

EGÉSZSÉGÜGYI ALTERNATÍV VITARENDEZÉS EURÓPAI MODELLJEI ÉS MAGYARORSZÁGI JÖVŐKÉPE

GULYÁS DÁVID
doktorandusz (PPKE JÁK)

Bevezetés – Miért van szükség alternatív vitarendezésre az egészségügyi jogviták esetén?

Az egészségügyi jogviták köre, egy számos jogterületet érintő terület, melyek megítéléséhez nem csak a jogtudományon belüli jogterületeket átívelő tudásra van szükség, hanem az orvostudománnyal való interdiszciplináris ismeretek is elengedhetetlenek. Jogági szempontból a polgári jog kártérítési területét, felelősségi szabályait, a biztosítási jog egyes tárgyköreit, a közigazgatási jog területéről, pedig az intézményi szolgáltatók szervezetének és működésének szabályait is figyelembe kell venni, ráadásul az orvosi etika, mint szakági íratlan jog tradicionálisan áthatja ezen téma minden elemét. Így összességében elmondhatjuk, hogy egy nagyon speciális szakértelmet követel az egészségügyi jogviták kezelése.

A fentiekben elmondottakból adódik, hogy a rendes bírósági út, számos hátránnyal indul ezen a területen. Gyakorlatilag az egészségügyi perek érdemi részének eldöntése, kizárólag a kirendelt szakértők, vagy szakértők szakvéleményének függvénye. Tehát már ezen a ponton megkérdőjeleződik az, hogy ezekben az esetekben egy szakmailag majdnem teljesen laikus bírói fórumnak kell-e eljárnia. Azonban a rendes bírósági út számos más problémát is hordoz magában, melyek első sorban a feleket érintik hátrányosan az eljárás során és azt követően.

Az alperes szempontjából, a presztízsveszteség a legsúlyosabb probléma. A közalkalmazottként foglalkoztatott orvosok munkaviszonyával kapcsolatos adatok közérdekű adatnak minősülnek az Alkotmánybíróság egyik döntésének eredményeképpen, így, ha a nyilvánosság nem kerül kizárásra a tárgyalás kapcsán, az adott ügy lefolytatása párhuzamosan az alperesei pozícióban lévő orvos módszeres szakmai lejáratása is lehet egyben. Továbbá a helyette a fele-

lősséget vállaló kórház esetében is igaz a fenti mechanizmus érvényesülése. Ezt a jelenséget erősíti továbbá a médiának azon jelen esetben károsnak mondható tájékoztatási gyakorlata, mely szerint a műhiba perek megindításának és a marasztaló ítéleteknek van csupán hírértéke, az alperesek esetleges felmentésének, azonban nincs. Így a rossz megítélés szinte minden esetben borítékolható. Azonban az intézmények oldaláról, nem ez a legnagyobb probléma, hanem a marasztalás esetén való kártérítési kötelezettségek finanszírozása. Az intézmények ugyanis ipso iure rendelkeznek felelősségbiztosítással, de a biztosítók profit orientált szerződési gyakorlatának megfelelően ez egy nem túl magas éves keretösszeg, melynek kimerülése esetén az egészségügyi szolgáltató saját forrásaiból kénytelen fizetni a megítélt kártérítési összegeket. Ez az előre nem kalkulálható, gyakran igen jelentős többletteleher az egészségügyi szolgáltatók ellátásra fordítandó forrásaiból kerülnek finanszírozásra, amely óriási strukturális problémákat okozhat a finanszírozásban. A média természetesen ezekben az esetekben sem a kórházak finanszírozásának valódi okait szokta megmutatni, csupán a kórházcsődök ténye kerül címlapra.

A felperesi oldalról első sorban objektív problémák merülnek fel. Az ügyek bonyolultsága és a jellemzően magas számú jogorvoslati szint kimerítése miatt az eljárások csak nagyon hosszú idő után végződnek jogerős ítélettel. Ez mindenképpen súlyosan hátrányos a felperesek számára. További probléma a komplex szaktudás szüksége miatt, mind az eljáró jogi képviselők, mind a szakértők munkájának magas összege, melyet a fentieknek megfelelően hosszú időn át kell finanszírozni, ezzel óriási anyagi rizikót vállalva, a per kétesélyes kimenetelének függvényében. Összegezve a károsult, lassan, drágán és gyötrelmesen jut csak a kártérítési összeghez, egy olyan helyzetben, amikor fokozottan kiszolgáltatott és feltehetően anyagilag is kifejezetten rászorult a pénzbeli kompenzációra.¹

Továbbá a magán szektor egyre intenzívebb részvétele az egészségügyi szolgáltatások területén, egyre több speciális szakértelmet igénylő jogvitát eredményez. Gondolni kell itt a gyógyszercégek kutatási-fejlesztési tevékenységére, a gyógyszerforgalmazásra, valamint az egészségügyben már kiszervezett számos szolgáltatást végző cégek közötti speciális jogviszonyokra. Ezek a kever jogági és interdiszciplináris területek szintén indokolttá teszik a terület-specifikus jogvitarendezés lehetőségének biztosítását.

¹ DÓSA ÁGNES: *Az orvos kártérítési felelőssége*. Budapest, HVG Orac, 2010. 26–28.

1. Az alternatív vitarendezési fajtái Európában az egészségügyi jogviták területén

Az európai integráció területén a fenti okok miatt, számos országban születtek már speciálisan az egészségügyi jogviták rendezésére hivatott fórumok, jogintézmények. Ezen alternatív vitarendezési jogintézményeknek három fő csoportját különíthetjük el:

- felróhatóságot nem vizsgáló rendszer;
- egészségügyi mediáció;
- egészségügyi választottbíráskodás.²

Ezen csoportok jellemzőiket tekintve gyakran kevert formában jelennek. A következőkben az egyes rendszerek működését, felépítését és vitarendezési elveit tekintjük át részletesebben.

1.1. Felróhatóságot nem vizsgáló rendszer

Ez a jogintézmény elsősorban a skandináv országokban jellemző, mintaaállama Svédország, de nagy hagyományokra tekint vissza Dániában is.

Fontos kiemelni, hogy ezen országokban a társadalombiztosítás ellátások köre és önmagában a szociális háló egyes intézményei igen fejlettek, így az egészségügyi kártérítési jogviták esetén ezt a rendszert kizárólag a nem vagyoni károk esetében alkalmazzák, mivel a vagyoni károk teljes palettáját a társadalombiztosítási rendszere fizeti.³

A rendszer lényegét tekintve egy speciális biztosítási jogviszonyon alapul az egészségügyi szolgáltató és a felelősségbiztosítója között. Ezen jogviszony keretében a biztosító arra vállal kötelezettséget, hogy megtérít egy előre meghatározott táblázati rendszer szerint, minden kártérítési igényt, annak vizsgálata nélkül, hogy a kár bekövetkezte mennyiben felróható az egészségügyi szolgáltatónak, vagy a szolgáltatást nyújtó orvosnak. Vizsgálata csupán a kár bekövetkeztére és a cselekménnyel való okozati összefüggésre terjed ki. A kártérítési összegek, pedig kár csoportokra lebontva előre meghatározott összegek, melyeket a fenti vizsgálatot követően további eljárás nélkül folyósít a biztosító a károsultnak. A rendszerben annyi a megszorítás, hogy a szokásos egészségügyi kockázatok tekintetében ezt az anyagi felelősséget nem vállalja a biztosító.

² Dósa i. m. 35.

³ http://www.debrecenijogimuhely.hu/archivum/3_2008/az_alternativ_vitarendezezes_lehetosegei_es_korlatai_az_egeszsegugyi_szolgaltatok_es_a_betegek_kozotti_konfliktusok_tekinteteben/

Természetesen a jogintézmény nem zárja ki a bíró úton való jogérvényesítést, csak alternatív utat biztosít a káresemény rendezésére. Sőt mivel az igény elbírálása a biztosító egy adminisztratív szerve által történik a döntés ellen bíróság előtti jogorvoslatnak van helye.

A rendszernek számos óriási előnye van. Mivel az egészségügyi kártérítési perekben a legnehezebben és a legkörülményesebben bizonyítandó elem a felróhatóság, ennek a kérdésnek a kivételével az elbírálás végtelenül leegyszerűsödik. Az egyszerűbb eljárás, pedig gyorsabb, olcsóbb, ráadásul a feleket sem terheli meg sem anyagilag, sem emberileg. Az előre meghatározott összegek miatt arányaiban többen, és többet kapnak kártérítésként, mint más, első sorban peres eljáráson alapuló rendszerek esetén. Hatékonysága miatt, ugyan a kártérítési igény peresítésének lehetősége nyitva áll, de százalékosan minimális azon igénylők száma, akik élnek ezzel a lehetőséggel. Ennek fő oka, hogy ebben a rendszerben, ha nem is magas összeg, de kifizetése, kalkulálható határidőben biztos. A rendszer hatékonyságát mutatja, hogy a működtetésére fordított összegek 80% kifizetésre kerül a károsultak részére, míg csak 20% a jogintézmény fenntartásának és működtetésének költsége.

Hátránya, természetesen a biztosítók profitorientált szemléletéből adódóan az, hogy folyamatosan próbálják csökkenteni az ilyen jellegű biztosításban kezelhető károk körét és a kifizethető összegek mértékét. Továbbá az egészségügyi szolgáltatók és orvosok tekintetében nincs preventív hatása, hiszen a felróhatóságot nem vizsgálja a rendszer, nincs sem anyagi, sem morális szankciója az esetleges károkozásnak.

Összességében azonban megállapítható, hogy egy nagyon hatékony vitarendezési megoldásról van szó, melynek legnagyobb előnye a többivel szemben, hogy az egészségügyi szolgáltató és a beteg nincsenek érdekellentétben a kártérítés megállapításának kérdésében, így együttműködésük nyomán a lehető legnagyobb hatékonysággal rendeződnek ezek az eljárások. Valamint a nyilvánosság hiánya miatt – amelyet a felek a vitarendezés ilyen útjának alkalmazásával kizárnak – a szolgáltatót nem érinti a korábban említett presztízsveszteség problematikája.

Ezzel a fejlett biztosítási modellel szemben hazánkban az egészségügyi szolgáltatóknak egy, éves általány összegre megkötött biztosítása van, mely jellemzően csak egy bizonyos részére elegendő az éves szinten benyújtott kártérítési igények kifizetéséhez. Ami ezen felül keletkező kártérítési kötelezettség, azt az

intézménynek az ellátások biztosítására fordítandó forrásokból kell finanszíroznia.⁴

1.2. Mediáció

Per definicionem a mediáció célja nem a jogvita eldöntése, hanem csupán a felek közötti egyezség létrehozása.

„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.”⁵

A mediációs eljárás fő jellemzői, erényei az alábbiakban foglalhatóak össze:

- 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.

Az egészségügyi kártérítési ügyekben azonban a személyes jelleg és az azt ért sérelem miatt, ritkán tudnak a felek egy olyan álláspontra kerülni, melyben meg tudnának egyezni egymással. Ez az elsődleges probléma a jelenleg hazánkban működő alternatív egészségügyi vitarendezési rendszerrel, melynek jellemzőit a modell kapcsán a következőkben tekintjük át.

1.3. Az egészségügyi közvetítői eljárás Magyarországon

Az 1997. évi CLIV törvény, az Eü tv. hozta létre az egészségügyi közvetítő tanácsot:

⁴ DÓSA i. m. 35–40.

⁵ TARCZAL Katalin: *A konfliktus feloldás alternatívái*. www.rezler-foundation.hu/docs/tarczal.doc

„A közvetítői tanács: 34. § (1) A beteg és az egészségügyi szolgáltató között felmerülő jogviták peren kívüli megoldására a felek együttesen kezdeményezhetik a jogvita közvetítői eljárás keretében történő rendezését.

(2) A közvetítői tanács összetételét, a közvetítői eljárás rendjét külön törvény szabályozza.”⁶

A létrehozást követő 3 évig nem került felállításra a tanács, annak szabályait és működését a 2000. évi CXVI. törvény rendezte.

A magyar egészségügyi közvetítő tanács egy első sorban mediációs jellegű vitarendezési fórum, azonban számos választottbíróági elem is fellelhető az intézményt determináló szabályzásban. A következőkben áttekintjük szervezeti és működésének főbb jellemzőit, kiemelve a két rendszer egyes karaktervonásait az intézmény kapcsán.

Megszorító jelleggel csak minden érintett fél egyetértésével kezdeményezhető az eljárás, ez egy kifejezetten nagy probléma, mivel a szolgáltatók és a biztosító elutasító magatartása miatt kevés ilyen eljárás indul, tehát alkalmazása a műhiba perek eldöntése körében marginálisnak mondható. Ennek elsődleges oka, a költségek megosztásának módja, mivel: az eljárás költségeit az egészségügyi szolgáltató és a beteg fele-fele arányban fizetik meg, de azt a szolgáltató előlegezi meg, egyezség esetén neki kell a teljes költségért helyt állnia. Amennyiben az egyezség nem születik meg a beteg egyharmad, az intézmény kétharmad részben állja az eljárás költségeit. A mennyiségileg és strukturálisan is rosszul finanszírozott intézmények kerülnek tehát ezt a megoldást, mely esetén valamilyen anyagi helytállásuk, mindenképpen szükséges, továbbá az eljárás gyors lefolyásának köszönhetően még a peres eljárás esetén fennálló hosszú idő sem áll rendelkezésre a kártérítési összeg kigazdálkodásához.

Az eljáró tanács tagjait a Magyar Igazságügyi és Szakértői Kamara névjegyzékéből választják ki. Ez a vonás tipikusan a választottbíróági elemet emeli ki. Egyik tagját jogász, másik tagját a közvetítői névjegyzékéből választják a felek, amennyiben a közvetítő személyében nem tudnak megállapodni, mindkét jelölt a tanács tagja lesz. Azonban a felek kérhetik, hogy csak egy közvetítő járjon el. Ez a vonás a mediációs rendszerekre jellemző.

A biztosítót is kötelező meghívni, azonban részére csak észrevételezési jogot biztosít a törvény, sőt az egészségügyi szolgáltató kérheti az eljárásból való kihagyását. A megoldás azért nem szerencsés, mert az anyagilag érintett bizto-

⁶ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről.

sítónak nem teremt fórumot a vitarendezés során, így az intézmény helyetti esetleges helytállásban is akadályt jelenthet ez eljárás ezen felépítése. Hiszen megegyezés esetén, olyan helyzet is előállhat, hogy egy olyan kártérítési kötelezettséget kell megtérítenie a biztosítónak, mely kötelezettség megállapításának eljárásában nem vett részt. Ráadásul, ha az egyezséget bírósági végrehajtási záradékkal is ellátják, már semmilyen lehetősége nincs a rendes jogorvoslatra, ami a jogorvoslatához való általános jogérvényesítési alapjogot teljes mértékben megsérti. Azonban az egyezség, csak akkor hatályos, ha azt a biztosító részben, vagy egészben tudomásul vette. Ez azonban az érintett felek egyezségét sodorja veszélyben, hiszen esetlegesen az eljárásban részt sem vevő fél negatív döntése, megakadályozhatja az egyezségben foglaltak végrehajtását. A biztosító eljáráson kívüli státusza a komoly érintettség miatt egyetlen szempontból sem szerencsés.⁷

Maga a folyamat egy a kamara helyiségeiben zajló kontradiktórius eljárás. A feleket az eljárás során és az egyezséget követően titoktartási kötelezettség terheli. Ez csak későbbi peresítés esetén oldódik fel. Ez nagyban hozzájárul a szolgáltató presztízsvesztésének elkerüléséhez.

Költségek:

- Általános eljárási díj: 16 000 Ft.
- Közvetítői díj: 5000/óra, de legalább 50 000 Ft kivéve, ha a követelés összege nem éri el a 300 000 forintot, ha nincs pénzbeli követelés, vagy, ha az első tárgyaláson a felek megegyeznek, vagy az eljárás megszüntetéséről döntenek. A szakértői díj és a jogi képviselő díja és kötött.⁸

Összességében elmondható, hogy egy jelentősen olcsóbb és gyorsabb eljárási rendszerről van szó, nagyobb szakértelemmel, mint a rendes peres út igénybevétele esetén. Az igénybevételi hajlandóságot azonban jól jellemzi a következő kimutatás: A 2004-es évben 300 megindult eljárásból 20 közvetítői eljárás volt sikeres. Ez a tény megkérdőjelezi az alkalmazás szempontjából az intézmény ebben a formában való fennállásának és működésének létjogosultságát.

1.4. Arbitráció – választottbírói rendszer

Európában az egészségügyi választottbírói rendszer mintaadó állam kétséget kizáróan Németország. Most tekintsük át, hogyan működik és hogyan épül fel a német egészségügyi választottbírói rendszere és eljárása:

⁷ 2000. évi CXVI. törvény az egészségügyi közvetítői eljárásról.

⁸ 4/2001. (II. 20.) EüM–IM együttes rendelet az egészségügyi közvetítői eljárással kapcsolatos egyes kérdésekről.

Németországban 1975 óta létezik az ún. Gutachterkommission (szakértői bizottság) és az ún. Schlichtungsstelle (egyeztető bizottság), amelyek mint független, nem utasítható bizottságokként működnek az ún. Arztkammer-ek (orvosi kamarák mellett). Németországban a következő városokban találhatóak ilyen bizottságok: Stuttgart, München, Frankfurt am Main, Hannover, Düsseldorf, Münster, Mainz, Saarbrücken és Dresden. Ebből látszik, hogy nem egy tagállami kezdeményezésről, hanem egy, szinte a teljes országot lefedő intézményrendszeréről van szó. Az orvosok és a páciensek között felmerülő véleményeltérésekkor, a kezelési hibák vagy műhibaperek esetében járnak el, a céljuk, hogy a felek bírósági úton kívül egyezzenek meg.⁹

A két bizottságra vonatkozó szabályokat eljárási rendeletek ill. eljárási szabályzatok, megállapodások szabályozzák. Míg a Schlichtungsstelle az állásfoglalásában a kártérítési igényeket bírálja el, addig a Gutachterkommission magát az orvosi kezelést vizsgálja szakmai szempontból. Mindkét bizottság döntése csak egyfajta ajánlás, tehát nem kötelező erejűek. A statisztikák szerint azonban az esetek kb. 90%-ában a felek elfogadják a bizottságok döntését. Amennyiben a páciens vagy az orvos a bizottság döntésével nem ért egyet, úgy a hagyományos bírói út lehetősége még előtte áll. Az, hogy a felek a bizottságokhoz fordulnak nem zárja ki annak a lehetőségét, hogy a későbbiekben mégis a jogi utat választják. Az eljárás költség és díjmentes az érintett felek részére. A kirendelt szakértők díját és az eljárás költségeit az orvos biztosítja. A bizottságok tagjai orvosok és jogászok, akik a tényállást és az objektivitást vizsgálják. Az eljárás időtartama változó, általában 10-12 hónap egy-egy döntés meghozatala (az összehasonlítás kedvéért egy Magyarországon elbírálandó műhibaper, átlagosan 3-5 év alatt zárul le jogerős, végrehajtható bírósági ítélettel). A bizottságokhoz való fordulás az elévülési időt nem szakítja meg. Attól kezdve azonban, hogy az orvos részt vesz az eljáráson, akkor az elévülés nyugszik.

Az egyeztető bizottsághoz nemcsak a páciens fordulhat, hanem az orvos is, vagy a biztosító, amelynek pénzéről végső soron szó van. Előfordulhat, hogy a beteget is felelősnek találják, például ha nem ment el rendszeresen az orvoshoz. A bizottság nem foglalkozik mindenféle orvos-beteg vitával, hanem csak azokkal a valóban súlyos ügyekkel, amelyekben műhiba gyanúja miatt kártérítésről lehet szó.¹⁰

Eljárás menete:

Az eljárás megindítható, mind írásban, mind szóban (nincs formai követelmény), orvos vagy páciens általi kezdeményezésre. Első lépés az eljárási feltételek vizs-

⁹ Dósa i.m. 41–44.

¹⁰ <http://www.aekno.de/page.asp?pageID=64#allgemein>

gálata, mely során a megindítás lehetőségét vizsgálja a testület, így az eljárást akadályozó tényezők vizsgálata (pl. ha bírósági eljárás van folyamatban, akkor nem indítható meg az eljárás). Formai követelmény az érintettek hozzájárulása az eljáráshoz (mindkét félnek alá kell magát vetnie az eljárásnak, csak akkor indulhat meg).

A következő fontos lépés, mely az eljárás gerincét adja, a tényállás felderítése, tisztázása. Ebben a szakaszban történik az orvosi titoktartás alóli felmentése és a legfőbb bizonyítéknak számító orvosi papírok és kórházi dokumentáció bekérése.

Ezt követi a szakértői fázis, amely a három fő momentumból épül fel: szakértő kiválasztása, szakértői megbízás megadása, szakértő díjazásáról való megállapodás. Ezek szintén olyan kérdések, melyekben a feleknek konszenzusra kell jutniuk. Az eljárás döntési terméke a szakértői állásfoglalás, amely az egyeztető tanács esetében kártérítés összegéről és feltételeiről való döntés, a felelősség-biztosításról szóló javaslat meghozatalával (Schlichtungsstelle). Nagyon fontos a két tanács együttműködésének mechanizmusa. A szakértői bizottság kizárólag az adott orvosi szakkérdésben foglal állást. Ennek a szakvéleménynek az alapján hoz döntést az egyeztető tanács a felek aktív részvételével. Fontos kiemelni, hogy a fórum végső döntése sem bír jog erővel, azonban a gyakorlat azt mutatja, hogy a szakmai megalapozottság miatt a felek többségében elfogadják ezeket a döntéseket. Az eljárási feladatok megoszlását leköveti a két tanács összetételének különbözősége is.

Gutachterkommission összetétele:

Egy olyan tagja van, amelynek rendelkeznie azokkal a képességekkel, amelyek a bírói tisztséghez szükségesek (ő lesz az elnök), a másik két tagja pedig egy-egy orvos, akik közül legalább egy azon a szakterületen dolgozik, mint az eljárásban érintett orvos. Azt vizsgálják, hogy az orvosi kezelés következtében a beteg egészségkárosodást szenvedett-e.

Schlichtungsstelle összetétele:

Egy tagja orvos, ő az elnök, egy másik tagja pedig jogász, akinek szintén rendelkeznie kell a bírói kinevezéshez szükséges feltételekkel. Emellett további orvos is a tagjai. A vegyes összetétel biztosítja a kártérítési igény megalapozottságának megítéléséhez szükséges szakértelmet.

Alapelvek:

- függetlenség,
- nyilvánosság,
- kontradiktórius eljárás,
- hatékonyság (ésszerű határidőn belüli döntés),

- törvényesség (bírói út nincs kizárva),
- törvényes képviselőt (a feleknek joguk van jogi képviselőt igénybe venni).¹¹

2. Egészségügyi választottbíróági rendszer lehetséges modellje Magyarországon

A fenti alternatív vitarendezési megoldások előnyeinek alapulvételével és a jelenlegi közvetítői rendszer hátrányainak kiküszöbölésével a következőkben egy hazai igényekre és elképzelésekre szabott egészségügyi választottbíráskodási rendszer megrajzolására vállalkozunk.

Jogfejlődési és jogkultúra béli szempontból két nagyon jelentős indoka is van annak, hogy hazánkban az egészségügyi tárgyú jogvitáknak egy speciális választottbíróági rendszer adjon fórumot. Az első a magyar perlési és jogrendezési hagyományokból fakad. Hazánkban kulturálisan nincsenek hagyományai az egyeztetéssel való jogvita feloldásnak különösen olyan ügyekben nem ahol emberileg is bevonódnak a felek. A karakteres magyar tekintélytisztelt miatt ezekben az ügyekben a felek igénylik, hogy egy vélhetően kompetensebb, rajtuk felül álló személy vagy tanács döntse el a vitát köztük. A személyes bevonódás ezen esetekben, szinte minden alkalommal kézen fekvő, hiszen a felperes személyes testi épségéhez és egészségéhez való jogában érzi sértve magát, míg az egészségügyi szolgáltató, vagy orvos szakmai kompetenciája kerül megkérdőjelezésre, minden ilyen eljárás kapcsán. Tehát csak egy olyan autoritás döntése lehet mindegyik fél számára elfogadható, mely vitán felül szakmailag és intézményileg is kompetens az ügy elbírálására.

A szakmaiság kiemelése kivételesen fontos egy ilyen választottbíróági rendszer definiálása során, így véleményünk szerint ennek intézményi biztosítására a német modell szerinti orvosi kamarák keretében működő választottbíróági fórumok lennének a legalkalmasabbak. A modell további követése kapcsán érdemes lenne megőrizni a kétszintű intézményrendszer, azonban a hazai viszonyoknak sokkal inkább megfelelő, egészen más tartalommal. A beérkezett kártérítési igények kapcsán az első szinten lehetőséget kellene nyitni a svéd modell szerinti rögzített összegű kártérítési rendszer működésének. Mivel a magyar kórházrendszer napjainkra már integrált, tulajdonlási és üzemeltetési feladatokat egységesen a GYEMSZI (Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség-és

¹¹ <http://www.norddeutsche-schlichtungsstelle.de/>

Szervezetfejlesztési Intézet)¹² látja el, érdemes lenne elgondolkodni egy egységes, az összes egészségügyi intézményt érintő felelősségbiztosítás megkötésében. Ez a lépés számos előnyt hordoz magában. Az állam, mint egyedüli fenntartó (ide nem értve az egyetemi és egyházi fenntartású intézményeket) komoly tárgyalási pozíciókkal rendelkezne egy ilyen biztosítás megkötésekor, így az új, felróhatóságot nem vizsgáló rendszer bevezetésére (a választottbíróság első szintjén) és a jobb biztosítási feltételekre is nagyobb esély kínálkozik. Ezzel elkerülhető lenne, hogy a biztosításon felüli kártérítési igények a kórházak ellátásra fordítandó kereteit terheljék. Továbbá az állam ezzel a modellel kivásárolná gyakorlatilag az igazságszolgáltatás egész rendszeréből a rengeteg, bonyolult és lassú elbírálású ügyet, áthelyezve egy olyan közegbe, ahol gyorsan és a strukturális különbségekből eredően olcsóbban lehetne a vitarendezést lebonyolítani. A választottbíróági fórum e szintje, amerikai modell szerint lehetne egyben egy előszűrő (prescreening panel) szint, melyben kiszűrjük a rosszhiszemű igényeket. Azon ügyek körében, pedig, amelyeket ezen a szinten nem lehet rendezni, egy a német modellhez hasonlóan egy második szakmai szint követne. A német rendszerrel ellentétben itt azonban döntést kellene hozni mind szakmai szempontból megállapítandó jogalap, mind az összecszerűség kérdésében.

Az igénybevétel tekintetében pedig érdemes lenne, a magas kockázatú, nagy kártérítési statisztikájú ellátások esetén az intézmények részéről kötelezővé, vagy erősen ajánlottá tenni az egészségügyi választottbíróság igénybevételét.

Választottbíróság természetesen, csak megfelelő választottbírói névjegyzékkel működhet, ennek ebben a speciális esetben azonban tükröznie kell az ezen ügycsoportban érintettek reprezentatív képviselétét. Ennek megfelelően a következő szereplők delegálnának személyeket a névjegyzékbe:

- Magyar Orvosi Kamara
- a GYEMSZI-vel szerződött felelősségbiztosítók
- egészségügyi szolgáltatók
- betegjogi és ellátottjogi képviselők
- betegek jogainak védelmére szerveződött civil szervezetek.

Minden eljárás esetén a felek döntési jogkörében tartozna az eljáró választottbírák kijelölése, valamint a tanács tagjainak számának meghatározása (maximum 5 fős tanács). Az eljárási rendbe természetesen számos egészségügyi szakmai ajánlás lehetne választható.

¹² 2011. évi CLIV. törvény a megyei önkormányzatok konszolidációjáról, a megyei önkormányzati intézmények és a Fővárosi Önkormányzat egyes egészségügyi intézményeinek átvételéről

A született döntés a jelenlegi szabályzás részbeni megtartásával mindenképpen bírósági végrehajtási záradékkal ellátott választottbírósági ítélet lenne, amely ellen csak rendkívüli jogorvoslatként – a magyar választottbírósági hagyományoknak megfelelően – bírósági felülvizsgálatnak lenne helye, kizárólag jogszabálysértésre alapíthatóan.

Várható előnyök:

A fent vázolt választottbírósági modell bevezetése esetén, általánosságban várható eredmény, hogy a jogviták ezen speciális csoportja egy az állam, az intézmények és a károsultak számára olcsóbb, gyorsabb és szakmailag megalapozottabb eljárás keretében rendezhetőek. Óriási előny a rendes bírósági úttal szemben, hogy nincs szükség a modellben külső szakértelem bevonására, hiszen a fórum egyik alapvető szervezési elve, a maximális szakmai hozzáértés biztosítása a választottbírákon keresztül.

Ha az előnyök csoportjait felekre lebontva vizsgáljuk, a következő következtetéseket vonhatjuk le. A felperes károsultak a kétszintű fórum valamely szintjén, mindenképpen előbb jutnak megfelelő döntéshez, így kártérítési összeghez is, mint a rendes bírósági eljárások több éves ügymenete esetén. Mind időben, mind anyagiakban sokkal kedvezőbb tehát egy ilyen fórumon keresztül érvényesíteni a kártérítési igényt a felperesi oldalról. Alperesi oldalról a modell első szintjén működő előszűrő és felróhatóságot nem vizsgáló szint, kimagasló előnyöket biztosít, hiszen várhatóan a kártérítési igények zöme rendeződik ezen a szinten, anélkül, hogy az egészségügyi szolgáltató, vagy az orvos szakmai, vagy anyagi felelősségre vonásban részesülne. Így ezen a szinten az érdekellentét sem akadályozza a károsultat és a károkozót a vita gyors rendezésében.

Az állam számára természetesen ez két ponton jelent költséget. Az egyik oldalon vállalnia kell az eljárás költségét, így biztosítható, az intézmények általi de facto választottbírósági kikötés mellett, hogy az ügyek nagy többsége e fórum elé kerül, hiszen a károsultak szempontjából mindenképpen vonzó egy olyan eljárás, mely nem illetékköteles. Ennek finanszírozása német modell szerint történhet az orvosi kamarán keresztül. A másik költség, az egységes felelősségbiztosítás finanszírozása, amely egyben biztosítja, modell első szintjén az ügyek nagy részének rendezését. Azonban, ha belegondolunk a jelenleg intézményenként szerződött felelősségbiztosítások is az államháztartást terhelik, a kórházak finanszírozása kapcsán. Ráadásul ezek a szerződések nem nyújtanak ezen ügyekben teljes anyagi védőhálót és a jelenlegi rendszerben folyamatosan, kalkulálhatatlan többletkiadásokat eredményeznek az egészségügy finanszírozásában. Ráadásul óriási költség generálódik az igazságszolgáltatás területén e bonyolult ügyek leterhelő hatása miatt. Ezt a két hatalmas anyagi

és strukturális negatívumot egyszerre tudná feloldani egy ilyen keretek között működő választottbíróági fórum. A biztosítók szempontjából pedig egy szintén sokkal kiszámíthatóbb, képviselőik által is befolyásolt igényérvényesítési rendszer jönne létre, melyben az érvényesítési kockázatok minimalizálásával és az eljárás egyszerűsödésével és olcsóbbá válásával, komoly perképviseleti munka és anyagi megtakarítást eredményezne. Ez pedig alkalmassá teszi a szerződött biztosítót, érdekeltsége alapján arra, hogy az első szint globális felelősségbiztosítását vállalja és előre kalkulált összegekben teljesítsen kiszámíthatóan a megjósolhatatlan bírósági igényérvényesítés útján megállapított, teljesen változó mértékű összegszerűségek helyett.

Összegezve tehát elmondhatjuk, hogy a fenti modell, mely gyakorlatilag egyezíti önmagában, változó arányban az összes alternatív vitarendezési megoldás elemét, képes lenne egy olyan jogvita rendezési rendszer biztosítására, mely az ügyek elsőprő többségének kezelése során az angol terminológiával élve egy „win-win”, azaz mindenki számára egyértelműen előnyös eljárást eredményezne.