

## Az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelőssége a felperesek szemszögéből

Hasonló címmel két évvel ezelőtt tartottam előadást a német-magyar jogásztársaság felkérésére, ahol az 1992-2002 közötti korszakot hat fejezetre osztottam aszerint, hogy a felpereseknek milyen volt a helyzete a kártérítési felelősség elbírálása során. Az első korszak volt a kínos szakasz, ahol a felperesek alig nyertek pert, a szakmai felelősség szűk-körű volt, szinte mindig minden, a beavatkozás kockázatának illetve fel nem róható diagnosztikai tévedésnek számított.

A következő korszak volt a küzdelmes, ahol a felperesek nagy számú peres eljárást indítottak és fokozatosan növelték azoknak az egyedi eseteknek a számát, ahol orvos-szakmai okból már megállapították a kártérítési felelősséget, sőt a beteg-tájékoztató, mint jogkérdés felhasználásával jelentősen szélesítették is azt.

Az egyedi esetekből általános következtetéseket vont le a bírói gyakorlat és azokat különböző bírósági határozatokban is megjelentette és ezt felhasználta a szakmai felelősségbiztosítói gyakorlat, amikor felismerte az egyezség iránt mutató alperesi, felperesi és biztosítói érdekeket és fokozatosan egyre több per előtti egyezség született, ami először felperesi oldalról a kellemes korszakot jelentette, ami fokozatosan átcsapott a kényelmes korszakra, ahol már több volt a sikeres egyezség, mint a peres eljárás.

Értelemszerű, hogy ez a helyzet nem maradhatott fenn hosszú ideig, különösen úgy, hogy a szakmai felelősségbiztosítás jogszabályi és anyagi háttere kialakulatlan volt, így az akkori monopolhelyzetben lévő intézményi szakmai felelősségbiztosítónak erről a területről történő kivonulása után ismételtén a peres eljárások száma növekedett. Ezen időszak alatt a különböző biztosítók különböző gyakorlatot folytattak mind a követelések jogalapjának, mind összegszerűségének elbírálása, mind saját működésük során. A bírói gyakorlat is nehéz helyzet elé került, hiszen a korábbi Egészségügyi törvény helyett fokozatosan egy másik törvényt, a jelenleg hatályos 1997. évi CLIV. törvényt, és annak széleskörű, néhol egymásnak ellentmondó betegjogi rendelkezéseit kellett alkalmaznia, számos esetben úgy, hogy a két törvény közötti átfedéseket is meg kellett oldania. Ezt a korszakot neveztem kaotikus korszaknak.

Ezt követően tettem a fel a kérdést, hogy a következő szakasz a kérdéses-kívánatos vajon milyen lesz, visszajön-e a szigorú, szűk felelősségi rendszer a peres eljárások feléledésével, színre lép-e egy új biztosító, megjelenik-e a szakmai felelősségbiztosítás jogszabályi, anyagi háttere a peren kívüli egyezségek feléledése, és az egészségügyi szolgáltatók kártérítési fizetési képességének javítása érdekében?

A választ 2002-ben is már érezni lehetett, de mára már egyértelmű, a kérdéses –kívánatos korszakot követte a felperesek oldaláról nézve a **kitűnő – kiváló** korszak, ami ha a „k” betűs jellemzésnél maradok, már majdnem a **kánaán**, ami értelemszerűen az alperesek vonatkozásában ennek ellentéte, kínosnál is rosszabb, már-már a **kíméletlen** szakasz.

Az egészségügyi szolgáltatók szakmai, kártérítési felelőssége az európai gyakorlattal összehangban, ma Magyarországon egy igen széles-körű, majdhogynem objektív, tulajdonképpen megvalósult Gustav Radbruch szavaival élve a „szégyenlős objektív” felelősség. Fontos tudni, hogy ez a tág felelősségi rendszer értelemszerűen nem csak az egészségügyi szolgáltatásra igaz, hanem más szakmai felelősségre is, de ez az egészségügyben mégis fokozottan jelentkezik, hiszen itt az évtizeddel korábbi gyakorlathoz képest alapvető, tulajdonképpen 180 fokos fordulat történt és ez látványos változás, és természetes, hogy az a szakma, amit érint, nehezen éli meg.

A tág felelősségi rendszer nem a jogszabályokból, és nem a szakértői gyakorlatból, hanem a jogszabályokat értelmező, illetve a szakmai felelősség általános gyakorlatával sokszor nem egyező szakértői véleményektől eltérő magyarázattal rendelkező bírói gyakorlatból alakult ki.

Ezek a bírói gyakorlati értelmezések jelentős részben a Legfelsőbb Bíróság elvi határozataiban is megjelentek, amely határozatok érdemben alakítják a többi bíróság gyakorlatát.

A tág felelősségi rendszer része a diagnosztikai tévedés, mint a felróhatóság alóli kimentés szűk értelmezése, hiszen az Legfelsőbb Bíróság 630 számú elvi határozatának indokolása alapján az egészségügyi szolgáltatónak először egyáltalán olyan helyzetbe kell magát hoznia, hogy tévedhessen, azaz a diagnózis érdekében minden szükséges és indokolt vizsgálatot el kell végeznie, és ha ezeket elvégezte, és ekkor téved, akkor beszélhetünk csak diagnosztikai tévedésről. Abban az esetben, ha az eljárás során igazolást nyer, hogy valamilyen további vizsgálat is indokolt vagy szükséges lett volna ennek hiánya mellett még tévedési helyzetről sem beszélhetünk, önmagában a vizsgálat hiánya megalapozza a szolgáltató kártérítési felelősségét, szemben a korábbi gyakorlattal, ahol azt vizsgálták, hogy a szolgáltató által végzett vizsgálat mellett előfordulhatott-e a tévedés vagy nem. Volt olyan ítélet is, ami szerint a legnagyobb gondosság mellett nincs helye diagnosztikai tévedésnek, de ez a túlzottan tág értelmezés nem vált a bírói gyakorlat részévé.

Jelentősen megváltozott a tájékoztatás tartalmi mélysége is, tehát egyre több információt kell a beavatkozások előtt átadni a betegnek, hogy azt igazolhassa a szolgáltató, hogy a tájékoztatási kötelezettségének eleget tett. Szemben a régebbi gyakorlattal, ahol elegendő volt az általános tartalmú tájékoztatás igazolása, ma már a konkrét beteg esetén kívánják meg a tájékoztatás tényének és tartalmának széleskörű igazolását. A tájékoztatási kötelezettség tartalmi mélységét az Egészségügyről szóló törvény úgy fogalmazza meg, hogy egyénisített formában teljes körű tájékoztatás kell adni, míg a 428. számú elvi határozat az indokolása alapján ezt akként tölti ki tartalommal, hogy akkor teljes –körű a tájékoztatás, ha az tárgyilagos, valóságnak megfelelő és részletes, ami akkor felel meg ezeknek a feltételeknek, ha a beteget döntési helyzetbe hozza a beavatkozással kapcsolatban. A tájékoztatás formai követelményei is szigorodtak, amikor a hivatkozott elvi határozat megfogalmazta, hogy a tájékoztatásnak a beavatkozás előtt kell történnie, és így pl. a betegfelvételkor aláírt általános tartalmú hozzájáruló nyilatkozat nem igazolja a megfelelő tájékoztatást.

Elvi határozattá ugyan nem vált, de mondhatjuk, hogy szinte már minden alsóbb fokú bíróság gyakorlatává vált a gyógyulás esélyének modern értelmezése. A korábbi értelmezés szerint a gyógyulás esélye, az ok-okozati összefüggéshez tartozott, és ha csak esély lett volna az életben maradásra vagy a gyógyulásra, azt úgy fogta fel a gyakorlat, hogy a felperes nem tudta bizonyítani az ok-okozati összefüggést. Ezt az értelmezést a bírói gyakorlat teljesen az ellentétére változtatta oly módon, hogy a szolgáltatókat kötelezte arra, hogy bizonyítsák, hogy a legnagyobb gondosság esetén sem lett volna nagyobb esélye a betegnek az életben maradásra, illetve a gyógyulásra. Azt vélelmezik, tehát, hogy nagyobb lett volna az esély, tehát az esély átkerült a felróhatóság körébe, és ha a szolgáltató nem tudta annak az ellenkezőjét igazolni a vélelem alapján már megállapítják a kártérítési felelősségét.

A kártérítési felelősség elemei közül a felpereseket terheli az ok-okozati összefüggés bizonyítása, ami régebben nehéz feladat volt és gyakran eredményezte azt, hogy egy esetleges felróható szolgáltatói magatartás mellett sem került sor a kártérítési felelősség megállapítására, hiszen a felperes nem tudta, pl. az előbb említett esély alapján, az ok-okozati összefüggést igazolni. Ez a gyakorlat is megváltozott. Az ok-okozati összefüggés igazolásához elegendő, ha a felperes bizonyítja, hogy a károsodás a szolgáltató kezelése során alakult ki, tehát során és nem okán, és ezt már bizonyítja azzal is, ha már a valószínűséget alá tudja támasztani. Az a korábbi mentesülési ok, ami szerint a természettudományos bizonyosság nem áll fenn, már nem alkalmazható, az Legfelsőbb Bíróság 863 számú elvi határozatának indokolása szerint, mivel az orvostudomány, mint természettudomány során a természettudományos bizonyosság nem egyértelmű, akkor az, nem követelhető meg az ilyen folyamatokat elemző jogi bizonyítástól sem, így elegendő a valószínűség igazolása. Más eseti

határozatok megfogalmazták, hogy a rész-ök is elegendő az ok-okozati összefüggés igazolásához.

A kiragadott példákon keresztül is látható, hogy az ok-okozati összefüggés igazolása, ami felpereseket terheli leegyszerűsödött és szinte mindig megállapítható, tehát az egészségügyi szolgáltatók előtt egyetlen út áll, ha igazolják, hogy a szolgáltatás nyújtása során felróhatóság nem terheli Őket. Ez kétszeresen is nehéz feladat, hiszen mint látható igen széles felelősségi határok között kell ezt megtenniük, illetve, ha ezt nem tudják megtenni a felróhatóság vélelmezése miatt, kártérítési felelősségüket megállapítják, azaz a bizonyítottság hiánya az egészségügyi szolgáltatókat terheli.

A fenti jogalapi kérdésekhez társul az összecszerűség változása is, ami értelemszerűen, akár az életviszonyok, az ár-értékviszonyok alakulása, akár az európai csatlakozás miatt jelentősen növekszik és növekedni is fog. Ez a növekedés mind a két fajta kártérítést érinti de más-más módon és okból. A vagyoni kártérítésnél a mindennapi élet költségeinek növekedése idézi elő a szolgáltatókat terhelő fizetési kötelezettségeket, egyre jelentősebbek lesznek, pl. a magas gazdasági fizetések miatt a kiesett jövedelmek, illetve egyre több lesz az ápolásra-gondosára fordított költség, ami a szolgáltatók jövőbeli kötelezettségét is érinti a havi járadékok miatt. Ma már nem ritka többszáz ezer forintnyi járadék és egyáltalán nem elképzelhetetlen, hogy hamarosan megjelenjen a milliós nagyságrendű is. A nem vagyoni kártérítési összegeket a bírói gyakorlat alakítja ki, azok a mindennapok költségeihez nem igazíthatók, de természetesen ezek is jelentősen emelkednek, sőt az európai gyakorlat begyűrűződése az elkövetkezendő években lehet, hogy a jelenlegi, már emelt összegeket meg is duplázza. Ma már nem ritka súlyos egészségkárosodás esetén a 8-10-és egyes esetekben 15 millió forintos kártérítés, azzal, hogy ilyenkor természetesen a közeli hozzátartozók részére is jelentős nem vagyoni kártérítés kerül megítélésre.

Felmerül a kérdés, hogy lehet-e, egyáltalán és ha igen, mit lehet tenni ez ellen a széles-körű felelősség ellen, illetve, hogy kinek kellene ezt a lépést megtenni. Elsőkét rögzíthetjük, hogy nem a felpereseknek, hiszen Ők eleget dolgoztak azon, hogy a számukra hátrányos az 1890-es évektől fennálló, szűk értelmezés jelentősen kitáguljon és ez a tevékenységük találkozott a már hivatkozott európai gyakorlattal a „quasi” objektív felelősséggel. Módosíthatna rajta a biztosítói gyakorlat, elsősorban az összecszerűség terén, ha szigorúbb bizonyítási kötelezettséget érne el a felperesek részéről, de amíg a jelenlegi szabályozatlan szakmai felelősségbiztosítási rendszer működik, illetve az drasztikus változáson nem megy keresztül, a biztosítóknak nem érdeke a változtatás.

Érdemi változtatást értelemszerűen az alperesi, tehát a szolgáltatói oldal hajthatna végre, de attól félek, hogy a követelések jogalapjának elbírálása során kialakult elvek alapjait, különösen a már többször hivatkozott európai szakmai felelősségi gyakorlatra, vagy csak kis részben és igen hosszú idő alatt, de valószínűbb, hogy nem tudná megváltoztatni, talán, ha korábban azok kialakulásánál komolyabb ellenállást tanúsít, ma nem erről a kedvező felperesi helyzetről és tág szolgáltatói felelősségről beszélhetnénk.

Ilyen szituációban mégis mit tehet az alperesi oldal leszámítva azt a természetes kötelezettségét, hogy az egészségügyi szolgáltatásokat megfelelő szakmai színvonalon nyújtja.

Elsősorban nem zsákutca-megoldásokhoz kell nyúlnia. Ilyen rossz megoldás volt a legnagyobb gondosság-elvárható gondosság vita, melynek során az orvosi kamara vezetésével hadat üzent a szolgáltatói oldal az Egészségügyről szóló törvény azon előírásának, hogy az egészségügyi szolgáltatótól az elvárhatósági szint a legnagyobb gondosság. Érdekes, hogy ez az elvárhatósági megfogalmazás senkit nem zavart 1959 óta, amikor az először megjelent a magyar jogban, és azóta is fennállt, egészen 2004. május 1.-ig. Látható, tehát, hogy nem a jogszabályi megfogalmazást kellett volna eltörölni, hiszen nem azzal volt a szolgáltatói oldalnak gondja, hanem annak értelmezésével, és látható az is, hogy érdemi eredményt a

jogsabályi változás, ami szerint a legnagyobb gondosság helyett a törvényben az elvárható gondosság szerepel, nem hozott, hiszen a bírói gyakorlat változatlan maradt, csak ezt követően az elvárható gondosságot értelmezi majd a kialakult széles-körű elvek között. Szintén rossz megoldás a kártérítések limitálása, amit szerencsére a minisztérium mindig elvetett, de a különböző szakmai orvos-testületek rendszeresen felvetnek. A kifizethető kártérítések limitálására nincs lehetőség, hiszen hasonló károsodások jöhetnek létre közlekedési baleset és orvos-szakmai mulasztás esetén is, és ha az utóbbi áldozata kevesebb kártérítéshez juthatna jogszabályi előírás alapján, mint az előző, akkor az, hátrányos megkülönböztetés lenne, amit tilt az Alkotmány. Létezik továbbá az Európai Bíróságnak egy olyan gyakorlata, ami szerint az alapszerződéssel ellentétes, ha valamilyen kártérítési formához egy adott tagállamban nem vagy csak a többi kártérítési formánál eltérő, hátrányosabb feltételekkel lehet hozzájutni.

Az alperesi oldal megfelelő megoldásként kizárólag olyat tehet, ami egyébként a felperesi oldalon is kedvező.

Ennek keretében megszervezheti saját jogi képviselőjét, az alperesi szolgáltatókra szakosodott irodákon keresztül, amit a felperesek már régen megtettek, vagy igénybe veheti a felperesek mellett szervezett irodák szakmai segítségét is, ha azt ezek az irodák felvállalják. Képzheti saját szakértői hálózatát, amely segítségével szakmailag igazolhatná, hogy az elvárható gondosság körében milyen vizsgálatok tartoznak és, hogy az esély más esetben sem lenne nagyobb. Megalkothatná a szakmai protokollokat, amelyek segítségével az orvos-szakmai előírások, az elvárható gondosság keretei egyértelműbbek lennének. Megfogalmazhatna részletes írásbeli tájékoztató nyomtatványokat, melyek segítségével nem tenné ki az orvosait annak a kellemetlen kötelezettségnek, hogy a tárgyalásokon személyesen kell nyilatkozniuk az általuk végzett tájékoztatásról, mellékesen megtaníthatná viselkedni az orvosokat a tárgyaláson, elfogadva, hogy a tárgyalóterem más közeg, mint az egészségügyi szolgáltató, ahol sokkal inkább a számukra idegen jogi gyakorlat uralkodik, ahol a paternalista szemlélet már nem tarthatják fenn. Ezek a szolgáltatói tevékenységek akként segítenék a felperesi oldalt, hogy egy sokkal tisztább, egyértelműbb elvárhatósági szint alakulna ki, amiből a felperesek is pontosan kiszámíthatnák, hogy esélyük van-e egy peres eljárás megnyerésére vagy nincs, így nem indulnának felesleges perek, illetve a már megindult eljárások is tisztán szakmai viták lennének lényegtelen elemek nélkül, kialakult szabályok és elvek mellett, arra szakosodott felek között.

A másik, a fentiekől független alperesi megoldás lehetne a szakmai felelősség biztosításuk rendezése. Ennek keretében mindenképpen meg kellene alkotni, a hamarosan megjelenő és tervezetben már több formában is létező kormányrendeletet a szakmai felelősségbiztosítás minimumfeltételeiről. Abban mindenképpen szabályozni kellene a biztosítóknak a szolgáltatók helyetti eseti és éves helytállási limitjét, amit jelentősen meg kellene növelni a jelenlegi 5 millió forintos szintről, elő kellene írni, hogy milyen kizárásokat alkalmazhatna egy biztosító, amikor nem kell helytállnia, illetve törölni kellene, vagy alacsony összegben kellene meghatározni a szolgáltatókat terhelő önrészt. Ezeket a változtatásokat a biztosítók maguktól nem fogják megvalósítani, mindenképpen szükséges a jogszabályi előírás, amit már 1997 óta meg kellett volna alkotni.

A jogszabályi változtatást követően találni kell olyan biztosítót, amelyik ilyen feltételek mellett is vállalja az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosítását. Ezt az európai csatlakozás előtt meg lehetett volna oldani egy biztosító egyesület létrehozásával, ami kizárólag az egészségügyi szolgáltatókat tömörítette volna, de annak alapítási költsége többszörösére emelkedett a csatlakozás után, és azt az egészségügyi szolgáltatók valószínűleg nem tudják előteremteni, illetve az ahhoz szükséges állami támogatás az összeg nagysága miatt valószínűleg nem szerezhető meg. Korábban az alacsonyabb alapítási költségek és az ezzel arányos állami támogatás még elképzelhető alternatíva lett volna. Bízni lehet azonban

abban, hogy az egészségügyi szolgáltatók és az egészségügyi szolgáltatás piaca olyan nagy, ahonnan egy ország minden biztosítója, ha másért nem a biztosítók megbecsültsége miatt nem vonulhat ki, illetve lehet tagállami biztosítókkal is megoldani a biztosítást, mivel a tagállamokban a szakmai felelősségbiztosítás jelentősen magasabb limittel rendelkezik, és mégis működik.

A biztosítói helyzet állás érdemi megnövelésére, megváltoztatására mindenképpen szükség van, hiszen ennek hiányában tulajdonképpen a biztosítás szerepe a ma már kialakult kártérítések mellett, nem is beszélve a jövőbeli emelkedésről, elenyésző, ami kizárólag a szolgáltatók terheit növeli, és így már nem is tölti be a biztosítás a funkcióját.

Abban az esetben, ha kizárólag a felpereseknek kedvezőbb tág felelősségi rendszer marad fenn, és azon belül a fenti változások rövid időn belül nem jönnek létre, akkor hamarosan eljöhét, hogy hű maradjon a „k” betűs korszakfelosztáshoz, a felperesek részére a már-már **korlátlan-kozmikus**, míg az alperesek részére a már-már **kegyetlen** korszak.

Budapest, 2004-10-31

Dr. Simon Tamás  
ügyvéd, biztosítási szakjogász

(MOTESZ előadás 2004. november)