

Kezelhető-e a szakmai felelősségbiztosítás Strucc Malvin módjára

Kisfiam egyik kedvenc mesefigurája Strucc Malvin, aki az egyik történet szerint, az oroszlánok támadáskor, tehát veszély esetén, fejét a homokba dugta, bízva abban, hogy így nem veszik észre. A támadástól azonban nem ez a botor védekezés mentette meg, hanem, hogy megszólal gyomrában az általa korábban lenyelt vekkeróra, aminek hangjától megijedtek az oroszlánok.

Ki gondolná de ez a „mese” többszörösen igaz az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosításának hazai helyzetére is.

Struccpolitika I. azaz minek nekünk kötelező szakmai felelősségbiztosítás

A közelmúltban többször lehetett olyan hangokat hallani, hogy az egészségügy számára az lenne az ideális megoldás, miután a szakmai felelősségbiztosítását érdemben nem tudják megreformálni, ha megszüntetnék a szakmai felelősségbiztosítás kötelező jellegét, ami a magánorvosokra, egészségügyi vállalkozásokra 1989.-től, míg minden egészségügyi szolgáltatóra 1997.-től áll fenn. A felvetés szerint, tehát egy olyan helyzetben - amikor az egészségügyi szolgáltatók az ellenük indított perek 70%-át elvesztik, amikor a megítélt kártérítések jelentősen emelkednek – meneküljünk el a megoldás elől, ne dolgozzuk ki a szakmai felelősségbiztosítás megfelelő, az egészségügyet segítő módszerét, hanem hagyjuk magára a szolgáltatókat ezzel a teherrel, illetve bizzuk saját belátásukra, hogy igényelnek-e biztosítást, tehát dugjuk homokba Strucc Malvin módjára a fejünk, ha jön az oroszlán.

Érvek a szakmai felelősségbiztosítás kötelező jellegének megszüntetése mellett

- A Kötelező egészségbiztosítási ellátásról szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (továbbiakban Ebtv.) sem írja már elő a finanszírozási szerződés mellékleteként a felelősségbiztosítási szerződés bemutatását, tehát akkor lehet, hogy a felelősségbiztosítás már nem is kötelező?
- Az Egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. törvény (továbbiakban jogállási törvény) az egyik egészségügyi tevékenység végzésre irányuló jogviszonyra, a szabadfoglalkozású orvosi tevékenységre nem teszi kötelezővé a felelősségbiztosítást, tehát, ha van olyan tevékenység, ahol az nem szükséges, akkor a többinél miért maradjon fenn?
- Az egészségügyi szolgáltatókat kötelezik szakmai felelősségbiztosítási szerződés megkötésére, de a biztosítókat nem kötelezi jogszabály a szolgáltató ajánlatának elfogadására (tehát a biztosítás létrehozására), és ez a szerződési pozícióból fakadó egyenlőtlenség oly képen oldható meg, hogy a szolgáltatók szerződéskötési kötelezettségét indokolt megszüntetni.
- A kötelező szakmai felelősségbiztosítás minimumfeltételeiről szóló jogszabályt, bár arra az Egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (továbbiakban Eütv.) már 1997 óta kötelez, nem tudjuk megalkotni. A biztosítói oldal viszont- figyelemmel arra, hogy magas a szolgáltatói pervesztés, hogy komoly összegűek a kártérítések és növekszik a bejelentett kártérítési igények száma - saját mag nem kívánja a biztosítási feltételeket számár terhesen módosítani, ellenben emeli a biztosítási díjakat, ezért egyszerűbb, ha megszüntetjük a szolgáltatóknak azt a terhét, hogy ezt a számukra kedvezőtlen biztosítási rendszert kötelezően vállalniuk kell.

Válaszok a szakmai felelősségbiztosítás kötelező jellegének megszüntetését alátámasztó felvetésekre:

- A 2005. évi XLIX törvény módosította az Ebtv. 31.§.(2) bekezdését oly képen, hogy 2005. július 1. napjától az egészségügyi szolgáltató finanszírozási szerződésének nem

melléklete a felelősségbiztosítási szerződés, hanem csak a működési engedély. Ez a módosítás azonban, ahogy a törvény indokolása is fogalmaz csak technikai jellegű. A finanszírozási szerződéshez ugyanis az egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosító működési engedélyt csatolni kell, ami azt vélelmezi, hogy ha egy szolgáltató működési engedéllyel rendelkezik, akkor szakmai felelősségbiztosítási szerződése is van.

Az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról szóló 96/2003 Korm rendelet 8.§.(2) d. pontja szerint, a működési engedély iránti kérelemhez mellékelni kell a felelősségbiztosítási szerződés másolatát. Az Eütv 108.§ (1)-(2) bekezdései minden szolgáltatóra - tehát finanszírozottra és nem finanszírozottra - előírják, hogy egészségügyi szolgáltatás csak működési engedély birtokában végezhető, és működési engedély csak akkor adható ki, ha a szolgáltatónak van felelősségbiztosítási szerződése.

Ezek a jogszabályok azok, amelyek a működési engedély mellett, a felelősségbiztosítási szerződés meglétével kapcsolatos vélelmet alátámasztják, így nincs szükség a felelősségbiztosítási szerződésnek a finanszírozási szerződéshez történő csatolására, különösen, hogy annak ellenőrzése nem a finanszírozó, hanem az engedélyező ÁNTSZ feladata.

Szó sincs tehát arról, hogy a szakmai felelősségbiztosítás nem lenne továbbra is kötelező egészségügyi szolgáltatók számára.

- A jogállási törvény 8.§.(2) bekezdése szerint a szabadfoglalkozású orvos működési engedély és „amennyiben az őt foglalkoztató egészségügyi szolgáltató nem követeli meg” kötelező felelősségbiztosítási szerződés nélkül végezheti a tevékenységét.

Szó sincs, tehát arról, hogy a szabadfoglalkozású orvosnak, nem kell felelősségbiztosítási szerződést kötnie, ezt kizárólag akkor teheti meg, ha az egészségügyi intézmény, amelyiknek a nevében végzi a tevékenységét, azt nem kívánja meg. Ebben az esetben arról van szó, hogy a szabadfoglalkozású orvos által a betegnek okozott kárért a kártérítést az egészségügyi intézmény fizeti meg, és nem kívánja azt tovább hárítani az intézmény a szabadfoglalkozású orvosra.

Ilyen esetben valóban szükségtelen, hogy a szabadfoglalkozású orvosnak felelősségbiztosítása legyen erre a tevékenységére, hiszen az egy olyan biztosítás lenne, ami mögött sohasem lehetne biztosítási szolgáltatás, mert fel sem merülhet a szabadfoglalkozású orvos felelőssége, csak a vele szerződött intézményé. Ilyen, az orvosnak kedvező helyzet azonban ismereteim szerint még nem jött létre, hiszen ehhez véleményem szerint egy rossz gazdasági döntés is kellene az egészségügyi intézmény részéről, nevezetesen, hogy a kárt, bár megtehetné, nem kívánja tovább hárítani.

Abban az esetben, ha mégis létrejönne, valóban létezne olyan egészségügyi tevékenység, ami nem igényelne kötelező biztosítást, de ez nem azt jelenti, hogy ez minden egészségügyi szolgáltatásra kiterjeszhető, ez az eset csupán egy ritka kivétel lehet. Minden más esetben azonban különösen indokolt, hogy a szabadfoglalkozású orvosnak is legyen biztosítása, hiszen ha a kifizetett kártérítést az intézmény áthárítja, biztosítás hiányában kizárólag az orvos saját vagyona, tulajdona a fedezet.

- A kötelező gépjármű felelősségbiztosítás az a terület, ahol a szerződő fél ajánlatát a biztosító, ha foglalkozik ezzel a biztosítási fajttal, nem utasíthatja vissza, ha az megfelel a kötelező gépjármű felelősségbiztosításról szóló rendelet mellékletében írtaknak.

A hivatkozott rendeletnek a melléklete teljese egészében, tehát nem csak a minimumfeltételeiben, tartalmazza a kötelező gépjármű felelősségbiztosítási általános szerződési feltétel elemeit. Így valóban megkövetelhető egy biztosítótól, hogy ha ezen a területen végzi a tevékenységét, és a szerződő ajánlata mindenben megfelel a jogszabályban írtaknak, amit így minden szerződő fél előre láthat, így annak ismeretében

dönthet a biztosító is a piacon való részvétel mellett, hogy a kötelező felelősségbiztosítással kapcsolatos ajánlatot fogadja el.

Az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosításával kapcsolatban még a minimumfeltételeket sem tudták 1997 óta megfogalmazni, nem hogy az általános szerződési feltétel minden eleme megjelent volna jogszabályban, így értelemszerű, hogy a biztosítók nem kötelezhetőek a szolgáltató ajánlatának elfogadására. Szó sincs, tehát egyenlőtlen szerződési pozícióról, de különösen nincs szó arról, hogy ennek a helyzetnek a megoldása a szolgáltatókra még hátrányosabb szituáció létrehozása, a felelősségbiztosítás kötelező jellegének a megszüntetése lenne.

- A negyedik érv, ami szerint, a jelenlegi drága, feltételeit nem a szolgáltatók igényéhez igazító, kötelező biztosítás megoldása nem az lenne, hogy meg kellene alkotni a szolgáltatók szakmai felelősségbiztosításának a szolgáltatói oldal számára kedvező minimumfeltételeit, amiktől a biztosítók nem térhetnek el, illetve, hogy meg kellene találni a biztosítási díjak finanszírozásának módját, hanem hogy a menekülés, a kötelező jelleg eltörlése lehetne a cél, azt hiszem külön érdemi indokolást nem kíván, hiszen egyetlen döntéshozót sem vezérelhet az a gondolat, hogy hozzuk a szolgáltatókat a jelenleginél is kedvezőtlenebb helyzetbe. A helyzet kedvezőtlenebb minőségéről, azt hiszem, azok a szolgáltatók tudnának igazán nyilatkozni, amelyeknek különböző okokból teljesen maguknak kellett a kártérítést kifizetni és még a jelenlegi alacsony limittel sem segített biztosító.

Az előadottak alapján megállapítható, hogy az első kérdésben a struccpolitika semmiképpen nem megoldás, szerintem külön a védekezést segítő „vekkerre” nincs szükség, elegendő az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségével kapcsolatos hazai helyzet ismerete ahhoz, hogy lássuk, a menekülést nem a kötelező jelleg megszüntetése, hanem a kötelező szakmai felelősségbiztosítás, már többször hangoztatott, minimumfeltételeinek megalkotása jelentené.

Struccpolitika II. azaz minek nekünk a szakmai felelősségbiztosítás minimumfeltételeiről szóló jogszabály.

Az egészségügyi szolgáltatók szakmai minimumfeltételeiről szóló jogszabály hiánya, egyik tipikus példája annak, hogy hiába írja elő egy törvény 1997-ben annak megalkotási kötelezettségét (először miniszteri, majd később kormányrendelet formájában), a probléma – az egészségügyi szolgáltatók számára hátrányos kártérítési és biztosítási helyzet - többszöri hangsúlyozása mellett, de a jogszabály megalkotásával kapcsolatos halogatással, miként lehet még kedvezőtlenebb helyzetbe hozni az egészségügyi szolgáltatókat, illetve a szolgáltatók miként hozzák magukat is ebbe a helyzetbe azzal, hogy nem képesek a döntést hozók részére egy, a szolgáltatók számára, leginkább megfelelő jogszabálytervezetet elkészíteni és átadni.

Az egészségügyi szolgáltatók elleni kártérítési perekben kialakult, az európai szakmai felelősségi gyakorlatnak megfelelő, objektivizálódó felelősség részleteit szinte teljes-körűen átfogja Dr. Dósa Ágnes az Orvos kártérítési felelőssége, című nem rég megjelent könyve.

Az egészségügyi szolgáltatókat terhelő kártérítési összegek, az élet és értékviszonyok, illetve az infláció növekedése, az Európai Unió több tagállamában fennálló jelentősen magasabb kártérítési összegszerűségi gyakorlat begyűrűződése, illetve a kötelező gépjármű felelősségbiztosítás miatti hasonló egészségkárosodásokért megítélt magasabb kártérítési összegeknek – érdekes, hogy ilyen esetekben senki nem tiltakozik a magas kártérítés ellen, csak azért mert azt egy biztosító fizeti – az egészségügyi szolgáltató által okozott hasonló egészségkárosodások esetére történő átemelése következtében, a jövőben csak növekedni fognak.

Ebben a helyzetben csak a hatékony szakmai felelősségbiztosítás segíthet az egészségügyi szolgáltatókon.

Azt már számos szakirodalmi munkában megválaszolták, hogy ez a hatékony szakmai felelősségbiztosítás csak a minimumfeltételekről szóló rendelet megalkotásával valósulhat meg, és annak tartalmára több elméleti javaslat is született, csak a jogszabály nem jött létre. Azt hiszem, hogy a jogszabály megalkotását egy megalapozatlan vélelem - a biztosítói oldal kivonul a piacról, ha jelentősen változtatunk a biztosítási feltételeken - illetve egy túl bonyolult megoldási javaslat – a jogszabály mellett találjuk ki és hozzuk is létre azt a biztosítási formát, ami majd működteti a módosított biztosítást – hátráltatta. El kell ismernem sajnálatosan korábban Én is abba a hibába estem, hogy egy ilyen összetett megoldást tudtam csak elképzelni.

A biztosítói oldal kivonulásáról

Abból, hogy az első biztosítási krízis (a kifizetett kártérítések összege jelentősen meghaladta a biztosítási díjakból befolytakat) után 1999-2000. –ben, egy akkor domináns biztosító elhagyta a fekvő-beteg ellátás biztosítási piacát (ennek ellenére mind a mai napig a járó-beteg ellátás biztosításának területén piacvezetőnek számít) nem lehet azt a következtetést levonni, hogy az egészségügyi szakmai felelősségbiztosítás teljes piaca elhagyható, biztosítókra hátrányos biztosítási feltételek esetén.

Az egészségügy nagy piac a biztosítás számára különösen a vagyonsbiztosítás oldaláról, és csak kevésbé jelentős terület a felelősségbiztosítás ágazatban. Így a biztosítói oldal szinte kizárt, hogy az egészségügyet magára hagyná a felelősségbiztosítási feltételek változtatása esetén, hiszen szüksége van a vagyonsbiztosításra, illetve szinte biztos, hogy legalább egy biztosító felvállalná a felelősségbiztosítási területet is a vagyonsbiztosítás érdekében, akár úgyis, hogy a két termék együtt kerülne alkalmazásra.

A Magyarországon működő biztosítók tulajdonosai az Európai Unió más tagállamaiban, pl. sokkal magasabb eseti helytállási limittel dolgozó szakmai felelősségbiztosításokat szolgáltató biztosítókat működtetnek, tehát ha ott nem zavaró a magasabb limit, nálunk sem lenne az, csak elő kellene írni.

Abban az esetben, ha mégsem lenne Magyarországon működő biztosító, amelyik a területen működtetné a biztosítást, az Európai Unió egyik tagállamában tevékenykedő biztosító is felvállalhatja a magyar egészségügyi szolgáltatások felelősségbiztosítását, de az sem fogja, pl. magasabb limittel működtetni, mint a jelenlegi, ha nem írja annak mértékét elő egy jogszabály.

Látható, tehát, hogy a biztosítói oldal esetleges kivonulása egy megalapozatlan vélelem, amit legalább a minimumfeltételekről szóló jogszabály megalkotásával lehetne tesztelni és megdönteni azzal, hogy természetesen nem lehet ésszerűtlenül hátrányos feltételeket előírni a biztosítók számára.

A biztosítás működtetéséről

Mint említettem több megoldási javaslat is felmerült, hogy a profit-orientált biztosítók helyett milyen más formában történjen a biztosítás működtetése.

Felvetődött, hogy egy állami költségvetési alapot hozzanak létre, ami egy meghatározott limitösszegig a szolgáltatók helyett fizeti a kártérítést és ezt meghaladó részre működhetne a szakmai felelősségbiztosítás. Figyelemmel arra, hogy a költségvetési alap biztosító módjára nem működtethető, viszontbiztosítása nem megoldható, illetve létrejöttéhez és további működéséhez több milliárd forint kellene, ez nem megvalósítható.

Gondoltak arra, hogy kockázatközösségi alapot, nem biztosító egyesület módjára működő, felosztó-kirovó rendszerű egyesületet hozzanak létre, ami szintén nem volt jó megoldás, hiszen ez sem minősülne biztosítónak, viszontbiztosítása nem lett volna kialakítható,

működéséhez a tagjai általi többszöri befizetésre lett volna szükség, tehát ez sem volt megvalósítható.

Lehetett olyan is hallani, hogy az OEP működtessen biztosítást, ami leszámítva a már említett problémákat (ez nem minősülne biztosításnak és a viszontbiztosítása nem kialakítható), további problémaként felvetődött, hogy az OEP bevételei jelentős részben azoknak a befizetéseiből származnak, akik az esetleges károsodásokat elszenvedik, tehát saját magukat biztosítanák ezzel az állampolgárok, ami, azt hiszem, külön elemzést nem igényel. Eben az esetben egyébként is csak a finanszírozott egészségügy számára szolgáltatnának megoldást, pedig nem lehet a köz és a magán szolgáltatást elválasztani, eltérően szabályozni, így ez sem megvalósítható.

Jó ötlet lehetne a skandináv államokban működő „no-fault” rendszer megvalósítása, aminek lényege, hogy az egészségügyi szolgáltatók befizetésiből egy speciális biztosítási forma működik, ami csak az egészségkárosodás mértékéből indul ki, nem vizsgálja a szolgáltatók felelősségét, de ennek kialakítása országunkban esetlegesen akkor történhetne meg, ha az intézmények felelő károkozása esetére már működőképes biztosítás lenne.

Leginkább megvalósíthatónak a biztosítási törvény szerinti non-profit biztosító egyesület létrehozása tűnt, ami azt jelentette volna, hogy az egészségügyi szolgáltatók hoznak létre egy ilyen egyesületet, amibe minden egészségügyi szolgáltató tagként belép, és az egyesület a tagjainak nyújt kizárólag felelősségbiztosítási szolgáltatást, ami biztosítóként működik, viszontbiztosítása megoldható. Ezt az uniós tagság előtt 226 millió forintból, azt követően több mint 600 millió forintból lehetett volna létrehozni, tehát még eleinte megvalósítható lett volna költségvetési támogatással, de az egészségügy elkésett, és 2004. május 1.-e után az alapítási költségek olyan magasak, hogy nincs reális esély arra, hogy a biztosító egyesület megalakuljon.

A minimumfeltételekről szóló jogszabályról

Látható, hogy egyedüli megoldásként a minimumfeltételekről szóló jogszabály megalkotása és azt követően a biztosítás profit-orientált biztosítók által történő működtetés az egyedüli érdemi lehetőség azzal, hogy azt a jövőben kiegészítheti egy non-profit érdekeltségű biztosító egyesület, vagy költségvetési alap működése, de nem ennek kell az elsődlegesnek lenni.

Ehhez első lépésként meg kell határozni, hogy mi kerüljön a jogszabályba. Ez lehet tág meghatározás, ami tartalmazhatná a biztosítási esemény fogalmát, a visszakövetelés, a kizárás lehetőségeit, az eseti, éves helytállási limitet, az önrészt, illetve a biztosítási szerződések időbeli hatályát. Ezt a tág meghatározást indokolná a magyar piac rendezetlen állapota, de valószínűleg ilyen jogszabályt a biztosítói oldal nem fogadna el.

A cél, tehát, hogy létrejöjjön egy jogszabály, ami a nélkülözhetetlen minimumfeltételeket – eseti helytállási limit, szolgáltatói önrész, mi nem lehet kizárás egy felelősségbiztosítási szerződésben, szerződés időbeli hatálya - tartalmazza. A jogszabályban az eseti helytállási limit meghatározható akár külön a járó-beteg és fekvőbeteg ellátásra (20 illetve 40 millió forint) vagy egységesen (30 millió forint). Előírható a szolgáltatói önrész, ami esetenként 10%, de maximum egymillió forint lehetne, meghatározható, hogy milyen szakterületek, betegjogok nem szerepelhetnek a kizárások között (pl. a tájékoztatás stb.), illetve az időbeli hatálya a szerződésnek megfogalmazható úgy, hogy a biztosító a szerződés hatálya és azt követő egy, vagy három esetleg öt évig tartozik helytállni, természetesen az elévülési feltételek mellett.

Ezt a jogszabályt tervezet formájában az egészségügynek kellene a jogalkotók asztalára letenni azzal, hogy nem egy bonyolult rendeletről van szó, a hatályba léptető és átmeneti rendelkezésekkel együtt a fenti négy kérdést érintve talán hat paragrafus. Fontos lenne, ha az egészségügy három nagy érdekvédelmi szervezete (Kórházszövetség, EGYE, Orvosi Kamara) együttesen fogalmazná meg a tervezetet, ami véleményem és információim szerint, az

előzőleg ismertetett feltételek mellett, még a biztosítói oldal érdemi ellenállásába sem ütközne.

Természetesen a biztosítási feltételek változása a biztosítási díjak emelkedésével járna, de azok forrásait a közszolgáltatóknál meg kell találni a finanszírozási rendszer részleges átalakításával, míg a magánszolgáltatók azt a megbízási díjaikban érvényesítenék.

Egy biztos, minél később születik meg a rendelet, annál nehezebb helyzetben lesznek az egészségügyi szolgáltatók, csakúgy, mint a strucc, amelyik ha sokáig tartja a fejét a homokban, megfullad és nem is kell, hogy az oroszán megtámadja.

Azt gondolom, hogy a tanulmány elején hivatkozott menekülést segítő „vekkeróra” ezen a területen is megvan, hiszen már található a Fővárosban működő olyan kórház, amelyiknek több vesztett pere után, az együttes kifizetési kötelezettsége hamarosan meghaladja a százmillió forintot. Azt gondolom, nem kell megvárni a biztosítás rendezésével, amíg egy egészségügyi szolgáltató, az egyéb terhei miatt is, figyelemmel a magas kártérítési fizetési kötelezettségekre, érdemben csődbe is menjen.

Bízom benne, hogy ha fiam a közel jövőben további kérdéseket tesz fel a strucc életmódjával, jellegzetes tulajdonságaival kapcsolatban, modellként nem hivatkozhatok majd az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosításának magyarországi helyzetére – bár remélem ez a párhuzam még egyébként sem izgatná – hanem kizárólag az állatkertbe kell majd látogatást tennünk.

Budapest, 2005. október 8.

Dr. Simon Tamás
Ügyvéd, biztosítási szakjogász

Megjelent: Kórház 2005. október