

## **Szakmai felelősségbiztosítás az állam, az egészségügyi szolgáltatók, a betegek és a biztosítók szemszögéből, avagy érdekazonosságok az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségének elbírálása során.**

Mondják, hogy az ellentétek vonzzák egymást, de ki gondolná, hogy ez igaz az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségének elbírálása során is az egymással szemben álló felek, a felperesi oldalon résztvevő betegekre illetve hozzátartozóikra illetve az alperesi oldalon szereplő egészségügyi szolgáltatókra és az érdekükben eljáró - bár önálló pénzügyi célokkal rendelkező - a beavatkozó oldalon feltűnő biztosítókra.

A kártérítési felelősség megállapítása iránti eljárásban résztvevő felek alapvető érdekei, természetesen továbbra is eltérőek, hiszen a felperesi oldal szerint az alperes orvos-szakmai vagy tájékoztatási hibát vétett és ezért a kártérítési felelőssége megállapítható, míg az alperes szerint az erről szóló felperesi követelés megalapozatlan, hiszen semmilyen hibát nem vétett. Ez az ellentét az eljárás során az 1890-es évektől, az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelőssége iránti eljárások kezdetétől a mai napig fennáll és annak létezése természetes, és a jövőre nézve is fennmarad.

Létezik azonban a kártérítési felelősség megállapítása iránt eljárásnak egy új területe, ahol az érdekazonosság több esetben is megvalósulhat, nevezetesen az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosítása. Ez érdemben csak az elmúlt tizennégy évben alakult ki, hiszen a szocialista időszakban az állami egészségügy és a korlátlan költségvetési helytállás nem igényelte a biztosítást, míg az 1945 előtti időszakban mivel nem volt kötelező, az elvileg létező biztosítási formát, a jelentős részben magán egészségügyi szolgáltatók, nem vették igénybe.

A jelen előadásomban azt kívánom bizonyítani, hogy az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosítása, különösen annak kialakulása illetve mára szükségessé vált megváltoztatása egységesen érdeke a címben hivatkozott négy szereplőnek, tehát ha más-más motívumok is vezetnek a résztvevőket, de az érdekazonosságuk miatt, különböző szemszögekről, nézetekről az alapgondolatok vonatkozásában nem beszélhetünk.

A szakmai felelősségbiztosítás alapvető funkciója hogy az egészségügyi szolgáltatókat, ha a kártérítési felelősségüket megállapították, vagy egyezség született, teljesen vagy részben mentesítse a fizetési kötelezettség alól oly módon, hogy a szolgáltatók helyett a biztosító fizet a károsultaknak. A biztosítás e szerepének megvalósulásához két feladatot kell végrehajtani - amely során fennáll az állam, a betegek és hozzátartozói, az egészségügyi szolgáltatók és a biztosítók érdekegysége - létre kell hozni, és el kell terjeszteni a szakmai felelősségbiztosítást, illetve annak biztosítási funkcióját fenn is kell tartani

Az első érdekegység 1989-1992 között fogalmazódott meg, amikor lehetővé vált a magán-orvosi illetve az egészségügyi vállalkozási tevékenység folytatása. Ekkor a működés feltételeit megfogalmazó jogszabályok előírták, hogy a fenti két területen az egészségügyi szolgáltatóknak kötelező szakmai felelősségbiztosítással kell rendelkezniük. A többi területen működő egészségügyi szolgáltatóra jogszabályi előírás nem született, egészen 1997-ig, amikor a jelenleg hatályos Egészségügyi törvény, minden egészségügyi szolgáltató részére előírta a kötelező szakmai felelősségbiztosítást, de ezek a szolgáltatók is 1992.-ben, szinte teljes-körűen, szakmai felelősségbiztosítási szerződéseket kötöttek.

A szakmai felelősségbiztosítás megjelenéséhez illetve kötelező elterjesztéséhez állami érdek fűződött, nevezetesen a szolgáltatás, illetve az egészségügyi ellátás biztonságának megteremtése azzal, hogy, ha már nem csak az állam vagy önkormányzat nyújtja az egészségügyi ellátást, akkor se kerüljenek a szolgáltatók és a betegek, illetve hozzátartozóik kiszolgáltatott helyzetbe. Az állam a fenti érdek megvalósítása érdekében a kezdeti lépést megtette, jogszabályban részben előírta a kötelező szakmai felelősségbiztosítást, de

sajnálatosan annak részleteiről nem rendelkezett, ami a későbbi évek során különösen a biztosítói oldal részéről számos, tulajdonképpen visszaélésre adott alkalmat.

A szakmai felelősségbiztosítás megjelenéséhez illetve kötelező elterjesztéséhez a felperesi (betegek, hozzátartozók) oldalon a már hivatkozott kiszolgáltatottság, mint érdek eleinte úgy jelentkezett, hogy a felperesek, ha a szolgáltatót kártérítés megfizetésére kötelezték, a kártérítés kézhezvételekor ne kerüljenek hátrányosabb helyzetbe, ha magánszolgáltatóval kezeltették magukat, mint az állami, önkormányzati ellátásnál, hiszen egy magánszolgáltatóért az állam, önkormányzat nem állt helyt a szolgáltató költségvetését meghaladó kártérítési kötelezettséggel. Ez a későbbiek során úgy módosult, hogy már ne csak a magán és az állami, önkormányzati egészségügyi szolgáltatók között ne legyen különbség a kártérítés fizetési képességükben, hanem fenntartótól függetlenül, minden szolgáltató rendelkezzen szakmai felelősségbiztosítással és így a felperesi oldal még annak se volt kitéve, hogy a különböző fenntartók az anyagi lehetőségeikhez mérten különböző mértékben tudták segíteni a szolgáltatókat a kártérítések kifizetésében. Ezt a felperesi oldalon jelentkező kiszolgáltatottságot természetesen a kötelező és egységes szakmai felelősségbiztosítás eleinte megoldotta, de az a kártérítések emelkedésekor ismételten megjelent, igaz már csak, pl., a biztosítók által vállalt helytállási összegeken felül, mint az egészségügyi szolgáltatók közötti anyagi tehervállalási különbség, ami természetesen visszahatott a felperesek helyzetére.

A szakmai felelősségbiztosítás megjelenéséhez illetve kötelező elterjesztéséhez az alperesi (egészségügyi szolgáltatók) oldalon a már hivatkozott kiszolgáltatottság, mint érdek eleinte úgy jelentkezett, hogy az alperesek, ha a kártérítés megfizetésére kötelezték, a kártérítés kifizetésekor ne kerüljenek hátrányosabb helyzetbe, ha magánszolgáltatóként jártak el szemben az állami, önkormányzati szolgáltatással, hiszen egy magánszolgáltatóért az állam, önkormányzat nem állt helyt a szolgáltató költségvetését meghaladó kártérítési kötelezettséggel. Ez a későbbiek során úgy módosult, hogy már ne csak a magán és az állami, önkormányzati egészségügyi szolgáltatók között ne legyen különbség a kártérítés fizetési képességükben, hanem fenntartótól függetlenül, minden szolgáltató rendelkezzen szakmai felelősségbiztosítással és így az alperesi oldal még annak se volt kitéve, hogy a különböző fenntartók az anyagi lehetőségeikhez mérten különböző mértékben tudták segíteni a szolgáltatókat a kártérítések kifizetésében. Ezt az alperesi oldalon jelentkező kiszolgáltatottságot természetesen a kötelező és egységes szakmai felelősségbiztosítás eleinte megoldotta, de az a kártérítések emelkedésekor ismételten megjelent, igaz már csak, pl., a biztosítók által vállalt helytállási összegeken felül, mint az egészségügyi szolgáltatók közötti anyagi tehervállalási különbség, ami a különböző szolgáltatókat eltérő módon hozta nehéz, és egyes esetekben csőd-közeli helyzetbe.

A szakmai felelősségbiztosítás megjelenéséhez illetve kötelező elterjesztéséhez a biztosítói oldalon anyagi érdek párosult, azaz a biztosítói oldalnak a biztosítási piac liberalizálásának elején szüksége volt új területre, ami az egészségügy volt, illetőleg a szakmai felelősségbiztosítás bővítése is indokolt volt új szakterületek bevonásával, nem beszélve arról, hogy az egészségügy területén jelentős vagyonszerzési szerződések is köthetőek voltak, ahova vezethetett az út a szakmai felelősségbiztosításon keresztül. Az egészségügy területén történő vállalkozási kedv, ami az egészségügyben új volt és ezért számos új szolgáltatás alakult, ami a biztosítási díjakból származó bevételt is növelte.

Megállapítható tehát, hogy az állam, az egészségügyi szolgáltatók, a betegek és a biztosítók érdekének egybe esése létrehozta a kötelező szakmai felelősségbiztosítási rendszert az egészségügy területén. Sajnálatosan azonban annak működése során, a későbbiekben ez az érdekegység szétesett.

A kötelező szakmai felelősségbiztosítás kialakítása és elterjedése után a biztosító érdeke csak addig esett egybe a felperesi és alperesi oldaléval, amíg az a működési mutatóival és elveivel,

elsősorban a kárhányad alakulásával nem volt ellentétes. Eddig a pillanatig a biztosítók is a biztosítás eredményes működésében voltak érdekelték, és a bírói gyakorlatban kialakult típusú ügyek mentén, számos peren kívüli egyezség született, amelyek elsősorban 1997-1999 között kötöttek. Ebben az időszakban talán több is volt a peren kívüli egyezség, mint a peres eljárás az összes kártérítési igényen belül. Amikor azonban a biztosítási díjából származó bevétel és a kifizetett kártérítések aránya romlott, sőt néhol még a kifizetett kártérítések meghaladták a beszedett díjbevételt, a biztosítói oldal jelentősen leszűkítette a peren kívüli egyezségeket. Élt továbbá azzal a lehetőséggel ez az oldal, hogy a jogszabályok nem írták elő a kötelező felelősségbiztosítás részleteit, így a biztosítók saját hatáskörükben szigorították a szerződési feltételeiket. Ez utóbbi esetben nem emelték az eseti helytállási limitjeiket, növelték a kizárási eseteket - amikor nem kellett helytállniuk - megemelték a szolgáltatók önrészenek - azaz a kifizetett kártérítésből a szolgáltatókat terhelő résznek - a mértékét, szűkítették a szerződés időbeli hatályát - hiszen csak a szerződés fennállta alatt okozott, bekövetkezett és bejelentett, vagy legfeljebb a szerződés megszűnésétől számított egy éven belül bejelentett károkért álltak helyt - szaporították a visszakövetelés esetinek a számát, amikor a károsultnak kifizetett kártérítést vagy annak egy részét visszakövetelheték a szolgáltatóktól.

A biztosítás tulajdonképpen erre az időre elvesztette a biztosítási funkcióját, hiszen rendkívül szűkkörűen állt helyt, és akkor is csak az alacsony, általában ötmillió forintos limithatárig, így a bírói gyakorlatban kialakult magas kártérítések sokkal inkább terheltek a szolgáltatókat. Gyakorivá váltak továbbá olyan esetek, hogy a kártérítési igények késői bejelentése és a sűrű szerződés megszüntetések miatt egyes szolgáltatók nem is rendelkeztek szakmai felelősségbiztosítással, hiszen a korábbi biztosítók már nem, míg az új biztosítók még nem álltak helyt a szolgáltató helyett. Elterjedté vált az is, hogy a különböző biztosítók elsősorban az intézményi szakmai felelősségbiztosítás területéről gazdasági érdekből kivonultak és ezért felmondták az összes szerződésüket, illetve többször előfordult, hogy egy adott biztosító egy adott szolgáltató szerződését felmondta, mert több káresemény bejelentés történt függetlenül azok eredményességétől.

A 2000-2002 közötti időszakban kialakult, tehát az alperesi és a felperesi oldal új kori kiszolgáltatottsága.

Ez a szakmai felelősségbiztosítás mellett jelentette azt, hogy a szolgáltatók a magas kártérítéseket egyedül nem vagy rendkívüli megterheléssel tudták csak fizetni, ami a szolgáltatók közötti különbségek létrejöttére is vezetett. Peren kívüli egyezség ebben az időben szinte már nem jöhetett létre, hiszen az alacsony limit mellett már a felpereseknek sem volt érdeke az egyezség, míg a szolgáltatók saját hatáskörükben anyagi erőforrás hiányában nem tudtak egyezségeket kötni.

A felperesek egyedüli lehetőségként hosszú ideig tartó peres eljárásokat indíthattak, egyre nehezebben jutottak hozzá a megítélt kártérítéshez, bonyolult végrehajtási eljárásokat kellett indítaniuk, és néhány esetben különösen a magánszolgáltatók ellen, elsősorban a Kft. formában működőknél ez sem vezetett eredményre a korlátozott felelősség miatt.

A biztosítók az egészségügy területéről történő kivonulásuk miatt részben elestek a biztosítási díjaktól, illetve azokat mivel a szolgáltatásaikat nem növelték, nem szélesítették, nem emelheték az általuk igényelt módon, illetve ha ezt megtették, már a szolgáltatók mondták fel a szerződéseiket.

A biztosítók anyagi érdeke azonban eltörpült a felperesi és alperesi oldal már említett kiszolgáltatottsága mellett, ami találkozott a kártérítések összegszerűségének egyre jelentősebb emelkedésével, ami a mindennapi ár és értékviszonyok drágulásával, illetve a nem vagyoni kártérítés funkciójának egyre szabadabb értelmezésével, továbbá annak mértékének egyre nagyobb emelésével, valamint az európai magasabb összegszerűségi gyakorlat begyűrűzésével függött össze. Az összegszerűség mellett a kártérítési felelősség jogalapja is

jelentős változáson ment keresztül, egyre tágult a szolgáltatók kártérítési felelőssége, a perek jelentős részét már a felperesi oldal nyerte.

Ebben a szituációban az állami érdek, nevezetesen a szabályozatlan viszonyok rendezése ismételten megjelent, de csak abban a formában, hogy az Egészségügyről szóló törvény meghatározta, hogy a szakmai felelősségbiztosítás részleteiről végrehajtási rendeletet kellene alkotni, de ez a mai napig nem történt meg.

Ismételten kialakult, tehát egy érdekazonosság az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosításának alakításával kapcsolatban, nevezetesen szükségesnek mutatkozik a szakmai felelősségbiztosítás működésének szabályozása, átalakítása annak érdekében, hogy a szakmai felelősségbiztosítás egyáltalán fennmaradjon. Ebben az átalakításban a biztosítók érdeke már nem olyan erősen esik egybe az alperesi és a felperesi oldal érdekével, mint a kötelező szakmai felelősségbiztosítás létrejötténél, hiszen most az esetleges szigorítások a biztosító hátrányára értelmezhetők, de a terület szabályozása, a biztosítási díjak és az ahhoz kapcsolódó szolgáltatások rendezése, esetlegesen új biztosítási formák, pl. biztosító egyesület megjelenése a biztosítók működését is segíti.

Az érdekazonosságnak, tehát alapvető változásokat kell létrehoznia az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosításának területén. Ennek során elsősorban meg kell határozni, hogy mely módszerek a nem megfelelőek, és ezzel párhuzamosan egy több elemből álló rendszert kell megalkotni. Létre kell hozni az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosításának minimumfeltételeiről szóló jogszabályt, majd meg kell találni az annak megfelelő biztosítási szolgáltatás nyújtására alkalmas és hajlandó biztosító társaságot - akár európai uniós tagállami szinten is, vagy létre kell hozni azt az egészségügyi szolgáltatókat tömörítő biztosító egyesületet, amelyik kizárólag ezt a tevékenységet végzi - továbbá meg kell találni az állami támogatás lehetséges formáit, akár a biztosító egyesület létrejöttéhez, akár a biztosító működéséhez, illetve az egészségügyi szolgáltatók biztosítási díjfizető kézségének javításához. Ezeket a változtatásokat már az elmúlt két évben végre kellett volna hajtani, de azokból még semmire sem került sor, pedig az idő sürget, és a változtatások, különösen, ha egy biztosító egyesület jönne lére elég hosszú időt igényelnek, de a módosítások lépéseit nem lehet felcserélni először szükség van a minimumfeltételekre, majd az azt nyújtó biztosítóra és azt követően a működő biztosítás állami támogatására.

Az elmúlt időszak egyedüli eredményeként két dolgot lehet felhozni, az egyik, hogy a zsákutca megoldásokról – kártérítések limitálása, a legnagyobb gondosság helyett a gondosság előírása és ezeken keresztül a kártérítési felelősség csökkentése - kiderült, hogy nem megfelelőek, míg a másik, hogy mindenki érzi, szükséges a változtatás és számos tanulmány, tervezet készült, mind a minimumfeltételekről, mind az esetleges biztosítói formáról, de még egyik sem jutott a kezdeti megvalósulás fázisába sem.

Mielőtt az érdekazonosságnak megfelelő változásokról és annak esetleges előnyeiről beszélnek, mindenképpen szólni kell, a már hivatkozott, zsákutca megoldásokról, amelyek megvalósulása, illetve érdemivé minősülése félre vitte volna, illetve félre vinné a szakmai felelősségbiztosítás, illetve azzal szorosan az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségének jövőjét.

Az egyik ilyen zsákutca megoldás a legnagyobb gondosság-elvárható gondosság vita és jogszabály-módosítás volt. A Fővárosi Bíróság egy jogerős ítéletében kifejtette, hogy a legnagyobb gondosság körébe nem tartozhat bele a diagnosztikai tévedés, tehát a diagnosztikai tévedés csak felróható magatartás lehet. Ez a nyilatkozat az akkor hatályos jogszabályokkal és a bírói gyakorlattal is ellentétes volt, hiszen, ha egy szolgáltató a legnagyobb gondossággal járt el és mégis diagnosztikai tévedést követett el a felróható magatartását nem lehetett megállapítani és a legnagyobb gondosság, mint elvárható

gondosság nem egy abszolút fogalom volt, hanem az adott helyzetben általában elvárható magatartás. Valóban igaz azonban, hogy a legnagyobb gondosságot a bírói gyakorlat fokozatosan tágította és már-már objektív felelősséget fogalmazott meg az egészségügyi szolgáltatókkal szemben, de soha nem értelmezte az elvárhatóságot olyan tágan, mint a hivatkozott ítélet.

A perben érintett egészségügyi szolgáltató vezetésével, az orvosi kamara támogatásával egy támadás indult a legnagyobb szó ellen, mondván, hogy az olyan széles felelősségi forma, hogy az nem teljesíthető. A legnagyobb gondosság tényleg egy ritka elvárhatósági mérce volt csak az egészségügyi szolgáltatókat, a veszélyes anyagot szállító úszó jármű vezetőjét és a régészeket terhelte. Ezt az elvárhatósági mércét 1959-ben fogalmazta meg először az akkori orvosi rendtartás és attól kezdve egészen 2004. május 1. napjáig, ez volt az egészségügyi szolgáltatóktól elvárható magatartás. Érdekes, hogy ilyen hosszú időszak alatt egyetlen szolgáltatót sem zavart a legnagyobb szó, amire egyetlen magyarázat adható, hogy a bírói gyakorlat azt korábban nem a mostani széles tartalommal töltötte ki, hanem szűk-körűen értelmezte. Látható, tehát, hogy a szolgáltatói oldalnak a gondja nem a legnagyobb szóból, hanem a bírói gyakorlat nyújtotta értelmezésből eredt és tévedés azt hinni, hogy a legnagyobb szó törlése majd a bírói gyakorlatot is megváltoztatja.

A szolgáltatói oldal elérte, hogy töröljék az elvárhatósági mércéből a legnagyobb szót, de ez a bírói gyakorlatot sem most, sem a jövőben nem zavarja, ugyanis elfogadja a bírói gyakorlat azt a szolgáltatói oldali hivatkozást, hogy a gondosságnak nincsenek fokozatai, de akkor, amikor elvárható gondosságot írnak elő a jogszabályban csakis a legnagyobb gondosságra lehet gondolni, tehát, ha a gondosság mértékét szerette volna valaki szűkíteni egy korlátozó jelzőt is a jogszabályba kellett volna helyezni. Így a jogszabályi változást követően a bírói gyakorlat a széles-körű felelősség értelmezését már az elvárható gondosságként határozza meg, tehát módosult ugyan a jogszabály, törlésre került a legnagyobb szó, de semmi nem változott és nem is fog az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségének tág értelmezésén, tehát ez a kísérlet nem segíti a szolgáltatók kártérítési felelősségének alakítását, és esetlegesen ezen keresztül a szakmai felelősségbiztosítás feltételének a jelenlegi viszonyokhoz történő rendezését.

A másik zsákutca megoldás az egészségügyi szolgáltatók által kifizethető kártérítések limitálása lenne, ami azt jelentené, hogy ha egy egészségügyi szolgáltató kártérítési felelősségét megállapítanák, akkor jogszabály írná elő azt a limitet, amin belül a vagyoni és nem vagyoni kártérítési összeg, esetlegesen csak a nem vagyoni kártérítési összeg megítélhető lenne. Figyelemmel arra, hogy egy adott egészségkárosodás létrejöhet üzemi baleset, közlekedési baleset és nem megfelelő egészségügyi szolgáltatás miatt és az első két esetben nem kerülne limitálásra a kifizethető kártérítés, míg a harmadikban igen, akkor az egészségügyi szolgáltatás károsulja a másik két folyamat károsultjához képest hátrányosabb helyzetbe kerülne, hiszen ugyanolyan károsodásért, jogszabálynál fogva és nem a bírói mérlegelés lehetősége miatt, elve kevesebb kártérítést kaphatna. Ez a szituációt, mint hátrányos megkülönböztetést tiltja az Alkotmány, tehát az nem valósítható meg.

A limitálás másik akadálya az Európai Bíróság Francovich ügyben hozott ítélete, ami szerint az Európai Unió Alapszerződésével ellentétes, ha egy tagállam belső jogában a kártérítésre vonatkozó anyagi és eljárásjogi feltételek kedvezőtlenebb rendelkezést tartalmaznak a hasonló tárgyú belső követelésekre vonatkozóknál, azaz nem lehet gyakorlatilag lehetetlenné vagy túlzottan nehézé tenni a kártérítéshez jutást. A kártérítés limitálása, az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelőssége esetén, ez utóbbi nehezebb feltételekkel történő hozzájutást jelentene más kártérítésiformákkal szemben, így a limitálás, tehát a már hivatkozott Alapszerződéssel is ellentétes.

Szerencsére a fenti problémákat a mindenkori szakminisztérium is felismerte és az orvos-szakma különböző szakmai és érdekképviselői testületeinek többször fellángoló limitálási

törekvéseit nem támogatta és a kártérítési limit meghatározására nem és vélhetően a jövőben sem kerül sor, illetve, ha az megtörténne sem állná ki az Alkotmánybíróság és az Európai Bíróság próbáját, tehát csak egy rövidtávú sikertelen lépés lehetne.

A fenti két zsákutca megoldás, tehát eredményre nem vezetett, viszont sok időt elvett a tényleges megoldások kialakításától, hiszen azok egyszerűbb változást jelentettek volna, ezért a szolgáltatói oldal értelemszerűen azokra fordította elsődlegesen az energiáit, ami valahol találkozott az állami és a biztosítói érdekekkel, hiszen ezek tűntek a legolcsóbb megoldásoknak is. Értelemszerű, hogy a felperesi oldal érdekeit ezek a megoldások nem szolgálták, hiszen a felperesek számára egy hátrányosabb helyzetet eredményeztek volna. Az érdekazonosság elmaradása – mindkét zsákutca megoldásnál a szolgáltatók és felperesek, a limitálás esetén a szolgáltatók és a minisztériumon keresztül az állam, a legnagyobb szó törlésével kapcsolatban a szolgáltatók és a bírói gyakorlaton keresztül az állam között – azt eredményezte, hogy a rossz megoldások helyett nem maradt más lehetőség, mint a szakmai felelősségbiztosítás átalakítása, a jelenlegi viszonyokhoz rendezése, a biztosítás tényleges biztosítási funkciójának működtetése, helyreállítása.

Az egészségügyi szolgáltatók érdekazonosságnak megfelelő szakmai felelősségbiztosítási részleteit, a már többször hivatkozott jogszabály, a szakmai felelősségbiztosítás minimumfeltételeiről szóló kormányrendelet fogalmazná meg. Ez a lényeges kérdésekben olyan előírásokat fogalmazna meg, amiktől a biztosítási szerződésben a felek nem térhetnek el, tehát a jogszabályi kereteken belül kellene a szerződéseket megalkotni.

A jogszabályt megalkotásra kerülhet szűk és tág változatban azzal, hogy a különbség a jogszabályban előírt kérdések mennyiségétől függ. A szűk-körű változatra mindenképpen szükség van és abban mindenképpen meg kell határozni a biztosítók eseti és azon keresztül az éves helytállási limitjét, a biztosító által alkalmazható kizárásokat és a szolgáltatókat terhelő önrész mértékét. A tág-körű szabályozás esetén az előzőeket ki lehet egészíteni a biztosítási esemény, a biztosítási szerződés időbeli hatálya és a biztosítók visszakövetelési joga eseteinek a jogszabályban történő megfogalmazásával. Természetesen más kérdéseket is előírhat a jogszabály, pl. a szerződés létrejöttének szabályait stb. de ezeket szükségtelen a rendeletben szabályozni, hiszen azokat a Polgári Törvénykönyv és Biztosítási törvény pontosan megfogalmazza, és vigyázni kell arra is, hogy a szerződéses szabadság elve, ami szerint a felek szabad akaratától függ a szerződés tartalma, csak annyiban sérüljön, amennyit a hatályos jogszabályok megengednek.

A rendelet elsődlegesen előírná, hogy egy szolgáltatónak mekkora összegű eseti helytállási limittel rendelkező biztosítással kell bírnia, ami azt jelenti, hogy ennél alacsonyabb összegű biztosítási terméket a biztosítók sem nyújthatnának. Ez az összeg jelenleg ötmillió forint, ezt természetesen jelentősen meg kellene emelni, de figyelemmel kell lenni arra is, hogy az emelt limit emelt biztosítási díjat is jelentene, tehát a limitet korlátozottan kell meghatározni, de lehetőség szerint a jelenlegi ötmillió forint többszörösére kellene emelni. Különbséget lehetne tenni a járó és fekvő beteg ellátók között, hiszen a kárgyakoriságuk és az általuk okozott kár nagysága között jelenetős különbség van, így lehetne a járó-beteg ellátók esetén 8-20 millió forint, míg fekvőbeteg ellátóknál 15-40 millió forint közötti az emelt limit. Az éves limitet, tehát azt az összeget, amit az eseti helytállási limitek egy évben összesen kitehetnek, az eseti helytállási limit szorzataként kellene meghatározni, pl. az éves helytállási limit az eseti limit háromszorosa és ötszöröse között lehetne. Az alsó határnál alacsonyabb összegek mellett csak a jelenlegi működésképtelen helyzetet konzerválná a jogszabály és ekkor egyetlen előnye lenne, hogy egy jogszabályt mindig könnyebb módosítani, mint megalkotni, tehát elkezdődhetne egy gyors érdekérvényesítés a limitek emelése érdekében. Sajnálatosan az általam ismert tervezet nem emeli a limiteket a fent megjelölt minimális összegekig sem.

A limitek mellett mindenképpen szabályozni kell azokat az eseteket, amelyeket a kizárások alatt foglalmazznak meg a biztosítási szerződések. Ebben az esetben, bár biztosítási esemény történt, és elvileg a biztosítónak helyt is kellene állni a szolgáltató helyett, de mivel egy olyan feltétel is fennállt, ami a kizárások közé tartozott, a biztosító nem fizet a szolgáltató helyett kártérítést. A jelenlegi biztosítási szerződések már harminc feletti kizárási eseményt foglalmazznak meg, és azokat mindig tágítják, a biztosítói oldal érdekeinek megfelelően. Ilyen kizárás, pl. hogy esztétikai plasztikai beavatkozásokra, tájékoztatási hiányosságokra, CT. MR. által okozott károkra stb. nem terjed ki a biztosítás. Egyértelmű, hogy a felperesi és a szolgáltatói oldal együttes érdeke, hogy a biztosítók ne önkényesen foglalmazzák meg a kizárásokat. A jogszabályban ezt kétféle képen lehetne megakadályozni. Az egyik lehetőség szerint azt kellene megfogalmazni nagy gyűjtőfogalmanként, hogy mi nem lehet kizárás (indirekt módszer), pl. a betegjogokkal kapcsolatos kártérítési felelősség, bármelyik szakmát, diagnosztikus, terápiás módszert érintő kártérítési felelősség. A másik lehetőség, hogy direkt meg kell határozni a jogszabályban, hogy mi lehet kizárás. Ez utóbbi lehetőség egyértelműbb rendelkezéseket tartalmaz, annak a veszélyével, hogy nehéz összeszedni, és szinte taxatív felsorolni, hogy mi nem lehet kizárás, míg a másik kevésbé sérti a szerződés szabadságot, illetve a gyűjtőfogalmi meghatározás tág értelmezési lehetőségeket biztosít. Az általam ismert legutolsó rendelet-tervezet a direkt megoldást választja és az egyik biztosító kizárási feltételeit ültette át a jogszabályba, de figyelni kell, hogy a rendelet megalkotásakor a szolgáltatók saját magukat ne hozzák nehezebb helyzetbe, mint most vannak, és nehogy a szabályozásban maradjanak olyan biztosítói kizárási feltételek, amelyek csak a biztosítóknak kedveznek.

A szűk-körű szabályozás utolsó eleme a szolgáltatókat terhelő önrész kérdése. Az önrész kizárólag akkor merülhet fel, ha szolgáltatók által fizetendő kártérítés mértéke a biztosítók helytállási limitjén belül marad, hiszen ha az annál több, akkor a limiten felüli rész már az önrész, kétszeresen nem lehet egy szolgáltatót hátrányos helyzetbe hozni. A szolgáltató önrésze, tehát a megállapított kártérítés valamekkora része, amit a biztosítónak kellene fizetni, de az önrész miatt ez a szolgáltatót terheli. Ez egy dupla és felesleges kötelezettség, hiszen a szolgáltató fizeti a biztosítási díjat, amiért egy limitált szolgáltatást kap és még azon belül is önrészt kell, hogy fizessen. Ez mindenképpen nehéz helyzetbe hozza, hiszen egy limiten belüli egyezség esetén sem tud fizetés nélkül felelősséget elismerni, ami sajnos sokszor arra indítja a szolgáltatót, hogy a felelősségét ne ismertje el, vagy más az önrész esetleges elengedésére vonatkozó megállapodásokat kössön a felperessel, ha az arra az egyezség érdekében, és a kártérítés minél korábbi kézhez vétele érdekében, hajlandó.

Az önrészre nincs szükség, tehát elsődlegesen a jogszabályban azt kellene kimondani, hogy az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosítás során nincs önrész. Abban az esetben, ha mégis előírásra kerül, akkor célszerű azt egy-összegben meghatározni, és pl. alkalmanként háromszázezer forintban megjelölni. Mindenképpen indokolt elhagyni a jelenlegi megoldást, ami a biztosító által fizetett kártérítés százalékos mértékében általában 10 %-ban, jelöli meg a szolgáltató önrészét. Az általam ismert legutolsó rendelet-tervezet kombinálná az utóbbi két megoldást, oly módon, hogy az önrész mértéke a kifizetett kártérítés 10 %-a, de maximum háromszázezer forint, ami megfelelő, hiszen a javasolt fix összegnél, háromszázezer forintnál nem lehet nagyobb az önrész és ekkora összeget, minden szolgáltató ki kell, hogy tudjon fizetni, akár egy-összegben, akár részletekben.

A tág-körű szabályozás részeként megfogalmazhatná a jogszabály a biztosítási esemény fogalmát, ami a lehető legtágabb fogalomnak kellene lennie, hiszen ezt korlátozzák a későbbi rendelkezései a szerződésnek, pl. a limitek, a kizárások stb. A jogszabályi előírásra csak azért lenne szükség, mert a különböző biztosítók eltérő fogalmakat határoznak meg, általában szűk értelmezés mellett, pl. foglalkozási szabályokat említenek a gondosság helyett, csak a károsultnak való károkozást tekintik biztosítási eseménynek, ami pl. problémát okozhat a

közreműködő vállalkozó egészségügyi szolgáltatók és a beteggel jogviszonyban lévő egészségügyi szolgáltató közötti vita esetén, ha azt a közreműködő felelősségbiztosítási szerződésének felhasználásával kívánják megoldani. A rendelet-tervezet a biztosítási esemény fogalmát érdemben nem érinti, de mindenképpen hiányzik belőle az egészségügyi szolgáltatók és a közreműködők közötti jogviszony biztosítási rendezése.

A tág-körű szabályozás során, elő lehetne írni a biztosítási szerződés időbeli hatályát. Ez volt az a szerződési feltétel, ami több szolgáltató esetén azt okozta, hogy bizonyos időszakokra nem volt biztosítása. A biztosítók nagy része csak a szerződés hatálya alatt okozott, bekövetkezett és bejelentett károkért állt helyt. A probléma az utolsó feltétellel volt, hiszen a károsultak általában évek múlva jelezték a kártérítési igényüket a szolgáltató felé és így a szolgáltató is csak ekkor tudta azt a biztosítónak megküldeni. Abban az esetben, ha közben a károkozás-kori biztosítóval a szerződése a szolgáltatónak megszűnt a régi biztosító már nem - hiszen az egyik feltétel a szerződés hatálya alatti bejelentés nem valósult meg - az új biztosító még nem - hiszen a károkozáskor és esetleg a bekövetkezéskor nem állt fenn a biztosítási szerződés - állt helyt a károkozásért. Ez azt eredményezte, hogy volt ugyan felelősségbiztosítási szerződése egy szolgáltatónak, de mégis saját magának kellett a teljes kártérítést fizetni, ami mind a szolgáltató, mind a felperesek helyzetét megnehezítette, illetve mindenképpen peres eljárást tett szükségessé. Lehetőség volt még az új biztosítóval való megállapodás alapján retroaktív fedezetre, ami azt jelentette, hogy az új biztosító a szerződésének létrejötte előtt általában egy éven belül okozott károkért is helytállt, de ez a biztosító mérlegelésétől függött, hogy ilyen fedezetet vállalt-e, nem beszélve arról, hogy azt jelentős többletdíjért tette, ami a szolgáltatónak komoly kiadást jelentett.

Ezt a helyzetet csak azzal lehet megoldani, ha a jogszabály előírja, hogy a biztosítási szerződés időbeli hatálya, akként alakul, természetesen figyelemmel az elévülés öt éves szabályára, hogy a biztosító a szerződés hatálya alatt okozott, bekövetkezett és a szerződés megszűnésétől megfelelő időn belül bejelentett károkért áll helyt. Ezt az utolsó feltétel szerinti időt egy és három év között lehetne megjelölni a jogszabályban, amiből természetesen a három év jobban szolgálná a felperesek és a szolgáltatók érdekeit, míg a rövidebb időszak a biztosítóknak felelne meg. Elképzelhető, hogy ezt a kérdéskört még a szűk-körű szabályozásba is bele lehet érteni, vagy azt lehet mondani, hogy a szűk-körű szabályozás mellett ez a kérdés olyan még, amit lehetőség szerint mindenképpen indokolt a rendeletben előírni. A rendelet-tervezet a szerződés megszűnésétől számított harminc napon belül bejelentett károkért írta elő a biztosító helytállási kötelezettségét, ami túl rövid idő, érdemi különbség a megszűnés napján beálló biztosítói mentesülés és a harmincnapos határidő között nincs.

A tág-körű szabályozás utolsó kérdése a biztosító visszakövetelési joga lehetne. E jogosítvány alapján a biztosító a károsultnak kifizetett kártérítést a szolgáltatótól visszakövetelhetné, tehát ez a felperesek érdekkörével nem ütközik, viszont komoly problémát okozhat a szolgáltatóknak. A biztosítók ezeket az eseteket is különbözően szabályozták, és ha egyoldalúan fogalmazhatják meg a jövőben azokat féltő, hogy a kizárások jogszabályi előírása mellett jelentősen felszaporodik majd a visszakövetelési jog eseteinek száma. Ide tartozik jelenleg, ha a szolgáltató orvosa ittasan vagy kábítószer hatása alatt okozta a kárt, vagy ha egy szolgáltató a működési engedélyétől eltérő vagy engedély nélküli tevékenységet végez, illetve egyes szolgáltatóknál a kirívóan gondatlan magatartás is, ami önmagában nem meghatározható, azt veszélyes a biztosító értelmezésére bízni. A jogszabályban ezeket az eseteket mindenképpen direkt módon kell meghatározni, kevés ilyen esetet kell megjelölni, kizárólag olyanokat kell megfogalmazni, amelyeket egy szolgáltató, ha előre ismer, egyértelműen elháríthat, nem lehet olyan közte, ami a biztosító mérlegelésétől függ, így a kirívóan gondatlan magatartás nem tartozhat ide, inkább az ittasság, a működési engedély



hiánya, az attól való eltérés, esetlegesen a minimumfeltételeknek nem megfelelés stb. kerülhet szóba. A hatályos rendelet-tervezet a visszakövetelési jogról nem szól

A fentiek szerinti minimumfeltételekről szóló rendelet megalkotása után szükséges egy olyan biztosítót találni, amelyik hajlandó a rendelet szerinti biztosítás szolgáltatására. Lehetséges, hogy a piaci biztosítók úgy gondolják, hogy a kockázatvállalás nincs arányban a beszédhető biztosítási díjjal, és ezért ezzel a területtel nem foglalkoznak. Ebben az esetben lehetőség van biztosító egyesület létrehozására. Ilyenkor valamennyi egészségügyi szolgáltatót egy egyesület alá kell szervezni, és ez, az egyesület kizárólag a tagjai részére nyújtana, kizárólag szakmai felelősségbiztosítást. Egy ilyen egyesület létrejöttéhez a csatlakozás előtt 226 millió forint, míg most 563,5 millió forint szükséges, tehát a szolgáltatói oldal lemaradt, már korábban meg kellett volna az egyesületet alkotni, de nem volt meg a minimumfeltételekről a jogszabály sem, ami a működés alapját képezte volna. Abban az esetben, ha több egyesület jönne létre, az többször kívánná meg a fenti magas alapítási költséget, illetve a biztosítási díjak lehetséges, hogy nem nyújtanának elegendő fedezetet, bár az egyesület viszontbiztosítása révén hatékonyan működhetne.

Fontos, hogy ez az egyesület nem lehet egy korábbi javaslat szerint felosztó-kirovó rendszerű, hiszen az nem biztosítás, így pl. viszontbiztosítást sem köthetne. Elképzelhető egy állami garancia alap és a biztosítás kombinációja, ami azt jelentené, hogy a kártérítésekből bizonyos összeget először a garancia alap fizetne és az e fölötti részre, működne a biztosítás, de ez túlzottan nagy állami költségvetési támogatást igényelne, ami a mai helyzetben nem valószínű, illetve felmerülne, hogy a magánszolgáltatóknál ez nem állna fenn, ami megint csak hátrányos megkülönböztetést jelentene.

Abban az esetben, ha nem jön létre biztosító egyesület, bízni lehet abban, hogy a biztosítási szakma a megbecsültsége miatt, egy nagy területet, az egészségügyet, nem hagyja el, hiszen igen rossz piaci szemléletet tükrözne az, hogy van egy terület, ahol esetleg nagyobb kockázatot kellene vállalni, ott a meneküléshez nyúlnak, és nem az esetleges biztosítási díjemeléshez. Valószínű, tehát, hogy a biztosítási szakma nem vonulna ki a terület biztosításáról, de magától nem fog a jelenlegi feltételeken változtatni a saját üzleti érdekével ellentétben. Abban az esetben, ha a biztosítási szakma mégsem nyújtja a területen a biztosítást, akkor az európai csatlakozásból eredően a tagállami biztosítók irányában kell nyitni, hiszen a tagállamokban jelentősen magasabb limitek mellett működik a szakmai felelősségbiztosítás, tehát ott már megtalálták annak üzleti alapjait, így azt kell Magyarországra is behozni.

A szolgáltatást nyújtó biztosító megtalálása mellett mindképpen szükséges az állami támogatás két formája. Egyszer a biztosító létrejöttéhez és esetlegesen a működéséhez nélkülözhetetlen költségvetési támogatás, ami szintén jogszabályt kíván, mint korábban a mezőgazdasági biztosító egyesületek alakítását segítő költségvetési támogatásról szóló rendelet. Másodszor szükséges állami támogatás a közszolgáltató egészségügynek az emelt biztosítási díjak fizetéséhez, a finanszírozáson belül. Ez utóbbi támogatás a magánszolgáltatóknál nem állna fenn, hiszen az emeltebb biztosítási díjat a saját szolgáltatási díjaikban, amelyeket a szabad megállapodás alapján a beteg vagy elfogad, vagy nem, megjeleníthetik. A közszolgáltatók finanszírozását azonban jogszabály írja elő, ott a közszolgáltató nem emelheti a díjat, ezért a finanszírozáson belül kell valamilyen normatív keretet találni, hogy ne a finanszírozási díjból kelljen a szolgáltatóknak egyáltalán a biztosítási díjat, különösen az emelt biztosítási díjat, fizetni.

A fenti három feltétel –elvárható tartalmú minimumfeltételről szóló jogszabály, megfelelő biztosító, állami támogatás - megvalósulásával létrejöhet a szakmai felelősségbiztosítás modern változata, ami már működésében is megfelel a biztosítás funkciójának és a jelenlegi

gazdasági körülményeknek, és a jövőben csak ezt a három feltételt kell, elsősorban a minimumfeltételekről szóló jogszabály módosításán keresztül, a körülményekhez igazítani.

A fentiek szerint kialakulandó szakmai felelősségbiztosítás mind a négy érdekelt azonosságát jelentené és az elkövetkezőkben azt az ideális állapotot feltételezve, hogy a fenti változások lejátszódtak, azt kívánom bemutatni, hogy miként jelentkezne az érdekazonosság a jövőben, peren kívül, perben, a minőségbiztosításban, és a megállapodások összecszerülésében.

Az érdekazonosság elsősorban a felperesi és az alperesi oldalon jelentkezik széles-körű tartalommal, az állami és a biztosítói érdek egyszerűbb, hasonló mondhatjuk mögöttes mind a négy fent felvetett területen.

Az állami érdek végig a rendezett működés, tehát az egészségügyi szolgáltatások folyamatos biztosítása – amibe beletartozik, hogy egy szolgáltatót a kifizetendő kártérítés ne kergessen fizetésképtelenségbe, ami kihat a dolgozóira is és azokon keresztül a teljes egészségügyre – illetve a betegek elégedettsége, amibe beletartozik az is, hogy ha egy szolgáltató kárt okoz, akkor a kártérítési felelősségének megállapítása iránt megfelelő eljárást lehessen lefolytatni és a károsult kielégítő kompenzációhoz is jusson. Ezt a mögöttes érdekét az állam a már hivatkozott minimumfeltételekkel kapcsolatos jogszabályi háttér megteremtésével, esetlegesen annak indokolt módosításával és remélhetőleg az állami támogatásokkal – biztosító létrejöttéhez, működéséhez, biztosítási díjak fizetéséhez – tudja érvényesíteni.

A biztosítói oldalon végig a gazdasági érdek jelenik meg, tehát a biztosítási terület sikeres, továbbá nem egyesületi tevékenység esetén, nyereséges működtetése. Ez az érdek azonban nem egyoldalú, hiszen a felperesi és az alperesi oldal érdekivel is egybe esik ugyanis, ha egy adott esetben az egyezség a biztosító véleménye szerint indokolt, akkor azzal segít a felpereseken és az alpereseken is, hiszen korábban fejeződik be az eljárás és nem vagy alacsonyabb közvetlen szolgáltatói kártérítés - fizetéssel jár.

A biztosítónak ilyenkor a korábbi befejezés megtakarítást jelent három oldalról is: nem szükséges a hosszú eljárás során a jogászi és szakértői stábjának gyakran nem olcsó működtetése, illetve az egyezség általában alacsonyabb összeget jelent, mint az ítélet - tehát az összecszerülési oldalon is kevesebbet kell egy adott ügyben a biztosítónak kifizetnie, mint egy esetleges ítéleti marasztalásnál, különösen, hogy a hosszú idő miatti késedelmi kamatokat sem kell ilyenkor megtéríteni – és végül a kártérítéssel kapcsolatos tartalékolási kötelezettségének – ami a biztosítási törvényből fakadó kedvezőtlen kötelezettsége a biztosítónak, hiszen a nyereségét hátrányosan érinti – sem kell a hosszú pereskedési eljárás végéig eleget tennie.

A felperesi és az alperesi érdekazonosság, a fent hivatkozott négy nagy területen elválasztható, ezért azokat külön elemzem.

A peren kívüli eljárásról:

A kártérítési felelősség megállapítása iránti per egyik félnek sem kedvező.

Az eljárás hosszú. Ez a felperes esetében azt jelenti, hogy évek telnek el, míg kártérítéshez juthat. Halálessel kapcsolatos ügyben ez azt jelenti, hogy hosszú időn keresztül újra és újra előkerülnek a történetek, ami érzelmileg hátrányos a felperesekre nézve. Egészségkárosodott felperes pedig nem akkor jut az életviteléhez nélkülözhetetlen összegekhez, amikor szükséges lenne. Az alperesi egészségügyi szolgáltató a hosszú eljárás során több tárgyaláson is a védekezéssel törődhet, orvosai tárgyalásokon vesznek részt a gyógyítás helyett.

Az eljárás mindkét fél számára költséges. Az időbeli elhúzódás szinte minden esetben biztosan azt eredményezi, hogy az ítéletben szereplő, esetlegesen több felperest és a késedelmi kamatokat is érintő, marasztalási összeg a biztosító jelenlegi helytállási limitjét meghaladja, tehát az egészségügyi szolgáltatónak fizetési kötelezettsége keletkezik. A felperesi oldal a szolgáltató fizetési kötelezettsége mellett nehezebben jut hozzá a megítélt kártérítéshez, esetlegesen csak egy hosszú és részletekben történő végrehajtási eljárás mellett.

A kártérítések mellett a költségeket növelik a hosszú idő miatti magas jogászi, szakértői költségek és a perköltség is.

Az eljárás nyilvános. A médiumok, az elmúló tíz év ellenére, még mindig érzékenyen reagálnak a szolgáltatók vélt vagy bizonyított mulasztásaira, hiszen azok „szenzációértéke” magas. Egy peres eljárás során számos alkalommal be lehet számolni a történetekről, ami sem a felpereseknek –hiszen egyre szélesebb kör ismeri meg a velük történeteket – sem a szolgáltatóknak – hiszen az eljárás befejezéséig szinte mindig a mulasztás vélelmezése kerül előtérbe –nem kellemes.

Az eljárás kiszolgáltatott. A felperesek állításairól a peres eljárás során a bíróságok számára az igazságügyi orvos-szakértők nyilatkoznak, akik néhány sajnálatos esetet kivéve természetesen nem elfogultak, de indíttatásukkal sohasem tudnak majd leszámolni, hiszen az egyetlen szakértői terület az, ahol egy szakértőnek a saját szakmája és egy kívülálló közötti vitában kell döntenie, minden más esetben a szakértő, két kívülálló, a szakértő szakterületét nem érintő, vitájában dönt. Az alperesek orvos-szakmai tevékenységét a bíróság értékeli, ahol a bíró, orvosi végzettség hiányában, nem dönthet orvos-szakmai tudása alapján, hanem a rendelkezésre álló iratok segítségével, a meggyőződése és a jogi tudása alapján határoz.

A fentiek elkerülésére egyedül a peren kívüli eljárások, a sikeres peren kívüli egyezségek, megnövekedése jelenthetne megoldást.

A peren kívüli eljárás rövid. Ezek az eljárások néhány hónap alatt befejeződhetnek, tehát viszonylag gyorsak. Természetesen szükséges, hogy az eljárás gyors befejezése érdekében valamennyi résztvevő közreműködjön. A felperes az egyezségi ajánlatának jogalapját támassza alá szakértői véleménnyel, az igényelt kártérítési összegeket megfelelő bizonylatokkal igazolja és tegye lehetővé, hogy az alperes és a biztosító is érdemben, akár saját szakértőkkel, akár egyéb helyekről beszerzett iratokkal kialakíthassa saját álláspontját. Az alperes a részére benyújtott egyezségi ajánlatot a belső előírásai alapján az érintett orvosok és osztályok bevonásával vizsgálja meg, és annak jogalapi részére írásban válaszoljon, majd azt követően a biztosítási szerződésben előírt határidő alatt nyújtsa be az egyezségi ajánlatot a saját álláspontjával együtt a biztosítóhoz. A biztosító a beérkezett iratokat a jogalap vonatkozásában vizsgálta meg a saját szakértőjével. Abban az esetben, ha a jogalap kérdésében egységesen az, az álláspont, hogy az egyezségi ajánlat megalapozott mindhárom fél bevonásával kerüljön sor az összecszerzési tárgyalásokra, míg, ha az egyezségi ajánlat megalapozatlan az összecszerzés vizsgálata nélkül érdemi indokolással kerüljön sor az ajánlat elutasítására. A fenti folyamat gyorsasága úgy biztosítható, hogy a felek jogait és kötelezettségeit a jogszabályoknak, valamint a biztosítási szerződésnek részletesen kell tartalmaznia azzal, hogy azok be nem tartását megfelelően szankcionálni kell. Ez utóbbi rendelkezések a jelenlegi szabályozásban, különösen a többféle biztosítási szerződés miatt, hiányosak és kaotikusak, az egységes biztosítási feltételek remélhetően eredményes változást idéznek elő.

A peren kívüli eljárás titkos, zárt-körű. A megállapodó feleknek nem érdeke, hogy a nyilvánosság tudomást szerezzen az egyeztetési szándékról, hogy az egészségügyi szolgáltató elismerte a mulasztását, hogy a károsult csökkentette az igényeit az egyezés érdekében. Így saját érdekükben hallgatnak az egyeztetési folyamatról, hiszen, ha nyilvánosságra kerül elképzelhető, hogy már a másik félnek nem lesz érdeke az egyezés megkötése. A felek az egyezségi megállapodásban titkossági záradékot tehetnek, és ebben az esetben még a megkötött egyezségről sem lehet sehol nyilatkozni, azt csak a felek ismerik.

A peren kívüli eljárás nem kiszolgáltatott. A peren kívüli eljárásban a biztosító szakértője vizsgálja meg az iratokat, akinek az érdekei a biztosító gazdasági érdekeivel esik egybe, így a károsult nincs kiszolgáltatva egy esetleges szakmai elfogultságnak. A peren kívüli eljárásban a biztosító nem ítélkezik a szolgáltató tevékenysége felett, hanem egy egységes akarat kialakítására törekszik, tehát a szolgáltató akarata dönt, ha nem kívánja nincs egyezés még,

ha a biztosító szeretné is azt. A szolgáltató, tehát a peren kívüli eljárás során az érdekeit érvényesítheti, más kérdés, hogy a szakmai érvek sokszor nem megalapozottak, néhol csak a tekintély védelmében fogalmazódnak meg. Ilyen esetekben lehetősége van a biztosítónak, hogy a pénzügyi eszközeivel szolid nyomást gyakoroljon az egészségügyi szolgáltatóra.

A peren kívüli eljárás költségkímélő. Az egyezséget kötő felek a peren kívüli eljárás során törekednek arra, hogy a megegyezés érdekében az egyezségi összeg ne haladja meg a biztosító eseti helytállási limitjét. Ez kedvező az egészségügy szolgáltatóinak, hiszen nem terheli fizetési kötelezettség, az esetleges alacsonyösszegű önrészt kivéve, de kedvező a károsultnak is, hiszen hamarabb jut hozzá, igaz az alacsonyabb összegű kártérítéséhez. Nem beszélve arról, hogy ebben az esetben a felek megtakarítják a jogász, szakértői költségeket és a perköltséget is.

A megállapodások összecszerűségéről:

A fenti érdekezésszerű csoportok mellett mégsem jönnek létre ma jelentős számban peren kívüli egyezségek, ugyanis a jelenlegi feltételek mellett vagy a biztosító nem akar egyezkedni, hiszen valamelyik kizáró, vagy visszakövetelési okra, esetleg a biztosítási szerződés időbeli hatályára hivatkozhat, vagy a károsult nem kíván egyezséget kötni, hiszen az alacsony eseti helytállási limit már a halálesettel kapcsolatos kártérítési igényekre sem elég, nem beszélve az egészségkárosodott esetekről, és természetesen a szolgáltató sem kíván egyezséget kötni, mert nem tudja a magas önrészt fizetni, illetve az eseti helytállási limiten felül nem vállalhat kötelezettséget, mert nincs pénze.

A már többször jelzett ideális változások esetén, a peren kívüli egyezségek száma jelentősen megszorodhat, tehát az összecszerűség terén is kialakulhat az érdekezésszerűség. Ebben a helyzetben a halálesettel és a kisebb egészségkárosodásokkal kapcsolatos kártérítési igények szinte minden esetben peren kívül lezárhatóak lennének, hiszen azok összecszerűségi igénye biztosan nem haladná meg az új eseti biztosítói helytállási limitet. A súlyos, maradandó egészségkárosodással járó káresemények jelentős része is peren kívül lezárulhatna, ha a felek kölcsönösen felismerik az egyezségek előnyeit, de még azokban az esetekben is, amikor ez nem történne meg, az egyösszegű marasztalások többször lezárhatóak lennének peren kívül a biztosítási limiten belül, és az egészségügyi szolgáltatókat a jövőre nézve csak a havi járadék megfizetése terhelné. Természetesen a peren kívüli egyezségek megnövekedése nem azt jelenti, hogy megalapozatlan esetekben is létre kell hozni, de az alátámasztott esetekben az egyezségek létrejöttét jelentősen segítheti a biztosítási környezet érdekezésszerűségének megfelelő változtatása.

A peres eljárásról:

A szakmai felelősségbiztosítás minimumfeltételeiről szóló kormány-rendeletben ideális esetben meghatározott, a biztosítót terhelő kötelezettségek, valamint az egész egészségügyet biztosító egy biztosító egyesület létrejötte, az egységes rendszer érdekében megkívánja, hogy a szolgáltatók és a biztosítók jogi képviselőjét a biztosító mellett szerveződött szak-jogászokból álló csapat lássa el. Kialakulna, tehát a biztosítók mellett az olyan ügyvédekből egy megfelelő szak-jogász csapat, akik bárhol bevethetőek az országban, bármelyik szolgáltató képviselőjében. Az alperesi és a biztosítói oldal képviselője is egységessé válik, hiszen a jogi képviselőt a biztosítóval szerződött ügyvédek látnák el, a szolgáltatóknak a jogi képviselő költséggel nem járna, míg a biztosítók a legjobb szaktudással rendelkező ügyvédek is szerződhetni tudnák.

A jogi képviselő segítségére kialakulna a biztosító mellett egy megfelelő orvos-szakértői csoport, akik saját és egy általuk működtetett szaktanácsadói hálózaton keresztül a szolgáltatók érdekeinek megfelelően szakmailag megalapozottan véleményeznék a kártérítési igényeket, és a peres eljárás során készült iratokat, szakvéleményeket, értékelésükkel

támogatnák szakmailag a perben képviselő ügyvédek. Ez a szolgáltatóknak szintén nem jelenten kiadást, hiszen ezt a szolgáltatást is a biztosító nyújtaná.

Meglepő módon ezek az egészségügyi szolgáltatóknak kedvező képviseleti változások hasznosak lennének a károsultaknak is, hiszen a bíróság előtt nem lennének felesleges viták, azok kizárólag az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségével kapcsolatos szakmai kérdésekről szólnának. Ez könnyítené a károsultak képviselőinek munkáját is, hiszen kialakulnának a mindkét oldalról jövő szakmai érvek hatására az úgynevezett típus ügyek, azok száma egyre szaporodna, ami azt jelentené, hogy már az eljárás elején kiszámíthatóvá válna jelentős részben a felelősség kérdése.

A típus ügyek hatására természetesen növekednének a peren kívüli egyezségek is, hiszen a szakmai képviselet esetén egy a szolgáltatóra hátrányos típusügy mellett a biztosítót és a szolgáltatót képviselő jogi és szakértői képviselet nyilván a megegyezést fogja javasolni.

A károsultra hátrányos értelmezésű típus ügyben pedig a károsultak vagy eleve nem indítanak eljárást, vagy a szakmailag megalapozott peren kívüli elutasítás után nem indítanak pert, esetleg a peres eljárás során kialakult típusügy esetén elállnának a további követésüktől.

Látható, tehát, hogy a szakmai felelősségbiztosítás megváltoztatása az alperesi és felperesi oldalon álló résztvevőknek a perbeli érdekeit is közelíti, néhány helyen egyesíti.

A minőségbiztosítást érintő változásokról:

Az egységes biztosítás megvalósítása a jövőben, segíthetné az egészségügyi közvetítés elterjesztését is, hiszen ez az intézmény, bár jogszabály született róla, nem működik. Abban az esetben, ha egységesen változna a szakmai felelősségbiztosítás, annak általános szerződési feltételében kötelezően elő lehetne írni, vagy a biztosítási díj mértékének egy kedvezményével ösztönözni lehetne, a mediáció megtörténtét a peren kívüli eljárásban (a mediáció egyébként magas költségeit a biztosító egyesület vállalná). Az egészségügyi közvetítés elterjedése segíthetné a peren kívüli egyezségek létrejöttét az azzal járó valamennyi előnye mellett. Jelenleg a biztosító nem érdekelt a mediáció lefolytatásában, hiszen ugyanakkora kötelezettsége van a peres eljárás végén, mint a sikeres egészségügyi közvetítés esetén, míg az emelt eseti helytállási limit mellett már a biztosító is tud arányosítani. Az egészségügyi szolgáltató sem érdekelt a mediációs eljárás lefolytatásában, hiszen, ha azt a biztosítója nem akarja, akkor magára maradna az egészségügyi közvetítés végén, ezért inkább annak elutasítását választja. Elképzelhető pedig, hogy az egészségügyi közvetítő eljárás során, ahol az érdekek már tisztázásra kerülnek, sok esetben kialakulhatna olyan körülmény, ami mellett vagy peren kívüli egyezés jön létre, vagy a károsult dönt úgy, hogy nincs értelme peres eljárást indítani.

A jövőben az egészségügyi szolgáltatók által alkalmazott egységes tájékoztató nyomtatványok is kialakulhatnának, hiszen a biztosító érdeke lenne, hogy azok a nyomtatványok megfelelőek legyenek, aminek létrejöttét nyilván jelentős mértékben segítené, majd a szerződési feltételek segítségével kötelezőnek fogadtatná el. Az egységes tájékoztatás az egészségügyi szolgáltatókkal szemben támasztott fokozott követelmények miatt már régen szükséges lenne, de annak megvalósításához nincsenek pénzügyi keretek. A biztosítói oldal a saját anyagi erejével könnyebben tudná az egységes tájékoztató nyomtatványokat kialakítani, Az egységes tájékoztatás a biztosítónak azért lenne érdeke, mert azon keresztül kiszámíthatóvá válna, hogy mit fogad el megfelelő tájékoztatásnak, és mi az, amiért szolgáltatnia kell. A peres feleknek is jelentős segítség lenne az egységes tájékoztató nyomtatványok kialakítása, hiszen a felperes tudhatná, hogy minek a tájékoztatása történt meg, míg a szolgáltatók megszabadulnának attól a kínos kötelezettségüktől, hogy a tárgyalásokon az orvosai szóban igazolják, hogy a tájékoztatás tartalma mire terjedt ki.

A tájékoztatás mellett az egységes gyakorlatot segítené a biztosító szakértőinek gyakorlata is, ami a minőségbiztosításon keresztül hatna a szolgáltatókra, hiszen azon keresztül szakmai elvek alakulnának ki, hogy melyik beavatkozási mód elfogadható és miért, ami kiegészülne a peres eljárások során kialakuló, már hivatkozott típusúgyekkel. Ez a szakértői gyakorlat esetlegesen segíthetné a szakmai protokollok kialakítását is.

Az egységes rendszer lehetővé tenné az évenkénti szakmai konferenciák megtartását, a szolgáltatók tájékoztatását a bírói gyakorlatról, a védekezés módjáról, ezekről különböző kiadványok is születhetnének. Ez szintén mindkét peres fél érdekét szolgálná, hiszen az ott elhangzottak illetve leírtak meghatároznák az eljárásaik határait, illetve segítené a bíróságok gyakorlatát is az egységes elbírálás érdekében.

Látható, hogy az ideális biztosítási változások az egészségügyi szolgáltatás kiemelt területén, a minőségbiztosításban, is jelentős változást idéznének elő, és különösen jelentős szerepük lennének a ma még gyengébb lábakon álló külső minőségbiztosítási feltételek megteremtésében.

#### Összefoglalás

Az előadottakból látható, hogy amikor a négy szereplő érdekében az azonosság jelentkezett, az előidézte a szükséges változást, hiszen kialakult, pl. a szakmai felelősségbiztosítás kötelező szerepe. A változáshoz viszont mindig az kell, hogy az érdekelték közül valamelyik a módosításokat elindítsa, a kezdeményező szerepet felvállalja. Ezt a szakmai felelősségbiztosítás kötelezővé tételénél az állam vállalta magára a jogszabályi előírásokkal, hiszen az államnak az érdek volt ezen a területen a legerősebb a biztonságos működésen keresztül.

Jelenleg az érdekazonosság a változásra fennáll, annak a jelen előadásban is többször érintett részleteit többé-kevésbé felismerték, de a változás nem történt még meg, mert azt egyik érdekelt sem indította el. Az államtól a közvetett érdeken keresztül már nem várható a kezdeményezés, csakúgy, mint a biztosítói oldaltól sem, hiszen számára az, gazdasági hátránnyal járhatna. Komolytalan lenne, ha a felperesi oldal indítaná el az alperesi oldal biztosítási változásait, bár sajnálatosan burkoltan évek óta ez történik, így kizárásos alapon a szolgáltatói oldalnak kell a jelentős módosítási kezdő lökések megadni. Ez jelentkezhethet megfelelő érdekérvényesítésben a már hivatkozott minimumfeltételekről szóló jogszabály megalkotása körül, az említett biztosító egyesület létrehozásában, az állami támogatások megszervezésében stb. Sajnálatosan ez a kezdeményezés a mai napig nem történt meg, és ha nagyon rövid idő alatt nem zajlik le érdemi változás, akár a biztosítás teljes átalakításában, akár csak annak egyes elemeiben, akkor a szolgáltatókra hátrányos egyre táguló, már-már objektív kártérítési felelősség, illetve az európai gyakorlatnak megfelelő jelentősen emelkedő összegszerűség mellett, a károsultak számára eljöhethet a „kánaán”, míg a szolgáltatók részére egy kegyetlen-kíméletlen időszak következik.

Egyszer és mindenkorra tudomásul kell venni, az egészségügyi tevékenység szolgáltatás, amit szolgáltatók, azaz egészségügyi intézmények, orvosok nyújtanak, fogyasztók, azaz a betegek részére. Ezek a szerepek minden szakmára és így az egészségügyre is vonatkoznak, így ha más szakmákban a szolgáltatók ki tudták harcolni a megfelelő szakmai felelősségbiztosítási háttérrel, akkor ezt az egészségügynek is meg kell tennie, különösen, hogy ezt a négy résztvevő által létrehozott érdekazonosság mellett végezheti.

Bízom benne, hogy egy-két év elteltével az előadásom témája és tartalma már csak emlékeztető lehet, hiszen az egészségügyi szolgáltatók túljutottak azon a szakaszon, ahol most vannak - látják az egyre komolyabb problémákat és a változást segítő érdekazonosságot, de az érdemi változás még nem történt meg - és létrejött a szakmai felelősségbiztosítás működését segítő ideális rendszer, ami a négy résztvevő számára hosszútávon egy kiegyensúlyozott korszakot jelenthet a jövőre.

Budapest, 2004. november 14. Dr. Simon Tamás ügyvéd, biztosítási szakjogász  
(Nagy Lépések az egészségügyben szakmai konferencia)

