

## Betegpanaszok kezelése alternatív vitarendezéssel – a mediáció szerepe és alkalmazási környezete

Tóth-Szamosi Anna, Szabóné Bánfalvi Katalin, Pázmány Péter Katolikus Egyetem

A világ fejlett országaiban az 1970-es évektől az egészségügyi technológiák robbanásszerű fejlődése és sokszínűvé válása, a modern jogszemlélet, valamint az egyén és az egészségügyi ellátók szerepének és felelősségének átértelmezése, az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele során felmerülő konfliktusok és viták számának nagyszámú növekedését vonták maguk után.

A vitarendezés a közelmúltig a harmadik hatalmi ágként meghatározott igazságszolgáltatás keretei között történt meg. Az egészségügyi ellátáshoz köthető peres ügyek száma, valamint az elbíráláshoz szükséges rendkívül speciális tudás (hiánya) szétfeszíti a hagyományos eljárásrend kereteit, hatalmas terhet ró a bírói rendszerre, és – költségeit tekintve – a társadalomra is.

Az alternatív vitarendezési eljárások (Alternative Dispute Resolution – ADR) jelentős előzményekkel rendelkeznek a fejlett országok társadalmi életének egyéb területein, és ott hatásos eszköznek bizonyultak, ezért az egészségügyi ellátáshoz kötődő viták rendezésében is szerepet kaptak. Hazánkban, Európában elsőként született törvény az egészségügyben alkalmazható alternatív vitarendezés kereteiről, melyet a jogalkotó közvetítői eljárásnak nevesített.

Jelen közleményben megvizsgáljuk a közvetítői eljárás közel két évtizedes történetét, eredményességét, az e mögött húzódó okokat, és felvázoljuk egy olyan betegpanasz kezelési rendszer kereteit, amelybe szervesen illeszthető az ADR eszköze, és amely teljesíti és támogatja az egészségpolitikai célkitűzésekben rögzített elveket: hozzáférhető, méltányos és megvalósítható. A keretrendszer kialakítása és működtetése jelentősen segítené a felállítás alatt álló Országos Betegjogi és Dokumentációs Központ (OBDK) küldetésének beteljesítését is.

### BEVEZETÉS

A vitarendezés, az egyenrangú felek közötti konfliktusok kezelése egészen a közelmúltig a klasszikus, több évszázados hagyományokra épülő, a harmadik hatalmi ágként meghatározott igazságszolgáltatás (jogszolgáltatás) keretei között történt meg. Az egészségügyi ellátáshoz köthető peres ügyek száma, valamint az elbíráláshoz szükséges rendkívül speciális tudás szétfeszíti a hagyományos eljárásrend kereteit, hatalmas terhet ró a bírói rendszerre, és – költségeit tekintve – a társadalomra is.

A vitás ügyek számának növekvő trendje alapján megállapítható, hogy a hagyományos keretek között tartani ezeket és az ebből adódó konfliktusok kezelését, hatalmas társadalmi erőfeszítéseket igényel, miközben a tapasztalatok szerint a hagyományos rendszerben született döntésekkel a felek sorra

elégedetlenek, a döntések, határozatok betartása és betartatósága kérdéses, illetve ismét jelentős társadalmi és egyéni erőforrásokat igényel.

Ennek jelentőségét felismerve számos országban a társadalmi terhek csökkentése és az elégedettség növelése érdekében az utóbbi években, évtizedekben olyan eljárások felé fordultak, amelyek alacsonyabb költségszint mellett, alacsonyabb időigénnyel magasabb eredményességet biztosítanak – így kerültek a figyelem homlokterébe az alternatív vitarendezési eljárások.

Az alternatív vitarendezési eljárások (Alternative Dispute Resolution – ADR) a társadalmi élet más területein már előzményekkel rendelkeznek: gazdasági, családjogi viták gyors, alacsony költségű és hatásos megoldásában hatékony eszköznek bizonyultak – így az egészségügy területén történő alkalmazásuk kézenfekvő lehetőség a hagyományos, bírói rendszer tehermentesítésére, ezen eljárások esetleges kiváltására.

Hazánkban 2000 óta külön törvény rögzíti az ADR lehetőségét, keretrendszerét – mégsem érezhető a gyakorlatban e téren áttörés. Jelen dolgozatban bemutatjuk ennek lehetséges okait, továbbá a tapasztalatokból kiindulva új betegpanaszkezelési keretrendszert vázolunk fel. Az eljárás- és szabályrendszer azzal a nem titkolt szándékkal készült, hogy a döntéshozókhöz, érdekelt felek szakmai képviselőihez eljuttatva katalizálja azt a változási folyamatot, amely – az alternatív vitarendezési eljárásoknak, mint eszköznek a hatékonyabb alkalmazásával – a magyar egészségügyi rendszer átláthatóbb, minőségibb, a betegek számára magasabb biztonságot nyújtó (és ezzel a bizalmat növelő) irányba történő fejlesztését célozza mind strukturális, mind működési téren.

### A MEDIÁCIÓ, A KÖZVETÍTŐI MÓDSZER ELŐNYEI

A mediációs vitarendezési módnak számos formáját ismerjük. Itt a tágabb megközelítésben értelmezett mediáció általános jellemzőit (előnyeit/hátrányait) soroljuk fel a hagyományos (bírói) eljáráshoz viszonyítva:

- A felek kontrollja: a közvetítői eljárás csak akkor indul el, ha a felek egyetértéssel benne, hogy mediálás útján rendezik vitájukat. Az eljárás végig a jogvitában érintett felek ellenőrzése alatt marad, semmi olyan nem történhet, amivel bármelyik fél nem ért egyet. A mediálás során létrejött egyezséget írásbeli szerződésbe foglalják, ami jogilag kötelező érvényű az aláírókra nézve. A megegyezés biztosítékot is tartalmazhat.
- Időtényező: Míg a bírósági eljárás hosszú évekig is elhúzódhat, a mediálás biztosítja a jogvita gyors, belátható időn belüli (hónapok alatt elérhető) lezárását. Ha mégsem vezet eredményre, a felek még mindig fordulhatnak bírósághoz.

A mediálás eredményeképpen a felek számára mind a jogi, mind a pénzügyi helyzet is rövid idő alatt tisztázódik, rendeződik.

- **Költségek:** A mediációs eljárás sem költségmentes, a mediátort a felek részéről díj illeti meg, melynek mértékét a felek megállapodása rögzíti. A díj nagysága nem mérhető össze a bírói út perköltségével, jogi és szakértői költségeivel. Annál nagyságrendekkel alacsonyabb.
- **Nincsenek tartósan lekötött erőforrások:** a mediációs folyamatban alacsonyabb a bizonytalanság (időben és kimenettelben), így nem kell lekötöni egyik félnek sem jelentősebb erőforrásokat (anyagi eszközök, szakértők, jogi képviselő stb.) huzamosabb időre, a bizonytalan (de kiszámíthatóan hosszú) ideig folyó perrel szemben.
- **Teljes diszkréció:** a bírósági eljárások zöme a nyilvánosság előtt zajlik, közvetítói eljárás a nyilvánosság teljes kizárásával zajlik, így mindaz, ami elhangzik, zárt körben marad. A mediátor a felek összes olyan adatát köteles megőrizni, melyről a közvetítói tevékenység gyakorlása alatt szerzett tudomást. (Ez az üzleti életben, családjogi vitákban stb. teljesen érthető és helyénvaló, az egészségügyben viszont minőségfejlesztési szempontból hátrány is, mivel a hibákra – akár rendszerhibákra – nem derül fény, így az okok feltárása és korrekciója is elmaradhat, pontosabban a hibajavítás esetleges, csak az érintett intézmény hozzáállásán, attitűdjén múlik.)
- **Elégedettség:** a hosszú évekig tartó pereskedéseket lezáró bírósági ítéletek nyomán az esetek túlnyomó többségében mindkét fél elégedetlen a bíróság ítéletével, de a legjobb esetben is csak az egyik fél elégedett. A közvetítói eljárások eredményeként létrejövő egyezség csak a résztvevők közös akarata szerint jöhet létre, így garantálja, hogy minden résztvevő sikerként könyvelheti el az eljárást – tehát a jogvita minden résztvevője elégedett lehet az eljárás eredményével. A közvetítói eljárás, a mediáció oldja a felek között a feszültségeket, és teljes diszkréciót nyújt.

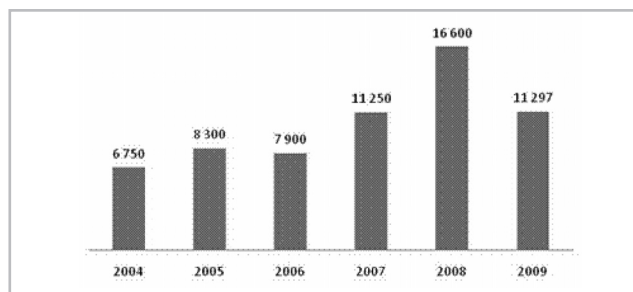
## A MAGYAR ADR

Az alternatív vitarendezési eljárások, illetve egyes elemeik, technikáik alkalmazása szélesebb körben elfogadottá váltak más országokban, ennek köszönhetően hazánkban is felmerült bevezetésük az egészségügyi ellátás során kialakult viták és konfliktusok kezelésében. A magyar gyakorlatba történő illesztés lehetőségét már az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény is biztosítja, az alternatív vitarendezés folyamat lépéseinek meghatározására külön törvényben a 2000. évben került sor. (2000. évi CXVI. törvény az egészségügyi közvetítói eljárásról) Ezzel hazánk Európában az elsők között vezette be az egészségügy területén az alternatív vitarendezési eljárás egy fajtáját, a közvetítói, mediációs típusú eljárást.

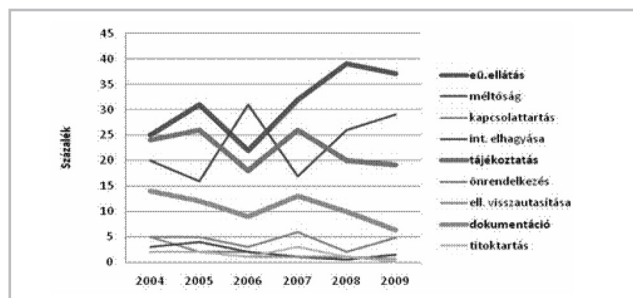
Bár a szakirodalom és a szakértők véleménye szerint is e törvény jelentősége megkérdőjelezhetetlen, a gyakorlatban a közvetítói eljárást az érintett felek lényegében nem alkalmazzák – a konfliktusok rendezésének legfontosabb színtere továbbra is az igazságszolgáltatás hagyományos intézményrendszere.

Egyetlen irodalmi forrás (Decastello, 2010) említ nem hivatalos adatokat, személyes, nem teljeskörű adatgyűjtésre épített indikátorokat. Ezek szerint 2001 és 2006 között (6 év alatt) 182 közvetítói eljárást kezdeményeztek, de ebből mindössze 11-et folytattak le (évi átlag 2-nél kevesebb) és 8 volt eredményes, további 4-et részlegesen eredményesnek minősítettek. Feltűnően nagy számban az egészségügyi szolgáltató utasította el a résztvételt a közvetítói folyamatban, illetve lépett attól vissza a folyamat megindulása után.

Ugyanezen időszakban az (azóta megszüntetett) Egészségbiztosítási Felügyelet felmérése szerint 2001-2007 között 1 051 kártérítési per indult meg, melyből 143 esetben peren kívüli egyezség, 199 jogalap megállapítás született, 356 jogalap megszüntetéssel zárult, 353 még folyamatban volt. (!) 2008-ban az egészségügyi rendszerben 2 508 000 fekvőbeteg ápolási eseményt, 123 744 000 járóbeteg szakellátási eseményt jelentettek (forrás: ESKI), és az Egészségbiztosítási Felügyelet kimutatásában ugyanabban az évben 142 megindult kártérítési per szerepel. A betegpanaszok száma, pontosabban a betegjogi képviselőkhöz érkezett bejelentések száma a 2004-2009 időszakban – a Betegjogi, Ellátott-jogi és Gyermekegyesítői Közalapítvány által közölt adatok szerint – 6 750-ről 11 297-re emelkedett úgy, hogy az időszak maximumát 2008-ban 16 600 panasszal regisztrálták. (1. ábra) Ezen bejelentések típus szerinti – mely betegjog megsértését vélelmezi – megoszlását a 2. ábra szemlélteti.



1. ábra  
Betegpanaszok számának alakulása 2004-2009. (forrás: [10])



2. ábra  
A felpanaszolt jogsérelmek típus szerinti megoszlása 2004-2009. (forrás: BEGYKA 2010.)

Mind a perek számához viszonyítva, mind az ellátási események számához mérten döbbenetesen alacsony (két nagyságrenddel kevesebb) a lefolytatott közvetítói eljárások száma. Megalapozottan beszélhetünk tehát a közvetítói eljárás mellőzéséről a magyar vitarendezési gyakorlatban.

## A FELEK ÁLTALÁNOS MOTIVÁCIÓI A VITARENDEZÉSI ELJÁRÁSOKBAN

Bármely folyamat akkor lesz eredményes, ha a felek a folyamat sikerességében érdekeltek, illetve a folyamat teret és keretet ad ahhoz, hogy a felek érdekeiket, motivációikat kifejezésre juttathassák, érvényesíthessék. A vitarendezésben – nem meglepő módon – ellenérdekelt, vagy legalábbis egymás által vélelmezetten ellenérdekelt felek vesznek részt, és bármely technológiával, metodikával közelítünk is a megoldás feltárásához, tudatában kell lennünk a felek motivációinak, ismerünk kell viselkedésük általános mozgatórugóit.

A beteg és/vagy hozzátartozója számos okból és érdeket követve kezdeményezhet panaszkezelési eljárást – ezek közös jellemzője, hogy valamely cselekmény nem úgy történt meg (akár körülményeit, akár eredményességét illetően), ahogy az a beteg/hozzátartozó előzetes várakozásaiban szerepelt.

Ezért eljárást kezdeményez, melynek indítéka:

- „Elégtétel vétele”: Az elszenvedett hátrány miatt legalább beismerést, bocsánatkérést csikarjon ki a szolgáltatóból („derüljön ki az igazság”)
- Működés jobbító szándék: „velem megtörtént, legalább mással ne” – fel kívánja hívni a helytelen gyakorlatra saját személyes megélt tapasztalata alapján az érintettek figyelmét, és a gyakorlat helyes irányba történő megváltoztatását kívánja elérni, legalábbis kezdeményezni.
- „Hátrányt szenvedés” elismertetése: az egészségügyi ellátás során átél, elszenvedett eseményeket a számára hátrányt okozóval elismertetni, és erre hivatkozva (általában) anyagi kompenzációt elérni. Az esetek egy részében az anyagi kompenzáció (anyagi előny, haszonszerzés) elérése az elsődleges.
- Patológiás személyiség: Nem szabad megfélemlíteni arról sem, amikor a beteg saját – általában pszichiátriai – betegségének tünettanához tartozik a folyamatos panasztétel, viták indítása, a kverulens, konfrontatív, kötekedő magatartás.

A beteg által remélt előnyök mellett az eljárásoktól visszartartó erő azok költségessége: a beteg megfelelő speciális előképzettség (jogi és egészségügyi ismeretek) hiányában az ilyen eljárásokban folyamatosan segítőkre, szakértőkre kell, hogy támaszkodjon, különben az e téren összehasonlíthatatlanul felkészültebb szolgáltatói oldallal szemben a legcsekélyebb esélye sincs eredmények elérésére.

A szakértők alkalmazása a beteg számára jelentős anyagi teher, amely az eljárás megindításától eltántoríthatja.

### AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓ ÉRDEKRENDSZERE

Az egészségügyi ellátó oldaláról egy ilyen eljárásban a legfontosabb cél a jó hírnév megőrzése és az anyagi hátrányok elkerülése.

A jó hírnév viszonylagos fogalom, mindig a többi, adott (földrajzi, szakmai) területen konkurens ellátóhoz mérten értelmezhető. Mindez akkor nyer értelmet, ha belátjuk, hogy a be-

tegek többsége valamilyen, a kórházhoz kötött általános vélekedés alapján választ szolgáltatót. Mivel jártassága az egészségügyben nincs, és döntéseit független, szakmai alapú monitoring rendszerek nem támogatják, ezért kénytelen a sajtóból, szűkebb/tágabb környezetéből, jobb esetben jártasabb, „bennfentesebb” ismerőseitől, rokonaitól szerzett információkra támaszkodni. Ezek az értesülések általában „jó hírű”, vagy „rossz hírű” intézményként összegződnek. A jó hír ezért egy kórház továbbélése, fejlődése szempontjából kiemelt jelentőséggel bír.

Sajnálattal kell megállapítanunk, hogy jelenleg nem állnak rendelkezésre valamennyi kórházról nyilvános teljesítmény adatok és minőségi indikátorok, azaz nem járhatunk könnyen utána, hogy a városunkban működő kórház a környező intézményekhez viszonyítva milyen minőségű szolgáltatásokat nyújt, például alacsony, vagy magas szövődményrátaval ültet be csípőprotézist, vagy végez egyéb beavatkozásokat.

Az anyagi hátrány elkerülése önmagában is érthető motiváció, de különleges megvilágítást kap akkor, ha tudjuk, hogy a kórházak jelen gazdasági helyzetében akár egy elvesztett kártérítési per is a gazdálkodási egyensúly felborulásával, ezzel százak megélhetésének illetve további százak gyógyulási esélyének komoly veszélyeztetésével jár. Ráadásul soha nem lehet tudni, hogy egy elmarasztaló ítélet, anyagi következményekkel járó (akár peren kívüli) egyezség mennyiben válik precedens értékűvé, és maga után vonja-e (dominószzerűen) további perek, eljárások sorozatát.

Fontos viszont tudatosítani, hogy az egészségügy köztudottan igen veszélyes, kockázatos üzem – és e kockázatok hazánkban nem fedhetők le biztosításokkal, mivel a kórházak fizetőképessége, gazdasági ereje csak alacsony fedezetet garantáló biztosítási konstrukciók megvásárlására nyújt lehetőséget. Így a napjainkban már nem ritka az, hogy a több tízmillió forintos követelések jelentős részét vesztesként az érintett kórháznak saját (amúgy is igen szűkös, ráadásul most már közel 90%-ban központi költségvetési forrású) büdzséjéből kell állnia, az üzleti biztosítók általánosságban 5 millió Ft-ig vállalnak részt e terhekben.

Az intézmények érdeke tehát – kissé paradox módon – a hibák elfedése, relativizálása, ezzel a jó hírnév megtartása, illetve ahogy minden területen, úgy itt is az anyagi terhek csökkentése/elkerülése.

### A MAGYAR ADR MELLŐZÖTTSÉGÉNEK VALÓSZÍNŰ OKAI

Mint láttuk, a közvetítői eljárást szabályozó törvényi rendelkezések bár 10 évnél idősebbek, mégsem hoztak áttörést a vitarendezési eljárásokban. Ennek elsődleges okai a szabályozásra és a bevezetés, alkalmazás körülményeire vezethetők vissza – azaz a jogszabályban lehetővé tett közvetítői eljárás nem nyújt jelentős előnyöket, garanciákat a szereplők számára a hagyományos, bírói úttal szemben, így kifejezetten esetleges, hogy valamely konfliktus, vita ennek keretében nyer rendezést.

- Bevezetés sikertelensége: a jogszabály ismeretlen a legtöbb kórházi vezető előtt, de valószínűleg még a hatóságok előtt is. Míg az egészségügyi hatóság tüzetesen ellenőrzi

és számon kéri a szolgáltatókon a betegjogi képviselő személyéről, elérhetőségéről szóló hirdetőanyagokat, addig a közvetítői eljárás kezdeményezésének módját és lényegét ismertető (kötelező) tájékoztatók ilyen kitüntetett figyelemnek nem örvendenek.

Joggal feltételezhető, hogy az intézmények és a betegek többsége nem is értesült a közvetítői eljárás létezéséről és lehetőségéről, és e téren ma is tájékozatlan.

- Bonyolult eljárási szabályok. A törvény szinte lépésről lépésre szabályozza a közvetítői eljárás menetrendjét, az egyes szereplők feladatait és kötelezettségeit: az eljárás beindítása – az a szakasz, amely ahhoz szükséges, hogy az első közvetítői tanácsülésre sor kerülhessen – önmagában soklépéses, összetett folyamat, ráadásul mindkét félnek előre befizetendő költséget jelent. Az eljárás szabályos lefolytatása, a felek jogkövető magatartásának biztosítása (határidők figyelése, megfelelő formai és tartalmi kellékeket felvonultató beadvány és értesítések, a tanácsülések előzetes egyeztetése stb.) jogi képviselő nélkül, 8 általános iskolai végzettséggel nehezen képzelhető el.
- Ismeretlen, nehezen kiszámítható koordinátor. A közvetítői eljárást lefolytató tanácsot – a törvény meghatározta keretek között – a felek közösen választják. Fontos mozzanat viszont, hogy a tanács tagjait a hagyományos bírói eljárás-hoz nélkülözhetetlen szakértők közül lehet csak kiválasztani – kérdés, hogy az egyetlen feltételként szabott 25 órás (időközben megszűnt, el nem ismert közvetítői képzés) elegendő garanciát jelent-e arra, hogy a Magyar Igazságügyi Szakértői Kamara (MISZK) névjegyzékében szereplő közvetítő kilépjen megszokott (bírói, tárgyalótermi) környezetnek óhatatlanul beléivódott rutinjaiból, és valóban pártatlan, békéltető jellegű eljárást vezényeljen le.
- Bírói útban jártas szereplők erőteljes részvétele. Önmagában is érdekes kérdéseket vet fel az a tény, hogy az alternatív vitarendezési eljárást olyan testület gondozza, amely alapvetően a hagyományos bírói út tevékenységéhez és eljárásrendjéhez kötődik. Nehezen megválaszolható kérdés, hogy ez a testület mely út támogatásában érdekelt – nem érdekelt-e esetleg abban, hogy első körben az alternatív vitarendezés során tegyen szert bevételre, majd ennek sikeretelensége után a bírói eljárásban. Meggyőzőhető-e a neutrális szemlélő arról, hogy megfelelőképpen érdekelt-e a Kamara a vitarendezések sikerességében?
- Területenként eltérő jogalkalmazás kockázata. A közvetítői eljárást a területileg illetékes MISZK folytatja le. Az élet (és az egészségügy) más területein meg kell élnünk, hogy ugyanazt a jogszabályt ugyanabban a szerepkörben eljáró testület, szervezet földrajzi területenként eltérő módon értelmezi és alkalmazza. Ennek megfelelően azonos megítélés alá eső ügyeket az egyik megyében szigorúbban, mássutt enyhébben kezelnek.

Emellett vannak olyan esetek, amelyek szakmai okokból nem mediálhatók – a szabályozás nem nyújt garanciát ezen esetek előzetes kiszűrésére. A jelen szabályozás viszont csak a felek döntésétől teszi függővé a közvetítői eljárás megindítá-

sát, így elvileg olyan esetekben is indulhat közvetítői eljárás, amelynek eredményességéhez szakmailag egyébként a legcsekélyebb remény sem fűzhető.

A MISZK területi szervezetei csak akkor (lennének) képesek azonos elvek szerint, azonos gyakorlatot követve lefolytatni a közvetítői eljárásokat, ha a helyi szervezetek között rendszeres információ- és tapasztalatcsere (továbbá közös képzések és továbbképzések) történne e téren is. Ennek törvényben rögzített garanciája jelenleg hiányzik a jogrendből, és a gyakorlati életből is.

- Költségek viselése. Bizonyos szempontból érthető, de egyenlőtlen megközelítést jelent az, hogy a törvény főszabályként a költségek előlegezését az egészségügyi szolgáltató kötelezettségévé teszi – ez egyáltalán nem a közvetítői eljárás igénybevételére motiválja az intézményeket.
- A biztosítók viselkedése. A közvetítői eljárás során kialakult egyezségben foglalt esetleges anyagi jellegű következmények (terhek) a szolgáltató felelősség-biztosítását gondozó biztosító jóváhagyása nélkül a szolgáltató költségvetésének kiadásai, azokat a biztosító nem téríti. A biztosító általában nem érdekelt a gyors és fájdalommentes megegyezésben – a saját érdeke az, hogy minél később és minél kevesebbet legyen kénytelen kártérítés formájában a károsult félnek megfizetni. A biztosítók minden káresemény után kifizetett összeget veszteségként kezelnek, a profitabilitásuk, illetve annak mértéke érdekli e szervezeteket.
- A bírósági eljáráshoz hasonló ügymenet, alacsonyabb eredményességgel. Összefoglalásul megállapíthatjuk, hogy a közvetítői eljárás – bár a hagyományos bírói úthoz viszonyítva egyes kérdésekben (pl. tanács tagjainak meghatározása, kiválasztása) rugalmasabb, – számos olyan tényezőt kódol, amely a szereplők érdekeltségéből levezetve a közvetítői eljárástól való távolmaradást ösztönzi.

A teljes képhez az is hozzátartozik, hogy a felek kapcsolatuk azon szakaszában, amelyben a vitarendezéshez külső segítséget vennének igénybe, általában már túl vannak néhány kétoldalú (nyilván sikertelen – és a felekben kölcsönösen negatív érzelmi lenyomatot hagyó) egyeztetésen, ezért nem sok értelmet látnak egy segítő bevonásával történő hasonló egyeztetési sorozat elindításának.

A közvetítői eljárásnak további problémája, hogy nem illeszkedik szervesen a betegpanaszok kezelésének rendszerébe – bár az illeszkedés hiánya nehezen kérhető számon, mivel napjainkban lényegében egységes szemléletű, hatékony betegpanasz kezelésről nem beszélhetünk. A beteg számos helyre fordulhat panaszával (intézmény, tulajdonos/fenntartó, egészségügyi hatóság, egészségügy finanszírozója stb.) de rendszerbe épített garanciák nincsenek arra, hogy panaszával érdemben foglalkoznak, és a panasz a beteget kielégítő módon meghallgatásra és rendezésre kerül.

Fel kell ismernünk, hogy hiába kerül kidolgozásra a legjobb szándékkal is az alternatív vitarendezés szakmailag bármilyen helytálló és európai léptékű formája, ha a befogadó, alkalmazó környezet másban érdekelt, ezért más viselkedésmintákat követ.

Annak érdekében tehát, hogy az egészségügyi ellátások nyomán elkerülhetetlenül jelentkező, növekvő számú konfliktust hatékony és hatásos vitarendezési metodikával kezeljük, egy-egy szemléletű és működésű befogadó környezetre van szükség: az ADR-t nem önálló entitásként kell kezelni, hanem egy nagyobb, szélesebb folyamat lényeges és megkerülhetetlen lépéseként. Azaz nem elég a technikát megalkotni, hanem észre kell vennünk, hogy a mediációs eljárás egy tágabb kört felölelő folyamat, a betegpanasz és betegkompenzációs rendszer metszetében helyezkedik el. Ahhoz, hogy az ADR tevékenységet megfelelően pozícionáljuk és konfiguráljuk, a betegpanasz és betegkompenzációs rendszerek sajátosságait, az érintettek motivációit figyelembe kell venni, és ki kell használni úgy, hogy egyik vagy másik szereplő érdekei, szempontjai se dominálhassanak, hanem átlátható, előre meghatározott és elfogadott társadalmi érdekek és célok érvényesüljenek.

A megfogalmazható társadalmi érdekek és célok:

- Igazságosság: minden polgár (függetlenül korától, nemétől, képzettségétől, vagyoni helyzetétől) egyenlő eséllyel és súllyal tehessen panaszt.
- Hatásosság: a panaszt (függetlenül a panaszos korától, nemétől, képzettségétől, vagyoni helyzetétől) érdemben kivizsgálják és elbírálják, és az ahhoz kapcsolódó helyesbítő intézkedéseket végrehajtják; a panasz kivizsgálása során szerzett tapasztalatok épüljenek be az egészségügy működésébe, javítva annak hatásosságát.
- Hatékonyság: a hatásos panaszkezelési eljárás a lehető kevesebb társadalmi erőforrást kösse le, illetve a társadalmi javakban és erőforrásokban a legkevesebb veszteséget okozza.
- Megvalósíthatóság: az eljárás a felek érdekeit szolgálja, viszonylag egyszerű, gyors, alacsony költségű és kiszámítható módja legyen a panaszkezelésnek.

## ELVÁRÁSOK ÉS MOTIVÁCIÓK A PANASZKEZELÉSI RENDSZERBEN

A társadalmi célok elérése, és tartós megvalósulása érdekében speciális eszközrendszert szükséges működtetni. Amennyiben az ADR-t ezen eszközrendszer részeként a gyakorlatban is széles körben alkalmazott módszerként szeretnénk vizsgálni, ahhoz több feltételnek kell teljesülnie.

Legyen az ADR:

- országosan egységes metodikájú,
- szakmailag kikezdetlen – garantálni kell, hogy csak olyan eset kerül alternatív vitarendezési folyamatba, amely valóban alkalmas közvetítésre.
- a beadó számára a megindítása költségmentes – azaz vagyoni alapon senki se essen el a panasztétel lehetőségétől,
- legyen a lakóhelyhez közel igénybe vehető – földrajzi távolság miatt senki se essen el a panasztétel lehetőségétől,
- az egyezség megkötésében mindkét felet érdekeltté tevő, (ösztönző rendszer kialakítása),
- eredményét a biztosítók fogadják el,
- átlátható és kiszámítható működésű, közbizalmat megalapozó,

- működése valóban tehermentesítse az igazságszolgáltatást,
- tanulságai épüljenek bele az egészségügy működésébe, javítva a betegbiztonságot, az ellátás minőségét. A beteg részéről az ideális eljárás ismérvei:
- Alacsony költségigényű, de legalább a várható haszonnal (kártérítés, kompenzáció) alacsonyabb költségű.
- Előképzettség, speciális jártasság, tapasztalat nélkül elindítható és követhető,
- Rövid időtávon belül lezajló, (12 hónapon túl nem húzódo)
- Méltányos, kiszámítható: azonos ügyekben, azonos sérelmek esetén azonos végkifejlet várható,
- Eredményesség esélyével indítható,
- Későbbi káros utóhatás elkerülhető (ne érezze fenyegetve magát az ellátó részéről a következő találkozásokor, szolgáltatás igénybe vételekor)

A beteg – tudatosan vagy sem – lényegében a fenti tényezőket mérlegeli akkor, amikor dönt egy konfliktus felvállalásáról és eljárás megindításáról, igényének érvényesítéséről.

Az intézmény olyan eljárásban érdekelt, amelyben az esetleges hibák nem kerülnek nagy nyilvánosság elé, és minimális költség, erőforrás lekötés mellett minimális, illetve lehetőleg a biztosításuk által fedezett mértékű anyagi kötelezettség kényeszerű vállalásával végződjenek.

## A BETEGPANASZ-KEZELÉS ÚJ MEGKÖZELÍTÉSE

A megfogalmazott komplex elvárás-rendszernek való megfeleléshez a betegpanasz teljes útjának tudatos felmérése, az egyes lépések elemzése és ésszerű logikai láncba illesztése vezethet el. Első lépésként tehát a betegpanasz útját kell a megfogalmazódástól a beadáson át annak elbírálásáig, az intézkedések lezárásáig követni és tanulmányozni. Ennek részletes bemutatása meghaladná jelen közlemény kereteit, így csak a lépések bemutatására szorítkozhatunk.

A folyamat részei:

- A betegpanasz megfogalmazása.
- A betegpanasz eljuttatása az illetékes szereplőhöz.
- A betegpanasz befogadása.
- A betegpanasz értékelése és a megfelelő válasz eljárás elindítása.
- Alternatív vitarendezési eljárás lefolytatása.
- Az alternatív vitarendezési eljárás eredményének ismertetése.
- A tanulságok beépítése a gyakorlatba.

Annak érdekében, hogy a folyamat valamennyi lépése egy-egy elvek mentén, egységes rutinnal és szemléletmóddal, valós és érdemi eredményeket garantálva működhessen, elkerülhetetlen egy erre specializálódott, elkötelezett, független intézményrendszer létrehozása.

A továbbiakban egy-egy lépés speciális jellemzőjét mutatjuk be, azokat, amelyek garantálják és biztosítják, hogy a rendszer ténylegesen teljesíti a társadalmi szinten megfogalmazott elvárásokat.

A betegpanasz megfogalmazása: országosan egységes űrlap, formanyomtatvány használatával kell történnie, mely könnyen és gyorsan kitölthető, 8 általános iskolai végzettséggel értelmezhető, egészségügyi jártasságot nem igényel. Az űrlap kitölthető legyen hagyományosan, papír alapon és elektronikusan is.

A betegpanasz eljuttatása: a kitöltött űrlapot a feldolgozó központnak a létező és elérhető valamennyi csatornán tudnia kell fogadnia: személyesen, postai úton, fax útján, elektronikusan levélben, illetve a szervezet honlapján stb. Ezzel minden panaszos a neki leginkább elérhető és megfelelő csatornát tudja választani, biztosítva a panaszkezelés hozzáférhetőségét. A panaszbeadványok megfelelő kitöltését érdemes (szintén valamennyi felsorolt csatornán) ügyfélszolgálattal is támogatni.

A betegpanasz fogadása: valamennyi panaszt központilag regisztrálni szükséges (lehetőleg emberi beavatkozás-mentes technológiával) – biztosítva, hogy egyetlen panasz se vesszen el sem véletlen, sem szándékos beavatkozás nyomán. Ellenőrizni kell, hogy az űrlap helyesen került-e kitöltésre, hiány esetén a panaszost pótlásra kell felszólítani.

A betegpanasz előszűrése: az egyik legfontosabb és legkényesebb lépés. Az Egészségbiztosítási Felügyelet korábbi gyakorlatából okulva külön kell válogatni és a továbbiakban eltérően kezelni azon beadványokat, amelyek az ellátás körülményeire (nem tiszta mellékhelyiségek, sötét kórtermek, levegőtlen, fülledt váróhelyiségek stb.) vonatkoznak, valamint azokat, amelyek közvetlenül pl. pszichiátriai esetek ellátásával kapcsolatos sérelmeket, panaszokat tartalmaznak. Előbbiek esetében a panaszkezelés intézményi, intézmény fenntartói hatáskörbe tartozik, míg utóbbiak esetében külön speciális értékelő testület véleménye alapján indítható meg az eljárás, hiszen vizsgálni kell, hogy a beadvány a panaszos betegségének részeként, „tünetként” született, vagy tényleges ellátási anomáliát fed fel.

A pszichiátriai értékelő testületben különösen fontosnak tartjuk laikusok, betegszervezetek képviselőinek jelenlétét – ezzel garantálható, hogy a közvélemény által belterjesnek tartott szakterületre az „elleplezés” gyanújának még az árnyéka se vetülhessen.

A betegpanasz értékelése: a panaszkezelés e fázisában azt szükséges megállapítani, hogy a panasz és a mögötte húzódozó konfliktus alternatív vitarendezési eljárásokkal rendezhető-e, vagy sem.

Az értékelésnek – melyet orvosokból, jogászokból, egészségügyi-egészségbiztosítási szakemberekből és laikusokból álló testületek bevonásával szükséges elvégezni – az alábbi kimenetei lehetségesek:

- a panasz nem megalapozott, szakmai szabályszegés nem történt;  
Ha a panaszos az elutasítással nem ért egyet – fellebbviteli fórumhoz fordulhat.
- a panasz mögött nem az egészségügy érdekkörébe tartozó ok tárható fel, (pl. a felrótt állapotromlás mögött nem az egészségügyi ellátás nem megfelelősége áll)  
Ha az elutasítással a panaszos nem ért egyet – szintén fellebbviteli fórumhoz fordulhat.

- a panasz mögötti ok az egészségügyi szolgáltatás igénybevitelével összefüggésben áll, a konfliktus alternatív vitarendezéssel kezelhető.

A betegpanasz ügynökség a területileg illetékes alternatív vitarendezést támogató irodához, szervezethez továbbítja az ügyet. Az iroda a feleket alternatív vitarendezésre szólítja fel, segíti őket a megfelelő mediátor és szakértők kiválasztásában, adminisztratív háttérrel biztosítja az eljárásokhoz.

- a panasz mögötti ok az egészségügyi szolgáltatás igénybevitelével összefüggésben áll, a konfliktus alternatív vitarendezéssel nem kezelhető.  
Ekkor a panaszos bíróságra nyújthat be keresetet a konfliktus rendezése érdekében.
- a panasz mögött súlyos szakmai kötelességszegés, mulasztás vagy más bűncselekmény alapos gyanúja merül fel.

A betegpanasz ügynökség hivatalból feljelentést tesz és az ügyet a rendőrséghez, vagy az ügyészséghez továbbítja.

Az értékelési fázisban érvényre jut az a törekvés, hogy országosan egységes kritériumrendszerek mentén, laikus/civil kontroll alatt, de szakmai alapon dől el a panaszok kezelésének módja. Látható, hogy a bírói út teljességgel ekkor sem zárható ki a panaszkezelésből – de vélhetőleg a bírói esetek száma és aránya drasztikusan csökken majd.

Az alternatív vitarendezési eljárás lefolytatása: magát az eljárást területi irodákon/szervezeteken keresztül érdemes lefolytatni – biztosítva a panaszosnak az eljáráshoz való megfelelő, és alacsony költségű hozzáférést, és az adminisztratív háttérrel a mediációs eljáráshoz. Az iroda monitorozza a területén zajló eljárásokat, és készít jelentéseket, beszámolókat mind a területen működő szolgáltatók, mind a központi betegpanasz ügynökség részére.

Tanulságok beépítése a gyakorlatba: a betegpanasz ügynökség a különleges esetekből – a szereplők anonimizálása mellett – esettanulmányokat készít és tesz közzé, valamint éves jelentéseiben javaslatokat fogalmaz meg a szükségesnek gondolt jogszabályi, szervezeti, protokollbeli változtatásokról annak érdekében, hogy az alternatív vitarendezési eljárások során a vitarendezést kiváltó körülmények feltárt okai kezelhetők, és a jövőben újabb nem kívánt eltérések elkerülhetők legyenek.

A fenti eljárás sikerességét és elterjedését jogszabályba épített ösztönzőkkel, illetve fékekkel is támogatni szükséges. Minden felet érdekeltté kell tenni abban, hogy az alternatív vitarendezést komolyan vegye, azt ne kerülhesse meg, illetve érdemtelenül saját javára ne használhassa fel, illetve annak során eredményre törekedjen. Ilyen ösztönzők lehetnek – a teljesség igénye nélkül:

- peres eljárást alternatív vitarendezésnek kell megelőznie, kivéve, ha az alternatív vitarendezést a betegpanasz ügynökség nem tartja alkalmasnak az adott konfliktus rendezésére,
- annak jogszabályi elrendelése, hogy az intézményi általános beteg-tájékoztatókban a betegpanasz rendszer igénybevitelének lehetősége és elérhetősége említésre kerüljön.

- a betegpanasz eljárás megindítása a panaszos részére költségmentes legyen. Amennyiben vitarendezési eljárásra kerül a sor, és az eredményes, akkor a költségeket a betegpanasz központ viseli. Ha eredménytelen, akkor a felek.
- Ha a vitarendezési eljárásba a panaszos nem kíván belépni és követeléseit bírósági úton kívánja érvényesíteni, a pénzbeli követelések 10%-át köteles készpénzben letétbe helyezni a bírósági kereset benyújtásakor. Ugyanez az illeték terheli akkor is, ha a vitarendezés eredménytelen, és a vita peres útra terelődik.
- Ha a vitarendezési eljárásba a szolgáltató nem kíván belépni és a panaszos bírósági keresetet nyújt be ez ügyben, a szolgáltató a panaszos (panasz-beadványában megjelölt) pénzbeli követelésének 50%-át köteles készpénzben letétbe helyezni a per végéig (bírósági határozat, ítélet jogerőre emelkedéséig). Ebben az esetben a panaszos részére a per megindítása illetékmentes. Ugyanez az illeték terheli akkor is, ha a vitarendezés eredménytelen, és a vita peres útra terelődik.

## ÖSSZEFOGLALÁS

Az ADR technikák napjainkban a viták bírói úton történő rendezésének eredményes alternatíváját kínálják, melyek költségkímélőbbek, gyorsabbak és a szülői megállapodások job-

ban elismertek, mint a „hagyományos” bírói út. Magyarországon az egészségügy területén Európában elsők között foglalták törvénybe ennek szabályait, az eltelt bő évtizedben mégis elenyésző volt a közvetítői eljárás igénybevétele a vitás esetekben. Ennek okai között egyaránt szerepel a jogszabály nem ismerete, illetve az a tény, hogy a közvetítői eljárás kulcsszereplői a hagyományos igazságszolgáltatási rendszerhez kötődő szakemberek, emellett a költségek egyenlőten viselése is szerepet játszik a közvetítői út kerülésében.

Megfogalmazva azokat a társadalmi elvárásokat, amelyek biztosítják egy alternatív vitarendezés átláthatóságát, szakzsűréségét, fenntarthatóságát, valamint azonosítva az egyes szereplők érdek- és motivációrendszerét, továbbá a közvetítői rendszer kudarcaiból tanulva országosan egységes metodikájú, hozzáférhető, az ellátás minőségére kedvezően visszaható panaszkezelési rendszerre teszünk javaslatot. E panaszkezelési rendszer alapját képezheti a közelmúltban felállított Országos Betegjogi és Dokumentációs Központ (OBDK) nemzeti szintű, egységes eljárásrendjének is. A panaszkezelési rendszer egyesíti az ADR előnyeit, figyelembe veszi a szereplők különleges helyzetét, és érdekeltté teszi a feleket az eredményes ADR-ben való részvételre – mindezzel jelentős erőforrás takarítható meg mind az egyén, mind az egészségügyi ellátórendszer, mind a társadalom szintjén, növelve az ellátórendszer átláthatóságát és az iránta megnyilvánuló bizalmat.

## IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Dr. Decastello Alice, Mediáció az egészségügyben; HVG ORAC, 2010
- [2] Boulding, Mediáció az egyezségteremtés művészeté; Partners füzetek; Partners Hungary Alapítvány, Bp., 2000.
- [3] Dósa Ágnes, Az orvos kártérítési felelőssége, HVG ORAC, Budapest, 2004.
- [4] Laura Nader, A vitától a panaszig (in: Jog és antropológia; szerk. H. Szilágyi István, Osiris Kiadó, Bp., 2000
- [5] Lovas Zsuzsa – Herczog Mária, Mediáció avagy a fájdalommentes konfliktuskezelés, Múzsák Kiadó, 1999.
- [6] Sándor Judit, Gyógyítás és ítélkezés, Medicina Kiadó, Budapest, 1997.
- [7] Sáriné Dr. Simkó Ágnes (szerk.), A mediáció, HGV ORAC, Budapest, 2006.
- [8] Heuer Orsolya, Konfliktuskezelés a betegjogi sérelmeknél; Az egészségügyi közvetítői eljárásról, Lege Artis medicine, 2001/11 (1)
- [9] Zákány Judit, Az alternatív vitarendezés lehetőségei és korlátai az egészségügyi szolgáltatók és a betegek közötti konfliktusok tekintetében., Debreceni Jogi Műhely, 2008. július, V. évf. 3. szám.
- [10] 10 éves a betegjogi képviselő (Betegjogi, Ellátottjogi és Gyermekjogi Közalapítvány – BEGYKA)  
[http://www.jogvedok.hu/www/kozalapitvany/10evesabetejjogikepviselet/lay/articles/show/107/10\\_eves\\_a\\_betegjogi\\_kepviselet](http://www.jogvedok.hu/www/kozalapitvany/10evesabetejjogikepviselet/lay/articles/show/107/10_eves_a_betegjogi_kepviselet)

## A SZERZŐK BEMUTATÁSA



**Szabóné Bánfalvi Katalin** szakmai vezető, mediátor. Egészségügyi, majd szociális területen szerzett gyakorlati tapasztalatokat. Jelenleg az Óbudai Családi Tanácsadó és Gyermekvédelmi Központ szakmai vezetője, valamint a Pázmány Péter Katolikus Egyetemen az általános mediáció szakirány képzésért felelős oktatója.



**Tóth-Szamosi Anna** okleveles mediátor. 1992-ben az ELTE-n szerzett bölcsész, majd 2012-ben a Pázmány Péter Katolikus Egyetemen mediátor végzettséget. Az irányított betegellátási modellkísérlet keretében (Misszió Egészségügyi Központ – Veresegyház, Csolnoky Ferenc Megyei Kórház – Veszprém) a prevenció programok iskolai akcióinak tervezésében

és szervezésében vett részt. Érdeklődési területe: egészségügyi és családon belüli mediáció.

### Kapcsolódó jogszabályok

2000. évi CXVI. törvény az egészségügyi közvetítői eljárásról – 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről – 2002. évi LV. törvény a közvetítői tevékenységről – 4/2001. (II.20.) EüM-IM együttes rendelet az egészségügyi közvetítői eljárással kapcsolatos egyes kérdésekről