

Önkormányzat Egészségügyi Napok 2005 augusztus 30-31, előadás
Orvosi műhibák nem műgondokkal!

Magukra hagyhatóak –e az egészségügyi szolgáltatók az orvosi műhibák következményeinek kezelésével?

Az elmúlt 15 év az orvosi műhibákkal kapcsolatban öt problémahalmazt hozott létre, amelyeket semmiképpen nem lehet műgondoknak nevezni. Ezeknek a problémáknak a hosszú-távú megoldása lehet az orvosi műhibák jelentős csökkentése azzal, hogy azok természetesen meg nem szüntethetőek, míg rövid-távú megoldásként az orvosi műhibák következményeinek kezelését kell megtanulni, illetve a jelenlegi kezelési módokat több területen meg kell változtatni.

Az orvosi műhibákkal kapcsolatos öt nagy problémahalmaz: Az orvosi műhibák ténye és okai, az orvosi műhibák száma, az orvosi műhibák tartalma, bírói gyakorlatban kialakult értelmezése, az orvosi műhibákhoz kapcsolódó kártérítési összecszerűség, az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosítása.

Az orvosi műhibák okai az alábbi nagyobb csoportokra oszthatóak: diagnosztikus eszközök hiánya, szervezési hiányosságok, műtét-technikai hibák, téves orvos-szakmai döntések, és nem megfelelő tájékoztatás. Az orvosi műhibák kb. 20-30%-a vezethető vissza az első két okra, ami független az orvosok gyógyító tevékenységétől, és az anyagi ráfordítások növelésével, a gyógyintézetek jelentős részének modern diagnosztikus eszközökkel történő ellátásával, a kompetencia határok egyre hatékonyabb kialakításával fokozatosan megszüntethetőek. A másik három ok nagyobb részt függ az orvos szubjektumától, ami javítható a jelenleg is magas színvonalú orvosképzés további növelésével, illetve az egyetem utáni egészségügyi szolgáltatóknál működő álláspontom szerint még mindig hierarchikus, paternalisztikus, hálapénz-függő gyakorlat fokozatos leépítésével, ami az új orvos-generációknak is egyre több műtét, érdemi orvosi beavatkozás elvégzését teszi lehetővé. Ez utóbbi három ok csökkenthető az orvos szubjektumától független tényezőkkel is pl. az orvos-szakmai protokollok megalkotásával, a szakmai minimumfeltételek egyre szélesebb körű megfogalmazásával, a teljes-körű tájékoztatáshoz szükséges szakmailag megfelelő tájékoztató nyomtatványok kialakításával. Ezek a feladatok megoldhatóak az egészségügyi szolgáltatók, a szakmai felelősségbiztosítók és általában az egészségügy regionális, országos szintjén azzal, hogy minél széleskörűbb megoldást kívánnak kialakítani az annál nehezebb. Ezt a magyar gyakorlat is igazolta, hiszen az intézmények szintjén már korábban kialakultak a belső protokollok, sajnálatosan a felelősségbiztosítók szintjén azt senki nem hozta létre, de azt a jogszabály alkotás sem ösztönözte, míg az egészségügy országos szintjén az elmúlt években kezdődtek meg a protokollokat szakmai minimumfeltételeket érintő változások, de azok messze nem a szükséges mértékűek még, nem teljes-körűek, de igazi problémájuk, hogy túl későn történtek meg, így érdemi változást valószínűleg hosszú évekkel, évtizedekkel később érnek el.

Az orvosi műhibák számánál, amit a különböző médiumok oly gyakran elrettentően kívánnak ismertetni négy nagy csoportot kell megkülönböztetni: az orvosi műhibás esetek, az orvosi műhibás ügyek (olyan eset, ami ismertté válik), perek és peren kívüli eljárások számát. Sajnálatosan semmilyen érdemi statisztika nem készült az orvosi műhibás ügyek számáról, így mindig csak a gyakorlatból vett tapasztalatok alapján, különböző tippek alapján alakult ki az a szám, hogy évente kb. 300 orvosi műhibás ügy, tehát ismertté vált orvosi műhiba történik. Abból az általános tapasztalatból, hogy mára az „áldozatok” pontosan ismerik lehetőségeiket a latentia-t, tehát a megtörtént, de ismertté nem vált esetek számát maximum az ismertté vált esetek 50-100%-ban lehet megjelölni, így az orvosi műhibás esetek száma évente maximum 450-600. Ezek a számok figyelemmel az évi 120 millió orvos-beteg találkozásra nem minősíthetőek jelentősnek, sőt ha azt nézzük, hogy pl. Németországban évente 15.000 ügyről

beszélnek a statisztikák még alacsonynak is minősíthetőek. Fontos azonban, hogy semmiképpen nem elhanyagolható ez a szám és nem megfelelő kezelés esetén jelentősen növekedhet is, illetve az sem mindegy, hogy az ismertté vált orvosi műhibás ügyek milyen módon oldódnak meg. Az orvosi műhibás ügyek peres vagy peren kívüli megoldást nyerhetnek. A peren kívüli megoldás lenne kedvező, mind a szolgáltatók, mind a betegek és hozzátartozóik és a felelősségbiztosítók részére is, hiszen a peres eljárás hosszú, nyilvános, drága és kiszolgáltatott, míg a peren kívüli eljárás rövid ideig tart, titkos, sokkal olcsóbb, és alig kiszolgáltatott. Sajnálatosan, leszámítva az 1997-1999 közötti időszakot, a peres eljárások dominálnak, ma az orvosi műhibás esetek 90%-oldódik meg perben és csak 10 %-a peren kívül, holott az ideális legalább az 50-50% lenne, de még hatékonyabb lenne, ha a peren kívüli megoldások meghaladnák a peres eljárások számát. Az orvosi műhibás ügyek és esetek száma önmagában nem csökkenthető csak az orvosi műhibák tényénél, okainál előadottakkal. A perek számának csökkentése, illetve a peren kívüli eljárások növelése elérhető lenne a megfelelő felelősségbiztosítási rendszer kialakításával.

Az orvosi műhibák tartalma bírósági megítélése az elmúlt 15 év alatt részletes értelmezési gyakorlatot alakított ki. Létrejöttek a típus-orvosműhibák pl. az idegen-test bennmaradás, a korhízi eredetű fertőzések, a diagnosztikai tévedések szakmáktól független, de egyes szakmákra pl. a szülészeti-nőgyógyászatban a császármetszés szükségességével kapcsolatos megközelítések, megítélése. A bírói gyakorlatban az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségét széleskörűen értelmezik, ami azt jelenti, hogy az egészségügyi szolgáltatóktól elvárható gondosság mértéke meghaladja a szakmai szabályok kereteit, már a gyógyulás esélyének elvétele is megalapozza a szolgáltatók szakmai felelősségét, a felelősség megállapításához gyakran elegendő a valószínűség is a teljes bizonyosság helyett és teljes körű tájékoztatási kötelezettség szinten minden esetben lehetőséget teremt, hogy a nem megfelelő tájékoztatás megállapítható legyen. Ezek a széles-körű felelősségi szabályok kiegészülnek a polgári jogban szabályozott kimentő felelősségi rendszerrel, ami azt jelenti, hogy a hibákat, az esély elvételt, a nem megfelelő tájékoztatást stb. vélelmezik és a szolgáltatóknak kell bizonyítani az ellenkezőjét. Ez a gyakorlat oda vezetett, hogy a peres eljárások 70-80%-t a betegek és hozzátartozóik nyerik. Ezen a gyakorlaton érdemi változást előidézni nem lehet, hiszen a bírói gyakorlatban kialakult értelmezési elvek 180 fokos fordulata nem várható, azt semmi sem indokolná. Ezen a területen két célt lehet megfogalmazni egyszer, hogy a szakmai felelősség ne szélesedjen tovább, amit ismételt a szakmai protokollok és kidolgozott tájékoztató nyomtatványok segítenének, hiszen azok megalkotása esetén azokra természetesen a szolgáltatók is hivatkozhatnának és ha annak megfelelnek nem lenne megállapítható a felelősségük. A másik cél a peres eljárások csökkentése lehetne, hiszen peren kívül kevésbé érvényesülnek a bírói gyakorlatban kialakult értelmezési elvek, ott a feleknek nagyobb szabadsága van egy egyezség létrehozásában, hiszen kizárólag a saját akaratuk érvényesül, nem egy azon kívül álló testületé.

Az orvosi műhibák miatti kártérítések összecsúszása az a kérdés, ami a jövőben komoly gondot jelenthet, hiszen ma már a nem vagyoni kártérítések összege súlyosabb egészségkárosodás esetén 10-15 millió forint is lehet, a kamatok is jelentősek hosszú peres eljárások esetén, nem vagyoni kártérítést kaphatnak a károsult hozzátartozói is, vagyoni kártérítési összegek is lehetnek esetenként 15-20 millió forintos nagyságrendűek és a havi járadék is, elérheti a 100-300 ezer forint közötti mértéket. Abban az esetben, ha ezeket az összegeket egy perre összeadjuk, akkor érjük el a már többször hangoztatott 30-60 milliós kártérítéseket. A kártérítések összecsúszása a jövőben csak növekedni fog az infláció és az Európai Unió hatás miatt, hiszen az Unió országainak jelentős részében sokkal magasabb kártérítések kerülnek megítélésre. A kártérítéseket, ha nem változik meg a szakmai felelősségbiztosítási rendszer, szinte 70-90%-ban az egészségügyi szolgáltatók fizetik. Ez jelentős finanszírozási gondokat jelent már ma is és a jövőben ez csak növekedni fog, ami a

kórházaknál fizetésektelenséget, súlyos végrehajtási eljárásokat, a gazdasági társaság formában működő egészségügyi szolgáltatók esetén a károsultak részéről a kártérítési összegek behajthatatlanságát, a kórházak helyett a fenntartó önkormányzatok fizetési helytállását, a kórházi fizetések esetén a fenntartó önkormányzatoktól érkező kiegészítő finanszírozási támogatásokat eredményezhet. Ez a probléma kizárólag oly módon oldható meg, hogy a szakmai felelősségbiztosítást kell átalakítani, hogy az tényleges felelősségbiztosítás és ne kártérítési támogatás legyen. A kártérítések összegszerűségének csökkenése ugyanis nem várható, még akkor sem, ha az egészségügyi szolgáltatókat sokan sajnálják, de kártérítéseket ítélnék meg közlekedési balesetek esetén is, ahol az egyre növekvő kártérítési összegek, figyelemmel hogy a károsodás ugyan az, mint orvosi műhiba esetén, fokozatosan gyűrűznek át az orvosi műhibás ítéletekbe is.

Az ötödik probléma az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosítása, ami 1992 környékén alakult ki, de az elmúlt időszakban csak a szolgáltatók kárára változott. Ahogy az orvosi műhibás ügyek növekedtek a biztosítói helytállás úgy szigorodott. Napjainkra a szakmai felelősségbiztosítás az alábbi jelentősebb gondokat okozza:

- A biztosítási esemény fogalmába nem tartozik bele, amikor egy közreműködő okoz kárt egy betegnek és az elszámolásra a károsultnak fizető egészségügyi szolgáltató és a közreműködő között kerül sor.
- A biztosító eseti helytállási kötelezettsége, leszámítva néhány biztosítónak néhány járóbeteg ellátási szakterületet érintő eseti Tízmillió forintos helytállási limitét, még mindig Ötmillió vagy még annál is kevesebb forint.
- Magas a szolgáltatók önrésze, hiszen még a helytállási összeg általában 10%-át is a szolgáltatóknak kell fizetni.
- Húsnál is több és jelentős területeket (pl. tájékoztatási hiányosság, plasztikai sebészet) érintő kizárási eset szerepel a szerződésekben, ami azt jelenti, hogy a biztosítási esemény esetén sem kell a biztosítóknak kifizetni a kártérítést.
- Széleskörű a biztosítók visszakövetelési joga, ami azt jelenti, hogy a károsultnak kifizetett kártérítést bizonyos esetekben a biztosító visszaköveteli a kárt okozó szolgáltatóktól.
- Jelentősen szűkíti a biztosítók helytállását, hogy csak a szerződés hatálya alatt okozott, bekövetkezett és bejelentett károkért állnak helyt.

Ezeket a szolgáltatókra terhes változásokat a biztosítók a saját szerződési feltételeikben szabadon változtathatták meg, hiszen ebben a kérdésben egymás között verseny nem volt, és semmi, pl. jogszabály, sem korlátozta a biztosítókat a szerződési feltételek alakításában.

A kérdés az, hogy a fenti öt problémahalmaz rövidtávú kezelése milyen megoldást kíván, hiszen mint említettem a hosszú-távú megoldás az orvosi műhibák csökkentése, amivel kapcsolatban egy-két javaslatot már ismertettem.

A egészségügy oldaláról idáig érkezett megoldási javaslatok nem fogadhatóak el. Ezek a megoldások az „állati” zsákutcák. Felmerült az „ostoba strucc” megoldás, ami szerint a szakmai felelősségbiztosítás kötelező jellegét kellene megszüntetni. Vajon az a strucc, ami a fejét dugja a homokba, ha jön az oroszlán, bízva abban, hogy így nem látja meg, élve marad az oroszlán támadása esetén.? Nem a probléma elől kell elmenekülni, hanem megoldást kell találni. Megvalósult a „gyáva nyúl” megoldás, amikor egy magas kártérítést követően az egészségügy oldaláról érkező érdekérvényesítési akció végén az 1959-ben megfogalmazott és azóta jogszabályban előírt és 2004-ig senkit nem zavaró, legnagyobb gondosság, mint az egészségügyi szolgáltatótól elvárhatósági mérték, elvárható gondosságra változott. A megoldás érdemi eredménnyel nem járt, hiszen a bírói gyakorlatban kialakult elvek most nem a legnagyobb gondosság nevében, hanem az elvárható gondosság nevében kerülnek alkalmazásra, tehát egy újabb menekülési kísérlet járt kudarccal. A harmadik zsákutca javaslat a „ravaszdi róka” megoldás, ami a kifizethető kártérítések limitálásáról szólna, de mint a

mesékből tudjuk a ravaszdi róka általában nem nyer, így ez a menekülési megoldás sem vezethet eredményre, mert a károsultak közötti különbségtétel sértené az alkotmányt, illetve a kártérítések közötti különbségtétel (egyeseket limitálunk, egyeseket nem) ellentétes az Európai Bíróság egy ítéletének indokolásával is.

Az orvosi műhibák rövidtávú kezelésének egyetlen hatékony megoldása a szakmai felelősségbiztosítás átalakítása tényleges biztosítássá. Ez kétféle képen valósulhatna meg. Az egyik a verseny, ami ha ezen a területen működött volna már az elmúlt 13 évben sikerrel járt volna, de ezen a területen a biztosítók között nincs verseny, ajánlataik a szerződések lényegi részét tekintve nem térnek el egymástól, a biztosítási piac egységesen nem kívánja a pozícióját rontani és a szolgáltatókra kedvezőbb feltételeket megvalósítani. Verseny hiányában a jogszabályi beavatkozás lehet az egyedüli megoldás. Azt, hogy szükséges egy, a szakmai felelősségbiztosítás minimumfeltételeit előíró jogszabály, már 1997-ben felismerték a jogalkotók, hiszen előbb erről szóló miniszteri majd később kormányrendelet megalkotását írták elő. Ez a jogszabály azonban nem született meg, mert mindenki elhitte a biztosítói oldal jelzéseit, hogy ha előírt feltételek lesznek, kivonulnak a terület biztosításából, és így mindenki a jogszabály mellett bonyolult és drága szervezeti megoldásban is gondolkodott, hogy az üzleti biztosítók helyére milyen non-profit formák kezdenék meg a működésüket. Ezen költséges megoldások azonban anyagi háttér hiányában nem valósultak meg, de a jogszabály sem jött létre.

Kérdés, hogy egy biztosítási szakma, amelyek mögött Magyarországon és más országokban ugyanazok a tulajdonosok állnak és Magyarországon kívül akár Egymillió Euro limittel rendelkező biztosításért is helytállnak, biztosan fel vállalja-e, hogy magára hagyja az egészségügyet, ami igen jelentős vagyont biztosítással rendelkezik. A logikus válasz, hogy nem, míg ha mégis megteszi, figyelemmel az Európai Unió tagságra egy tagállami biztosító is elláthatja a terület biztosítását, de a feltételeket szabályozni kell, tehát nem megijedni kell, hanem a jogszabályt kellene megalkotni. Ebben a jogszabályban lehetőség szerint szabályozni kellene a biztosítási esemény fogalmát, elő kellene írni, hogy járó-beteg ellátás esetén húszmillió, fekvő-beteg ellátás esetén negyvenmillió az eseti helytállási limit (ennek a limitnek megfelelő biztosítási díjat a magyar egészségügyi szolgáltatók még ki tudnák fizetni, és helytállás szempontjából jelentős változást jelenten), meg kellene szüntetni az önrészt, elő kellene írni, hogy milyen esetek nem lehetnek kizárások, milyen esetekben fordulhat elő visszakövetelési jog és a helytállási kötelezettség időbeli hatályát is meg kellene növelni.

A jogszabályban elő kellene írni, hogy ezen minimumfeltételektől biztosítási szerződés nem térhet el. A jogszabályban előírt biztosítási szerződési feltételek nem ismeretlenek, hiszen ilyen a kötelező gépjármű felelősségbiztosítás, vagy a biztosítási brókerek felelősségbiztosítása esetén is létezik a magyar jogban.

Az ilyen feltételek mellett működő szakmai felelősségbiztosítás alkalmas arra, hogy a peres eljárásokat visszaszorítva, a perekben kialakult értelmezéseket elkerülve, a peres eljárások során kialakult összegszerűségi gyakorlatot csökkentve a peren kívüli eljárások irányába mozdítsa el az orvosi műhibák kezelésének gyakorlatát.

Nem szabad elfelejteni, hogy a jog az egészségügy számára „védőburok”, de lehet „börtön” is, azonban, hogy a védőburok funkció legyen erősebb, tenni is kell ezen a területen valamit, és ez kizárólag a hatékony szakmai felelősségbiztosítás megvalósítása lehet. Semmiképpen nem szabad tehát az egészségügyi szolgáltatókat magukra hagyni az orvosi műhibák következményeinek kezelésével. Bízom benne, hogy erről a konferenciáról elmenve ezt Önök is így látják és igényérvényesítési lehetőségeiket felhasználva, kezdeményezik, segítik a szakmai felelősségbiztosítási rendszer, és azon keresztül az orvosi műhibák kezelésének átalakítását.

Budapest, 2005. augusztus 18.

Dr. Simon Tamás
Ügyvéd, biztosítási szakjogász

Megjelent: Egészségügyi gazdasági szemle 2005. november