

Az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosítása átalakulásának egyes kiemelkedő kérdéseiről

Sokan mondják, hogy egy olyan ügyvéd, aki többségében a károsultakat képviseli nem szolgáltathat megoldást az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosításával kapcsolatban.

Bízom benne, hogy a jelen tanulmányom és a *Lege Artis Medicine* valamint az *Egészségügyi menedzsment* című szaklapokban megjelent cikkeim, a biztosítási szakjogász képzés során írt szakdolgozatom - amit több a témával foglalkozó szakember is ismer és munkájánál felhasznál - továbbá a különböző szakmai konferenciákon történő felszólalásaim igazolják, hogy a szakmai felelősségbiztosítás megoldása érdekében tevékenykedem, felismerve azt a kiemelkedően fontos ténytet, hogy a szakmai felelősségbiztosítás megváltoztatása valamennyi, a kártérítési eljárásban résztvevő fél – biztosító, egészségügyi szolgáltató és károsult – alapvető érdeke.

A megoldási javaslat, tehát nem szolgálhatja egyik fél érdekét sem a másik előnyére vagy hátrányára, hanem egységesen hasznos minden résztvevő számára, így bármelyik oldalról érkezik is az esetleges megoldás, álláspontom szerint célszerű vele foglalkozni.

Remélem, a fentieket bizonyítom a jelen tanulmányban írtakkal is.

A közelmúltban született tanulmányok és a szakminisztérium elhatározásának köszönhetően várható, hogy az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosításának évek óta rendezetlen gyakorlatának, szabályozott és valamennyi résztvevő érdekeinek megfelelő megoldása születik. Ezt elősegítendő terjeszttem elő néhány, de a kérdés alapvető részletét érintő javaslatomat, a korábbi tanulmányokban talán nem elég hangsúlyosan, vagy sajnálatosan tévesen értelmezettek helyett, illetve a korábbi tanulmányokban írtak érdemi és hasznos részeinek összefoglaló felhasználásával.

Az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosításának minimumfeltételeiről szóló jogszabály megalkotásáról.

A felelősségbiztosítás minimumfeltételeit, a magyar gyakorlat szerint lehet jogszabályban teljes-körűen, lásd kötelező gépjármű-felelősségbiztosításról szóló kormányrendelet és mellékletei, vagy szűk-körűen, lásd biztosítás-közvetítőkel és szaktanácsadókkal, vagy a légi közlekedéssel kapcsolatos szakmai felelősségbiztosításról szóló kormányrendelet, szabályozni.

Az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosításával kapcsolatban, igazán egyik fenti megoldás sem jó. Abban az esetben, ha a teljes körű szabályozást választanánk, akkor az idáig teljesen szabályozatlan területre egy minden kérdésre jogszabályban rögzített, merev, a szerződési szabadságot teljesen korlátozó, feltételrendszert határoznánk meg, a biztosítási tevékenység során sem a biztosító, sem a biztosítottak oldaláról nem engednénk eltérést, ami különösen az utóbbiak számára jelente nagy nehézséget. Ez a megoldás a későbbiekben, ha szükséges, pl. a biztosító vagy biztosítók jogszabályi előírásokat esetlegesen a biztosítottak hátrányára alkalmazó magatartása miatt lehetséges, de első lépésként nem lehet a teljesen szabályozatlan területre a teljes szabályozottságot bevezetni, azt fokozatosan lehet csak megtenni.

A szűk-körű szabályozás – kizárólag a biztosító helytállási limitjének, a biztosított önrésznek és a biztosító által alkalmazható kizárásoknak megjelölése – szintén azért nem fogadható el, mert a jogszabállyal érintett terület teljesen szabályozatlan, ezért a szerződéskötési szabadságnak több részletét kell a biztosítók hátrányára és a biztosítottak érdekében jogszabályban korlátozni. A biztosítók által nyújtott szolgáltatás részleti (a biztosítók által alkalmazott általános szerződési feltételek) ugyanis az elmúlt tíz évben drasztikusan a biztosítók érdekeinek megfelelően alakultak, hiszen kizárólag a biztosítók alakították annak szabályait.

Az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosításának minimumfeltételeit a fenti két feltétel-rendszer határai között, tág-körűen szükséges szabályozni. Ennek keretében jogszabályban kell előírni a biztosítási esemény fogalmát –mind közvetlen és közvetett helytállási kötelezettséggel bíró egészségügyi szolgáltatás esetére azzal, hogy meg kell határozni a közvetett helytállási kötelezettséggel bíró egészségügyi szolgáltatás (szolgáltató) fogalmát – a biztosító eseti és esetleg éves helytállási limitjének összegét, a biztosított önrészének mértékét, azokat az esetsoportokat, amelyeket egy biztosító kizárásként nem alkalmazhat, a biztosító visszakövetési jogának eseteit, valamint a biztosítási szerződés időbeli hatályát.

Az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosítása minimumfeltételeinek tág-körű szabályozásáról

A biztosítási esemény fogalmáról

A szakmai felelősségbiztosítás minimumfeltételeiről szóló kormányrendeletben elsőként meg kell határozni a biztosítási esemény fogalmát, mivel a különböző biztosító társaságok többféleképpen fogalmazzák azt meg. A meghatározások általában szűkítő feltételeket tartalmaznak, büntetőjogi fogalmakat használnak. A biztosítási esemény fogalmának azonban a legszélesebben kell meghatározni, hogy melyek azok az események, amiért egy biztosító helytáll és a szerződés többi részében - kizárások, időbeli, területi, szakmai hatály – lehet azt korlátozni. A biztosítással kapcsolatos, a polgári jogban szabályozott kártérítési felelősségnek, pedig semmi köze a büntetőjogi megfogalmazásokhoz.

Fontos, hogy a jelenleg hatályos biztosítások kizárólag arra használhatóak, ha egy egészségügyi szolgáltató közvetlen kapcsolatban van a károsulttal, és a károsultnak okozott károk, megtérítésére kerül sor. Az egészségügyi szolgáltatások során azonban a hatályos jogszabályok lehetővé teszik a közvetett helytállási kötelezettséggel bíró egészségügyi szolgáltatást is, melynek során a tényleges szolgáltatást nyújtó nincs szerződéses kapcsolatban a beteggel, az esetleges későbbi károsulttal, hanem csak azzal az egészségügyi szolgáltatóval, amellyel a károsult szerződéses kapcsolatba került. Az ilyen szituációban történő károkozás esetén a károsultnak kártérítést a vele közvetlen kapcsolatba került egészségügyi szolgáltató nyújt, amire kiterjed a szolgáltató biztosítása és ezt követően a szolgáltató, fordulhat a vele szerződött másik egészségügyi szolgáltató ellen, mint tényleges károkozó ellen, a kifizetett kártérítés megtérítése iránt. Ez utóbbi tevékenység a jelenleg hatályos biztosítási esemény fogalmakba nem tartozik bele, így a két egészségügyi szolgáltató közötti elszámolás során a ténylegesen kárt okozó szolgáltató biztosítója nem tartozna a kártérítést megfizetni, a károsultnak ténylegesen kártérítést fizetett egészségügyi szolgáltatónak. A közvetett helytállási kötelezettséggel bíró szolgáltató, tehát magára maradna a közvetlen egészségügyi szolgáltató irányában fennálló, a polgári törvénykönyvből fakadó, teljes megtérítési kötelezettségével. Az, hogy a ténylegesen kárt okozó szolgáltató biztosítója közvetlenül a károsultnak fizessen kártérítést azért nem lehetséges, mert, mint ahogy azt már írtam, a károsult és a ténylegesen kárt okozó szolgáltató között nincs jogviszony. A károsult és a közvetlen helytállási kötelezettséggel bíró egészségügyi szolgáltató közötti szerződéses kártérítési felelősség megelőzi a szerződésen kívüli kártérítési felelősséget azzal, hogy a Ptk. szerint a közvetett helytállási kötelezettséggel bíró szolgáltató csak teljesítési segéd, akiért a közvetlen szolgáltató tartozik helytállni, míg az egészségügyi közszolgáltatásról szóló új törvény is egyértelműen rendezi a felelősségi helyzetet a 29.§.-ában.

A közvetett helytállási kötelezettséggel bíró egészségügyi szolgáltató meghatározásba tartoznak a szabadfoglalkozású orvosok (a jelen tanulmányban végig abból indulok ki, hogy az orvosok jogállásával kapcsolatos jogszabály vagy már létrehozta, vagy a tervezetének megfelelően hamarosan létre hozza ezt a tevékenységi formát), az egészségügyi közszolgáltatás során a közreműködők, függetlenül a működési formájuktól és az egészségügyi magánszolgáltatás során azok az egészségügyi szolgáltatók, szintén a működési formájuktól függetlenül, amelyek a közreműködői szerződéshez hasonló, de elnevezésében többféle, azonban tartalmában kizárólag megbízásként értelmezhető szerződést kötnek a károsultnak közvetlenül felelős egészségügyi szolgáltatókkal. Semmiképpen nem tartozik a fenti meghatározásba a munkaviszonyban lévő orvos, függetlenül a munkaviszony jellegétől, hiszen ilyen esetben a Ptk. előírja a 348. §.-ában a munkáltató felelősségét, míg a kártérítés átháríthatóságának mértékét a Munka törvénykönyve fogalmazza meg.

A biztosítási esemény fogalmát az Allianz Hungária Biztosító Rt. legutolsó általános szerződési feltételeinek felhasználásával lehet leginkább meghatározni, mivel ez törekedett a legszélesebb megfogalmazásra azzal, hogy azt néhány helyen kellene csak bővíteni:

Biztosítási esemény lehetséges fogalma a jogszabályban, a károsultnak közvetlenül felelős egészségügyi szolgáltató esetén: *A biztosító a biztosítási díj megfizetése ellenében kötelezettséget vállal arra, hogy a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szerződési feltételekben szabályozott körben, módon és mértékben a biztosított helyett megtéríti a károsultnak azokat a vagyoni károkat és a személyhez fűződő jogok megsértése miatt bekövetkezett nem vagyoni károkat, amelyekért a biztosított a magyar jog szabályai szerint kártérítési felelősséggel tartozik. A biztosítási szerződési feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül az, ha a biztosított, vagy olyan természetes személy vagy jogi személy, akinek a magatartásáért a biztosított a magyar jog szabályai szerint kártérítési felelősséggel tartozik, az egészségügyi szolgáltatásra vonatkozó foglalkozási/szakmai előírások és szabályok felróható módon történő megszegése/megsértése miatt az egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő vagy abban részesülő személy vagyonában, életében, testi épségében vagy egészségében kárt okoz.*

A biztosítási esemény lehetséges fogalma a jogszabályban, a károsultnak közvetlenül nem felelő, de a közvetlen kártérítési felelősséggel tartozó egészségügyi szolgáltatónak megtérítéssel tartozó a károsult irányában tehát közvetett módon felelős egészségügyi szolgáltató esetén: *A biztosító a biztosítási díj megfizetése ellenében kötelezettséget vállal arra, hogy a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szerződési feltételekben szabályozott körben, módon és mértékben a biztosított helyett megtéríti a biztosítottal szerződéses jogviszonyban lévő egészségügyi szolgáltatónak, azokat a máshonnan meg nem térülő vagyoni károkat és a személyhez fűződő jogok megsértése miatt bekövetkezett nem vagyoni károkat, amelyekért a biztosítottal szerződött egészségügyi szolgáltató kártérítési felelősségét közvetlenül a károsult irányában a magyar jog szabályai szerint megállapították, és amelyek összegét a biztosítottal szerződéses jogviszonyban lévő egészségügyi szolgáltató a károsultnak ki is fizette. A biztosítási szerződési feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül az, ha a biztosított, vagy olyan természetes személy vagy jogi személy, akinek a magatartásáért a biztosított a magyar jog szabályai szerint kártérítési felelősséggel tartozik, az egészségügyi szolgáltatásra vonatkozó foglalkozási/szakmai előírások és szabályok felróható módon történő megszegése/megsértése miatt az egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő vagy abban részesülő személy vagyonában, életében, testi épségében vagy egészségében kárt okoz, és ezért a biztosítottal szerződéses jogviszonyban lévő egészségügyi szolgáltató kártérítési felelősségét a magyar jog szabályai szerint, az egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő károsult irányában megállapították.*

A közvetett felelősséggel rendelkező egészségügyi szolgáltató jogszabályban meghatározott lehetséges fogalma: *A károsult irányában közvetlen kártérítési felelősséggel tartozó egészségügyi szolgáltatóval szerződött egészségügyi szolgáltató vagy szabadfoglalkozású orvos amelynek a közvetlen kártérítési felelősséggel rendelkező szolgáltató irányában megtérítési kötelezettsége van, ha annak kártérítési felelősségét megállapítják és az más módon nem térül meg. Ilyen szolgáltató a szabadfoglalkozású orvos, az egészségügyi közszolgáltatás esetén a közreműködő, míg egészségügyi magán szolgáltatás esetén az elnevezésében eltérő, de tartalmában megbízási szerződést kötő egészségügyi szolgáltató, valamennyi esetben, függetlenül annak működési formájától.(továbbiakban közvetett helytállási kötelezettséggel bíró egészségügyi szolgáltató)*

A fenti meghatározásokban szereplő többi definíciót külön jogszabályban nem kell rögzíteni, hiszen azokat vagy tartalmazza az Egészségügyről szóló törvény (pl. egészségügyi szolgáltató, egészségügyi szolgáltatás) vagy a biztosításról szóló általános szerződési feltételben kell megfogalmazni, esetleg más jogszabályokra történő utalás segítségével.

Az eseti helytállási limitekről

Számos tanulmány foglalkozott azzal, hogy a szakmai felelősségbiztosítók jelenlegi eseti helytállási limitje, ami általában ötmillió forint - de akadtak olyan kirívó esetek, amikor ez egymillió forint, vagy a befizetett biztosítási díjnak megfelelő forint összeg, esetleg az azóta megszűnt Zürich Biztosító Rt. néhány szerződöttjénél nyolcmillió forint volt - nem elegendő. Pontosabban szólva az eseti helytállási limit napjainkban ugyanakkora, mint a szakmai felelősségbiztosítás újjáéledésének időpontjában, 1992-ben, pedig a biztosítási díjak, illetve a kifizetésre kerülő kártérítések a többszörösére emelkedtek, így a szakmai felelősségbiztosítás tulajdonképpen csak minimális részben biztosítás, és a károkozókra sokkal nagyobb teher hárul, ami többek között akadályozza az eljárás során valamennyi érdekeltnek megfelelőbb egyezségek megkötését. A nyereségre törekedő biztosítóktól nem várható el, hogy a növekedő kártérítési összegek mellett emeljék a saját helytállási kötelezettségüket, hiszen azzal a kárhányadukat jelentősen rontanák.

Egyetlen megoldás az eseti helytállás limit jogszabályban történő előírása és azt követően, annál alacsonyabb limitre nem köthető biztosítás. A limit jogszabályban történő meghatározására van példa, pl. a kötelező-gépjármű felelősségbiztosításról, vagy a biztosításközvetítők szakmai felelősségbiztosításáról szóló jogszabályban. A kérdés a helytállási limit mértéke. Abban az esetben, ha azt továbbra is ötmillió forintban, vagy esetleg tízmillió forintban jelöljük meg, tulajdonképpen semmilyen változtatást nem végeztünk, csak konzerváltuk jogszabályban a jelenlegi biztosítói gyakorlatot. Felmerült a limit nélküli biztosítás gondolata, illetve a kirívóan magas limittel rendelkező biztosítás (pl. esetenként 100 millió forint, hivatkozással a kötelező-gépjármű felelősségbiztosítás esetenként és személyenként 300 milliós limitjére). Nem szabad elfelejteni, hogy az egészségügyi szolgáltatók köre, sokkal kisebb létszámú veszélyközösséget képez, mint amilyen a kötelező-gépjármű felelősségbiztosítás esetén van. Nem szabad elfelejteni, hogy egy biztosítónak, még ha az egy non-profitműködésű egyesület is, meghatározott biztosítási díjakból és egyesület esetén tagdíjakból kell fedeznie a fenntartását, működését, a kártérítések kifizetését, és a viszontbiztosítást stb. Ezt, ha nincs egy kirívóan magas állami támogatás, ami rendszeresen ismétlődik, kiemelkedő nagyságú limittel, vagy limit nélkül egy biztosító nem tudja megtenni, hiszen pl. a biztosítási díjakat nem emelheti olyan mértékben, amit már az egészségügyi szolgáltatók nem tudnak fedezni. Az állami támogatás egy biztosító egyesületnél egyszeri, az egyesület létrejöttéhez, működésének megkezdéséhez szükséges, azt követően a biztosítónak kell eltartania magát, különben az már nem biztosító, hanem egy állami kockázatkezelő alap. Meg kell tehát határozni azokat az eseti helytállási limiteket, amelyek mellett egy új, a terület egészét átfogó biztosító egyesület, hatékony, ténylegesen biztosítóként működő, biztosítási tevékenységet tud végezni, valamennyi résztvevő - biztosító, károsult, biztosított egészségügyi szolgáltatók (közvetlen és közvetett helytállási kötelezettséggel bíró), állam, - érdekeiben.

Mielőtt a helytállási limiteket meghatároznánk szükséges megjegyezni, hogy egyedüli megoldásként az képzelhető el, ha valamennyi egészségügyi közszolgáltató és magánszolgáltató, akár közvetlen, akár közvetett helytállási kötelezettséggel bír, továbbá minden szabadfoglalkozású orvos egy biztosító egyesület alá tartozna. Minden más esetben az állami támogatás, ami a biztosító egyesület megalapításához szükséges többször merülne fel, melynek összegét a magyar költségvetés természetesen nem bírná el. Különbséget tenni az állami támogatásban, pl. a közszolgáltatók és a magánszolgáltatók külön egyesülete, vagy a fekvő-beteg szolgáltatók és járó-beteg szolgáltatók külön egyesülete esetén, pedig nem lehetne, hiszen az Alkotmány hátrányos megkülönböztetést tiltó, illetve a piaci egyenlő feltételekkel kapcsolatos előíró rendelkezését sértené. Több egyesület esetén a biztosítási

díjból és tagdíjból származó bevételek is szétoszlának különböző egyesületekre, ami a hosszú-távú működésüket bevétel hiányában gyakorlatilag lehetetlenné tenné. Nem beszélve arról, hogy mindegyik egyesületnek ki kéne alakítani a biztosítási törvény szerinti szerkezetét, a meghatározott vezetőkkel stb., aminek költsége szintén működésképtelenné tehetné a terület biztosítását. A nagy veszélyközösség, ami minden lehetséges biztosítottat egy biztosító egyesület alá sorol be, a viszontbiztosításnál is kedvezőbb feltételeket képes elérni, nem beszélve arról, hogy a nagyobb közösség lehetővé teszi a biztosítási díjak esetleges szélesebb-körű differenciálását is, hiszen azok a nagyszámú szerződés miatt, még ebben az esetben is kiegyenlítődnek.

Természetesen különbséget kell tenni, azonban egészségügyi közszolgáltató és a magánszolgáltató esetén, oly módon, hogy a közszolgáltatók esetén a biztosítási díj jelentős részét valamilyen módon a finanszírozásnak kell állnia, hiszen a szolgáltató is csak a finanszírozásból tud bevételhez jutni, illetve a magánszolgáltató a biztosítás nem finanszírozott, de összegében a közszolgáltatóval megegyező díját a munkadíjába tudja felszámítani a betegek felé a munkadíjra vonatkozó szabad megállapodása alapján. Nem lehet tehát a biztosítási díjban különbséget tenni azon az alapon, hogy magánszolgáltató vagy közszolgáltató fizeti, hiszen a kapott biztosítási szolgáltatás mind a két szolgáltatónál ugyanakkora.

Különbséget kell még tenni a járó-beteg és fekvő-beteg ellátás helytállási limitjében, függetlenül attól, hogy azt közszolgáltatás, vagy magánszolgáltatás keretében végzik, hiszen a járó-beteg ellátásban bekövetkezett mulasztás sokkal ritkábban eredményez magas kártérítéssel járó következményeket. Különbséget kell tenni a közvetlen és közvetett helytállási kötelezettségekkel bíró egészségügyi szolgáltatók limitje esetén is azzal, hogy a kizárólag közvetett helytállási kötelezettséggel bíró egészségügyi szolgáltatók, abban az esetben, ha csak egy biztosító egyesület lesz, kizárólag a közvetlen helytállási kötelezettséggel bíró szolgáltatók eseti helytállás limitje feletti kártérítéseket tartoznak a szolgáltatónak megtéríteni a biztosításból. A közvetlen helytállási kötelezettséggel bíró szolgáltató helytállási limitjének megfelelő összeg (kártérítés) ugyanis a közvetlenül helytálló szolgáltató biztosítási limitjéből kerül kifizetésre a biztosító által és a biztosító mindkét esetben ugyan az. A helytállási limitnek megfelelő összeg, tehát a biztosítótól megtérül a szolgáltatónál és annak összegét nem perelheti vissza, míg a biztosító megtérítési igénye sem áll fenn ennek az összegnek az erejéig, hiszen azt, mint a közvetett helytállási kötelezettséggel bíró szolgáltató biztosítója szintén az egyesület fizetné, ami azt jelentené, hogy a biztosító az egyik „zsebéből a másik zsebébe tenné a pénzt”. Természetesen más a helyzet a helytállási limit feletti rész megtérítése iránti igénnyel, ha egy egészségügyi szolgáltató ezért indít eljárását a közvetett helytállási kötelezettséggel bíró szolgáltató ellen, ugyanis akkor itt a biztosító egyesület csak azt téríti meg, amit közvetlenül az egészségügyi szolgáltató fizet a károsultnak. Látható, hogy a kizárólag közvetett helytállási kötelezettséggel bíró egészségügyi szolgáltató helytállási limitje a közvetlen helytállási kötelezettséggel bíró egészségügyi szolgáltató helytállási limitje felett kezdődik, tehát igénybe vételére ritkábban kerül sor, ezért indokolt az alacsonyabb limit és a hozzá kapcsolódó alacsonyabb biztosítási díj.

A fenti két nagy különbség tétel a biztosítási díjak számításánál is meg kell, hogy mutakozzon, hiszen eleve kisebb összegűnek kell lenni a járó-beteg ellátás biztosítási díjának a fekvőbeteg ellátásénál, és tovább kell, hogy a biztosítási díj csökkenjen mind a két ellátási formán belül, ha kizárólag közvetett helytállási kötelezettséggel bíró egészségügyi szolgáltatóról van szó.

Természetesen ki kell alakítani a biztosítónál kategóriákat a biztosítási díjakra, amelyeken belül fel kell osztani az egyes egészségügyi szakterületeket a veszélyességük szerint, de ez nem érinti a járó vagy fekvő-beteg ellátás általánosan meghatározott limitjét, hanem kizárólag azt szabályozza, hogy mely szakmáért mekkora összegű biztosítási díjat tartozik egy

szolgáltató fizetni, hogy megkapja a jogszabály szerinti esti helytállási limitet a biztosító egyesülettől.

Kérdés még, hogy mi legyen a helytállási limit feletti kártérítések kifizetésével. Erre többféle megoldás is születhet. Fizethetik ezeket a kártérítéseket az egészségügyi szolgáltatók. Fizethetik a nyereség-orientált szakmai felelősségbiztosítók, amelyek úgy kötnének szerződéseket a szolgáltatókkal, hogy a szolgáltatók önrésze megegyezne a biztosító egyesület által fizetett összeggel és a fennmaradó részre, azt is tovább limitálva, pl. további húszmillió forintig, állnának helyt. Ez kedvező lenne a biztosítónak is, hiszen a szolgáltatására csak ritkábban kerülhetne sor, ha a marasztalási összeg meghaladná a biztosító egyesület helytállási limitjét, de kedvező lenne ez a szolgáltatóknak is, mert tovább lenne biztosítva. Természetesen ilyen esetben a biztosítási díj, ami a szolgáltató további kötelezettsége lenne, arányos lenne azzal, hogy a biztosítónak csak igen ritkán kellene helytállni a szolgáltató helyett, hiszen ritka lenne az a marasztalás, ami a biztosító egyesület limitje felett lenne. Fizethetné a limit feletti biztosításokat egy költségvetési alap, mint pl. a Wesselényi Miklós Ár és Belvízvédelmi Kártalanítási Alap (2003. évi LVIII. törvény), amely alapot az egészségügyi szolgáltatók hoznák létre további összegek befizetésével, esetleges további állami támogatás mellett, olyan működési elvvel, mint a korábbi KIVE javaslat volt (felosztó-kirovó rendszerben) pl. szintén esetenként további húszmillió forintig. Ennek az alapnak a működését, mint a Wesselényi Miklós alapot egy biztosító kezébe lehetne adni, ami jelentené a károk rendezését is azzal, hogy ez a biztosító lehet egy profit-orientált biztosító, de lehet a létrehozandó biztosító egyesület is. Ez utóbbi esetben a további kifizetések is annak a szervezetnek a kezébe maradnának, amelyik már szakmailag korábban foglalkozott a káreseménnyel. Ez utóbbi megoldás természetesen elképzelhető, hogy csak évekkel később a kártérítések emelkedése után születne meg, továbbá lehetséges az is, hogy ez az alap már csak a közszolgáltatók részére jöjjön létre állami támogatással, a magán szolgáltatók alakíthatnának külön alapot a saját befizetéseikből, igaz ez a rendszer sokszereplőssé tenné az elbírását még akkor is, ha ezeknek az alapoknak a kezelési tevékenységét a biztosító egyesület látná el.

Az eseti helytállási limit összegének járó-beteg ellátás esetén húszmillió forintot, míg fekvőbeteg ellátás illetve olyan járó-beteg ellátás esetén, amely szolgáltató egynapos sebészeti ellátásra is rendelkezik működési engedéllyel, negyvenmillió forintot, szabadfoglalkozású orvos és kizárólag közvetett helytállási kötelezettséggel bíró egészségügyi szolgáltató esetén húszmillió forintot javasolok.

Minden esetben az egészségügyi szolgáltató működési engedélye dönti el, hogy melyik csoportba tartozik, hiszen az tartalmazza, hogy az engedély járó-beteg, fekvő-beteg ellátásra, vagy mindkettőre illetve, hogy a járó-beteg ellátás mellett egy napos sebészeti ellátásra is szól. A vegyes működési engedéllyel (járó és fekvőbeteg ellátás) rendelkezők esetén a javasolt limit természetesen a kockázatosabb ellátáshoz kapcsolódó negyvenmillió forint.

Kizárólag járó-beteg ellátás esetén azért elegendő a javasolt limit, mert annak során ritkán történik olyan mulasztás, ami súlyos, maradandó egészségkárosodáshoz vezet, tehát egészségkárosodás esetén is limiten belül lezárható a kártérítési eljárás, nem beszélve halálesetről, amelyik esetben a hozzátartozóknak megítélt kártérítési összegek a javasolt limit alatt vannak.

Fekvőbeteg-ellátás esetén halálesetre ugyanakkora kártérítést ítélnék meg, mint járó-beteg ellátás esetén, tehát az ilyen eljárás is lezárható a limiten belül. Abban az esetben, ha a mulasztás következménye egészségkárosodás, akkor fekvő-beteg ellátásánál elképzelhető annak súlyos, maradandó eredménye is (tolókocsiba kényszerült gerincserült, súlyosan oxigénhiányos gyermek stb.), ahol várható, hogy a limit összeg sem elég. Ilyenkor is az egészségkárosodások jelentős része, a limit összegben belüli kártérítéssel kompenzálható, de a mulasztásokkal okozott károsodások mértéke igényli a magasabb limitet még ebben az esetben is, hiszen az, várhatóan meghaladja a járó-beteg ellátásnál megjelölt mértéket. Abban

az esetben is, ha a károsodás miatt a kártérítés meghaladja a limitösszeget ott is az esetek többségében elképzelhető az, hogy az egyösszegű marasztalás, különösen a nem vagyoni kártérítés, a limiten belül marad és az egészségügyi szolgáltatót a limiten felül csak egy meghatározott összegű havi járadék megfizetése terheli, ami könnyebben teljesíthető, mint a magas egyösszegű kifizetés.

Az egynapos sebészeti ellátás minden esetben műtét, tehát kockázatát tekintve sokszor megegyezik a fekvő-beteg ellátás veszélyeivel, csak finanszírozás szempontjából kedvezőbb az elszámolása, ha a beavatkozás egy napos keretekben történik, illetve meghatározott feltételek esetén (16/2002 ESZCSM rendelet) járó-beteg ellátás keretében is végezhető, ezért szükséges, hogy ilyen esetekben a járó-beteg ellátó is a fekvőbeteg ellátáshoz rendelt limitre szerződjön az ahhoz kapcsolódó biztosítási díjjal. Az egynapos sebészeti ellátás, ha fekvőbeteg ellátás keretében történik értelemszerűen, nem igényel más limitet, mint a fekvőbeteg ellátás limitjét.

Az egy napos sebészeti ellátás illetőleg, hogy egy szolgáltató kizárólag járó-beteg vagy fekvő-beteg ellátást végez vagy vegyesen teszi azt, a működési engedélyből tűnik ki, így ha abból az látható, hogy a szolgáltatónak mindkét ellátási formára (járó és fekvő) van engedélye ugyanarra az egészségügyi szakterületre, akkor a helytállási limit megegyezik a fekvő-beteg ellátás limitjével. Biztosítás-technikai okokból ugyanis nem lehet minden egyes szolgáltatói tevékenységet külön biztosítani és elemezni, ilyenkor a kockázatosabb szolgáltatás limitje kerül előtérbe.

A szabadfoglalkozású orvos és kizárólag közvetett helytállási kötelezettséggel bíró egészségügyi szolgáltató helytállási limitje azért húszmillió forint, mert az, mint már korábban elemeztem, a közvetlen helytállási kötelezettséggel bíró szolgáltató helytállási limitje feletti limit, aminek szükségtelen a tovább bontása járó és fekvőbeteg részre. A szabadfoglalkozású orvos a szakvizsgálója alapján járó és fekvő-beteg ellátást is végezhet működési engedély nélkül, tehát nem lehet előre meghatározni, hogy csak járó-beteg ellátást, vagy csak fekvő-beteg ellátást végez, ezért a kockázatosabb tevékenységnek a limitje kerül előtérbe megfelelően a közvetlen helytállási kötelezettséggel bíró szolgáltatók limitjét a kizárólagos közvetett helytállás miatt.

A limit összegek, természetesen a jövőben, ha a kártérítési összegek emelkednek a jogszabály módosításával emelhetők, ha a biztosító egyesület saját hatáskörébe ezt nem teszi meg.

Az éves helytállási limit meghatározható a jogszabályban is, de nem szükségszerű, oly módon, hogy az éves helytállási limit az egyszeri helytállási limit ötszöröse.

A jogszabály javasolt szövege, tehát a helytállási limittel kapcsolatban:

A biztosító eseti helytállási limit összege kizárólag járó-beteg ellátást végző egészségügyi szolgáltató esetén húszmillió forint. A biztosító eseti helytállási limit összege kizárólag fekvő-beteg ellátását végző szolgáltató esetén negyvenmillió forint. Abban az esetben, ha egy szolgáltató járó és fekvő-beteg ellátást is végez, vegyesen, ugyanabban az egészségügyi szakterületen, a biztosító eseti helytállási limit összege negyvenmillió forint. Abban az esetben, ha az egészségügyi szolgáltató egy napos sebészeti ellátását is végez kizárólag járó-beteg ellátás keretében, a biztosító eseti helytállási limit összege negyvenmillió forint. A biztosító eseti helytállási limit összege szabadfoglalkozású orvos, vagy kizárólag közvetett helytállási kötelezettséggel bíró egészségügyi szolgáltató esetén húszmillió forint. Azt, hogy egy szolgáltató milyen ellátásra vonatkozó helytállási limitre köteles szerződni, azt az egészségügyi szolgáltatásra vonatkozó működési engedélye szerinti minősítés dönti el. A biztosító éves helytállási limit összege minden esetben az eseti helytállási limit összeg ötszöröse.

Egészségügyi szolgáltató a jelen jogszabályban meghatározott összegű eseti limitnél alacsonyabb összegű biztosítással nem rendelkezhet.

Az egészségügyi szolgáltató által fizetendő önrésről és mértékéről.

Jelenleg a szakmai felelősségbiztosítási általános szerződési feltételek mindegyike tartalmaz önrészt a biztosító helytállási limitjén belül, általában százalékos mértékben, ami azt jelenti, hogy a limiten belüli kifizetés esetén az egészségügyi szolgáltató fizeti a kártérítés általában tíz százalékát. Abban az esetben, ha a limit feletti kifizetés történik értelemszerűen nincs önrész, a biztosító szolgáltatása ilyenkor a teljes helytállási limit, míg a szolgáltató tartozik fizetni a helytállási limit feletti részt.

Abban az esetben, ha a biztosító eseti helytállási limitjét megemelik, az esetleges önrészek megnő a jelentősége, hiszen a magasabb limit mellett a szolgáltatóknak ritkán alakul olyan kötelezettségük, hogy az eseti limit feletti összeget kell fizetniük, hanem sokkal gyakoribb lesz az eseti helytállási limiten belüli összeg kifizetése melletti önrészfizetés.

Az önrészt a szolgáltató csak a saját költségvetéséből tudja kitermelni, amely anyagi megterhelést a szolgáltatók gyakran nem tudják teljesíteni, ami a múltban is, de a jövőben különösen akadálya lenne a peren kívüli egyezségeknak, hiszen az emelt eseti helytállási limit százalékos részében meghatározott önrész is jelentős emelkedést mutatna. Valóban igaz az a nézet, hogy, ha az egészségügyi szolgáltatóknak az eseti helytállási limit melletti kifizetés esetén fizetési kötelezettsége nem jelentkezik, könnyebben fogadja el a beteg vagy hozzátartozójának egyezségi ajánlatát, ami kizárólag a biztosítónak jelent fizetési kötelezettséget. A kérdés csak az, hogy ez miért baj, hiszen így egy peren kívüli egyezés jön létre, ami biztos, hogy nem jelent a szolgáltató részére fizetési kötelezettséget, míg egy elhúzódó peres eljárás járhat olyan következménnyel, hogy az esti helytállási limit felett lesz a marasztalási összeg, figyelemmel a hosszú idő kiváltotta késedelmi kamatokra, a széleskörű vagyoni kártérítési igényekre és a több felperesre, akik személyenként kapnak kártérítést. Álláspontom szerint aggályos elgondolás, hogy az önrészek visszatartó ereje van az egészségügyi szolgáltatás milyenségével kapcsolatban, hiszen a szolgáltatóknak, de különösen a szolgáltatóknál dolgozó orvosoknak általában nincs ismerete az önrésről, annak mértékéről, illetve, ha van is, az a szolgáltatót terheli, és nem hárítható át a tényleges mulasztást elkövető orvosra. Az orvos gondolataiban megjelenő, a szolgáltatót esetlegesen terhelő önrész, a tevékenysége során tehát nem teszi óvatosabbá, meggondoltabbá. A szolgáltatónál pedig az önrész egy felesleges többlet-kötelezettség, hiszen éppen elég teher lehet számára, ha fizetési kötelezettsége keletkezik, ha az eseti limitet meghaladja a kártérítési kifizetés, illetve a magas összegű biztosítási díj, aminek mértéke a károkozási gyakoriság alapján emelkedhet, csökkenhet. A biztosítási díjak mértékében kell inkább egy bonus-malus rendszert beépíteni, tehát az önrész helyett, hiszen ez nem érinti a szolgáltató kártérítési fizetési kötelezettségét, nem akadályozza az esetleges peren kívüli egyezségek létrejöttét.

Álláspontom szerint, tehát a minimumfeltételekről szóló jogszabályban ki kell mondani, hogy az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosítása esetén önrész nem kerül alkalmazásra.

Abban az esetben, ha mégis ragaszkodunk az önrészhez, akkor célszerű annak egy alacsony, egyösszegű meghatározása, ami lehetne esetenként háromszázezer forint. Ez minden esetben terhelné a szolgáltatót, nem százalékos mértékben, hanem mindig a fenti meghatározott összegben, függetlenül a kártérítés nagyságától. Természetesen, ha a kártérítés csak háromszázezer forint vagy kevesebb összeg, akkor a biztosítónak fizetési kötelezettsége nincs, csak a szolgáltató fizet, tehát a biztosító fizetési kötelezettsége háromszázegezer forinttól kezdődik, de attól kezdve csak a biztosítót terheli. Ilyen önrész megállapítás szerepel a 3/2001 Kormányrendeletben a biztosítás-közvetítők szakmai felelősségbiztosításának minimumfeltételénél.

Abban az esetben, ha továbbra is ragaszkodnánk a százalékos mértékű önrészhez, akkor annak alacsony összegű meghatározását javaslom, nevezetesen kizárólag járó-beteg ellátás esetén a kifizetett kártérítés 5%-a, de maximum ötszázezer forint, minden más közvetlen helytállási kötelezettséggel bíró egészségügyi szolgáltató esetén a kifizetett kártérítés 5%-a, de maximum egymillió forint. Kizárólag közvetett helytállási kötelezettséggel bíró egészségügyi szolgáltatónál önrész meghatározására nem kerül sor, hiszen maga a biztosító fizetési helytállása teljes egészében a szolgáltató önrésze, tehát tulajdonképpen ez egy önrész biztosítása, tehát annak további bontása nem szükséges. Az eseti helytállási limit az ilyen szolgáltatóknál fedezi továbbá azt az összeget is, amikor a közvetlen helytállási kötelezettséggel bíró egészségügyi szolgáltató önrészt fizet a károsultnak és annak megtérítése iránt támaszt igényt a vele szerződött szolgáltató irányában.

Az önrész százalékos meghatározása esetén minden kárkifizetés során a biztosító és a szolgáltató együtt fizet azzal, hogy a szolgáltató kötelezettsége mindig csak a kifizetett kártérítési összeg 5%-áig terjed azzal, hogy, ha az eléri az egy-összegben meghatározott önrész-limitet, akkor a szolgáltató kötelezettsége csak az egyösszegű kifizetés lesz, tehát ilyen esetben az önrész nem éri el a kifizetett kártérítés 5%-át. Álláspontom szerint ez utóbbi esetben a fent megjelölt határok között tudja egy szolgáltató még esetleg felvállalni az önrész megfizetését, hiszen maximum egymillió forintot kell a költségvetéséből arra fordítania.

Érdekes kérdés lehet az önrész további biztosítása, hiszen jogszabály nem tiltja, hogy egy piaci biztosító társaság, de akár maga a biztosító egyesület is kidolgozzon egy biztosítási terméket kizárólag az önrész, vagy annak egy részének biztosítására többletdíj fejében, illetve a nyereségorientált biztosító ezt a szolgáltatását összekapcsolhatja a már javasolt eseti helytállási limit feletti biztosítási szolgáltatásának nyújtásával is. Ezekben az esetekben a biztosítási terméket megvásárló egészségügyi szolgáltató, ha önrészt tartozik fizetni, akkor annak egy részét vagy teljes összegét a vásárolt biztosítási termék alapján a biztosító fizeti meg.

Az önrésszel kapcsolatban a jogszabály az alábbi javasolt megállapításokat teheti:

Az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosítása során önrész alkalmazására nem kerülhet sor.

Az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosítása során a szolgáltatót kárkifizésenként háromszázezer forint önrész terheli.

Az egészségügyi szolgáltatót terhelő önrész összege kizárólag járó-beteg ellátást végző egészségügyi szolgáltató esetén a kifizetésre kerülő kártérítés 5%, de maximum ötszázezer forint. Az egészségügyi szolgáltatót terhelő önrész összege kizárólag fekvő-beteg ellátást végző szolgáltató esetén a kifizetésre kerülő kártérítés 5%, de maximum egymillió forint. Abban az esetben, ha egy szolgáltató járó és fekvő-beteg ellátást is végez vegyesen, ugyanabban az egészségügyi szakterületen az egészségügyi szolgáltatót terhelő önrész összege a kifizetésre kerülő kártérítés 5%-a, de maximum egymillió forint. Abban az esetben, ha az egészségügyi szolgáltató egy napos sebészeti ellátását is végez kizárólag járó-beteg ellátás keretében, az egészségügyi szolgáltatót terhelő önrész összege a kifizetésre kerülő kártérítés 5%, de maximum egymillió forint. A szabadfoglalkozású orvos és a kizárólag közvetett helytállási kötelezettséggel bíró egészségügyi szolgáltató szakmai felelősségbiztosítása során önrész alkalmazására nem kerül sor, azzal, hogy az eseti helytállási limitből kifizetésre kerül a közvetlen helytállási kötelezettséggel bíró egészségügyi szolgáltató által a károsult részére kifizetett önrész összege is a közvetlen helytállási kötelezettséggel bíró szolgáltató megtérítési igénye esetén.

A biztosító által alkalmazható kizárásokról

Jelenleg a szakmai felelősségbiztosítási általános szerződési feltételek számos kizárást tartalmaznak. A kizárásoknak a biztosító helytállási kötelezettsége szempontjából kiemelkedő jelentősége van, hiszen az ott felsorolt esetekben akkor sem tartozik a biztosító kártérítést fizetni, ha egyébként a káresemény a biztosítási esemény fogalmába beletartozna. Értelemszerűen a biztosítók a kizárások eseteit úgy határozták meg, hogy abba belesorolták a leggyakoribb mulasztásokat, az általuk legveszélyesebbnek tartott szakterületeket, diagnosztikai módszereket stb. Ez természetesen az egészségügyi szolgáltatóknak hátrányos, hiszen nincs beleszólásuk, hogy mely mulasztásokért nem álltak helyt a biztosítók, amely kizárási feltételek az idő során csak szaporodtak, a biztosítók azokat szabadon alakíthatták, az Allianz Hungária Biztosító Rt. legutolsó általános szerződési feltétele már 29 kizárást sorolt fel. Kizárás esetén, tehát a biztosító nem áll helyt a szolgáltató mulasztásáért, de a szolgáltatónak a kártérítést a károsultnak meg kell fizetni.

A szolgáltatók számára hátrányos helyzetben kizárólag az változtathat, ha a jogszabályban szabályozásra kerül a kizárások kérdése is. Figyelemmel arra, hogy az élet számos körülményt szolgáltat, amit előre nem ismerünk, és a kizárási körülmények azok nem a szolgáltatótól függő a szerződés megkötésekor kiszámítható események, ezért direkt módon azt meghatározni egy jogszabályban, hogy mely körülmények lehetnek kizárások, álláspontom szerint nem lehet. Ebben az esetben a szerződési szabadság túlzott korlátozásáról lenne szó.

A kizárásokat indirekt módon kell a jogszabályban meghatározni, tehát nem azt kell előírni, hogy mi lehet kizárás, hanem, hogy biztosan mi, nem lehet az. Ebben az esetben sem konkrét eseményeket kell meghatározni, hanem esetszabványokat. A követelmények meghatározása során figyelemmel kell lenni arra, hogy a biztosító kizárásként ne fogalmazhassa meg egy beteg jog megsértését és az abból fakadó kártérítési követelések teljesítést, egyes szakterületeket, diagnosztikai módszerek alkalmazását és az abból fakadó kártérítési igényeket, illetve, hogy ne korlátozhassa a kártérítések formáit.

A jelenlegi biztosítói gyakorlatban kizárási feltétel a tájékoztatási hiányosságból fakadó mulasztás és azzal kapcsolatos kártérítés, ami elfogadhatatlan, hiszen az egészségügyi szolgáltatás egyik alapvető része az orvos-szakmai tevékenység mellett a tájékoztatás, tehát az a biztosítás, ami azt nem fedezi, nem is egészségügyi szakmai felelősségbiztosítás. Természetesen indokolt a tájékoztatás mellett a többi beteg jog kizárásának megakadályozása is.

A jelenlegi biztosítói gyakorlat kizárja a plasztikai sebészeti beavatkozásból fakadó esztétikai károsodásokat, valamint az esztétikai célú plasztikai beavatkozásokból fakadó bármilyen károsodásokat. Figyelemmel arra, hogy a plasztikai sebész, mint szolgáltató és beteg közötti jogviszony megbízási szerződés és nem vállalkozás, indokolatlan a plasztikai sebész, ilyen hátrányos helyzetbe hozása, különösen az esztétikai károsodások vagy célok kiemelése, hiszen az esztétika is az egészségkárosodásokon belül bírálható el. A 17/2003 Bírósági határozat ugyanis megfogalmazza a helyreállító plasztikai beavatkozás definícióját oly módon, hogy az egészségi vagy a pszichés okból történő beavatkozásokat sorolja ide, így az esztétikai célú beavatkozások minden esetben, a pszichés ok miatt helyreállító műtétek lesznek. Természetesen célszerű, hogy más szakmák se kerüljenek a kizárási feltételekbe, különösen veszélyes lehetne a szakmai kizárás lehetősége a szülésznőgyógyászatra, hiszen a káresemények több mint ötven százaléka erről a területről származik.

A jelenlegi biztosítói gyakorlat kizárja a CT. MR. vizsgálatokkal, mint diagnosztikai módszer végrehajtásával kapcsolatban okozott károkat, tehát nem az esetleges diagnosztikai tévedést, hanem, ha a kárt a diagnosztikai eszköz okozza. Ez indokolatlan kizárás, hiszen érdemi magyarázatot nem adott még egyetlen biztosító sem, hogy ez miért történt, különösen, hogy az ilyen károsodás rendkívül ritka. Természetesen célszerű, hogy más diagnosztikai, terápiás eszköz se kerüljön a kizárások közé.

A jelenlegi biztosítói gyakorlat néhány esetben korlátozni kívánja a vagyoni kártérítési igényeket oly módon, hogy az elmaradt haszon megtérítését a károsult részére kizárja, ami ellentétes Ptk.-val, hiszen a vagyoni kár formáit a jogszabály sorolja fel és hátrányosabb helyzetbe a jogszabályban írtaknál, a biztosítási szerződés nem hozhatja a szolgáltatót. Néhány biztosító a kizárások között szerepeltet olyan feltételt, ami a szolgáltatótól a szerződés megkötéses előtt már kiszámítható és elvárható kötelezettség lett volna, pl. a működési engedély hiánya, ami tévesen szerepel a kizárások között, hiszen ez legfeljebb a visszakövetelési jog egyik esete lehet, mint arra a későbbiekben kitérek.

Az Európai Unióhoz történő csatlakozás oka-fogyottá teszi az egyes biztosítók által alkalmazott kizárást, hogy nem magyar állampolgár részére nyújtott szolgáltatás esetén nem fizet a biztosító kártérítést

Természetesen egy biztosítónak megvan az a lehetősége, hogy egy kizárásként tiltott körülményt mégis kizárásként szerepeltessen alapesetben, ha a kizárástól pótdíj ellenében eltekint, hiszen a kizárások tiltása azt jelenti, hogy kizárásként egy körülmény semmilyen módon nem szerepelhet, ez utóbbi megoldás azonban a biztosítói oldal érdekeinek védelmében elképzelhető. Célszerű, ha a minimumfeltételekről szóló jogszabály ez utóbbi esetre előírja, hogy a kizárások között nem szerepelhetők körülmények kizárólag pótdíj ellenében történő biztosításaink száma maximum három eset lehet.

A jogszabályban az alábbiakat javaslom meghatározni olyan körülmény-csoportként, ami kizárásként egy általános szerződési feltételben az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosítása során nem szerepelhet:

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvénynek a betegek jogai és kötelezettségei című II. fejezetében megfogalmazott valamennyi rendelkezéssel, vagy azok hiányával kapcsolatos magatartásért történő kártérítési felelősség, illetőleg a fenti rendelkezésekkel, vagy azok hiányával kapcsolatos magatartással okozati összefüggésben bekövetkezett bármilyen károsodás.

A szakorvosok, szak-fogorvosok, szak-gyógyszerészek és klinikai szakpszichológusok szakképesítésének megszerzéséről rendelkező mindenkor jogszabályban felsorolt bármely szakképesítés, annak bármely részcsелеkménye, a szakképesítés alapján végzett tevékenységhez kapcsolódó diagnosztikai, vagy terápiás eszköz által kiváltott károsodás, illetve a fenti szakképesítés gyakorlása során kifejtett magatartással, vagy annak hiányával okozati összefüggésben bekövetkezett bármilyen károsodás.

A nem magyar állampolgárok részére nyújtott bármilyen egészségügyi szolgáltatás, illetve a részükre nyújtott egészségügyi szolgáltatással, vagy annak hiányával okozati összefüggésben bekövetkezett bármilyen károsodás

A Polgári Törvénykönyv által szabályozott, vagy az ott leírtakból következő bármilyen vagyoni és nem vagyoni kártérítési forma, annak bármelyik esete, illetve bármilyen kártérítési járadék.

A szakmai felelősségbiztosító az általános szerződési feltételben a fent felsorolt tiltott kizárások közül három konkrétan meghatározott esetet kizárásként szerepeltethet, ha annak biztosítását a szolgáltató által fizetendő pótlógólagos biztosítási díj ellenében vállalja.

A biztosító visszakövetelési jogáról:

Jelenleg a szakmai felelősségbiztosítások általános szerződési feltételei a visszakövetelési jognak számos esetét ismerik. A visszakövetelési jog lényege, hogy a biztosító helytáll a károsult irányában a szolgáltató helyett, de azt követően a károsultnak kifizetett kártérítést visszaköveteli a szolgáltatótól, mert a károkozó magatartás során valamilyen olyan körülmény merült fel, ami miatt a károsult nem hozható hátrányos helyzetbe, egy esetleges ki nem fizetéssel, de a szolgáltató igen.

Látható, hogy ez a körülmény, ami kizárólag a szolgáltatót terheli, valamilyen olyan feltétel, ami kizárólag a szolgáltatótól függ és az meghatározható előre a szerződés megkötésekor. Mint azt már írtam, ez a különbség a kizárási körülmények és visszakövetelés esetei között. A visszakövetelés esetei, tehát direkt módon meghatározhatóak a jogszabályban, hiszen azok nem a jövőben bekövetkező ismeretlen körülményektől függenek, hanem azokkal már a szerződés megkötésekor előre lehet számolni. Mivel több téves visszakövetési eset is szerepel a szerződésekben, pl. a kirívóan súlyos gondatlan magatartás, mint visszakövetelési ok, amely magatartási mérce a magyar jogban nem ismert, így a visszakövetelési jogként való alkalmazása önkényes biztosítói értelmezéseket tenne lehetővé, szükséges a visszakövetelési jog direkt eseteinek meghatározása a jogszabályban.

A visszakövetelési jog esetei között kell szerepeltetni a működési engedély, valamint a tárgyi és személyi feltételek hiányát, illetve a működési engedélytől eltérő szolgáltatást. Mindhárom esetben a szolgáltató előre tudja, hogy olyan szolgáltatást végez, aminek a feltételei nem adóttak, így a beavatkozást nem végezhetné el, illetve működési engedély hiányában egyáltalán nem végezhetne egészségügyi szolgáltatást, de ezeket a körülményeket a beteg nem ismerheti, tehát hiányuk csak a szolgáltatónak lehet terhes.

A visszakövetelési jog klasszikus esete, ha a beavatkozást végző orvos ittasság, kábító vagy bódulatot kelt szer hatása alatt okozta a kárt, illetve, ha a kár a kárenyhítési vagy kármegelőzési kötelezettség ismétlődő vagy folyamatos megsértésével okozati összefüggésben következett be. Ez utóbbi esetben szintén csak a szolgáltatót terheli, ha a kárenyhítési vagy kármegelőzési kötelezettségét, aminek formáit előre ismeri, nem teljesítette, ezt a károsult befolyásolni nem tudja.

A visszakövetelési jog javasolt esetei a jogszabályban az alábbiak:

A jogszabályban vagy egyéb előírásban meghatározott személyi és tárgyi feltételek hiányában végzett egészségügyi szolgáltatás.

A jogszabályban előírt hatósági engedély nélkül, vagy az abban foglaltaktól eltérően végzett egészségügyi szolgáltatás.

Ittas állapotban, kábító vagy bódulatot keltő szer hatása alatt történő károkozás.

A kárenyhítési és kármegelőzési kötelezettségek ismétlődő vagy folyamatos megsértésével történő károkozás.

A biztosítási szolgáltatás időbeli hatályáról

A jelenleg hatályos biztosítási szerződések szinte mindegyike úgy rendelkezik, hogy a biztosító csak a biztosítási szerződés hatály alatt okozott, bekövetkezett és bejelentett károkért áll helyt. Ez a rendelkezés rendkívül hátrányos az egészségügyi szolgáltatók számára, hiszen elképzelhető, hogy a kár okozása és bekövetkezése között is hosszabb idő telik el pl. a terhesség-gondozás során okozott kár csak a születés után következik be, illetve az esetek többségében gyakori, hogy a kárt a bekövetkeztétől számított évek elteltével, de még az öt éves elévülés időn belül jelentik be a károsultak az egészségügyi szolgáltatóknak, hiszen elsődlegesnek nem a kártérítési eljárást, hanem az esetleges gyógykezelést tartják, és csak annak sikertelensége után igényelnek kártérítést.

Abban az esetben, ha a kár okozása és a bekövetkezése illetve, ha az okozása és bekövetkezése valamint a bejelentése között a biztosítási szerződés megszűnik, valamelyik feltételt az egészségügyi szolgáltató nem tudja teljesíteni, így a biztosítási szolgáltatás időbeli hatálya nem áll fenn, a biztosító nem fizeti a kártérítést a szolgáltató helyett. A károsult a biztosítási szerződés időbeli hatálya nem terjed ki, hiszen a károsult nem ismeri a szolgáltató és a biztosító közötti szerződést, neki csak egy kötelezettsége van, hogy az elévülési időn belül jelentse az igényét a szolgáltató felé, és ebben az esetben vagy a szolgáltató vagy, ha azt

a biztosítási szerződés lehetővé teszi, a biztosító a részére kártérítést fizethet. Az időbeli hatály az egészségügyi szolgáltató irányában nem az elévülést rövidíti meg, hanem a biztosító helytállási kötelezettségének idejét korlátozza. Abban az esetben tehát, ha a szerződés megszűnése után az új biztosító, a biztosítási szerződésében nem vállal retroaktív fedezetet, ami azt jelenti, hogy a szerződése megkötése előtti időszakban vagy annak egy részében, okozott vagy bekövetkezett, de már az új szerződés hatálya alatt bejelentett károkért is helytáll elképzelhető, hogy az egészségügyi szolgáltató bizonyos kártérítések megfizetésével magára marad.

Ez a helyzet alakult ki sajnálatosan a magyar gyakorlatba is, hiszen a biztosítási szerződés megszűnésétől számított öt éven belüli bejelentési idő először három évre, egy évre, harminc napra, majd a szerződés megszűnésének napjára rövidült, ami az egészségügyi szolgáltatók számára rendkívül hátrányos volt.

A fentiek elkerülése érdekében szükséges, hogy a Ptk. általános elévülési szabályai megtartása mellett a biztosító kötelezettségeként kell előírni, hogy a szerződés hatálya alatt okozott és a szerződés megszűnésétől számított három éven belül bekövetkezett és bejelentett, valamint a szerződés hatály alatt okozott és bekövetkezett, de a szerződés megszűnésétől számított három éven belül bejelentett károkért tartozik helytállni. Meg kell határozni tovább egy éves retroaktív fedezetet is a kártérítési fizetési kötelezettségével magára maradt több egészségügyi szolgáltató megsegítésére.

Abban az esetben, ha egy biztosító egyesület jön létre az egész terület biztosítására, akkor elvileg nem képzelhető el, hogy a biztosítási szerződés megszűnik, de a biztosítási szolgáltatás időbeli hatályával kapcsolatos korábbi problémák mindenképpen indokolják, hogy az a jogszabályban előírt legyen. 1.

A biztosítási szolgáltatás időbeli hatályának megfogalmazása a jogszabályban az alábbiak szerint szólhatna: *A biztosítónak helyt kell állnia, a Ptk általános elévülési szabályai mellett, a biztosítási időszak alatt okozott bekövetkezett és bejelentett, továbbá a biztosítási időszak alatt okozott és a biztosítási szerződés megszűnésétől számított három éven belül bekövetkezett és bejelentett, valamint a biztosítási időszak alatt okozott és bekövetkezett, de a biztosítási szerződés megszűnésétől számított három éven belül bejelentett károkért, illetve a biztosítási időszakot megelőző egy évben okozott, bekövetkezett, de már a biztosítási időszakban bejelentett károkért.*

A fenti hat elemet tartalmazó kormányrendeletben ki kellene mondani, hogy *az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosítása során a biztosító csak olyan általános szerződési feltételt alkalmazhat, ami megfelel a jelen rendeletben előírt minimumfeltételeknek azzal, hogy a minimumfeltételekben írtaktól esetlegesen eltérni kizárólag a biztosított egészségügyi szolgáltatók érdekében lehet, de csak kölcsönös megegyezéssel*

Az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosítását ellátó biztosító egyesület létrejöttének és működésének egyéb jogszabályi háttéréről

A minimumfeltételről szóló jogszabály megalkotása után létre kell hozni a biztosító egyesületet, mint azt már korábban bemutattam oly módon, hogy egyetlen egyesület látná el az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosításának egészét.

A biztosító egyesület neve lehetne a Magyar Egészségügyi Szolgáltatók és Szabadfoglalkozású Orvosok Első Biztosító Egyesülete (MESZEBE). A szabadfoglalkozású orvost azért kell külön szerepeltetni az elnevezésben, mert ezt a formát a jogszabályok nem egészségügyi szolgáltatónak, hanem az orvosi tevékenység végzése egyik formájának tekintik. Az első szó pedig azért szükséges az elnevezésben, hiszen, ha kizárólagosságot akarunk a biztosító egyesületnek adni, akkor el kell azt érni, hogy hasonló nevű egyesületet más a jövőben ne hozhassanak létre. Ez a névazonosság tilalma felhasználásával, az első szónak az elnevezésben történő szerepeltetésével oldható meg.

Az egyesületet tíz alapító tag hozhatja létre, ezért célszerű, hogy azt olyan egészségügyi szolgáltatók tegyék, amelyek a szakminisztérium elsődleges irányítása alatt vannak, ezek a gyógyító tevékenységet végző országos intézetek. Alapító tagok lehetnének még az orvostudományi képzést nyújtó egyetemek is, amit az egyetemek széleskörű gyógyító tevékenysége, és kiemelkedő szakmai színvonala indokolna.

Ezt követően egy-másfél éves időszak alatt csatlakozhatna a többi egészségügyi szolgáltató és szabadfoglalkozású orvos az egyesülethez, hiszen a korábbi biztosítási szerződéseik élvfordulója mindegyik esetben beletartozik a fenti időszakba, így a korábbi biztosítási szerződések az évfordulóra megszüntethetők. Az biztosító egyesület, mint a terület kizárólagos biztosítója 2005. január, vagy június első napjától működhetne, attól függően, hogy a folyamatban lévő biztosítási szerződések miként szüntethetőek meg. Fontos, hogy az egyesület a tevékenységét meg kell, hogy kezdje az egyesület létrejöttének napjával, hiszen az alapító tagoknak és a csatlakozó tagoknak folyamatosan kell, hogy szolgáltatást nyújtson, a fent megjelölt időpont csak az egyesület kizárólagosságára vonatkozik.

A létjött biztosító egyesület nem foglalkozhat más biztosítással, mint az egészségügyi szolgáltatók, azaz a biztosító egyesület tagjainak, szakmai felelősségbiztosításával, más biztosításokra (pl. vagyonszámításra) a befizetett díjak és állami támogatás nem elegendő illetve nem fordítható, azokat a piaci biztosítóktól kel a szolgáltatóknak megvásárolni.

A biztosító egyesület létrejöttéhez és működéséhez a szakmai felelősségbiztosítás minimumfeltételeiről szóló jogszabály mellett, ami a biztosítási szolgáltatást érinti, szükséges egy rövid, de külön törvény, vagy néhány törvénymódosítás, ami a biztosítást szolgáltatót, nevezetesen az egyesületet érinti. Célszerűbb a külön törvényt megalkotni, hiszen, ha a jövőben az egyesület működését érintő változtatásra van szükség az megoldható a törvény módosításával. A jogszabály törvényi szintjét a jogalkotásról szóló törvény előírása határozza meg, hiszen olyan jogokat és kötelezettségeket érint, ami csak törvényben szabályozható.

A törvényben elsőként meg kellene állapítani, hogy *az egészségügyi szolgáltatók a szakmai felelősségbiztosításuk ellátására, a szakma igényének megfelelően, a jelen törvény hatályba lépésétől számított hat hónapon belül létrehozzák a Magyar Egészségügyi Szolgáltatók és Szabadfoglalkozású Orvosok Első Biztosító Egyesületét (MESZEBE). A MESZEBE kizárólag a nem életbiztosítási ágba tartozó egyéb felelősségbiztosítás ágazatot végzi, azon belül is kizárólag az egészségügyi szolgáltatók és szabadfoglalkozású orvosok egészségügyi szakmai felelősségbiztosításával foglalkozik.*

A biztosító egyesület kizárólagosságáról

A törvényben elsődlegesen rendezni kell az egyesület kizárólagosságát. Ezt az ügyvédek biztosító egyesületéhez hasonlóan lehet elérni. Az Ügyvédekről szóló 1998. évi XI. törvény 13.§.(3) bekezdése f. pontja szerint, az ügyvédi kamarába tagnak (azaz ügyvédi tevékenységet az végezhet) kérelemre az, vehető fel, aki a Magyar Ügyvédek Biztosító és Segélyező Egyesületének tagja vagy a kamara által elfogadott más felelősségbiztosítása van. A jogszabály, tehát nem mondja ki nyíltan, hogy kizárólag a MÜBSE biztosítását fogadja el, hanem a kamarának ad egy jogosítványt, hogy eldöntse, hogy más biztosítást elfogad-e, ezzel lehetővé teszi, hogy más biztosító társaság is kidolgozza az ügyvédi felelősségbiztosítási koncepcióját. Más kérdés, hogy az ügyvédi kamara más biztosítást, mint a MÜBSE biztosítása nem, vagy csak rendkívül kivételes esetben, ha annak feltételei teljes egészében megegyeznek a MÜBSE által nyújtott szolgáltatással, fogad el.

Az ügyvédeknel megvalósult, tehát a kizárólagos biztosító egyesület, akkor ez megteremthető az egészségügyi szolgáltatók és szabadfoglalkozású orvosok esetében is, igaz itt egy sokkal nagyobb veszélyközösségről van szó, hiszen egészségügyi szolgáltató és rajta keresztül biztosított orvos valamint szabadfoglalkozású orvos jelentősen több van, mint ügyvéd, vagy ügyvédi iroda.

Az egészségügyi szolgáltatóknál a szakmai felelősségbiztosítás megkötésének kötelezettségét, minden szolgáltatóra az Egészségügyről szóló törvény már más tanulmányokban többször hivatkozott 108.§-ának (2) bekezdése tartalmazza. Ez a bekezdés azt is előírja, hogy a biztosító, ha a szerződése megszűnik köteles azt jelenteni az ÁNTSZ-nek, hiszen a működési engedélyt kiállító szerv, amely működési engedélye nélkül egészségügyi szolgáltatást nem lehet végezni, az ÁNTSZ. A működési engedély egyik feltétele a hatályos szakmai felelősségbiztosítási szerződés bemutatása.

Az ügyvédeknel a kamara érdekvédelmi és szakmai ellenőrzési feladatokat is ellát, a kamarai felvételtől függ az, hogy valaki ügyvédi tevékenységet végezhet-e, tehát más szerv, vagy testület nem szól bele az ügyvédi munkába. Az orvosoknál a kamara főleg érdekvédelmi feladatot lát el, néhol szakmait is, de a kamarai tagság csak ahhoz elég, hogy valaki orvosi tevékenységet végezzen de, hogy egészségügyi szolgáltató legyen, azaz biztosított, nélkülözhetetlen az ÁNTSZ-től kapott egészségügyi működési engedély. Ennek megadás előtt az ÁNTSZ vizsgálja a tárgyi és személyi feltételeket, szak-főorvosi véleményt kér be, tehát teljes körű szakmai ellenőrzést végez, amibe beletartozik a szakmai felelősségbiztosítás vizsgálata is.

Az előadottakból következik, hogy az egyesületen kívül más szakmai felelősségbiztosítás elfogadásáról nem az orvosi kamarának, hanem az ÁNTSZ-nek kell döntenie, oly módon, hogy az országos tisztifőorvos dönt, és egy tájékoztatóban közzéteszi, pl. a szakmai közlönyben, hogy mely más biztosításokat fogad el a biztosító egyesület mellett. A kizárólagosság érdekében természetesen nem célszerű, ha más biztosításokat is elfogad, illetve csak akkor kell azt megtennie, ha minden részében a MESZEBE feltételeit nyújtana más biztosító is. Valószínű egyébként, hogy a piaci biztosítók a minimumfeltételek mellett már nem kívánják a terület direkt biztosítását végezni, hiszen számukra az eseti limit-emelkedés - és az egyéb menekülésként használt biztosítói technikák alkalmazásának a jogszabályban rögzítettek miatti kizártsága - a kárhányad jelentős növekedését eredményezné. A biztosítási díjakat, ugyanis nem emelhetnék a limitnövekedéssel arányos mértékben, mert nem lenne szolgáltató, amelyik velük szerződne, míg a kifizetések növekednének. A kárhányad romlása pedig azt jelenti, hogy a piaci biztosító vagy változat a feltételein a biztosítottak hátrányára, amit nem tud megtenni a jogszabályi előírások miatt, vagy a terület biztosításával nem foglalkozik. A piaci biztosítók inkább a terület viszontbiztosításával kívánnak majd foglalkozni, ami már

csak a biztosító egyesülettel való szerződést jelenti, azt jogszabály nem érinti, hogy a biztosító egyesület milyen módon és milyen szolgáltatóval szerződik viszontbiztosításra.

Az országos tisztifőorvos jogosítványa azért is fontos, mert az Európai Unióhoz történő csatlakozás megnyitja a tagállami biztosítók előtt is az utat magyar egészségügyi szolgáltatók biztosítására, amely biztosítóknak az emelt eseti limit nyilván nem jelentene akadályt, hiszen a hazai gyakorlatuk jelentősen magasabb limittel működik, ezért kell, hogy valamilyen kontroll segítse a biztosító egyesület kizárólagosságát. Valószínű, hogy a tagállami biztosítók sem a terület direkt biztosítását kívánják majd ellátni, hiszen a minimumfeltételek nem csak a limit emelkedést írják elő, hanem számos más biztosítói jogosítványt is szabályoznának, tehát egy biztosító a túlszabályozott területre nem kíván majd betörni illetve, ha a törvényt még az Unióhoz történő csatlakozás előtt fogadják el, akkor ismert lesz a tagállami biztosítók előtt is az egyesület kizárólagosságára törekvés, ami szintén a területtől való tartózkodást mozdítja elő.

Szabadfoglalkozású orvosnak a nem kell működési engedély, és szakmai felelősségbiztosítási szerződést csak akkor nem köteles kötni, ha azt a vele szerződött egészségügyi szolgáltató nem kívánja, de ilyen egészségügyi szolgáltató nem lesz, hiszen a biztosítás hiánya a szolgáltató megtérítési igényét veszélyezteti. Nem beszélve arról, hogy ha már egy szolgáltató igényli, hogy a szabadfoglalkozású orvos kössön szakmai felelősségbiztosítást, annak területi hatálya nem csak a szolgáltatóval való tevékenységére terjed majd ki, hanem a szabadfoglalkozású orvos mindenhol végzett munkájára.

Az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosítását ellátó biztosító egyesületről szóló törvényben a kötelező felelősségbiztosításról az alábbi rendelkezést kellene szerepeltetni azzal, hogy az Egészségügyről szóló törvény és a szabadfoglalkozású orvostól szóló jogszabálynak a szakmai felelősségbiztosítást érintő részét egyidejűleg hatályon kívül kell helyezni:

Az egészségügyi szolgáltató részére működési engedély csak abban az esetben adható ki, illetve szabadfoglalkozású orvosi tevékenység csak abban az esetben végezhető, ha a szolgáltatónak vagy a szabadfoglalkozású orvosnak az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosításának minimumfeltételeiről szóló jogszabálynak megfelelő szakmai felelősségbiztosítási szerződése van a Magyar Egészségügyi Szolgáltatók és Szabadfoglalkozású Orvosok Első Biztosító Egyesületével, vagy a hivatkozott minimumfeltételeknek megfelelő olyan felelősségbiztosítási szerződése van más biztosítóval, amit az országos tisztifőorvos az általa közzétett tájékoztatóban, vagy eseti döntéssel elfogadott.

A biztosító egyesület állami támogatásáról

Számos tanulmány született a korábbi időszakban arról, hogy az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosításának állami támogatás miként valósuljon meg. Felmerült az egyszeri vagy a folyamatos állami támogatás lehetősége javasolták, hogy csak a közszolgáltatóknál legyen állami támogatás, illetve vizsgálták a biztosítási díjak támogatásának kérdését.

Mint azt a minimumfeltételekről szóló részben írtam egy biztosító egyesületet kell létrehozni a terület biztosítására, ami valamennyi szolgáltatót biztosítja, tehát fel sem merülhet, hogy az állami támogatás csak a közszolgáltatóknál szerepeljen, illetve szó sem lehet több, különböző szolgáltatókat biztosító egyesületről.

Az állami támogatás, ha folyamatos, akkor az már nem biztosító, hanem egy költségvetési alap, ezért kizárólag a biztosító egyesület létrejöttéhez szükséges állami támogatás, míg a működéshez nem, azt oldja meg az egyesület a bevételeiből azzal, hogy ha az, végképp nem

sikerül, a terület biztosításának védelme érdekében, felmerülhet az újabb, eseti állami támogatás kérdése.

Nem az egyesület működését támogatja, hanem a szerződött egészségügyi szolgáltatókat, hogy a biztosítási díjak megfizetéséhez a közszolgáltatók támogatást kell, hogy kapjanak a finanszírozótól, míg a magánszolgáltatók ilyen támogatásra nem jogosultak. A különbségtételt már a korábbi fejezetben indokoltam. A biztosítási díjak finanszírozási támogatásáról szólhat a biztosító egyesületről szóló törvény is, de mivel az nem a biztosító egyesületet érinti célszerűbb, ha a finanszírozásról szóló jogszabályban szerepel ez a támogatási forma.

A biztosító egyesület induló tőkéjét szabályozza a mindenkor hatályos biztosítási törvény. Ez az összeg jelenleg Kettőszáz-huszonhatmillió forint (egymillió forint organizációs tőke a többi minimális biztonsági tőke) és 80%-ban figyelembe vehető a viszontbiztosítás aránya, míg az Európai Unióhoz csatlakozás napján hatályba lépő új biztosítási törvény szerint Ötszázhatvanhárommillió-ötszázezer Forint (ebből egymillió forint organizációs tőke és a többi a minimális biztonsági tőke) és nem vehető figyelembe semekkora mértékben a viszontbiztosítás aránya. Látható, hogy minden egyesület ekkora tőkét igényelne, tehát kizárólag egyetlen egyesület létrehozása merülhet csak fel. Abban az esetben, ha az egyesület még a jelenlegi biztosítási törvény alapján jön létre, akkor az új törvény hatályba lépéstől számított öt év alatt kellene a minimális biztonsági tőkéjét évente egyötödös emelkedéssel, az új törvény szerinti mértékre emelni.

Akár az új, akár a régi törvény szerinti induló tőkéről van szó, azt az egyesület kizárólag a befizetett biztosítási díjból és tagdíjból valamint egyszeri vagyoni hozzájárulásból az alakuláskor nem tudja előteremteni azzal, hogy a működéshez a fenti befizetések elegendőek lesznek a szerződöttek nagy száma miatt.

A hatályos jogszabályok közül a 101/2001 Kormányrendelet a mezőgazdasági biztosító egyesületek alapításának és működésnek állami támogatásáról szól. A rendelet célja szerint a nehezen biztosítható kockázatokat vállaló biztosító egyesületek működését és alapítását, az önszerveződés megvalósulását, illetve az induló tőkék anyagi támogatását kívánják a jogszabállyal biztosítani. A rendelet szerint, ha egy biztosító egyesület az ott írt feltételeknek megfelel, alanyi jogon megkapja a támogatást, mérlegelési lehetőség nincs. A támogatás mértéke az induló tőke hetvenöt százaléka.

Az egészségügyre, mint területre valamennyi a fenti jogszabályban megvalósult cél igaz, ezért, ha a mezőgazdasági biztosító egyesületek állami támogatása megoldott, akkor legyen az egészségügy területén működő biztosító egyesületé is az. Mivel egyetlen egyesületről van szó szükségtelen a pályázatrendszer, mint a mezőgazdaságnál. Az egészségüggyel kapcsolatban a törvénynek kell kijelenteni, hogy az állami költségvetés milyen módon támogatja a biztosító egyesület létrejöttét. Semmi sem indokolja, hogy a költségvetési támogatás mértéke eltérjen a mezőgazdasági egyesületekétől, így az, az egészségügynél is a biztosító egyesület induló tőkéjének hetvenöt százaléka kell, hogy legyen. A fennmaradó összeget az alapító tagok befizetése kell, hogy fedezze, ha az nem elegendő, eseti állami támogatást kaphat még az egyesület a törvényben foglaltaktól függetlenül.

Abban az esetben, ha az egyesület alapítására még a jelenlegi biztosítási törvény alapján kerül sor, természetesen kevesebb állami támogatásra van szükség, de ekkor a törvényben jelezni kell, hogy az új biztosítási törvény szerinti minimális biztonsági tőke-emeléshez az állam az előírt öt év alatt mindig hozzájárul az emelni kötelezett egyötöd rész háromnegyedével, függetlenül attól, hogy ekkor már a tagok által befizetett összeg elvileg fedezi a minimális biztonsági tőke igényt.

A biztosító egyesületről szóló jogszabályban, tehát az alábbi rendelkezést célszerű szerepeltetni: *A MESZEBE az induló tőkéje hetvenöt százaléknak megfelelő költségvetési támogatásban részesül. A költségvetési támogatás kizárólag az induló tőkének a biztosítási törvényben meghatározott céljára használható fel.(Abban az esetben, ha az új biztosítási*

törvény átmeneti rendelkezései alapján a MESZEBE a minimális biztonsági tőkéjét öt év alatt évente egyötöddel köteles megemelni, az új törvény minimális biztonsági tőkéje összegének elérése céljából, akkor a költségvetési támogatás minden évben a minimális biztonsági tőke szükséges összegének eléréséig, a hivatkozott egyötöd rész hetvenöt százalékaival kiegészül.)

A biztosító egyesület szerződéskötési kötelezettségéről

A különböző tanulmányok részletesen elemzik, hogy az egészségügyi szolgáltatóknak kötelező felelősségbiztosítási szerződést kötni, de ez a kötelezettsége nincs meg a biztosítóknak, azok azzal kötnek szerződést, amelyik szolgáltatóval akarnak. Ez a helyzet valóban egyenlőtlen és célszerű azt feloldani azzal, hogy meg kell fogalmazni a biztosító egyesület szerződéskötési kötelezettségét, természetesen annak meghatározott feltételével, hiszen az nem lehet korlátlan.

A jelenleg hatályos jogszabályok közül részleteiben egyedül a kötelező-gépjármű felelősségbiztosítással kapcsolatban fogalmaz meg a kormányrendelet a biztosító részére ajánlat elfogadási kötelezettséget. Ez akkor áll fenn, ha a szerződő fél a kormányrendelet 1. számú mellékletében meghatározott szövegű biztosítási ajánlatot teszi. A kormányrendelet melléklete, tehát teljes-körűen, jogszabályban határozza meg az általános szerződési feltétel minden pontját. Az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosításával kapcsolatban a minimumfeltételek meghatározásánál nem a teljes-körű, hanem a tág-körű szabályozást javasoltam. Ez azt jelenti, hogy az általános szerződési feltétel néhány lényeges kérdését előírja a jogszabály, de a biztosító a többi rendelkezést a jogszabályok keretei között szabadon alakítja.

A biztosító által kialakított általános szerződési feltételt az egyesület közgyűlésének (küldöttgyűlésének) kellene elfogadni, azt, tehát csak a közgyűlés határozata után lehet használni azzal, hogy a szerződés minden pontját végső esetben a közgyűlés határozza meg. A későbbiek során, ha módosítás szükséges, azt is a közgyűlés (küldöttgyűlés) fogadja el, hiszen azt legalább évente egyszer tartani kell, tehát a módosítás évenként megoldható, ennél gyakrabban viszont nem is célszerű a változtatás.

Kérdés, hogy a közgyűlés (küldöttgyűlés) által elfogadott mintafeltétel miként kerül be a köztudatba oly módon, hogy arra, mint kötelezően elfogadható ajánlatra lehessen hivatkozni.

A megoldás ismételen az országos tisztifőorvos, akinek, illetve az általa vezetett szervezetnek a szakmai felelősségbiztosítással kapcsolatos jelentőségéről már a korábbiakban írtam. Az országos tisztifőorvos az, aki a mintafeltételt egy, a szakmai közlönyben közzétett tájékoztatóban megjelenti. A törvénybe pedig ki kell mondani, hogy ha egy egészségügyi szolgáltató az országos tisztifőorvos által közzétett általános szerződési feltételnek megfelelő ajánlatot tesz a biztosító egyesület részére, akkor az, köteles vele szerződni, akkor is, ha az egy többször mulasztó szolgáltató, ilyen esetben a szankció kizárólag a biztosítási díj megállapításánál alkalmazott malus technika lehet, amire majd a későbbiek során részletesen kitérek. Természetesen ez a szerződéskötési kötelezettség csak a biztosító egyesületet terheli, illetve a szolgáltatóknak ez a jogosultsága csak az egyesület felé áll fenn, így ez is arra sarkalja majd az egészségügyi szolgáltatókat, hogy a biztosító egyesülettel kössenek szerződést. A tisztifőorvos az általános szerződési feltételnek a közgyűlés (küldöttgyűlés) által évenként elfogadott módosításait is közzéteszi egységes szerkezeti rendszerben, így minden új egészségügyi szolgáltató előtt ismert lesz az aktuális szerződési feltétel, ami mellett a biztosítónak szerződéskötési kötelezettsége van.

A törvényben a szerződéskötési kötelezettséggel kapcsolatban az alábbi szöveget célszerű szerepeltetni: *A biztosító egyesület (esetleg névvel megjelölve a MESZEBE) köteles elfogadni a szerződő fél ajánlatát, ha annak tartalma teljes egészében megegyezik az országos tisztifőorvos által közzétett tájékoztatóban szereplő legutolsó egységes szerkezetbe foglalt, az*

egyesület közgyűlése (küldöttgyűlése) által utolsóként elfogadott általános szerződési feltétellel azzal, hogy az ajánlat tartalma megfelel az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosításáról szóló minimumfeltételeknek. Az általános szerződési feltételek tartalmát az egyesület közgyűlése (küldöttgyűlése) módosíthatja, azzal, hogy az országos tisztifőorvos minden esetben közzéteszi tájékoztatóban az ajánlatnak a legutolsó módosítással egységes szerkezetbe foglalt szövegét.

A biztosító egyesület működéséről:

A biztosító egyesület működésével kapcsolatban számos kérdés merülhet fel, de én most két alapvető kérdéstről szeretnék írni: a biztosítási díjak számításának általános elveiről és módszeréről, továbbá az egyesület működésével kapcsolatos szervezeti felépítésről.

A biztosítási díjakról

A biztosítási díjból származó bevétel, kizárólag az egyesület létrejöttéhez szükséges állami támogatáson felül, az egyesület működéséhez nélkülözhetetlen, hiszen a tagok belépésekor fizethető egyszeri vagyoni hozzájáruláson kívül, egyedül a biztosítási díjból származik az, az összeg, amiből az egyesület működik, illetve amiből az egyesület kártérítéseket fizeti a károsultaknak. A biztosítási díjakkal kapcsolatban három alapvető kérdés merül fel: a biztosítási díjak meghatározása alapjául szolgáló egységes rendszer kialakítása - ami a különböző szolgáltatók közötti arányokat érzékelteti, de nem a biztosítási díjak konkrét összegén keresztül, hanem a konkrét összegek kiszámításának módszerében - a másik alapvető kérdés a biztosítási díjak konkrét meghatározása - az annak alapjául szolgáló négy – öt kategória kialakítása oly módon, hogy az egészségügyi szakmákat a veszélyességük szerint különböző csoportokba kell osztani - míg a harmadik kérdés a biztosítási díjak megfizetésének támogatása, annak kialakítása, hogy a szolgáltató miből tudja fizetni a nyilvánvalóan megemelkedett biztosítási díjakat.

A biztosítási díjak megfizethetőségéről és támogatásáról már korábban többször szóltam. Ez a kérdés csak közvetetten érinti a biztosító egyesület működését, a közvetlen kapcsolat a szerződő egészségügyi szolgáltatókkal áll fenn, hiszen a szolgáltatók fizetik a díjat, és a szolgáltatókat kell olyan helyzetbe hozni, hogy fizetni tudják a díjat. Mint azt már írtam a biztosítási díj megfizetésének esetleges támogatása csak a közszolgáltatóknál valósulhat meg azzal, hogy a finanszírozási díjban kell megjelennie valamilyen olyan részösszegnek, ami nem általányszerű díj, hanem arányos a szolgáltató által fizetett éves biztosítási díjjal azzal, hogy ez az összeg kizárólag a felelősségbiztosítási díj megfizetésére használható fel. A magánszolgáltatóknál ez a támogatás nem jelenhet meg, hiszen, mint azt már írtam a magánszolgáltató nem kiszolgáltató a finanszírozás által megállapított szolgáltatási ellenértéknek, hiszen a szolgáltató szabadon állapodik meg a szolgáltatást igénybe vevő beteggel. Ebben az esetben, ha emelkedik a biztosítási díj, nyilván emelkedik a szolgáltatás ellenértéke is, amit a beteg is elfogad, hiszen az emeltebb díjért esetleges károkozás esetén magasabb limittel rendelkező biztosítási szolgáltatással tud az egészségügyi szolgáltató helytállni. A közszolgáltatók finanszírozási díjába épülő biztosítási díjjal kapcsolatos általános és konkrét koncepció kidolgozása meghaladja a jelen tanulmány kereteit, hiszen az elsődlegesen nem jogi, hanem finanszírozás-technikaikérdés.

A biztosítási díjak konkrét meghatározása sem jogi, hanem elsődlegesen biztosítás-technikaikérdés, nevezetesen a biztosító a biztosítási matematikusan keresztül tudja

meghatározni, hogy milyen összegű biztosítási díjak mellett képes a biztosító működni. Ezért a konkrét összegekre szintén nem tud a jelen tanulmányom javaslatot tenni.

Fontos azonban, hogy a konkrét összegeket oly módon kell meghatározni, hogy az egészségügyi szakmákat öt csoportba kell osztani. A csoportok kialakításánál az egyes egészségügyi szakmák (szakterületek) károkozási veszélyességét kell figyelme venni. Valamennyi egészségügyi szakmát be kell a csoportokba osztani azzal, hogy az egészségügyi szakmák hatályos felsorolását a 42/2003 ESZCSM rendlettel módosított 32/1997 NM rendelet 3 számú melléklete tartalmazza.

A legkockázatosabb szakmák – általános sebészet, tüdő és mellkas-sebészet, érsebészet, idegsebészet, szívsebészet, gyermeksebészet traumatológiai, ortopédia, plasztikai sebészet, szülészet-nőgyógyászat, aneszteziológia és intenzív betegellátás – alkotnák az első csoportot, míg a legkevésbé kockázatosak – pszichológia, orvosi rehabilitáció, fizioterápia, megelőző orvostan és népegészségtan, igazságügyi orvostan- alkotnák a negyedik csoportot. Elképzelhető lenne, hogy a legkockázatosabb csoportból a szülészet-nőgyógyászat kiemelésre kerülne és, mint szuper-kockázatos csoport önállóan alkotna egy hatodik csoportot a legdrágább biztosítási díjjal, hiszen ebből az egészségügyi szakmából kerül ki a jelenlegi mulasztások miatt indult eljárások 30-40%-a. A fenti két (három) csoport között elhelyezkedő két csoportba kellene felsorolni a többi egészségügyi szakmát oly módon, hogy az egyik csoportba fennmarad szakmák közül a kockázatosabbak, míg a másikba a kevésbé kockázatosak kerülnének. Ennek a két csoportnak a felosztása a biztosító egyesület értékelésétől függ, amire a korábbi jogesetekből lehet következtetni, ezért a csoportok tényleges felosztását ez a tanulmány nem tartalmazza. Eseti javaslatként azonban fontosnak tartom, hogy a háziorvosi ellátás, és a pszichiátria a második csoportba kerüljön függetlenül attól, hogy első gondolatra ezek a harmadik csoportba tartoznának. Sok eljárás indult ugyanis pszichiátriai mulasztás miatt, amikor nem ismerték fel, hogy a beteg öngyilkosságra hajlamos és őrizetlenül hagyták és a beteg öngyilkos lett, míg a háziorvos az egészségügyi szakmák közül az, amelyik legtöbbet találkozik a betegekkel, tehát itt az esetek nagy száma vezethet jelentős számú mulasztáshoz.

Alkotni kell egy ötödik (hatodik) csoportot is, ahol az egészségügyi szakdolgozókat kell szerepeltetni, azzal, hogy közöttük differenciálni a biztosítási díjakban már nem érdemes, mert túl bonyolulttá tenné a működést, bár elképzelhető, hogy a szülésznőket és a legkockázatosabb egészségügyi szakmák szakápolóit és a házi betegápolókat, a tevékenység veszélyességére tekintettel, külön csoportba sorolják a többi szakdolgozótól.

Az egyes csoportokhoz ki kell számítani azt a biztosítási díj-átlány összeget, amit a csoportba tartozó szakmák és szakmájú orvosok után az egészségügyi szolgáltatók fizetnek. Összesen, tehát öt (hat) csoport esetén ötféle (hatféle) biztosítási díjat kell kalkulálni. Értelemszerűen az első csoport esetén lesz a legmagasabb, míg az ötödik (hatodik) csoport esetén a legalacsonyabb a biztosítási díj azzal, hogy az ötödik (hatodik) csoportba tartozók biztosítási díja, mivel nem orvosok jelentősen alacsonyabb a negyedik csoportba tartozókénál, míg az első négy (öt) csoport között arányosan csökken a biztosítási díj.

Abban az esetben, ha egy orvos több szakmával is érintett a szolgáltató biztosítási díjainak kiszámításánál és több csoportba is tartozik, akkor a legkockázatosabb csoport után a teljes biztosítási összeget, míg a többi csoportba tartozó szakma után a következő veszélyességgel bíró csoport biztosítási díjának felét, majd negyedét és esetlegesen nyolcadát kell fizetni.

Az egyes csoportokhoz tartozó biztosítási díjakat, valamint az egészségügyi szakmák csoportonkénti besorolását az egyesület közgyűlése (küldöttgyűlése) fogadja el véglegesen azzal, hogy ezek az összegek az évek során változtathatók, ha a működéshez, kárkifizetésekhez szükséges összegek azt igénylik illetve, ha az egyes egészségügyi szakmák veszélyessége fokozódik vagy csökken. Egy egészségügyi szolgáltató által fizetendő biztosítási díj mértékét csoportonként, tehát az egyes csoportokba számított szakmák és

szakmájú orvosok után egyenként számított csoporthoz meghatározott biztosítási díj összege határozná meg azzal, hogy a szolgáltató által fizetendő biztosítási díj összegét pedig az egyes csoportokra kiszámított összes biztosítási díj összege határozná meg (továbbiakban egészségügyi szolgáltató biztosítási díja). Ez utóbbi összeg módosulna attól függően, hogy a szolgáltató milyen biztosítási csoportba tartozik (pl. járó-beteg ellátó, fekvő-beteg ellátó vagy vegyes stb.) aminek kiszámítási módszeréről a következőkben szól a jelen tanulmány.

A biztosítási díjak számításának általános elveiről:

Abban az esetben, ha az előzőek alapján kiszámított egyes egészségügyi szolgáltatókra eső biztosítási díjat, minden egészségügyi szolgáltatónak be kellene fizetni különbségtétel nélkül, pedig a biztosítónak a díjért nyújtott szolgáltatása a helytállási limitben eltérő, igazságtalan és a piacgazdaság elvével ellentétes megoldáshoz vezetne. Különbséget kell tenni, tehát az egészségügyi szolgáltatók biztosítási díja között, ha járóbeteg-ellátást, ha fekvőbeteg-ellátást, vagy vegyes szolgáltatást, netán kizárólag közvetett helytállási kötelezettséggel bíró egészségügyi szolgáltatást, vagy szabadfoglalkozású orvosként történő ellátást, netán közvetett és közvetlen egészségügyi szolgáltatást is végző szolgáltatóról van szó.

Az egészségügyi szolgáltató által a fentiek alapján kiszámított biztosítási díját, ha X-nek vesszük, akkor a különböző szolgáltatási formák miatt az alábbi eltérésekkel kell számolni a biztosítási díjak végső megállapításánál:

- állami vagy önkormányzati egészségügyi szolgáltató kizárólag fekvő-beteg ellátást végző, kizárólag közvetlen helytállási kötelezettséggel, elsősorban közszolgáltatást és kiegészítő magánszolgáltatást végezve, a biztosítási díj X (biztosító eseti helytállási limitje Negyvenmillió forint, a szolgáltató önrésze a kártérítés 5%,-a, de maximum Egymillió forint)
- állami vagy önkormányzati egészségügyi szolgáltató kizárólag járó-beteg ellátást végző, kizárólag közvetlen helytállási kötelezettséggel, elsősorban közszolgáltatást és kiegészítő magánszolgáltatást végezve, a biztosítási díj X/2 (biztosító eseti helytállási limitje Húszmillió forint, a szolgáltató önrésze a kártérítés 5%,-a, de maximum ötszázezer forint)
- állami vagy önkormányzati egészségügyi szolgáltató vegyesen járó és fekvő-beteg ellátást végző kizárólag közvetlen helytállási kötelezettséggel, elsősorban közszolgáltatást és kiegészítő magánszolgáltatást végezve, a biztosítási díj X (biztosító eseti helytállási limitje Negyvenmillió forint, a szolgáltató önrésze a kártérítés 5%,-a, de maximum Egymillió forint)
- magánszolgáltató egészségügyi szolgáltató kizárólag fekvő-beteg ellátást végző, kizárólag közvetlen helytállási kötelezettséggel, elsősorban magánszolgáltatást és kiegészítő közszolgáltatást végezve, a biztosítási díj X (biztosító eseti helytállási limitje Negyvenmillió forint, a szolgáltató önrésze a kártérítés 5%,-a, de maximum Egymillió forint)
- magánszolgáltató egészségügyi szolgáltató kizárólag járó-beteg ellátást végző, kizárólag közvetlen helytállási kötelezettséggel, elsősorban magánszolgáltatást és kiegészítő közszolgáltatást végezve, a biztosítási díj X/2 (biztosító eseti helytállási limitje Húszmillió forint, a szolgáltató önrésze a kártérítés 5%,-a, de maximum ötszázezer forint)
- magánszolgáltató egészségügyi szolgáltató vegyesen járó és fekvő-beteg ellátást végző kizárólag közvetlen helytállási kötelezettséggel, elsősorban magánszolgáltatást és kiegészítő közszolgáltatást végezve, a biztosítási díj X (biztosító eseti helytállási limitje Negyvenmillió forint, a szolgáltató önrésze a kártérítés 5%,-a, de maximum Egymillió forint)
- állami önkormányzati, vagy magánszolgáltató egészségügyi szolgáltató kizárólag fekvő-beteg ellátást végző, kizárólag közvetett helytállási kötelezettséggel, akár közszolgáltatást,

akár magánszolgáltatás végezve, a biztosítási díj $X/4$ (biztosító eseti helytállási limitje Húszmillió forint, ami magába foglalja a közvetlen helytállási kötelezettséggel bíró szolgáltató önrészének megtérítését is a közvetlen helytállási kötelezettséggel bíró szolgáltató irányában, egyébként a közvetett helytállási kötelezettséggel bíró szolgáltatónak önrésze nincs)

- állami önkormányzati, vagy magánszolgáltató egészségügyi szolgáltató kizárólag járóbeteg-beteg ellátást végző, kizárólag közvetett helytállási kötelezettséggel, akár közszolgáltatást, akár magánszolgáltatás végezve, a biztosítási díj $X/4$ (biztosító eseti helytállási limitje Húszmillió forint, ami magába foglalja a közvetlen helytállási kötelezettséggel bíró szolgáltató önrészének megtérítését is a közvetlen helytállási kötelezettséggel bíró szolgáltató irányában, egyébként a közvetett helytállási kötelezettséggel bíró szolgáltatónak önrésze nincs)
- állami önkormányzati, vagy magánszolgáltató egészségügyi szolgáltató járó és fekvő-beteg ellátást vegyesen végző, kizárólag közvetett helytállási kötelezettséggel, akár közszolgáltatást, akár magánszolgáltatás végezve, a biztosítási díj $X/4$ (biztosító eseti helytállási limitje Húszmillió forint, ami magába foglalja a közvetlen helytállási kötelezettséggel bíró szolgáltató önrészének megtérítését is a közvetlen helytállási kötelezettséggel bíró szolgáltató irányában, egyébként a közvetett helytállási kötelezettséggel bíró szolgáltatónak önrésze nincs)
- szabadfoglalkozású orvos akár járó-beteg, akár fekvő-beteg ellátást végez, mint kizárólag közvetett helytállási kötelezettséggel bíró szolgáltató biztosítási díja $X/4$ (biztosító eseti helytállási limitje Húszmillió forint, ami magába foglalja a közvetlen helytállási kötelezettséggel bíró szolgáltató önrészének megtérítését is a közvetlen helytállási kötelezettséggel bíró szolgáltató irányában, egyébként a közvetett helytállási kötelezettséggel bíró szolgáltatónak önrésze nincs)
- állami önkormányzati, vagy magánszolgáltató egészségügyi szolgáltató kizárólag fekvő-beteg ellátást végző, közvetlen és közvetett helytállási kötelezettséggel bíró, tehát kettős kötelezettséggel bíró, akár közszolgáltatást, akár magánszolgáltatás végezve, a biztosítási díj $X+X/8$ (biztosító eseti helytállási limitje közvetlen helytállási kötelezettséggel bíró szolgáltatás esetén Negyvenmillió forint, a szolgáltató önrésze a kártérítés 5%-a, de maximum egymillió forint közvetett helytállási kötelezettséggel bíró szolgáltatás esetén Húszmillió forint, ami magába foglalja a közvetlen helytállási kötelezettséggel bíró szolgáltató önrészének megtérítését is a közvetlen helytállási kötelezettséggel bíró szolgáltató irányában azzal, hogy közvetett helytállási kötelezettséggel bíró szolgáltatás esetén nincs a szolgáltatónak önrésze)
- állami önkormányzati, vagy magánszolgáltató egészségügyi szolgáltató kizárólag járó-beteg ellátást végző, közvetlen és közvetett helytállási kötelezettséggel bíró, tehát kettős kötelezettséggel bíró, akár közszolgáltatást, akár magánszolgáltatás végezve, a biztosítási díj $X/2+X/8$ (biztosító eseti helytállási limitje közvetlen helytállási kötelezettséggel bíró szolgáltatás esetén Húszmillió forint, a szolgáltató önrésze a kártérítés 5%-a, de maximum ötszázezer forint, közvetett helytállási kötelezettséggel bíró szolgáltatás esetén Húszmillió forint, ami magába foglalja a közvetlen helytállási kötelezettséggel bíró szolgáltató önrészének megtérítését is a közvetlen helytállási kötelezettséggel bíró szolgáltató irányában azzal, hogy közvetett helytállási kötelezettséggel bíró szolgáltatás esetén nincs a szolgáltatónak önrésze)
- állami önkormányzati, vagy magánszolgáltató egészségügyi szolgáltató járó és fekvő-beteg ellátást vegyesen végző, közvetlen és közvetett helytállási kötelezettséggel bíró, tehát kettős kötelezettséggel bíró, akár közszolgáltatást, akár magánszolgáltatás végezve, a biztosítási díj $X+X/8$ (biztosító eseti helytállási limitje közvetlen helytállási kötelezettséggel bíró szolgáltatás esetén Negyvenmillió forint, a szolgáltató önrésze a

kártérítés 5%-a, de maximum egymillió forint, közvetett helytállási kötelezettséggel bíró szolgáltatás esetén Húszmillió forint, ami magába foglalja a közvetlen helytállási kötelezettséggel bíró szolgáltató önrészének megtérítését is a közvetlen helytállási kötelezettséggel bíró szolgáltató irányában azzal, hogy közvetett helytállási kötelezettséggel bíró szolgáltatás esetén nincs a szolgáltatónak önrésze)

A szerződő egészségügyi szolgáltató először, tehát kiszámítja a biztosítási díj összegét a csoportokra eső biztosítási díjak összeadásával, ami X, majd a fenti felosztásnak megfelelően, képezi a biztosítási díj mértékét, ami vagy X, azaz megegyezik a kiszámított biztosítási díj összegével, vagy annak, azaz X-nek, valamekkora, a fentiek szerinti része. Az egészségügyi szolgáltatónak akkora összegű biztosítási díjat kell tehát fizetnie, ami megfelel a biztosítási díjak összegének és mértékének is.

A biztosítási díjak fentiek szerint számított mértékén az idő múlásával az egyesület közgyűlése (küldöttgyűlése) nem változtathat, hiszen azzal a szerződő felek közötti egyensúly borulna fel, változtatni kizárólag a biztosítási díjak összegén lehet.

A biztosítási díjak mértékével kapcsolatos általános számításban azért a fekvő-beteg ellátás biztosítási díja lett az X, mint alapegység, hiszen ezért történik a legmagasabb összegű biztosítási szolgáltatás. Értelemszerűen járó-beteg ellátás esetén azért X/2 a biztosítási díj mértéke, mivel a fekvő-beteg ellátáshoz képest a biztosító szolgáltatása is 50%-os.

A kizárólag közvetett helytállási kötelezettséggel bíró egészségügyi szolgáltatók és a szabadfoglalkozású orvosok között azért X/4 a biztosítási díj mértéke, mivel a biztosító szolgáltatása csak a közvetlen helytállási kötelezettséggel bíró szolgáltató miatti kifizetés után merül fel a követett szolgáltatók helyett. Megállapítható, tehát, hogy ez a szolgáltatás egy későbbi, a biztosító számára kevésbé kockázatos szolgáltatás, így indokolt az eltérő mérték számítás. A biztosító szolgáltatása ezen esetben, mind járó, mind fekvő-beteg szolgáltatás esetén azonos, ezért a biztosítási díj mértéke ezen a szolgáltatói csoporton belül nem differenciálódik tovább külön járó és külön fekvő-beteg ellátásra.

A kettős tevékenységet végző (közvetett és közvetlen helytállási kötelezettséggel is bíró szolgáltatóknál), ami úgy történhet meg, hogy pl. egy magánszolgáltató közreműködési szerződéssel végez egy másik szolgáltatónak közszolgáltatást, de ezen kívül még a saját nevében is végez máshol magánszolgáltatást, a saját nevében végzett szolgáltatást (közvetlen helytállás) minősítjük elsődlegesnek, hiszen ez a kockázatosabb tevékenység a biztosító szemszögéből, ezért az azzal kapcsolatos biztosítási díj mértéke megegyezik a kizárólag közvetlen helytállási kötelezettséggel bíró szolgáltatónál használt mértékkel. A közvetett szolgáltatás vonatkozásában, a biztosítási díj mértéke tovább csökken, X/8 lesz, hiszen a közvetett szolgáltatás ebbe az esetben minősül a legkevésbé kockázatosnak. Nem beszélve arról, hogy, ha mind a két helytállási kötelezettséggel kapcsolatos biztosítási díj mértéket fenntartanánk, aránytalan tehernek tennénk ki a szolgáltatókat, míg a biztosítót extrajövedelemhez juttatnánk, hiszen szinte kizárt, hogy mind a két helytállási kötelezettségért igénybe veszik majd a biztosító szolgáltatását.

Az egyéb eltérő fenti csoportok a biztosítási díj mértékében nem térnek el, hanem csak az egészségügyi szolgáltatók milyenségében azzal, hogy az további magyarázatot nem igényel, a 2003. évi XLIII. törvényben írtakhoz igazodik.

A jelen tanulmányban az eseti helytállás limittel kapcsolatban szóltam az egy napos sebészeti ellátásról, amivel kapcsolatban a fenti csoportoknál nem tettem külön említést, de természetesen az a kizárólag járó-beteg ellátást végző szolgáltató, amelyik egy napos sebészeti ellátást is végez, az mindig a vegyes tevékenységet ellátó szolgáltatókra vonatkozó biztosítási díj mértékkel kell, hogy számoljon bármilyen is a szolgáltatónak a beteg ellátás formáján kívüli milyensége.

A szolgáltatók közötti további különbségtételt jelenthet a bonus-malus rendszer alkalmazása illetve, ha a biztosítási díjat a szolgáltató egy-összegben egy évre előre befizeti és nem a negyedéves, vagy hónapos fizetési gyakoriságot választja.

A bonus-malus rendszerben a biztosító egyesület az X összegnek a kettő egy meghatározott hatványával osztott részét (pl. X/128, X/64, X/32) adhatja további kedvezményként vagy további kötelezettségként, ami attól függ, hogy a szolgáltatónak évek alatt volt-e káreseménye, és ha igen hány. Bonus-malus alkalmazása esetén, a szolgáltatónak a biztosítási díj összegének és mértékének megfelelően kiszámított biztosítási díja, tovább csökkenthető vagy növelhető a fent megjelölt mértékkel. Azt, hogy milyen mértékű bonus-malus egységeket alkalmazhat a biztosító egyesület és, hogy azt milyen feltételek mellett, az egyesület közgyűlése (küldöttgyűlése) dönti el, ami a későbbiek során változtatható, emelhető, csökkenthető a mérték, illetve szigorítható, enyhíthető a feltétel.

Szintén az egyesület közgyűlése (küldöttgyűlése) határozza meg, hogy mekkora kedvezményt kaphat az a szolgáltató, amelyik a biztosítási díjat egy évre előre egy-összegben, félévente két részletben vagy negyedévente négy részletben fizeti meg a havi díj helyett. Ezeket a kedvezményeket szintén a fentiek szerint az X.- nek és a kettő valamelyik hatványának hányadosaként kell meghatározni, természetesen ez a hányados nem lehet egyforma összegű, a bonus-malus rendszerrel alkalmazottal, hanem annál jóval kisebb értékűnek kell lennie, mivel más a jelentősége a biztosító szolgáltatásaival kapcsolatban, pl. egy hosszabb kármentes időszaknak, mint az egyébként is befizetendő biztosítási díj meghatározott idővel korábban történő bevételének. Ezek az összegek is módosíthatóak a későbbiek során az egyesület gazdálkodásának körülményei alapján a közgyűlés (küldöttgyűlés) döntése útján.

A biztosító egyesület szervezeti felépítése, és a szervezet működése:

A biztosító egyesület szervezeti felépítését két jogszabály, az 1989. évi II. törvény (egyesülési jogról szóló törvény) és az alakuláskor hatályos biztosítási törvény, valamint a jogszabályoktól függetlenül a biztosító egyesület speciális tevékenysége határozza meg.

Az egyesülési jogról szóló törvény alapján létrejön az egyesület legfőbb szerve, a tagok összessége, amibe valamennyi belépő tag - egészségügyi szolgáltató, szabadfoglalkozású orvos - beletartozik. Figyelemmel arra, hogy ez a létszám több ezres (tízezres) is lehet, a nagyszámú magán egészségügyi szolgáltató miatt, célszerű a közgyűlés helyett, ahol minden tag jelen lehet, egy küldöttgyűlési formát megalkotni, ahol a tagok meghatározott csoportját meghatározott számú tag képviseli. Ebben az esetben, az alapszabályban kell rendelkezni a küldöttgyűlés létrejöttének módjáról, nevezetesen, hogy hány tagból áll, milyen módon választják meg a tagjait, a tagok mely meghatározott csoportja képez egy olyan egységet, amelyik jogosult a képviselőt választani stb. Célszerű a tagok meghatározott csoportját a biztosítási díj mértékének meghatározásakor feltüntetett csoportismérvek felhasználásával megalkotni azzal, hogy a csoportok még régiók szerint is tovább bonthatók, mely régiókra a szerkezeit bemutatás későbbi részében térek ki. Természetesen az idő múlásával az alapszabály módosítása lehetővé teszi a küldöttgyűlés létrehozása módszerének megváltoztatását.

Természetesen megválaszthatja a közgyűlés (küldöttgyűlés) az elnökét, titkárát esetleges felügyeleti szervét, de ezek a tisztségek az egyesület biztosítással kapcsolatos működését nem érintik, hanem az egyesületi önkormányzással járó tisztségek, amelyek elsődlegesen a közgyűlés (küldöttgyűlés) összehívása idején működnek, míg a gyűlések közötti időszakban ezek tevékenységek tulajdonképpen szünetelnek, így a jelen tanulmányban ezekkel a tisztségekkel részletesen nem foglalkozom.

Az egyesülési törvény szerint a tagok összessége mellett létre kell hozni az ügyintéző és képviselő szervet is, amely a közgyűlések (küldöttgyűlések) közötti időben vezeti az

egyesületet, mint társadalmi szervezetet. Az egyesület alapszabályában rendelkezni kell, hogy ezt az egységet az egyesület nem titkos szavazással választja, ami nem ellentétes az egyesülési jogról szóló törvénnyel. Az ügyintéző és képviselő szerv tagjainak, figyelemmel az egyesület speciális tevékenységére, és annak a biztosítási törvényben előírt személyi feltételeire, a biztosítási törvényben megfogalmazott vezetőket célszerű megválasztani. Abban az esetben, ha más személyekből állna az ügyintéző és képviselő szerv, akkor feladatmegosztási zavarok jönnének létre, illetve külön válna az egyesületi és a biztosítás szakmai vezetés, ami az egyesület működését hátrányosan érintené.

Mivel a biztosítási törvény a személyi feltételeket kötelezően írja elő, természetesen a személyi feltételek szerinti vezetők nem hagyhatóak el, így célszerű tehát az egyesülési törvény szerinti külön képviselő és ügyintéző szerv helyett, a biztosítási törvényben rögzített vezetőkből álló, inkább informális képviselő és ügyintéző szervet létrehozni. Ezt a testületet azért minősítem informálisnak, mivel elsődlegesen mindegyik biztosítási törvény szerinti vezető elsődlegesen a biztosítási törvényből fakadó kötelezettségét teljesíti, ami mindegyik esetben önálló jogkör az egyesület működése és gazdálkodása érdekében és csak az azon felüli, a feladatok periferiáján lévő kérdések maradnak, a vezetőkből képzett ügyintéző és képviselő szervre. A közgyűlések (küldöttgyűlések) közötti időben ugyanis elsődlegesen a biztosítási szakmai kérdések kerülnek előtérbe a működés miatt, és csak sokadrangúak lesznek az egyesülettel, mint társadalmi szervezettel kapcsolatos problémák. Természetesen lehetőség van arra is, hogy az ügyintéző és képviselő szervbe beválasszák a közgyűlés (küldöttgyűlés) elnökét, titkárát is, ebben az esetben lehetséges, hogy a testületben kiegyensúlyozottabb lesz a biztosítás szakmai és az egyesület önkormányzati érdek.

A közgyűlésnek (küldöttgyűlésnek) és az ügyintéző-képviselői szervnek az egyesületi önkormányzati jogokból fakadó jogairól és kötelezettségeiről, a testületek hatásköréről az egyesülési törvény részletesen rendelkezik, ami az alapszabályban bővíthető. A biztosítással kapcsolatos szakmai kérdéseket érintő azokat a problémákat, amelyek a fenti testületek hatáskörébe tartoznak (pl. biztosítási díj összege, általános szerződési mintafeltétel elfogadása stb.), már a korábbiak során érintettem, míg az önkormányzatisággal kapcsolatos egyéb rendelkezésekről a jelen tanulmányban nem kívánok írni.

A mindenkori biztosítási törvény meghatározza a biztosítók működésének személyi feltételeit, oly módon, hogy előírja, hogy milyen vezetőkkel kell minimálisan rendelkeznie egy biztosítónak. A törvény rendelkezik arról is, hogy az adott vezetőknek milyen szakmai és egyéb feltételeknek kell megfelelni a tisztség betöltéséhez. A hatályos biztosítási törvény első számú vezetőt, míg az új biztosítási törvény ügyvezetőt nevez meg, mint a biztosító vezetőjét, továbbá előírja, hogy egy biztosítónak rendelkeznie kell vezető biztosításmatematikussal, vezető jogtanácsossal, a számviteli rendért felelős vezetővel és belső ellenőrrel. Mivel a létrehozandó biztosító egyesület éves árbevétele nagy valószínűleg meghaladja az évi háromszázmillió forintot – ha ez nem így lenne a biztosító működésképtelen lenne – az egészségügyi szolgáltatók biztosító egyesületének is a fenti valamennyi vezetővel kell rendelkeznie, nincs lehetőség a törvény szerinti kedvezmények pl. belső ellenőr hiánya stb. alkalmazására. A vezetőkkel a biztosítónak munkaviszonyt kell létesíteni, hiszen a fenti árbevételi korlát túllépése nem teszi lehetővé az egyes vezetőknél egyébként alkalmazható megbízási vagy egyéb jogviszonyt. Az éves árbevétel fent említett korlátjának túllépése miatt az egyesületnek szerződnie kell könyvvizsgálóval is, de itt nincs szükség munkaviszonyra.

A biztosítási törvény, vezető tisztségviselőként említi a vezető orvost is, de annak alkalmazásával kapcsolatban előírja, hogy azt melyik biztosítási ágazatok esetén kell alkalmazni, de abba a szakmai felelősségbiztosítás, még annak egészségügyi területe esetén sem tartozik bele, így vezető orvos alkalmazására nem kell, hogy sor kerüljön.

Az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosítása azonban természetesen igényli az igazságügyi orvos-szakértés aktív szerepét a biztosító működésében, hiszen a kártérítési igény

alapjául szolgáló esetekről mindig szakértő dönti el, hogy az egészségügyi szolgáltató eljárása megfelelt-e a szakmai szabályoknak vagy nem, tulajdonképpen a biztosítónál működő igazságügyi orvos-szakértő az ügy első független elbírálója, hiszen azon kívül csak a két érdekelt fél nyilatkozatai állnak rendelkezésre. Szükséges, tehát a biztosító egyesületnél egy vezető igazságügyi orvos-szakértő, aki koordinálja a biztosító szakértőinek tevékenységét, de ez a vezető tisztségviselő nem a biztosítási törvény szerint előírt vezető, vele nem kell munkaviszonyt létesíteni, hanem elegendő, pl. a megbízási jogviszony.

A biztosítási törvény egyértelműen előírja, hogy az egyes vezető tisztségviselőknek mi a feladata a biztosító működése érdekében, azok részleteit nem kívánom bemutatni. A szerkezeti felépítésből három elemet kívánok részleteiben elemezni: a központ és régiók viszonyát, továbbá a vezető jogtanácsos és beosztott jogtanácsos, valamint a vezető orvos-szakértő és a beosztott szakértők kapcsolatát, és a szerkezeti elemek közötti érintkezést, hiszen a biztosító napi működését ezek határozzák meg, mivel rajtuk keresztül jön létre az egyezség, vagy kerül elutasításra a kártérítési igény, majd a segítségükkel történik a peres és peren kívüli képviselése a biztosítónak és biztosított egészségügyi szolgáltatóknak is. A szerkezeti felépítésnek az említett elemei adják, tehát a biztosító látható működését, míg a többi vezető tevékenysége a biztosító egyesület kiemelkedően fontos háttérműködését érinti, a viszontbiztosítást, a befektetéseket, a tartalékok képzését, a pénzügyi és számviteli rendnek történő megfeleltetést stb. tehát mindazt, ami alapján a biztosító látható működése nyugszik.

A vezetők közül az első számú vezető, vagy ügyvezető áll a biztosító élén, annak munkáltatói jogok tekintetében alárendelten, de egyéb szakmai kérdésekben mellérendelten működik a vezető biztosításmatematikus, a számviteli rendért felelős vezető, a belső ellenőr, a vezető jogtanácsos és a vezető orvos-szakértő. A továbbiakban a vezető jogtanácsos és a vezető szakértő alá tartozó szerkezeti felépítést elemzem.

A biztosító egyesület jogi és szakértői tevékenységének szerkezeti felépítése és működése

A biztosító egyesület az egészségügyi szolgáltatók és szabadfoglalkozású orvosok szakmai felelősségét érinti, tehát szigorúan egységes elvek szerint kell működnie, hiszen a szakmai kérdésekben nem lehet különbség az egyes régiók között. Nincs, tehát arra lehetőség, hogy pl. az idegentest bennmaradását a Nyugat-dunántúli régióban mulasztásnak, míg az Észak-alföldi régióban kockázatnak tekintsék. Ezeknek a szigorú szakmai követelményeknek a fenntartása nem különböző belső irányelvek készítésén és azoknak a régiókban történő érvényesítésén, hanem kizárólag a biztosító egyesület szigorúan centralizált működésén keresztül érhető el. Abban az esetben, ha a működés teljesen decentralizált lenne, minden régióban szakértőkkel kellene szerződnie, illetve minden régióban jogtanácsosokat kellene alkalmazni, ami jelentősen növelné a költségeket. A múltbeli tapasztalatok, egyértelműen mutatják, hogy a centralizált döntéshozatal (Generali-Providencia Biztosító Rt. gyakorlata) esetén az egyezségek száma jelentőse megnövekedett, ami mindegyik fél érdekeit szolgálta, továbbá egységesen kezdtek alakulni az úgynevezett típus-ügyek, amelyek esetén, szükségételen volt a peres eljárás. Az azt követő rendszerben (Allianz Hungária Biztosító Rt. gyakorlata), ahol a regionális kárrendezés, jogi képviselő és szakértés működött, szinte alig kötött egyezség, illetve az egyes régiók gyakorlata jelentősen eltért és lehetséges volt, hogy valaki csak azért tudott egyezséget kötni, mert a Nyugat-dunántúli régióba tartozott, míg ugyanazért a mulasztásért, ha az Észak-magyarországi régió területén történt, peres eljárásnak kellett indulnia, ami mindegyik érdekelt félnek rossz volt.

Az egyesületi megoldás, különösen, hogy a biztosító egyesület az egészségügy teljes területét kívánja biztosítani, tehát valami teljesen új eljárást kíván megvalósítani, csak a centralizált szerkezet mellett valószínűsíthető meg, természetesen a régiók részjogosítványinak fenntartása mellett.

A szakértői hálózat működéséről

A biztosító egyesületnek négy állandó igazságügyi szakértőre van szüksége, egy belgyógyászati, egy szülészeti-nőgyógyászati, egy sebészeti és egy fogászati végzettségűre. Fontos, tehát, hogy a megfelelő szakvizsga mellett lehetőség szerint az igazságügyi szakértői listán is szerepeljen a szakértő. A fenti négy terület az egészségügyi szolgáltatók mulasztásával kapcsolatos bejelentéseknek a háromnegyedét lefedi, így kizárólag ezen végzettségű szakértőkkel indokolt az állandó szerződéses kapcsolat, ami természetesen lehet megbízási szerződés havi általános megbízási díj mellett azzal, hogy meg kell a szerződésben határozni, hogy annak fejében hány szakértői véleményt tartozik a szakértő egy hónapban elkészíteni. Figyelemmel arra, hogy a klinikusi gyakorlatot folytató orvosok a munkájuk mellett nem érnek rá teljes kapacitással szakértői véleményeket készíteni célszerű, hogy a fenti négy személy olyan szakértő legyen, aki egészségügyi szolgáltatónál aktív tevékenységet éppen nem végez, ami nem azt jelenti, hogy pl. nyugdíjas hanem, hogy elsősorban szakértő és nem gyakorló sebész, vagy fogorvos stb.

Természetesen célszerű, ha a fenti négy szakmához tartozó szakértők közül az egyik szakértőt jelöljük ki vezető szakértőnek, hiszen ez jelentős megtakarítást jelent. Figyelemmel arra, hogy a sebészeti szakterület az, ami a legtöbb részterületet – idegsebészet, hasi sebészet, kézsebészet, mellkas és tüdősebészet, plasztikai sebészet, baleseti sebészet stb.-magába foglalja, célszerű, ha a vezető orvos-szakértő egyben az igazságügyi szakértői végzettséggel rendelkező sebészeti alapszakértő.

A vezető orvos-szakértőnek mindenképpen szükséges, hogy igazságügyi orvos-szakértői végzettsége is legyen, míg a többi alapszakértőnél ettől a követelménytől esetlegesen és időlegesen el lehet térni az alakulásnál. Fontos, hogy a vezető igazságügyi szakértő megfelelő gyakorlattal rendelkezzen az egészségügyi szakértők szakmai felelősségével kapcsolatos biztosítói gyakorlatban is, hiszen számos szakértő működik a biztosítóknál ma, aki a közlekedési balesetek vagy a munka-balesetek kivizsgálásával foglalkozik, ahol a szakmai szabályok megítélése nem kérdés, hanem csak a károsult állapota. A szakmai felelősségbiztosítás alapjául szolgáló szakértés azonban elsődlegesen a szakma szabályait érinti és szükséges, hogy a vezető igazságügyi orvos-szakértő olyan személy legyen, aki széleskörűen, esetleg több biztosító részére is végez, vagy végzett ilyen tevékenységet. Ezeknek a feltételeknek jelenleg kizárólag egyetlen személy a Generali-Providencia Biztosító sebész végzettségű szakértője felel meg, hiszen több biztosítónak is végzi ezt a tevékenységet, így az esetek többségével ez a szakértő foglalkozik. Célszerű, tehát a vezető szakértő személyének ezt a szakértőt megválasztani, hiszen ez szolgálja leginkább a biztosító működésének érdekeit.

A négy alapszakértőn kívül ki kell alakítani egy szaktanácsadói hálózatot, amibe további szakterületek egy - egy szakvizsgával rendelkező tagját, valamint a fenti négy alapszakterületen további egy-egy szakvizsgával rendelkező személyt kell bevonni. Ez utóbbi négy személyre azért van szükség, mert ma a négy alapszakterületet érintő ügyek száma olyan nagy, hogy azt az alapszakértők lehetséges, hogy nem tudják ellátni, ekkor kerül bevonásra a szaktanácsadói hálózatban szerepeltetett személy. Abban az esetben, ha olyan szakterületet érint a kárbejelentés, ami a négy alapszakértő szakterületén kívül esik akkor szintén a szaktanácsadói hálózatban szereplő, megfelelő szakképzettségű személy kerül bevonásra.

A szaktanácsadói hálózatban szereplő orvosokkal elegendő az eseti megbízási szerződés megkötése, nincs szükség havi általános megbízási szerződés megkötésére, hiszen szerepük esetleges. A szaktanácsadói hálózatban szereplő orvosoknál elegendő a megfelelő szakvizsga szükségtelen, hogy még igazságügyi szakértői listán is szerepeljenek, de az természetesen nem hátrány. A szaktanácsadói listán szereplő orvosokról a biztosító saját listát készít, ami a

négy alapszakértő és a jogi képviseltet ellátók rendelkezésére áll. A vezető orvos-szakértő javaslatára kell szerződni a többi alapszakértővel és a szaktanácsadókkal is azzal, hogy a vezető orvos-szakértő javaslatára bővíti vagy szűkíti a szaktanácsadói hálózat létszámát az egyesület, figyelemmel arra, hogy milyen szakterületet érintő kárbejelentések érkeznek. Abban az esetben, ha egyes ügyek olyan szakterületet érintenek, amelyekre nincs a szaktanácsadói hálózatban megfelelő végzettségű személy, ha az ilyen típusú ügyek nem jelentkeznek nagyobb gyakorisággal, nem kell új szaktanácsadó, hanem az alapszakértőket és a szaktanácsadókat fel kell jogosítani, hogy a biztosítóval szerződöttéken kívül álló személlyel konzultáljanak megfelelő konzultációs díj ellenében. A konzultációt a vezető orvos-szakértő engedélyezi.

A konkrét kárbejelentés a jogtanácsostól a vezető orvos-szakértőhöz kerül, amikor a megfelelő mellékeltek már rendelkezésre állnak, azt a vezető orvos-szakértő adja ki a négy alapszakértő egyikének, amelyik szakterülete leginkább érintett azzal, hogy a szakértők vonják be a további szaktanácsadókat, ha szükséges akár a feladatmegosztás, akár a speciális szakterület miatt. Abban az esetben, ha egyértelmű, hogy kizárólag a speciális szakterületen eljáró szaktanácsadó tud érdemben nyilatkozni, a vezető orvos-szakértő magánál tarja a kárügyet és közvetlenül vonja be a megfelelő szaktanácsadót, vagy konzultál a szaktanácsadói körbe nem szereplő szakterületen dolgozó orvossal. A szaktanácsadó véleményének felhasználásával, mellékelésével a négy alapszakértő ad végleges véleményt, amit a vezető szakértő ellenőriz és ad tovább a jogtanácsos részére. Látható, hogy ez a rendszer minden régióra nem hozható létre, tehát az orvos-szakértői elbírálás kizárólag centralizáltan történhet.

A jogi hálózat működéséről

A biztosító egyesület jogi hálózata két elkülönült részen működik, egyszer a jogtanácsosi hálózat, amelyik elsődlegesen a peren kívüli elbírálásban vállal szerepet és másodlagosan felügyeli a peres eljárás során a jogi képviseltet ellátó ügyvédek, míg a másik rész a peres eljárás során a szerződött ügyvédeken keresztül a biztosító és a biztosított jogi képviselete.

A biztosító egyesület központjában a vezető jogtanácsosnak alárendelten két jogtanácsos működik oly módon, hogy a régiókat két csoportra osztva, a két jogtanácsos alá kell besorolni. A besorolásnak megfelelően a régiótól, a valamennyi irattal rendelkező kárügy a jogtanácsosokhoz kerül, aki ellenőrzi, hogy minden szükséges irt rendelkezésre áll-e. Ezt követően kiadják az iratokat a vezető orvos-szakértőnek. A szakvéleménynek a már ismertetett módon történő elkészülte után a jogtanácsos értékeli. Összeveti az egészségügyi szolgáltatónak a felelősséggel kapcsolatos nyilatkozatát, a biztosító szakértőjének véleményét és a károsult bejelentését, azzal, hogy a károsult által csatolt esetleges szakértői véleményre a biztosító szakértője is válaszol, értékeli azt.

Abban az esetben, ha szolgáltató és a biztosító szakértőjének nyilatkozata egyértelműen elutasító visszaadja a régióknak a kárügyet az elutasítás elkészítésére és az arról történő értesítésére.

Abba az esetben, ha a szolgáltató és a biztosító szakértőjének véleménye eltér, a szolgáltató szakmai képviselőjét és a biztosító szakértőjét (szükség esetén a vezető orvos-szakértőt) egyeztető tárgyalásra hívja, ahol megkísérlik feloldani az ellentéteket. A biztosító későbbi nyilatkozata az egyeztetés sikerétől függhet azzal, hogy ha a szolgáltató továbbra sem akarja a felelősségét elismerni, míg a biztosító azt elismerné, akkor a biztosító nem fizethet kártérítést, hiszen a szakmai felelősségbiztosítás Ptk-beli szabályozása szerint nincs közvetlen biztosítói perlés, hanem a szolgáltató nyilatkozata az elsődleges, hiszen a szolgáltató áll a károsulttal jogviszonyban nem a biztosító. A biztosító, tehát a szolgáltató nyilatkozatához peren kívül elvileg kötve van.

Abban az esetben, ha a szolgáltató elismer és a biztosító szakértője szerint nem áll fenn a felelősség, a biztosító akkor sem tartozik peren kívül kártérítést fizetni, hiszen a biztosító helytállási kötelezettsége peren kívül nem automatikus, igaz perben, ha marasztalnák a szolgáltatót, akár azért is, mert elismert a biztosítási szerződés rendelkezései mellett, a biztosítónak az egyet nem értése esetén is fizetnie kellene, de nem így van ez peren kívüli egyezségnél.

Abban az esetben, ha a szolgáltató és a biztosító szakértője is egyezően állítja, hogy a szolgáltató felelőssége fennáll, akkor egyezségi megbeszélésre hívja a károsult és a szolgáltató képviselőjét a jogtanácsos, ahol már a biztosító szakértőjének a részvétele nem szükséges. Abban az esetben, ha az egyezés összege tízmillió forint alatt van, akkor ahhoz a biztosító részéről elegendő a jogtanácsos aláírása, míg a tízmillió forint feletti egyezségekhez a vezető jogtanácsos hozzájárulása kell.

Abban az esetben, ha az egyezés létrejön, a jogtanácsos készíti el az egyezségi okiratot, amit mindhárom fél képviselője aláír, és ezzel befejeződik a kárügy elbírálása. Az eljárás során végig hangsúlyozni kell, hogy az elismerés egy peren kívüli eljárásra vonatkozó elismerés, hiszen egy peres eljárásra is kiterjedő elismerés gyors marasztalást eredményez, hiszen akkor ott csak az összegszerűségi igény vitás. Természetesen, ha a biztosítónak és a szolgáltatónak az, az érdeke, hogy a peres eljárás gyorsan fejeződjön be, kiterjedhet az elismerés a peres eljárásra is, amikor a bíróságnak csak az összegszerűség kérdésében kell döntenie.

Abban az esetben, ha egyezségi tárgyalásra nem kerül sor, vagy az nem vezet eredményre, indulhat a peres eljárás. A peres eljárás a jelenleg hatályos jogszabályok mellett kizárólag az egészségügyi szolgáltató ellen indulhat meg, a biztosító a peres eljárásban csak beavatkozó lehet, mint akinek a szolgáltató pernyeréséhez jogi érdeke fűződik. A polgári törvénykönyv koncepciója tartalmazza azt a kitétel, hogy kötelező felelősségbiztosítás esetén közvetlenül lehet majd perelni a biztosítót. Amint ez megvalósul, a biztosító lehet majd az alperes, bár ekkor rendezni kell az eseti helytállási limitek helyzetét oly módon, hogy azt emelni kellene, hiszen, ha alacsony limit mellett a biztosítót marasztalják, az ítélet kiterjed a szolgáltatóra is, ha az ítélt összeg meghaladja az eseti helytállási limitet.

A per során a biztosítót, mint beavatkozót és a kellő szakmaiság érdekében az egészségügyi szolgáltatót is, a biztosító egyesülettel szerződött ügyvéd képviseli. Az egészségügyi szolgáltató jogi képviselőnek átvállalásáról az általános szerződési feltétel kell, hogy rendelkezzen.

A jogi képviseletet ellátó ügyvédekkel régiók szerint kell szerződni, oly módon, hogy minden régióban két-három ügyvéddel kell megállapodást kötni. Az ügyvédek a jogtanácsosok és áttételesen a vezető jogtanácsos felügyelete alá tartoznak. A peres ügyeket a jogtanácsosok adják ki a jogi képviseltet ellátó ügyvédeknek a vezető jogtanácsos egyetértésével. Az ügyvédekkel általánosan díjasszerződést kell kötni meghatározva az évente elvállalható ügyek számát. Az ügyvédek díjazásába bele kell számítani a bíróság által megítélt perköltségeket is, ami a jogi képviselőket illetné meg, hiszen arra biztosító egyesületnek szüksége nincs, míg a jogi képviselők érdekeltségét ez befolyásolná.

Az egyesületnek szerződni kell néhány kiemelt ügyvéddel, akik a vezető jogtanácsos felügyelete alá tartoznak. Itt kell kihasználni, hogy már több ügyvéd is rendelkezik orvosi és jogi végzettséggel, és lehetőség szerint ezeknek az ügyvédeknek kettősvégzettségűeknek, vagy a szakterületen nagy tapasztalattal rendelkező csak jogi végzettségű ügyvédeknek kell lenniük. Ezek az ügyvédek látnák el bárhol az országban a jelentősen magas kártérítési igényű pereket, valamint a szakmailag kiemelkedő ügyeket. Azt, hogy mely ügyek tartoznának a kiemelt ügyvédek hatáskörébe a vezető jogtanácsos és a vezető orvos-szakértő döntené el. Ezeknek az ügyvédeknek a díjazása is megfelelne a többi ügyvédének, csak nyilván a mértéke lenne eltérő.

Az ügyvédek és a vezető ügyvédek személyéről és a számuk szükség szerinti változásáról a vezető jogtanácsos döntene.

A peres eljárás során az ügyvédek tevékenységét a jogtanácsosok és vezető jogtanácsos nem befolyásolná, bár az ügyvédet meghatározott időnként jelentéstételi kötelezettség terhelné, azzal, hogy az ítélet elleni jogorvoslati lehetőségekről viszont a jogtanácsos vagy a vezető jogtanácsos dönt az ügyvéd javaslatára.

A jogi képviselők, akár perben, akár peren kívül a kárrendezésbe bekapcsolódott szakértőket és szaktanácsadókat, sőt a listán szereplő egyéb szaktanácsadókat is közvetlenül igénybe vehetik akár tanácsadás, akár a felperesi beadványokra történő válaszokhoz kiegészítő szakértői vélemények készítése miatt. A szakértők és szaktanácsadók a peres eljárás során, a bíróságon is nyilatkoznak szükség esetén a véleményükben írtakról.

Látható, hogy a jogi képviselők rendszer is igen szerteágazó, de egységes elveket követel meg, ami kizárólag centralizáltan valósítható meg. Fontos, hogy a jogi működést olyan vezető jogtanácsos lássa át, aki megfelelő szakmai képzettséggel és gyakorlattal rendelkezik az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosításának elbírálása során. Hosszú időn keresztül a Generali –Providencia Biztosító Rt. volt az, amelyik az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosítását teljes mértékben átfogta, míg az intézményi területről történő kivonulása után is ez a biztosító maradt az egészségügy területén a piacvezető biztosító, hiszen náluk maradt a járó-beteg szolgáltatók jelentős része azzal, hogy az egészségügyi szolgáltatók között járó-beteg ellátó szolgáltató jelentősen több van, mint fekvő-beteg ellátó. Az intézményi felelősségbiztosítás területén a fekvőbeteg-ellátásban egyetlen biztosító sem maradt egy-két évnél tovább, hiszen számukra rövidtávon az nem volt nyereséges, így a területről kivonultak. Ennek következtében egyetlen biztosító jogtanácsosi csapata képes széleskörű és hatékony ismeretek birtokában kezelni az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosításának kérdését és ez a Generali - Providencia Biztosító Rt. A Biztosítónál egy csoportvezető-jogtanácsos és két jogtanácsos felügyeli a terület biztosítását, ezért célszerű, hogy a csoportvezető jogtanácsos kerüljön a biztosító egyesület vezető-jogtanácsosi pozíciójába, hiszen a megfelelő szakmai végzettségei is megvannak, míg a beosztott jogtanácsosai legyenek az új egyesület jogtanácsosai.

Természetesen lehetőség van arra, hogy mind a vezető-orvosszakértőt, mind a vezető jogtanácsost és a jogtanácsosokat és az egyéb vezetőket asszisztensek segítsék, akiket célszerű a korábban ezzel a területtel foglalkozó biztosítók esetlegesen nem jogi végzettségű, hanem kárügyintézői megbízatással rendelkező dolgozói közül kiválasztani.

A régiókról és működésükről

A biztosító egyesületben, tehát az érdemi kárrendezés centralizáltan történne, de természetesen nem lehet kizárólag egy központi egységgel működtetni egy teljes szakma egész országot lefedő biztosítását. Szükség van, tehát a biztosító egyesületnél területi egységekre is, de azok jogosítványai korlátozottak, bár az érdemi kárrendezést és a szerződési állomány fenntartását szolgálják.

Területi egységeknek célszerű, az Európai Unióhoz történő csatlakozásra tekintettel régiókat megadni. Felhasználható az Allianz Hungária Biztosító Rt. megoldása, ami a megyéket az alábbi régiókba sorolja be: Nyugat-dunántúli, Közép-dunántúli, Dél-dunántúli, Észak-magyarországi, Észak –alföldi, Dél-alföldi és Közép-magyarországi. Ezt a hét régiót kell kiegészíteni a Fővárosi régióval, hiszen Budapesten található az egészségügyi szolgáltatások jelentős része, a legtöbb köz és magán szolgáltató. A nyolc régióban legalább egy, a nagyobb régiókban a későbbiek során esetleg több, a Fővárosban talán már az indulásnál is legalább két régió képviselő felállítása célszerű. A régió képviselő egy-két személyből áll, és

feladatukat a biztosító egyesület, a biztosítási törvény szerinti kiszervezés keretében is elvégeztetheti.

A régió képviseletnek kettős feladata van, nevezetesen a szerződések létrejöttével, fenntartásával kapcsolatos teendők és a kárrendezésben történő közreműködés. A régió képviseletek a tulajdonképpeni biztosítási brókeri feladatokat veszik át a biztosító egyesület működésében azzal, hogy jutalékuk nincs és a megbízási díjuk jelentősen alacsonyabb, tehát a biztosítónak ez a megoldás megtakarítást jelent.

A régió képviseletek a biztosítási szerződések megkötése érdekében, különösen a már működő egyesület esetén az új tagok irányában, tájékoztatják az egészségügyi szolgáltatókat az általános szerződési feltételekről, és megkötik a szerződéseket. A szerződések kezelése érdekében tájékoztatják a szolgáltatókat a közgyűlésnek (küldöttgyűléseknek), vagy az ügyintéző-képviselő szervnek az általános biztosítási szerződési feltételeket érintő változásairól. Kapcsolatot tartanak a régióban működő egészségügyi szolgáltatókkal, ami a szerződések módosítását is jelentheti, ha a szolgáltatók új szakterületet, vagy új szakembereket kívánnak biztosítani. A régió természetesen a szerződésekkel kapcsolatos fenti feladatai során közvetlen kapcsolatban van az egyesület központjával, és annak utasításait is köteles betartani.

A kárrendezés során az egészségügyi szolgáltatók a károsultaknak a szolgáltatókhoz érkezett bejelentését (egyezségi ajánlatát), a gyógykezelési iratokat és a szolgáltató álláspontját a régió képviselethez küldik meg. A képviselő ellenőrzi, hogy valamennyi az elbíráláshoz szükséges gyógykezelési irat a rendelkezésére áll-e a szolgáltatótól, ha szükséges a károsult hozzájárulását kéri és beszerzi egyéb egészségügyi szolgáltatóktól is a gyógykezelési iratokat. Megvizsgálja, hogy a szolgáltató az egyezségi ajánlattal kapcsolatban, valamint a felelősségvállalásáról érdemben szakmailag alátámasztva nyilatkozott-e a gyógykezelésben érintett osztályainak igazoló jelentésén, és azoknak a kórház vezetése által összeállított összefoglalásán keresztül. Abban az esetben, ha bármilyen irat hiányzik, intézkedik a szolgáltatóknál azok csatolása iránt.

Abban az esetben, ha a károsult tévesen a biztosító egyesülethez küldi meg az egyezségi ajánlatot, akkor az egyesület központja vagy a régió azt átveszi, de az egészségügyi szolgáltatóhoz tartozó régió képviseleten keresztül azt az egészségügyi szolgáltatóknak küldi meg, felhívva a szerződés szerinti nyilatkozatok megtételére és iratok csatolására.

Abban az esetben, ha a régió képviselet úgy látja, hogy minden szükséges irat rendelkezésre áll az érdemi átvizsgáláshoz, azokat megküldi a régiót felügyelő jogtanácsosnak.

Az érdemi vizsgálatot követően a régióknak csak a kártérítési igény egyhangú elutasítása esetén van szerepe, oly módon, hogy a jogtanácsos a biztosító szakértőjének a véleményét és a szolgáltató véleményét visszaküldi a régió képviselthez, ahol elkészítik az egyezségi ajánlatot elutasító levelet, és azt megküldik mind a szolgáltatóknak, mind a károsultnak.

A régióknak a peres eljárások lefolytatásában és a peren kívüli egyezések létrejöttében nincs szerepük azzal, hogy az egyezségi ajánlatnak az olyan elutasítása, ahol a szolgáltató és a biztosító közötti érdekellentét feloldása nem sikerült, és ez vezet az elutasításhoz, nem a régió képviselet, hanem a központban dolgozó jogtanácsosok feladata.

Látható, hogy a régió képviseltekhez olyan feladatokat kell telepíteni, amelyeket a régió a közvetlenebb kapcsolat segítségével, a régió képviselet és szolgáltató közelsége miatt sikeresebben tud intézni, de ugyankor ezek a feladatok, különösen a kárrendezés tekintetében kiegészítő munkák, míg a szerződéskötésnél lehetnek érdemiek is, de az végül is nem más, mint a központban kidolgozott elveknek és feltételeknek, a szolgáltatók részére történő közvetlen megvalósítása.

Összefoglalás

Természetesen tisztában vagyok vele, hogy a jelen tanulmányban írtak egy összetett, néhol már bonyolultnak tűnő rendszert mutatnak be. Sajnálatos módon azonban, ha ténylegesen egységes megoldást akarunk találni az egészségügyi szolgáltatók és a szabadfoglalkozású orvosok szakmai felelősségbiztosítására kizárólag ez, vagy ehhez hasonlóan összetett megoldás képzelhető csak el. Értelemszerű, hogy a megoldási javaslat összetett, hiszen az a terület, aminek a szabályozását érinti, nevezetesen az egészségügy egésze is, rendkívül szerteágazó.

Abban az esetben, ha csak részmegoldásokat kívánunk szolgáltatni, és pl. csak a közszolgáltatók szakmai felelősségbiztosítását oldanánk meg, és a többit hagynánk a mai rendezetlen állapotok mellett, nyilván gyorsabban és egyszerűbben jutnánk el az eredményhez. Az ilyen megvalósítás azonban az egészségügy területén, a szakmai felelősségbiztosítás sanyarú helyzetében, figyelemmel az Európai Unióhoz történő csatlakozásra, amivel a kártérítések jelentős emelkedése várható, álláspontom szerint nem megoldás. A szakmai felelősségbiztosítás, mint terület és az egészségügyi szolgáltatók megérdemlik, hogy egységesen, érdemi változásokon keresztül, minden szolgáltatót és szabadfoglalkozású orvost érintően megtörténjen a szükséges változás.

Az egységes biztosítás megvalósítása a jövőben, segíthetné az egészségügyi közvetítés elterjesztését is, hiszen ez az intézmény, bár jogszabály van rá, nem működik. Abban az esetben, ha egységesen változna a szakmai felelősségbiztosítás, az egyesület 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), bár az a rendszer, ahogy a kárigények elbírálását leírtam, tulajdonképpen mediáció, igaz nem mediátor előtt.

Az egységes biztosító egyesület lehetővé tenné, hogy a jövőben az egészségügyi szolgáltatók által alkalmazott egységes tájékoztató nyomtatványok is kialakuljanak, hiszen a biztosító érdeke lenne, hogy azok a nyomtatványok megfelelőek legyenek, aminek kialakítását nyilván jelentős mértékben segítené, majd a szerződési feltételek segítségével kötelezőnek fogadtatná el.

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.

Az egységes rendszer lehetővé tenné az évenkénti szakmai konferenciák megtartását, a szolgáltatók tájékoztatását a bírói gyakorlatról, a védekezés módjáról, ezekről különböző kiadványok is születhetnének.

Kijelenthető, tehát, hogy az új biztosító egyesület, minden a kártérítési igénnyel kapcsolatos eljárásban részt vevő számára- károsult, egészségügyi szolgáltató, biztosító – rendkívül előnyös, állítható hogy az egyedüli hasznos és eredményes megoldás lenne.

Fontos hangsúlyozni, hogy az új biztosító egyesület csak akkor jöhet létre, ha az egészségügyben működő szakmai érdekképviseletek felkarolják a kezdeményezést és egy komoly marketing bemutatja valamennyi szolgáltatónak, hogy miért előnyös az egy biztosító egyesületi modell. Abban az esetben, ha ez most a közel-jelenben 2005. Január-június, nem történik meg, vagy csak a már említett részmegoldások valamelyike születik meg, akkor az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosításának kérdése, félek tőle, hogy soha nem oldódik meg érdemben Magyarországon. Ez kizárólag az egészségügyi szolgáltatóknak

lesz kedvezőtlen végső esetben, hiszen a szolgáltatók nem fogják bírni azokat a terheket, amelyeket a megítélt és megítélendő kártérítések megfizetése jelent.

Budapest, 2003. november 4.

Dr. Simon Tamás
ügyvéd, biztosítási szakjogász

1. számú mellékelt

A különböző tanulmányokban eltérő tartalommal megpróbálták az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosításának minimumfeltételeiről szóló jogszabály szövegét meghatározni. Figyelemmel a jelen tanulmányomban írtakra, különösen annak első fejezetére én is javaslatot tennék a jogszabály teljes szövegének megfogalmazására:

Az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosításának minimumfeltételeiről

Az egészségügyi szolgáltatók és szabadfoglalkozású orvosok szakmai felelősségbiztosításának minimumfeltételeiről, az Egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. Törvény (továbbiakban Törvény) 247.§.(1) bekezdés f. pontjában kapott felhatalmazás alapján az alábbi rendelet kerül megalkotásra:

1.§.

A rendeletben használt fogalmakról:

Egészségügyi szolgáltató: A Törvény 3.§.e. pontja szerinti meghatározásnak megfelelő szolgáltató.

Egészségügyi szolgáltatás: A Törvény 3.§.f. pontja szerinti meghatározásnak megfelelő szolgáltatás.

Szabadfoglalkozású orvos: A.....(itt az orvosok jogállásáról szóló új törvényt kell megjelölni, ha az tartalmazza a szabadfoglalkozású orvost, a törvény a mai napig még nem jelent meg a Magyar Közlönyben) megfelelő §-a szerinti tevékenység.

Egy napos sebészeti tevékenység: a 16/2002 ESZCSM rendelet szerint meghatározott egészségügyi szolgáltatás

Szerződő fél: Az egészségügyi szolgáltató és a szabadfoglalkozású orvos.

Biztosított: Az egészségügyi szolgáltatók orvosi és egészségügyi szakdolgozói végzettségű alkalmazottjai, az egészségügyi szolgáltatók és a szabadfoglalkozású orvosok.

Biztosító: A biztosító intézetekről és a biztosítási tevékenységről szóló 1995. évi XCVI. törvényben megfogalmazott feltételeknek megfelelően működő, a törvény szerinti fogalomnak megfelelő biztosító, annak működési formájától függetlenül.

Közvetett helytállási kötelezettséggel bíró szolgáltató: A károsult irányban közvetlen kártérítési felelősséggel tartozó egészségügyi szolgáltatóval szerződött egészségügyi szolgáltató vagy szabadfoglalkozású orvos amelynek a közvetlen kártérítési felelősséggel rendelkező szolgáltató irányában megtérítési kötelezettsége van, ha annak kártérítési felelősségét megállapítják és az más módon nem térül meg. Ilyen szolgáltató a szabadfoglalkozású orvos, az egészségügyi közszolgáltatás esetén a közreműködő, míg egészségügyi magán szolgáltatás esetén az elnevezésében eltérő, de tartalmában megbízási szerződést kötő egészségügyi szolgáltató, valamennyi esetben, függetlenül annak működési formájától.

Biztosítási esemény: A szakmai felelősségbiztosító helytállási kötelezettségének tartalmi meghatározása

Helytállási limit: A szakmai felelősségbiztosító eseti vagy éves helytállási összegének meghatározása.

Önrész: A szakmai felelősségbiztosítás eseti helytállási limitjén belüli kárrendezés esetén a kifizetett kártérítésből a szerződő felet terhelő rész.

Kizárás: A szakmai felelősségbiztosító által megfogalmazott feltétel, amikor biztosítási esemény bekövetkeztekor sem kell a biztosítónak helytállni a szerződő fél helyett.

Visszakövetelési jog: A szakmai felelősségbiztosító jogosítványa, aminek felhasználásával, a biztosítási szerződésben meghatározott esetben a biztosító a károsultnak a szerződő fél helyett kifizetett kártérítést a szerződő féltől visszakövetelheti.

Biztosítás időbeli hatálya: Annak meghatározása, hogy a biztosítási szerződés alapján milyen időbeli korlátok között tartozik helytállási kötelezettséggel a biztosító a szerződő fél helyett a károsult irányában, akár a jövőre, akár a szerződés megkötése előtti időre (retroaktív fedezet).

2.§

A minimumfeltételek kötelező tartalmáról

Az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosítása során a biztosító csak olyan általános szerződési feltételt alkalmazhat, ami megfelel a jelen rendeletben előírt minimumfeltételeknek azzal, hogy a minimumfeltételekben írtaktól esetlegesen eltérni kizárólag a biztosított egészségügyi szolgáltatók érdekében lehet, de csak a biztosító és a szerződő fél kölcsönös megegyezésével

3.§.

biztosítási esemény fogalmáról közvetlen helytállási kötelezettséggel bíró egészségügyi szolgáltató esetén

A biztosító a biztosítási díj megfizetése ellenében kötelezettséget vállal arra, hogy a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szerződési feltételekben szabályozott körben, módon és mértékben a biztosított helyett megtéríti a károsultnak azokat a vagyoni károkat és a személyhez fűződő jogok megsértése miatt bekövetkezett nem vagyoni károkat, amelyekért a biztosított a magyar jog szabályai szerint kártérítési felelősséggel tartozik.

A biztosítási szerződési feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül az, ha a biztosított, vagy olyan természetes személy vagy jogi személy, akinek a magatartásáért a biztosított a magyar jog szabályai szerint kártérítési felelősséggel tartozik, az egészségügyi szolgáltatásra vonatkozó foglalkozási/szakmai előírások és szabályok felróható módon történő megszegése/megsértése miatt az egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő vagy abban részesülő személy vagyonában, életében, testi épségében vagy egészségében kárt okoz.

4.§.

A biztosítási esemény fogalmáról közvetett helytállási kötelezettséggel bíró szolgáltató esetén

A biztosító a biztosítási díj megfizetése ellenében kötelezettséget vállal arra, hogy a biztosítási szerződésben meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szerződési feltételekben szabályozott körben, módon és mértékben a biztosított helyett megtéríti a biztosítottal szerződéses jogviszonyban lévő egészségügyi szolgáltatónak, azokat a máshonnan meg nem térülő vagyoni károkat és a személyhez fűződő jogok megsértése miatt bekövetkezett nem vagyoni károkat, amelyekért a biztosítottal szerződött egészségügyi szolgáltató kártérítési felelősségét közvetlenül a károsult irányában a magyar jog szabályai szerint megállapították, és amelyek összegét a biztosítottal szerződéses jogviszonyban lévő egészségügyi szolgáltató a károsultnak ki is fizette.

A biztosítási szerződési feltételek szempontjából biztosítási eseménynek minősül az, ha a biztosított, vagy olyan természetes személy vagy jogi személy, akinek a magatartásáért a biztosított a magyar jog szabályai szerint kártérítési felelősséggel tartozik, az egészségügyi

szolgáltatásra vonatkozó foglalkozási/szakmai előírások és szabályok felróható módon történő megszegése/megsértése miatt az egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő vagy abban részesülő személy vagyonaiban, életében, testi épségében vagy egészségében kárt okoz, és ezért a biztosítóval szerződéses jogviszonyban lévő egészségügyi szolgáltató kártérítési felelősségét a magyar jog szabályai szerint, az egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő károsult irányában megállapították.

5. §

A biztosító eseti és éves helytállási limitjéről

A biztosító eseti helytállási limit összege kizárólag járó-beteg ellátást végző egészségügyi szolgáltató esetén húszmillió forint.

A biztosító eseti helytállási limit összege kizárólag fekvő-beteg ellátását végző szolgáltató esetén negyvenmillió forint.

Abban az esetben, ha egy szolgáltató járó és fekvő-beteg ellátást is végez, vegyesen, ugyanabban az egészségügyi szakterületen, a biztosító eseti helytállási limit összege negyvenmillió forint.

Abban az esetben, ha az egészségügyi szolgáltató egy napos sebészeti ellátását is végez kizárólag járó-beteg ellátás keretében, a biztosító eseti helytállási limit összege negyvenmillió forint.

A biztosító eseti helytállási limit összege szabadfoglalkozású orvos, vagy kizárólag közvetett helytállási kötelezettséggel bíró egészségügyi szolgáltató esetén húszmillió forint.

Azt, hogy egy szolgáltató milyen ellátásra vonatkozó helytállási limitre köteles szerződni, azt az egészségügyi szolgáltatásra vonatkozó működési engedélye szerinti minősítés dönti el.

A biztosító éves helytállási limit összege minden esetben az eseti helytállási limit összeg ötszöröse.

Szerződő fél a jelen jogszabályban meghatározott összegű eseti limitnél alacsonyabb összegű biztosítással nem rendelkezhet.

6.§.

Az egészségügyi szolgáltatók önrészeről (három megoldási javaslat)

Az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosítása során önrész alkalmazására nem kerülhet sor.

Az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosítása során a szolgáltatót kárkifizésenként háromszázezer forint önrész terheli.

Az egészségügyi szolgáltatót terhelő önrész összege kizárólag járó-beteg ellátást végző egészségügyi szolgáltató esetén a kifizetésre kerülő kártérítés 5%, de maximum ötszázezer forint.

Az egészségügyi szolgáltatót terhelő önrész összege kizárólag fekvő-beteg ellátását végző szolgáltató esetén a kifizetésre kerülő kártérítés 5%, de maximum egymillió forint.

Abban az esetben, ha egy szolgáltató járó és fekvő-beteg ellátást is végez vegyesen, ugyanabban az egészségügyi szakterületen az egészségügyi szolgáltatót terhelő önrész összege a kifizetésre kerülő kártérítés 5%-a, de maximum egymillió forint.

Abban az esetben, ha az egészségügyi szolgáltató egy napos sebészeti ellátását is végez kizárólag járó-beteg ellátás keretében, az egészségügyi szolgáltatót terhelő önrész összege a kifizetésre kerülő kártérítés 5%, de maximum egymillió forint.

A szabadfoglalkozású orvos és a kizárólag közvetett helytállási kötelezettséggel bíró egészségügyi szolgáltató szakmai felelősségbiztosítása során önrész alkalmazására nem kerül sor, azzal, hogy az eseti helytállási limitből kifizetésre kerül a közvetlen helytállási kötelezettséggel bíró egészségügyi szolgáltató által a károsult részére kifizetett önrész összege is a közvetlen helytállási kötelezettséggel bíró szolgáltató megtérítési igénye esetén.

7.§.

A biztosító által alkalmazható kizárásokról

Az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosítását teljesítő biztosító kizárásként, a jelen §.-ban meghatározott kivétellel, az alábbi esetcsoportokat nem alkalmazhatja:

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvénynek a betegek jogai és kötelezettségei című II. fejezetében megfogalmazott valamennyi rendelkezéssel, vagy azok hiányával kapcsolatos magatartásért történő kártérítési felelősség, illetőleg a fenti rendelkezésekkel, vagy azok hiányával kapcsolatos magatartással okozati összefüggésben bekövetkezett bármilyen károsodás.

A szakorvosok, szak-fogorvosok, szak-gyógyszerészek és klinikai szakpszichológusok szakképesítésének megszerzéséről rendelkező mindenkor jogszabályban felsorolt bármely szakképesítés, annak bármely részeselekménye, a szakképesítés alapján végzett tevékenységhez kapcsolódó diagnosztikai, vagy terápiás eszköz által kiváltott károsodás, illetve a fenti szakképesítés gyakorlása során kifejtett magatartással, vagy annak hiányával okozati összefüggésben bekövetkezett bármilyen károsodás.

A nem magyar állampolgárok részére nyújtott bármilyen egészségügyi szolgáltatás, illetve a részükre nyújtott egészségügyi szolgáltatással, vagy annak hiányával okozati összefüggésben bekövetkezett bármilyen károsodás

A Polgári Törvénykönyv által szabályozott, vagy az ott leírtakból következő bármilyen vagyoni és nem vagyoni kártérítési forma, annak bármelyik esete, illetve bármilyen kártérítési járadék.

A szakmai felelősségbiztosító az általános szerződési feltételben a fent felsorolt tiltott kizárások közül három konkrétan meghatározott esetet kizárásként szerepeltethet, ha annak biztosítását a szolgáltató által fizetendő pótlólagos biztosítási díj ellenében vállalja.

8. §

A biztosító visszakövetelési jogáról

Az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosítását teljesítő biztosító visszakövetelési jogának esetei:

A jogszabályban vagy egyéb előírásban meghatározott személyi és tárgyi feltételek hiányában végzett egészségügyi szolgáltatás.

A jogszabályban előírt hatósági engedély nélkül, vagy az abban foglaltaktól eltérően végzett egészségügyi szolgáltatás.

Ittas állapotban, kábító vagy bódulatot keltő szer hatása alatt történő károkozás.

A kárenyhítési és kármegelőzési kötelezettségek ismétlődő vagy folyamatos megsértésével történő károkozás.

9.§.

A biztosítási szolgáltatás időbeli hatályáról

A biztosítónak helyt kell állnia, a Ptk általános elévülési szabályai mellett, a biztosítási időszak alatt okozott bekövetkezett és bejelentett, továbbá a biztosítási időszak alatt okozott és a biztosítási szerződés megszűnésétől számított három éven belül bekövetkezett és bejelentett, valamint a biztosítási időszak alatt okozott és bekövetkezett, de a biztosítási szerződés megszűnésétől számított három éven belül bejelentett károkért, illetve a biztosítási időszakot megelőző egy évben okozott, bekövetkezett, de már a biztosítási időszakban bejelentett károkért.

10.§

A jelen rendelet 2004. január 1. napján lép hatályba.

Rendelkezéseit az újonnan kötendő biztosítási szerződések megkötésénél kell alkalmazni azzal, hogy újonnan kötendő szerződésnek minősül az is, ha egy egészségügyi szolgáltatónál az évforduló bekövetkezik és a biztosítási szerződés megújítására kerül sor.