

Az „orvosi műhiba” miatti kártérítési perek gyakorlata a felperesek szemszögéből

Az egészségügyi szolgáltatók elleni kártérítési perek történelmében új időszámítás kezdődött 1992 környékén. Eddig az időpontig, beleértve a múlt századi gyakorlatot is, évente csak néhány ilyen per indult, és azok is döntően a gyógyintézetek győzelmével végződtek. A kilencvenes évek elején a betegjogok előretörésének, illetve néhány ügyvéd munkájának köszönhetően megszorodtak az egészségügyi szolgáltatók elleni perek, amelyek egyre gyakrabban végződtek a beteg, vagy hozzátartozójának győzelmével. Az „orvosi műhiba” miatti kártérítési perek 1997-98-ra a mindennapi élet részévé váltak, már nem olyan kuriózumok, amiket csak a tömegkommunikáció fokozott figyelme emel ki. Ahhoz, hogy ez az állapot kialakuljon, illetve, hogy a jövőre nézve is fennmaradjon, számos jogi „csatát” kellett és kell megnyerni, melyek közül néhányra szeretném felhívni a figyelmet.

1. A forduló idő előtti perek tömeges hibája volt, hogy gyakran csak a laikus beteg, vagy hozzátartozó elmondása alapján indultak, és a bíróság előtti szakértői bizonyításra bízták, hogy a per hogyan dől el. A kártérítési perek a kilencvenes években nem indulhattak ilyen megalapozatlanul, ezért ehhez először be kellett szerezni a gyógykezelési iratokat. A betegek, vagy hozzátartozóik (továbbiakban felperesek) kérték a gyógykezelési iratokat a gyógyintézetektől, amik először az orvosi titoktartásra hivatkozással megtagadták azt. Ez releváns okként nem szolgálhatott, hiszen a titok ura a felperes, tehát vele szemben a titoktartási kötelezettség nem állt fenn, de mégis peres eljárásokat kellett indítani az iratok kiadása iránt. Néhány év alatt azonban több ítélet is született, ami kimondta, hogy a felperes jogosult a gyógykezelési iratok másolatára, és az, az egészségügyi szolgáltató, amelyik nem adja ki azokat, az megsérti a felperesek személyhez fűződő jogát. Az iratkiadás és a hozzá kapcsolódó személyiségi jogi viták azt eredményezték, hogy azt két törvény, az 1997. évi XLVII. és az 1997. évi CLIV. egyértelműen rendezte, melyek szerint az iratok másolata a felpereseknek jár és ennek következtében az iratkiadás jelenleg rugalmasan történik. Egyetlen gondot az okozhat a jövőre nézve, hogy a fenti törvények lehetővé teszik, hogy az egészségügyi szolgáltató a másolatokért térítési díjat kérjen, de annak mértékét jogszabály nem rendezte. Annak összege gyógyintézetenként eltérő, nem ritka, hogy iratonként több ezer forintot is kérnek. Ez a gyakorlat, ami tulajdonképpen joggal való visszaélés, burkolt akadályozása lesz az iratokhoz jutásnak, ezért félok, hogy néhány esetben ismét iratkiadási perhez vezethet

2. A gyógykezelési iratok kézhez vétele után a megalapozottság második követelménye a magánfelkérésre készített szakértői vélemény volt, és ma is az. Ezeket a véleményeket döntően a szakértői listán szereplő igazságügyi szakértők (sokat segített ebben a szakértői szakma szabadabbá válása, nem annyira szigorúan intézethez kötöttsége), de néha az adott szakterületeket jól ismerő, nem szakértő szakorvosok készítették. Ezeknek a véleményeknek köszönhetően számos esetben nem indult per, mert ha a szakértő szerint nem történt olyan esemény, ami alapot szolgáltatott volna egy sikeres peres eljárásához, a felpereseket az ügyvédek gyakran lebeszélték az eljárás megindításáról. Látható tehát, hogy a gyógyintézetek elleni kártérítési perek elindítása előtt részletes, néha több hónapos előkészítő munka folyt. Sajnálatos, hogy a magánfelkérésre készített szakértői véleményeket akár felperes, akár a gyógyintézet szerezte be, a bírói gyakorlat a mai napig csak néhány bíróságon tekinti szakvéleménynek, illetve egyenrangúnak a perben kirendelt szakértői véleménnyel. A bíróságok többsége előtt a magánfelkérésre készült szakértői vélemény csak a felperesi álláspontot alátámasztó okirat, holott a szakértői vélemények közötti különbségtétel a jogszabályokból nem következik. A jövőben remélhetőleg ez a bírói gyakorlat megváltozik. Jelentősen egyszerűsíthetné a peres eljárást, ha mindkét fél beszerezne szakértői véleményt és a bírónak csak abban az esetben kellene igazságügyi orvos-szakértőt kirendelni, ha a felek

felkérésére készített vélemények ellentétesek, illetőleg ha a magán szakértők közül egyik sem tudta a bírót meggyőzni.

3. A szakértői véleménnyel megalapozott kártérítési igény előterjesztésére két lehetőség volt. Az egyik a peren kívüli egyezség az egészségügyi szolgáltatókkal, illetve annak felelősségbiztosítójával. Az egészségügyi felelősségbiztosítások 1992-ben terjedtek el. A biztosítók és a gyógyintézetek azonban a per előtti egyezségi ajánlatokat egymás után utasították el, amit könnyedén megtehettek, hiszen nem volt gyakorlata a kártérítési pereknek, nem alakultak még ki az úgynevezett „típus műhibák”, maradt egyedüli lehetőségként a peres eljárás. A peres eljárások sikerre viteléhez szemléletváltozáson kellett keresztül menniük a bíróságoknak és az általuk kirendelt igazságügyi orvos-szakértőknek is. Az első, amit tudatosítani kellett, hogy más a büntetőjogi felelősség, amiben a bíróságoknak, de különösen az orvos-szakértőknek már volt gyakorlata, és a szakértés tankönyvei is ilyen irányultságúak voltak, és más a polgári jogi felelősség. Több éves peres eljárások során tisztázódott, hogy a polgári jogi felelősség nem a büntetőjogi szigorú, a foglalkozási szabályok megszegését követelő felelősség, hanem jóval enyhébb, ami a legnagyobb gondosságot és körültekintést követeli meg. A másik fontos feladat volt, a tájékoztatási hiányosság, mint jogi-ténybeli mulasztás és az orvos-szakmai mulasztások elkülönítése, illetőleg annak elfogadtatása, hogy, ha orvos-szakmai mulasztás nem alapozza meg a kártérítési felelősséget, attól még az tájékoztatási hiányosság miatt önállóan megáll. A tájékoztatási hiányosság jog-kérdés, ezért a bíróságok könnyebben tudják kezelni, hiszen nincsenek az orvos-szakértőkre utalva, így a perek egyre inkább ezt a kérdést vizsgálják. Ezt segíti elő az új egészségügyi törvény is, ami teljes körű tájékoztatást ír elő. Ez a szabály gyakorlatilag parttalanná teszi a gyógyintézetek tájékoztatási kötelezettségét, és mivel a tájékoztatás a kártérítési felelősség négy eleme közül, a felróhatóság körébe esik, és alóla a gyógyintézetnek kell kimentenie magát, a gyógyintézeteket elmarasztaló ítéleteknek növekedniük kell. Az egyetlen védekezési lehetőség, a minél részletesebb írásbeli tájékoztató nyomtatványok készítése, hiszen ha a tájékoztatás lényege szóban történik, az a tanú meghallgatások során könnyedén aggályossá tehető, míg az írásos anyag, mint okirat szolgál bizonyítékként.

4. A kártérítési perek a bíróságok előtt több évig húzódnak. Éveken keresztül a követelés jogalapja – orvos-szakmai, tájékoztatási hiba – a vitás, és ha a per az egészségügyi szolgáltató marasztalásával végződik néhány hónap alatt eldöntik a kártérítés mértékét, azaz az összegszerűséget. A kártérítés lehet vagyoni kártérítés, aminek egyre szélesebb körét – munkabérkiesés, gyógykezelési, utazási stb. költség- ítélik meg, illetve lehet nem vagyoni kártérítés. A nem vagyoni kártérítés összege fokozatosan emelkedik, de még mindig nem éri el, még a legsúlyosabb esetekben sem, a nyolc számjegyű összeget, néhány kivételtől eltekintve. Érdekes, hogy a halálesetnél a hozzátartozóknak megítélt kártérítés jelentősen alacsonyabbak, mint az egészségkárosodást szenvedett betegekénél, illetve sajnálatos, hogy pl. a csecsemők halálát a bírói gyakorlat szinte alig értékeli. Sajátos, hogy a közlekedési baleseteknél bekövetkezett egészségkárosodás és halál esetén magasabb összegű kártérítés ítélnék meg, mintha az orvosi mulasztás miatt következett volna be, pedig a következmény ugyanaz.

5. Az előzőekben említett és egyéb sajátosságok mellett 1998 közepére kialakultak az úgynevezett „típus műhibák”, csoportosultak a mulasztások szakterületek szerint, elsődlegesen a szülészet, plasztikai és hasi sebészet területén következtek be a mulasztások, illetőleg formálódott egy egységesnek nevezhető bírói gyakorlat az összegszerűség, különösen a nem vagyoni kártérítés terén. Kialakult, hogy milyen károsodáshoz mekkora kártérítést lehet általában megítélni. Ezeket felhasználva 1998 közepétől elkezdődtek a peren kívüli eljárások, melynek következtében jelentősen visszaestek a peres eljárások, hiszen vagy egyezség született a biztosítóval, vagy ha a biztosító is elutasította az egyezséget, sokszor a felek úgy döntöttek, hogy nem indítanak pert, mert kevésbé érezték azt megalapozottnak, még

akkor is, ha az igazukat alátámasztó magánszakértői vélemény állt a rendelkezésükre. Az egyezségek mindkét félnek kedvezőek voltak, hiszen a perrel együtt járó sajtónyilvánosságot és a biztosítási limiten felüli fizetési kötelezettséget a gyógyintézetek elkerülhették, míg a felperesek gyorsabban, hosszú bizonyítási eljárás nélkül juthattak, igaz a bírói gyakorlatnál jóval kevesebb kártérítéshez. A peren kívüli egyezségek 1999-ben jelentősen fokozódtak, melynek következtében az egészségügyi felelősségbiztosítás a biztosítói oldalról nézve jelentősen átalakult. A tulajdonképpen monopol-helyzetben lévő biztosító társaság vagy felmondta a korábbi szerződéseit, vagy a lejártakat nem újította meg, mivel a kifizetések jelentősen meghaladták a tervezett összegeket. A biztosító kivonulásának oka, hogy a biztosítási díjak 1991-től változatlanok voltak és a legdrágább szakterületek esetén sem haladták meg az évi tíz-tizenkétezer forintot, ezzel szemben viszont a kifizetett kártérítések jelentősen növekedtek. Az egészségügyi szolgáltatók elleni kártérítési perek jövője nagymértékben függ a peren kívüli megoldások rugalmasságától. A biztosítók helytállási kötelezettsége 1991-től nem változott, és az napjainkban is csak esetenként öt millió forint (néhány ritka tízmilliós limites biztosítástól eltekintve). A peren kívüli egyezségekhez az egészségügyi szolgáltatók, néhány esetet kivéve, nem kívánnak hozzájárulni, ezért az egyezségek ezen az öt milliós határon belül kötődnek általában. Az idő előrehaladtával, az értékviszonyok növekedésével a biztosítási limit kezdi elveszíteni értékét, hiszen amiért a peren kívüli öt millió forint eredményes egyezésnek volt minősíthető 1994-ben, az ma már nem megfelelő összeg. Nem beszélve arról, hogy a bírósági eljárások elhúzódása miatti kamatköltségek, illetve az összegszerűséggel kapcsolatos bírói gyakorlat emelkedése miatt, a peres eljárásban elérhető kártérítési összegek kezdik jelentősen meghaladni a biztosítási limitet. Ez két okból nem kedvező a gyógyintézetekre nézve, egyszer azért, mert a felperesek inkább választják a magasabb összegért a peres eljárást, annak nyilvánosságával, illetve a megítélt kártérítésből a biztosító per esetén is csak maximum a limitet tartozik megfizetni a többi már a gyógyintézetet terheli, és ez a fizetési kötelezettség ma már sok esetben több millió forint is lehet. Ugyancsak nem kedvez a peren kívüli egyezségeknek a gyógyintézetek által fizetendő önrész. Azt egyezés esetén is fizetni kell, és ez a kötelezettség gyakran a gyógyintézeteket arra indítja, hogy inkább peres eljárás induljon, hiszen a perbeli fizetési kötelezettséget jobban meg lehet indokolni a fenntartó, finanszírozó intézmények felé.

6. Az előadott problémák mellett jelenleg válaszút előtt áll az „orvosi műhiba” miatti kártérítési perek gyakorlata. Lehetséges, hogy visszaesik az 1994-1995-ös időszakban történtek szintjére, és tömeges számmal indulnak új peres eljárások, azok nyilvánosságával és az idő előrehaladtával jelentősebb részben a gyógyintézetek fizetési kötelezettségével. A másik lehetőség, hogy marad a peren kívüli eljárás, ami mindenkinek kedvező, de ahhoz az szükséges, hogy felemelésre kerüljenek a biztosítási limitek. Ez mind a felperesek, mind a gyógyintézetek érdeke, különösen, hogy a gyógyintézetek által fizetett biztosítási díjak már emelkedtek. Szükséges továbbá, hogy az önrész kikerüljön a biztosítási szerződésekből, vagy a gyógyintézetek felismerjék, hogy a korábban kifizetett önrész jelentősen kevesebb, mint a perben fizetett önrész és a limiten felüli kártérítés együttes összeg. Bízom benne, hogy a magyarországi gyakorlat egyezően az európaival és az amerikaival, nem kíván visszaesni és nem fogja a peres eljárást megint előtérbe helyezni.

Budapest, 2000. június

(Egészségügyi menedzsmet 2000. június)