

## **Zákány Judit<sup>1</sup>: Az alternatív vitarendezés lehetőségei és korlátai az egészségügyi szolgáltatók és a betegek közötti konfliktusok tekintetében**

Debreceni Jogi Műhely, 2008. évi (V. évfolyam) 3. szám (2008. július) 55-63.

### **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*”<sup>2</sup> következtében 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.<sup>3</sup>

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 *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 döntést<sup>4</sup> 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 közé,<sup>5</sup> sokkal inkább a „hagyományos” bírói út igénybe vételével 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)*<sup>6</sup> 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. Rendszerint tagja egy bíró illetve egy vagy több szakorvos arról a területről, amely vita tárgyát képezi.<sup>7</sup>

A másik USA-ban kialakult forma a *választottbírói eljárás (arbitration)*<sup>8</sup>, amely megelőzi vagy helyettesíti a bíróság előtti eljárást. Ezen lehetőség igénybe vétele önkéntes.

Az amerikai választottbírói 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 választottbírói eljárás igénybe vétele nem feltétlenül tud biztosítani. A másik érdekes kérdés pedig a választottbírói alávetés problematikája. A gazdasági életben kötött szerződések esetén ugyanis a felek már a szerződés megkötésekor kikötik, hogy amennyiben jogvitájuk keletkezik választottbírói eljárást igénybe venni. Ennek analógiájára a betegeknek már a kórházba történő bekerülésükkor nyilatkozniuk kellene arról, hogy egy esetleges későbbi jogvita kapcsán alávetik-e magukat választottbírói eljárásnak.<sup>9</sup>

## 1.2. A német modell

*Németországban* az orvosi kamara működtet olyan testületeket, amelyeknek az eljárása a választottbírói eljárásokéhoz hasonló. Az ún. *egyezséget létrehozó testület* maximum négy tagú,<sup>10</sup> és a kártérítési igény jogszerűségét és összegét ítéli meg. A *szakértői testület* öt tagú,<sup>11</sup> és a feladata, hogy orvosszakértői véleményt adjon a feleknek.<sup>12</sup>

Mindkét testület munkáját *három alapelv* határozza meg döntően.

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

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.<sup>13</sup>

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 sikerrel<sup>14</sup> 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.*”<sup>15</sup>

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 értékkel, nem dönt a felek közötti jogvitában. A szerepe tehát a felek álláspontjának közelítésében, a felek közötti kapcsolat javításában áll.<sup>16</sup>

A mediációs eljárás **fő jellemzői, erényei** az alábbiakban foglalhatóak össze<sup>17</sup>:

- 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 egyezség 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 érdekében<sup>18</sup>

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 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 hosszú nyúló jogi procedúrával

kapcsolatos költségeket.<sup>19</sup> Ez 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.<sup>20</sup>

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.<sup>21</sup>

### 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.”<sup>22</sup> Az 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 eljárásról** (a továbbiakban: Közvtv.), amely a **mediációs modellt vezette be hazánkban**.<sup>23</sup> 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 **önkéntség elve**. Tehát az eljárásra csak akkor kerülhet sor, ha mind a beteg, mind az egészségügyi szolgáltató hozzájárul.<sup>24</sup> Emellett fontos alapelv a **titoktartási kötelezettség**, amely az eljárásban részt vevő valamennyi felet terheli.<sup>25</sup>

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**.<sup>26</sup>

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:

- 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.<sup>27</sup>

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 tagokat<sup>28</sup> 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 kijelöletről 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.<sup>29</sup>

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.<sup>30</sup>

Amennyiben az első tárgyalástól számított 4 hónapon belül nem 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 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.<sup>31</sup>

## 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.<sup>32</sup>

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.<sup>33</sup>

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.<sup>34</sup>

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

#### 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 vagyonszükségletet 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 Közv. 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.<sup>35</sup> A biztosítók inkább kívárik 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.<sup>36</sup>

#### 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.<sup>37</sup>

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 egyezség **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 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.**

## Felhasznált irodalom

Könyvek:

- Dósa Ágnes: Az orvos kártérítési felelőssége, HVG ORAC, Budapest, 2004, 9-57. o.
- Eörsi Mátyás-Ábrahám Zita (szerk.): Pereskedni rosszul!, Minerva Kiadó, Budapest, 2003, 150-175. o.
- Sáriné Dr. Simkó Ágnes (szerk.): A mediáció, HVG ORAC, Budapest, 2006, 203-232. o.
- Sótonyi Péter (szerk.): Orvosi felelősség, Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006, 302-321. o.

Cikkek, tanulmányok:

- Kóti Tamás: Egészségügyi felelősségbiztosítás másként, Egészségügyi gazdasági szemle, 2003 (41. évf.), 4. szám
- Nádházy Zsolt: A döntőbíráskodás magyarországi aspektusai, Munkaügyi Szemle, 2005/11. szám, 51.o.
- Nádházy Zsolt: Alternatív vitafeloldás Európában-különös tekintettel a munkaügyi vitákra, Jogtudományi Közlöny, 2007/7-8. szám
- Nádházy Zsolt: A konfliktusokról és feloldásuk lehetséges útjairól, Munkaügyi Szemle, 2006/3. szám
- Somogyi Árpád: Mi fán terem a mediáció?, Jogtudományi Közlöny, 2000/1. szám

## Internetes oldalak:

- [www.mno.hu/?p=cikk\\_archiv&day=788](http://www.mno.hu/?p=cikk_archiv&day=788), (letöltve: 2007. augusztus 9.)
- Simon 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](http://www.384ugyvediroda.hu/allam.pdf), (letöltve: 2007. július 02.)

## Kapcsolódó jogszabályok:

- 2000. évi CXVI. törvény az egészségügyi közvetítői eljárásról
- 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről

---

<sup>1</sup> A Debreceni Egyetem Állam-és Jogtudományi Karának IV. éves, nappali tagozatos hallgatója.

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

<sup>3</sup> [www.mno.hu/?p=cikk\\_archiv&day=788](http://www.mno.hu/?p=cikk_archiv&day=788), (letöltve: 2007. augusztus 9.)

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

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

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

<sup>7</sup> Uo. 211. o.

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

<sup>9</sup> Uo. 40. o.

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

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

<sup>12</sup> Sáriné: i.m., 212. o.

<sup>13</sup> Sáriné: i.m. 213.o.

<sup>14</sup> Például 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.)

<sup>15</sup> Florida, Mediatoin in any civil actions § 44.301

<sup>16</sup> Nádházy Zsolt: Alternatív vitafeloldás Európában-különös tekintettel a munkaügyi vitákra, Jogtudományi Közlöny, 2007 7-8. szám, 315. o.

<sup>17</sup> Eörsi Mátyás-Ábrahám Zita (szerk.): Pereskedni rossz!, Minerva Kiadó, Budapest, 2003, 28-31.o.

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

<sup>19</sup> Sótónyi Péter (szerk.): Orvosi felelősség, Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006, 317. o.

<sup>20</sup>Sáriné: i.m. 207.o.

<sup>21</sup> Dósa: i.m. 36.o.

<sup>22</sup> 1997. évi CLIV. törvény 34. §

<sup>23</sup> Magyarországon 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.

<sup>24</sup> Eörsi-Ábrahám: i.m. 164. o.

<sup>25</sup> Dósa: i.m. 43. o.

<sup>26</sup> Közvtv. 3.§

<sup>27</sup> Sáriné: i.m. 220.o.

<sup>28</sup> A felek abban is megállapodhatnak, hogy az eljárást egy közvetítő folytassa le.

<sup>29</sup> Közvtv. 4. §



---

<sup>30</sup> Sáriné: i.m. 224.o.

<sup>31</sup> Sáriné: i.m. 225. o.

<sup>32</sup> Közvtv. 12. §

<sup>33</sup> Közvtv. 3. § (2). bekezdés

<sup>34</sup> Sáriné: i.m. 227. o.

<sup>35</sup> Simon 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](http://www.384ugyvediroda.hu/allam.pdf), (letöltve: 2007. július 02.) 3. o.

<sup>36</sup> Uo.: 1997 és 1999 között például több volt a peren kívüli egyezség, mint a peres eljárás az összes kártérítési igényen belül.

<sup>37</sup> Eörsi-Ábrahám: i.m. 174. o.