

Az igazságügyi orvos szakértők feladatai kártérítési perekben

I.

A POLGÁRI JOGI KÁRTÉRÍTÉSI FELELŐSSÉG KÉRDÉSEI

A) A kártérítési felelősség általános szabályai

A Polgári Törvénykönyv - az 1977. évi IV. törvénnyel módosított 1959. évi IV. törvény (a továbbiakban: Ptk.) - kártérítési felelősségre vonatkozó 339. §-ának (1) bekezdése szerint: „Aki másnak jogellenesen kárt okoz, köteles azt megtéríteni. Mentese a felelősség alól, ha bizonyítja, hogy úgy járt el, ahogy az az adott helyzetben általában elvárható.”

Ebből következik, hogy a polgári jogi kártérítési felelősségnek általában négy - egymással szorosan összefüggő - feltétele van:

1. A kár (ez nem mindig jelent vagyoniilag kimutatható hátrányt) ;
2. A jogellenesség;
3. A felróhatóság (szándékos vagy gondatlan magatartás) ;
4. Az okozati összefüggés a felróható kötelelességszegés és a kár között.

Az élet, a testi épség és az egészség megsértése miatt indított polgári perek nagyobb részében azonban a bíróság a kártérítési felelősségnek nem a Ptk. 339. §-ában foglalt általános szabályát, hanem a veszélyes üzem működéséből eredő károkért fennálló tárgyi (objektív) felelősség szabályait alkalmazza.

A Ptk. 345. §-ának (1) és (2) bekezdése szerint: „Aki fokozott veszéllyel járó tevékenységet folytat, köteles az ebből eredő kárt megtéríteni. Mentese a felelősség alól, ha bizonyítja, hogy a kárt olyan elháríthatatlan ok idézte elő, amely a fokozott veszéllyel járó tevékenység körén kívül esik. Ezeket a szabályokat kell alkalmazni arra is, aki az emberi környezetet veszélyeztető tevékenységével másnak kárt okoz. Nem kell megtéríteni a kárt annyiban, amennyiben a károsult felróható magatartásából származott.”

A tárgyi felelősség lényege tehát az, hogy a veszélyes üzem (pl. gépjármű) üzembentartója a veszélyes üzem működéséből eredő károkért vétkességére tekintet nélkül felel. Kártérítési felelőssége tehát akkor is fennáll, ha szándékos vagy gondatlan magatartás nem terheli (kivéve természetesen a felelősség alóli mentesülés említett esetét).

A kár lehet:

- a) felmerült kár (a károsult vagyonában beállott értékcsökkenés) ;
- b) elmaradt jövedelem vagy haszon;
- c) költségek és kiadások;
- d) nem vagyoni kár.

B) A felelősség módja és a kártérítés mértéke

1. A károkért felelős személy köteles az eredeti állapotot helyreállítani, ha pedig az nem lehetséges, vagy a károsult a helyreállítást alapos okból nem kívánja, köteles a kárt megtéríteni. A kár megtérítése elsősorban pénzben történik, kivéve ha a körülmények a kár természetben való megtérítését indokolják [Ptk. 355. § (1) és (2) bek.]

2. Kártérítésként járadékot is meg lehet állapítani. Erre rendszerint akkor kerül sor, ha a kártérítés a károsultnak vagy vele szemben tartásra jogosult

hozzátartozójának tartását, illetőleg tartásának kiegészítését szolgálja [Ptk. 355. § (3) bek.]

3. Kártérítés címén a károkozó körülmény folytán a károsult vagyonában beállott értékcsökkenést és az elmaradt vagyoni előnyt, továbbá azt a kárpótlást vagy költséget kell

megtéríteni, amely a károsultat ért vagyoni és nem vagyoni hátrány csökkentéséhez vagy kiküszöböléséhez szükséges [Ptk. 355. § (4) bek.].

4. Akártérítés a károsodás bekövetkeztekor nyomban esedékes [Ptk. 360. § (1) bek.].

5. A károsultat kárelhárítási (kárenyhítési) kötelezettség terheli, ami azt jelenti, hogy a károsult a kár elhárítása, illetőleg csökkentése érdekében úgy köteles eljárni, ahogy az az adott helyzetben általában elvárható. Nem kell megtéríteni a kárnak azt a részét, amely abból származott, hogy a károsult e kötelezettségének nem tett eleget [Ptk. 340. § (1) bek.].

C) Az igazságügyi orvos szakértők feladatai

Az igazságügyi orvos szakértők közreműködésére olyan, jellegű kártérítési ügyekben kerül sor, amelyekben a kár az élet, a testi épség és az egészség megsértésével kapcsolatban keletkezett.

1. A testi sérüléssel kapcsolatos kiadások közé elsősorban az egészség helyreállításával és a kieső munka pótlásával összefüggésben felmerülő költséget: tartoznak. Ezek főként a következők:

a) A társadalombiztosítással meg nem térülő gyógykezelési költségek közül csak azok jöhetnek számításba, amelyek orvosilag szükségesek, tekintet nélkül eredményességükre. Különösen életveszély esetén lehet indokolt olyan eljárás is, amelynek eredményessége nem nagyon valószínű. Ugyanez az elv vonatkozik a különleges gyógyszerekre és a különleges gyógy módokra (pl. plasztikai, helyreállító sebészeti műtétek). Ide tartoznak a művégtag, különleges cipők, egyéb gyógyászati segédeszköz, valamint a gyógyszer beszerzésének költségei. Olykor szóba jöhet gyógytornász igénybevételének költsége is.

b) Kárként jelentkezik az orvosilag indokolt ételmezési költségtöbblet, az ún. táplálkozás-feljavítás. Ezen a címen a bíróság - a szakértői vélemény figyelembevételével - általában napi átalányt (pl. napi 25,- vagy 30,- Ft összeget) szokott megállapítani.

c) Felmerülhet a fokozott ágyneműhasználat (hálóruha stb.) kapcsolatos kiadások kérdése. Itt azonban a betegség természete a meghatározó, ami annyit jelent, hogy pusztán az ágyhoz kötöttség nem elegendő.

d) Kárnak minősülnek az ápolási, gondozási többletkiadások is, ha a beteg mellé - orvosilag indokoltan - ápoló vagy gondozó felvétele szükséges.

e) A háztartási és a ház körüli munkált kiesése által okozott költségeket is kárként lehet figyelembe venni, ha ezeket a tevékenységeket a károsult nem tudja ellátni, és erre a célra - ellenérték fejében - más személyt kell igénybe vennie.

f) A közlekedéssel kapcsolatban felmerült többletkiadások (taxi) is ebbe a körbe tartoznak, ha orvosilag indokolt, hogy a károsult ezeket a közlekedési eszközöket igénybe vegye.

g) Ruházati többletkiadást okozhat, hogy a sérülések után kialakulhatnak olyan maradványállapotok, amelyek következményei folytán a ruházat kopása fokozottabb mértékű. Olyan esetek is előfordulhatnak, amelyekben a baleseti sérülés torzulást, esztétikai károsulást okozott, és így annak elfedése speciális öltözködést igényel (pl. a nőknél a látható testrészekon kialakult torzító hegek stb.).

h) A fűtés és világítás többletköltsége szintén kárként merülhet fel.

i) Rokkant gépjármű beszerzésének igényével egyre több baleseti sérült lép fel.

j) Szűk körben kárnak minősülnek a legközelebbi hozzátartozók általi beteglátogatás költségei is.

2. Az egyik legfontosabb igazságügyi orvos szakértői feladat a munkaképtelenség, illetőleg a munkaképességcsökkenés szakértői véleményezése. Nagymértékben ezektől a szakkérdésektől függ ugyanis, hogy a bíróság milyen összegű kártérítést ítél meg, illetőleg ha kártérítésként járadékot állapít meg, ennek nagysága milyen lesz.

A járadék bírósági megállapítása érdekében az orvos szakértőnek vizsgálnia kell azt is, hogy ha a balesetet szenvedett személy- a balesetből eredő jelentős testi fogyatékoság (munkaképessége legalább 1/3-ának elvesztése) ellenére - rendkívüli munkateljesítményt ér el, ez számára ne eredményezzen hátrányt. Ennek a kérdésnek megfelelő eldöntéséhez ugyancsak az orvos szakértői vélemény adhat kellő eligazítást [Ptk. 356. § (3) bek.].

3. A károsult közrehatása. Az igazságügyi orvos szakértők tevékenységével kapcsolatban itt elsősorban azok az esetek jöhetnek figyelembe, amelyekben a károsult indokolatlanul nem veszi igénybe a gyógyítási, kezelési lehetőségeket, és ez a tény a kár nagyságára kihatással van. Orvos szakértői feladat annak véleményezése, hogy ez a magatartás mennyiben növelte a károsultnál jelentkező vagyoni és nem vagyoni hátrányokat.

4. Az okozati összefüggés. Talán az egyik legfontosabb orvos szakértői kérdés annak véleményezése, hogy a károkozó magatartás és a károsultat ért hátrány között összefüggés van-e. Az itt vizsgálandó kérdéseket pontosan nem lehet meghatározni vagy felsorolni. (Csupán egy példa: a károsult már meglévő betegsége és annak természetes rosszabbodása nem vehető figyelembe, ez esetben ugyanis nyilván nem lehet szó okozati összefüggésről.)

5. A nem vagyoni kár. A Polgári Törvénykönyvnek ezt a teljesen új jogintézményét csak az 1978. március 1. napját követően történő károkozásoknál lehet figyelembe venni. A Ptk. 354. §-a szerint: „A károkozó köteles megtéríteni a károsult nem vagyoni kárát, ha a károkozás a károsultnak a társadalmi életben való részvételét, vagy egyébként életét tartósan vagy súlyosan megnehezíti, illetőleg a jogi személynek a gazdasági forgalomban való részvételét hátrányosan befolyásolja.”

A jogalkalmazási gyakorlatra vár annak a kérdésnek megalapozott meghatározása - több esetből leszűrt tapasztalatok alapján -, hogy mit jelent a társadalmi életben való részvétel, az élet tartós vagy súlyos megnehezülése. A helyes bírói gyakorlat kialakításához azonban fontos feladat hárul az igazságügyi orvos-, szakértőkre is. (Itt feltétlenül meg kell jegyezni, hogy az ún. fájdalomdíj nem vagyoni karként való figyelembevétele nem jöhet szóba. Önmagában az a körülmény, hogy valakinek a sérülése komoly fizikai fájdalmakkal járó gyógykezelést eredményez, nem szolgálhat alapul nem vagyoni kár követelésére.)

Nem vagyoni kártérítésről nemcsak abban az esetben lehet szó, ha nincs kimutatható anyagi hátrány, hanem olyan esetben is, amikor a károsultnak kimutatható vagyoni hátránya is keletkezett.

6. Kárenyhítési kötelezettség terheli - a kártérítést csökkentő tényezők körében - a károsultat megmaradt munkaképességének hasznosítására. Ennek előfeltétele, hogy a károsult személyes körülményei és egyéb tényezők (pl. életkor, szakképzettség, iskolázottság, munkaalkalom stb.) lehetővé tegyék a megmaradt munkaképesség hasznosítását. Az orvos szakértőknek kell véleményeznie, hogy a sérült - figyelembe véve baleseti sérülését, életkorát, testi állapotát, iskolázottságát, szakképzettségét - milyen munkakörök betöltésére alkalmas. A kárenyhítési kötelezettség nem terjed odáig, hogy olyan munka elvégzése is elvárható legyen, amely az átlagot meghaladó erőfeszítéssel jár, vagy az egészség romlását okozhatja. Ezért - a rehabilitációs javaslatban - a maradék munkaerő hasznosításának véleményezésekor vizsgálni kell, hogy az adatokban szereplő munkakör nem ró-e a sérülést szenvedettre olyan feladatokat, amelyeket egészségi állapota miatt nem láthat el.

II.

A MUNKAJOGI KÁRTÉRÍTÉSI FELELŐSSZEG KÉRDÉSEI

Ha a dolgozó a munkaviszonya keretében elszenvedett kárának megtérítése végett közvetlenül a külső károkozó ellen fordul, akkor a kártérítési felelősség elbírálásánál a Ptk. szabályait kell alkalmazni.

Ha a dolgozó kártérítési igényét a saját vállalatával szemben érvényesíti - ha tehát a vállalat anyagi felelősségéről van szó, az ide vonatkozó legfontosabb rendelkezéseket a Munka Törvénykönyve (a továbbiakban: Mt.), a végrehajtásáról szóló 34/1967. (X. 8.) Korm. számú rendelet (a továbbiakban: Mt. V.) ; valamint a 4/1967. (VI. 8.) MüM számú rendelettel és több jogszabállyal módosított és kiegészített 2/1964. (IV. 3.) MüM számú rendelet tartalmazza.

A hivatkozott jogszabályok szerint a dolgozó életének, testi épségének vagy egészségének a munkaviszony keretében történt megsértése (ez alatt a MüM rendeletek gyűjtő elnevezésként üzemi balesetet és foglalkozási megbetegedést értenek) esetén a vállalat teljes kártérítési felelőssége fennáll, a munkaadó a dolgozó - halála esetén hozzátartozói - teljes vagyoni kárát köteles megtéríteni.

Mint minden kártérítésnek, úgy a vállalat felelősségének is egyik alapvető feltétele, hogy a dolgozók egészségkárosodásáért, a baleset következményéért is csak akkor felel, ha az okozati összefüggés fennáll. Orvos szakértői feladat annak szakértői megállapítása, hogy a dolgozó egészségkárosodása valóban a baleset és nem a dolgozó természetes megbetegedésének következménye.

Olykor kérdésessé válhat, miként kell az okozati összefüggés szempontjából véleményezni azokat az eseteket, amelyekben a dolgozó baleset előtti egészségi állapota nem volt teljesen rendben, de munkáját el tudta végezni, a baleset után azonban egészségi állapotának romlása miatt keresetvesztést szenvedett. Ehhez a Legfelsőbb Bíróság Munkaügyi Kollégiumának 30. számú állásfoglalása (Bírósági Határozatok 1974. évi 11. szám) nyújt eligazítást: „A dolgozók egészségi állapota nem azonos, a teljesen egészséges dolgozókon kívül vannak olyanok is, akik többé-kevésbé betegek, vagy akiknek valamilyen testi fogyatkozásuk, különleges szervezeti adottságuk van. A dolgozóknak az Mt. 62. §-ára alapított kártérítési igénye tekintetében azonban nem lehet különbséget tenni aszerint, hogy az egyik dolgozó gyengébb szervezetű, beteges, túl érzékeny, valamilyen testi fogyatkozása van (pl. félszemű), vagy különleges szervezeti adottságú (pl. rendellenes koponyaalkatú), a másik dolgozó pedig teljesen ép szervezetű, illetőleg teljesen egészséges.” Ilyenkor az a döntő, hogy a nem teljesen egészséges vagy különleges szervezeti adottságú vagy testi fogyatékoságú dolgozó a sérelem bekövetkezése előtt munkakörét rendesen el tudta-e látni. (A vállalat - a sérelemből származó munkaképességcsökkenés %-os mérvétől függetlenül - a teljes kárért felel.)

A balesetet megelőző munkaképesség orvos szakértői becslése csak valószínűséggel történhet, hiszen még a kórbonctanilag, illetőleg kórtanilag teljesen azonosnak látszó állapotokban sem lehet teljesen azonos az emberek munkaképessége. A hasonló korú és hasonló egészségi állapotú személyek a hosszabb ideje folytatott és így megszokott munkát általában különösebb megerőltetés, jelentősebb munkaképességcsökkenés nélkül ellátják. A munkaképesség becsléséhez beszerzendők és értékelendők a korábbi állapotot tükröző orvosi adatok. ehhez értékes kiegészítést adnak a munkavégzést ismerő tanúk vallomásai is.

Más a helyzet azonban akkor, ha a dolgozó „egyéb” természetű egészségromlása a munkaviszony keretében elszenvedett üzemi baleset (foglalkozási betegség) után állt elő, és azzal nincs okozati összefüggésben, vagy a korábbi természetes megbetegedése - nem az üzemi baleset folyamánként - azt követően súlyosbodott, illetőleg a természetes megbetegedés már az üzemi baleset (foglalkozási betegség) bekövetkezése előtt a dolgozónak keresetvesztést okozott. Ilyenkor a munkáltató a természetes megbetegedésért nem, hanem csak az üzemi baleset (foglalkozási betegség) következményeiért felel.

Ebben az esetben az orvos szakértő feladata nyilatkozni a baleseti eredetű munkaképesség-csökkenés mérvéről, illetőleg arról, hogy a nyugállományba helyezésben a sérelem milyen szerepet játszott. Véleményezni kell az is, hogy a vitatott esemény a már beteg -

de egyébként munkaképes - szervezet eddigi állapotát rontotta-e, illetőleg az esemény után kialakult romlás összefüggésben van-e azzal. Adott esetben nyilatkozni kell arról is, hogy a vizsgált személy a sérelem miatt vált-e teljesen alkalmatlanná korábbi munkakörének betöltésére.

Az üzemi baleset mellett a dolgozók egészségkárosodásának másik leggyakrabban előforduló alakzata a foglalkozási betegség. A foglalkozási betegségek fogalmát a társadalombiztosításról szóló 1975. évi II. törvény 77. §-ának (2) bekezdése határozza meg: „Foglalkozási betegség az a betegség, amely a biztosított foglalkozásának a különös veszélye folytán keletkezett.” Nem minden foglalkozási betegség minősül ilyen jellegűnek [Mt. V. 99. § (1) bek.], hanem csak azok, amelyek a társadalombiztosításról szóló törvény végrehajtásáról kiadott 17/1975. (VI. 14.) MT számú rendelet II. számú mellékletének felsorolásában szerepelnek. Jogszabály rendezi, hogy a foglalkozási betegség keletkezésével, kifejlődésével összefüggő egészségügyi kérdésekben beszerzendő az Országos Munka- és Üzemegészségügyi Intézet szakvéleménye, és erre a Legfelsőbb Bíróság több határozatában is rámutatott.

A 4/1967. (VI. 8.) MüM számú rendelettel és több jogszabállyal módosított és kiegészített 2/1964. (IV. 3.) MüM számú rendelet 7. §-ának (1) bekezdése szerint a dolgozó halála esetén a vállalat a hozzátartozóknak az elvesztett tartás erejéig köteles kártérítést fizetni. Ugyanezen szakasz (2) bekezdése alapján a hozzátartozók kártérítést csak ráutaltságuk mértékének megfelelően igényelhetnek. A ráutaltság vizsgálatakor a bíróság figyelembe veszi az igénylő munkaképességét is, annak szem előtt tartásával, hogy nem kerülhet kedvezőbb anyagi helyzetbe, mint a károsodás előtt volt. Ezen kártérítési kötelezettség megállapításához az orvos szakértőnek meg kell vizsgálnia a hozzátartozó egészségi állapotát, hogy munkavégző képességét véleményezhesse. Esetenként szükséges lehet a hozzátartozó vizsgálata olyan szempontból is, hogy állandó ápolásra, gondozásra szorul-e, ha addig az elhalt dolgozó gondoskodott teljes ellátásáról, illetőleg ápolásáról, gondozásáról is.

A gyakorlatban előfordul olyan helyzet is, hogy a dolgozó egészsége sérelmet szenvedett ugyan a munkavégzés során, de ez az egészségkárosodás sem üzemi balesetnek, sem foglalkozási betegségnek nem minősíthető. A jelenlegi bírói gyakorlat értelmében, ha a dolgozó ilyen esetben fordul a vállalat ellen kártérítést igényelve, az igény elbírálásakor a bíróság a 8/1978. (II. 1.) MT számú rendelettel módosított Mt. V. 99. §-ának (2) bekezdése értelmében azt vizsgálja, hogy az adott esetben a vállalat - kötelezettségeit megszegve - vétkezen, felróhatóan járt-e el. Az orvos szakértőnek ekkor azt kell tisztáznia, hogy a vállalat vétkes magatartása és a dolgozó megbetegedése között megállapítható-e az okozati összefüggés, vagyis a munkahelyi vétkes mulasztások alkalmasak voltak-e az egészségkárosodás előidézésére.

A SZÖVETKEZETEK FELELŐSSÉGÉNEK KÉRDÉSEI A TAGSÁGI VISZONY KERETÉBEN A TAGNAK OKOZOTT KÁRÉRT

A kártérítési felelősség kérdései nemcsak a munkaviszonyban álló dolgozóknál merülnek fel, hanem a szövetkezeti tagoknál is, akik a munkájukat tagsági viszonyuk alapján végzik.

A szövetkezeti tag életének, testi épségének vagy egészségének a tagsági viszony keretében történt megsértése esetén fennálló kártérítési felelősségről a szövetkezeti jogszabályok tartalmaznak rendelkezéseket.

A szövetkezetekről szóló, módosított 1971. évi III. törvény 85. §-ának (1) bekezdése szerint: „A szövetkezet a tagsági viszonyal összefüggésben a tagnak jogellenesen okozott kárért - az egyes szövetkezeti ágazatokra vonatkozó jogszabályok szerint - anyagi felelősséggel tartozik.”

Egyes szövetkezeti ágazati jogszabályok - a mezőgazdasági termelőszövetkezetekre és az ipari szövetkezetekre vonatkozó jogszabályok - a munkaviszonyban álló dolgozókhhoz hasonlóan, de az ágazati jogszabályban külön rendezi a tagsági viszony keretében végzett munka során az élet, a testi épség vagy az egészség megsértésével okozott károkért fennálló kártérítési felelősséget. A fogyasztási, értékesítő és beszerző szövetkezet (ÁFÉSZ), valamint a takarékszövetkezet dolgozói - függetlenül attól, hogy tagjai-e a szövetkezetnek - azzal munkaviszonyban állnak. Ezért a szövetkezet a munkaviszonnyal kapcsolatban az alkalmazottjának okozott kárért - így az ún. üzemi balesetért is - a munkajog szabályai szerint felel.

A mezőgazdasági termelőszövetkezetekről szóló, módosított 1967. évi III. törvény 90. §-ának (1) bekezdése szerint: „A termelőszövetkezet - vétkességére való tekintet nélkül - köteles megtéríteni tagjának, halála esetén hozzátartozójának azt a kárát, amely a tagsági viszonyból eredő munkavégzési kötelezettségnek a termelőszövetkezet irányítása vagy ellenőrzése alatt történt teljesítése közben a tag életének, egészségének vagy testi épségének megsértésével kapcsolatban keletkezett. Nem terjed ki a felelősség a munkába menet és onnan jövet a tagot ért kár megtérítésére, kivéve, ha ez a termelőszövetkezet szállító eszközén történt utazás során következett be.”

A hivatkozott törvény 90. §-ának (2) bekezdése szerint: „Nem felel a termelőszövetkezet, ha bizonyítja, hogy a kárt működési körén kívül eső elháríthatatlan ok vagy kizárólag a károsult tag elháríthatatlan magatartása okozta. Ennek hiányában is mentesül a kár ama része alól, amelyet a tag vétkes magatartása idézett elő.”

Ugyanezek a szabályok irányadók, ha a tag közös munkában részt vevő családtagja szenved sérelmet a közös munka végzése során.

A tag élete, testi épsége vagy egészsége megsértése esetén a termelőszövetkezet a teljes kárért felel, köteles tehát megtéríteni a tag teljes vagyoni kárát, ezen belül a dolgokban keletkezett károkat, valamint a sérelemmel kapcsolatos költségeket és kiadásokat.

A tag halála esetén a termelőszövetkezet a tartásra jogosult hozzátartozóknak ráutaltságuk mértékéig, legfeljebb azonban az elvesztett törvényes tartás erejéig, köteles kártérítést fizetni.

Ha a jövedelemkiesés, illetőleg a költség vagy kiadás tartós jellegű, általában havi járadékot kell megállapítani. Helye van általános kártérítés megállapításának is.

A kártérítés összegének megállapításánál - ha a kár jövedelemkiesésben vagy csökkenésben is jelentkezik - a tag átlagrészesedéséből kell kiindulni.

Az orvos szakértői véleményezés szempontjából lényeges szabály, hogy a kártérítés összegének kiszámításánál - többek között - le kell vonni a tag megmaradt munkaerejének hasznosításával elért, vagy az adott helyzetben elvárhatóan elérhető keresetet. A tag megmaradt munkaerejének hasznosítása és ennek lehetősége természetesen függ a termelőszövetkezeti tagok sajátos életviszonyaitól és munkakörülményeitől. Nem hagyható figyelmen kívül a mezőgazdasági munka jellege, a munkalehetőségek köre, a falusi életforma és az a körülmény, hogy a termelőszövetkezeti tagok a saját kisegítő gazdaságukban (háztáji gazdaság) is végeznek munkát, amiből kiegészítő jövedelmük van.

A termelőszövetkezeti tagokat ért sérelemmel okozott kár megtérítésének a termelőszövetkezeti jogszabályokban nem szabályozott kérdéseiben a Polgári Törvénykönyvnek, valamint a Munka Törvénykönyvének a munkaviszonyban álló dolgozókra érvényes rendelkezéseit kell megfelelően alkalmazni. Ez vonatkozik a foglalkozási megbetegedésért fennálló felelősségre is.

Az ipari szövetkezetekre vonatkozó jogszabályok szerint a szövetkezet a tagjának a tagsági viszonyal összefüggésben okozott kárért vétkességére tekintet nélkül felel. A felelősség alóli mentesülés feltételei azonosak a munkaviszonyban állókéval.

Az ipari szövetkezet tagjai részére elmaradt jövedelemként - többek között - meg kell téríteni a sérelemből származó munkaképességcsökkenés miatt elmaradt vagy csökkent munkadíjat, ideértve a tag egyéb rendszeres, nem a szövetkezettől származó jövedelmét is.

A kártérítés összegének kiszámításánál le kell vonni azt az összeget, amelyet az ipari szövetkezet tagja a sérelmet követően megmaradt munkaereje hasznosításával megkeres vagy az adott helyzetben elvárhatóan megkereshetett volna, kivéve a rendkívüli munkateljesítménnyel elérhető keresetet.

Az orvos szakértői véleményezésnél tehát a szövetkezeti Tagokra is irányadóak mindazok a kérdések, amelyek a munkaviszonyban álló dolgozók munkaképesség-csökkenésénél vagy elvesztésénél felmerülnek.

SZEMPONTOK A KÁRTÉRITÉSI IGÉNYEK ORVOSSZAKÉRTŐI VÉLEMÉNYZÉSÉHEZ

A) Felmerült kár, elmaradt jövedelem vagy haszon

1. Jövedelem-elmaradás. A táppénzes betegállomány esetvén a fizetés és a táppénz közötti különbséget megtérítését kérik, és ilyenkor a betegállomány, valamint a baleseti sérülés közötti összefüggés véleményezése a feladat. Ez nehézséget általában nem jelent, kivéve, ha valamely sérülés okozta károsodás természetes okú kórfolyamattal szövődik. [E kérdés orvos szakértői véleményezésénél jól hasznosítható az Egészségügyi Minisztérium 30.838/1977. (Eü. K. 13.) EüM számú, általános érvényű szakmai irányelve a keresőképesség elbírálásához, a mellékletekben megadott szempontok szerint.] Ebben az esetben mindig egyedi elbírálás szükséges. Az orvos szakértőnek azt kell vizsgálnia, hogy a sérülés okozta állapot rontotta-e a „természetes” betegséget, és így a táppénzes állomány mennyi idővel vagy egészében meghosszabbodott-e; illetőleg hogy a sérüléses eredetű károsodás önmagában - az általános tapasztalatok szerint - mennyi ideig tartó betegállományt indokolt volna.

2. Ha a munkavégző-képességet tartósan befolyásoló állapot alakult ki, akkor a munkaképességcsökkenés véleményezéséhez mindig meg kell vizsgálni a sérültet, és az észlelteket a korábbi orvosi adatokkal, a sérülés kórlefolyásával, a rehabilitáció várható lehetőségével együtt, ezekkel egybevetve kell értékelni. Az egyes sérülések végállapotának megítélésénél az Országos Orvos szakértői Intézet (OOSZI) által kidolgozott normákat ajánlatos használni, az elvesztett funkció %-ban kifejezhető mértékének megállapításakor. A munkaképességcsökkenés százalékanak szakértői megállapításában azonban óvatosan kell eljárni, mivel az általános elfogadott normák sablonos alkalmazása irreális megállapításokhoz vezethet, egyben iatrogenizálhat is. A normatívákat ezért az egyén általános és sérült állapotának megfelelően kell alkalmazni, hiszen a szervezetet mindig biológiai egységben, a funkcionális szemlélet figyelembevételével kell minősíteni. A funkcionális szemléletű szakértői véleményezésnél tehát nemcsak az anatómiai értelemben vett szubsztancia-elvesztésnek kell a szemléleti középpontban állnia, hanem tekintetbe kell venni a megmaradt funkciókat, valamint a szekunder módon kifejleszhető másodlagos (kompenzáló) működéseket is.

Általános munkaképesség állapítható meg annál a munkavállalónál, aki munkavégzésre képes. Ha a rendszeres munka kötelező munkanormák (idő, terhelés, minőség, ritmus stb.) teljesítésével jár, hivatásbeli (professzionális) munkaképesség még abban az esetben is megállapítható, ha a munkavállalónak szakképzettsége nincs.

A szakmai (speciális) munkaképesség egy bizonyos meghatározott munka elvégzését biztosítja. A szakmai (speciális) munkaképesség fogalma szűkebb körű, mint a hivatásbeli

(professzionális) munkaképesség. Ez érthető, hiszen egy hivatáson, foglalkozáson belül történik a szűkebb területekre vonatkozó specializálódás. Ha valaki a szakmai (speciális) munkaképességét elveszti, akkor még hivatásbeli (professzionális) munkaképességében akár zavartalan maradhat, vagy csak kismértékben károsodik, mivel ugyanazon hivatás más munkakörében továbbra is keresetcsökkenés nélkül tevékenykedhet. Jellemző

a szakmai (speciális) munkaképességre, hogy már egészen kis trauma teljesen tönkretelheti, ezért kell az orvos szakértőnek körültekintően vizsgálnia a munkavállaló szakmai (speciális) munkaképességcsökkenésének mértékét, összevetve hivatásbeli (professzionális) és általános munkaképességcsökkenése százalékos értékével.

Az orvos szakértőnek azt is véleményeznie kell, hogy a károsodás várhatóan mennyi ideig áll fenn vagy véglegesnek tekinthető-e. Ennek megfelelően közli a hatósággal, hogy javasol-e felülvizsgálatot. Ilyenkor figyelemmel kísérheti a károsult alkalmazkodási, beilleszkedési képességét és a munkajavaslat helyességét is. Mindezeket pedig felhasználja az állapot ismételt véleményezésekor, és ezzel az eredményes rehabilitációt is segíti. Ha az újabb vizsgálat során kiderül, hogy a korábbi állapotokhoz képest változás történt, annak %-os véleményezése is szükséges.

A munkaképesség-csökkenés véleményezésénél gyakran nehézséget jelent a baleseti sérülés és a természetes megbetegedés arányának szakértői megállapítása. Ilyenkor feltétlenül szükséges szakkonzultánsokat igénybe venni, és ennek alapján véleményezni a „rész-munkaképesség-csökkenést”. E körben értékelendő a baleset által okozott átmeneti vagy tartós súlyosbító hatás is. Ez azt fejezi ki, hogy a baleset olyan szervet érint, amely „természetes” okból beteg, funkciója csökkent, azonban a károsító tényező az addig is csökkent működést tovább rontotta (pl. a korábbi szokványos gyógyulás időtartama megnövekedett, a korábbi munkavégzőképesség nem állt helyre, az állapot rosszabbodott stb.).

A munkaképesség-csökkenést előidéző egészségkárosodás gyakran nem egy betegségből, nem egy sérülésből adódik, hanem több betegség együttes következménye. Ilyen esetekben kell beszélni az egyes kórfolyamatok által okozott - és említett - rész-munkaképesség-csökkenésről. Az egyes kórképek folytán megállapított rész-munkaképesség-csökkenések igen gyakran fedik egymást, ezért százalékos értékeiket „matematikai alapon” összeadni nem szabad. Vannak tehát esetek, amikor az egymástól teljesen független károsodások rész-rokkantsága, máskor - bizonyos esetekben - a szinergikus hatás is kimondható. Ilyenkor az összegezés helyénvaló, sőt hatványozó is lehet.

3. Az oksági összefüggések vizsgálata. Annak elbírálásához, hogy a kártérítést igénylő szenved-e olyan egészségkárosodásban, amely okozatilag visszavezethető valamely káreseményre, az esetek túlnyomó többségében szükség van az orvos szakértő közreműködésére.

Az oksági összefüggés tisztázását segítő „bizonyítási eljárásokhoz” tartozik a sérülés és az egészségkárosodás közötti helyi és időbeli összefüggés szakértői megállapítása. A „hely és idő” kérdését nemcsak a károsodás helye és időpontja szempontjából - tehát szó szerinti értelmezésben - kell megítélni, hanem a kórbonctani, a pathophysiológiai és pathogenetikai nézőpontoknak is helyt kell adni. Az egyes esetekben tehát egyrészt azt kell kimutatni, hogy a tudomány állása szerint a károsodás, illetőleg a károsodott terület között időbeliség van-e, másrészt, hogy a megbetegedés helye és a megbetegedés lefolyása az összefüggés mellett szól-e vagy pedig ellene. Figyelembe kell venni továbbá, hogy megvoltak-e azok a hídtünetek”, amelyek csak a sérülést követően jelentkeznek vagy később manifesztálódnak. még akkor is, ha csupán közvetett összefüggést lehet megállapítani. A kártérítési ügyekben ugyanis nemcsak a közvetlen, hanem a közvetett összefüggést is tekintetbe kell venni. Azok a következmények, amelyek egy sérülés után a később jelentkező tényezők, hatására lépnek fel, szintén kártérítési alapot képezhetnek. de azzal a feltétellel, hogy a kártérítés alapját képező eseménnyel összefüggenek. Ha pl. a sérülés miatt új megbetegedés keletkezik, amely ugyan

már nem baleseti következmény, de a baleset bekövetkezte nélkül nem lépett volna fel. úgy közvetett oksági összefüggés áll fenn (ez az eset pl. bizonyos infekcióknál). Egy balesettel viszont olyan körülmények is közvetetten összefügghetnek, amely elv a kárrendezést képező eseményen kívül, de a már meglévő baleseti következmények folytán jönnek létre. Ha [pl. az](#) ügyben szereplő baleset következtében mozgáskorlátozott egyén esik el és újratörés, következik be, úgy a közvetett okozati összefüggés fennáll.

Mindezeket összefoglalva, bármely összefüggést - orvosi szempontból - csak akkor lehet megállapítani, ha az az orvostudomány ismervei alapján meg felelően alátámasztható. Az orvostudomány jelenlegi állása szerint azonban bizonyos kórformák egyértelmű, egyetlen oka esetenként még valószínűséggel sem állapítható meg. Közismert, hogy bizonyos betegségeknek több oka is lehet, és az adott esetben nem mindig határozható meg a valódi ok, vagy a megbetegedések okai, kiváltó tényezői néha egyidejűleg is felléphetnek. Ezért nem kifogásolható, ha az orvos szakértő ilyenkor több feltételezést is közöl.

A valószínűség olyan kategória, ahol az egy bizonyos tény mellett és ellen szóló bizonyítékok mérlegelése egy meghatározott összefüggésre utal. A kártérítés területén az orvos szakértői véleményezéshez elegendő már az egyszerű" valószínűség is, nem is lehetséges mindig a valósághoz teljesen közelállóról nyilatkozni. A valószínűség azt jelenti, hogy kimondása esetén minden tekintetbe jövő egyéb lehetőség háttérbe szorul. A bizonyossággal határos valószínűség pedig egyértelmű azzal, hogy más lehetőség gyakorlatilag nincsen. Megemlítendő, hogy valamely összefüggés lehetősége bizonyítékként nem elégséges; azt a jogalkalmazó mindig mérlegeli. Ha a szakértő az ún. „egyszerű" valószínűséget használja a szakvéleményben, szükséges, hogy ilyenkor is a bizonyítási követelményeket szigorúan betartsa. A valószínűségi fogalom helyes alkalmazásának kritériuma - orvosilag - abban áll, hogy az összefüggés szempontjai egyezzenek meg a folyamat pathogenetikai kutatásának eredményeivel.

Az összefüggési kérdések további tárgya az állapotrosszabbodás. Az állapotrosszabbodás véleményezésénél lényegében ugyanazok a normák érvényesek, mint a baleset és a károsodás közötti összefüggés véleményezésénél. Itt két kategóriát kell megkülönböztetni : az egyik egy már meglévő betegségi állapotnak a baleset által okozott rosszabbodása: a másik pedig a baleset következményeként fellépő állapotrosszabbodás (betegségi hajlam manifestációja).

Az első eset akkor áll fenn, ha a betegség oly mértékű kedvezőtlen folyamata alakult ki, mint-amilyen progresszió - az orvostudomány ismeretei szerint - a baleset nélkül nem lett volna várható. Ilyenkor tehát csak a rosszabbodást lehet elfogadni, és nem az alapbetegséget; vagyis ennek megfelelően az orvos szakértőnek a baleset következményeként nem a betegséget, hanem annak rosszabbodását kell véleményeznie. Mivel ennek mérvét természettudományos módszerekkel kimutatni nem lehet, így az állapotrosszabbodás is a munkaképesség-csökkenésben fejezhető ki.

Egy betegsége való hajlam manifestációja és a meglévő betegség rosszabbodásának baleseti eredetű megállapítása között kifejezett különbséget kell tenni, mivel ezen múlik a kártérítési kötelezettség mértéke. A betegségi hajlam baleseti manifestációjának esetében az egész betegségi állapotért kártérítés jár, viszont ha már meglévő betegség rosszabbodásáról van szó, akkor csak a rosszabbodásra eső részt lehet tekintetbe venni. (Az előbbire jó példa a rövidlátó szem - a hirtelen erő kifejtés hatására - létrejövő retinaleválás, vakság, amely miatt a szem teljes elvesztéséért kártérítés jár.)

Az állapotrosszabbodás különböző formái és fokozatai különböztethetők meg: lehet átmeneti vagy állandó (maradandó) jellegű, lehet egyszeri vagy pedig az egyén további sorsára iránymutató (irányadó).

4. A sérült „ereje különös megfeszítésével" elért rendkívüli munkateljesítménye orvos szakértői véleményezésénél döntő, hogy ha valaki munkaképességének 1/3-át elvesztette, a hoz-

zá hasonló korú és képzettségű, gyakorlati jártasságú munkavállalókkal szemben a 100%-os munkaeffektust csak akkor érheti el, ha a megmaradó munkaképességét oly mértékben fokozza, hogy ezáltal tegyen eleget a munkakövetelményeknek, illetve hivatásbeli kötelezettségének. A sérült személyi sajátosságától függ, hogy ez a megerősítés erejének különleges megfeszítését", azaz rendkívüli munkateljesítményt követel-e. Csak orvos szakértői szempontból tehát nem bírálható el, mert a véleményt - a károsodáson túl - környezeti tényezők ismerete, a munkahely és az adott munka végzésének körülményei alapján lehet kialakítani. Függ a foglalkozási ágaktól és a munkakör ellátásával kapcsolatos feltételektől. (Volkman háromszög törése után pl. a kialakult bokaízületi mozgáskorlátozottság önmagában csak 201% körüli munkaképesség-csökkenést jelenthet, mégis a tartós állással, járással, terhek mozgásával stb. egybekötött munkánál már jelentheti az „ereje különleges megfeszítésének" megfelelő állapotot.) A súlyosabb, akár 50 %-os munkaképesség-csökkenést okozó alsóvégtag-sérülések utáni állapotokban viszont az irodai (ülő) munkakörben alkalmazott károsultnak munkája elvégzéséhez nincs feltétlenül szüksége rendkívüli munkateljesítményre.

B) Költségek és kiadások

1. A sérülések csoportosítása a költségek és kiadások véleményezéséhez

A továbbiakban tárgyalásra kerülő kárigények véleményezéséhez a minden sérülést magába foglaló összeállítás meghaladná e módszertani levél kereteit, annál is inkább, mivel ezen a téren az orvos szakértői véleményezésnél - a kifejtendők miatt - széles körű mérlegelés szükséges. Minden olyan területen viszont, ahol valamely kérdésben az egyéni mérlegelés is szerepel, az egységes szemléletnek nagy jelentősége van. Ennek kialakításához mégis célszerű bizonyos sérüléstípusok összefoglalása (lásd. a következő a)-e) pontokban), amely bizonyos súlyossági osztályozást ad, részben a sérülések jellegére, részben a gyógytartamra alapítva. A következőkben említendő csoportosítás természetesen nem jelent merev határokat, a szakértőnek - az egyedi véleményezés során - mindig a konkrét esetet, a maga sajátosságaiban kell véleményeznie.

a) Könnyű sérülések: a zúzódások, sebzéselv (ha a primaer ellátás után kozmetikai és funkcionális szempontból akár 8 napon belül, akár 8 napon túl gyógyulnak); a rándulások, szövődményes ficamok; ízületi vérömlenyek; enyhe agyrázkódás; a testfelszín 10^o/_o-át el nem érő, túlnyomórészt I., illetőleg II. fokú égés; az orrcsont és az ujjperc-csontok törései; az ujjpercek elvesztése; 1-3 borda törése; kisebb csontdarabok letörései; csigolyanyúlvány törései; izolált elmozdulás nélküli alkarcsonttörés, vagy kéztő-lábtő- és kéz-, lábközépcsontok műtétet nem indokló törései; izom és egyes inak sérülései; a szem és egyéb érzékszervek zúzódásai, üvegtest és szemfenék vérzései; 1-3 fog elvesztése (kitörései); a kéz érzőidegeinek sérülései.

b) Középsúlyos sérülések: a kiterjedt összefolyó zúzódások és lágyrész roncsolódások; hosszú csövescsontok egyszerű törései (combcsonttörés, lábszárcsonttörés); medencecsontok izolált törései; neurológiai tünet nélküli csigolyatesttörések; 3 vagy több borda, a szegycsont törése (légzési és keringési egyensúlyt nem érintő lég- és vérmellkassal vagy anélkül); szövődménymentes, agysérülés nélküli koponyatörés, az arckoponya egyszerű törései; 6 vagy több fog elvesztése; középsúlyos agyrázkódás; ujjak elvesztése; a testfelszín 10-25 %-os, túlnyomórészt I. fokú égése; szemeltávolítás; a közép- és belfül maradandó károsodást okozó sérülései.

c) Súlyos sérülések: kiterjedt roncsolódások vértasak képződéssel; koponya-, agysérülések, idegrendszeri tünetekkel; csigolyatörések idegrendszeri tünetekkel; az arckoponya összetett

törései; belső szervsérülések, a has-, illetőleg mellkasfeltárást igénylő, varrattal ellátható vagy eltávolítható szervsérülések; többszörös bordatörések. tüdőzúódással vagy a légzés és a keringés egyensúlyt érintő lég- és vérmellkassal; a perifériás ér- és idegtörzsek sérülései; a medencecsontok összetett törései; 25-40 %-os I-II. fokú égési sérülések; egy végtag csonkolása; elhúzódó gyógyhajlamú többszörös törések; nagyízületek ficamos törései; csontgyulladás, állízülettel szövődött csonttörések; urológiai műtétet igénylő húgyivarszervi sérülések (hashártyán kívüli hólyagrepedés, húgycsőszakadás).

d) Nagyon súlyos sérülések (az életveszély elhárítható, túlélés várható): végtag-amputációk; nyílt vagy zárt koponyasérülés; mellkasi, hasi szervsérülés a szervek roncsolódásával' csigolyatörések gerincvelő sérülés okozta részleges bénulásokkal; áthatoló szív-sérülések. szívzúródás, keringéskárosodással; legalább 50 %-os I-II. fokú égési sérülések; több végtag zárt vagy nyílt összetett törése; polytraumatizáció.

e) Szokatlanul súlyos sérülések (a túlélés kétséges, illetőleg a sérülések olyanok, amelyek előreláthatólag 90% feletti munkaképesség-csökkenést okoznak): a koponya-agysérülések, ha az eszméletvesztés több mint 24 óra; gerincvelő sérülés utáni teljes bénulás széklet- és vizelettartási képtelenséggel, súlyos légzés- és keringészavarral gyógyuló mellkasi szervsérülések; súlyos felszívódási és emésztési zavart okozó hasi szervsérülések; művese kezelésre szoruló vesesérülés; a testfelszín 50% feletti égése.

2. Élelemfeljavítási többletköltség

Az élelemfeljavítás mint kárigény orvos szakértői véleményezésénél nem csupán a sérülés okozta fokozott kalorikus igény összehasonlításából kell kiindulni, hanem azt is értékelni kell, hogy az adott traumás károsodások olyan jellegűek és mérvűek-e, amelyek a baleset után - a szakértő által meghatározandó időszakban (akár a kórházi gyógykezelés időtartamára is) - a mindennapi szokásos átlagélelmezéstől jellegében és minős-égében eltérő táplálkozást tettek szükségessé.

Ennek megállapítását az indokolja, hogy:

- a trauma következtében pl. a megváltozott emésztési-, felszívódási-, rossz kihasználású vagy fokozott ürítési viszonyok, anyagcsere változások, az energiaegyensúly felbomlása, a somatopsichés faktorok kapcsán testsúlyvesztéshez vezetnek;
- a sérülések, műtétek utáni állapotokban a szervezet fehérjemérlege mindig negatívvá válik, és a fogyasztott fehérjék mennyiségénél lényegesen több a fehérje anyagcseretermékek ürítése, amely csak a fehérjékben gazdag táplálékkal pótolható. A „fehérje egyensúly” helyreállítása a sebgyógyulás és a beteg (sérült) általános erőbeli állapotának visszanyeréséhez is kedvező hatású;
- a sérülés (betegség) miatt alkalmazott gyógyszer gyakran fokozza a tápanyagszükségletet, amikor a diéta célja a szokásosnál nagyobb szükséglet biztosítása;
- a beteg, sérült, leromlott szervezet táplálkozási igénye különbözik az egészséges szervezettől, mivel a szervezet védekezőképességét, gyors regenerálódását elősegítő tápanyagokból a szükséglet nagyobb.

E kiadásokat - a biológiai megalapozottság mellett - az a köztudott tény is befolyásolja, hogy a hozzátartozók a sérült (beteg) számára olyan élelmiszereket is megvásárolnak, amelyet egyébként rendszeresen nem vennének meg, csak azért, hogy ezzel is könnyítsék helyzetének elviselését.

Ezen kárigény véleményezésénél az sem közömbös, hogy a sérülés milyen életkorban történt. Ismert, hogy gyermek- és serdülőkorban (18 évig) a szervezet tápanyagszükségletét a növekedés, a testépítés lényegesen módosítja. Ezekben az életkorokban a testépítő és lebontó folyamatok egyensúlyában az előbbi dominál (a felnőttkorban e két folyamat egyensúlya biztosítja az állandó testsúlyt). Az öregkorban (65 év felett) viszont az előb-

biékhez képest ellenkező irányú a folyamat, tehát a testépítés aránya kisebb, mint a lebontásé. Az energiát adó tápanyagok és a testépítő anyagok szükséglete az idősebb személynél tehát valamivel kevesebb ugyan, azonban a szervezet alkalmazkodási képessége jóval gyengébb. Így az „adaptációs készség” csökkenése miatt az öregek táplálkozásában az egyenletesség sokkal fontosabb tényező, mint az egyes tápanyagok mennyisége. Az emésztés, felszívódás életkorral együtt járó fokozatos romlása, a kihasználás mértékének kismértékű - de állandóan fokozódó - csökkenése, a labilisabb anyagcsere könnyebben vezet az energiaegyensúly felbomlásához, a következményes testsúlycsökkenéshez. Ez utóbbit kell figyelembe venni a már meglévő chronicus betegségi állapotok esetén is, amikor a traumák szintén könnyebben okozhatnak testi leromlást. A terhes és a szoptató nő tápanyagszükséglete ugyancsak nagyobb.

Mindezek miatt a gyermek- és serdülőkorban, a terhes és a szoptató nők eseteiben, az öregkorban (többnyire 65 év felett), továbbá az idült betegségben szenvedőknél - adott sérülések után - az átlagosnál 1-2 hónappal hosszabb időtartamban is elfogadható az élelemfeljavítás indokoltsága, amelytől egyénileg nagyobb eltérés is lehetséges.

Az élelemfeljavítás szükségességét általában a következő tényezők határozzák meg:

- a) A sérülés jellege és súlyossága, a műtéti beavatkozások;
- b) a különleges típusú sérülések (arckoponya, gyomor-béltraktus sérülései stb.) ;
- c) a sérüléshez társuló senyvesztő szövödmények;
- d) az életkor és az egyéni sajátosságok.

A könnyű sérülések csoportjába sorolt esetek egyetlen életkorban sem indokolják az élelemfeljavítást. Ha a sérülésekhez szövödmény is társul (pl. zúzódások, lebenyes sebek esetén bőrelhalás, ennek pótlására bőrátültetés, továbbá ha 1-3 borda törése mellett tüdőgyulladás lépett fel stb.), akkor a szövödmény súlyosságához mérten minden életkorban indokolt az élelemfeljavítás. Ezekben az esetekben tehát a szövödményes állapot és annak mérve képezi a leoltóság orvos szakértői véleményezésének alapját.

A közepes súlyos sérülések eseteiben általában 1-2 hónapos élelemfeljavítás indokolt, amely a gyermek- és serdülő-, valamint idősebb korban ennél magasabb is (3-4 hónap) lehet. Ha e sérülésekhez szövödmény társul (pl. embóliák, fertőzések, elhúzódó csontgyógyulás stb.), akkor még további időtartamú - akár 2-3 hónappal hosszabb - élelemfeljavítás javasolható, a szövödmény klinikai lefolyásától függően. Ha a törések miatt véres repositio (műtét) válik szükségessé, a feljavító táplálkozás - a beavatkozás súlyától függően - szintén hosszabb időtartamú (1-3 hónap), ha pedig a műtéti beavatkozás után lép fel a szövödmény - az előzőek szerint - ez is megnyújtja a „roborálás” tartamát.

Súlyos sérülések esetén a sérülés jellegétől, a szervék eltávolításától (pl. a lép, vese eltávolítása), a tápcsatorna sérüléseitől a klinikai lefolyástól, valamint az esetleges szövödménytől függően legalább 1-6 hónapos időszakra javasolható az élelemfeljavítás. A tápcsatorna sérüléseitől e megállapítás az említettől hosszabb tartamú és magasabb összegű is lehet (ez utóbbit a különleges készítési módok indokolhatják).

A csonttörések utáni szövödmények (álízületképződés és annak megoldása, csontvelőgyulladás, sipolyozás stb.) továbbá a kiterjedt adhaesiókkal járó komplikált hasi sérülések, recidív ileus, emésztési-felszívódási zavart okozó hasi sérülés miatti bélresectiók utáni állapot, tartós urológiai kezelést igénylő húgyivar-szervi sérülések, dekompenzált vesefunkció esetén és minden olyan traumás következménynél, amely senyvesztő állapotot eredményez, akár egyéves vagy többéves időszakra is véleményezhető az élelemfeljavítás.

Az arckoponya és a fogak, valamint a szájüreg táplálkozást befolyásoló sérülései esetében az élelemfeljavítás indokolt, napi 30 Ft összegben:

- szövödménymentes fogeltávolítás vagy a járóbeteg rendelésen végzett kisebb szájsebészeti műtétek után, legfeljebb 3 napig;

- foghiányoknál - ahol egyrészt a hiány nagyságrendje, másrészt a megmaradt alsó-felső fogazat érintkezésének viszonya határozza meg a rágóképességet - az ideiglenes vagy részleges fogpótlás elkészítéséig indokolt a pépes étrend költségtérítése;
- szájjárat okozó sérülés esetén a szájjár oldódásáig;
- az állkapocs- és arccsonttörések sínes kezelésekor a singizés megszüntetéséig (4-6 hét) folyékony étrend, további 2-3 hétig pedig pépes étrend;
- az állkapocs- és arccsonttörések sínezés nélküli műtéti kezelése után, a csontgyógyulás idejéig (4-6 hét) ;
- a járomív- és járomcsonttörés műtéti ellátása után kb. 2 hétig; - a kimozdult fogak sínes rögzítésének időszakában (4-6 hét) ;
- a műtéti ellátást igénylő szájjüregi és ajak leörüli sérüléseknél, általában a varratok eltávolításáig;
- az arc alsó-középső harmadában, sérülés miatt végzett csont vagy lágyszöveti plasztikai műtétek után 2 hétig;
- a csontgyógyulás szövődménye esetén a teljes gyógyulás időszakában (ismétlődő szövődmények közötti tünetmentes időszakban nem szükséges folyékony-pépes étrend).

Ha a baleseti sérüléssel kapcsolatban a transzfúziós, inoculatio hepatitis bizonyítottan megállapítható ilyen esetekben tehát az oksági összefüggés mindenkor vizsgálendő -, az emelt összegű élelemfeljavítás javasolható, általában 4-6 hónapos időszakra.

Ha az élelemfeljavítás éves vagy többéves időszakra tűnik szükségesnek, az idősjakosan bírálendő el, ehhez pedig a kezelőorvostól - klinikai folyamatot dokumentáló - orvosi adatok beszerzése szükséges.

3. Háztartási munkavégzés képtelenségével kapcsolatos költség

A Legfelsőbb Bíróság állásfoglalásaiban már több ízben rámutatott, hogy a háziasszonyi munka elvégzése jelentős időt köt le, és nagy erőfeszítést kíván, amelynek ellenértéke pénzben is kifejezhető. A háztartási munka végzésének tartós képtelensége vagy csökkenése - a járadék részeként - ugyanolyan jelentőségű, mint a munkaviszonyban álló sérült munkaképesség-csökkenésével járó kár.

Az a háziasszony, illetőleg sérülést szenvedett személy, aki baleset-e miatt akár minden háztartási munkát, akár ennek nehezebb részét ellátni nem tudja, már ezáltal is „károsodik”, ha pedig ehhez idegen segítséget kénytelen igénybe venni, ez anyagi ellenszolgáltatással jár. Így az eddig a sérült által elvégzett és értékeket jelentő kiesés vagy az idegen segítség költségei a balesettel kapcsolatos kárhoz tartoznak.

A háztartási munkák ellátásával kapcsolatos igények 3 csoportba oszthatók: - minden háztartási munka;

- nehéz háztartási munka;

- kifejezetten nehéz háztartási munka ellátásához segítség igénybevétele.

A háztartási munkavégzőképesség elvesztése végleges (tartós) vagy időleges lehet.

Ha a sérülésről és a körlejárásról részletes orvosi dokumentáció áll rendelkezésre, ennek alapján megnyugtatóan véleményezhető a munkaviszonyban álló dolgozó e munkaképtelensége is. A keresőképtelenség időtartamának ismeretében tehát a vélemény az iratok alapján erről is elkészíthető. Ha viszont a leletek nem elégségesek, valamint ha a trauma okozta állapot munkaviszonyban nem álló személynél vezetett munkaképtelenséghez vagy végleges munkaképesség-csökkenéshez, a Háztartási munkákkal kapcsolatos munkavégző képesség véleményezéséhez mindig szükséges a sérült személyes vizsgálata is. Az értékelésnél figyelembe veendő, hogy - különösen az idős korú sérülteknél - már a baleset időpontjában is fennállhattak idült betegségek, amelyek mellett azonban az adott helyzetben a vizsgált személy a megszokott otthoni háztartási munkákat el tudta végez-

ni. A baleseti sérülés következtében viszont e személyek olyan állapotba kerülhetnek, hogy ezen tevékenységük ellátására akár teljesen, akár részlegesen és véglegesen képtelenné válnak. Ezt maga a sérülés utáni maradványállapot vagy a betegségnek trauma okozta progressziója, illetőleg a kettő együtthatása okozhatja. Ezek értékelése, illetőleg az okozati összefüggés megállapítása csak igen gondos szakértői vizsgálattal lehetséges.

A munkaviszonyban állóknál a baleseti sérülés olyan tartós vagy végleges munkaképesség-csökkenést eredményezhet, amely mellett a keresőfoglalkozás ellátása a maradék munkaerőt oly mértékben kimeríti, hogy a sérült az otthoni háztartási munkák végzésére emiatt már egyáltalán nem vagy csak korlátozottan képes. Az ezzel kapcsolatos igény szakértői véleményezéséhez is feltétlenül szükséges a személyes vizsgálat.

A háztartási munka végzésével kapcsolatban olyan egyedi sajátosságokat is figyelembe kell venni, mint a lakás nagysága, a családtagok száma, a fűtési viszonyok stb., továbbá, hogy adott esetben nagyobb távolságról, kútról kell a vizet a lakásba bevinni, a szennyvizet a lakásból kivinni stb. Ezek mérlegelése azonban nem szakértői feladat, csupán a háztartási munkavégzőképesség mérvénél játszhat szerepet.

A szakértő a háztartási munkák ellátására igénybe veendő kisegítő személy szükségességének véleményezésekor az összecszerúségről nem, nyilatkozik, csupán - az előzőekben vázolt kategóriák szerint - e munkaképtelenség mértékét, jellegét és időtartamát határozza meg.

A háztartási munkavégzéssel kapcsolatos kárigény jelentkezésekor az előzőekben - e fejezet B;1. pont - említett sérüléscsoportok értelemszerűen itt is felhasználhatók.

A könnyű sérülések csoportjába tartozó sérülések esetében többnyire időleges és teljes háztartási munkavégző képtelenségről van szó. Ezért az olyan balesetet szenvedett nőknél - vagy körülményeik miatt háztartási munkát végző férfiaknál -, akik munkaviszonyban vannak, a keresőképtelenség, azaz a táppénzes betegállományi időszak tartamára indokolható ezen igény elfogadása. Ha ugyanis orvosilag - a keresőképtelen betegállományi időszakban - munkaképtelenség áll fenn, akkor ez a háztartási munkákra is vonatkozik. Ilyen esetekben azonban mindig vizsgálandó, hogy a betegállomány teljes egészében a baleseti sérüléssel áll-e okozati összefüggésben.

Gyakori viszont, hogy munkaviszonyban nem álló és kizárólag otthoni, háztartási munkát végző személyt ér baleset, tehát a keresőképtelenség időtartama támpontul nem szolgálhat. Ilyenkor a munkaképtelenség időtartamát - egyedi megítélés alapján, a sérülés típusától függően - az általános orvosi gyakorlat alapján lehet véleményezni.

Meg kell azonban említeni, hogy ez e csoportba sorolt sérülések között lehetnek olyanok, amelyekben a gyógyulási folyamat és a betegállomány hosszabb (p1. kéztő-, kézközépcsontok-, esetleg ujjpercek törései, izom- vagy ínsérülések), de az állapotjavulás, a reparáció (a funkció visszatérése) szakaszos. Ezért ezen sérülteknél - a kárenyhítési kötelezettségre figyelemmel - a kórlefolyási adatok figyelembevételével, az egész betegállományi időszakra teljes háztartási munkavégző-képtelenség nem állapítható meg, hanem a regresszió mértékének megfelelően kell az egyes fázisokban a háztartási munkavégzőképesség alakulását véleményezni.

Hasonlóan értékelendők a középsúlyos és súlyos sérülések csoportjába sorolt sérülést szenvedett személyek ilyen igényei is. Ilyen esetekben azonban már többnyire felmerül a tartás (végleges) és részleges, olykor teljes és végleges háztartási munkavégző-képtelenség kérdése. Ilyenkor a vélemény kialakításához a sérülés jellegének, mértékének, a kialakult defektállapotnak együttes, gondos mérlegelése és értékelése szükséges. A kárenyhítési kötelezettség miatt, az előzőekben említett és a kórlefolyástól függő „kategorizálás” e körben is felhasználható.

A legsúlyosabb sérülések csoportjába sorolt sérülések és következményes állapotok esetében a munkaképtelenség a háztartási munkákra is vonatkozik.

Megjegyzendő, hogy bizonyos „egyéni sajátossággal”, továbbá egyes traumás következményekkel összefüggő defekt állapotoknál (p1. retinaleválás, szemlencse-eltávolítás, egyensúlyzavart okozó koponyatraumák) és a csoportosításban fel nem sorolt károsodások esetében (p. mindkét szem jelentős látáscsökkenése stb.) az adott állapothoz társuló következmény egyedi véleményezést _tesz szükségessé.

Az is előfordul, hogy idős korúakat eltartó. ellátó fiatal hozzátartozó baleset kapcsán meghal. Az eltartással összefüggő igényről már esett szó, azonban az idős eltartott hozzátartozó lehet olyan állapotban, hogy háztartási munkájának. olykor pedig önmagának ellátására is teljesen vagy részlegesen képtelen, és így a tennivalókat az elhalt végezte el. Az ilyen „rászorultság” orvos szakértői véleményezéséhez személyes vizsgálat szükséges, a véleményt a somato-psychés állapot határozza meg.

4. A „ház körüli” teendők ellátásának képtelenségével összefüggő költség

A „többletkiadás” körében kerülhet sor a szokványos (professzionális vagy speciális) munkavégző-képességen felüli, ún. „többlet-munkabíróképesség” megítélésére is. Ez azt jelenti, hogy az igénylő sérülése (károsodása) miatt a hivatásán (foglalkozásán) túli teendői - amelyeket a balesetét megelőzően maga végzett - maradnának ellátatlanok, ha más személy segítségét nem venné igénybe. Ilyenek lehetnek a ház körüli ténykedések (p1. a tüzelő behordása, indokltsága mindig vizsgálaton alapul, és egyedi mérlegelést tesz szükségessé. területek megművelése. Ez gyakran előfordul a balesetet szenvedett és a munkaviszonnyal nem rendelkező, csak otthoni háztartási munkát végzőknél, akik - különösen vidéken - a ház körüli munkákat is maguk látják el.

E „többlet-munkabíróképesség” szakértői véleményezésénél is a háztartási kiegészítő igénybevételére ajánlottak az, irányadók, azonban ennek orvos szakértői indokltsága mindig vizsgálaton alapul, és egyedi mérlegelést tesz szükségessé.

5. Az otthoni ápolói-gondozói segítség igénye

Gyakori igény a sérültek otthoni utókezelésénél az ápoló-gondozó alkalmazására járó költség. Az olyan posztraumás állapotok, amelyek a sérültet, beteget saját maga ellátására képtelenné teszik vagy súlyosan korlátozzák, indokolják az „ápoló-gondozó” igénybevételét. Azon utókezelteknél pedig, akiknél a sérülések az életszükségletek ellátását csak bizonyos ténykedésekben korlátozzák vagy akadályozzák, és emiatt szorulnak segítségre, ott a tényt „kiegészítő” igénybevételének szükségességével lehet indokolni. Ezekben az esetekben tehát azt kell vizsgálni, hogy a sérült a kórházi kibocsátáskor, illetőleg az utókezelés időszakában olyan állapotban volt-e, amely önmaga ellátásához ápoló-gondozó avagy csak kiegészítő igénybevételét tette szükségessé, és ha igen, milyen időtartamra. Ez többnyire hetekben vagy hónapokban jelölhető meg. A zárójelentés, az ellenőrző vizsgálatokról készült orvosi feljegyzések a véleményezéshez kellő támpontot szolgáltatnak, ezért az orvosi dokumentáció beszerzése elengedhetetlen.

Az orvos szakértőnek figyelembe kell vennie a sérülés jellegét, helyét és mérvét, azt, hogy az ellátó intézmény a sérült személyt milyen állapotban bocsátotta el, milyen további-, illetőleg utókezelési utasítást adott, az ellenőrző vizsgálatok mit mutattak, az orvos szakértői vizsgálatkor milyen állapot volt észlelhető. Mindezek együttes mérlegelése alapján adható meg a vélemény.

Fokozott gondossággal kell véleményezni a gyermek-, illetőleg idős korú sérültek ilyen igényeit, ezeknek az életkoroknak biológiai, illetőleg szociális sajátosságai miatt.

A gyógyulás folyamatának megfelelően a kárigény orvos szakértői alátámasztása is fokozatos és szakaszos, mert a kórházi kibocsátást követő otthoni kezelés első időszakában ápo-

lást, gondozást, majd a reparáció mértékének megfelelően, a későbbiekben már csak „kisegítő” szükségességét lehet véleményezni.

Megemlítendő, hogy a sérültek egy része - függetlenül az utókezelés alatti otthoni állapótól - azzal az indokolással támasztja alá a kárigényét, hogy „fekvőbetegként” volt táppénzes állományban, és ennek alapján véli jogosnak az ápoló-gondozó igénybevételét. Célszerű ilyen esetekben a szakvéleményben rámutatni, hogy az ún. „fekvőbeteg” táppénzes állomány nem feltétlenül azonos az önellátási képtelenséggel. A szakértői gyakorlatban ezek egymástól független ismérvek, amelyek adott esetekben egymást fedhetik, máskor azonban a társadalombiztosítási fogalom nem jelenti egyben az ápolási-gondozási szükségletet.

Kiemelendő, hogy - az esetek egy részében - a háztartási munkák ellátásához való segítség, valamint az ápolói-gondozói vagy kisegítői tevékenység igénybevétele bizonyos időszakban egybeeshet vagy fedheti egymást.

A posztraumás állapotok már említett csoportosítását tekintve, a könnyű sérülések típusai ápolást, gondozást általában nem igényelnek (a szövődményes állapotok azonban a továbbiak szerint értékelendők), ezekben az esetekben viszont az egyes életszükségletek ellátásához a kisegítő igénybevételét mindig mérlegelni kell.

Hangsúlyozandó azonban, hogy a rossz általános állapotban levő mozgásképtelen fekvőbeteg állandó ápolásra-gondozásra szorul, függetlenül attól, hogy sérülése melyik testtájakra lokalizált.

A középsúlyos, súlyos és nagyon súlyos sérülések után többnyire felmerül az ápoló-gondozó, valamint a kisegítő szükségességének fokozatos, szakaszos véleményezése, illetőleg az utóbbinak akár végleges megállapítása is. Azokban az esetekben, amelyekben a baleseti sérült a kórházi elbocsátáskor még mozgásképtelennek minősült, az állandó ápoló indokoltságát kell véleményezni (pl. járósarak nélküli, alsó végtagi gipszrögzítés vagy szegezés utáni alsó végtagi terhelési tilalom stb.). Ilyenkor az önellátásra való képtelenség véleményezése arra az időszakra szól, amíg a sérült valóban járóképtelen, azaz amíg pl. a sérült végtagját kellően nem terhelhette. Később a sérült már részlegesen mozgásképes, bizonyos élettevékenységekre, részleges önellátásra már képes, ezért csak a kisegítő igénybevételének indokoltsága véleményezhető (pl. járógipszrögzítés).

A szokatlanul súlyos sérülések csoportjába sorolt sérülések és következményes állapotok akár végleges ápoló-gondozó vagy kisegítő igénybevételét indokolhatják, az orvos szakértői mérlegelés azonban mindig csak egyedi lehet.

Az arcsérültek otthoni ápolása, gondozása véleményezésekor figyelembe kell venni a sérülés súlyosságát, illetőleg az egyéb testtájék sérüléseivel való együttes előfordulását. A jól gyógyuló, izolált állkapocs- vagy arccsonttörés a kórházból történt elbocsátás után az állandó ágynyugalom és a testi szükségletek kiszolgálását nem indokolja, bár általában még további 1-2 hónapos betegállománnyal jár. Az ilyen sérült otthoni ellátásának legnagyobb gondja a folyékony vagy pépes étrend biztosítása. Különösen a gyermekeknél, az időseknél vagy a férfiaknál jelent nehézséget a folyékony ételek beszerzése, elkészítése, valamint a naponkénti több alkalommal történő szívócsöves etetés, itatás. Ezek a körülmények indokolják a kisegítő igénybevételét, akire a törést rögzítő sínek eltávolításáig lehet szükség.

6. A bérgekocsi (taxi) igénybevételének költsége

A baleseti sérültek ilyen kárigény érvényesítésekor arra hivatkoznak, hogy sérülésük miatt - a kórházi elbocsátást követően - az ellenőrző [vizsgálatra](#). az utókezelésre járáshoz stb., esetenként pedig hivatalos ügyeik intézéséhez bérkocsit voltak kénytelenek igénybe venni.

Az ellenőrző vizsgálatokon, az utókezelésen való megjelenésnél ezen költség igénye orvos szakértői szempontból általában elfogadott. Ismert ugyanis, hogy a mentőszolgálat országosan nagymértékben túlterhelt, emiatt a könnyebb sérültek szállítását gyakran nem vállalhatják vagy a szállítási idő igen bizonytalan. Az is gyakori, hogy a mentővel történő szállítás-

ra igen hosszú időt kell várnia a sérültnek - olykor kedvezőtlen körülmények között -, ami gyógyulásukat is hátráltatja. Ezért az ellenőrző vizsgálatoknál minden esetben, amikor a balesetet szenvedett személy sérülései olyan jellegűek, elhelyezkedésűek és mértékűek, hogy annak következményeként tömegközlekedési eszközön történő utazásra képtelen vagy abban jelentősen gátolt, a bérgepkocsi igénybevétele - ha nem történt mentőszállítás -, indokoltnak véleményezhető. Olyankor pedig, amikor a kárigénylő az utókezelésre járáshoz kéri a taxi költségét, azt kell vizsgálni, hogy a rehabilitációs kezelés megkezdésének időpontjában olyan volt-e a sérült állapota, ami azt feltétlenül indokolta; ha igen, akkor az utókezelés teljes tartamára, vagy csupán meghatározott időszakára. Az utóbbi esetben konkrétan meghatározandó az az idő, amikor feltétlenül indokolt lehetett a taxi igénybevétele.

Mivel a baleseti sérültek állapotát, gyógyulását, kórlefolyását dokumentáló orvosi űrlapok (leletek) ma már országosan egységesek, általában részletesek, és mivel ezek alapján az előbbieken említett kérdések objektíve megválaszolhatók, az orvosi iratok beszerzése e kárigény véleményezéséhez is nélkülözhetetlen.

Bizonyos sérüléseknél - pl. gipszrögzítés mellett - nyilvánvalóan nem várható el a sérülttől, hogy ezen állapotában ügyeinek intézéséhez tömegközlekedési (mindenki által igénybe vehető) eszközön utazzon. Ez azonban csak eseti és egyedi lehet.

A könnyű sérülések csoportjába sorolt sérülések eseteiben gyakori, hogy a sérültek kórházi elbocsátásukkor a lakásukra taxival mentek, mert mentőszállítást nem kaptak. Ilyenkor - ez alkalomra - a taxi igénybevétele indokoltsága orvos szakértői szempontból elfogadható. Abban az esetben is indokolható ez, ha ambuláner történt az ellátás. Előfordulhat, hogy ez e csoportba sorolt sérülést elszenvedett személy nem az ellátó egészségügyi intézmény székhelyén lakik, hanem attól távol, és az első kezelését követően taxival vagy alkalmi gépkocsival, akár kísérő igénybevételeivel megy lakására. Ilyen esetekben egyrészt azt kell vizsgálni, hogy sérült állapota miatt kísérőre szüksége volt-e, másrészt, hogy a sérülés olyan volt-e, ami miatt közforgalmú járművel (vonattal) történő utazásra képtelen, illetőleg számára az ilyen közlekedés milyen megterhelést jelentett volna.

Az otthonukból a kórházi, rendelőintézeti ellenőrzésre, utókezelésre járó arcsérülteknek is gyakori igénye a taxiköltségek térítése. Bár az arcsérültek a mozgásban nem korlátozottak, a nyilvános közlekedési eszközön utazva - a kozmetikai károsodások miatt (feltűnő rögzítő készülékek, szájbúz stb.) - hátrányos érzésük keletkezik, nemkülönben a környezetükre is ijesztően hatnak. Ezért, ha a mentőszállítás nem biztosított, az arcsérültek számára az orvosilag igazolt ellenőrzésekkel, utókezelésekkel kapcsolatos taxiszámlák térítése orvos szakértői szempontból indokolt.

Az egyéb sérülési csoportokban említett sérülések utáni állapotokban a taxiköltségek igényének véleményezésénél - az előbb kifejtettek figyelembevétele mellett - minden esetben egyedileg kell eljárni.

7. Gyógyszerbeszerzési többletköltség

A rekonvaleszcencia szakában - akár fekvőbeteg gyógyintézetben, akár ambuláner történt a baleseti sérült kezelése -, mind az utókezelés, mind a rehabilitáció érdekében gyógyszeres kezelést írhatnak elő. A sérültek - ezen kívül - fájdalmaik csillapítására és egyéb okból orvosi rendelés nélkül is vehetnek gyógyszereket. A „kártérítés” alkalmával az ezek beszerzéséhez fűződő kiadásokat is érvényesítik, többnyire összegszerűleg (akár havonként) feltüntetve. Ilyenkor azt kell vizsgálni, hogy a kárigény összege az általános orvosi tapasztalatok alapján reális-e és elfogadható-e, vagyis szükséges volt-e olyan mennyiségű és minőségű gyógyszer fogyasztása, amelyre a kereset utal.

Előfordulhat, hogy csupán a kárigényt közlik, de az összecszerűséget nem jelölik meg. Ilyenkor az értékelendő, hogy a gyógyszerek fogyasztása - ha indokolt - milyen időtartamra lehetett szükséges. A gyógyszerbeszerzés költségeinek összege többnyire csak valószínűsíthetően határozható meg.

A szövődményes állapotok eseteiben, elhúzódó gyógyuláskor stb. huzamosabb ideig, akár évekig szükséges lehet különböző hatású gyógyszerek rendszeres szedése, az ezzel összefüggő kiadás - a beszerzett orvosi dokumentációk alapján - elemezhető és véleményezhető.

A kárigény általában egyedi - ezért az előzőekben részletezett sérüléstípusok a véleményezéshez eligazítást nem adhatnak -, a szakértőnek minden esetet külön kell mérlegelnie. A véleményhez támpontot nyújt a 15/1976. (XI. 11.) EüM-AH számú rendelet, amely a gyógyszerek térítési díjáról rendelkezik. E szerint a gyógyszerek fogyasztói árát a rendelet 2. számú mellékletével módosított és kiegészített „Hivatalos gyógyszer árszabás (Taxa Medicamentorum)” tartalmazza. A gyógyszerek rendeléséről és kiadásáról szóló 14/1976. (XI. 11.) EüM számú rendelet 5. §-ának (1) bekezdése szerint a gyógyszer térítésmentesen illeti meg:

- a) a fekvőbeteg-gyógyintézetben ápolott beteget;
- b) a járóbeteg-rendelésen ellátott beteget, a helyszíni ellátása során felhasznált vagy kiadott gyógyszer tekintetében;
- c) a szakmunkástanulókat;
- d) az üzemi baleseti sérültet sérülése, valamint a 17/1975. (VI. 14.) MT számú rendelet II. számú mellékletében felsorolt foglalkozási betegség által okozott megbetegedése esetén a gyógykezeléséhez szükséges minden gyógyszer mindaddig, amíg az az üzemi balesetéből, foglalkozási betegségéből kifolyóan szükséges.

Mindezek miatt e költség csak a társadalombiztosítás által nem ingyenesen nyújtott gyógyszerek esetében ismerhető el.

8. Gyógyászati segédeszköz beszerzésével kapcsolatos költség

A balesetet (sérülést) szenvedettek egy részénél ideiglenesen vagy állandóan különböző gyógyászati segédeszközök, betegápolási cikkek használata válhat szükségessé. Ezek költségeit a társadalombiztosítás nagyrészt vállalja, de azok beszerzésével kapcsolatban a sérültnek is lehetnek kiadásai, ezt a kártérítésben érvényesítheti. A magyar állampolgárok gyógyító-megelőző ellátásáról szóló

7/1975. (VI. 24.) EüM számú rendelet 4. §-ának (1) bekezdése szerint az állampolgár a gyógyászati segédeszköz árának, illetőleg a javítás költségének 15^o/^o-át köteles megtéríteni.

A tartósan fekvésre kényszerülő személyeknek ágybetét, ágytál, vizelőkacsa stb., továbbá alsóvégtagi gipszrögzítéskor, vagy műtétes repositio és egyesítés után stb. mankók, támbotok használatára lehet szükségük. A posttraumás maradványállapotoknál (p1. jelentősebb végtagi rövidültségek, bokaízületi merevség stb. esetén) „ortopéd cipő” használatát írják elő. Ebben az esetben nemcsak az egyszeri beszerzést, hanem a javítás rendszeres költségeit is igényelhetik a károsultak, mivel a hivatkozott rendelet 4. §-ának (4) bekezdése szerint újabb cipő 1 éven belül nem adható. Az említett rendelet 4. §-ának (2) bekezdése szerint: „Az ortopéd cipőért az egészségügyi miniszter által meghatározott összeget kell megtéríteni. Ha az igénylőnek csak az egyik lábára szükséges ortopéd cipő, kívánóságára ezzel együtt ép lábára is ki kell szolgáltatni cipőt, az ortopéd cipővel azonos összegű térítés ellenében. Ugyanezt a rendelkezést kell alkalmazni a múltakra szükséges cipő árának megtérítésénél is.”

A csonkolásos sérülések után - olykor speciális nem hazai készítésű - művégtag beszerzésével, cseréjével, javításával kapcsolatos kiadás megtérítése az igény. Ezek véleményezésénél mindig figyelembe kell venni az illetékes rehabilitációs intézmény javaslatát. A

posttraumás bénulások vagy az alsó végtagok hiánya miatti járásképtelenség eseteiben akár tolókocsi, akár „önmozgató” betegkocsi beszerzésének költsége a kár. Ezekon kívül még egyéb gyógyászati segédeszköz (p1. gumiharisnya, rugalmas pólya, betét stb.) használatával összefüggő kárigény is felmerülhet (a térítési kötelezettség 15 %-a). Ide sorolható a kötszerek beszerzési költsége is, amikor az otthoni ápolás során a sérült, testrész még rendszeres kötözésre szorul, amelyet a sérült vagy hozzátartozója is elvégez.

A 7/1975. (VI. 24.) EüM számú rendelet 4. §-ának (3) bekezdése szerint: „Nem kell térítést fizetni a gyógyászati segédeszközért, ha azt a kórház az ellátmányából adja. Nem kell térítést fizetnie a gyógyászati segédeszközért és annak javításáért

a) a szakmunkástanulónak,

b) annak a személynek, aki üzemi balesete vagy foglalkozási megbetegedése miatt szorul gyógyászati segédeszközre,

c) annak a hadkötelesnek, akit gyógykezelésre köteleztek, és emiatt gyógyászati segédeszközre van szüksége.”

E kárigény orvos szakértői véleményezésénél sem lehet a sérüléseket csoportosítani, hanem minden alkalommal egyénileg kell eljárni.

9. Plasztikai (helyreállító) sebészeti műtéthez fűződő kárigény

Egyes baleseti sérülések olyan jellegű és mértékű torzulást vagy funkciókárosodást okozhatnak, amelyek eseteiben plasztikai vagy helyreállító műtét jöhet szóba. Ilyenek lehetnek p1. égési sérülések után az ízületek felett elhelyezkedő zsugorító jellegű koloidos hegek vagy a funkció folytán gyakran berepedő, fájdalmas hegedések, továbbá a látható testrészekon torzítást, esztétikai károsodást okozó hegek, a csont-, ideg- és ínsérülések utáni funkciókárosodások stb. Ezekkel kapcsolatban a sérültnek a táppénz miatti jövedelemelmaradáson túlmenően is lehetnek kárai, amelyek orvos szakértői szempontból szintén elismerendők. Egrésztt tehát azt kell vizsgálni, hogy a kórházi kezelés (a betegállomány) a baleseti sérülés maradványállapotának gyógykezelését célozta-e; másrészt, hogy a műtéthez kapcsolódó más igények (p1. élelemfeljavítás, ápológondozó, kisegítő stb.) indokolhatók-e és milyen mértékben. Ezek szakértői véleményezésénél ugyanazon szempontok az irányadók, mint amelyek a baleseti sérülés elsődleges ellátásánál jönnek szóba.

10. Gyógytornász igénybevételének költsége

Mivel az állami egészségügyi szolgálat szervezett rehabilitációs utókezelést biztosít, a gyógytornász „magánúton” történő igénybevétele csak kivételes esetben tartható indokoltnak. (Megjegyzendő, hogy ilyen egészségügyi magán gyakorlatot a jogszabály nem is ismer.) Vannak azonban olyan esetek, amikor a sérült rehabilitációs utókezelésre (gyógytornára) történő szállítása legalább olyan költségkihatású benne, mint a lakáson történő gyógytornáztatás. Ilyenkor a „magán” gyógytornász igénybevétele elfogadható.

A vélemény kialakításakor - az utókezelés indokoltsága mellett - a rehabilitációs intézményekbe való beutalási és bejárési lehetőségekre, az ellátó intézményben megtanított vagy elsajátított tornakezelés folytatásának körülményeire és lehetőségére kell figyelemmel bérni. A véleményben a szükséges kezelés gyakoriságáról és időtartamáról kell állást foglalni. Ilyen szakértői megállapításra többnyire a nagyon súlyos és szokatlanul súlyos sérüléseit csoportjába sorolt sérülések utáni állapotokban kerülhet sor.

11. A sérült hozzátartozóinak a látogatással összefüggő költségei

A kórházi felvételre került sérült esetében merülhet fel a sérült kórházi látogatása indokoltságának, illetőleg mérvének (számának) - mint a hozzátartozók kiadásának - orvosi véleményezése. A kórházak, klinikák látogatási ideje alatt általános és szokásos a hozzá-

tartozók beteglátogatása. Ha azonban a sérült állapota súlyos vagy életveszélyes, a kezelőorvosok gyakran engedélyezik a „hivatalos” látogatási időnél gyakoribb, akár mindennapos, esetleg naponta többszöri látogatást is (különösen, ha a sérült gyermek vagy fiatalos). Így ennek folytán - főleg ha az ellátó intézmény a hozzátartozók lakhelyétől távol van - többletkiadások keletkezhetnek, amelyek orvos szakértői szempontból is elismerendők.

Ilyen igény véleményezése az orvosi dokumentáció alapján lehetséges. Az orvos szakértői véleményezésnél a sérülés súlyosságát, a sérült korát és kontaktus-képességét az orvosi humánnummal és a hozzátartozók aggodalmával együtt kell értékelni.

12. Ruházati többletkiadások költsége

A baleseti sérülés után vannak olyan maradványállapotok, amelyek következményei folytán a ruházat kopása fokozottabb 'mértélcű (pl. művégtag használatakor), de előfordulhatnak olyan esetek is, amelyekben a baleseti sérülés olyan jellegű és mértékű torzulást, esztétikai károsodást okozott, hogy annak „elfedése” speciális öltözködést igényel (pl. nőknél a látható testrészeket torzító hegek).

Ilyenkor az orvos szakértőnek azt kell vizsgálnia, hogy a trauma olyan maradványállapotot idézett-e elő, amely a kárigényt indokolja. Szükség esetén személyes vizsgálatra is sor kerülhet, ha az orvosi dokumentáció nem elég részletes és meggyőző. Az orvos szakértő azonban csak a kárigény jogosultságáról és jellegéről nyilatkozik, az összegszerűség megállapítása nem feladata. Megjegyzendő, hogy a véleményezésnél - a rehabilitáció szempontjai mellett - az emberi szokásokat és konvenciókat is figyelembe kell venni.

13. Ágynemű, hálóruga stb. fokozott elhasználódásával kapcsolatos költségek

Az előzőekben tárgyalthoz hasonló igény. Gyakori ugyanis, hogy a baleseti sérült az otthoni ápolási időszakban még tartósan fekvőbeteg, a végtagjain gipszrögzítést visel, vagy sebei még nem gyógyultak, váladékoznak vagy kenőcsös kezelést igényelnek stb., mindezek pedig fekvőkörnyezetét és ruházatát fokozottan szennyezhetik. Természetes, hogy ilyenkor az ágyneműt, a hálórugát stb. gyakrabban kell váltani, tisztítani, ez pedig szintén költséggel jár. Ilyen esetekben az igény jogosultságát orvosi szempontból mindaddig indokolni lehet, amíg a sérülés gyógyulási állapota azt szükségessé teszi. E kérdés orvos szakértői véleményezéséhez többnyire az orvosi dokumentáció is elégséges, de az előzőekben szereplő sérülés-csoportosítás irányt nem adhat, hanem az mindig esetleg véleményezendő.

14. Fűtés-világítás többletköltség

Általában időszakosan jelentkező kárigény. A fűtéshez kapcsolódó többletkiadást akkor kéri a sérült, ha - fűtési szezonban - huzamosabb ideig munkaképtelen, és otthoni tartózkodásra kényszerül, a világítási többletkiadást pedig arra alapozhatják, hogy a lakás nem kap elég természetes megvilágítást, a szükségyszerű otthon tartózkodás minden szakában.

Lényegében csak az igények ötvöződnek, és általában akkor válnak reális kiadássá, ha a lakás fűtése-világítása egyébként szakaszos, valamint ha azt egyéb körülmények a nap minden szakában nem indokolják.

- többletkiadás megtérítési igényének vizsgálata tehát elsősorban nem orvosi kérdés, mivel az akkor indokolt, ha a sérült betegállománya alatt olyan lakásban vagy lakásrészben tartózkodik, amelyet egyedül használ, azt egyébként nem fűtenék, és csak az otthon tartózkodás tette azt szükségessé, illetőleg a fűtés vagy világítás máskor csak szakaszos és nem állandó.

15. Rokkant gépjármű beszerzésének igénye

Egyre több baleseti sérült lép fel ilyen igen nagy költségkihatású igénnyel. Az ellenérdekű felek ezért gyakran képviselnek merev, elutasító álláspontot, és az orvos szakértő igenlő véleménye olykor vitára is okot adhat. Éppen emiatt az orvos szakértőnek gondosan kell mérlegelnie a kárigény jogosultságát, és csak személyes vizsgálat alapján szabad véleményt mondania, figyelembe véve a gépjárművezetői alkalmasság egészségügyi szabályait is.

A jogosultság csak akkor állapítható meg, ha a baleseti sérülés maradványállapota olyan súlyos mértékű járás- vagy mozgáskorlátozottságot okoz, amely miatt az utcai gyalogos vagy tömegközlekedési eszközön történő utazás jelentősen megnehezített, illetőleg arra a sérült személy képtelenné vált (Bírósági Határozatok 1976. évi 1. szám, 26. számú jogeset).

16. Speciális kárigények

A "költségek-kiadások" körében olyan kárigények is jelentkehetnek, amelyeknek célja a kialakult életviteli-élettevékenységi károsodás okozta hátrányos helyzet elviselésének megkönnyítése (kompenzálása). Ilyenek lehetnek a polytraumatizáltak, agysérültek, posttraumás bénultak olyan igényei, amelyek a tanulást, szórakozást stb. elősegítik (pl. magnetofon, rádió, televízió stb. beszerzése). A gerincvelő-harántlaesio és egyéb alsó végtagi bénulások után szóba kerülhetnek olyan igények is, amelyek a sérült mobilizálásával kapcsolatosak (pl. a lakás speciális átalakítása, olyan gépkocsi beszerzése, amelybe a betegtolókocsi elhelyezhető, a sérült időszakonkénti „sétáltatása” stb.).

- kárigények orvos szakértői véleményezése mindig egyedi. Itt az orvos szakértőnek azt is figyelembe kell vennie, hogy az ilyen igények megtérítésének előmozdítása - a sérült esett helyzete mellett - az életkedv fokozódását eredményezheti, főleg fiatalabb embereknél.

C) A nem vagyoni kár

Ezen új rendelkezés bevezetésére - mint arra a Ptk. módosításának indokolása rámutat - azért volt szükség, mert a károkozó esemény a károsult érdekeit úgy is sértheti, hogy a vagyoni káron kívül nem vagyoni hátrányt is okoz, amely hatásában a vagyoni hátránynál akár súlyosabb is lehet. A pénzübeli kárpótlás alkalmas lehet arra, hogy a nem vagyoni kár enyhítésére szolgáljon, továbbá méltánytalan lenne az ilyen súlyos hátrányt szenvedőt a kárpótlástól, az elégtételtől elzárni csupán azért, mert kára vagyoni mértékkel nem mérhető.

- kártérítési jogintézmény bevezetésével az orvos szakértői tevékenység kiszélesedik, és ez egyben az alkalmazandó véleményezési gyakorlat kialakítását is igényli.

3-i Orvos szakértői szempontból azon károsultak esetében lehet a nem vagyoni kártérítésre alapot, adó véleményt mondani, akiknél a sérülés - függetlenül a fájdalom jellegetől és mértékétől - a testi épségben és az egészségben olyan maradandó károsodást okozott, amely a társadalmi érvényesülést vagy a szokásos mindennapi élettevékenységet (élet) bizonyíthatóan, tartósan, vagy súlyosan nehezíti.

Ilyen lehet pl. ha a maradványállapot miatt a károsult hátrányosabb egzisztenciális helyzetbe kerül, mint hasonló korú, képzettségű és gyakorlati jártasságú egészséges munkatársai. Ez kifejezésre jut abban, hogy az ilyen személy csak rehabilitált munkakörben vállalhat munkát, de ha nem, akkor a "kiszolgáltatottság" átélésében, amelyben feletteseinek, munkatársainak megértő elnézése teszi lehetővé számára a korábbi munkakör betöltését. Mindez oda vezet, hogy az ilyen sérültek nehezebben változtatják a munkahelyüket még akkor is, ha az új munkahelyen a munka és egyéb feltételek kedvezőbbek lennének számukra, mert félnek az új helyzet még hátrányosabb körülményeitől. Ezek a tényezők - a

sérülés miatt amúgyis általában labilis idegrendszerű személyeknél - a „csökkentértékűség” érzését csak fokozhatják, ez pedig további teljesítménycsökkenéshez vezethet. (Meg kell jegyezni, hogy az említett munkaképességcsökkenés nem feltétlenül egyenlő a keresetcsökkenéssel.)

A modern munkamegosztásban igen gyakran szükségessé válik a dolgozó továbbképzése, különféle tanfolyamok stb. végzése, amelyek a társadalmi érvényesülésben szerepet játszanak. Az ilyen lehetőségektől való elesés - természetesen az objektív feltételek megléte mellett - szintén e körben értékelhető.

A társadalmi érvényesülés alakulásában igen jelentős szerepe van az életkornak. A fiatalokban elszenvedett és a későbbiekben ismertető maradványállapotokkal járó sérülések után mind a tanulás, mind a képzés, továbbá a pályaválasztás lehetősége nagyfokban leszűkül, hiszen egy egészséges fiatalember potenciálisan - ha a feltételek adottak -, bármely munkakör betöltésére alkalmas lehet. Különösen fontos ez azért, mert a technika hatalmas fejlődésének következtében az ember elé állított követelmények megnövekedtek és átszerveződtek. A mindennapos munkateljesítmény középpontjában ma már nem a durva izomerő, nem a hosszan tartó állási vagy menési teljesítmények állnak. Hanem az intellektuális munkaszervezés és az ügyesség. A társadalmi érvényesülés megnehezülése tehát - orvosi értelemben - a testi épség sérülése vagy az egészségkárosodás okozta következmény, amely a károsult egész életét befolyásolja.

Az általános életvitel megnehezítettségéről többnyire olyan sérülés utáni maradványállapotokról lehet szó, amikor a sérült mindennapi szokott élettevékenysége mindenben károsodik, ezáltal pedig a társadalmi viszonyaival összefüggő teljes életvitel kiélésében változtatásra, beszűkítésre kényszerül (életmód, szokások, életritmus, szórakozás stb.). vagy azon kell fáradoznia, hogy azt más téren kiegyenlítsse. Mindez a még kialakulatlan személyiség fejlődését kedvezőtlenül befolyásolja. Az idős korban viszont a kialakult szokások felbomlását, az egyébként is szűkülő életvitel további korlátait idézi elő a súlyos maradványállapot, amelynek életvitelt befolyásoló hatása azért sem vitatható, mert idősebb életkorban a rehabilitáció is megnehezedik.

Az orvos szakértőnek azt kell vizsgálnia, hogy a baleset okozta maradványállapot olyan mérvű és jellegű-e, amely az általános életpasztyalatok szerint a sérült korábbi mindennapi élettevékenységét kedvezőtlenül, hátrányosan befolyásolja, megnehezíti. A társadalmi életben való részvétel és az élet tartós vagy súlyos megnehezítettsége - orvosi értelemben - általában együtt jelentkezik, és az orvos szakértői véleményt is úgy kell kialakítani, hogy az mindkettőről szóljon.

A jogintézmény két eleme azonban olykor elhatárolódik. Orvosi szempontból kimondható a társadalmi érvényesülés megnehezítettsége, ha a trauma folytán sérült személy speciális munkaképességét elveszíti, vagy az jelentősen csökken.

A nem vagyoni kár orvos szakértői véleményezésénél célszerű figyelembe venni a sérülések utáni állapotok következőkben közölt csoportosításában foglaltakat, amely azokat az eseteket jelöli meg, amelyekben a nem vagyoni kár - egyedi mérlegelés alapján - orvos szakértői szempontból a leginkább elismerhető.

A központi idegrendszer sérülései:

- Contusio cerebri, komplett súlyos féloldali bénulás az agyidegek részvételével (a járás csak rövid úton vagy csupán a lakásban lehetséges).
- Részleges féloldali bénulás járászavarral, hosszabb járásnál erős fáradás.
- Contusio cerebri, jelentős beszédzavarral, esetleges egyéb idegrendszeri tünetekkel.
- Kóros agyműködés (encephalopathia, dementia) progresszív folyamatai.
- Posttraumás psychosisok (depressziós, maniform szindrómák, schizoforn tünetképződés).
- Posttraumás epilepszia, hetente többszöri rohamokkal, következményes nagyfokú epilepsziás karakter elváltozással és elbutulással.

- Teljes haránt vagy részleges gerincvelői eredetű bénulás (amely esetleg kisfokú mozgást lehetővé tesz).

- Nem teljes harántbénulás járászavarral, hosszabb járásnál fáradékonysággal.

- Cauda syndroma, bénulások és részleges paresis az L. III.-S. V-ig terjedő gyökök területében, hólyag és végbél működési zavarokkal. - Teljes izolált végbélbénulás.

- Végbél inkontinencia, imperatív székletkényszerrel. - Posttraumás szédülés, teljes munkaképtelenséggel.

A perifériás idegrendszer sérülései:

- A plexus brachialis teljes bénulása bármelyik vagy mindkét oldalon. - Az ülőideg komplett bénulásai egy vagy két oldalon. - Kétoldali recurrens-hűdés, légzészavarokkal.

Csonkolásos sérülések:

- Mindkét comb csonkolása.

- Egyoldali comb, másik oldali lábszár csonkolása. - Kétoldali lábszárcsonkolás. - Mindkét felkar, alkar vagy kéz csonkolása. - Egyoldali kar vagy kéz és comb csonkolása.

- Egyoldali kar vagy kéz, lábszár csonkolása jó protézissel.

- Kétoldali lábhiány.

- Egyoldali comb részleges vagy teljes hiánya.

- Egyoldali lábszár hiánya, funkciókorlátozott térdízülettel.

- A felkar részleges vagy teljes hiánya. - Az alkar részleges hiánya. - Mind a 10 ujj hiánya.

Érzékszervi traumás károsodások:

- Kétoldali látásvesztés.

- Egyik szem elvesztése vagy vaksága, a másik szem nagyfokú látásélesség-csökkenése vagy lencsehíjassága.

- Mindkét látótér 10⁰/0-ig való körkörös beszűkülése. - Kétoldali homonym vagy heteronym heminaopsia. - A hallás kétoldali elvesztése.

- Egyoldali sükettség, a másik fül nagyfokú nagyothallása.

Szövődményekkel gyógyult törések:

- Állkapocs vagy állcsonttörések utáni szájzár, amely csak folyékony táplálkozást enged meg.

- A gerinc merevsége kifejezett funkciókárosodással és gyöki nyomási jelenségekkel.

- Álízülettel gyógyult combcsont-, lábszárcsonttörés, támasztókészülékkel, való járással.

- Kéztőízületi merevség, az ujjak nagyfokú működéscsökkenésével. - Nem helyretehető egy vagy kétoldali csípőízületi ficam. - Combnyaktörés, következményes részleges vagy komplett fejnekrosissal.

- Merev könyökízület nyújtott tartásban.

- Gyógyult medencecsonttörés a csípőízületek részvételével, jelentős mozgáskorlátozottsággal, arthrosissal vagy anélkül.

- A térdízület csontos merevsége 150° alatti állásban.

- Bokaízület-sérülés utáni nagyfokú lólábtartás, ízületi merevséggel - Idült csontvelőgyulladás erős sipolyozással és másodlagos bőrelváltásokkal.

A belső szervek traumás károsodásai:

- Hasi sérülés utáni adhaesios panaszok, idült recidiváló ileussal. - A végbél záróizomzatának inkontinenciája, széklet és szelek visszatartásának zavarával.

- Rekeszsérv szerváthelyeződéssel.

- Nagy mellkasfal-defektus, súlyos funkciózavarral.

- Tüdőkiirtás utáni állapot, manifeszt dekompenzációval. - Szívzúzóadás utáni állapot, dekompenzációs hajlammal.

- Perifériás aneurysmák vagy érsérülés utáni kifejezett vérellátási zavarok.

- Gégefő-sérülés utáni állapot, a légzés nehezítettségével és hangképződési zavarral (esetleg kanülhordozó).
- Vesesérülés utáni állapot, funkciózavarral és vesekőképződéssel. - Vese- vagy húgyvezér sipoly.
- Hólyagsérülés utáni állapot, nagyfokú vagy teljes inkontinenciával (hólyagfisztulák).
- Húgycső sérülés utáni állapot szűkülettel, vizelet fertőzéssel, vizelet residuummal, vesekárosodással és kőképződéssel.
- Húgycső sérülés utáni állapot húgycsősipollyal (kifelé vagy a végbélbe).