

## **Felelősség? Biztosítás?**

### **Az egészségügyi szolgáltatással összefüggő felelősségről és felelősségbiztosításról**

#### *I. A szakmai felelősség típusairól*

1. Etikai felelősség: Orvos –egészségügyi dolgozó ellen indul az eljárás. Szakmai-etikai vétség (nevesítve ezek a 30/2007 EüM rendeletben, orvosi rendtartás találhatóak, a foglalkozás szakmai szabályainak megszegése, ha nem magyarázható valamelyik nevesített etikai vétségbe, nem minősül etikai vétségnek) illetve kamarai –önkormányzati etikai vétség (kamara belső szabályzata határozza meg ezeket a kamara működésével kapcsolatosak lehetnek szakmai-etikai kérdést nem érinthetnek pl. tagdíj fizetés elmaradása stb.) esetén. Kamarai-önkormányzati etikai vétség esetén első fokon a kamara területileg illetékes etikai bizottsága, másodfokon a kamara Országos Etikai Bizottsága, szakmai - etikai vétség esetén első fokon a kamara területileg illetékes etikai bizottsága, nem kamarai tagnál az ÁNTSZ mellett működő Megyei Etikai Tanács, másodfokon mindkét esetben a OTH mellett működő Országos Etikai Tanács jár el. Büntetések, ha kamara szabja ki: figyelmeztetés, megrovás, pénzbírság (minimálbér tízszereséig), kamarai tagság felfüggesztése, kizárás, Megyei Etikai Tanács esetén az előzőekből az első három.

2. Munkajogi - fegyelmi felelősség, áthárítás szabályai. Orvos-egészségügyi dolgozó ellen indul az eljárás. Fegyelmi felelősségre vonása csak a közalkalmazottnak van fegyelmi vétség (közalkalmazotti jogviszonyból fakadó lényeges kötelezettség vétkes megszegése) esetén. Ilyen lehet, ha valaki a foglalkozási szabályokat megszegi és a betegnek kára keletkezik. Az eljárást a munkáltató folytatja le: vizsgálóbiztos-fegyelmi tanács. Büntetések: megrovás, előmeneteli rendszerben való várakoztatás max. 1 évig, címetől, rangoktól, beosztástól megfosztás, elbocsátás. Nem közalkalmazottak esetén fegyelmi eljárás nem indítható, munkajogi következmény a munkaszerződés azonnali hatályú (ha annak lehetőségét az adott körülményekre, pl. foglalkozási szabályszegés esetére a szerződés előre meghatározta), illetve rendes felmondása. Az okozott kár munkaviszony (közalkalmazott) esetén gondatlan károkozásakor egy havi átlag kereset 50%-ig, munkaszerződés alapján az átlagkereset 1.5X-ig, kollektív szerződés esetén az átlagkereset 6X-ig hárítható át a kárt okozó dolgozóra, míg szándékos károkozásnál, illetve nem munkaviszony ( pl megbízási, közreműködési szerződés stb.) esetén teljesen áthárítható az okozott kár, de függ ez attól is, hogy a kárt okozó milyen működési formában végzi a tevékenységet (egyéni vállalkozó, Bt. vagy szerencsésebb esetben korlátolt felelősség mellett Kft.)

3. Szabálysértési felelősség: Orvost, egészségügyi dolgozót érinti, ha működési engedélyhez kötött tevékenységet működési engedély nélkül (szankció max 50.000. Ft pénzbírság) vagy attól eltérően (szankció max 100.000. Ft. pénzbírság) végez: egészségügyi tevékenység jogosulatlan végzése. Az ÁNTSZ hatáskörébe tartozik az eljárás.

4. Működési felelősség. Az egészségügyi szolgáltatót, a működési engedély címzettjét érinti az eljárás. A működési engedély kiadásakor, illetve azt követően a szakfelügyelő főorvosokon keresztül vizsgálhatja az ÁNTSZ, hogy a szolgáltató elsődlegesen a szakmai minimumfeltételeknek megfelelően járt-e el egy adott szolgáltatás során. Szankciók között a nem megfelelő eljárás megállapítása, a figyelmeztetés, illetve a működési engedély felfüggesztésének, visszavonásának kezdeményezése szerepel és a felfüggesztésről, visszavonásról a működési engedélyt kiadó ÁNTSZ határozhat.

5.Működtetési felelősség: Az egészségügyi szolgáltatót érinti, közigazgatási felelősség keretében a szolgáltatás tartalmi mutatóit vizsgálja, nevezetesen, hogy a szolgáltató a szakmai és finanszírozási protokollok szerint járt-e el, ennél szélesebb körű vizsgálatot nem végezhet, az ÁNTSZ folytatja az eljárást a szakfelügyelő főorvosok bevonásával, végső esetben egészségügyi bírságot is kiszabhatnak 5 millió forintig.

6.Finanszírozási felelősség: Új intézmény 2009-től, finanszírozott egészségügyi szolgáltató esetén a finanszírozó vizsgálhatja, hogy az adott szolgáltató a szolgáltatást a vizsgálati és terápiás rendek illetve szakmai protokollok szerint végzi-e, ha nem szankció lehet a finanszírozott tevékenység más finanszírozott szolgáltató részére történő átadása.

7.Fogyasztóvédelmi felelősség: A szolgáltatót érinti. Az egészségügyi szolgáltatás a Fogyasztóvédelmi törvény hatálya alá tartozik 2004 június 01.-től. Ebben az esetben a kórház, rendelő stb szolgáltató, a beteg fogyasztó, a közöttük létrejött megállapodás fogyasztói szerződés, ennek megszegése esetén a beteg kezdeményezhet eljárást a Fogyasztóvédelmi Főfelügyelőség, illetve a fogyasztóvédelemben működő békéltető testületek előtt.

8. Büntetőjogi felelősség: Az orvost, egészségügyi dolgozót és nem a szolgáltatót érinti. Foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés a tényállás neve. Szükséges hozzá nevesített foglalkozási szabály megszegése ezzel kizárólagos okozati összefüggésben közvetlen veszélyhelyzet (a károsodás előtti állapot) kialakítása, majd minősített esetekben ezzel kizárólagos okozati összefüggésben károsodás vagy halál bekövetkezte. Végig szüksége legalább a gondatlan elkövetés, aminek a lényege, hogy azért nem látta az elkövető a magatartás következményeit előre, mert a tőle elvárható körültekintés elmulasztotta. Eljárás több szakaszból áll: rendőrség nyomoz, ügyészség vádat emel, végső soron a bíróság dönt a felelősségről.

9.Polgári jogi felelősség: Szolgáltatót érinti. Kártérítési felelősség, két részből áll: szolgáltató nem az elvárható gondosság szerint járt el (jogellenes és felelő volt az eljárása) és ezzel nem kizárt okozati összefüggésben a betegnek károsodása keletkezett vagy meghalt –ez a kártérítési felelősség jogalapja, míg a jogalap fennálltakor határoznak az okozott kár megtérítéséről (vagyoni és nem vagyoni kártérítés). A polgári peres eljárást több peren kívüli eljárás is megelőzheti: kártérítési igény a szolgáltatóhoz, betegjogi képviselő eljárása, közvetítő tanács, felelősségbiztosító peren kívüli vizsgálata.

## ***II. A büntetőjogi és polgári jogi felelősség összehasonlításáról speciális feltételek és típus ügyek segítségével***

1.Egyik eljárási formában sincs egészségügyi szolgáltató (orvos) specifikus tényállás a jogszabályban, a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés tekintetében az egészségügyi tevékenység egy a foglalkozások közül, míg a kártérítésnél az egészségügyi szolgáltató egy a károkozók közül, tehát ugyanezek a szabályok vonatkoznak építészre, állatgondozóra stb. különbség csak a bírói gyakorlatban kialakított elvárhatósági követelményekben és részlet feltételekben van.

2.Büntetőjogi felelőssége az egészségügyi szolgáltatást végző személynek, míg polgári jogi felelőssége az egészségügyi szolgáltatónak van. A kettő csak egyéni vállalkozó esetén esik egybe. Közreműködés esetén a közreműködést végző személy büntetőjogi felelőssége közvetlen, míg polgári jogi felelősség esetén a közreműködő megbízója felel közvetlenül a beteg irányában és ezt követően történik az elszámolás megbízó egészségügyi szolgáltató és közreműködő között, tehát ebben az esetben a közreműködő szolgáltató polgári jogi felelőssége másodlagos (közvetett).

3.Büntetőjogi felelősség esetén a szolgáltatást végző személy először tanú, aztán lehet terhelt (gyanúsított, vádlott, elítélt), míg polgári jogi felelősség esetén csak tanú marad.

4.Büntetőjogi felelősségnél a konkrét személytől a konkrét helyzetben elvárható magatartást vizsgálják, védekezés lehet a fáradtság, a tudatlanság, mag polgári jogi felelősségnél a szolgáltatótól az adott helyzetben általában elvárható felelősséget elemzik és a szolgáltatótól általában az várható el, hogy legyen legalább egy nem tudatlan, nem fáradt, tehát az adott feltételeknek megfelelő orvosa, vagy küldje a beteget olyan helyre, ahol ilyen ellátó rendelkezésre áll.

5.Büntetőjogi felelősség vizsgálatánál fennáll az ártatlanság vélelme, tehát mindent be kell bizonyítani a hatóságnak és ha a tényállást teljes körűen nem tudják igazolni a büntetőjogi felelősséget nem lehet megállapítani. Polgári jogi felelősségnél a betegnek, hozzátartozóknak kell igazolnia, hogy kára van, illetve, hogy

az eljárás jogellenes volt (ezt könnyű igazolni, mert minden károkozás jogellenes), illetve, hogy a jogellenes magatartás miatt van a kára, tehát az oksági összefüggést (bírói gyakorlat elegendőnek ítéli a felperes részéről annak igazolását, hogy a kezelés során és nem okán történt a kár). Ha a felperes ezeket a feltételeket igazolta az alperesnek kell kimentenie magát a felróhatóság alól, tehát azt vélelmezik, hogy nem ez elvárható gondossággal járt el, illetve nem megfelelően tájékoztatott, és ha ezek ellenkezőjét nem tudja igazolni a vélelmezett felróhatósága miatt fennáll a kártérítési felelősség.

6.A büntetőeljárás nincs a sértett kezébe, csak megindíthatja az eljárást ezt követően azt a hatóságok és a bíróság folytatják le, a sértett a hatósági szakaszban mindig a végén ismerheti meg az iratokat, illetve a bírósági eljárásban jelen lehet, észrevételt, indítványt tehet, de érdemben ritkán veszik figyelembe. Kivételes eset, ha az ügyész nem emel vádat, vagy azt a bíróság előtti eljárásban elejtik a sértett jogi képviselőjén keresztül vádlóvá (pótmagánvádlóvá) válik és ezzel a jogai is, megegyeznek az ügyészével. A polgári eljárás végig a sértett kezében van, hiszen a sértett a felperes, a szolgáltató az alperes és a felperes irányítja a bizonyítást.

7.Büntetőjogi felelősséget megállapítanak veszélyeztetés esetén is, a közvetlen veszélyokozás része a tényállásnak, ha maradandó következmény nem áll be, önmagában a veszélyeztetés megalapozza az alapeset miatti enyhébb büntetőjogi felelősséget. Polgári jogi felelősség károsodás bekövetkeztekor van, így elvileg a veszély nem károsodás, tehát nem lenne felelősség, de van már olyan ítélet, ami azt mondja pl, hogy önmagában az életveszélyes helyzet kialakítása, függetlenül attól, hogy az elhárult megalapoz kártérítési felelősséget.

8.A büntetőjogi felelősséghez kizárólagos ok-okozati összefüggés kell, tehát kizárólag a foglalkozási szabályszegés idézze elő a veszélyhelyzetet, illetve kizárólag a veszélyhelyzetből következzen a maradandó károsodás. Polgári jogi felelősség akkor is fennáll, és teljes körű, ha az oksági összefüggés nem kizárt, azaz szerepe van a mulasztásnak a bekövetkezett károsodásban, tehát lehet, hogy másnak is (pl. a beteg természetes egészségi állapotának), sőt lehet, hogy ez a más a domináns, de mert szerepe van a mulasztásnak a károsodásban nem kizárt az oksági összefüggés és így a felelősség fennáll.

9.Büntetőjogi felelősséghez a foglalkozási szabályok megszegése szükséges. Foglalkozási szabály elsődlegesen: minisztérium által kiadott vizsgálati és terápiás rend (szakmai protokoll), szakmai kollégium által megfogalmazott, de minisztérium által még ki nem adott szakmai protokoll, módszertani levél. A polgári jogi felelősséghez az elvárható gondosság megszegése szükséges, ami szélesebb körű fogalom, ide tartoznak a foglalkozási szabályokon túl a különböző finanszírozói, szakmai érdekképviseleti előírások, ajánlások, szolgáltatók belső protokollja, szakkönyvek, szakkikkek állításai.

10.A büntetőjogi felelősség jelenleg a kell világa, tehát az elvárhatóság alapja, hogy mit kell végezni, ha valamit nem kell, csak lehet, az a büntetőjogban nem alapoz meg felelősséget. A polgári jogban az elvárhatóságot jelenleg a lehetséges, nem kizárt fogalmak határozzák meg, tehát minden elvárható egy szolgáltatótól, ami lehetséges illetve vannak ítéletek, ami szerint még ennél szélesebben is, ami nem kizárt. A polgári jogban az elvárhatóság régen a kell volt, aztán lett a szakmailag célszerű, aztán az indokolt és jelenleg a lehetséges illetve eseti jelleggel a nem kizárt. Várható a büntetőjogi felelősségnél a kell helyett a célszerű alkalmazása, míg kérdés, hogy polgári joginál a nem kizárt lesz-e az általános, vagy csak a lehetséges.

11.Büntetőjogi felelősségnél a szankció a büntetés (pénzbüntetés általában, lehet közmunka és felfüggesztett szabadságvesztés, végrehajtható szabadságvesztés az elmúlt 20 évben kizárólag foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés miatt jogerősen nem került kiszabásra). Mellékbüntetésként szankció lehetne a foglalkozás gyakorlásától határozott időre vagy

határozatlan időre eltiltás, ami ritkán kerül kiszabásra. Polgári jogi felelősségnél a szankció a kártérítés.

12. Büntetőjogi felelősségnél az orvos-szakértőnek döntőszerepe van, amit mond azt sokszor kritika nélkül fogadják el a felek és a bíróság, polgári jogi felelősségnél a szakértő segédszereplő lett, a bírói gyakorlat magának tartja fenn a jogot, hogy értelmezze a szakértő által mondottakat, illetve, hogy ha úgy látja akár azzal ellentétes megközelítést is elfogadjon, a felrőhatóságot, mint több ítélet is fogalmaz, nem a szakértő, hanem a bíróság dönti el.

13. Büntetőjogi felelősségnél a dokumentációs hiányosság tanúvallomással pótolható, mag polgári joginál nem, így a dokumentációba tartozó kérdés, ha nincs a dokumentációba, azt úgy tekintik, mintha nem történt volna meg és a dokumentációs hiányosság kizárólag az alperes, tehát a szolgáltató terhére értékelhető, hiányos, ellentmondó, pontatlan, olvashatatlan stb. dokumentációval nem tudja magát a szolgáltató a felrőhatóság alól kimenteni.

14. Az orvosok, egészségügyi dolgozók büntetőjogi felelősségét, az elmúlt 15 évben három érdemi Legfelsőbb Bírósági határozat érintette, tehát ez a felelősségre vonási rendszer nem kvázi precedens alapú, mert ilyenek nem nagyon vannak, ellenben a polgári jog felelősség során 1 jogegységi döntés, 10 elvi határozat és legalább 20 eseti megjelent Legfelsőbb Bírósági határozat áll rendelkezésre, illetve több szakkönyv is feldolgozta a polgári jogi ítéleteket, így a kártérítési felelősség erőteljesen függ ezektől az értelmező ítéletektől, tehát kvázi precedens alapú függetlenül attól, hogy elvileg Magyarországon nem precedens ítélezés folyik.

15. A büntetőjogi felelősségnél az idegen test bennmaradása önmagában nem alapozza meg a felelőiséget, ha számolnak a beavatkozás előtt és után de rosszul, a foglalkozási szabályokat betartották felelősség nincs. Polgári jogi felelősség a bírói gyakorlat alapján önmagában az idegen test bennmaradásánál fennáll, nem elég számolni jól is kell számolni. Idegen test a dolog önmagáért beszél kategóriába tartozik, egyedülként jelenleg az egészségügyi szolgáltatók magyar polgári jogi felelősségi rendszerében, tehát ebben a kérdésben a felrőhatóság tulajdonképpen nem menthető ki. Ez a gyakorlat ellentétes a sebészeti szakma által megfogalmazott szakmai protokollal.

16. Formális szabályszegés (tehát nem orvos-szakmai mulasztás esetén, hanem ha pl. szakvizsga, működési engedély, kutatási engedély hiánya vagy azoktól eltérése) áll fenn, de ettől függetlenül a szakmai szabályokat betartják, tehát nem közvetlenül a formai szabályszegéssel van összefüggésben a károsodás vagy a halál, büntetőjogi felelőiséget nem eredményez. A polgári jogi felelősségnél vannak ítéletek és kérdés, hogy ez lesz-e a jövőben az általános, amelyik azt mondja, hogy a fenti formai szabályszegések esetén az egészségügyi szolgáltató nem lehetett volna megbízott, így megbízás nélküli ügyvivőként jár el, ami azt jelenti, hogy minden kárért (kockázatért, szövődményért is) felel, ami a beavatkozás nélkül nem jött volna létre, tehát egy fokozottabb felelősségről beszélhetünk.

17. Kórházi eredetű fertőzéseknél a büntetőjog igen megengedő és a fertőzést kockázatnak tekinti, ami miatt felelőiséget gyakran nem állapítanak meg. A polgári jogban kétféle gyakorlat van jelenleg az egyik szerint az elvárhatóság alapja, hogy időben észre vették – a fertőzést, végeztek-e tenyésztést, időben a leghatékonyabb antibiotikumokat alkalmazták-e, ha bármelyik kérdésre a válasz nem, felrőható, ami történt. A másik sokkal szélesebb értelmezés mellett a szolgáltatónak kell igazolnia, hogy biztosan nem kórházi eredetű volt a fertőződés, amit ha nem tud megtenni kórházi eredetet állapítanak meg. Ez utóbbi igen széles majdnem az

idegen testhez hasonló értelmezéshez vethet, kérdés miként alakul a jövőben a bírói gyakorlat. Várható, hogy a büntetőjogi felelősségnél is szélesedni fog a felelősség legalább az időben történő észlelést, tényestést az elvárhatóság alapjává teszik az antibiotikum hatékonyságot vélhetően nem.

18. Dignoszikai tévedés esetén a büntetőjog azt vizsgálja, hogy a tévedéshez foglalkozási szabály megszegése vezetett-e azzal közvetlen összefüggésben van-e a tévedés, ha igen felelősséget eredményez, ha nem nincs büntetőjogi felelősség. A polgári jog szélesebben értelmezi ezt a kérdést úgy, hogy minden diagnosztikai módszer igénybe vétel elvárható, ami szükséges és indokolt sőt lehetséges, így csak ha ezeket elvégzik akkor kerül a szolgáltató tévedési helyzetbe, ha a fenti vizsgálatokat nem végzi el nem is jutott abba a helyzetbe, hogy tévedhessen, míg ha igen, akkor elemzik azt, hogy tévedett-e és csak ekkor nincs felelősség. Büntetőjogi felelősségnél, tehát a diagnosztikai tévedés gyakran merül fel a mentesülés alapjaként, míg a polgári jogi felelősségnél a diagnosztikai tévedés lehetősége ritkán kerül alkalmazásra.

19. Valódi gyógymódválasztási szabadság csak a büntetőjogi felelősségnél van, hiszen ha itt egy adott szituációban elfogadott gyógymódot alkalmazta az orvos, csak azért mert nem egy másik szintén elfogadott gyógymódot alkalmazott nem vonják felelőségre. A polgári jogi felelősség bírói gyakorlata szerint a gyógymód megválasztása lehetséges, de utólag azért felelősség terhelheti a szolgáltatót, hogy miért az adott szolgáltatást választotta, tehát itt kérdésként merül fel a több alkalmazható módszer közül, hogy melyik a hatékonyabb és miért nem az került alkalmazásra, illetve a szolgáltatónak kell igazolnia, hogy a gyógymód választása során alapos és körültekintő volt, de ennek az elvárhatósági tartalmát a bíróság tölti ki, és ha ezt nem tudja a szolgáltató igazolni a felelősségét megállapítják, tehát a gyógymódválasztási szabadság a polgári jogi felelősség vonatkozásában csak látszólagos.

20. A műtéti melléksérülések (a beavatkozás során egy rossz mozdulattal bárminek az átvágása, megsértése történik) a büntetőeljárás során a beavatkozás kockázatának minősülnek felelősséget nem eredményeznek. A polgári jogban viszont ez a lehetőség csak akkor adott, ha az alábbi feltételek együttesen teljesülnek: a beavatkozásnak a relatív indikációja legalább fennállt, az eseteleges melléksérülés lehetőségéről és következményéről a beteget a beavatkozás előtt tájékoztatták, ha van olyan technika, ami a melléksérülés elkerülését segíti azt a beavatkozás során alkalmazták, és a melléksérülést a lehető leghamarabb észlelték és a megfelelő ellátásban részesítették a beteget. Ezek az objektív feltételek az utóbbi időben több ítéletben kiegészültek egy szubjektív feltétellel is, hogy a beavatkozást végző orvosnak megfelelő volt a gyakorlata is. Kérdés, hogy a jövőben a szubjektív feltétel általános lesz-e, ami nem lenne szerencsés, illetve várható, hogy a büntetőjogban is oldódni fog a melléksérülés mindig kockázat megközelítés.

21. A büntetőjogi felelősség során az minősül kockázatnak, mit a szakértő így fogalmaz meg. A polgári jogban a bírói gyakorlat szerint a véletlen nem utalhat a beteget terhelő kockázatok körébe olyan magatartást, következményt, ami az elvárható gondossággal elhárítható. Polgári jogi felelősség esetén, tehát a beavatkozás kockázatát sokkal szélesebb körűen értelmezik, hiába írja a szakértő valamiről, hogy az kockázat, ha azt az elvárható gondossággal el lehet kerülni (és ilyen kérdésre azt a választ adja a szakértő, hogy igen), akkor az orvos-szakértői megközelítésben kockázat jogi megközelítésben nem lesz az és nem mentesíti a szolgáltatót a felelősség alól.

22.A legújabb esetekben gyakran merül fel az alvadásgátló alkalmazása, illetve a hiánya miatti felelősség. Ennek során a thromboembóliák megelőzéséről szóló vizsgálati és terápiás eljárási rendből indul ki a bíróság. Büntetőjogi felelősséget akkor állapítanak meg, ha a szakmai protokoll szerint nagy vagy igen nagy kockázatú esetben nem alkalmaznak alvadásgátlást, míg polgári jogi felelősséget megállapítanak közepes kockázatú esetekben elmaradt alvadásgátlás esetén is, illetve kis kockázatú betegeknél pedig a tájékoztatást vizsgálják, hogy az alvadásgátlás lehetőségéről a beteg tájékoztatva volt-e, ha igen, akkor nem áll fenn a felelősség, ha nem akkor ebben az esetben is felelősséget állapítanak meg, mert nem lett volna kizárt az alvadásgátlás, amit a beteg csak megfelelő tájékoztatást után kérhetett volna. A büntetőjog abból indul ki, hogy azt kell vizsgálni mikor kell adni alvadásgátlót, míg a polgári jogi értelmezés szerint az alvadásgátlót mindig adni kell a kérdés, hogy mikor nem, ha minden körülményt tisztázott és nem indokolt adni nem eredményez felelősséget az alvadásgátlás elmaradása, de ha a körülmények tisztázása elmarad pl. nem minden rizikófaktort kérdeznek ki, önmagában megalapozza a felelősséget, ha nem adnak alvadásgátlót.

23.A tájékoztatási hiányosságról egy még 1996-ban keletkezett Legfelsőbb Bírósági eseti döntés azt mondja, hogy az személyiségi jog megsértését jelenti, így az büntetőjogi felelősséget nem eredményez és ma is ez a gyakorlat, aminek biztosan hamarosan a megváltoztatása várható. A polgári jogi felelősségnél azt vélelmezik, hogy egy szolgáltató nem megfelelően tájékoztatta a beteget a beavatkozás előtt és a szolgáltatónak kell igazolnia a megfelelő módú tájékoztatást, ami akkor ilyen, ha teljes-körű azaz ha tárgyilagos, valóságnak megfelelő részletes, ami tehát döntési helyzetbe hozza a beteget a beavatkozással kapcsolatban, ami akkor valósul meg, ha minden ismert, lehetséges és súlyos hatással járó következményről tájékoztatják a beteget. A százalékos előfordulási valószínűség irreleváns. A tájékoztatás részleteit a Legfelsőbb Bíróság 428 elvi határozata tartalmazza.

24.A büntetőjogi felelősség vizsgálata során az esélynek nincs szerepe, ott csak akkor van felelősség, ha bizonyosság van, tehát ha csak esélyt biztosított volna egy gyógymód a nagyobb túlélésre az kevés, a kérdés, hogy biztosan nagyobb túlélést jelentett-e volna. A polgári jogban az alakult ki, hogy a szolgáltatónak kell igazolnia azt, hogy ha az elvárható gondossággal jár el, akkor sem lett volna nagyobb esélye a betegnek a túlélésre. Nem a túlélés nagyobb esélye (több, mint 50%), hanem a nagyobb túlélési esély (akár pl. a 0,1% is) alapozza meg a felelősséget a bírói gyakorlat alapján. Az esély ténye a releváns, tehát nem az esély mértéke azzal, hogy az esély mértékét az összszerszerűségénél lehet értékelni, jelentősen kis esély alacsony összszerszerűséget kell, hogy jelentsen. A büntetőjogban is várható oldódás a biztos elvárhatóságból és a túlélés nagyobb esélye itt is felelősséget eredményezhet, tehát az 50%-nál nagyobb túlélés lehetősége.

25. Szakterületeknél nincs érdemi különbség büntetőjogi és polgári jogi felelősségnél, mindkét esetben a szülészeti (nőgyógyászati nem) esetek a leggyakoribbak és ezek eredményezik a legsúlyosabb ítéleteket, legmagasabb kártérítéseket, ezeken belül két nagy csoport van: a korábbi császármetszés elmaradása és ezzel összefüggésben a nagyobb esély a károsodás elkerülésére, illetve a terhes-gondozás során a különböző fejlődési rendellenességek felismerésének kérdése. Szintén gyakoriak a sebészeti, traumatológiai, ortopédiai mulasztások. Itt inkább a műtéttechnikai hibák, diagnosztikai tévedések értelmezése történik. Feljövőben vannak a háziiorvosi, ügyeleti mulasztások. Nem kimagasló de jelentős a száma a kardiológiai, belgyógyászati mulasztásoknak. Sok, igaz csak a polgári jogi felelősségnél, mivel szükséges ahhoz egy igen széles értelmezése az elvárhatóságnak a pszichiátriai esetek száma, amikor öngyilkosságra hajlamos beteg követ el öngyilkosságot a kórházban, erre a bírói gyakorlat úgy reagált, hogy folyamatos és állandó megfigyelés indokolt az ilyen betegnél, tehát ha az nem valósult meg és a beteg öngyilkosságot követett el

a felelőssége az intézménynek megállapítható, természetesen ilyen tág értelmezés a büntetőjogi felelősséget nem érinti. Érdekes, hogy az amerikai gyakorlatban domináns aneszteziológiai illetve gerincsebészeti mulasztások Magyarországon ritkák, ami talán a szigorúbb protokollokra vezethető vissza. Fontos tudni, hogy a büntetések súlyosságát, illetve a kártérítések nagyságát nem az befolyásolja, hogy milyen szakterületnél történt a mulasztás az csak a jogalapot érinti azt követően a károsodás nagysága, súlyossága határozza meg a különböző szankciókat.

26. A polgári eljárás a megelőző már említett peren kívüli eljárások (I/9 pont) kivételével a bíróság előtt folynak, melynek során kizárólag a polgári eljárásjog szabályai érvénysülnek, míg a peren kívüli eljárásokra formális eljárási szabályok nem vonatkoznak az a felek által meghatározott keretek között zajlik. Fontos, hogy peren kívüli egyezséget, ha a biztosítót is a fizetők között akarja tudni egy alperes, a biztosító nélkül nem köthet, illetve a biztosító közvetlenül nem tárgyalhat egyezségről a károsulttal, hiszen a károsult és a biztosító nincs jogviszonyban, hiszen a károkozó szolgáltató a szerződő, illetve a biztosított. A polgári eljárásjogi szabályok közül talán azt kell kiemelni, hogy a felek által beszerzett szakértői vélemény jelenleg már egyenrangú a bíróság által kirendelt szakértő véleményével azzal, hogy a szakértői megfelelő kompetencia elsődleges kérdés lett, tehát pl. szülészet kérdésben az várható el, hogy szülész és ne általános igazságügyi orvos-szakértő nyilatkozzon.

A büntetőeljárás során speciális szabályok érvényesülnek ott halálesetnél rendkívüli halálnál előbb közigazgatási eljárásra kerül sor, ahol az intézmény ügyfél és minden irathoz hozzájuthat, itt bünt keresnek, hogy volt-e bűncselekmény, majd ezt követően büntetőeljárás keretében keresik a bűnöst, ha a közigazgatási eljárásban úgy látják, hogy történt bűncselekmény. Egyéb károsodások esetén csak büntetőeljárás indul közigazgatási nem. Mint azt már írtam (I/8 pont) a büntetőeljárás több szakaszból áll. Nyomozás, amit a rendőrség végez fontos, hogy itt mind a tanúvallomás megtagadható pl. ha valakit magát bűncselekmény elkövetésével vádolná, illetve gyanúsítottként sem kötelező vallomást tenni, tehát célszerű minél kevesebbet nyilatkozni, illetve elégséges csak egyszer elmondani amit akarunk, hogy ne legyenek ellentmondások. Büntetőeljárás során is szerezhetünk be szakértői véleményt, mint gyanúsítottak és azt egyenrangúnak tekintik a hatóság által kirendelttel. A nyomozást követően kerül sor az ügyészégi szakaszra, ahol eldöntik, hogy a vádemelésre sor kerül-e és ezt követően jár el a bíróság hosszú és részletes bizonyítás után és dönt a büntetőjogi felelősségről (felment vagy elítél és kiszabja a büntetést).

27. A büntetőjogi felelősség alól mentesülést jelentenek az alábbiak:

- Nem történt foglalkozási szabályszegés ( ha nincs nevesített foglalkozási szabály vagy van ilyen de nem történt annak megszegése)
- Ha volt foglalkozási szabályszegés akkor nem kizárólagos okozati összefüggésben van azzal a bekövetkezett közvetlen veszéllyel, tehát nem vagy nem csak a foglalkozási szabályszegés idézte elő a közvetlen veszélyt, hanem az már pl. korábban is fennállt pl. egy betegség, baleset miatt.
- Ha van minősítő körülmény súlyos és maradandó károsodás vagy halál, akkor mentesülést szolgáltat, hogy ezek az eredmények nem kizárólagos okozati összefüggésben állanak a közvetlen veszéllyel illetve a foglalkozási szabályszegéssel, tehát nem vagy nem csak azokból következtek. Ez utóbbi védekezés lehet, hogy csak a minősítő körülmény alóli mentesülést szolgálja, de az alapeset büntetési tétele jelentősen alacsonyabb, mint a minősített eseteké.
- Ha van foglalkozási szabályszegés és fennállnak a kizárólagos okozati összefüggések, akkor hivatkozni lehet arra, hogy a gondatlanság, mint a bűnösség fokmérője sem állt

fenn, azaz az adott konkrét helyzetben konkrét körülmények között nem volt elvárható az orvostól, dolgozótól, hogy a magatartása következményeit előre lássa és ez nem azért nem látta azokat mert a kellő körültekintést elmulasztotta volna.

Büntetőjogi felelősség csak akkor áll fenn, ha a fenti védekezések (illetve védekezésésként elegendő ezeket állítani és azok ellenkezőjét a hatóságoknak kell bizonyítani) sikertelenek, vagy ha a bírói gyakorlat túllép az általa kialakított merev határokon és a polgári jogi felelősséghez közelíti az elvárhatóság vizsgálatát, mint azt teszi jelenleg egyre gyakrabban.

28. Apolgári jogi felelősség alól a szolgáltató akkor mentesül - mint azt a bírói gyakorlat több ítéletében már részletesen kifejtette - ha igazolja, hogy ha az elvárható gondossággal jár el (azaz mindent megtett, ami lehetséges, illetve már bizonyos esetekben nem kizárt), akkor sem lett volna a bizonyossággal határos valószínűséggel (illetve kizárt lett volna), nagyobb túlélési, gyógyulási esélye a betegnek. Azt vélelmezik, tehát, hogy a szolgáltató nem az elvárható gondossággal járt el és a betegnek lett volna nagyobb túlélési, gyógyulási esélye, ennek ellenkezőjét a szolgáltatónak kell igazolni, ha nem tudja a felelősségét megállapítani. Két fontos kérdés van, tehát, hogy az elvárhatóságot a lehetséges vagy a nem kizárt körülmény fogja meghatározni, illetve az eséllyel összefüggésben is a bizonyossággal határos valószínűség vagy a kizártság kerül előtérbe, ha az utóbbi kettő akkor jelenlegi széles felelősség igen szélessé alakul, tehát alig tudja majd magát szolgáltató kimenteni, míg a másik esetben az a kérdés, hogy milyen tartalommal tölti ki a szolgáltatói oldal a lehetséges elvárható magatartásokat illetve a valószínűséget.

### ***III. A kártérítési felelőség alapja, a beteg és egészségügyi szolgáltató közötti jogviszonyról***

1. A címben szereplő jogviszony elsődlegesen megbízási szerződés, ahol a szolgáltató a megbízott és a beteg a megbízó. Nincs szükség a szerződés írásbeli megkötésére illetve invazív beavatkozásoknál a beavatkozáshoz történő írásbeli hozzájárulás jelenti azt. A megbízás gondossági kötelem, aminek a lényege, hogy a szolgáltató nem eredményt sikeres gyógyulást, hanem gondosságot szolgáltat, azaz az elvárhatósági szabályok szerint meg tesz mindent a gyógyulás érdekében, de ha azokat betartva következik be károsodás azért felelősség nem terheli.

2. Kivételes esetben merülhet fel, hogy a jogviszony vállalkozás lenne, tehát nem gondossági hanem eredménykötelem, így nem az a kérdés, hogy gondos volt-e a szolgáltató, hanem hogy az adott eredményt szolgáltatta-e, ha nem, felelős. Ilyen esetek lehetnének és vélhetően a jövőben lesznek is: az esztétikai plasztikai sebészet, illetve a fogorvosok esetén az implantátumok beültetése illetve minősége. A jelenlegi bírói gyakorlat azonban még ott tart egy 2004-ben elfogadott eseti döntés alapján, hogy minden plasztikai beavatkozás helyreállító is, mert legalább pszichés oka van és még nem ismert a tisztán esztétikai célú plasztika jogi fogalma, amint a plasztikai sebészet elérik azt, hogy a jogban is ez ismert legyen (jelenleg sokat dolgoznak ezért saját kárukra) azonnal felmerül majd a szigorúbb felelőségi forma, a vállalkozás azzal, hogy ekkor lehet eljárás alapja majd csak az, hogy egy adott beavatkozás eredménye nem tetszik a fogyasztónak.

3. Megbízás nélküli ügyvitel is lehet a jogviszony, aminek lényege, hogy a megbízási szerződés valamilyen okból nem jöhet létre, tehát a szolgáltató nem kerül olyan helyzetbe, hogy megbízott legyen, ilyen esetek, ha nincs működési engedélye, vagy attól eltér, illetve ha invazív beavatkozáshoz nem kér írásbeli hozzájárulást. Ezekben az esetekben minden kárért felel a szolgáltató, ami a beavatkozás nélkül nem jött volna létre, tehát a szövődményekért, kockázatokért is, amiért felróható károkozás esetén nem felelne. A bírói gyakorlatban ez a megközelítés még nem teljes körű a másik értelmezés, hogy a fenti hiányosságok csak formai hibák és nem azzal okozati összefüggésben van a bekövetkezett károsodás, így azok nem eredményeznek felelőséget, de várható a megbízás nélküli ügyvitel elterjedése, mivel a szakirodalom sokkal inkább ezt helyezi előtérbe.



4. Fogyasztói szerződés. Mint azt már írtam a felelősség formáinál (I/7) a beteg és szolgáltató közötti jogviszonyt egyre inkább fogyasztói szerződésként (nevesített szerződési forma néhány éve a Polgári Törvénykönyvben) értelmezik a bírói gyakorlatban, ezt segítik a nemzetközi tendenciák, értelmezések is, így várható, hogy a jövőben az orvos beteg kapcsolat megbízás tartalmú, megbízással vegyes fogyasztói szerződés lesz.

5. Szerződésen kívüli jogviszony felróható kártérítés. Vannak ítéletek, amelyek azt fogalmazzák meg, hogy az egészségügyi szolgáltató és beteg között nem jön létre formális szerződés, hanem csak szerződésen kívüli kapcsolat, aminek lényege a gyógyítás. Figyelemmel a TAJ kártya finanszírozásban elfogadott jelentőségre, illetve a magán ellátásban nevesített megbízási szerződésekre, amelyek legalább a megbízási díjat tartalmazzák ez a nézet nem sokáig tartható és a jogviszony mindenképpen szerződéses lesz, de attól még a kártérítés szabályai arra alkalmazhatóak, hiszen a szerződésen kívüli szabályokat kell jelenleg alkalmazni a szerződéses jogviszonyra is.

6. Veszélyes üzem felelősség. Létezik olyan felelősségi forma, ami bár nem a felek közötti jogviszonyt illeti, hanem a jogviszony pl. megbízási szerződés során megkettőzi a felelősséget: általában felróható kártérítést vizsgálnak, de speciális esetben fennáll a veszélyes üzem felelősség, aminek lényege, hogy a szolgáltató minden kárért felel, kivéve ha igazolja, hogy az a működési körön kívül eső és elháríthatatlan okból következett be. Nem elégséges tehát ilyen esetben azt igazolni, hogy az elvárható gondossággal járt el, ennél több kell a mentesüléshez. Ez az utóbbi felelősségi forma speciális az egészségügyben, akkor alkalmazza a bírói gyakorlat, ha valamilyen gépi berendezés vagy vegyi hatás idézi elő a kárt, de nem az azt kezelő személy hibájából, hanem magából a gépből vagy a vegyi hatásból fakadóan. Ha ilyen felelősségi forma áll fenn a működési körön kívül eső és elháríthatatlan feltételt együttes feltételként kell a szolgáltatónak igazolni és az elháríthatatlanság objektíve elháríthatatlanságot jelent, tehát pl. egy áramszünet nem tartozik ide, hanem a földrengés, természeti események lehetnek ilyen védekezés alapjai, vagy ha a károsult okozta magának a kárt. Van olyan szakma, ahol ez a felelősségi forma a főszabály, az oktatási törvény alapján az iskolában illetve óvodában a hallgatói jogviszonyban lévők károsodása esetén vétkességre tekintet nélküli felelősség áll fenn és csak akkor mentesül az intézmény, ha működési körön kívül eső és elháríthatatlan ok idézte elő a kárt. Messze nem az orvosok, mint szakma helyzete a legrosszabb, tehát a felelősség szempontjából.

7. Tény azonban, hogy ha a szakmai felelősség rangsorát akarjuk felállítani, akkor

- sok szakma áll a vétkességi felelősség (felróható felelősség) szintjén széles körű mentesülési lehetőséggel, jogszabály, bírói gyakorlat azokat nem korlátozza, néhány esetben, ha gépet vagy egyéb veszélyes üzemi felelősségre okot adó körülményt használnak veszélyes üzemi felelősséggel
- olyan szakmák esetén, ahol a termékfelelősség kérdése felmerül (valamilyen termék gyártása pl. gyógyszer esetén) a vétkességi felelősség áll fenn, de a jogszabály (1993. évi X. törvény a Termékfelelősségről) néhány esetét ismerteti csak a felróhatóság alóli kimentés lehetőségének, tehát szűkülnek a kimentési eszközök.
- az egészségügyi szolgáltatóval összefüggő felelősség, ahol vétkességi felelősség van, de a bírói gyakorlat a II/28 pontban ismertetett rendkívül szűk kimentési lehetőséget biztosít, kiegészítve azzal, hogy néhány esetben, mint azt fent írtam a veszélyes üzem felelősség is fennáll
- oktatási tevékenység, ahol a veszélyes üzem felelősség a főszabály, vétkességi felelősségre nincs is lehetőség.
- Atomkár, ami a nukleáris tevékenységek esetén áll fenn, ahol a működési körön kívül eső és elháríthatatlan ok is nevesítve van a törvényben, tehát csak annak igazolása esetén van mentesülés a veszélyes üzem felelősség alól.

az egészségügy önálló kategória lett jogszabályi követelmény nélkül, és igen szűk kimentési lehetőséggel rendelkezik.

#### ***IV. Kártérítések összecszerüléséről***

1. Kárról-kártérítésről általában. A kár feltétele a kártérítésnek. A kár lehet közvetlen és közvetett. Közvetlen kár a beállt egészségkárosodás vagy halál, amit a ténye igazol, tehát azt bizonyítani nem túl nehéz. A közvetett kár a közvetlen kár miatti vagyoni és nem vagyoni kár, tehát a vagyonban vagy az életminőségben bekövetkezett változás, amit kompenzálni kell. A kártérítés a kompenzáció, aminek lényege, hogy elsődlegesen olyan állapotot kell előidézni, mint ha a károsodás nem is következett volna be, de mivel ez az egészségügyi szolgáltatás esetén a reoperációt kivéve nem lehetséges, a pénzbeli megtérítés kerül előtérbe azzal, hogy mind vagyoni, mind nem vagyoni kártérítésként pénz kerül megállapításra.

2. Nem vagyoni kártérítésről általában. A nem vagyoni kártérítés alapja a betegnél, illetve a hozzátartozóknál az egészségkárosodás, vagy halálesetnél a hozzátartozóknál az életminőségük, életvitelük, életmódjuk, életvezetésük megváltozása, amit tanukkal és pszichés szakértők bevonásával igazolnak. A bírói gyakorlatban a nem vagyoni kártérítésnek feltétele nincs, annak összecszerű megállapítása csak, mint a 34/1992 Alkotmánybírósági határozat fogalmaz a bíróságok józanságától, mértéktartásától és elkötelezettségétől függ.

3. A nem vagyoni kártérítési összegekről halálesetnél. Ilyenre a legközelebbi hozzátartozók jogosultak (szülő, gyermek, házastárs, élettárs, testvér). A megítélt nem vagyoni kártérítési tőke összeg 2008-as értékviszonyok esetén átlagosan 1.000.000-8.000.000. Ft-ig terjed azzal, hogy a magasabb összeg körüli kártérítést kapja az együttélő közeli hozzátartozó, ha aktív korú személy hal meg, míg a csecsemő, illetve az idősebb korú hozzátartozó halálakor általában az aktív korú hozzátartozó halála esetén fizetendő kártérítés 40-60%-a kerül megállapításra. A legalacsonyabb összegeket a nem együttélő nagykorú hozzátartozó részére ítélik, természetesen itt is eltérő az összeg, hogy aktív korú vagy a másik említett kategóriába tartozó személy haláláról beszélünk. Sajátságos a magyar helyzetben, hogy régióként a fenti határoktól eltérhetnek az ítéletek szerinti összecszerűségek, Nógrád, Heves, Borsod megyében a megjelölt határoktól lefelé, akár jelentősen is, illetve Budapesten, de különösen Baranya, Tolna megyében pedig felfelé.

4. Nem vagyoni kártérítési összegekről egészségkárosodás esetén. Ilyenre az egészségkárosodást szenvedett illetve a legközelebbi hozzátartozók jogosultak (szülő, gyermek, házastárs, élettárs, testvér). A megítélt nem vagyoni kártérítési tőke összeg 2008-as értékviszonyok esetén átlagosan 500.000-15.000.000. Ft-ig terjed azzal, hogy a magasabb összeg körüli kártérítést kapja a súlyosan (oxigénhiányos, agykárosodott gyermek, tolokocsiba kényszerült gerincsérült) károsodott beteg, míg az egészségkárosodás mértékének csökkenésével arányosan kevesebb összeget ítélnék. A hozzátartozók részére a betegnek megítélt kártérítés 20-70%-át ítélik attól függően, hogy milyen közeli volt a kapcsolat (együttélő vagy nem együttélő hozzátartozó), illetve, hogy a hozzátartozónál is önállóan fennáll-e és milyen mértékű pl. pszichés károsodás, ha ilyen van a kártérítés magasabb, ha nincs alacsonyabb. Az ilyen nem vagyoni kártérítéseknél is fennáll a IV/3 pontban említett területi különbség.

5. A nem vagyoni kártérítés jövőjéről. Az új Polgári Törvénykönyv (várható hatályba lépés 2010-2011) bevezeti a sérelemdíj fogalmát a nem vagyoni kártérítés helyett. Ennek lényege, hogy a jelenlegi a károsodás mértékéhez igazodó nem vagyoni kártérítést felváltja egy a károsodástól független kvázi büntető jellegű nem vagyoni kártérítés, tehát elképzelhető, hogy banális károsodás is magas kártérítést eredményez majd, kissé hasonlóan az USA-ban működő rendszerhez.

A nem vagyoni kártérítések összecszerűsége a másik kérdés, ami a jövőben emelkedést kell, hogy mutasson, hiszen az Uniós hatások (más országokban mennyit ítélnék) illetve az egyéb kártérítések (pl. közlekedési baleset, munkabaleset) során megítélt magasabb összegek is begyűrűznek az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelőségének vizsgálatába, továbbá az ár és értékviszonyok általános romlása is az összecszerűség emelkedését eredményezi.

6. Vagyoni kártérítésről általában. Vagyoni kártérítés a vagyonban bekövetkezett tényleges csökkenés, illetve az elmaradt haszon ( el nem ért vagyon növekedés) megtérítésére szolgál. Létezik általános és tételes vagyoni kártérítés. Tételes esetén igazolások alapján számolható ki a kártérítés összecszerűsége, míg általános kártérítés esetén igazolás, számla nem áll rendelkezésre, de az általában elfogadott költségek ismeretében határozza meg a kártérítést a bíróság.

7. Vagyoni kártérítés halálesetnél. Elsődlegesen a temetés és sírkőállítás költsége. Másodlagosan, ha igazoltan felmerül tartást pótló járadékként pl. az elhunyt jövedelmének arányos része, a gyermekek taníttatásának költsége, az elhunyt által végezett és kiesett háztartási, ház körüli munka ellenértéke

8. Vagyoni kártérítés egészségkárosodásnál. Összecszerűsége elérheti a nem vagyoni kártérítési tőkeösszeget. Ide tartozik pl. a jövedelem kiesés, ápolás-gondozás, háztartási kisegítés bírói gyakorlat által elfogadott költsége (akkor is ha hozzátartozó végzi és ingyenesen), közlekedési többletköltség, fejlesztések-gyógykezelések költsége, gyógyszerköltség, feljavított ételmezés kiadása, rezsi kiadások növekedése, gépkocsi vásárlása, lakás-átalakítás stb.

9. Járadék, kamat. Az ítéletek a vagyoni kártérítést a kifizetésig egyösszegben, de a jövőre nézve havi járadék formában határozzák meg (elvileg a nem vagyoni kártérítés is lehet járadék formában, de gyakorlatban ez nem ismert). A járadékot a kiszámított havi költségek alapján minden hónapban tartozik fizetni a szolgáltató. A jelenlegi szabályok szerint a járadék nem inflációkövető ezért, annak felemelése, leszállítása iránt új eljárásokat kell kezdeményezni mindkét oldalról először peren kívül, és ha így nem történik változás perben. Nem kizárt a jövőre megállapított havi járadék megváltása tőkésítéssel, aminek lényege, hogy egyösszegben megváltásra kerül a jövőben fizetendő valamennyi járadék, de ezt egészségügyi szolgáltató a saját kereteiből ritkán tudja megtenni. Az új Polgári Törvénykönyvben ismert lesz a járadék részbeni infláció követése.

A megállapított egyösszegű, akár vagyoni, akár nem vagyoni kártérítés után kamatot állapít meg a bíróság, két fele módon, vagy a kártérítéseket a károsodás bekövetkezése kori értéken határozza meg és ettől számítja a késedelemi kamatot, vagy az ítéletkori értéken és ekkor csak az ítélettől határozzák meg a kamatterheket. Vagyoni kártérítésnél úgynevezett középáramos időponttól számítják a kamatot, tehát annak az időszaknak a felétől, amely alatt vagyoni kártérítést kell fizetni.

10. Az egyezségről. A peres eljárás hosszú, drága, nyilvános, míg az egyezség titkos, gyors és olcsóbb, hiszen nyilván valamilyen alku eredménye alapján kevesebb kártérítés kerül megállapításra, mint bírósági eljárás esetén. Az egyezségben a szerződő felek olyan tartalmat állapítanak meg, amit akarnak, tehát többet is tehetnek, mint a bírósági eljárásában, meghatározhatják az infláció követését a járadéknak, meghatározhatják, hogy bizonyos ideig nem változtatnak a járadékon, részletfizetésben állapothatnak meg, nem feltétel a mulasztás pontos meghatározása, tehát előnyös egyezséget kötni, ha annak jogalapi feltételei ténylegesen fennállnak.

## ***V. Felelősebb felelősségbiztosítást***

1. A szakmai felelősségbiztosítás elmúlt 20 évéről. Az egészségügyi vállalkozásoknak és a magán-orvosoknak 1989, más egészségügyi szolgáltatóknak 1998 július 01. (az 1997. évi Egészségügyi törvény hatályba lépése) óta kötelező a szakmai felelősségbiztosítás megkötése. A biztosítást az Egészségügyi törvény 108.§.-a alapján az egészségügyi szolgáltatás során okozott károk megtérítésére kell kötni, de annak minimális tartalmáról a jogszabály nem tesz említést, így akár egy 1. Ft-os limitű biztosítás is megfelel a feltételeknek. A mai napig nem került megalkotásra a szakmai felelősségbiztosítás minimumfeltételeiről szóló végrehajtási rendelet, bár annak megalkotási kötelezettségét az előbb említett törvény előírja. A biztosítást az ÁNTSZ ellenőrzi a működési engedély kiadásának feltétele, elvileg ha megszűnik annak tényét a biztosítónak és a szolgáltatónak is jelenteni kell az ÁNTSZ részére, de gyakorlatban ez nem történik meg. A kötelező jellegtől függetlenül a nem magánszolgáltatók is 1992-től kötöttek szakmai felelősségbiztosítást, de a biztosítás tartalma az elmúlt 20 évben érdemben nem változott, illetve a szolgáltatók hátrányára szigorodott (limit nem emelkedett, megjelent az önrész, széles körben határoztak meg kizáráásokat, visszakövetelési jogi eseteket, károsan változott az időbeli hatály kérdése) A szakmai felelősségbiztosítás az első „aranykorát” 1996-1999 között élte, amikor számos egyezséget kötöttek a biztosítók a típusügyekre tekintettel és ezzel jelentős kártérítési összegtől menekítették meg a szolgáltatókat. 2000-től az addigi piacvezető Generali-Providencia Biztosító a fekvőbeteg ellátó szolgáltatók biztosításából kivonult és attól kezdve ott az Allianz Hungária Biztosító Zrt. a piacvezető, tovább szigorodó feltételek, kevés egyezség mellett, más biztosítók egy-egy szerződéssel rendelkeznek. A biztosítói oldalon napjainkban jelennek meg ismét a kilencvenes évek közepén működő szakértők, speciális végzettségű jogi képviselők, és néhány szakmában, döntően járó-beteg ellátásnál már az eseti 10.000.000. limit sem ritka, a 20 éven át uralkodó 5.000.000. Ft-tal szemben. Többen –köztük korábban sajnos Én is – felvetették a biztosító egyesület megalakítását az egészségügy számára, de annak költségei olyanok, amelyek jelenleg nem vállalhatóak, egyedüli megoldás a változásra, nevezetesen, hogy a magas kártérítések jelentősebb részét a biztosítás fedezze csak a minimumfeltételekről szóló jogszabály megalkotása, és ezt követően csak annak megfelelő biztosítást szolgáltathat biztosító.

## ***2. Szakmai felelősségbiztosítási szerződés főbb problémái:***

- Biztosítási esemény: Ez határozza meg általánosságban, hogy milyen feltételek beállta esetén fizet a biztosító. Gyakran a szerződésekben csak foglalkozási szabályszegés szerepel, ami szűk értelmezés, de a szerződések többsége már a foglalkozási/szakmai szabályok megszegése miatti károsodást említi. Több szerződés csak a károsultnak történő kárrendezésről szól, ami problémát jelenthet közreműködő szerződése esetén, hiszen a közreműködő a betegnek fizető Megbízó egészségügyi szolgáltatóval áll szemben, közöttük lévő elszámolás során nincs károsult, akinek kárrendeznének, tehát a biztosítási esemény kizárja a közreműködőért történő helytállást. Cél a biztosítási esemény fogalmát minél szélesebb körűen megfogalmazni, ne az jelentse a korlátozást, hanem majd a kizárás.

- Személyi és területi hatály. Korábban több szerződés csak munkaviszonyban lévők károkozásáért állt helyt a megbízottakért nem, de ma már a szerződések többsége a biztosítottnal bármilyen jogviszonyban lévő teljesítési segédért helytáll. Korábban több szerződés területileg meghatározta azt a telephelyet, ahol bekövetkezett károkért helytállt a biztosító, de jelenleg a szerződések többsége már egész Európában okozott károkra kiterjed.
- Időbeli hatály. A biztosítási szerződés csak annak hatálya alatt okozott, bekövetkezett és a szerződés megszűnésétől számított először öt, majd három éven, később hat, majd egy hónapon belül, még később 15 majd 8 napon belül majd a jelenlegi szerződések szerint csak az előző két feltétel és a szerződés hatálya alatt bejelentett károkért állt helyt. Ez eredményezte azt, hogy ha a bejelentés a szerződés megszűnése után történt (és ilyen gyakran volt, mivel a beteg az 5 éves elévülési időn belül jelentheti be a kárt a szolgáltatónak, amely csak ezt követően tud a biztosító felé jelenteni) a régi biztosító már nem az új biztosító még nem fizetett. Ennek kiküszöbölése az időbeli hatály jogszabályban történő rendezése, illetve az új biztosítónál a retroaktív fedezet (a biztosítást megelőző időszakra is kiterjedő), vagy a régebbi biztosítónál az utófedezet (a már nem biztosítási időszakra is kiterjedő biztosítás) többlétdíjért.
- Eseti és éves limit. Ez jelenti azt az összeget, amit a biztosító esetenként, illetve évente összesen fizet a szolgáltató helyett. Az eseti limit az elmúlt évig szinte majdnem mindig 5.000.000. Ft volt, míg a kártérítések jelentősen magasabbak, jelenleg a kevésbé veszélyes szakmáknál, illetve a járó-beteg ellátásban és néhány fekvőbeteg szolgáltatónál 10.000.000. az eseti limit. Az éves limit általában három-ötszöröse-tízszere az eseti limitnek. A leggyakoribb párosítások: 1millió/5 millió (házi orvosok és fogorvosok kedvenc formulája volt az alacsony díj miatt), 5millió/20.millió, 5 millió/50 millió, 10 millió/20 millió, 10 millió/50 millió.
- Önrész. Ez jelenti azt az összeget, amit a szolgáltatónak kell a biztosító által fizetett kártérítésből fedeznie, ez általában 10%, de vannak olyan szerződések, hogy az önrész minden esetben az elő 1-2 millió forint és csak az ezt meghaladó kártérítésből fizeti maximum a limitet a biztosító. Felesleges teher ez a szolgáltatói oldalon a magas díjak és az alacsony limit feletti kártérítések éppen elég gondot jelentenek, visszatartó ereje nincs, mivel nem a dolgozókat terheli, viszont az egyezségeket akadályozza szolgáltatónál lévő pénzhány miatt.
- Kizárások. A biztosítási szerződések legfontosabb része, itt határozza meg a biztosító, hogy mely, egyébként a biztosítási eseménybe tartozó károkért, nem áll helyt. Ezek száma jelentősen növekedett az elmúlt 9-10 évben. Ide tartoznak a a tájékoztatási hiányosságból fakadó károsodások, a kizárólag pszichés alapon előterjesztett igények ( pl, nem vagyoni kártérítések ilyenek) az esztétikai károk, a reoperációk költségei, egyes biztosítóknál a külföldiek részére nyújtott szolgáltatás, a megbízottként (közreműködőként) végzett szolgáltatás, a lézer okozta károsodások stb. számuk mindenképpen csökkentendő akár egy jogszabályi előírással.
- Visszakövetelési jog. Azok az esetek tartoznak ide, amikor a biztosító fizet a szolgáltató helyett a károsultnak, de a károkozó szolgáltatótól visszaköveteli a fizetett kártérítést, mert a szolgáltató súlyosan gondatlan volt. Ilyen esetek, ha az orvos ittas volt, vagy kábítószertől bódult állapotban végezte a beavatkozást, ha a szolgáltató nem felel meg a minimumfeltételeknek, ha nincs vagy túlterjeszkedik a működési engedélyén, illetve ha kirívóan súlyos mulasztást követ el (ez nem értelmezhető a magyar jogban), vagy ha a kárenyhítési, megelőzési kötelezettségének ismételen nem tesz eleget. Ezekben az esetekben nem a szolgáltatás milyensége a kérdéses, hanem egy a működéssel összefüggő elhárítható probléma.

### 3.A szakmai felelősségbiztosítás jövőbeli megoldásairól

- Felmerült a kötelező jelleg eltörlése, ami botor gondolat, hiszen 20 éve működik egy jogintézmény, nem menekülni kellene előle, hanem hatékonytá tenni. A biztosítói segítség megszüntetése, illetve önkéntesség tétele nem segítene a magas kártérítési összegek porlasztásán.
- Felmerült az USA-beli néhány tagállam példájára a kártérítések limitálása. Az Európai bíróság egyik ítélete alapján szerződés ellenes, ha egy bizonyos típusú kártérítéshez nehezebb feltételekkel jut hozzá egy károsult, mint egy másikhoz, így pl. ha a közlekedési balesetek sérültje limit nélkül juthat kártérítéshez hasonló sérülés esetén, mint pl. „orvosi műhiba” bekövetkeztekor, ahol limitálnák a megítélhető kártérítést, az ütközne a fenti ítéletbe, illetve felvetné a hátrányos megkülönböztetést is sérült és sérült között, holott a sérülésük azonos. Ez az út tehát nem járható. Egyedül egy eseteleges nemzetközi egyezmény segíthetné a limitálást, mint pl. a légi balesetek, a nemzetközi fuvarozás esetén, de mivel az egészségügyi szolgáltatások milyenségének tartalma tagállami kérdés, és az egyes tagállamok azt eltérően szabályozzák és ritka a határon átvélt szolgáltatás, vélhetően igen nehezen lenne kialakítható egy egységes szemléletű nemzetközi egyezmény az ilyen típusú kártérítések limitálására.
- Felmerült, hogy a finanszírozó oldja meg a felelősségbiztosítást, tehát a finanszírozó legyen egyben a felelősségbiztosító is, ami azért nem lehetséges, mert a finanszírozó nem felel meg a biztosítási törvény szabta feltételeknek, tehát nem szolgáltatathat felelősségbiztosítást, illetve a nem finanszírozott szolgáltatókat

ez a megoldás kihagyná a kötelező biztosításból. Ez nem megoldás a finanszírozónak nem feladata felelősségbiztosítás pótlása, maximum a biztosítási díj fizetésben történő segítség a szolgáltatók felé.

- Megoldás lehetett volna a verseny, ami eltérő feltételre készítette volna a biztosítókat, de ezen a piacon nincs verseny a szolgáltatók között érdemben nem térnek el a szerződési feltételeik, de annyiban viszont különbözőek, hogy az erőfölénnyel történő visszaélésüket a Gazdasági Versenyhivatal a 173/2005 számú határozatában nem is állapította meg.
- Megoldás lehetett volna az állami költségvetési alap létrehozása, minden szolgáltató által okozott 5.000.000. Ft-os kárig, majd ezt követően kötött kötelező biztosítás, de miből működött volna ez az alap, miből töltötték volna évente újra és újra fel, ez olyan költségvetési kiadásokat jelentett volna, ami nem vállalható. Meggondolandó, hogy néhány kiemelt kárra, vagy kockázatra létrehozható ilyen alap, mert pl. az árvízvédelemben is van ilyen.
- Kidolgoztak 2000 környékén egy felosztó-kirovó rendszerben működő egyesület modelljét, ami biztosítást szolgáltatott volna úgy, hogy a biztosítási törvény szerint a felosztó-kirovó rendszerben működő tevékenység nem biztosítás, tehát ez egy álmegoldás lett volna azzal, hogy azt az alapot, amiből a kárrendezés folyt volna egy arányszám alapján mindig az egyesületi tag szolgáltatóknak kellett volna feltölteni, tehát nem díjat fizettek volna a szolgáltatók, hanem egy változó befizetési kötelezettség terhelte volna azokat. Ez financiálisan nem kedvező a szolgáltatóknak, nem beszélve arról, hogy a tevékenység nem biztosítás, így viszontbiztosításba sem volt adható, tehát nem volt arra lehetőség, hogy a kárt ne a közvetlenül szerződő biztosító egyesület viselje teljes körűen.
- Ismert, de érdemben fel sem merült a skandináv típusú „no fault” rendszer bevezetése, aminek lényege, hogy a szolgáltatók illetve biztosítók hoznak létre egy további biztosítót, illetve alapot, amiből a károsultak részére egy előre kiszámítható táblázat alapján történik a kárrendezés akkor is ha nem történt felróható mulasztás, tehát ha az egészségügyi szolgáltatást követően károsodottabb lett valaki mindegy, hogy milyen okból. Magyarországon először a hagyományos felelősségbiztosítást kellene rendezni és nem annak néhány skandináv országban és Új-Zélandon működő minősített formáját megvalósítani.
- Érdemi lehetőségként felmerülhet, de inkább a biztosítók tevékenységét egészítené ki az egészségügyben működő szakmai érdekképviselők által működtetett szakértői és jogi segítségnyújtás, ami a konkrét ügyektől független bírói, szakértői gyakorlat figyelmet esetleg tanácsadást jelentene és csak külön kérésre eseti képviselőben történő segítséget is.
- Lehetőség lenne a változásokra, ha közvetlen perlést vezetnének be ott, ahol kötelező a felelősségbiztosítás, tehát a per nem a szolgáltató ellen, hanem a biztosító ellen indulna. Ilyen van a kötelező gépjármű felelősségbiztosításnál. Az új Ptk. tervezte ennek bevezetését, de mégsem valósul meg. Ez kedvező lenne a szolgáltatóknak, mert nem kellene költséget fordítani a képviselőre, és nem is a szolgáltatót marasztalnák, de ez mindenképpen jelentős limitemelést igényelne, hiszen annak értelme nem lenne, hogy a biztosító marasztalják, de a szolgáltató fizeti a kártérítés érdemi részét.
- Az Európai Unió tagjaként reális lehetőség lenne más tagállamban biztosítást kötni és az ott működő biztosító határon átnyúló szolgáltatásként végezné a biztosítást, de mi a garancia arra, hogy a más tagállamban működő biztosító a más tagállam magasabb limittel járó biztosítását kötné a magyar szolgáltatóval és nem a Magyarországon általános limittel rendelkező biztosítást. A tagállami biztosító is egy jogszabállyal lesz rávehető a magasabb limitre, ha magyar szolgáltatóval szerződik, mert a jogszabály előírná a minimális limit összegét. Reális lehetőség a magasabb limitre, ha egy nemzetközi egészségügyi szolgáltató anyacége köti a magyar leányvállalatra (telephelyre) is meg a biztosítást az anyavállalat országának feltételeivel az anyavállalat országában működő biztosítóval.
- Nem kizárt az egyedi biztosítási szerződés megkötése, amikor a szolgáltató a biztosító által működtetett terméktől eltérő egyedi feltétellel köt biztosítást pl. jelentősen magasabb limittel, ha ahhoz a biztosító hozzájárul. Arra természetesen nincs lehetőség, hogy minden egészségügyi szolgáltató egyedi biztosítást kössön. Néhány nagyobb kizárólag diagnosztikus tevékenységet végző cég rendelkezik ilyen biztosítással.
- Sokáig a biztosítási törvénynek megfelelő biztosító egyesület volt a javasolt jövőbeli megoldás, aminek lényege az lett volna, hogy az egészségügyi szolgáltatók, mint tagok létrehoznak egy biztosító egyesületet és a biztosítási díjat az egyesületnek fizetnék valamint a viszontbiztosításban adott szolgáltatásokon keresztül ez a biztosító egyesület állna helyt a tagok által okozott károkért. Jelenleg egy ilyen egyesület megalapításához több százmillió forint lenne szükséges, aminek nincsenek meg az anyagi feltételei, azt sem a költségvetés, sem a szolgáltatók nem tudják előteremteni és semmi sem garantálná, hogy az egyesület magasabb limittel működne, mint a gazdasági társaság biztosítók a minimumfeltételekről szóló jogszabály hiányában. Az egyesületet azért gondolták sokan, mert attól tartottak, hogy a gazdasági társaság biztosítók kivonulnak az egészségügy biztosításából, ami azért nem történik meg, mert ezen biztosítók anyavállalatai az alapítási országaikban sokkal magasabb limitet szolgáltatnak, és ott sem hagyják el a piacot, csak senki ne várja el hogy Magyarországon is maguktól a magasabb limiteket vállalják be. Az egyesület a jövőben lehet további segítség, ha már a minimumfeltételekkel működő biztosítás hatékony, de jelenleg a legegyszerűbb megoldáshoz kell nyúlni és az a jelenleg működő rendszer jogszabállyal történő befolyásolása.

- A jogszabályi befolyásolásról:

- Kezdetleges megoldás: Az egészségügyről szóló törvény 108.§-ába belecsempészni a megfelelő szót, tehát az okozott károk megtérítésére megfelelő felelősségbiztosítási szerződést kellene kötni a szöveg szerint. Azt, hogy mi a megfelelő értelmezhetnék a feltételek, elsősorban a limit meghatározásával később szakmai érdekképviseleti szervek ajánlásként, vagy egészségügyi államigazgatási szerv kötelező előírásaként. Hátránya, hogy nem elég konkrét, előnye a megoldásnak, hogy van, tehát, hogy a semminél több, lehetőséget ad a biztosítási feltételek meghatározására.
- Ügyvédes-ügyes megoldás: Az ügyvédi törvény szerint olyan biztosítással kell rendelkeznie egy ügyvédnek, amit az Ügyvédi Kamara, mint engedélyező testület elfogad. Ez az egészségügyben úgy szólhatna, a törvény 108.§-ának módosításával, hogy az okozott károk megtérítésére olyan felelősségbiztosítással kell rendelkezni, amelyet a működési engedélyt kiállító egészségügyi államigazgatási szerv elfogad. Ez a megoldás a jelenlegi szabályok szerint az ÁNTSZ hatáskörébe adná, hogy megjelölje milyen biztosítást fogad el, tehát a megfelelő szó beültetésével szemben szűkíti azokat a lehetőségeket, hogy a megfelelőt milyen testület értelmezhetné, ami előny is lehetne, azzal, hogy továbbra is többféle feltételtől is függhetne a megfelelő biztosítás, amit elfogad az ÁNTSZ. Természetesen kombinálható is a kezdetleges és az ügyes megoldás, mindkét feltételnek a törvénybe foglalásával.
- Lehetséges megoldás: A törvény 108.§-ába megjelölni az emelt limit összegét, amire a biztosítást kell kötni, tehát a törvény szövege az okozott károk megtérítésére minimum 50 millió forintig terjedő felelősségbiztosítást kell kötni előírásra változik. Előnye a kezdetleges megoldással szemben, hogy a jogszabály konkretizálja a biztosítási feltételt, hátránya, hogy egyedüli feltételként a limit szerepel, míg a megfelelő szó több feltétellel is bővíthető, illetve nem differenciál az előírás működési formák ( pl. járó és fekvő beteg ellátók között). Ilyen rendelkezés él jelenleg a közjegyzőkre, akik minimum 50 millió forintig terjedő biztosítással kötelesek rendelkezni.
- Spórolós megoldás: Ennek lényege, hogy nem kell elfogadni egy új jogszabályt a szakmai felelősségbiztosítás minimumfeltételeiről, hanem a 60/2003 ESZCSM rendeletbe, ami az egészségügyi szolgáltatással kapcsolatos minimumfeltételekről szól egy külön paragrafusba kell foglalni, hogy milyen minimális feltételeknek feleljen meg egy szakmai felelősségbiztosítás, mint a működéshez szükséges tárgyi feltétel. Itt szabályozható lenne mindaz, ami egy esetleges külön jogszabályba egyedüli hátránya, hogy az Egészségügyi törvény ezzel a témával összefüggésben önálló kormányrendelet megalkotását írja elő, így ez a feltétel nem valósulna meg.
- Elégséges-ideális megoldás: Önálló kormányrendelet elfogadása eseti és éves limit összegéről, önrész eltörléséről vagy elhagyásáról, néhány alkalmazható kizárásáról vagy annak megfogalmazásáról mi nem lehet kizárás, az időbeli hatály szabályozásáról. E rendelet elfogadása után csak ilyen, vagy a szolgáltatókra ezeknél kedvezőbb feltételű biztosítás lenne szolgáltatatható, minden biztosító részéről akár gazdasági társaság, akár egyesület, akár határon átnyúló szolgáltatás. Ennek a rendeletnek a megalkotását írja elő az Egészségügyi törvény 247.§-a 1998 július 01. napjától kezdve.
- Bőséges megoldás: Az elégségesen kívül még több kérdést előír, talán már a szerződéses szabadságot is sértő önálló rendelet megalkotása, ahol még a biztosítási esemény, a visszakövetelési jog, a területi és személyi hatály vagy más szerződésbeli kérdés is szerepel. Erre nincs szükség az elő lépésnél, egy minél egyszerűbb az elégséges feltételek szerinti rendelet kellene, és ha később szükséges módosítható-bővíthető a jogszabály.

#### 4.A szakmai felelősségbiztosítás minimumfeltételeiről szóló jogszabály tartalmáról.

Az eseti limit összege kizárólag alapellátó, járó-beteg ellátó szolgáltatóknál 25 millió, fekvő-beteg ellátónál, vegyes ( járó és fekvő is végző szolgáltatóknál), valamint egynapos ellátást is végző járó-beteg szolgáltatóknál 50 millió forint lehetne, ami megfelelő differenciálást jelentene, hiszen az alacsonyabb limittel rendelkezők ritkábban okoznak súlyos károsodásokat, de a magasabb limit ez esetben is indokolt lehetett már a havi járadékok és a nem vagyoni kártérítések emelkedése miatt, míg fekvőbeteg ellátóknál még magasabb limit is elképzelhető lenne, de annak díja olyan jelentős emelkedéssel járna, hogy az túl nagy ugrás lenne. Az éves limit az eseti limit háromszorosa vagy ötszöröse lehetne az előírástól függően.

Az önrészel kapcsolatban ki kell jelenteni a jogszabályban, hogy önrész alkalmazására nem kerülhet sor, vagy ha fenn kívánják tartani az önrészt, akkor úgy kell meghatározni, hogy annak mértéke 5% de 25 millió eseti limitnél maximum 675.000. Ft, míg a többi ellátó esetén 5%, de maximum 1.250.000. Ft., ami behatárolná az önrészt a teljesíthető szinten.

Az időbeli hatállyal összefüggésben elő kellene írni, hogy a biztosító helytállási kötelezettsége kiterjedjen a szerződés hatálya alatt okozott, bekövetkezett és legkésőbb a szerződés megszűnéséről számított három éven belül bejelentett, illetve a szerződés hatálya alatt okozott, de legkésőbb a szerződés megszűnésétől számított három éven belül bekövetkezett és bejelentett károkra. Ez lehetővé tenné, hogy a szerződés megszűnése esetén is többletfeltétel vásárlása nélkül is helytálljon a biztosító, és a három év a biztosítók számára is kedvező, hiszen

nem öt év, mint az elévülési határidő, de mivel ez a rendelkezés az elévülési határidőt nem érinti, mert az a szolgáltatóval és nem a biztosítóval szemben áll fenn, ezért lehet ez az időtartam annál rövidebb.

A kizárásokkal összefüggésben vagy azt kellene előírni, hogy nem lehet kizárás olyan, ami betegjogot érint (így a tájékoztatási kötelezettségből fakadó károk nem zárhatóak ki), vagy ami meghatározott egészségügyi szakterületet érint (pl. így az esztétikai károk nem zárhatóak ki, mert azok a plasztikai sebészethez kötődnek). Ez a megközelítés azonban túl tág értelmezési lehetőséget nyújtana a biztosítóknak, ezért célszerűbb konkrétan meghatározni néhány feltételt, ami kizárásként alkalmazható (pl. az egészségügyi szolgáltatáshoz szükséges ingó és ingatlan vagyon üzemeltetésével összefüggésben bekövetkezett kár, kötbérre, bírságra, egyéb büntető jellegű költségekre, állam ellen közvetlenül érvényesíthető követelésekre (kártalanítás), génmanipulációval kapcsolatos károkra, adatvédelmi jogsértéssel elkövetett károokra stb.)

#### 5. A hatékonyan működő felelősségbiztosító jövőképeről:

A komolyabb helytállási kötelezettség az alábbi változásokat idézheti elő:

- A biztosító szakirányú jogi képviselőket szerződött, akik az intézményi képviselők mellett és ha igénylik helyett dolgozhatnak.
- A biztosító megfelelő szakértői csapatot szerződött, akik a jogi képviselők munkáját segítik,
- A biztosító az általa szerződött szolgáltatóknak tájékoztató nyomtatványokat készít, hogy azokat alkalmazzák, amit ha szolgáltató nem tesz magasabb díjat fizet, esetleg a biztosító visszakövetelési jogaként megjelenti az ilyen szolgáltatói magatartás.
- A biztosító az általa szerződött szolgáltatóknak szakmai protokollokat készít, amelyek kiegészítik, ahol nincs ott helyettesítik a külső és belső protokollokat, illetve a belső protokollokhoz is igazodnia kell, amit ha szolgáltató nem alkalmaz magasabb díjat fizet, esetleg a biztosító visszakövetelési jogaként megjelenti az ilyen szolgáltatói magatartás.
- Megjelenik a visszacsatolás, a biztosító évente ismerteti az által szerződött szolgáltatókkal a vesztes perek tanulságait és minden szolgáltatónál azokból levont tapasztalatok betartását várja el.
- Megnö az egyezségek száma, a biztosító az emelt limit miatt érdemi döntési jogot igényel az egyezségi ajánlatok felett ( hiszen most már a biztosító is kockáztat), akár a károsult és a biztosító együttesen is meggyőzheti a szolgáltatót, így az egyezségeknel kizárólag a szakmai érvek kerülnek előtérbe az intézményi esetleges nem szakmai érvekkel szemben.

#### **VI. Összefoglalás-összefogás**

Látható, hogy a szakmai felelősség sokrétű, a kártérítési felelősség igen széleskörű, a kártérítések összecszerúsége jelenleg is magas és csak növekedni fog, így arra elvi esély, hogy a felelősség elbírálásában érdemi változás következzen be nincs esély, egyedüli megoldás csak a kialakult helyzet minél kedvezőbb kezelése lenne, amiben érdemi szerepet kellene vállalnia a szakmai felelősségbiztosításnak, de annak megváltoztatása alapkérdés ha ez sem történik meg rövid időn belül az további kellemetlenségeket okoz majd az egészségügyi szolgáltatóknak. Ezért kellene összefogni és elérni, hogy a szakmai felelősségbiztosítás a jogszabályi segítségével kezdjen hatékonyan működni és lehet, hogy hosszútávon ez a hatékonyan működő biztosítói oldal, a terheik csökkentése érdekében, terelheti majd a szolgáltatók széles felelősségét esetleg újabb korlátok közé.

Vásároljon (a biztosítási díjon) és kényszerítsen ( a jogszabályon) keresztül az egészségügy magának partnert a biztosítók személyében, mert, mit az elmúlt 20 év bemutatta, egyedül nem tudott érdemben fellépni a szakmai felelősség és a kártérítési felelősség tág értelmezése ellen.

#### **VII. Akit még több érdekel:**

A [www.384ugyvediroda.hu](http://www.384ugyvediroda.hu) oldalon akár a tanácsok, akár a gyakori műhibák címszó alatt, de a Tanulmányokon belül is számos cikk szól a felelősségről. Illetve érdemes olvasni a Kórház, az Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2009. májustól az Orvosok lapját, mert minden hónapban megjelent és remélhetően a jövőben is megjelenik a témában cikk, illetve a Jogorvoslap, MEDETJUR (újságok a felelősségről szólnak döntően) folyóiratokat, illetve Dr. Dósa Ágnes: Az orvos kártérítési felelőssége című könyvét régi és új 2010-es kiadásban is.

Simon Tamás