

Konfliktusrendezés közvetítői eljárással

Dósa Ágnes

Az egészségügyi szolgáltatókkal szemben indított kártérítési perek során a felperes, az alperes és a felelősségbiztosító képviselője rendszerint egyetlen dologban ért tökéletesen egyet: abban, hogy ebben a pertípusban a bírói út a konfliktusrendezés kevésbé hatékony módja. Nemcsak a hazai, de a nemzetközi tapasztalatok is azt mutatják, hogy a peres eljárások rendszerint elhúzódnak. Ennek oka elsősorban az, hogy az esetek túlnyomó többségében bonyolult tényállásról van szó, és ezért a jogellenesség és a felróhatóság tisztázása összetett bizonyítást igényel, rendszerint több szakértőt kell az ügybe bevonni. Ez természetesen a költségeket is jelentősen befolyásolja, hiszen a feleknek az eljárás alatt, még tárgyi költségmentes eljárás esetében is (1), maguknak kell fedezniük a jogi képviselő munkadíját és kiadásait, illetve, ha a bíróság által kirendelt szakértő mellett más szakértőt is be kívánnak vonni, akkor az ezzel kapcsolatos költségeket is.

Ugyanakkor az eljárás más szempontból is kedvezőtlen a peres felek számára. A felperes (a beteg) számára rendszerint nagyon megterhelő, hogy a vélt vagy valós károkozó magatartással kapcsolatos testi és lelki panaszait az eljárás során számtalanszor fel kell tárnia a szakértők, illetve a bíróság előtt, arról nem beszélve, hogy az alperes természetesen ezeknek a panaszoknak a meglétét, súlyosságát vitatni próbálja. *Sándor Judit* vizsgálatai szerint a hazai peres eljárások sajátossága, hogy időnként a károsultat is vádlottnak tekintik, és az ő életvitelét, előéletét, egészségét károsító magatartását is vizsgálat alá vonják, ami szintén jelentős pszichés megterhelést jelent a felperes számára (2). Ennek és az eljárás költségességének tulajdonítják azt, hogy az USA-ban végzett kórlaprevíziós vizsgálatok szerint a jogos igények túlnyomó részét nem érvényesítették a károsultak (3).

Az alperes szempontjából a peres eljárás legjelentősebb hátránya a presztízsveszteség. A bírósági eljárás nyilvános, így – ellentétben a büntetőeljárással – nincs jogi akadály annak, hogy a felperes az eljárás tárgyáról, az általa elszenvedni vélt kárról nyilatkozzék a

sajtó részére, megnevezve az alperesi intézményt, illetve az ellátását végző orvost.

Kézenfekvőnek tűnik tehát, hogy ezekben az ügyekben olyan permegelőző eljárást célszerű kidolgozni, amely mindkét fél és a beavatkozó pozícióban lévő felelősségbiztosító számára is előnyösebb feltételeket teremt, alkalmas arra, hogy mérsékelje a fentebb részletezett hátrányokat. Alapvető kíváncsi a peren kívüli eljárással szemben, hogy gyorsabb és költségkímélőbb legyen, mint a bírói út, de emellett legyen „igazságos” is: tartalmazzon olyan garanciális elemeket, amelyek biztosítják a felek egyenlő jogait az eljárás során. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.) 34. §-ában rendelkezett az egészségügyi szolgáltató és a beteg közti jogviták peren kívüli, közvetítői eljárás keretében történő megoldásának lehetőségéről, igaz, késleltetett hatálybalépéssel. Az idézett szakasz rendkívül szűkszavú, ebből joggal lehet következtetni arra, hogy a jogalkotó a törvény megalkotásakor nemcsak a részletszabályok megalkotásától tekintett el és tette azt át egy későbbi időpontra, hanem azt sem kívánta eldönteni, hogy milyen típusú peren kívüli eljárás megalkotására van szükség.

A jogalkotónak az Eütv. tehát teljes egészében szabad kezét adott abban, hogy a nemzetközi gyakorlatban alkalmazott eljárások közül melyiket választja. Az alábbiakban röviden áttekintjük a lehetséges alternatívákat, majd megnézzük, hogy a magyar szabályozás melyik mellett tette le a voksát.

Felróhatóságot nem vizsgáló felelősségi rendszerek

Ez a megoldási mód elsősorban a skandináv országokban terjedt el, bár Nagy-Britanniában is kezdeményezte bevezetését az orvosi kamara. Lényege, hogy a kórházak önkéntesen szerződnek egy biztosítóval, a szerződésben a biztosító azt vállalja, hogy a kórházi

kezelés során kárt szenvedett beteg részére előre meghatározott összegű kifizetést teljesít. A biztosító ennek során nem vizsgálja, hogy az egészségügyi intézmény felróhatóan okozta-e a kárt (tehát hogy az ellátást végző úgy járt-e el, ahogy az adott helyzetben általában elvárható), a kifizetés teljesítése főszabály szerint csupán attól függ, hogy a kár tényleg bekövetkezett-e, és hogy ez okozati összefüggésben áll-e az ellátással (ugyanakkor például az orvosi beavatkozás szokványos kockázataira esetén a biztosító rendszerint nem fizet). A felróhatóság vizsgálatának mellőzése az eljárást természetesen lényegesen leegyszerűsíti. Sokkal több beteg kap kompenzációt ilyen formán, mint peres úton, igaz, kisebb összegben. Svédországban a rendszer bevezetése óta a betegek által érvényesített igényeknek az orvosok számához viszonyított aránya 50%-kal magasabb, mint az Egyesült Államokban. Mégis, a költségek sokkal kedvezőbbben alakulnak: a betegek kompenzációjára fordított összeg fejeként kevesebb, mint egytizede az Egyesült Államokban kifizetett összegnek. Ebből természetesen az is következik, hogy a beteg lényegesen kevesebb pénzt kap, ha ezt az eljárást veszi igénybe, mint ha bírói útra tereli az igényét. A kompenzáció mértékét – hasonlóan a baleset-biztosításhoz vagy az életbiztosításhoz – a biztosító írásos szabályzata rögzíti.

Az eljárás elsősorban azért zajlik gyorsan és gördülékenyen, mert a kórház és az orvosok nem ellenérdekeltek abban, hogy a beteg kompenzációt kapjon. Mivel az eljárás lényege az, hogy egyáltalán nem vizsgálják, hogy az orvos úgy járt-e el, ahogy az adott helyzetben általában elvárható, megszűnik az eljárás „büntetőjogi” jellege. Másrészt a rendszer fontos eleme a titoktartás a felek részéről: ez megóvjá a kórházat és az orvost is attól, hogy az eset nagyobb nyilvánosságot kapjon, és így esetleg jelentős presztízsveszteséget eredményezzen. Paradox módon éppen ez a gyenge pontja is a rendszernek. A legkomolyabb ellenérv ugyanis az ilyen biztosítási alapon nyugvó megoldással szemben az, hogy a kártérítés jogintézményének egyik alapvető funkciója alól „húzza ki a szőnyeg”: a kórházat nem teszi érdekeltté abban, hogy mindent megtegyen a káresemények megelőzése érdekében, így a kártérítés klasszikus minőségbiztosítási funkciója tűnik el.

Arbitráció – a választottbírói rendszerek

A választottbíráskodás – elsősorban a gazdasági életben, a kereskedelemben felmerülő viták eldöntésére – Magyarországon is nagy múltra tekint vissza. A választottbíráskodás lényege, hogy a felek vitáját egy, a felek egyező akarásával létrehozott szervezet dönti el, mégpedig a felek által megállapított eljárási szabá-

lyok szerint. Hatékonyságának feltétele, hogy a választottbírói eljárásban biztosítani kell a jogvita igazságos eldöntésének eljárási feltételeit. Ezek betartása esetén az állami bíróságok nem avatkoznak be a jogvita elbírálásába. Ez persze azt is jelenti, hogy a választottbírói döntése ellen nincs fellebbezés, csak nagyon szűk körben lehet kérni az ítélet érvénytelenítését (például a választottbírói szerződés érvénytelensége esetén) (4).

A nemzetközi gazdasági kapcsolatokban a választottbíráskodást a felek gyakran előnyben részesítik valamely nemzeti bírósággal szemben. Ennek egyik oka az, hogy a választottbírói ítéletét könnyebb külföldön végrehajtani, mint a nemzeti bíróságét. A belföldi gazdasági kapcsolatokban a felek adott esetben azért részesítik előnyben a választottbíráskodást, mert – egyfokú lévén – gyorsabban elintézhető a jogviták, a felek részére pedig megnyugtató, hogy a vitát általuk ismert, bizalmukat élvező személyek döntenek el (5).

A nemzetközi gyakorlatban műhibaperekre specializálódott választottbírói eljárásokat az Egyesült Államokban és Németországban hoztak létre (6). Ezek igénybevétele nem kötelező, de ha a felek emellett döntenek, akkor az általa hozott döntés már kötelező a felekre, jogorvoslat csak nagyon szűk körben van. A választottbírói eljárások működésétől elsősorban azt várták, hogy az informális eljárás miatt gyorsabban fogják lezárni az ügyeket, ami mindkét fél számára előnyös lehet. Ugyanakkor a gyakorlatban az derült ki, hogy az eljárás előnyei elsősorban a szolgáltatók oldalán jelentkeznek (7). Az Egyesült Államokban a szolgáltatók szempontjából a legfőbb vonzerőt az jelentette, hogy így lehetőség nyílt az esküdtszéki eljárás megkerülésére. Az esküdtek ugyanis – lévén laikusok, akik először szembesülnek műhibaperek károsultjaival – rendszerint szubjektívebben formálnak véleményt, mint az olyan szakemberek, akik nap mint nap találkoznak ilyen esetekkel. Másrészt a választottbírói eljárás nem nyilvános, ami szintén általában a szolgáltatóknak kedvező. Komoly további ellenérv az eljárással szemben az is, hogy a valóban jó, igazságos döntés meghozatala érdekében nagyon részletes eljárást (bizonyítást) kell lefolytatni. A választottbírói rendszer alkalmazása esetén – kötött eljárási szabályok hiányában – ez gyakran vezet az egyik fél jogainak sérelméhez. Ezen túlmenően a gyakorlatban nagyon nehéz feladatnak bizonyult a felek irányában elfogulatlan választottbírák kijelölése, különösen ott, ahol a választottbírák orvosok, illetve más egészségügyi felsőfokú végzettségűek. Végül, de nem utolsósorban, ebben a pertípusban problémát okoz a választottbírói alávetés kérdése. A gazdasági életben a feleknek a választottbírói eljárás igénybevétele ugyanis már akkor el kell döntenükhöz, amikor szerződést kötnek, tehát a jogvita keletkezése előtt. Ennek a szabálynak a műhibaügyekben történő alkalmazása

meglehetősen ellentmondásos lenne: ha ugyanis a betegnek már a kórházi kezelés megkezdésekor el kell döntenie, hogy egy esetleges későbbi jogvita esetén aláveti-e magát a választottbírói eljárásnak, akkor ez megfelelő tájékoztatás hiányában sértheti azt a jogát, hogy a bírósághoz fordulhat. Különösen ott merült ez fel problémaként, ahol a szolgáltató az alávetést gyakorlatilag az ellátás feltételének tekintette.

Némiképp hasonló a választottbíráskodáshoz a bírósági tárgyalást megelőző szakértői értékelőtestület működtetése (8). Ez elsősorban az Egyesült Államokban terjedt el. Ellentétben a választottbírói eljárással, kötelező az igénybevétele (legalábbis egy bizonyos értékhatárt meghaladó követelések esetében), de döntése nem köti a feleket. Az eljárás elsődleges célja, hogy kiszűrje a nyilvánvalóan alaptalan kereseteket, vagy legalábbis a lehető legkorábbi időpontban egyezség megkötésére ösztönözze a feleket, ezzel terhermentesítve a bíróságokat. A testület feladata, hogy megítélje annak valószínűségét, hogy a keresetnek a bíróság helyt fog-e adni vagy sem. A bizottságnak rendszerint tagja egy jogász (bíró vagy ügyvéd), egy orvos, akinek a szakképzettsége ugyanaz, mint az „alperesi” pozícióban lévő orvosé, és egy laikus, de van, ahol kizárólag orvosokból áll a panel, és az elnök szavazati joggal nem rendelkező jogász. A testületek megítélésében nagyon megosztott a szakmai közvélemény. A leggyakrabban felhozott ellenérv az, hogy a bírósághoz fordulás alkotmányos jogát sérti, ha a felperesnek előbb kötelezően igénybe kell vennie egy peren kívüli eljárást. Diszkriminatívnek tűnik az is, hogy éppen az orvosiműhiba-ügyekben kötelező a testület igénybevétele, más kártérítési ügyben nem. Ha a testület csak orvosokból áll, akkor felmerülhet, hogy egyoldalúan ítélik meg az ügyeket. Ennek következménye hátrányos lehet a betegre, annak ellenére, hogy a testület döntése nem kötelező. Ha ugyanis a bírósági eljárásban bizonyítékként felhasználhatók a panel megállapításai, ez egyoldalúan befolyásolhatja a bíróságot (esküdteket). Az Egyesült Államok több tagállamában ezen indokok alapján alkotmányellenesnek találták a testületek működését, míg másokban nem adtak helyt az alkotmányos aggályoknak.

A hazai szakirodalomban *Kabler* és *Nagy* (9) vizsgálta a mediáció lehetséges szerepét az egészségügyi permegelőzésben. Bár a szerzők következetesen mediátori, közvetítői testületről beszélnek, az általuk vázolt megoldásnak lényegében semmi köze a közvetítéshez, az leginkább az arbitráció és a szakértői értékelőtestület között helyezkedne el.

Közvetítés, egyezségteremtés a peres eljárást megelőzően

A közvetítés (mediáció) a kölcsönös engedmények kialakításának eljárása, a felek között az egyezség ki-

alakítását az ezen a területen jártas közvetítő segíti (10). Az egyezség a felek között jön létre, az eljárás minden lépését a felek közös megegyezése határozza meg. A közvetítő nem adhat tanácsot a feleknek, a saját véleményét sem nyilváníthatja ki, mégis nagyon fontos szerepe van az eljárásban: az ő feladata, hogy közelítse az álláspontokat, elérje, hogy a felek egyezséget kössenek.

A polgári peres eljárásokban a feleknek bármikor lehetőségük van egyezséget kötni, sőt ez kívánatos is, így a közvetítés akár önálló jogi szabályozás nélkül is működne. Mégis az a tapasztalat, hogy a kártérítési perek során viszonylag ritkán születik megegyezés. A jogalkotó az egyezség létrehozását az alapvető eljárási szabályok megalkotásával és az egyezségteremtést szolgáló intézményrendszer létrehozásával segítheti.

A mediációnak elsősorban az Egyesült Államokban vannak nagy hagyományai, de egyre inkább elterjed Nyugat-Európában (11). Az utóbbi időben ezt a konfliktusrendezési formát az Európa Tanács (12) is felkarolta. A leggyakrabban a családjog, a környezetvédelmi, fogyasztóvédelmi jogviták terén alkalmazzák, de számos más területen szerephez jut.

A hatályos jogi megoldás

Az egészségügyi közvetítői tanács egyértelműen a mediációs modellt követi, bár bizonyos, markirozott választottbírói elemek fellelhetők benne (13).

Közvetítői eljárásra csak akkor kerülhet sor, ha azt mindkét fél (és adott esetben a kórház felelősségbiztosítója is) akarja. Ha bármelyik fél bíróságra szeretné vinni az ügyet, a közvetítői eljárásnak nincs helye. Ugyanakkor már bíróság előtt folyamatban lévő ügyben is lehet kérni a közvetítői eljárást, azonban ilyenkor a pert – a felek közös kérelmével – szüneteltetni kell.

A közvetítői tanács nem stabil összetételű testület. A tanácsot minden esetben a felek állítják össze, amikor a közvetítői listáról kiválasztják azokat a személyeket, akiket megbíznak azzal, hogy segítsenek a jogvitájukat egyezséggel lezárni. A közvetítői eljárással kapcsolatos összes adminisztratív teendőt a területi igazságügyi szakértői kamarák intézik.

A közvetítői névjegyzékre bárki kérheti a felvételt, aki jogi, orvosi vagy egyéb felsőfokú egészségügyi végzettséggel, továbbá szociológusi vagy klinikai szakpszichológusi végzettséggel rendelkezik, és emellett már az adott szakterületen legalább nyolc éves szakmai gyakorlatot szerzett. Egyelőre még speciális jártasságra a közvetítés terén nincs szükség, de 2002. január elsejét követően már csak az lehet a listán, aki egy erre irányuló speciális képzésben részt vett. Erre a különleges képzettségre nagyon nagy szükség van, hiszen ha a közvetítők nem rendelkeznek azokkal a – megtanulható – készségekkel, pszi-

chológiai ismeretekkel, amelyek az egyezség létrehozásához szükségesek, akkor az egész eljárás értelmét vesztheti. Különösen jogászok, volt bírók esetén lehet problematikus a képzettség hiánya, hiszen ők a jogviták eldöntésére vannak „beállítva”, és az egyezség létrehozásának művészete ettől nagyon jelentősen különbözik.

A felek, ha a közvetítői eljárás igénybevétele mellett döntenek, megtekintik a közvetítői listát, és arról egy jogászt és egy egyéb végzettségű közvetítőt választanak. Ha nem tudnak megegyezni a közvetítők személyében, akkor mindkét fél tagja lesz a tanácsnak (ami így tehát maximum négy tagból állhat), de a felek dönthetnek úgy is, hogy csak egy közvetítőt választanak. Természetesen nem járhat el közvetítőként az, aki a felek bármelyikével (ideértve a kórház biztosítóját is) bármilyen munkavégzésre irányuló jogviszonyban vagy tagsági jogviszonyban áll, illetve aki az ügyben nem érdektelen, vagy elfogult.

Ha a felek megállapodtak a közvetítők személyében, akkor a tanács összeül, és meghallgatja a feleket, áttekinti az okiratokat. Ha a tanács szükségesnek tartja, a feleken kívül más felek az eljárás során jogi képviselőt vehetnek igénybe. (A szakértő és a jogi képviselő igénybevétele nem tipikus a közvetítésben, ez az elem inkább a választottbírói eljárásra emlékeztet.)

A közvetítői tanács eljárása időben behatárolt, éppen azért, hogy a gyors eljárás elve érvényesülhessen: ha a tanács első ülésétől számított négy hónapon belül nem születik egyezség, akkor az eljárást meg kell szüntetni, és a felek eldönthetik, hogy bíróság előtt tovább viszik-e az ügyet.

Nagyon fontos eleme a közvetítői eljárásnak – talán a legfőbb vonzereje is a bírósági eljárással szemben – a titoktartási kötelezettség. Egy polgári peres, bírósági eljárásban, ha a bíróság jogerősen megítéli a kártérítést, akkor a beteg teljesen jogszerűen számolhat be erről nagy nyilvánosság előtt, megnevezheti azt az intézményt, amely neki kárt okozott, ezekről az esetekről jogszerűen lehet könyvet írni, dokumentumfilm készíteni. Bár az eljárás jogszerű, mégis az érintett kórház presztízsveszteségével járhat. A közvetítői eljárásban azonban ilyenfajta nyilvánosságról szó sem lehet. A közvetítői tanács tagjait, valamint a

szakértőket titoktartási kötelezettség terheli a közvetítői eljárás alatt, illetve az eljárás során esetlegesen létrejött egyezségről nem adhatnak felvilágosítást. A feleket (és a biztosítót) csak az eljárás folyamán terheli feltétlen titoktartási kötelezettség, az eljárás befejezését követően csak akkor, ha közöttük létrejött az egyezség. Ebben az esetben azonban az eset örökre a felek „magánügye” marad, a nyilvánosság erről nem értesül.

Ki fizeti a révészt? A közvetítői eljárásnak vannak bizonyos költségei, hiszen a közvetítők és a szakértők munkáját tisztességesen meg kell fizetni. A költségek több részből tevődnek össze: van egyrészt egy általános eljárási költség, ami az igazságügyi kamara adminisztrációs kiadásait fedezi, ezen túlmenően díjazás jár a közvetítőknek és a szakértőknek is, a felek jogi képviselőjének óradíj jár, és a felek és képviselőik természetesen igényt tarthatnak a költségeik megtérítésére (utazási költség) is. Ezek összegét a miniszteri rendelet állapítja meg. A költségeket főszabály szerint a kórház előlegezi meg, de a felek ettől eltérően is megállapodhatnak. Az eljárás végén, ha létrejött az egyezség (vagyis a kórház és a beteg megállapodott abban, hogy a kórház fizet a betegnek), akkor az összes költséget a kórház fizeti. Ha nem jött létre megegyezés vagy ha a beteg az eljárás során elállt a közvetítői eljárástól, akkor mindkét fél maga viseli a saját felmerült költségét, a közvetítők és a szakértők díját pedig úgy fizetik meg, hogy annak egyharmada a beteg, kétharmada a kórházat terheli.

Nagyon fontos, hogy ha a felek között létrejött az egyezség, és a kórház mégsem fizet, akkor a beteg kérheti a bíróságtól, hogy végrehajtási záradékkal lássa el az egyezséget, és az így végrehajtható okirattá váljon. Az egyezség a feleket minden tekintetben köti, azt a bíróság előtt a későbbiekben csak nagyon szűk körben lehet megtámadni. Természetesen, ha a felek egyezséget kötöttek, akkor ugyanezt az ügyet már nem vihetik bíróság elé.

A közvetítői tanácsi eljárást nemcsak azokban a jogvitákban lehet igénybe venni, amelyek a hatálybalépést követően keletkeznek, hanem az elévülési időn belül korábban keletkezett jogviták esetében is, függetlenül attól, hogy bírósági eljárás indult-e vagy sem.

JEGYZETEK

1. Büncselekménnyel a személy életében, testi épségében vagy egészségében okozott kár megtérítése iránti igény érvényesítése, I. 6/1986. (VI.26.) IM rendelet a költségmentesség alkalmazásáról a bírósági eljárásban 2. § (1) bekezdés h) pont.
2. Sándor Judit. Gyógyítás és ítélezés. Budapest: Medicina Könyvkiadó; 1997. p. 233.
3. Dósa Ágnes. Felelősség vagy biztosítás? LAM 1996;6(3-4):263.
4. Magyarországon a választottbírói eljárást az 1994. évi LXXXI. törvény szabályozza.
5. L. 1994. évi LXXI. törvény indoklása.
6. D. Giesen. International Medical Malpractice Law. Tübingen 1988. p. 505-510.
7. D. Giesen. Arzthaftungsrecht. Tübingen: Mohr.; 1995. p. 31-2.
8. D. Giesen. International Medical Malpractice Law. Tübingen: 1988. p. 502-5.
9. Nagy L, Kahler F. Mediátor szerepe az egészségügyi permegelőzésben. Orvosi Hetilap 1995. 2057-58. o.
10. Bándi Gy. A közvetítés (mediáció) jogi szabályozásának továbbfejlesztése. Jogtudományi Közlöny 2000. január; 11. o.
11. Somogyi Á. Mi fán terem a mediáció? Jogtudományi Közlöny 2000. január; 20-6. o.
12. Recommendation No. R (98)1 of the Committee of Ministers to Member States on Family Mediation.
13. Az egészségügyi közvetítői eljárásról szóló 2000. évi CXVI. törvény, az egészségügyi közvetítői eljárással kapcsolatos egyes kérdésekről szóló 4/2001. (II.20) EüM-IM rendelet.