

A szülész-nőgyógyász és a jogi felelősség: A helyzet mára nálunk is kritikussá vált.

(Kommentár I. rész)

Az amerikai precedens jogra, esküdtszéki bíráskodásra épülő-, és az európai, a kontinentális jogrend bár lényegesen különbözik egymástól, azonban az eljárás alapját mindkettőben az orvosi szakmai tevékenység, és annak eredménye képezi. Dr. Lockwooddal azonosan mára nálunk is az írott és elektronikus média, kongresszusi előadások központi témája a szakmai felelősség, és a szakmai felelősségbiztosítás válsága. Az egyéni történetek éppúgy szív-szorogatók lehetnek a büntetőeljárásokkal érintett, de több év után végül felmentett kollegák esetében. A korlátlan felelősségű vállalozási formában működő orvosok kártérítési kötelezettség miatt éppúgy elveszthetik magánvagyonukat. Az önkormányzatokat, illetve tulajdonukban álló, költségvetési szervként működő kórházakat pedig a mára már óriási összegű perbeli marasztalási összegek csőddel fenyegetik. Mivel sem a biztosítási díjak, sem a kártérítések az intézményi finanszírozásban nem kalkuláltak, azok a betegellátó tevékenységtől vonnak el forrásokat, ami további kárigényeket keletkeztethet.

Dr. Strunk elemzi: Hogyan jutottunk el a szakmai felelősség jelenlegi válságához?

Amerikával ellentétben nálunk az 1970-es 80-as, sőt még a 90 évek végéig sem volt biztosítási válság. Az egészségügyi intézmények döntő többsége felelősségbiztosítással rendelkezett, annak ellenére, hogy azt csak az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eü.tv.) tette szektorsemlegesen kötelezővé. A biztosítás hozzáférhetősége, és megfizethetősége az 1990-es évek végéig adott volt, bár már 1994 körül prognosztizálni lehetett, hogy a biztosítási díjak, és a biztosítói kockázat közötti diszkrepancia elvezet napjaink válságához. 2004.-ben viszont már 30 kórház nem rendelkezett a működési feltételét képező felelősségbiztosítással azért, mert nem volt olyan biztosító, akivel azt megköthette volna.

Dr. Strunk 1850 és 1900 közé teszi, hogy Amerikában elkezdtek perelni az orvosokat, még a híres professzorokat is szakmai szabályok, és gondatlanság alapján. És már ekkor kialakult a szakmai felelősségbiztosítás, amely mágnesként vonzotta a kárigényeket. Európában a műhiba fogalma Virchow "Kunstfehler der Arzte" című tanulmányában jelent meg először, és az orvostudomány általánosan elismert szabályainak megsértését jelentette. Jogilag objektív (azaz eredmény) felelősséget jelentett. A XIX. században a műhiba fogalom mégis ezt az értelmezést kapta, amikor a társadalmi, gazdasági átalakulás folytán az orvossal szemben szintén egyre gyakrabban érvényesítettek kártérítési felelősséget. Hazánkban, a büntető törvényhozásban - egyes foglalkozási ágak között különbséget nem téve - az orvos felelőssége ebben az értelemben először az 1878. évi V. törvényben jelent meg (290-291. és 310.§-ában), és az, a "gondatlanság általános jogi fogalmának az orvosi hivatás különleges

természetével számoló megjelenési formája" volt. Lényegében e megoldást követi a mai hatályos büntetőjogi szabályozás is.

Nálunk az orvosi ténykedéssel összefüggő **büntetőjogi felelősséget** alapvetően az 1978. évi IV. törvény, a Büntető Törvénykönyv (Btk.) 171. §-a (foglalkozás körében elkövetett gondatlan veszélyeztetés alap és minősített esetei, mint maradandó fogyatékoság, egészségromlás, halál), az egészségügyi szolgáltató **kártérítési kötelezettségének** eseteit pedig az 1959. évi IV. törvény, a többször módosított Polgári Törvénykönyv (Ptk) 339. § és 355. §-a kodifikálja, Amerikával azonosan a szerződésen kívüli károkozás szabályait alkalmazza a felperesi kárigény elbírálásában. A felhívott törvényhelyekben használt fogalmakat - speciális jogi normaként - elsődlegesen az **egészségügyről szóló** 1972. évi II. törvény, majd az 1997. évi CLIV. **törvény** (Eü.tv.) és **más egészségügyi jogszabályok** (a szaktárca rendeletei, utasításai), valamint kötelező, illetve mérlegelést engedő, íratlan és írott **szakmai szabályok** töltik meg konkrét tartalommal.

Hazánkban a „szocialista” társadalmi rendszerből eredően 1990-ig sem az orvos ellen indult büntetőeljárások, sem a kártérítés iránti perek tömegesen nem voltak jellemzőek. Az 1990-es évek eleje óta mind a kártérítési keresetek száma, mind összegszerűsége, de a megítélt kártérítések átlagos nagysága szintén meredeken emelkedett. Egy indulatokat keltő, de szükségszerűen bekövetkezett folyamat ekkor vette kezdetét. A hagyományos felépítésű biztosítási szektor azonos Dr. Auerbach által írtakkal. És hazánkban is 1999.-2000. év volt az, amikor az akkori piacvezető biztosító veszteségesnek ítélte az intézményi felelősségbiztosítási üzletágát, és szintén úgy döntött, hogy nem éri meg e piacon maradni. Kivonult onnan. Csak a magánorvosokkal és a járóbeteg szakorvosi rendelőintézetekkel szerződött úgy, hogy azok díjait az alacsony kockázathoz képest jelentősen megemelte.

Alternatív piac vagy orvosi kölcsönös biztosító, kockázatközösség az egészségügyi szolgáltatók felelősségbiztosítására nézve próbálkozások ellenére nálunk nem tudott létrejönni. Ilyen viszontbiztosítás mellett csak az ügyvédi felelősségbiztosítás körében létezik. Így 2000. évtől néhány kisebb, időlegesen szereplő biztosító mellett ma egy biztosítótársaság vállal monopolhelyzetéből eredően is jelentős szerződésbeli korlátozásokkal intézményi felelősségbiztosítást. Teheti, mert az egészségügyi törvényben foglalt felhatalmazás ellenére 1997. évtől egyik miniszter, de 2003. évtől a kormány sem adta ki a felelősségbiztosítás részletes szakmai szabályait. Jelenleg is az a paradox helyzet áll fenn, hogy míg az egészségügyi szolgáltatót törvény kötelezi felelősségbiztosítás megkötésére, a másik felet, a biztosítót viszont semmi sem. Az utóbbira is törvénynek kellene szerződéskötési kötelezettséget róni, és annak részletes végrehajtási, szakmai szabályait kormányrendeletben meghatározni. Abban ki kellene mondani, hogy a biztosítási szerződés hatálya alatt keletkezett károkért történő helytállási idő azonos a Ptk szerinti elévülési idővel. (Jelenleg ugyanis nem a szerződés hatálya alatt keletkezett, hanem az időben bejelentett káreseményekért áll csak helyt.) Továbbá ki kell mondani azt, hogy az egészségügyi törvényben foglalt egészségügyi szolgáltatói

kötelezettségért történő helytállásért bármilyen biztosítói szerződésbeli kizárás semmis. Meg kellene határozni a káreseményenként és évenkénti helytállás limit összegét, valamint a kiköthető önrész mértékét.

A magyar ügyvédek válságra gyakorolt hatása nem azonos Dr. Auerbach által az amerikai viszonyokkal. Mára már azon régebbi ügyvédi szlogen, hogy úgyis a biztosító fizet megdőlt. Az viszont igaz, hogy az elmúlt 15 év alatt kialakult az e perekre szakosodott ügyvédek viszonylag szűk, de egyre táguló köre, akik szakértőket foglalkoztatnak, és jól felkészültek. Természetes, hogy mint minden vállalkozásnak, így nekik is céljuk, hogy nyereséget, és ne veszteséget termeljenek. Joggal várható el, hogy ne egyesek etikátlan megnyilvánulásai, vagy „megélhetési” szakértők alapján ítéltessenek meg. Dr. Lockwood szerint: „Az ellenfél igen jól szervezett”. A fenti értelemben igen, de egymással is konkurálnak. Az alperesi egészségügyi szolgáltatók jogi képviselője viszont – néhány kivétellel – inkább interperszonális kapcsolatok alapján jön létre.

Dr. Scott és Dr. Lockwood következő megállapításai hazai viszonyainkra is igazak: A betegek elvárásai irreálissá váltak, Ezt a média valamint a hirdetések csak fokozzák. A „nagyiparivá” vált orvoslás mellett az empátiára, a kommunikációra nem elég idő jut. A bekövetkezett változások nálunk is hátrányos helyzetbe hozták az orvosokat, a betegek elégedetlenségét fokozták, és a perek számát növelték. Valóban minden beteg egy per forrása lehet, Erre szoktam mondani, hogy –amennyiben így megy tovább- az orvos elsődlegesen nem azon fog gondolkodni, hogy mi baja van a betegnek, hanem azon, hogy mi bajom lehet ebből a betegből?

A beteg tájékoztatáson alapuló beleegyezéséről Dr. Lockwood a hazai viszonyokkal azonos módon szól. Az orvosnak a tőle elvárható ismereteknek megfelelően, a legjobb tudása szerint a beteget teljes körűen tájékoztatni, döntési helyzetbe kell hozni. Dr. Strunk szerint ez az autonómia a betegnek történő olyan átadása, amely mégsem eredményezi a felelősség áthárítását. Mindenre kiterjedően valóban nem, de egészségügyi törvényünk szerint a beteget megilleti az önrendelkezéshez való jog, amely csak törvényben meghatározott kivételekkel (közvetlen életveszély, más vagy mások –ide értve a 24. hetet betöltött magzatot is- életét, egészségét, testi épségét veszélyeztetni) korlátozható. Ezzel viszont a szakma szabályai szerinti elvárható gondossággal végzett eljárás mellett fellépő, a beteg által ismert, és elfogadott kockázat körébe eső szövődményekért az orvos felelőssé nem tehető.

A kártérítési perben hozott ítéletekre nézve honi vonatkozásban csak becsült adatokkal rendelkezünk. Nyilván több az elutasított kereset azon ügyvéd anyagában, aki New York City általános gyakorlatának megfelelően a „szokásos gyanú” esetén minden esetben pert indít, mint aki azt csak előzetes megalapozott szakmai vélemény alapján teszi. Peren kívüli egyezsége 1999.-ig, az akkori felelősségbiztosító üzletpolitikája és a biztosítási értékhatárokon belüli kárigények mellett jobb esély volt. Ma az nem gyakori. A jelenlegi közvetítői intézmény –mint az előre látható volt- nem váltotta be a

jogalkotók reményeit. Egy német mintájú, kvázi választott bíróságként működő mediátori rendszer eredményesebb lenne. Pályaelhagyáson nálunk még nem a kártérítés iránti perek, hanem büntetőeljárásokban alaptalanul meghurcoltak gondolkodnak. A kártérítési per ugyanis az intézmény a munkáltató, illetve a szerződéses kapcsolatban is a megbízó egészségügyi intézmény ellen folyik, amely a közte és a károkozó orvos közötti jogviszony jellegétől függő mértékben fordulhat az utóbbi ellen, ami nálunk, a közeljövőben várható.

Dr. Auerbach által hivatkozott statisztikai adatok szerint a keresetek 43%-ában történt kifizetés még akkor is, ha nem volt gondatlanság. Gondatlanság esetén viszont a keresetet benyújtók 56%-a kapott kártérítést. Dr. Strunk úgy vélekedik, hogy teljesen megjósolhatatlan az esküdszék ítélete.

Az adatokat nem lehet összevetni a hazai viszonyokkal, mert nálunk kimentéses felelősség van, ami azt jelenti, hogy jogellenes károkozás (jogellenesség, kár és a kettő közötti okozati összefüggés) esetén jogunk a felróhatóságot vélelmezi, mely alól alperesnek kell kimentenie magát. Gondatlanság esetén viszont arra nem képes. Azt viszont ki lehet jelenteni, hogy kártérítési perek száma mellett nálunk is növekszik a megítélt összegszerűség. Jelenleg évente 300-400 per indul összesen 1, 5 milliárd forint pertárgyértékre. A legmagasabb megítélt összegek 60 millió forint körül vannak.

A megoldás keresése:

E körben a szerzők vizsgálják azt, hogy miként reagálnak a válságra az orvosi társaságok, biztosítók és kórházak? Mi e körben külön az Amerikai Szülész-Nőgyógyász Társaság álláspontja? Megállapítják, hogy a trösztellenes törvény hatálya alatt állva nem buzdíthatják tagjaikat egységes fellépésre. Nálunk ezt semmi nem tiltja. Mi megtehetjük. Állami szinten sürgetik a szerződésen kívüli kár jogintézményének reformját, amely alatt a nem vagyoni kártérítés felső határának megállapítását és néhány más intézkedést értenek. Amerikában, egyes államokban már maximalizálták a kártérítés összegét. Erre nálunk is voltak, és vannak törekvések. Többünk véleménye szerint hazai jogrendben ez Alkotmányellenes lenne, ugyanis a károkozó személyétől, a károkozás körülményeitől (baleset, orvosi hiba, stb.) függően a nem vagyoni károk közötti diszkriminációt jelentene.

Dr. Strunk Howard a „Közjó összeomlása” című írására hivatkozással egyrészt jól érzékelteti a magas összegű elvesztett per társadalmi hatásait, de egészen elmegy odáig, hogy egy különálló, szakértő egészségügyi igazságszolgáltatási rendszerre lenne szükség. Dr. Lockwood szerint ebben az esküdszék mellőzésével speciálisan képzett bírák döntenének a felelősség kérdésében független orvosszakértői –szakmai szabályokra, irányelvekre, esetjogra alapozott- vélemények alapján. Amennyiben a jogalap megáll, úgy a kártérítés összegét egy tapasztalati képlet alapján számítanák figyelemmel a károsult egyéb jövedelmi viszonyaira is. Mindketten egyetértenek abban, hogy egy ilyen törvényjavaslat nem kapna támogatást, politikailag kivihetetlen. Hazánkban bírói ítékezés van, melyben

a bíróság a peres felek előadásai, tanú és okirati bizonyítékok, szakértői vélemények szabad mérlegelésével, de indokolási kötelezettséggel hirdeti ítéletet. Sajnos nem egységes a bírói gyakorlat az által kirendelt orvosszakértő kompetenciájának megítélésében, a peres felek által csatolt szakértői, szakorvosi vélemények, mint okirati bizonyítékok értékelésében. A per kimenetele alapvetően a szülészeti, illetve a nőgyógyászati szakmai bizonyítás eredményén múlik. Amennyiben a kárigény jogalapja megáll, úgy a nem vagyoni kár összegszerűsége is a bírói mérlegelés körébe tartozik, melyben szintén nem erősen szór a bírói gyakorlat. A kárigény jogalapjában és összegszerűségében bármennyire törekszik objektivitásra a bíróság, a szubjektumot, az empátiát teljesen kizárni nem mindig tudja, mely alperes helyzetét nehezíti.

Dr. Lockwood hivatkozással az Institute of Medicine „Tévedni emberi dolog: egy biztonságosabb egészségügyi rendszer létrehozása” című közleményére hivatkozással tekintélyes számú hibáról, és annak elkerüléséről szól, ami hazai vonatkozásban is helytálló. E körben külön is kiemelendők az egészségügyi törvényünkben részletezettek szerinti orvosi dokumentáció, sőt nálunk még szép álmot jelentő biztonsági jelzésekkel ellátott, általánosan meglévő elektronikus dokumentáció, továbbá az intrauterin, intrapartum magzati állapot megítélésére szolgáló szűrővizsgálatok komplex elvégzése és helyes értékelése. Ennek eredményességével szemben Dr. Scott kételyeit azért fejezi ki, mer szerinte a kártérítési perek nagyon gyakran egy folyamat utólagos vizsgálatait, amely nem igazságos. Az egészségügyben a döntéseket előre kell meghozni, gyakran hiányos információk birtokában. Ez igaz, de a szakértőnek, és a bírónak sem arra kell választ adni, hogy a nem kívánt eredmény ismeretében az orvos döntése helyes volt-e, vagy sem? Hanem arra, hogy ott és akkor az orvos dönthetett-e úgy, ahogyan döntött? Tehette-e azt, amit tett? És amennyiben két egyaránt lehetséges döntés közül azt választotta, amelyről csak utóbb derül ki, hogy a másik döntés lett volna jobb, úgy az neki fel nem róható. A szülészeti kártérítési perek fő okai nálunk is azonosak Dr. Lockwood által felhozottakkal: agykárosodás, halvaszületés, melyek biztonsággal az elvárható gondosság ellenére sem mindig előzhetőek meg.

Kommentár II

A szülész-nőgyógyász és a jogi felelősség körében lévő kritikus helyzettel a szerzők a kerekasztal beszélgetés I. részében foglalkoztak. Az ahhoz fűzött kommentárban bizonyítottam, hogy a helyzet – az eltérő jogrend ellenére – annak helyzete részben hasonló, részben eltérő okokból nálunk is kritikus. (Nőgyógyászati és Szülészeti Továbbképző Szemle 2005. szeptemberi száma.)

A II. rész az Egyesült Államokban a kártérítési rendszer reformjának lehetséges útjait –vagy akár teljes átalakítását – taglalja. Ebből önként adódó kérdés, hogy hazánkban az amerikai szerzők által felvetett reform gondolatok hasznosíthatók-e, és ha igen, akkor mennyiben? Kommentáromban erre próbálok választ adni az adott keretek között a teljesség igénye nélkül.

Nálunk az általános, mindenre, így az egészségügyi szolgáltatókra is kiterjedő kártérítési felelősséget a Polgári Törvénykönyv (a továbbiakban Ptk) egységesen, a károkozó személyétől függetlenül kodifikálja. Az igény érvényesítésének eljárási rendjét pedig a Polgári Perrendtartás (a továbbiakban Pp) szabályozza.

Az orvos –beteg jogviszonyt – a társadalombiztosítási jogviszonytól, az egészségügyi szolgáltató személyétől függetlenül- a jogelmélet, és a bírói gyakorlat megbízászerű szerződésnek tartja. Nincsenek külön egészségügyi bíróságok, amit magam részéről jónak tartanék. A kártérítési kereseteket jogalapjuktól, a per tárgyától függetlenül ugyanazon bíróságok, bírók tárgyalják.

Az angolszásszal ellentétben a kontinentális jogrendszerben, így nálunk nincs esküdtszék. Igazságügyi orvosszakértők kirendelése, véleményük mérlegelése mellett tény és jogkérdésben indokolási kötelezettség mellett a bíróságok döntenek. Országosan, sőt még azonos bírói tanács mellett erősen szór a bírói gyakorlat, úgy a szakorvosi-, szakértői vélemények megítélésében, mint a döntést befolyásoló empátiában.

A szerzők leírják, hogy a kártérítési rendszer reformja az Egyesült Államokban politikai kérdéssé vált. Nálunk is, méghozzá az egészségügy struktúrájával, finanszírozásával együtt.

A felelősségbiztosítás körében nálunk kialakult paradox helyzettel a lap fentiekben megjelölt számában, a kerekasztal beszélgetés I. részéhez fűzött kommentáromban részletesen foglalkoztam. A miatt alakulhatott ki az elmúlt évek során olyan helyzet, hogy kb. 30 kórháznak nem volt felelősségbiztosítása, mert azt a biztosítók nem voltak hajlandók megkötni, de működési engedélyük törvényből kötelező visszavonására - egyéb, jelenben nem részletezendő okokból- nem került sor. Az első részhez fűzött, kommentáromban vázolt helyzetre lett volna, és lenne megoldás, melynek körében utalok arra, hogy a gépjármű tulajdonosokat törvény kötelezi a kötelező gépjármű felelősségbiztosítás megkötésére, de e körben a törvény a biztosító társaságoknak is szerződéskötési kötelezettséget ír elő. Sőt annak részletes szabályai, a biztosítási káreseményenkénti limit összeggel együtt kormányrendeletben szabályozottak. A MOTESZ elnöksége előterjesztésem alapján ehhez hasonló írásbeli javaslattal élt a tárca felé eredménytelenül.

Az amerikai szerzők nagy hangsúlyt helyeztek a megítélhető nem vagyoni kár felső határának bevezetésére, melyet hasznosnak, igazságosnak tartanak, az orvosok, mint a betegek biztonsága, a biztosító társaságok vonatkozásában egyaránt. Ezt, az ottani, egyes államokbeli tapasztalatokkal bizonyítják. A felső határt mindenhol 250 000 -750 000 dollárban látnák indokoltnak, az előbbi a jelenlegi MNB árfolyamon kb. 53 millió forintnak, felel meg. Megjegyzem, hogy ilyen magasságú, közeli összeg hazai megítélésére még a nem vagyoni kár kamataival együtt is csak néhány esetben került sor, melyből

a felelősségbiztosító maximum 5 millió forintig volt köteles szerződése szerint helytállni. A többletet az intézménynek a működésre kapott OEP finanszírozás terhére kellett és kell viselnie, mely még a felelősségbiztosítás díjával sem számol. Az Egyesült Államokkal ellentétben tehát nálunk –az előzőkben foglaltak figyelembevételével - a biztosító társaságok számára közömbös a nem vagyoni kár felső határának kérdése. Bevezetési alapvetően nem is az ügyvédek ellenállásán múlik, hanem arra nézve alkotmányossági aggályok merülnek fel, melyet a már hivatkozott előző írásomban részleteztem.

A hazai jog szerint a nem vagyoni kár a személyhez fűződő jogok (élet, testi épség, stb.) megsértéséért járó felelősségi alakzat. Vagyoni mércével megmérhetetlenek. Funkciója az, hogy az elszenvedett sérelem hozzávetőleges kiegyensúlyozásáról olyan vagyoni szolgáltatás nyújtásával gondoskodjon, amely az elszenvedett sérelemért körülbelüli egyenértékű más előnyt nyújt. Az Alkotmánybíróság értelmezésében is a nem vagyoni kártérítés alkalmazásának feltétele, az erre vonatkozó igény jogalapja valamely személyiségi jog megsértése. A jogellenesség alapja itt nem is a károkozás, hanem a személyhez fűződő jogsértés. Nemcsak a kár nagysága, de maga személyi kár bekövetkezte is becslésen alapul, objektív mércéje nincs, éppen ezért alkotmányosan nem lehet a következményekhez igazítani. Ebben kizárólag a bírói mérlegelésnek, a bíróságok józanságának, személyes elkötelezettségének, mértéktartásának lehet meghatározó szerepe. Maximálására irányuló törekvések hazai viszonyaink mellett eredményre nem vezettek, és nem is vezethetnek.

Az amerikai szerzők érvelnek a náluk meglévő „egyéb forrásból származó juttatásokról szóló törvény” megsemmisítése mellett. Egyet kell érteni velük, de foglalkoznunk ezzel nem kell, mert hazánkban ilyen szabályozás nincs.

A kerekasztal beszélgetés másik kardinális része az amerikai szülész-nőgyógyász társadalmat zavaró, rosszul működő szakértői rendszer. E körben a hazai helyzet szintén hasonló, csaknem azonos annak ellenére, hogy nálunk a jogi szabályozottság megfelelő, de azt sok esetben, úgy a kártérítési, mint a büntetőeljárásban (bíróságok, nyomozó hatóságok, ügyészség) sem a szakértőt kirendelő szervek, sem az eljáró kirendelt szakértői intézetek, szakértők figyelmen kívül hagyják. Mi a hatályos szabályozás nálunk? Az igazságügyi szakértőkről szóló, ma is hatályos, 2/1988 IM rendelet 57. §-a felhatalmazta az Országos Igazságügyi Orvostani Intézetet az igazságügyi orvosszakértői tevékenység szabályai, személyi és tárgyi követelményrendszerében állásfoglalás kiadására, ami a Népjóléti Közlöny 1988. évi 12. számában megjelent. Ez a következőket mondja ki, idézem:

„Orvosi tevékenységgel kapcsolatos büntető vagy polgári ügyek véleményezésének igazságügyi orvostani szakvizsga, második szakértőként vagy szaktanácsadóként az illetékes szakterület vezető oktatójának (kollégiumi tagjának) vagy legalább szakorvosi képzettséggel és minősítéssel rendelkező művelőjének bevonásával kell történnie”

Azt is kimondja a fentiekben felhívott IM rendelet, hogy az idézetben foglaltak a kirendelő szerv számára tájékoztatásul szolgál, az eljáró szakértők számára viszont foglalkozási szabálynak mindősül. Laikus számára is könnyen belátható, hogy az igazságügyi orvostan szakorvosa, aki esetleg betegellátó tevékenységet talán soha nem végzett, a több mint 100 nyilvántartott orvosi diszciplínában, subdiszciplínában kellő elméleti ismerettel, gyakorlati tapasztalattal, jártassággal nem rendelkezhet. Ezért kell, illetve kellene a per főtárgyának megfelelő szakértőket, szakközreműködőket bevonnia. Hogyan véleményezhetne önállóan más, olyan szakterületnek megfelelő (pl. szülészet-nőgyógyászat) szakorvosi tevékenységet, melyre nézve ő még szakorvosi képesítéssel sem rendelkezik. Eredetileg az igazságügyi orvostan nem a más szakorvosi tevékenység véleményezésére jött létre.

Az előzőben felhívott jogszabályhely és állásfoglalás bíróság általi elfogadtatására, érvényesülésére alperesi egészségügyi szolgáltató jogi képviselőjében vagy orvosok foglalkozás körben elkövetett veszélyeztetéssel vádolása miatti védelem körében gigászi küzdelmet kell folytatni a hatósággal, a bírósággal, sőt a kirendelt igazságügyi szakértővel, aki sokszor a pert főtárgyának megfelelő szakorvosi képesítéssel sem rendelkezik.

Amerikához hasonlóan nálunk is úgy felperes, mint alperes jogi álláspontját egy általa felkért szakorvos, vagy IM szakértői névjegyzékben szereplő, a per főtárgyának megfelelő vagy meg nem felelő véleményével igyekeznek alátámasztani. A Pp. szerinti eljárásjogi, és a Ptk szerinti anyagi jogi megítélésére, valamint annak körében eltérő bírói gyakorlatot a I. részhez fűzött kommentáromban már érintettem, amit kiegészíték azzal, hogy –az amerikai szerzők által felhozottakhoz hasonlóan- a felperesi szakvélemények a kórtörténetet a kereset jogalapja alátámasztásának optikájából közelítik meg. Azok a hamis szakvélemény törvényi tényállását ugyan nem merítik ki, de a megalapozatlant igen, mely utóbbi megalapozhatja a szakértő kártérítési felelősségét.

Az előzőket meghaladóan nálunk is vannak alulképzett, vagy úgynevezett „megélhetési” szakértők, de Amerikával ellentétben semmilyen eljárás még nem indult ellenük, mert alperes vagy akár a felmentett vádlott örült, hogy adott esetben a média nyilvánosságot kapott ügy lezárult, és a miatt nem kívánt semmilyen eljárást kezdeményezni. Hazai viszonylatban is szükséges lenne a szakértőknek alapos minősítési eljárás alá vonásának.

A felperest képviselő ügyvédeknek hazánkban szintén érdeke a minél magasabb kártérítési összeg, hiszen a sikerdíj a különböző ügyvédeknel megítélt összeg 20-50% között mozog. Egyéb vonatkozásai is a szerzők által írtakkal azonosak. Az ügyvédi tevékenység sem eredmény, hanem gondossági kötelem. A munkadíj (benne a „sikerdíj”) szabad megállapodás tárgya. A fix összegben meghatározott, a per kimenetelétől független munkadíj és az ún. „sikerdíj” általában fordítottan arányos. A kártérítési összeg részletekben történő teljesítését nálunk a bíróságtól kell kérni. A követelés előterjesztésének

idejét a Ptk szabályozza. Fő szabályként az elévülési idő a káreseménytől számított öt év. Ha a követelést a jogosult menthető okból nem tudja érvényesíteni, az akadály megszűnésétől számított egy éven belül a követelés akkor is érvényesíthető, ha az elévülési idő már eltelt. Ez vonatkozik az oxigénhiányos agykárosodással született újszülött esetére is, amikor szakértőileg utólag könnyen kimondásra kerül, hogy idejében végzett császármetszéssel az megelőzhető lett volna. A társadalom, de a szakértő is szinte mindig a szülészeti ellátás rovására írja a perinatalis agykárosodást a ténylegesen igazolt 8-20%- ismert, és a 60 % ismeretlen kóreredet ellenére. A peren kívüli egyezség intézménye nálunk szintén működhet, és 2000. év előtt gyakoribb volt. Azt alapvetően a biztosító hozzáállása determinálja. Hazánkban a sikeres peren kívüli egyezségek jó hatásúak voltak: A kártérítés összegszerűségét, a kamatokat és keresetek számát csökkentette. A nálunk lehetőségként bevezetett körvetítői eljárás intézménye mai formájában nem váltotta be a hozzá fűzött reményeket, ami előre látható, és várható volt, míg a németországi kvázi választott bírósági mediátori jogintézmény igen. A hazai betegjogi képviselői rendszer is aggályokat vet fel. Tényleges képviseleti joga nincs. Sőt bizonyos esetekben a perek számát növelte.

A kereset nélkülözhetetlen tartalmi eleme az összegszerűség megjelölése, amely perben magasabb, mint sikeres peren kívüli egyezség esetén. E peren kívüli, illetve peres eljárásokban a kárigénylő, ill. felperes, az alperesi egészségügyi szolgáltató, illetve felelősségbiztosítója ügyvédje szintén szerepel. Hazánkban a rosszhiszemű pervitelnek csak eljárásjogi következményei vannak, azzal kapcsolatos külön per nem indítható. Az egyetemleges felelősség a magyar Ptk szerint: Ha többen közösen okoznak kárt, felelősségük a károsulttal szemben egyetemleges, egymással szemben pedig magatartásuk felrőhatósága arányában oszlik meg. A kár a károkozók között egyenlő arányban oszlik meg, ha magatartásuk felrőhatóságának arányát nem lehet megállapítani. A bíróság mellőzheti az egyetemleges felelősség megállapítását, és a károkozókat közrehatásuk arányában is marasztalhatja, ha ez a kár megtérítését nem veszélyezteti, és tetemesen nem is késlelteti, vagy a károsult maga is közrehatott a kár bekövetkeztében, vagy igénye érvényesítésével menthető ok nélkül késlekedett. Amennyiben az alkalmazott, e jogviszonya körében harmadik személynek kárt okoz, akkor jogszabály eltérő rendelkezése hiányában ezért munkáltatója felelős.

Az egészségügyi szolgáltatással okozati összefüggésben keletkezett károk esetén jogrendünk mindig a szerződésen kívül okozott kárra vonatkozó szabályait alkalmazza, még a beteg és a magánrendelőben ténykedő orvos közötti, valójában szerződéses kapcsolatban is. Ennek ellenére a szerződéses elemek a beteg megfelelő tájékoztatása, beleegyezése és annak dokumentált volta körében mégis érvényesülnek. Abban megfogalmazható, hogy mi várható el a konkrét egészségügyi (szülészeti) szolgáltatástól, és mik a kockázat körébe értékelhető szövődmények. A szülészeti események precíz, pontos dokumentálása, a választott eljárás indokolása szintén lényeges szerephez jut a káresemény elbírálásában.

Mi szintén ott tartunk, hogy a szülész-nőgyógyásznak arra is gondolnia kell, hogy mi baja lehet az adott szülőnőből, betegből, mert valóban mindenki egy potenciális ellenségnek tűnhet. Különösen igaz a hazai kimentési felelősségi rendszerben, ahol személyi jogok sérüléséből eredő kár esetén a jogellenes magatartással okozati összefüggésben keletkezett kár esetén a jog vélelmezi a felróhatóságot, mely alól alperesnek kell kimenteni magát, amit csak a fenti okirati bizonyítékokkal tud megtenni. A marasztaláshoz már a gyógyulás, az egészségkárosodás, vagy az életben maradás esélyének csökkenése is elegendő. Az agykárosodott gyermekek támogatásának, ellátásának automatikus biztosítására nem csak amerikai, hanem európai (svéd) példa is van. Méltányos, társadalmilag igazságos és sok jogvita elkerülhető lenne. Sajnos hazánkban ezt sem az alapítványok, sem a költségvetés helyzete nem teszi lehetővé.

Egyetértek a szerzőkkel abban, hogy nálunk is harcolni kell a szakmai túlélésért. Szakmapolitikailag aktívvá kell válni. Elsődlegesen a jogalkotás vonatkozásában. Másrészt a szakértői, bírói gyakorlat egységesebbé válása érdekében.

Hivatkozások:

1. Ptk és kommentárja, ill. a vonatkozó bírói határozatok.
2. Az Alkotmánybíróság 34/1992. határozata
3. Pp megfelelő törvényhelyei
4. Az igazságügyi szakértőkről szóló 2/1988 IM rendelet 57. §-a és annak felhatalmazása alapján az igazságügyi orvosszakértői tevékenység személyi és tárgyi követelményrendszerei tárgyában kiadott Országos Igazságügyi Orvostani Intézet állásfoglalás (Népjóléti közlöny 1988. 12. száma)
5. Treffen der Gerichtsmediziner Alpe-Adria- Pannonia 5-7. június 1997. Veszprém (Martini előadása)
6. Állásfoglalás az un. „orvosi műhiba” ügyekről és a felelősségbiztosításról (MOJIT, Martini 1999. nov. 20.)
7. A szülészeti ténykedéssel kapcsolatos kártérítési és büntető ügyek tapasztalatai a szülész szakorvos ügyvéd szemszögéből (Martini Baross u. Szülészeti Esték 2000).
8. A nem vagyoni kár (Prof. Dr. Köles Tibor, A bírói gyakorlat zsebkönyve HVGORAC 1997)

