

PAPP NIKOLETT

*egyetemi tanársegéd**SZE Deák Ferenc Állam- és Jogtudományi Kar*

A kötelező egészségügyi szolgáltatói felelősségbiztosítás és a rendszer működésének anomáliái

ABSZTRAKT

Az egészségügyi szolgáltatói felelősségbiztosítás, mely fontos szerepet tölt be a károsultak reparációjában, hazánkban számos kihívással küzd, így például a biztosítási szerződésekben rögzített limitek az utóbbi időben lényegében elinflálódtak, amely csökkenti a biztosítás azon funkciójának érvényesülését, hogy a biztosító helytálljon az egészségügyi szolgáltató helyett biztosítási esemény bekövetkezése esetén. A tanulmány a „látszatbiztosítások” mögötti okokat vizsgálja és megoldási javaslatokat fogalmaz meg a téma kapcsán.

Kulcsszavak: felelősségbiztosítás ■ limit ■ önrész ■ kompenzáció

I. BEVEZETÉS

Közel huszonöt éve, időről időre felmerülő kérdés a szakirodalomban és a sajtóban az egészségügyi szakmai felelősségbiztosítások hazai működése, a piacon felmerülő és megoldásra váró anomáliák kérdése. Ennek oka, hogy egyes problémák továbbra is megoldásra várnak a területen, sőt az idő múlásával és az inflációval egyre égetőbbé váltak. Az egészségügyi szakmai felelősségbiztosítások bemutatása és részletes elemzése jelen tanulmány terjedelmi kereteit meghaladja, így jelen írás keretei között elsősorban az egészségügyi szakmai felelősségbiztosítások piacát érintő két vagyoni természetű korlát szabályozására és működésére koncentrálok: az önrész és a limit intézményére.

Mindenekelőtt a felelősségbiztosítás céljának ismerete szükséges ahhoz, hogy kritikai elemzését adhassuk a jelenlegi szabályozási megoldásoknak, és érdemben hozzászólhassunk a jövőbenihez. Ennélfogva

a tanulmányban röviden bemutatásra kerül a károkozás folytán összekapcsolódó két jogviszony a kárkötelem és a felelősségbiztosítási jogviszony –, illetve e kettő összefüggései.

A magyar felelősségbiztosítási piac globális összehasonlításban alulfejtett, a biztosítási penetráció jelentősen alacsonyabb a világtárlagnál.^[1] Az egészségügyi szolgáltatói felelősségbiztosítás hazánkban kötelező, ugyanakkor az piaci alapon szerveződik és működik, abban az állam közvetlen szerepet nem lát el, a jogi keretek biztosításán túl csupán felügyeleti feladatokat lát el a biztosítótársaságok felett.

A biztosítási szerződésekben rögzített limitek az utóbbi időben lényegében elinflálódtak, amely relativizálja a biztosítás fő funkciójának érvényesülését, azt, hogy a biztosítók helytálljanak a biztosítási szerződésben rögzített biztosítási esemény bekövetkezése esetén. Miután az egészségügyi szolgáltatót önrészfizetési kötelezettség is terheli a biztosítási szerződések értelmében, a kórházak, orvosok anyagi terhei növekednek, anyagi teljesítőképességük pedig akadályokba ütközhet.^[2]

A tanulmány zárásként adódik a kérdés: „Hogyan tovább?“, azaz milyen javaslatok fogalmazódhatnak meg az egészségügyi szolgáltatói felelősségbiztosítási szerződésekre vonatkozó limitek és önrészek újrászabályozása során.

II. A FELELŐSSÉGBIZTOSÍTÁSOK HAZAI SZABÁLYOZÁSA

A Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (a továbbiakban Ptk.) szerint a felelősségbiztosítási szerződés alapján „a biztosított követelheti, hogy a biztosító a szerződésben megállapított módon és mértékben mentesítse őt olyan kár megtérítése, illetve sérelemdíj fizetése alól, amelyre jogszabály alapján köteles”.^[3] A felelősségbiztosítás lényege két kötelmi viszony: egy biztosítási szerződés és egy kárkötelem találkozása a károkozó biztosított közvetítésével. A felelősségbiztosítások egyik legszármotveőbb ismérve, hogy hárompólusú jogviszonyok, melyekben a szerződés alapján követelheti a biztosított károkozó, hogy a biztosító a szerződésben meghatározott mértékben és módon a károsultnak térítse meg a kárt,^[4] valamint fizesse meg a sérelemdíjat és ezzel együtt mentesítse a károkozó biztosítottat olyan kár megtérítése alól, amelyért a jogszabály alapján felelős.^[5] Fontos kiemelni azonban, hogy a biztosított teljesítheti

[1] Pandurics – Markó, 2015, 81.

[2] Simon, 2004, 7.

[3] Ptk. 6:470. §.

[4] Ha a biztosított a kártérítést, illetve a sérelemdíjat már teljesítette a jogosult részére, akkor a biztosító – a felelősségbiztosítási szerződésben meghatározott mértékig – a kifizetett összeget a biztosítottnak téríti meg.

[5] Hergert – Juhász – Szolyka, 2015, 44.

a kárkötelemből fakadó kötelezettségét, tehát nem köteles igénybe venni a felelősségbiztosítási fedezetet. Amennyiben a biztosított igénybe veszi a biztosító szolgáltatását, az nemcsak a kár megtérítésére és a sérelemdíj megfizetésére terjed ki, hanem az eljárással összefüggésben felmerült költségeket is meg kell előlegeznie, és a jogi képviselő költségeivel és a kamatokkal együtt meg kell térítenie. Ez abban az esetben is így történik, ha ezek a kártérítés összegével együtt meghaladják a biztosítási összeget.^[6]

Felelősségbiztosítás esetén a biztosított kártérítési kötelezettségéért a biztosító nem a károkozásban való közrehatása vagy a kárért való felelőssége alapján, hanem a biztosítottal kötött szerződés alapján köteles helytállni.^[7] A biztosítónak a biztosítottal szemben egészen a biztosítási esemény bekövetkezéséig biztosító felé történő bejelentéséig *praestare* kötelezettsége van, ebből kifolyólag a biztosítónak csak készenlétben kell állnia.^[8] A biztosító kötelezettsége akkor fordul át *dare* kötelezettségbe, amikor a károsult kártérítési igényt érvényesít a biztosítottal szemben, a biztosított irányában pedig akkor, amikor a biztosított a károsultnak a kárt megtérítette.^[9]

Elmondható tehát, hogy a felelősségbiztosító kötelezettsége járulékos jellegű a biztosított kártérítési kötelezettségéhez képest, melynek az a következménye, hogy a biztosító teljesítési kötelezettsége a biztosított károkozó felelősségéhez és fizetési kötelezettségéhez igazodik. A járulékoságból adódik, hogy a felelősségbiztosító csupán helytáll a biztosított a tartozásért, míg a biztosított a saját kártérítési jogviszonyból eredő tartozásáért felel.^[10]

III. A FELELŐSSÉGBIZTOSÍTÁSOK CÉLJAI ÉS FUNKCIÓI

A Ptk. 6:519. §-a értelmében, aki másnak jogellenesen kárt okoz, köteles azt megtéríteni. A kártérítési felelősség azonban csak abban az esetben tudja betölteni kompenzációs szerepét, ha egyrészt van olyan személy, akit saját magatartása vagy érdekeltsége révén felelőssé lehet tenni, másrészt az illető képes a kártérítési követelést teljesíteni.^[11] A biztosítás éppen ezt a teljesítőképességet teremti meg anélkül, hogy a biztosító a kétoldalú kárkötelemben részt venne.^[12] E szerződéstípus tehát kiegészíti a kárkötelmet, segít érvényre juttatni annak funkcióját, a károkozással megbomlott társadalmi egyensúly helyreállítását. Kijelenthető, hogy a felelősség és a felelősségbiztosítás egymástól el nem vá-

[6] Certicky, 2021, 97.

[7] Matovics, 2020, 21.

[8] Certicky, 2021, 50.

[9] Matovics, 2020, 55.

[10] Matovics, 2020, 21., 23.

[11] Bárdos, 2004, 3.

[12] Ajtay-Horváth, 2016, 436.

lasztható, elsődleges céljuk közös: a vagyoni reparáció, a károsult vagyonában beállott csökkenés helyreállítása a károsult és a biztonságkeresés a potenciális károkozó szempontjából.^[13]

Az egészségügyi szolgáltatói felelősségbiztosítással kapcsolatos egyik ellenérv, hogy csökkentheti a prevencióra fordított figyelmet, háttérbe szorítva az elrettentő erőt, amelyet a jogrendszer a kártérítéssel kapcsolatos felelősség révén el kíván érni.^[14] A biztosítási intézményrendszer számos eszközzel rendelkezik a preventív funkció megőrzésére. Egyrészt a biztosítótársaságok piaci alapon szervezettek, a biztosító díjképzésével jellemzően erősíti a prevenció elvét. A biztosítási szerződés megkötése előtt jelentősége van annak, hogy a szerződni kívánó fél számszerűsítve milyen összegben és hány alkalommal okozott kárt. További garanciák az önrész és a limitösszegek beépítése a biztosítási szerződésekbe. A biztosítók kínálatában lehetőség van ún. kármentességi engedményre, azaz kár hiányában kedvezőbb biztosítási díjak vonatkoznak a biztosítottra.^[15] Mindezek sokkal inkább ösztönzik a károk megelőzését, minthogy a prevenció ellen hatnának. További visszatartó erő a biztosító visszakövetelési, azaz regressz lehetősége, mivel a biztosítót az általa megtérített kár mértékéig megtérítési igény illeti meg a károkozóval szemben.^[16]

A kötelező felelősségbiztosítás mellett szóló leghangsúlyosabb érv éppen ezért a károsult védelme, kompenzálása, hiszen a biztosítási szerződés fedezetet nyújt a károsulti követelések esetére. A biztosító azon túl, hogy mentesíti az egészségügyi szolgáltatót olyan kár megtérítése, illetve sérelemdíj megfizetése alól, amelyre jogszabály értelmében köteles, szakmai és eljárási segítséget, támogatást is tud nyújtani az egészségügyi szolgáltatónak.^[17]

IV. AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK SZAKMAI FELELŐSSÉGBIZTOSÍTÁSA

Az egészségügyi szolgáltatói felelősségbiztosítás szabályozása nem tekint vissza komoly múltra, hiszen a szocializmus időszakában az állami egészségügy és a korlátlan költségvetési helytállás nem igényelte a biztosítást,^[18] míg az 1945 előtti időszakban a jelentős részben magán egészségügyi szolgáltatók nem vették igénybe a nem kötelező biztosításokat.^[19] Az egészségügyben 1989-ben nyílt lehetőség magánszolgáltatók megjelenésére. Ezeket a szolgáltatókat

[13] Csákó, 2000, 4.

[14] Pandurics – Markó, 2015, 81.

[15] Papp, 2020, 118.

[16] Ptk. 6:468. § (1) bek.

[17] A munkáltatói felelősségbiztosítás kapcsán lásd: Rakiczki, 2022.

[18] Németh, 1993, 306.

[19] Simon, 2004, 7.

az állam szakmai felelősségbiztosítás megkötésére kötelezte.^[20] Bár az állami és önkormányzati fenntartású intézmények számára ekkor még nem volt kötelező a felelősségbiztosítás, a '90-es évek elejére szinte valamennyi egészségügyi intézmény rendelkezett ilyennel. Az elérhető források tanúsága szerint ebben az időszakban a piac jól működött: több biztosító versengett ajánlataival a piacon, a biztosítások kellő fedezetet nyújtottak a kárigények kielégítésére, a biztosítási díjak megfizethetőek voltak.^[21]

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban Eütv.) tette kötelezővé valamennyi egészségügyi intézmény számára a szakmai felelősségbiztosítást, ami az akkori biztosítási gyakorlatnak megfelelően már nem hozott jelentős növekedést a piacnak. Az Eütv. fekteti le az egészségügyi szolgáltatások végzésének szakmai követelményeit – elsők között a szakmai felelősségbiztosítás megkötésére vonatkozó kötelezettséggel.^[22] Az Eütv. záró rendelkezései között^[23] eredetileg az egészségügyi miniszter számára adott felhatalmazást az egészségügyi szolgáltatók felelősségbiztosítására vonatkozó részletes szabályok kidolgozására, amely a mai napig nem készült el. Így nincs olyan jogszabály, amely erre a területre vonatkozóan speciális rendelkezéseket tartalmazna, amely meghatározná, hogy egy egészségügyi szolgáltatóval kötött felelősségbiztosítási szerződésnek milyen feltételeket kell kielégítenie. Ennek a mulasztásnak pedig az az eredménye, hogy jelenleg semmi más nem határozza meg ezen speciális felelősségbiztosítási ágazat működését, mint a biztosítók üzletpolitikája, az általuk kialakított általános szerződési feltételek.^[24]

A szakmai felelősségbiztosítás megjelenéséhez, illetve kötelező elterjesztéséhez állami érdek fűződött, nevezetesen a szolgáltatás, illetve az egészségügyi ellátás biztonságának megteremtése azzal, hogy ha már nem csak az állam vagy önkormányzat nyújtja az egészségügyi ellátást, akkor se kerüljenek a szolgáltatók és a betegek, illetve hozzátartozóik kiszolgáltatott helyzetbe. Az állam a fenti érdek megvalósítása érdekében a kezdeti lépést megtette, jogszabályban előírta a kötelező szakmai felelősségbiztosítást, de sajnálatosan annak részleteiről nem rendelkezett, ami a gyakorlatban számos bizonytalansághoz és a biztosítás helyállási funkciójának folyamatos gyengüléséhez vezetett.^[25]

A piaci szereplők véleménye szerint a hiányzó kormányrendeletnek elsősorban – egyéb biztosítási standardok felállítása mellett^[26] – a biztosítási limitek (kellően magas szintű) minimumát kellene meghatároznia, ugyanis sokak szerint a túlzottan alacsony biztosítási limitek a piac rossz működésének a legfőbb okai.^[27]

[20] 30/1989. SZEM rendelet, 113/1989. MT rendelet

[21] Zákány, 2007, 4.

[22] Eütv. 108. §.

[23] Eütv. 247. § (1) bekezdés f) pont.

[24] Simon, 2003a, 4.; Zákány, 2007, 4.; Dósa, 2017. 800.

[25] Simon, 2004, 1.

[26] Például minimális tartalmi elemek, kizárási feltételek, önrész aránya, utófedezet hossza stb.

[27] Nagy – Micski, 2012, 62.

V. MŰKÖDÉSI ANOMÁLIÁK: A LIMITEK ÉS ÖNRÉSZEK PROBLEMATIKÁJA

A biztosítási szerződések az 1989-es indulásuktól, de különösen az 1992-es elterjedésüktől kezdve limitálják az összegszerű helytállási kötelezettségüket, káreseményenként és évenként. A limitek, a kártérítés funkciónak oldaláról vizsgálva, ösztönzik a prevenciót, hiszen az egészségügyi szolgáltatók nem válnak érdektelenné, hogy eleget tegyenek a jogszabályban rögzített kötelezettségüknek. Ez a funkció álláspontom szerint azonban közvetlenül és ténylegesen nem érvényesülhet, hiszen a tényleges károkozók az orvosok, egészségügyi dolgozók, akik nem ismerik a biztosítási szerződések részleteit, a limit intézménye fokozottan nem sarkallhatja őket kármegelőző magatartásra. A kárlimitek alkalmazásának indikációja így elsősorban gazdasági, a fizetett díjakért „cserébe” ezt a kockázatot tudják vállalni a biztosítók. A limiteknek több típusát ismeri a biztosítási jog.^[28] A kártérítési limit a biztosítási összegben belül a biztosító szolgáltatási kötelezettségének a felső határa egyes fedezetbe vont kockázatok tekintetében. Ez a limit a kezdetektől a mai napig szinte alig változott, általában ötmillió forint, illetve tíz vagy tizenöt milliós határ kerül alkalmazásra, de nem ritka a három, és különösen fogorvosok és háziorvosok esetén az egymilliószeghatár sem.^[29]

A probléma abban áll, hogy a biztosító eseti helytállási limitje nem emelkedett a bírósági eljárásokban megítélt kártérítési és sérelemdíjaknak megfelelően. Nagy Péter és Micski Judit tanulmányukban biztosítói és kórházi forrásokra hivatkozva ismertetik azt a gyakorlatot, hogy a nagy kórházak egészségügyi szakmai felelősségbiztosítása terén a biztosítók – a felek közötti megállapodás alapján – azt az összeget szedik be az intézményektől éves biztosítási összegként, amit az intézmény még ki tud fizetni. Ehhez az összeghez rendelik hozzá azt a biztosítási limitet és fedezeti kört, amit a biztosító be tud vállalni.^[30] Ez az összeg azonban a fekvőbeteg-ellátó intézmények teljes éves kárkifizetéseinek csupán egy töredékét fedezi, a kárkifizetések fennmaradó részét az intézményeknek kell a működési költségeikből kigazdálkodni. Vagyis az a megkötött egészségügyi szakmai felelősségbiztosítások egy része valójában nem tekinthető valódi biztosítási terméknek, csupán látszatbiztosításnak. Ekkor az intézmény célja nem az, hogy fedezetet képezzen a várhatóan bekövetkező károkra, hanem az, hogy teljesíteni tudja törvényi kötelezettségét. Mindez azt jelenti, hogy a szakmai felelősségbiztosítás tulajdonképpen csak minimális részben biztosítás, és a károkozókra sokkal nagyobb teher hárul, ami a kompenzációs funkció sérü-

[28] Kombinált (vagy aggregát) limit: több biztosított kockázatra vagy bármilyen egyéb közös jellemzőre – ideértve a költséglimitet is - együttesen vonatkozó felső összeghatára. Szublimit: a biztosító szolgáltatási kötelezettségének egy kártérítési limiten vagy kombinált limiten belül meghatározott felső határa. Költséglimit: a biztosító szolgáltatási kötelezettségének kizárólag a biztosított jogi képviselői költsége tekintetében – a felek eltérő rendelkezésének hiányában a kártérítési limiten felül – a biztosítási szerződésben rögzített felső összeghatára.

[29] Simon, 2002, 2.

[30] Nagy – Micski, 2012, 62.

lését eredményezi, mivel a nyereségre törekedő biztosítóktól nem várható el, hogy a növekedő kártérítési összegek mellett emeljék a saját helytállási kötelezettségük arányát.^[31] A magasabb limitek előírása önmagában azonban nem hozhat megoldást – komplexebb, átfogóbb, az intézményfinanszírozás kereteit és lehetőségeit figyelembe vevő megoldásra lenne szükség, hiszen a fentiekből látható, hogy a magasabb biztosítási limitek megállapítása nemcsak szabályozási kérdés, hanem a keresleti oldalon álló intézmények finanszírozásával szorosan összefüggő probléma is, melynek oka a fekvőbeteg-intézmények gyenge fizetőképességében keresendő.

Megjegyzendő, hogy pontosan a fent részletezett anyagi tényezők miatt a kizáró feltételek listája nyúlt egyre hosszabbra a biztosítási szerződésekben, mely ellen szintén gyakran emelnek kifogást az egészségügyi intézmények képviselői.^[32] Ezek a változások főként annak tudhatóak be, hogy a nem magán fenntartású egészségügyi intézmények finanszírozási nehézségei erős korlátot szabtak a díjemelési lehetőségeinek, így a biztosítók inkább a kockázati tényezők szűkítésének irányába próbáltak elmozdulni. Halmozottan jelentkeznek az alacsony limitek problematikája azon káresemények esetében, amikor egy külföldi személy magyarországi magán egészségügyi szolgáltatónál vesz igénybe szolgáltatást, majd ezzel összefüggésben érvényesít kárigényt a lakóhelye szerinti országban. A nyugat-európai országokban megítélt kártérítési és sérelemdíj-összegek, az eljárási költségek ugyanis többszöröse a hazaiaknak. Fontos hangsúlyozni azonban, hogy a látszatbiztosítások problémája nem érinti a teljes egészségügyi piacot – még a nagy fekvőbeteg-intézmények esetében is vannak valós fedezetet nyújtó szerződések.

A biztosítási szerződések szinte mindegyike tartalmaz önrészre vonatkozó kikötést is. A biztosítási szerződésben vállalt limit alatti helytállási összeget a szerződések tovább csökkentik, mivel a szerződések szerinti önrészt, ami általában a kártérítés 10%-a, az egészségügyi szolgáltató kötelessége megfizetni. Bár az egyedi szerződések nem mindegyike hozzáférhető, azonban a szakmai felelősségbiztosítási általános szerződési feltételek általában rögzítenek önrészt a biztosító helytállási limitjén belül, általában százalékos mértékben, ami azt jelenti, hogy a limiten belüli kifizetés esetén az egészségügyi szolgáltató fizeti a kártérítés általában tíz százalékát.^[33] Abban az esetben, ha a limit feletti kifizetés történik, önrészfizetési kötelezettsége nincs az egészségügyi szolgáltatónak, a biztosító szolgáltatása ilyenkor a teljes helytállási limit, míg az egészségügyi intézmény tartozik fizetni a helytállási limit feletti részt. Abban az esetben, ha a biztosító eseti helytállási limitjét megemelnék, az esetleges önrésznek megnő a jelentősége, hiszen a magasabb limit mellett a szolgáltatóknak ritkán alakul

[31] Simon, 2003a, 5.

[32] Zákány, 2007, 4.

[33] Lásd például: Allianz Hungária Zrt. AHE-16101/3. sz. Egészségügyi szolgáltatók felelősségbiztosítása XI.; Generali Biztosító Zrt. 21525. sz. Egészségügyi és szociális tevékenység felelősségbiztosításának feltételei IX.4.

olyan kötelezettségük, hogy az eseti limit feletti összeget kell fizetniük, hanem sokkal gyakoribb lesz az eseti helytállási limiten belüli összeg kifizetése melletti önrészfizetés.

Az önrészt a szolgáltató csak a saját költségvetéséből tudja kitermelni, amely anyagi megterhelést a szolgáltatók gyakran nem tudják teljesíteni, ami a múltban is, de a jövőben különösen akadálya lehet a peren kívüli egyezségeknek, hiszen az emelt eseti helytállási limit százalékos részében meghatározott önrész is jelentős emelkedést mutatna. Osztom azt a nézetet, hogy ha az egészségügyi szolgáltatóknak az eseti helytállási limit melletti kifizetés esetén fizetési kötelezettsége nem jelentkezik, könnyebben fogadja el a beteg vagy hozzátartozójának egyezségi ajánlatát, ami kizárólag a biztosítónak jelent fizetési kötelezettséget.^[34] Ez nem csak a kórház és a károsultak számára előnyös: az egyezségi összegek általában alacsonyabbak, mint a peres eljárásban megítélt összegek, a peres eljárások elhúzódóak és további jelentős költségeket generálnak (szakértői költségek, késedelmi kamat), és a kártérítéssel kapcsolatos tartalékolási kötelezettségének – ami a biztosítási törvényből fakadó kedvezőtlen kötelezettsége a biztosítónak, hiszen a nyereségét hátrányosan érinti – sem kell a hosszú pereskedési eljárás végéig eleget tennie.

Hasonlóan a limit kapcsán kifejtettekhez, álláspontom szerint aggályos elgondolás, hogy az önrészesek visszatartó ereje van az egészségügyi szolgáltatás milyenségével kapcsolatban, hiszen a szolgáltatóknak, de különösen a szolgáltatóknál dolgozó orvosoknak általában nincs ismerete az önrészeiről, annak mértékéről, illetve, ha van is, az a szolgáltatót terheli, és nem hárítható át a tényleges mulasztást elkövető orvosra. Az orvos gondolataiban megjelenő, a szolgáltatót esetlegesen terhelő önrész a tevékenysége során tehát nem teszi óvatosabbá, meggondoltabbá.

VI. MEGOLDÁSI JAVASLATOK

A jelenlegi szabályozás (hiánya) miatt fennálló állapot, hogy mivel a nem magán fenntartású egészségügyi intézmények finanszírozási nehézségei erős korlátot szabtak a díjemelés lehetőségeinek, így a biztosítók inkább a kockázati tényezők szűkítésének irányába mozdulnak el. Finanszírozási okokból – érthetően – több nagy intézmény csupán egy minimális biztosítási limit és kárfedezeti kör mellett köti meg biztosítását, mellyel a kötelezettségét teljesíti ugyan, azonban a ténylegesen várható kockázatokra ezek a biztosítási szerződések nem nyújtanak fedezetet.^[35] A látszatbiztosítások felszámolására a legcélravezetőbb megoldásnak az állami beavatkozást, a szabályozást látom, hiszen a tanulmányban részletezettek szerint a szolgáltatók, a betegek és a biztosító érdeke nem esik

[34] Simon, 2003b, 9.

[35] Nagy – Micski, 2012, 64.

minden tekintetben egybe. Jelenleg azonban nincs tudomásom erre vonatkozó jogalkotói szándékról.

Kiemelkedően fontos része lenne a jogszabálynak a helytállási limit és az önrész mértékének meghatározása. A bírósági gyakorlat és a jelenlegi értékviszonyok között rögzíteni szükséges, hogy egy szolgáltatónak mekkora összegű eseti helytállási limittel rendelkező biztosítással kell bírnia. Ezzel elkerülhetőek lennének a látszatbiztosítások.

A limit jogszabályban történő meghatározása nem ismeretlen a hazai biztosítási jogi szabályozásban, hiszen például a kötelező gépjármű-felelősségbiztosítási szerződés alapján egy biztosítási esemény vonatkozásában dologi károk esetén egymillió-háromszázezer eurónak megfelelő forintösszeg-határig, személyi sérülés miatti károk esetén pedig hatmillió-négyszázötvenezer eurónak megfelelő forintösszeg-határig köteles helytállni a biztosító.^[36] Az összeghatár pedig éppen idén emelkedett.^[37] Mind az éves helytállási limit, mind az eseti helytállási limit meghatározható jogszabályban, akár összegszerűen, akár úgy, hogy az éves limit az eseti limit többszöröseként (igazodva például az előző évi kárstatisztikákhoz) kerül meghatározásra. A limit jogszabályi meghatározásánál nagyon körültekintően kell eljárnia a jogalkotónak, mivel figyelemmel kell lenni arra is, hogy az emelt limit emelt biztosítási díjat is jelentene, amely egyébként a biztosítói oldalon értékelhető pozitívumként. Emellett az elmúlt évek tapasztalatai alapján olyan limitet szükséges meghatározni, amely figyelembe veszi a jelenlegi peres és peren kívüli gyakorlatot, hiszen csak remélhetjük, de nem várhatjuk, hogy a jogalkotó gyakran nyúlna a jogszabályi maximumokhoz.

Simon Tamás mellett érvel, hogy az önrész megmaradása komoly akadály lenne a megemelt limitek melletti egyezségkötésnek, ezért álláspontja szerint az önrészt el kellene hagyni, és ebben az esetben jogszabályban kellene előírni, hogy önrész alkalmazására nem kerülhet sor.^[38] Sajnos ezt az elgondolást utópisztikusnak látom: a felelősségbiztosítások esetén egyértelmű gyakorlat Magyarországon az önrészek alkalmazása, ennek eltörlése a biztosítók komoly ellenállásába ütközne. A preventív funkció az egészségügyi szolgáltatói felelősségbiztosításoknál kevésbé érvényesülhet az előző fejezetben kifejtettek szerint, azonban az egészségügyi szolgáltató vonatkozásában álláspontom szerint lehet ilyen hatása, tipikusan a dokumentációs kötelezettség, a belső eljárásrendek és a diagnosztikai kérdéseket illetően. Realitását annak látom, hogy az önrész összegének maximumát jogszabályban rögzítse a jogalkotó: akár összegszerűen, akár százalékos formában.

Összegezve a biztosítók helytállási kötelezettségeire vonatkozó korlátokat, megállapítható, hogy a hárompólusú jogviszony szereplőinek eltérő érdekei miatt a fennálló probléma, a látszatbiztosítások létezése konszenzusos formá-

[36] A kötelező gépjármű-felelősségbiztosításról 2009. évi LXII. törvény 13. § (1) bekezdés.

[37] A pénzügyi szektort érintő egyes törvények módosításáról szóló 2022. évi XX. törvény 12. §.

[38] Simon, 2002, 6.

ban nem orvosolható, így a károsultak érdekeinek hatékonyabb érvényesítése érdekében elkerülhetetlennek és elengedhetetlennek látom a jogalkotói beavatkozást.

IRODALOM

- Ajtay-Horváth Viola (2016): A felelősségbiztosítás lehetséges hatásai a munkaviszonyra. In: Fazekas Marianna (szerk.): *Jogi Tanulmányok*. ELTE Állam- és Jogtudományi Kar Állam- és Jogtudományi Doktori Iskola, Budapest.
- Bárdos Péter (2004): Az új Ptk. kárfelelősségi fejezete. Változat egy témára. In: *Polgári Jogi Kodifikáció*. 2004/5-6. sz.
- Certicky Mária (2021): *A felelősségbiztosítási szerződés, különös tekintettel a szerződésszegéssel okozott kár és sérelemdíj biztosíthatóságára*. PhD értekezés, Miskolc.
- Csákó Györgyi (2000): *A károsult védelme a felelősségbiztosításban*. PhD értekezés, Miskolc.
- Dósa Ágnes (2017): Egészségügyi szolgáltatók felelőssége – Krízis és kiútkeresés. In: *Magyar Jog*. 2017/7. sz.
- Hergert Ottó – Juhász Istvánné – Szolyka Lilla (2015): Munkabalesetek - biztosítással: megtörtént esetek tanulságai. In: *Munkavédelem és biztonságtechnika*. 2015/3. sz.
- Matovics Rúben (2020): A járulékoság elemei a felelősségbiztosításban. In: *Kártérítési és Biztosítási Jog*. 2020/1. sz.
- Nagy Péter – Micski Judit (2012): *A szakmai felelősségbiztosítások piacának sajátosságai Magyarországon*. Infrapont Kft., Budapest.
- Németh Antónia (1993): Polgári jogi felelősség és felelősségbiztosítás az orvosi jogviszonyban. In: Harmathy Attila (szerk.): *Polgári jogi dolgozatok*. MTA Állam- és Jogtudományi intézet – ELTE-ÁJK, Budapest.
- Pandurics Anett – Markó Olga (2015): A felelősségbiztosítások szerepe, jelene és jövője Magyarországon. In: *Biztosítás és Kockázat*. 2015/3. sz.
- Papp Nikolett (2020): A munkahelyi egészségsérelem kompenzációjának felelősségbiztosítási modelljei Magyarországon és az Európai Unióban. In: *Erdélyi Jogélet*. 2020/4. sz.
- Rakiczki Renáta (2022): „Lenni vagy nem lenni: az itt a kérdés” – gondolatok a (kötelező) munkáltatói felelősségbiztosítás margójára. In: *Kártérítési és Biztosítási Jog*. 2022/3. sz.
- Simon Tamás (2002): Felelősségbiztosítás az egészségügyben. Ne hagyjuk magára az orvost. In: *Lege Artis Medicinae*. 2002. december. 1-9. (Elérhető: <http://www.384ugyvediroda.hu/images/pdf/felelossegbizt.pdf>. Letöltés ideje: 2022. október 22.).
- Simon Tamás (2003a): Az egészségügyi szolgáltatók szakmai felbiztosításának átalakításáról. In: *Egészségügyi Menedzsment*. 2003. január-február. (Elérhető: www.384ugyvediroda.hu/eui_szolgalatokat. Letöltés ideje: 2022. október 22.).
- Simon Tamás (2003b): *Az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosítása átalakulásának egyes kiemelkedő kérdéseiről*. (Elérhető: http://www.384ugyvediroda.hu/images/pdf/felbizzt_atalakulasa.pdf. Letöltés ideje: 2022. november 1.).
- Simon Tamás (2004): *Szakmai felelősségbiztosítás az állam, az egészségügyi szolgáltatók, a betegek és a biztosítók szemszögéből, avagy érdekazonosságok az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségének elbírálása során*. Nagy lépések az egészségügyben szakmai konferencia előadásának anyaga. Budapest. (Elérhető: <http://www.384ugyvediroda.hu/images/pdf/allam.pdf>. Letöltés ideje: 2022. október 27.).

- Zákány Judit (2017): Az egészségügyi szolgáltatók kötelező szakmai felelősségbiztosításának aktuális kérdéseiről In: *Debreceni Jogi Műhely*. 2017/4. sz. (Elérhető: <https://ojs.lib.unideb.hu/DJM/article/view/6398>. Letöltés ideje: 2022. október 21.).

JOGFORRÁSOK

- 113/1989. MT rendelet.
- 30/1989. SZEM rendelet.
- A kötelező gépjármű-felelősségbiztosításról 2009. évi LXII. törvény.
- A pénzügyi szektort érintő egyes törvények módosításáról szóló 2022. évi XX. törvény.
- A Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény.
- Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény.

EGYÉB FORRÁSOK

- Allianz Hungaria Zrt. AHE-16101/3. sz. Egészségügyi szolgáltatók felelősségbiztosítása.
- Generali Biztosító Zrt. 21525. sz. Egészségügyi és szociális tevékenység felelősségbiztosításának feltételei.



•
Révész T. Mihály, Bihari Mihály, Lévainé Fazekas Judit és Smuk Péter 2013-ban, Bihari Mihály 70. születésnapjára köszöntőjén (Fotó: Horváth László)