak alapításához és működtetéséhez nélkülözhetetlen lenne a költségvetési támogatás. Másrészt szükség lenne az emelt biztosítási limitekhez társuló emelt biztosítási díjakhoz is állami támogatásra, akár a finanszírozáson belül. Ez utóbbi támogatásban természetesen csak az egészségügyi közszolgáltatók részesülnének, míg a magánszolgáltatók az emelt biztosítási díjakat a kezelési (szolgáltatási) díjukba építenék be.⁵⁹
- Bízunk abban, hogy ami késik az nem múlik, és az érdekegyensúly újbóli megteremtése nemcsak beteljesületlen álmom, hanem a közeljövőben megvalósuló valósággá válik.

57 SIMON Tamás: *Biztosan biztosítóegyesület? Egy non-profit megoldás jogszabályi háttere*. In: Kórház 2005/12. szám.

58 SIMON (2002): 3-4.

59 SIMON (2004).