

Barzó Tímea

***A MŰKÖDTETÉSI JOG (PRAXISJOG), MINT
VAGYONI ÉRTÉKŰ JOG JOGI HÁTTERE ÉS
ALKALMAZHATÓSÁGA***

(PhD értekezés tézisei)

Miskolc

2003.

I.**A kutatás célja és módszere**

Az önálló orvosi tevékenység előzményei mintegy tízéves periódust ölelnek át. A lakóhelyhez kötött körzeti orvosi ellátástól vezetett az út a vállalkozási formában működő háziiorvosi szolgálatok kialakításáig, mely fejlődési folyamatnak lett a legutolsó fő állomása a forgalomképes működtetési jog (praxisjog) bevezetése. Az egészségügyi alapellátás 1992-ben történt átalakításának következménye, hogy a működtetési jog is e területen került elsőként elismerésre, s a praxisjog gyakorlati útvesztőit is a háziorvosok tapasztalhatták meg elsőként.

Dolgozatom *tárgya* egy teljesen önálló, sajátos ismérvekkel rendelkező új – az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvénnyel 2000. február hó 26. napján bevezetett - sui generis vagyoni értékű jog, a *működtetési jog* lényeges elemeinek, sajátosságainak kutatása és jogi háttere.

A dolgozat *egyik célja* az egészségügyi alapellátás átalakításához vezető különböző tényezők, reformfolyamatok összefoglalása, deskriptív jellegű bemutatása, a kisebb valamint nagyobb összefüggések megvilágítása, az egészségügyi privatizációs folyamatok első nagyobb lépcsőfokaként létrehozott működtetési jognak, mint egyik sajátos új magyar jogintézmény igazgatási hátterének ismertetése és analizálása, mely nélkülözhetetlen a praxisjog tartalmát kitevő jogok és kötelezettségek megértéséhez.

Az értekezés *fő kutatási iránya* azonban a működtetési jognak, mint új vagyoni értékű jognak *magánjogi szemléletű* „átvilágítása”. Ezen belül is célul tűzi ki a dolgozat a praxisjog lényeges elemeit tartalmazó egységes fogalom meghatározását, közjogi és magánjogi sajátosságainak elemzését, elhelyezését a magyar jogrendszerben. A kutatásnak fontos *feladata* a működtetési jog elidegeníthetőségéből, a jogosult halála esetén biztosított folytathatóságából eredő dogmatikai, elméleti és gyakorlati ellentmondások feloldása, a nem kellően átgondolt, hiányos szabályozás miatt kialakult gyakorlati problémák felismerése és különböző megoldási javaslatok keresése.

A dolgozat *célja* továbbá más egészségügyi rendszerek – különösen a jogalkotási folyamatban többször is emlegetett Németország – egészségügyi ellátásában érvényesülő hasonló jelenségeknek és szabályozási módozatoknak a felkutatása és ismertetése, mely a praxisjognak, mint új jogintézmény bevezetésének nemzetközi tapasztalatokon alapuló megalapozottságát kívánta alátámasztani.

A dolgozat különös hangsúlyt fektet a működtetési jog bevezetését megelőző fél év *jogalkotási folyamatára* és előkészítő munkálataira, mely tanulságul szolgál arra, hogy – sajnálatos módon - egy reformkoncepció kidolgozottsága, szakmai megalapozottsága és alkalmazhatósága még nem elegendő ahhoz, hogy meg is valósulhasson.

Szintén a tudományos *kutatás célja* annak bizonyítása, hogy a praxisjog bevezetését megelőzően, az 1999-ben megjelölt egészségpolitikai célkitűzések – mint az egészségügyi alapellátásban nyújtott szolgáltatások minőségének javítása, a szakellátás tehermentesítése, illetve a teljes és valóságos privatizáció – elérésére a praxisjog bevezetése nem bizonyult alkalmas eszköznek. A kitűzött célok megvalósításához elengedhetetlen az egészségügyi alapellátást meghatározó önkormányzati ellátási felelősség, illetve az egészségügyi alapellátás finanszírozására vonatkozó elvek és rendelkezések átalakítása is.

A dolgozat elkészítése során több **módszert** is alkalmaztam. Az egészségügyi alapellátás és annak részét képező működtetési jog kutatása interdiszciplináris megközelítést tett szükségessé. A tárgykör bemutatásához ezért felhasználtam bizonyos alapvető *statistikai*, *demográfiai* módszereket is. A magánjogi jellegű elemzések során a *dogmatikai* módszert választottam, a fejlődés egyes állomásainak felvázolásakor a *történeti*, a hatályos szabályok áttekintésekor pedig a *jog-összehasonlító* módszert vettem igénybe.

Az értekezés a leírtak szellemében **hét nagyobb részre** tagozódik:

- A működtetési jog bemutatásához elengedhetetlen a háttérrel jelentő egészségügyi alapellátó-rendszer és az orvosi magángyakorlat kialakulásának, *történeti fejlődésének* felvázolása.

- Az értekezés második része foglalkozik a téma **nemzetközi megközelítésével**, különös hangsúlyt fektetve – az eleinte a működtetési jog mintájául szolgáló – németországi mintára.
- Az értekezés következő szakasza rövid összefoglalást nyújt az egészségügyi alapellátást meghatározó hatályos jogi szabályozásról, kijelöli az **alapellátás helyét az egészségügyi igazgatás rendszerében**, és ez a rész mutatja be röviden a háziorvosi szolgálatok működésének valamint működtetésének alapvető kereteit és jellemzőit.
- A negyedik fejezet dolgozza fel a működtetési jog bevezetését lehetővé tevő egészségügyi privatizációs folyamatok alakulását, a különböző **reformkoncepciók** ellentmondásait, különbségeit.
- A következő rész taglalja a működtetési jog helyét a jogrendszerben, határozza meg annak közjogi és magánjogi jellegét, **legfontosabb sajátosságait**, feltárva a jogi ellentmondásokat, következtetlenségeket és hiányosságokat.
- A dolgozat hatodik része leíró és elemző módszerrel dolgozza fel a **működtetési jog megszerzésére és megszűnésére vonatkozó hatályos rendelkezéseket**, kiemelve a jogalkalmazásban és a gyakorlatban előforduló jogértelmezési problémákat, azok okait.
- A dolgozat utolsó részében kerülnek megfogalmazásra az egészségügyi alapellátás továbbfejlesztéséhez szükséges szempontok és tanácsok, valamint a működtetési jogra vonatkozó hatályos szabályozás módosítására irányuló **de lege ferenda javaslatok**.

II.

A kutatás eredményeinek összefoglalása

Tekintettel arra, hogy a jogterület komplex feldolgozása elkerülhetetlenül *interdiszciplináris megközelítést* igényelt, az értekezés első része *közigazgatási jellegű*, azon belül is az *egészségügyi igazgatás* témakörén belül mutatja be a működtetési jog háttérét jelentő egészségügyi alapellátó rendszer, illetve az orvosi magángyakorlat hazai fejlődésének állomásait, legfontosabb jellemzőit, ezt prezentáló irodalmak, joganyagok feldolgozásával.

Másik oldalról azonban a működtetési jog, mint önálló vagyoni értékű jog magánjogi ismérveit, sajátosságait vizsgálom. A dolgozatnak ez a része magánjogi vonatkozású, *polgári jogi szemléletet* tükröz.

1. Az értekezés első részében a működtetési jog kialakulásának *történeti* előzményeit foglaltam össze. Megállapítottam, hogy az egészségügyi alapellátás alapjait a közegészségügyi szolgálat rendszerét megteremtő 1876. évi XIV. tc. fektette le, mely biztosította az állami egészségügyi ellátás elérhetőségét az ország egész területén. A *városi, községi orvosok*, illetve a *körorvosok* saját területükön (körzetükben) végezhetek csak orvosi tevékenységet, mely a működtetési jog egyik fogalmi elemét jelentő területi ellátási kötelezettség kialakulásának kezdetét jelentette.

A kisebb-nagyobb változtatásokkal közel száz évig élő hatósági orvosi szolgálatot váltotta fel az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvény szellemében a *körzeti orvosi, gyermekorvosi és fogorvosi szolgálat*, mely a gyógyító-megelőző ellátásra ingyenesen jogosult betegek elsődleges egészségügyi ellátását biztosította.

Az intézménytörténeti feldolgozás alapján azt is *megállapítottam*, hogy az *orvosi magángyakorlat* kereteinek 1936-ban történt kijelölését követően kialakult magánpraxisok az 1945 utáni államosítási hullámot követően is megmaradtak egyrészt azért, mert kezdetben a társadalom széles rétege nem tartozott a biztosítottak körébe, így a *magánpraxisok fennmaradása* társadalmi igényt is kielégített. Másrészt a körzeti orvosi rendelők zsúfoltsága miatt a betegek egy része magánbetegként fordult a magánpraxisból befolyt jövedelemből a korábbi életszínvonalát fenntartani igyekvő orvoshoz, mert így remélt alaposabb vizsgálatot,

jobb gyógykezelést és gondosabb ellátást. A magánszféra és a közületi szféra közötti kapcsolat jelentős lépése volt, hogy 1988-ban a magánorvosok által felírt gyógyszerre is kiterjesztették a társadalombiztosítási támogatást.

A rendszerváltás első jelentős lépése volt az egészségügyben, hogy 1990. január 1-től bármilyen egyéni vagy társas vállalkozó folytathatott egészségügyi szolgáltató tevékenységet, illetve létesíthetett, vagy tarthatott fenn egészségügyi intézményt, ha teljesítette a jogszabályban meghatározott személyi és tárgyi feltételeket. Így a magánorvosi gyakorlat mellett lehetővé vált a *közfinanszírozású egészségügyi tevékenységet végzők számára is a vállalkozási forma*. Az orvosi magángyakorlat folytatása – a tételes előírások mellett – minden orvos joga lett.

Az egészségügyi alapellátás átfogó reformja következtében 1992-től a szocialista rendszer körzeti orvosi hálózata jogilag háziiorvosi szolgáltató-rendszerré alakult át. Lehetőség nyílt a háziiorvosi szolgálatok *részleges*, azaz *ún. funkcionális privatizációjára*, mely szervezeti és gazdasági átalakulást egyaránt jelentett. A háziiorvosi szolgálatok jelentős része az önkormányzat tulajdonában lévő rendelőben és tárgyi eszközökkel, vállalkozási formában vállalta át az ellátási felelősséggel rendelkező önkormányzatoktól az egészségügyi alapellátás működtetését, azaz *csak az alapellátási funkciót privatizálta*. Megállapítható, hogy az alapellátás részleges privatizációja volt az első lépés az egészségügyi alapellátás további fejlesztése, a háziiorvosi praxisok kialakulása és ennek következményeként a működtetési jog bevezetése felé.

Megállapítottam azonban, hogy az új háziiorvosi rendszer bevezetését követően sem oldódtak meg jelentős *problémák*. A funkcionális privatizáció lényegének megfelelően – az egészségügyi alapellátás átalakulását követően – az orvosi rendelő és annak felszerelése az önkormányzat tulajdonában maradt, annak megfelelő színvonalú szinten tartási és rendelkezésre bocsáthatósági kötelezettségével együtt. Így az önkormányzati képviselőtestületek – többségében laikus – tagjai kezébe került a *döntés* arra vonatkozóan, hogy milyen *beruházásokra* van szükség az alapellátásban. Ez igen gyakran komoly ellentéteket váltott ki a praxis munkájáért teljes erkölcsi felelősséggel tartozó háziiorvosok és az esetleg szűkös anyagi forrásokkal rendelkező önkormányzatok, polgármesterek között,

mivel az anyagi források felosztása esetén az alapellátás ritkán élvezett elsőbbséget. Másrészt az 1992-es reformfolyamatok fontos vívmányainak sem sikerült a háziiorvosi szolgálat tartalmát megváltoztatni, illetve elmozdítani a definitív és prevenciós célokat is szolgáló, a „kapuőr” (gate-keeper) funkciót is betöltő egészségügyi alapellátás irányába.

A továbblépést – véleményem szerint - mind szakmai, mind pedig közgazdasági szempontból a *teljes privatizáció* jelenthette volna. A téma elemzését követően határoztam meg és foglaltam össze a teljes privatizáció megvalósítása során *rendezendő kérdések* körét, melyek közül több jelenleg is megoldásra vár.

- a) Megállapítottam, hogy az egészségügyi vállalkozás *fizetésektelensége* az önkormányzatra – mint az ellátási felelősség hordozójára - szintén komoly hatást gyakorolna. Ilyenkor ugyanis a vállalkozás teljes vagyona a felszámolási eljárás keretében folyó vagyonértékelés körébe kerülhet, végrehajtás tárgyává válhat, azaz az egészségügyi vállalkozás, illetve szolgáltatás teljesen elveszítheti egészségügyi jellegét, ami egyben az egészségügyi szolgáltatás megszűnéséhez vezethet. Hasonló helyzet állhat elő akkor is, ha a teljes privatizációt követően az (egyéni vagy társas) vállalkozás *megszünteti az egészségügyi szolgáltató tevékenységet*, illetve öröklést vagy átruházást követően az új tulajdonos kíván változtatni a vállalkozás profilján.
- b) A teljes privatizáció megvalósításához szükséges, önkormányzati tulajdonban lévő ingatlan, illetve eszközök kötelező átruházására irányuló esetleges szabályozás nemcsak az önkormányzatok autonómiáját sértené, hanem alkotmányossági aggályokat is felvet.
- c) Szintén megállapítható, hogy az alapellátásban dolgozó orvosok – különösen a felnőtt háziorvosok és a házi gyermekorvosok – több szempontból *sem voltak és jelenleg sem érdekeltek* a rendelő teljes privatizálásában. Egyrészt azért, mert az alapellátás *finanszírozása sokáig forráshiányos* volt, az OEP által biztosított finanszírozási összeg nem tartalmazta a működtetés *amortizációs* költségeit. Másrészt igencsak drágítja jelenleg is az egészségügyi ellátást, hogy az alapellátás működtetéséhez kötelezően előírt gépek, eszközök, felszerelési tárgyak ellenértékét *25%-os általános forgalmi adó* terheli, melyet az egészségügyi vállalkozások - tekintettel arra, hogy a különböző egészségügyi ellátások ÁFA mentes szolgáltatások - nem igényelhetnek vissza. Harmadrészt pedig még jelenleg is *igen magas kockázati tényező* az adott települési

önkormányzat ellátási felelősségéből eredő joga, mellyel bármikor szabadon megszüntetheti a háziiorvosi vállalkozással az egészségügyi alapellátás biztosítására és működtetésére korábban kötött szerződést, ellehetlenítve a rendelő teljes privatizálásával járó nagyobb befektetések megterülési esélyét.

A háziiorvosi szolgálatok további magánosítását, valamint a tisztas visszavonulás biztosításának lehetőségét az egészségügyi vezetés inkább a *praxisok forgalomképessé tételében* látta megvalósíthatónak. Erre vonatkozóan számos szakvélemény és koncepció látott napvilágot; 1998. őszétől egészen a praxisjogot bevezető, önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény elfogadásáig.

2. A történeti fejlődés ismertetését követi a téma *nemzetközi megközelítése*, ahol az egészségügy *európai uniós* vonatkozásainak rövid összefoglalásán túl a *svéd és dán* egészségügyi ellátórendszer, azon belül is a kórházon kívüli ellátás legfontosabb vonásait vázoltam fel. Ebben a két országban – a magyar szabályozáshoz hasonlóan – a helyi önkormányzatoké a fő szerep az egészségügyi alapellátás igazgatása során. Különösen nagy hangsúlyt fektettem a *németországi rendszer* részletes bemutatására, mivel az ott lévő szerződéses orvosi praxisok működésére vonatkozó részletes szabályanyag többször is mintaként szolgált a hazai praxisjog bevezetését megelőző jogalkotási folyamatban. Az *Egyesült Államokban* és az *Egyesült Királyságban* érvényesülő integrációs modellek és sajátosságok ismertetésével az elsődleges egészségügyi ellátás egy egészen más alapelven nyugvó rendszerére kívántam felhívni a figyelmet.

Megállapítottam, hogy sem Svédországban, sem pedig Németországban nem illeti meg a járóbeteg-ellátásban dolgozó orvosokat egyfajta vagyoni értékű jog, mellyel szabadon rendelkezhetnének állásváltoztatás vagy nyugdíjba vonulás alkalmával. Ugyanez a lehetőség a praxis tekintetében sem illeti meg a svéd orvost, vagy azok egyes csoportját. Ezzel szemben Németországban a járóbeteg-ellátásban dolgozó orvosok esetén a jól beindított és felszerelt *praxis* jelenti az orvos anyagi biztonságát és jövőjét. A jogszabályok a praxist ruházzák fel *forgalomképességgel*, de ez a forgalomképesség Németországban is ugyanolyan korlátozott módon érvényesül, mint a hazai működtetési jog kapcsán. Megállapítottam továbbá, hogy a svéd megyei önkormányzatok egészségügyi ellátási felelőssége nagy

hasonlóságot mutat a magyar települési önkormányzatokéval (beteggondozási szerződés, az egészségügyi feladatok átadása, az orvosok számának illetve az ellátási területnek a kijelölése, stb.). Lényeges különbség azonban, hogy Svédországban az adott önkormányzat a kórházon kívüli egészségügyi ellátás közvetlen finanszírozója, míg hazánkban duális finanszírozási rendszer működik. Szemben a svéd és a hazai szabályozással – Németországban az *önkormányzatoknak nincs szerepe* az egészségügyi ellátás biztosításában, ott egyetlen szervezetnek van az orvosi kamara mellett igazán komoly jelentősége az egészségügyi közszolgáltatásban, ez pedig a *Betegbiztosítók Orvosi Szövetsége*.

3. A nemzetközi kitekintést követően a *működtetési jog közigazgatási háttérét*, ezen belül is az egészségügyi alapellátás hazai rendszerét, a háziorvosi szolgálatok különböző formáit, az önkormányzatok ellátási felelősségéből eredő alapvető problémákat, a működésüket meghatározó hatályos rendelkezéseket, valamint a szakmai ellenőrzés hatósági kereteit mutatja be a dolgozat alaposabban. A rendszer ismertetése során több megállapítást is tettem.

A gyakorlatban rendszeresen felmerülő viták ellenére leszögezhető, hogy az egészségügyi alapellátásról való gondoskodás keretében – eltérő megállapodás hiányában - az adott önkormányzat köteles biztosítani a működési területén lévő körzet *tárgyi feltételeit*, amely jelenti egyrészt a rendelő működtetéséhez szükséges helyiségekkel rendelkező *ingatlant*, másrészt a külön jogszabályban meghatározott *eszközöket*, illetve berendezési és felszerelési tárgyakat. Ezt támasztja alá a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 35.§ (2) bekezdésében foglalt rendelkezés is, miszerint az egészségbiztosítási alaphól a finanszírozás keretében folyósított összeg csak a finanszírozási szerződésben foglalt működtetési feladatokra használható fel. Ez az összeg *nem mentesíti a szolgáltató fenntartóját* – jelen esetben a települési önkormányzatot – az egyéb jogszabályokban előírt *fenntartási és fejlesztési kötelezettségek alól*. Megállapítottam továbbá, hogy az önkormányzati szerződés indoklás nélküli, esetleg azonnali hatályú megszüntethetőségéből eredő állandó *bizonytalanság* elkerülése érdekében törvényben kellene rögzíteni a szerződés kötelező tartalmi elemeit, valamint a szerződés egyoldalú

megszüntetésére vonatkozó, mindkét fél érdekeit szem előtt tartó sajátos rendelkezéseket, mint például az egyoldalú felmondás jogával élő önkormányzat indoklási kötelezettségét.

A működtetési jog egészségügyi alapellátás rendszerében betöltött szerepének vizsgálata során megállapítottam, hogy a praxisjog a rendszer *alapkővének* tekinthető, mivel kizárólag a működtetési jogot engedélyező kamarai határozat birtokában kezdeményezheti a háziorvos a háziorvosi szolgálat működtetéséhez szükséges önkormányzati és finanszírozási szerződés megkötését, valamint a szükséges hatósági engedély beszerzését.

A *praxisközösségek* és *csoportpraxisok* hazai működésének és kereteinek vizsgálatát követően kritikaként éllel állapítottam meg, hogy újonnan bevezetett, társasági törvényt is érintő sajátos egészségügyi jogintézményeket rendeleti szinten, pusztán finanszírozási oldalról szabályozni nem lehet. Egy új jogintézmény bevezetésénél törekedni kell arra, hogy az érintettek felismerjék annak konkrét célját, az esetleges kockázati tényezőket, s az abban rejlő lehetőségeket. Ennek hiányában a jogalkotás értelmetlen. Éppen ezért törvényben kellene meghatározni és kidolgozni a praxisközösség és a csoportpraxis, mint sajátos egészségügyi társas vállalkozási formák eltérő sajátosságait, a megalakításuknál kötendő szerződések alapvető tartalmi elemeit, a működésükre vonatkozó sajátos szabályokat és a megszűnésük, megszüntetésük esetén érvényesülő kógens és diszpozitív rendelkezéseket.

4. Az értekezésben fontos szerepet kapott a praxisjog bevezetését megelőző év *jogalkotási folyamatának kutatása*, valamint az ebben a folyamatban született különböző *privatizációs modellek, reformjavaslatok*, törvénytervezetek, illetve a *parlamenti vita* részletes ismertetése.

5. A kodifikációs munkálatokról szóló fejezet már átvezet az értekezés *második részéhez*, mely a működtetési jog, mint önálló vagyoni értékű jog *magánjogi ismérveit, sajátosságait* vizsgálja, s mely jogterület inkább *polgári jogi szemléletet* tükröz.

A *működtetési jog* – a törvényi megfogalmazás szerint - olyan személyhez kapcsolódó vagyoni értékű jog, amely jogszabályban meghatározott feltételek fennállása esetén elidegeníthető és folytatható. E fogalmi elemek alapul vételével tettem kísérletet a praxisjog

jogrendszerben, esetlegesen a magánjog rendszerében történő elhelyezésére, elemzésére. Rögtön kiderült azonban kutatásaim során, hogy a működtetési jog a magánjogi sajátosságok mellett *közjogi elemekkel* is bír. Ilyen például, hogy a jog tartalmát kitevő egészségügyi alapellátási tevékenység kötelező önkormányzati feladat, illetve hogy a praxisjog csak a Magyar Orvosi Kamara, mint köztestület illetékes szervének államigazgatási eljárásban hozott, konstitutív hatályú határozatában foglalt engedélye alapján gyakorolható. A közjogi jelleg mellett azonban nagyobb számban sikerült kiemelni a működtetési jog magánjogi ismérveit, sajátos alanyi jogi jellegét, személyi és vagyoni jogi elemeit is.

Mindezek alapján a következőképpen foglaltam össze és határoznám meg a működtetési jog *fogalmát*. A működtetési jog (praxisjog) a vagyoni értékű jogok körét tovább bővítő, közjogi természetű, de egészében elmagánjogiasodott, olyan különleges alanyi jogosítvány, mely köztes helyet foglal el a személyi és a vagyoni jogok között, s mely kizárólagos jogot ad a jogosultnak arra, hogy egy adott háziorvosi körzetben, területi ellátási kötelezettséggel, konkrétan meghatározott, állandó állami finanszírozás mellett önálló háziorvosi tevékenységet végezzen.

A működtetési jog fogalmi elemeinek keresése során megállapítottam, hogy a praxisjog mind jogi, mind pedig gyakorlati szempontból elválaszthatatlan a *praxistól*. Az egészségügyi alapellátás és a praxisjog témakörében született szakirodalmak - ha különböző tartalommal és értelmezéssel -, de mindegyike használja a praxis fogalmát. Ugyanígy általános az is, hogy hatályos jogszabályok tartalmazzanak rendelkezéseket a praxisokra anélkül, hogy bármelyik pontosan megjelölné vagy definiálná a praxis jogi fogalmát. Elkerülhetetlen tehát, hogy az Ötv. a működtetési jog mellett *pontos definíciót tartalmazzon a praxis vonatkozásában* is, meghatározva annak paramétereit, legfontosabb jellemzőit és összefüggéseit a működtetési joggal.

A praxisjog *elidegeníthetőségének* és *forgalomképességének* elemzése kapcsán elkerülhetetlen volt a jogokon fennálló tulajdonjog konstrukciójának alaposabb vizsgálata, melynek során rámutattam a hazai szabályozás egyre nehezebben elfogadható következetlenségére. A hatályos polgári jogi rendelkezések elismerik mind a jogokon és követeléseken fennálló zálogjog intézményét, mind pedig bizonyos vagyoni értékű jogok forgalomképességét, átruházhatóságát, azonban merev fogalmi konstrukció okából –

miszerint a tulajdonjog tárgya csak birtokba vehető testi tárgy lehet – megtagadja a vagyoni értékű jogoktól a dolog-minőséget, és ezzel azt, hogy a tulajdonjog tárgya lehessen.

A vagyoni értékű jogok átruházása körében érvényesülő dogmatikai rendezetlenség mielőbbi tisztázása érdekében foglaltam össze a szóba jöhető megoldási javaslatokat:

- a) A két szélsőséges megoldás egyike a „*dolog*” *fogalom lazítása*, illetve bővítése oly módon, hogy a testi tárgyak mellett a testetlen tárgyak is helyet kapjanak.
- b) A másik megoldás a *tulajdonjog tárgyának szélesebb körű meghatározása* lenne, mely elismerné nemcsak a dolgokon, hanem a követeléseken és jogokon fennálló tulajdonlás konstrukcióját is.
- c) Egyik megoldásként jöhet szóba annak kijelentése, miszerint a jogok, illetve követelések átruházása esetén *nem tulajdon-átruházás* történik, hanem a tulajdonjog, mint dologi jog fogalmi körét igen megközelítő, azzal igen sok hasonlóságot mutató *önálló jog* (jogtulajdon) átruházása.
- d) Újabb lehetőség, hogy a jelenleg hatályos *tulajdonjogi rendelkezések alkalmazhatóságát* – *analógia legis* – alapján ki kell mondani a jogok átruházására is anélkül, hogy elfogadnánk a jogok dologi minőségét, vagy tulajdonlását, vagy önálló jogintézményt konstruálnánk rá nézve.
- e) Megoldási javaslat lehet vagyoni értékű jogok elidegenítése esetén az *engedményezés szabályainak* alkalmazása is.
- f) Sajátos megoldási javaslat, hogy mivel hiányzik jogrendszerünkben a jogok átruházásának intézménye, a jogalkotónak a *vagyoni értékű jogok átruházására* – az engedményezés szabályaihoz hasonlóan – *önálló normaanyagot* kellene alkotnia, melyben összefoglalná az erre vonatkozó sajátos szempontokat és különbségeket.
- g) A legjobb javaslatnak tűnik annak törvényi szintű kimondása, hogy az *adásvétel szabályait megfelelően alkalmazni kell* a vagyoni értékkel bíró forgalomképes jogok visszerthes átruházására is. (Az ilyen jogok ingyenes átruházására pedig az *ajándékozás* szabályainak megfelelő kiterjesztésével lehet megoldást találni).

A vagyoni értékű jogok, - és ezen belül is a működtetési jogok - egyre gyakoribbá váló átruházása sürgeti az erre vonatkozó egységes polgári jogi szabályozás megalkotását. Amennyiben az ilyen jellegű átruházások sajátosságai számba vehetők, akkor – az

engedményezés szabályaihoz hasonlóan – *önálló normaanyag* megalkotásával lenne jó rendezni a kérdést. Ennek hiányában a leginkább elfogadható megoldás analogia legis alkalmazásával annak kimondása, hogy az *adásvétel szabályait kell megfelelően alkalmazni* a vagyoni értékkel bíró forgalomképes jogok visszterhes átruházására is.

A praxisjog jogosultjának halálát követően a *praxisjog folytathatóságára* vonatkozó jogi szabályozás mind elméleti, mind pedig gyakorlati szempontból igen vitatott. A hasonló jogintézmények összehasonlításának tárgyában végzett kutatás eredményeként megállapítottam azonban, hogy a praxisjog folytatása nem öröklési jogi kategória, hanem egy olyan önálló jogutódlási helyzet, mely bár sok hasonlóságot mutat például a gyógyszerár működtetésének folytatását biztosító hozzátartozói joggal, a lakásbérleti jog, helyiségbérleti jog, illetve az egyéni vállalkozói tevékenység folytathatóságával, mégis egy mindegyiktől eltérő sajátosságokkal rendelkező önálló jogintézményről van szó. Ebből adódóan azonban a jogi szabályozás nem kellően átgondolt, több helyen is módosításra szorul. A praxisjog jogosultjának halála esetén az Öotv. lehetővé teszi a személyében alkalmatlan, de folytatásra kijelölt hozzátartozó (özvegy, gyermek) számára a működtetési jog elidegenítését. Igen méltányos az a jogalkotói cél, hogy olyan hozzátartozó rendelkezhesen egy adott vagyoni értékű jog felett, aki azt a fennálló kizáró okok miatt meg sem szerezte, illetve szerezhetné volna. A dolgozatban javaslatot tettem a kérdés megnyugtató jogi rendezésére. A működtetési jog azonban az adott háziorvos *személyéhez* kötődő jogosultság, így a jog folytatására és ennek megfelelően elidegenítésére is csak olyan orvos végzettségű hozzátartozó esetében kellene módot adni, aki maga is rendelkezik az előírt feltételekkel. Ellenkező esetben a törvénynek pontosan meg kell határozni a folytatásra törvényben kijelölt, de a jog megszerzésére személyében alkalmatlan hozzátartozó *jogi helyzetét, a „nem praxisjogosulttól” való működtetési jog megszerzésének* pontos feltételeit, határait, és a jogutódlással esetlegesen felmerülő tisztázatlan jogi helyzeteket.

Megállapítottam továbbá, hogy a működtetési jog folytatása esetére meghatározott illetékfizetési szabályok is módosításra szorulnak. *Öröklési illeték alóli mentességet* kellene biztosítani a működtetési jog folytatására jogosult számára abban az esetben is, ha az elidegenítésre törvényben megjelölt hat hónapos határidő alatt a praxisjogot elidegeníteni nem tudta. Ellenkező esetben olyan „vagyontárgy” után kellene illetéket fizetnie, ami az előtt

szűnik meg létezni számára, mielőtt azt értékke tudta volna tenni. Elfogadható a háziorvosok arra irányuló igénye is, hogy csak az eladott és a vásárolt működtetési jog – terhekkel nem csökkentett – *forgalmi értékének a különbözete* után kelljen *visszterhes vagyonátruházási illetéket* fizetnie annak a háziorvosnak, aki a praxisjog vásárlást megelőző egy éven belül adta el korábbi működtetési jogát.

A háziorvosi szolgálatot vállalkozási formában működtető háziorvos halála esetén nincs egységes szabályok szerint rendezve az adott *háziorvosi szolgálat folyamatos működtetése* sem. Az OEP a működtetési joggal rendelkező háziorvos halálával azonnal megszűntnek tekinti (társas vállalkozás esetén is) a működtetővel kötött finanszírozási szerződést, lehetetlenné téve az adott háziorvosi szolgálat további fenntartását (alkalmazottak fizetése, működési költségek stb.), s egyben az elhunyt családjának is a megélhetését. A háziorvos halála esetén *türelmi időt és lehetőséget* kell hagyni a szolgálatot működtető vállalkozás számára is arra, hogy megfelelő helyettes alkalmazásával mindaddig tovább biztosítsa az alapellátást az adott háziorvosi körzetben, míg a működtetési jog folytatására jogosult és személyében is alkalmas hozzátartozó a szükséges szerződések, illetve hatósági engedély módosítását el nem rendezi, vagy a praxisjogot el nem idegenítette, illetve az arra előírt törvényes határidő (hat hónap) el nem telt. Ennek megfelelően értelemszerűen módosításra szorulnak az érintett jogszabályi rendelkezések.

6. A *működtetési jog megszerzésére és megszűnésére* vonatkozó hatályos jogi szabályozás ismertetése mellett a dolgozatnak ez a része tartalmazza a legtöbb kritikai észrevételt és bírálatot.

A működtetési jog *alanyi jogon történő megszerzésének* vizsgálata során megállapítottam, hogy az alanyi jogos jogszerzés sok esetben nem értelmezhető a fogorvosi körzetek tekintetében, mivel a fogorvosok egészen más rendszerben működnek, mint a háziorvosok. Másrészt a háziorvosok egy bizonyos köre csak korlátozott (nem elidegeníthető és nem folytatható) működtetési joghoz jutott a törvény hatálybalépésnek napján, mely az ugyanolyan tevékenységet folytató orvosok indokolatlanul hátrányos megkülönböztetésére vonatkozó alkotmányos aggályokat vet fel.

Megállapítottam továbbá, hogy a hatályos jogszabályi rendelkezések következetes betartása mellett a lemondással érintett működtetési joghoz tartozó háziorvosi körzet csak hat hónap elteltével lesz *tartósan betöltetlen* és így alkalmas új működtetési jog kiadására. Ez azonban arra kényszeríti az önkormányzatokat, hogy a hat hónap elteltéig csak helyettesítő háziorvosként alkalmazzák azt az orvost, aki egyébként minden szempontból megfelel az adott önkormányzat számára, és egyben rendelkezik a működtetési jog megszerzéséhez szükséges feltételekkel is. Ennek megfelelő jogszabályi módosítással lehetővé kell tenni a működtetési jog *betöltés jogcímen* történő megszerzését is olyan esetben, amikor a jogelőd háziorvos önként mondott le működtetési jogáról.

Új háziorvosi körzet létesítése esetén a települési önkormányzat képviselőtestülete rendeletben állapítja meg az új körzethatárokat, melybe az érintett háziorvosoknak nincs beleszólása. Új körzet kialakítása azonban elkerülhetetlenül csökkenti az így kisebbé váló háziorvosi körzethez tartozó praxisjog értékét, mely igencsak sértheti az érintett háziorvos törvényes érdekeit. Ezzel összefüggésben vizsgáltam dolgozatomban a *jogszabályalkotással okozott károkért való felelősség* jogi megítélését. Annak ellenére, hogy a Legfelsőbb Bíróság elvi álláspontja szerint a jogalkotásra irányuló tevékenységre és a hozzá kapcsolódó felelősségre ... kizárólag a közjog (alkotmányjog) szabályai vonatkoznak, amelyek jelenlegi jogunkban *immunitást* biztosítanak a jogalkotó részére, vizsgáltam a körzetmódosítást végrehajtó települési önkormányzat *közjogi értelemben vett felelősségét* a jogalkotói hatalommal való visszaélés körében, illetve *polgári jogi felelősségét* a jogellenesen, vagy a jogszerűen okozott károk megtérítése tárgyában.

Megállapítottam, hogy amennyiben az önkormányzat rendeletalkotásával megvalósítja a *jogalkotói hatalommal való visszaélés* előbbi pontban részletezett tényállását, akkor az adott háziorvosnak okozott jogellenes károkozásért *kártérítési felelősséggel tartozik*. Ugyanez a helyzet abban az esetben is, ha méltányolható társadalmi cél elérése érdekében valamely háziorvos már meglévő működtetési joga *aránytalan korlátozására* kerül sor, ahol a károkozás jogellenessége szintén nem vitatható. A rendeltetésszerű joggyakorlás keretében végrehajtott körzetmódosítással, illetve új körzet létrehozásával okozott, az érintett háziorvos(ok) működtetési jogának értékcsökkenésével bekövetkező kár pótlása érdekében

pedig az Ötv.-ben kellene kimondani és a Vhr.-ben részletezni az adott önkormányzat *kártalanítási kötelezettségét*.

A működtetési jog *elidegenítéssel* történő megszerzésének vizsgálatánál egyértelművé vált, hogy különbséget kell tenni a működtetési jog és a háziorvosi szolgálat működtetéséhez szükséges rendelő, illetve ahhoz tartozó berendezési és felszerelési tárgyak esetleges elidegenítése között. Ezzel összefüggésben részletesen vizsgáltam értekezésemben a működtetési jog, mint vagyoni értékű jog *birtokbaadásának* dogmatikai megközelítését, és átadásának esetköreit.

Igyekeztem feltárni és konkrét megoldási javaslatot tenni a dolgozatban a működtetési jog átruházása során felmerülő vitás kérdésekről, járulékos teendőkről, mint a háziorvosi szolgálatot működtetővel munkaviszonyban álló alkalmazottak jogviszonyának rendezése, a működtetési jog átruházását követően még az eladó, illetve annak társas vállalkozása számlájára átutalt finanszírozási összeg jogi sorsa, vagy a vevő „konkurencia záradékkal” történő biztosítása az eladó újbóli közeli praxisnyitásával szemben.

Kísérletet tettem a *praxisjog értékét* befolyásoló körülmények, tényezők összegyűjtésére, bemutatására. Megállapítottam, hogy az adott háziorvosi szolgálat OEP finanszírozásának teljes havi összege *viszonyítási alap* lehet csupán, a praxisjog értékét számos egyéb szempont és körülmény is befolyásolja. Ilyenek a rendelő *földrajzi* helyzete, megközelíthetősége, területe, a betegkör, kártyaszám pontos meghatározása, nyilvántartási rendszer minősége, és megbízhatósága, alkalmazottak átvételével járó várható kiadások, a praxis betegek köréhez viszonyított forgalma, hogy alanyi jogon szerzett működtetési jogról van-e szó, vagy sem stb. Mindenképpen törekedni kell a *praxis értékét* befolyásoló tényezők, és azok jelentőségének meghatározására és egységesítésére. Ebben a feladatban – a már bevált németországi mintát alapul véve - komoly szerepet kellene osztani a *Magyar Orvosi Kamarára*, mely szerv megfelelő szakemberek bevonásával – az elmúlt évek tapasztalatainak felhasználásával – egységes értékelési szempontokat tartalmazó *irányelveket* tudna meghatározni.

A működtetési jog átruházása kapcsán merült fel a *betegek szabad orvosválasztáshoz fűződő jogának* tiszteletben tartását biztosító, valamint a betegek különleges adatait tartalmazó

egészségügyi dokumentáció átadására vonatkozó megnyugtató jogi szabályozás hiánya is. A téma vizsgálatát követően megállapítottam, hogy a praxisjog átruházása során a jogát átruházni kívánó háziorvos továbbra is köteles a hozzá bejelentkezett személyek egészségügyi adatait bizalmasan kezelni, és megtenni minden ésszerű intézkedést annak érdekében, hogy a *praxisjog átadását megelőzően* legyen lehetősége az érintetteknek dönteni más orvos választása tekintetében. Ennek megfelelően *törvénynek kell* konkrét rendelkezéseket tartalmaznia a praxisátadást megelőzően és az azt követendő eljárási szabályokról és szempontokról, melyek betartása esetén nemcsak a betegek érezhetik „személyiségi jogait” biztonságban, hanem az orvosok is. Másrészt azonban – mivel a betegek is visszaélhetnek szabad orvos választási jogukkal - a korábbi szabályozásnak megfelelően azt is lehetővé kellene tenni a törvényben, hogy indokolt esetben egy adott betegnek az ÁNTSZ jelölhessen ki másik háziorvost.

Szintén ebben a fejezetben vizsgáltam a praxisjog *biztosítéki jellegét*, mivel egyre többször fordul elő a gyakorlatban, hogy egyes pénzintézetek a praxisjog megvásárlásához nyújtott kölcsön fedezetéül a működtetési jogot jelölik meg. Megállapítottam azonban, hogy a praxisjog, mint zálogtárgy korlátozott forgalomképessége szinte lehetetlenné teszi, hogy a hitelező bírósági végrehajtás útján gyakorolhassa kielégítési jogát, ezért a működtetési jog megterhelése, biztosítékul adása gyakorlatilag kizárt olyan esetekben, ahol a zálogtárgyból való kielégítés nem oldható meg a bírósági végrehajtási szabályok mellőzésével. A működtetési jog végrehajthatatlanságából eredő esetleges jogviták elkerülése érdekében az Ötv.-ben kellene kimondani, hogy a működtetési jog nemcsak bérbe és haszonbérbe nem adható, de *meg sem terhelhető és biztosítékul sem adható*. Abban az esetben azonban, ha a jogalkotó – ha szűk körben is – de meg kívánja tartani a működtetési jog biztosíték jellegét, akkor az Ötv.-nek a Ptk. szabályaival összhangban kell rendelkeznie a zálogjognak a működtetési jog tárgyában vezetett *közhiteles nyilvántartásba történő bejegyzéséről*, annak konstitutív jellegéről.

A működtetési jog elidegenítése kapcsán felmerülő probléma, hogy a működtetési jog átruházása tárgyában született *előszerződés* alapján is köteles a Magyar Orvosi Kamara

illetékes megyei szervezete kiadni a kérelmezőnek a működtetési jog megszerzését igazoló működtetési engedélyt. Az ebből eredő jogviták elkerülése érdekében rendeleti szinten kellene kidolgozni az *ideiglenes működtetési engedély* kiadásának eljárási feltételeit és rendjét azokra esetekre, amikor a praxisjog átruházása tárgyában a felek valamilyen – konkrétan is nevesített - formában már elkötelezték magukat, de a tényleges átruházás, illetve a működtetési jog tényleges megszerzése – valamilyen oknál fogva (pl. a vételár teljes kifizetésének hiánya) - még nem történt meg.

Az értekezésnek ebben a részben vizsgáltam a *működtetési jog megszűnésére* vonatkozó hatályos jogi szabályozást is. Ennek során megállapítottam, hogy a működtetési jog *lemondással* történő megszüntetését nem rendezi jogszabály. A működtetési jog jogosultja azonban, ha jogát nem tudja vagy nem akarja valamilyen oknál fogva elidegeníteni, nem kötelezhető arra, hogy akarata ellenére akár haláláig háziorvosként dolgozzon. Ugyanez a helyzet állhat elő olyankor is, amikor a háziorvosnak lehetősége adódik egy sajátjánál sokkal értékesebbnek tartott működtetési jog megszerzésére, azonban az idő rövidsége miatt már nem tud a még meglévő a működtetési jogára vevőt keresni. Mindezen problémák megoldása érdekében jogszabályban kell rendelkezni a működtetési jog megszüntetésének egyébként is élő esetéről a *lemondásról*, és - a folyamatos betegellátást biztosítása érdekében - annak hatályosulására irányadó szabályokról.

Megállapítottam tovább, hogy a *rosszhiszeműséget* a működtetési engedély visszavonásának egyik okaként megjelölni teljesen értelmetlen. Ha valaki a működtetési engedély megszerzésére irányuló eljárásban rosszhiszemű volt, akkor az engedély megadása szempontjából fontos tény, adat, körülmény elhallgatása, meghamisítása vagy egyéb megtévesztő magatartás tanúsítása mindig valamilyen – engedély megadása szempontjából – lényeges feltétel hiányát kívánja leplezni. Így egy adott háziorvos rosszhiszeműségének felismerésével azonnal kiderül az is, hogy nem rendelkezik a jogszabályban előírt feltételekkel, mely szintén önállóan ad alapot a működtetési engedély visszavonására.

Az értekezés utolsó részében foglaltam össze a működtetési jog érvényesülése szempontjából lényeges magánjogi jellegű, illetve az egészségügyi igazgatás keretébe tartozó jogszabályok módosítására tett, konkrét *de lege ferenda javaslatokat*.

III.

A kutatási eredmények hasznosítási lehetőségei

Az értekezés a hazai jogirodalomban *az első olyan monográfia*, mely a praxis működtetési jog kialakulását, hatályos jogi szabályozását, magánjogi sajátosságait és közigazgatási háttérét átfogóan mutatná be és elemezné. Az elkészítés során külön kihívást jelentett, hogy a hazai jogi szakirodalomban még senki nem foglalkozott e jogterület komplex feldolgozásával. Értekezésem ezért mindenképpen *hiánypótló alkotás*, s ezzel a további *kutatómunkák alapjául szolgálhat*.

A dolgozatban megfogalmazott de lege ferenda javaslatok a Polgári Törvénykönyv, az egészségügyi és hozzájuk kapcsolódó személyes adatok védelméről szóló törvény, az illetéktörvény, az önálló orvosi tevékenység végzéséről szóló törvény, illetve ez utóbbi törvény végrehajtása tárgyában született kormányrendelet vonatkozásában tartalmaznak javító célú ajánlásokat, melyek egyrészt *a jogalkotás számára* szolgálhatnak alapul, másrészt a hazánkban jelenleg is zajló egészségügyi reformhoz, illetve az ehhez kapcsolódó vizsgálódásokhoz nyújthatnak segítséget.

Az értekezés különböző témakörei mindenképpen alkalmasak arra, hogy az *egyetemi oktatásban* a tananyag részeként vagy alternatív tárgy keretében felhasználhatók legyenek.

A kutatás egyes részeredményeit már *publikáltam*, néhány terület még publikálásra vár.

IV.

Publikációk jegyzéke

Egyetemi jegyzetek, tansegédletek:

1. Személyi- és családjogi példatár. Egyetemi tansegédlet. Novotni Alapítvány, Miskolc 1995.
2. Családi jogi jogszabálygyűjtemény. Novotni Alapítvány, Miskolc 1996.
3. Családi jog. Egyetemi jegyzet. Novotni Alapítvány, Miskolc 1997. (Szerzőtárs: Jobbágyi Gábor)
4. Családi jog. Egyetemi jegyzet. Novotni Kiadó, Miskolc 2000.
5. Családjog. Egyetemi jegyzet (átdolgozott kiadás). Novotni Kiadó, Miskolc 2002.

Tudományos közlemények, szakkikkek:

6. Tájékoztatás és beleegyezés, mint a beteg alapvető joga. Magyar Jog 1996/2. 70.o.
7. Összefoglaló a Miskolci Egyetemen rendezett magánjogi, kodifikációs és jogharmonizációs konferencián elhangzott előadásokról. Jogtudományi Közöny 1999/12. 559.o
8. A Ptk. kodifikáció és a családjog kapcsolódási pontjai. In: Polgári jogi kodifikáció és jogharmonizáció. Tanulmánykötet. (szerk.: Barzó Tímea) Novotni Kiadó Miskolc 1999. 107-033.o.
9. Polgári jogi kodifikáció és jogharmonizáció. Tanulmánykötet. (szerk.: Barzó Tímea) Novotni Kiadó Miskolc 1999.
10. A családjog és a polgári jogi kodifikáció. Magyar Jog 2000/5. 288-292.o.
11. Néhány szó a praxisjogról. Advocat 2001/3-4. 18-20.o.
12. A működtetési jog (orvosi praxisjog). Az egyes vagyoni értékű jogokra vonatkozó hatályos rendelkezések összehasonlítása. ADVOCAT 2002/3-4. 3-8.o.
13. A praxisjog alanyi jogon és betöltés jogcímen történő megszerzése, a hatályos rendelkezések alkalmazhatósága. Gazdaság és jog XI. évf. 2003. 3. szám
14. A működtetési jog (praxisjog) alapvető sajátosságainak összefoglaló elemzése. Deák Ferenc Doktori Iskola Doktorandusz Actája (megjelenés alatt)

15. A praxisjog, mint önálló vagyoni értékű jog specifikumainak keresése, elhatárolása a dologi jogoktól. Jogtudományi Közöny (megjelenés alatt)
16. Az orvosi praxisok működése Németországban. Magyar Jog (megjelenés alatt)
17. A praxisjog elidegenítése során felmerülő elméleti és gyakorlati problémák. Publicationes Universitatis Miskolcensis. Sectio Juridica et Politica XXI. kötet (megjelenés alatt)

Referátumok:

18. Rabokon végzett kísérletekkel kapcsolatos etikai kérdések. Referátum. Magyar Jog 1992/1. 43.o.
19. Az AIDS és a büntető igazságszolgáltatási rendszer. Referátum. Magyar Jog 1992/4. 242.o.

Tudományos előadások:

1. A Ptk. kodifikáció és a családjog kapcsolódási pontjai. Polgári Jogot Oktatók V. Konferenciája – 1999. május 27.
2. A gyermekvédelem hazai szabályozásának problémái. A Miskolci Egyetem fennállásának 50. évfordulójára rendezett Jubileumi Konferencián 1999. szeptember 9. napján elhangzott előadás.
3. A családjog helye a magyar magánjog rendszerében. A Kassai P.J. SAFARIK Egyetem Jogi Karán 2000. október 11. napján elhangzott előadás
4. A gyermekek jogairól. FICE Központban a „Gyermekeparlament” keretében 2000. november 2. napján tartott előadás.
5. Néhány szó a Kórháztvénnyről és az azzal összefüggő polgári jogi szerződésekről. Az Egészségügyi Intézmények Közalkalmazotti és Üzemi Tanácsának Egyesülete (EÜKÜTE) által Budapesten, a Szt. László Kórház Dísztermében rendezett konferencián 2002. április hó 4. napján tartott előadás.
6. Kórháztvény, az orvosok jogállása. A Magyar Onkológusok Társasága VII. Tudományos Vándorgyűlése által Veszprémben, a Megyeházán rendezett országos konferencián 2002. május hó 23. napján tartott előadás.

APPLICATION AND LEGAL BACKGROUND OF THE PRACTICE RIGHT AS INTANGIBLE ASSET RIGHT

I.

Method and purpose

The precedents of independent medical practices embrace a period of about 10 years. It started with establishments of medical practices tied to permanent residence, continued with the development of private medical practices with supply-engagement, which at last resulted in the last stage of the development process, namely in introducing a negotiable practice right. Thanks to the primary care reform in 1992, the practice right became first known in this area, and thus the family doctors were the chance first to experience the labyrinth of this law in practice.

The *subject* of my thesis is an entirely new sui generic intangible asset right with specific criteria, initiated 26 February 2000 by the act 2000/II about the private medical attendance. I also studied the background, the crucial elements and the civil law characteristics of the *practice right*.

One of the *purposes* of the thesis is to summarize and to give a descriptive introduction of the various factors leading to the primary care reform. I tried to clarify the different connexions in this area and analyse the administrative background of these legal institutional processes preceding the introduction of the practice right, which was the first significant stage in the privatization process of health care. All these previous investigations were necessary to the comprehension of this particular new Hungarian law.

However, the *main research area* in the thesis is the illustration of the practice right, as a new intangible asset right from a civil law perspective.

Within this topic I strive to create a unified concept of the practice right that involves all its essential elements. I also aim to analyse the institutional law and civil law characteristics of practice right in the Hungarian legal system.

An essential *assignment* of the thesis is to resolve the dogmatic, theoretical and practical contradictions coming from the alienation or continuation of practice right after the entitled's decease. I also set as an aim to find solutions to practical problems arising from the not properly thought out, incomplete regulations.

A further *purpose* of my thesis is to track down and describe analogous cases and regulation methods adapted in other health care systems, especially the German health care system repeatedly mentioned in the legislation process. According to my opinion these researches could have supported the establishment of practice right by international experience.

The thesis lays special emphasis upon the preparation works and the legislation process during the half a year preceding the introduction of practice right. All this proves that the elaborateness, professional support and applicability of a reform concept do not necessarily mean that it is ready to be put in practice. The thesis also aims to prove that the practice right is not a suitable tool for the realisation of the 1999's health care political programme, which aimed to improve the primary care services, to relieve particular attendance and to carry out a complete privatisation. To be able to realise these objects, it is unavoidable to reconstruct the principles and regulations concerning the local governments' responsibility for the primary care and its finance.

In my thesis I applied different *methods*. The research of the primary care and of the practice right required an interdisciplinary approach. Because of this I used certain basic *statistical and population data* in the description of the subject. I chose a *dogmatic method* in the course of civil law nature analysis, a *historical method* for presenting the evolutionary stations and a *comparison method* in the survey of the current regulations.

The thesis can be divided into **seven parts**:

- The first part is an outline of the *historical development* of the primary care and private practices, which serves as a background to the introduction of the practice right.
- The second part of the thesis is an international approach of the topic, with an emphasis on the German model that served as an example for the practice right.
- The next part of the thesis gives a brief summary of the current legal regulations determining the primary care and indicates its place in the *system of medical administration*. In this part I also present briefly the basic frames and characteristics of the family medical practices.
- The fourth part studies the privatisation in health care changes that led to the introduction of the practice right, and also presents the contradictions in the different reform concepts.
- The next part analyses the place of practice right in the legal system, determines its public law and civil law nature, its *main characteristics*, and explores the legal contradictions, inconsistencies and deficiencies.
- The sixth part of the thesis is a descriptive and analytical part that studies the *current regulations considering the acquisition and discontinuance of the practice right*, highlighting the interpretation problems of the law and its causes occurring in the legal application and in practice.
- The last part includes particular *de lege ferenda recommendations* and suggestions on law modifications essential to the successful application of practice right.

II.

Summary of the research results

Considering that the complex treatment of this legal area requires an *interdisciplinary approach*, the first part of the thesis is of an *economic nature*, and it presents - within the *area of medical administration* – the stations and basic characteristics of the basic medical care system and the private medical practices which served as a basis to the introduction of practice right. All these are supported by literature on the subject.

On the other hand I study the civil law characteristics of the practice right as an independent intangible asset right. This part of my thesis is of a civil law nature and reflects a *civil law approach*.

7. In the first part of the thesis I summarized the *historical* precedents of the introduction of practice right. I found that the basis of the basic medical services was grounded by the act 1876/XIV about the public health system. This law ensured the availability of the state public health services all over the country. The *urban, district and communal medical doctors* were allowed to practise medical services only within their own geographical area (district). This can be considered as the beginning of developing the regional medical service engagement, which is one of the elements of the practice right's concept. Authorized medical services, which were unchanged during a period of nearly a hundred years, were followed by *district -, paediatric- and dental medical services* according to the act 1972/II. This act ensured the curing and preventive attendance of patients entitled to free primary medical attendance.

After accomplishing an institutional historical study, I *concluded* that private medical practices established after the designation of the *frames private medical attendances* in 1936 have, survived even after the nationalization process taking place after 1945. One of the reasons for this was that the greatest part of the population was not insured, so the remaining of private medical practices satisfied an enormous social demand. The other reason was that because of the health centers being constantly overcrowded, part of the patients chose to turn to their doctors as private patients, hoping for a more thorough-going examination, better

treatment and more careful attendance. This also favoured the doctors who tried to keep up their previous living standards with the help of an income coming from these private patients. A great leap forward between the private and the public sphere was that in 1988 the social insurance was extended over the prescriptions written out by private doctors.

The first significant step after the change of regime in the area of health care was that since 1st January 1990 any private or joint entrepreneur has been allowed to pursue health care attendance or establish or run health care institutions, if he or she fulfilled the personal and material stipulations stated in the legal regulations. Thus way, even those who worked within the *public financed sphere could start an enterprise*. In accordance with the current regulations pursuing private medical services has become every doctor's right.

Beginning in 1992 the district doctor network of the socialist regime turned into a family doctor service network as a consequence of the overall reform in basic health care. An opportunity presented itself for a *partial*, so called *functional privatization* within the family doctor services, which meant both an organizational and an economic change.

A significant part of the family doctor services undertook the basic health care attendance in their equipped consulting rooms owned by the local governments as an enterprise, that is *only the basic health care function has become privatized*. It can be ascertained that it was the partial privatization of the primary care that started the development process which led to the introduction of private medical practices and as a consequence of that to the introduction of the practice right.

I found however, that significant *problems* were left after the introduction of the new family doctor system. According to the essence of the functional privatization – after the changes in the primary care system – the health centers and their equipment remained in the property of the local governments, together with the duty of their maintenance and their disposal capability. Thus, the members of the local governments' representative bodies – mostly non-professionals – got the power to make decisions about investment questions in the primary care. This very often resulted in conflicts between the private doctors, who felt entire moral responsibility for their jobs, and the local government representatives and mayors with limited financial resources. On the other hand we can state that even the 1992's reforms were

not able succeeded to change the essence of the family doctor services, or at least to move it towards the primary care that also functions as a gate-keeper.

In my opinion it is the *entire privatization* that could have meant an improvement from both economic and professional view. After analysing the subject I summarised the *questions to be clarified* in the process of the entire privatization. Most of these questions are still waiting for answers.

- d) I found that the *insolvency* of health care enterprises could seriously affect the local governments, which are responsible for health service. In such case all of the enterprise's assets get under the liquidation's property appraisal, it can become the object of enforcement, which means that the health care service risks to lose its health care nature and it can result in liquidation of the health care service.
- e) A similar situation is when after an entire privatization the enterprise *decides to end the health service provision* or after an inheritance or transference the new owner decides to change the enterprise's profile.
- f) Possible regulations regarding the transference of the realty and its equipment owned by the local governments would hurt not only the local governments' autonomy, but also raise constitutional qualms. Though, such kinds of actions are unavoidable in case of an entire privatization.
- g) We can also point out that medical doctors working in primary care, especially family doctors and family paediatricians ***have never been and are still not interested in*** the entire privatization of the health centres. Partly because *financing primary care was insufficient for a long time* and the financing sum from the OEP did not involve the *amortization* costs of operations. On the other hand it is a constant burden for those working in the health care that the value of medical equipment has a *25% VAT*. Considering that most of the medical treatments are tax-free can not be claimed back by medical enterprises. A third reason why medical doctors are not interested in privatization is that even today it is a *high risk factor* that the local government terminates the contract written to ensure and operate health centers through its right of responsibility of medical attendance. This means that in case of an entire privatization, it becomes impossible to get back some return after the huge investments.

To further stimulate the privatization of general medical services and to ensure a decent retreat, the health leadership found that *private practices should be made negotiable*. Regarding this a number of expert opinions and conceptions appeared from the Autumn of 1998 until passing the act (2000/II) about independent medical services. This act can be considered as a precursor of the practice right.

8. After presenting a historical review, I continued with an *international approach*, where besides a brief summary of the *European Union's* health care relations, I outlined the *Swedish* health care system. Within that I concentrated on the main characteristics of the outside hospital health care. I laid a great emphasis on presenting the *German health care system*, since detailed regulations considering contracted doctors in private practices served as an example in the national legislation process preceding the introduction of practice right. By introducing the *United States'* and the *United Kingdom's* integration models and characteristics I intended to draw the attention to a wholly different system in the primary care.

I found that neither in Sweden nor in Germany do medical doctors working with out-patient medical attendance have any intangible asset right, which they could have at their disposal in case of change of job or retirement.

Nor do Swedish doctors or certain groups of theirs have the same possibility as far as their practices are concerned.

On the other hand, German doctors working in the out-patient medical attendance can calculate with their well-equipped and well-operating practices as financial safety for the future. The regulations endow the practice itself with *negotiability*. However, this negotiability is as delimited there as it is in Hungary. I also found that the Swedish local governments' responsibility of medical attendance shows a great similarity to that of the Hungarian local governments (patient-care contract, passing the health care assignments, designating the number of doctors or the place of attendance etc.)

However, an essential difference is that in Sweden the local government is a direct financier of the health care outside hospital, while in Hungary we have a dual financing system.

In contrast with the Hungarian and the Swedish regulations, German local governments *have no role* in providing medical attendances. Besides the medical chamber only one

organization has a serious part in the public health service, namely the Medical Association of Health Insurance.

9. The international presentation is followed by a study of the *administrative background of practice right*. Within this topic I concentrated on the national primary care system, the different kinds of family doctor attendances, problems arising from the local governments' responsibility of medical attendance and the official frames of professional supervision. In my review I came to the following conclusions.

Despite the discussions often emerging in practice, we can point out that the local governments are obligated – within the scope of their responsibility of medical attendance – to ensure the *material conditions* for their districts, which means that they have to place *realty* at the medical doctors' disposal as well as *equipment, furnishings and accessories* that are determined in particular regulations.

This is supported by the Act LXXXIII/1997/35.§ (2) about the obligatory health insurance, which says that financing from health insurance funds can be used only for such operational tasks which are involved in the financing contract. This sum does not exempt the maintainer of the supplier – in present case the local government - from its *developmental and maintenance obligation* prescribed by law.

I also found that in order to avoid continuous uncertainty arising from the local governments' power to dissolve the contract without justification and with immediate effect, the contract's obligatory elements as well as the particular regulations concerning the one-sided notice of the contract should be enacted. Such regulation for example could compel the local governments to give reasons or using their right to give unilateral notice of the contract.

While investigating the practice right's role in primary care, I realised that the practice right can be considered as the basis of the system, since only in possession of the medical chamber's decision about authorizing the practice right, is the medical doctor allowed to initiate signing the contract with the local government or obtaining the necessary licences.

After studying the national operations of *practice communities and group practices*, I critically stated that the newly introduced specific health legal institutions which also concern corporate laws can not be regulated on an order level – as far as the financing side is concerned. When introducing a new legal institution you have to strive to make the concerned parties recognize its goal, possible risk factors and its hidden opportunities. Without this, legislation is meaningless.

That's why I think that the different characteristics of practice communities and group practices, that is specific health joint enterprise forms, should be codified, as well as the basic elements of the contract considering their establishment, the particular rules regarding their operations and cogent and permissive regulations in case of discontinuance.

10. In the thesis I laid special emphasis on *researching the legislation processes* during the year preceding the introduction of practice right. I also presented the different *privatization models, reform propositions*, draft of new laws and parliament discussions.

11. The chapter about the codification works leads to the *second part of my thesis*, which examines the *criteria and characteristics* of the practice right as an independent intangible asset right. This area reflects a *civil law approach*.

The *practice right* – according to the regulation formulation – is such a person-tied intangible asset right, which according to conditions in the current legislations can be alienated and taken over.

By taking this concept as a starting-point, I made an attempt to locate and analyze this law in the legal system of practice right or possibly in legal system of the civil law. After a short analysis it turned out that the practice right has – besides civil law characteristics – *public law features* too.

An example can be that the providing primary care, which is the content of the law, is an obligatory local governmental task. This law is allowed to be practised only by the permission of the Hungarian Medical Chamber, as a competent authority of Public Body, whose permission is based on the constitutive effect regulation made in administrative proceedings.

Beside the constitutional law characteristics of practice right, I found a greater number of its civil law features, special civic right characteristics and personal and intangible right characteristics.

Based on all this I defined the *concept of practice right* as follows:

The practice right is a law that further supplements the circle of the intangible asset rights, it is of a public law nature, but as a whole it is more of a civil law nature and it takes place between the personal and intangible asset rights. This gives the entitled an exclusive right to run an independent family doctor attendance in determined financing conditions, in a certain district with a responsibility for medical attendance.

During my investigations I recognized that the practice right is inseparable from the *practice itself*. All the literature in the area of primary care and practice right uses the concept of the practice right, but sometimes with different interpretations and contents.

It is also a general phenomenon that current legislations involve regulations regarding the practice without defining what a practice really is.

It is therefore unavoidable that the act 2000/II about the private medical attendance should involve a definition of not only the practice right, but also of the practice. In such a definition there should be indicated the practice's parameters, its significant characteristics and its connections with the practice right.

In connections with the analysis of the alienable and negotiable characteristics of practice right, a closer examination of the property law construction was unavoidable. This examination showed the inconsistency of national regulations: the current civil law regulations admit both the hypothec institutions existing on rights and demands and the negotiability of certain intangible asset rights; but because of the rigid concept constructions claiming that only physical objects are negotiable they deny the material quality of the intangible assets laws, and hence they deny that this law can be the object of negotiability.

To clarify the dogmatic disorder concerning the negotiability of the intangible asset rights, I drew up some possible suggestions:

- h) One of the two extreme solutions is to *loosen up and amplify the concept of res* in a way that both corporeal objects and incorporeal objects could find their room in it.

- i) The second solution would be a *wider definition of the object of intangible assets*, which would include the construction of possession, existing on not only rights and demands, but also on res.
- j) As a solution we should declare that the alienability of rights and demands *does not mean the alienability of the intangible assets*, but the alienability of an *independent right*, the proprietary right, which shows much similarity to right in rem.
- k) Another possibility is to declare that *the applicability of the current legal proprietary right regulations based on analogia legis* applies to the alienability of rights, too, without the necessity of accepting the rem character or the possession of the rights or without constructing an independent legal institution.
- l) We could also suggest the adoption of the *rules of cession* in the case of alienation of intangible asset rights.
- m) A special recommendation would be to suggest the legislator to create *an independent material norm* concerning the *alienation of intangible asset rights*, where the particular differences and considerations would be summarized. This would be very necessary, since the institution of alienation does not exist in the Hungarian legislation.
- n) The best recommendation in my opinion is to declare that *the rules of sale and purchase have to be applied* to negotiable rights with intangible asset character. (The free alienation of such rights should be solved by widening the *rules of presentation*.)

The growing frequency of alienations of intangible asset rights – mostly practice rights – rushes the introduction of unified civil law regulations. If such kinds of alienations can be taken into consideration, then introducing *an independent material norm* could solve this question. In the absence of such material, the most acceptable solution would be – with the application of analogia legis – to declare that *it is the rules of sale and purchase that have to be properly applied* even to the negotiable rights with intangible asset character.

After the decease of the authorised person of the practice right, the regulations considering the *continuation ability of the practice right* are still hotly debated on both theoretical and practical levels.

As a result of previous researches, we can state that the continuation ability of the practice law does not belong to the category of inheritance, but it is an independent assignation situation, which is very similar to situations such as the continuation ability of the cousin right - in case of running a pharmacy- , or tenant right, or the continuation ability of private enterprise. Still it is an independent legal concept whose characteristics differ totally from the above listed ones.

This means that the current legal regulations are not properly thought through and are to be modified.

In case of the decease of the authorized person of the practice right, the act 2000/II about the private medical attendance makes it possible for the related assign, as a person unsuitable to continue the practice, like a widow or a child to alienate the practice right. It is very reasonable from legislative point of view to allow such a relative to dispose over the practice right who, because of the absence of the necessary conditions, did not and could not have obtained it.

In my thesis I have made recommendations on how to solve this legal question the best way. Since the practice right is a *person-tied* right, I would suggest that only in such relatives should be given the right to dispose over or alienate the practice right who himself/herself has the qualifications needed to continue a practice.

Otherwise the law has to determinate in detail the *legal situation* of the designated person, unsuitable to continue the practice. The exact conditions, borders and possible unqualified legal situations of how to get a practice right from a “*not entitled person*” also have to be determined.

Further I found that the rules of assessment of charges – considering the continuation of the practice right – also need to be modified. In my opinion an exemption from the death duties should be assured for the person entitled to continue the practice right, even if he/she does not manage to alienate the practice right within the period of six months set by law. Otherwise it would mean that he/she is made to pay duty for such an intangible asset that ceased to exist before he/she converted it into money.

The family doctors’ claim regarding the idea that they should pay commutative onerous duty – not reduced by charges – only after the margin of the negotiable value of the sold and purchased practice law is totally acceptable and understandable. This duty would be paid by

that family doctor who had sold his practice right within the year preceding the purchase of a new practice right.

As far as the decease of doctors working with enterprise is concerned, there are still no existing regulations concerning the *continuous operation of their medical attendance left behind*.

The National Health Institute considers the financing contracts signed with the operator as terminated after the decease of the family doctor with practice right. This way they make the maintenance of the given health centre (as payment of the personnel, operational costs), as well as the subsistence of the family of the deceased impossible.

In my opinion there has to be given a *grace period and possibility* for the enterprise itself, too to find an adequate deputy, who can continue the district's primary care until the related assign – as person suitable to take over the practice right – settles the modification of the necessary contracts and official approvals, or until he/she manages to alienate the practice right within a period of six months set by law. According to this the following legal regulations are to be modified.

12. Besides presenting the *current legal regulations considering the procurement and cessation of the practice law*, this part of the thesis involves most of the critical remarks and judgements.

In many cases, the acquisition of a practice law based on civil right can not be interpreted in dental district areas. On the other hand, a certain group of private medical doctors could get only restricted, not alienable practice law on the day when the law came into force. This raises constitutional qualms considering other, detrimentally discriminated medical doctors, who provide the same kind of health care.

Further I found that besides the consistent observation of the current legal regulations, the family doctor districts belonging to a practice right terminated by renunciation become permanently vacant only after a period of six months, and only then does it become possible to assign a new practice right.

This, however, makes the local governments employ the new doctor, suitable for having a practice right from every point of view, only as a deputy until the end of the six-month period.

Therefore, it should be made possible – with a suitable amendatory statute – to acquire the practice right with the *legal title of filling the vacancy* in cases when the legal predecessor family doctor divests himself/herself of his/her practice right voluntarily.

When a new private practice is being established, the local government determines the new districts according to an aldermanship regulation, and the affected doctor has no say about it. Anyhow, the establishment of a new district unavoidably diminishes the value of a practice law belonging to a family doctors' district becoming smaller in this way. Understandably this violates the affected doctors' legal interest.

In connections with this I studied the *legal liability of the damages* caused by legislation. Despite the fact that according to the principled standpoint of the Supreme Court, only the rules of the public law apply to the activity and its connected responsibility of the legislation, which assure *immunity* for the legislator according to current legislations, I studied the *civil law responsibility of the local governments* in the process of carrying out district modifications.

I did so in the area of abuse with legislation power. I also studied the *civil law responsibility* of the local government in the subject of the compensation for illegally or legally caused damages.

I found that if the local government realizes the actual circumstances of the above discussed *abuse with legislation power* through its legislation, then it has an obligation to compensate the family doctor for the caused damages. This is also the case, where the existing practice right of the family doctor gets disproportionately restricted in favour for achieving some fair social goal, and where the illegitimacy of the caused damage is obvious.

The local governments' *obligation of compensation* should be declared in the act 2000/II about the private medical attendance and discussed in detail in the executive order, for cases when damages are caused in the district modifications or when establishing a new district, and where the concerned family doctor suffers a value reduction of his/her practice right.

While I investigated the obtaining of the practice law through *alienation*, it became clear that a distinction has to be made between the acquisition of the practice law and the acquisition of the consultation-room and its equipment. In connection with this I studied in detail the dogmatic approach of alienating the practice law as intangible assets law and its cases.

I strove to explore and recommend concrete solutions for the discussed questions and the consequential duties around the alienation of the practice right such as settling the legal relation of the personnel having an employment relation with the operator; the legal destiny of the financial sum – coming from the alienation of the practice right – transferred on the account of the seller and his joint company; or the buyer's insurance with a so called "competition clause" against the seller's fast opening of a new practice.

I have also made an effort to collect and present the circumstances and factors influencing the *value of the practice right*.

I found that the monthly sum paid by the National Health Institute can be considered only as a *comparative basis*, since the value of the practice right is influenced by many other factors. Such factors are, for example, the *geographic* area of the health center, its location, area, the circle of its patients, the number of patient cards, the quality and reliability of its register, the expected cost of taking over the personnel, the turnover of the practice compared to the number of its patients and if the practice right is vested on civic rights or not.

Anyhow, it is very important to strive after the determination and uniformization of the *factors influencing the value of the practice right*.

In this assignment the *Hungarian Medical Chamber* should be authorized – taking the well-tried German example as a basis – to determine principles involving unified value aspects, with the help of adequate specialists and with the help of the experience of the preceding years. With reference to this, arose the absence of the practice law's legal regulation regarding the respect of the patients' free choice of doctors and handing over the their cards containing sensitive information.

After investigating the subject I found that under the process of alienating the practice right, the family doctor is still obligated to handle the patient-register confidentially and he/she

also has an obligation to inform his/her patients about the alienation of the practice right, *before it takes place*, so they have the choice to choose another doctor if they wish so.

According to this, there has to be a *law* that disposes over the procedural regulations preceding and following the alienation of the practice right, so that both the patients and the doctors can feel their personal rights in safety.

On the other hand, since patients also have the possibility to abuse their right of free choice of doctor, the law has to enable the National Health and Medical Service *to designate another family doctor* for certain patients.

In this chapter I also studied the *collateral character of practice law*, since it occurs more and more often in practice that certain money institutions mark the practice law as the cover for the loan given for the purchase of the practice law. However, I found that the limited ability of practice law as pawned article makes it almost impossible for the loaner to practise its gratification right through juridical execution. That's why debiting the practice law or using it as a deposit is out of the question in cases, where the satisfaction from the pawned article can not be solved without omission of juridical execution regulations.

To be able to avoid arguments arising from not knowing how to put the practice right into effect, the act 2000/II about the private medical attendance should declare that the practice right can not be leased or on a lease, *neither can it be pawned or served as a deposit*.

In cases where the legislator wishes to keep the deposit character of the practice right – even if only in a very small extension – the act 2000/II about the private medical attendance in harmony with the regulations of the Civil Code has to dispose over the registration of the pawn right of the practice right in the genuine register.

A problem that arises in connection with the alienation of the practice right is that according to the *pre contract*, signed in the subject of alienating the practice right, the authorized institute of the medical chamber is obligated to issue a practice licence to the applicant.

To avoid legal arguments arising from this, the procedural conditions and orders of issuing *temporary practice right* should be settled on a statutory level for cases where the parties in the alienating process have pledged themselves in concrete determinate forms, but the actual acquirement of the practice right has not taken place for some reason. Such reason can be,

for example, that the buyer has not settled the complete payment of the purchased practice right.

In this part of the thesis I studied the current legislations considering the *termination of the practice right*. I found that there are no regulations regarding the termination of the practice right terminated by renunciation. However, the authorized person of the practice right can not be obligated to work as a family doctor until his/her death, in a case where he/she can not or will not alienate his/her practice right for some reason.

The same situation might appear when the family doctor has a possibility to acquire a practice right more valuable than his/her one, but because of the short time, he/she can not find a buyer for his/her existing practice right.

To solve all the above mentioned problems, a law has to dispose over termination by *renunciation* and – on the behalf of the continuous medical attendance – over the concomitant regulations.

Further I found that denominating *mistrust* as the reason for withdrawing the practice licence is totally unnecessary. If somebody was mistrustful in the process of acquiring a practice right, then it means that he/she wished to hide the absence of essential conditions necessary to get a practice right. Such conditions can be withholding or forging important facts, data or circumstances.

By exploring the mistrust of a certain doctor also means the he/she does have the necessary legal conditions needed to acquire the practice right, which also gives a basis to withdraw his/her practice right.

The last part of my thesis gives a brief summary of the reform attempts in the health care, and also gives particular de lege ferenda recommendations on law modifications essential to the successful application of practice law.

III.

Utilization possibilities of the research results

This thesis is the *first monography* in the national legal literature that gives an overall presentation and analysis of the development, the current national regulations, the civil law characteristics of the administrative background of the practice law.

It was an extra challenge that nobody had treated this subject before. My thesis, therefore, is certainly *a suppletory*, and *can serve as a basis for further researches*.

The de lege ferenda recommendations given in my recommendations involve reformatory suggestions regarding the Civil Code's health law and the connecting law about the protection of personal data, the law about assesment of charges, the law about the independent medical attendance, and the executive decree concerning the execution of the latter law. These laws serve as a *basis for legislation*, and provide help to the health reforms going on in our country and to researches in the subject.

The different parts of the thesis – in parts or as a whole – are certainly suitable for utilization in academical education.

Part of the findings of this thesis have already been published, while other parts are waiting to be published.