

Kórházi eredetű fertőzések-kártérítési felelősség Avagy a művészet fontos, de az iparra is figyelni kell

A kilencvenes évek elején az első tárgyalásaim egyikén, a jogerős ítélet kihirdetése után a Fővárosi Bíróság egyik bírója a következőket mondta: „Fogadja el ügyvéd úr a magyar kórházi viszonyok között fertőződni, pedig lehet.” Az ítélet természetesen elutasította a felperes, igényét, aki staphylococcus aureus fertőződés következtében elhunyt férje halála miatt indított eljárást.

A 2005 decemberében tartott konferencián az Egészségügyi Minisztérium politikai államtitkárának előadásában elhangzott, hogy Magyarországon becsült adatként kezelési hibában (műhibában) 3-6 ezer ember hal meg évente, és a hibákat négy nagy csoportra osztotta az előadó, amelyekből elsőként a nosocomialis fertőzéseket jelölte meg, egyenrangúan kezelve, pl. a diagnosztikai tévedéssel.

Ez az utóbbi adat is indokolja, hogy röviden magyarazzam a tanulmány alcímét, hiszen látható, hogy nem elég az, hogy sikerüljön a műtét, a nagy beavatkozás, a beteg nem azért áll az egészségügyi szolgáltató kezelése alatt, hogy végrehajtsanak rajta egy műtétet, hanem, hogy lehetőség szerint meggyógyuljon, és ennek egy részeleme csak a műtét. Gyakran van, hogy a műtét, beavatkozás sikere ellenére a körülmények miatt következnek be komoly fertőzések súlyos maradandó károsodásokkal, halállal, amelyek a gondos ápolás, megfelelő kórházi körülmények esetén elháríthatóak, lecsökkenthetőek.

Az elmúlt 15 év alatt tehát a nosocomialis fertőzések értékelésének két alapvető végpontja –a nosocomialis fertőzés csak kockázat, amiért nem felel az egészségügyi szolgáltató, illetve a fertőzés önmagában olyan következmény, ami a szolgáltató felelősségét megalapozza – kialakult.

A tanulmányban elsőként ezt a folyamatot, tehát az egészségügyi szolgáltatóktól elvárható magatartás milyenségét, annak formálódását kívánom bemutatni. Ezt követően kitérnék arra, hogy a felelősség megállapítása milyen kártérítési összegeket eredményezhet. Végezetül foglalkozni szeretnék a fertőzéssel kapcsolatos kártérítési gyakorlat jövőjével: a műtéti sebfertőzések megelőzéséről szóló szakmai protokollról, kérdéshez kapcsolódó tájékoztatási kötelezettségről, a felelősségbiztosítói gyakorlat lehetséges, a területet érintő változásairól

Az egészségügyi szolgáltatótól elvárható magatartás milyensége a beteg nosocomialis fertőzése esetén

1. Elsőként tegyünk különbséget a különböző felelősségi formák között, hogy az nosocomialis fertőzés bekövetkezte esetén kit vagy mit terhel. Az etikai, a büntetőjogi és a fegyelmi felelősség mindig egy konkrét személyt keres, míg a polgári jogi, tehát a kártérítési felelősség az egészségügyi szolgáltató (kórház, rendelőintézet, gazdasági társaság stb.) felelősségét állapítja meg. A kártérítési felelősség, tehát nem ad módot arra, hogy a konkrét személyi felelős felkutatási nehézsége mentesüléshez vezessen, sőt gyakran nem is keresi a személyi felelőst, csak a fertőzés tényét és okait vizsgálja, míg a többi felelősségi formánál, különösen a fertőzések területén, ahol nehéz megtalálni, hogy konkrétan ki vétett és milyen részlet szabály ellen, ez eredményes menekülési útvonallal lehet.
2. A második kérdés, hogy kinek mit kell bizonyítania a fertőzések bekövetkezte esetén? Itt a klasszikus polgári jogi felelősségi szabály érvényesül.

A betegnek vagy halál esetén a hozzátartozónak kell igazolnia, hogy

- kár érte, amit az egészségkárosodás vagy a halál önmagában igazol a kérdés csak annak mértéke,
- a kár okozati összefüggésben van az egészségügyi ellátással, amit a jelenlegi bírói gyakorlat már úgy értelmez, hogy elegendő ezt az összefüggést valószínűsíteni, amit tulajdonképpen már igazol is, hogy egészségügyi ellátás során károsodott a beteg,
- károkozás jogellenes volt, amit a legkönnyebb bizonyítani, hiszen a hatályos jog szerint minden károkozás jogellenes, kivéve ha az egészségügyi szolgáltató jogos védelmi helyzetben, végszükségben volt vagy a károkozáshoz a sértett hozzájárult, de ez utóbbiak a fertőzések esetén érdemben nem merülhetnek fel.

Az egészségügyi szolgáltatónak kell azt igazolnia, hogy eljárása nem volt felróható, azaz tevékenysége megfelelt az Egészségügyi törvény azon előírásának, hogy elvárható gondossággal kell eljárnia az egészségügyi szolgáltatás során. Ez az elvárható gondosság bár a törvény szövegéből 2004. május 1.-ével a legnagyobb szó kikerült, a bírói gyakorlat értelmezése következtében továbbra is a legnagyobb gondosság. Ennek kereteit a szakértői gyakorlattól eltérően a bírói gyakorlat alakította ki.

Fontos, hogy az eljárás során azt vélelmezzük, hogy egy egészségügyi szolgáltató nem az elvárható gondossággal járt el, így ha nem tudja ennek ellenkezőjét bizonyítani, a szolgáltató felelősségét a vélelem miatt megállapítják. Ez különösen fontos kérdés lesz a kórházi eredetű fertőzések esetén, hiszen rendkívül széles-körű azoknak az elvárásoknak a köre, amit egy szolgáltatónak be kell tartania a fertőzések elkerülése érdekében. Ez azonban nem elegendő mert a szabályok betartását be is kell bizonyítania.

3. A nosocomialis fertőzésekkel illetve azok megelőzésével kapcsolatos elvárható egészségügyi szolgáltatói magatartás, mint azt a bevezetőben említettem komoly változáson ment keresztül, tulajdonképpen 180 fokos fordulat zajlott le az elmúlt 15 évben. Mondhatjuk, hogy talán ez az a terület, ahol a legnagyobb mértékben tágult a szolgáltatókat terhelő felelősség mértéke.

- Az 1990-es évek elején egyértelmű volt a bírói gyakorlat, a kórházi eredetű fertőzés bekövetkezése a beavatkozás kockázatába tartozott, azért a szolgáltatót kártérítési felelősség nem terhelte. Ez nem éppen dicső képet festet az egészségügy helyzetéről, hiszen az ellátás lehetséges és elfogadott velejárójának tekintette a fertőzés bekövetkeztét, de a felelősség szempontjából kedvező volt, mivel nosocomialis fertőzés miatt elvileg nem történhetett szolgáltatót marasztaló ítélet.

Ez az értelmezés elsősorban a korábbi évtizedek „műhiba gyakorlatából” fakadt, ahol a kuriózum esteket kivéve szinte minden károsodás kockázat volt, szolgáltató marasztalása alig történt. Az értelmezést segítette az is, hogy a beavatkozást (műtétet) tekintették szinte mindig az eljárásban vizsgálандónak és nem a teljes kórházi kezelést, ez utóbbi – a fertőzések szempontjából egyébként fontos terület - szinte lényegtelen kérdéssé minősült

- A 1990-es évek közepén alakult ki és egészen a 2000-es évek elejéig dominált a bírói gyakorlatban egy új értelmezés, ami szerint fertőzés bekövetkezhet, ez a kockázat része, de a kialakult fertőzést időben észlelni kell és a leghatékonyabb eljárást kell vele szemben alkalmazni.

A nosocomialis fertőzéssel kapcsolatban, tehát nem a fertőzés bekövetkeztéért állapították meg az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelősségét, hanem ha az azt követő eljárás során nem a legnagyobb gondossággal járt el, azaz nem időben észlelte a fertőzést és nem a legmegfelelőbb kezelést alkalmazta. A bírói gyakorlat során természetesen fokozatosan szélesedett a felelősség, hiszen viták voltak arról, hogy mi minősül olyan tünetnek, amikor már a fertőzésre kell gondolni. Ezt a kérdést fokozatosan felváltotta a kell helyett a fertőzésre indokolt, lehet gondolni megközelítés és már más következményekkel rokon tünetek esetén is elvárható volt a szolgáltatótól, hogy gondoljon a fertőzésre azt ismerje fel vagy zárja ki.

A következő kérdés volt, hogy a fertőzés gyanúja esetén mi az elvárható magatartás, természetesen itt is felmerült a tenyésztés szükségessége és indokoltsága közötti vita azzal, hogy eleinte a tenyésztés csak a szükséges esetben később az indokolt esetben is elvárható volt, kiegészítve a tenyésztés eredménye előtti megelőző jellegű antibiotikum kezeléssel, illetve annak minőségi vizsgálatával, ami szintén arról szólt, hogy ebben az esetben is a leghatékonyabb antibiotikum az indokolt.

A harmadik kérdés az észlelt és igazolt fertőzés kezelésének vizsgálata az antibiotikum kezelés ténye és milyensége volt. Eleinte elegendő volt az elvárható magatartás igazolásához, hogy antibiotikumot kezelést alkalmazott a szolgáltató utóbb annak milyenségét is vizsgálni kezdték és kialakult, hogy a leghatékonyabb antibiotikum kezelés felel csak meg az elvárhatósági feltételeknek.

Ebben az időben kezdtek az eljárásokban mikrobiológus, infektológus szakértőket kirendelni, akik részletesen, már-már túl szakmailag elemezték a kezelést, illetve az antibiotikumos terápiát. A peres eljárásban már szinte részletesebben elemezték fertőzéssel kapcsolatos ügyekben a beavatkozás (műtét) utáni időszakot, mint magát a beavatkozást. Az egészségügyi szolgáltatók, tehát fokozatosan kerültek egyre nehezebb helyzetbe azzal, hogy végül azt kellett már igazolniuk, a már hivatkozott vélelem megdöntése érdekében, hogy a bekövetkezett fertőzést a lehető legrövidebb időn belül észlelelték, az indokolt vizsgálatokat azok felismerése, kizárása érdekében a legrövidebb időn belül elvégezték, illetve, hogy a legrövidebb időn belül a leghatékonyabb antibiotikumot kezelést megkezdték.

Ezek igazolásakor nem volt elmarasztalható az egészségügyi szolgáltató függetlenül attól, ha a beteg meghalt vagy bármilyen egészségkárosodást szenvedett nosocomialis fertőzés miatt. Nehezedett, tehát a szolgáltatók helyzete, de volt még mentesülési lehetőség, több féle is. Ez a bizonyítási kötelezettsége az egészségügyi szolgáltatóknak kiegészítő jelleggel a későbbi elvárhatósági magatartások kialakulása után is fennmaradt.

- A 2000-es évek elejétől, amikor a szakmai felelősség, és ezen belül az egészségügyi szolgáltatók felelőssége, az európai gyakorlatnak megfelelően fokozatosan objektivizálódott, kialakult a bírói gyakorlatban egy új értelmezés. E szerint már önmagában a nosocomialis fertőzés bekövetkezése, tehát a fertőzés ténye is megalapozta az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelősségét, de lehetősége volt a szolgáltatónak, hogy igazolja az adott fertőzés nem kórházi eredetű volt, illetve igazolnia kellett az előző korszakban hivatkozottakat is, tehát hogy a legnagyobb gondossággal járt el a felismerés és kezelés érdekében.

A bírói gyakorlat szerint általánosságban az egészségügyi szolgáltatóknak kellett azt igazolni, hogy a legnagyobb gondossággal történő eljárása esetén sem lett volna esélye a betegnek a túlélésre, illetve a betegség, így konkrét esetben a fertőzés vagy a fertőzés miatti halál elkerülésére. A másik általános tétel szerint a kockázat fogalmát nem a szakértők határozzák meg, ha valami orvosilag kockázat az nem biztos, hogy a jog értelmezése szerint is az. Így a véletlen nem minősíthet a beavatkozás, ellátás kockázatának egy olyan magatartást, ami a legnagyobb gondossággal elhárítható (429/2005 BH). A

nosocomialis fertőzés is elhárítható, megelőzhető az esetek többségében ezért az nem minősülhet főszabályként kockázatnak, kivéve, ha a szolgáltató azt tudja bizonyítani, hogy az egy adott esetben a legnagyobb gondossággal sem volt elhárítható.

A nosocomialis fertőzésekhez kötődő károsodások, tehát csak a legvégső esetben értékelhető a beteg terhére, ami figyelemmel arra, hogy a szakmai kérdésekben leginkább a szolgáltatók tudják, hogy mit kell tenni a fertőzések megelőzése, elkerülése, kezelése érdekében, teljesen érthető.

A bírói gyakorlat szerint tehát egy szolgáltató csak akkor tudott mentesülni a felelősség alól, ha igazolta, hogy a fertőzések megelőzése, elkerülése, kezelése érdekében a szakmai protokollok (azok hiányában a tankönyvekben rögzített elvek) szerint járt el, a fertőzések lehetséges tényéről, tartalmáról, következményeiről részletes tájékoztatást adott a betegnek a kórházi kezelést megelőzően a fertőzések bekövetkeztekor a szükséges bejelentéseket megtette, vizsgálatokat lefolytatta, illetve, hogy a bekövetkezett fertőzés kezelésével kapcsolatban az előző részben írtak szerint járt el. Ez a későbbiekben, napjainkra kiegészült azzal a kötelezettséggel is, hogy nem elég a fentiek bizonyítása, igazolása, hanem az is kell, hogy azokból egyértelműen az következzen, hogy a fertőzés nem külső eredetű volt, tehát nem klasszikus kórházi eredetű fertőzéstől beszélünk. A nosocomialis fertőzésekkel kapcsolatos felelősségi vélelem alapja tehát jelentősen szélesedett, nagymértékben leszűkült a mentesülési lehetőségek köre.

- Az egészségügyben egyre eluralkodó fogyasztói szemlélet – az egészségügyi szolgáltatás 2004 májusa óta a Fogyasztóvédelmi törvény hatálya alá tartozik, a beteg a fogyasztó, a kórház, orvos az egészségügyi szolgáltató és a nyújtott egészségügyi szolgáltatás egy fogyasztói szerződés alapján végzett szolgáltatás – miatt néhány esetben a bírói gyakorlatban már megjelent egy új értelmezés. E szerint a nosocomialis fertőzés ténye a „res ipsa loquitur” (a dolog önmagáért beszél) kategóriájába tartozik –ilyenre egyértelműen még csak az idegen testekkel kapcsolatban van megfogalmazott iránymutató Legfelsőbb Bírósági határozat – ami szerint a legnagyobb gondossággal nem fér össze egy nosocomialis fertőzés bekövetkezése kórházi körülmények között. Ezért függetlenül annak okától, a szolgáltatónak a megelőzés, elkerülés, kezelés, tájékoztatás érdekében végzett tevékenységtől, a fertőzés ténye megalapozza az egészségügyi szolgáltató felelősségét. Ez gyakorlatilag objektív felelősség, ami azt jelenti, hogy a fertőzés bekövetkezése esetén nincs mentesülési lehetősége a szolgáltatónak

A legutolsó értelmezés még nem vált részévé teljesen a bírói gyakorlatnak, de mint említettem van már több olyan ítélet, ami ezt a megközelítést tartalmazza, valószínűleg azonban ez nem lesz általános nézet, hiszen egészségügyi szolgáltatás esetén még nincs objektív felelősség.

A bírói gyakorlat a nosocomialis fertőzésekkel kapcsolatban széleskörűen a harmadik értelmezést fogadja el. Ezen változatni a már hivatkozott fogyasztói jogok és objektivizálódó szakmai felelősség miatt csak az egészségügyre, és külön kiemelten a nosocomialis fertőzésekre már nem lehet. A cél, hogy ezen értelmezésen belül a védekezés, az elvárható gondosság szerinti eljárás elemei kerüljenek kidolgozásra, illetve, hogy az abban foglaltakat az egészségügyi szolgáltatók végrehajtsák, tovább, hogy azok megtörténtét igazolni, bizonyítani is tudják.

A kártérítések mértékéről

A nosocomialis fertőzés miatti egészségkárosodás vagy halál miatti kártérítés típusában illetve összegszerűségében semmiben sem különbözik egy más, pl. a műtétekhez kapcsolódó nem megfelelő eljárás, vagy akár egy közlekedési baleset miatti károsodás esetén megítélhetőektől. A károsodás eredete csak a felelősség jogalapjának megállapítása során elemzendő, azt követően csak a bekövetkezett károsodás mértéke a vizsgálendő

1. A károsodás mértékéhez igazodva, ha az egy súlyos és maradandó egészségkárosodás, ami pl. különösen traumatológiai ellátás utáni nosocomialis fertőzések esetén akár egy láb elveszését is jelentheti komoly kártérítés fizetési kötelezettséget jelent az egészségügyi szolgáltató számára. Nem vagyoni kártérítésként a károsult 8-10 millió forintot a hozzátartozói (felség, kiskorú gyermek, vagy gyerek esetén a szülők) a károsultnak megítélt összeg felét - kétharmadát kaphatják a bíróság ítélete alapján. Ilyen esetben számos vagyoni kártérítési tétellel is számolnia kell egy szolgáltatónak felmerülhet : gondozási-ápolási költség, háztartási kisegítési költség, háztartási költségek megnövekedése, kulturális többletkiadás feljavított étellemezés, gyógyszerköltség, fejlesztő kezelések költsége, közlekedési többletköltség, kiesett jövedelem(ha valaki rokkant lett vagy táppénzre került ezen összeg és az elérhető munkabére közötti különbözet) stb. Ez utóbbi költségek a múltira nézve egy-összegeben, míg a jövőre nézve havi járadék formában kerülnek meghatározásra, ami akár 150-250 ezer forintos havi marasztalási összeget is jelenthet. Ez az összeg emelkedhet még az eljárás elhúzódása miatti késedelmi kamatokkal is. A vagyoni kártérítési tételek együttesen a megítélt kártérítés (vagyoni és nem vagyoni együtt) legkevesebb felét, de többségében 2/3-át teszik ki.

2. Halálestkor, ami szintén sajnálatosan előfordulhat nosocomialis fertőzés esetén a közeli hozzátartozók részére nem vagyoni kártérítésként 3-7 millió forint körüli összeg kerülhet megítélésre függően a hozzátartozói kapcsolat szorosságától, időtartamától, az elhunyt életkorától. Marasztalják ilyenkor a szolgáltatót a temetési költségekben is, illetve az elhunyt havi jövedelmének bizonyos százalékát (30-50% között) havi járadék formában meghatározva a jövőre nézve kötelezik a szolgáltatókat annak megfizetésére. Az eljárás elhúzódása ebben az esetben is növeli a fenti összegeket a kamatokkal.
3. Természetesen, ha a nosocomialis fertőzés miatti károsodás kevésbé súlyos, illetve maradandó, akár csak átmeneti akkor a nem vagyoni és vagyoni kártérítések összege a károsodás súlyához igazodik, az ilyenkor is megítélésre kerül csak alacsonyabb mértékben.

A nosocomialis fertőzés és következményei, tehát komoly kártérítés fizetési terheket róhatnak az egészségügyi szolgáltatókra ezért is fontos az előző fejezet végén írtak betartása, illetve annak bizonyítása, hiszen, ha a felelősség megállapítást nyert, az összecszerűség elbírálásakor a nosocomialis fertőzés semmilyen speciális kedvezményt nem jelent a kártérítések megállapításával, fizetésével kapcsolatban.

A nosocomialis fertőzések miatti kártérítések jövőjéről

Mint azt már említettem nem várható a bírói gyakorlattól, hogy a nosocomialis fertőzésekkel kapcsolatos kártérítési felelősség elbírálása során az értékelési szempontjai érdemben megváltozzanak, így a keretek közötti védekezést kell megtanulni. A védekezés egyik módja a protokoll alkotás és annak betartása, a másik megfelelő tájékoztatás, harmadik a felelősségbiztosítás, ami a kártérítések kifizetésénél jelenthet segítséget, illetve a már ismertetett teljes körű objektív felelősségnek a kórházi eredetű fertőzésekkel kapcsolatban történő elterjedésének meggátolása, korlátozása.

1. A nosocomialis fertőzésekkel kapcsolatban az Egészségügyi Minisztériumnak 2005 évben elfogadott szakmai irányelve (A műtéti sebfertőzések megelőzéséről címmel) kiegészülve az adatvédelmi, adatkezelési fejezetben említett bejelentést előíró jogszabályokkal, illetve a nosocomialis surveillance rendszerével, ha ehhez a szolgáltatók megalkotják a saját belső protokolljaikat (talán nem célszerűtlen a fertőzések miatt leginkább érintett osztályoknak saját protokollt is alkotni) és esetleges adatvédelmi, bejelentési szabályzatukat, tulajdonképpen teljes körű lefedettséget jelent a területtel kapcsolatos szakmai szabályok vonatkozásában. A védelmi terv, tehát megvan, csak alkalmazni kell a leírtakat a megelőzés, elkerülés, illetve ha már megtörtént a fertőzés a kivizsgálás érdekében.

A legutóbb elfogadott szakmai protokoll pontos ajánlásokat dolgozott ki –preoperatív, intraoperatív és postoperatív részekben- meghatározta a sebfertőzés surveillance definícióinak megfelelően a különböző sebfertőzéseket, a műtéti sebeket osztályozta (tiszta, tiszta-szennyezett, szennyezett, erősen szennyezett kategóriák mentén). A protokoll legrészletesebb része a fertőzések elkerülése érdekében tett ajánlások sora. Ezek közül biztosan új terület lesz a preoperatív részben említett antibiotikum profilaxis kérdése, hiszen ez a fertőzésekkel kapcsolatos kártérítési perekben még nem merült fel, erre mindenképpen célszerű lesz majd a szolgáltatóknak odafigyelni.

A protokoll egyetlen problémája talán a túlzott részletessége lesz. Abban az esetben, ha egy szolgáltató az ott elírtakat betartja minimális az esélye arra, hogy kórházi eredetű fertőzés alakuljon ki a betegnél. Az ajánlásokat azonban nehéz lesz betartani, ezért lesz szükséges a saját belső és akár az említett osztályos protokollok megalkotása, mivel a közvetlenebb kapcsolat, ellenőrzés hatékonyabban segíti az irányelvekben írtak betartását. A másik kérdés az lesz, hogy miként igazolja majd egy szolgáltató, hogy az irányelvben foglaltakat betartotta. Ezek jelentős részét dokumentálni kell majd, sokkal részletesebben mint idáig, tehát a műtéti leírás részeként esetlegesen a fertőzések megelőzése érdekében végzeteket is le kell írni, vagy azzal kapcsolatos önálló dokumentációt kell majd vezetni. Fontos, hogy nem csak azt kell majd dokumentálni ami intézkedést igényelt, hanem lehetőség szerint minél több mindent arról, hogy a protokollban írtak szerint az adott körülmények megvalósultak, még ha ahhoz külön intézkedésre nem is volt szükség (a negatív tünet, adat is leírandó), még akkor is ha az nyilvánvaló, hiszen a perben a nyilvánvaló dolgokat is igazolni kell. Fontos, hogy a protokollban az ajánlásoknak különböző szintjei vannak, de a kártérítési felelősség alapja a gyakorlat szerinti legnagyobb gondosság azt igényli, hogy az ajánlásban csak javasolt akár alacsony evidencia szinthez kapcsolódó intézkedéseket (protokoll szerint II, III szint) is megtegye egy szolgáltató, azzal nem lehet majd védekezni, hogy az adott intézkedés nem az IA vagy IB ajánlási szint (szigorúan ajánlott, kifejezetten ajánlott) volt.

Természetesen pl. a műtő ajtajának becsukását, illetve, hogy a műtéten részt vevő dolgozók körme nem volt kifestve nem lehet dokumentálni ezekben a kérdésekben tanúvallomásokkal lehet majd ezt igazolni.

A bizonyításra szükség lesz, hiszen a protokollt a felperesi képviselők is megismerik így nyilván az abban leírtak hiányát fogják állítani, és mint már írtam a szolgáltatóknak kell bizonyítani azt, hogy a protokollban ajánlottak szerint jártak el.

2. Az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségének egyik nagy területe a már tárgyalt orvos-szakmai eljárás, míg a másik nagy terület a tájékoztatás.

A tájékoztatási kötelezettség is felrőhatóság körében értékelendő, tehát azt vélelmezik egy eljárás során, hogy a beteg nem lett megfelelően tájékoztatva és ennek ellenkezőjét a szolgáltatónak kell igazolni. A tájékoztatás hiánya önállóan is, orvos-szakmai mulasztás nélkül is, megalapozza a szolgáltató kártérítési felelősségét, hiszen a beteg oly módon tud védekezni, hogy nem kapott megfelelő tájékoztatást és ha ez megtörtént volna nem járult volna hozzá a beavatkozáshoz.

A hatályos jogszabályok szerint a beteg teljes körű tájékoztatásra jogosult, ami a bírói gyakorlat szerint a részletes, valóságnak megfelelő, tárgyilagos követelményeknek megfelelő tájékoztatás, tehát olyan, mint azt a tájékoztatásról szóló Legfelsőbb Bírósági elvi határozat kimondja, ami döntési helyzetbe hozza a beteget. Fontos, tehát, hogy a beteg dönt, a szolgáltató feladata a beteget döntési helyzetbe hozni, majd a döntésnek megfelelő beavatkozást a legjobb tudása szerint elvégezni.

A nosocomialis fertőzésekkel kapcsolatban a protokoll a tartalmából fakadóan két követelményt támaszt, bár ilyen tartalmú kifejezett előírást nem tartalmaz, a tájékoztatással kapcsolatban. A szűk-körű követelmény, hogy a beteg tájékoztatva legyen a kórházi eredetű fertőzések tényével kapcsolatban, bekövetkeztének lehetőségéről, a lehetséges műtéti sebének kategóriájáról (tisztaság stb.) a beavatkozás elmaradásának kockázatairól illetve kiemelve a protokoll 3.2. pontjában ismertetésre kerülő rizikófaktorokról (a protokoll külön felsorolja a beteggel összefüggő, a preoperatív, illetve az intraoperatív rizikótényezőket). Tág értelemben a beteg tájékoztatásának ki kell terjednie mindenre, ami a protokollban, mint ajánlás megfogalmazást nyert a szolgáltatók részére. Fontos, hogy a kártérítési perben meghatározott elvárhatósági mérték a teljes-körű tájékoztatás a tág értelemben vett tájékoztatást kívánja meg, nem tud majd egy szolgáltató azzal védekezni, hogy a szűk-körű tájékoztatásnak eleget tett, ez önmagában nem lesz elegendő.

A szolgáltatók feladata nem csak a fentiekre szóló tájékoztatás, hanem annak bizonyítása igazolása is. Szükséges tehát a fertőzésekkel kapcsolatban külön részletes tájékoztatást készíteni és azt külön aláírni a beteggel. A tájékoztató nyomtatványokat az anaesthesiológiai és műtéti beavatkozás mellett ki kell egészíteni egy újabb olyan nyomtatvánnyal, amit minden beteg aláír. Fontos, hogy ezt a nyomtatványt már a felvételkor célszerű aláírni, hiszen a fertőzés bekövetkezhet a beavatkozás előtt is, míg a műtéti hozzájárulást csak a műtétek előtt lehet aláírni. Nem célszerű a jelenlegi rendszer, ami a műtéti hozzájárulásban csak megemlíti a fertőzés lehetőségét, hiszen ez a szó önmagában nem igazolja azt, hogy a beteg tájékoztatva lett az ajánlásban írtakról. Ilyen részletes tájékoztatót készíthet minden szolgáltató, de készíthetne illetékes szakmai kollégium, szakmai felelősségbiztosító, finanszírozó is. A tájékoztató az általános következmények mellett természetesen nem nélkülözheti a beteg adottságaitól, vagy egyéb körülményektől függő egyedi sajátosságokat.

A minél részletesebb írásbeli tájékoztató a szolgáltatók érdeke, hiszen ha valami nincs leírva, és megmagyarázva írásban, a tárgyaláson az orvos, egészségügyi dolgozó tanuknak kell azt vallomással bizonyítani, hogy a tájékoztatás ténye és tartalma megfelelt az előírásoknak, protokollnak.

3. Az egészségügyi szolgáltatásokhoz kapcsolódó szakmai felelősségbiztosítás tartalma az elműl öt évben számos konferencia, vita témája volt, mindenki egyetértett abban, hogy szükséges a megújítása, de ez még sajnos nem történt meg. A nosocomialis fertőzésekkel kapcsolatban a szakmai felelősségbiztosításnak három speciális szerepe lehet.

- Az egyik a biztosító által fizetett kártérítési összeg. Önmagában a kórházi fertőzések nem külön biztosítási események azok az egyes szakterületeken keresztül kerülnek biztosításra, mint pl. a sebészettel, nőgyógyászattal stb. együtt-járó következmények. A jövőben a cél, hogy az esetenként 5 - és bizonyos kevésbé rizikós, éppen a kórházi eredetű fertőzéseket nélkülöző szakterületeknél - 10 millió forintos limitet, a kártérítések növekedésével arányban emeltetni kellene. Ez valószínűleg csak a felelősségbiztosításról szóló jogszabály, illetve egy speciális egészségüggyel foglalkozó biztosító egyesület megalkotása után lehet. Felmerülhetne, esetleg, hogy a nosocomialis fertőzések szakterülettől függetlenül legyenek biztosítási események, önálló a lehetőség szerinti magas limittel, így az egyes szakterületeken egyéb okból bekövetkező rendkívül sokféle káresemény nem jelentene akadály a limitemeléssel kapcsolatban.
- A második biztosítási szerep, a peren kívűli egyezségek lehetősége. Mint látható a kórházi eredetű fertőzések esetén tág a szolgáltatói felelősség alapja. Ezért, ha egy szolgáltató nem tudja magát a felelősség alól kimentei, akár orvos-szakmai, akár tájékoztatási okból és a fertőzés fennáll célszerű a peren kívűli egyezés létrehozása. Ebben az esetben ugyan a szolgáltató felelőssége elismerést nyer, de a kártérítés összegében lehetőség van az egyezés során érvényesíteni a korábbi lezárás lehetőségét, ami csökkenti a kifizetésre kerülő kártérítést. Ebben az esetben a cél az, hogy minél inkább közelítsük a biztosítói limithez a kártérítések összegét. Indokolt továbbá, hogy kórházi eredetű fertőzések esetén, ahol kevésbé a műtéttel kapcsolatos szakmai vita merül fel, nagyobb szerepet kapjon a biztosító szakértője, aki jobban ismeri a fertőzésekkel kapcsolatos bírői gyakorlatot. Abban az esetben, ha a szakértő véleménye szerint indokolt az egyezés, akkor azt ne akadályozza a szolgáltató, illetve abba minél inkább vonja bele mind a jogalap, mind az összegszerűség kérdésében a biztosítót.

- A biztosítási szerződések alapvető fejezete a kizárás és a biztosító visszakövetelési joga. A kizárás lényege, hogy a biztosító olyan káreseményekért, amelyek a biztosítási eseménybe tartoznak, azért mert a szerződésben kizárja az érték való helytállást, mégsem fizet kártérítést a károsultnak a szolgáltató helyett.

A visszakövetelési jog eseteit szintén a szerződés tartalmazza azzal, hogy ilyen esetekben a biztosító kifizeti a károsultnak a kártérítést a szolgáltató helyett, hogy a károsult ne kerüljön hátrányos helyzetbe, de annak összegét visszaköveteli a szolgáltatótól.

A biztosítók azokat a kockázatokat, amelyek miatt egyre többször kell helytállniuk a kizárások közé próbálják helyezni. Ide tartoznak ma pl. a plasztikai sebészeti esztétikai károk, a tájékoztatási hibából eredő károk stb. Fennáll a veszélye, hogy ha egyre több kár kifizetés származik majd kórházi eredetű fertőzéstől ez is a kizárások közé kerülhet. Ezt azonban meg kell és meg lehet akadályozni azzal, hogy a fertőzések olyan széles körben, több szakterülettel érintik az egészségügyet, hogy annak kizárása a biztosítás egészségügyi részét kérdőjelezné meg és nem is valószínű, hogy a biztosítás már említett átalakításai ezt a kizárást lehetővé tennék.

A nagyobb számú káresemény inkább oda vezethet, hogy a biztosítók széles-körűen fogják értelmezni a visszakövetelési jog egyik esetét. E szerint, ha egy szolgáltatónál a tárgyi és személyi feltételek hiányoznak és így végzi a beavatkozást, és kárt okoz, a feltételek hiánya alapot adhat a visszakövetelési jog gyakorlására. Értelmezhetik a későbbiekben a biztosítók úgy, hogy a sok fertőzés azért van, mert a tárgyi személyi feltételek nem megfelelőek és visszakövetelési jogot alkalmazhatnak nosocomialis fertőzés miatti kártérítésnél. Ez nehezebben előzhető meg, mint a kizárás, bár fontos, hogy még ez sem került fel a biztosítóknak, de pl. a visszakövetelési jog eseteinek pontos meghatározása a szerződésben, ami esetlegesen a tárgyi és személyi feltételek hiányánál tartalmazza azt, hogy a kórházi eredetű fertőzés létrejötte nem jelenti ezt a körülményt segíthet a biztosítói értelmezéssel szemben

4. A tanulmány első felében ismertettem azt a ma még nem általános bírói gyakorlatot, ami tulajdonképpen objektív felelősséget jelent a kórházi eredetű fertőzések tényén keresztül. Eredményesen csak akkor lehet védekezni a kórházi eredetű fertőzésekkel kapcsolatban, ha ez az értelmezés nem válik általános gyakorlattá. Ennek megelőzésére kell a konkrét eljárások során törekedni, ahol a bizonyítás során érvelni kell amellyel, hogy nincs az egészségügyben objektív felelősség és annak kialakítása nem is indokolt.

Összefoglalás

Jó hír hogy az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségével kapcsolatban nem a kórházi eredetű fertőzések miatti káresemények a leggyakoribbak, hiszen magasan vezet a szülészet-nőgyógyászat és azon belül is a szülésekkel bekövetkezett súlyos és maradandó magzati károsodások.

A rossz hír, hogy bár erre hiteles statisztika nincs, csak a tapasztalat mondatja velem, hogy a második helyre feljöttek a kórházi eredetű fertőzések. Ennek egyik oka a már többször említett tény, hogy a fertőzések számos szakterülethez kötődnek, tehát előfordulásukra széles-körben van esély, másik oka a tág-körű értelmezés mellett kialakult bírói gyakorlat, és végül oka sajnós a nem megfelelő kórházi körülmények.

Célszerű megelőzni, hogy a fertőzések kerüljenek az első helyre. Ez mint már említettem csak úgy vihető véghez, ha a rendelkezésre álló protokollokat, jogszabályokban előírt bejelentési kötelezettségeket a szolgáltatók maradéktalanul betartják, kiegészítik a tájékoztatóikat a fertőzésekkel kapcsolatos nyilatkozatokkal és megtanulják igazolni, bizonyítani is, hogy a hivatkozottakban írtak szerint jártak el. Természetesen a jogi lehetőségek mellett szükséges, hogy a kórházi anyagi körülmények is javuljanak, hogy a megelőzés érdekében hatékonyabban járhassanak el.

Dr. Simon Tamás
ügyvéd, biztosítási szakjogász
www.384ugyvediroda.hu

A tanulmány a kórházi eredetű fertőzések miatti kártérítési felelősség kérdését elemzi három kérdéscsoportban: kórházi eredetű fertőzések és az egészségügyi szolgáltatóktól elvárható magatartás milyensége, kórházi eredetű fertőzések és kártérítés összecszerúsége, kórházi eredetű fertőzések és kártérítési felelősség jövője.