

Dúl János:¹ Egészségügyi jog a magánjog és a közjog határán – feljegyzések egy konferenciáról

A Nemzeti Közszerológati Egyetem Államtudományi és Közigazgatási Karának Civilisztikai Intézete „Egészségügyi jog a magánjog és a közjog határán” címmel szervezett konferenciát 2018. december 7-én, amely a Ludovika Campus Főépületének Zrínyi termében került megrendezésre.

Papp Tekla (intézetvezető egyetemi tanár; Nemzeti Közszerológati Egyetem, Államtudományi és Közigazgatási Kar, Civilisztikai Intézet) köszöntő szavaiban kiemelte, hogy az egészségügyi jog olyan komplex terület, amelynek nyúlványai nemcsak az alkotmányjog, a büntetőjog, hanem a magánjog, azon belül is - többek között - a személyiségvédelem, a szerződési jog, valamint a kártérítési felelősség területére is elérnek. *Barzó Tímea* (egyetemi docens; Nemzeti Közszerológati Egyetem, Államtudományi és Közigazgatási Kar, Civilisztikai Intézet; tanszékvezető egyetemi docens; Miskolci Egyetem, Állam-és Jogtudományi Kar, Polgári Jogi Tanszék) nyitó gondolataiban elmondta, hogy Magyarországon kevés olyan egészségügyi jogi konferenciát szerveznek, ahol mind az orvosi, mind a jogászai szakma képviselői jelen vannak. A tanácskozás fő célkitűzése az, hogy mindkét szakma képviselői az egészségügyi jog komplexitásához igazodva közösen vizsgáljanak és vitassanak meg elméleti és gyakorlati kérdéseket.

Kovácsy Zsombor (irodavezető ügyvéd, orvos, egészségügyi szakmenedzser; Kovácsy Zsombor Ügyvédi Iroda) szerint a magán- és a közellátás elhatárolása rendkívül aktuális. A terminológia tisztázatlanságának egyik eredője az, hogy a két ellátás tekintetében keverednek a tulajdon- és a finanszírozási viszonyok: például a házi orvos a magántulajdonában álló eszközökkel közfinanszírozásból gyógyítja a betegeket. Ebben a körben tisztázni szükséges a magánszerológáltatások fajtáit is, amelyet már kiválóan összefoglaltak (lásd: Rékassy Balázs – Kincses Gyula – Révész Sándor – Soltész Attila: Vadkapitalizmus virágzása, azaz mit szül a szabályozatlanság az egészségügyben I. In: IME – Interdiszciplináris Magyar Egészségügy 2018/6. 8-15.). Az ellátások jogi szabályozásának módját tekintve a közellátásnál a közfinanszírozás dominál, ez pedig erősen centralizált, közjogias, míg a rendszer egészét figyelembe véve a túlszabályozottság mellett alulszabályozottság is megfigyelhető. A két szisztéma egymás mellett élésének több gócpontja van. Ilyen a pénzforgalmi és eredményszemlélet együttes jelenléte, mikor például az egészségügyi szerológáltatónak a finanszírozás keretében kapott összeget más pénzeszközöktől elkülönítetten kell kezelnie vagy az egészségbiztosító ellenőrzi a finanszírozott egészségügyi szerológáltatások elszámolási rendjét, az elszámolások valódiságát. Emellett felismerhető az a jelenség is, hogy a magánbetegeket az állami finanszírozású keretek közé viszi be valamely szerológáltató, azaz egy magánorvos közfinanszírozás keretei között nyújt megkülönböztetett egészségügyi ellátást, ahol pl. a várólistára vonatkozó szabályozás nem igazán alkalmazható.

Az állami és magánszférában dolgozóknak továbbá az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. törvény 5. § (6) bekezdése alapján nyilatkozatot kell tenni arról, hogy az adott időtartam alatt végzett egészségügyi tevékenység a törvényben meghatározott időkereteket nem haladja meg. Az ilyen aláírt nyilatkozatok azonban a valóságnak nem felelnek meg.

A köz- és a magánellátás elválasztásának többféle formája ismeretes: a) A közellátásban ne legyen magánellátás, ami részben meg is valósult. Kérdéses viszont így a házi orvosok helyzete, a jogi szabályozásuk keretei. 2. A magánellátás keretei között ne legyen közellátás,

¹ Tudományos segédmunkatárs. Nemzeti Közszerológati Egyetem, Államtudományi és Közigazgatási Kar, Civilisztikai Intézet. Köszönetemet fejezem ki Dr. Barzó Tímeának a kéziratához fűzött megjegyzéseirért.

amely szintén megvalósult részben, de a gyakorlatban nem működik tisztán. 3. További megoldási lehetőség a két ellátás elválasztására, hogy az egyikben részt vevő egészségügyi dolgozó nem tevékenykedhet a másikban, az előadó álláspontja szerint itt szükség van a foglalkoztatásokra vonatkozó minimumfeltételek meghatározására. 4. A magánellátás nem kaphatna közfinanszírozást, viszont erre az esetre a háziorvosi ellátás alapjait kellene megváltoztatni. 5. Újabb elválasztási módszer az is, hogy a magánfinanszírozást vállaló beteg nem vihető be a közellátás kereteibe abban a kezelésben, amelyre ő a magánellátást választotta, ami azonban nagyfokú és pontos adminisztrációt igényel. A két ellátási rendszer elkülönítése helyett „össze kell őket békíteni” az előadó véleménye szerint: a magánszolgáltatókra megfelelően ki kell terjeszteni a közfinanszírozást; olyan alapsomagot kell meghatározni, amelyen túl a közellátásban is elérhető szolgáltatásokért fizetni kell; a korlátozó szabályozás helyett átlátható feltételeket kell szabni, amelyek teljesítését fokozott ellenőrzéssel kontrollálják. A társadalom szélesebb közönségével azt kell megértetni, hogy az egészségügyi ellátásoknál is elképzelhető olyan módszer, amit nem mindenki tud megfizetni, ugyanakkor kiemelten fontos az, hogy mindenki megfelelő ellátásban részesüljön.

Zákány Judit (tudományos munkatárs; Debreceni Egyetem, Állam- és Jogtudományi Kar, Polgári Eljárásjogi Tanszék) az egészségügyi szolgáltatásokat érintő konfliktusok peren kívüli rendezésének lehetséges útjairól tartott előadásának bevezetőjében arra hívta fel a figyelmet, hogy az egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatban folyamatosan terjed a tudatos fogyasztói szemlélet, ezáltal a szolgáltatás minősége gyakrabban kérdőjeleződik meg. Az eltérő típusú és súlyosságú jogsérelmek kezelésére különböző típusú jogvédelmet, igényérvényesítési utat biztosító lehetőségekre van szükség. A klasszikus polgári peres eljárás – bűncselekmény megvalósulása esetén kivételesen büntetőeljárás – mellett alternatív kompenzációs megoldások (egészségügyi közvetítői eljárás, békéltető testületi eljárás, bírósági közvetítés, közjegyző előtti egyezségi kísérlet) és alternatív konfliktuskezelési lehetőségek (betegjogi képviselői rendszer, intézményi panasztétel, ombudsmani vizsgálat, etikai eljárás, civil szervezetek segítségével történő eljárás) is rendelkezésre állnak. A polgári peres eljárás hátrányaival szemben ezeknek az alternatív lehetőségeknek több előnye van, melyet egy több országra kiterjedő kutatással is megerősítettek. A megkérdezetteknek arra a kérdésre kellett válaszolniuk, hogy milyen célok elérése érdekében kezdeményeztek egészségügyi kártérítési pert, és ezeket a célokat kellett fontossági sorrendben megjelölniük. A kutatás során arra a megállapításra jutottak, hogy a betegek által fontosnak tartott törekvéseket alternatív jogvédelmi eszközökkel is meg lehet valósítani. Ide sorolhatjuk a betegjogi képviselőt, aki kapcsolatot tart a betegekkel, tájékoztatást ad a betegjogokkal és igényérvényesítési lehetőségekkel kapcsolatban, segítséget nyújt a panasztételi eljárásban; nemcsak Magyarországon, hanem külföldön is jelen vannak, például Ausztriában és Nagy-Britanniában. Az intézményi panaszkezelésre az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 29. § (1) bekezdése alapján van lehetőség, azonban az egységes követelmények hiánya miatt sok esetben nem működik hatékonyan, holott a megfelelő belső panaszkezelés minden egészségügyi intézménynek nagyon fontos érdeke. A klinikai mediátorokkal kapcsolatban az előadó Nádházy Zsolttal közösen végzett kutatást. Az Amerikai Egyesült Államokban a kórházakban alkalmazott mediátorok esetében mérhető pozitív eredményeket értek el, mivel kevesebb kártérítési pert indítottak a kórházzal szemben, a dolgozó- és a betegelégedettség fokozódott. Ehhez hasonló törekvések más országokban is jelen vannak, például Belgiumban, Franciaországban, Csehországban. Az ombudsmani típusú jogvédelmet Magyarországon az alapvető jogok biztosa és helyettesei látják el, akik kérelemre és hivatalból is indítanak vizsgálatot. Az előadó javasolta egy önálló egészségügyi ombudsmani intézmény létrehozását, amely az ilyen jellegű ügyekben megvalósult gyakori megkeresések miatt indokolt lehet. Ausztriában és Németországban arbitrációs modell érvényesül:

Németországban egyezséget létrehozó szakértői és vegyes testületként, Ausztriában pedig az orvosi kamara egyeztető tanácsokat működtet. E szervezetek perelhárító, illetve perelőkészítő szerepük van, jelentőségüket pedig annak is köszönhetik, hogy a betegek ingyenesen férnek hozzá a konfliktuskezelés ezen formájához. A hazai egészségügyi közvetítői eljárás sajnálatosan nem működik, nem kellően ismert, a felelősségbiztosító sem preferálja a peren kívüli egyezséget, hatékonyságuk az eljárási szabályok reformjával pedig fokozható lenne. A békéltető testületi vitarendezésnek, amely a fogyasztó és a vállalkozás közötti jogviták rendezésére jött létre, az egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatban marginális szerep jut, azonban az eljárás pozitív vonásaira koncentrálva az egészségügyi közvetítés szabályainak reformján érdemes mégis inkább elgondolkodni. Az ún. no fault compensation system szintén a peren kívüli vitarendezésre épül, amely jellemzően Új-Zélandon, a skandináv országokban és Franciaországban terjedt el, ebben az esetben nem kell a felróhatóságot vizsgálni. Zákány Judit előadását összegezve elmondta, hogy a peres út alternatívái fontosak, a felek viszonyára hosszú távon pozitív hatással vannak, megfelelő rendezés esetén win-win helyzetbe hozva őket. A működőképes peralternatívák kialakítására törekvés nemzetközi szinten is tapasztalható tendencia.

Feith Helga Judit (főiskolai tanár; Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar) az egészségügyi jog sajátos területével foglalkozott: a koraszülött ellátásban felmerülő életmentő, életfenntartó ellátás visszautasításával felmerülő etikai és jogi dilemmákkal, továbbá az ország különböző koraszülött osztályain végzett kérdőíves kutatás eredményének részbeni bemutatásával. A kutatási eredményeket az előadó egy önálló tanulmányban készül majd a tudományos nagyközösség elé tárni.

Simon Tamás (biztosítási és egészségügyi szakjogász, irodavezető ügyvéd; Budapesti 384. számú Ügyvédi Iroda) a jogi képviselő sajátosságait prezentálta a beteg, a magánszolgáltató és a közszolgáltató megbízó oldaláról különféle szempontok alapján. Amennyiben a megbízó a beteg, úgy a panaszait részletesen ismerteti, de annak megoldását általában az ügyvédre bízta, sok esetben többet is felkeres, és ezt követően dönt, melyiküket bízta meg. Amennyiben azonban magánszolgáltató a megbízó, akkor általában nincs a szakmai felelősségre tartós ügyvédi megbízása, nincs kialakult kapcsolati csatornája, részletes tervet vár a leendő képviselőtől, a per kimenetelének esélyeit latolgatja. A közszolgáltató megbízó többségében tartós ügyvédi megbízást ad. A megbízás felügyelete a beteg részéről nem rendszeres, a megbízás teljesítésének folyamatába általában nem szól bele, míg a magánszolgáltató rendszeres jelentéseket vár, ehhez képest a közszolgáltató megbízó nagyobb időközönként (negyed- vagy félévente) vár összefoglaló jelentést. Különbség tehető a bizonyításban való közreműködés tekintetében is: a beteg minden tőle telhetőt megtesz, a magánszolgáltató hatékony közreműködése a gazdasági kiszolgáltatottság miatt szinte kötelező, a közszolgáltatónál pedig az orvosok ritkán érnek rá, a tanúvallomásokat nehézkesen tudják emiatt megtenni. Eltérő a három megbízónál az egyezség kötésére való hajlandóság is: halálesetnél a beteg oldaláról gyakoribb, itt a jogellenesség megállapítása az elsődleges, az összecszerűség másodlagos, egészségkárosodásnál ritkább az egyezségkötés, a cél a minél magasabb kártérítés; amikor a beteg egyezsége törekszik, az még inkább a per előtti szakaszra jellemző. A magánszolgáltató, amennyiben az gazdaságilag indokolt, bármikor hajlandó egyezséget kötni, míg közszolgáltatónál a szakmai tekintély megőrzése fontosabb, ezért ezekben az esetekben a gazdasági helyzet miatt az egyezség ritkább. A beteg által jogvédelmi biztosítás kötése ritka, amennyiben mégis van, akkor az igényre szakosodott jogi tanácsadásra terjed ki; a magánszolgáltató törekszik minél magasabb limittel bíró biztosításra, szakjogászi és szakterületi segítséget vár el a per előtt és a per alatt is, míg a közszolgáltató a per előtt várja inkább a jogi segítséget. A közszolgáltató azért nem igényli az

orvosszakértői segítséget, mert úgy gondolja, a saját orvosai jobban értenek hozzá, mint egy külső szakértő. Különböző érdekes kérdéseket is felvetett az előadó a kettős képvisellel összefüggésben: mi van abban az esetben, ha mind a beteg, mind a szolgáltató megbízást akar adni? Egyezségkötés érdekében nyújtható-e segítség mindkét oldalnak? Ha az egyik oldal képviselét elvállalta az ügyvéd, majd megkérdezi a szembenálló fél, kit javasol az ő jogi képviselőjének, kiválaszthatom-e az ellenfelemet? Végül mi történik akkor, ha az egyik szolgáltatót csak úgy lehetséges védeni, ha egy olyan másik szolgáltatót hibáztat az ügyvéd, akit egyébként tartós megbízás mellett szintén képvisel? Ezt követően az előadó röviden ismertetett több olyan tényállást, amelyek vonatkozásában a bírói gyakorlat folyamatosan változik. Ezek között szerepelt az idegentest bent felejtése, a kórházi eredetű fertőződés, a diagnosztikai tévedés, a gyógymódválasztási szabadság, a kockázat, a gyógyulási esély elvesztése, a dokumentációs hiányosság, a tájékoztatás és az okozati összefüggés megítélése. Simon Tamás kihangsúlyozta, hogy az egészségügyi jogi képviselést akkor lesz teljes körű, ha az mindkét oldal képviseléről szól, és az egészségügyi szakmai felelősség mindegyik formáját érinti. Jövőbeli feladatként határozta meg az előadó azt, hogy a magán- vagy a közszolgáltatónál jelentkező előnyt a másik formára is célszerű lenne kiterjeszteni. Az előadó szerint a kettős – azaz olykor a beteg, olykor az egészségügyi szolgáltató oldalán vállalt - képviselést jelentősen hozzájárulhat ahhoz, hogy a bírói gyakorlatban az egészségügy területén érvényesülő szakmaiság előtérbe kerüljön, és háttérbe szoruljon a felperesi oldalon jelentkező üzletfaktor és a túl széles értelmezést lehetővé tevő – néha megjelenő – sajnálatfaktor.

Pribula László (tanszékvezető egyetemi docens, bíró; Debreceni Egyetem, Állam- és Jogtudományi Kar, Polgári Eljárásjogi Tanszék, Debreceni Ítéltábla) az orvosi felelősség kihívásainak gyakorlati megjelenéséről tartott előadásának bevezetőjében olyan alapfogalmakat tisztázott, mint a kár, annak elemei, a nem vagyoni sérelem és a gyógyulási esély. A gyógyulási esély jogalkalmazásban felmerülő kérdései közül kiemelte az ún. biztos gyógyulás lehetőségét, valamint a minimális esélyt, ezeknek elhelyezkedését attól függően, hogy az okozatosság vagy a felróhatóság körében értékeljük-e, továbbá olyan, állandó jelleggel visszatérő kérdéseket feszegetett, hogy miként kompenzálhatóak a nem vagyoni sérelmek. A gyógyulási esély elvesztése kapcsán egy konkrét esetben a bíróság megállapította: „nem állítható, hogy a hiányolt beavatkozás (vizsgálat) mellett a beteg biztosan meggyógyult volna, csak annak – nem számszerűsíthetően – nagyobb lett volna az esélye”. A gyógyulási esély elvesztését párhuzamba állította a pályáztatás szabályainak megsértésével és a pernyertesség esélyének elvesztésével, amelyek esetében indított kereseteknél is arra a kérdésre kellene választ adni: „mi lett volna, ha...”. A jogalkalmazó dilemmái közé az tartozik, hogy mekkora gyógyulási esély-valószínűség mellett kellene kompenzálni a beteget: 100%-os, akár 0%, vagy ha több mint 50% esély lett volna a gyógyulásra? Folyamatos kérdés a gyakorlatban, mi a minimális, értékelhető esély jelentése? (A Legfelsőbb Bíróság Pfv. III. 20.190/2011/3. határozata szerint a minimális esély is esélynek minősül.) Rendszeresen visszatérő elem az, tulajdonképpen mit is kell kompenzálni, ez pedig nem más, mint egy nevesített, „sui generis” személyiségi jog sérelme. Ugyanilyen jellegű kérdés az is, hogy az esélyt vajon az okozatosság vagy a felróhatóság körében kell-e vizsgálni, holott valójában azt kell nézni, hogy az egészségügyi szolgáltató a megfelelő szakmai szabályok betartásával az elvárható gondosságot tanúsította-e.

Fézer Tamás (egyetemi docens; Debreceni Egyetem, Állam- és Jogtudományi Kar, Polgári Jogi Tanszék) az egészségügyi szolgáltatások legújabb formái (telemedicina és e-egészség) körében felmerülő felelősségi kérdéseket prezentálta. A telemedicina szolgáltatásokat aszerint különböztethetjük meg, hogy a beteggel közvetlen kapcsolatba kerülő (elsődleges szolgáltató) közreműködőiről van-e szó (e-Health alkalmazások, leletező szolgáltatás) vagy direkt

telemedicina szolgáltatásokról (másodlagos szakvélemény, lelet-kiértékelés, telediabetológia, online gyógyszerári szolgáltatás, utóbbiba beleértve a tanácsadást is). A telemedicina jelenségének megközelítése komplex nézőpontot igényel: a szolgáltatók engedélyezése, finanszírozás, nemzetközi magánjogi kérdések (alkalmazandó jog), adatvédelem a GDPR hatálya alatt, felelősség a személyiségi jogok megsértéséért. Uniós jogi szempontból nincs specifikus szabályozás, egyszerre egészségügyi és információs társadalommal összefüggő szolgáltatás, így alkalmazható nemcsak a szolgáltatásnyújtás szabadságának elve, de az ahhoz kapcsolódó európai uniós bírósági gyakorlat is. A határon átnyúló szolgáltatások a betegjogokat is érintik: a beteget megilleti a tájékoztatáshoz való jog a díjak, a költségek, a minőség, biztonság körében a tájékozott beleegyezés érdekében; a hozzáférés tekintetében érvényesíteni kell a diszkrimináció tilalmát; a betegnek joga van ahhoz is, hogy a lakóhelye szerinti tagállam megtérítse az ilyen szolgáltatás igénybe vételével összefüggő költségeket, amennyiben az ellátás a tagállam joga szerint támogatott. Az adatvédelmet is kihívások elé állítják ezek a szolgáltatások: minden olyan adat, ami az ilyen szolgáltatás vonatkozásában felmerül, különleges személyes adat; az adatkezelőknek sajátos kötelezettségei vannak: garantálniuk kell az elfelejtéshez való jogot, biztosítaniuk kell az adatok hordozhatóságához való jogot. E körben azonban további kérdések is felmerülnek, ilyen például az, hogy lehetséges-e a Big Data kezelése, illetve kit terhel a felelősség az olyan károknál, amelyek a beteg tulajdonában álló eszközökhöz adott hozzáféréssel köthetők össze. Amennyiben a telemedicinát, mint közvetítő szolgáltatást tekintjük, a magyar jog kontraktuális megközelítése könnyíti a helyzetet, ugyanis a beteggel szerződéses viszonyban álló elsődleges szolgáltató közreműködőjének tekinthetők, az elsődleges szolgáltató pedig úgy felel a beteggel szemben, mintha maga járt volna el: a felelősség továbbra is felróhatósági alapú. Megválaszolandó kérdés tárgyát képezi az e-közreműködők üzemzavarai, illetve a fellépő felelősségi kérdések. A telemedicina egészségügyi szolgáltatáskénti minősítése relatíve könnyű, ugyanis az egészségügyi törvényben szereplő fogalom kellően tág, a gyakorlat hiánya miatt azonban az elvárhatósági/felróhatósági mérce és az okozatosság megítélése egyelőre nem ismert, továbbá az sem, hogy a jelenléti vizsgálat elmaradása figyelembe vehető-e a szolgáltató oldalán, valamint a beteg nem megfelelő „önbevallását” a közreműködési kötelezettség megszegéseként kell-e értékelni; ugyanígy az okozatosság fennáll-e a beteg döntésének befolyásolásával másodlagos szakvélemény esetén. Nemzetközi magánjogi szempontot tekintve szerződéses viszonyokról van szó, a fogyasztói szerződéses jelleg mindig megállapítható, jogválasztás esetén is érvényesül a beteg lakóhelyének fogyasztót védő szabályainak primátusa. Amennyiben deliktuális felelősségi tényállás áll fenn, akkor annak az országnak a jogát kell alkalmazni, ahol a károsodás bekövetkezett, ez pedig jellemzően az a hely, ahol a beteg az ellátás során tartózkodott, ilyen esetben egyébként fennáll a felek utólagos jogválasztásának a lehetősége. A telemedicina hazai elterjedésének egyrészt korlátai, másrészt ösztönző tényezői is vannak: kevés finanszírozott telemedicina-szolgáltatás van, ezek túlsúlyban EKG és EEG monitorozások; a betegek mentalitása sem erősíti ezt a tendenciát (az öngondoskodás, az együttműködés és az egészségügyi ismeretek hiánya); költségigényes e-Health alkalmazások; ígéretes viszont a kezelést kiegészítő jellegű használat, azaz a megelőzés, a diagnosztizálás és a rehabilitáció területén.

A konferenciát *Barzó Tímea* előadása zárta, aki az egészségügyben megjelenő kártalanítási kérdésekkel foglalkozott. Ezzel összefüggésben kiemelte, hogy a kártalanítás jogszerű károkozásért jár, ez a károkozás senkinek nem felróható, és az ilyen kártalanítások mögött vagy közérdek, vagy egy konkrét személy érdeke (például szövet vagy szerv adományozása) húzódik meg. A kötelező védőoltással felmerülő káreseményekre az egészségügyi törvény 58. § (7) bekezdése ad eligazítást, amely szerint, ha a védőoltásra kötelezett személy a védőoltás adásával összefüggésben súlyos egészségkárosodást szenved, megrokkann vagy meghal, őt,

illetve eltartott hozzátartozóját az állam kártalanítja. A kötelező védőoltás adásának több oka lehet, így például életkorhoz kötöttség, megbetegedési veszély, külföldre való kiutazás, egyes munkakörökben való foglalkoztatás. A kártalanítás feltétele azonban, hogy engedélyezett oltóanyag beadására az engedélyező okiratban szereplő céllal és feltételekkel kerüljön sor. Az Alkotmánybíróság a 39/2007. (VI. 20.) határozatában kifejtette, hogy a védőoltás közegészségügyi, járványügyi célból végzett invazív beavatkozás, amely a testi integritáshoz fűződő jog korlátozását jelenti, mégsem minősíthető szükségtelen alapjog-korlátozásként, azért, mert a védőoltás szükséges eszköz a gyermekek testi, erkölcsi és értelmi fejlődésének biztosításához, valamint az egész társadalom fertőző betegségekkel, járványokkal szembeni védelméhez. A kártalanítás másodlagos eszköz lesz a károk reparálására, ha az egészségügyi szolgáltató a kárt szakmai szabályszegéssel okozta, ekkor a szolgáltató kártérítési kötelezettsége áll be, amennyiben az oltóanyag hibás, úgy a termékfelelősség szabályai alkalmazandóak. Következő esetkör a kártalanítások körében a vérellátással felmerülő káresemény: a nemzeti „vérkincs” biztosítása az állam feladata, a véradót tájékoztatni kell a véradás esetleges káros következményeiről, valamint a véradót meg kell vizsgálni, hogy alkalmas-e véradásra, viszont a véradó kötelezettsége az, hogy saját egészségi állapotáról és életviteléről tájékoztatást nyújtson. Az invazív beavatkozásra figyelemmel írásbeli beleegyezés szükséges. Káresemény esetén szintén csak a károsult személy és az általa eltartott hozzátartozó jogosult kártalanításra, továbbá az egészségügyi szolgáltató kártérítési kötelezettsége szintén fennáll szakmai szabályszegés esetén. A vérkészítmény felhasználásával összefüggésben is kártalanítási kötelezettség áll be, mely a gyakorlatban a kórházi vérátömlesztés miatt következett be tömegesen 1992 előtt végzett transzfúzióval. Ebben az évben vezették be ugyanis a kötelező Hepatitis C vírus (HCV) szűrést, és bár a fertőzés veszélye nagymértékben csökkent, a veszély soha nem fog megszűnni. Jelentős kérdés volt ezekben a perekben az elévülés, mert a HCV fertőzésének lappangási ideje hosszú lehet, azaz a károkozó magatartás (transzfúzió adása) és a károsodás felismerése (igényérvényesítés) között több mint öt év is eltelhet. A kártalanítási kérdések további nagy csoportját képezi az orvostudományi kutatással kapcsolatos felelősség: amennyiben a szakmai szabályoknak, valamint a kutatási tervnek megfelelően végzett kutatás során a kutatás alanya kárt szenved vagy meghal, beáll az állam kártalanítási kötelezettsége. Ez a felelősség objektív felelősség, tehát nincs szükség a kutatást végző intézmény vagy a kutatásban résztvevő jogellenes vagy felróható magatartásának igazolására, viszont a károsult vagy a kutatást végző intézmény felróható közrehatása esetén kármegosztásra van lehetőség.

A konferencián az egészségügyi joggal kapcsolatos jogi és azon túlnyúló kérdéseket elemezték a jelenlévő szakértők. Sok új elméleti és gyakorlati információval, tapasztalattal lettek gazdagabbak a részt vevők, függetlenül attól, hogy a jogász vagy az orvostársadalom oldaláról érkeztek. Ez volt a konferencia fő célkitűzése is, mely elmondható, hogy maradéktalanul meg is valósult.