

Érdekazonosság van - megoldás nincs? Avagy miért nem tudunk rakott-krumplit készíteni?

Sohasem gondoltam, hogy kedvenc témámról, az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosításáról és kedvenc ételéről, a rakott-krumpliról, egy előadásban beszélhetek majd. Ezt az azonosságot egy véletlennek köszönhetem, ugyanis mikor elkezdtem azon gondolkodni, hogy miről is szóljon a jelen konferencián az előadásom éppen, kívánságomra rakott-krumpli sült a konyhában. Így a szakmai felelősségbiztosítással kapcsolatos, már sajnos oly sokszor elmondott, szinte már gépiessé vált gondolataim, összekeveredtek az étel illatával, és új színben kezdtem látni az egészségügyi szolgáltatók e problémáját.

Az első közös jellemző már a hozzávalóknál szembeötlő. Az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosítása bármilyen alakításának illetőleg a rakott-krumplinak is négy alapvető összetevője van.

Szükséget, tehát a krumpli - ami általában alul helyezkedik el - tehát az egészségügyi szolgáltatók, mint a peres eljárások alperesei, a kolbász - ami általában felül található - tehát a betegek és hozzátartozóik, mint a peres eljárások felperesei, a tojás - ami a két említett alkotórész közé kerül - tehát a biztosítók és a fenti három elem közé több helyen befolyó, így mindháromat érintő tejföl, tehát az állam, érdekeinek összehangolása, elegyítése, megfelelő vegyítése a hatékonyan működő szakmai felelősségbiztosítás, illetve az ízletes étel elkészítése érdekében.

Mi az, ami arra késztet, hogy az ételt illetve a megfelelő szakmai felelősségbiztosítási formát létrehozzuk. Először jelentkezik az éhség. Ez az érzés többek között arra indít, hogy kitaláljuk milyen ételt kívánunk készíteni, és be is szerezzük annak összetevőit, azaz a négy alkotórészt legalább egy táskába tesszük a bevásárlás során, így közöttük bár tág értelemben, de kialakítunk valamilyen összekapcsolódást. Ez az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosítása során is megtörtént a négy alkotóelem között. Az első érdekazonosság ezen a területen a szakmai felelősségbiztosítás kötelező jellege körül alakult ki, hiszen mind a négy érintettnek érdeke fűződött annak létrejöttében.

A szolgáltatóknak szükségük volt a biztosító helytállására, hiszen így a megítélt kártérítést nem egyedül kellett fizetniük, a károsultaknak segített ha a biztosítótól kapták a kártérítés egy részét, hiszen nem kellett hosszú végrehajtási eljárást kezdeményezniük kórházak ellen, melynek köszönhetően korábban jutottak hozzá a kártérítéshez, a biztosítók örültek egy új felelősségbiztosítási területnek, hiszen 1990 előtt az egészségügyi szolgáltatások szakmai felelősségbiztosítása szinte ismeretlen volt, míg az állam érdeke a nyugodt, biztonságos működés volt, hogy a fent említett három érdekelt egyike se kerüljön hátrányosabb helyzetbe a másikkal. Ez az érdekazonosság azt eredményezte, hogy 1990-1992 között szinte minden szolgáltató rendelkezett szakmai felelősségbiztosítási szerződéssel pedig azt jogszabályban csak a magánszolgáltatókra írták elő, a költségvetésből működő egészségügy azt magától is megtette, és 1997-ben a törvény már tulajdonképpen csak deklarálta és a jövőre nézve egységesen minden egészségügyi szolgáltatóra fogalmazta meg a szakmai felelősségbiztosítás kötelező jellegét.

Az éhséget követi az étvágy különösen, amikor az összetevőket felvágjuk, elhelyezzük azokat a közös tálba és betesszük a sütőbe, majd fokozatosan kezdjük érezni a készülő rakott-krumpli illatát. Ilyenkor az alkotórészek között fokozatosan egyre szorosabb kapcsolat alakul ki, már-már azok összeérnek.

A szakmai felelősségbiztosítás területén is 1992-1999 között lezajlott ez az összeérési folyamat, hiszen számos eljárás indult egészségügyi szolgáltató ellen, a bírói gyakorlatban kialakultak a típus-ügyek, a biztosítók több esetben peren kívül rendezték a károsultak igényét, ami azt jelentette, hogy perekre nem is került sor, fokozatosan emelkedtek a bíróság által megítélt kártérítési összegek. Ez a helyzet az egyes alkotóelemek közül a többivel

ellentétes biztosítói érdek dominanciájához vezetett, ami azért alakulhatott ki, mert a korábbi érdekazonosság a legegyszerűbb megoldást választotta, csak a kötelező jelleggel foglalkozott, de ennek a kötelező biztosításnak a tartalmával nem. A biztosítók nem változtattak a korábbi helytállási limitjeiken, azt továbbra is eseti ötmillió forinton tartották, viszont egyre szigorították a szerződési feltételeiket a szolgáltatói önrész növelésével, a kizárások, visszakövetelési jog eseteinek bővítésével, a szerződések időbeli hatályának jelentős szűkítésével. A szolgáltatók így egyre gyakrabban maradtak egyedül a károsultak igényének rendezésénél, vagy annak nagyobb részét kellett saját költségvetésükből fizetniük, a károsultak így egyre nehezebben, bizonyos szolgáltatói típusoknál az estek egy részében egyáltalán nem, jutottak hozzá a kártérítésükhöz. Ez az állam, már említett érdekét, a nyugodt biztonságos működés megteremtését, is felébresztette, hiszen a kiegyensúlyozott helyzet az alkotórészek között felbomlott, így 1997-ben, az Egészségügyről szóló törvény végrehajtási rendelkezései közé bekerült egy olyan előírás, hogy a szakmai felelősségbiztosítás tartalmáról, először szaktárcai, majd egy későbbi módosítás alapján, kormányrendeletet kell alkotni.

Eltelik a sütéshez szükséges idő és az étel, a rakott-krumpli elkészül, tehát az éhségtől az ételig tartó folyamat minden gond nélkül lezajlik, melynek köszönhetően az éhségünk és étvágyunk kielégítést nyer.

A szakmai felelősségbiztosításnál azonban az étellel gond van. Nem odaégett, hanem értehetetlen módon nem akar elkészülni. Az érdekazonosság a változásra fennáll, hiszen a szolgáltatóknak egy tényleges és nem egy kiegészítő jellegű biztosításra lenne szüksége, a károsultaknak is könnyebb lenne, ha megint érdemben tudnának a biztosítói szerepvállalással számolni, a biztosítóknak is létezik egy gazdasági érdeke, hogy szabályozottság esetén egy teljes területet, az egészségügyet, nem kellene elhagyniuk, míg az állami érdekről már beszéltem. Ennek az érdekazonosságnak a tartalma, eredménye az lehetne, hogy megalkotásra kerülne a szakmai felelősségbiztosítás részleteiről szóló jogszabály, de ez a minimumfeltételeket tartalmazó rendelet a mai napig nem született meg és a helyzet csak romlik, hiszen az európai gyakorlat begyűrűződése miatt a kártérítések emelkednek a szakmai felelősség fokozatosan objektívizálódik.

Vajon mi az oka, hogy a tartalmi változás az érdekazonosság ellenére nem jön létre. Azt hiszem, gond van a szakáccsal, és gond van a recepttel.

Képzeljük el, ha a rakott-krumplit csak krumpli felhasználásával kívánnánk elkészíteni, más nem tennénk bele. Ekkor nem is jönne létre az étel, tehát így a rakott-krumpli elkészíthetetlen. Ilyen elkészíthetetlen megoldás lett volna a szakmai felelősségbiztosítás minimumfeltételeinek megalkotása és a biztosítás rendezése helyett a kifizetésre kerülő kártérítések limitálása. Ebben az esetben kizárólag az egészségügyi szolgáltatók érdekét vették volna figyelembe, sőt az egészségügyi szolgáltatók vették volna kezükbe az irányítást, egyedüli szakácsként léptek volna fel.

Ez a megoldás alkotmányellenes. A hátrányos megkülönböztetés tilalmába ütközne, mert azonos egészségkárosodást lehet elszenvedni pl. közlekedési balesetben és egészségügyi szolgáltató mulasztása esetén is és ha ez utóbbi esetre korlátoznák a megkapható kártérítés mértékét, az diszkriminatív lenne. A megoldás ellentétes továbbá az Európai Bíróság egyik döntésével (Francovich ügy C-6/90 és C-9/90) is, ami szerint, a tagállamok belső jogában a kártérítésekre vonatkozó anyagi jogi és eljárásjogi feltételek nem lehetnek kedvezőtlenebbek a hasonló belső követelésekre vonatkozóknál. Szerencsére a kártérítés limitálására nem került sor, de évek teltek el, amíg annak lehetetlensége kimondatott, de sajnos még mindig hallani olyan hangokat, hogy ez lenne az ideális megoldás.

Képzeljük el, hogy a rakott-krumpliból a krumpli mellé csak tejfölt esetleg tojást is teszünk, de mindenképpen kihagyjuk abból a kolbászt. Ez a rakott-krumpli már elkészült, de nem nevezhető klasszikus értelemben rakott-krumplinak, tehát ilyen formában ehetetlen. A

szakmai felelősségbiztosítás során ez a megoldás szintén elsősorban a szolgáltatók érdekét segítő, de az állami és részben a biztosítói érdeket is kedvezően befolyásoló, viszont a károsulti alkotórészre teljesen hátrányosan ható, jogszabály módosítás volt. Ennek alapján az 1959-ben megfogalmazott és azóta senkit sem zavart, legnagyobb gondosságot, mint az egészségügyi szolgáltatótól elvárható magatartást, elvárható gondosságra módosították 2004 májusában, majd kétéves megelőző viták és módosítást elősegítő szakmai munka után. Ez a megoldás azonban nem érte el célját, mivel a bírói gyakorlat a jogszabályi előírás változása ellenére továbbra is a legnagyobb gondosságot várja el a szolgáltatóktól csak az elvárható gondosság megfogalmazásán keresztül. Érdemben, tehát ez a megvalósított módosítás sem segítette a négy alkotóelem érdekazonosságának megfelelő tartalmi keretek kialakítását.

A zsákutca megoldások mellett sajnálatosan mindenki, aki az érdemi változtatást a minimumfeltételekről szóló jogszabály megalkotásában látta, elhitte a biztosítói oldal által lebegtetett „fenyegetést” a területről történő kivonulásról, ezért a jogszabály mellett egyből meg kívánták oldani a biztosítást-szolgáltatót is. Ebben az esetben, tehát a rakott-krumpli a négy összetevőnek megfelelően létrejött, de további alkotórészeket kapott, ami nehezen emészthetővé tette, így abból senki sem evett.

Több kísérlet is volt a minimumfeltételekről szóló jogszabály megalkotására, bár egyik sem volt szerencsés, hiszen az egyik a kötelező-gépjármű felelősségbiztosításról szóló jogszabályt kívánta átfogalmazni az egészségügyre, míg a másik kiválasztotta az egyik biztosító igen részletes, szolgáltatókra több szempontból hátrányos, általános szerződési feltételét és azt kívánta figyelmetlenül a jogszabályba átemelni.

A jogszabály mellett felmerült, hogy a biztosítási szolgáltatást nyújthatná részben állami költségvetési alap, felosztó-kirovó rendszerű, egyébként biztosítónak nem minősülő egyesület, tényleges biztosító egyesület országosan vagy regionális szinten. Ezek a megoldások, vagy azért mert nem minősültek biztosításnak, biztosítónak, vagy azok igen magas költségigényük (az állami alap, pl. több százmillió forintot, a biztosító egyesület létrehozása ma már a Biztosítási törvény alapján ötszázmillió forintnál jelentősen magasabb összeget igényelne) miatt értelemszerűen nem jöttek létre, és mivel ezekkel szoros kapcsolatban, szinte csomagban, volt a minimumfeltételekről szóló jogszabállyal is, így az sem született meg. Belátom sajnálatosan éveken keresztül Én is ebbe a hibába estem és a jogszabály mellett a biztosító egyesület létrehozását javasoltam.

Miközben jóízűen esszük a rakott-krumplit, ami kizárólag a négy alapvető összetevőjét tartalmazza, válik világossá, hogy az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosításának jövője miként alakítható át.

Nincs szükség bonyolult rendszerekre, hiszen azok összetettségük, illetve költségigényük miatt számos jogi és pénzügyi akadályba is ütközhetnek, illetve meg kellene küzdeniük az egészségügy különböző érdekű szolgáltatóival is, pl. a biztosító egyesület létrehozásánál.

Az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosításával kapcsolatban az egyszerűsített megoldás, hogy csak az első lépést kell megtenni, tehát meg kell alkotni az Egészségügyről szóló törvény előírásának megfelelően a minimumfeltételekről szóló kormányrendeletet. Figyelemmel arra, hogy a Magyarországon működő biztosító társaságok nemzetközi társaságok, amelyek tulajdonában a világ számos olyan országában is áll biztosító, ahol az egészségügyi szolgáltatás szakmai felelősségbiztosításával kapcsolatban a biztosító eseti helytállási limitje nem 20.000 Euro -nak megfelelő összeg, hanem annak sokszorosa. Érdekes módon ezekben az országokban is működik az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosítása, csak ott ilyen feltételekkel kényszerül a biztosítói oldal abban részt venni, míg Magyarországon megtehetik, hogy a limiteken nem változtatnak, hiszen semmi sem kényszeríti a biztosítói oldalt a módosításra, még az egymás közötti verseny sem, hiszen ilyen, leszámítva a most megjelent néhány szakmával kapcsolatos 10.000.000. Ft-os eseti limitet, nincs is.

A biztosítói oldal nem jótékonysági intézmény magától nem fog változtatni a feltételein, de ha jogszabályban előírják, hogy milyen keretek között kell egy adott biztosítási termékkel kapcsolatban működni, egy olyan nagy területet, mint az egészségügy, ahol a vagyonszolgáltatás is jelentős díjbevétellel jár, szinte kizárt, hogy magára hagyja, hiszen az rendkívül rossz PR - stratégia lenne, illetve, ha ez bekövetkezne, akkor szinte bizonyos, hogy egy Magyarországon működő biztosító társaság akár PR- ötletként, akár gazdasági megfontolásból esetleges hosszabbtávú célok érdekében is azzal, hogy ez a társaság az egészségügy megmentője, felkarolná a területet. Abban az esetben, ha ez nem következne be a tagállami biztosítók is nyújthatják a szolgáltatást, hiszen már az Unio tagjai vagyunk, de jogszabályban meghatározott emeltes helyállási limithatárok hiányában ezek a tagállami biztosítók sem fognak más kötelezettséget vállalni, hiszen ez ellentétes lenne a gazdálkodásuk szemléletével.

A biztosítás területén a minimumfeltételekkel kapcsolatos jogszabály ritka, létezik ilyen, pl. a biztosítási brókerekre, vagy a kötelező-gépjármű felelősségbiztosításra, de ha az adott területen, és az egészségügyi szakmai felelősségbiztosítás ilyen, szükséges ez az eszköz, a már ismert viszonyok miatt, akkor ezt a lépést meg lehet és meg kell tenni. A jogszabály megalkotása pénzbe nem kerül, így az a költségvetéstől támogatás nem igényel. A jogszabály alapján nyújtott biztosítási szolgáltatás biztosítási díja nyilván magasabb lesz, mint a jelenlegi díjak, így a közszolgáltatónál kell a költségvetésnek megtalálni, hogy a finanszírozási díjon belül milyen kompenzációt alakítanak ki, akár egyösszegű támogatással, akár a finanszírozás technikájának átformálásával (normatív támogatás és azon felüli teljesítményarányos finanszírozás, amiből a normatív támogatásban megjelölhető az emeltes biztosítási díj forrása). Ez a költségvetési finanszírozási hozzájárulás jelentősen alacsonyabb, mint ha az egyesület létrejöttéhez is támogatásra lenne szükség, hiszen az egyesület is szedett volna biztosítási díjat, amit az alapításhoz szükséges támogatással együtt kellett volna a költségvetésnek előteremteni. Ezt a többlettámogatást a magánszolgáltatónál nem kell megtenni, hiszen azok az árakban az emeltes szolgáltatás díját érvényesíteni tudják, ami a betegnek is kedvezőbb, hiszen magasabb összegű helyállást kapnak a biztosítótól, tehát a kártérítést nem a különböző bizonytalan formájú és fizetési képességgel rendelkező egészségügyi gazdasági társaságokon kell behajtaniuk.

Az egészségügyi szolgáltatók és szabadfoglalkozású orvosok (mivel ez utóbbi kategória nem minősül egészségügyi szolgáltatónak a törvény alapján) szakmai felelősségbiztosításának minimumfeltételeiről szóló jogszabállyal kapcsolatban az a kérdés, hogy a biztosítási jogviszony mely területei kerüljenek a jogszabályban előírásra.

Lehet-e a rakott-krumpli elkészítésével kapcsolatban a recept megalkotásakor a szakácsra bízni az ízesítést, az elkészítés időtartamát, vagy az a jó, ha a recept részletesen tartalmaz minden elkészítési elemet?

A szakácskönyvek is azzal a céllal készülnek, hogy olyan emberek fözzenek az ott leírtak alapján, akiknek bizonytalanok a főzési ismereteik, tehát célszerű ott minél több információt leírni. Igaz ez az a minimumfeltételről szóló rendeletre is, hiszen egy bizonytalan területen kell azt megalkotni, így célszerű annak elemeit minél részletesebben a jogszabályban meghatározni, de természetesen egy jogszabályt mindig könnyebb módosítani, mint létrehozni, így a jövőben abból kikerülhetnek szükségtelen rendelkezések, illetve ha más szerződési területeken ismételt felborul az egyensúly, úgy azok bekerülhetnek a rendeletbe. A rendeletbe véleményem szerint hat kérdést kell szabályozni: a biztosítási esemény fogalmát, az eseti helyállási limit összegét, az önrész mértékét, a kizárásokat, a visszakövetelési jogot és a biztosítási szerződés időbeli hatályát.

A biztosítási esemény megfogalmazásánál külön kell szerepeltetni a közreműködő károkozását, mivel több jelenlegi biztosítási szerződés is csak a károsultnak történő károkozásról szól, holott közreműködés esetén nem erről, hanem a szolgáltatónak okozott

kárról, van szó. A biztosítási eseményt azért célszerű a jogszabályban a legtágabban megfogalmazni, mert a különböző biztosítók más-más megközelítésből szűkítő feltételeket alkalmaznak a saját szerződéseikben, és így különböző eseményfogalmak kerülnek meghatározásra.

Az eseti helytállási limit összegét a kizárólag járó-beteg ellátást végző szolgáltatásnál Húszmillió Forintban, míg fekvőbeteg ellátást vagy azt is végző szolgáltatóknál illetve az egynapos sebészeti ellátást is végző járó-beteg szolgáltatóknál Negyvenmillió Forintban javasolom meghatározni.

Az eseti helytállási limit összegek természetesen lehetnének sokkal magasabbak is, de az, valószínűleg olyan biztosítási díjat jelenten, amit már nem tudnának a szolgáltatók fizetni. A megjelölt összeghatárok mellett, károkozás esetén a halállal vagy a kisebb károsodással járó kárigények szinte mind peren kívül rendezhetők lehetnének, míg a komolyabb egészségkárosodások esetén sem kizárt a 40 milliós határ mellett az egyezség, vagy egy olyan megállapodás, hogy a szolgáltatót, csak pl. havi járadék terhelné, ami kisebb teher, mint a biztosító által átvállalt egyösszegű kifizetés. Az egynapos sebészetnek a fekvőbeteg ellátáshoz hasonló feltételei szerintem az egy napos sebészet veszélyei miatt indokoltak.

Az éves helytállási limitet az eseti limit ötszörösében célszerű előírni.

Önrészhez a biztosítói oldal mindenképpen ragaszkodna ezért az indokolt, de az véleményem szerint olyan mértékben kell azt meghatározni, ami igazodik a járó- és fekvő beteg ellátásnak az eseti helytállási limitnél írt különbségtételéhez úgy, hogy az önrész a kifizetésre kerülő kártérítés 5%-ában kerülne megjelölésre, de mivel maximalizálásra is kerülne a ténylegesen kifizethető önrész összege (kizárólag járó-beteg ellátást végző szolgáltatónál a kifizetésre kerülő kártérítés 5%-a de maximum Ötszázezer Forint, míg minden más esetben a százalékos rész változatlan és a maximumösszeg Egymillió Forint), ezért az, magasabb kártérítés esetén nem érné el az öt százalékot csak a meghatározott limitösszeget. Ez a megoldás a szolgáltatókra nézve kedvező, bár szerintem az önrész alkalmazására nem lenne szükség.

A kizárásokat a jelenlegi biztosítási szerződések már 20-30 esetben fogalmazzák meg. Véleményem szerint a kizárások indirekt meghatározása kevésbé jelentené a szerződéses szabadság korlátozását, de az egyik legfontosabb kérdésben, ahol egy biztosító szűkítheti a helytállási feltételeit, a javasolt indirekt feltételek (biztosítási szerződésben kizárásként nem szerepelhetnek az alábbiak: a.) A mindenkori hatályos jogszabályokban a betegek jogait és kötelezettségeit 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, b.) A szakorvosok, szak-fogorvosok, szak-gyógyszerészek és klinikai szakpszichológusok szakképesítésének megszerzéséről rendelkező mindenkori hatályos jogszabályban felsorolt bármely szakképesítés, annak bármely részcselekménye, c.) A mindenkori hatályos jogszabályok által meghatározott bármelyik egészségügyi szakma, egészségügyi szakterület, az annak alapján végzett tevékenységhez kapcsolódó diagnosztikai, vagy terápiás eszköz, vagy az eszköz által kiváltott bármilyen károsodás, illetve a fenti szakképesítés gyakorlása során kifejtett magatartással, vagy annak hiányával okozati összefüggésben bekövetkezett bármilyen károsodás, d.) A Polgári Törvénykönyv által szabályozott, vagy az ott leírtakból következő bármilyen vagyoni és nem vagyoni kártérítési forma, annak bármelyik esete, illetve bármilyen kártérítési járadék) széles körűen értelmezhetők, tehát jelentősen korlátoznák a biztosítók jogosítványait (nem lehet, pl. kizárni a tájékoztatást, egyelten szakmát és egyetlen diagnosztikai, terápiás eszközt sem)

A visszakövetelési jog egy sokkal szűkebb jogosítványa a biztosítóknak a kizárásnál, de szükséges vele foglalkozni nehogy azok a feltételek, amelyek kizárásként nem fogalmazhatóak meg a visszakövetelési jog eseteiként köszönjenek vissza. Ezeket az eseteket (a biztosítási szerződésben visszakövetelési jog eseteiként kizárólag az alábbiak

szerepelhetnek: a.) A mindenkori szakmai minimumfeltételek hiányában végzett egészségügyi szolgáltatás, b.) A mindenkori hatályos jogszabályokban előírt működési engedély nélkül, vagy az abban foglaltaktól eltérően végzett egészségügyi szolgáltatás, c.) Az egészségügyi dolgozó vagy az egészségügyben dolgozó által ittas állapotban, kábító vagy bódulatot keltő szer hatása alatt történő károkozás, d.) A kárenyhítési és kármegelőzési kötelezettségek ismétlődő vagy folyamatos megsértésével történő károkozás) direkt módon javaslom a tervezetben megfogalmazni, ami szintén sérti a szerződéses szabadságot, de mivel ez a biztosítói jogosítvány jóval szűkebb, talán nem a legjelentősebb kérdésben.

Az időbeli hatályt (a biztosítónak helyt kell állnia, a Ptk általános elévülési szabályai mellett: a biztosítási időszak alatt okozott és bekövetkezett valamint bejelentett, a biztosítási időszak alatt okozott és a biztosítási szerződés megszűnésétől számított három éven belül bekövetkezett és bejelentett, a biztosítási időszak alatt okozott és bekövetkezett, de a biztosítási szerződés megszűnésétől számított három éven belül bejelentett, a biztosítási időszakot megelőző egy évben okozott és bekövetkezett, de már a biztosítási időszakban bejelentett károkért) azért szükséges a tervezetben szerepeltetni, hiszen a biztosítók legtöbbször ezzel menekültek a fizetési kötelezettség alól, amikor a megszűnt szerződés után az elévülési időn belül sem álltak helyt, hiszen azt a kárigény bejelentése-kori szerződés fennálláshoz kötötték. Ez eredményezte, hogy több Kórház bizonyos káreseményekre a régi szerződésével már nem, míg az új szerződésével még nem rendelkezett biztosítással. Ez utóbbit elkerülendő további javaslatom az időbeli hatállyal kapcsolatban a retroaktív fedezet szerepeltetése is, ami különösen az új szerződőket védené, hiszen a szerződés megkötése előtti egy éves időszakra is kiterjedne a biztosítás.

A fentieket tartalmazó rendelet szövegét, pályázat és vállalási díjak nélkül, Én is elkészítettem és természetesen, ha azt bárki kéri a megoldás érdekében minden térítés nélkül átadom.

A rendelet megalkotását követően természetesen, ha a leírt feltételek szerinti működés valamilyen oknál fogva nem hatékony, akkor módosítható a rendelet vagy létrehozható a rendelet szerinti szolgáltatásra egy állami támogatással működő biztosító egyesület vagy más formáció, de akkor ezt már egy jogszabályban létrehozott keretrendszerre kellene megalkotni.

Abban az esetben, ha a rakott-krumpli ízlik annyit eszünk belőle, hogy az a jóllakottság érzéséhez vezet. Ez a jóllakottság a szakmai felelősségbiztosítással kapcsolatban a harmadik érdekazonosság lehetne, ami egy jövőbeli idealizált működési állapotot jelentene. Ennek során a megalapozott esetekben peren kívüli egyezségek jönnének létre, az időben hosszú, alperesi és felperesi kiszolgáltatottsággal járó, költséges, és nyilvános perek helyett, a rövid idejű, nem kiszolgáltatott, zártkörű, olcsóbb peren kívüli eljárások lennének jellemzőek. Ez természetesen nem azt jelentené, hogy a biztosítók automatikusan fizetnének, hiszen a felelősségbiztosítás lényege, hogy ezt akkor teszik, ha a biztosítottak, tehát jelen esetben a szolgáltatók azt igénylik, és ezt követően is csak egy szakmai szűrés után kerülhetne sor egyezségekre, de legalább a jelenlegi helyzettel ellentétben adott lenne azok lehetősége oly módon, hogy az kisebb terhet jelenten a szolgáltatókra, tehát a biztosítás ténylegesen biztosításként is működne. Ez a rendszer eredményesen hathatna a szolgáltatók minőségbiztosítására is, hiszen nyilván igényelnék, sőt a biztosítók valószínűleg meg is követelnék a tájékoztató nyomtatványok egységes megszületését, a kiszámítható szakmai protokollok megalkotását, az estek szakmai összegyűjtését, ismertetését stb.

A Kórházzövetség XVII. Kongresszusán elfogadott állásfoglalás 6. pontja szerint szükséges a szakmai felelősségbiztosítás megoldása, bár ott még szerepel a jogszabály mellett a kockázatkezeléssel foglalkozó alap is, mint a biztosítást nyújtó szolgáltató, megalkotása iránti igény is. A Kongresszuson történtek alapján öt alapprobléma körvonalazódott: a közszolgáltatások finanszírozási gondjai, az Unio munkaerő direktívájával kapcsolatos

magyar szabályozás, a szakmai felelősségbiztosítás, az e-egészségügy és fejlesztési kérdései, az egészségügyi ellátás regionális átalakítása. Ezek közül legegyszerűbben talán a szakmai felelősségbiztosítás lenne megoldható kizárólag a már hivatkozott rendelet által. Sajnálatosan a Kongresszuson elhangzott miniszteri beszámoló a közeljövő feladatai (gázár-kompenzáció, többlet-kapacitás befogadása, sürgősségi műszakszervezés, súlyszámok változása, gyógyszerpiaci rendtartás) között a szakmai felelősségbiztosítás rendezését nem említette. Bízom benne, hogy a miniszteri beszámolóból azért maradt ki a szakmai felelősségbiztosítás kérdése, mert az a jogszabály megalkotása szintjén, mivel az, költséggel nem jár, tulajdonképpen nem is kiemelt figyelmet érdemlő feladat a minisztérium szerint, és a közel jelentben megszületik a minimumfeltételekről szóló kormányrendelet, hiszen minél később történik érdemi változás ezen a területen az egészségügyi szolgáltatók egyre hátrányosabb helyzetbe kerülnek.

Az Én nagymamám a rakott-krumplit legrosszabb esetben két óra alatt elkészíti, így azt gondolom, igen komoly probléma van, akár a szakáccsal, akár az összetevőkkel, akár a sütővel, ha egy rakott-krumpli hét év alatt nem tud elkészülni. Bízom benne, hogy az elmúlt időszakban keletkezett receptek alapján, ami már egy rakott-krumpli szakácskönyvre is elegendő lenne, az arra kötelezettek elkészítik az egészségügy ízletes rakott-krumpliját, megalkotják a minimumfeltételekről szóló jogszabályt a jelen előadásban ismertetett érdekazonosságok mentén.

Így az előadás végén mit is mondhatnék, mint, hogy Jó étvágyat kívánok!

Budapest, 2005. március 13.

Dr. Simon Tamás
ügyvéd, biztosítási szakjogász

(Felelősségbiztosításról - felelősen Konferencia 2005. március.)