

Zákány Judit¹: Az alternatív vitarendezés lehetőségei és korlátai az egészségügyi szolgáltatók és a betegek közötti konfliktusok tekintetében

I. Bevezető gondolatok, a témaválasztás indokolása

Manapság egyre gyakrabban lehet hallani *az egészségügyi szolgáltatók ellen indított kártérítési perek*ről. Az utóbbi 10-15 évben jelentősen emelkedett ezen eljárások száma Magyarországon is. Még néhány évtizeddel ezelőtt szinte senki nem kívánta megkérdőjelezni az orvostársadalom tekintélyét, tudását, tevékenységének szakszerűségét, az információrobbanás a korábbi tekintélyelvű orvoslás korszakának leáldozását jelentette a rendszerváltozást követően. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.) egyik legfontosabb érdeme, hogy a beteget a korábbi teljesen kiszolgáltatott helyzetéből, a gyógyítókkal egyenrangú partnerré tette az egészségügyi tevékenység kapcsán. A betegek, ennek révén az egészségügyi szolgáltatásokat is egyre inkább a gazdaság más területeihez hasonló módon közelítik meg. Az orvosi tevékenységgel kapcsolatban is kialakult „*tudatos vásárlói attitűd*”²következtében a szolgáltatás minősége gyakran megkérdőjeleződik, csökken a toleranciaszint a nem megfelelő szolgáltatásokkal kapcsolatban.

Nemcsak az eljárások számának sokasodásában figyelhető meg kedvezőtlen tendencia, hanem egyre gyakoribb az alperesek elmarasztalása is, és *a kártérítésként megítélt összegek is egyre magasabbak*, milliós, sőt a kamatokkal együtt (több)tízmilliós nagyságrendű összegekkel találkozhatunk. Egy 2003-as kalkuláció szerint akkor mintegy 300 ilyen eljárás volt folyamatban a bíróságok előtt és a betegek által támasztott kártérítési igények összértéke elérte az egymilliárd forintot.³

A fent vázolt kedvezőtlen folyamatok visszaszorításának egyik *megoldási lehetősége az alternatív vitarendezési utak minél szélesebb körben történő igénybe vétele lehetne*. Dolgozatom célja az előbbi kijelentés alátámasztása az egészségügyi kártérítési eljárások bíróságon kívüli kezelésére nyitva álló lehetőségek, peren kívüli vitarendezési *modellek felvázolásával*, az erre vonatkozó *magyar jogi szabályozás* bemutatásával kitérvén az

¹ A Debreceni Egyetem Állam-és Jogtudományi Karának IV. éves,nappali tagozatos hallgatója, a Polgári Jogi Tanszék tanszéki koordinátora.

²Kóti Tamás: Egészségügyi felelősségbiztosítás másként, Egészségügyi gazdasági szemle, 2003 (41. évf.), 4. szám, 41. o.

³ www.mno.hu/?p=cikk_archiv&day=788, (letöltve: 2007. augusztus 9.)

alternatív vitarendezés széleskörű elterjedésének útjában álló jogszabályi rendelkezésekre és egyéb *tényezőkre* is.

II. A peren kívüli vitarendezés modelljei az egészségügyi kártérítési eljárások tekintetében

1. Arbitráció

A választottbíráskodás (arbitráció) jelentős múltra tekint vissza, különösen a gazdasági életben a kereskedelmi jogviták rendezése körében. Az arbitráció lényege, hogy egy *a felek által választott döntőbíró hoz (többségében) végleges döntést⁴ az elé terjesztett vitás ügy tekintetében*. Mivel a felek a döntési jogukról teljesen lemondanak és átruházzák azt a választottbíróra, ez a technika nem sorolható be az egyeztető eljárások közé⁵, sokkal inkább a „hagyományos” bírói út igénybevételel mutat hasonlóságokat. Azonban az arbitrátor nem szakbíró, igen jelentős diszkrecionális jogköre van és köteles a semlegesség és pártatlanság elvét tiszteletben tartva feloldani a felek közötti konfliktust.

Az egészségügyi ellátásokra specializálódott választottbírókat az USA-ban és Németországban hoztak létre.

1.1 Az amerikai modell

Az *Egyesült Államokban* erre vonatkozóan kétféle megoldással találkozhatunk. Az egyik az ún. *előszűrő testületek (pretrial screening panels)⁶* alkalmazása. A testületek legfontosabb feladata, hogy a rosszhiszemű eljárásokat kiszűrjék, ha lehetséges akkor az ügyeket egyezséggel zárják le, ha pedig ez nem sikerül, akkor a bírósági utat előkészítik. A testületek által tett megállapításokat, ugyanis a későbbi bírósági eljárások során is fel lehet használni. Igénybevételük azon 25 államban, ahol kialakult ez a rendszer az orvosi műhibával kapcsolatos ügyekben kötelező. A tanács tagjainak száma háromtól hétig terjedhet.

⁴ A döntés végrehajtandó, ha a felek írásos alávetési nyilatkozatot tettek, ennek hiányában visszautasíthatják a végrehajtást.

⁵Nádházy Zsolt: A döntőbíráskodás magyarországi aspektusai, Munkaügyi Szemle, 2005, 11. szám, 51.o.

⁶Sáriné Simkó Ágnes (szerk.): A mediáció, HVG ORAC, Budapest, 2006, 210. o.

Rendszerint tagja egy bíró illetve egy vagy több szakorvos arról a területről, amely vita tárgyát képezi.⁷

A másik USA-ban kialakult forma a **választottbírósi eljárás (arbitration⁸)**, amely megelőzi vagy helyettesíti a bíróság előtti eljárást. Ezen lehetőség igénybe vétele önkéntes.

Az amerikai választottbírósi modell legnagyobb **előnyeként** a peres eljárásnál alacsonyabb költségigényét, valamint az igazságszolgáltatás tehermentesítését említhetjük. Kedvező továbbá, hogy az eljárás nem nyilvános és ezáltal az egészségügyi szolgáltató presztízsveszteségére nem kerül sor és a beteg sincs kitéve személyes problémájának nyilvánosságra kerüléséből származó megpróbáltatásoknak.

Problémaként értékelhető viszont, hogy az egészségügyi ellátások kapcsán jelentkező jogviták nagyon összetettek, részletes eljárást és bizonyítást kívánnának meg, amelyet a választottbírósi eljárás igénybe vétele nem feltétlenül tud biztosítani. A másik érdekes kérdés pedig a választottbírósi alávetés problematikája. A gazdasági életben kötött szerződések esetén ugyanis a felek már a szerződés megkötésekor kikötik, hogy amennyiben jogvitájuk keletkezik választottbírói foglalkozás igénybe venni. Ennek analógiájára a betegeknek már a kórházba történő bekerülésükkor nyilatkozniuk kellene arról, hogy egy esetleges későbbi jogvita kapcsán alávetik-e magukat választottbírósi eljárásnak⁹.

1.2. A német modell

Németországban az orvosi kamara működtet olyan testületeket, amelyeknek az eljárása a választottbírósi eljárásokéhoz hasonlatos. Az ún. **egyezséget létrehozó testület** maximum négy tagú¹⁰ és a kártérítési igény jogszerűségét és összegét ítéli meg. A **szakértői testület** öt tagú¹¹ és a feladata, hogy orvosszakértői véleményt adjon a feleknek.¹²

Mindkét testület munkáját **három alapelv** határozza meg döntően.

Az elő az **önkéntesség elve**, azaz minden érintett félnek hozzá kell járulnia ezen út igénybe vételéhez.

⁷Uo. 211. o.

⁸Dósa Ágnes: Az orvos kártérítési felelőssége, HVG ORAC, Budapest, 2004, 38. o.

⁹Uo. 40. o.

¹⁰A testület elnöke egy orvos, továbbá tagja egy szakértő, valamint a beteg és az orvos által megnevezett orvos vagy jogász.

¹¹A testület elnöke egy bírói tapasztalatokkal rendelkező jogász, további tagjai pedig különböző szakterületeken jártas orvosok.

¹²Sáriné: i.m., 212. o.

A második, az **ingyenesség**. Azaz bármelyik testület eljárását térítésmentesen vehetik igénybe a felek, a fenntartó orvosi kamara állja őket. Nem értendő ide azonban a felek által igénybe vett ügyvéd díja, valamint, ha bírósági útra terelődik az ügy, akkor annak a költségei sem.

A harmadik elv, ami miatt nem teljesen azonosítható ez a megoldás a választottbírói eljárás klasszikus formájával, **a döntés kötelező voltának hiánya**. Azaz, a testületek döntései csak ajánlások, bármelyik fél bírósághoz fordulhat az eljárást követően. Továbbá a szakértő testület által tett megállapítások sem kötik a bíróságot, a felek kérésére szakértőt kell kirendelni, újabb bizonyítást kel kirendelni.¹³

A német választottbírói modell nagy **erénye** az egyszerű és ingyenes segítségnyújtás a felek részére. **Hátrányként** értékelhető, hogy a testületek csak iratokból dolgoznak, nem hallgatják meg szóban a feleket, valamint túlságosan nagyok a területi eltérések annak tekintetében, hogy milyen arányban találják megalapozottnak a betegek igényét.

2. Mediáció

A mediáció intézménye az Egyesült Államokban rendelkezik a legjelentősebb hagyományokkal. Számos területen alkalmazzák sikerrel¹⁴ ezt a vitarendezési technikát, így az elmúlt évtizedben többszörösére emelkedett a mediációs intézmények száma. Az USA mellett a nyugat-európai országokban is egyre elterjedtebbé válik a konfliktuskezelés ezen formája.

Florida joga a következőképpen határozza meg a mediáció fogalmát: **„Mediáció alatt azt az eljárást kell érteni, amelynek során egy semleges harmadik fél segítséget nyújt a feleknek vitájuk rendezésére, anélkül azonban, hogy maga döntené el a vitát. Az eljárás informális, békéltető jellegű, célja, hogy segítse a feleket egy kölcsönösen elfogadható egyezség létrehozásában.”**¹⁵

Tehát a mediáció egy együttműködésen alapuló, békés konfliktuskezelési forma, amelyben a felek egyezsége jutását egy pártatlan személy, a mediátor segíti elő. A mediátor feladata abban áll, hogy a problémamegoldó folyamatot kontrollálja, tehát nem bírál, nem értékeli, nem

¹³Sáriné: i.m. 213.o.

¹⁴Például önkormányzatok közötti viták, munkaügyi viták, házasság felbontásával kapcsolatos viták terén ill. a büntetőjog területén is. (Lásd bővebben: Somogyi Árpád: Mi fán terem a mediáció?, Jogtudományi Közlöny, 2000, 1. szám, 21-23.o.)

¹⁵Florida, Mediators in any civil actions § 44.301

dönt a felek közötti jogvitában. A szerepe tehát a felek álláspontjának közelítésében, a felek közötti kapcsolat javításában áll.¹⁶

A mediációs eljárás **fő jellemzői, eredményei** az alábbiakban foglalhatóak össze¹⁷:

- az eljárás **önkéntessége**

- **jövőorientáltság**: azaz a mediáció során nem a múltbéli történések feltárása a cél, hanem az, hogy mire van szükség a jövőben ahhoz, hogy a konfliktus megoldódjon

- **indulatok kezelése** a viselkedési szabályokra vonatkozó megállapodással

- érdekek, szükségletek feltárása, a **kommunikáció és kapcsolat javítása**, ezáltal a direkt információáramlás visszaállítása a felek között

- **a döntés joga végig a felek kezében van**, ezáltal ha sikerül megegyezni sikerélményhez jutnak, saját életüket ismét felelősséggel kezelik. Továbbá a felek az általuk kötött egyezséget, amelyet nem kívülről diktáltak, kényszerítettek rájuk magukénak érzik ezáltal jóval nagyobb az esély az egyezés önkéntes betartására, mint egy bírósági ítélet önkéntes végrehajtására

- **a felek elégedettsége**

- a mediációs eljárás valamennyi résztvevőjére **titoktartási kötelezettség** vonatkozik

- külön pozitívként értékelhető, hogy a mediáció a tartós kapcsolatban álló felek közötti konfliktusfeloldás bírói út igénybevételénél ideálisabb formája. A tartós kapcsolatban álló felek esetén ugyanis erősebb a kapcsolat helyreállítása iránti igény a győztes-vesztes felfogásnál a jövőbeni együttműködés érdekében¹⁸

Magyarországon az orvos-beteg közötti viták alternatív rendezési útjait szabályozó jogszabály a mediációs modellt követi, ezen okból **részletesebben a magyar szabályozás tárgyalása keretében ismertetem a vonatkozó szabályokat.**

3. A felróhatóságot nem vizsgáló (no fault) felelősségi rendszer

Ez a modell Svédországban, Dániában, Finnországban, Norvégiában és Új-Zélandon terjedt el. A lényege abban ragadható meg, hogy az egészségügyi ellátás során keletkező károk rendezésére **az egészségügyi szolgáltatók harmadik személy javára kötnek balesetbiztosítási szerződést a biztosítóval.** Itt ugyanis a betegnek a kezelése során keletkezett összes kárát

¹⁶Nádházy Zsolt: Alternatív vitafeloldás Európában-különös tekintettel a munkaügyi vitákra, Jogtudományi Közöny, 2007 7-8. szám, 315. o.

¹⁷Eörsi Máttyás-Ábrahám Zita (szerk.): Pereskedni rossz!, Minerva Kiadó, Budapest, 2003, 28-31.o.

¹⁸Nádházy Zsolt: A konfliktusokról és feloldásuk lehetséges útjairól, Munkaügyi Szemle, 2006, 3. szám, 20.o.

olyan balesetnek tekintik, amely a biztosítási szerződés hatálya alá tartozik, és a biztosító meghatározott összegű kifizetést teljesít számára. Ezzel el lehet kerülni a hosszú pereskedést, ha a beteget kár éri és ez összefüggésben van az egészségügyi szolgáltatással, akkor megkapja a kártérítést, nem vizsgálják, hogy a károkozó magatartás felróható volt-e vagy sem. Igaz, hogy így sokkal több kártérítési igényt érvényesítenek, viszont az összköltségek mégis alacsonyabbak, lévén, hogy itt nem kell viselni a hosszára nyúló jogi procedúrával kapcsolatos költségeket.¹⁹Ez természetesen nem jelenti azt, hogy a károsultak el vannak zárva a peres út igénybevételének a lehetőségétől. Ha az igényüket nem kívánják a biztosítási rendszerben érvényesíteni, polgári peres úton tehetik meg azt.²⁰

Ennek a rendszernek a leggyengébb pontja, hogy nem ösztönzi a szolgáltatókat arra, hogy mindent tegyenek meg a hasonló esetek elkerülése érdekében, hisz bármilyen károsodás éri a beteget, automatikusan meghatározott, fix összegű kártérítésben részesül. Nincs meg tehát a polgári jogi szankciók lényeges, preventív hatása.²¹

III. A peren kívüli vitarendezés megvalósulása Magyarországon az egészségügyi kártérítési eljárások tekintetében

Az Eütv. úgy rendelkezik, hogy: „, a beteg és az egészségügyi szolgáltató között felmerülő jogviták peren kívüli megoldására a felek együttesen kezdeményezhetik a jogvita közvetítői eljárás keretében történő rendezését.”²²Az alternatív konfliktusfeloldási út igénybevételére vonatkozó szabályozás kereteit az Eütv. jelöli ki. Azt azonban nem határozza meg, hogy a mediációs vagy az arbitrációs modell követése nyomán valósuljon-e meg a rendszer. Mára eldőlt a kérdés, megalkotásra került a **2000. évi CXVI. törvény az egészségügyi közvetítői**

¹⁹Sótonyi Péter (szerk.): Orvosi felelősség, Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006, 317. o.

²⁰Sáriné: i.m. 207.o.

²¹Dósa: i.m. 36.o.

²²1997. évi CLIV. törvény 34. §

eljárásról (a továbbiakban: Közvtv.), amely a *mediációs modellt vezette be hazánkban*.²³ Az eljárással kapcsolatos részletszabályokat pedig a 4/2001-es EüM-IM rendelet tartalmazza.

1. Az egészségügyi közvetítői eljárás menete

A következőkben az egészségügyi közvetítői eljárás menetét, legfontosabb szabályait ismertetem.

A Közvtv. *célja*, hogy az egészségügyi szolgáltató és a beteg között a szolgáltatással összefüggésben keletkezett jogvita peren kívüli egyezséggel történő rendezését, a felek jogainak gyors és hatékony érvényesítését elősegítsék.

Az egészségügyi viták tekintetében megvalósuló közvetítői eljárásra vonatkozóan is érvényesül az *önkéntesség elve*. Tehát az eljárásra csak akkor kerülhet sor, ha mind a beteg, mind az egészségügyi szolgáltató hozzájárul.²⁴ Emellett fontos alapelv a *titoktartási kötelezettség*, amely az eljárásban részt vevő valamennyi felet terheli.²⁵

Az eljárás lefolytatását bármelyik fél kérheti. A közvetítői eljárás igénybe vételének lehetőségéről, feltételeiről az egészségügyi szolgáltató és a betegjogi képviselő tájékoztatja a beteget. A kérelmet az illetékes igazságügyi szakértői kamarához kell benyújtani. A kamara a közvetítői eljárás lefolytatása iránti kérelmet megküldi másik félnek. A másik fél a kérelem kézhezvételét követő 15 napon belül nyilatkozik arról, hogy hozzájárul-e a közvetítői eljárás lefolytatásához. Ha mindkét fél hozzájárulását adta az eljáráshoz, az általános eljárási költségek befizetését követően *meg kell állapodniuk az egészségügyi közvetítői tanács összetételében*.²⁶

A felek a tanács tagjait a *Magyar Igazságügyi Szakértői Kamara (MISZK) által vezetett közvetítői névjegyzékből jelölik ki*. A MISZK a névjegyzékbe kérelmére azt veszi fel, aki:

²³Magyarországon a választottbíráskodásról szóló 1994. évi LXXI. törvény nem teszi lehetővé a választottbírói eljárás igénybevételét az egészségügyi kártérítési eljárásokban. A törvény rendelkezései szerint ugyanis bírósági eljárásnak csak akkor van helye, ha legalább a felek egyike gazdasági tevékenységgel hivatásszerűen foglalkozó személy és a jogvita a tevékenységével kapcsolatos, továbbá, ha a felek az eljárás tárgyáról szabadon rendelkezhetnek és a választottbírói eljárást szerződésben kikötötték (3. § (1) bekezdés). Mivel az egészségügyi szolgáltatás nem tekinthető gazdasági tevékenységnek, ezen jogvitákban nem lehetséges választottbírói eljárást igénybe venni.

²⁴Eörsi-Ábrahám: i.m. 164. o.

²⁵Dósa: i.m. 43. o.

²⁶Közvtv. 3.§

- jogi, orvosi vagy egyéb felsőfokú egészségügyi végzettséggel, továbbá szociológusi vagy klinikai szakpszichológusi végzettséggel rendelkezik,

- cselekvőképes és büntetlen előéletű,

- legalább 8 éves szakmai gyakorlata van és a közvetítői tanfolyamot elvégezte. A tanfolyam két részből áll. Egy legalább 25 órás alapképzésből és egy 25 órás továbbképzésből. A tanfolyamok anyagára vonatkozóan jogszabály ad útmutatást.²⁷

Nem vehető fel a névjegyzékbe a bíró, az ügyész, továbbá az a személy, aki köztisztviselői jogviszonyban áll, a jogviszonya fennállása alatt és törölni kell a névjegyzékből azt, akit a bíróság jogerősen cselekvőképességet érintő gondnokság alá helyezett, vagy szabadságvesztésre ítélt, illetve a foglalkozása gyakorlásától eltiltott.

A felek a tagokat²⁸ úgy kötelesek kijelölni, hogy a **tanács egyik tagja jogász, a másik tagja pedig más felsőfokú végzettséggel rendelkező személy legyen.** Ha a közvetítő személyében nem tudnak megállapodni, mindkét fél jelöltje tagja lesz a tanácsnak.

A közvetítőt a kijelölésről a kamara értesíti. A közvetítő írásban nyilatkozik a jelölés elfogadásáról vagy visszautasításáról, és a jelölés elfogadása esetén arról is, hogy az ügyben érdektelen, nem elfogult, illetve vele szemben kizáró okok nem állnak fenn.²⁹

Az egészségügyi közvetítői tanács első ülésének időpontját legkésőbb a közvetítők személyében történt megállapodást követő 30. napra ki kell tűzni. Az **első ülésen a tanács tájékoztatja a feleket** a közvetítői eljárás menetéről, annak lényeges elemeiről. Ezt követően a tanács **a feleket részletesen meghallgatja.** Ennek során a felek kifejtik érdekeik alapján kialakított álláspontjukat. A felek az első ülésen a rendelkezésükre álló okiratokat is kötelesek bemutatni. A felek kérésére, a tényállás tisztázása érdekében az ügyről tudomással bíró **más személyek is meghallgathatóak.** Az eljárás során **szakértőt is igénybe lehet venni.** Szakértőként bárki eljárhat, aki a kérdés elbírálása szempontjából szakértelemmel rendelkezik és akinek a személyében a felek meg tudnak egyezni.³⁰

Amennyiben az első tárgyalástól számított 4 hónapon belül ne sikerül megállapodni, akkor az eljárást meg kell szüntetni. Ha az eljárás eredményesen zárul és a feleknek sikerül egyezséget kötniük akkor a **megállapodást írásba foglalják** és mind a felek, mind a tanács

²⁷Sáriné: i.m. 220.o.

²⁸ A felek abban is megállapodhatnak, hogy az eljárást egy közvetítő folytassa le.

²⁹ Közvtv. 4. §

³⁰ Sáriné: i.m. 224.o.

tagjai aláírják. Ha a fél az egyezségben foglaltakat a teljesítési határidőn belül nem hajtja végre, a másik fél kérheti a bíróságtól az egyezség *végrehajtási záradékkal történő ellátását*. Ebben az esetben a megállapodás végrehajtható okiratnak minősül és a Vht. rendelkezéseinek megfelelően a benne foglaltakra bírósági végrehajtást lehet vezetni.³¹

2. A költségviselés szabályai

A közvetítői eljárás költségének elemei: az általános eljárási költség, a felek és képviselőik, illetve az eljárás más résztvevőinek költsége, a fél jogi képviselőjének óradíja és a közvetítőknek járó közvetítői díj, valamint a szakértői díj.³²

Fő szabályként a költségek előlegzése az egészségügyi szolgáltatót terheli, de ettől a felek eltérhetnek.

Az *általános eljárási költség* a területi szakértői kamarát illeti meg, amelynek a megelőlegezése az eljárás megindulásának feltétele.³³

A *felek és képviselőik költségeit* maguk előlegzik meg. A jogi képviselőt az üléseken való részvételért 3000 ft-os óradíj illeti meg.

A *közvetítői díj* 5000 ft/óra, viszont a végösszeg nem lehet kevesebb 50.000 ft-nál. Ha a követelés összege nem haladja meg a 300.000 ft-ot, akkor a közvetítői díj maximuma az előbb említett összeg lesz. A közvetítőnek járó díjat az eljárás végén kell megfizetni.

A *szakértőnek járó díj* tekintetében a felső határ van megszabva. Amennyiben a követelés összege a 300.000 ft-ot nem haladja meg 25.000 ft, ha meghaladja, akkor maximum 50.000 ft.³⁴

A költségek viselése és a költségek előlegzése a felek közötti szabad megállapodás tárgya. Azonban, ha nem születik köztük megegyezés e tekintetben, akkor a törvény által meghatározott költségviselési rend lesz az irányadó.

3. Az egészségügyi jogvitákkal kapcsolatos peren kívüli vitarendezés térnyerését gátló tényezők

³¹ Sáriné: i.m. 225. o.

³²Közztv. 12. §

³³Közztv. 3. § (2). bekezdés

³⁴Sáriné: i.m. 227. o.

3.1. Az egészségügyi szolgáltatók kötelező szakmai felelősségbiztosításával kapcsolatos problémák

Hazánkban a jogalkotás először 1989-ben írta elő a törvény erejével –kezdetben az egészségügyi szolgáltatók egy szűkebb körére vonatkozóan- a működés feltételeként a felelősségbiztosítás kötelező voltát. Az Eütv. ezt a kötelezettséget kiterjesztette valamennyi egészségügyi szolgáltatóra. Ezzel létrejött egy új jogintézmény, melynek ***célja az volt, hogy jog-és vagyonbiztonságot garantáljon az egészségügyi szolgáltatók és az állampolgárok számára egyaránt, az egészségügyi ellátás során bekövetkező káresemények esetén.*** A kötelező felelősségbiztosítás alapvető funkciója, hogy amennyiben megállapítják az egészségügyi szolgáltató felelősségét, vagy egyezség születik közte és a károsult között, a biztosító egészben vagy részben mentesíti a szolgáltatót a fizetési kötelezettség alól. Tehát, ha az intézménynek van felelősségbiztosítása, akkor ez optimális esetben azt jelenti, hogy ***a biztosítási esemény bekövetkezésekor az intézmény helyett a biztosító fizet a károsultnak.*** Viszont a Ptk. illetve a Közvtv. is úgy rendelkezik, hogy ***a felek által kötött egyezség a biztosítóval szemben csak akkor hatályos, ha azt tudomásul vette (egészben vagy részben).*** És ezen rendelkezések igen nagy problémát jelentenek, ugyanis amikor elkezdett romlani a biztosítási díjbevétel és a kifizetett kártérítések aránya, egyre csökkent a biztosítói oldal hajlandósága a peren kívüli megállapodások jóváhagyására.³⁵ A biztosítók inkább kivárik a bírósági ítéletet bízva abban, hogy a per során valamely, helytállási kötelezettségüket kizáró okra tudnak hivatkozni, vagy esetleg érvényesíthetik regressz igényüket. Ha pedig a biztosító nem veszi tudomásul az egyezséget és nem fizet, akkor az egészségügyi szolgáltatóknak kellene a saját költségvetéséből megfizetnie a beteg számára a megállapodásban meghatározott összeget, ami tekintve a szolgáltatók anyagi helyzetét nem járható út. Tehát a biztosítói nyereségre törekvő magatartás jelentős mértékben visszaszorította a peren kívüli egyezségek számát.³⁶

³⁵Simon Tamás: Szakmai felelősségbiztosítás az állam, az egészségügyi szolgáltatók, a betegek és a biztosítók szemszögéből, Nagy lépések az egészségügyben szakmai konferencia, 2004. november 14., www.384ugyvediroda.hu/allam.pdf, (letöltve: 2007. július 02.) 3. o.

³⁶U.o.: 1997 és 1999 között például több volt a peren kívüli egyezség, mint a peres eljárás az összes kártérítési igényen belül.

3.2. Egyéb tényezők

Vannak olyan esetek, amikor semmiképpen **nem jelenthet megoldást** az egészségügyi közvetítői tanács segítségének az igénybevétele. Ilyen például, amikor a hatóság kötelező intézkedése szükséges, illetve az egészségügyi dolgozó **büntetőjogi felelősségre vonásának** van helye. Nyilván nem lehet megoldani a felek közötti konfliktust, ha a megegyezési szándék hiányzik vagy például, ha egy egészségügyi ellátásokkal szemben szkeptikus, negatív megítéléssel rendelkező betegről van szó.³⁷

Az **eljárás újszerűsége**, a vele szembeni **bizalmatlanság** is szerepet játszik abban, hogy nem túlságosan jelentős számban választják ezt a konfliktuskezelési módot. És amint tudjuk, már az egyik fél elutasító magatartása elegendő az eljárás zátonyra futtatásához, lévén, mindkét félnek hozzá kell járulnia a közvetítői eljárás igénybe vételéhez, együtt kell működni a közvetítő személyének kiválasztása és az egész eljárás során. Nem beszélve arról, hogy az egyezés **csak akkor válik jogilag kikényszeríthetővé**, ha végrehajtási záradékkal látják el, ami csak a kötelezett beleegyezésével lehetséges.

IV. Összegzés

Dolgozatom megírásának célja az „orvosi műhibaperek” egyre gyakoribbá válásának korszakában a bírósági út alternatívájaként igénybe vehető konfliktusfeloldási eljárások modelljeinek, valamint az ezek alapján kialakult hazai szabályozásnak a bemutatása, a figyelem középpontjába helyezése. Az elemzés során igyekeztem felvázolni az alternatív vitarendezési utak előnyeit a bírósági eljárás igénybe vételével szemben. Megállapítható, hogy a közvetítői tanács igénybe vétele a felek számára, gyors, költségtakarékos (mind az anyagiakat mind pedig a „lelki költségeket” ideértve) és jóval nagyobb mozgásteret enged számukra a bírósági eljárásnál (pl.: a tanács tagjainak kiválasztása, egyezségkötés). De ami véleményem szerint még ennél is fontosabb előnye ennek a megoldásnak az, hogy **nem alakít ki érdekellentétet, ellenszenvet az orvos és a beteg között**. Itt ugyanis nincs per, ahol szükségképpen van egy győztes és egy vesztes, amelyben ahhoz, hogy a beteg megkapja a pénzt mindenáron el kell lehetetleníteni az orvost, ahol be kell bizonyítania, hogy nem úgy járt el, ahogy az az adott helyzetben általában elvárható, hogy vétett a szakmai szabályok ellen. **A közvetítői eljárás során éppen a felek konfrontációjának elkerülése a cél, a közös**

³⁷Eörsi-Ábrahám: i.m. 174. o.

nevező megkeresése a lényeg, amelynek révén mindkét fél nyer. A felek közötti kommunikáció, megfelelő információáramlás, személyes felelősségvállalás, a másik fél érdekeinek a figyelembe vétele, kölcsönös kompromisszumkészség szükséges a megállapodáshoz, mely tényezők biztosításában döntő szerepet vállalnak a közvetítők az eljárás során.

Véleményem szerint a dolgozatban leírtak alkalmasak azon kijelentés alátámasztására, mely szerint a közvetítői eljárás szélesebb körben történő igénybe vétele mindenképpen segítené a manapság egyre inkább jellemző orvos-ellenes közhangulat visszaszorítását. Ehhez azonban mindenképp *változásokra, az eljárás népszerűsítésére van szükség, a széles körben történő tájékoztatás, a pozitívumok és eddig elért eredmények kihangsúlyozásával.*

