

Betegellátási felelősség helyett tiszta szakmai felelősséget- avagy (eretnek?) gondolatok a kártérítési felelősségről

Betegellátási felelősségről

A hazai bírói gyakorlat és a hatályos jogszabályok mellett egy egészségügyi szolgáltatónak igen széles-körű a felelőssége.

A felelősség felőleli egyszer a szakmai felelősséget –amikor valamilyen szakmai mulasztás történik - igen tág értelmezésben, hiszen a bírói gyakorlat szerint egy egészségügyi szolgáltató akkor tudja igazolni, hogy megfelelően járt el, ha bizonyítja, hogy az elvárható gondossággal végezte a szolgáltatást, illetve ha úgy járt volna el (tehát megtett mindent ami az adott szituációban lehetséges) a betegnek akkor sem lett volna nagyobb esélye (tehát az esély ténye a releváns és nem az esély mértéke) a túlélésre, gyógyulásra, illetve a károsodás elkerülésére. A felelősség azonban a szakmai felelősségen túl magába foglal minden egyéb a betegbiztonság körében értékelendő eseményt és azért történő felelősséget azon az elven, hogy a beteg az egészségügyi szolgáltatásra jogviszonyba az egészségügyi szolgáltatóval kerül, tehát a szolgáltatót terheli a felelősség mindazért, ami a szolgáltatás során a beteggel az egészségügyi szolgáltatónál történik akkor is, ha az nem a szakmai szabályokkal ellentétes magatartásból, hanem egyéb külső körülményekből fakad pl. épület állaga, ingóságok rendelkezésre állása, minősége, higiénés viszonyok stb. Ezt a felelősséget a jelen cikkben betegbiztonsági felelősségnek nevezem.

A szakmai és a betegbiztonsági felelősség együtt a címben szereplő betegellátási felelősség, hiszen ez a két terület minden a betegellátáshoz fűződő felelősséget magába foglal.

Kérdés, hogy mindenért az egészségügyi szolgáltatónak kell helytállnia? Milyen módon lehetne azt megvalósítani, hogy a betegbiztonsági felelősséget ne, vagy jelentős részben ne az egészségügyi szolgáltatóknak kelljen viselni, illetve miként oldható az meg, hogy a megmaradt szakmai felelősség során is a beteg irányában helytálló szolgáltató tovább hárítsa (porlassza), esetleg mások perben állásával elkerülje a felelősségét? Ezekre kívánok a jelen cikkben röviden válaszolni.

Betegbiztonsági felelősség csökkentéséről, elkerüléséről

A betegbiztonsági felelősség csökkentésének, elkerülésének a jog oldaláról általános és speciális feltételei vannak.

Általános jogi feltételről

A felelősség eredményes csökkentéséhez nélkülözhetetlen az egészségügyi szolgáltató és beteg közötti jogviszony kérdésének egyértelmű rendezése a bírói gyakorlatban. Jelenleg ezzel kapcsolatban két nézet áll egymással szemben az ítéletek tartalma alapján.

Az egyik szerint a beteg és szolgáltató között szerződéses jogviszony van, ami azt jelenti, hogy a betegellátás szerződés. Ezt a szerződést ítéletek megbízásnak, megbízásszerű jogviszonynak, újabban fogyasztói szerződésnek értelmezik. Ez utóbbi probléma inkább a szakmai felelősséget foglalkoztatja (milyen nevesített szerződés milyen elvárhatósági kritériumokkal, szolgáltatást igénybevevői jogosítványokkal működik).

A betegbiztonsági felelősséget a jogviszony szerződésnek minősítése érinti inkább. Ez a szerződéses jogviszony, ami miatt, mint már említettem a jog kívül helyezkedik a további folyamatok részletezésén és azt az álláspontot képviseli, hogy, ami a szolgáltató falain belül történik azért a szolgáltató a felelős, persze nem kizárva azt a lehetőséget, hogy ha a beteg irányában teljesítette a kártérítést azt megpróbálhatja tovább hárítani a tényleges felelősre, de ez a szolgáltatást igénybevevőt már nem érinti.

A másik bírói gyakorlati értelmezés szerint az egészségügyi szolgáltató és a beteg között károkozás esetén szerződésen kívüli kapcsolat jön létre és arra nem a szerződésszegés szabályait kell alkalmazni, hanem a szerződésen kívüli károkozásét. Ez az értelmezés megnyithatja a lehetőséget, hogy szakmai felelősség esetén, a szerződésen kívüli károkozás szabályait az egészségügyi szolgáltató és a beteg között kell vizsgálni, de nem a szakmai felelősség körébe tartozó kérdések területén, ahol nem a szolgáltató szakmai mulasztása, hanem rajta kívül álló ok idézi elő a károsodást a szolgáltató hivatkozzon arra, hogy a szerződésen kívüli károkozás szabályait a tényleges károkozó (feltételt biztosító) és a beteg között indokolt alkalmazni.

A bírói gyakorlat hamarosan eldönti majd a fenti kétértelmezésű helyzetet, hiszen a bevezetésre kerülő új Polgári Törvénykönyv másként szabályozza majd a szerződésszegésért történő felelőséget (felróhatóságtól független lesz), illetve a szerződésen kívüli károkozás szabályait (itt továbbra is a vétkesség, felróhatóság lesz a felelősség alapja), ez az egyértelmű különbség nem teszi lehetővé majd a jelenlegi értelmezési eltérés fennmaradását. Valószínű, hogy az egészségügyi szolgáltatásra nem a szerződésszegésért történő felelősség szabályait kell majd alkalmazni.

Jelenleg azonban a kétféle értelmezés fennáll így az általános jogi feltétel még nem valósult meg, az csak részben segíti a szolgáltatókat a betegbiztonsági felelősség csökkentésében. Ez a segítség azonban csak akkor él, ha a szolgáltatók arra hivatkoznak. *A szolgáltatóknak, tehát a jelenlegi általános jogi feltételek mellett - különösen olyan tartalmú kártérítés iránti eljárások során, ahol nem szakmai mulasztással összefüggő ok miatt indult az eljárás - hivatkozniuk kell arra, hogy ne a szerződésszegésért történő felelősség, hanem a szerződésen kívüli károkozás szabályait alkalmazza a bíróság legalább a konkrét esetre, ha általános lehetőség nincs is. Ilyen hivatkozást még egyetlen olyan eljárás során sem hallottam az elmúlt 18 évben, amikor egészségügyi szolgáltató felelősségét betegbiztonsági okból vizsgálta bíróság.*

Speciális jogi feltételről

A speciális jogi feltétel, ami egyébként a szerződésszegésért történő felelősség szabályai mellett is alkalmazható három és fél lépcsőből áll.

1. Beavatkozási perbehívásról.

Az első, hogy ha nincs is lehetőség a betegbiztonsági felelősségért ténylegesen felelős közvetlen perlésére az egészségügyi szolgáltatók legalább az ilyen tárgyú perekben hívják perbe beavatkozóként a betegbiztonsági feltételért ténylegesen felelőst. Annak tartalmától függően, tehát a fenntartót, finanszírozót, vagy más beszállítót (pl. ha rossz minőségű az ágy annak gyártóját), sőt nem kizártn ha gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, implantátum alkalmazásával függ össze a károsodás a gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, implantátum gyártóját, forgalmazóját, hiszen a termékfelelősség igen szűk kimentési lehetőségeket biztosít gyártóknak, forgalmazóknak.

Ez a perbeli helyzet azt jelenti, hogy az eljárás továbbra is az egészségügyi szolgáltató ellen folyik, de mellette megjelenhet (a beavatkozás elfogadása nem kötelező, csak célszerű) a beavatkozó, ami perbeli félként a bizonyításban részt vesz, így a beavatkozó, illetve annak esetleges szakmai felelősségbiztosítója érdemben közreműködik abban, hogy az egészségügyi szolgáltató a peres eljárást ne veszítse el. Ez utóbbi azért lesz érdeke, mert a beavatkozás jellegéből attól tarthat, hogy a peres alperes a kifizetést kártérítést utóbb egy önálló eljárásban a beavatkozótól követelheti, hiszen a beavatkozásnak épen az, az alapja, hogy a beavatkozónak jogi érdek van a beavatkozásra és az alperes és beavatkozó közötti vagyoni jogi vita (kifizetést kártérítés áthárítása) ilyen jogi érdeknek minősül.

Az egészségügyi szolgáltatóval közreműködői szerződést kötő szolgáltatók, illetve az egészségügyi tevékenységet ténylegesen végző dolgozó beavatkozóként történő perbehívására betegbiztonsági felelőséget érintő perben elsődlegesen nincs lehetőség – először a

betegbiztonsági okokból fakadó károsodások közvetlen felelősét kell megtalálni nem pedig a közvetett felelősség terén kell további a szolgáltató melletti felelősöket találni - hiszen ezek a résztvevők már a szolgáltató által biztosított feltételek mellett végzik a tevékenységet, tehát ha ezen további szolgáltatók lennének felelősek a betegbiztonsági kérdésekért azok éppen az őket megbízó egészségügyi szolgáltató felelősségét vethetnék fel a nem megfelelő feltételek biztosítása miatt. Más terület ez, mint a szakmai felelősség, ahol a szakmaiság a közreműködőtől, dolgozótól függ elsődlegesen.

2.A beavatkozóval szembeni megtérítési igényről

A betegbiztonsági okból bekövetkezett károsodás miatt indított eljárás során számos a konkrét betegbiztonsági okot érintő feltétel – milyen jogszabályok, milyen szerződés alapján minek, kinek milyen módon, milyen tartalommal kellett bizonyos feltételt megvalósítania, és az egészében vagy részben miért nem történt meg – tisztázódhat.

Ezt követően az egészségügyi szolgáltató el tudja dönteni, hogy az adott betegbiztonsági okból bekövetkezett károsodás mennyiben az általa és mennyiben a beavatkozóként perbe hívott vagy perbe hívottak (hiszen több beavatkozó is lehet, ha a feltételeket többen biztosították a szolgáltató szerint) magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vezethetőek vissza.

Ezt követően a szolgáltató, ha marasztalják betegbiztonsági okból bekövetkezett károsodás miatt kártérítésre célszerű, ha az általa beavatkozóként perbe hívott vagy hívottak ellen az általa kifizetett (és nem a megítélt) kártérítés megtérítése iránt eljárást kezdeményez.

Az áthárítás ilyenkor lehet teljes körű, ha kizárólag a perbe hívott vagy perbehívottak a betegbiztonsági okból történő marasztalás közvetlen felelősei (több perbehívottra történő áthárítás esetén érdekes lehet az azok közötti megosztási arány is, bár főszabály az egymás közötti egyenlő arány). Az áthárítás lehet nem teljes körű, ha a betegbiztonsági okból történő károsodásért részben a szolgáltató is felelős a feltételek biztosításáért közvetlenül felelős, vagy felelősök mellett, ebben az esetben a szolgáltatót terhelő kártérítésen kívüli kártérítés áthárítása iránt indul az eljárás (a szolgáltató és a közvetlen felelősök közötti arány itt is főszabályként egymás között egyenlő arányú, ha csak nem igazolható a tényleges közrehatási arány).

A beteg és az egészségügyi szolgáltató közötti perbe azért szükséges a vélhetően közvetlen felelősök beavatkozóként történő perbe hívása, mert akkor a beavatkozó nem hivatkozhat arra, hogy ha az alapperben részt vett volna a szolgáltató azt nem vesztette volna el, így az áthárítási lehetőség megalapozatlan. Természetesen, ha a beavatkozó nem vesz részt az alapperben, mert a perbehívást nem fogadja el magát zárja el attól, hogy az előzőekre hivatkozzon. Az alapperben történő beavatkozóként perbe hívás azért is szerencsés, mert akkor az ott elhangzottakat az egészségügyi szolgáltató és a beavatkozó közötti megtérítési eljárásban már nem kell külön bizonyítani. Abban az esetben, ha az egészségügyi szolgáltató a beavatkozó ellen az eljárást az alapper befejezése után nem indítja meg úgy az áthárítás nem fog magától megtörténni (kivéve, ha egy beavatkozó azt mégis valószínűtlenül megteszi), tehát mindenképpen szükséges, hogy az egészségügyi szolgáltató legyen annyira bátor, hogy az elvesztett per után a megtérítés iránti eljárást elindítsa.

3.Közvetlen perlésről

Abban az esetben, ha több az 1.-2. pontokban említett eljárásra is sor kerül esély van arra, hogy egyértelműen tisztázódjon mikor beszélhetünk betegbiztonsági okból történő károsodásnál arról, hogy kizárólag a közvetlen felelős, feltételt biztosító felelősségéről van szó, illetve milyen esetekben részleges ez a felelősség az egészségügyi szolgáltató mellett. Ezekben a tisztázott esetekben, a jövőben megnyílik a lehetőség arra, hogy maguknak a közvetlen felelősöknek a gyakorlata változzon oly módon, hogy nem lesz szükség az egészségügyi szolgáltatók elleni perekre és azt követő megtérítési eljárásokra, hanem közvetlenül a feltételt-biztosítók ellen indul egészben vagy a szolgáltatókkal együtt részben az

eljárás (pl. olcsóbb lesz csak egy perben képviseltetni magukat a közvetlen felelősöknek). Az önkéntes lehetőség mellett, illetve helyett nem kiárt a szakmát érintő jogszabályok olyan változása is, ami lehetővé teszi a fenti tisztázott esetekben a közvetlen felelősök közvetlen perlését az egészségügyi szolgáltatók helyett. Ez a lehetőség azonban csak akkor valósulhat meg, ha a szolgáltatók az előző lépéseket végig viszik.

Sajnálatosan, hasonlóan az általános feltételekhez az elmúlt 18 évben nem talákoztam olyan szolgáltatóval, amelyik érdemben megpróbálta volna az előző –kiemelten az 1.-2.pontokban foglaltakat – lépéseket megvalósítani. Ezen a területen kell pedig meg kezdeni a közvetlen felelősök perlését a megtérítési eljárások helyett, mert itt jobban szétválasztható a felelősség alapja, mint a szakmai felelősség területén és az itt szerzett tapasztalatokat kellene ott alkalmazni a jövőben a felelősség tovább porlasztása érdekében.

4. Betegbiztonsági felelősség porlasztásáról?

Érdekes talán a betegbiztonsági felelősséget érintő három és feledik lépcső lehet majd - ha más feltétel-biztosítók helyett már nem kell az egészségügy szolgáltatóknak helytállniuk, és a betegbiztonsági okból fakadó károsodások közvetlen felelősei ellen már nem az egészségügyi szolgáltatók ellen indulnak az eljárások – hogy a közreműködők, sőt a munkajogi szabályok szerinti áthárítási korlátok mellett – gondatlan károkozásnál fél havi átlagfizetéstől-hat havi átlagfizetésig - a konkrét dolgozók is betegbiztonsági kérdésben felelősek legyenek.

A felelősség alapja ebben az esetben az lenne, hogy a szolgáltató által biztosított feltételek mellett, ha azokat teljes körűen ismertették velük, miért vállalták a munkát, illetve miért nem indítványozták a feltételek megváltoztatását. Ez a felelősség azonban semmiképpen nem jelentheti majd a teljes áthárítást, hanem a közreműködő és az egészségügyi szolgáltató között az áthárítás akként valósulhat meg, hogy egymás között egyenlő arányban oszlana meg a kártérítés (tehát pl egy közreműködő esetén az a kifizetett kártérítésnek csak 50% lenne áthárítható, több közreműködő esetén az arány változna), míg az egészségügyi dolgozók esetén az áthárítás a munkajogi korlátok mellett történhetne csak úgy, hogy az áthárítható összeg egy dolgozó esetén 50%, több dolgozó esetén más %, de az nem haladhatná meg a már említett mértékű munkajogi korlátot, tehát a ténylegesen áthárítható összeg jóval kevesebb lenne az előzőleg hivatkozott százalékos részesedésnél.

Ebben az esetben, az előzőekben említettek közül alkalmazható lehetne a beavatkozóként történő perbe hívás, illetve a beavatkozóval szembeni eljárás megindítása, ha a szolgáltatót marasztalják. Ez utóbbi lépésnél, mivel az egészségügyi szolgáltató és a közreműködő valamint a dolgozó közötti szerződéses kapcsolat számos feltételtől függő, illetve annak tisztázása, hogy a szerződők miről kaptak tájékoztatást, illetve mit értettek meg abból a feltételekkel összefüggésben. Egymás közötti eljárásban tisztázható csak az átháríthatóság, különösen, hogy a közreműködő betegbiztonsági oknál gyakrabban hivatkozhat arra, hogy tőle független okból következett be a károsodás, tehát nincs helye áthárításnak (pl. kórházi eredetű fertőzések), míg ez a hivatkozási lehetősége a szakmai felelősségnél, ahol a tevékenységével függ össze az átháríthatóság alapja, sokkal gyengébb. Így nem lenne arra lehetőség, hogy a szolgáltatók mellett a beteg által indított perben a közreműködők, egészségügyi dolgozók, mint a betegbiztonsági okból fakadó károsodásokért közvetett módon felelősök, alperesi pozícióban legyenek, tehát kvázi közvetlen felelősként feleljenek a szolgáltatóval egy-sorban.

Betegbiztonság és felelősségbiztosítás kapcsolatáról

A szakmai felelősségbiztosítási szerződés nem terjed ki a betegbiztonság körébe tartozó olyan eseményekre, amelyek nem szakmai szabályok megszegése miatt következnek be.

Ezt biztosítók három biztosítási feltétellel támasztják alá, melyek kezelésével a múltban a szolgáltatók nem törődtek eléggé, ami gyakran eredményezheti azt, hogy a szolgáltató helyett a biztosító nem áll helyt. Ennek a problémának a kezelése is több lépcsős először a jelenlegi

biztosítói technikákat kell csökkenteni, illetve alkalmazkodni azokhoz, míg később célszerű minél inkább a területet érintő sajátos biztosítási termékek, feltétel –rendszerek kialakítása.

1. Bizosítási eseményről, kizárásról visszakövetelési jogról

A biztosítási esemény, ami direkt módon határozza meg miért áll helyt egy biztosító. A biztosítási esemény kifejezetten hangsúlyozza, hogy csak a szakmai szabályok elvárások megszegése miatti károkozásra terjed ki, tehát ami nem a szakmai szabályok megszegésével, hanem valamilyen működési feltétel nem megfelelő biztosításával függ össze az nem minősül biztosítási eseménynek.

A kizárások között indirekt módon kerül meghatározásra, hogy miért nem áll helyt a biztosítási esemény esetén sem a biztosító, tehát ha mégis biztosítási eseménynek minősíthető lenne egy nem a szakmai szabályszegéssel összefüggésben bekövetkezett betegbiztonság körébe tartozó esemény, akkor a kizárások közötti előírás miatt nem áll helyt a biztosító. *Ezt a biztosítók úgy oldják meg, hogy a kizárások között nevesítve szerepeltetik, hogy az ingók és ingatlanok üzemeltetésével összefüggő káreseményekre nem terjed ki a biztosítás.*

A harmadik eszköz arra az esetre, ha egy a betegbiztonság körébe tartozó esemény mégis átcsúszik az előző két szűrőn, hogy a biztosító a visszakövetelési jog - biztosító fizet a betegnek kártérítést, de azt visszaköveteli a szolgáltatótól – estei között szerepelteti a nem megfelelő tárgyi és személyi feltételeket. *A betegbiztonság körébe tartozó kérdések elsősorban a tárgyi és személyi feltételek nem megfelelő megvalósítása miatt merülnek fel, így azokra a visszakövetelési jog említett esete alkalmazható..*

2. Üzemeltetői felelősségbiztosításról

A fenti hármas szűrőből az üzemeltetői felelősségbiztosítás, mint kiegészítő felelősségre kötött külön díjazásért létrehozott biztosítás az első két feltételt kiváltja, hiszen ilyenkor az egészségügyi szolgáltatáshoz szüksége ingó és ingatlan vagyontárgyak üzemeltetése során bekövetkezett károsodások biztosítási eseménynek minősülnek és az ezzel kapcsolatos kizárás sem érvényesíthető. Gyakori, hogy ennek a biztosításnak magasabb az eseti limitje, mint a szakmai felelősségbiztosításé. Fennmarad azonban a tárgyi és személyi feltételek miatti visszakövetelési jog erre az esetre is.

A fentiek szerinti biztosítás sem teljes körű, mert az üzemeltetés és a működtetés lehet eltérő fogalom, így lehetséges, hogy még mindig marad olyan terület, amire a biztosítási esemény nem terjed ki, illetve a visszakövetelési jog csak akkor lenne kizárható, ha a szerződésbe nevesítenék, hogy mi minősül tárgyi és személyi feltételnek és ott azt szűk körűen fogadnák el, akár szűkebben, mint a 60/2003 ESzCsM rendelet szerinti szakmai minimumfeltételek.

3. Betegbiztonsági felelősségbiztosításról

A betegbiztonságra kiterjedő hatékony felelősségbiztosítás úgy valósítható meg, tehát ha egy szolgáltató a szakmai felelősségbiztosítás mellett üzemeltetési és általános felelősségbiztosítást is, köt azzal, hogy ha az nem fedi le teljes körűen a működtetést és működést arra a jövőben egy további nevesített biztosítási terméket is ki lehetne a szolgáltatói oldalnak dolgoztatni. Szükséges lenne még, hogy a kizárások között a szerződések megkötése során ne szerepeljen a már említett kizárás, illetve más a betegbiztonságot érintő feltételek sem, ami a kizáró feltételek gondos átolvasásával értelmezésével és akár többletdíjért történő elhagyásával valósítható meg. A visszakövetelési jog esetei közül a tárgyi és személyi feltételek korlátozására már az előbb ismertettem a javaslatot a pontos, szűkítő értelmezés melletti meghatározással. Ezek a rövidtávú megoldások a betegbiztonsági kérdéseket lefedő felelősségbiztosítás érdekében. Sajnálatosan az elmúlt évtizedben az üzemeltetői felelősségbiztosítás megkötésén túl, annak feltételeinek tisztázása során, nem láttam, hogy szolgáltatók további figyelmet fordítottak volna a betegbiztonsági kérdések minél szélesebb körű felelősségbiztosítási védelmére.

Természetesen hosszú távon az sem kizárt, hogy az előzőekben felsoroltakat egy önálló termékben egy nevesített megbízottsági felelősség miatti biztosítási szolgáltatásban jelenítsék meg akár további speciális feltételekkel. Ezt megint csak a szolgáltatónak kell kezdeményezni, mer a biztosítók maguktól nem fogják a felelősségüket bővíteni.

Szakmai felelősség porlasztásáról, elkerüléséről

A szakmai felelősségnél egyértelműbb, hogy azért az egészségügyi szolgáltató felelőssége miért elsődleges, hiszen az a szolgáltatás tényleges tartalmával, a szolgáltató által végzett egészségügyi szolgáltatás milyenségével függ össze. Természetesen szakmai felelősségnél is felmerülhet azonban a kártérítési felelősség illetve az okozott kár megtérítésének elsődlegesen porlasztása, - szolgáltató viseli a kárt a beteg irányában, de azt utóbb részben vagy egészben más tényleges károkozótól megtéríteti – és másodlagosan elkerülése – a szolgáltató helyett vagy mellett más a tevékenységet ténylegesen végzők közvetlenül feleljenek az okozott károsodásért.

Szakmai felelősség porlasztásáról.

Az általános és speciális jogi feltételei hasonlóak, mint a megbízottsági felelősség kérdésének. Szükséges, tehát ehhez a területhez is a szerződésszegésért illetve a szerződésen kívüli károkozás szabályainak egyértelmű jövőbeli eldöntése.

1. Különleges jogi feltételről

A szakmai jogi feltételek közül is nélkülözhetetlen a három klasszikus lépésből az első kettő - beavatkozás, megtérítési igény beavatkozóval szemben - *de kihagyhatatlan további különleges feltételként a szolgáltatás tartalmát szabályozó vizsgálati és terápiás eljárási rendek, szakmai minimumfeltételek, intézményi belső protokollok, szakmai kollégiumok módszertani leveleinek megalkotása*, illetve a jelenlegieknek a további bővítése, hiszen ezek döntenek el pl, hogy milyen az egészségügyi szolgáltatás minőségi tartalma, ami alapján meghatározható, hogy az adott szakterületen egy egészségügyi dolgozótól, közreműködő egészségügyi szolgáltatótól mi várható el. *Szintén kihagyhatatlan a finanszírozási eljárás rendek megalkotása* (ilyen ismereteim szerint nem készültek el), ami viszont azt mutatná be, hogy egy finanszírozó milyen protokollok betartását várja el, illetve melyeket minősít olyannak, amire a finanszírozás kiterjed.

2. Általános beavatkozókról

Beavatkozóként perbe hívható lenne a finanszírozó, ha a finanszírozási eljárás rend alapján nem biztosít olyan feltételt, ami az adott betegség ellátásához nélkülözhetetlen lenn pl. egy belső protokoll, vagy módszertani levél esetleg vizsgálati és terápiás eljárási rend alapján. Szintén beavatkozó lehetne a finanszírozó, de a fenntartó is, ha a szolgáltatás tartalmához tartozó tárgyi és személyi feltételt nem biztosítja vagy az adott finanszírozás mellett az nem biztosítható. Mindkét fenti esetben a beavatkozóra az a kifizetett kártérítés hárítható át, ami a beavatkozóként perbehívottak által biztosított feltételekkel vagy azok hiányával összefüggésben beállt kárból következik.

Beavatkozó lehet továbbá a közreműködő (szabadfoglalkozású, illetve önkéntes jogviszonyban lévő egészségügyi dolgozó, amikor a közreműködést nem működési engedéllyel rendelkező végzi), amelyik szolgáltató mindig a beteggel jogviszonyba kerülő egészségügyi szolgáltató nevében végzi a beteg számára közvetlenül a szakmai tevékenységet. Közreműködőre az általa okozott és a szolgáltató által a károsultnak kifizetett kártérítést teljes mértékben áthárítható.

3. Speciális beavatkozókról

Beavatkozó lehet a közreműködő mellett az egészségügyi dolgozó is. A munkajogi szabályok szerint gondatlan károkozás esetén a munkavállalóra egy havi átlagkereset 50%-a hárítható

át, de munkaszerződés dönthet úgy, hogy az másfélszeres, míg kollektív szerződés maximum hat havi átlagkeresetig terjedő áthárításról rendelkezhet. Vezető állásúaknál ez az áthárítási mérték akár 12 havi átlagkereset is lehet. A szándékos károkozásnál teljes mértékben áthárítható a dolgozóra az általa okozott kár.

Önmagában a gondatlan károkozás miatti áthárítás lehetősége, még akár a legalacsonyabb mértékében is lehetővé teszi, hogy a szolgáltató a dolgozóját beavatkozóként perbe vonja hiszen az áthárítás lehetősége vagyoni jogvitát feltételez, jogi érdekként dolgozó és szolgáltató között.

Kérdés azonban, hogy miért ne lehetne az egészségügyben a kollektív szerződés alapján általában hat havi áthárítás, vagy miért nem lehet az egészségügyben önálló döntési jogkörrel bíró személyek esetén úgy nyilatkozni, hogy ilyen szituációban a felelősség mértékében vezetőnek minősülnek, illetve ismert a tényleges vezetői minőség széles-körű megfogalmazásának lehetősége is, és így az áthárítás mértéke sokkal inkább indokolja a beavatkozó pozíciót.

4. Eshetőleges szándékról és károkozásról

Másik kérdés, hogy miért csak gondatlan károkozásban gondolkozunk? A Munkaügyi Kollégium 25 számú határozata alapján akkor is szándékosan okoz kárt a munkavállaló, ha előre látja a mulasztásának, cselekményének károsító következményeit és azokba belenyugszik (eshetőleges szándék) Nem kell tehát kívánni a következményeket elegendő ha azokat látja előre a dolgozó és azokba belenyugszik. Természetesen nem állítható, hogy minden következményre alkalmazható ez a formula, de ha pl. egy ismert szövődményről kockázatról van szó és annak bekövetkezési valószínűsége magas nyugodtan lehet azt a következtését alkalmazni, hogy ha azok ellenére az adott beavatkozást vagy technikát alkalmazza a dolgozó, hogy legalább az eshetőleges szándék fennállt. Ilyen feltétek mellett az eljárásjogi értelemben vett beavatkozó pozíció még inkább indokolt.

Más kérdés, hogy a dolgozó károkozásának szándékossága vagy gondatlansága az alapperben csak vélelmezett indok a beavatkozásra, az ténylegesen csak a dolgozó és a szolgáltató közötti megtérítési eljárásában nyer igazolást. Kedvező változást jelent a dolgozói beavatkozás – akár szándékos, akár gondatlan felelősség esetén - oly módon, hogy a dolgozó nem csak esetleg meghallgatandó tanú lenne, hanem érintett, érdekelt lenne az eljárásban.

5. A beavatkozóra történő áthárításról

A beavatkozás ebben az esetben is azt a célt szolgálja, hogy a beavatkozó minden erejével segíti a szolgáltatót a per megnyerésében, illetve az alapperben igazoltak, elhangzottak nem igényelnek majd további bizonyítást a megtérítési eljárás során, akár részt vett a beavatkozni kért az alapperben, akár nem.

A beavatkozás mellett a szakmai felelősségnél is szükség van a beteg és szolgáltató közötti per lezárását követően a megtérítési eljárásra. Ennek során ha a károsodásért teljes mértékben a megtérítésre kötelezett felel, akkor teljes áthárítás történik, illetve ilyen esetben, ha gondatlan a károkozás a dolgozóra kizárólag a munkajogi korlátok mellett történik az áthárítás. Abban az esetben, ha csak részleges a beavatkozni kért felelőssége a szolgáltató mellett, tehát egy-sorban felelnek, főszabályként egymás között egyenlő arányban hárítja át a kifizetett és nem az okozott kártérítést a szolgáltató, természetesen gondatlan károkozásnál itt is határt szabnak a munkajogi korlátok.

Érdekes probléma lehet, ha egy szolgáltató az áthárítás sikeressége érdekében a munkaszerződésben nevesíti, hogy mely estek minősülnek eshetőleges szándékosságnak, ahol nyilván eltér majd a szolgáltató és dolgozó érdeke. Az sem kizárt, hogy a munkaszerződésben a szándékosságra megalkotott teljes átháríthatóságot, eshetőleges szándékosságnál valamilyen a hat hónapot meghaladó, de a teljes áthárítást el nem érő mértékben korlátozzák, hiszen a dolgozóra kedvezőbb – és a teljesebb minden korlátozás kedvezőbb - feltétel a szerződésben meghatározható. Szintén összeütközés lehet, ha egy szolgáltató a közreműködőjének

működési formáját köti meg a teljes körű áthárítás érdekében (pl. a bt és egyéni vállalkozót előtérbe helyezi a korlátozott felelőséggel szemben). *Ilyen porlasztási kísérletek voltak már az elmúlt években nem vezettek igazán eredményre és elsődlegesen csak a közreműködőkkel szemben indultak, amit szélesíteni kell a jövőben finanszírozóra, dolgozóra, fenntartóra is.*

Felelősség elkerüléséről.

Szakmai felelősségnél csak hosszútávon alakulhat ki a speciális felelősség harmadik lépése a közvetlen perlés lehetősége. Ehhez szükséges további jogi akadályok lebontása is.

1. A felelősség áttörés lehetőségeiről

Közreműködőnél a 2003. évi LXXXIV törvény és a Polgári Törvénykönyv, teljesítési segédre vonatkozó rendelkezései akadályozzák, hogy a közreműködő közvetlen felelősége felmerüljön, hiszen e rendelkezések alapján a betegnek mint megbízónak a megbízott egészségügyi szolgáltatót áll helyt, még akkor is ha közreműködő, teljesítési segéd útján teljesít.

*A dolgozók esetén a Ptk 348.§-a a korlát, hiszen annak előírása szerint a munkaviszonyban lévő dolgozó károkozásáért a munkáltató a felelős. Ezek a korlátok azonban a társasági jogban egyre inkább alkalmazandó felelősség-áttörési szabályok mellett a jövőben áttörhetőek lesznek, hiszen ott is arról van szó, hogy bizonyos esetekben – pl. ha a tag magatartása a cég tevékenységével kirívóan ellentétes - a társaság mégsem felel a tag vagy vezetője károkozásáért, hanem közvetlen lesz ez a felelősség és nem is korlátozódik a társaság vagyonára, hanem a tagéra, vezetőjére terjed ki.. Ugyanezt lehetne alkalmazni a munkaviszony esetén is bizonyos esetekben, amelyeket meghatározhat jogszabály, de annak felhatalmazása alapján munkaszerződés is és ekkor nem érvényesülne a munkáltató helytállási kötelezettsége. Ezt az áttörést segítheti majd az új Ptk is. Abban esetben, ha ezek a jogi áttörési feltételek megvalósulnak bekövetkezhet, hogy a szolgáltató helyett szakmai mulasztásért is fenntartó, finanszírozó, közreműködő, egészségügyi dolgozó feleljen közvetlenül a beteg irányában, de sokkal inkább valószínű, hogy ez a felelősség a szolgáltató mellett egymás között egyenlő arányban valósul majd meg oly módon, hogy részben a szolgáltató és részben a fentiek lesznek közvetlenül felelősek. *Ez utóbbira természetesen még nincs példa hasznos lenne, ha legalább a beavatkozás megvalósulna, mert ez vezetne a megtérítési igényeken keresztül a felelősség áttörés igényéhez és azt követően a közvetlen felelősséghez eseteihez és gyakorlatához.**

2. A felelősségbiztosító közvetlen perléséről

Még speciálisabb áttörés lenne, ha megvalósulna a közvetlen biztosítói perlés, mint a kötelező gépjármű felelősségbiztosításnál. Erre az elvi lehetőség az új Polgári Törvénykönyvben adott lesz, hiszen ahol kötelező a szakmai felelősségbiztosítás (és az egészségügy ilyen) ott lehetőség lesz arra, hogy közvetlen biztosítói perlés legyen az általános gyakorlat. Ebben az esetben a szolgáltatóknak nem kell helytállni ha limiten belüli lesz a marasztalás sőt ekkor ha a kereseti kérelem nem haladja meg a limitet nem is szükséges hogy perben álljon a szolgáltató Ilyen esetben csak beavatkozó lehet a szolgáltató, amelyik mindent megtesz, hogy a biztosító pert nyerjen. A limitet meghaladó marasztalás azonban a szolgáltatót terheli, így ha a kereset meghaladja a limitet a szolgáltató is közvetlenül perben áll a biztosító mellett a limitet meghaladó részre. Szükséges ezért a jelenlegi alacsony limit emelése és természetesen a biztosítót a szolgáltatóhoz hasonlóan megilletik majd azok a lehetőségek, hogy beavatkozóként a már említetteket perbe vonja illetve áthárítsa azokra kifizetett kártérítést.

Szakmai felelősségbiztosítási sajátosságokról.

A szakmai felelősséggel porlasztásának lehetőségével együtt kell értelmezni a szakmai felelősségbiztosítás néhány speciális esetét a közreműködői és a jövőben lehetséges dolgozói szakmai felelősségbiztosításról.

1. Közreműködői felelősségbiztosításról

Az egyik fontos kérdés a közreműködők biztosítása.

Itt a biztosítási esemény gyakran csak a károsultnak károkozásra terjed ki, ami a közreműködő és egészségügyi szolgáltató jogviszonyában nem értelmezhető, természetesen, ha ez nem szerepel a biztosítási eseményben, akkor az általános egészségügyi szakmai felelősségbiztosítási biztosítási esemény a közreműködőkre is kiterjed.

Gyakori kizárási feltétel a közreműködők esetén, hogy a biztosítás nem terjed ki azon károkozásokra, melyet az orvos olyan egészségügyi intézményben végzett tevékenységével okozott, melynek fenntartója nem a károkozó orvos vagy olyan vállalkozás, aminek a károkozó tagja vagy alkalmazottja. Ez a kizárás a közreműködés tényéért való felelőséget zárja ki ezért közreműködőnek mindenképpen szükséges arra törekednie, hogy azt többletdíjért a biztosító ne alkalmazza.

Szintén a közreműködői biztosítás egyik problémája a visszakövetési jog esetei között a közreműködő működési engedélyének hiánya, ami mind az egészségügyi szolgáltató és beteg közötti, mind a szolgáltató és közreműködő közötti jogviszonyra azt jelentheti, hogy a biztosító visszaköveteli a szolgáltatótól a betegnek kifizetett kártérítést, míg a közreműködőtől a szolgáltatónak megtérített kártérítést.

Érdekes, nem egyedi probléma lehet a limit kérdése, ha azt már egy adott biztosító kifizette a beteg irányába, hiszen ha ugyanaz a biztosítója a közreműködőnek, mint a szolgáltatónak a biztosító nem fog a limit megtérítése iránt eljárást indítani, így a szolgáltató csak limit feletti összegre indít megtérítés iránt eljárást a közreműködő ellen, tehát a limit közreműködés esetén ebben a situációban kvázi magasabb. Abban az esetben, ha más a szolgáltató és a közreműködő biztosítója, akkor a szolgáltató biztosítója is eljárást indít a saját limitjének megtérítéséért, illetve a szolgáltató is limit feletti összeg megfizetéséért a közreműködővel szemben.

Ilyen feltételek mellett rövid távon ezeket a problémákat kell a közreműködőknek kiküszöbölni a biztosításaik megkötése során a feltételek egyéniesítésével, majd hosszútávon célszerű kiharcolni egy speciális közreműködői felelősségre vonatkozó biztosítási terméket, ami a fenti problémákat egységesen oldja meg arra az esetre, ha kizárólag közreműködőként végez szolgáltatást egy egészségügyi szolgáltató. Ez kizárólag a szolgáltatók oldaláról jöhető kezdeményezéssel valósulhat csak meg, még az sem várható, hogy a szakmai felelősségbiztosítás minimumfeltételeiről szóló esetleges rendelet ezt a biztosítási formát külön rendezné annak túlzottan egyedi igényei és sajátosságai miatt. A szabadfoglalkozású illetve az önkéntes jogviszonyban lévő egészségügyi dolgozónak, ha egyedi esetekben kivételként nem kell biztosítást kötnie, hasonló problémákat kell megoldania, mint a közreműködőnek.

2. Dolgozói felelősségbiztosításról

Teljesen új és egyedi biztosítási területet jelenthet az egészségügyi dolgozók önálló szakmai felelősségbiztosítása. Ez gondatlan károkozások esetén történő összegek áthárítására is megvalósulhat (nyilván nem túl drága biztosítás, nem túl magas, jogszabály szabta munkajogi áthárítási limitekkel, vagy ha azok több hónapra is kiterjednek biztosítási szerződésben meghatározott hónapra eső átlagkeresetre vagy összegszerűen meghatározott limitre). Az alacsony biztosítási helyállási igény lehetővé teszi, hogy ez a biztosítás más termékek kiegészítő feltételi között szerepeljen, pl. jogvédelmi biztosításban vagy akár lakásra, rendelőre kötött vagyonbiztosításban.

Szándékos károkozás esetén egy kvázi közreműködői szakmai felelősségbiztosításról van szó, ami tovább limitálható, hogy szándékos károkozásakor mennyit visel a biztosító.

Ez a biztosítási terület Európa néhány államában nem ismeretlen, amint a dolgozókat érintő beavatkozások száma növekszik egyre több lesz az áthárítás, esetleg növekszik az áthárítható összeg mértéke, aránya ekkor nyilván jelentős szélesedése várható ennek a biztosítási terméknek is.

Ennek a kezdeményezése is inkább az egészségügy oldaláról lenne elvárható, bár nem kizárt, hogy az egészségügyi szolgáltatói limitek esetleges nagyobb mértékű emelkedésével a biztosítási piac reagál úgy, hogy további biztosítandókat keres a biztosítási díjbevétel növelése érdekében, ami lehetővé teszi majd, hogy a szolgáltatói limitek emelkedése nem jár majd drasztikus biztosítási díjemeléssel és ez egy, az egészségügyi tevékenységben részt vevők közötti arányosabb, tovább porlasztott teherviseléshez is vezethet (a tényleges károkozó személye is szerződővé válik nem csak biztosított lesz a szolgáltató szerződésében)

Betegellátásból tényleges szakmai felelősség kialakításának folyamatáról

Látható, hogy a jelenlegi szinte mindenre kiterjedő az egészségügyi szolgáltatót terhelő betegellátási felelősségről

- először leválasztható a betegbiztonsággal összefüggő felelősség több lépcsőben (először közvetetten, megtérítéssel aztán szolgáltatói felelősség nélküli közvetlen károkozók felelősségén keresztül)
- másodsorban az esetlegesen megmaradt, a beteggel jogviszonyban lévő szolgáltatók terhére átrakódott betegbiztonsági felelősségre sajátos felelősségbiztosítás kerül kialakításra
- harmadszor leválasztható a nem a közvetlenül a szolgáltatót terhelő szakmai felelősség szintén több lépcsőben (elsősorban a felelősség porlasztása útján és kisebb részben a felelősségnek a közvetlen károkozók részére történő átadásával)
- negyedszer a szolgáltatóknál maradt, illetve a más károkozókhoz átkerült továbbá a porlasztásnál megtéríteni kért felelősségre hatékonyabb, szélesebb körű, a sajátos igényeknek jobban részletezett és megfelelő szakmai felelősségbiztosítás megvalósításával

a tényleges (a szolgáltató által közvetlenül okozott kárral összefüggő) szakmai felelősségre szűkíthető a beteggel jogviszonyba kerülő egészségügyi szolgáltató kártérítési felelőssége.

Ismételten fontos kiemelni, hogy a fenti szűkítési folyamat szinte kizárólag attól függ, hogy az egészségügyi szolgáltatók végrehajtsák –e azt, kezdeményezik-e azt, mert más oldalról nem várható változás (a betegnek kényelmes mindig a szolgáltatót perelni, a biztosító nem kívánja magától az érintett piacot növelni, mivel mindig annak magas kockázatról beszél, a fenntartó, finanszírozó magától nem nyilatkozik majd úgy, hogy átvállalja a felelősséget a szolgáltatótól)

A passzív magatartás, ami az egészségügyi szolgáltatókat jellemzi csak a jelenlegi szolgáltató központú marasztalásokat szaporítja.

Az egészségügyi szolgáltatók célként fogalmazhatják meg tehát, hogy a betegellátás ne szóljon felelősségről, csak a beteg ellátásáról, míg a szakmai felelősség is csak tényleges szakmai felelősségre terjedjen ki, ami a betegbiztonsági okból történő csökkentést, míg a szakmai felelősség porlasztását és részben csökkentését igényli szolgáltatók aktív részvételével. Ez is egy módja, és a jelenlegi helyzetben kiemelten hatékony módja lehet a magas, széles-körű elvárhatóságon nyugvó az egészségügyi szolgáltatókat terhelő kártérítési felelősség, illetve a kártérítések összegszerűsége, kezelésének.

Dr. Simon Tamás

Ügyvéd, biztosítási szakjogász Szakmai felelősségbiztosítás és az irányelv

Az irányelv szerint az ellátást nyújtó tagállam feladata a tagállam területén nyújtott ellátás terén a kockázat jellegével és mértékével arányos szakmai felelősségbiztosítási rendszer vagy olyan garancia vagy hasonló

szabályozás működtetése, amely a célok tekintetében a felelősségbiztosítással azonos vagy alapvetően összehasonlítható a tagállam területén nyújtott ellátás céljából.

A fentiekből kiemelendő követelmény tehát, hogy nem elégséges pl. kötelező felelősségbiztosítási rendszer kialakítása az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggésben bekövetkezett károk megtérítésére, hanem a kötelező felelősségbiztosítási rendszernek a kockázat jellegével és mértékével arányos felelősségbiztosításnak kell lennie.

A jelenlegi hatályos magyar megoldás az Egészségügyről szóló törvény 108.§. (2) bekezdése alapján nem felel meg teljes körűen az irányelvben megfogalmazott követelményeknek, mert bár kötelező jelleggel írja elő az egészségügyi szolgáltatók számára a szakmai felelősségbiztosítási szerződés megkötését, de annak tartalmáról, feltételéről nem tesz említést. Abból az előírásból, hogy az okozott kár megtérítésére kell biztosítással rendelkezni, nem következik az, hogy annak teljes körét vagy jelentős részét le is kell fednie a biztosításnak. A hatályos jogszabályok mellett jelenleg ha egy egészségügyi szolgáltató 5 Ft-os limittel rendelkező felelősségbiztosítással rendelkezik megfelel a törvény előírásának, hiszen azt is arra használja, illetőleg a biztosítás is arra szól, hogy az okozott kárt térítse meg, igaz igen korlátozottan.

Az irányelv alapján, tehát az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosításának tartalmi jogszabályi követelményei mindenképpen módosulásra szorulnak.

Az első kérdés, amit el kell dönteni, hogy többlépcsős – felelősségbiztosítás feltételeinek rendezése, majd az ideális biztosítási forma (egyesület, szövetkezet stb.) megtalálása és megalapítása - megoldásra van-e lehetőség, vagy a legegyszerűbb formához kell nyúlni. A szakmai felelősségbiztosításnak az 1990 óta rendezetlen feltételei, illetve az irányelv előírása, ami kizárólag a felelősségbiztosítási szolgáltatás tartalmát, feltételeit érinti és nem a biztosítás formáját (kockázat jellegével és mértékével arányos biztosítást nyújthat gazdasági társaság és egyesület is) megköveteli, hogy jelenleg a legegyszerűbb megoldás megvalósítása történjen meg, így csak a biztosítás feltételei kerüljenek pontosításra és ha azok mellett a későbbiekben szükséges akkor alakuljon pl. biztosító egyesület az egészségügyben is. Szinte kizárt azon laikus félelem, hogy majd a Magyarországon működő biztosítók nem nyújtják a módosított feltételék szerinti biztosítást, hiszen ezek a biztosítók kizárólag leányvállalatok és az anyavállalataik más országokban sokkal magasabb limitek mellett is szolgáltatják az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosítását.

I.

A szakmai felelősségbiztosítás tartalmi követelményeinek az irányelvvel egyező változtatásaira az alábbi lehetőségeket látjuk:

Kedzdetleges megoldás. Az Egészségügyről szóló törvény 108. §. (2) bekezdésébe a megfelelő szót helyezzük be. Abban az esetben, ha bekerül a megfelelő szó a törvény szövegébe úgy az *egészségügyi szolgáltatónak a szolgáltatás során okozott kár megtérítésére megfelelő felelősségbiztosítással kell rendelkeznie*. Ettől kezdve akár az érdekképviselők, akár az engedélyt kiadó hatóság saját hatáskörében (nem jogszabályban) megfogalmazhatja azokat a feltételeket, amelyek mellett megfelelőnek értékelik a felelősségbiztosítást.

Ilyen előírás jelenleg is van az egészségügy területén: az orvosi kutatásoknál az Egészségügyről szóló törvény 164. §.(2) bekezdése szerint a kutatásokra vonatkozó, a kockázatoknak megfelelő felelősségbiztosítással kell rendelkezni az engedélyesnek, míg a gyógyszerkutatásoknál (klinikai vizsgálatoknál) az Emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről szóló 2005. évi XCV törvény 3.§.(5) bekezdése alapján a felelősségbiztosításnak megfelelő fedezetet kell nyújtania a klinikai vizsgálatokkal kapcsolatos esetlegesen érvényesítendő kártérítési követelményekre. A megfelelő szó mindkét esetben azt eredményezi, hogy a kutatási engedélyt kiadó testületek ismereteim szerint legalább 50 millió forint eseti limittel bíró szerződéseket fogadnak csak el, tehát mérlegelési jogukkal élhetnek és élnek is.

A megfelelő szó nem azonos az irányelvben megjelölt kockázat jellegével és mértékével arányos kifejezéssel, hiszen lehet valami megfelelő, ami még nem bír az irányelv által meghatározott elvárhatósággal. A megoldás ténylegesen csak a már említett jelenleg is hatályos egyéb kutatási jogszabályok alapján vetődhet fel azzal, hogy talán inkább lehetséges, hogy a két kutatási szabályban is a megfelelő szó helyett a későbbiek során az irányelvből vett kifejezést indokolt szerepeltetni.

Egyszerű megoldás Az Egészségügyről szóló törvény 108. §. (2) bekezdésébe a kockázat jellegével és mértékével arányos kifejezést (irányelvben megjelölt elvárhatósági kritérium) helyezzük be. Abban az esetben, ha bekerül az említett kifejezés a törvény szövegébe úgy az *egészségügyi szolgáltatónak a szolgáltatás során okozott kár megtérítésére a kockázat jellegével és mértékével arányos felelősségbiztosítással kell rendelkeznie*. Ettől kezdve akár az érdekképviselők, akár az engedélyt kiadó hatóság saját hatáskörében (nem jogszabályban)

megfogalmazhatják azokat a feltételeket, amelyek mellett a kockázat jellegével és mértékével arányosnak értékelik a felelősségbiztosítást. Ilyen tartalmú előírás a hatályos jogszabályokban nincs, ha az egészségügyi szolgáltatás számára ez kerülné megfogalmazásra más szakmai felelősségnél is alkalmazható lehetne.

Előnye a fenti két megoldásnak, hogy nemcsak a limitről rendelkeznek, így a megfelelő, vagy a kockázat jellegével és mértékével arányos előírás alatt több biztosítást érintő feltételt is meg lehet fogalmazni (pl. kizárásokat, időbeli hatályt is), illetve ezt több testület is megteheti. Ez utóbbiak azonban a hátránya is, a nem konkrét megfogalmazás lehetővé teszi azt is, hogy túl sok feltételt írjanak elő, illetve ha a különböző testületek eltérő feltételeket fogalmazhatnak meg, ami a szolgáltatóknak bonyolult helyzetet teremtene, hogy melyiknek feleljenek meg. Kiemelt hátránya viszont a megoldásnak, hogy a biztosítókat nem kötik a megfelelő, illetve a kockázat jellegével és mértékével arányos biztosítás részleteit előíró hatóságok, érdekképviselők feltételei, tehát nincs arra garancia, hogy nyújtanának olyan tartalmú biztosítást, mint amit elvárnának a megfelelő szót vagy az irányelv által használt kifejezést tartalommal kitöltők. Ez azt eredményezheti, hogy a biztosítók diktálhatnák a szerződési feltételeken keresztül, hogy a hatóságok, érdekképviselők mit minősíthetnének megfelelőnek.

Ügyes-ügyvédes megoldás. Az ügyvédekről szóló 1998. évi XI törvény 13. §. (3) bekezdésének f.) alpontja alapján akkor veszik fel az ügyvédet a kamarába, tehát akkor végezhet ügyvédi tevékenységet, ha a Magyar Ügyvédek Biztosító és Segélyező Egyesületének tagja, vagy a kamara által elfogadott más felelősségbiztosítása van. Az ügyvédek esetén, tehát nevesítve a tevékenységet engedélyező testületnek mérlegelési joga van, hogy milyen biztosítást fogad el. Ugyanez a megoldás megvalósítható szintén a már említett Egészségügyi törvény 108.§-ának módosításával, ami úgy szólna, hogy az egészségügyi szolgáltatónak az okozott károk megtérítésére az egészségügyi szolgáltatás végzésére működési engedélyt kiadó által elfogadott felelősségbiztosítása van. Ez a megoldás csak akkor alkalmazható, ha úgy értelmezi a jogalkotó az irányelvből fakadó kötelezettséget, hogy a működés engedélyt kiállító hatóságra bízhatja, hogy meghatározza mi minősül az irányelv szerinti kockázat jellegével és mértékével arányos felelősségbiztosításnak. Az ügyvédség esetén nincs olyan irányelv, ami az előbb említett tartalmi megkötést meghatározná, ezért a jogalkotó érdemben nem bízta más testületre az irányelv jellegéből a jogalkotót terhelő kötelezettséget.

Előnye a megoldásnak, hasonlóan az előzőekhez, hogy többféle feltételről szólhat, sőt további előnye, hogy azt már csak egy hatóság, testület fogalmazhatná meg, tehát az előzőekben említett egyik feltétel-összeütközés kizárható lenne. Kiemelt hátránya ennek a megoldásnak is biztosító egyesület hiányában (és csak ezért nincs értelme biztosító egyesületet alapítani annak magas költségei miatt), hogy a biztosítókat ez a feltétel sem kötné, hogy az engedélyt kiadó hatóság, testület által előírtak szerinti biztosítást szolgáltatassanak.

Lehetséges-közjegyzős megoldás. A közjegyzőkről szóló 1991. évi XLI törvény 10§. (29 bekezdése szerint a közjegyző a működése körében okozott károk megtérítésére legalább ötvenmillió forint értékű felelősségbiztosítást köteles kötni és azt működése tartalma alatt fenntartani. Nincs annak akadálya, hogy az Egészségügyről szóló törvény 108. §.-a akként szóljon, hogy az egészségügyi szolgáltatónak a működése során okozott kár megtérítésére legalább ötven millió forint értékű (eseti helytállási limittel bíró) felelősségbiztosítással kell rendelkeznie. Ebben az esetben ennél alacsonyabb eseti helytállási limittel bíró szakmai felelősségbiztosítás az egészségügy területén nem működhetne, magasabb viszont természetesen igen.

Ennek a megoldásnak két feltétele van. Az egyik, hogy az 50 millió forintos eseti limit megfeleljen a kockázat jellegével és mértékével arányos kockázatnak, ami a jelenlegi bírói gyakorlat alapján az elfogadhatósági határértéken belül van (alacsonyabb összeg nem célszerű, magasabb vélhetően a biztosítási díjak emelkedése miatt nem lehetséges). A másik feltétel, hogy kizárólag az eseti helytállási limit összege legyen az a követelmény, ami a szakmai felelősségbiztosítást a kockázat jellegével és mértékével arányossá teszi. Ez utóbbi – bár jogalkotó dönthet így az irányelve közelebbi meghatározása hiányában - már kérdéses, hiszen a szakmai felelősségbiztosítás összetett számos egyéb feltételből (kizárás, önrész, hatályok stb is) áll.

Előnye viszont a megoldásnak a korábbiakkal szemben, hogy ez már kötné a biztosítókat, hiszen jogszabályban megfogalmazott konkrét előírás. Hátránya a megoldásnak, hogy várhatóan a biztosítási szerződés egyéb lényeges feltételei szigorodnának tovább a biztosítók megfogalmazásában, a szolgáltatók hátrányára.

Kombinációs megoldások. Természetesen annak sincs akadálya, hogy a lehetséges-közjegyzős, megoldást kombinálja a jogalkotó a kezdetleges az egyszerű vagy az ügyes-ügyvédes változattal. Illetve elképzelhető az ügyes ügyvédes és az egyszerű megoldás kombinációja is. Ezekben az esetekben a 108.§. akként szólna, hogy az egészségügyi szolgáltató a működése körében okozott károk megtérítésére

- legalább ötven millió forint értékű és megfelelő vagy
- legalább ötven millió forint értékű és a kockázat jellegével és mértékével arányos vagy
- legalább ötven millió forint értékű és az egészségügyi szolgáltatás végzésére működési engedélyt kiadó által elfogadott vagy

- *legalább ötven millió forint értékű és a kockázat jellegével és mértékével arányos az egészségügyi szolgáltatás végzésére működési engedélyt kiadó által elfogadott*
- *a kockázat jellegével és mértékével arányos az egészségügyi szolgáltatás végzésére működési engedélyt kiadó által elfogadott*

felelősségbiztosítást köteles kötni.

Előnye a megoldásnak, hogy a jogszabályban előírt és mindenre kötelező limit mellett fenntartja a szerződési feltételek további részeinek előírási lehetőségét, de azokkal a hátrányokkal, amelyek az előbbi megoldásoknál már ismertettünk: megfelelő, kockázat jellegével és mértékével arányos előírás esetén túl sok hatóság, testület fogalmazhatná meg annak, akár eltérő tartalmat, illetve mind az öt nem jogszabályban rögzített feltétel előírásnál nem lenne kötelező annak betartása a biztosítók részére.

Legközelebb az irányelv által megkívántakhoz, ha nem kívánja a jogalkotó külön nevesíteni az egészségügyi szolgáltatás szakmai felelősségbiztosításának minimumfeltételeit akkor az előző öt változat közül a negyedik és ötödik áll azzal, hogy az ötödik csak akkor képzelhető el, ha a jogalkotó értelmezésében még az eseti limit összegének konkrét meghatározása sem szükséges (illetve általános jelleggel a különböző ellátási formák közötti különbségtétel nélkül nem is lehetséges) ahhoz, hogy a kockázat jellegével és mértékével arányos feltételnek a szakmai felelősségbiztosítás megfeleljen.

Spórolás-elégséges megoldás. Ebben az esetben jogszabály írja elő az eseti (éves) limitet, az önrészt, a kizárásokat és az időbeli hatályt, de nem önálló rendeletet alkotnának, hanem az előírások az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003 ESzCsM rendeletbe kerülne az megfogalmazásra, mint a szolgáltatáshoz szükséges tárgyi feltétel. Ez a megoldás tartalmi szempontból tökéletes, hiszen minden lényeges kérdést jogszabályban rendez, tehát minden résztvevőre kötelező előírást tartalmaz, egyedüli hátránya, hogy az Egészségügyről szóló törvény 247. §-a jelenleg kormányrendelet megalkotását kívánja meg a minimumfeltételekről, tehát egy tovább formai- jogalkotási kérdést kell a 60/2003 ESzCsM rendelet módosításával egyidejűleg megoldani.

Ideális megoldás-a megoldás. Az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosításának minimumfeltételeiről szóló kormányrendelet elfogadása, amelyben szabályozásra kerül minden lényeges kérdés: biztosítók helyzetének eseti és éves limitje, szolgáltatókat terhelő önrész, biztosítók által alkalmazható kizárások köre, szerződés időbeli hatályának rendezése azzal, hogy ezek az előírások mindenre nézve kötelezőek, tehát ilyen feltéteknél a szolgáltatókra hátrányosabb feltétellel működő felelősségbiztosítás nem létezne a piacon.

Bőséges-felesleges megoldás. Ebben az esetben az ideális megoldáson túl még szabályozásra kerülhetne a rendeletben a biztosítási esemény fogalma, a szerződés területi, személyi hatálya, a biztosítók visszakövetelési joga. Ez a túlszabályozás már sértheti a szerződési szabadságot, illetve nem felel meg annak az elvárásnak sem, hogy a legegyszerűbb megoldásra kell törekedni tehát kiemelten azokat a feltételeket kell befolyásolni, ahol a legnagyobb a gond, és ezek az ideális megoldásnál említettek. Természetesen semmi akadálya annak, hogy a későbbiek során, amikor az ideális megoldáson pl. a limitek emelésével úgy is változtatni kell, vagy attól függetlenül, ha a biztosítók a bőséges megoldásnál említett feltételeket vagy azon túl más előírásokat szabályozzák a szolgáltatók hátrányára, a kormányrendelet módosításra szoruljon és további előírásokat fogalmazzon meg, akkor már új ideális feltételként.

A fentiek közül, tehát az irányelvnek megfelelően, illetve az egészségügyi szolgáltatást érintő hazai szakmai felelősségbiztosítás rendezetlen, már-már a szolgáltatókra hátrányos helyzetének megszüntetésének céljából az alábbi megoldásokat javasoljuk:

- *Az egészségügyi szolgáltatók és szabadfoglalkozású orvosok szakmai felelősségbiztosításának minimumfeltételeiről szóló kormányrendelet megalkotása (a rendelet javasolt változatát mellékeljük), vagy a rendeletben szabályozandók nem önálló rendeletben, hanem jelenleg hatályos jogszabályokban (pl. 60/2003 ESzCsM rendelet, vagy akár a működési engedélyekről szóló 96/2003 Korm rendelet) előírása - elsődleges megoldási javaslat.*
- *Abban az esetben, ha az előzőek szerinti rendelet alkotásra, módosításra nem kerül sor az Egészségügyről szóló törvény 108. §-ának az alábbi módosítása: egészségügyi szolgáltató a működése körében okozott károk megtérítésére legalább ötven millió forint értékű és a kockázat jellegével és mértékével arányos az egészségügyi szolgáltatás végzésére működési engedélyt kiadó által elfogadott felelősségbiztosítást köteles kötni. - másodlagos megoldási javaslat*

- *Abban az esetben, ha a limit jogszabályban rögzítése nem lehetséges Egészségügyről szóló törvény 108. §-ának az alábbi módosítása: egészségügyi szolgáltató a működése körében okozott károk megtérítésére a kockázat jellegével és mértékével arányos az egészségügyi szolgáltatás végzésére működési engedélyt kiadó által elfogadott felelősségbiztosítást köteles kötni. – harmadlagos megoldási javaslat.*

II

Az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosításának minimumfeltételeiről szóló melléklet rendelet tervezet részleteiről.

1. *A rendeltben szabályozni kell az egészségügyi szolgáltatók és szabadfoglalkozású orvosok szakmai felelősségbiztosításának minimumfeltételeit* (célszerű a rendelet címét is az előzőek szerint megfogalmazni). A szabadfoglalkozású orvosok kiemelése azért szükséges, mert azok nem minősülnek egészségügyi szolgáltatóknak, mivel működési engedéllyel nem rendelkeznek, de tartalmában mégis egészségügyi szolgáltatást végeznek.
2. *Elő kell írni, hogy a rendeltben írtak a biztosítók, a szerződő felek és a biztosítottak által kötelezően alkalmazandó minimumfeltételek, a rendeletben megfogalmazottaktól, mint minimális követelménytől, az egészségügyi szolgáltatók és szabadfoglalkozású orvosok szakmai felelősségbiztosítási szerződésai nem térhetnek el.*
3. *A legfontosabb kérdés az eseti és éves helytállási limit emelése és kötelező előírása, hiszen ez nyújthat a legnagyobb segítséges a kártérítési összegekből történő jelentősebb biztosítói részesedés útján. Célszerű a járó valamint fekvő-beteg ellátásnál eltérő limitet meghatározni, mivel a járó-beteg ellátók tevékenységével összefüggésben alacsonyabb kártérítések miatt indul eljárás. Indokolt továbbá a vegyes (járó és fekvő-beteg ellátást együttesen végző) , továbbá az egynapos sebészetet járó-beteg ellátás formájában végző szolgáltatók limitjét a fekvő-beteg ellátókkal azonosan meghatározni az egynapos jelleg kiemelt veszélyessége, illetve a vegyes ellátásnál a részben fekvőbeteg ellátó tevékenység fokozott kockázata miatt.*
4. *Lényeges kérdés az önrész szabályozása, hiszen ennek mértéke is az eseti helytállási limitet csökkentheti és annak figyelmen kívül hagyása a szabályozott limit mellett esetlegesen magas összegű, mértékű önrészt eredményezhetne. Leginkább az önrész eltörlése lenne célszerű, hiszen a magas biztosítási díjak, illetve az ott jelentkező káresemény-függő esetleges bonus-malus rendszer figyelembevételével történő differenciálás (ami jelenleg nincs) nagyobb visszatartó erőt jelentene, mint a financiálisan komoly terhet okozó önrész. Fontos tudni, hogy önrész jelenleg is és a jövőben is csak akkor merülhet fel, ha a szolgáltató által fizetendő kártérítés nem éri el az önrész mértékét, ha azt eléri vagy meghaladja, akkor a szolgáltató által fizetett kártérítés maga az önrész is egyben (kétszeres teher nincs). Valószínűbb azonban, hogy rövid távon nincs lehetőség az önrész eltörlésére ezért annak többszörösen korlátozott mértékét a limitnél ismertetett esetekben a rendeletben kell rögzíteni.*
5. *Kiemelt kérdés a kizárások szabályozása, hiszen ezen a területen bővültek az elmúlt 10 évben azok az előírások, amelyek a szolgáltatók hátrányára korlátozták a biztosítók helytállását és egész szakmákat (pl. esztétikai károk estén a plasztikai sebészet), vagy az egészségügyi szolgáltatások alapját (tájékoztatási kérdésben történő helytállás kizárása) érintettek. Kétféle előírás lehetséges, vagy indirekt módon kell meghatározni, hogy mi nem lehet kizárás, vagy direkt módon meg kell határozni olyan eseteket, amelyeket a biztosító kizárásként alkalmazhat. Az első esetben a tág indirekt határok könnyebben lehetővé teszik a vitás értelmezési kérdéseket, ezért a direkt módszer a célszerűbb úgy, hogy nem túlságosan sok kizárást kell megjelölni.*
6. *Kihagyhatatlan a rendeletből a biztosítási szerződés időbeli hatályának, az okozott, bekövetkezett és bejelentett károk hármának időbeli rendezése. Biztosító váltás esetén ugyanis, különösen, hogy az utóbbi időben csak a szerződés hatálya alatt okozott, bejelentett és bekövetkezett károkért áll helyt a biztosító, gyakran történik, hogy a korábbi biztosító már nem, míg az új még nem áll helyt, kivéve, ha többlet díjazásért a szolgáltató utófedezetet vagy*

elő-fedezetet vásárol. Ez a kérdés a rendelet javasolt előírásával megszűnhet, jelentősen korlátozódhat:

7. Természetesen szükséges a rendet záró rendelkezései között előírni, hogy miként történhet annak alkalmazása a folyamatos biztosítási jogviszonyokban.

III.

Az irányelv egyéb a felelősségbiztosítást érintő feltételeinek történő megfelelésről

Az irányelv előírja, hogy az egészségügyi szolgáltatónak a szakmai felelősségbiztosítás vonatkozásában a biztosítási fedezetükre vagy más személyes vagy kollektív védelemre vonatkozó adatokat annak érdekében, hogy a beteg megalapozott döntést hozhasson közölniük kell.

Ezt a jelenlegi hatályos magyar jogszabályok többszörösen is lehetővé teszik

Az Egészségügyről szóló törvény 13. §.-a szerinti teljes körű betegtájékoztatás követelménye elvileg arra is kiterjedhet, hogy milyen felelősségbiztosítási limittel tevékenykedik egy egészségügyi szolgáltató, bár az mint tájékoztatási tartalom nevesítve a törvény 13. §. (2) bekezdésében nincs. Természetesen nincs akadálya annak, hogy az említett tájékoztatási tartalmak közé nevesítve bekerüljön a szakmai felelősségbiztosítással kapcsolatos biztosítási fedezet, de mivel ez nem érinti a betegnél tervezett beavatkozást talán nem itt indokolt arra közvetlenül utalni.

A törvény 5. §.-a szól a beteg jogai között az egyén szerepéről, ami szerint Mindenkinek (tehát nem csak a betegnek, illetve nem csak a magyar betegnek) joga van olyan ismeretek megszerzéséhez, amelyek lehetővé teszik számára az egészsége megőrzésével és fejlesztésével kapcsolatos lehetőségek megismerését, valamint megfelelő tájékoztatáson alapuló döntését az egészséggel kapcsolatos kérdésekben, továbbá joga van tájékoztatást kapni az egészségügyi szolgáltatók által nyújtott egészségügyi ellátások jellemzőiről, azok elérhetőségéről, és az igénybevétel rendjéről, továbbá a betegeket megillető jogokról és azok érvényesíthetőségéről. Ez utóbbi előírás, tehát már jelenleg is megköveteli elvileg, hogy egy egészségügyi szolgáltató a felelősségbiztosításának tényéről és annak fedezetéről és egyéb tartalmáról akár általános jelleggel (pl. honlapján), akár konkrét kérdésére tájékoztassa az érdeklődőt.

Abban az esetben, ha az irányelvnek megfelelés során a konkrét előírás beemelése a cél és nem elegendő az elv, akkor lehetséges a törvény módosítása akként, hogy az említett 5. §-ban nevesíthető, hogy a betegnek joga van az egészségügyi szolgáltató szakmai felelősségbiztosításának részleteiről (fedezetéről, tartalmáról) is tájékoztatást kérni, ami egyben a szolgáltató felé külön jogszabályban írt kötelezés nélkül kötelezettséget is jelentene. Ez a módosítás csak az irányelv pontosabb értelmezését segíti elő, így az ellentétben a felelősségbiztosítás tartalmi változtatásával, nem nélkülözhetetlen ezért nem javasoljuk.

Nem nevesített előírás az irányelvekben a szakmai felelősségbiztosítás fenntartásának kérdése, de az irányelvből fakadó általános elvek, melyek a betegellátás fokozott biztonságát fogalmazzák meg, illetve a szolgáltatók biztonsága is azt kívánja meg, hogy a szakmai felelősségbiztosításnak a jogszabályi feltételi ne csak a működési engedély kiadásakor, hanem folyamatosan fennálljanak.

Ezt a feltételt segíti a javasolt rendelet azon előírás, a hogy a minimumfeltételektől eltérő tartalmú biztosítás nem kötető, tehát ezt sem a szolgáltatói sem a biztosítói oldal nem kezdeményezheti a későbbiek során.

Az említett feltételt segíti a z Egészségügyről szóló törvény 108. §. (2) bekezdésre is, ami szerint a biztosítónak is be kell jelenteni a működési engedélyt kiadó hatóság felé, ha a szerződése megszűnt, de ez a kötelezettség az egészségügyi szolgáltatót is terheli, hiszen a felelősségbiztosítási szerződés a működési engedély egyik feltétele, tehát ha az megszűnik a feltételek módosulása miatti bejelentési kötelezettségből fakad, hogy tájékoztatást kell adniuk a működési engedélyt kiállító hatóság felé. Más kérdés, hogy ilyen bejelentések rendkívül ritkák.

A törvény illetve a 96/2003 Korm rendelet is akként fogalmaz, hogy a működési engedélyt kiállító visszavonja az engedélyt, ha nem rendelkezik a szolgáltató felelősségbiztosítással. A hatályos jogszabályok, tehát tartalmazznak megfelelő szankciót a felelősségbiztosítás hiányára, de ez a szankció nem kerül alkalmazásra. Ezzel kapcsolatban nem a jogszabály módosítása az elsődleges, hanem az ellenőrzés tényleges lefolytatása azzal, hogy nem az azonnali visszavonás természetesen a célszerű, hanem előbb a megfelelő határidővel történő felszólítás új biztosítás megkötésére, és csak ha az nem teljesül akkor kerülhet sor a működési engedély visszavonására azzal, hogy természetesen az is vizsgálható, hogy mely szakfeladatokra nem terjed ki a biztosítás és ekkor a működési engedély visszavonása részlegesen indokolt. Nem kifejezetten szakfelügyelő főorvosi feladat, de a tevékenységükről szóló 15/2005 EüM rendelet módosítható akként, hogy a szakfelügyelő főorvosok az ellenőrzéseik során vizsgálhatják a felelősségbiztosítási szerződések létét (legalább az adott szakterület vonatkozásában) azzal, hogy ha problémát észlelnek nem feladatuk annak orvoslása, hanem a működési engedélyt kiadó hatóságot értesítik.

IV.

Változó felelősségbiztosítás gazdasági hatásai

A magasabb biztosítási limit, illetve a szélesebb körű tartalommal bíró felelősségbiztosítás díja magasabb lesz a jelenleginél. A szolgáltató működési formája (járó vagy fekvő-beteg ellátó) csak annyiban bír meghatározó jelleggel, hogy milyen típusú biztosítási minimumfeltétel vonatkozik majd rá, de egyebekben nem a szolgáltató jellege, hanem a biztosítás tartalma határozza majd meg a biztosítási díjat azzal, hogy természetesen, ha egy járó-beteg szolgáltató a fekvőbeteg szolgáltató limitjét választja (amit megtehet, hiszen ez a minimumfeltételtől felfelé tér el) hasonló terhei lesznek, mint egy fekvő-beteg szolgáltatónak.

A biztosítási díjjal kapcsolatban két alapkérdést indokolt elemezni: milyen mértékben emelkedhetnek a díjak, a limit emelésével, illetve milyen forrásból fedezik majd a magasabb díjat a szolgáltatók.

Az eseti helytállási limit emelkedése és a biztosítási díj növekedése közötti összefüggést az alábbi táblázat tartalmazza általánosságban. A növekedés mértékét a biztosítók limitemelési gyakorlata (nem kifejezetten az egészségügyi szolgáltatók felelősségbiztosításának, hanem döntően más felelősségbiztosítások) alapján lehet megállapítani:

Limit	díjemelés (%)
2X	25-30%
3X	30-35%
4X	35-45%
5X	45-60%
6X	55-70%
7X	65-80%
8X	75-90%
9X	85-100%

10X

100-120%

Természetesen az egyes szolgáltatók esetén számos eltérés lehetséges akár a kedvező kárstatisztika miatti további kedvezmények (vagy éppen a kedvezőtlen eredmények miatt a további terhelés miatt), akár egyéb okokból (pl. milyen vagyoni biztosítás mellett kötik a felelősségbiztosítást stb.). Ezt a terhet azonban a szolgáltatói oldalnak vállalnia kell akár az irányelveknek történő megfelelés, akár a bírói gyakorlatban kialakult magas kártérítések kedvezőbb biztosítási fizetése érdekében.

A biztosítási díjakat a magánszolgáltatók nyilván a szolgáltatási díjaik megemeléséből tudják majd fedezni. A finanszírozott szolgáltatóknál nem várható, hogy a fenntartók kötelezettségként vállalják át a biztosítási díj emelkedéséből fakadó többletterhek egészét vagy egy részét, hiszen számos finanszírozott intézménynél már nem beszélhetünk fenntartóról, sokkal inkább alapítóról, feladatátadóról, így hátrányos megkülönböztetést eredményezne, ha a fenntartókat terhelnék meg a biztosítási díjak fizetésénél. Természetesen, ahol fenntartó tud, ott segítséget nyújthat a szolgáltatóknak, hiszen egyszerűbb a magasabb biztosítási díjat megtámogatni, akár úgy is, hogy a saját biztosításaikat terjesztik ki a szolgáltatóra, mint a magas kártérítések kifizetésénél anyagi segítséget nyújtani a szolgáltatóknak. A biztosítási díj csak a saját bevételekből fedezhető, ezzel kapcsolatban meghatározott bármilyen közvetlen a beteg által fizetendő összeg a jelenlegi helyzetben nem elképzelhető. Természetesen nem kizárt a finanszírozás olyan változtatása sem, ami minden finanszírozott szolgáltatót érinthet, de ahhoz a jelenlegi finanszírozási szerkezet átalakítása lenne szükséges, ami rövidtávon nem, inkább hosszabb távon jelentkezhet megoldásként.

V.

Az egyes tagállamok egészségügyi felelősségbiztosítási gyakorlatának összehasonlításához segítséget nyújthat az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet 2008 októberében készített tanulmánya (www.eski.hu), ami a Felelősségbiztosítás az EU tagországok egészségügyi ellátásban címet viseli és az egyes országok gyakorlatát részletezi azokat bemutató honlapokat ismerteti, és több oldalon összehasonlító táblázatot is közöl. Ezen adatokból is látható, hogy indokolt a magyar szakmai felelősségbiztosítási rendszer javasolt átalakítása.

Budapest, 2009. március 3.

Dr. Simon Tamás