

# EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÓK FELELŐSSÉGE – KRÍZIS ÉS KIÚTKERESÉS

Dósa Ágnes

PhD, Semmelweis Egyetem Igazságügyi és Biztosítás-orvostani Intézet  
dosa.agnes@med.semmelweis-univ.hu

## Bevezetés

Az egészségügyi ellátórendszer működésére az egészségügyi szolgáltatók kártérítő felelőssége jelentős kihatással van, részben azért, mert a megítélt kártérítési összegek (és a szolgáltatóknak a felelősségi eljárásokkal kapcsolatos költségei) olyan jelentősek lehetnek, ami a napi működésére, a betegellátásra is kihatással lehet, részben azért is, mert az egészségügy működéséről a társadalomban kialakult képet is jelentősen befolyásolják a szolgáltatók felelősségéről, a „műhibákról” szóló hírek. Ha az egészségügyi ellátórendszer átfogó reformjáról tudományos szinten is elemző munka indul meg, annak keretében kiemelt helyen érdemes foglalkozni azzal a kérdéssel is, hogy a jelenlegi felelősségi rendszer mennyiben valósítja meg az elvárt célokat, és hogy vannak-e esetleg működőképes alternatívák.

## Az egészségügyi szolgáltatók felelősségéről általában

Hibák és tévedések szükségszerűen történnek a leggondosabban szervezett egészségügyi ellátórendszerben is. Ma már a hibák okainak feltárása és elemzése, a megelőzés lehetőségeinek vizsgálata tudományos szinten is megtörténik, a minőségbiztosítás mellett a betegbiztonság kérdése is a tudományos kutatások

középpontjába került (Baranyai – Harsányi, 2017). Az egészségügyi ellátórendszer sajátoságaiból adódóan az apró tévedéseknek, mulasztásoknak is rendkívül súlyos következményei lehetnek, gyakran találkozunk olyan híradásokkal, amelyek arról szólnak, hogy az orvosi tévedések a vezető halálokok között szerepelnek. Éppen a konferencia előtti napokban jelent meg például egy tanulmány a tekintélyes *British Medical Journal* hasábjain azzal a – kissé provokatív – címmel, hogy az orvosi tévedések az Egyesült Államokban a harmadik helyet foglalják el a halálokok között (Makary – Daniel, 2016.). Természetesen az ilyen típusú tanulmányok esetében a korlátokat sem lehet figyelmen kívül hagyni, így elsősorban a halálloki statisztikák alapjául szolgáló dokumentumok elégtelenségét ebben a vonatkozásban, valamint a hibák és tévedések, illetve a bekövetkezett egészségkárosodás, halál közötti fennálló okozati összefüggés megállapításának metodikai nehézségeit. Arra azonban mindenképpen felhívják a figyelmet, hogy a probléma igen jelentős, amire a többi tudományág mellett a jogtudománynak is reagálnia kell. Az orvosi tevékenységen kívül talán nincs még egy olyan terület, ahol ennyi féle, szinte minden jogágot felölelő szankció kapcsolódhatna az elkövetett mulasztáshoz, szakmai,

foglalkozási szabály megszegéséhez. Ez azonban viszonylag új jelenség, hiszen az orvosi tevékenység jogi szabályozására hosszú ideig nem volt társadalmi igény, a szakmai önszabályozás – etikai kódexek formájában – egészen a XX. század közepéig elegendőnek mutatkozott arra, hogy az orvos és a beteg kapcsolatának legfontosabb kérdéseit rendezze. Az orvosi felelősség is marginális kérdés volt, az orvosi szakmát ebben a tekintetben bizonyos immunitás övezte.

Ennek megértéséhez kicsit messzebbre kell visszanyúlnunk, a jelenség szorosan összefügg az orvosok jogállásának alakulásával. Az 1951. január 31-én megjelent *Munka Törvénykönyve* (1951. évi 7. törvényerejű rendelet) mindenkire (minden munkáltatóra és minden munkavállalóra) kötelező szabályokat határozott meg, a szabályozásban nem volt lényeges különbség a munkavállalók különböző kategóriái tekintetében. Így az általános szabályokat kellett alkalmazni az orvosokra és egyéb egészségügyi dolgozókra is, és ezekhez viszonyítva kevés eltérést tettek lehetővé a végrehajtási rendeletek. A nagyjából azonos elbánás vonatkozott az orvosi és egészségügyi alkalmazottak fizetésére is. Mindennek hosszú távon komoly következményei lettek (egyebek mellett a hálapénz intézményének kialakulása is részben erre vezethető vissza). Ugyanekkor megtörtént a korábbi egészségügyi biztosítók (ellátók) vagyonának államosítása is. A forint bevezetésével központi intézkedéssel meghatározásra kerültek a legfontosabb árucikkek, továbbá a szolgáltatások árai és a bérek is. Az új ár- és bérszint meghatározásánál nemcsak gazdasági, hanem politikai szempontok is érvényesültek és jelentős mértékben szerepet kaptak a Kommunista Párt politikai törekvései is, aminek fontos eleme volt, hogy a munkások bére magasab-

ban, az alkalmazottak bére alacsonyabban került meghatározásra, mint az 1938-ban volt. A bérszint meghatározásának évtizedekre szóló hatása lett, az orvosok fizetésének alacsony volta máig kihatóan befolyásolta – egyéb tényezők mellett – ezeknek a szakmáknak a megbecsülését, és ennek következtében az utánpótlást is, hasonlóan, mint a pedagógusok vagy a mérnökök esetében. Mindezek oda vezettek, hogy az orvosok sajátos jogállásba kerültek – pótolhatatlan munkájukért megalázóan alacsony bért kaptak, amit – rendkívül igazságtalan megoszlásban – részben a hálapénz kompenzált, részben pedig az, hogy a felelősségi eljárásokban bizonyos immunitást élveztek: nagyon ritkán mondták ki a kórház vagy az orvos felelősségét, akár büntető, akár polgári eljárásban, az orvosi felelősség problémaköre mindössze néhány kirívóan súlyos mulasztás büntetőjogi szankciójára korlátozódott. Ez csak a rendszerváltás után kezdett megváltozni (a kártérítő felelősségváltásáról lásd Harmathy, 2002). Az egészségügy működésének részletesebb jogi szabályozása megjelenésével az orvos-beteg kapcsolat is megváltozott, a bizalmi elv háttérbe szorulásával egy időben megjelent az egészségügyi szolgáltatások fogyasztói szemléletű igénybevétele, amit a betegek részéről megnövekedett elvárások és tudatosabb igényérvényesítés jellemez (Dósa, 2010.).

A felelősség legtágabb értelemben valamely normaszegő magatartás (kötelezettség-szegés) vagy mulasztás miatti következmény viselését jelenti, amely normatív alapon nyugszik, és a jogérvényesítés állam által biztosított eszközeivel kérhető számon, a fejlődés során ez váltotta fel az egyén és a közösség saját maga által szabott normái szerepét. Az egészségügyben a közösség saját maga által szabott normáinak ugyanakkor ma is van – még ha

nem is annyira meghatározó – szerepük, a hivatásrendek etikai kódexeiben foglaltak betartásához az állam eszközöket is biztosít. A felelősségi rendszereken belül kiemelkedő a polgári jog eszköztára, a kártérítő felelősség, amely vagyoni felelősséget jelent, a károkozó kizárólag vagyoni hátrányra számíthat a kötelezettségesség miatt, akkor is, ha a kár vagyoni jellegű, és akkor is, ha nem. Ez a vagyoni hátrány többé-kevésbé közgazdaságtanilag becsülhető is, a kártérítésnek éppen az az egyik célja, hogy a szereplők vegyék számításba az elégtelen megelőző intézkedések miatti magas tranzakciós költségeket, és törekedjenek arra, hogy minimalizálják azokat (prevenció). Emellett fontos célja az is, hogy kompenzálja a károsultat, olyan helyzetbe hozza, amilyen helyzetben a kár bekövetkezése nélkül lett volna (reparáció). A két funkció között ugyanakkor van némi ellentmondás is, mert a reparáció elve azt követelné meg, hogy a károkozó minden kárt térítsen meg, a prevenció pedig azt, hogy csak azt, amit felróhatóan okozott, és a felróhatósággal arányosan. A vagyoni szankció azonban – a reparációs funkcióból következően – nem a felróhatósággal arányos, hanem a vagyoni hátránnyal egyenlő, ez a preventív funkciónak némiképp ellene hat (különösen az egészségügyi károkozások esetében fordulhat elő gyakran, hogy kis mulasztás óriási károkat okoz).

#### *Krizisjelenségek az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségében*

Az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségével kapcsolatban számos válságjelenség figyelhető meg. Empirikus tanulmányokból tudjuk, hogy a megítélt és kifizetendő kártérítési összegek hatalmas terhet jelentenek a közfinanszírozott ellátásban is, az eljárásai költségek is rendkívül magasak (a jogi képviselő,

az összetett bizonyítást igénylő kérdések szakértői bizonyításának költségei), ez utóbbi felperesi és alperesi oldalon is hátrányként jelentkezik. Az eljárások – éppen a felróhatósággal és az okozati összefüggéssel kapcsolatos összetett bizonyítás miatt – elhúzódóak, ami mindkét oldalon megterhelést jelent. Alperes részéről a médianyilvánosság, felperes részéről a történések ismételt előadásának kötelezettsége lehet jelentős megterhelés (Danzon, 1991).

Az egészségügyi szolgáltatók ellen indult kártérítési eljárásokkal kapcsolatosan megbízható statisztikai adatokkal sem rendelkezünk, márpedig az adatok közzététele, tudományos igényű elemzése elengedhetetlen lenne a megoldások megtalálásához. A fekvőbeteg-ellátó intézmények állami fenntartásba vételének első lépcsőjében az akkori fenntartó (GYEMSZI) a feladatátvételt követően közzétette a honlapján a folyamatban lévő eljárások adatait (378 folyamatban lévő eljárás, 5,5 milliárd forint perértékben), azonban a további intézményátvételek során ez sajnálatosan elmaradt. A kártérítési összegek az egyes szolgáltatók számára előre nem kalkulálhatóak, így a megítélt kártérítési összegek – különösen a felelősségbiztosítási rendszer elégtelensége miatt – a napi működést veszélyeztethetik. A felelősségbiztosítás funkciója többértű (lenne): a kiadások tervezhetővé tétele, a kockázat porlasztása mellett a legfontosabb szerepe az lenne, hogy a biztosító teremtse meg egy peres eljárásban az alperesi oldalon a valós szakmai (ügyvédi és orvos szakértői) háttérrel a hatékony pervitelhez. A valós biztosítási háttér hiányában a magas költségek periodikusan az ellátás hozzáférhetőségét is veszélyeztethetik. Magyarországon a kötelező felelősségbiztosítás csak formális, csak a felelősségbiztosítás meglétét írja elő a törvény a működési engedélyezés feltétele-

ként (Eütv. 108.§), ez azonban korántsem biztos, hogy valós fedezetet nyújt a károkokra (a csekély biztosítási összeghatár miatt általában nem nyújt fedezetet a ténylegesen megítélt kártérítési összegekre). A szakmai irányelvek szinte teljes hiánya (a már kidolgozott szakmai irányelvek többségének érvényessége 2013. december 31-én lejárt, így legfeljebb szakmai szabályként élnek tovább) a bizonyítást mindkét oldalon rendkívüli módon elnehezíti, bizonytalanná teszi. Szakmai irányelvek hiányában a bíróság kénytelen a tankönyvekre, szakirodalomra hagyatkozni abban a kérésben, hogy mi lett volna az elvárható magatartás, ez pedig az ítélezést – és természetesen a mindennapi betegellátást – is kevésbé kiszámíthatóvá teszi. A bíróságnak tág a mérlegelési lehetősége a felróhatóság és főleg az okozati összefüggés tekintetében, ami az ítélezést az egészségügyi szolgáltatók számára kevésbé teszi előre kalkulálhatóvá, így a preventív funkciót sem segíti. Sőt, a hazai bírói gyakorlatban arra is van példa, hogy a bíróság által alkalmazott gondossági mérce és a szakma által elfogadott szabályok között eltérés van, a bíróság szigorúbb elvárhatósági mércét alkalmazott, mint amit a szakmai szabályok megfogalmaztak. A defenzív medicina megjelenése és előtérbe kerülése – amikor egyes vizsgálatokat és beavatkozásokat azért végeznek el, hogy egy esetleges felelősségi eljárásban dokumentálva legyen a beteg állapota, vagy azért, hogy a vélt vagy valós igazságszolgáltatási gondossági mércének megfelelően az ellátás, de valójában a beteg állapotát nem javítja – óriási költségeket generál, erre vonatkozóan alátámasztott empirikus adatokkal rendelkezünk. Problémát jelent az ún. *fegyveregyenlőség* biztosítása az eljárásokban, az, hogy mindkét fél egyenlő eséllyel induljon a bonyolult, összetett bizo-

nyítást igénylő eljárásokban. A fenti problémák az európai szakirodalomban szinte egységesen jelennek meg, függetlenül a jogrendszer sajátosságaiból eredő különbségektől, és nagyjából egyetértés mutatkozik abban is, hogy a rendszer nem szolgálja megfelelően azokat a célokat, amit elvárunk tőle, se a megelőzést, vagyis a jövőbeli károkozás megelőzését, se a károsultak kompenzációját (Stauch, 2008). A tudományos kutatások ezért egyrészt arra irányulnak, hogy milyen módon lehetne a felelősségi eljárások keretei között a fenti problémákat kiküszöbölni, másrészt pedig arra, hogy milyen alternatív vitarendezési megoldásokat lehetne kidolgozni, amelyek jobban szolgálnák a jogviták gyorsabb, a felek számára egyenlő esélyeket biztosító, a prevenció és a reparáció célját egyaránt szolgáló eldöntését.

Ennek érdekében elsődleges lenne az adatok feltárása és tudományos igényű elemzése. Az, hogy az egészségügyi szolgáltatók felelősségével kapcsolatos bírói ítéletek jelentős része anonim formában elérhetővé vált, ebben az irányban jelentős lépést jelentett, azonban ez még nem nyújt teljes körű információt. Az alternatív vitarendezési eljárások (mediáció, választott bírósági típusú eljárások, felróhatóságot nem vizsgáló rendszerek) nemzetközi tapasztalatainak áttekintése és az adaptáció lehetőségeinek feltárása az összehasonlító jogtudomány eszköztárával segíthetné az előrelépést. A mediáció az egészségügyi szolgáltatók felelősségével kapcsolatos kártérítési eljárásokban nagyon korán bevezetésre került (lásd 2000. évi CXVI. törvény az egészségügyi közvetítői eljárásról), jóval azelőtt, hogy az egyéb területen azóta több-kevesebb sikerrel működő mediációs eljárások (fogyasztóvédelem, tőkepiac stb.) jogszabályi háttérrel kidolgozták volna, azonban – szer-

teázó okokból – a szabályozás teljesen működésképtelennek bizonyult (Dósa, 2012).

A gazdasági élet számos területén jól működő választott bírósági típusú eljárásokkal kapcsolatban – a beteg és az egészségügyi szolgáltató között létrejövő jogviszony sajátosságaihoz igazítva a szabályokat, így az önkéntesség, a térítésmentes eljárás és a nem kötelező erejű döntés alapelvein alapuló rendszer esetében – vannak kedvező nemzetközi tapasztalatok, elsődlegesen Németországban (Meurer, 2008). A felróhatóságot nem vizsgáló (no-fault) rendszerek is működőképesek lehetnek, megfelelő jogszabályi háttér és jelentős társadalmi támogatottság esetén, például az Egyesült Államokban a védőoltás miatt, vagy a szülés közben egészségkárosodást szenvedett gyermekek kompenzációjára létrehozott rendszerek (Sloan – Chepke, 2008).

Ezek a bírósági eljárásokat nem váltják ki, nem helyettesítik, azonban jelentős terhet

vehetnek le a bíróságokról, és a felek számára is gördülékenyebbé tehetik az igényérvényesítést. A felelősségbiztosítással kapcsolatos problémák feltárása és elemzése szintén közelebb vihet a célhoz, hiszen számos nemzetközi példa bizonyítja, hogy a működőképes, a károokra valós fedezetet nyújtó felelősségbiztosítás is lehetőséget ad a bírósági eljárások számának csökkentésére, illetve a bírósági eljárás során az egészségügyi szolgáltatóknál rendelkezésre nem álló igazságügyi orvostani, jogi képviselési szakmai tapasztalat koncentrálására. A jogtudományi kutatások tehát e területen jelentősen járulhatnak hozzá az egészségügy egy jelentős problémájának orvoslásához.

Kulcsszavak: *kártérítő felelősség, felelősségi rendszerek funkciói, egészségügyi szolgáltatók felelőssége, betegbiztonság, bíróságon kívüli vitarendezés, mediáció, választott bírósági típusú eljárások*

#### IRODALOM

- Baranyai Zsolt – Harsányi László (szerk.) (2016): *Betegbiztonság*. Budapest: Medicina
- Danzon, Patricia M. (1991): Liability for Medical Malpractice. *Journal of Economic Perspectives*, 5, 3, 51–69. • <http://tinyurl.com/y7gcy7nt>
- Dósa Ágnes (2010): *Orvosi felelősség. Az orvos kártérítési felelőssége*. Budapest: HVG-ORAC
- Dósa Ágnes (2012): Egészségügyi mediáció. In: Sáriné Sinkó Ágnes (szerk.): *Mediáció. Közvetítői eljárások*. Budapest: HVG-ORAC, 235–263.
- Harmathy Attila (2002): A rendszerváltás utáni időszak polgári jogáról. In: Sárközy Tamás – Vékás Lajos (szerk.): *Eörsi Gyula emlékkönyv, 1922–1992*. Budapest: HVG-ORAC, 11–37.

- Makary, Martin A. – Daniel, Michael (2016): Medical Error – The Third Leading Cause of Death in the US. *British Medical Journal*, 353:i2139 DOI: 10.1136/bmj.i2139
- Meurer, Christina (2008): Außergerichtliche Streitbeilegung in Arzthaftungssachen unter besonderer Berücksichtigung der Arbeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Ärztekammern. Springer
- Sloan, Frank A. – Chepke, Lindsey M. (2008): *Medical Malpractice*. MIT Press, 279–308.
- Stauch, Marc (2008): *The Law of Medical Negligence in England and Germany*. Oxford: Hart Publishing, 129–148.

## Tanulmány

### IDENTITÁS ÉS ANYANYELV A MAGYARSÁG TÖRTÉNETÉBEN\*

Kiss Jenő

a MTA rendes tagja,

az Eötvös Loránd Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar emeritus professzora  
kiss.jeno@btk.elte.hu

Két kérdéskörrel foglalkozom. Az identitás mibenlétével és azzal, hogyan alakult ki a nyelv oly fontos identitásképző szerepe a magyar nyelvközösségben. Ez utóbbihoz értelem szerűen történeti visszapillantásra lesz szükség. Mindegyik esetben azonban csupán vázlatos áttekintésre van mód. A szakirodalom mindkét témakörben nagy, itt csak a legfontosabbként használtakra utalok.

#### *Az identitás és az újabb kor változásai*

Globális folyamatok következményeként vált az identitás minden korábbinál fontosabb és időszerűbb nemzetközi problémakörre. A fő tényezőkre négy pontban összezsugorítva, jelzésszerűen utalok. 1) A társadalmi mobilitás korábban elképzelhetetlen szintre emelkedett. 2) Ezzel a legszorosabban összefügg a különböző okok következtében kiterjedő belső (országokon belüli) népességmozgás, migráció (faluról a városokba áramlás, *Land-*

*flucht*, ingázások, a megélhetés keresésével és az iskoláztatással járó helyváltoztatások). Ismertté váltak olyan fogalmak, mint az elgyökeretelenedés (Pier Paolo Pasolini filmjeinek volt témája az akkori olasz valóság realiztikus ábrázolásával), az identitásvesztés, identitásdilemma, identitáskeresés. 3) A külső migráció tömegessé válása több nyugat-európai országban új jelenségek és fogalmak fölbukkanásával járt (integrációs kísérletek és kudarcok, párhuzamos társadalmak, multikulturalizmus). A tudományos kutatók időben jelezték, hogy különböző kultúrák kontaktusa a kultúrák konfliktusával jár, e jelzések azonban nagyrészt figyelmen kívül maradtak az illetékes döntéshozók egy részénél. Ami az identitáskérdést illeti, megemlíteném ezzel összefüggésben Csepeli György, az ismert szociológus megállapítása: „A multikulturalizmus terébe került identitás töredezett, szétzúrt, peremre szorított. Többé már nincs, mert nem lehet ép, koncentrált, központi”. 4) Nem egyetemes jelenség, a magyar nyelv-közösség szempontjából azonban fontos tény, hogy a kisebbségek gyorsuló ütemben asszi-

\*A Magyar Tudomány Ünnepeinek 2016. évi ünnepélyes megnyitóján az Akadémia dísztermében, november 3-án elhangzott előadás rövidített változata.