

Az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségének vizsgálata a felperesek szemszögéből, avagy az „orvosi műhiba” kínos, küzdelmes, kellemes, kényelmes, kaotikus és kívánatos-kérdéses korszakairól.

Az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségének legújabb kori szakasza 1991-1992-ben kezdődött. Ezt megelőzően külön korszaknak lehet tekinteni az 1945 előtt történeteket, amikor két jelentős jogszabály az 1876. évi XIV. és az 1936. évi I. törvénycikk, valamint a Kúria gyakorlata részletesen szabályozta az orvos felelősségét, és számos eljárás is indult a felelősség megállapítására. Szintén külön korszaknak tekinthető az 1945-1991-1992 közötti időszak, amikor az 1959. évi 8. tvr, majd az 1972. évi II. törvény az általánosságok szintjén szabályozta az orvostól elvárhatóságot, de az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségének megállapítása iránt elenyészően kevés eljárás indult.

Az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségének legújabb kori szakaszát időrendben, az előadásom címében megjelölt alábbi időszakokra osztom, azzal, hogy az egyes részeket megjelölő minősítés elsődlegesen a felperesi megközelítésből származik, tehát az egészségügyi szolgáltatók szemszögéből az általában ellentétes, de néha egyező jelzővel bír. Az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelőssége alakulásának minősítése, tehát 1992. januártól 1993 december végéig kínos szakasz, 1994 januárjától 1996 december végéig küzdelmes szakasz, 1997 januárjától 1998 júniusáig kellemes szakasz, 1998 júliusától 1999 végéig kényelmes szakasz, 2000 januárjától egészen mostanáig a kaotikus szakasz, és ezután, de különösen 2003 januárjától kezdődik a kérdéses-kívánatos szakasz.

Az előadásomban először mindegyik időszakot három jellemző – a jogszabályi háttér, a bírói gyakorlat alakulása, illetőleg a biztosítói gyakorlat alakulása – felhasználásával kívánom bemutatni. Ezt követően pedig megpróbálok javaslatot tenni arra, hogy a kérdéses szakaszra milyen változásoknak kellene történnie ahhoz, hogy ne a mindenki számára kínos, hanem legalább a kellemes korszak következzen be.

A kínos korszak

Ebben a korszakban a speciális jogszabályi háttér, ami a kártérítési felelősség megállapításához szükséges egyik alapvető feltételt, a felróhatóságot töltötte ki tartalommal, már 1972 óta adott volt. Az egyik fontos jogszabály az 1972. évi II. törvény volt, ami a 43.§.(2) bekezdésében előírta, hogy az egészségügyi szolgáltatótól a gyógykezelés során az elvárhatóság mércéje a legnagyobb gondosság és körültekintés, tehát ha bizonyítani tudja, hogy ekként járt el, akkor nem minősült a magatartása felróhatóknak. A törvény és a végrehajtására kiadott 15/1972. EüM rendelet szabályozta a felróhatóság másik tartalmi elemét, a tájékoztatást is, ami független a gyógyító tevékenység milyenségétől. A törvény 45.§.(1) bekezdése szerint a beteg tájékoztatásnak megfelelő módúnak kellett lennie, ami a rendelet 83§.(2) bekezdése szerint akkor valósult meg, ha a tájékoztatás tárgyilagos volt és a valóságnak megfelelő, ami a rendelet 87.§(2) bekezdése alapján akkor volt ilyen, ha az kiterjedt a műtét szükségességére, arra, hogy milyen műtét szükséges, illetve a műtéttel általában együtt-járó, valamint a műtét elmaradása esetén várható következményekre.

Az általánosságokat tartalmazó jogszabályi háttérrel a bírói gyakorlat, eljárások hiányában nem töltötte ki tartalommal. Az egészségügyi szolgáltatók ellen induló első kártérítési perek hátrányos helyzetből indultak több szempontból is, hiszen azoknak kellett kijelölni a jövőben követendő utat, illetve szembe találtak a bírói gyakorlat ezen időszak szerinti, ilyen perekben gyakori „túlzott kényelmességével”. A bíróság a perekben ugyanis a legrövidebb időn belül szakértőt rendelt ki, amely szakértők általános kijelentések mellett – műhiba nem történt, a legnagyobb gondossággal jártak el, a bekövetkezett eredmény kockázat – tulajdonképpen elbírálták a kereseteket, hiszen a vélemények a bíróság előtt megvitatásra csak

elenyészően ritkán kerültek, így az ítéletek a szakértői vélemények megismétlései voltak. A kártérítési perek megindítói új jelenségként saját szakértőket kértek fel az eljárás megindításakor szakmai segítségnyújtásra és így próbálták vitatni a kirendelt szakértők indoklás nélküli megállapításait. Ezt a lehetőséget a bírói gyakorlat a Legfelsőbb Bíróság 270/1992 BH-ja szerint akként korlátozta, hogy a fél által beszerzett véleményt csak a fél álláspontjának és nem szakértői véleménynek tekintette. A korszakban indult eljárások a kínos időszak alatt nem fejeződtek be, ha mégis, akkor általában a kereset gyors elutasításával, a felperesek vereségével zárultak.

Az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosítása is kezdetleges volt ebben az időszakban. A 30/1989 SZEM rendelt a magánorvosokra, míg a 113/1989 MT rendelet az egészségügyi vállalkozásokra tette kötelezővé a szakmai felelősségbiztosítás megkötését, de annak tartalmáról semmit sem írtak elő a jogszabályok. A fenti kategóriákba nem tartozó, és a kártérítési perekkel leginkább érintett szolgáltatók a kórházak, rendelőintézetek csak önvédelemből kezdtek ebben a korszakban biztosításokat kötni. Ezek a biztosítási feltételek jelentős részben a külföldi általános szerződési feltételek fordításai voltak. A biztosítók megfelelő orvos-szakmai segítséggel nem rendelkeztek és az esetleges peren kívüli egyezségi ajánlatokat érdemi vizsgálat nélkül, a bírói gyakorlat hiányára hivatkozással elutasították, tehát egyedül a peres út állt rendelkezésre a károsultaknak.

Előremutató változást hozott az Alkotmánybíróság 34/1992 számú határozata, ami a nem vagyoni kártérítés megítélhetőségének 1977 óta fennálló feltételeit - a társadalmi életben való részvétel vagy egyébként az élet tartós vagy súlyos megnehezülését – eltörölte és a nem vagyoni kártérítés megítélését csak a bíróságok józanságához és mértéktartásához kötötte. Ez a nem vagyoni kártérítés bizonyítását és megítélését is könnyebbé tette, ami kedvező változás a felperesek szemszögéből

Szintén kedvező változást mutatott a bírói gyakorlatban a Legfelsőbb Bíróság 317/1992 –es számú BH-ja, ami egyértelművé tette a jövő gyakorlata számára, hogy az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségével kapcsolatos perekben, a kártérítés elemei közül, a jogellenességet, a kárt és az ok-okozatot a felperesnek, míg azt, hogy nem felróhatóan, azaz a legnagyobb gondossággal járt el, az egészségügyi szolgáltatónak kell bizonyítani, és ennek sikerességéig vélelmezik a felróhatóságát. Megállapította a BH azt is, hogy az általános tartalmú szakértői kijelentések nem pótolják a részletes szakértői vizsgálatokat és indokolt megállapításokat, azzal, hogy a bíróságoknak arra kell törekedni, hogy ne általánosító, hanem konkrét, érdemi indokolást tartalmazó szakértői vélemények szülessenek.

A küzdelmes korszak

A peres eljárások száma jelentősen megemelkedett, hiszen a médiumok szerepvállalása miatt elterjedt, hogy az egészségügyi szolgáltatók elleni kártérítési perek indíthatóvá váltak. A megnövekedett esetszám következményeként a bírói gyakorlatban kezdtek kialakulni a típus ügyek, amelyek sajnálatos módon BH- ban nem jelentek meg.

A fontosabb típus ügyek, amelyek a mai napig meghatározóak a következők voltak:

- Általánosságban kimondta a Legfelsőbb Bíróság, hogy a „műtéti kockázat fogalmi körébe nem tartozik olyan orvosi tevékenység, amely a jogi megítélés szempontjából felróható magatartásnak minősül”. Ezzel megteremtette a lehetőséget a bírói gyakorlat arra, hogy ha egy szakértői vélemény valamit kockázatnak, azaz a legnagyobb gondosság mellett is bekövetkező eseménynek minősít, akkor is a bíróság azt felróható magatartásnak értékelje, azaz ne szakértői ítékezés legyen, hanem a bíróság döntsön a jogkérdésben, azaz a felróhatóság kérdésében.
- Az idegen testekkel kapcsolatban kimondta a Legfelsőbb Bíróság, hogy a legnagyobb gondossággal nem fér össze, hogy oda nem tartozó tárgyak műtét után a beteg szervezetében maradjanak, és nem menti ki az alperest a felelősség alól, hogy

megszámolta az eszközöket, törlőket, hiszen a legnagyobb gondosság a pontos számolást is megköveteli és ekkor észlelhető lenne, hogy valami hiányzik. Az idegentestes műhibák a *res ipsa loquitur* kategóriájába kerültek.

- A diagnosztikai tévedésekkel kapcsolatban megerősítette a Legfelsőbb Bíróság, azt az orvos büntetőjogi felelősségének vizsgálatakor már jóval korábban kialakult tételt, hogy a diagnosztikai tévedés előfordulhat, ami a kockázat körében értékelendő. Új elem, viszont, hogy a diagnosztikai tévedés a bírói gyakorlat szerint akkor nem felróható, ha a tévedés a legnagyobb gondosság, és nem a szűkebb körű szakmai, foglalkozási szabályok betartása mellett következett be. Abban az esetben, ha egy szolgáltató bizonyítani tudja, hogy a legnagyobb gondossággal járt el a diagnózis felállítása érdekében, de ennek ellenére tévedett, akkor a tévedése nem felróható. Fontos, hogy annak mértékét, hogy mi minősül a legnagyobb gondosság szerinti eljárásnak a diagnózis felállítása érdekében azt, mint jogkérdést a bíróság határozza meg, a szakértő csak a diagnosztikai eljárási lehetőségeket ismerteti.
- Az egymozdulatos (átszűrő, átvágó) mulasztásokkal, az úgynevezett melléksérülésekkel, kapcsolatban születtek konkrét ítéletek, melyek szerint a sipoly okozása, a hólyagsérülés, az uréter megsértése, a laparoszkópos eljárásnál a belek átvágása, a műtétek általában együtt-járó következményei, tehát kockázatok. Ezekből az ítéletekből általános következtetésként levonható, hogy a fentiek és más egymozdulatos következmények esetén akkor beszélhetünk kockázatról, ha az alábbi feltételek teljesülnek:
 - A beavatkozásnak, illetve annak választott módjának indokoltnak kellett lennie, illetve nem állhat fenn kontraindikáció
 - A beteget megfelelően tájékoztatták az egy-mozdulattal bekövetkező kockázat lehetőségéről, illetve arról, hogy más eljárást is alkalmazhatnak, ami nem jár ilyen kockázattal, és a beteg ennek ellenére a kockázatos beavatkozást kérte.
 - A beavatkozás során minden, a következmény elkerülését célzó gyógykezelési lépést alkalmazni kell.
 - Az egy-mozdulattal beállt következményt a lehetőségek szerinti legrövidebb időn belül észlelni kell és a megfelelő gyógykezelést kell alkalmazni, annak enyhítése, megszüntetése érdekében.

Abban az esetben, ha a fenti együttes feltételek bármelyike nem áll fenn, az egymozdulatos következményt kiváltó magatartás is felróható lesz.

- A fejlődési rendellenességgel (pl. Down-kór, nyitott gerinc, bármilyen végtaghiány) született csecsemők esetében a Legfelsőbb Bíróság megállapította, hogy ilyenkor nem a fejlődési rendellenesség kialakulása a felróható magatartás, hiszen annak általában genetikai oka van, hanem a fejlődési rendellenesség időben történő felismerésének elmaradása. Ilyenkor vizsgálni kell, hogy milyen módszerek állnak rendelkezésre a fejlődési rendellenesség felismerésére, és a legnagyobb gondosságba beletartozik, hogy azok mindegyikét alkalmazza az egészségügyi szolgáltató. Ilyen esetekben a késői, vagy az elmaradt felismerés miatt a szülők nem élhettek a terhesség-megszakítási lehetőséggel és ezért kárnak minősül, hogy a gyermek egészségkárosodottan született. Kártérítést ilyenkor a szülők és a gyermek is kaphat, hiszen nem azért kapja, hogy megszületett, hanem, hogy fejlődési rendellenességgel született, ami mint kár a felismeréssel és az azt követő terhesség-megszakítással elkerülhető lett volna.

A beteg tájékoztatással kapcsolatban megjelent a 344/1995 BH, ami a rendelkező részében egy félreérthető megállapítást tartalmazott, mely szerint a kórház kártérítési felelősséggel tartozik, ha elmulasztja tájékoztatni a műtéti kockázat körében 5-20% gyakorisággal együtt-járó szövődmény lehetőségéről a beteget. Az egészségügyi szolgáltatók csak a rendelkező részt olvasva egymás után készítették a tájékoztató nyomtatványokat, ami azt tartalmazta, hogy a beteget informálták arról, hogy az el nem mondott következmények 5% alatt vannak, így a

Legfelsőbb Bíróság döntése alapján arról nem kell tájékoztatni. Abban az esetben, ha a BH indokolását is elolvasták volna, láthatták volna, hogy a szöveg szerint az általában együtt-járó következményekről kell a bíróság szerint tájékoztatni, és ebben a konkrét esetben ez az általában együtt-járó következmény 5-20%-ban fordulhat elő. A félrevezető rendelkező rész miatt készített tájékoztató nyilatkozatok, tehát nem érthették el azt a célt, amiért létrejöttek. Szerencsére a bírói gyakorlat csak ritkán indult ki a kockázat százalékos meghatározásából, hiszen általánosságban nem lehet megmondani, hogy egy általában együtt-járó következmény, az a különböző beavatkozásoknál hány százalékos előfordulást jelent.

A Legfelsőbb Bíróságnak az egészségügyi szolgáltatók felelősségét érintő érdekes döntése volt a 89/1996 BH, ami szerint a szabadságon lévő orvosnak a működési területén kívül, szívésségből végzett orvosi tevékenysége, még ha a gyógyító eszközökhöz a munkahelye révén is jut, nem minősül olyannak, ami a munkaviszonyával összefügg. Ilyen esetben nem alkalmazható, tehát a Ptk. 348.§-a, tehát az orvos tevékenységéért nem az egészségügyi szolgáltató munkahely, hanem ilyenkor az orvos maga felel, a munkaviszonnyal összefüggést, tehát szélesen kell értelmezni, de a BH-ban írtak határt szabnak annak.

Fontos volt a jövőre nézve, hogy a bírói gyakorlat meghatározta azokat a személyhez fűződő jogokat, amelyek megsértése miatt megállapítható a nem vagyoni kártérítés. Egészségkárosodás esetén a Ptk-beli egészséghez fűződő jog, míg halálesetnél a hozzátartozóknak a teljes és egységes családhoz tartozás, és abban való együttélés joga sérül. Ez utóbbi személyhez fűződő jog nincs a Ptk-ban nevesítve, azt a bírói gyakorlat alkotta meg. Meghatározó döntése volt a Legfelsőbb Bíróságnak a 87/1995 BH, ami szerint, személyhez fűződő jogot sért az a gyógyintézet, amelyik a gyógykezelési iratok másolatának kiadását megtagadja. Ez a határozat azért volt fontos, mert a perek megindítása előtt a betegek, illetve jogi képviselőik kérték a gyógykezelési iratok másolatát, amit az egészségügyi szolgáltatók jelentős része, különböző indokokkal megtagadott, és ezzel akadályozták a gyógykezelés előzetes szakvéleményezését, illetve a peres eljárások megindítását. Számos esetben a kártérítési per előtt a felperesek kénytelenek voltak iratkiadási pert indítani, és csak ezen BH után szűnt meg az iratkiadás megtagadása.

A jogszabályi háttér a kínos korszakhoz képest változatlan, de a bírói gyakorlat, mint azt fent ismertettem tartalommal töltötte ki, a legnagyobb gondosság, illetve a tájékoztatás előírásait.

A biztosítók továbbra sem kötöttek egyezségeket, még a fenti típus ügyekben sem, de már felállították a saját orvos-szakértői és jogi csapatukat, és perekben, mint beavatkozók aktívan közreműködtek az alperesek oldalán és ezzel alakították a bírói gyakorlatot.

A felperesek számára a vizsgált korszakban továbbra is csak a peres eljárás volt az egyedüli lehetőség, de a típus ügyekben már születtek olyan ítéletek, amelyek az egészségügyi szolgáltatókat marasztalták, tehát a kínos korszak sikertelensége megszűnt, az egészségügyi szolgáltatók ellen indított kártérítési perek egyre inkább egy jól elkülönült részévé váltak az igazságszolgáltatásnak.

A kellemes korszak

A kellemes korszak elején, figyelemmel arra, hogy az akkor még két különböző, de hasonló elvek mellett működő biztosító, szinte monopolhelyzetben volt az intézményi szolgáltatók felelősségbiztosításának területén, a biztosítók és a felperesek jogi képviselői felismerték, hogy nem kizárólag a peres eljárás az üdvözítő megoldás. Felmerült a per előtti egyeztetés lehetősége, hiszen ebben az esetben nem kell a biztosítóknak az eljárás teljes tartalmára tartalékolniuk a kártérítési összegeket, míg a felperesek előbb juthattak, a hosszú és bizonytalan peres eljárás helyett kártérítéshez, igaz alacsonyabb összegben. Az egyezségeket a bírói gyakorlat által az előző korszakban kialakult típus ügyekben kötöttek, szinte mindig a kártérítési limiten belül (még a legsúlyosabb esetekben sem haladta meg az összeg az 5 millió forintot), azaz az egészségügyi szolgáltatókat fizetési kötelezettség nem terhelte, kivéve, ha néha önrészt tartalmazott a biztosítási szerződés. A biztosítók a saját orvos-szakértői és jogi

csapatukat, tehát nem csak a perekben alkalmazták. Megkezdődött a kártérítési ügyek kettős előszűrése, hiszen a felperesi jogi képviselők is készítettek szakértői véleményt, majd azt később a biztosító szakértője is megvizsgálta, így egyezség csak akkor született, ha ez a két szakértői vélemény egyezett és azt az alperes is elfogadta. Peres eljárásra, tehát csak olyan ügyek kerültek, amelyeket a felperesek a biztosító szakértőjének elutasítása után is érvényesíteni akartak, de már megjelentek azok az esetek, amikor a biztosító elutasítása után peres eljárás nem indult. A biztosító közvetlen perlése, illetőleg a biztosítóval szembeni közvetlen igényérvényesítés, tehát a jogszabályok alapján nem volt, de a típus ügyek megjelenése, és a kórházak részéről, sokszor csak a szakmai büszkeségből, továbbra is fennálló elutasító magatartás a jogszabályi keretek célszerűségi áthágásához vezetett.

A per előtti egyezségek, és a kettős szűrés miatt csökkent a peres eljárások száma. Ezért jóval kevesebb a jövőt befolyásoló, általános tartalmú döntés született a bírói gyakorlatban. Mind a legnagyobb gondosság, mind a tájékoztatás terén egy-egy BH született. A 78/1998 BH egy konkrét legnagyobb gondossági elvárhatóságot fogalmaz meg, amikor kijelenti, hogy az előírtnál kétszer nagyobb mennyiségű kontrasztanyag felhasználás következtében kialakult egészségkárosodás, az nem fér össze a legnagyobb gondossággal, tehát felróható. Ez a megállapítás további típus ügghöz nem vezetett. A tájékoztatással kapcsolatban a 380/1998 BH született, ami szerint nem kell tájékoztatni a beteget a véletlenszerűen előforduló kockázat lehetőségéről, ami nem tartozik a műtéttel viszonylag nagy gyakorisággal együtt-járó szövődmények körébe. A véletlenszerűen előforduló kockázat valóban nem tartozik bele a műtéttel általában együtt-járó, vagy a műtét elmaradása esetén általában várható következmények közé, tehát ez a megállapítás a jogszabályokkal egyező volt. Azzal, hogy a BH a rendelkező rész második részében kiemelte, hogy arról sem kell tájékoztatni, ami nem tartozik a műtéttel viszonylag nagy gyakorisággal együtt-járó következmények közé, és így az ilyen következményeket is véletlenszerűnek minősítette, indokolatlanul leszűkítette a tájékoztatás jogszabályi határait. A jogszabály által előírt általában együtt-járó következmény és a BH által elvárt viszonylag nagy gyakoriság nem esik egybe, a jogszabályi előírás tágabb, abba nem csak a viszonylag nagy gyakoriságú következmények tartoznak bele. Szerencsére a bíróságok elég kevés tájékoztatással kapcsolatos ügy került a kellemes és az azt követő kényelmes korszakban, majd a kaotikus korszakban új BH-k születtek a tájékoztatással kapcsolatban, amelyek a leszűkített értelmezést nem követték. A bírói gyakorlat továbbra is fenntartotta magának azt a jogot, hogy a viszonylag nagy gyakorisággal előforduló következmények körét meghatározhassa, és azt a BH ellenére az egyedi ügyekben nem szűkítette.

Fontos kiemelni a Legfelsőbb Bíróság 218/1997 BH-ját, ami a jövő számára rögzítette, hogy az alperesi egészségügyi szolgáltatók, a felperes hozzájárulása nélkül nem szerezhetnek be magánfelkérésre igazságügyi szakértői véleményt, illetőleg a szakértő sem készítheti el ezt a véleményt hozzájárulás hiányában. Abban az esetben, ha hozzájárulás hiányában történi szakvélemény készítés, akkor mint a szolgáltató, mind a szakértő megsérti a felperesek magántitokhoz fűződő jogát. A BH szerint ha egy szolgáltató szakvéleményt kíván készíttetni, akkor a felperes hozzájárulását kell kérnie, és ha ezt megtagadja, akkor anonimizálhatja az iratokat és így szerezhet be véleményt, ilyenkor nem sért személyhez fűződő jogot. Az anonimizálási lehetőség megfogalmazása a felperesek számára hátrányos következményekhez, bizonytalansághoz vezetett a jövőben, hiszen az alperesek meg sem próbálták a felperesek hozzájárulását kérni, hanem rögtön anonimizáltak, ami nem a BH szerinti út volt, de mégis elfogadottá vált. Az anonimizálás mélysége sem volt a BH-ban meghatározva, tehát nem lehetett tudni, hogy mikor minősült egy gyógykezelési irat anonimizáltnak.

A jogszabályi háttér jelentős változáson ment keresztül. Az 1972. II. törvény helyébe az Egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. Törvény lépett, de az csak 1998. július 1. napján lépett

hatályba. Az új törvény a II. fejezetében részletesen szabályozta a betegek jogait, amiből különösen kiemelendő az önrendelkezési jog (a korábbi hozzájárulás-beleegyezés), a kezelés visszautasításának joga, és a tájékoztatási jog szabályozása. A tájékoztatással kapcsolatban az új törvény 13.§.-a, teljes körű tájékoztatási kötelezettséget ír elő. Ez a jövőben jelentősen meg kell, hogy növelje az egészségügyi szolgáltatók tájékoztatási gyakorlatát, illetve az ebben a kérdésben marasztaló ítéletek számát, hiszen az elvárható tájékoztatás határait jelentősen kiszélesítette a jogszabály. A törvény 77.§.(3) bekezdése továbbra is megtartotta az egészségügyi szolgáltatótól az elvárhatóság mércéjeként a legnagyobb gondosságot, azzal, hogy a körültekintést már nem írta elő. Kiemelte viszont a legnagyobb gondosságot körülíró szabályozók közül a szakmai és etikai szabályok, valamint irányelvek betartását, de ez a kiemelés nem minősül taxációnak. A hatálybalépés hiányában az új törvény még nem éreztette hatását a bírói gyakorlatban, ha ott felmerültek esetek még a régi jogszabályok alapján bíráltak el azokat. Fontos megemlékezni egy másik törvényről az 1997. évi XLVII. Törvényről, ami az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szól, ami törvényben szabályozta a gyógykezelési iratok kiadhatóságát, és az adatkezelés és az adattovábbítás különböző céljait és feltételeit. A törvény után már iratmegtagadás egészségügyi szolgáltató részéről nem történt, viszont a jogszabály lehetővé tette, hogy a másolatokért díjat számítsanak fel a szolgáltatók, de annak mértékét végrehajtási rendelet nem szabályozta. Ezen a területen a mai napig komoly gondok vannak, hiszen az intézmények 20-500 Ft.-ig számolnak fel másolási díjat oldalanként, ami esetenként a felperesek igényérvényesítési lehetőségét korlátozza.

Ez a korszak már többségében a felperesek sikerét hozta, akár a peren kívüli egyezségek megjelenésével, akár az egészségügyi szolgáltatókat marasztaló ítéletekkel.

A kényelmes korszak

A kellemes korszak tapasztalatai alapján néhány egészségügyi szolgáltató felismerte, hogy számára a per előtti egyezség jelentős kedvezménnyel jár, hiszen a biztosítási limit nem emelkedett, tehát egy peres eljárás, ha évekig elhúzódott a késedelmi kamatok miatt jelentősen növelte a kártérítési tételeket, amit már a limiten felül az intézményeknek kellett fizetni. A felismerés miatt az intézmények egy része is javasolni kezdte az egyezségek megkötését, akár úgy is, hogy az önrész helyett némi anyagi terhet is felvállalt, ami az egyezségi kártérítések minimális emeléséhez vezetett. Sajnálatosan ez a magatartás általánosan nem terjedt el, a többség továbbra is tagadta a felelősségét. A biztosítók az előzetes szakértői vizsgálatok eredményeképpen kezdtek túllépni a bírói gyakorlat által kialakított típusú kereteken és saját típusú ügyeket alakítottak ki, illetve, ha a szakértő szerint a legnagyobb gondosság hiányzott, egyedi ügyekben is javasolták az egészségügyi szolgáltatóknak az egyezséget, ami sok esetben létre is jött. A közvetlen igényérvényesítés továbbra sem valósult meg, csak a biztosítók felvállaltak egy közvetítő szerepet az egészségügyi szolgáltatók és a felperesek között, ami viszont mindenki érdekét szolgálta és ennek hiánya jelentette volna a magas, az intézményeket terhelő kártérítéseket. Az egyezségek főleg szülészet-nőgyógyászat és sebészet területeken kötöttek. Alaposabb lett a biztosítók egyezségi ajánlatot elutasító magatartása is, ami azzal magyarázható, hogy egyre több szakterületről alkalmaztak szakértőt. Ezek az elutasítások gyakrabban eredményezték azt, hogy ezt követően felül-bírálatra került a felperesek oldalán a pernyerési valószínűség mértéke és sok esetben így nem indult peres eljárás. A peres eljárások száma jelentősen visszaesett tehát, jelentősebben, mint a kellemes korszakban, így a biztosítók gyakorlata akár az ítéleteknél jelentősen alacsonyabb összegű peren kívüli egyezségekkel, de főleg a peren kívüli egyezségi ajánlatok alapos elutasításával komoly kártérítés kifizetésektől mentesítette az egészségügyi szolgáltatókat, tehát ténylegesen betöltötte szerepét az egészségügyi felelősségbiztosítás.

A jogszabályi háttér változatlan volt, azzal, hogy az új egészségügyi törvény már hatályba lépett, de csak úgy mint az előző korszakban, figyelemmel arra, hogy a felperesek csak elenyészően ritkán indítottak a kár bekövetkezése után rögtön eljárást, még a hatályon kívül helyezett jogszabályok adták a felrőhatóság kereteit.

Fontos megemlíteni az Alkotmánybíróság 43/1998 számú határozatát, ami indokolásában, igaz a büntető eljárási törvény értelmezésénél megállapította, hogy az Egészségügyi Tudományos Tanács Igazságügyi Bizottsága – ami a bírói gyakorlat szerint a perekben eljáró szakértői lehetőségek csúcsát jelentette, és gyakran a testület véleménynek a többi véleményt elbíráló, végső döntést egyedül segítő szerepet tulajdonítottak – nem az alapul fekvő ügyet dönti el, hanem csak egy véleményt alkot, ami egy a bizonyítékok közül, annak kiemelt szerepe nincs. A bizonyítékok szabad mérlegelése alapján a bíróság jogosult a felülvéleményt akár figyelmen kívül is hagyni és a rendelkezésre álló egyéb bizonyíték alapján ítélni, ha azt tartja megalapozottnak. Kijelentette azt is, hogy a testület véleményének elnevezése, a felülvélemény, csak technikai norma, rangsort nem jelent. Ennek a határozatnak a rendelkezései a polgári eljárás során is fokozatosan érvényesültek, hiszen a szakértő testület ugyanaz, mint a büntetőeljárásban, ami jelentősen segítette, hogy a bizonyítás a felpereseknek kedvezően, az eljárásjog fontos alapelvei, a közvetlenség és szóbeliség között maradjon, és ne egy olyan testületnél, amelyik nem idézhető illetőleg, előmozdította azt is, hogy a bíróságok ténylegesen a szabad mérlegelés lehetőségével éljenek.

Figyelemmel a per előtti egyezségekre, illetve a biztosítók egyezségi ajánlatot elutasítása esetén folytatott érdemi tevékenységére, peres eljárás ebben az időszakban szinte alig indult, olyankor történt inkább, amikor a peren kívüli egyezségi összeg túlzottan alacsony volt az elszenvedett károsodáshoz képest, pl. oxigénhiányos csecsemő esetén. Ez utóbbi eljárások viszont a hosszúságuk miatt nem a kényelmes korszakban fejeződtek be. A korszak a bírói gyakorlat számára is kényelmes volt, hiszen alig kellett egyedi ügyekben ítélni, a Legfelsőbb Bíróság kifejtette irányító-felügyeleti tevékenységét általános kérdésekben.

A legnagyobb gondosságot egyetlen BH érintette a korszakban az 510/1999-es, ami szerint a sebgyógyulás elhúzódása is eredményezhet kártérítést, még akkor is ha az nem maradandó kárral jár. Érdekes BH a 363/1999-es, ami a nem vagyoni kártérítési igény jogutódlásáról szól, ami szerint ha az eljárás elindult bíróság előtt a nem vagyoni kártérítés iránt, akkor az elhunyt igénylő helyébe a jogutódok beléphetnek és azt az összeget ítélik meg részükre, amit az elhunyt kapott volna, de a késedelmi kamatot csak a jogelőd halálának napjáig számítják. Az 533/1998 BH szerint jogszabály tiltó rendelkezése folytán nincs akadálya, hogy a beteg a gyógykezelés befejezése után hálapénzt adjon, de azt kártérítési igényként nem érvényesítheti. Ez a rendelkezés vitatható, hiszen a hálapénz után az orvosnak adóznia kell, tehát az legalább általános kártérítésként megítélhető lehetne, különösen, ha – és erre volt már példa – az orvos a hálapénz átvételét elismeri. A 156/1999-es BH megállapítja, hogy az egészségügyi dolgozót az orvosi titoktartási kötelezettség a gyógykezelés befejezése után is köti. Az indokolásban ismételtelen felvetődik, hogy személyhez fűződő jogot sért, ha a felperes hozzájárulása nélkül szerez be az egészségügyi szolgáltató szakértői véleményt a gyógykezelés befejezése után. Ebben a BH-ban már nincs szó az anonimizálás lehetőségéről, és mivel ez keletkezett később felperesi álláspont szerint az anonimizálás már nem lehetséges.

Ez a korszak felperesi szemszögből az egészségügyi szolgáltatók elleni kártérítési ügyek aranykora volt, ami viszont értelemszerűen nem tarthatott sokáig, hiszen a kárhányad romlása miatt egy nyereségorientált biztosító nem vállalhatja fel az egyezségeket hosszú távon, különösen, ha az egészségügytől érdemi segítséget alig kapott, illetve díjat alig emelt. Ez az állapot be is következett a piacvezető biztosító az intézményi felelősségbiztosítás területéről kivonult, többen beléptek a rendszerbe, ami sokszereplőssé tette az eljárásokat, továbbá az egészségügyi szolgáltatók anyagi helyzete is jelentősen romlott, ami polarizálta az érdekeket a felperesek, a biztosítók és az egészségügyi szolgáltatók között. Ez az állapot maga után vonta,

hogy a kényelmes korszak megszűnése után ismételen a bírói út igénybevétele lesz az általános és újból egy küzdelmes időszak kezdődik, de más biztosítói, jogszabályi és bírói gyakorlati háttérrel, mint 1994-1996-ban.

A kaotikus korszak

A piacvezető biztosító kivonulása után, az intézményi egészségügyi szolgáltatók felelősségbiztosítása terén volt olyan biztosító, amelyik a szolgáltatók nagyobb részével szerződött, de a piacon több biztosító is szerepet vállalt. Több olyan biztosító is fellépett, amelyik korábban nem foglalkozott az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosításával. A későbbiek során az a biztosító, amelyik a szolgáltatók nagyobb részével szerződött számos szerződését felmondta, többek között azért mert a sok kártérítési bejelentés olyan tartalékolási kötelezettségeket rótt a biztosítóra, ami már nem érte meg, és az így felszabadult területeken újabb biztosítók jelentek meg.

A többféle biztosító különböző kárrendezési technikát alkalmazott. Általában nem központi volt az ügyintézés, hanem a különböző területi igazgatóságoknak saját orvos-szakértői és jogi csapata volt különböző hozzáértéssel és hozzáállással. A biztosítók megpróbálták az egyéb területeken (különösen a kötelező gépjármű-felelősségbiztosítás) bevált felelősségbiztosítási ügyintézés folyamatát alkalmazni az egészségügyi szolgáltatóknál is. A kárbejelentések előzetes vizsgálatától eleinte elzárkóztak és csak a szolgáltatók bejelentését fogadták el, azzal, hogy a szolgáltatónak kellett az előzetes vizsgálatot lefolytatni. Abban az esetben, ha a szolgáltató egyetértett a kárigényben írtakkal, csak akkor vizsgáltatta meg a biztosító az ügyet a saját szakértőjével, és egyetértés esetén születhetett egyezség. Mint azt korábban mondtam, a klasszikus felelősségbiztosítási szerkezet az egészségügyi szolgáltatóknál nem alkalmazható, hiszen náluk a hosszú ideig fennálló támadhatatlanságuk miatt kialakult az „én nem hibázhatok” hozzáállás. Szükséges, hogy a biztosító aktívabb szerepet vállaljon, ami viszont nem várható el egy nyereségorientált biztosítótól. A fentiek miatt a kényelmes korszakból eredően nagy számú kártérítési igénybejelentés történt, de minimálisra esett vissza az egyezségek száma. A szolgáltatók érdemben nem cáfolták a kártérítési igényeket, csak tagadtak, így nem álltak rendelkezésre olyan tartalmú elutasítások, ami alapján a károsult meggondolhatta volna, hogy peres eljárást indít vagy nem. A fentiek miatt jelentősen megnövekedett a peres eljárások száma, ami majd különösen négy-öt év múlva érezteti hatását, hiszen azok akkor fejeződnek be. Az új biztosítók fokozatosan tanulták meg, hogy ezen a területen a klasszikus felelősségbiztosítás nem működtethető és megpróbálták a korábbi gyakorlat felélesztését, ami néhány esetben már vezetett egyezséghez, de ezek száma alacsony volt. A területen érvényesülő másik sajátosság, a biztosítási szerződések szigorodása volt. Akadt olyan biztosító, ami 30 fajta kizárást alkalmazott, majd mindegyik biztosító kizárta a tájékoztatási kötelezettség hibás teljesítése miatti helytállást, megjelent az időbeli hatály jelentős korlátozása- csak a szerződés hatálya alatt okozott, bekövetkezett és bejelentett kárigényekért való helytállás – szaporodtak a visszakövetelési esetek, de nem változott a felelősségbiztosítási limit (5 millió forint), sőt volt, ahol az csökkent, illetőleg általános lett a 10%-os önrész.

Egyértelművé vált, hogy ez a felelősségbiztosítási rendszer nem alkalmas a tényleges funkciójának betöltésére, illetve arra a vélelmezett funkcióra sem, hogy csökkentse a peres eljárások számát. Ez az állapot jogszabályi rendezést igényel, a felelősségbiztosítás minimumfeltételeiről, amire a lehetőség, az Egészségügyi törvénynek erre a területre szóló, végrehajtási rendelet alkotási felhívása alapján, meg is van.

A jogszabályi háttér változatlan, együtt érvényesül a peres eljárások során a korábbi és az új Egészségügyi törvény. A különbség a korábbi szakaszokhoz képest azt, hogy már indulnak eljárások, amelyek 1998. július utáni ügyekre vonatkoznak, és így születnek olyan ítéletek, igaz még nem a Legfelsőbb Bíróságon, amelyek már az új törvény rendelkezéseit veszik

figyelembe. A két törvénynek a legnagyobb gondosságot érintő megfogalmazása, mint azt korábban már említettem érdemi különbséget nem mutat, így ebben ütközés nincs, csak a bírói gyakorlat finomítja tovább a legnagyobb gondosság mögötti típus ügyeket. Az új törvény az egészségügyi ellátáshoz való jogot, mint betegjogot fogalmazza meg, és ott elvárhatóságként a megfelelő ellátást jelöli meg, azzal, hogy az ellátás akkor megfelelő, ha az a szakmai és etikai irányelveknek megfelel. Ez szűkebb körű lenne, mint a legnagyobb gondosság, de szerencsére a bírói gyakorlat nem ezt az elvárhatóságot, hanem a törvény 77. §, (3) bekezdése szerinti legnagyobb gondosságot használja a kártérítési felelősség vizsgálatánál. A tájékoztatás szabályozásában ellentmondás van a két jogszabály, de még az új törvény rendelkezései között is. Az új törvény, mint azt már említettem teljes körű tájékoztatást ír elő, ami azt jelenti, hogy gyakorlatilag mindenről tájékoztatni kell a beteget, míg a régi törvény keretek közé szorította a tájékoztatást. Ez alapján az egészségügyi szolgáltatók tájékoztatási kötelezettsége parttalan lenne, és nem születhetne a bírói gyakorlatban olyan BH, ami meghatározná, hogy miről nem kell tájékoztatni. Ezt oldhatja fel az új törvény 134.§.(1) bekezdése, ami az egészségügyi dolgozók kötelezettségeinél ismételten említi a tájékoztatási kötelezettséget. A bekezdés szerint a tájékoztatásnak a beteg állapota által indokolt részletességűnek, az orvostól elvárható ismereteknek megfelelőnek, az orvos legjobb tudása szerintinek kell lennie. A bekezdés tehát szűkíti a 13 § szerinti teljes-körűséget, hiszen annak határokat szab. A két törvény, illetve az új törvényen belüli ellentmondást majd a Legfelsőbb Bíróságnak kell feloldania, de ezzel kapcsolatos határozat még nem született.

A bírói gyakorlatra a kaotikus jelző helyett inkább a kiszélesítő a helytálló, hiszen az eseti határozatokban, az egészségügyi szolgáltatók felelősségének határait szélesítette. A bírói gyakorlat csak annyiban minősíthető kaotikusnak, hogy a kaotikus jogszabályi háttérrel kellett dolgoznia, illetve az új eseti döntések akár a legnagyobb gondosságnál, akár a tájékoztatásnál részletesebbek, mint korábban, és részben ellent is mondanak különösen a tájékoztatásnál a küzdelmes korszakban kialakított típusdöntéseknek, és a gyakorlatban mégis együtt kerültek alkalmazásra. A legnagyobb gondosság körében születtek általános tartalmú és speciális, az egyes orvosi szakterületek, leginkább a szülészet-nőgyógyászat részletit érintő típus ügyek. Mindegyikre elmondható viszont, hogy a legnagyobb gondosság kereteit az egészségügyi szolgáltatók hátrányára szélesítette, és az elvárhatóságot közelítette a tényleges legnagyobb gondossághoz.

A lényegesebb általános tartalmú döntések a következők voltak:

- Az egyetlen, ami a BH-ban is megjelent a 347/2000 BH, ami szerint az esetleges állapotromlás a műtéti kockázat körébe tartozik, ha az, illetve az alap-beavatkozás, aminek következményeként az létrejött a legnagyobb gondosság keretein belül történt.
- Az egészségügyi szolgáltatóktól nem csak az várható el, hogy a legnagyobb gondossággal járjanak el, hanem, hogy az ezen határ belüli lehetőségek közül is a legcélszerűbb gyógymódot alkalmazzák. Ez tovább szűkítette azokat a magatartásokat, ami megfelelt a legnagyobb gondosságnak, és ezért kockázatnak minősíthető, hiszen a legnagyobb gondosságnak megfelelő magatartások között is tovább minősített.
- A diagnosztikai tévedés vizsgálatát megelőzi annak elemzése, hogy minden indokolt és szükséges vizsgálatot elvégzett-e az egészségügyi szolgáltató annak érdekében, hogy döntési pozícióba kerüljön, azaz, hogy egyáltalán beállhasson nála a diagnosztikai tévedés. A legnagyobb gondosság melletti nem felróható diagnosztikai tévedés elsődleges vizsgálata háttérbe szorul, így elképzelhető, hogy az orvos a terápia megválasztás során a legnagyobb gondossággal járt el, tehát ez a tevékenysége, mint diagnosztikai tévedés nem lenne felróható, de mert valamilyen megelőző vizsgálatot nem végzett el, a diagnosztikai tévedéstől függetlenül azért felróható a magatartása, mert nem hozta magát megfelelő döntési helyzetbe, hogy a diagnosztikai tévedés nála bekövetkezessen.

- A kórházban bekövetkezett szepszis önmagában felróható, ha annak kialakulása, vagy továbbterjedése, valamilyen nem a legnagyobb gondosság szerinti magatartásra visszavezethető, azzal, hogy a szolgáltatónak kellene bizonyítani, hogy a kialakulásban, vagy a továbbterjedésben semmilyen kórházi körülmény nem játszott szerepet. Ez a feltétel az ÁNTSZ ilyenkor kötelező, minden részletre kiterjedő vizsgálata miatt szinte lehetetlen. A régi bírói gyakorlat szerint fertőződés kórházi körülmények mellett bekövetkezhetett, ez a gyógykezelés kockázata volt. Felróhatóságot akkor állapítottak meg, ha a fertőzött állapotot nem időben észlelték, illetve a nem megfelelő gyógykezelést kapta ilyenkor a beteg. A fertőződés tekintetében ez utóbbi felróhatóság is megmaradt, de eggyel előrébb került a felróhatóság megállapításának lehetősége.

A lényegesebb speciális, szülészet-nőgyógyászatot érintő döntések, amelyek nem egyszer, hanem többször is kimondtak a bírói gyakorlatban, a következők voltak:

- Abban az esetben, ha egy császármetszésnek nem áll fenn az abszolút vitális javallata, csak a relatív, profilaktikus javallat, azaz orvosi szempontból nem áll fenn a császármetszés abszolút javallata, jogi értelemben akkor valósul meg a legnagyobb gondosság, ha a császármetszésre már a profilaktikus javallat alapján sor kerül. A bírói gyakorlat itt nyíltan szembe helyezkedik a szakértői gyakorlattal, ami gyakran hangsúlyozza, hogy az abszolút javallat hiányában fennálló profilaktikus javallat estén az orvos gyógymódválasztási szabadsága érvényesül, így nem felróható, ha nem végez császármetszést. A bírói gyakorlat tehát, jogi értelemben korlátját állítja fel a szakértői gyakorlat által felvetett gyógymódválasztási szabadságnak.
- A gátmetszés elvégzése szükséges, de önmagában nem elegendő és az orvostól elvárható legnagyobb gondosság szerint a további gátvédelem akkor is követelmény, ha azt a szakma szabályai nem írják elő. A bírói gyakorlat ismételt felállít egy elvárhatósági tételt, amire az orvosi szakma azt mondaná, hogy kockázat, de a bírói gyakorlat azt nem fogadja el.
- Bármilyen fejlődési rendellenességnél, ha az UH-val a 18. héten felismerhető és ezt a vizsgálatot szonográfus végzi, akkor megállapítható a szolgáltató felróható magatartása attól függetlenül, hogy az UH vizsgálattal történő felismerés nem száz százalékos. A felróhatóság ilyenkor abban nyilvánul meg, hogy az MSZNUT ajánlás szerint a 18. héten végzett vizsgálatot lehetőleg „B” vagy „C” végzettségű vizsgálónak kell végezni és ilyen képzettsége csak orvosnak lehet. Abban az esetben, ha a gyógyintézetnek van ilyen végzettségű dolgozója, akkor jár el a legnagyobb gondossággal, ha ez a dolgozója végzi a vizsgálatot és nem szonográfus, aki csak "A" végzettségű lehet. A felróhatóság vizsgálatánál, tehát nem azt nézik, hogy milyen volt a vizsgálat, hanem, hogy ki végezte azt, és abból indulnak ki, hogy az orvos által végzett vizsgálat ebben, és csak is ebben az esetben, gondosabb eljárás lett volna.

A tájékoztatással kapcsolatban két lényeges BH született, ami a szolgáltatók tájékoztatási kötelezettségének mélységéről és a tájékoztatással kapcsolatos bizonyításról szól. A BH-k alapján egyértelműen megállapítható, hogy a tájékoztatás a felróhatóság körében értékelendő, így azt vélelmezik, hogy a tájékoztatás nem volt megfelelő, azaz felróható volt. A szolgáltatónak kell bizonyítani, hogy a tájékoztatás formai és tartalmi követelményeinek megfelelt az eljárása, abban az esetben, ha akár csak az egyiket nem tudja bizonyítani, a tájékoztatással kapcsolatos eljárása felróható volt. Az 536/2000 BH szerint a betegnek ismernie kell a műtét elmaradása esetén várható következményeket, és tudnia kell, hogy a műtéttel milyen kockázatot vállal. Ezért a bíróságnak nemcsak a műtėti hozzájárulás tényét, hanem a tájékoztatás tényleges tartalmát is vizsgálnia kell. A 65/2001 BH szerint az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelősséggel tartozik, ha a tárgyilagos, részletes, körültekintő és valóságnak megfelelő tájékoztatást a betegnek nem adja meg. A betegnek a kórházba való felvétele során adott a kivizsgálásba, kezelésbe és műtétbe beleegyező

nyilatkozata önmagában nem alkalmas annak bizonyítására, hogy a beteg a műtét előtti megfelelő tájékoztatást megkapta. A BH-k alapján egyértelmű, hogy az egészségügyi szolgáltatók által még ma is alkalmazott általános tartalmú tájékoztató nyomtatványok önmagukban nem elegendők a tájékoztatás bizonyítására, vagy konkrét írásbeli tájékoztatók kellene, vagy a szolgáltatónak a tárgyaláson kell bizonyítania a tájékoztatás tényleges tartalmát. A tájékoztatásnak bírnia kell a BH által megjelölt négy jellemzőt, de annak fennálltát nem egy ilyen tartalmú nyilatkozat, hanem a tényleges tájékoztatás alapozza meg, illetve azok meglétét a szolgáltató bizonyítása után a bíróság ítéli meg. Fontos formai előírás, hogy a tájékoztató nyomtatványokat a beavatkozás előtt, és nem a betegfelvételkor, kell aláírni, különben nem alkalmas annak bizonyítására az aláírás, hogy bármilyen tájékoztatás megtörtént.

A kártérítési felelősség másik fontos eleme az ok-okozati összefüggés. Ebben az alábbi érdekes, felperesnek kedvező döntések születtek:

- Amikor a szakértői vélemény szerint teljes bizonyossággal nem megállapítható egy egészségkárosodás vagy halál oka, és az visszavezethető több folyamatra is, melyből az egyik felróhatóan minősíthető, a bíróság a rendelkezésre álló iratok alapján a legvalószínűbb folyamatot választja ki az ok-okozati lánc megállapítására. Abban az esetben, ha ez a felróható magatartás, akkor a kártérítési felelősség valószínűségi okozati összefüggés alapján kerül megállapításra.
- Az esély kérdését a korábbi bírói gyakorlat az ok-okozati összefüggésnél értékelte. A szakértői vélemények gyakran tartalmazták azt a megállapítást, hogy százalékos valószínűséggel nem lehet meghatározni, hogy valaki egy a legnagyobb gondosságnak megfelelő eljárás esetén is életben maradt volna, vagy egészséges lett volna, de ennek az esélye nagyobb lett volna. Figyelemmel az egyértelmű megállapítás hiányára az ítéletek ilyenkor gyakran azt állapították meg, hogy a felperes az ok-okozati összefüggést egyértelműen nem tudta bizonyítani, így az ok-okozati összefüggés hiánya miatt elutasították a keresetet. A legújabb bírói gyakorlat az esély kérdését a legnagyobb gondossághoz, azaz a felróhatósághoz kapcsolja, azzal, hogy az egészségügyi szolgáltatónak kell magát a kártérítési felelősség alól kimentenie magát, ezért neki kell bizonyítania, hogy a legnagyobb gondossággal járt el, és ennek ellenére nem volt esélye a betegnek a gyógyulásra, illetve, a túlélésre. Abban az esetben, ha a szolgáltató ezt nem tudja bizonyítani az esély miatt a felróhatósága megállapítható. Az esély kérdése, tehát átértékelődött, az ok-okozati összefüggéstől, aminek sikertelen bizonyítása a felperesre hárult, a felróhatósághoz került, ami hiányának sikertelen bizonyítása az egészségügyi szolgáltatóra hárul.

A bizonyítás körében az alábbi figyelemre méltó, felperesnek kedvező ítéleti rendelkezések születtek:

- Megállapította bíróság, hogy a szabad bizonyítás rendszeréből az következik, hogy a bíróság bármely bizonyítási eszközt felhasználhat a tényállás felderítésére. Ebbe a felsorolásba a magánfelkérésre készült szakértői vélemény is beletartozik. Sajnálatosan a Legfelsőbb Bíróság másik tanácsa a magánszakértői véleménynek csak olyan szerepet szán, hogy az alapján készítheti el a bíróság a kirendelt szakértőhöz a kérdéseket. A bírói gyakorlat a magánszakértői vélemény értékelésével kapcsolatban, tehát még mindig elutasító, hiába teremtette meg a lehetőségét a bizonyítékok szabad értékelésével annak, hogy figyelembe vegyék, akár még a kirendelt szakértői véleménnyel szemben is, ténylegesen nem ez történik a gyakorlatban.
- A már hivatkozott 43/1998 Alkotmányírósági határozatra is figyelemmel kimondta ítélet, hogy az ETT IB véleménye nem kiemelt bizonyíték, az csak a bizonyítékok egyike, nem lehet azt tenni, hogy az abban foglaltakat veszik csak figyelembe és a többi szakértői véleményt érdemben nem érinti a bíróság. Az ETT IB felülvéleménye is minősíthető

megalapozatlannak, ha pl. nem vett igénybe megfelelő végzettségű szaktanácsadót, és ilyen esetben a felülvélemény figyelmen kívül hagyható. Ez a gyakorlat ismétlően a felperesnek kedvező bizonyítási eljárást segíti elő, sajnálatosan még nem elterjedt minden bíróságon.

Látható, hogy az ok-okozati összefüggés és a bizonyítási eljárás új gyakorlata is, a legnagyobb gondosság és a tájékoztatás részleteihez hasonlóan az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségét szélesíti, ami a felpereseknek kedvező.

A kérdéses-kívánatos korszak

Az előző öt korszak, de különösen az utolsó az alábbi összefoglaló kérdéseket veti fel, amire csak úgy lehet válaszolni, ha az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségének rendszerében alapvető változtatás történik, nem a jogelmélet, hanem az igények kezelése szintjén.

- A legnagyobb gondosságot a bírói gyakorlat szélesebbé tette, mint a felróhatóság megfogalmazásából származó adott helyzetben általában elvárható magatartást. Az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelőssége, ahogy Gustav Radbruch elnevezte, a szégyenlős objektív felelősség irányában halad, hiszen egyelőre még a felróhatóság, mint elem megtalálható a kártérítési felelősség elbírálásánál, de az közelít az objektív, az egészségügyi szolgáltatók számára hátrányosabb felelősség elbírálás felé.
- A plasztikai sebészet egyre szélesedő területén, különösen az esztétikai okból végzett műtétekből fakadó esztétikai károsodásoknál, mikor a beavatkozás eredményét számítógépen előzetesen bemutatják, illetve a fogorvosoknál a fogművek kialakításával kapcsolatban, az orvos és beteg közötti jogviszony fokozatos átalakuláson megy keresztül. megbízás helyébe egyre inkább a vállalkozás lép majd, eredmény-felelősséggel, ami szintén szélesíti az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségét.
- Az egészségügyben is szaporodnak a beépített erőgéppel működő berendezések, illetve a velük végzett beavatkozások száma. A veszélyes üzem felelősséget az egészségügyi szolgáltatók tevékenységével kapcsolatban hosszú ideig nem állapították meg, mivel a bírói gyakorlat szerint a káros következmény nem az orvos önmagában károsító beavatkozásának hatása miatt állt be, hanem azért, mert a beteg szerkezeti sajátosságai folytán ismeretlen és előre ki nem számítható folyamat játszódott le. Ez az indoklás hosszú ideig már nem tartható, és különben is csak az egész egészségügy veszélyes üzemé minősítését zárná ki. A gépek okozta káresemények, akár a gép, akár a kezelő hibájából alakulnak ki a veszélyes üzem felelősség keretein belül bíráltnak el jelentős részben. Indokolatlan az egészségügy területén alkalmazott gépek kiemelése ebből a körből. Az inkubátor nem megfelelő működése miatt már ítélet is kimondta a veszélyes üzem felelősséget. A Legfelsőbb Bíróság 306/2002 BH-ja pedig megállapította, hogy a fokozott veszéllyel járó tevékenység fogalmához tartozó kör a technika fejlődésével bővül, ezért a bíróságnak egyedileg kell eldöntenie, hogy az adott ügyben vizsgált tevékenység fokozott veszéllyel jár-e. Ez az egyedi elbírálás lehetősége, teremti meg majd annak a feltételeit, hogy az egész egészségügyre vonatkozó veszélyes üzem felelősséget kizáró bírói gyakorlati tétel meghaladhattassék, és eseteken keresztül a veszélyes üzem felelősség egyre többször megállapítható legyen. A veszélyes üzem felelősség viszont ismétlően szélesíti az egészségügyi szolgáltatók felelősségét, hiszen a kimentés alapja nem a felróhatóság lesz, hanem egy sokkal szűkebb körű lehetőség a működési körön kívül álló és elháríthatatlan ok.
- A megítélt kártérítések összegek, a hosszú ideig tartó eljárások miatti kamatterhek, valamint a számos vagyoni kártérítési igény, továbbá a nem vagyoni kártérítési tételek fokozatos emelkedése miatt, különösen súlyos egészségkárosodások esetén több felperesre együtt eléri a 20-30 millió forintot, havi 100-200 ezer forintos jövőbeli járadék mellett.

Az Európai Unióhoz csatlakozás nyilván nem csökkenteni fogja a kártérítési tételeket, hiszen az európai gyakorlat magasabb kártérítésekkel dolgozik. A megemelt kártérítések jelentősen növelik az egészségügyi szolgáltatók kötelezettségeit, hiszen ezeket az összegeket a szolgáltatóknak kell kifizetniük a jelenlegi biztosítási feltételek mellett.

- Az új polgári törvénykönyv koncepciója szerint a felróhatóság helyébe az objektív felelősségi alap lép, azaz a kártérítési felelősség meghatározása a következő lesz: „Aki másnak jogellenesen kárt okoz, köteles azt megtéríteni, A károkozó mentesül a felelősség alól, ha bizonyítja, hogy a kár az adott helyzetben elháríthatatlan volt”. A kimentési lehetőség jelentősen szűkülne. A koncepció felveti a kötelező biztosítás esetén, és az egészségügyben ez van, a közvetlen perlést, illetve a felelősségbiztosítási limitek kizárások törvényi szabályozását. Bevezetésre kerülne a sérelemdíj is, ami a nem vagyoni kártérítés szankcionáló funkcióját vezetné be, igaz nem minden esetben. A fentiek szintén szélesítenék a szolgáltatók kártérítési felelősségét, illetve a biztosítóknak is új szerepet szánának.
- A 2001. évi CVII. törvény 2003. január 1.-i kezdő időponttal bevezeti a szabadfoglalkozású orvos kategóriáját. Abban az esetben, ha egy szabadfoglalkozású orvos mulasztást követ el, a vele szerződött egészségügyi szolgáltató fizeti a kártérítést a felperesnek, de ezután a szolgáltató a teljes kártérítés megtérítése iránt eljárást indíthat a szabadfoglalkozású orvos ellen. Ez az intézkedés nem az egészségügyi szolgáltatók, hanem általában az orvosok kártérítési felelősségét szélesíti, hiszen többszereplőssé teszi a rendszert és a végén az orvosra telepíti az összecszerzési részt is.

A fenti kérdésekre, különösen rajtuk keresztül a kártérítési igények kezelésére az alábbi válaszok adhatók:

- A kifizetésre kerülő kártérítések limitálása. Ez a megoldás az Orvosi Kamara részéről merült fel, de alkotmányellenes így megvalósítása nem lehetséges. Az egészségkárosodás, illetve a halál, mint következmények beállhatnak orvosi műhiba, közlekedési baleset vagy egyéb okból is. Abban az esetben, ha az egészségügyi szolgáltatók felelőssége esetén limitálnánk a bíróság által megítélhető kártérítést, míg a közlekedési balesetnél nem, akkor elképzelhető, hogy egy hasonló károsodásért eltérő összegű kártérítéseket lehetne megítélni jogszabály és nem a bírói mérlegelés alapján. A limitálás esetleg felmerülhetne a nem vagyoni kártérítés szankcionáló funkciójának bevezetése esetén erre a részre, hiszen ez az összeg független az elszenvedett károsodástól, de a nem vagyoni kártérítés szankcionáló funkciója a hazai joggyakorlatban nem ismert.
- A peren kívüli kárrendezést gyorsító egészségügyi közvetítő rendszer. A 2000. évi CXVI. törvény és a végrehajtására kiadott 4/2001 Eüm rendelet szabályozza részletesen az egészségügyi közvetítői eljárást. Ezt a formát arra hozták volna létre, hogy gyorsítsa és segítse a peren kívüli egyezségeket. A törekvés dicséretes volt, a megvalósítás viszont szegényes. A közvetítő döntési jogkörrel nincs felruházva, csak azt segítheti elő, hogy a felperes és az egészségügyi szolgáltató előtte egyezséget kössön egymással, de nem irányíthatja, nem befolyásolhatja a feleket. Ez az eljárás négy hónapig tarthat csak, és ha nem vezet eredményre ezen idő alatt, akkor megszűntnek kell tekinteni. Az eljárás drága, hiszen az eljárási díj pl. közvetítőnként 50.000. Ft. A fentiek miatt kevés eljárás indul, azok is eredménytelenül fejeződnek be, illetve csak olyan ügyekben eredményes, ami egyértelmű, amely ügyekben közvetítő nélkül is megkötnék az egyezséget a felek. Ez az egészségügyi közvetítés, bár én is végzett egészségügyi közvetítő vagyok, véleményem szerint a jelen feltételek mellett megszüntetésre javasolt intézmény, nem alkalmas a kártérítési igények kezelésére.
- A skandináv államokban kialakított no-fault rendszer bevezetése. Az eljárás lényege, hogy felróhatóságot nem kíván meg, az ok-okozati összefüggésnél mindig megelégszik a

valószínűség bizonyításával. A betegnek tehát azért jár kártérítés, mert igénybe vette az egészségügyi szolgáltatást, és ennek következtében egészségkárosodás, vagy halál érte, függetlenül attól, hogy ez a beavatkozás kockázata vagy nem. Erre a szolgáltatásra az egészségügyi szolgáltatók hozzájárulásával létrejön egy biztosító és ez működteti a rendszert. Ez a megoldás a magyar viszonyok mellett, ahol még a felróható károkozás miatti kártérítések is megoldásra várnak, nem bevezethető, de a távoli jövőre nézve nem elvethető.

- Hosszú távú megoldásként elképzelhető egy olyan peren kívüli eljárási forma, ami döntési jogkörrel bír, akár mint egy választott bíróság, akár egy testület, ami jogászokból áll az Orvosi Kamara mellett, ami a német rendszerhez hasonló, vagy lehet, hogy az egészségügyi közvetítőket kell döntési jogkörrel felruházni. Ennek a megoldásnak egyedüli előnye, hogy gyorsabb lenne, mint a bírósági eljárás, azzal, hogy természetesen nem lenne kizárólagos, tehát ennek sikertelensége esetén igénybe vehető lenne a bírósági eljárás is. Abban az esetben, ah a bírósági eljárás felgyorsul ez az eljárási forma szükségtelen, hiszen a korábbi gyakorlatból eredően a bíróságok inkább alkalmasak az ügyek eldöntésére, mint valamilyen új testület.
- Rövid távú megoldás az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosításának teljes megreformálása, az elmúlt 10 év tapasztalatai alapján. Elsődlegesen meg kell alkotni az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosításának minimumfeltételeiről szóló jogszabályt. Ebben rögzíteni kell a biztosítók helytállási limitét, esetlegesen az önrész mértékét, a biztosítók által alkalmazott kizárások eseteit. Ez más szakmákra, pl. a biztosítási brókerekre már megvalósult. A limitet mindenképpen emelni kell, abban az esetben, ha ez az emelés jelentős a jövőben lehetséges az új Ptk. alapján a közvetlen igényérvényesítés is, ami jelentősen segítené a peren kívüli egyezségeket, hiszen az egészségügyi szolgáltatók szakmai büszkeségből fakadó érdekei nem lennének befolyásoló tényezők. Elsődlegesen azonban a nagy mértékű emelés olyan díjemelkedést jelentene, amit a magyar egészségügy jelenleg nem bírna el, ezért egy kisebb emelést kell végrehajtani, de ezek az összegek már inkább lennének alkalmasak a peren kívüli kárrendezésre, mint a jelenlegi határ. A kizárásokat azért kell a jogszabályban szabályozni, mert a biztosítók túlságosan sok és széleskörű kizárási feltételeket állítottak fel ezen a területen.

A jogszabály megalkotása után meg kell találni azt a biztosítót, amelyik hajlandó lesz a fenti feltételekkel működtetni a biztosítást. A nyereségorientált biztosítók a jelenlegi feltételek mellett sem harcolnak az ilyen biztosításokért és a megváltozott feltételek nyilván azt eredményezik, hogy kivonulnak erről a területről. Ebben ez esetben nem nyereségorientált megoldást kell keresni.

Ilyen megoldásként felmerült, egy költségvetési alap létrehozása az 5.000.000. Ft.-ig terjedő károkra, míg a felette lévő részre kellene kötelezően biztosítási szerződést kötni a szolgáltatóknak ismételt öt millió forintig, míg az ezt meghaladó részre további biztosítást köthetnek a szolgáltatók. Ez a rendszer a limitet ugyan tízmillió forintra emelné, de keverné a biztosítást és a költségvetési támogatás formáit, illetőleg túl sok szereplőssé tenné a rendszert, hiszen az alap és több biztosító is megjelenne az eljárásban. Megoldásként felmerült egy biztosító egyesület létrehozása is, de sajnálatosan felosztó-kirovó rendszer kereti között. Ez az a biztosító egyesület a biztosítási törvény alapján nem minősülne biztosítási tevékenységnek, így viszont biztosításba sem lenne adható, és aki ilyen szerződést kötne, az nem rendelkezne felelősségbiztosítással.

A legcélszerűbb megoldás egy a Biztosítási törvénynek megfelelő biztosítási egyesület létrehozása, amibe az egészségügyi szolgáltatók és a szabadfoglalkozású orvosok tartoznának, mint az ügyvédi felelősségbiztosításnál, azzal, hogy az egészségügyön belül,

figyelemmel a jövőbeni nagy számú szabadfoglalkozású orvosra, egy komolyabb kockázatközösség jönne létre, mint az ügyvédekénél.

Természetesen szükség lenne a biztosítási egyesület költségvetési támogatására is, ami megoldható, hiszen a mezőgazdasági biztosító egyesületeket rendeletben költségvetési támogatásban részesítik (101/2001 Korm. r.), mind az alakulás, mind a működés során, pl. az indulótőkékük 75%-át a költségvetés állja, ha egy egyesület erre pályázik. Abban az esetben, ha a mezőgazdaság támogatható, mint nehéz helyzetben lévő ágazat, ez igaz az egészségügyre is.

Természetesen a helyállási kötelezettség növelése emelné a biztosítási díjakat is, de ezt az egészségügyi szolgáltatóknak fel kell vállalni.

A felelősségbiztosítás megváltozása nem csak a felperesek érdekeit szolgálná, hiszen az egységek, amelyek a magasabb limit esetén létrejönnének az egészségügyi szolgáltatók fizetési kötelezettségét is jelentősen csökkentenék.

Dr. Schächter Miksa az Orvosi beavatkozás jogáról című 1902-ben írt tanulmánya végén az alábbiakat írja: „A chinai orvost, kinek hibáját sínlette a beteg, ez utóbbinak családja elfogta és kalodába zárta. Éjjel sikerült megszökni és egy folyón átúszva üldözői elől megmenekülni. Haza érkezve fiának, ki szintén az orvosi pályára készült és a könyveket tanulmányozta, így szól, Tedd félre fiam a könyveket. Az első és legfontosabb dolog, hogy úszni tanulj”

Annak elkerülése érdekében, hogy ne az „úszás” legyen az egészségügyi szolgáltatók egyedüli lehetősége egy esetleges károkozás esetén a jövőben, illetve, hogy a felpereseknek és jogi képviselőiknek ne mondjuk „cápaként” kelljen az úszó orvossal szembeszállni szükséges, hogy az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelőssége a kaotikus korszakra kialakult keretek között találkozzon egy gyökeresen átalakult, államilag támogatott hatékonyan működő felelősségbiztosítással. Ennek hiányában az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségnek újból a kínos korszakába léphetünk, de az már minden résztvevő számára egyformán kínos időszak lesz.

Budapest, 2002 szeptember
(Budapest Fórum Európáért Alapítvány előadása)
Dr. Simon Tamás
ügyvéd, biztosítási szakjogász