

## **Az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosításának átalakításáról**

Az egészségügyi szolgáltatók részére a szakmai felelősségbiztosítási szerződés megkötése az Egészségügyről szóló törvény alapján 1998 július 1.-e óta kötelező. A törvény felhatalmazta ugyan az egészségügyi minisztert, hogy a szakmai felelősségbiztosítás részletes szabályairól alkosson rendeletet, de ez a mai napig nem történt meg. A rendelet hiányában - amit az egészségügyi miniszter nem is hozhatott volna meg, hiszen az több minisztérium hatáskörébe is tartozó kérdést érintett volna - a felelősségbiztosítók alakították a biztosítási szerződések részletes szabályait, az általános szerződési feltételek tartalmának meghatározásával. Értelemszerűen ezek a szerződési feltételek, ahogy szélesedtek az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségének határai, úgy szűkültek. A biztosító társaságok feltételek közé szorították a biztosítási esemény fogalmát, csak a szerződés fennállta alatt okozott, bekövetkezett és bejelentett károkért álltak helyt. Jelentősen megnövelték a kizárások számát (amikor nem kellett helyt állniuk), nem emelték az 1992-ben egységesen kialakított helytállási limitet (esetenként 5.000.000 Ft.). Szinte teljes-körüen bevezették az egészségügyi szolgáltatók önrészét a kifizetett kártérítésből, illetőleg szélesítették a visszakövetelés eseteit is (amikor a károsultnak kifizetett kártérítést visszakövetelheték az egészségügyi szolgáltatóktól). Az utóbbi egy-két évben, mikor megjelentek a helytállási limitet jelentősen meghaladó, az egészségügyi szolgáltatókat terhelő, kártérítési marasztalások, kétféle megoldási javaslat terjedt el. Sajnálatosan az Orvosi Kamara a kifizetett kártérítések limitálását, az orvostól való elvárhatóság köréből a legnagyobb gondosság eltörlését javasolta, holott a kártérítések limitálása csak egy területen Alkotmányellenes, míg a legnagyobb gondosság tartalmi kereteit a bírói gyakorlat alakította ki, amit a törvényben írt meghatározás törlésével nem lehet megszüntetni. Az egészségügyi szolgáltatást végzők más szakmai testületei felismerték, hogy a probléma helyes megoldása a szakmai felelősségbiztosítás átalakítása, csak sajnálatosan ezen a felismerésen túl érdemi előre lépés nem történt. A folyamatok megragadtak a már hivatkozott részletszabályokat tartalmazó rendelet megalkotási szükségességének hangsúlyozásánál, illetve az egyes jövőbeni biztosítási formák elméleti meghatározásánál.

Az egészségügy privatizációja, melynek szabályait ebben az évben újra kívánják alkotni, nem valósítható meg a szakmai felelősségbiztosítás megváltoztatása nélkül, hiszen ki fog megvásárolni egy olyan egészségügyi szolgáltatót, amit komoly fizetési kötelezettségek terhelnek kártérítési felelősség megállapítása esetén, kötelező felelősségbiztosítás mellett. Az Európai Unióhoz történő csatlakozás, illetve annak közelsége miatt a megítélt kártérítések jelentősen növekednek, ami a jelenlegi biztosítási megoldások mellett, a privatizációtól függetlenül, az egészségügyi szolgáltatók amúgy is szegényes költségvetését terheli

Valószínűleg ezek a felismerések is vezették a jogalkotókat, amikor az egyes egészségügyet és társadalombiztosítást érintő törvények módosításáról szóló 2002. évi LVIII. törvényben 2002. december 3.-án, olyképen módosították az Egészségügyről szóló törvény felhatalmazó rendelkezését, hogy az egészségügyi miniszter helyett a kormány feladatává tették a szakmai felelősségbiztosítás részletszabályairól a végrehajtási rendelet megalkotását.

Abban az esetben, ha az egészségügy privatizációjával kapcsolatos valamennyi új jogszabályt, valamint az orvosok jogállásáról szóló törvényt is ebben az évben meg kívánják alkotni, akkor azok alapján 2004-től működhet az egészségügy. A kormánynak tehát ez az év áll a rendelkezésére, hogy megalkossa a felelősségbiztosítás minimumfeltételeiről a rendeletet. A rendeletet lehetőség szerint az év első felében meg kellene alkotni, hiszen azt követően még meg kell találni, vagy létre kell hozni azt a biztosítót, amelyik a minimumfeltételek mellett az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosítását ellátja. Az esetleges non-profit működésű felelősségbiztosítás esetén az államai támogatás formáját is meg kell határozni. A

fenti rövidtávú célok mellett hosszútávon, a polgári törvénykönyv már kormány határozatba foglalt koncepciójával összhangban, meg lehet majd valósítani, a kötelező biztosítás miatt, az egészségügyi szolgáltatásnál is ,csakúgy mint a gépjármű felelősségbiztosításnál, a biztosítók közvetlen perlését. Ez az egészségügyi szolgáltatóknak jelentős kedvezményt jelentene, hiszen gyakorlatilag a teljes kártérítést a biztosító fizetné. Ez utóbbi megoldás azonban jelentősen magasabb, esetlegesen több százmilliós eseti helytállási limiteket igényelne a biztosítóktól, melynek díjait az egészségügyi szolgáltatók még állami támogatás mellett is, csak évekkel később tudják majd megfizetni.

A szakmai felelősségbiztosítás minimumfeltételeiről

A felelősségbiztosítási részletszabályok kormányrendeletben történő megjelenítése ismert a magyar jogban. A 3/2001 Korm. rendelet a biztosítási alkuszi, többes biztosítás ügynöki és a biztosítási szaktanácsadói felelősségbiztosítás minimumfeltételeit szabályozza. A rendelet határozza meg a biztosítók eseti helytállási limitösszegét, az önrész mértékét, és a biztosítók által alkalmazható kizárások eseteit.

Az egészségügyi szolgáltatások esetében a részletszabályokról szóló rendeletet kétféle képen lehet megalkotni. A szűkebb körű szabályozás a nélkülözhetetlen előírásokat tartalmazná, ebben az esetben meg kell határozni a biztosítók eseti helytállás limitösszegét, az önrészt, illetve azokat a feltételeket, amelyek nem szerepelhetnek egy általános szerződési feltételben kizárásként. A tágabb körű szabályozás esetén a rendeletben meg lehetne határozni a biztosítási esemény fogalmát, - eltérően a egészségügyi szolgáltatókra és ha az orvosi jogállásról szóló törvény majd lehetővé teszi az egészségügyi szolgáltatónak nem minősülő önálló orvosra is - elő lehetne írni a biztosítók helytállási kötelezettségének időbeli hatályát, és meg lehetne határozni a visszakövetelés eseteit is. A biztosítási esemény megfogalmazása lehetővé tenné, hogy a biztosítók helytállási kötelezettsége a legtágabban kerüljön meghatározásra. A helytállási kötelezettség időbeli előírása megakadályozná, hogy a biztosítók csak a szerződés hatálya alatt okozott, bekövetkezett és bejelentett károkért állnának helyt. A visszakövetelési jog eseteinek meghatározása korlátozná a biztosítókat abban, hogy a kifizetett kártérítések visszaköveteléseinek eseteit a saját érdekeiknek megfelelően bővítsék.

A tágabb körű szabályozásra a magyar jogszabályok között nincs példa, és azt is lehet mondani, hogy az már túlságosan beavatkozna a szerződési szabadságba, ezért valószínűbb a szűkebb szabályozást tartalmazó rendelet megalkotása. Abban az esetben, ha a biztosítói gyakorlat azt szükségessé teszi, a rendelet a későbbiekben módosítható és a tágabb körű szabályozásból egyes elemek a rendeletbe emelhetők.

A szakmai felelősségbiztosítás minimumfeltételeinek szűkebb körű szabályozásáról

A rendeletben elsőként meg kell határozni a felelősségbiztosító eseti helytállási limitösszegét és esetlegesen az éves helytállási limitösszeget is, ami az eseti limit háromszorosa, négyszerese lehetne. A limitösszeget, ami a jelenlegi gyakorlatban szinte minden biztosítónál esetenként ötmillió forint, vagy még annál is alacsonyabb, mindenképpen fel kell emelni. A limitösszeg meghatározására háromféle megoldást javasolok.

Az egyik szerint külön kell választani a járó-beteg ellátást és a fekvő-beteg ellátást, oly módon, hogy kizárólag járó-beteg ellátást végző szolgáltatónál a limit tízmillió (esetleg tizenötmillió) forint, kizárólag fekvő-beteg ellátást végző, illetve mindkét ellátást végző szolgáltatónál pedig húszmillió (esetleg harmincmillió) forint lenne. Azt, hogy egy szolgáltatóra melyik limit vonatkozna, az döntené el, hogy a működési engedélye a fentiek közül melyik ellátási területre szól. Az egészségügyi vállalkozások és az egészségügyi közszolgáltatók között a limit tekintetében nem kell különbséget tenni, a vállalkozások esetén is csak az a meghatározó, hogy járó, vagy fekvő beteg ellátást végeznek. Az orvosi jogállásról szóló törvény, ha a szabadfoglalkozású orvoshoz hasonlóan lehetővé teszi majd, hogy az

orvos a szakvizsgájának megfelelő tevékenység körében szabadon szerződjön, akkor részére a magasabb limitet kell előírni, hiszen a szakvizsgálója alapján vegyes tevékenységet végezhet.

A járó-beteg és a fekvő-beteg ellátás közötti limitkülönbség indokolt lehet, hiszen járó-beteg ellátással okozati összefüggésben nem jelentkeznek súlyos maradandó károsodások. Az enyhébb egészségkárosodások, valamint az esetleges halálesetek miatti kártérítési igények az alacsonyabb limitösszegeken belül lezárhatók. Fekvő-beteg ellátás esetén a magasabb limit azért szükséges, mert itt gyakoribbak a súlyos maradandó károsodás miatti kártérítés igények, amelyek igénylik a magasabb limitet, még azokban az esetekben is, mikor még ez a limitösszeg sem elegendő. Ilyenkor elképzelhető ugyanis, hogy az egészségügyi szolgáltatót, az arra vonatkozó limiten belüli egyezség miatt, egyösszegű marasztalás nem, hanem csak egy kisebb összegű havi járadék terhelné

Abban az esetben, ha a járó-beteg és a fekvő-beteg ellátás közötti különbségtétel bonyolulttá tenné a szabályozást, a másik megoldás, hogy az eseti limitösszeg egységesen húszmillió (harmincmillió) forint legyen. Ez az összeg azonban a fekvő-beteg ellátás miatt mindenképpen szükséges. Ezt a limitösszegű biztosítás díját az egészségügyi szolgáltatók igaz támogatással, de még ki tudnák fizetni, ez orvosonként átlag kb. 150.000-180.000. Ft. lenne évente. Természetesen célszerű lenne szakma csoportonként eltérő arányosított összegeket meghatározni. Ekkora esetei limitösszege az összes egészségügyi szolgáltató és majdani orvosi jogállásról szóló törvény hatálya alá tartozó esetlegesen önállóan szerződő orvos bevonásával állami támogatás mellett létrehozható és működtethető is egy biztosító egyesület, ami kizárólag az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosításával foglalkozna.

A harmadik megoldás, hogy az eseti limitet ötvenmillió forintban, vagy még annál is magasabb összegben kellene meghatározni, mert így a biztosító még a komoly egészségkárosodás esetén is, szinte mindig teljesen helyt tudna állni a szolgáltatóért. Ebben az esetben viszont olyan magas lenne a biztosítási díj, amit az egészségügyi szolgáltatók valószínűleg még támogatással sem tudnának megfizetni. További gond lenne, hogy ezt a limitet a piaci biztosítók nem vállalnák fel, non-profit biztosító egyesület ekkora limit mellett pedig csak jelentős állami támogatás mellett működhetne, ami a költségvetés keretei között igen nehezen megvalósítható. Természetesen ebben az esetben is lenne megoldás, a Biztosítási törvény 5.§. (6) bekezdése alapján igazolást kellene kérni a Felügyeletről, hogy Magyarországon bejegyzett biztosító az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosítását, mint kockázat biztosítását nem vállalja. Ilyen igazolás birtokában külföldi biztosítóval köthető biztosítási szerződés. Az Európai Unióhoz csatlakozás szintén lehetővé teszi majd a nem Magyarországon működő biztosítók erre a területre történő beavatkozását.

A szűkebb körű szabályozás másik fontos pontja az egészségügyi szolgáltatókat terhelő önrész eltörlése. A magas biztosítási díjak mellett szükségtelen, hogy az egészségügyi szolgáltatók a megállapított kártérítésből még általában 10%-ot-ot maguk viseljenek önrész keretében. Az önrésznek visszatartó ereje sincs. A rendeletben ki kell mondani, hogy az egészségügyi szolgáltatókat a limitösszegeken belül önrész nem terhelheti. Abban az esetben, ha az önrészt mindenáron meg kívánják a jogalkotók hagyni, úgy azt nem százalékos mértékben, hanem egy-összegben célszerű meghatározni, mint az a már hivatkozott 3/2001 Korm. rendeletben is szerepel. Az önrész mértéke ebben az esetben Háromszázezer Forint lehetne.

A felelősségbiztosítók mára 25-30 olyan feltételt is meghatároztak, amelyek esetén akkor sem kell helytállniuk, ha a biztosítási esemény fennáll, ezek a kizárások. Ilyen kizárási feltétel pl. a tájékoztatási hiányosság, az Rtg. CT. MR. okozta károsodás, az esztétikai okból végzett plasztikai műtét miatti károsodás stb. Ezeknek a kizárásoknak egy része az egészségügyi tevékenység fontos elemeit, pl. a tájékoztatás, vagy az egyes szakmákat pl. plasztikai sebészet

érintik, és alkalmazásukkal tulajdonképpen nem beszélhetünk egészségügyi szakmai felelősségbiztosításról.

A biztosítók által alkalmazható kizárásokat a rendeltben nem lehet taxatív módon felsorolni, ezért azt kell meghatározni, hogy mi nem lehet kizárási feltétel.

A kizárások között nem szerepelhetnek az alábbi ok-csoportok:

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

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

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

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

Elképzelhető a rendeletnek egy olyan megengedő szabálya is, hogy ha egy biztosító a kizárási tilalom alá tartozó feltételt mégis kizárásként kívánja szabályozni, azt megteheti, de ekkor ezt a kikötést köteles biztosítani egy külön feltétellel, emelt díjazással, ha azt a szolgáltató megvásárolja. Ebben az esetben célszerű meghatározni az alkalmazható külön feltételek számát.

A biztosítási tevékenység formájáról

A jogszabály megalkotása után valószínű, hogy a gazdasági társaságként működő biztosítók nem kívánnak foglalkozni az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosításával, mivel már a jelenlegi limit-feltételek mellett is szűkítették a helytállásukat. Emelt limitek mellett, a magas tartalékolási kötelezettségek miatt a biztosítók még inkább nem tekintik majd a terület biztosítását olyanak, ami hatékony kárhányad mellett működtethető. Biztosító társaság a jövőben ezen a területen nagy valószínűséggel csak a már előzetesen említett harmadik megoldás esetén, mint külföldi biztosító szerepel majd, vagy a Magyarországon bejegyzett biztosítók nem csak a biztosítási ágazatra koncentráló üzleti érdekeiket veszik figyelembe, ha továbbra is kötnek a területen szerződéseket.

Biztosításra azonban szükség van, ami a nem nyereség-orientált biztosító egyesületi formában valósulhat majd meg. A biztosító egyesületi formára két megoldási javaslat alakult ki, az egyik egy felosztó-kirovó rendszerrel működő kárszolidaritási és intézményvédelmi egyesület (KIVE), a másik a biztosítási törvény előírásai szerinti biztosító egyesület (BE).

A KIVE a tagjainak nyújtana szolgáltatást. A tagok tagdíjat fizetnének, és ebből jönne létre egy alap, ami a működési költségeket fedezné, valamint ebből az alaphoz fizetnék a tagok helyett a kártérítéseket. Abban az esetben, ha ez a bevétel nem lenne elegendő a kártérítések kifizetésére, akkor a „hiányt”, a tagdíjakkal arányos mértékben ismételtén kirónák a tagokra. A KIVE limit nélküli helytállást vállalna, magas 20%-os önrésszel. A létrejöttéhez és a működéséhez állami támogatást igényelne, de ezekhez nem szükséges a Biztosítási törvény szerinti magas induló és szavatoló tőke. A KIVE nem tartozna a Biztosítási törvény hatálya alá, mert a felosztó-kirovó rendszerű működést a törvény kizárja a hatálya alól. A törvény

szerint azonban biztosítási tevékenységet olyan szolgáltató végezhet, ami a törvény hatálya alá tartozik. Ebből következik, hogy a KIVE szolgáltatása nem minősülhetne felelősségbiztosítási tevékenységnek. Az a szolgáltató, tehát, amelyik kizárólag ilyen szerződést kötne, az nem rendelkezne a kötelező felelősségbiztosítási szerződéssel. Abba az esetben, ha a KIVE bekerülne a biztosítási törvény hatálya alá, akkor vonatkozna rá a törvény szigorú előírása az induló vagyonnal és a szavatoló tőkével kapcsolatban. Ezzel a KIVE elvesztené az előnyét, a törvény hatálya alá tartozó BE-vel szemben. Megkérdőjeleződne tehát a szükségessége, hiszen a BE a felosztó-kirovó rendszer nélkül működne, ami a tagoknak nem jelentene többletterhet. A KIVE álláspontom szerint a biztosítási törvény szerinti BE mellett működhetne kiegészítő jelleggel, mint nem felelősségbiztosítási tevékenység, a jogszabály szabta limit feletti kártérítési tételek fedezésére.

A BE szintén csak a tagjainak nyújtana kizárólag felelősségbiztosítási szolgáltatást. A tagok a tagdíjon felül, ami biztosítási díjból és alap tagdíjból állna, más befizetéssel nem tartoznának. Az egyesület a biztosítástechnikai elveknek megfelelően működne, tartalékokat képezne kifizetésekre. A BE alapítását és működését a Biztosítási törvény szabályozza. Az alapításhoz kötelezően szükséges induló vagyon 226 millió forint lenne. A BE a KIVE-vel ellentétben, tevékenységét viszontbiztosításba adhatja, sőt ez a viszontbiztosító külföldi is lehet, tehát a szolgáltatása tovább hárítható, akár a piacorientált biztosítók felé is, ami a BE működésének anyagi biztonságát is jelentené. A BE hatékony működéséhez mindenképpen szükséges, hogy minden egészségügyi szolgáltató és az orvosi jogállásról szóló majdani törvény hatálya alá tartozó önállóan szerződni képes orvos a jövőben egy biztosítási egyesület alá tartozzon. Abban az esetben, ha sok egyesület jönne létre megfelelő bevétel hiányában, nem lenne működtethető a rendszer. Szükséges, tehát az Egészségügyről szóló törvény módosítása, ami előírja, hogy a felelősségbiztosítási szerződést a BE-vel, vagy olyan egyéb biztosítóval kell megkötni, amelyek a minimumfeltételeknek megfelelően nyújtja a biztosítást és a Magyar Orvosi Kamara ezt a biztosítót elfogadja. Ez a rendszer működik az ügyvédi felelősségbiztosítás terén is. Az Ügyvédi Kamara az ügyvédek biztosító egyesületén kívül csak nagyon szigorú feltételek mellett engedi meg, hogy más biztosító is szerződjön. A piaci biztosítóknak inkább a jogszabályi limiten felüli kártérítések további biztosítása maradna, amit nyilván nagyobb kedvvel is végeznének, hiszen ott ritkábban kerülne sor kifizetésre, mert sok kártérítés a jogszabály szabta limiten belül megoldódna. Ezen a módon bármekkora limitet kialakíthatna egy egészségügyi szolgáltató, hiszen annyi biztosítóval köt szerződést amennyivel tud, és az új biztosítónál a korábbi limitösszegig kötött biztosítások önrészként szerepelnének és az új biztosító helytállása csak a szerződésben rögzített összegben felüli kártérítési határok között állna fenn.

A BE létrejöttéhez, figyelemmel a magas induló tőkére, és talán a működéséhez is szükség lenne állami támogatása, hiszen különösen az induló tőkét az egészségügyi szolgáltatók nehezen tudnák összeadni. A mezőgazdasági biztosító egyesületek alakulásának és működésének támogatásáról a 101/2001 Korm. rendelet szól. A rendelet szerint a nehéz helyzetben lévő területen létrejövő biztosító egyesületek költségvetési támogatásban részesülhetnek, oly módon, hogy az induló tőke 75%-át a költségvetés adja. Az egészségügy hasonlóan nehéz helyzetben van, mint mezőgazdaság, tehát az egészségügy területén létrejövő biztosító egyesület, egy a fentihez hasonló kormányrendelet megalkotásával, szintén megkaphatná, az induló tőkéhez szükséges 75%-os költségvetési támogatást.

A biztosítási díjak emelkedése miatt a finanszírozás átalakítása is szükséges, hiszen a biztosítási díjnak valamilyen módon nevesítve meg kell jelenni az egészségügyi közszolgáltatást végzők finanszírozásában.

A bemutatott átalakítások után remélhető, hogy az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosítása tényleges felelősségbiztosításként tud majd működni a szolgáltatást igénybevevők érdekében.

Dr. Simon Tamás ügyvéd, biztosítási szakjogász  
(Egészségügyi Menedzsment 2003. január-február)