

# Szabadítsuk fel a szabad orvosválasztást

avagy miként és miért hozandó létre az egészségügyi szolgáltatók szakmai eredményességét és kártérítési felelősségét bemutató és elemző adatbázis

## I. A probléma meghatározása

Külföldi utazás...munkahelykeresés...gépkocsi vásárlása...étteremlátogatás...gyermekjáték vétele...lakásvásárlás...pénzügyekkel kapcsolatos döntés...gyermekünk beiskolázása...de akár a vízvezeték szerelő keresése.

Napjainkban folyamatosan ilyen és hasonló döntéseket hozunk. Ezekben az esetekben azonban közös, hogy a döntés meghozatala előtt lehetőségünk van - alapvetően mindenki által hozzáférhető forrásból - tájékozódni az adott intézmény, termék vagy szolgáltatás minőségéről. Még a kirívóan negatív információkhoz is könnyen hozzájutunk.

Vajon az egészségünk illetve az életünk nem ér ennyit, itt nincs szükség ilyen adatbázisra?

A válasz egyértelmű, nélkülözhetetlen lenne egy az egészségügyi szolgáltatók minőségét elemző adatbázis, de ez mind a mai napig nem jött létre.

A jelen tanulmányunkban ennek az adatbázisnak a kialakítására teszünk javaslatot, bemutatva annak megvalósításának okait, módját és lehetséges jövőjét is.

## II. Helyzetelemzés

### A.) Az eljárások számáról

Évente 150 millió orvos-beteg találkozás történik.

A különböző sajtótermékekben az olvasható, hogy évente 300-400 „orvosi-műhiba per” indul. Egyes nyilatkozók a perek számánál négy-ötszörösére becsülik az „orvosi műhibás eseteket” (amikor történik valami olyan esemény, ami nem felel meg az elvárható gondosságnak, a szakmai követelményeknek és emiatt egészségkárosodás is kialakul). Ezek jelentős részéből azonban nem lesz „orvosi műhiba-ügy”, tehát legalább olyan eljárás, ami panaszként megfogalmaz egy nem megfelelő ellátást (a perek említett számának másfél-kétszerese általában évente az ügyek száma). A peren kívüli egyezségeknél, vagy a károsultak nem elégséges kitartásának köszönhetően az ügyek kevesebb részéből lesz csak végső eljárás, „orvosi műhiba per”, amikor a sikertelen peren kívüli egyeztetést követően peres eljárás indul az egészségügyi szolgáltató ellen. Tisztában vagyunk vele, hogy az orvosi műhiba nem szakszerű kifejezés, de a köztudatban kialakult egyértelmű jelentése miatt célszerű néha ezt használni.

Dr. Vojnik Mária a szakminisztérium politikai államtitkárságjaként, egy szakmai konferencián 2005 decemberében, 3000-6000 között jelölte meg az évente előforduló kezelési hibák számát (történik valami az egészségügyi szolgáltatás során, ami nem felel meg az elvárható gondosságnak, de vagy kialakul egészségkárosodás emiatt vagy az bármilyen okból, akár a természet, akár a gyógykezelést végzők tevékenysége miatt nem jön létre). A kezelési hiba tehát szélesebb, mint az előzőekben említett „orvosi műhibás eset” megjelölés, hiszen csak az elvárható gondossággal való ütközést jelenti a bekövetkezett eredménytől függetlenül, míg a többi elemzett csoportnál nélkülözhetetlen a nem megfelelő tevékenység mellett az is, hogy ezzel összefüggésben alakuljon ki egészségkárosodás vagy halál.

### ***B.) Az eljárások számának bizonytalanságáról.***

A fenti adatok azonban egytől-egyik szakmai tapasztalatokon nyugvó tippek, becslések, hivatalos, vagy nem hivatalos statisztika ebben a kérdésben nincs.

Ennek oka az érdektelenség.

- Az egészségügyi szolgáltatókat nem érdeklik a saját hibáik, azokat szinte soha nem elemzik, nincsenek konferenciák, ahol a típus ügyek bemutatásra kerülnének, és a megelőzésre helyeznék a hangsúlyt. A szolgáltatók ebben a kérdésben még mindig a tévedhetetlen orvos képzetében élnek, és minden eljárást támadásként értékelnek.
- A szakmai felelősségbiztosítás Magyarországon megbukott, hiszen ugyanolyan színvonalon és feltételekkel működik, mint az 1990-es évek elején, a változások minimálisak és a biztosítók helytállási kötelezettsége a bíróságon született kártérítési ítéletek összegszerűségének 10-20%-át fedezi csak. Egy anyagilag motiválatlan biztosító nem kutatja a biztosítottjainak szakmai tevékenységét, nem kényszerinti a biztosítottjait hatékonyabb tájékoztatásra, protokoll betartásra nem gyűjt statisztikát.
- Az egyközpontú finanszírozásban a finanszírozónak sincs érdekében a szolgáltatók hatékonysági mutatójának ilyen kérdésben történő vizsgálata, hiszen az ilyen adatok ismerete nem jelent lehetőséget a finanszírozási szerződések megszüntetésére, módosítására.

Egyedül a betegek oldalán jelentkezik érdek annak megismerésére, hogy az egyes egészségügyi szolgáltatóknál ki a rossz orvos, ki a jó, melyik szolgáltatónak van több „orvosi műhiba pere, eljárása, ügye, esete”, de az érdek nem párosul lehetőséggel, statisztikát, felmérést nem tudnak készíteni és ilyen statisztikákat, felméréseket más sem készít számukra, így az információ szájhagyomány útján terjed.

### ***C.) Az egészségügyi szolgáltatás átalakulásáról***

Az egészségügyi ellátás az előzőekben írtak mellett az elmúlt 15 évben sajátos változáson ment keresztül, szolgálatból szolgáltatás lett. Az egészségügyi szolgáltatásból ma már egyforma jelentőséggel bír az egészségügyi és a szolgáltatási jelző is, sőt a jelenleg változó jogszabályok a szolgáltatási jelleget erősítik az egészségüggyel szemben.

Az egészségügyi tevékenység szolgáltatói jellege megmutatkozik abban is, hogy 2004. május 06. napja óta az egészségügyre is vonatkozik a Fogyasztóvédelmi törvény (az 1997 óta fennálló törvény alóli kivétel ekkor került hatályon kívül helyezésre).

Az egészségügyi tevékenységet végző, tehát szolgáltató, a beteg fogyasztó, míg a kettőjük közötti szerződés fogyasztói szerződés lett és az egészségügyi tevékenység már nem első a sok szolgáltatás közül, hanem egy a sok szolgáltatás között.

### ***D.) Eljárási lehetőségekről***

A fogyasztói jellegű megerősödését mutatja az egészségügyi szolgáltatásnak, hogy annak nem megfelelő végzése az alábbi 15 féle eljárás megindítását teszi jelenleg lehetővé a beteg vagy hozzátartozója számára:

- Írásbeli panasz a szolgáltató vezetéséhez,
- Írásbeli panasz a szolgáltató fenntartójához,
- Etikai eljárás az orvosi vagy szakdolgozói kamara előtt
- Etikai eljárás az Országos Etikai Bizottság és területi szervei előtt
- Szabálysértési eljárás az ÁNTSZ területi szervei előtt

- Az ÁNTSZ-nél működő szak-főorvos vizsgálata a szakmai minimumfeltételek betartásáról,
- Egészségbiztosítási Felügyelet eljárása a szolgáltatás minőségi ellenőrzése során,
- Fogyasztóvédelemben működő békéltető testületek előtti eljárás,
- Fogyasztóvédelmi Főfelügyelőség vizsgálata, igaz csak olyan kérdésben, amiben más testület nem jár el,
- Fegyelmi eljárás kezdeményezése közalkalmazott esetén,
- Betegjogi képviselő előtti eljárás
- Egészségügyi közvetítő tanács előtti eljárás, ami nem azonos a békéltetéssel,
- Szakmai felelősségbiztosító előtti peren kívüli eljárás,
- Büntetőeljárás megindítása a tevékenységet végző orvos, szakdolgozó ellen,
- Polgári peres eljárás kártérítés iránt a szolgáltató ellen.

A peren kívüli eljárási formák nem elég hatékonyak a szolgáltatók tagadó magatartása, illetve anyagi teljesítőképességüknek alacsony mértéke miatt.

A fogyasztói jellegű eljárások még gyerekcipőben járnak, hiszen azok csak 2004 májusa után indulhattak. A közvetítő eljárás megbukott, az etikai eljárások sajnos sokszor kétes eredményt produkálnak a védelmi szemlélet miatt, fegyelmi eljárás ritkán indul, hiszen annak megindításáról a szolgáltató dönt a kezdeményezéstől függetlenül. Az ÁNTSZ nem tekinti az említett tevékenységét főfeladatnak, inkább a hatósági tevékenységre helyezi a hangsúlyt, ezért az eljárásai nem elég alaposak.

A büntetőeljárás során az orvos személyes felelőssége megállapításának olyan szigorú szabályai vannak, amelyek szinte soha nem bizonyíthatóak.

Marad a kártérítés iránt indított polgári peres eljárás. Itt a bírói gyakorlat, viszont a többi eljárással ellentétben, tulajdonképpen objektivizálta az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségét, ami minden esetben fennáll, ha egy szolgáltató nem az elvárható gondossággal járt el egy beteg kezelése során és ezzel összefüggésben a betegnek bármilyen mértékű egészségkárosodása következett be vagy meghalt. Az említett elvárható gondosság már akkor sérült, ha volt olyan eljárás, aminek alkalmazása esetén a betegnek a túlélésre vagy a gyógyulásra nagyobb esélye lett volna és ezt az eljárást, a szolgáltató nem alkalmazta, tehát elég, ha az esélyt vette el.

Fontos, hogy az eljárás során azt vélelmezik, hogy a felvetett esély fennállt és a szolgáltatónak kell kimenteni magát és igazolnia, hogy ez az esély nem állt fenn. Ez a széleskörű, esély-alapú értelmezés megfordította az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségét, hiszen 15 évvel ezelőtt alig tudott pert nyerni beteg, míg napjainkban a perek 70-80%-át a szolgáltatók elvesztik és ez az arány az Európában is uralkodó objektivizálódó szakmai felelősségi értelmezés mellett, ami értelemszerűen az egészségügyre is kihat, csak romolhat.

### **III. Célkitűzés**

#### ***A.) A jogszabályi hátérről***

A fent ismertetett helyzetben egy egészségügyi szolgáltatónak kiemelt minőségi mutatójává vált, hogy hány eljárás indul ellene, azokból hány per lesz, melyeket nyeri meg vagy veszti el, és ezek milyen osztályokat érintenek.

A tudatos betegnek, mint fogyasztónak igénye van arra, hogy szolgáltató választása előtt, különösen, hogy a szolgáltatásért részben fizet is (vizitdíj, kórházi napidíj, részleges térítés) megfelelő ismeretekkel rendelkezzen ebben a kérdésben.

Ez a fogyasztói szükséglet, természetesen jogszabályi hivatkozásokkal is alátámasztható:

- Az Egészségügyről szóló 1997. évi CLIV törvény 5.§.( 3) bekezdése szerint (betegjogok, az egyén szerep című részben): „Mindenkinek joga van olyan ismeretek megszerzéséhez, amelyek lehetővé teszik számára, az egészsége megőrzésével, és fejlesztésével kapcsolatos lehetőségei megismerését, valamint megfelelő tájékoztatáson alapuló döntését az egészséggel kapcsolatos kérdésekben. Joga van tájékoztatást kapni az egészségügyi szolgáltatók által nyújtott egészségügyi ellátások jellemzőiről, azok elérhetőségéről, és az igénybevétel rendjéről...”
- A Fogyasztóvédelemről szóló 1997. Évi CLV törvény 8.§.-a szerint a fogyasztók tájékoztatásának „alkalmasnak kell lennie arra, hogy a fogyasztó rendelkezzen az áru és szolgáltatásválasztás megkönnyítéséhez, továbbá az áru és szolgáltatás használatához...megfelelő ismeretekkel az áru és a szolgáltatás alapvető tulajdonságairól, jellegzetességeiről, az áru és a szolgáltatás minőségéről, áráról, díjáról, valamint az áru használatára vonatkozó utasításokról és használatával járó veszélyekről.”  
A tájékoztatásnak olyannak kell lennie, hogy a fogyasztó rendelkezzen a jogai érvényesítéséhez szükséges alapvető ismeretekkel.

Az előzőekben megfogalmazottak kielégítését kell segítenie az újonnan alakult Egészségbiztosítási Felügyeletnek, hiszen a feladatai között a 2006. évi CXVI törvény a 8.§.-ban előírja, hogy a Felügyelet nyilvános minőségértékelési rendszert működtet, amelynek keretében az egészségbiztosítókkal szerződéses jogviszonyban álló egészségügyi szolgáltatók minőségének mérésére és értékelésére alkalmas indikátorrendszert alakít ki és üzemeltet, kidolgozza az egészségügyi szolgáltatók egészségbiztosítási szolgáltatásaira vonatkozó minőségi mutatók nyilvános közzétételének rendjét, meghatározott mutatók alapján évente minősíti az egészségügyi szolgáltatókat, és ennek valamint az ellenőrzéseknek az eredményét a honlapján közzéteszi.

### ***B.) Adatbázisokról***

Léteznek közhiteles adatbázisok, amelyek jelenleg is a fogyasztók választását segítik, minőségi mutatók ismertetésével. Ilyen

- az ÁNTSZ által működtetett Élelmiszer eredetű megbetegedést okozó egységek listája ([www.antsz.hu](http://www.antsz.hu)),
- a FEOSZ által működtetett „Feketelista”, ahol a különböző fogyasztóvédelmi megyei békéltetőtestületek kötelező erővel nem bíró döntéseit (ajánlásait) és határozatait teszik közzé ([www.feosz.hu](http://www.feosz.hu)) név-szerint megjelölve az elmarasztalt szolgáltatókat,
- de ilyen lehet az APEH által üzemeltetett jelentős adóhiánnyal érintett, valamint az állami adóhatósághoz teljesítendő bejelentkezési kötelezettségüket elmulasztók listája is ([www.apeh.hu](http://www.apeh.hu)).

Kifejezetten az egészségügyben ilyen szolgáltatásválasztást segítő átfogó listák nincsenek.

Ezen a területen előzetes kísérletnek minősíthető az OEP által működtet, a kórházi ellátás minőségi mutatószámait megjelenítő adatbázis ([www.oep.hu](http://www.oep.hu)), bár itt az egyes egészségügyi szolgáltatók névvel nem szerepelnek.

Érdekes lehetne, kifejezetten a vizsgált területet érintő statisztika miatt, az Egészségügyi Tudományos Tanács korábban működő Igazságügyi Bizottságának tájékoztatója, ami az 1998-2002 közötti azon büntető és polgári eljárásokat dolgozza fel, amelyeket a Bizottság szakvéleményezett, de itt sem szerepelnek intézmények csak számadatok és az esetek többségében, a bíróságok nem rendelték ki ezt a testületet szakértőnek, így szűk keresztmetszetet mutat az eredmény ([www.ett.hu](http://www.ett.hu)).

Ebben a sorban kifejezetten elférne az egészségügyi szolgáltatás eredményességének – elégedett-e a beteg a szolgáltatással, vagy eljárást kezdeményez, illetve a szolgáltatás elérte – a célját vagy károsodást okozott - egyik alapvető mutatóját, tartalmazó adatbázis. ami a megbízhatóságot növelhetné.

#### **IV. Adatvédelem**

Sokszor felmerült, hogy az ilyen adatbázisokat adatvédelmi okokból nem lehetne létrehozni.

##### ***A.) Személyes adatokról***

A személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló 1992. évi LXIII. törvény a személyes adat fogalmánál bármely meghatározott azonosított vagy azonosítható természetes személlyel (érintett) kapcsolatba hozható adatot, adatból levonható következtetést említ.

Az egészségügyi szolgáltatók, az egyéni vállalkozó orvosokon kívül, nem természetes személyek így jelentős részüknél a polgári jogi felelősség ténye nem minősülhet személyes adatnak. A házi orvosok között, akik finanszírozott szolgáltatók viszont, sok egyéni vállalkozó van, ezért egyéb jogszabályi hivatkozásra is szükség van egy esetleges adatbázis létrehozásánál.

##### ***B.) Közérdekű adatokról***

A törvény a közérdekű adat fogalmát az alábbiak szerint határozza meg: „az állami vagy helyi önkormányzati feladatot valamint jogszabályban meghatározott egyéb közfeladatot ellátó szerv vagy személy kezelésében lévő, valamint a tevékenységre vonatkozó személyes adat fogalma alá nem eső, bármely módon vagy formában rögzített információ, vagy ismeret”

A törvény a közérdekű adatok nyilvánosságánál (19§.) megállapítja, hogy az állami vagy önkormányzati feladatot, valamint jogszabályban meghatározott egyéb közfeladatot ellátó szerv vagy személy, a feladatkörébe tartozó ügyekben, különösen a közpénzek felhasználására és ez erre kötött szerződéseikre vonatkozóan, köteles elősegíteni és biztosítani a közvélemény pontos tájékoztatását, ezért rendszeresen elektronikus vagy más módon közzé kell tennie, különösen a szakmai tevékenységéről, annak eredményességére kiterjedő értékelésről szóló adatokat azzal, hogy a tájékoztatás módját és a vonatkozó adatok körét jogszabály is megállapíthatja.

Ez utóbbi rendelkezés egy ismételt általános tartalmú felhívás az egészségügyi szolgáltatók minőségi mutatóit (és ebben a kártérítési felelősséget is elemző) tartalmazó adatbázis létrehozására. Az alapellátás és a szakellátás jelentős része helyi önkormányzati feladat, míg a finanszírozott egészségügyi ellátás közfeladatnak minősül, tehát az annak során végzett tevékenységre vonatkozó adatok közérdekű adatnak minősíthetők, még az egyéni vállalkozó házi orvos esetén is, függetlenül a természetes személy körülménytől.

A közérdekű adatok nyilvánosságánál hivatkozott feltételek - a finanszírozott egészségügyi szolgáltatók közpénzeket használnak fel és ezzel kapcsolatban az eredményességi mutatókat közzé kell tenni és itt már nem szerepel, hogy ez alól az esetlegesen a személyes adat fogalma alá eső mutató nem minősülne közérdekű adatnak - kioltják minden finanszírozott szolgáltatónál annak a lehetőségét, hogy esetlegesen arra lehetne hivatkozni, hogy egy kártérítés iránt indított per ítélete, illetve egy polgári eljárás ténye és tartalma személyes adatnak minősülne.

### ***C.) Közérdekből nyilvános adatokról***

Abban az esetben, ha a személyes adatra történő hivatkozás bármilyen esetben mégis korlátként felmerülhetne a törvény hivatkozott rendelkezéséhez kell nyúlni, és jogszabályban (lehetőleg az Egészségbiztosítási felügyelet jogállását meghatározó, vagy az Egészségügyről szóló törvényben, vagy azok végrehajtási rendeletében) kell meghatározni azoknak az adatoknak a körét és a tájékoztatás módját, amelyeket közzé kívánnak tenni.

Amíg ez a törvény megalkotásra kerül vagy esetleg attól függetlenül, helyette alkalmazható egy másik megoldás, az 1992. Évi LXIII. törvény közérdekből nyilvános adat meghatározása. Az olyan közérdekű adat fogalma alá nem tartozó minden adat, amelynek nyilvánosságra hozatalát vagy hozzáférhetővé tételét törvény közérdekből elrendeli közérdekből nyilvános adatnak kell minősíteni.

A törvény 19.§.(4) bekezdése szerint, ha törvény másként nem rendelkezik, közérdekből nyilvános adat az állami vagy helyi önkormányzati feladatot, valamint jogszabályban meghatározott egyéb közfeladatot ellátó szerv vagy személy feladat és hatáskörében eljáró személy feladatkörével összefüggő személyes adata, továbbá egyéb közfeladatot ellátó személy e feladatkörével összefüggő személyes adata. Ezen adatok megismerésére a törvénynek a közérdekű adatok megismerésére vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni, ami szerint közérdekű adat megismeréséhez bárki szóban, írásban vagy elektronikus úton igényt nyújthat be.

Minden finanszírozott egészségügyi szolgáltató, illetve ezek nevében eljáró személy tevékenységére vonatkozó adatok, mivel azok a hivatkozott feladatkörrel járnak együtt nem minősülnek tehát személyes adatnak, azok közérdekből nyilvános adatok.

Az említettek alapján nem csak a finanszírozott, bármilyen egészségügyi szolgáltatóra vonatkozó adatokat lehetne nyilvánosságra hozni, hanem azoknak a személyeknek az adatait is, akik egy eljárásban érintettek, akik a szolgáltatást a szolgáltató nevében nyújtották, természetesen csak akkor, ha az eljárás tisztázza, hogy kik is ezek a személyek, amire majd a későbbiek során kívánunk kitérni.

Az egészségügyi szolgáltatást végző személyek problémája mellett másik gond lehet a nem finanszírozott szolgáltatók kérdése, akikre még a közérdekből nyilvános adat meghatározás sem illik, de ezt is a későbbiekben kívánjuk elemezni.

Egy biztos, annak adatvédelmi akadálya nincs - vagy a közérdekű adat, míg ha az nem áll fenn a közérdekből nyilvános adat jelleg miatt – hogy az egészségügyi szolgáltatók neve, illetve a szolgáltatással érintett osztályok pontos megjelölése egy nyilvános adatbázisban szerepeljen, amely a szolgáltatók kártérítési felelőségét elemzi.

## **V. A megoldási javaslat – Adatbázis**

### ***A.) Az Adatbázis tartalmáról***

Akadályok hiányában, jogszabályok által előírt követelmények mellett milyen adatbázis célszerű létrehozni.

Értelemszerűen olyat, ami minél szélesebben mutatja a szolgáltatók tevékenységének milyenségét, és így a közérdekű vagy közérdekből nyilvános adatok sem kerülnek korlátozásra egy szűkített adatbázissal, ami egyébként is ütközne az említett adatvédelmi jogszabályokkal.

Minden finanszírozott szolgáltatónak jelentenie kellene félévente az elmúlt félévben

- a szolgáltatóhoz intézett a kártérítési felelősség alapjául szolgáló egészségügyi tevékenység kivizsgálását kérő írásbeli megkeresések számát - függetlenül attól, hogy abban kártérítés iránti igény meghatározásra került-e - (továbbiakban egyezségi ajánlat), illetve, hogy ezek mely osztályokat érintettek (eljárások száma, ezen belül osztályok megjelölése és az osztályonkénti szám: pl. eljárás indult 5, sebészet 3, urológia 2),
- az elutasított egyezségi ajánlatok számát illetve, hogy ezek mely osztályokat érintettek (felbontásuk az előzőhöz hasonló),
- az egyezségi ajánlatok alapján kötött pert megelőzően kötött egyezségek számát (akkor is ha az egyezségi összeget teljes egészében a szakmai felelősségbiztosító fizette) illetve, hogy ezek mely osztályokat érintette (felbontásuk az előzőhöz hasonló),
- a szolgáltató ellen kártérítés iránt indított peres eljárások számát, függetlenül a kártérítés összecszerúségétől illetve, hogy ezek mely osztályokat érintettek (felbontása az előzőhöz hasonló)
- A jogerősen ítélettel befejezett kártérítés iránt indított eljárások számát, azokból a kártérítési marasztalások és keresetet elutasító ítéletek számát és az érintett osztályokat (pl. ítélettel befejezett eljárások száma 5 ebből sebészet 3, urológia 2, marasztaló ítélet 4 ebből sebészet 2, urológia 2, felmentő ítélet 1 ebből sebészet 1)

A betegek tudatos döntéséhez ezek a minőségi mutatók elegendőek, nincs szükség a kártérítések összecszerúségi megjelölésére, bár a szolgáltatói oldal működési költségeinek elemzéséhez, az esetleges több biztosítói modell finanszírozási kérdéseikhez fontos adat lehet mindegyik esetben a kártérítés összecszerúsége is, bár azokat szétbontani osztályokra, kissé bonyolulttá tenné az adatbázist, míg összevontan kezelt kártérítési összeg önmagában nem informatív, nem minősítené a szolgáltatónál történő különböző szakmai tevékenységeket.

### ***B.) Az adatbázis működtetéséről***

Fontos lehet, hogy az adatokat milyen szakterületekre kell megadni, pl. célszerű a szülészet és a nőgyógyászatot külön választani, hiszen szülészeti eset sokkal több van, mint nőgyógyászati, illetve mindenképpen szükséges a sebészetet számos alterületére (gyermeksebészettől a plasztikai sebészet, a mellkas-sebészetig stb. ) felbontani.

Az adatbázist kétféle kereséssel célszerű működtetni, a kérdező kereshetne intézmény szerint (és azon belül szakterületek, osztályok szerint) ekkor egy intézmény adatait vizsgálhatná, illetve kereshetne szakterület (osztály) szerint és ekkor az adott szakterületet mutatná a rendszer a különböző szolgáltatók között, természetesen ilyenkor célszerű regionális korlátozást is kérni a széleskörű adathalmaz elkerülése érdekében.

Az adatbázis úgy kell működtetni, hogy ha a kereső tág fogalom alapján érdeklődik (pl. sebészet), akkor az összes sebészeti szakterület adatainak meg kell jelennie, szűkítést csak a kereső végezhesen el.

Az első alkalommal célszerű az elmúlt öt év adatait is bekérni az említettek szerinti bontásban, így lehet egy viszonylag hiteles képet kapni a szolgáltatók ilyen múltbeli mutatóiról.

### ***C.) Az adatbázis működtetőjéről***

Az adatbázis, tehát létrehozható, illetve létrehozandó, létrejöttéhez egyetlen feltétel kell még, hogy legyen egy szerv, ami megköveteli az ahhoz szükséges adatok továbbítását, ami szankcionálni tudja, ha egy szolgáltató a jelentési kötelezettségének nem tesz eleget, illetve, ami működtetni is tudja az adathalmazt.

Ez a szerv lehet az Egészségbiztosítási Felügyelet, aminek jogszabályból eredő feladata a bemutatott adatbázis működtetése, ami ellenőrzési és felügyeleti jogot gyakorol a szolgáltatók felett, tehát részére a szolgáltatók kötelesek az adatokat jelenteni, és ha nem teszik, felügyeleti bírsággal szankcionálhat is.

## **VI. Az Adatbázis jövője**

### ***A.) Az adatbázis jövőbeni céljairól***

Kérdés, hogy a jogszabályi követelmények mellett milyen céloknak felelne meg az adatbázis, miért lenne indokolt annak megalkotása, működtetése. Hasznos lenne a

- Betegeknél, a már említett fogyasztói jogaiknak a gyakorlása érdekében,
- Az egészségügyi szolgáltatóknak, hiszen információkat kaphatnának versenytársaikról, igazolhatnák a fogyasztók felé, hogy mely szolgáltatásaik emelkednek ki a többi hasonló egészségügyi intézmény szolgáltatásai közül, végső soron a megelőzést is segítené, bár ahhoz szükség lenne az adatbázis mögötti esetek konferenciákon történő részletes bemutatására, működő visszacsatolásra,
- A szakmai felelősségbiztosítóknak, bízva abban, hogy egyszer lesz hatékony felelősségbiztosítás Magyarországon is, és ekkor a biztosítók az adatok alapján dönthetnének a szolgáltatókkal történő biztosítási szerződések megkötéséről felmondásáról, a hibagyakoriság alapján megállapított biztosítási díjról, az egyes intézmények közötti és intézményeken belüli egyes osztályokat érintő egyedi kockázatokról és annak díjairól,
- Az egy-biztosítós, de különösen a több biztosítós modellben a finanszírozóknak, hiszen szintén az adatbázis segítségével dönthetnének a finanszírozási szerződések megkötéséről, megszüntetéséről, látnák, hogy mely szakterületeken gyakoriak a hibák és így kezdeményezhetnék finanszírozási protokollok megalkotását,
- Az egészségügyi szakmai szerveződéseknek, hiszen látható lesz, hogy mely osztályok, szakterületek érintettek leginkább a mulasztásokban, illetve azok területi elhelyezkedése is felmérhető lesz, ami alapján kezdeményezhetik majd regionális, országos szakmai-terápiás protokollok megalkotását a megelőzés érdekében,
- Az egészségügyi igazgatásnak, hiszen a már említett területi megosztások és hibagyakoriságok alapján dönthetnek bizonyos intézmények átalakításában, szakmai tevékenységének korlátozásában, feltételeinek javításában, beteg-utak alakításában,

### ***B.) Az adatbázis jövőbeni bővíthetőségről, a személyes felelősségről***

Az adatbázis a létrejötte után természetesen nem csak hatékonyan működhet, hanem bővíthet is. Egyszer növekedhet a jelentett adatok száma, akár tovább részletezve az eljárásokat, akár a kártérítések eseti illetve összesített adataival. Másodszor bővíthet az adatbázis új területekkel is pl:

- Megjelenthetnek a nem finanszírozott szolgáltatók, bár náluk fennáll a már elemzett adatvédelmi akadály, bár az áthidalható a már hivatkozott jogszabállyal, de valószínűbb, hogy a magánszolgáltatók az adatszolgáltatási kötelezést megelőzve önkéntesen megadják majd a felvetett adatokat.

Ezt a magánszolgáltatók és a közszolgáltatók, illetve az egyes magánszolgáltatók közötti verseny kényszeríti majd ki, hiszen az adatok hiányában nem lesz lemérhető a szolgáltatás - biztonságuk, pedig ezek a szolgáltatók nem kapnak finanszírozást, nincs abból származó biztos bevételük, hanem csak a betegek megbízási díjaiból élnek, tehát itt fokozottan ki kell szolgálni a fogyasztói érdekeket, hogy a beteg az adott ellátást válassza. A választást



segítheti, ha egy szolgáltató igazolja, hogy kevés bejelenteni való ügye van, de az is, ha a beteg-barát ügyintézését bizonyítja, pl. egy elismert hibával és a gyors kártérítési rendezéssel (magas peren kívüli egyezség számmal).

A közszolgáltatói adatbázistól számított kb. egy év-két múlva a magánszolgáltatók bázisa önkéntesen kialakul majd, de célszerű lenne a betegek érdekei miatt ezt nem külön kezelni, hanem azt is a Felügyeletnél működtetni.

- Megjelenhet az intézményi és osztályos (szakterületi) felelősség mellett a személyes is. Ehhez azonban szükség van egy olyan eljárás lefolytatásához, amiben mind az intézmény, mind a konkrét egészségügyi szolgáltatást végző személyek érintettek.

Ilyen eljárás lehet a polgári eljárás, de ott a tevékenységet végző dolgozók csak tanúk, vagy még ilyen minőségben sem kerülnek meghallgatásra, az ítéletben név szerint nem szerepelnek, és az eljárás a személyes felelősségüket nem vizsgálja. Az ilyen eljárás lefolytatása és a jogerős ítélet sem jogosítja fel a szolgáltatókat a dolgozók név szerinti bejelentésére.

Hasonló gondokkal bírnak a fogyasztóvédelmi szempontú eljárások (közvetítő tanács, békéltető testület).

A büntetőeljárás, ÁNTSZ szakmai eljárás foglalkozik a személyes felelősséggel, sőt a büntetőeljárás csak azzal, de azok adatai csak ritkán és tájékoztató jelleggel kerülnek a szolgáltatóhoz, így azokat adatvédelmi okokból nem adhatják ki.

Egyedül megoldás a fegyelmi eljárás lehet, amit a szolgáltató folytat le és a dolgozói személyes fegyelmi felelősségét érinti. Fegyelemi eljárás lefolytatható a szolgáltatónál egy orvos szakmai mulasztás miatt a polgári eljárástól függetlenül is, de a kártérítési felelősség megállapítása után is.

Ahhoz, hogy teljes körű legyen az adatszolgáltatás a jövőben a fegyelmi eljárást szabályozó jogszabályban (jelenleg Közalkalmazotti törvény) a kötelezően lefolytatandó fegyelmi eljárások esetei (dolgozó maga kéri az eljárást, vezető állású dolgozó elleni eljárás) közé törvénymódosítással fel kell venni az alábbiakat: kötelező fegyelmi eljárás lefolytatása abban a kérdésben, amiért a szolgáltató kártérítési felelősségét polgári eljárás keretében megállapították. Szükséges még, hogy a fegyelmi eljárás elévülését úgy szabályozzák, hogy ha polgári eljárás indul a fegyelmi eljárás elévülése annak befejezéséig nyugszik, az elévülési idő akkor kezdődik, amikor a szolgáltató a polgári eljárás jogerős befejezéséről tájékoztatást kap, azaz alperesként az ítéletet kézhez kapja.

A fegyelmi eljárásból nyert adatokat, mint azt már írtuk, be lehet jelenteni, hiszen azok közérdekből nyilvános adatnak minősülnek, ugyanis a dolgozó feladatkörében felmerülő tevékenységét érintenék.

A fegyelmi eljárásokkal kapcsolatban az eljárások száma és az elmarasztalt orvosok neve kellene, hogy bejelentés alá tartozzon.

A jövőben közzé lehet tenni, ha egy szolgáltató önként lefolytatja a fegyelmi eljárást (akár polgári marasztalás mellett, akár attól függetlenül) és annak eredményét bejelenti, vagy ha a fenti kötelezések (eljárás lefolytatására, adatok bejelentésére) megtörténnek és így lesz adatszolgáltatás.

A személyes felelősség nyilvántartása csak javíthatja a már hivatkozott céljait az adatbázisnak, még inkább segítheti a fogyasztót a döntésében, ezért is léteznek, pl. az USA-ban ilyen rendszerek non-profit szervezet (Doctor Disciplinary Information on State Web Sites [www.citizen.org/hrq/forms/medicalboard.cfm](http://www.citizen.org/hrq/forms/medicalboard.cfm)) vagy állami hatóság (Maryland Board of Physicians Practitioner Profile System [www.mbp.state.md.us/bpqapp](http://www.mbp.state.md.us/bpqapp)) működtetésében.

A közszolgáltatókon kívül eső magánszolgáltatóknál, ahol a fegyelmi felelősséget nem szabályozza a hivatkozott törvény és az itt nyert adatok nem is minősíthetők közérdekből nyilvános adatnak külön törvénymódosítás nélkül, ismételten csak a versenyhelyzet miatt

lehet abban bízni, hogy a személyes felelősség ezeknél a szolgáltatóknál is vizsgálatra és bejelentésre kerül majd.

A személyes felelősséggel kapcsolatos adatok rögzítése várhatóan éveket vesz igénybe, hiszen először a szolgáltatói nyílt adatkezelést kell az egészségügynek megszoknia.

## **VII. A szabad orvosválasztás felszabadítása**

Sokszor beszélnek a szabad orvosválasztásról, azt az Egészségügyről szóló törvény is ismeri. A választási szabadság nem csak úgy valósul meg, hogy az adott lehetőségek közül kiválasztom, hogy melyik szolgáltatónál kívánom a beavatkozást elvégeztetni, hanem, hogy a választás előtt megismerhessem a szolgáltatók jellemzőit is.

Szabadítsuk, tehát fel a szabad orvosválasztást egy korábbi korlátja alól segítsünk, hogy kiteljesedjen a választás szabadsága, alakítsuk ki annak újabb rétegét az egészségügyben is, még akkor is, ha az egészségügy, mint minden új és első látásra szolgáltató ellenes (pedig hosszútávon mindenképpen szolgáltató barát) intézkedés elől nyilván elzárkózik, idegenkedik majd, de a beteg-fogyasztó középpontú jelenleg folyamatban lévő egészségügyi reform nem nélkülözheti a bemutatott adatbázis létrehozását és működtetését.

Budapest, 2007. február 10.

Dr. Simon Tamás

Vajda Zoltán