

Pécsi Tudományegyetem  
Állam- és Jogtudományi Kar  
Állam- és Jogtudományi Doktori Iskola

Decastello Alice

## **A közvetítői eljárás az egészségügyben**

Doktori értekezés tézisei

Témavezető: Dr. Kengyel Miklós egyetemi tanár, tanszékvezető  
Pécsi Tudományegyetem Állam- és Jogtudományi Kar  
Polgári Eljárásjogi és Jogszociológiai Tanszék

Pécs, 2008

## I. A témaválasztás indokoltsága, a kutatási téma aktualitása

Becslések szerint ma az egészségügyben évente körülbelül 300 u.n. műhibaper (hivatalosan polgári peres kárigény) indul Magyarországon. Az eljárások többsége 1-3 év alatt befejeződik, de akadt olyan ügy is, amelyben csak öt év eltelte után született döntés. Az egyik nagyvárosban 2000 óta zajlik a legrégebbi, még folyamatban lévő peres ügy, amely másodfokon tart, de jogerős ítélet - egyelőre - nem született.

- Jelenleg közel 1,3 milliárd forintot követelnek a kórházaktól.
- Egy nőgyógyászati beavatkozás nyomán megszületett az első százmillió forintot érő kártérítési ítélet.
- Az egyik megyében is volt egy, kamatokkal együtt 50 millió forintos, vagyoni és nem vagyoni kártérítésről szóló elmarasztalás. Legtöbbször szülészetek, sebészetek, traumatológiai, plasztikai sebészetek, fogászatok ellen indítanak pereket.

A perek közel 80 százalékában a bíróság a betegnek ad igazat. Van, amikor egyértelműen a kórház a hibás, de egyre gyakrabban fordul elő számításból induló ügy is. A megítélt kártérítési összegek növekedése könnyen csődbe viheti a kórházakat.

Tehát elmondható, és túlzás nélkül állítható, *hogy drámai helyzet van kialakulóban.*

Az elmúlt néhány évben sokat romlott a gyógyítók és a betegek viszonya. A beteg egyre hangosabban szidja az orvost és a nővért, a gyógyítók pedig mind nehezebben viselik a napi sérelmeket. Ennek pedig az a vége, hogy mindenki elégedetlen. A betegek egy része azt hiszi, csak jogaik vannak, kötelezettségek nélkül, a másik oldalon állók viszont úgy vélik együttműködő páciens nélkül, nem lehet eredményes a gyógyítás.

A betegek ma már fogyasztóként jelennek meg, ugyanakkor igényeik megfelelő kielégítésének hátterét az orvosok nem érzik biztosítottak. Az orvosok jelentős része érzi úgy, hogy a kórházi szolgáltatások túlzottan költségvezelettelé váltak, ami miatt sok kórházban csupán a minimumra szorító ellátási gyakorlat van kialakulóban. Egy éve alakult meg az Egészségbiztosítási Felügyelet, amely még egy olyan intézmény, amelynek jogában áll a betegpanaszok kivizsgálása, és jogos panasz esetén a szolgáltató szankcionálása is. A közeljövőben a kórházakra lebontva lesz látható az u.n. műhibaper-nyilvántartás a Felügyelet honlapján. Eddig semmiféle nyilvántartás nem volt arról, hogy a kórházak ellen hány eljárás indult, s azok hogyan végződtek, legfeljebb az ügyvédek és egyes bírók tapasztalataira lehetett támaszkodni, de pontos számot senki nem tudott mondani. Ez az információhiány megszűnik, és a statisztikai adatok pedig komolyan érinthetik az intézményeket.

Találni kellett egy olyan alternatív konfliktuskezelő módszert, amelynek során a konfliktusban álló felek között egy pártatlan, a konfliktuskezelésben jártas személy - a mediátor - irányításával a konfliktusban álló felek megtalálják egymás között a kölcsönösen elfogadható megoldásokat. Ez a módszer a mediáció, vagy közvetítés.

A mediátor nem dönt, a döntés joga és felelőssége a résztvevők kezében van. Ez a módszer nem más, mint a pozitív gondolkodásra serkentés, melynek segítségével legyőzhetjük a

konfliktusokat. Sosem ahhoz kell az igazi elszántság, hogy valakivel perre menjünk, hanem ahhoz, hogy leüljünk vele szemben, s megegyezzünk.

Mint gyakorló orvos, saját praxisomban is egyre jobban észrevehetővé vált a betegek feszültsége, amelyet hol egymáson vezetnek le a rendelő várójában, hol a személyzetten. Az indulatok sokszor elszabadulnak és a sértettség maradandó nyomot hagy a lelkekben. Arra döbbsenti rá az orvost, hogy ha nyugalmat akar, előre megfontolt szándék nélkül mediálnia kell a vitában álló felek között.

A beteg és az orvos közötti konfliktusok megoldásának nem egyedüli módja a bíróság előtti jogvita. Számos alkalommal kiderül, hogy a beteg a kórházi ellátás során ért sérelmét nem megtorolni akarja, hanem tudni szeretné sérelmének okát, és nem akar pereskedni, megelégszik egy bocsánatkérő gesztussal is. Ha ezt megkapja, megnyugszik, sőt ő maga az, aki javaslatot tesz hasonló szituációk elkerülésére.

Örömmel fogadtam a 2000. évben megjelent egészségügyi mediációról szóló törvény megjelenését, mert úgy gondoltam adott lesz a lehetőség, hogy megoldódjanak a viták, ezáltal kevesebb lesz a peres eljárás. Hozzávetőleg 81 hallgató vállalkozott arra, hogy elvégzi a mediátor alaptanfolyamot és a továbbképző tanfolyamot Pécsen, végül hatvanhat kollégámmal együtt végeztünk, és kaptuk meg a közvetítői igazolványt. A 2007. év decemberében tartott kötelező továbbképző tanfolyamon már csak 28 régi mediátor maradt, és csupán 4 új jelentkező végezte el az alaptanfolyamot.

Felmerült, hogy tudományos megalapozottsággal is foglalkozni kellene az egészségügyi mediációval, és ezért választottam azt disszertációm témájául. Tanulmányoztam a törvény megjelenését követő hat évet, és a tapasztalatok alapján rá kellett döbbsennem, hogy nem úgy alakultak a közvetítésre való felkérések, ahogy azt mi elgondoltuk.

## II. A téma hazai és külföldi irodalma

Már a kutatás kezdetén szembesültem azzal, hogy elég kevés a témába vágó hazai és külföldi szakirodalom, annak ellenére, hogy a mediáció, divatos téma lett a kilencvenes évek második felétől kezdve.

A mediációnak elsősorban az Egyesült Államokban vannak nagy hagyományai, de egyre inkább elterjedt Nyugat-Európában is, és az Európai Tanács is felkarolta ezt a konfliktusrendezési formát, amelyet főleg a családjog, a munkajog, a fogyasztóvédelem és a környezetvédelem területén alkalmaztak.

Nem nagy számban ugyan, de megjelentek külföldi és hazai monográfiák a mediáció témakörében. A teljesség igénye nélkül a legjelentősebbek közül megemlítenéd:

- *Marc Galanter*, aki a bírósági jogvitákról és a pereskedési hajlamról ír.
- *Hubert Rottleuthner* művében tárgyalja, hogy milyen lehetőségek vannak a mediációval történő konfliktuskezelési eljárások jelenlegi kínálatának bővítésére, és melyek annak határai „Egyeztetni és nem bíraskodni?” (Schlichten statt Richten?).
- *Stephan Breidenbach*: Mediation művében taglalja az alternatív vitarendezés (alternatív dispute resolution) lehetséges formáit.

– *Sáriné dr. Simkó Ágnes* szerkesztésében: ”A mediáció. A közvetítői tevékenység”, Lovas Zsuzsa-Herczog Mária: Mediáció, avagy a fájdalommentes konfliktuskezelés, dr. Eörsi Máttyás-dr. Ábrahám Zita: Pereskedni rossz! Mediáció: a szelíd konfliktuskezelés, Dósa Ágnes: Az orvos kártérítési felelőssége, Sándor Judit: Gyógyítás és ítélkezés.

Egyik-másik mű foglalkozik az alternatív vitarendezéssel - azon belül is a mediációval - valamint a mediációs technikákkal. Mégis az tapasztalható a szakirodalom tanulmányozásakor, hogy kevés támpontot nyújt a közvetítésről, vagy alternatív vitarendezésről szóló, egyébként nagyon gazdag irodalom az egészségügyi mediáció terén. Nem jelennek meg esettanulmányok, nem jelennek meg statisztikai adatok, amelyek támpontot adhatnak arra vonatkozóan, hogy milyen esetekben alkalmazták a mediációt, milyen eredménnyel, és hol történtek a hibák. Ha tudnánk a mediált hibákat, azok a továbbiakban intő példaként szolgálhatnának a későbbiekben, így megvalósulhatna a prevenció (megelőzés) is. Sajnos ez még gyerekcipőben jár, de valahol el kell kezdeni, és mint tudjuk „alles Anfang ist schwer”.

### III. A kutatás során alkalmazott módszerek

A kutatómunka kapcsán a téma komplex megközelítésére volt szükség. Ötvözni kellett a gyakorlati és elméleti tapasztalatokat. Az elméleti megalapozottság mellett a saját praxisomból eredő tapasztalatokat is felhasználtam.

Az új jogintézmény kialakulásának bemutatásánál a *történeti módszer* alkalmazására csak korlátozottan kerülhetett sor, mert viszonylag új intézményről van szó. Bár vannak olyan nézetek is, amely a mediációt egyenesen a középkorig vezetik vissza, és a falusi bírásokban, valamint a békebíró intézményében is a közvetítői tevékenység előfutárát látják. A polgári per alternatíváinak a tudatos keresése mindazonáltal csak az utóbbi évtizedekben kezdődött el. Ez a tény magyarázza – egyebek között – azt, hogy a mediációval kapcsolatban egyelőre még nem beszélhetünk dogmatikáról, legfeljebb a gyakorlati tapasztalatok összegezéséről.

A téma sokoldalú megközelítése szempontjából fontosabb volt a *jogösszehasonlító módszer* alkalmazása. Ennek során elsősorban *angol és német* szakmunkák segítségével Anglia és Wales, Franciaország, Németország, Ausztria, Hollandia, Olaszország, Skandináv Államok, Oroszország, Egyesült Államok közvetítői eljárását hasonlíthattam össze. A jogösszehasonlító módszer nagy segítségemre volt a mediáció sokszínűségének, valamint a tételes jogi szabályozás - kategorizálást nehezen tűrő - sokféleségének a feltárásában.

A hatályos magyar szabályozás áttekintésénél először a tételes jogi *elemző módszert* alkalmaztam. A közvetítői eljárásra vonatkozó törvények kronológiai sorrendben való vizsgálata során feltártam a hazai fejlődés irányvonalát, megállapítva azt, hogy a mediációra vonatkozó szabályozás először a gazdasági életben, a kereskedelem felmerülő viták eldöntésére, megoldására jelent meg.

Az üzleti mediációt már 1996 óta használják Magyarországon. Úgy tűnik, ezen a területen a legrégebben működik jól a közvetítés, mivel az eljárás titkos, és a felek „megőrizhetik arcukat”, nem kell tartaniuk attól, hogy üzleti titkaik kiszivárognak.

A munkajog területén a Munkaügyi Közvetítői és Döntőbírói Szolgálat 11 éves működését figyelembe véve 93%-os megegyezési arányt mutatnak a statisztikák. Ez az arány a nemzetközi hasonló profilú szervezetek között is jónak mondható, hiszen az alternatív vitarendezéssel foglalkozó szervezetek általában 70-85%-os eredményességi százalékkal dolgoznak. Így elmondható, hogy a vizsgált szervezet – nemzetközi összehasonlításban – az eredményes szervezetek közé sorolható.

Az értekezésben *összehasonlítottam* a munkajogi, a fogyasztóvédelmi, valamint a polgári jogviták bíróságon kívüli rendezésének szabályozására szolgáló közvetítői tevékenységet, továbbá a büntetőügyekben alkalmazható közvetítői tevékenységet, és a hatósági közvetítési eljárást.

*Az értekezés középpontjában az egészségügyi közvetítői eljárás áll*, amelynek bemutatásához a tételes jogi módszer alkalmazására volt szükség. Ahhoz, hogy érteni lehessen, milyen jogok sérülhetnek, ahhoz szükséges volt, hogy tárgyalásra kerüljenek az egészségügyi törvényben megfogalmazott betegjogok, az egészségügyben felhalmozódott konfliktusokkal együtt. A törvény részletes elemzése kapcsán különös hangsúlyt kap a közvetítői eljárás és a biztosító kapcsolata, valamint a szakértő tevékenysége. A képzést, továbbképzést, a díjazást szabályozó rendelet is értékelésre került.

Új jogintézményről lévén szó *a statisztikai módszer* alkalmazása is fontosnak bizonyult. Táblázatok segítségével hasonlítottam össze a mediációk eredményességét. Sajnos az egészségügyi mediáció területén a törvény megjelenése óta eltelt – általam vizsgált – hat év 2000-2006-ig nem ad túlzott optimizmusra okot. Ezzel ellentétben, a büntetőügyekben alkalmazható közvetítői tevékenységet sikertörténetnek könyvelik el. Azóta, amióta a 2007. január elsején életbe lépett a fenti törvény, a statisztikai adatok magukért beszélnek. Ez a felfelé ívelő pozitív tendencia 2008. első negyedévére is jellemző, tehát úgy tűnik, nem csak egy átmeneti állapotról van szó.

A rendelkezésre álló statisztikák valamint a saját tapasztalataim tették lehetővé, hogy az egészségügyi mediációval *empirikusan* is foglalkozzam, különösen az értekezés második részében lévő eseteleírások tekintetében. Az esetelemzések kapcsán az első két esetben valóságos mediációs eset került feldolgozásra, elemezve, miért is utasította el a mediációt a beteg, illetve a szolgáltató. A többi eset tanulmányozásánál csak a felvetődött kérdés alapján, önkényesen besorolt kategóriák vannak megadva.

#### **IV. Az értekezés főbb tudományos eredményei**

1. A 2000. évi CXVI. törvényt az egészségügyi közvetítői eljárásról azzal a szándékkal hozták létre, hogy a betegek, és az egészségügyi szolgáltatók között felmerülő jogviták peren kívül, egy sajátos jogintézményen keresztül oldódjanak meg, kikerülve ezzel a peres eljárást. Ezt az eljárást a felek kezdeményezhetik, egyező akarattal, és az eljárás keretében a jogvita gyors megoldására kerülhet sor, ami egyformán szolgálja mindkét fél érdekét. A beteg gyorsan jut hozzá a kártérítéshez, az egészségügyi szolgáltató, de még a felelősségbiztosító is előnyösebb helyzetbe kerülhet, hiszen a több évig elhúzódó per következtében megítélt összeget súlyos kamatköltség is terhelné. A gyakorlat azt mutatja, hogy *ez nem befolyásolja*

*sem a szolgáltatót, sem a biztosítót.* Amennyiben a közvetítői eljárás sikertelen, a felek nincsenek elzárva a bírói út igénybevételeitől.

2. A törvény hatályba lépése óta eltelt 6 év alatt, mindössze 182 esetben került sor a közvetítői eljárás kezdeményezésére, ebből 8 volt eredményes. Leggyakrabban a szolgáltató állt el az eljárástól, a biztosítóval együtt. 2007. évről még nem állnak rendelkezésemre *teljes körű* statisztikai adatok. A részeredmények mégis valamiféle elmozdulást mutattak, mivel 20 esetben kezdeményeztek közvetítői eljárást, a lefolytatott 8 eljárásból 5 eredményesnek bizonyult.

3. Tekintettel arra, hogy nincs jelentési kötelezettség, a Magyar Igazságügyi Szakértői Kamarák felkérés alapján szolgáltatnak adatokat, sajnos azt sem teszi meg mindegyik kamara. Nem tudni, hogy hány jogi végzettségű mediátor folytatott le akár eredményes, akár eredménytelen közvetítést. Erről csak *a véletlen útján szerzünk tudomást.* Nagyon sokszor még a bírósági eljárás során sem derül ki, hogy szóba került-e egyáltalán a közvetítői eljárás vagy sem, mivel a bíróság sem jegyzi azt.

4. Felvetődik a kérdés, *mi az oka ennek az enervált, közömbösséget sugalló tartózkodásnak,* amikor a másik fajta közvetítői eljárások olyan jól beindultak és jelenleg is úgy tűnik, jól működnek. Az eljárási költségek nem lehetnek, mert az olyan neveltségesen kevés, és összehasonlíthatatlanul alacsonyabb összeg, amelyet a sértett vagy a szolgáltató ki tud fizetni, mint amennyit peres eljárás keretén belül kell fizetnie, vagy mint a másik közvetítői eljárásban törvényileg megfogalmazott szabadáras, bár közös megegyezéssel kialakított díjazás.

5. A közvetítői eljárás *szakmai visszhangja csekély.* Ez függ többek között a kórház vezetésének attitűdjétől, a kórház anyagi háttérétől, a betegjogi képviselő tevékenységétől. A törvény úgy rendelkezik, hogy az intézmény a betegek számára jól látható helyen köteles feltüntetni, az igazságügyi szakértői kamarák jegyzékét és elérhetőségét. A beteg és a szolgáltató együttesen is fordulhatnak kérelemmel a kamarához. Előírja továbbá a szolgáltatónak, hogy a közvetítői eljárás igénybevételere jogosultakat tájékoztassa az eljárás kezdeményezésének módjáról, a közvetítői eljárás lényegéről, lehetőségéről. Ezt a tájékoztatást megteheti szórólappal, vagy jól elhelyezett hirdetmény kifüggesztésével, de tájékoztatást adhat a betegjogi képviselő is, továbbá feladata lehetne az Igazságügyi Hivatalnak és az Egészségbiztosítási Felügyeletnek is. A beteg gyakran úgy hagyja el az intézményt, hogy nem is tud erről a lehetőségről, mert nincs szórólap, nincs kifüggesztett hirdetmény.

Az üzleti életben tapasztalható, hogy a felek között létre jött szerződések végén egyre gyakrabban foglalják írásba azt a kitélt, hogy *„a felek esetleges jogvitájukat először békés egyeztetés, közvetítés útján kívánják feloldani. Ennek sikertelensége esetén fordulnak bírósághoz”.* Ezt a megfogalmazott kvázi ajánlást rá kellene vezetni minden zárójelentés, vagy ambuláns jelentés végére. Így a beteg, ha elolvassa, rákérdezhet, mit jelent a közvetítői eljárás. Ez kifejezetten költségtakarékos megoldás lehetne.

6. Az eddigi tapasztalatokból az a megállapítás szűrhető le, hogy a törvényi szabályozás *nem eléggé rugalmas,* nem rendelkezik adatközlési kötelezettségről, ez nagyban hátráltatja azt a törekvést, hogy felmérhessük a közvetítői eljárás igénybevételeinek tendenciáját.

7. Számos országban a peres eljárások megindulása előtt *kötelező* megkísérelni a közvetítői eljárást. Addig nem is kezdődik el a bírósági eljárás, amíg a felek nem nyilatkoztak arról, hogy megkísérelték a mediációt. Ha azt akarjuk, hogy az egészségügyi közvetítői eljárás meghonosodjon hazánkban, *a törvény módosítását kell kezdeményezni*. Ha kötelezővé tennénk a közvetítői eljárást, akkor sérülne a feleknek az a joga, hogy egyező akarattal, önként vállalják ezt az alternatív vitamegoldást. A megoldás az lehetne, hogy bizonyos fizetési kedvezményt kapnának, azok, akik per előtt nyilatkoznak, hogy vállalják a mediációs eljárást, amely gyorsabb, és olcsóbb, mint a peres út. Annál is inkább, mivel a Polgári perrendtartás módosításáról szóló XXX. törvényben már megfogalmazódott az a követelmény, amely szerint:

(1) *A jogi személy gazdálkodó szervezetek egymás közötti jogvitáiban a keresetlevél benyújtása előtt e feleknek meg kell kísérelniük a jogvita peren kívül elintézését.*

(2) *Ha a felek jogvitájukat peren kívül nem rendezik, és a felperes keresetet indít, a keresetlevélhez csatolnia kell azt az iratot, amellyel a felperes igazolja, hogy a jogvita peren kívüli elintézését megkísérelte.*

8. Szükséges a szakértő megbízás formai követelményének szabályozása is. A törvény szerint szakértőként bárki eljárhat, aki a kérdés elbírálása szempontjából szakértelemmel rendelkezik, és akinek személyében a felek meg tudnak egyezni. A felek az igazságügyi szakértők jegyzékéből is választhatnak szakértőt. Helyesebb lenne újra fogalmazni úgy, hogy szakértőként az választható, aki *az igazságügyi szakértők jegyzékében szerepel*, és akinek személyében a felek meg tudnak egyezni.

9. A betegek, és a közvélemény tájékoztatásának hangsúlyosabbnak kell lennie, és itt és most lenne helye a médiának. *Most lehetne harsányabban felhívni a figyelmet, és kihangsúlyozni a közvetítői eljárás előnyeit.* Az üzleti életben tapasztalható, hogy a felek között létre jött szerződések végén egyre gyakrabban foglalják írásba azt a kitétel, hogy „a felek esetleges jogvitájukat először békés egyeztetés útján kívánják feloldani. Ennek sikertelensége esetén fordulnak bírósághoz”. Ezt a megfogalmazott kvázi ajánlást rá kellene vezetni minden zárójelentés, vagy ambuláns jelentés végére. Így a beteg, ha elolvassa, rákérdezhet, mit jelent ez az eljárás. Ez egy sziszifuszi munka, nagy türelmet igényel, és sikerét csak évek múlva lehet lemérni. De el kell indulni, mert az nem lehet, hogy éppen az egészségügyben ne sikerüljön ezt az előnyös eljárást meghonosítani.

10 A törvény nem rendelkezik arról, hogy a kamarákon belül hogyan álljanak fel a szervezetek, ki legyen a felelős az egész eljárás megindulása előtti folyamatért. Nem oldja meg a kamarák szervezeti rendjét és a finanszírozását sem, ezért változtatásra van szükség. *Javaslatom szerint legyen felelőse*, nevezze meg a törvény azt a bizottságot vagy személyt, aki/amely felelős az ügyek bonyolításáért. Szükséges továbbá, hogy munkájukat kisegítő személyzet is segítse. Ezen személyeknek fizetését az állami központi költségvetésben elkülönítetten, a kamarák fenntartását segítő összegből kell biztosítani.

11. A közvetítői eljárásban különleges helyzetet foglal el a biztosító. A törvény kimondja, hogy a biztosítónak nyilatkoznia kell, és kijelenteni, hogy részt kíván venni az üléseken, észrevételezési jogával élni kíván, és szolgáltatót az eljárásban képviseli. Sajnos a gyakorlat azt mutatja, hogy *a biztosító nem kívánja a közvetítői eljárást*. Másik esetben a szolgáltató nem értesíti biztosítóját a káreseményről, így a biztosító kivonja magát a további procedúra alól. A biztosító - ha értesíti a szolgáltatót - csak öt millió forintig áll jól, és a fennmaradt kártérítési összeget a szolgáltatónak kell kifizetni. Az állandó hiánnyal küszködő szolgáltatók (kórházak) csak nagy nehézségek árán tudják az összeget kifizetni, vagy egyáltalán nem

tudnak fizetni. A problémás kórházak számára drágább a biztosítási díj, ezért még a mai napig is vannak olyan intézmények, amelyek nem rendelkeznek felelősségbiztosítással. Felelősségbiztosítás nélkül a törvény értelmében semmilyen intézmény sem kaphat működési engedélyt, de még nem volt olyan kórház vagy rendelőintézet, amit, felelősségbiztosítás hiánya miatt bezártak volna.

12. A biztosítók egyre szigorúbb feltételekkel akarnak szerződést kötni. Kezdetben a kórházak úgy döntöttek, hogy közösen keresik fel a biztosítót, abban bízva, hogy így alkupozíciójuk jelentősen javul ahhoz képest, mint ha egyenként tárgyalnának. A közvetítői eljárás során a kórházaknak nincs pénzük a felmerült összeg megfizetésére, és a biztosítónak sem érdeke a fizetés. Ezért a javaslat az, hogy *az egészségügyi szolgáltatók kockázati vagyonszösséget hozzanak létre*; a befizetések összege a meglévő perek számától, és a káresemények értékétől függően finanszírozná a mediációs eljárásban és a bírósági perekben megítélt összeget. A kockázatközösség biztosítási díját be kell építeni a központi finanszírozásba, kezdetben átmeneti állami támogatással kiegészítve. A befolyt összeget független non profit szervezet kezelné a Magyar Igazságügyi Szakértői Kamarán belül.

## V. Külföldi összehasonlítás

*Németországban* a mai egészségügyi rendszer alapjai egészen az 1883-as bismarcki szociális jogalkotás keretében bevezetett betegbiztosításig nyúlnak vissza. Az akkor kialakult alapvetel – amely szerint meghatározott jövedelemszint alatt kötelező a biztosítás, a szolidaritásra épülő biztosítás elvét – máig megőrizték. Az egészségügyi rendszert, egyik oldalon a betegbiztosító pénztárakkal, mint költségviselőkkel, a másik oldalon az orvosokkal, mint egészségügyi szolgáltatókkal, megalakulása óta ellentmondásos viták, állandó alkudozás jellemzi. A betegeknek lehetőségük van tanácsadás iránti igényükkel vagy panaszaikkal az orvosi, illetve fogorvosi kamarák egyeztető szerveihez, betegbiztosítási pénztárakhoz, ingyenes betegtanácsadó és panaszszervekhez, fogyasztói központokhoz és önszegélyező szervezetekhez fordulni. A kártérítés iránti igények a bíróságon kívül és bírósági úton is érvényesíthetők. Mindig fennállt a lehetőség, hogy a bíró egy polgári peres eljárásban érdemi megegyezést javasoljon, azonban a polgári perrendtartás 2002. január 1-jei reformját követően megfelelő esetekben bíróságon kívüli vitarendezés is javasolható, így a vitarendezés megfelelő módja a mediáció lehet.

A felróhatóságot nem vizsgáló felelősségi rendszer (no fault compensation system) - biztosítási alapon történő vitarendezési mód főleg a *skandináv országokban és Új-Zélandon* terjedt el.

*Svédországban* az egészségügyi ellátás kizárólag állami tulajdonú intézményrendszeren alapszik – a magántulajdon szerepe elhanyagolható – a társadalombiztosítási rendszer viszont nagyon fejlett (kompenzációt nyújt a betegség, baleset és halál következtében keletkezett vagyoni károk jelentős részére). Ily módon a károkozónak csak a társadalombiztosítási ellátások által nem finanszírozott károkat kell megtérítenie. A biztosító nem vizsgálja, hogy az egészségügyi szolgáltató a kárt felróhatóan okozta-e csupán azt vizsgálja, hogy a kár tényleg bekövetkezett-e és ez összefüggésben van-e az ellátással? A beavatkozással járó szokásos kockázatokért azonban a biztosító nem fizet. Ha igényüket nem a biztosítási rendszeren keresztül akarják érvényesíteni, azt polgári peres úton megtehetik.



*Dániában* 1992-ben vezették be a rendszert, a felróhatóságot nem kell bizonyítani, de azt igen, hogy ha az orvos nem olyan kezelést alkalmazott, amit egy gyakorlott specialista alkalmazott volna adott esetben.

*Olaszországban* a betegpanaszok tárgyalására a betegpanaszok tanácsát (Patients' Board of Complaints) hozták létre, amely lehet helyi, regionális vagy országos szintű. Tagjai között vannak jogászok, újságírók, és a kórházi személyzet képviselői. Az általuk tárgyalt ügyeknek csak kb. 10%-át továbbították végül is bírósághoz, a többi megoldódott a Betegjogi Bíróság hatáskörében.

*Új-Zélandon* nincsenek részletesen rögzítve a kompenzálható károk. A jogszabályban orvosi baleset szerepel, azonban az eltelt 20 év alatt egyre inkább szűkült a kompenzálható káresemények köre, amelyekért a biztosító fizet. Az előreláthatóság kritériumához kötik a kompenzáció lehetőségét, és az előre nem látható következmények kompenzációja kizárt. Az összezszerűséget és jogosságot egy adminisztratív testület dönti el. A kompenzáció mértéke maximált. A bírói út kizárt, a tapasztalatok szerint elenyészően kevesen élnek ezzel a lehetőséggel.

*Az Egyesült Államokban* a kártérítési krízis első éveitől a hetvenes évek közepén a tagállamok többsége jelentős változásokat vezetett be. A megítélhető kártérítési összegek jogszabályi maximálása során először *Kaliforniában* maximálták a nem vagyoni kártérítési összegét, majd több tagállam követte ezt a példát. A maximum 250 ezer és 750 ezer dollár között van. *Alaszkában* nem csak az egészségügyi szolgáltatókkal szemben indított kártérítési eljárások esetében, hanem mindenfajta kártérítési ügyben a kártérítés mértéke maximum 400 ezer dollár. *Virginiában* a vagyoni károk vonatkozásában is maximálták a kártérítési összeget a határ egymillió dollár.

## **Összefoglalva: tehát mi legyen a terápia?**

*De lege ferenda – a jogalkotás számára megfontolható további kérdések*

1. A törvény módosítása; a közvetítői eljárást vagy kötelezővé tenni, vagy valamilyen pénzügyi könnyítést kilátásba helyezni, ha a felek igénybe veszik az eljárást.
2. Kötelező adatszolgáltatás kell!
3. A szakértő igazságügyi szakértő legyen!
4. A biztosító helyett kockázatközösségi alap létrehozása állami segítséggel.
5. A Magyar Igazságügyi Szakértői Kamara tárgyi és személyi feltételeinek állami támogatása.
6. A közvélemény felvilágosításának offenzív beindítása.
7. Az egészségügyi közvetítői törvény és közvetítői tevékenységről szóló törvény interferál, ennek megszüntetése szükséges.

## Az értekezés témaköréből készült publikációk

Decastello Alice: A közvetítói törvények összehasonlítása, különös tekintettel az egészségügyi közvetítói eljárásra.

JURA, 13. évfolyam 2007. 1. szám, 151-157 p.

dr. Decastello Alice: Az egészségügyi közvetítói eljárás az egészségügyi szolgáltatók és a biztosító társaságok szemszögéből.

Biztosítási szemle, LIII. évfolyam 2007.8. szám, 41-51 p.

Decastello Alice dr.: Közvetítói eljárás (mediáció) az egészségügyben

Orvosi Hetilap, 149. évfolyam 6. szám, 2008. február 10. 264-269. o.

Alice Decastello: Mediation in Health.

Hungarian Medical Journal, Volume 2, Number 2. 193-199. p. és annak internetes portálján.

Dr. Alice Decastello: Die praktischen Erfahrungen mit Schlichtungsverfahren in Ungarn (Erfolge und Misserfolge in einzelnen Verfahren, insbesondere im medizinischen Bereich).

Zeitschrift für ausländisches und internationales Arbeits- und Sozialrecht. *(Megjelenés alatt)*

## **ABSTRACT**

The dissertation presents mediation as an alternative dispute resolution method. Mediation is a process where the parties are ready to settle their dispute out of court, by way of negotiation and with the involvement of a neutral third party as mediator. In the mediation process the mediator shall not decide the dispute, nor examine the default or give legal advice or express his/her opinion – the mediator’s duty is to help the parties bring their positions closer and come to a settlement agreement within a short time (120 days). The author gives a summary of the applications of the Hungarian Act on Mediation in Public Health and draws conclusions from the practical experience since entry into force of the legislation and illustrates the advantages of mediation over the court procedure (which may drag on for years). The primary advantages of mediation are that both the mediators and the parties are bound by the obligation of secrecy, the procedure is cheaper than the court proceedings, and the parties can “save their faces” because in mediation the winner-winner formula asserts itself – against lawsuits where the winner-loser positions are confronted. The dissertation also analyses the specific data and information available so far. As for the future, the legislation needs to be amended at several points. It is particularly expedient to regulate the legal relationship between the insurance companies and the health service providers because the liability insurance may not cover the damages the courts adjudicate. And so some of the service providers may go bankrupt as the difference in excess of the upper limit of coverage – it might as well be up to HUF 5 million per case – shall be paid from own budget, to the charge of the upkeep costs. It is also required to review and amend the regulations on expert activities, just as it is inevitable to make data supply compulsory – otherwise it will be impossible to monitor the number of mediation procedures in health. At present, data are supplied on an optional basis and it cannot be supported.