

Felelősségbiztosítás az egészségügyben Ne hagyjuk magára az orvost

Az orvos kártérítési felelősségével kapcsolatban az elmúlt tíz év tapasztalatai alapján az alábbi jelentős változások mennek végbe, ami a jövőben csak fokozódhat.

A bírói gyakorlat a legnagyobb gondosság előírását, amit mint elvárhatósági mércét alkalmaz az orvos kártérítési felelősségével kapcsolatos perekben, ma már az általános szabályok szerinti elvárhatóságnál szigorúbb feltételként használja. Az orvosnak, tehát nem elég bizonyítania, hogy az általános szabályok szerint gondos volt, hanem azt is igazolnia kell, hogy ez a gondossága megfelelt a legnagyobb gondosság követelményének is.

Volt már olyan ítélet (1), ami az egészségügyi szolgáltatás esetén is a veszélyes üzem felelősséget alkalmazta, ami még a legnagyobb gondosságnál is szigorúbb, közelít az objektív felelősséghez. Várható, hogy a gyógyításban egyre terjedő műszaki eszközök miatt ezt a felelősségi formát egyre gyakrabban alkalmazzák majd.

Plasztikai és fogászati beavatkozásoknál több ítéletben az orvos és beteg közötti jogviszonyt vállalkozásként értelmezték, ami azt jelenti, hogy az orvos az eredményért vállal felelősséget és nem azért, hogy az eredmény érdekében a legnagyobb gondossággal jár el.

Megjelent az Egészségügyről szóló törvényben a teljes körű tájékoztatási kötelezettség, mellyel kapcsolatban részletes tanulmány jelent meg a LAM 2002. januári számában (2). A tájékoztatási kötelezettség kiszélesítése, mivel a tájékoztatás formai és tartalmi milyenségét az orvosnak kell bizonyítani, jelentősen megnehezíti az orvosok helyzetét az orvosi mulasztással kapcsolatos perekben.

A Kórháztvényben megjelent a szabadfoglalkozású orvos, mint az orvosi tevékenység végzésének egyik formája, azzal, hogy a szabadfoglalkozású orvos a saját felelősségére végzi a tevékenységét. A beteggel szemben az egészségügyi szolgáltató fele majd a jövőben, de a szolgáltató ezt követően a szabadfoglalkozású orvos ellen fordulhat megtérítési igénnyel, melynek következtében az orvosok személyes vagyona is veszélybe kerülhet.

A megítélt kártérítési összegek jelentősen emelkednek a korábbiakhoz képest. Agykárosodott gyermek részére született már 8-10 millió nem vagyoni kártérítésről ítélet. A perben érvényesíthető valamennyi vagyoni és nem vagyoni kártérítést és késedelmi kamatait figyelembe véve pedig már léteznek ítéletek, amelyek pl. agykárosodott gyermek, vagy súlyos gerinc sérült esetén, 20-30 millió forintról és ezen felül havi 150-250 ezer forint jövőben fizetendő járadékról szólnak. Nemrég hirdette ki a bíróság, igaz még csak első fokon, azt az ítéletet, aminek összege, az ítéletben szereplő valamennyi kártérítési tétel és késedelmi kamatai alapján 49 millió forint, ami az általam ismert gyakorlatban az orvosi mulasztással kapcsolatos perekben a legmagasabb összeg.

A fentiek alapján látható, hogy az orvos felelősségének határai szélesednek, ami azt jelenti, hogy fokozódnia kell az orvosok védelmében tett intézkedéseknek is. Ilyen intézkedések lehetnek a jog területén a minőségbiztosítás hatékonyabb működtetése, az egészségügyi közvetítő rendszer és ezzel kapcsolatban a peren kívüli kárrendezés elterjesztése, esetlegesen kötelezővé tétele, valamint az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosításának jelentős megváltoztatása. Nem sorolható viszont ide a megítélhető kártérítések limitálása, többek között azért, mert egészségkárosodásért kártérítést megítélhetnek munkabaleset, közlekedési baleset miatt is, így alkotmányellenes lenne, ha ugyanazért az egészségkárosodásért eltérő összegeket kellene megítélni, jogszabályi előírások miatt, a kártérítéssel kapcsolatos különböző eljárások esetén.

A védelem jogi eszközei közül a szakmai felelősségbiztosítás az, amelyik már az elmúlt tíz évben is fennállt, ezért ez a legerjedtebb, és legismertebb, így annak az orvosi felelősség szélesedéséhez igazításával várható legkorábban hatékony eredmény.

Az elmúlt tíz évben jogszabály az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosításával keveset foglalkozott. A Polgári törvénykönyv már korábban meghatározta a felelősségbiztosítás fogalmát. A 113/1989 Korm. rendelet és a 30/1989 SZEM rendelet egészségügyi vállalkozók, és magánorvosok, míg az 1998. július 1.-én hatályba lépett Egészségügyről szóló törvény valamennyi egészségügyi szolgáltató részére a működés kötelező feltételévé tette a szakmai felelősségbiztosítás megkötését. Sajnálatosan a jogszabályok semmilyen részletfeltételt nem írtak elő a felelősségbiztosítás milyenségével kapcsolatban, pedig az Egészségügyről szóló törvény felhívja az egészségügyi minisztert egy arról szóló végrehajtási rendelet megalkotására.

Jogszabályi rendelkezés hiányában a gyakorlat és a biztosító társaságok alakították a szakmai felelősségbiztosítás tartalmát, a szerződések általános szerződési feltételeit.

A biztosítók az orvosi mulasztással kapcsolatos eljárások egyre gyakoribbá válásakor, különösen 1997-1998-tól, természetesen nem szélesítették a helytállási kötelezettségüket, hanem szűkíteni próbálták azt, illetve egyre többször mondták fel tömegesen a szerződéseket. A biztosítók a helytállási kötelezettségük szűkítése érdekében többek között az alábbiakat alkalmazták:

- A biztosítási esemény fogalmakat, ami meghatározza, hogy milyen esetben kell a biztosítónak fizetni az orvos helyett szűkítő feltételekkel látták el.
- A kizárások eseteit, ahol azokat a feltételeket tüntetik fel, amikor a biztosítási esemény fennállása esetén sem kell a biztosítónak az orvos helyett fizetni, jelentősen megnövelték, van olyan biztosító, amelyik harminc kizárást használ. A kizárások között megjelentek szakterületek pl. a mentőszolgálati tevékenység, a plasztikai sebészet, illetőleg az egészségügyi tevékenység lényegi részét képező tájékoztatási kötelezettség nem megfelelő végrehajtása miatti igények.
- Korlátozták a biztosítók a helytállási kötelezettségüket is a szerződés időbeli hatályának szűkítésével, mely szerint csak a szerződés fennállása alatt okozott, bekövetkezett és bejelentett károkért fizettek az orvos helyett. Abban az esetben, ha egy kártérítési igényt már a szerződés megszűnése után jelentettek be a biztosítóhoz, akkor sem állt helyt a biztosító, ha a kárt még akkor okozta egy egészségügyi szolgáltató, amikor a biztosítása még fennállt.
- A biztosítási szerződések az 1989-es indulásuktól, de különösen az 1992-es elterjedésüktől kezdve limitálják az összegszerű helytállási kötelezettségüket káreseményenként és évenként. Abban az esetben, tehát ha a biztosítási esemény fennáll és nincs lehetőség kizárás és időbeli korlátozás alkalmazására, akkor is mód van arra, hogy nem a teljes kártérítést kell a biztosítónak kifizetni, hanem csak a szerződés szerinti limitet. Ez a limit a kezdetektől a mai napig szinte alig változott, általában ötmillió forint néhány esetben létezik nyolc, vagy tíz milliós határ, de nem ritka a három, és különösen fogorvosok és házi orvosok esetén az egymillió összeghatár sem.
- A biztosítási szerződések szinte mindegyike tartalmaz önrészt. Abban az esetben, tehát, ha a limitált kártérítést a biztosító kénytelen kifizetni még tovább csökken ez az összeg is, hiszen a szerződések szerinti önrészt, ami általában 10%, az egészségügyi szolgáltató fizeti. Az összegszerű kifizetések, tehát a biztosítók részéről dupla korlátozás alá esnek.
- A biztosítók arra az esetre, ha az egészségügyi szolgáltató szándékos, vagy súlyos gondatlan magatartására vezethető vissza a károkozás, kikötik maguknak a visszakövetelési jogot, ami azt jelenti, hogy a károsultnak kifizetik a szerződés szerint a kártérítést, de azt az egészségügyi szolgáltatótól visszakövetelik. Ilyen eset pl. ha az orvos ittasan végezte a beavatkozást, vagy ha az egészségügyi szolgáltató működési engedélyével ellentétes beavatkozásra került sor. A korlátozás érdekében ezen feltételek is jelentősen szélesedtek.

- A fenti speciális lehetőségek mellett, a kifizetett kártérítések növelésével egyidejűleg jelentősen emelkedtek a biztosítási díjak, illetve szaporodtak azok az esetek, amelyek az alapbiztosításba nem tartoztak bele, és csak kiegészítő biztosításként, többlet díjért lehetett azokat megvásárolni.

Az ismertetteket eredményező szabályozatlanság mára alapvető ellentmondásokhoz vezetett a biztosítók, az egészségügyi szolgáltatók, mint biztosítottak és a betegek, mint károsultak között.

A biztosítók, figyelemmel arra, hogy nyereségre törekedő gazdasági társaságok, nem kívánták átvállalni az egészségügyi szolgáltatók szélesedő felelősségét, ezért maguktól semmilyen többletvállalást nem akarnak a szerződéseikbe beiktatni. A biztosító társaságok az egészségügy szakmai biztosításának területén nem versenyeznek, informálisan összefogva hasonló feltételeket diktálnak, tehát a verseny sem kényszeríti ki a változást.

A biztosítottak mivel kötelező a biztosítás, azt várják el, hogy a felelősségbiztosítás, ténylegesen biztosítás legyen, azaz széles területen és a kártérítések jelentős részéig álljon helyt, és ne az amúgy is szegény egészségügyi szolgáltató költségvetése fizesse a kártérítések jelentős részét.

A károsultak minél előbb hozzá szeretnék jutni a kártérítéshez, amit természetesen könnyebben megkaphatnának a jobb anyagi helyzetben lévő felelősségbiztosítótól, mint az egészségügyi szolgáltatótól.

Sajnálatosan az ismertett biztosítási feltételek mellett a biztosítók az egészségügyi szolgáltatások egyre szűkebb területén állnak helyt, ami a biztosítottak terheit jelentősen megnöveli, melynek következtében a károsultak sokszor csak az egészségügyi szolgáltatóktól jutnak kártérítéshez, ami szinte mindig csak hosszú pereskedés után lehetséges, ami viszont jelentősen növeli a terheket szintén a biztosított oldalán.

A kialakult helyzetben csak az állami beavatkozás segíthet.

Ez a beavatkozás elsődlegesen jogalkotási feladat. Ennek során meg kell alkotni az egészségügyi szakmai felelősségbiztosítás minimumfeltételeiről szóló miniszteri rendeletet, mint végrehajtási jogszabályt. Ezt követően ki kell alakítani az egészségügyi szakmai felelősségbiztosítás szervezeti kereteit, nevezetesen, hogy azt lehetőleg ne profitorientált biztosító társaságok, hanem biztosító egyesület, költségvetési alap, esetleg a skandináv típusú betegség-balesetbiztosítás nyújtsa. Végezetül figyelemmel az egészségügyi ágazat anyagi helyzetére meg kell találni azt az állami, költségvetési támogatási formát, ami segítené az új alapokon nyugvó biztosítás létrejöttét, illetve működését is.

Az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosításának minimumfeltételeiről szóló rendeletben szabályozni kell a biztosítási esemény fogalmát, a kizárásokat, a visszakövetelési jog eseteit, a helyállási limitet, az önrészt, és esetleg a helyállás időbeli hatályát. Felmerül a kérdés, lehetséges-e a piacgazdaságban ilyen széleskörűen piacbefolyásoló jogszabályt alkotni. A rendelet nem lenne egyedüli, ugyanis pl. a 3/2001.Korm.rendelet a biztosítási alkuszi, többes ügynöki és biztosítási szaktanácsadók esetén majdnem ugyanilyen részletességgel írja elő a felelősségbiztosítás minimumfeltételeit. Természetesen a jövőben ezeken a feltételeken lehet enyhíteni, de a jelenlegi helyzet mindenképpen megkívánja a széleskörű jogi szabályozást.

A rendeletben elsőként ki kell kötni, hogy az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosítása során biztosító a szerződésében, a rendeletben előírt minimumfeltételektől nem térhet el.

A rendeletben meg kell határozni a biztosítási esemény fogalmát, melynek során elérően kell definiálni a szabadfoglalkozású orvos és az egyéb egészségügyi szolgáltatók esetén a fogalmat, mivel a szabadfoglalkozású orvosnak csak mögöttes felelőssége lesz, közvetlen

kapcsolatba a beteggel kártérítési igény esetén nem kerül. A biztosítási esemény fogalmát a biztosítók által jelenleg alkalmazott meghatározások összevetésével, a legtágabb értelmezést lehetővé tevő módon, kell megalkotni.

A rendeletben direkt módon nem határozható meg a kizárások esetei, hiszen az egészségügy, mint biztosítandó terület rendkívül kiterjedt. lehetőség van viszonyt arra, hogy indirekt módon, az kerüljön meghatározásra a rendeletbe, hogy mi nem lehet a kizárás tárgya.

Álláspontom szerint a kizárások között nem szerepelhetnek az alábbiak:

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 részcelemekénye, 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 külföldieknek részére nyújtott bármilyen egészségügyi szolgáltatás, illetve a részükre nyújtott egészségügyi szolgáltatással, vagy annak hiányával okozati összefüggésben bekövetkezett bármilyen egészségkárosodás

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

A biztosítóknak megtiltani nem lehet, hogy a kizárások között nem szerepeltethető feltételt mégis kizárásként használja, de csak akkor, ha annak biztosítását, kiegészítő feltétel alkalmazásával, esetlegesen pótdíj ellenében vállalja. A szabályozással csak az érhető el tehát, hogy ne jöhessen létre olyan helyzet, hogy az egészségügy valamilyen lényeges szelete egyáltalán ne legyen biztosítva.

A visszakövetelési jog estei viszont direkt módon is meghatározhatóak, hiszen ezek kevésbé függenek az egészségügyi szolgáltatás speciális jellegzetességeitől, inkább általános előírásokat tartalmaznak. A visszakövetelési jog alapjául szolgáló súlyosan gondatlan magatartások az alábbiak lehetnének:

a jogszabályban vagy egyéb előírásban meghatározott személyi és tárgyi feltételek hiányában végezte a tevékenységét,

a jogszabályban előírt hatósági engedély nélkül, vagy az abban foglaltakkal ellentétben végezte a tevékenységét

az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvénynek a betegek jogai és kötelezettségei című II. fejezetében megfogalmazott valamelyik rendelkezéssel ellentétesen végezte a tevékenységét,

a kárt ittas állapotban, kábító vagy bódulatot keltő szer hatása alatt okozta

a kárt a szakmai szabályok, előírások vagy a kárenyhítési, kármegelőzési kötelezettség ismétlődő, vagy folyamatos megsértésével okozta.

Kiemelkedően fontos része lenne a jogszabálynak a helytállási limit és az önrész mértékének meghatározása

Véleményem szerint az eseti limitnek fekvő-beteg ellátás esetén 20 millió forintnak, járó-beteg ellátás esetén 8 millió forintnak kellene lennie.

Ebben az esetben a fekvő-beteg ellátás során okozott halálesetek szinte mindig egyezséggel zárulhatnak, hiszen ebbe a limitbe a bírói gyakorlat által halálesetnél megítélt kártérítési tételek és kamataik beletartoznának.

A maradandó károsodással járó esetekből csak a kifejezetten súlyos oxigénhiányos gyermek, a tolokocsiba került gerincsérült esetén indulnának perek, de még ilyenkor is elképzelhető, hogy a limit maximális összege inkább egyezsége sarkalja a károsultakat. Esetleg az egyösszegű juttatáson felül havi járadékot állapítanak meg az egyezségkor, amit viszont a biztosított egészségügyi szolgáltató fedezne a jövőre nézve.

Járó-beteg ellátás során jelentősen kevesebb és kisebb kárértékű károsodás történik, ott a súlyos esetek között inkább a halálesetek szereplenek, mint a komoly következményekkel járó maradandó károsodások.

Figyelemmel halálesetknél kialakult bírói gyakorlatra, per esetén sem jutnának a károsultak jelentősen magasabb kártérítéshez, ami ilyenkor elősegítené a peren kívüli egyezségeket.

A kisebb egészségkárosodások miatt pedig a limiten belül könnyedén köthető egyezség, hiszen a bírói gyakorlat sem állapít meg magasabb kártérítéseket.

Abban az esetben, ha egy egészségügyi szolgáltató járó és fekvőbeteg ellátást is végez az eseti limit 20 millió forint lenne, hiszen a tevékenység nem bontható meg.

A szabadfoglalkozású orvos eseti limitje, akár járó, akár fekvő-beteg ellátást végez mindig 20 millió forint kell legyen, hiszen a szakvizsgája alapján elláthat akár járó, akár fekvő-beteg ellátó tevékenységet, tehát csakúgy, mint a vegyes tevékenységű szolgáltatónál, a tevékenység itt sem bontható részekre. A magasabb limitet indokolja a közvetett felelősség korlátlansága is, tehát ekkora limit-nagyságra szükség van, hogy az orvos saját vagyona kevésbé kerüljön veszélybe.

A szabadfoglalkozású praxis közösségnek, a 2001. évi CVII. törvény 23§ (2) bekezdése alapján – a praxisközösség tagjainak személyre szóló felelősségbiztosítási szerződéssel kell rendelkezni – annyiszor 20 millió forint eseti limitre kell szerződnie, ahány tagja van a praxisközösségnek. A felelősség megállapítása esetén azonban, a limitösszegek nem adódnak össze, és ezáltal nem lesz pl. 40-millió az eseti limit, hanem mindig csak a mulasztó praxisközösségi tag eseti limitje vehető figyelembe.

Az egészségügyi vállalkozások, eseti limit összegét mindig a működési engedélyük minősítése szerinti előírás határozza meg, ami lehet járó, vagy fekvő-beteg ellátás, vagy vegyes, melyhez a jogszabály által meghatározott eseti limitet kell rendelni. Ezt a szabályt kell alkalmazni akkor is, ha az egészségügyi szolgáltató csak közvetett felelős lehet, tehát valamely közvetlenül felelő egészségügyi szolgáltató megbízottjaként jár el, hiszen az egészségügyi vállalkozás csak a működési engedélye szerinti ellátásra szerződhet ilyen esetben is. Ilyen esetben a tevékenység, ellentétben a szabadfoglalkozású orvossal, elkülöníthető a járó és fekvő-beteg ellátásra, ha az engedélye nem vegyes tevékenységre szól.

A limitek emelése esetén a biztosítási díjak emelkednek, hiszen a biztosító helytállási kötelezettsége jelentősen megnő. Ebben az esetben azonban több egyezség jöhet létre, ami kiegyensúlyozza a biztosítottak magasabb díjfizetési kötelezettségét, hiszen a perek számának visszaszorulásával a közvetlen kártérítési kötelezettségük jelentősen csökken. Nem beszélve arról, hogy az egyezségek megkötésekor titoktartás fogadható, tehát nincs arra lehetőség, hogy a tömegtájékoztatásban a perrel kapcsolatos hír rontsa az egészségügyi szolgáltatóról kialakult képet.

A magasabb limit természetesen kedvező a károsultnak is, aki sok esetben inkább elfogadja a limit alatti, vagy limit összegét, mint, hogy hosszú, bizonytalan kimenetelű peres eljárásokba kezdjen.

A fenti limitösszegek jelentősen alacsonyabbak, mint az európai országokban alkalmazottak, de még alatta vannak a kötelező gépjármű felelősségbiztosítás alapján Magyarországon meghatározott helytállási kötelezettségnek is, ami sérültenként 300 millió forint. Ez utóbbi

esetben többek között azért ilyen magas az összeg, mert a biztosítóval szemben közvetlenül érvényesíthető a kártérítés közlekedési baleset bekövetkeztekor. Ez az orvosi mulasztással kapcsolatos perekben még nem lehetséges, bár az polgári törvénykönyv koncepciója felveti az ilyen esetekre is a közvetlen perlést, ami viszont további jelentős limit emelést tesz majd szükségessé.

Az önrész megmaradása komoly akadály lenne a megemelt limitek melletti egyezségkötésnek, ezért álláspontom szerint az önrészt el kellene hagyni és ebben az esetben, a jogszabályban elő kellene írni, hogy önrész alkalmazására nem kerülhet sor.

Abban az esetben, ha az egészségügyi szolgáltatónak anyagi terhet kellene vállalnia egy esetleges egyezség esetén, figyelemmel a finanszírozó felé irányuló elszámolási nehézségre, inkább nem járulna hozzá az egyezséghez.

Abban az esetben, ha az önrészt mindenképpen meg akarjuk tartani, akkor olyan alacsony összegben kell azt meghatározni, hogy mind az egészségügyi szolgáltatónak, mind a károsultnak az egyezség megkötése legyen az érdeke.

A biztosított mérlegelheti, hogy vagy kifizeti az alacsonyösszegű önrészt, esetleg oly módon is, hogy azt a finanszírozó felé nem tudja elszámolni, vagy nem járul hozzá az egyezséghez, és per esetén, ha veszít jelentősen magasabb kártérítési kötelezettsége keletkezik.

Az önrész megmaradása esetén annak maximális mértékét esetenként Háromszázezer Forintban javaslom megállapítani a rendeletben.

A minimumfeltételekről szóló rendelet megalkotása után felmerül a kérdés, hogy a komoly helytállási kötelezettséget megállapító, és a biztosítók szabad mozgásterét több helyen szűkítő feltételek mellett milyen biztosító tudja felvállalni a biztosítási szolgáltatások nyújtását. A nyereségorientált biztosító társaságok természetesen nem zárhatók ki az egészségügyi szolgáltatók biztosítási piacáról. Ez a terület viszont a biztosítás egészének piacához képest elenyésző, ezért a biztosító társaságok nem fognak harcolni, hogy az egészségügyi szolgáltatókat biztosítsák. Várható tehát, hogy biztosító társaságok nem fogják a terület biztosítását ellátni a minimumfeltételek mellett, hiszen a jelenlegi körülmények mellett is inkább tovább szűkítik a feltételeiket, illetve egyre több társaság hagyja el ezt a területet.

Biztosító társaságok hiányában felmerülhet a no-fault típusú betegség-balesetbiztosítás, az állami költségvetési alap, illetve a biztosító egyesület.

A no-fault típusú betegség-balesetbiztosításról részletes cikk jelent meg a LAM 1996 március–áprilisi számában (3), ezért annak részleteit nem mutatom be. A modell alkalmazása esetén a károsultnak csak azt kell bizonyítania, hogy az orvosi beavatkozás és az egészségkárosodás között az ok-okozati összefüggés valószínű, és nincs az orvosnak az a mentesülési lehetőség sem hogy bizonyítsa, hogy a legnagyobb gondossággal járt el. Ez a túlzottan tág felelősség Magyarországon, ahol még a szigorúbb felelősségi feltételek esetén sincs hatékony felelősségbiztosítás, még véleményem szerint nem alkalmazható.

Az állam egy költségvetési alappal mögé állhatna a teljes felelősségbiztosításnak, de ebben az esetben az már nem felelősségbiztosítás lenne, hanem egy állami helytállás, ami a biztosítás és az állam modern szerepével nem egyeztethető össze.

Felvetődhet az állami költségvetési alap és a biztosítás vegyítése. Az Egészségügyi Menedzsment című szaklap 2001. november-decemberi számában (4) került ismertetésre az ezzel kapcsolatos modell. Az elképzelés szerint négy csoportot kellene felállítani. Az elsőbe tartoznának az előre látható biztosan bekövetkező károk, amelyek egy forint és ötmillió forint közé esnének, ezeket egy költségvetési alappal fedeznék. A második csoport az előre nem látható kockázatok miatt bekövetkező károk, melyekre az egészségügyi szolgáltatók lennének kötelesek felelősségbiztosítást kötni, aminek limitált mértékét szintén ötmillió forintban jelölni meg a javaslat. A következő csoport a biztosítási limiten, tehát tízmillió forintot, túli károk csoportja, amit a szolgáltatók maguk viselnének, de köthetnének rá további

felelősségbiztosításokat. A biztosítók ilyen további biztosítást szívesebben kötnének, hiszen azok csak a tízmillió forint feletti károkra vonatkoznának és sok esetben a kártérítés nem éri el ezt a mértéket. A negyedik csoportba azok a káresemények tartoznának, amelyek nem háríthatók át biztosítóra, ilyenek a kizárások alá tartozó esetek, ezeket mindenképpen az egészségügyi szolgáltató viselné.

Ennek a modellnek az alkalmazása esetén növekedne a helytállási kötelezettség, azaz csökkenne az egészségügyi szolgáltatók terhe, de a kötelező helytállási határ, a tízmillió forint, még mindig nem érné el az esetek többségében ma már szükséges mértéket. Nem beszélve arról, hogy akár egy peren kívüli, akár egy peres eljárást rendkívül sokszereplőssé – alap, biztosítók, felek - tenne, ami a megállapodások kialakulását gátolná., illetve keverné a non-profit alap és a nyereség-érdekelt biztosító társaságok szerepvállalását, és ezzel eltérő érdekeiket is.

Álláspontom szerint a költségvetési alap helyett egy másik non-profitműködésű biztosításra van szükség, ami a biztosító egyesület. A biztosító egyesület egy olyan biztosító, amelyik kizárólag a tagjai részére nyújt biztosítási szolgáltatást, a bevételei a tagok által a belépéskor fizetett egyszeri hozzájárulásból, a havi tagdíjból és a havi biztosítási díjból állnak.

A biztosító egyesület két féle formában hozható létre, egy kárfelosztó egyesületként, vagy a Biztosítási törvény szerinti biztosító egyesületként.

A kárfelosztó egyesület lényege, hogy felosztó-kirovó rendszerben működik, azaz a bevételeiből képez egy alapot a működési költségeire, illetve egy másik alapot a kárigények kielégítésére. Abban az esetben, ha a kifizetni szükséges kártérítési igények, meghaladják a tagdíjából befolyt összegekből képzett kár-kielégítési alap összegét, akkor a fennmaradó összeget kiróják a tagokra, és azt, mint a tagdíjon felüli juttatást kell az egyesület részére befizetniük. A tagdíj összege az egészségügyi szolgáltatók milyensége, nagysága és egyéb szempontok alapján differenciált, és ezen differenciának megfelelő százalékos részesedés alapján számított aránykulcs szerint kell a tagdíjon felüli többlet hozzájárulást is a tagokra kiróni.

Ez a modell, tehát egy többletterhet ró az egyesület tagjai, az egészségügyi szolgáltatók terhére, hiszen, elképzelhető egy többletbefizetés. A modell másik problémája, hogy az ilyen egyesület tevékenysége nem minősül biztosításnak. Az 1995. évi XCVI. törvény, a Biztosítási törvény szerint, a törvény hatálya nem terjed ki a felosztó-kirovó rendszerű elven működő biztosításra. A törvény meghatározza azt is, hogy biztosítási tevékenységet csak biztosító végezhet, és fel is sorolja, hogy mi minősül biztosítónak. A felosztó –kirovó rendszerű biztosító, aminek működésére a törvény hatálya nem terjed ki nem minősül biztosítónak, tehát nem végezhet biztosítási tevékenységet, így amit nyújt az nem minősül biztosításnak. Abban az esetben, tehát, ha az egészségügyi szolgáltató egy ilyen biztosító egyesülettel szerződne, nem tenne eleget a törvényi kötelezettségének, azaz nem rendelkezne kötelező szakmai felelősségbiztosítással.

A megfelelő biztosító egyesületi forma, tehát a másik, a Biztosítási törvény szerinti biztosító egyesület. Ez annyiban különbözik a felosztó-kirovó rendszerűtől, hogy a már ismertett bevételeken túl nem ró újabb terhet a tagokra, ha a kárkifizetési alap nem elegendő, mert ilyen eset nem jöhet létre, ugyanis az egyesület a biztosítástechnikai elvek szerint működik, a törvényben előírt alakulási és működési tőkével, valamint tartalékokat képez a kártérítések és a működés rendezésére.

Létre kellene hozni, tehát a Magyar Egészségügyi Szolgáltatók és Szabadfoglalkozású Orvosok Biztosító Egyesületét. El kellene érni, hogy az egyesülettel szerződjön valamennyi egészségügyi szolgáltató és szabadfoglalkozású orvos, mert csak ebben az esetben tudják a jövőben eltartani a bevételekből az egyesületet, figyelemmel a magas kártérítésekre. Az ügyvédek esetén is létrehozta ilyen biztosító egyesületet és gyakorlatilag minden ügyvéd annak a tagja. Szükséges jogszabályi változtatás, ami azt írja elő, hogy a felelősségbiztosítási

szerződést az egyesülettel, vagy a minimumfeltételeket nyújtó más biztosító társasággal kell megkötni. Figyelemmel arra, hogy a biztosító társaságok, mint azt már korábban írtam a minimumfeltételek szerinti biztosítást nem fogják nyújtani, marad az egyesület mint szerződő partner. Figyelemmel arra, hogy a ma is jelentős az egészségügyi vállalkozások száma, illetve a jövőben a szabadfoglalkozású orvosok száma is növekedni fog, lesz annyi egészségügyi szolgáltató és szabadfoglalkozású orvos, aki eltartja az egyesületet és a kártérítés fizetési tevékenységét is.

Az egyesület létrehozható oly módon, hogy az Országos Intézetek közül tíz alakítja meg, ami irányítható az Egészségügyi Minisztérium által és utána történne a többi szolgáltató csatlakozása.

Az egyesület indulásához a Biztosítási törvény alapján 226 millió forint induló vagyon kell (225 millió forint minimális biztonsági tőke és 1 millió forint organizációs tőke). A jövőbeni működéshez legalább 685 millió forint minimális szavatoló tőkére van szükség. Figyelemmel arra, hogy egyesületet várhatóan tíz tag alapítja, az egészségügyi szolgáltatók gazdasági helyzetének ismeretében nem képzelhető el, hogy tíz szolgáltató a saját bevételiből teremtsen elő 226 millió forintot, ezért szükséges az állami támogatás kialakítása. A jövőbeni működéshez kevésbé lesz szükség állami támogatáshoz, mivel az egyesülethez csatlakoznak az egészségügyi szolgáltatók és az általuk befizetett díjak fedezik a működés és a kártérítések költségeit azzal, hogy a biztosítási díjak nyilván emelkedni fognak a jelenlegihez képest, de ehhez magasabb összegű szolgáltatást is nyújt majd az egyesület.

Az állami támogatás nem történhet az Országos Egészségbiztosítási Pénztár részéről, hiszen az egyesületnek számos olyan tagja is lesz, amelyik nem finanszírozott egészségügyi tevékenységet végez. Az OEP –re hárulna viszont az a szerepe, hogy a finanszírozásból külön kellene választania a finanszírozott egészségügyi szolgáltatók biztosítási díjának összegét, amit nem hónapokkal utólag kellene a szolgáltatóknak a finanszírozási díjjal együtt megkapni. A biztosító egyesületek közül a mezőgazdasági biztosító egyesületek alapítását és működését, az állam támogatja a 101/2001. Korm. rendeletben írtak alapján.

A rendelet a céljai között meghatározza, hogy a nehezen biztosítható kockázatot vállaló biztosító egyesületek működését és alapítását, az önszerveződés megvalósulását, illetve az induló tőkék anyagi támogatását kívánja a jogszabállyal biztosítani.

Ezek a feltételek az egészségügyre is igazak, illetve itt is egy nehezen biztosítható kockázattal állunk szembe.

A rendelet költségvetési támogatást nyújt az induló egyesületeknek, az induló tőke háromnegyedéig, azzal, hogy ha egy egyesület a feltételeknek megfelel, a támogatás nem tagadható meg.

A 226 milliós induló tőke hetvenöt százaléka tehát egy ilyen támogatás esetén költségvetési támogatással biztosítható lenne.

Mindenképpen szükséges tehát egy rendeletet alkotni az egészségügyi szolgáltatók és szabadfoglalkozású orvosok biztosító egyesületének támogatásáról, amiben célszerű a mezőgazdasági egyesületekhez hasonlóan az induló vagyon hetvenöt százalékáig nyújtani a támogatást, de lehet a támogatás magasabb is.

A jelent tanulmányban írtak alapján megállapítható, hogy van lehetőség arra, hogy az orvost a kártérítési felelősségével és annak összecszerűségeivel ne hagyjuk magára, de álláspontom szerint az utolsó órában van a jogalkotás, hogy létrehozza a szükséges jogszabályokat és az annak alapján működő biztosító egyesületet.

Dr. Simon Tamás
ügyvéd, biztosítási szakjogász

- (1) Legfelsőbb Bíróság Pf.III.20.008/1991 ítélete In: Dr. Köles Tibor Orvosi műhiba perek Budapest. HVG-Orac 1999.
 - (2) Dr. Dósa Ágnes: Az orvos felelőssége a tájékoztatás elmulasztásáért. LAM 2002. január.
 - (3) Dr. Dósa Ágnes: Felelősség vagy biztosítás. LAM 1996. március-április.
- Dobrovics Péter: Új javaslat a kórházak felelősségbiztosítására. Egészségügyi Menedzsment 2001. november-december

(Lege Artis Medicinae 2002. december)