

## A felelősség szerelmi sokszöge?

1. A beteg, mint biztosított szerződést köt a biztosítóval, ahol a biztosítási esemény a beteg egészségi állapota, egészségkárosodása, és a biztosító szolgáltatása az egészségügyi szolgáltatás nyújtása vele szerződött egészségügyi szolgáltatásokon keresztül.

2. A beteg ilyenkor első megközelítésben nem az egészségi állapotára tekintettel megbízási szerződést köt a biztosítóval a gyógykezelése érdekében, tehát nem az egészségügyi szolgáltatásra jön létre a szerződés, hanem a biztosítási szolgáltatásra.

Amit a biztosító nyújt a betegnek az közvetlenül nem minősíthető egészségügyi szolgáltatásnak, ha az Egészségügyről szóló törvény egészségügyi szolgáltatás definícióját nézzük. A biztosítás célja azonban a fenti meghatározásban leírt egészségi állapot javítási részfeladatoknak megfelel, ezért közvetetten minősíthető viszont egészségügyi szolgáltatásnak.

A biztosító, mivel működési engedéllyel egészségügyi szolgáltatásra nem rendelkezik formai megközelítésben nem egészségügyi szolgáltató, de mivel az előzőekben említett közvetett egészségügyi szolgáltatást az általa szerződött egészségügyi szolgáltatók csak erre a szerződésre tekintettel nyújtják a biztosítottnak, ezért tartalmilag a biztosító egészségügyi szolgáltatónak is minősíthető.

3. A biztosító a biztosítási szolgáltatásra tekintettel egyértelműen biztosító, amelyik biztosítási szolgáltatást nyújt, de a fenti értelmezés mellett lehet egészségügyi szolgáltató is, amelyik egészségügyi szolgáltatást nyújt. Ez utóbbi értelmezést különösen az támasztja alá, hogy a beteg az egészségügyi szolgáltatóval közvetlenül azért szerződik, mert a szolgáltatót a biztosítási szerződése kijelölte számára.

4. A biztosító, amikor az egészségügyi szolgáltatásra szerződik, egy megbízási szerződést köt a szolgáltatóval, hogy a biztosítottjai számára végezzen egészségügyi szolgáltatást, ha azt a biztosított igénybe veszi, biztosítási esemény bekövetkeztekor. Abban az esetben, ha a közvetett egészségügyi szolgáltatás és a tartalmi egészségügyi szolgáltató megközelítést elfogadjuk, akkor a megbízott egészségügyi szolgáltatók ilyen esetben teljesítési segédei a biztosítónak, mint egészségügyi szolgáltatóknak. Ez azt jelentheti, hogy a biztosító tartozik helytállni a megbízott egészségügyi szolgáltató esetleges szakmai mulasztásaiért, ha a betegnek ezzel kapcsolatban kártérítési igénye merül fel. A beteg ilyenkor az egészségügyi Ilyenkor nem mentség, hogy az egészségügyi szolgáltató ÁNTSZ engedéllyel rendelkezik, hiszen az csak azt igazolja, hogy a szolgáltató a személyi és tárgyi minimumfeltételeknek megfelelt, a szakmai probléma ezen feltételek mellett következik be. Ilyenkor a biztosítónak kifejezetten a hátrányára kell értékelni azt, hogy belső finanszírozási protokollokkal nem próbálja befolyásolni a szolgáltatás tartalmát, mert az lehetne mentség, hogy a biztosító azzal próbálta elkerülni az egészségügyi szolgáltató esetleges mulasztását.

A beteg ilyenkor a nem megfelelő egészségügyi szolgáltatás miatt a biztosítót perelheti, a biztosító perbe hívja az egészségügyi szolgáltatót, amelyik beavatkozik mellette a perbe, segíti a védekezését, de nem marasztalható önállóan, majd ha a biztosító veszít az egész kifizetett kártérítést, megpróbálhatja áthárítani egy külön eljárásban az egészségügyi szolgáltatóra. Ez utóbbi eljárásban pl. ha vannak belső finanszírozási protokollok, kifejezetten segíthetik a biztosítót, ha igazolni tudja, hogy azokat a szolgáltató nem tartotta be.

5. Amennyiben a 2-3. pontokban írt megközelítés nem fogadható el (amit próbaperekkel kellene kikísérletezni, hiszen a szerződések értelmezését nagymértékben befolyásolhatja a bírói

gyakorlat), akkor a beteg a biztosítóval nem szerződhet egészségügyi szolgáltatásra, a biztosító nem nyújthat még közvetetten sem egészségügyi szolgáltatást.

Ebben az esetben a beteg a biztosító által kijelölt szolgáltatóval köt megbízási szerződést egészségügyi szolgáltatásra. Ilyenkor sima kétoldalú jogviszonyról beszélhetünk, és a szolgáltató felel a mulasztásaiért.

Természetesen a szolgáltatónak is lehetősége van arra, hogy arra hivatkozzon, hogy a biztosító nem teremtett meg valamilyen feltételt, vagy tévesen értelmezte a szolgáltató által nyújtható tevékenységet (pl. egynapos sebészeti ellátás jogszabályi korlátai). Ezeket a hivatkozásokat akkor adhatja elő, ha a beteg által indított eljárásnak vége van, kifizette a kártérítést és megpróbálja áthárítani a kárt a biztosítóra.

Abban az esetben, ha a biztosító belső finanszírozási protokollokat írt elő és kizárólag azok betartása okozta a kárt, akkor ez az áthárítás teljes összegű lehet (itt a protokoll, tehát a biztosító számára hátrányos is lehet). Minden más esetben csak részleges, aminek mértékét a bírói gyakorlat döntené el egyedik mérlegeléssel, amit az esetek többségében nem tud megtenni ezért egymás között egyenlő arányú (50-50%-os) megosztást szokott alkalmazni. Itt az áthárítás alapja nem a megbízónak a megbízottért történő helyállása, mint a 2-3 pont alatti esetben, hiszen itt nem a megbízottra (egészségügyi szolgáltató), hanem a megbízóra (biztosító) történne áthárítás. Ebben az esetben is van, ugyanis megbízási szerződés a biztosító és az egészségügyi szolgáltató között csak ilyenkor külön van még a beteg és az egészségügyi szolgáltató között is a két szerződés - lánc nem esik egybe. Ilyenkor a megbízó, biztosítót a megbízás teljesítéséhez szükséges azon feltételek biztosítása terheli, amelyek vonatkozásában úgy állapodtak meg, hogy azokat a megbízó szolgáltatja.

Itt sem mentesség a biztosítónak az ÁNTSZ működési engedély, mivel az csak azt igazolja, hogy az engedély kiadásának időpontjában fennálltak a minimumfeltételeknek megfelelő tárgyi és személyi feltételek, de ha a későbbiekben azok egy részét a megbízó biztosító vállalta szolgáltatni és adott kezelés idején nem álltak fenn, akkor ez megalapozhatja a részleges áthárítást a szolgáltató részéről.

6. Fontos kérdés, hogy mi történik akkor, ha a biztosítóval szerződött egészségügyi szolgáltató további megbízottakat (nem alkalmazottakat), hanem szabadfoglalkozású-szerződést kötöket, önkéntes segítőket vagy közreműködőket vesz igénybe és a tényleges szolgáltatást ezek nyújtják. Ilyenkor a beteg nem ezeknek a szolgáltatóknak ad megbízási szerződést, hanem a 4. pont alatti esetben a biztosítónak, az 5. pont alatti esetben a biztosítóval szerződött alapszolgáltatónak. Ezért a betegnek a terhére nem eshet, hogy a szolgáltatók milyen láncolattal oldják meg a további ellátást. Ilyenkor az alábbi esetek képzelhetőek el:

- Biztosítóval szerződött egészségügyi szolgáltató további szerződést köt más egészségügyi szolgáltatóval. Ekkor a szolgáltató a megbízó és a közreműködő a megbízott. A biztosítóval szerződött szolgáltató tehát a teljesítési segéd további szolgáltatóért teljes körűen helyállni tartozik. A 4. pontban írt esetben a beteg az igényét a biztosítóval szemben érvényesíti, amelyik ha teljesített a vele szerződött egészségügyi szolgáltatóval szemben indít teljes összegre vonatkozó áthárítási eljárást, amelyeik szolgáltatónak helyt kell állnia a vele szerződött további szolgáltatók károkozásáért is. Ha ez az áthárítás befejeződött a szolgáltató is áthárítás iránt eljárást kezdeményezhet a vele szerződött további szolgáltatókkal, ha a kárt kizárólag a sor végén álló szolgáltató okozta teljes összeg megtérítése iránt, ha részben a biztosítóval szerződött részben a közreműködő okozta a kárt, akkor csak részleges megtérítés iránt.
- A másik esetben is hasonlóan a biztosítóval szerződött szolgáltató áll helyt a vele szerződött további szolgáltatókért, csak a beteg ezzel az egészségügyi szolgáltatóval szemben indíthatja el az eljárást a biztosítóval nem. Ebben az

esetben a biztosítóval szerződött egészségügyi szolgáltató, ha kifizette a beteg kárát nem csak az 5. pont alattiak szerint a biztosítóval szemben fordulhat, hanem ha a kárt részben vagy egészben a vele szerződött további egészségügyi szolgáltató okozta, akkor az előzőek szerinti megtérítési eljárást indíthatja azzal szemben is. Ez a két eljárás ellentétben az előzőekkel indítható egy eljárásban is, bár ha a közreműködőre áthárítható minden kár, akkor nincs értelme a biztosító elleni eljárásnak. Elképzelhető olyan határozat is a megtérítési eljárásban, ami háromfelé ossza a kárt (biztosító feltétel megteremtés hiánya miatt, vele szerződött szolgáltató a saját hibája miatt és a közreműködő szolgáltató a saját hibája miatt). Fontos, hogy ez a megosztás csak az egymás közötti eljárásban merül fel a beteg vagy a biztosító vagy az azzal szerződött egészségügyi szolgáltatót perli csak.

7. Színesítheti a képet, hogy az egészségügyi szolgáltatók rendelkeznek szakmai felelősségbiztosítással is és bizonyos határok között a szolgáltatók helyett a biztosítók fizetnek részben vagy egészben. A biztosítók szakmai felelősségbiztosítással nem rendelkeznek (bár ha egészségügyi szolgáltatóknak minősülnének a 2-3. pont alapján, nem kizárt, hogy ilyen szerződést kössenek). Ahol a biztosító fizet egészségügyi szolgáltató helyett ott az áthárítási eljárásban is helyettesítheti a szolgáltatót. Abban az esetben, ha ez teljes összegű kifizetés volt a szolgáltató helyett a biztosító indítja az áthárítási eljárásokat (4-6 pont). Abban az esetben, ha csak részben fizetett a biztosító az áthárítási eljárásokat mindkettőn indíthatják, de az is lehet, hogy csak az egyikük indítja, természetesen mindig csak arra részre, amit már kifizettek.

8. Abban az esetben, ha a 2-3. pont alattiak nem állnak fenn, de mégis azt szeretnénk, hogy a biztosító helytállása legalább részben közvetlen legyen a beteggel szemben, két jogviszony alapján kell eljárást kezdeményezni.

Az egyiket az 5. pontban írt megbízási szerződés alapján, annak nem megfelelő teljesítése miatt, orvos-szakmai és tájékoztatási kérdésekben a biztosítóval szerződött egészségügyi szolgáltató ellen. A másikat nem az egészségügyi szolgáltatás milyensége miatt, hanem a biztosítási jogviszony alapján a biztosítóval szemben azzal, hogy a biztosítót is terheli a szerződés megkötésekor a kölcsönös tájékoztatási kötelezettség azon szolgáltatások és szolgáltatók vonatkozásában, amiket a szerződésben szerepeltet, és ez egy fokozott kötelezettség, mivel a biztosító beteg-utat jelöl ki tulajdonképpen a biztosítási szerződéssel.

Ez utóbbi esetben arra lehet, hivatkozni, hogy a biztosító nem értelmezi pontosan az egészségügyi szolgáltatások részleteit a szerződésekben, és a Polgári Törvénykönyv szerződés értelmezési szabályai alapján, ebben az esetben úgy kell azokat értelmezni, ahogy a biztosítóval szerződött beteg értelmezné. A beteg tágabban, a biztosító szűkebben értelmezi az adott egészségügyi szolgáltatásokat. A biztosító csak azt nézi, hogy azokat a szakma szabályainak megfelelő engedély mellett végzik-e. A beteg viszont azt is elvárna a szerződés megkötése előtt, hogy arról is tájékoztatást kapjon, hogy milyen sikerességgel dolgozik pl. az egészségügyi szolgáltató illetve, hogy milyen beavatkozási módszereket alkalmaz, és melyeket nem, amit pl. máshol igénybe vehetne a biztosított.

Lehet a biztosító hátránya, hogy miért fogalmaz meg belső protokollokat, miért korlátozza a szolgáltatót, illetve, ha ilyeneket alkalmaz azokról előre tartalmában részletesen tájékoztatja-e a biztosítottat, ha nem, az felelősséget eredményezhet, hiszen ha több adatot tudok az befolyásolta volna a választásomat a biztosítás mellett nemlegesem, és ekkor nem kerül sor a hibás egészségügyi szolgáltatásra. A protokoll hiányának is lehet a biztosítóra hátrányos szerepe, ha azt mondhatná a beteg, hogy annak hiányában túlzott szakmai szabadságot engedélyezett a vele szerződött szolgáltatónak, holott a betegút kijelölése, a biztosított

választási lehetőségének szűkítése, megkövetelte volna a szolgáltatók szigorúbb szabályozását is a hatékonyabb betegellátás érdekében.

Az eljárás a két szolgáltató egyetemleges felelőssége iránt indulna, ami azt jelenti, hogy mindkettőjüket marasztalják, de bármelyiken végrehajtható lenne a teljes követelés, és egymás közötti elszámolásnál a felelősségük egyenlő arányú lenne.

Bíróság természetesen mondhatná azt, hogy a két alperest eltérő mértékben terheli a felelősség és nem egyetemleges felelősséget állapítana meg, hanem arányaiban szétosztaná azt (nem 50-50%-ban).

Az ilyen felelősség megállapítása után is megkezdődhetne az előzőek szerinti áthárítási eljárás az egészségügyi szolgáltató részéről az esetelegesen vele szerződött további szolgáltatók irányába, színesítve a képet a szakmai felelősségbiztosítóknak a 6. pontban említett szerepével. Nem kerülhetne viszont sor arra, hogy az egészségügyi szolgáltató a biztosító, illetve, hogy a biztosító az egészségügyi szolgáltató irányában indítana megtérítési eljárást, mivel a felelősségüket az alapeljárás vizsgálná.

9. A fenti három lehetőség közül, ha ma indulna eljárás vélhetően az 5. pont szerinti folyamat lenne a legkézenfekvőbb mind a felek, mind a bíróság számára. Célszerű lenne azonban a 8. pont szerinti eljárást indítani, aminek különösen a biztosítóval szembeni felelősséget érintő része lenne érdekes (a másik eset egy sima szolgáltató elleni kártérítési per 20 éves bírói gyakorlat mellett). Abban az esetben, ha sikerre vezetne a 8. pont alatti eljárás hosszabb távon, az egészségügyi szolgáltatók, és a betegek közös érdekérvényesítő tevékenységén keresztül lenne megvalósítható a 2-4 pont alatti értelmezés mellett a 4. pont alatti felelőségre vonási út.

Budapest, 2012-10-01

Dr. Simon Tamás ügyvéd, biztosítási szakjogász