

EGYETEMI DOKTORI (Ph.D.) ÉRTEKEZÉS

**A TERMÉSZETGYÓGYÁSZAT INTEGRÁCIÓJA A MODERN MEDICINÁBA,
KÜLÖNÖS TEKINTETTEL AZ ORVOSKÉPZÉSRE ÉS A HAZAI JOGI
SZABÁLYOZÁSRA**

Dr. Varga Orsolya Edit

Témavezető: Prof. Dr. Molnár Péter

DEBRECENI EGYETEM
ORVOS- ÉS EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI CENTRUM
NÉPEGÉSZSÉGÜGYI KAR
MAGATARTÁSTUDOMÁNYI INTÉZET
DEBRECEN, 2007

TARTALOMJEGYZÉK

RÖVIDÍTÉSEK	4
1. BEVEZETÉS	7
2. IRODALMI ÁTTEKINTÉS	12
2.1. Jogi keretek	12
2.1.1. A természetgyógyászat szabályozásának alapjai	12
2.1.2. A természetgyógyászat szabályozásának alapvető rendszere	12
2.1.3. Szabályozni vagy nem szabályozni?	13
2.1.4. A szabályozás indokai és érintettjei	14
2.1.5. Az Egészségügyi Világszervezet tradicionális gyógyászattal kapcsolatos orientációja	18
2.2. Oktatás	20
2.2.1. A természetgyógyászati ismeretek integrációjáról általában	20
2.2.2. Az integráció érvei	21
2.2.3. Az integráció ellenérvei	24
2.2.4. Egyetemi autonómia és nemzetközi ajánlások	27
3. ANYAG ÉS MÓDSZER	31
4. EREDMÉNYEK	34
4. 1. Természetgyógyászat az Európai Unióban	34
4.1.1. Az Európai Unió jog jelentős szereppel bír a természetgyógyászat jogi helyzetének alakításában	34
4.1.2. Európai regulációs modellek	41
4.2. A hazai természetgyógyászat szabályozása	44
4.2.1. A hazai természetgyógyászat 1989 utáni főbb eseményei	44
4.2.2. 684/B/1997 AB határozat	52
4.2.3. A természetgyógyászat hatályos szabályozása	55
4.3. A természetgyógyászati ismeretek integrációjának típusai	65
4.3.1. Természetgyógyászati ismeretek oktatása a kanadai orvosi karokon	67
4.3.2. Természetgyógyászati ismeretek oktatása az Egyesült Államok orvosi karain	69
4.3.3. EU orvosi karok és természetgyógyászati képzés	71
4.3.4. A természetgyógyászati képzés kérdőíves vizsgálata az EU orvosi karain	73
4.4. Alternatív medicina oktatása a hazai graduális képzésben	75
4.4.1. Orvostanhallgatók attitűdvizsgálata	76
5. MEGBESZÉLÉS	79
5.1. Magyar szabályozás a nemzetközi, különösen EU tagállamok természetgyógyászati szabályozásának fényében	79
5.2. Hazai természetgyógyászati szabályok értelmezése	81
5.2.1. A hazai szabályozás indokai és érintettjei	81
5.2.2. A természetgyógyászati rendeletekkel és az ABH-val kapcsolatos kétségek	83
5.2.3. A rendelet néhány gyakorlati problémája	85
5.3. Természetgyógyászat a graduális képzésben	86
5.3.1. A természetgyógyászati képzés kérdőíves vizsgálata az EU orvosi karain	87

5.4. Természetgyógyászat a magyar orvosképzésben és az orvostanhallgatók attitűdvizsgálata	88
5.5. Konklúzió	91
6. ÖSSZEFOGLALÁS	93
6.1. Summary	94
7. IRODALOMJEGYZÉK	95
7.1. Hivatkozott közlemények	95
7.2. Saját <i>in extenso</i> közlemények	110
8. TÁRGYSZAVAK	111
9. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS	112
10. TÁBLÁZATOK	113
11. ÁBRÁK	122
12. MELLÉKLET	127

RÖVIDÍTÉSEK

AB, Alkotmánybíróság

ABH, Alkotmánybírósági Határozat

AESGP, European Self-Medication Industry (Európai Vény Nélkül Kapható Termékek Gyártóinak Szövetsége)

AMSA, American Medical Student Association (Amerikai Orvostanhallgatók Szövetsége)

ÁNTSZ, Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat

BMA, British Medical Association (Brit Orvosi Szövetség)

BSc, Bachelor of Science (felsőfokú alapképzés)

CAM in UME, Canadian Complementary and Alternative Medicine in Undergraduate Medical Education Project (Kanadai Komplementer és Alternatív Medicina a Graduális Orvoscépzésben Project)

CAM, complementary and alternative medicine (komplementer és alternatív medicina)

COST B4, Co-operation in Science and Technology (Tudományos és Technológiai Együttműködés B4 Akció)

EB, Európai Bizottság

EBM, evidenced based medicine (tudományos alapokon nyugvó medicina)

EDCAM, Educational Development for Complementary & Alternative Medicine Project (Komplementer és Alternatív Medicina Oktatásfejlesztési Project)

EFCAM, European Forum for Complementary and Alternative Medicine (Komplementer és Alternatív Medicina Európai Fóruma)

EFTA, European Free Trade Association (Európai Szabadkereskedelmi Társulat)

EPHA, European Public Health Alliance (Európai Népegészségügyi Szövetség)

ESZTT, Egészségügyi Szakképzési és Továbbképzési Tanács

ETI, Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet

ETT, Egészségügyi Tudományos Tanács

EU, Európai Unió

EURICAM, European Research Initiative for Complementary & Alternative Medicine
(Európai Kezdeményezés a Komplementer és Alternatív Medicina Kutatásáért)

FP7, 7th Framework Programme (7. Kutatási-, technológiafejlesztési és demonstrációs
keretprogram)

FVF, Fogyasztóvédelmi Főfelügyelőség

HFA, Health for All (Egészséget Mindenkinnek)

HIETE, Haynal Imre Egészségtudományi Egyetem

IIME, Institute for International Medical Education (Nemzetközi Orvoscépzési Intézet)

MAB, Magyar Akkreditációs Bizottság

MEDINE, Medical Education in Europe (Orvoscépzés Európában)

MESZK, Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara

MOK, Magyar Orvosi Kamara

MOTESZ, Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége

MSc, Master of Science (mestercépzés)

MTA, Magyar Tudományos Akadémia

NACCAM, National Advisory Council on Complementary and Alternative Medicine
(Nemzeti Komplementer és Alternatív Medicina Tanácsadó Testület)

NCCAM, National Center for Complementary and Alternative Medicine (Komplementer és
Alternatív Medicina Nemzeti Centrum)

NEVI, Nemzeti Egészségvédő Intézet

NIH, National Institute of Health (Egészségügyi Minisztérium)

OAM, Office of Alternative Medicine, (Alternatív Medicina Hivatala)

OFTEX, Orvosok Folyamatos Továbbképzési Elektronikus Indexe

OKJ, Országos Cépzési Jegyzék

OLEF, Országos Lakossági Egészségfelmérés

OTC, over the counter (vény nélkül kapható gyógyszerek)

R25, CAM Education Project Grants: R25-AT (R25 jelű CAM oktatási project)

SZITA, Szintrehozó Természetgyógyászati Alapismeretek

SZJ, Szolgáltatások jegyzéke

TEÁOR, gazdasági tevékenységek egységes ágazati osztályozási rendszere

TSZK, Természetgyógyászati Szakmai Kollégium

TTT, Természetgyógyászati Tanácsadó Testület

UEMS, European Union of Medical Specialists (Szakorvosok Európai Szövetsége)

WFME, World Federation for Medical Education (Orvosképzési Társaságok Világszövetsége)

WHCCAMP, White House Commission on Complementary and Alternative Medicine Policy (Fehér Házi Bizottság Komplementer és Alternatív Medicináról Irányelve)

WHO, World Health Organization (Egészségügyi Világszervezet)

1. BEVEZETÉS

A természetgyógyászat a legáltalánosabb megközelítés szerint azon egészségügyi ellátási formákat jelenti, amelyek nem tartoznak a konvencionális eljárások körébe. A természetgyógyászattal gyakran szinonim kifejezésként használják az alternatív, a komplementer, a holisztikus, a tradicionális és a nem konvencionális orvoslás elnevezéseket. Akármelyik elnevezést is használjuk, jelentésének lényege az uralkodó medicinától való elkülönülés. A természetgyógyászat nem a nyugati orvoslás teoretikus alapján nyugszik, eredményessége gyakran nem igazolható a nyugati módszerekkel, nem szerepel az orvosképzésben, eljárásai orvosi képesítés nélkül is használhatók, illetve a biztosító által nem támogatottak (Buda, 1997). Az egészségügyről szóló 1997. évi. XLIV. törvény 104. §-ának megfogalmazása szerint a nem-konvencionális eljárások az egészség és betegség eltérő szemléletén, a konvencionális, természettudományosan megalapozott eljárásoktól eltérő megközelítésből eredő módszereken alapulnak. Az egészségügyi törvény értelmében a természetgyógyászatot ma a betegek szabad választásuk folytán kiegészítő terápiaként vehetik igénybe. Az egészségügyi törvény a nem konvencionális gyógyászat kifejezést alkalmazza, amellyel kapcsolatban meg kell említeni, hogy a természetgyógyászati ágak közül 17-re alkalmazható, azokra, amelyeket a természetgyógyászati rendeletek felsorolnak (amelyekre működési engedély nyerhető). Azok a természetgyógyászati módszerek, amelyek nem szerepelnek a rendeletekben, vállalkozói engedély kiváltásával által gyakorolhatók.

A modern medicina szinonimájaként használható a nyugati, a hivatalos, az ortodox, a konvencionális medicina kifejezés. Magyarországon leginkább a modern medicina kifejezés használata terjedt el.

A természetgyógyászat reneszánszát éli a gazdaságilag fejlett országokban. Nem lehet pontosan megmondani, hogy Magyarországon mennyien alkalmaznak természetgyógyászati módszereket és termékeket. Az utolsó országos reprezentációjú vizsgálat 1999-ben készült, amelynek eredménye szerint a felnőtt lakosság 23,1%-a fordult legalább egyszer már természetgyógyászhoz.

A természetgyógyászat az 1980-as években „vált divattá”, 1990-ben már 1200 iparendeléssel rendelkező természetgyógyász vállalkozót tartottak nyilván. A legalizálásra 1997-ben került sor, amikor az egészségügyi törvény 104§-ának felhatalmazása alapján született meg a két szabályozó rendelet: a természetgyógyászati tevékenységről szóló 40/1997. (III. 5.) Korm. rendelet és a természetgyógyászati tevékenység gyakorlásának egyes

kérdéseiről szóló 11/1997. (V. 28.) NM rendelet. A népjóléti miniszteri rendelet a természetgyógyászati (a jogszabályban nem konvencionális) eljárásokat két alapvető csoportra bontotta: léteznek orvos által végezhető és nem csak orvos által végezhető. Az orvosi végzettségen alapuló csoportosítás azon a vélelmen alapul, hogy egyes természetgyógyászati eljárások veszélyesek, amelyeket biztonsággal csak orvosok alkalmazhatnak. Az orvosok szakmai képzése az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzést végző intézményben (továbbiakban orvosegyetem) történhet. Ennek szellemében az említett rendeletek a nem konvencionális eljárások oktatását az orvosi egyetemekre delegálták. A rendeleti felhatalmazás ellenére az orvosegyetemek oktatást évekig nem ajánlottak, vizsgát nem „biztosítottak”. Jelenleg a kötelező folyamatos továbbképzésen belül lehet akkreditált homeopátiás, manuálterápiás és akupunktúrás tanfolyamot végezni.

A hazai orvoskarok természetgyógyászati ismereteket a graduális képzésen belül is oktatnak, ami a nemzetközi oktatási gyakorlatnak megfelel. A gazdaságilag fejlett országokban egyre több orvosegyetemen kezdtek el természetgyógyászati ismereteket oktatni graduális szinten. Az oktatás bevezetése (integrálása) mögött két fontos érv húzódik meg. Egyrészt a betegek alkalmaznak természetgyógyászati módszereket, másrészt a hallgatók és a végzett rezidensek kíváncsiak a témára. Számos felmérés világszerte megerősíti, hogy a hallgatók nagy többséggel szükségesnek tartják a természetgyógyászati ismeretek integrálását. Az orvostanhallgatók és orvosok természetgyógyászati ismeretei ma nem elégségesek, így többen hangoztatják, hogy a kérdés nem az, hogy kell-e integrálni az alternatív medicina oktatását, hanem hogy hogyan.

A természetgyógyászati ismeretek orvosi kurikulumokba való integrálásának kérdése az utóbbi években nagy nyilvánosságot kapott a nemzetközi oktatáspolitikai diskurzusokban. Az integrációt több szakmai és oktatáspolitikai állásfoglalás sürgeti, sőt az Egyesült Államokban és Kanadában például az állam anyagi támogatást nyújt ennek előmozdítására. A hazai intézmények közül a Magyar Akkreditációs Bizottság javasolta az orvosi karoknak a természetgyógyászat szervezettebb integrációját, amely állásfoglaláson túl semmilyen hivatalos oktatáspolitikai álláspont nem született. Magyarország 2004. május elsejétől az Európai Unió (EU) tagja, ami azt jelenti, hogy az egészségügyi képzés tárgyalásakor a jogharmonizációból fakadó szempontokat is figyelembe kell venni.

Célok

Az orvosegyetemek természetgyógyászati ismereteket graduális és posztgraduális képzési szinten oktatnak, az értekezés mindkét területre kiterjed. Az értekezés négy célkitűzésen keresztül vizsgálja az orvosegyetemek és a természetgyógyászati oktatás/képzés kapcsolatát.

1. Az értekezés célja megvizsgálni és rendszerezni az Európai Unió közösségi jogának természetgyógyászattal kapcsolatos normáit, a tagállamok szabályozásának modelljeit, elsősorban a természetgyógyászati képzés területén. A kérdés az, hogy a magyar természetgyógyászati rendeletek hogyan illeszkednek a közösségi jog alapelveihez, illetve hogyan viszonyulnak a többi EU tagállam szabályaihoz, oktatási rendszeréhez. Feltételezésem szerint a magyar szabályozás a közösségi jog alapelveinek érvényre jutást nehezíti, az EU tagállamok természetgyógyászati szabályozásánál pedig szigorúbb kereteket határoz meg.

2. Az értekezés célja a hatályos magyar természetgyógyászati szabályozás elemzése és a joganyag háttérének feltárása érdekében a természetgyógyászat rendszerváltástól (1989) napjainkig terjedő történetének áttekintése. A természetgyógyászati rendeletekkel kapcsolatos kérdés az, hogy a joganyag milyen cél érdekében rendeződött, illetve mennyire következetes annak érvényre juttatásában. További kérdés, hogy milyen csoportok és milyen érdekek jelentek meg a rendeletek meghozatalakor és módosításakor. Feltételezésem szerint az 1997-es rendeletek, bár deklaráltan a betegek fokozott védelme érdekében jöttek létre, jelen formájukban nem alkalmasak a természetgyógyászatban rejlő kockázatok effektív elhárítására. A rendeletek a rizikócsökkentés elérése tekintetében nem következetesek, a jogszabály véleményem szerint az alternatív medicina legiszlációjában érdekelt csoportok érdekeit és kompromisszumait mutatja.

3. Az értekezés célja, hogy a természetgyógyászat orvosi kurrikulumba történő integrációjának néhány típusát nemzetközi példákon keresztül bemutassa, illetve megvizsgálja az EU tagállamok orvosképzést nyújtó intézményeinek (továbbiakban orvosegyetem) graduális szinten belüli természetgyógyászati oktatását. Az EU tagállamok orvosegyetemei között végzett kérdőíves felmérése során a kérdés az volt, hogy az egyetemek milyen aránya ajánl alternatív medicina kurzust, az arány változott-e a vizsgálatot megelőző öt évben, illetve a változást milyen társadalmi tényezők határozzák meg. Azt feltételeztem, hogy EU orvosegyetemei között a természetgyógyászati ismereteket is az oktató egyetemek aránya növekedett az elmúlt években, párhuzamosan a növekvő igénnyel és a hallgatói elvárással. Feltételeztem ezt annak ellenére, hogy az EU-n belül nincsen a graduális

orvosképzés természetgyógyászati oktatására kiterjedő, azt propagáló, vagy standardizáló, egységesítő szándék.

4. Az értekezés további célja olyan empirikus természetgyógyászati attitűd vizsgálat végzése a hazai orvostanhallgatók körében, amely a nemzetközi vizsgálatokhoz hasonló indikátorokat használ, azokkal összevethető. A vizsgálat során kérdés volt a debreceni orvostanhallgatók saját és az orvosi szakma természetgyógyászattal kapcsolatos attitűdje, viselkedési formái, illetve a hallgatók a természetgyógyászat egyetemi oktatásával kapcsolatos attitűdje. Azt feltételeztem, hogy az attitűd vizsgálat a nemzetközi tapasztalatoknak megfelelően nagy hallgatói nyitottságot és elfogadást mutat, magasabbat, mint amit a hallgatók az orvosokkal kapcsolatban tapasztalnak. A női hallgatók és a felsőbb éves hallgatók attitűdje volt pozitívabbnak várható.

A disszertáció korlátai

A tézis nem kíván állást foglalni az ideális természetgyógyászati szabályozás kérdésében. A természetgyógyászat szabályozása a szocio-kulturális adottságokhoz kell, hogy illeszkedjen. A hazai szabályozás bármilyen módosítása előtt egy komoly hatástanulmány elkészítése indokolt.

A tézis nem foglalkozik a természetgyógyászok működésével, működési gondjaikkal, munkájuk minőségével, illetve annak ellenőrzésével.

Magyarországon nincsen egységes kép a természetgyógyászati szolgáltatások kínálati oldaláról. Mivel az orvos-természetgyógyászok végzettségét rögzítő országos adatbázis nincs, a tevékenység működésére kiadott Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ) engedélyek száma alapján egy megyei bontású természetgyógyászati lefedettséget mutató térképet kívántam készíteni. A szükséges adatokat az ÁNTSZ a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló 1992. évi LXIII. törvény 20. § (1) bekezdése alapján bocsátotta rendelkezésre. Az ÁNTSZ 2004-től összesen 1688 természetgyógyászati működési engedélyt adott ki. 2004-ben valamennyi működési engedélyt meg kellett újítani, tehát az 1997 és 2007. júniusa között engedélyt szerzettek megtalálhatók az adatbázisban. A rendelkezésre bocsátott adatbázis elemzése 473 esetben lehetetlen volt, ugyanis csak a kiadott engedélyek számát lehetett megállapítani, a természetgyógyászati típust nem, mivel csak általános természetgyógyászati kategória került megnevezésre, a konkrét természetgyógyászati ág nem. A hatósági adatok alapján készült az 1. táblázat, amely a természetgyógyászati engedélyeket ágazonként csoportosítja. A táblázat Microsoft

Excellel készült. Mivel az adatok jelentős része nem értékelhető, az országos lefedettséget mutató, megyénkénti bontású térkép nem készült el.

2. IRODALMI ÁTTEKINTÉS

2.1. Jogi keretek

2.1.1. A természetgyógyászat szabályozásának alapjai

Az irodalmi áttekintés két témára fókuszál: a természetgyógyászati szabályozás alapvető vonásaira és nemzetközi aspektusaira, illetve a természetgyógyászati ismeretek graduális orvosi kurrikulumba való integrálhatóságának kérdésére. Az első téma a természetgyógyászati szabályozás modelljeit, az Egészségügyi Világszervezethez való kötődését és a szabályozás kétségeit foglalja magába. A második téma az oktatás nemzetközi tapasztalata alapján felvázolja a természetgyógyászati ismeretek graduális orvostudományban történő oktatásának érveit és ellenérveit, illetve utal az orvostudomány nemzetközi aspektusaira, mércéjére.

2.1.2. A természetgyógyászat szabályozásának alapvető rendszere

Stephan 1985-ben írta le elsőként a világban előforduló, modern gyógyítás és hagyományos gyógyítás kapcsolatát jellemző jogviszonyokat (Stephan, 1985). A stephani csoportosítás a leggyakrabban alkalmazott, hivatkozott a legizolációs csoportosítások közül. Ezt használta Magyarországon az Egészségügyi Tudományos Tanács 1991-ben a természetgyógyászatról alkotott állásfoglalásában (ETT, 1991), illetve a WHO több tanulmányban is (WHO, 2001; Bodeker és mtsai, 2005). Stephan négy alrendszeret határozott meg: az inkluzív, az integratív, a monopolisztikus és a toleráns rendszert. Az *inkluzív* rendszerben a modern és a hagyományos gyógyászat párhuzamosan él egymás mellett. A hatóságok elismerik a természetgyógyászati rendszert és esetleg jogszabályi működési keretet, hivatalos egészségügyi politikát is alkotnak ebben a témakörben. Az inkluzív rendszer létezik például a Kongói Köztársaságban, Nigerben, Nigériában, Madagaszkáron, Malin, Mozambique-ban és Zimbabweban. Az *integratív* rendszer esetén a természetgyógyászat egy egységét képezi az állami egészségügynek, mind oktatás, mind engedélyezés, mind adózás, mind biztosítás szempontjából. A világon négy államban találhatjuk meg: Kínában, Észak-, és Dél-Koreában, illetve Vietnámban. Európában a monopolisztikus és a toleráns rendszerrel találkozhatunk. A *monopolisztikus* rendszer a tudományos, vagyis a modern orvoslást ismeri el törvényesnek, kizárva és szankcionálva a

gyógyítás egyéb módjait. Ez elterjedt modell Európában, találkozhatunk vele például Franciaországban, Szlovéniában, Spanyolországban. Magyarországon 1997 előtt monopolisztikus rendszer létezett. A *toleráns* rendszerben létezik egyfajta rangsor, és elsőbbséget élvez a modern gyógyászat, de a jogszabályok nem tiltják a más fajta (nem a modern gyógyászat kereteibe tartozó) gyógyítást, sőt szabályok léteznek a nem orvos természetgyógyászok képzésére, működésük engedélyezésére. Ezzel a rendszer találkozhatunk Nagy-Britanniában, Kazahsztánban, Ukrajnában. Az ETT, a már említett állásfoglalásában a következő leírást adta a monopolisztikus és a toleráns rendszerről: „A monopolisztikus rendszerben az orvos, a fogász, a gyógyszerész és a nővér jogosult egészségügyi munkára, de hagyományos beavatkozást, mint kiropraktika, hipnózis, akupunktúra csak orvos végezhet, speciális képesítés birtokában. A toleráns rendszerben bizonyos beavatkozásokat a kompetens hatóságtól képzést és felhatalmazást nyert személy (Németországban a Heilpraktiker) is végezhet.”

A stephani rendszer továbbfejlesztése a kevert rendszerek bevezetése. Európában, például Magyarországon, bizonyos természetgyógyászokra szorosabb, szigorúbb szabályok vonatkoznak és az allopatíás orvosok részére fenntartottak. Magyarországon például csak orvosi végzettséggel lehet homeopátiát vagy akupunktúrát végezni (monopolisztikus elem), orvosi diploma viszont nem szükséges a talpmasszázs vagy íriszdiagnosztika végzéséhez (toleráns elem). A kevert rendszer elméleti alapját De Bijl Nederveen és Van de Kragt elképzelése adja, aki szerint a szigorú, „allopatíás” kötöttséget elég fenntartani az emberi egészségre veszélyesebb területeken (Nederveen és Kragt, 1997). A nem veszélyes eljárások esetén szerinte nem indokolt az egészségügyi piacot korlátozni.

2.1.3. Szabályozni vagy nem szabályozni?

A toleráns és kevert rendszer a természetgyógyászati szabályozás jelenlétén alapszik. Napjainkban nagy lendülettel folyik a természetgyógyászati szabályozás az Európai Unió tagállamaiban, a toleráns és kevert rendszer kezd általánossá válni. Magyarországon 1997-ben, Csehországban és Portugáliában 2003-ban, Nagy-Britanniában éppen napjainkban fogadtak el új szabályozást. A szabályozási lendület ellenére fel kell tenni a kérdést, hogy valóban mindenhol szükségesek-e (új) szabályok? Az állami szabályozás hiánya nem jelenti a *piaci törvények* hiányát is. Az ellátók a minőség biztosítása érdekében, ami reklám, kamarákat, testületeket alakítanak, amelynek tagsága a betegek számára biztosító erővel bírhat. Az állami reguláció nem káoszt jelent, hanem erős versenyhelyzetet a magán

egészségügyi ellátók piacán, illetve a betegeknek az állam által át nem vállalt rizikót (Holcombe, 2003).

A szabályozás leggyakrabban hangoztatott célja a társadalom védelme a nem megfelelő természetgyógyászati módszerek alkalmazásától és az egészség fokozott védelme. Az államnak általánosan elfogadott feladata állampolgárai egészségének védelme, de az nem biztos, hogy a természetgyógyászat esetén a korlátozó szabályozás nyújtja a megoldást. Mit is jelent a természetgyógyászat szabályozása? Holcombe szerint a szabályozás az oktatás standardizálását, a végzettségek megkötését, a munkakörülmények meghatározását és ellenőrzését jelenti, ami korlátozza a betegek önrendelkezési jogát. *A szabályozás nemhogy nem segít emelni az egészségügyi ellátások színvonalát, de rontja azokat.* A betegek gyanútlanul, bízva az állami kontrollban, kapják ugyanazt a gyenge ellátást, ahelyett, hogy ők maguk választhatnák ki a számukra megfelelő minőségűt (Sade, 2003). A természetgyógyászat kutatások egyik kiemelkedő személyisége, Edzard Ernst szerint a szabályozás, a standardizáció *csak tudományos alap* esetén eredményez bármi eredményt. Mi értelme van embereket képezni, a képzést standardizálni egy hatástalan módszer alkalmazásához (Ernst és Fugh-Berman, 1999)? Shahjahan a szabályozás veszélyével kapcsolatban arra is felhívta a figyelmet, hogy az oktatás egységesítése iskolák, irányzatok megszűnéséhez fog vezetni, ahogy történt ez az Egyesült Államokban, amikor a Flexner riport nyomán felfedezett tudományossági követelményt az orvosi kurrikulumok alapjává tették (Shahjahan, 2004). A kétségek ellenére *a szabályozás szükségessége általánosan elfogadottá* vált, valóságos legiszlációs hullámnak lehettünk tanúi az elmúlt 5 évben.

2.1.4. A szabályozás indokai és érintettjei

A szabályozás indokait a négy szabályozásban érintett csoport szemszögéből érdemes csoportosítani. A négy érintett csoport: *betegek* (fogyasztók), *orvosok*, *természetgyógyászok* és *politikusok*. Mind a négy csoportnak fűződik érdeke valamilyen típusú természetgyógyászati szabályozáshoz; azonban érdekeik különbözőek, így különbözőek a céljaik a szabályozási formát tekintve is.

A szabályozás indoka: a betegek terápiás választási szabadsága és a fogyasztók védelme

1. Az egyes fogyasztó, beteg szabadon választja meg azt a terápiát, amit gyógyulása során igénybe kíván venni. A cselekvőképes betegnek, autonómiájából eredően, *joga van*

hatásos terápiák visszautasítására, illetve joga van olyan terápiák választására is, amelyek hatása nem bizonyított vagy bizonyítottan eredménytelen. A természetgyógyászati terápiák jelentős részének a hatása nem bizonyított, illetve hatástalan. Magyarországon a betegjogokat az egészségügyi törvény, ezen belül az önrendelkezés jogát az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 15-19.§ szakasza biztosítja. Magyarország az Európai Unió tagja, amely tény az állampolgárok számára uniós állampolgárságot is jelent, ami azonban nem garantál, nem biztosít plusz betegjogokat. 2002-ben fogadták el az Európai Betegjogi Kartát, ami az Európai Alkotmánynak lett volna egy fejezete. A Európai Betegjogi Karta biztosította volna, hogy a betegeknek joguk van a tájékozott beleegyezéshez (right to consent) és a döntési szabadsághoz (right to free choice). Az Alkotmány, így a Betegjogi Karta a francia és a holland népszavazás (2005. május 29., illetve június 1.) elutasítása miatt nem lett kötelező erejű dokumentum, a betegek nem hivatkozhatnak rá, nem hívhatják föl jogforrásként. A betegjogi karta biztosította volna az átláthatóságot és érvényesíthetőséget, hiszen jelen pillanatban a betegjogok tagállamonként eltérőek (Cittadinanzattiva-Active Citizenship Network, 2002).

2. A gyógynövények, táplálékkiegészítők rendelkeznek *saját mellékhatással*, illetve konvencionális gyógyszerekkel *interakcióba* léphetnek. Ha nem kellően tiszták, vegyszerrel vagy állati maradványokkal, kórokozókkal szennyezettek, akkor *fertőző megbetegedéseket* is okozhatnak. Csak szemléltetésképp néhány példa a gyógyszerek és gyógynövények közötti interakcióra. Az echinacea ronthatja, a ginkgo és a ginseng nem várt mértékben emelheti a cyclophosphamide hatását. A fokhagyma csökkenti a warfarin hatását, ezzel trombózisra hajlamosít. A barátcserje (Vitex agnus-castus) szedése, amit menstruációs ciklus rendellenességeire elterjedten használnak, nem ajánlott selegiline, amantadine vagy levodopa mellett (National Center for Complementary and Alternative Medicine: Clinical Trials). Az egyik legnagyobb veszély azonban az, hogy alternatív terápia alkalmazása miatt hatékony kezelés maradhat el. Súlyos szövődménye, mint vérzés, szervsérülés, fertőzések következménye lehet az akupunktúrának, csonttörés, idegsérülés fordulhat elő csontkovácsolás következtében (Ernst és White, 1997; Ernst, 2002). Mégis, összességében azt mondhatjuk, hogy egy évre és beavatkozás számra vetítve modern orvosi ellátás miatt előálló nem kívánatos események száma messze felülmúlja a természetgyógyászati esetek számát. A természetgyógyászati termékek/kezelések mellékhatásai ritkák és általában enyhék (Myers és Cheras, 2004).

A szabályozás indoka: az orvosok és a hivatalos egészségügy védelme

A modern medicina hat módszerrel védi rendszerint az érdekeit: 1) *annihiláció* során negligálja a konkurens gyógymódot, 2) *szupresszió* során társadalmi nyomást gyakorol, gyakoroltat, 3) *restrikció* esetén korlátokat szab a konkurens működésében, 4) *kollaboráció* esetén feltételes együttműködésre kényszerít, 5) *marginalizáció* során kiszorítja piacról a konkurenst, 6) *abszorpció* során a konkurenciát bekebelezi, ezáltal megszünteti (Baer, 1989). Az érdekvédelem két igen elterjedt módja a marginalizáció és az abszorpció.

1. A *marginalizáció* során az uralkodó biomedikális szakma kiszorítja a rivális feleket, általában sarlatánnak bélyegezve őket. Marginalizációnak minősíthető a népgyógyászok kizárására történő jogi alap teremtetése, amely a legtöbb európai országban a 19. században zajlott. Nagy-Britanniában például 1858-ban zárták ki a gyógyításból a nem biomedikális módszereket alkalmazókat (Armstrong, 1995). Itthon a közegészségügy rendezéséről szóló 1876. évi XIV. Törvénycikk 43. § szakasza szerint. „Magyarországban orvosi gyakorlatra csak annak van joga, ki az ország területén fennálló tudományos egyetemek által kiállított orvosi oklevéllel van ellátva, illetve a hivatalos eljárás során külföldi diplomáját honosította”. Az 52. § kijelenti, hogy „orvosi gyakorlatra nem jogosított egyéneknek betegeket keresetképen gyógykezeltetni és díjazás mellett gyógyszereket rendelni tilos”. Magyarországon az 1876-os közegészségügyi törvény volt az első, amely a gyógyítás egyedüli letéteményesének az orvosokat nevezte meg. Ezt a privilégiumot az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. megszüntette.

2. *Abszorpció* a természetgyógyászat módszereinek befogadását és alkalmazását jelenti, ami megkérdőjelezi a különálló irányzat létezésének alapját és jogát. Napjainkban a természetgyógyászat legmarkánsabb irányzata az evidencia alapú (*evidenced based medicine*, EBM) természetgyógyászat. Az EBM természetgyógyászat beolvad az uralkodó irányzatba, maga mögött hagyva holisztikus szemléletét. Szinte közhellyé vált Edzard Ernst kijelentése, miszerint csak egy medicina van, az evidenced based. Az egy medicinába tehát beletartozik a korábbi biomedikális és az EBM természetgyógyászat is. Az irányzat nagyon nagy hatással bír a döntéshozókra, támogatott terület, a természetgyógyászati kutatások közül gyakorlatilag csak az biomedikális alappal bírók jutnak támogatáshoz. Az „egy medicinának” talán legismertebb definiálása 1998-ban történt, amelyet hitvallásaként az új-zélandi orvosi kamara a komplementer és alternatív medicináról szóló ajánlásába átvett (Medical Council of New Zealand, 2004; Angell és Kassirer, 1998): „Nem létezhet kétféle medicina- konvencionális és alternatív. Csak megfelelően tesztelt és nem tesztelt medicina, csak működő és nem működő

medicina létezik. Ha egy eljárást szigorúan teszteltek és az működik, nem számít, hogy konvencionális vagy alternatív volt-e. Ha egy eljárás biztonságos és effektív, akkor azt be kell fogadni. Elbeszélések, spekulációk, tanúsítások nem helyettesíthetik az evidenciát. Az alternatív medicina tesztelése nem lehet könnyebb, mint a konvencionális medicináé.” A hazai Szkeptikus Társaság nyilatkozata 2007 augusztusában jelent meg az alternatív gyógyászat témakörében, amely szintén az egy medicina elve mellett teszi le a voksot: „Mi úgy tartjuk, hogy a választóvonal nem a hivatalos és az alternatív orvoslás, hanem a hatékony és a nem hatékony orvoslás között húzódik.” (Szkeptikus Társaság, 2007).

A szabályozás indoka: a természetgyógyászok védelme

1. A medicina „terjeszkedő természete” miatt érdemes az egészségügyi határokat világosan felállítani, ami elősegítheti az alternatív medicina értékeinek védelmét. A medicina mindent magába olvaszt, ami az egészséghez köthető, saját logikája szerint átrendezve. A teljes beolvasztás elkerülésére alkalmas technika lehet a *határok lefektetése*.

2. A természetgyógyászat nagy társadalmi támogatottsággal bír, ezt számos európai tanulmány alátámasztja. A természetgyógyászatot annyira sokan alkalmazzák, hogy egyszerűen *nem reális elképzelés megtiltani*, vagy büntetni a gyakorlását.

3. A természetgyógyászati termékek és módszerek *hatásosságáról és biztonságosságáról* jelentős számú vizsgálat készült, nem lehet a pozitív eredményeket figyelmen kívül hagyni. Bár előfordulnak mellékhatások, nem várt szövődmények a természetgyógyászati módszerek, termékek alkalmazása során, ezek általában enyhék és átmenetiek.

A szabályozás indoka: a politikai célok és az állami kötelezettségek teljesítése

1. A politikusok, amikor felvállalják a természetgyógyászat képviselőtét, a *népszerűséget* is választják, hiszen a természetgyógyászat népszerű. Nagy-Britanniában, amikor a gyógynövények és a homeopátia szabályozására vonatkozó új jogszabályokat implementáltak, hatalmas társadalmi nyomást gyakoroltak a jogalkotókra, hogy az EU káros hatásától „megkíméljék” a briteket és megmentsék a nem standard homeopátiás készítményeket. A természetgyógyászati témák felkarolása, társadalmi támogatottságuk révén, politikai népszerűségben mérve kifizetődő.

2.1.5. Az Egészségügyi Világszervezet tradicionális gyógyászattal kapcsolatos orientációja

Az Egészségügyi Világszervezet, a World Health Organization (WHO) 1949-es megalakulástól kezdve az egyik legnagyobb programja az Egészséget Mindenkinnek 2000-re, a Health for All (HFA) by the Year 2000. A HFA céljainak megvalósítása érdekében világossá vált, hogy a természetgyógyászattal foglalkozni kell, a modern gyógyászat eredményei nem terjeszthetők el egy csapásra világszerte. A WHO a 70-es években megállapította, hogy az egészségügyhöz való hozzáférés, az egészséghez való jog eloszlása egyenlőtlen a világban. A világ lakosságának 80%-a csak tradicionális, természetgyógyászati módszereket alkalmaz a gyógyítás során (WHO Regional Office for Africa, 2000). A természetgyógyászat szerepének ezt a földrajzi megosztottságát mutatja az elnevezés is, a nyugati országokban *komplementer és/vagy alternatív medicina*, míg a fejlődő országokban *tradicionális medicina* a hivatalos elnevezés. A HFA program meghirdetésére 1978-ban Alma Ata-ban került sor, ahol az alapellátás megerősítésére hívták föl a figyelmet. Mivel a világ lakosainak jelentős része nem jut modern, nyugati ellátáshoz, ezért a tradicionális gyógyítókat be kellett venni a programba. 1978-ban indította el a WHO a Tradicionális Medicina Programot (Traditional Medicine Programme-TCM), ami 1990-ben beolvadt az Esszenciális Gyógyszerek Programjába (Essential Drug Programme- EDP) (Bioethics: China Daily, 2001)

Ma, a tradicionális medicinával foglalkozó részleg (Traditional Medicine Team) az esszenciális gyógyszerekkel foglalkozó osztálynak képezik egy kis részét (Department of Technical Cooperation for Essential Drugs and Traditional Medicine (HTP/TCM)). A természetgyógyászat a 80-as évektől a fejlődő országokban is kitüntetett problémaként van jelen. A fejlett országok lakosai növekvő arányban alkalmaznak olyan természetgyógyászati módszereket, amelyek kulturális gyökerekkel nem rendelkeznek a nyugati országokban és sem *biztonságosság*, sem *effektivitás* tekintetében nem vizsgáltak. Ennek a fontosságára hívta föl a figyelmet az a kínai teakeverék, amely Belgiumban 50 embernél okozott veseelégtelenséget (World Health Organization, 2002, EB111/9). A WHO úgy ítélte meg, hogy a természetgyógyászattal kapcsolatos kérdések a világ minden részén jelen vannak, persze más hangsúllyal. A fejlődő országokban az egészségügybe való integrálása a cél, míg a fejlett országokban a kordában tartás, a társadalom egészségének védelme a nem biztonságos termékektől. A WHO 2002-ben egy stratégiai programot fogadott el (Global Strategy for Traditional and Complementary Alternative Medicine [TM and CAM] 2002-2005), amely az

eddig legátfogóbb munka ebben a tárgykörben, négy fő célt határozott meg (WHO, 2002, Strategy).

- A WHO felhívta a tagállamokat a természetgyógyászattal kapcsolatos *nemzeti stratégiák* kidolgozására, ismerjék el az alternatív medicinát az egészségügyi ellátás részeként és ennek érdekében alkossanak jogszabályi kereteket. A 191 WHO tagállamból mindössze 25 rendelkezik deklarált természetgyógyászati célokkal, prioritásokkal. Másrészt arra hívott föl, hogy a tagállamok gondoskodjanak a tradicionális tudás védelméről, akadályozzák meg ennek a tudásnak az elvesztését a „tradicionális tudást hordozó” közösségek támogatásával.
- A WHO által másodikként kitűzött cél a természetgyógyászat alkalmazása körüli *biztonság növelése*, a természetgyógyászati technikák és módszerek minőségének fejlesztése. Ennek érdekében felszólította a tagállamokat hatékonysági és biztonságossági kutatások végzésére. Javasolta, hogy hozzanak szabályokat a gyógynövények termesztésével, kereskedelmével kapcsolatban. Ezen a téren a WHO konkrét ajánlásokat készített (WHO, 2005).
- A harmadik cél a természetgyógyászati termékek *hozzáférhetőségének* növelése. Ennek érdekében a WHO sürgeti például a gyógynövények feltérképezését, védelmét és termesztését. Mára számos gyógynövény pusztult ki, illetve van kipusztulóban a túlhasznált, a túlzott gyűjtés miatt.
- A negyedikként meghatározott cél a *racióális használat* elősegítése. A racionális használatot a WHO a természetgyógyászok képzése és a fogyasztók informálásával párhuzamosan tartja elérhetőnek. A fejlett nyugati országokban a fogyasztók tájékoztatása a legfontosabb eszköz az egészségügyi károk elkerülése érdekében.

A 2002-2005 közötti időszakra szóló stratégiai program a tagállamokra valóban hatást gyakorolt, folytatása még nem született meg. A WHO nem csak programokon keresztül, hanem a szervezeti egységeinek közvetlen döntéseivel is hat a WHO tagállamokra. A WHO főbb központi szervei: a Közgyűlés (World Health Assembly) és a Végrehajtó Tanács (Executive Board), amelyek a természetgyógyászattal kapcsolatban több *határozatot* és *ajánlást* hoztak, amelyek taxatív felsorolása a 2. táblázatában található. A WHO működése három szervezeti szinten (központi, regionális és a tagállami szinten) és hat regionális részen zajlik. Mind a hat régió rendelkezik természetgyógyászati kutató centrummal. Ezek a

centrumok végzik gyakorlatilag a természetgyógyászat feltárása, megmentése érdekében a kutatásokat és ajánlásokat dolgoznak ki (WHO: Collaborating Centres for Traditional Medicine). Az európai régióban egy kutatóközpont található, Milánóban.

2.2. Oktatás

2.2.1. A természetgyógyászati ismeretek integrációjáról általában

A természetgyógyászat iránti igény Európa, Ausztrália és Észak-Amerika társadalmában növekszik, és ez a trend tartósnak látszik. Ugyanakkor az orvosok tudása, természetgyógyászati ismeretei hiányosak, nem haladják meg a laikus szintet (Dalen, 1998; Perry és Dowrick, 2000). Az 1990-es évek elején fogalmazódott meg az Egyesült Államokban, hogy az orvosoknak is alkalmazkodni kell a megváltozott társadalmi igényekhez, és a helyzet pontos megismerése érdekében vizsgálatokat kezdtek, felmérendő az orvosok valós természetgyógyászati ismereteit és az egyes alternatív terápiákkal kapcsolatos attitűdjüket. A vizsgálatok egyhangúan azt állapították meg, hogy a konvencionális gyógyítók ismeretei valóban csekélyek, leginkább sztereotípiákban gondolkodtak, illetve ők maguk is elégtelennek ítélték meg tudásukat. Ugyanakkor a betegek szeretnék a természetgyógyászat használatáról beszélni, ami a kutatások során napvilágra kerülő mellékhatások és interakciók miatt fontos is lenne (White és mtsai, 1997).

Nemcsak az orvosok, de az orvostanhallgatók is realizálták a szükséges ismeretek kurrikulumban meglévő hiányát. Számos országban végeztek hallgatói attitűd és ismeret felmérő vizsgálatokat és az derült ki, hogy a hallgatók döntő többsége ezt a tárgyat integrálandónak tartja.

Az orvospépzésbe való integrációt politikusok és szakmai szervezetek (például az American College of Physicians and the American Society of Internal Medicine) is el kezdték támogatni. Kiemelendő a politikai dokumentumok közül az amerikai Fehér Ház Bizottságának természetgyógyászatról szóló riportja, a White House Commission on Complementary and Alternative Medicine Policy (WHCCAMP) és a brit Lordok Házának Tudomány és Technológia Bizottsága által készített riport, a House of Lords Science and Technology - Sixth Report. Alapvetően mindkét dokumentum a szabályozás átláthatósága, a komolyabb intézményi figyelem, illetve a természetgyógyászat reális alternatív jellegének biztosítása mellett érvelt. Mindkét dokumentum kiemelte a természetgyógyászati kérdések orvosi kurrikulumba való integrálásának fontosságát.

2.2.2. Az integráció érvei

1. *Információhiány:* Mind több beteg használ természetgyógyászatot és igénye van arra, hogy ezt az orvosával is megkonzultálja, megbeszélje (Owen és mtsai, 2001). A természetgyógyászati módszerek nem veszélytelenek, gyakoriak az interakciók a konvencionális és nem konvencionális terápiák között. Az orvosok és hallgatók képzésének hiányában nem rendelkeznek az alternatív medicina terén alapismeretekkel sem, ami miatt elutasítók a betegek ilyen kérdéseivel szemben. A betegek pedig szeretnék bővebb információkat kapni, megbeszélni, tanácsokat kérni az eligazodáshoz.
2. *Kompetencia hiány:* Maguk az orvostanhallgatók is érdeklődnek, nem csak a betegek egészségügyi érdeke vezérli őket. Mivel az oktatás szolgáltatás jellegű tevékenység, ehhez az oktató intézmény indirekt módon alkalmazkodik (Berman és mtsai, 1998). Az Egyesült Államokban az orvostanhallgatók önképző kör jelleggel hozták létre az első természetgyógyászati délutáni képzéseket (Wetzel és mtsai, 1998). A hallgatói attitűdvizsgálatok eredményei nagy érdeklődést jeleztek, amely érdeklődés mértéke jóval nagyobb volt, mint amit az orvosok a folyamatos továbbképzés során mutattak (Greiner, 2000). Kanadai felmérések szerint a hallgatók 65%-a integrálандónak tartja a természetgyógyászatot a graduális orvoscépzésbe (Ruedy és mtsai, 1999), egy másik kanadai felmérés a hallgatói igényt 80%-nak találta (Halliday és mtsai, 1993). Egy 2003-as izraeli vizsgálat szintén magas érdeklődési arányt, természetgyógyászati ágtól függően 69-87%-os arányt mutatott (Oberbaum és mtsai, 2003).
3. *Financiális lehetőségek:* Kormányzati vagy alapítványi anyagi támogatás közvetlenül teheti érdekeltté az egyetemeket a képzésben. Egyesült Államokban például a természetgyógyászati kutatásokra és oktatási grantok biztosítására több millió dollárt bocsátanak rendelkezésre évenként (NCCAM programok). Másik közismert példa, a walesi herceg által Nagy-Britanniában létrehozott alapítvány, The Prince's Foundation for Integrated Health, amely működtet egy oktatási adatbázist és tanácsadó hálózatot az ország területén elérhető természetgyógyászati képzésekről. Harmadik példa az Európai Unió szakképzési hálózatai, amelyek természetgyógyászati szakmai képzések létrehozására és bemutatására biztosítanak lehetőséget a Leonardo Network pályázati rendszeren belül.
4. *Szakmapolitikai promóció:* Az egészségpolitikai, szakmapolitikai támogatás is

segítheti az egészségügy pluralizálását, így a természetgyógyászat könnyebb igénybevehetőségét, a sokféle egészségügyi ismeret oktatásának bevezetését. A nagybritanniai és egyesült államokbeli kormányzati dokumentum egyaránt támogatta az alternatív ismeretek integrációját. (White House Commission, 2002; House of Lords, 2000). A politikai résztvevőkön túl az orvosszakmai szervezetek is a képzés valamilyen formája mellett foglalnak állást (American Medical Association Council on Medical Education, 1997).

5. *Betegjogi vonatkozások:* A természetgyógyászati kutatások révén mind több bizonyíték áll rendelkezésre a hatásosságról, biztonságosságról és a veszélyekről, amelyek ha nem is kerülnek be a napi praxisba, a tájékoztatáshoz való jog miatt figyelembe kell őket venni. A tájékoztatáshoz való jog, mint érv, egyre fajsúlyosabb. A nyugati társadalmakban alapjog az önrendelkezéshez való jog, amely az egészségügyben a terápiák szabad megválasztásában, az autonómiában, a tájékozott beleegyezésben, stb. nyilvánul meg. A tájékoztatáshoz való jog az orvos oldalán kötelezettséggént jelenik meg. Napjaink nagy kérdése, hogy mikor terheli az orvosokat tájékoztatási kötelezettség az alternatív terápiáról? A betegnek joga van minden olyan információhoz hozzájutni, amely a döntése meghozatalához szükséges. Vagyis egyszerűnek tűnik a kérdés, a természetgyógyászati kezelésekről is tájékoztatni kell a betegeket. A természetgyógyászatról való tájékoztatást két dolog komplikálja: az orvosok nem tanulnak természetgyógyászatot (nincsenek ilyen ismereteik) és nem is tisztázott a tájékoztatás mércéje sem. A természetgyógyászati módszerek java része ugyanis nem felel meg a tudományos kívánalmaknak, sőt a modern gyógyítás ezeket kimondottan nem ajánlja. A kétségek ellenére Bill Clinton elnöksége idején született, már többször említett dokumentum, a WHACCAMP leszögezi, hogy a betegeket a természetgyógyászati alternatívákról is tájékoztatni kell (Cohen és mtsai, 2005). Az orvosokat segítő, a tájékoztatás elveit Cohen, Boozang és Weir is kidolgozta. Ezek a rendszerek tartalmazzák, hogyan érdemes eljárni, ha a beteg egy természetgyógyászati terápia felől érdeklődik, illetve vesz igénybe (javaslat ellenére) (Cohen, 2004; Boozang, 2000; Weir, 2003). Ezek a rendszerek azért fontosak, mert segítenek az orvosoknak dönteni, hogy mikor ajánljanak, vagy ne ajánljanak egy természetgyógyászati módszert, tekintettel arra, hogy általában nincsenek egyértelmű bizonyítékok a hatásosság és biztonságosság kérdésében. A tájékoztatás elmaradására (nem természetgyógyászati témákban) alapított per Magyarországon is szép számmal fordul elő. Ausztráliában és az Egyesült

Államokban már voltak olyan perek, amelyeket arra alapoztak, hogy az orvos nem tájékoztatott valamely természetgyógyászati módszerről, mint terápiás alternatíváról (Ernst és Cohen, 2001; Cohen és Eisenberg, 2002; Moore v Baker, 1993; Kerridge és McPhee, 2004). Az egészségügyben zajló kártérítési perekben a tapasztalat az, hogy a nyugati bíróságok ítélezés gyakorlata 10-15 éves késéssel Magyarországra is begyűrűzik (Dósa, 2004). Vagyis várhatóan Magyarországon is előbb-utóbb megjelennek a természetgyógyászattal kapcsolatos kártérítési perek.

6. *Betegelégedettségi vonatkozások:* A WHO hivatalos 2003-as közlése szerint Európában és Észak-Amerikában a lakosok legalább 50%-a használt már valamilyen természetgyógyászati módszert. (WHO, 2003, Fact sheet N°134.). A természetgyógyászat elterjedt használatának hátterében nem egy jól definiálható ok húzódik meg, hanem több tényezője van (Sharma, 1992). Az okok között a legfontosabb az orvos- beteg, illetve a természetgyógyász- beteg kapcsolat eltérő jellege. Az orvos-beteg kapcsolat minőségét rendszeresen kritika éri, a betegek elégedetlenek. Ugyanakkor a természetgyógyász-beteg kommunikáció a betegek szerint sokkal jobb, ami az egyik oka annak, hogy olyan nagy számban fordulnak hozzájuk. Számos szerző hasonlította össze a modern nyugati orvoslást és az alternatív medicina jellegzetességeit. A leghíresebb leírás Fergusontól származik, aki a nyugati medicina kapcsolati jellegzetességének a beteg függő és az orvos érzelmileg független helyzetét írta le. Ezzel szemben a természetgyógyászt, mint segítő és gyógyító partnert, a beteget pedig autonóm személyiségként jellemezte (Ferguson, 1980). A betegek az orvosokat túlságosan racionálisnak, érzelemmentesnek, tárgyilagosnak; a konzultációkat elkapkodottnak, személytelennek, futószalagszerűnek írták le. Ezzel szemben a természetgyógyászokat segítőkésznek, empátikusnak és a kezelés tekintetében optimistábbnak látták; a terápiás légkört személyesebbnek és komfortosabbnak találták (Campbell, 2005). Mivel több vizsgálat is megerősítette, hogy a betegek elégedettebbek a természetgyógyászati konzultációk minőségével (Mercer és mtsai, 2001), kézenfekvő megoldásnak tűnik a természetgyógyászati gyakorlatban egyébként alkalmazott beteg centrikus, holisztikus szemlélet bevezetése és alkalmazása, amely kedvező hatással lehet az orvos-beteg kapcsolatra. A természetgyógyászat oktatásának bevezetése eredményezheti a konvencionális gyógyító- beteg kommunikáció javulását is.

2.2.3. Az integráció ellenérvei

1. *A humanista orvoslás ellenérve:* Nem igazolt azonban az, hogy a természetgyógyászat holisztikus gyakorlata önmagában képes lenne a biomedikális valóság átalakítására, a kommunikációs problémák kiküszöbölésére, a beteg elvesztett bizalmának visszaszerzésére. Sőt, a betegcentrikusság, a holisztikus világszemlélet oktatása végső soron nem feltételezi a természetgyógyászatot (Stumberg, 2005). Ez nagyon fontos szempont, aminek a hangsúlyozása érdekében vissza kell tekinteni az orvosi humaniőrák, a medical humanities orvosi kurrikulumba való bevezetésére. Ez nem egyszerű hasonlat, hiszen a természetgyógyászat holisztikus szemlélete miatt az orvosi humaniőrák, (társadalomtudományok) részét képezi. A nyugati medicina az 1960-as évektől páratlan technikai fejlődésen ment keresztül, ami a betegellátást alapjaiban megváltoztatta. Ugyanakkor a high tech világában a betegek elvesztették az orvosba és a kezelésekre vetett bizalmukat. A bizalom pedig nélkülözhetetlen, hiszen a betegellátás alapját ma is az orvos-beteg viszony jelenti. Baum megjegyzése szerint az orvoslás a tudomány és a művészetek metszéspontjában áll (Baum, 2002). Ha csak a tudományos aspektusokat választjuk, akkor elvész az orvoslásból a humanizmus, amit a betegek elvárnak. „A tudománnyal ellentétben, amely csak a megismételhetővel, az általánossal foglalkozik, a medicina tárgya a különleges, individuális ember, amely persze alkalmaz tudományos eszközöket. A medicina tárgya miatt inkább a művészetekhez hasonlatos. A medicina miközben a természet törvényeire, a megismételhetőségre fókuszál, mindenképp elszemélyteleníti a betegellátást.” (Calman és Downie, 1996). A medicina elszemélytelenedésének kiküszöbölésére világszerte megreformálták az orvusképzést, bevezették „kötelező jelleggel” az orvosi humaniőrákat (medical humanities). Az orvusképzésbe az orvosi humaniőrák, így a pszichológia, szociológia, bioetika, antropológia, integrálása, ellensúlyozhatja a dehumanizációt, a modern orvoslás brutalitását. Ennek érdekében a Nemzetközi Orvusképzési Intézet, az Institute for International Medical Education 2002-ben a humanisztikus tárgyak törzsanyagba való integrálását ajánlotta, illetve tette kötelezővé tagjainak (IIME Core Committee, 2002). Magyarországon a humanisztikus tárgyakat valamennyi orvosi kar integrált keretben, magatartástudományi ismeretekként oktatja (Barabás, 2003). A humanisztikus tárgyak bevezetését ugyanazok az érvek és célok magyarázták, amelyek a természetgyógyászat kapcsán is elhangzanak. Ugyanakkor nem szabad megfeledkezni arról, hogy a humanisztikus tárgyak bevezetése nem volt

képes átütő sikert elérni. Ezek a tárgyak a kurrikulumban hallgatói szemszögből másodrangúak, mellőzöttek, nem tettek szert az egyébként megérdemelt megbecsülésre (Bánfalvi, 2003).

2. *EBM ellenérve:* A leggyakoribb ellenérv, hogy a természetgyógyászat által nyújtott tudás nem felel meg a tudományosság kritériumainak, így egy alapvetően tudományos képzésbe ezt integrálni szükségtelen, esetleg kimondottan káros (Relman, 1998). Az az állítás pedig, hogy esetleg létezne egy olyan medicina, amely minkét ág előnyeit egyesítheti, alkalmazhatja elképzelhetetlen. Csak egy, a tudományosan bizonyított medicina létezik, annak nincs alternatívája. A természetgyógyászati kurzusok elkenik, nem kezelik világosan az effektivitás kategóriáját, megnehezítik a hallgatók döntését a valódi, működő terápiák kiválasztásában (Colquhoun, 2005). Colquhoun például nemcsak az orvusképzésbe nem tartja kívánatosnak, integrálandónak a természetgyógyászatot, hanem általában a tudománytalan tárgyak oktatása ellen harcol. Részben az ő nevéhez is köthetők, azok Nature-ben megjelent publikációk, amelyek kétségbe vonták a homeopáták képezhetőségének értelmét „Bachelor of Science” és „Master of Science” tudományos végzettségeken belül (Giles, 2007; Colquhoun, 2007).
3. *Egészségpolitikai részrehajlás:* Barrett szerint, azok, akik a természetgyógyászat-párti politikai ajánlásokat, kötelezettségvállalásokat készítenek, nem független vizsgáló testületek tagjai, ugyanis nem függetlenek, hanem anyagilag érdekelt, tudománytalan nézeteket valló, ilyen gyakorlatot folytató személyek (Barrett, 2005). A Bill Clinton elnöksége idején készített, nemzetközi hatású dokumentum egy iránymutatás, amely a jövő egészségügyét integrált egészségügyként képzei el. A jövőben szükségesnek látja a természetgyógyászat integrációját az orvusképzésbe, a továbbképzésbe, a klinikai gyakorlatba és a biztosítási rendszerbe. A dokumentumra 2002-ben válasz is született, amely Fehér Ház riportját tételesen, pontról pontra kritizálta. Szerintük az integráció tudománytalan és milliókba kerülő pénzpocséklás (Barrett, 2002). A kritikusok vizsgálatot javasoltak a közpénz elpocséklásának gyanúja miatt. A Szkeptikus Társaságának (Quackwatch) riportjára a politikai erők nem reagáltak, és érdemi vizsgálat a George Bush kormánya alatt sem indult. A 2002-es válasz, bár néhány orvosi lapban megjelent, oktatáspolitikai hatása eltörpül a WHCCAMP-é mellett (Marwick, 2002). A National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) testület tagjainak és a tanácsadó testület tagjainak személyes érintettségét kritizálták, két irányból is. Találhatunk olyan kritikát, amely szerint

természetgyógyászat irányába elfogultak (Wallace, 2006), illetve olyat, amely szerint az említett testületek biomedikális orvosok bábszerve csupán, amit a természetgyógyászatot vizsgáló testületek összetétele bizonyít (Baer, 2002). Wallace, aki a testület tudománytalanságát állította, 2006-os nyílt levelében elsősorban azt követelte, hogy a NCCAM kormányzati portálról, amely az Egészségügyi Minisztérium felügyelete alá tartozik, távolítsák el a tudományos értékeket nélkülöző természetgyógyászati kutatások adatait. A levél annak apropóján született, hogy a portálról levettek egy, a természetgyógyászatot kritizáló linket.

4. *Oktatáspolitikai ellenérv:* A kritikák egy része a kurzusok kidolgozottságát, megvalósítását veszi célba. Az orvosi természetgyógyászati kurzusok szinte átláthatatlanok, személyhez kötöttek, nem standardizáltak. A kritikák szerint a kurzusok zöme felületes, érintőleges információkat tartalmaz az egyes CAM ágakról (Caspi, 2001). A képzés gyakorlati tevékenységre általában nem jogosít, valódi kompetencia nem alakul ki. Az oktatók képzettsége gyakran alacsonyabb, mint az orvosi karokon szokásos, ráadásul nem is fogadják el őket (Owen és Lewis, 2004). A kurzusok mivel nem bírnak hagyománnyal a modern orvosképzésben, nagyban függenek az egyetemi vezetéstől és attól, hogy van-e éppen olyan oktató, aki jártas ezekben a témákban. Létük ad hoc-nak is tekinthető (Kligler és mtsai, 2000). További formai kifogás, hogy a természetgyógyászok más nomenklatúrát használnak, és nem is csak az eltérő nyelvezet, hanem az eltérő premisszáik „feldolgozása” okoz gondot, felesleges gondot a hallgatóknak (Caspi és mtsai, 2000). (A természetgyógyászat szétszakadása, rosszul értelmezése, mint érv előkerül az orvos-természetgyógyászok kategorizálása kapcsán is. Egyre több nyugati orvos érdeklődik, sajátít el, majd alkalmaz valamilyen természetgyógyászati módszert a gyakorlatban (Blumberg és mtsai, 1995; Perry és Dowrick, 2000; Sikand és Laken, 1998). A természetgyógyászat és a konvencionális orvoslás azonban teljesen más alapokon nyugszik. A homeopátia például egyáltalán nem kompatibilis a modern orvoslással, nem elfogadott. Többen megemlítették, hogy a két rendszer párhuzamos alkalmazása, az ideológiák közötti ellentmondás feldolgozása nem problémamentes a konvencionális gyógyítók számára (Richardson, 2001). Weeks ennek alapján két részre osztotta az orvos-természetgyógyászokat, az egyik csoport csak a természetgyógyászati technikákat teszi magáévá, a másik a szellemi háttérét is (Weeks, 2000).) A természetgyógyászati képzés ráadásul más, integráltabb oktatási módszereket alkalmaz, amelyek megértése külön gond a hallgatóknak (Epstein és mtsai, 2003; Freman és Welton, 2005). Az

oktatásban nagyobb hangsúlyt kapnak az esetbeszámolók, a személyes közlések, mint a modern medicina klinikai oktatása során ez szokásos. A természetgyógyászati képzés során az orvostanhallgatók megdöbbentő élményekben részesülnek, és itt biztosan szembesülnek a világszemlélet pluralitásával. A sokszínűség, a betegek hitének tisztelete, elfogadása a képzés egyik legfontosabb feladata. A természetgyógyászat maga is több filozófiai rendszert foglal magába, amelyek egymástól nagyon eltérők, nem csupán a tudományos alapokon nyugvó modern gyógyásztól térnek el. A természetgyógyászat oktatásában az evidenced based alapok elsajátítására nagy hangsúly esik. Ugyanakkor nem szabad elfelejteni, hogy az egészségügyi képzés elmélete gyakorlatban másképp nézhet ki, ami érzelmileg megterhelő helyzeteket eredményez, frusztrációhoz, későbbiekben kiégéshez vezethet. (House of Lords, 2000). A tapasztalatok szerint az eltérő rendszerek elfogadásának oktatására a legjobb módszer a narratív elbeszélés. A narratív elbeszélésben a hallgatók analitikusan reflektálnak a velük történetekre, a látottakra. A hallgatók a narratív elbeszélést egyáltalán nem tartják könnyű feladatnak, hiszen párhuzamosan kell értelmezni a tényeket és saját attitűdjeiket, érzelmeiket. (Richardson, 2003; Tate, 2003). A narratív technikát elterjedten alkalmazzák más humanisztikus tárgyak, mint az orvosi kommunikáció vagy az orvosi pszichológia. A komplementer medicina oktatása során az az érdekes, hogy a hallgatók egy órán belül tanulnak-látnak új technikákat, betegeket és reflektálnak saját attitűdjükre.

2.2.4. Egyetemi autonómia és nemzetközi ajánlások

A természetgyógyászati ismeretek integrálása mellett és ellen számos érv felhozható. A döntés joga, vagyis, hogy a természetgyógyászat ismeretek megjelennek-e a graduális orvoscépzésben, illetve hogyan, az egyetemeké. Demokratikus államokban az egyetem *független és autonóm intézmény*, maga határozza meg oktatási profilját.

„Globalizálódó világunkban” azonban nem ennyire egyszerű a helyzet, az egyetemek szabadságának vannak korlátai. Magyarországon például az egyetemek autonómiáját a felsőoktatási törvény garantálja, az egyetemek azt oktatnak, amit felvállalnak. A minőségi kontrollt, vagyis az orvoscépzéshez szükséges elemek felvállaltak és teljesítettek legyenek, az *egyetemek akkreditációja* biztosítja. Az akkreditációt nem érinti, hogy egy orvosi kar oktat-e természetgyógyászati ismereteket, legyen bármekkora társadalmi elvárás ennek irányába. Tehát a nemzeti jogból semmilyen módon nem következik, hogy természetgyógyászatot

oktatni kellene. A felsőoktatást azonban fokozottan érinti a globalizációból adódó kihívás, a nemzetközi standardizáció nyomása. Az orvosi diplomának komoly nemzetközi piaca van, a diplomák és az orvosi karok összehasonlíthatóságot biztosítani kell. Két nagyon erős külső presszió létezik, az egyik az *EU orvoscépzésre vonatkozó rendelkezései*, a másik a *nemzetközi orvoscépzési szervezetek* elvárásai.

Magyarországon az Európai Unióhoz való csatlakozás előtt az egészségügyi felsőoktatás alapképzési szakjainak képesítési követelményeiről szóló 36/1996. (III. 5.) Korm. rendelet volt érvényben. Ez a rendelet megnevezte a képzés célját és megadta a képzés részletes struktúráját, vagyis mit kell az egyetemeken tanítani. A rendeletet a felsőoktatási alap- és mesterképzésről, valamint a szakindítás eljárási rendjéről szóló 289/2005. (XII. 22.) Korm. rendelet helyezte hatályon kívül, utat nyitva az akkreditáción alapuló, összehasonlíthatóbb orvoscépzési rendszernek. Az elterjedt akkreditációs rendszer ellenére sem mondható, hogy az orvosok kurrikuluma egységes, könnyen összevethető lenne az EU-n belül. Magyarország 2004. május elsejétől az Európai Unió tagja, így érvényesül a diplomák és végzettségek kölcsönös elfogadásának elve (2005/36/EC rendelet a 93/16/EC módosításaként). Az EU rendelet megnevez, az orvosi szakmát is beleszámítva, hét területet, ahol a diplomák kölcsönös elismerése fenntartások nélkül érvényesül. A rendelet 24. szakasza felsorolja, mely orvosi diplomákat fogadnak el egyenértékűként, pontosabban orvosi diplomaként. A 24. szakasz értelmében az minősülhet orvosnak, aki hat év alatt 5500 elméleti és gyakorlati órát hallgatott; megfelelő orvostudományi ismereteket szerzett és járatos a tudományos módszerekben; elegendő ismereteket szerzett az egészséges és a beteg ember strukturális, funkcionális és magatartásbeli jellemzőit illetően; kellő ismereteket szerzett a klinikai tárgyakban és gyakorlatban; kórházi gyakorlatra tett szert megfelelő felügyelet alatt. A rendelet szövege tehát nem határoz meg pontos, egzakt tartalmi követelményeket az orvossá váláshoz. Ennek következtében az orvoscépzés minősége és konkrét tartalma az EU-ban is nagyon eltérő (Leinster, 2003). A minőségi különbségek feloldására 2004-ban hozták létre a Thematic Network MEDINE projectet. A projectben célja, hogy európai szintre szabja, specializálja az Orvoscépzési Társaságok Világszövetsége (World Federation for Medical Education, WFME) által megadott orvoscépzési standardokat és általában átláthatóbbá, egységesebbé tegye az uniós orvoscépzési rendszert (The Thematic Network on Medical Education in Europe (MEDINE), 2002).

A magyar szabályoktól, az EU rendelkezéseitől függetlenül bizonyos nemzetközi standardok megtartására kötelezettek a hazai egyetemek. A magyar orvosegyetemek a már említett két nemzetközi orvoscépzési szervezetnek tagjai, ami önként vállalt kötelezettséget

jelent a diplomák tartalmának tekintetében. A Nemzetközi Orvoseképzési Intézet (*Institute for International Medical Education /IIME/*) minimum elvárásokat szabott meg a képzés tartalmáról (Global Minimum Essential Requirements): 60 oktatási tárgykörből álló kurrikulumot hozott létre, amelyet a világ 1600 orvoseképző helye vezérfonalként használ. A kurrikulum meghatározása tulajdonképpen kompetencia meghatározást jelent, vagyis a fiatal orvosnak mit kell tudnia, mire kell képesnek lennie, milyen orvosi magatartást kell tanúsítania. A minimum ismeretek (képessegek) között nem sorol föl a dokumentum kimondottan a természetgyógyászattal kapcsolatosat, de szükségesnek tartja a más egészségügyi szektorban dolgozókkal az effektív konzultációt (IIME Core Committee, 2002).

A másik nemzetközi szervezet az Orvoseképzési Társaságok Világszövetsége, *World Federation for Medical Education* (WFME). A WFME az orvosok képzésére vonatkozó ajánlásait három dokumentumban (Trilógia) foglalta össze, amelyből az első rész a graduális, a második a posztgraduális képzésre (szakvizsga), a harmadik a folyamatos továbbképzésre vonatkozik. A WFME meggyőződése szerint meg lehet határozni egy IIME-nél határozottabb nemzetközi minimum standardot az orvoseképzésben. Annak ellenére, hogy államonként jelentős szocio-kulturális, egészségügyi, társadalmi, gazdasági eltérések vannak, a WFME szerint a közös tudományos alap miatt egy standard meghatározható, ami nem jelent egy globális orvosi kurrikulumot. A graduális képzésre vonatkozó dokumentum (Global Standard) oktatási program fejezete tartalmazza a kompetenciáinak felsorolásán túl, hogy mit kell az orvosi karokon nemzetközi elvárások szerint oktatni. A fejezet kijelenti, hogy az orvoseképzésbe bele kell foglalni magatartásorvostani, pszichológiai, etikai, jogi, szociológiai, stb. ismereteket, amelyek elősegítik a hatékony orvos-beteg kommunikációt, a helyes klinikai döntéseket és etikus magatartást. A fejezet számos tantárgyat példálózó jelleggel felsorol, de konkrétan nem említi a komplementer medicinát (World Federation for Medical Education, 2003)

Léteznek olyan független, szakmai szervezetek amelyek javaslatokat készítenek az orvoseképzés színvonalának emelése érdekében. Európában közismert és elismert a *skót orvosegyetemi szövetség és az angol orvosi kamara* által készített ajánlás. Az általuk megalkotott kurrikulum konkrét, gyakorlatorientált (jóval részletesebb), mint a nemzetközi szervek általános kompetencia meghatározásai. A skót és az angol szövegben egyaránt szerepel a komplementer medicina ismeretének követelménye. A dokumentumok szerint a hallgatóknak tudniuk kell, hogy miért fordulnak olyan sokan természetgyógyászhoz és ez milyen hatással lehet a konvencionális terápiákra (General Medicine Council, 2002; Simpson, 2002; Scottish Deans' Medical Curriculum Group, 2003).

Összefoglalva azt kell elmondani, hogy a hazai és az EU normáin kívül a nemzetközi tagságok ajánlásai jelentős szabályozó erővel bírnak. Ezek a szervezetek/tagságok jelentik a diplomák értékét, eladhatóságát, a hallgatók versenyképességét. Az orvosi humaniórák (medical humanities) oktatása 2002-ben jelent meg elvárásként az IIME tematikájában, aminek következtében az addig nem oktatók is kénytelenek voltak igazodni. Ha a természetgyógyászat oktatása ajánlásként/elvárásként, az orvosi humaniórák példájához hasonlóan ezekben a dokumentumokban megjelenne, várhatóan a képzés elterjedését hozná a még protestálók között is.

3. ANYAG ÉS MÓDSZER

A hazai természetgyógyászat orvosegyetemi oktatásával kapcsolatos problémák elemzéséhez dokumentumkutatást és két empirikus kutatást végeztem. A dokumentumkutatás során a természetgyógyászattal kapcsolatos hazai és EU-s jogszabályokat, jogi dokumentumokat elemeztem, illetve a természetgyógyászat rendszerváltás utáni történetének történeti feldolgozásához a rendeletek megalkotása és módosítása során készített jegyzőkönyveket, levelezéseket tekintettem át. Az egyik, a természetgyógyászati ismeretek graduális orvsképzésben elfoglalt helyzetének vizsgálatára irányuló empirikus kutatást az EU orvosegyetemein (1), a másikat a Debreceni Egyetem orvostanhallgatói (2) körében végeztem.

Kérdőív: Mindkét vizsgálatban saját fejlesztésű önkitöltős kérdőívet használtam. Az első vizsgálat 7 kérdéses kérdőíve angolul, németül és franciául volt kitölthető. A második vizsgálat kérdőíve 11 kérdést tartalmazott.

Minta: (1) A reprezentatív vizsgálatban az EU tagállamok (2004), vagyis Ausztria, Belgium, Csehország, Dánia, Észtország, Finnország, Franciaország, Görögország, Hollandia, Írország, Lengyelország, Lettország, Litvánia, Magyarország, Málta, Nagy-Britannia, Németország, Olaszország, Portugália, Szlovákia, Szlovénia, Spanyolország, Svédország illetve Svájc és Norvégia orvosegyetemei vettek részt. A vizsgálat az Egészségügyi Világszervezet nyilvántartásában szereplő (World Directory of Medical Schools 2003) orvosegyetemekre terjedt ki. Ciprus és Luxemburg nem rendelkezik orvosegyetemmel az említett adatbázis szerint. A World Directory of Medical Schools listája alapján 265 egyetemmel, vagyis orvosi fakultással kíséreltem meg felvenni a kapcsolatot, hogy az a természetgyógyászat oktatásának gyakoriságának, illetve gyakorlatát feltérképezsem. A vizsgálat 2004 szeptemberétől december végéig tartott.

(2) A második nem reprezentatív, lokális vizsgálat a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum I.-V. éves orvostanhallgatóinak természetgyógyászattal kapcsolatos attitűdjét vizsgálta, a 2003/2004-es tanév második félévében. A kérdőívet összesen 198 orvostanhallgató töltötte ki.

Mintavétel módja: (1) A 265 orvosegyetemre két alkalommal küldtem emailt, amelyben azt kértem, hogy egy internetes oldalra látogassanak el és az ott található on-line kérdőívet töltsék ki és küldjék vissza (1. ábra). Azon karok esetén, ahol az email-ben történt kérés nem hozott eredményt, a postai címre küldtem levelet válaszborítékkal. Ha a World Directory of Medical Schools 2003-ban szereplő egyetemek adatai között nem szerepelt email

cím, akkor az egyetemek weblapján szereplő oktatási dékánnak vagy a rektornak küldtem az emailt. A postacímeket a World Directory of Medical Schools 2003 minden esetben tartalmazta.

(2) A mintavételbe az évfolyamonként meglévő tíz magyar csoport közül I., II., IV., V. éven kettőt, III. éven hármat választottunk ki véletlenszerűen. A kiválasztott csoportok hallgatói közül a Magatartástudományi Intézetben tanórán megjelentek töltötték ki a kérdőívet. Az elemzés szempontjából külön részt alkottak a két-két első és másod, két-két negyed és ötöd éves csoport hallgatói, illetve a harmad évfolyam három csoportja. Ennek a csoportosításnak az képezte alapját, hogy a hallgatóknak első- és másod-éven szinte nincs gyakorlati klinikai tárgyuk, harmadéven vegyesen szerepelnek elméleti és gyakorlati tárgyak, negyed- és ötödéven szinte csak klinikai ismeretek oktatása szerepel a tananyagban (2/1-2. ábrák).

Adatfeldolgozás: (1) A kapott összes (105) válasz adatfeldolgozása SPSS For Windows 11. verzió felhasználásával történt. A feldolgozás során alapelemeloszlásokat és keresztábrákat alkalmaztam. Mivel az EU egyes tagállamaiban az egyetemek nagy arányban, míg mások egyáltalán nem ajánlanak természetgyógyászattal kapcsolatos képzést, megvizsgáltam, hogy a természetgyógyászati ismeretek integráltságának gyakoriságát a „társadalmi igény” határozza-e meg. A természetgyógyászattal kapcsolatos igényt három jellemzővel mértem: a lakosság hány százaléka használt már legalább egyszer természetgyógyászati módszert, illetve milyen az OTC (over the counter) termékek és milyen a vitaminok- és ásványianyagok forgalma. Az összefüggés vizsgálata azokban a tagállamokban volt lehetséges, ahol készült a természetgyógyászat népszerűségét, felhasználását megállapító populációs alapú felmérés. Ezeket az adatokat egy WHO jelentés országokként tartalmazza (WHO, 2001). Az OTC termékek és a vitamin- és ásványianyag fogyasztás, illetve a természetgyógyászat oktatásának integrációja közötti korreláció vizsgálatához az Association of the European Self-Medication Industry országjelentését használtam föl, amely megadja országokként az OTC termékek forgalmát és tartalmazza a vitamin és ásványi anyagokra költött lakossági összkiadást (European Self-Medication Industry). A korreláció vizsgálatot a vizsgált országok természetgyógyászatot valamilyen formában oktató egyetemeinek aránya valamint a valamilyen természetgyógyászati kezelést/készítményt igénybe vevők aránya, illetve az egy főre számított vitaminra- és nem vényköteles készítményre költött összeg között végeztem. A korrelációs koefficiens a MS Excel program erre szolgáló függvényének segítségével számítottam ki.

(2) Az adatfeldolgozás SPSS For Windows 11. verzió felhasználásával történt. Az elemzéshez alapelemeloszlásokat és keresztábrákat (χ^2 négyzet próba, szignifikancia vizsgálat)

alkalmaztunk. Az eredményeket háromféle csoportosításban vizsgáltuk. Kérdésenként az összes válasz százalékos megoszlását elemeztük, illetve vizsgáltuk a válaszok megoszlását évfolyamokra és nemekre bontva is. A vizsgált csoportok közötti eltéréseket $p < 0,05$ érték mellett tekintettük szignifikánsnak.

4. EREDMÉNYEK

4. 1. Természetgyógyászat az Európai Unióban

4.1.1. Az Európai Unió jog jelentős szereppel bír a természetgyógyászat jogi helyzetének alakításában

EU szabályozásáról általában

Magyarország 2004. május elsejétől az Európai Unió tagja, ami jogharmonizációs kötelezettséget is jelent. Az Európai Unióban hozott jogszabályokat, ha azok kötelező erővel bírnak, itthon is alkalmazni kell. Magyarország nem hozhat az EU szabályozásával ellentétes rendelkezéseket, és az EU szabályozási köre egyre nagyobb területre terjed ki.

Az Európai Unió története az 1950-es évekre nyúlik vissza, amely gazdasági együttműködésként (hatok közös piaca) kezdett működni. A gazdasági együttműködés alapja a fokozatosan megteremtett, tagállamokra kiterjedő *négy alapszabadság, vagyis a személyek, áruk, szolgáltatások és tőke szabad mozgása* (free movement of persons, goods, services, and capital) biztosítása. A tagállamok elhatározása és az Európai Bíróság tevékenységének eredményeként az EU hatóköre mára kiszélesedett. Az egészségügy területén például több mint 230 uniós beavatkozás történt az elmúlt 40 évben, amelynek két harmada a gyógyszerpiacra vonatkozott. Az egészségügyre vonatkozó uniós intézkedések közül közismert példák az Európai Egészségbiztosítási Kártya (E111) bevezetése vagy az Európai Bíróság ügyeletben történt munkavégzés megítéléséről hozott ítéletei: a Valencia, illetve a Simac ügy nyomán a tagállamok az ügyeletben eltöltött időt munkaidőként kötelesek kezelni (Ari, 2005). A természetgyógyászat kérdései *tagállami hatáskörbe tartoznak*, az EU hatása csak az egyéb politikákon keresztül érvényesül. Mivel a jogi szabályozás jó néhány tagállamban hiányzik vagy hiányos, az EU közvetett, egységesítő hatása nagy hangsúlyt nyer (CAM-Cancer, 2006, Prevalence).

EU és a természetgyógyászat

A természetgyógyászat kizárólagos tagállami hatáskörbe tartozó kérdéskör, ami nem azt jelenti, hogy EU platformokon nem merült volna már föl a kérdés. Az EU tagállamokban a természetgyógyászati módszereket/termékeket a lakosság jelentős része alkalmazza/használja (House of Lords, 2000). A fokozott érdeklődés miatt az 1990-es évektől

láthattunk parlamenti felszólalásokat, az EU intézményekkel konzultációt, tanácsadó testületeket, írásbeli kérdéseket (CAM-Cancer, 2006, About CAM-Cancer). Ezek, a természetgyógyászati kérdéseket közvetlenül támogató EU-s megnyilvánulások nem voltak kötelezők, mivel tagállami hatáskörbe tartozó kérdéssel állunk szemben. A pártoló szavakon túl azonban jogszabály vagy finansziális támogatás mostanáig nem jelent meg. 2007-ben indult el két program, amelyek realizálhatják a természetgyógyászat támogatását. A Közösség 2007-2013 közötti egészségügyi programjának terve a „Programme of Community action in the field of Health 2007-2013”, amely támogatja a betegek és az ellátók tagállamok közötti *mobilitását*, illetve hangsúlyozza a betegek *szabad választásának* biztosítását az egészségügyön belül (European Commission: Health and Consumer Protection Programme, 2006). A másik, a 7. kutatási keretprogram, a Seventh Framework Programme (FP7), lehetőséget nyújt a természetgyógyászati kutatások finanszírozására is (Community Research & Development Information Service, 2006). Az EU a természetgyógyászat helyzetére egyrészt *közvetlen*, kötelező és nem kötelező jogi eszközökkel, illetve *közvetett* úton hat. Közvetett hatás érvényesül, ha az intézkedés vagy politika más területre irányult eredetileg. Ezek közül ki kell emelni az oktatási, a kutatási, a diplomák kölcsönös elfogadása, illetve a migrációs politika természetgyógyászatra gyakorolt hatását.

Közvetlen hatás: EU természetgyógyászatra irányuló jogi anyagai,

A természetgyógyászat először az *Európai Közösségek Bíróságának* (EU Bíróság) esetjogában bukkant föl, a személyek szabad mozgása, letelepedés szabadsága tárgykörében (Freedom of movement for persons - Freedom of establishment). Az első eset a Marc Gaston Bouchoucha elleni büntetőeljárás volt, ahol a természetgyógyászati végzettség kapcsán a bíróság a doktori cím viselését fenntartotta az orvosegyetemet végzett orvosoknak: „Bouchoucha úr francia nemzetiségű, aki francia állami diplomát szerzett masszörként és kineziológusként, illetve 1979 októberében csontkovács képesítést szerzett a nagy-britanniai Maidstone-ban, a European School of Osteopathy-ban. Bouchoucha úr ezen kívül rendelkezik naturopata doktori képesítéssel, amit a London College of Applied Science-ban szerzett. Mindezek ellenére ő nem rendelkezik olyan diplomával, képesítéssel, végzettséggel, ami őt a francia egészségügyi törvény (Article L 356-2 of the Code de la santé publique) értelmében az orvosi tevékenység végzésére feljogosítaná...a Közösségi Szerződés 52. cikke nem zárja el a tagállamokat attól, hogy az orvosi kiegészítő tevékenységek végzését, mint a csontkovácsolás fenntartsák orvosi végzettséggel rendelkezők számára.” (European Court: C-61/89, 1990).

Egy másik fontos, EU Bíróság által 2005-ben hozott ítélet, az egységes gyógyszerpiacra hivatkozva a közösségi joggal szembenállónak, így felfüggesztendőnek ítélte azt a francia szabályozást, amely a homeopátiás termékek egy másik tagállamból történő importját engedélyhez kötötte (European Court: C-212/03, 2005).

A természetgyógyászat kérdése nem csak az EU Bíróság előtt, de az *Európai Parlamentben* is felmerült. Az Európai Parlamenti képviselő, Paul Lannoye eddig nem megvalósuló előterjesztése kimondottan a természetgyógyászatról szólt, amely az Európai Parlament Környezeti, Közegészségügyi és Fogyasztóvédelmi Bizottságában terjesztett elő 1994-ben (European Parliament Committee on the Environment, Public Health, and Consumer Protection). „Felhívást intézett a tagállamokhoz a komplementer medicina társadalombiztosításban elfoglalt helyzetének rendezésére, a természetgyógyászati termékek Európai Gyógyszerkönyvben történő jegyzésére, a természetgyógyászok „allopátiás orvosok általi” üldözésének felfüggesztésére, valamint egy egységes európai természetgyógyászati szabályozás létrehozására. A szabályozást a brit csontkovácsokról és kiopraktizőrökről szóló rendelet mintájára javasolta. Ezen kívül indítványozta, hogy az elkövetkező öt évben, vagyis 1995-2000 között, 10 millió eurót biztosítson a Közösség a természetgyógyászati kutatásokra. Az utolsó pillanatban az Európai Parlament törölte az előterjesztésről szóló szavazást.” (WHO, 2001; 187-188.)

1997-ben az Európai Parlament határozatot fogadott el a természetgyógyászat helyzetéről és felhívta az *Európai Bizottságot* (European Commission) tegyen intézkedéseket a természetgyógyászat elfogadása érdekében, miután a szükséges tanulmányokat elvégezte. Ezen kívül hozzon létre kutatási programokat a természetgyógyászat hatásosságának és effektivitásának tesztelésére (Resolution on the status of non-conventional medicine, 1997).

A felhívásra a már idézett CAM-Cancer 2005-ben született meg, vagyis 8 évet váratott magára. A kutatás eredménye sok tekintetben választ ad a Parlament kérdéseire. Részletesen összehasonlítja a tagállamok, EFTA államok és Svájc természetgyógyászati szabályozását, felügyeletét és biztosítását. Ezen kívül összehasonlítja a jelenlegi szabályozási formákat és utal a jövőbeni lehetőségekre. A projekt finanszírozása az 5. kutatási keretprogram Életminőség Szekciójából történt (Quality of Life section of the EU's 5th Framework Research Program) (CAM-Cancer, 2006, About CAM-Cancer).

Az *Európa Tanács*, amely nem az EU intézménye, megállapította, hogy a nem konvencionális gyógymódok alkalmazása EU szerte a betegek szabadságán, szabad választásán alapul. Ez a szabadság pedig nem veszélyeztethető, feltétlen érvényesülést kívánó jog. A Tanács felhívta a tagállamokat, hogy folytassanak a témában kutatásokat, készítsenek

összehasonlító tanulmányokat, és az eredményeket tegyék elérhetővé (A European approach to non-conventional medicines, 1999).

Az EU másodlagos joganyaga közül az állásfoglalások, ajánlások nem bírnak a tagállamokra kötelező erővel. Az irányelvek a másodlagos joganyag közé tartozó, tagállamokra az eredmény tekintetében kötelező szabályok, a módszert a tagállamok szabadon választják meg. Az áruk szabad mozgása (free movement of goods) következményeként a szabad térséget a gyógyszerpiacra is kiterjesztették, megteremtve a gyógyszerek szabad mozgását. A gyógynövények kereskedelmének egységesítésére 1994-től fogadtak el szabályokat. 1994. január elsejétől léptek hatályba a homeopátiás és gyógynövény termékek európai szintű piacát biztosító direktívák. A természetgyógyászat tárgykörében egyedül a gyógynövények és homeopátiás szerek forgalmára vonatkozik kötelező közösségi jogszabály. Az EU Bíróság ítéletei, amelyek szintén kötelezőek, csak a felekre vonatkoznak.

2004/24/EU irányelv a gyógynövényekre egységes európai piacot teremt, növényi preparátumokra hasonló minőségi előírásokat tartalmaz, mint bármely más regisztrált orvosi készítmény esetében. Valamely gyógynövényből készült termék bevezetése esetén azonban a tagállamok alkalmazhatnak egy egyszerűsített eljárást (tehát nem a gyógyszerekkel hasonlatos hatásosságot kell biztosítani). Az egyszerűsített eljárás két különösen fontos feltétele alapján piacra léphetnek a termékek, ha biztonságosak, legalább 15 éve használtak az EU tagállamban. A természetgyógyász szervezetek nagy aggodalommal fogadták az új irányelveket és az EU szerte tiltakozást váltott ki. A táplálékkiegészítők (vitaminok és ásványi anyagok) esetében 2002/46/EC hivatott az egységes szabályozásra (2005-ös implementálás). Az irányelvekhez két kiegészítést csatoltak, amelyek tételesen felsorolják a forgalmazható termékeket (WHO, 2005).

Közvetett hatás: Oktatás és hallgatói mobilitás

Egy 2002-ben keletkezett célkitűzés szerint EU-n belül 2010-ig el kell érni a képzési rendszerek összehangolását olyan szinten, hogy lehetővé tegye a polgárok szabad mozgását az államok között, a tudás és a végzettségek elismerését, amely biztosítja a szabad munkavállalást és továbbtanulást (Council of the European Union, 2001). A munkaprogramban célként kitűzött képzési rendszerek összehangolásnak részét képezi a szakképzések és a felsőoktatás harmonizálása.

Az Európai Unió célja a szakképzés kapcsán a szakképzés minőségének a javítása, valamint a szakképzési rendszerek európai szintű átjárhatóságának és átláthatóságának a

biztosítása (European Ministers of Vocational Education and Training, 2002); a felsőoktatás terén az *Európai Felsőoktatási Térség* megteremtése, amely a Bolognai Nyilatkozatban foglaltaknak megfelelően az európai felsőoktatási rendszerek kompatibilitását és átjárhatóságát jelenti. A Bolognai folyamatban a kompatibilitás alapját a kreditek képezik, amelyet a három éves graduate (180 kredit) és a ráépített 2 éves master (120 kredit) képzés során lehet begyűjteni (European Ministers of Education, 1999). A szakképzések „harmonizálása” még a kezdeti szakaszban tart, ellentétben a felsőoktatásban elért gyakorlati eredményekkel.

Az Európai Unióban léteznek a szakképzés egészére fennálló, általános kategóriák. Az európai egészségügyi képzési rendszerekben három fő képzési szint található: 1) az egyetemi fokozat, amely főként elméleti ismeretek megszerzését takarja, 2) kettő-négy éves képzés elméleti és gyakorlati ismeretek elsajátításával, 3) rövid gyakorlati jellegű képzés (National Institute of Vocational Education, 2003). A különböző időtartamú képzésekhez különböző elnevezések és különböző tevékenységi jogosultságok tartoznak. A természetgyógyászati képzés tagállamonként jelentős mértékben eltérő, mindhárom szinthez tartozó képzéseket találhatunk.

Az EU szerte meglévő, általánosan használt természetgyógyász elnevezések mögött viszont tagállamonként *különböző oktatási rendszerek* és különböző megszerzett tudás rejtőzik. Egy angol fitoterapeuta valószínű, hogy BSc of Herbal Medicine (4 év képzés), míg Magyarországon ez a cím két év iskolarendszeren kívüli szakképzés után jár. A kavalkád akadályozza a betegek eligazodását a rendszerben és nehezíti természetgyógyászok érdekképviselését is. A képzési szintek a természetgyógyászat esetében az USA-ban is nehezen tekinthetők át, ahol javaslat történt a bachelor képzés további erősítésére és általánossá tételére (Burke és mtsai, 2004). Burke vizsgálatában internetes kereséssel mérte föl az USA-ban elérhető bachelor természetgyógyászati kurzusokat.

Az EU soknyelvűsége miatt az internetes keresés nem járna megbízható eredménnyel, így a World Higher Education Database-t használtuk az EU-ban elérhető bachelor és master természetgyógyászati kurzusok áttekintéshez. A tagállamok „kötelesek” minden évben akkreditált felsőoktatási kurzusaikat jelenteni, amely adatok alapján évente World Higher Education Database készül. Az adatbázisban szereplő akkreditált természetgyógyászati kurzusok (paramedical gyűjtőnév alól érhetők el) kis számban szerepelnek. A 3. táblázatban szemléltetett valószínűen hiányos statisztika mellett is megállapítható, hogy a természetgyógyászat oktatása az akkreditált felsőoktatás szintjén (university level studies) nem általános (World Higher Education Database 2005/6). Azonban meg kell jegyezni, hogy

az egyes természetgyógyászati ágak képzései általában alapképzés szintjén az EU-ban is elérhetők (pl. Open University, 2007). A Bolognai folyamat a bachelor és master képzéshez köthető, az általa biztosított előnyök (például Erasmus, Socrates Program) alig jutnak el a természetgyógyászatot tanulókhoz (Written Question, 1999). Remélhetően az EU által lefektetett képzési irányvonalak mentén a természetgyógyászatban is egy átlátható, átjárható képzési szisztéma jön létre a közeljövőben.

Közvetett hatás: Diplomák kölcsönös elismerése, migráció

A természetgyógyászati diplomák elismerése alapvetően attól függ egy tagállamban, hogy milyen a természetgyógyászat jogi elismertsége. Amennyiben a természetgyógyászat gyakorlása valamilyen diplomához kötött, tehát szabályozott szakmának minősül, akkor a másik tagállamból származó munkavállaló is köteles megszerezni ezt a diplomát vagy sajátját elismertetni. A diplomák elismerésének két formája létezik: *ágazati* és *általános*.

Az ágazati elismerés körébe hét szakma tartozik: általános orvos, fogorvos, gyógyszerész, ápoló, szülésznő, állatorvos és építészmérnök. Ezek elismerését az Európai Unió ágazati irányelvei szabályozzák. Az ágazati irányelvek automatikus elismerést tesznek lehetővé, mivel a fenti szakképzettségek és szakképesítések esetében valamennyi tagállamban megtörtént a képzések összehangolása. Ebből következik, hogy az elismerési eljárás során a hatóságok nem az adott diplomához vezető képzés milyenségét vizsgálják, hanem azt, hogy az adott személy a saját országában eleget tesz-e az adott szakma gyakorlásához előírt valamennyi követelménynek. Az általános rendszer a Tanács 89/48/EGK és a Tanács 92/51/EK számú irányelvén alapszik. Alapvető különbség, hogy a diplomák összevetését a hatóságok egyedileg végzik. Vizsgálják, hogy az oklevél milyen tevékenység gyakorlására jogosít a származási országban, másrészt összevetik a képesítés megszerzéséhez vezető elméleti és gyakorlati képzést a fogadó ország képzésével. Ha a fogadó országban úgy ítélik meg, hogy a végzettségek nem vágnak egybe, akkor szakmai gyakorlat igazolását, alkalmazkodási időszak, illetve alkalmassági vizsga teljesítését kérhetik (European Commission: Recognition of diplomas, 2006).

Mivel a természetgyógyászati végzettségek mögötti képzések EU-szerte eltérők, a diplomák kölcsönös elfogadására az *esély kicsi*. Például Nagy-Britanniában szerezhető bachelor homeopata képesítés, ami jogosít homeopata tevékenységre (The Prince's Foundation for Integrated Health, 2006); addig Magyarországon orvosi diploma és két éves homeopata kiegészítő képzés szükséges. Ez azt jelenti, hogy a végzettség megszerzése után

nincs a rendszerek között átjárás. Egy angol homeopata nem praktizálhat Magyarországon, mert nem orvos; egy magyar pedig nem kellően képzett a homeopátia terén.

A tagállamok, EU mércével mérve, a diplomák kölcsönös elfogadása terén a lehető legnagyobb kedvezményt az egészségügyi szakmák munkavállalói számára biztosították. Ebből az előnyből a természetgyógyászok kimaradnak, sőt az általános rendszer könnyítéseit sem tudják a gyakorlatban igénybe venni, ha másik tagállamban vállalnának munkát. Az ágazati irányelvek létrehozása, a tagállamok között a minimumfeltételek kialakítása sok időt és megegyezést igényel (például az építészek végzettsége esetén a minimumfeltételekben történő megegyezés 17 évig tartott). Nem valószínű, hogy bármely természetgyógyászati ág esetén automatikus elfogadást biztosító ágazati irányelv megalkotásra kerülne, ahogyan Paul Layonne 1994-ben kívánta, de elméletileg nem kizárt. Ehhez az szükséges, hogy egy-egy szakma kidolgozza az egységesen elfogadható alap követelményrendszert, a hivatalos szervek ezt elfogadják és jogi formába öntsék. A természetgyógyászok mobilitásának mértékéről vagy irányáról sajnos nem állnak rendelkezésre statisztikák. (Az Eurostat nem készít az egészségügyi szektor mobilitásával kapcsolatos statisztikát.) Az EU-ban alacsony a mobilitás, 2% körül van azon munkavállalóknak az aránya, akik másik tagállamban dolgoznak. Viszont azoknak, akik a diplomájuk elismerését kérik másik tagállamban történő munkavállalás céljából, leginkább az egészségügy területén dolgoznak. A munkavállalók vándorlása az EU-n belül tipikusan K-NY irányú (WHO, 2003, International nurse mobility). (A diplomák elismerésére vonatkozó direktíva 2007 októberétől változik, hatályon kívül helyezve a ma még érvényes általános és szektorális szabályokat (szám szerint 15-öt). A várakozások szerint az új szabályozás megkönnyíti az ideiglenes és alkalmankénti határokat átlépő szolgáltatásokat (European Commission: The future regime, 2006).)

Közvetett hatás: Természetgyógyászat kutatástámogatása

Az EU sokáig egyáltalán nem finanszírozta a természetgyógyászati kutatásokat, majd a COST B4 1993-ban változtatott ezen. COST a Co-operation in Science and Technology, vagyis a tudomány és technológia együttműködés rövidítése. „Ez egy tudományos és technológiai együttműködés, amely összefogja a nemzeti és az EU szintű kutatásokat. A COST fő célja egy nemzetközi együttműködés létrehozása volt a terápiás értelemben fontos természetgyógyászati eljárások esetén. Különös tekintettel a természetgyógyászati terápiák költség-haszon elemzésére, a szocio-kulturális aspektusaira, hogy feltárhassák az európai

népegészségügyre gyakorolt előnyöket és hátrányokat (Community Research & Development Information Service, 2006, The main objective).

Ezen a programon kívül azonban közösségi szinten nem foglalkoztak a természetgyógyászati módszerek szisztematikus vizsgálatával. Így a természetgyógyászati kutatás finanszírozásában nagy lépést jelent az *EU 7. keretprogramba* való bekerülés. A keretprogram 9 alprogramra bomlik, amelyből a Health fejezetben szerepel a "complementary and alternative medicine" kutatási lehetősége. A Health fejezet valószínű költségvetése: 6050 millió euró 2007-2013 között (Community Research & Development Information Service, 2006, Budget). Ez esélyt nyújt arra, hogy az EU-ban is rendelkezésre álljon olyan nagyságú összeg, amely érdemi munkát tesz lehetővé (Smallwood, 2005; Heath, 2006; EurActiv, 2006). A kutatásra fordítható összeg habár soknak hathat, ez egy rendkívül sok feladatot tartogató terület. Edzard Ernst rámutatott az irigyelt amerikai Komplementer és Alternatív Medicina Nemzeti Centrum, National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) kutatási kerete kapcsán az összeg nagyságának relativitására (Ernst, 2005). Érzékeltetésképpen az NCCAM költségvetési kerete 2005, 2006, 2007-ben \$121.3 \$120.4 \$119.1 millió dollár (National Center for Complementary and Alternative Medicine: Complementary and Alternative Medicine Funding by NIH Institute/Center, 2007).

A 2007-2013 közötti periódusban *nemcsak a kutatási keretprogramon* juthatnak támogatáshoz a természetgyógyászati témák. Az egész életen át tartó tanulás programon belül például van lehetőség a szakoktatási és képzési rendszerek feltérképezésére, létrehozására, támogatására, fejlesztésére. Az Európai Unió így természetgyógyászati szakmai képzések létrehozására és bemutatására a *Leonardo Network* pályázati rendszeren belül biztosít lehetőséget (Tempus Közalapítvány, 2007).

4.1.2. Európai regulációs modellek

A már említett CAM-Cancer tanulmány Európa államainak egészségügyét két részre osztotta. A *teljesen szabályozott* egészségügyi rendszerben (Ausztria, Magyarország, Franciaország, stb.) egészségügyi beavatkozást csak és kizárólag egészségügyi diplomával rendelkezők végezhetnek. A részben szabályozott egészségügyi rendszerrel bíró államok (Dánia, Finnország, Norvégia, Hollandia, stb.) esetén egészségügyi tevékenységet bárki végezhet, ha az megelőző tevékenységnek vagy veszélytelen egészségügyi beavatkozásnak minősül. Tehát súlyos, komplikált beavatkozások egyik rendszerben sem végezhetők bárki által. A teljesen szabályozott rendszerben természetgyógyászatot csak engedéllyel

rendelkezők végezhetnek, amire jó példa a magyar szabályozás. Ez a fajta állami szabályozás lefedi a képzést, a vizsgáztatást, az egészségügyi tevékenység végzésére biztosító engedélyek kiadását. A részletes szabályozás „védett” címet biztosít a szabályokat betartóknak. A kizárólagos védelem biztosítása érdekében létezik egy ellenőrző szerv, itthon az ÁNTSZ, amely eldönti, hogy a kérvényező kaphat-e engedélyt, illetve az engedélyeket visszavonhatja, ha a természetgyógyász megsérti a szabályokat. Ennek a rendszernek az a fő előnye, hogy hermetikusan elzárja a gyógyítást az engedéllyel nem rendelkezőktől, biztosítva, hogy a betegekkel csak szakavatottak foglalkozhassanak. Akik engedély nélkül, képzettség nélkül praktizálnak, szabálysértést vagy esetleg bűncselekményt követnek el. A *félig szabályozott* rendszerben viszont bárki (természetgyógyász végzettséggel, orvosi végzettséggel, vagy ezek nélkül) szabadon gyakorolhatja a természetgyógyászati módszereket, kivéve a jogszabályok által orvosoknak fenntartott területeket. A félig szabályozott rendszer alapja az önkéntes nyilvántartásba vétel. A nyilvántartásoknak a célja, hogy segítse a betegeknek az eligazodást és óvja őket a nem igazoltaktól. A nyilvántartást vezetheti valamelyik hivatal, vagy szakmai szervezet. A rendszer lényege, hogy a nyilvántartásban csak az szerepelhet, aki valamely (állam által) elismert szakmai szervezet tagja. A szakmai szervezetek állami elismertségének vannak alapkritériumai, mint az etikai szabályok megléte, választott vezető testület, felelősségi rendszer megléte, oktatási standardokkal való rendelkezés, stb. (Budd és Mills, 2000).

A magyar szabályozás 8 természetgyógyászati ág esetén a gyakorlatot orvosi végzettséghez köti. A természetgyógyászati technikák orvosi diplomához való kötésének követelménye csak a teljesen szabályozott rendszerben merülhet föl. Az Európai Unió tagállamaiban az orvosi végzettséghez kötött természetgyógyászati praxis ritka. Ez a kötöttség akkor szokott előfordulni, ha egy (teljesen szabályozott) államban nincs külön természetgyógyászati szabályozás. Mivel a teljesen szabályozott egészségügyi rendszerben egészségügyi beavatkozás (diagnosztika, terápia, megelőzés) az egészségügyi dolgozókra, gyakran kizárólag orvosokra ruházott, természetgyógyászatot is csak ők végezhetnek. Tehát, ha csak orvosok alkalmazhatnak egy természetgyógyászati módszert az EU-ban, az általában azért fordul elő, mert nincs külön természetgyógyászatra vonatkozó szabályozásuk és a főszabály érvényesül, miszerint egészségügyi beavatkozást orvos végezhet. Ez a helyzet például Spanyolországban vagy Szlovákiában. Ha pedig mégis érvényesül az orvosoknak történő fenntartás, akkor az néhány módszerre szokott kiterjedni, mint például Szlovéniában az akupunktúra, Litvániában a homeopátiára és az akupunktúra. Tehát a magyar szabályozás tekintetében *a különbség nem minőségi, hanem mennyiségi jellegű.*

A CAM-Cancer tanulmány a tagállamok szabályozását feltérképezte és kategorizálta, arra azonban nem válaszolt, hogy a teljesen és a félig szabályozott rendszerek közül melyik a „jobb”. Nagy-Britanniában viszont a közelmúltban megkísérelték eldönteni a kérdést, a rendszerek tulajdonságainak részletes elemzésével. A Lordok Házának Tudományos és Technológia Bizottsága 2000-ben a homeopátián, az oszteopátián és a kiropaktikán túli természetgyógyászati területek szabályozási szükségességét véleményezte. Megpróbált választ találni arra, melyik szabályozási forma szolgálja leginkább a közérdeket. A House of Lords megállapította, hogy az önkéntes alapon szerveződő regulációs modellek lehetnek annyira sikeresek, effektívek, mint az állami felügyelettel működők. Az önkéntes nyilvántartáson alapuló rendszerekben nincsen állami felügyelet. Ha valamelyik természetgyógyász megszegi a testületének a szabályait, akkor a testület (szakmai kamara) kizárja. Ha bűncselekményt követ el ebben a rendszerben a természetgyógyász, akkor az állami büntető törvénykönyv általános szabályai alapján kell felelnie. Az állam szabályozó szerepe abban nyilvánul meg, hogy kiválasztja a megfelelő szakmai szervezetet/szervezeteket, és folyamatosan működteti a természetgyógyászatra is vonatkozó piacfelügyeletet (Stone, 1996). A House of Lords 2000-ben leszögezte, hogy a szabályozásnak jól tervezettnek, rizikó alapúnak és a rizikóval arányosnak kell lennie. A természetgyógyászati eljárások általában nem jelentenek különösebb rizikót, ezért a House of Lords úgy foglalt állást, hogy a természetgyógyászat szabályozásának alapvetően önkéntes alapú regisztráción kell nyugodnia, az állami szabályozás szóba jöhet esetleg az akupunktúránál és a fitoterápiánál.

A legiszlációs viták 2003-ben két egészségügyi jelentés után izzott fel, amelyek a természetgyógyászat feletti szorosabb kontrollt javasolták. Stone a brit szabályozás vitája kapcsán elkészített egy dokumentumot, amelyben kifejtette az átfogó természetgyógyászati szabályozástól mentes (status quo), az állami szabályozás (statutory regulation) és a föderális stílusban szabályozott rendszer (federal-style) előnyeit és hátrányait. A szabályozástól mentes rendszer a CAM-Cancer tanulmány félig szabályozott rendszerének, az állami szabályozás pedig a teljesen szabályozott rendszernek feleltethető meg. A föderális stílusban szabályozott rendszerre nem találhatunk működő példát, a brit legiszláció kapcsán merült föl egy ötletként, amit aztán nem valósítottak meg. Egy egységes természetgyógyászati testület megalakítását jelentette volna, amelyhez (föderációkhoz hasonlóan) nagyrészt önálló természetgyógyászati szakmák csatlakozhattak volna, szabad be- és kilépési joggal. A három rendszer előnyeit és hátrányait 4/1-3. táblázat foglalja össze (Stone, 2005).

4.2. A hazai természetgyógyászat szabályozása

4.2.1. A hazai természetgyógyászat 1989 utáni főbb eseményei

Nem ismeretes olyan munka, amely a hazai természetgyógyászat *történetét* 1989-től napjainkig részletesen feldolgozná. Pedig ennek a korszaknak, a jogalkotási lépéseknek és a szereplőknek az áttekintése teszi érthetővé a hazai kompromisszumos természetgyógyászati szabályozás megértését.

Természetgyógyászat 1989 előtt

A természetgyógyászat az 1990-es években robbant be a köztudatba, de jóval ezelőtt már megjelent Magyarországon. A II. világháború előtt már el lehetett különíteni a gyógyászatnak három ágát, a *népi gyógyászatot*, a *természetgyógyászatot* és a *modern orvoslást*. A népi orvoslás és az alternatív orvoslás fogalma gyakran összekeveredik, pedig élesen elkülöníthető a „praktizálók” köre és az ellátás helyszíne alapján. A *népi gyógymód*, különösen 1945 előtt a paraszti életformához, a gazdálkodók zárt világához kötődött. A népi öngyógyításon túl léteztek a népgyógyászat specialistái, akik természetesen maguk is parasztok voltak. A természetgyógyászatot a városi lakosság, addig a népgyógyászatot a vidéki réteg vette igénybe. Az alternatív gyógyászok működési struktúrája a nyugati orvosokéhoz hasonlított és nem a gazdálkodás rendje szabta meg, mint a népi gyógyítók esetén. A természetgyógyászok társaságokkal rendelkeztek, konferenciáik, iskoláik, folyóirataik voltak. Az 1945 előtti magyar természetgyógyászat gyökere német hagyományokra nyúlik vissza. A természetgyógyászat elnevezése valószínű, hogy a Naturalheilkunde vagy a Naturheilverfahren elnevezések tükörfordításaként jelent meg. A természetgyógyászat alatt akkor a homeopátiát, a vízgyógymódokat, a mezmerizmust és az életreformer irányzatokat értették. A tradicionális keleti gyógymódok, amelyek ma a vezető természetgyógyászati ágaknak számítanak, elvértve kerültek alkalmazásra (Koltay, 1997). A homeopátia hazai fénykorát az 1860-1870-es években élte. 1864-ben alapult a Hasonszervi Orvosegylet, 1871-ben pedig a budapesti egyetemen hasonszervi tanszék létesült. 1949-től megszűnt a Hasonszervi Orvosegylet, abban az évben, amikor a gyógyszertárakat is államosították. A homeopátia 1990-ben éledt újjá, 1991-ben alapult meg a Magyar Homeopata Orvosi Egyesület. A vízgyógymódok jelentették a természetgyógyászat másik nagy ágát, amely 1945 után szintén eltűnt. A vízgyógyászat és a mezmerizmus (energiamezőkön keresztüli gyógyítás) az eredeti formában nem éledt újjá, eljárásai viszont

számos természetgyógyászati ágban fellelhetők. Az életreform irányzatok a II. világháború előtt nagy népszerűségnek örvendtek, számos szervezettel, újsággal rendelkeztek. A böjtkúrák, a speciális diétás irányzatok (Gerson, ovolaktovegetáriánus, makrobiotikus irányzat) ma is nagy népszerűségnek és közismertségnek örvendenek.

1945 után a természetgyógyászat és a népgyógyászat gyakorlása *tiltottá vált*, a nyugati orvoslás jogilag egyeduralgkodó lett. Mivel a falubeli gyógyítók tudása személyes kontaktuson keresztül, szóban került átadásra a közösség ott élő egy tagjának, addig a természetgyógyászat írásos alapokon nyugodott és hierarchizált képzési rendszerrel bírt. A tiltásnak megfelelően a természetgyógyászati ágak valóban eltűntek a gyógyítási palettáról, a népi gyógyászat azonban a népi gyógyítók meghurcolása ellenére is egy darabig tovább élt (Koltay, 2002). Nagy port vert fel például Mészáros Ferenc, a pitvarosi csodadoktor működése 1968-ban, akiről számos „meghurcoló” cikk született (Ormos, 1990). Az áttörést 1985-ben a Reformkonyha: A természetes életmód és életrend elmélete és gyakorlata című könyv megjelenése és ugyanezen évben alapított életreform Klub alapítása eredményezte (Oláh és mtsai, 1985; Oláh, 1993).

A *legális keret 1997-től* létezik, de a népi gyógyászat és a természetgyógyászat „büntetlenül” 1989-től már ténylegesen gyakorolhatóvá vált. Az egészségügyről alkotott 1972. évi II. törvény 74. § (3) megfogalmazása szerint „az, aki orvosi, gyógyszerészi és egyéb egészségügyi képesítéshez kötött tevékenységet folytat, nem létesíthet olyan jogviszonyt, és nem fejthet ki olyan tevékenységet, amely a szocialista erkölcsbe ütközik, vagy hivatásával, illetőleg tevékenységével nem fér össze, és nem folytathat ipari jogosítványhoz vagy hatósági engedélyhez kötött keresőfoglalkozást”. A jogszabály tiltása ellenére 1200 iparendeléssel rendelkező természetgyógyászt tartottak nyilván 1992-ben (Antal és Szántó, 1992). Az eredeti alternatív gyógymódok újjáéledésére 1989 után lehetőség nyílt volna, az azonban a gyökerek elvesztése miatt nem történt meg. A két irányzat mára szinte összeolvadt, aminek a hátterében a két terület szellemi hasonlósága és a tiltás alatti ötven év társadalmi változásai állnak. Sem a népgyógyászat, sem a természetgyógyászat nem ismer lehetetlen (gyógyíthatatlan) beteget, betegséget, bíznak a csodában. Mindkét mód kötődik a transzcendenshez, bár a népi gyógymód keresztény-kulturális talajban, a természetgyógyászat inkább a keleti filozófiákban gyökerezik. A társadalmi változások, a paraszti életforma eltűnése, a füvesemberek tudásának elvesztését eredményezte. A New Age megkésett magyarországi megjelenése gyakorlatilag átítatta a magyar társadalmat, ami beolvasztotta a maradék eredeti népgyógyászatot a modern természetgyógyászati módszerekbe. A

tudománnyal kapcsolatos ellenérzések az 1960-as években erősödtek föl. Ebben az időben megjelent dinamikus, koherens szellemi irányzat a New Age, amely a gyógyításra is hatással van. A New Age emberének mentalitására jellemző a kozmoszsal, univerzummal való kapcsolat, az analógiás gondolkodás, a tudattalan kiaknázása, stb. (Buda, 1996).

Civil egészségügyi mozgalom: természetgyógyászati szervezetek megjelenése

A természetgyógyászok tömörülése az 1980-as évek közepén kezdődött. Az első szervezet, a Magyar Természetgyógyászok Tudományos Egyesülete 1984-ben jött létre, 15 taggal. Ezt követte a Magyar Természetgyógyászok Országos Tudományos Egyesülete 1987-ben, ők közösen megalapították 1992-ben a Magyar Természetgyógyászok Kamaráját, amely az alternatív gyógyászok szerveireinek gyűjtője kívánt lenni. A *Magyar Természetgyógyászok Kamarája a szabályozó rendeletek szakmai kidolgozásában vett részt*. Mára rengeteg természetgyógyászati szervezet alakult, amelyek fő feladatuk az oktatás és továbbképzés. Ezek a szervezetek messze állnak a Magyar Orvosi Kamara vagy a Magyar Gyógyszerész Kamara strukturáltságától, érdekvédelmi képességétől; némelyik csak néhány taggal rendelkezik. A Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége (MOTESZ) hat természetgyógyászattal foglalkozó taggal rendelkezik: Hagyományos Kínai Orvoslás Magyarországi Egyesülete, Magyar Akupunktúra Orvosok Társasága, Magyar Balneológiai Egyesület, Magyar Fitoterápiás Társaság, Magyar Homeopata Orvosi Egyesület, Magyar Manuálterápiás Orvosok Egyesülete (Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége, 2007).

Szabályozó rendeletek előkészítése

1989-ben Csehák Judit (népjóléti miniszter) döntött úgy először, hogy limitált számú kínai orvos egy évig orvosi tevékenységet, akupunktúrát végezhet hazánkban, miniszteri engedéllyel. Az egy év meghosszabbítható volt és csak a kínai gyógyászatra vonatkozott. Az *Egészségügyi Tudományos Tanács* (ETT) 1990-ben, a látván a természetgyógyászat felvirágzását, egy „toleráló állásfoglalást” tett közzé a természetgyógyászat magyarországi elfogadhatóságáról (Egészségügyi Tudományos Tanács, 1991). „Az orvosi és a természetgyógyászati ténykedésnek koordinálnak, együttműködőnek kell lennie, mindkettőnek el kell határolódnia az anyagi haszon ellenében végzett, nyilvánvalóan

hatástalan beavatkozásoktól, a kuruzslástól, a varázslástól, a szemfényvesztéstől... Az ETT plénuma a leghatározottabban ellenzi azoknak a gyógyhatásúnak vélt és hirdetett szereknek az orvosi, gyógyszer helyetti alkalmazását, melyeknek a kedvező hatása még nem bizonyított, melyek a jelenleg, nemzetközileg és hazánkban is érvényes rendelkezéseknek megfelelő vizsgálati procedúrán nem jutottak át, s azokat illetékesek nem minősítették. Indokolatlan a kivételek tűrése, a szakmai bizalom előlegezése.”

Az alternatív medicina hazai oktatása 1989-ben a Haynal Imre Egészségtudományi Egyetemen (HIETE) kezdődött, ahol kínai gyógyászatot oktattak. A Magyar Természetgyógyászati Tanács 1989-ben a Nemzeti Egészségvédő Intézet (NEVI), majd a Népjóléti Minisztérium támogatásával kezdte meg működését. Magyar Természetgyógyászati Tanács célja a természetgyógyászati képzések országos jellegű szabályozása volt, így az egyetemi és a főiskolai képzés kidolgozása is. Az általa létrehozott szerv a *Természetgyógyászati Szakmai Kollégium* (TSZK) a miniszteri tanácsadó testületként funkcionált, jelentős szerepe volt a szabályozó rendeletek megszületésében. A Népjóléti Minisztérium 1992-ben hozta létre a Népjóléti Képzési Központot Salgótarjánban a szociális képzések beindítására. Itt kaptak először helyet állami keretek közt a természetgyógyászati képzések. 1995-97 között rendezték meg a Szintrehozó Természetgyógyászati Alapismeretek (SZITA) Mesterképzés kurzusait Salgótarjánban, aminek a célja az volt, hogy mire a rendeletek megszületnek, megfelelő elméleti és gyakorlati tudással rendelkező szakembergárda álljon rendelkezésre. Eredeti elképzelés szerint az itt végzett emberek lettek volna a „honoris causa” oktatók, vagyis, akik a többieket vizsgáztatták volna. A „honoris causa” oktatókat a Természetgyógyászati Tanácsadó Testület (lásd később) terjesztett föl a népjóléti miniszternek elfogadásra 1997 novemberében. A természetgyógyászati rendelet 12 orvosi diplomához kötött ágat jelölt meg. A „honoris causa” oktatók egy-egy terület felkent szakértői voltak, 11 főt delegáltak, választották az orvosegyetemek. Azért 11-et, mert két területnek, a vér oxigenizálásán alapuló terápiáknak és a neurálterápiás módszereknek közös szakértőt, Dr. Tamasi Józsefet jelölték.

A TSZK 1995-ben és 1997-ben oktatóhely természetgyógyászati oktatóhely létrehozására is írt ki pályázatot. A Népjóléti Minisztérium szorosan együttműködött a képzésben és az oktatócentrumok kiválasztásában. Ennek koordinálására a Népjóléti Minisztérium III. Egészségpolitikai Főosztálya 1995-ben egy testületet hozott létre Természetgyógyászati Oktatási Bizottság (TOB) elnevezéssel. Az TOB feladata a természetgyógyászati oktatás koordinációja, oktatásszervezési alapelvek meghatározása és a

szakalapítás előkészítése volt. A 22 tagú TOB-ban helyet kaptak az orvosegyetemek, az egészségügyi főiskolai karok, az ETI, valamint a TSZK képviselői. A Természetgyógyászati Szakmai Kollégiumot 1997-ben a miniszter feloszlatta, a TOB pedig átalakult a Népjóléti Miniszter Természetgyógyászati Tanácsadó Testületévé (TTT). A 25 tagú TTT, mint a miniszter tanácsadó és javaslattevő testülete, a rendeletek megjelenése után a felmerülő új problémák megoldásában közreműködött, különös tekintettel az oktatásra, vizsgáztatásra. Felmerülő problémák pedig voltak szép számmal a megjelenésekor is. A testület 1999-ben hivatkozva a feloldhatatlan ellentétekre feloszlatta magát. A Tanácsadó Testület 2003-ban alakul újjá, 9 taggal. A testületben a 4 orvosegyetem egy-egy képviselővel, a MOTESZ, az Országos Gyógyszerészeti Intézet (OGYI), Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet (ORFI), az orvos-természetgyógyászok és a nem orvos-természetgyógyászok szintén egy-egy képviselővel rendelkeztek. A testületben az orvos szakmai szervek felé egy jelentős hangsúly eltolódás következett be. Ráadásul az ORFI képviselője és a négy orvosegyetem képviselőjéből három egyben orvos-természetgyógyász is volt egyben. Ami szerencsés abból a szempontból, hogy képesek voltak megjeleníteni a szakmaiságot a testület munkájában, ugyanakkor ez eltolódást eredményezett az orvos, illetve nem orvos-természetgyógyászok között. A testület a miniszter tanácsadó testületként a természetgyógyászattal kapcsolatos kérdésekben szakmai véleményt alakított ki, állást foglalt és javaslatokat készített.

A természetgyógyászati rendelet végrehajtása nem indult el

A középiskolai végzetéggel rendelkezők képzése és vizsgáztatása a terveknek megfelelően kezdődött, a vizsgáztató centrum kezdetektől fogva az Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet (ETI). A rendelet előkészítése évekig zajlott, a miniszteri tanácsadó testület (orvos-természetgyógyászok), az egyetemek, a MOK, az ETI és a minisztérium közös akaratának megfelelően jó néhány természetgyógyászati szakterület orvosi diplomához volt kötött. A rendelet hatályba lépéséig 11 hónap állt rendelkezésre, ami az egyetemek számára nem bizonyult elegendőnek, sőt a 10. hónapban az orvostudományi egyetemek Rektori Konferenciája az MTA-hoz fordult, hogy döntse el, hogy a népjóléti miniszteri rendeletben nevesített területek mindegyike bír-e kellő tudományos alappal. A véleményezés elhúzódása miatt ideiglenesen az orvosok vizsgáztató centrumává is az ETI vált (Németh, 1998).

Az egyetemek ezt azzal indokolták, hogy a minisztériumi előkészítés során nem a megfelelő emberekkel, testületekkel vették fel a kapcsolatot. Legfőbb problémának azt

tartották, hogy nem egyértelmű a természetgyógyászati ágak tudományossága. Nem tudományos területeken pedig nem végezhet szakképzést/továbbképzést egy magyar orvosegyetem, mert nemzetközi porondon nevetségessé válhat, a nemzetközi gyakorlatban nincs is erre példa. Ezért javasolták „független testületet” a tudományosság megítélésére, és gyakorlatilag az egyetemek oktatásának eldöntésére. Az egyetemek érvelése szerint a második probléma eljárásjogi természetű, ugyanis a rendelet kihagyta, hogy az egyetemek csak a Magyar Akkreditációs Bizottság (MAB) által akkreditált továbbképzést folytathatnak. Az akkreditáció pedig nagyon időigényes tevékenység. Harmadrészt felvették, hogy a minisztérium „erőből” szabályoz, nem veszi figyelembe az egyetemi autonómiát. Az egyetemi autonómia, ami a felsőoktatási törvényből következik, biztosítja, hogy az egyetemek belátásuk szerint indítsanak szakokat, képzéseket. Tehát, ha akkreditálva lenne is a képzés, akkor sem lenne az egyetem kötelezhető.

MTA állásfoglalás az alternatív medicina tudományosságáról

A Magyar Tudományos Akadémia (MTA) Orvosi Tudományok Osztályának a komplementer medicináról kialakított állásfoglalása a természetgyógyászat tudományosságán alapszik. A népjóléti miniszteri rendeletek miatt az MTA két alkalommal (1998-ban és 2003-ban) jellemezte, és kategóriákra bontotta a természetgyógyászati ágakat tudományosság tekintetében. „A természetgyógyászat ágainak tudományos megalapozottsága még nem egyértelmű és teljes, ezért támogatandó minden olyan törekvés, mely tisztázza az orvostudomány részéről felmerülő kérdéseket. Az egyetemi oktatásba bekerülő, tudományos háttérrel rendelkező tárgykörök biztosítanak a természetgyógyászatban, elsősorban üzleti céllal tevékenykedő, részben dilettáns, megbízhatatlan vállalkozók kiszűrését”. Az MTA bizottsága a természetgyógyászati ágakat tudományosság tekintetében három csoportra osztotta. Az első csoportba azok tartoznak, amelyek esetén a tudományos megalapozottság megítéléséhez elegendő információ áll rendelkezésre. Ide tartoznak: hagyományos kínai orvoslás, manuálterápiás eljárások, neurálterápiás módszerek. A második csoportba azok az eljárások tartoznak, amelyek tudományos háttérének feltárásához további vizsgálatok szükségesek. Ezen belül az MTA bizottsága három alcsoportot különített el. A filozófiai alapokon nyugvó eljárások, mint az ayurvédikus gyógyászat, a tibeti gyógyászat vagy a homeopátia. Második alcsoportba a kellő tudományossággal fel nem tárt módszerek tartoznak, mint a biológiai fogorvoslás, a méregtelenítő módszerek, a biorezonancián alapuló

eljárások. Harmadik alcsoportba a csak diagnosztikus céllal végzett természetgyógyászati módszerek tartoznak, amelyek tudományos alappal nem rendelkeznek, felesleges terhelést róva az egészségügyi ellátásra és a betegekre (Petrányi, 2004).

1998-ban az állásfoglalás kiadására azért került sor, mert az orvosegyetemek a Raktori Tanácsa kérte. 2003-ban az Egészségügyi Minisztérium kérte újból, a természetgyógyászat körül szaporodó problémák miatt. Az orvosegyetemek nem kapcsolódtak be az oktatásba (szegedi és pécsi egyetem részben), így továbbra is csak az orvosok voltak elzárva a természetgyógyásszá válás lehetőségétől. Az ETI-nek vizsgáztatásával kapcsolatban minőségi kifogások merültek föl, távoktatás keretében tanított természetgyógyászatot, ráadásul elfogadhatatlannak minősült az, hogy orvosokat egy középfokú intézet vizsgáztasson. Az ÁNTSZ, konkrét szakmai standardok híján nem gyakorolt kellő kontrollt. Az oktatóhelyszínek száma megnőtt, átláthatatlanná váltak. A bizottság 2003-ban megerősítette a tudományos felosztást, de kijelentette, hogy a természetgyógyászati kérdések megítélése állandó bizottságot és nem egy ad hoc testületet igényel. Ennek érdekében a jogi kereteket tisztázni kell és meg kell szervezni az orvosok számára elérhető oktatást, graduális és posztgraduális szinten. Véleményét a tekintetben, hogy egyes természetgyógyászati terület orvosi privilégium, fenntartotta.

„Ami nem tudsz megakadályozni, annak állj az élére”

Csehák Judit miniszter asszony az új MTA állásfoglalás hatására, az 1999-ben feloszlott Természetgyógyász Miniszteri Tanácsadó Testületet 2003-ban újra alakította. Kökény Mihály (volt egészségügyi miniszter) megerősítette ezt a testületet (Krasznai, 2004). A testület 2004-ben nevét Komplementer Medicina Tanácsadó Testületre (KMTT) változtatta, de ez nem jelentett szerkezeti átalakulást. A testület feladatait az MTA állásfoglalásának megfelelően szabta meg. Javaslatokat dolgozott ki az orvos-természetgyógyászok oktatásának szakmai tartalmára és a vizsgáztatás rendjére. Ez különösen azért vált sürgetővé, mert 2000-től megszüntették az ETI jogosítványát az orvosok vizsgáztatására. Tartotta a kapcsolatot az egyéb természetgyógyászati szervezetekkel, egyeztetett szakmai orvosi kamarákkal és az ETI-vel. A testület fő elképzelése az volt, hogy a létrehoznak egy intézményt, amely oktatja és vizsgáztatja az orvosokat, ha az egyetemek nem indítanak továbbra sem képzést, és csak azokon a területeken, ahol nem indítanak képzést. Bár az egészségügyi miniszter 2004.

júniusában megkérdezte valamennyi orvosi egyetem vezetőjét, hogy az orvos által végezhető komplementer és alternatív eljárások közül, melyek oktatását és vizsgáztatását vállalnák. Mindannyian a hagyományos kínai orvoslást, a manuálterápiás eljárásokat, valamint a neurálterápiás eljárásokat választották.

2004 áprilisában Komplementer Medicina Konszenzus Konferenciát szerveztek, ahol a minisztérium nyilvánosan is felvállalta a Módszertani Centrum megalakításának ügyét (Hegyi, 2006). Az orvosok vizsgáztatásának rendjére, lépéseire elkészítettek egy rendelettervezetet, amiben lefektették kiből, hogyan válhat orvos-természetgyógyász, hiszen eddig 1998-ban a jogalkotási lendület nem jutott el. Az eljárási szabályokon túl módosították a csak orvosok által gyakorolható természetgyógyászati módszerek körét. A kezdeti tíz módszerből öt maradt meg: hagyományos kínai orvoslás, neurálterápia, manuálterápia, biofizikai orvoslás és homeopátia. A tudományosság hiánya miatt törölték a csak diagnosztikai célú természetgyógyászati módszereket az orvosoknak fenntartott természetgyógyászati ágak közül, illetve az oxygenizációs eljárásokat, mert kiderült, hogy veszélyes azokat végezni intézményi intenzív és sürgősségi háttér nélkül.

Először a tervezetet az ETT-nek küldték el. Az ETT az egészségügyi törvény 150. § (3) bekezdése alapján az egészségügyi miniszter tevékenységét a szakmai kollégiumokkal segíti. Az ETT a miniszter tanácsadó, véleményező, döntés-előkészítő testülete, amelyet a jogalkotásból „nem lehet kihagyni”. Az ETT számos kifogás mellett az eljárásrendet elfogadhatatlannak minősítette és alapvetően elfogadhatatlannak ítélt egy, az oktatási rendszeren kívül eső, megfellebbezhetetlen fórumot, mint a Módszertani Centrum. Az ETT javaslatának megfelelően módosítások következtek, majd a jogszabály tervezetét, a tanácsadó testület véleményezésre 35 orvosi kollégiumoknak átküldte (Mandl, 2004). A 35 orvos szakmai kollégium összességében elutasította a tervezetet, ugyanis a módosított javaslatban szereplő orvosoknak szánt képzést és vizsgát szakvizsgaként értelmezték, amely a relatíve rövid képzési idő miatt, az orvosképzés tudományos alapjaitól eltérőnek, elfogadhatatlannak érezték. De a szakmai kollégiumok véleményalkotásuk tekintetében tévedtek, mert az orvosok képzése és vizsgáztatása nem szakképzés, és nem is továbbképzés lett volna, hanem egy speciális licence vizsgával végződő, az egészségügyi képzési rendszerbe nem sorolható képzés. A szakirányú továbbképzést az Oktatási Minisztérium szervezi és a Magyar Akkreditációs Bizottság engedélyezi, amely „tudományos alapok” szükségessége miatt lehetetlen. Az egészségügyi szakirányú szakképzés az Egészségügyi Minisztérium felügyelete, konkrétan az Egészségügyi Szakképzési és Továbbképzési Tanács (ESZTT)

szervezésébe tartozik, amely forma az ESZTT és a szakmai kamarák elítélő véleménye miatt nem valósulhatott meg (Bércesi, 2006). A tervezet a felnőttképzésről szóló 2001.: CI. törvény, (mint kerettörvény), illetve a 24 /2004 (VI.22) FMM rendelet alapján átírták. A 2006-ban módosított rendeleteket véleményezésre megküldték az ETI-nek, ETT-nek, Magyar Orvosi Kamarának (MOK), a Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetségének (MOTESZ), Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamarának (MESZK) és az orvosegyetemeknek. A vélemények jelentős mértékű szakmai és jogi elutasítást tartalmaztak, a Módszertani Centrum „indokoltságát”, illetve hatáskörét az ETT, a MOTESZ és az ETI nem tudta továbbra sem elfogadni (Huszár, 2006). Az egyetemek nem oktatásából adódó nem képzés krízise feloldhatatlannak bizonyult, így 2006. áprilisában az egyeztetések megszakadtak. Molnár Lajos (volt egészségügyi miniszter) és Horváth Ágnes (egészségügyi miniszter) a természetgyógyászati tanácsadó testületet nem hívta össze. A természetgyógyászat szabályozásában történt lényeges mozzanatok kronológiáját az 5. táblázat mutatja.

4.2.2. 684/B/1997 AB határozat

A természetgyógyászati rendeletek nem arattak osztatlan tetszést, a természetgyógyászok közül többen az Alkotmánybírósághoz (AB) fordultak, kérve a rendelet alkotmányellenességének megállapítását. Az indítványozók több szakasz alkotmányellenességét kérték vizsgálni, amelyből öt pontot vizsgált érdemben az AB. A rendeletek alkotmányellenességének megállapítására és megsemmisítésére irányuló indítványt elutasította, megalapozatlannak találta. Az öt pont, amelyet az AB vizsgált:

- Az indítványozók szerint a jogszabály alapjogot korlátoz, amit csak törvényben lehet megtenni. Megfelelő-e, hogy a szabályozás rendeleti szintjen történt?
- A tudományos igazságok megítélésére csak tudomány képviselői jogosultak. Tudományos állásfoglalást jelent-e a természetgyógyászat és a konvencionális medicina közötti rendeletben történő megkülönböztetése?
- A természetgyógyászat egyes ágai csak orvosok számára elérhetők. Sértik-e a vállalkozás szabadságát a természetgyógyászattal kapcsolatos rendelkezések?
- Diszkriminatív-e a konvencionális és a nem konvencionális gyógyítók közötti distinkció alkalmazása a természetgyógyászati szakmákban?

- A betegnek természetgyógyászhoz fordulása előtt orvoshoz kell fordulni. A beteg önrendelkezési jogát sértik-e a természetgyógyászat igénybevételével kapcsolatos korlátozások?

A szabályozás szintjére vonatkozóan az Alkotmány 8. § (2) bekezdése vonatkozik, ami tartalmazza, hogy az alapvető jogokra és kötelességekre vonatkozó szabályokat csak törvény állapíthatja meg, alapvető jog lényeges tartalmát azonban nem korlátozhatja. Az AB határozat két oldalról (két alapjog felől) is vizsgálta a kérdést. Rámutatott, hogy az Alkotmány 70/D. § (1) bekezdésében rögzített, a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jog önmagában alanyi jogként nem értelmezhető. „Az állam azonban kötelezettsége teljesítése körében nagyfokú szabadságot élvez, amely mindaddig nem vet fel alkotmányossági kérdéseket, ameddig az nem vezet valamely alkotmányos jog, köztük a társadalombiztosítás útján érvényesülő betegellátási jogosultság megsértéséhez. Az egészségügyi ellátás intézményrendszere csak akkor alkotmányellenes, ha eleve alkalmatlan az államot terhelő kötelezettségek alkotmányosan még elfogadható minimumának teljesítésére.” A modern medicina biztosítása elfogadható alkotmányos minimumként, nem alkotmányossági feltétel az mindkét orvoslási tevékenység állami finanszírozása, azaz nem alkotmányossági feltétel az államilag finanszírozott konvencionális és nem-konvencionális orvoslás közötti választhatóság.

Az AB az önrendelkezési jog felől is vizsgálta, hogy a rendelet sért-e alkotmányos alapjogot. Az Eütv. 104. § (2) bekezdése kiegészítő vagy helyettesítő eljárásnak minősíti a nem-konvencionális gyógymódokat, helyettesítő (önálló) kezelés esetén előírja az orvosi ellenőrzést, vagyis az önálló kezelés előtt az orvosi vizsgálatot és a diagnózis felállítását megköveteli. A korlátozás indokoltságát azonban nem vizsgálta az AB, arra hivatkozva, hogy ez az Eütv. említett rendelkezéseiből fakad, amit nem kértek vizsgálni az indítványozók. A 684/B/1997 AB határozathoz Dr. Kukorelli István különvéleményt csatolt. Kifejtette, hogy ez az érvelés elfogadhatatlan: egy elismerten jogkorlátozó norma alkotmányossága mellett nem megfelelő érv, hogy létezik egy másik, magasabb szintű norma, amely a támadott szabályhoz hasonlóan lehetővé teszi a jogkorlátozást. „Ha egy norma magasabb szintű jogszabályba ütközik, akkor alkotmányellenes, de ha nem ütközik, abból még nem következik, hogy alkotmányos.” Ezért az Alkotmánybíróságnak szerinte érdemi választ kellett volna adnia az indítványra.

A tudományos igazságok tekintetében az állam nem dönthet, ez a tudományos élet szereplőinek kizárólagos feladata. Az indítványozók szerint az állam a természetgyógyászat rendeleteken keresztül a konvencionális gyógymódok primátusát biztosítja, ami

alkotmányellenes. Az AB szerint a rendeletek nem foglalnak állást tudományos igazság tekintetében, pusztán az Eütv. rendelkezéseinek megfelelő szabályokat tartalmaznak. (Ez az érvelés megfelel a szabályozás szintjének megállapításakor leírtaknál.) „Az a tény pedig, hogy bizonyos gyógymódokat csak orvosok végezhetnek, nem a gyógymód tudományos szintjét minősíti, hanem a nem konvencionális gyógymód konvencionális gyógyászok által ismert kockázatait igyekszik kivédeni.” Az ABH nem tér ki arra, hogy pontosan milyen kockázatokra gondol és azokat miért csak a konvencionális gyógyítók képesek kivédeni.

A versenykorlátozással kapcsolatban az AB megállapította, hogy a verseny szabadsága nem alkotmányos alapjog, annak korlátozása nem alkotmányellenes, ha annak ésszerű indoka van. Az ésszerű indokot az AB abban látta, hogy a nem-konvencionális orvoslás művelőivel szemben támasztott képzési követelmények csupán az egészségügyi ismeretek szükséges minimumát tartalmazzák, amiért közérdek (a betegek érdeke) megkívánja az orvosi kontrollt, illetőleg indokolja, hogy egyes nem-konvencionális eljárásokat, beavatkozásokat csak orvos, pszichológus végezhesen.

Az AB nem találta alkotmányellenesnek a konvencionális és a nem konvencionális gyógyítók közötti megkülönböztetést, mert az csak a végzettségükkel áll összefüggésben, de mindkét csoport tagjainak vizsgáznia kell, és hasonló feltételeket kell biztosítani a praxishoz. Az AB határozat szerint tehát közöttük nincs megkülönböztetés.

A betegek önrendelkezésének korlátozásának alkotmányossági szempontjairól bővebben a különvélemény szól. A különvélemény szintén alkotmányosnak találja az önrendelkezési jog korlátozását, de más indokkal. Az önrendelkezési jogot Kukorelli szerint nem más alapvető jogainak védelmében vagy valamely alkotmányos cél érdekében kell korlátozni, hanem kimondottan a természetgyógyászhoz forduló beteg védelmében. A beteg ugyanis nincs abban a helyzetben, hogy meg tudja ítélni a különböző ellátórendszer szakembereinek szaktudását, ezért az állam feladat, hogy biztosítsa, hogy megfelelő szaktudású emberek dolgozzanak az egészségügyi intézményekben, illetve a megfelelő tájékoztatást megkapva dönthessenek. Kukorelli szerint a természetgyógyászati eljárás előtti szakorvosi vizsgálat előírása egyrészt arra irányul, hogy a betegek az egészségügyi intézményrendszeren belül megfelelő színvonalú ellátásban részesüljenek, másrészt arra, hogy a betegek megfelelő információk birtokában tudjanak dönteni saját sorsukról. Az állam a megfelelő szintű ellátást az oktatás megszervezésével és biztosításával éri el. A megfelelő tájékozottság különösen indokolt az olyan természetgyógyászati kezelés esetén, amelyhez nem kapcsolódik orvosi ellátás. „Ebben az esetben a beteg olyan kockázatoknak is ki lehet téve, amelyekről csak előzetes szakorvosi vizsgálat és tájékoztatás során szerezhet tudomást. Ahhoz, hogy az egészségügyi

ellátórendszerhez forduló betegek dönteni tudjanak az egyes kezelésekkel, illetve azok elmaradásával járó kockázatokról, ismerniük kell magukat a kockázatokat.”

Kukorelli különvéleménye a rendeletek kifogásolt részeit alkotmányellenesnek találta és megsemmisítésüket javasolta az indítványozóétól eltérő szempontok miatt. Kukorelli szerint a rendeletek nem felelnek meg a jogállamiság követelményének, miszerint a jogszabályok szövege érthető, világos, a jogalkalmazás során egyértelmű normatartalmat kell, hogy hordozzon. Súlyosbítja a problémát, hogy az ellentmondás ugyanazon a normán belül jelentkezik, ami nagyfokú jogbizonytalansághoz vezet.

4.2.3. A természetgyógyászat hatályos szabályozása

Főbb jogszabályok

Orvosok számára a természetgyógyászati tevékenység jogi keretét az egészségügyi törvény, a természetgyógyászati tevékenységről szóló 40/1997. (III. 5.) Kormány rendelet, a tevékenység szabályait részletesen tartalmazó 11/1997. Népjóléti Miniszteri rendelet, illetve az etikai szabályok adják. Az egészségügyi törvény IV. fejezetének 104. §-a rendelkezik a nem-konvencionális, vagyis a természetgyógyászati eljárásokról. A nem-konvencionális gyógyító eljárások célja az egészségi állapot kedvező befolyásolása, a betegségek megelőzése, valamint az egészséget veszélyeztető, illetve károsító tényezőkkel szembeni védekezés lehetővé tétele. A nem-konvencionális eljárások az egészség és betegség eltérő szemléletén, a konvencionális, természettudományosan megalapozott eljárásoktól eltérő megközelítésből eredő módszereken alapulnak, amelyek a konvencionális gyógyítási módszereket kiegészítő, meghatározott esetekben helyettesítő eljárások. A természetgyógyászati eljárások helyettesítő tevékenységként csak orvosi ellenőrzés mellett alkalmazhatók. A nem-konvencionális gyógyító eljárások alkalmazása során a betegjogok, a tájékoztatási és dokumentációs kötelezettség, valamint az ellátást végző személyek jogai, és kötelezettségei tekintetében az egészségügyi törvény megfelelő szakaszait kell alkalmazni.

A kormányrendelet határozza meg a nem-konvencionális eljárások körébe tartozó tevékenységi csoportokat és azok végzésére jogosultak körét, a népjóléti miniszteri rendelet szabályozza részletesen, hogy kik és hogyan jogosultak természetgyógyászati tevékenység folytatására.

A Magyar Orvosi Kamara még hatályos etikai kódexe sajátos normákat fogalmaz meg a természetgyógyászati tevékenységgel kapcsolatban. Alapelvként azt fogadja el, hogy a diagnosztika és gyógyító eljárások irányítása orvosi diplomához kötött feladat. A kódex szerint súlyosan kifogásolhatók azok a diagnosztikus és gyógyító tevékenységek, amelyeket nem előzetes orvosi vizsgálat után és nem párhuzamos orvosi ellenőrzés mellett végeznek. Etikai vétséget követ el az az orvos, aki tekintélyével egy általa nem ismert hatással és mellékhatással rendelkező gyógymódot, tudományosan nem megalapozott gyógykezelést alkalmazó személyekkel közvetlen vagy közvetett üzleti kapcsolatot létesít. Az etika kódex azt is kiemeli, hogy az orvosnak törekedni kell minden tudományosan megalapozott diagnosztikai és terápiás módszert megismerni. A kötelező kamrai tagságot is megszüntető új kamarai törvény (2006. évi XCVII. Törvény az egészségügyben működő szakmai kamarákról) a még hatályos etikai szabályzat általános, minden praktizáló orvosra kiterjedő érvényét megszüntette. Az általános státútum szerepét „pótolja” az egészségügyi dolgozók rendtartásáról szóló 30/2007. (VI. 22.) EüM rendelet. Ennek a rendeletnek a VI. fejezete röviden említi a természetgyógyászatot. A rendelet kimondja, hogy a természetgyógyászati és a nem-konvencionális gyógyító eljárásokkal kapcsolatos jogszabályi rendelkezések vétkes megszegése továbbra is etikai vétségnek minősül. Az orvosnak a nem-konvencionális gyógyító eljárások alkalmazásakor is be kell tartania az e rendeletbe foglalt etikai magatartási szabályokat. Új elemként jelenik meg a MOK státútumához képest az esélyegyenlőség hangsúlyozása, a konvencionális gyógyítási módszereket is alkalmazó orvos köteles a hozzá forduló beteget mindennemű megkülönböztetés nélkül kezelni.

„Az ezoterikus gyógyítás” nem tartozik a természetgyógyászati tevékenységek közé

A természetgyógyászati rendeletek megalkotásának az volt az egyik célja, hogy világossá váljon mi a természetgyógyászat és mi nem az. Minden olyan tevékenység, amely a szabályozás körén kívül esik, nem minősül természetgyógyászatnak. A jósok, spiritisták, asztrológusok, mágusok, varázslók nem természetgyógyászok. Ők általában egyéni vállalkozóként fürkészik a jövőt, idézik a holtak lelkét, keverik a bájítalt. Az önkormányzat jegyzője adja meg nekik is a működési engedélyt (SZJ 93.05.12.1), aki csak a működés törvényességére terjedően gyakorol ellenőrzési jogkört. Az önkormányzati jegyző nem ellenőrizheti, hogy a jóslatok bejönnek-e, a szellemek megjelennek-e. A fogyasztóvédelmi

szervek, illetve bíróság előtt sem lehet a jövővel kapcsolatos szavatossági igényeinket érvényesíteni. Ha nem igazolódott a kártya, a kristálygömb vagy a tenyér jóslata, nincs mit tenni, máskor hitelesebb jóst kell keresni. A jövőmondás jogi értelemben hasonlít a reményvételhez, például a lottózáshoz. Ha a választott öt-hat szám telitalálat, akkor sokat ér, ha nem nyert, az egész pénzkidobás volt. Ha teljesedik a jóslat, akkor lépéselőnyt jelent egy vállalkozásban, ha nem, akkor kidobtuk a jóslat árát. A természetgyógyász cím tehát csak bizonyos, a rendeletben meghatározott szakemberek számára fenntartott. Akik jogosulatlanul használják a természetgyógyász címet, illetve a képesítésük határait túllépve kezelik a betegeket, kuruzslásért vagy csalásért felelősségre vonhatók. Az a személy (például nem orvos természetgyógyász), aki ellenszolgáltatásért, rendszeresen orvosi diplomához kötött természetgyógyászati tevékenységet folytat, kuruzslás vétségét követi el a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. évi törvény 285. § (1) bekezdése alapján. Ha a nem orvos természetgyógyász magát orvosnak is vallja, orvosi gyakorlatra jogosultságot színlel, akkor büntettet követ el, a Büntető Törvénykönyv 285. § (2) alapján három évig terjedő szabadságvesztéssel büntethető. Ha valaki nem orvos természetgyógyásznak adja ki magát és jogtalan haszonszerzés végett más tévedésbe ejt, vagy tévedésben tart és ezzel kárt okoz, csalást követ el a 318. § (1) alapján. Az orvosok, akik engedély nélkül végeznek természetgyógyászati tevékenységet, csak szabálysértésért vonhatók felelősségre, hiszen a gyógyítói szabadságuknál fogva szabadon választják meg az alkalmazott terápiát (Az egyes az egyes szabálysértésekről szóló 218/1999. (XII. 28.) Korm. rendelet 101. § (2)).

A tevékenység végzésének képesítési feltételei

A természetgyógyászati tanfolyam felépítése a hallgatók végzettségétől függ. A tanfolyam alapozó ismeretekből és speciális természetgyógyászati szakmai ismeretekből épül föl. Az alapozó ismereteket az egészségügyi modul (anatómiai, élettani, kórélettani, klinikai stb. ismeretek) és a természetgyógyászati modul (természetgyógyászati propedeutika, pszichoimmunológia, életmódterápia, természetgyógyászati táplálkozás és dietétika, fitoterápia, homeopátia, hagyományos távol-keleti gyógyászat, stb.) foglalja magába. Ezek az alapozó modulok vizsgával zárulnak. Az alapvizsgákat követik a megfelelő szakosító tanfolyamok, mint a manuálterápiás eljárások, hagyományos kínai orvoslás vagy a neurálterápiás módszerek. Ha valakinek felsőfokú egészségügyi szakképesítése van (orvos,

diplomás ápoló, stb.), a szakosító tanfolyamok szakirányú továbbképző tanfolyamnak minősülnek. Az egészségügyi alapvizsgát csak azoknak kell elvégezni, akik nem rendelkeznek felsőfokú egészségügyi diplomával. A felsőfokú egészségügyi szakképesítéssel rendelkezők a szakirányú továbbképző tanfolyam eredményes vizsgálata után „praktizálhatnak”. A szakosító tanfolyamok és az ezeknek megfelelő nem konvencionális tevékenységek a korábbi végzettség alapján gyakorlatilag két részre bonthatók, orvosokra és nem orvosokra.

Orvosok által végezhető nem konvencionális gyógyászati módok (2/2004. (XI. 17.) EüM rendelet 2. számú melléklete alapján):

- Ayurvédikus orvoslás
- Biológiai fogorvoslás
- Hagyományos kínai orvoslás és azon alapuló egyéb technikák (akupunktúra, orálakupunktúra)
- Homeopátia (klinikai és klasszikus)
- Manuálterápiás eljárások
- Neurálterápiás módszerek
- Méregtelenítő eljárások
- Pszichológiai eljárások

Orvosi és egyéb felsőszintű egészségügyi szakképesítés nélkül (de legalább középiskolai végzettséggel rendelkezők) által végezhető kiegészítő gyógyászati tevékenységek (2/2004. (XI. 17.) EüM rendelet 2. számú melléklete alapján):

- Akupresszúra
- Életmód tanácsadás és terápia
- Fitoterápia
- Fülakupunktúrás addiktológia
- Keleti mozgás- és masszázsterápia
- Kiegészítő fizioterápiás módszerek
- Kineziológia
- Reflexológia
- Szemtréning eljárások

A 11/1997. (V. 28.) NM rendelet 1. számú melléklete megjegyzi, hogy gyógytornász felsőfokú egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy manuálterápiát végezhet a gerincmanipulációs műfogások kivételével. Ugyanez a rendelet részletesen tartalmazza a nem csak orvosok által végezhető természetgyógyászati tevékenységek szakmai képzési programját, amely elméleti és gyakorlati blokkból áll. A rendelet tartalmazza a vizsgakövetelményeket, a vizsgákat pedig az ETI írja ki. Az orvosok képzése az általános természetgyógyászati modul elvégzése után az egészségügyi szakképzést folytató, felsőfokú képző intézményekbe (orvosegyetem) tevődik át, amely a felsőoktatási törvénnyel áll összhangban. Az orvosok által végezhető tevékenységek esetén nincs kidolgozott, rendeletben elfogadott követelményrendszer. Több éve folynak egyeztetések az orvosok oktatási tematikájáról, képzőhelyéről, a minőségi követelmények meghatározásáról, de eddig eredmény nem született.

A nem orvos természetgyógyászok képzése az Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézethez kapcsolódik

Az Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet (ETI) az Egészségügyi, Minisztérium háttérintézeteként fontos szerepet tölt be az egészségügyi szakképzés, továbbképzés és a felnőttoktatás terén. Az ETI Alapító Okirata értelmében állami feladatként ellátandó alaptevékenysége az egészségügyi ellátásban dolgozó középfokú természetgyógyászati szakemberek képzése és vizsgáztatása (Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, 2006). Ennek keretében a kormányrendelet és a népjóléti miniszteri rendelet előírásainak megfelelően az ETI tanfolyamokat és vizsgát szervez. A természetgyógyászati képzés nem tartozik a szakképzésről szóló 1993. évi LXXVI. törvény Országos Képzési Jegyzékébe (nem OKJ-s képzés), nem kötelező az ETI által szervezett képzéseken részt venni. A szakképző tanfolyam elvégzése után a rendeleteknek megfelelően csak az ETI szervezi meg a modulvizsgákat és a szakmai vizsgákat. Az OKJ képesítés állam által elismert szakképesítést jelent. A természetgyógyászati képesítés nem OKJ-s, a rendeleteknek megfelelően az ÁNTSZ mégis elfogadja, a működési engedélyt ez alapján állítja ki. A középfokú természetgyógyászati szakemberek képzése a felnőttoktatásról szóló törvény hatálya alá tartozik. A vizsgára jelentkezőnek csatolnia kell a képző intézményének a Munkaügyi Központ által kapott nyilvántartási számát, illetve annak érvényességi idejét.

A felnőttképzést folytató intézmények nyilvántartásba vételét a felnőttképzésről

szóló 2001. évi CI. törvény és a felnőttképzést folytató intézmények nyilvántartásba vételének részletes szabályairól szóló módosított 48/2001.(XII. 29.) OM rendelet szabályozza. Felnőttképzést folytató intézmény nyilvántartásba vételének alapvető feltétele, hogy a kérelmező cégkivonatában, létesítő okiratában, vállalkozói igazolványában a felnőttképzési tevékenység és/vagy annak a TEÁOR-ban meghatározott száma szerepeljen. Felnőttképzést 2001. évi CI. Törvény 3. § alapján gyakorlatilag „bárki” végezhet. A felsőoktatási intézmények is végezhetnek felnőttképzést, sőt regisztrációjukra könnyítés vonatkozik a felnőttképzést folytató intézmények nyilvántartásba vételének részletes szabályairól szóló 48/2001. (XII. 29.) OM rendelet 3. § (2) bekezdésének b) pontja alapján. A felsőoktatási intézmények akkreditált felnőttképzési intézménynek minősülnek, de az iskolai rendszeren kívüli programjaikat akkreditációs kötelezettség terheli. Tehát elvileg nem lenne akadálya annak, hogy reflexológiából bármely orvosi kar (egyetem) tanfolyamot szervezzon, ha a tanfolyamszervezés feltételeit be tudja mutatni a Munkaügyi Központ regionális irodája számára.

Az orvos-természetgyógyászati képzés és az orvosegyetemek kapcsolata

Először azt kell leszögezni, hogy a felsőoktatási törvényből következően az egyetemek autonómok. A felsőoktatásról szóló 2005. évi CXXXIX. törvény 1. § (3) bekezdésének megállapítása szerint felsőoktatási intézmény - oktatási, kutatási, szervezeti és működési, gazdálkodási - autonómiája jelenti az intézményre és személyekre bízott szellemi és anyagi javakkal való gazdálkodás lehetőségét és felelősségét, magában foglalja azt a jogot, hogy a felsőoktatási intézmény meghatározza képzési rendszerét, kialakítsa szervezetét, továbbá megalkossa szabályzatait. Az orvosegyetemek azon komplementer ágak oktatásához kapcsolódnak, amelyek orvosok számára fenntartottak. Ezeken a területeken viszont a képzés csak az orvosegyetemek feladata. A természetgyógyászati tevékenységről szóló kormányrendelet 2. § (1) bekezdése szerint a felsőfokú egészségügyi képzésben részesült személy, valamint a klinikai szakpszichológus és klinikai gyermek-szakpszichológus a tevékenységet nem-konvencionális szakirányú továbbképző tanfolyam elvégzését és eredményes vizsga letételét követően végezheti. A (3) bekezdés alapján a főiskolai és egyetemi egészségügyi végzettségű szakemberek, valamint a klinikai szakpszichológus, klinikai gyermek-szakpszichológus számára a vizsgát az egészségügyi szakképzést folytató, felsőfokú képző intézmények államilag elismert képzése keretében lehet letenni. A természetgyógyászati tevékenység gyakorlásának egyes kérdéseit részletező népjóléti

miniszteri rendelet 1. melléklete felsorolja az orvosok által végezhető természetgyógyászati ágakat. A csak orvos által végezhető tevékenységek (Manuálterápiás eljárások, Hagyományos kínai orvoslás, Neurálterápiás módszerek és egyéb olyan nem-konvencionális eljárás vagy módszerek) képzésére az orvostudományi egyetem tanfolyamot és vizsgát szervez vagy, ilyen tanfolyamot és vizsgát akkreditál. Vagyis az orvosok számára a nem-konvencionális szakirányú továbbképző tanfolyamot az orvosegyetemeknek kell szervezni. A felsőoktatási törvény 32. § (8) bekezdése alapján a szakirányú továbbképző tanfolyamról a rendelet részleteket nem tartalmaz. A szakirányú továbbképzés a már diplomával, felsőfokú szakképzettséggel rendelkezők számára nyitva álló oktatási forma, amely általában 1-2 éves képzést ajánl. A szakirányú továbbképzésre vonatkozó szabályokat a felsőoktatásról szóló és a szakirányú továbbképzés szervezésének általános feltételeiről szóló 10/2006. (IX. 25.) OKM rendelet tartalmazzák, azonban a lényegi részleteket a felsőoktatási intézmények határozzák meg. Ilyen formában Magyarország egyetlen orvosegyeteme sem szervezett természetgyógyászati képzést.

Milyen (regulált) képzéseket nyújtanak az orvosi karok az orvosoknak? Milyen típusú képzések jöhetnek egyáltalán szóba? El kell mondani, hogy a tanuláshoz való alkotmányos jog egy életen át meglévő érvényesíthetősége érdekében alkották meg a felnőttképzésről szóló 2001 évi CI törvényt. A törvény a felnőttképzés minőségbiztosítását a munkaügyi központokra delegálta. Az egészségügyi képzési láncolat, az orvoscépzés, szakorvoscépzés és továbbképzés szellemiségét tekintve illeszkedik az élethosszig tartó tanulási programhoz, a speciális téma miatt a konkrét szabályokat a felsőoktatási és az egészségügyi törvény határozza meg.

Egyetemi szintű egészségügyi alapképzés (Graduális képzés): Az Eütv. 115. § (1) bekezdése általánosan megfogalmazza, hogy az egészségügyi képzés feladata olyan szakemberek képzése, akik ismereteik, képességeik és készségeik alapján képesek szakmai képzettségüknek megfelelő egészségügyi feladatok ellátására. Az orvostanhallgatók mindennapi szakmai tevékenységüket felügyelet mellett végezhetik (125/1999. (VIII.6.) Korm. rendelet 6. § (1)). A természetgyógyászati rendelet nyilvánvalóan nem a graduális képzésen belül kívánta megvalósítani az orvos-természetgyógyászati képzést.

PhD képzés: Orvos-természetgyógyászok képzése szempontjából nem kerülhet szóba, ez nem alapképzési forma. A felsőoktatásról szóló 2005. évi CXXXIX. törvény 67. § (1) bekezdése alapján doktori képzésre az a felsőoktatási intézmény szerezhethet jogosultságot, amelyben mesterképzés folyik az adott tudományterületen vagy művészeti ágban. Magyarországon természetgyógyászati mesterképzés sincs, de külföldön (Nagy-Britanniában,

Egyesült Államokban) mesterképzésre és PhD képzésre is találhatunk lehetőséget.

Központi gyakornoki/Rezidensképzés: Orvos-természetgyógyászok képzése szempontjából nem kerülhet szóba. Több jogszabály rendezi a rezidensképzés részleteit. A gyakornokképzés célját az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzésben részt vevők számára szervezett központi gyakornoki rendszerről szóló 125/1999. (VIII. 6.) Korm. rendelet rögzíti. A központi gyakornoki rendszer célja, hogy elősegítse az egészségügyi ellátás biztosításához szükséges számú és szakmai végzettségű szakember képzését, elősegítse a regionális ellátási szükséglethez igazodó személyi feltételek megvalósítását, az ellátás szakmai színvonalának területi kiegyenlítését, illetve biztosítsa a felsőoktatási intézmény és az általa a szakképzésre akkreditált képzőhelyen folytatott, magas szintű, országosan egységes strukturált programok egymásra épülő rendszerén keresztül megvalósuló, magas szintű szakemberképzés kialakítását.

Felsőfokú szakirányú szakképzés (szakvizsga): Az egészségügyi ellátás alapfeltétele a szakképesítés. Az egészségügyi törvény 110. § (1) szerint egészségügyi tevékenységet, folytatásának formájától és módjától függetlenül, az adott tevékenység folytatására jogosító egészségügyi szakképesítéssel vagy egészségügyi szakképesítés nélkül megszerezhető felsőfokú szakirányú szakképesítéssel rendelkező és működési nyilvántartásba bejegyzett személy végezhet. A szakképzési rendről részletesen az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzésről és továbbképzésről szóló 11/1998. (XII. 11.) EüM rendelet tartalmaz részleteket. A szakképesítést, akárcsak a graduális orvoscépzést szigorú nemzetközi (elsősorban az EU irányelvek) bástyázzák körül. Az orvosi szakképesítések rendszerét a Tanács 1993. április 5-i 93/16 EKG irányelve az orvosok szabad mozgásának elősegítéséről, illetve az orvosi oklevelek, bizonyítványok és a képesítés megszerzéséről szóló egyéb tanúsítványok kölcsönös elismeréséről határozza meg. A szakvizsgák automatikus elismerését az irányelv 26. és 27. cikke csak a nevesített 50 specializációra biztosítja. Azok a szakképesítések, szakorvosi címek, amely csak az egy EU tagállamban léteznek, alkalmazhatók, újonnan bevezethetők, de kölcsönös elismerésre nem számíthatnak. Semmilyen természetgyógyászati irányultságú szakképesítést az EU irányelv nem nevesít. A másik fontos európai kritériumrendszert a European Union of Medical Specialists (UEMS) előírásai adják. Az UEMS jelenleg 39 szekcióval rendelkezik, amelyek a szakmáknak felelnek meg. Az UEMS kiadvány (Útmutató a szakorvoscépzéshez) 7 fejezetben foglalja össze a szakorvoscépzés feltételeit. Ezek olyan szigorú feltételeket szabnak csak a (természetgyógyászati szakképző) képzőhelyre való minősítésben és az oktatókkal (tutorokkal) kapcsolatban, amelyeknek a magyar egészségügyi intézmények jelenleg nem

képesek megfelelni (European Union of Medical Specialists, 1996).

Kötelező folyamatos továbbképzések (felnőttképzés): Az Eütv. 115. § (3) bekezdése szerint a továbbképzés feladata a megszerzett ismeretek és készségek folyamatos szinten tartása és fejlesztése a tudomány korszerű színvonalának és az egészségügyi ellátás igényeinek megfelelően. A részletes szabályokat a 73/1999 Eümr. és a 52/2003. (VIII. 22.) ESZCSM rendelet határozza meg. A rendeletek szerint a folyamatos továbbképzés feladata az orvosok saját szakterületükön történő ismeretfrissítés és fejlesztés, ami azt jelenti „...hogyan lehet ugyan egy orvos érdeklődése rendkívül széles körű, az általa ellátott betegek érdekét az szolgálja, hogy a saját működési szakterületén akkreditált tanfolyamokon szerezzék meg az előírt pontok jelentős részét” (Szatmári és mtsai, 2006). A továbbképzés feladatát tekintve tehát nem a legmegfelelőbb fórum egy új szakma elsajátítására, de ez nem kizárt és a külföldi gyakorlatot tekintve nem is példa nélküli (lásd később). Ugyanakkor meg kell jegyezni, hogy az EU-n belül a trend a továbbképző események nemzetközi akkreditációjának elfogadása, európai szintű összehangolása. A tagállamok mind szorosabb kapcsolatot (jelentési kötelezettséget) vállalnak a Szakorvosok Európai Uniója (UEMS) e célból létrehozott bizottsága (EACCME- folyamatos orvos továbbképzés Európai akkreditációs bizottsága) felé (Ertl és Mezei, 2007). A Debreceni Egyetem például az orvostovábbképzéseket a felnőttképzéseken belül tartja nyilván és jelenti le a Felsőoktatási Regisztráció Központ felé. A Debreceni Egyetemen 2006-ban 167 orvostovábbképzési tanfolyamot tartottak, amelyen 4965 fő vett részt. Az OEC Szak- és Továbbképzési Központjának feladat, hogy a továbbképzéseket befogadja, pontszám javaslattal lássa el és azt továbbítja az illetékes szakmai kollégiumoknak és az Egészségügyi Felsőfokú Szakirányú Szakképzési és Továbbképzési Bizottságának (Joó, 2006). A természetgyógyászati képzések jelenleg a kötelező továbbképzési rendszeren belül realizálódnak. Például hagyományos kínai gyógyászat, manuálterápiás tanfolyamok ezen keresztül vehetők föl és végezhetők el. A tanfolyamok megtalálhatók az Orvosok Folyamatos Továbbképzési Elektronikus Indexe (OFTEX) rendszerén belül, letölthetők a <http://www.oftex.hu/> lapról. A felnőttképzésen belül nem csak orvostovábbképzések találhatók meg, egyéb kurzusok más jogszabályi háttérrel alapíthatók. Az egyetemek a felsőoktatási törvény 11. § (4) bekezdése alapján felnőttképzést a felnőttképzési törvényben intézmények részére előírt akkreditáció nélkül is végezhetnek, a Debreceni Egyetem felnőttképzési regisztrációs száma például: 09-0293-05, amelyet intézményi akkreditáció nélkül kapott. Az akkreditációs eljárás és követelményrendszer részletes szabályairól szóló 24/2004. (VI. 22.) FMM rendelet alapján az orvosegyetemek akkreditálhatnak felnőttképzési programokat, tehát nem feltétlenül kell a

természetgyógyászati képzéseket a kötelező továbbképzések közzé „elrejtetni”.

Az orvos-természetgyógyászati képzések jelenleg a folyamatos továbbképzésen belül érhetők el itthon, annak ellenére, hogy a továbbképzésnek más a célja. Az Egyesült Államokban szintén lehet természetgyógyászati képesítést a folyamatos továbbképzésen belül szerezni, még ha ez ott nem is általános. Amikor a magyar képzést összehasonlítjuk az amerikaival, ahol szintén találunk a folyamatos továbbképzésen belül természetgyógyászati tevékenységre „jogosító” kurzusokat, nem szabad elfelejteni, hogy a magyar helyzet jelentős kompromisszumok árán jött létre, és a szabályozás miatti patthelyzetből talán ez volt az egyetlen kivezető út. Az Egyesült Államokban éles határt húznak a természetgyógyászati módszerről szóló és azokat oktató kurzusok között. A kérdés gyakran merül föl a folyamatos továbbképzésen belül (Carlston, 1999). Általánosságban az mondható, hogy folyamatos továbbképzésben ritkán szerepelhet *természetgyógyászati módszer* oktatása. Általában minimális kreditért (1 CME) léteznek a természetgyógyásatról szóló kurzusok (Weeks, 2000). Az NCCAM nyolc kurzust hirdetett meg folyamatos továbbképzésen belül, mindegyiket a minimális kreditpontért. A kurzusok on-line érhetők el és teljesíthetők, tehát az orvosok számára ajánlott képzés távoktatás keretében zajlik. Ha valaki az összes on-line kurzust elvégzi, arról igazolást kap (National Center for Complementary and Alternative Medicine: Online Continuing Education, 2007). Ez alól kivétel, tehát a természetgyógyászati módszer oktatására példa az akupunktúrás tanfolyam. Az akupunktúrás orvosi szövetség a továbbképzési programok közül hét programot hagyott jóvá (UCLA Office of Continuing Medical Education, 2007). A magyar oktatási rendszerhez hasonló nagyságrendűt, 300 órát foglal magába. Ugyanakkor meg kell említeni, hogy ez az amerikai képesítés minimuma, csak a szakmai szervezethez a belépő. A szakmai szervezethez való felvételhez a kurzus elvégzésén és 500 saját akupunktúrás eset igazolásán túl egy felvételi vizsgát kell tenni. A felvételt követően két éves szakmai gyakorlat következik, csak azt követheti a saját praxis (American Board of Medical Acupuncture, 2007). Tehát ami nagy különbség, hogy az amerikai rendszerben a képzés nem ért véget a folyamatos továbbképzés 300 órájával. Ha az orvosoknak szóló oktatási rendszer a folyamatos továbbképzésben akkreditált kurzusokon alapul, akkor nincs arra garancia, hogy a „középfokúakhoz hasonlóan” ne alakuljon ki minőségi káosz. Ezt az amerikai rendszer a szakmai szervezet minőségellenőrzésére bízva küszöböli ki.

Szakirányú továbbképzés: A felsőoktatásban, az alapképzésben megszerzett végzettségre, illetve szakképzettségre épülő, oklevéllel záruló továbbképzési forma a szakirányú továbbképzés. A szakirányú továbbképzés újabb végzettséget nem ad, hanem

speciális szakirányú szakképzettséget biztosít/tanúsít. A szakirányú továbbképzés szervezésének általános feltételeiről szóló 10/2006. (IX. 25.) OKM rendelet határozza meg a szakirányú továbbképzés létesítésének feltételeit. A 6. § (1) bekezdése alapján szakirányú továbbképzés akkor indítható, ha azt az adott felsőoktatási intézmény vezetőjének kérelme alapján nyilvántartásba vették és ezt követően a felsőoktatási intézmény a szakirányú továbbképzési szak tantervét a honlapján közzétette. Nagyon fontos, hogy a 7. § alapján a Magyar Felsőoktatási Akkreditációs Bizottság az „akkreditációs vizsgálatot” a szakirányú továbbképzések tekintetében is lefolytatja. Összességében az orvosi diplomához kötött természetgyógyászati képzések céljuk és szellemiségük szerint ebbe a képzési formába illeszthetők lennének, de az eljárási, technikai rész bonyolult (akkreditáció) és drága. 2004-ben Budapesten megkísérelték a "Mozgásszervi nem-konvencionális kezelés" szakirányú továbbképzési szak egyetemi oktatásának az akkreditációját, de ez a mai napig nem szerepel az Oktatási Minisztérium által nyilvántartott szakirányú továbbképzési szakjai között (22/2004. (III. 2.) ET, 2004). Nincs ma Magyarországon felsőfokú természetgyógyászati szakirányú továbbképzés.

4.3. A természetgyógyászati ismeretek integrációjának típusai

A természetgyógyászati ismeretek orvosi kurrikulumba történő valamilyen formában történő bevonását (integrálását) sokan javasolták, de a konkrét formára és tartalomra kevesebb ajánlás született (Barker és mtsai: 'I wished I was the patient', 2000). Bodeker azt ajánlotta, hogy a keleti országok oktatását (és szabályozását általában) kellene példaként kitűzni, hiszen ott az integráció régebbi, nagyobb tapasztalatokkal rendelkezik. (Bodeker, 2001) Ezt az érvelést többen visszautasították azzal, hogy Bodeker, amikor a keleti országokat, Kínát, Indiát, Dél-Koreát, Malajziát és afrikai országokat példaként említ, nem veszi figyelembe az országok közötti szociokulturális és politikai berendezkedésben meglévő különbségeket. (Park, 2001; Raciborska, 2001). A keleti országokban megvalósítható szabályozás és oktatási rend nem ültethető át a nyugati rendszerbe, hiába használják közel annyian a természetgyógyászatot, mint a keleti országokban. (Bodeker a fejlődő országokat keleti országokat nevezte, ami természetesen nem fedi tökéletesen a földrajzi értelemben vett csoportosítást.)

Az integráció kétségtelen célja, hogy az orvosok képesek legyenek érdemi beszélgetést folytatni a betegekkel a természetgyógyászat előnyeiről és hátrányairól. Mivel az orvosi kurrikulumok eleve túlszűfoltak, kevés idő áll rendelkezésre, olyan tematikát kell

kidolgozni, amely a leginkább alkalmas az ismeretek átadására és a készségek elsajátítására. A kurzusokkal kapcsolatban két fontos kérdés merül föl. Egyrészt *mit tartalmazzanak*, másrészt szükséges-e a kurzusokat *egységesíteni*, szükséges-e az egyetemek közötti valamilyen „szakmai” harmonizáció?

A kurzusok tartalmára vonatkozóan több általános ajánlást találhatunk. Strauss, az NCCAM korábbi igazgatója szerint a hallgatóknak a betegcentrikusságot, a *kevésbé paternalista szemléletet* kell elsősorban elsajátítani. A tananyagban a fájdalomcsillapítási technikákra, a palliatív kezelésekre, a stresszkezelésre kell fókuszálni (Strauss, 2000). Wetzel a *praktikus* szempontokra helyezte a hangsúlyt, szerinte pontosan meg kell határozni a kiindulási helyzetet, a célokat, az eszközöket, a forrásokat és az intézményi hátteret. Elengedhetetlen, hogy az orvosi kar támogassa egy ilyen kurzus létét, ennek érdekében a karon belül a rendszeres kommunikációra kell törekedni (Wetzel és mtsai, 2003). Owen, akinek a nevéhez egy tematika kidolgozása is kötődik, a *hallgatói elvárások* szintjét tartotta fontosnak. Szerinte úgy kell a kurzusokat megszervezni, hogy az az orvostanhallgatók érdeklődési szintjén maradjon, és helyet kell biztosítani a kurzusban a kíváncsiságuk megválaszolására. A hallgatói kapcsolatokon túl fontosnak tartotta a nem természetgyógyász egyetemi orvosok meghívását a kurzusokra (Owen, 1999). Greiner szerint nem lehet arról megfeledezni, hogy természetgyógyászati technikák jelentős része öngyógyító módszereket takar. Ő egy háromhetes kurzus bevezetését javasolta, amiből egy hét szociokulturális aspektusok megbeszélésére, két hét pedig a klinikai gyakorlat megfigyelésére lenne (Greiner és mtsai, 2000).

A kurzusok tartalmán kívül lényeges kérdés a kurzusok egységessége. Az orvosi karok természetgyógyászati oktatása ma már nem pusztán a független egyetemek „magánügye”, néhány lelkes ember elhivatott akciója, hanem ezekkel a kurzusokkal szemben is felmerült egyfajta *minőségbiztosítási követelmény*. Kanadában és az Egyesült Államokban a természetgyógyászati képzések összehangolása megkezdődött. Kanadában és az Egyesült Államokban az egyetemek közel 90%-a (Levine és mtsai, 2003) eleve oktat természetgyógyászatot. Mindkét állam anyagilag is támogatja a harmonizációs törekvést, a harmonizált, egységes minőségű természetgyógyászati képzés oktatáspolitikai célkitűzés. Az Európai Unió orvosi karainak oktatási gyakorlatáról nagyon kevés információ áll rendelkezésre, csak néhány egyetem kurrikuluma ismert. Nemcsak az nem ismert, hogy mi a kurrikulumok konkrét tartalma, de még az sem, hogy az egyetemek hány százaléka oktat természetgyógyászatot. Az alábbiakban röviden bemutatásra kerül a kanadai, az egyesült-államokbeli „oktatási modell”, egy brit és egy német kurrikulum, illetve egy EU tagállamok

orvosi karaira kiterjedő kérdőíves vizsgálat eredménye.

4.3.1. Természetgyógyászati ismeretek oktatása a kanadai orvosi karokon

A harmonizációs törekvések legstrukturáltabb formáját a kanadai példa mutatja. A természetgyógyászati kurrikulum tematikája ugyan nem kötelező az egyetemek számára, de annak tartalmát közösen dolgozták ki és azt elfogadták. Kanadában az Egészségügyi Minisztérium támogatásával felmérést készítettek 2001-ben, hogy az orvosi karokon szükséges-e a természetgyógyászati ismeretek oktatása, és ha igen, milyen formában. A nyugat-kanadai egyetemeknek részletes kérdőívet küldtek, amelyet az egyetemek hallgatói és az egyetem vezetése (dékánok és gazdasági vezetők) töltöttek ki. A kérdőíveket személyes interjúk követték. Az egyetemek hallgatói és oktatói a természetgyógyászatot szükségesnek minősítették, önálló tárgyként a rendes kurrikulumba integrálva képzelték el (CAM in UME Project, 2002).

A részletesebb megbeszélés érdekében a Minisztérium és az Orvosi Kollégiumok Szövetsége egy konferenciát rendezett még 2001-ben és egy széles társadalmi bázison alapuló, az ország valamennyi egyetemére kiterjedő project alapjait fogadták el. A project (Komplementer és Alternatív Medicina a Graduális Orvoscépzésben Project- Canadian Complementary and Alternative Medicine in Undergraduate Medical Education Project, CAM in UME Project) célja, hogy az egyetemek vezetésének segítsen olyan oktatási programot létrehozni, amely a hallgatókat valóban felkészíti a Kanadában dolgozó orvosok számára szükséges mértékű természetgyógyászati ismeretekre. A projectet a kanadai Egészségügyi Minisztérium is finanszírozza két pályázaton keresztül (Health Canada, 2007). A project legfőbb előnye, hogy nagy nyilvánosság előtt zajlik; vagyis vitára bőven ad lehetőséget. A viták nem csak az évente tartott munkamegbeszéléseken, nem csak a minisztérium folyosóin, de a kanadai folyóiratok hasábjain is szenvedélyesen folyik. A nyilvános vita azt feszegeti, hogy *szabad-e a nem effektív és nem biztonságos természetgyógyászatot oktatni* és egyáltalán az orvoscépzés túlterjeszkedhet-e az evidenced based anyagokon. Az ellenzők nem a természetgyógyászatról való beszélgetést ellenzik, hanem ragaszkodnak a kritikai (természetgyógyászat nem effektív és nem biztonságos) állásponthoz, a tudományos értékítéllethez, a szociológiai aspektusok hangsúlyozásához és a természetgyógyászatot használók pszichológiai jellemzéséhez. A vita tehát arra irányul, hogy legyen-e holisztikus „klinikai” tananyag a kurrikulumban az általános ismereteken kívül

(Oppel és mtsai, 2004; Oppel és mtsai, 2005). A kritika nem csak a projectet, hanem az abban résztvevőket is érte. A „vád” az volt a project kidolgozói ellen, hogy nem függetlenek, nem pártatlanok, hanem a természetgyógyászat elvakult követői.

A természetgyógyászati képzés melletti elkötelezettséget növelte, hogy egy független kanadai orvosi testület, amelyik rendszeresen foglalkozik az orvoscépzéssel, úgy nyilatkozott, hogy a természetgyógyászati alapismeretek szükségesek az orvosi praxisban. Ezt a kanadai orvosszövetség, a Royal College of Physicians and Surgeons is elfogadta (Frank, 2005). A project során nem született egy nemzeti alternatív medicina kurrikulum, viszont meghatározták az alapvető tartalmat, oktatási módszereket és a kimeneti követelményeket. A kurzus kimeneti követelményeként a szervezők a lexikális tudás főbb elemeit, a hallgatók által megszerzendő képességeket és elsajátítandó attitűdöket deklarálták, amelyet a 6. táblázat mutat be (CAM in UME Project, 2003).

A project nagyon fontos eredménye, hogy a természetgyógyászati tananyag *kereshető adatbázisát* hozták létre. Az adatbázis egy ellenőrzött tartalmú, peer review részből és egy nem ellenőrzött helyből áll, ahol Power Point prezentációkat, előadásanyagokat, esetmegbeszéléseket tartalmaz (CAM in UME Project, 2007). Az adatbázis hasonló az Egyesült Államokban található az Integratív Medicináért Konzorcium, vagyis a US Consortium of Academic Health Centers for Integrative Medicine (www.imconsortium.org/cahcim/home.html) által nyilvánosságra hozott tananyag gyűjteményhez. Az amerikai konzorcium oktatási munkacsoportja konkrét kurrikulum tervezetet hozott létre, amely jóval részletesebb a kanadainál és egy oktatási tematikát ad, nem csak a kimeneti követelményeket nevezi meg (Consortium of Academic Health Centers for Integrative Medicine, 2004). A kanadai project lezárásaként elkészült egy dokumentum, amely a kurzus tartós fennmaradásának biztosítása érdekében gyakorlati kérdéseket tisztáz. Ilyen kérdés például, hogy az orvosi kurrikulumba hová (melyik évfolyam) helyezték el a természetgyógyászati ismereteket, milyen legyen a kurzus felépítése, mely kurzusok szerepeljenek a folyamatos továbbképzésekben vagy mi legyen a feladata a kurzus koordinátorának. A dokumentumban rögzítették, hogy az egyetem vezetésével és a diákokkal nagyon fontos a kapcsolattartás, a rendszeres, nyílt kommunikáció. A diákoknak biztosítani kell a legfrissebb tananyagokat, amelyek on-line is elérhetők kell, hogy legyenek. A dokumentum kitér a kurzus az anyagi háttérének biztosítására is.

4.3.2. Természetgyógyászati ismeretek oktatása az Egyesült Államok orvosi karain

A természetgyógyászati ismeretek graduális orvoscépzésbe való integrációjára irányuló leglátványosabb kísérlet az Egyesült Államokban zajlik. A kanadai projecttel ellentétben az integrálandó természetgyógyászati kurzus tematikáját nem az egyetemek dolgozták ki, hanem egy erre létrehozott testület. A kidolgozott tematikához az egyetemek szabadon csatlakozhatnak, azt bevezethetik, illetve saját már létező tematikájukkal összevethetik.

Az amerikai Egészségügyi Minisztérium, National Institutes of Health (NIH) 1991-ben létrehozott egy 2 millió dolláros költségvetésű hivatalt (Office of Alternative Medicine [OAM]) a nem konvencionális eljárások vizsgálatára. A hivatal létrejöttét az amerikai Kongresszus (P.L.102-170) jogszabályban rögzítette. A hivatal célja a konvencionális eljárásokkal kapcsolatos vizsgálatok kivitelezése és annak társadalmi ismertetése. A hivatal munkáját elismerendő a WHO az OAM-ot kollaboratív, kutató centrumként regisztrálta 1996-ban. 1999-ben hozták létre a Komplementer és Alternatív Medicina Nemzeti Központot, vagyis a *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM)-t és a természetgyógyászati tanácsadó testületet, a National Advisory Council on Complementary and Alternative Medicine (NACCAM)-t is. A tanácsadó testületnek 18 szavazattal bíró tagja van, amelyből 9 természetgyógyász, három laikus, a többi kutató. A tanácsadó testület feladata a döntések ellenőrzése, és a NCCAM tudományos programjának véleményezése, kiegyensúlyozottságának megítélése. A NCCAM célja természetgyógyászati kutatások szigorúan tudományos kivitelezése, oktatás és az eredmények publikálása mind az egészségügyi szakmák, mind a társadalom felé. A NCCAM tevékenységéhez és finanszírozásához kötődik például az orbáncfű, a glükózamin vagy a kondroitinszulfát vizsgálata.

Az NCCAM oktatási feladatát több szinten végzi. Az NCCAM részt vesz a graduális-, posztgraduális- és folyamatos továbbképzés szervezésében, finanszírozásában, illetve kutatóképzéseket szervez és ösztöndíjakat ír ki hallgatók és orvosok számára egyaránt. A NCCAM oktatás támogatási keretébe tartozik a konferencialátogatások és szervezések finanszírozása is. A kutatási és oktatási eredmények nyilvánosság elé tárására nagy hangsúlyt fektetnek. Fontos eredmény volt 2000-ben, hogy a természetgyógyászati kutatási eredmények rendszerezetten a világhálóra kerültek a „CAM on PubMed” program keretében. A hivatal rendszeresen ad közzé kutatási eredményeket és saját weblapján is részletes beszámolókat szerepelnek az egyes projectekről. Az eredmények ismertetésére az NCCAM konferenciákat,

nyilvános megbeszéléseket szervez világszerte (National Center for Complementary and Alternative Medicine: NIH Almanac, 2007).

Az NCCAM súlyát jól mutatja a költségvetése: 121.268.000 dollár 2007-ben, amelyből az oktatási programokra fordítható 2.850.000 dollár. Világszerte ez a legnagyobb alappal működő természetgyógyászatot kutató centrum (Department of Health and Human Services, 2007). Az NCCAM oktatási programja egy öt éves, R 25 jelű program, amelynek az elnevezése: Complementary and Alternative Medicine (CAM) Education Project Grant. A program közvetlen és rövid távú célja, hogy elősegítse a természetgyógyászati ismeretek integrálását az orvos, nővér, rezidens és a folyamatos továbbképzésbe. A hosszú távú cél a konvencionális és a nem konvencionális ismeretek integrációja az egészségügyi képzésbe. Az R25 program 15 alprogramból áll, amelyből 12 orvosi karhoz, 2 nővérképző intézethez, egy pedig az Amerikai Orvostanhallgatók Szövetségéhez, American Medical Student Association (AMSA)-hoz kapcsolódik. Az AMSA által koordinált és adminisztrált alprogram az Educational Development for Complementary & Alternative Medicine Project (EDCAM). Az EDCAM három részelemből épül föl: 1) a 7. táblázatban látható kísérleti CAM oktatási programot vezették be hat önként jelentkező orvosi karon (biztosítva az egyetemnek 15000 dollár/év támogatást), 2) hat napos „CAM Vezető” Képzési Programot hoztak létre 20 önkéntes orvostanhallgató és csontkovácsolást tanuló részére, 3) on-line CAM oktatással kapcsolatos adatbázist hoztak létre. Ez a folyamatosan frissülő adatbázis a természetgyógyászati oktatásról tartalmaz információkat az érdeklődő hallgatóknak, rezidenseknek és egyéb egészségügyi szakembereknek.

Egyes egyetemek szakosodtak a természetgyógyászati témakörön belül és a természetgyógyászat csak bizonyos ágaiban a graduális képzésen túl továbbképzést is tartanak. A georgetowni egyetem például éves konferenciákat szervez a tumoros megbetegedések és a természetgyógyászati eljárások kapcsolatáról, a Columbia University és a University of Arizona a fitoterápiáról tart továbbképzéseket.

Kis túlzással az EDCAM versenytársának nevezhető (a már említett) az integrált medicina bevezetéséért létrejött 38 észak-amerikai orvosegyetem által létrehozott szövetség (The Consortium of Academic Health Centers for Integrative Medicine). A szövetség célja az, hogy segítse meghonosítani a természetgyógyászati oktatást az orvosképzésben, természetgyógyászati tárgyú kutatásokat végezzen, elérhetővé tegye az alternatív módszereket a klinikai gyakorlatban és általában élővé tegye az egészségügyi pluralitást. A szövetség az oktatásért egy munkacsoportot alapított (Education Working Group), amely integrált szemléletű oktatási tematikát dolgozott ki a graduális és a rezidensképzésre 2004-ben

(Consortium of Academic Health Centers for Integrative Medicine, 2004). A természetgyógyászat integrálásáért tett erőfeszítések nem maradtak a társadalomban visszhang nélkül, a betegek komoly változásokat várnak az orvos-beteg kommunikációban és bizakodóak az oktatási reformmal kapcsolatban (Huget, 2007).

4.3.3. EU orvosi karok és természetgyógyászati képzés

Az Európai Unió tagállamaiban nem ismert olyan program, amely a természetgyógyászat orvosképzésben való helyzetének felmérésére vagy harmonizálására irányulna. Az EU tagállamok egyetemeken természetesen létezik oktatás, de ezek a kurzusok egymástól nagyon eltérő tartalmúak és változó minőségűek. A legismertebb európai természetgyógyászati tematikák Németországhoz és Nagy-Britanniához kapcsolódnak. Az Európai Unióban a természetgyógyászattal kapcsolatban csak kutatóprogramokra irányuló kezdeményezések jöttek létre, mint például az European Register Initiative on Complementary & Alternative Medicine (The Research Council for Complementary Medicine, 2000), oktatási programok nem.

Nagy-Britannia

Nagy-Britanniában hamarabb kezdtek foglalkozni a természetgyógyászat orvosi kurikulumba való integrációjával, mint az Egyesült Államokban. Az angol orvosi kamara, a General Medical Council ajánlása, a "Tomorrow's Doctors" 1993-ban jelent meg, ami azt ajánlotta, hogy a természetgyógyászat jelenjen meg az orvosképzés speciális moduljai között, de nem javasolta a törzsanyagba való integrálást. Ugyanebben az évben a Brit Orvosszövetség, a British Medical Association (BMA) vitát kezdeményezett, ahol a törzsanyagba való integrálás reális alternatívaként merült föl (Greenfield és mtsai, 2000). Számos brit orvosi fakultás ajánl valamilyen természetgyógyászati oktatást, amelyek tartalmukban és formájukban is eltérők (Bodeker és mtsai, 2005). A két leghíresebb oktatási tematika a *southamptoni* és a *birminghami* (Alami, 2003). A southamptoni kurzus egy szemeszteres, nyolc foglalkozásból álló tárgy. Az első alkalommal a CAM történetéről és változásairól, az azt követő négy alkalommal a Nagy-Britanniában népszerű kiopraktikáról, homeopátiáról, csontkovácsolásról, illetve az akupunktúráról van szó. A maradék foglalkozások természetgyógyászattal kapcsolatos elméleti és alkalmazási problémák

megvitatására szolgál. A *southamptoni órák alapvetően kritikai szemlélettel* épülnek föl, de a hallgatóknak lehetőségük nyílik a gyakorlatba való bepillantásra is. A hallgatók az órák alkalmával, illetve azt követően természetgyógyászati intézményekbe mehetnek át, hogy betekintsenek az alternatív gyógyítás gyakorlatába (Owen, 1999). Az oktatás minőségét a hallgatók nagyon jónak minősítették a visszajelzésekben, javasolták egy éves tárggyá kibővíteni. Ismereteik igazolhatóan nőttek a témakörben, a természetgyógyászathoz való viszonyulásuk kritikusabb és jóval összetettebb lett (Owen és Lewith, 2001; Barker és mtsai: An evaluation, 2000).

A másik úttörő integrált oktatás a birminghami. Az „egy délutános” kurzust 1993-tól ajánlják szabadon választható formában az első éves hallgatóknak. Nyolc megadott komplementer medicina ág közül a hallgatók kettőt választhatnak és a délutánt a választott terapeutákkal tölthetik. A kurzus rendkívül népszerű volt, így a folytatását felsőbb években bevezették (House of Lords, 2000). A természetgyógyászati kurzus célja a kritikus szemlélet elősegítése volt. A hallgatók a hatásosságot és biztonságosságot egymástól eltérően ítélték meg, és érdekes módon a természetgyógyászat biztonságosságáról és hatásosságáról alkotott véleményük a kurzus végén még szélsőségesebbé vált (Greenfield, 2000).

Németország

Németországban a közelmúltban hozott jogszabály módosítás miatt valamennyi orvosi karon *kötelező természetgyógyászatot*, ezen belül elsősorban gyógynövényismeretet tanítani. Németország 35 karából a módosításig 12-ön volt képzés (Bornhöft és mtsai, 2005). Az egyik legrégebbi kísérlet a "Münchner Modell" a müncheni Ludwig Maximilian Egyetemen zajlott (Fisher és Ward, 1994). A szerzőpáros rámutatott, hogy bár a természetgyógyászhoz forduló aránya talán magasabb, mint az amerikai kontinensen, ennek ellenére az orvosi karok kisebb aránya vesz részt az oktatásban. A német orvosi karokon *sincs egységes elvárás*, standard a természetgyógyászati ismeretek oktatásával kapcsolatban, bár hatalmas változások történtek az elmúlt évtizedben. Brinkhaus megjegyzi, hogy tíz éve a természetgyógyászatot az orvosok gyakorlatilag csak posztgraduálisan tanulhatták, ma már a hallgatóknak jóval szélesebb a lehetőségeik. A berlini Humbolt Egyetemen 2000-től vezették be a természetgyógyászati oktatást a kurrikulumba, javarészt hallgatói nyomásra. A természetgyógyászati kurzus egy szemeszteres és 10 foglalkozásból áll. A bevezető óra után két-két alkalommal a Magyarországon kevésbé ismert naturopátiával, három alkalommal a homeopátiával és három

alkalommal tradicionális kínai gyógyászattal foglalkoznak. A hallgatók a visszajelzések szerint elégedettek, a kurzusra túljelentkezés van (Witt és mtsai, 2006).

4.3.4. A természetgyógyászati képzés kérdőíves vizsgálata az EU orvosi karain

Az Egyesült Államokban, Kanadában és Ausztráliában (Owen és Lewith, 2004) az egyetemek nagy része oktat természetgyógyászatot, de azt nem ismert, hogy mi a gyakorlat az Európai Unió tagállamaiban. 1999-ben már készült az utolsó felmérés a felsőoktatási intézmények körében az alternatív medicina oktatásának helyzetéről, amely az orvosi karokra is kiterjedt (Barberis, 2001). Az elmúlt évek azonban világszerte nagy változást hoztak a természetgyógyászat megítélésében és oktatásában, szerettem volna látni, hogy történt-e változás az EU tagállamokban. A kérdőívet 265 orvosegyetemből 105 töltötte ki és küldte vissza. 90 egyetem a korábbi EU, míg 15 a később (2004-ben) csatlakozott államok területén található. A válaszolási arány hasonló volt: a régi Európa egyetemeinek 43%, az új tagállamok orvosi karainak 42%-a válaszolt a 7 kérdéses kérdőívre. A 7 kérdésből 3 kérdés a szerkezeti integráció mélységére, 3 kérdés a természetgyógyászati kurzusok típusára és egy a praxishoz való viszonyra vonatkozott:

- Van-e bármilyen lehetőség a természetgyógyászati tanulmányok folytatására az Ön egyetemén?
- Létezik-e külön természetgyógyászati tanszék az Ön egyetemén?
- Van-e külön természetgyógyászati tárgy vagy kurzus?
- Ha van, akkor kötelező-e?
- Ha van, akkor vizsgával zárul-e?
- Szükséges-e valamilyen kiegészítő képzés a mindennapi természetgyógyászati praxishoz?
- Ha van ilyen tárgy, kurzus, akkor mire fókuszál?(általános vagy speciális témák, kérjük részletezze)

Integráció: A korábbi tagállamok válaszoló egyetemei közül 42%, míg az újabb tagállamok 20%-a ajánlott bármilyen formában képzést. Önálló természetgyógyászati tantárgyról a korábbi tagállamok 42%-ban, a 2004-ben csatlakozók 20%-ban számoltak be. A képzés önálló természetgyógyászati tanszéken a korábbi tagállamok 10%-ban folyt, míg a 2004-ben csatlakozottak esetén ez az arány 7% volt.

Kurzus típusa: A régi tagállamok orvos karainak 13%-án szerepelt kötelező természetgyógyászati tantárgy, míg az újabbak közül sehol sem. A természetgyógyászati tantárgyat vizsgakötelesnek minősítették 31%-ban a régiek között és sehol sem az új csatlakozók esetén. Valamennyi kurzusban a természetgyógyászati ismeretek általános jellemzése és néhány természetgyógyászati ág részletezése történik. Kiemelésre az akupunktúra, homeopátia, fitoterápia és masszázsterápiák kerültek.

Praxishoz való viszony: A régi egyetemek 10%-a, míg az újak 20%-a követel valamilyen kiegészítő képzést, ahhoz, hogy a mindennapokban gyakorolja. Ez azt jelenti, hogy az összes most csatlakozott állam megkövetel egyéb képzésben való részvételt a természetgyógyászati módszerek felhasználásához. (A válaszok megoszlását a 3/A ábra mutatja.)

A válaszok elemzése során megállapítottam, hogy bizonyos államokban az egyetemek nagy része oktat valamilyen természetgyógyászati ágat, míg máshol egy sem. Vizsgáltam, hogy az egyes országokban tapasztalható oktatási gyakoriság korrelál-e az országban lévő társadalmi igénytel. A társadalmi igényt három paraméteren keresztül közelítettem meg, mivel nem létezik olyan ideális paraméter, amely a társadalmi igényt nagy pontossággal jellemezné, és minden tagállamból elérhető lenne. A három paraméter: természetgyógyászati igénybevétel (%), az over the counter (OTC) termékek, illetve a vitamin és ásványianyagok forgalmának aránya a teljes gyógyszerforgalomhoz viszonyítva (OTC termékekre és vitaminkészítményekre költött 1 főre jutó euró-összeg/év). A társadalmi igénye mérésére használt első paraméterről (természetgyógyászati igénybevétel) adatokat a következő országok esetében sikerült találni, így a korrelációs vizsgálatba bekerült országok: Ausztria, Belgium, Dánia, Finnország, Németország, Magyarország, Hollandia, Svédország, Svájc, Nagy-Britannia. Korrelációs hányados: 0,4.

A második és a harmadik vizsgált, társadalmi igényt kifejező paraméter az OTC termékek, vitamin és ásványi anyag készítmények aránya a teljes gyógyszerforgalomban. Erről a következő országokból találtunk adatokat: Ausztria, Belgium, Csehország, Dánia, Finnország, Franciaország, Németország, Görögország, Magyarország, Írország, Olaszország, Hollandia, Norvégia, Lengyelország, Portugália, Szlovákia, Spanyolország, Svédország, Svájc, Nagy-Britannia. OTC termékekkel való összehasonlítás esetén a korrelációs hányados: -0,125, míg a vitamin- és ásványianyag forgalommal összevetve a korrelációs hányados: 0,2 volt. (Az összefüggést a 3/B ábra szemlélteti.)

4.4. Alternatív medicina oktatása a hazai graduális képzésben

Magyarországon négy orvosi kar van: Budapesten, Debrecenben, Pécsen és Szegeden. A pécsi egyetemen az oktatás már az 1991/92-es tanévben megkezdődött a „Természetes gyógymódok tudományos alapjai” elnevezésű kurzussal, amelynek kerete 26 óra volt. A szegedi egyetemen 1992-től oktatták „A természetes élet és gyógymódok propedeutikája” című tárgyat 30 órás keretben. Budapesten, ahogy korábban elhangzott a HIETE biztosított képzést, de graduális szinten nem volt. Debrecenben csak az utóbbi években indult el oktatás választható kurzus formájában (Árokszállás, 1999). A graduális képzések iskolateremtő személyekhez kötődnek. Ilyen iskolateremtő személy például Szegeden *Lencz László* (Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Tanszék professzor emeritusa), aki hagyományos kínai gyógyászatot oktat. Pécsen *Karácsony Ferenc* (Gyermekegyógyászati Intézet klinikai munkatársa), aki életmódterápiát, táplálkozási ismereteket oktat. Budapesten *Gömör Béla* (Reumatológiai és Fizioterápiás Tanszék egyetemi tanára), aki posztgraduális képzés keretében manuális medicina ismereteket oktat és szervez (Karácsony, 2004; Lencz, 1996; Lencz, 2002; Gömör, 2005). Debrecenben *Rák Kálmán* tevékenységét ki kell emelni, aki bár semmilyen természetgyógyászati ágat nem művelt, mégis támogatta a komplementer és alternatív medicina alapjait bemutató kurzus elindítását. Rák Kálmán a képzés kritikai hangvételét tartotta fontosnak és a természetgyógyászati terápiák tudományosságáról adott elő a természetgyógyászati kurzus során (Rák, 2000; Rák, 1999; Rák, 2003). Jelenleg képzés Budapesten, Szegeden, Pécsen és Debrecenben is elérhető szabadon választható kurzusok formájában.

Debrecenben két féléves szabadon választható „Komplementer és alternatív medicina területei I-II” című tárgy került bevezetésre 2004-ben. A debreceni kurzus mindkét félévben 20 órás keretben zajlott, nagy hallgatói érdeklődés mellett; tematikája a 1. mellékletben található. A „Komplementer és alternatív medicina területei I-II” című kurzus meghívott előadókkal, szervezéssel a Magatartástudományi Intézetben zajlott. Ezen kívül szabadon választható formában létezik még a „Jóga és meditáció”, illetve a „Kínai masszáz” elnevezésű kurzusok, amelyek a természetgyógyászat egy területére fókuszálnak.

A pécsi fakultatív alternatív medicina kurzus 28 órás, amely az általános szociokulturális aspektusok ismertetésére fókuszál az előadások során. Szegeden szabadon választható tárgyként az egy féléves fitoterápia választható, komplementer medicina alapjai tárgy is választható. Egyedül Szegeden létezik külön alternatív gyógyászati oktató munkacsoport Nem-konvencionális Medicina Oktató- és Vizsgáztató Munkacsoport

elnevezéssel. Budapesten a „Hagyományos Kínai Orvoslás alapjai” című két féléves speciális kollégium keretében tanulható alternatív medicina.

A Magyar Akkreditációs Bizottság a MAB 2006/2/II/1/1. sz. határozatában akkreditálhatónak minősítette valamennyi orvosi kart. A karokat elméleti, klinikai képzés, illetve néhány egyéb kérdés figyelembe vételével hasonlította össze. Az egyik ilyen szempont a komplementer medicina hazai oktatása volt. A témaválasztás indokát így jelölték meg: „Ma már elképzelhetetlen, hogy egy diplomás orvos ne legyen felkészítve a komplementer medicina alapvető ismeretének és egyes eljárásainak kritikai megítélése szintjén, arról nem is szólva, hogy tájékozott legyen az orvostudomány által is elfogadható kiegészítő lehetőségekről.” (Magyar Akkreditációs Bizottság, 2006). A Magyar Akkreditációs Bizottság állásfoglalásától eltekintve nincsen hazai „hivatalos” oktatáspolitikai elhatározás a kérdésben. Azonban a MAB határozat értékelésekor figyelembe kell venni, hogy a Látogató Bizottság tagjai közt jelen volt a Komplementer Medicina Tanácsadó Testület egy tagja is, illetve Petrányi Győző volt a Látogató Bizottság elnöke, aki az MTA Orvosi Tudományok Osztályának tagjaként részt vett a természetgyógyászat tudományosságát megítélő állásfoglalás meghozatalában (lásd fentebb). A hazai szakmai szervezetek nem foglalkoztak a kérdéssel, nem foglalt állást az orvosok természetgyógyászati képzéséről a Magyar Orvostanhallgatók Egyesülete sem.

4.4.1. Orvostanhallgatók attitűdvizsgálata

A Debreceni Egyetemen mielőtt a Komplementer- és Alternatív medicina területei I-II. kurzus elindult volna, készítettem egy felmérést a hallgatók természetgyógyászattal kapcsolatos attitűdjére és magatartására, illetve a természetgyógyászat esetleges oktatásával kapcsolatos attitűdjük feltárására. A 2004-ben a Debreceni Egyetem orvostanhallgatóira kiterjedő vizsgálat célja a természetgyógyászattal kapcsolatos hallgatói magatartás és az oktatásról alkotott vélemény feltárása volt. 198 hallgató töltötte ki a kérdőívet, amelyből 4 nem volt értékelhető. A válaszoló hallgatók között 120 nő és 74 férfi volt. A hallgatók három csoportba (panel) kerültek. Az első panelbe 82 első- és másodéves hallgató, a másodikba 54 harmadéves hallgató, a negyedikbe 58 negyed- és ötödéves hallgató tartozott. Minden kérdésnél vizsgáltuk, hogy a kérdőívben szereplő egyes válaszokat milyen arányban választják nők és férfiak, de a nemi megoszlás egyedül a saját tapasztalat esetén mutatott szignifikáns különbséget. A női hallgatók 43%-a, míg a férfiak 28%-a járt-e már természetgyógyásznál vagy alkalmazott-e valamilyen természetgyógyászati készítményt. A

11 kérdéses kérdőív kérdései két csoportra oszthatók.

A első (*introspektív*) kérdéscsoport öt kérdése a hallgatók természetgyógyászathoz való viszonyulását, attitűdjét, tapasztalatát vizsgálta (A válaszok megoszlását mutatja a 2/1 ábra). A hallgatók 4 %-a elutasítónak, 47% közömbösnek és 49% érdeklődőnek tartotta a természetgyógyászattal kapcsolatos saját *attitűdjét*. Az első- és másodévesek között volt a legmagasabb az érdeklődők (53%) és az elutasítók (6, 1%) aránya. A harmadévesek között a közömbös (55,6%) volt a leggyakoribb válasz, negyed és ötöd éven az érdeklődők (50%) voltak legtöbben. A hallgatók 38%-a járt már természetgyógyásznál vagy használt természetgyógyászati készítményt, vagyis rendelkezett *saját tapasztalattal*. Ez magasabb arány, mint amit az országos reprezentatív felmérések mutattak. Az első és harmadik panelben a saját tapasztalat aránya 43%, míg a másodikban 24% volt. Azok, akik rendelkeztek saját tapasztalattal, több mint 60%-ban *elégedettek* voltak a kapott termékkel/szolgáltatással. (A kis elemszám miatt további bontást nem végeztem.) A természetgyógyászat *effektivitását* a hallgatók 82%-a ágazatfüggőnek ítélte, 9%-uk szerint a természetgyógyászat eredményei pusztán placebo effektuson alapulnak, 8%-uk szerint általában hatásos, a hallgatók 1%-a szerint pedig teljesen hatástalan. Az összes harmadéves hatásosnak vagy legalább egyes területekre vonatkozóan hatásosnak vélte, az első panel hallgatóinak 16%-a gondolta azt, hogy a hatás nem létezik vagy placebo effektuson alapul. A természetgyógyászok *kompetenciájáról* a hallgatók 33%-a úgy vélekedett, hogy jól képzett szakemberek, míg a 66%-uk szerint nincs elég egészségügyi ismeretük és gyakran veszélyesek a betegekre. Az első panelbe tartozók 43%-a kevés egészségügyi ismerettel rendelkezőnek tartották a természetgyógyászokat, akik esetleg veszélyesek a betegekre; és 1%-uk minősítette sarlatánoknak őket. A másik két panelbe tartozók három negyede szerint kevés egészségügyi ismerettel rendelkeznek.

A második (*extrospektív*) kérdéscsoport hat kérdése a komplementer medicina jelenlétét jellemzi az egészségügyben (A válaszok megoszlását mutatja a 2/2 ábra). A hallgatók 45%-a az *orvosok attitűdjét* orvosok természetgyógyászattal kapcsolatos elutasítónak tartotta, 30%-uk szerint közömbösek, 25%-uk szerint elfogadják valós alternatívaként. Minden évfolyam leginkább elutasítónak mondta az orvosok attitűdjét, legtöbben (53%) harmad évfolyamon gondolták így. A harmadik panelben vélték úgy legkisebb arányban (17%), hogy az orvosok a természetgyógyászatot valós alternatívaként fogadnák el. A hallgatók 70%-a szerint az *orvosok a természetgyógyászok kompetenciáját* csak menthetetlen esetekben veszik figyelembe, csak akkor ajánlanak természetgyógyászati terápiát. A hallgatók 19%-a szerint az orvosok sosem, míg 12%-uk szerint gyakran ajánlanak

természetgyógyászati módszereket. Azt hogy ez gyakran történne, az első panelben 16%, második panelben 13%, míg a harmadik panelben 5% gondolta. A *betegek természetgyógyászati igénybevételének* gyakoriságát a hallgatók 16%-a kevesebbnek gondolta, mint 20%; a hallgatók 43%-a szerint a betegek 21-40%-a; 32%-uk szerint 41-60%; míg a hallgatók 8%-a szerint 61-80% a természetgyógyászathoz forduló betegek aránya. Az egyes panelekben a válaszok megoszlása hasonlóan alakult, mindegyikben a 21-40%-os igénybevételt választották a legtöbben. A hallgatók 79%-a szerint a betegek a természetgyógyászattal kapcsolatos kérdéseiket nem beszélik meg az orvosaikkal, ez nem merül föl az *orvos-beteg kommunikációban*. A legtöbben (25%) a második panelben gondolták úgy, hogy ez a téma fölmerül. A hallgatók 90%-a szerint az *orvosoknak szükségük van a laikus szintet meghaladó természetgyógyászati ismeretre*, és 76%-uk szerint a természetgyógyászati ismereteket az *egyetemi kurrikulumba integrálni* kellene. Ez az arány az első panelben 70%, a másik kettőben 80% fölött volt.

5. MEGBESZÉLÉS

5.1. Magyar szabályozás a nemzetközi, különösen EU tagállamok természetgyógyászati szabályozásának fényében

Az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization) 1978-ban "tudományos orvosi beavatkozásnak" minősítette a különféle keleti gyógy módokat, és a hagyományos orvoslás kiegészítőjének javasolta őket. A WHO a 2002-2005 közötti időszakra a természetgyógyászat fejlesztésére és integrálására programot fogadott el, amelyben sürgeti a tagállamokat, hogy tegyenek lépéseket a természetgyógyászat elfogadottságának növelése érdekében. *Magyarország ennek a célkitűzésnek megfelelt és komoly erőfeszítéseket tett a természetgyógyászat szakmai és társadalmi elfogadása érdekében.* Ki kell emelni a KMTT munkáját, amely a nem konvencionális módszereket szabályozó rendeletek módosító indítványát kidolgozta, illetve 2004-ben országos konferenciát szervezett a természetgyógyászat körüli viták feloldására.

Ha Magyarország szabályozását az EU joganyagával és alapelveivel, illetve a tagállami gyakorlattal vetjük össze, a *megítélés nem egyértelműen kedvező.* Az Európai Unió ugyan nem rendelkezik hivatalos természetgyógyászati politikával, de számos egyéb politikáján, mint például oktatási, kutatási, munkavállalók szabad mozgásán keresztül hat a természetgyógyászat szerveződésére, tagállami helyzetére. Egyetlen terület, ahol kötelező jelleggel az EU szabályok érvényesülnek, az a homeopátiás készítmények, a gyógynövény termékek és táplálék kiegészítők forgalmazása.

Az Európai Unió tagállamaiban a természetgyógyászok képzési rendszere nagyon különböző. Azokban a tagállamokban, ahol a természetgyógyászati tevékenységet képesítéshez kötik, a működéshez általában bachelor szintű végzettséget követelnek. A bachelor végzettség az Egyesült Államokban is a természetgyógyászati képzések alapformája. A magyarországi szabályozás a természetgyógyászati ágak széles körét lefedte, iskolarendszeren kívüli képzési formákat adott meg, amelyek az Európai Uniós és hazai felsőoktatási szabályoktól is elkülönülnek. Ebből az következik, hogy a természetgyógyászok nem tudják kihasználni az egységes oktatási térség, a diplomák kölcsönös elfogadásával járó előnyöket, ugyanis képzéseink nem tartoznak a felsőoktatás körébe, ahol a mobilitás/migráció ezen könnyítői ténylegesen élnek. Kétségtelen tény, hogy nem csak Magyarországon nem tagozódott be a természetgyógyászati képzés a felsőoktatásba, hanem az Európai Unió számos tagállamában. A probléma az, hogy Magyarországon olyan szabályozás született, ami

ellentétben áll az uniós oktatási trenddel és hosszú távon a természetgyógyászat képzésének minőségi gátjává válhat.

2005-ben 16 EU tagállamban létezett valamilyen szabályozási forma (amelyek különbözők), 13-ban pedig egyáltalán nem. Az európai egészségügyi szabályozás egy félig szabályozott formára (Dánia, Belgium, Hollandia, Norvégia, stb.) és egy teljen szabályozott formára (egészségügyi tevékenységet, bizonyos kivételektől eltekintve bárki végezhet) tagolható. A félig szabályozott rendszerben (egészségügyi diagnosztikus, terápiás, megelőző tevékenységet csak egészségügyi dolgozó végezhet) természetgyógyászati tevékenységet bárki végezhet. A teljesen szabályozott rendszerben, ha nincs természetgyógyászati szabályozás, akkor az egészségügyi dolgozóknak, leginkább orvosoknak van fenntartva (Spanyolország, Franciaország, Görögország, Észtország, Luxemburg, stb.). A teljesen szabályozott rendszerben, ha létezik szabályozott természetgyógyászati ág, akkor az beépül az egészségügyi rendszerbe, és abból lehet természetgyógyász, aki az előírt iskolákat elvégzi, engedélyeket megszerzi. A teljesen szabályozott egészségügyi rendszerrel rendelkező Csehországban például a homeopátia külön szabályozás révén szabadon végezhető, ugyanígy Magyarországon elérhető például a fitoterápia. *Magyarország szabályozása a teljesen szabályozott rendszerbe tartozik.*

Az EU tagállamok gyakorlatát vizsgálva a tételes magyar szabályozás két szempont miatt különül el. Egyrészt nagyon *részletes*, másrészt az EU gyakorlatnál *több területet* kizárólag orvosoknak tart fenn. Ha csak orvosok alkalmazhatnak egy természetgyógyászati módszert az EU-ban, az azért szokott előfordulni, mert nincs külön természetgyógyászatra vonatkozó szabályozásuk és a főszabály érvényesül, miszerint egészségügyi beavatkozást orvos végezhet. Ez a helyzet például Spanyolországban vagy Szlovákiában. Ha pedig mégis érvényesül az orvosoknak történő fenntartás, akkor az néhány módszerre szokott kiterjedni, mint például Szlovéniában az akupunktúrára, Litvániában a homeopátiára és az akupunktúra. Tehát a magyar szabályozás tekintetében *a különbség nem minőségi, hanem mennyiségi jellegű*. Nincs a nemzetközi gyakorlatnál jobban korlátozó szabályozással probléma, ha a tények e mellett szólnak, ha az elmúlt tíz év radikálisan csökkentette a „kuruzslók” tevékenységét, a betegek nagyobb biztonságban vannak. Jelenleg nem áll rendelkezésünkre egy részletes hatásvizsgálat (előzetes vagy utólagos), ami érveket, tényeket szolgáltatna a hatályos tételes szabályozás eredményessége mellett.

Az orvos természetgyógyászok képzési gondjai miatt jogszabály módosítás készül. A hasonló szellemiségű jogszabály elfogadása előtt indokolt a szabályozás alapelveit tisztázni/eldönteni és azokat következetesen érvényre juttatni.

5.2. Hazai természetgyógyászati szabályok értelmezése

5.2.1. A hazai szabályozás indokai és érintettjei

Napjainkban a természetgyógyászati szabályozás hihetetlen lendülettel folyik az EU tagállamokban. A szabályozás több célt szolgál, amelyeket a legiszlációban érintett négy csoport szemszögéből érdemes vizsgálni, csoportosítani. A négy érintett csoport: betegek (fogyasztók), orvosok, természetgyógyászok és a politikusok. A *betegek* érdeke a terápiás választási szabadság maximalizálása és a fogyasztóvédelem megléte. Az *orvosok*, a professzionális szakma érdeke a hivatalos egészségügy, a meglévő rend fenntartása. A *természetgyógyászok* védelmét is szolgálhatja a szabályozás. A medicina „terjeszkedő természete” miatt érdemes az egészségügyi határokat világosan felállítani, ami elősegítheti az alternatív gyógyászok érdekeinek védelmét. A teljes beolvasztás elkerülésére alkalmas technika lehet a határok felállítása. A *politikuskok*, amikor felvállalják a természetgyógyászat képviselőjének kérdését, a népszerűséget is választják, a természetgyógyászat ugyanis nagyon népszerű. A politikusoknak a természetgyógyászatot pártoló lépéseken túl „kötelességük” a fogyasztóvédelem működésének elősegítése is.

A természetgyógyászat hazai szabályozásában érintett négy helyett *öt csoportot* lehet felismerni, ugyanis érdekek alapján el kell különíteni az orvos- és nem orvos-természetgyógyászokat. Magyarországon két erősebb és két gyengébb érdekérvényesítő képességgel bíró csoportot, illetve egy hezitáló csoportot látunk. Erős érdekérvényesítő képességgel bír az orvos-természetgyógyászok csoportja, amelyet a Komplementer Medicina Miniszteri Tanácsadó Testület (KMTT) „képvisel”, illetve az orvostudományi szakma, amelyet elsősorban az ETT „képvisel” a jogalkotásban. A KMTT, mint tanácsadó testület a miniszter számára természetgyógyászattal kapcsolatos kérdésekben szakmai véleményt alakít ki, ajánlásokat és javaslatot tesz, azonban személyi összetétele nem szolgálja a szakma kiegyensúlyozott képviselőjét. Az ETT a modern medicina egy-medicina álláspontját közvetíti, amelyet már az 1991-es állásfoglalása is tanúsít: „Megkívánható, hogy a terápiás eredményeket mindkét oldalon tudományos módszerekkel bizonyítsák, s csak a hatékony eljárásokat és szereket alkalmazzák. A jövő természetgyógyásza az orvossal együttműködő, speciálisan képzett szakember legyen.”. A két gyengébb érdekérvényesítő képességgel bíró csoport, a nem orvos természetgyógyászok és a betegek. A *nem orvos természetgyógyászok* a kezdeti aktivitás után mára kiszorultak a jogalkotásból, nem képesek az oktatás és gyakorlat

minőségi kontrollját megteremteni. A *betegek (fogyasztók)*, betegszervezetek gyenge érdekérvényesítő képessége azért problematikus, mert ők lennének a szabályozás motorja, akik valóban fogyasztóvédelmi igényeket támaszthatnának a jogalkotóval szemben. A „beteg-érdekelt” oldal kiesése eredményezte azt az érdekes hazai helyzetet, hogy egy alapvetően a társadalom nyilvánossága elé tartozó vitát az Egészségügyi Minisztériumban két miniszteri tanácsadó testület „vív meg”. (Az Egészségügyi Tudományos Tanácsról szóló 34/2003. (VI. 7.) ESZCSM rendelet 1 §. (1) bekezdése szerint az ETT a miniszter javaslattevő, tanácsadó, véleményező, döntés-előkészítő testülete. A KMTT a miniszter által felkért személyes tanácsadó testület.) A hezitáló csoportot az *egészségügyi politikusok* jelentik. A hazai egészségügyi politikának nincs világos koncepciója a természetgyógyászat kérdésében, amit az is mutat, hogy a természetgyógyászati tanácsadó testület összehívásában hosszabb szünetek voltak/vannak, ráadásul nem egyértelmű, hogy a területet támogatni kívánják vagy csak szabályozni.

Magyarországon 1997-ben olyan kompromisszumos jogszabály született, amelynek nincs igazán nyertese. Nem egyértelmű, hogy az ígért magas szintű fogyasztóvédelem előállt volna, ami a betegek, a társadalom által elvárt cél. Az orvosok és az orvos szervezetek az 1997-es jogszabályokhoz való viszonya ambivalens. Az orvosoknak fenntartott széles terápiás alternatív kör nyereségként értelmezhető, ami miatt a rendeletet pártolják, ugyanakkor ez az uralkodó tudományalapú medicina paradigmával ellentétben áll, vagyis a rendeletet (egyidőben) ebben a formában elutasítják. A természetgyógyászok, mint civil fórum kiszorultak a jogalkotásból, illetve elvesztették a természetgyógyászati területek (piac) egy jelentős részét. A szabályozás az egyértelmű oktatási keretek ellenére sem hozta meg számukra a szakmai megbecsülést, a modern medicinának nem váltak kiegészítőjévé vagy alternatívájává. Az orvos-természetgyógyászok képzése mai napig nem oldódott meg, pedig első pillanatban ők tűntek a szabályozás (piacnyerés) legnagyobb nyerteseinek. 2000 és 2005 között szép számmal fordultak elő olyan orvosok, akik bár valamilyen alternatív medicina módszert oktató tanfolyamot elvégeztek, nem volt módjukban vizsgát tenni, így működési engedélyt szerezni. A hazai egészségügyi politika nyilvánosság híján nem szerzett politikai előnyt a természetgyógyászati kérdés időnkénti felvállalásából.

5.2.2. A természetgyógyászati rendeletekkel és az ABH-val kapcsolatos kétségek

A természetgyógyászati rendeletek csoportosítása és annak indoklása kapcsán két elv vetődik föl rendszeresen: a biztonságosság (kockázat csökkentés) és a tudományos bizonyítékok szükségessége. A magyar természetgyógyászati szabályozás csoportosítását kockázatalapúként deklarálták. Olyan típusú kockázati kategorizálás, amelyet a magyar szabályozás követ, a nemzetközi irodalomban *nem ismert*. A természetgyógyászati tevékenységből eredő kockázaton túl a másik rendszeresen felmerülő rendezési elv a *tudományosság* követelménye. A tudományosság iránti igény megnyilvánulásaként értelmezhető, hogy az orvosegyetemek a természetgyógyászati rendeletek felhatalmazása ellenére sem kezdték meg oktatásukat 1998-ban a nem konvencionális gyógyító területeken, hanem a Magyar Tudományos Akadémia Orvosi Tudományok Osztályához fordultak, hogy alakítson ki állásfoglalást a nem konvencionális medicina tudományossága tekintetében. Hasonlóképpen a tudományosság iránti igény miatt törölték 2005-ben, a második MTA állásfoglalás után a csak diagnosztikai célú természetgyógyászati módszereket az orvosoknak fenntartott természetgyógyászati ágak közül, illetve a bioenergetikát a nem fenntartott ágak közül.

A természetgyógyászati szabályozás úgy született meg, illetve módosult, hogy nem tisztázták a természetgyógyászati szakmáknak a tudományossághoz és a biztonságossághoz való viszonyát és azt, hogy melyik elv (esetleg mindkettő egyidejű teljesülése) jelenti a rendszerezési alapot. A tudományossághoz és biztonságossághoz való viszony tisztázása nem megkerülhető, a szabályozás vitájának és az ABH-nak az elmúlt tíz évben visszatérő dilemmája volt.

Az ABH-ban a határozat indoklása és a különvélemény a biztonságosságot érvként két esetben úgy használja föl, hogy nem győződik meg annak helytállóságáról: 1) AB szerint a kockázati tényezők indokolják a természetgyógyászati szakmák *végzettség szerinti* (orvos és nem orvos) csoportosítást, 2) természetgyógyászati kezelés előtt a beteg szakorvoshoz való küldése a beteget bár korlátozza, olyan *információkat nyújt számára, ami elengedhetetlen* az egészségi állapot megértéséhez.

1. A természetgyógyászaton belül a szabályozás megkülönböztet egy veszélyes és egy kevésbé veszélyes területet. A veszélyes szakmákat az orvosi végzettségű személyeknek tartja fenn azzal a vélelemmel, hogy a magasabb egészségügyi ismeretek révén alkalmasabbak ezeknek a technikáknak a használatára. A kevésbé veszélyes területek középiskolai végzettség esetén bárki számára, a megfelelő tanfolyam elvégzése után szabadon gyakorolhatók. Ez egy

egyszerű és logikusnak tűnő érvelés, de érdemes szemügyre venni és áttekinteni az ezzel kapcsolatos nemzetközi vizsgálatokat. A természetgyógyászat művelése valóban nem mentes a veszélyektől, korábban a mellékhatások bemutatására számos példa szerepelt. A létező veszélyek tények, de a veszélyességi skála megfelel-e a jogszabályi csoportosításnak? Nem könnyű megválaszolni ezt a kérdést, ugyanis ilyen típusú mellékhatás orientált szisztematikus összehasonlító vizsgálat a természetgyógyászati gyógymódok esetén nem készült, de jelen ismeretek szerint a válasz nem. A legtöbb mellékhatást például, enyhétől egészen a veseelégtelenségig, a gyógynövények okozzák (Klepser és Klepser, 1999). A fitoterápia ennek ellenére nem tarozik a csak orvosok által végezhető tevékenységek közé. A homeopátia, ami viszont kevés és átmeneti mellékhatással jár, csak orvosok által végezhető (Dantas és Rampes, 2000). Az akupunktúra csak orvosok által végezhető tevékenység, a fülakupunktúra nem.

Az érvelés második fele úgy szól, hogy az orvosok biztonságosabban képesek eljárni, a természetgyógyászatot végezni, mint a nem orvosok. Ennek tesztelésére minimális számú vizsgálat irányult. Vizsgálták, hogy az akupunktúrát milyen biztonságosan tudják végezni orvosok (458 fő), akik egy rövid nyolc hónapos tanfolyamot végeztek, illetve a nem orvosok (1278), akik hosszabb, 43 és fél hónapos tanfolyamot végeztek. Az orvosok esetén a mellékhatások gyakorisága 1/368 míg a nem orvosok esetén ez 1/1009 volt. A vizsgálatból annyi következik, hogy a *biztonságosabb természetgyógyászati működés feltétele a jó természetgyógyászati képzés* és nem az előképzettség (Bensoussan és mtsai, 2000). Dániában egy kínai gyógyász okozta egészségügyi kár miatt létrehoztak egy kínai gyógyászati mellékhatás figyelő hivatal, ahová a nem orvosok által végzett eljárásban okozott mellékhatásokat lehet bejelenteni. Évek óta nem történt bejelentés (Hog, 2005).

2. A betegek önrendelkezési joguknál fogva alkalmazhatnak természetgyógyászatot a modern medicina mellett/helyett, ennek azonban keretet és korlátot szab a természetgyógyászati rendelet. Az államnak kétségtelen feladata a betegek egészségét védeni. Az egészség védelme érdekében jogi eszközöket alkalmaz az állam, például az egészségügyi munkavégzést képesítéshez köti, munkafeltételeket határoz meg, állami ellenőrzéseket ír elő. Az állam állampolgárokat védő funkciója (fogyasztóvédelem) nem tekinthető túlzásnak, a Világbank 1997-es jelentése szerint ez egy közbenső, "intermediate" funkció (World Bank, 1997). A természetgyógyászatot szabályozó intézkedések a betegek önrendelkezését gátolják, amely az Alkotmányban biztosított alapjog. Hol a határ, meddig terjedhet az egyén autonómiája és meddig az állam gondoskodási kötelessége? A kérdést az ABH különvéleménye vette föl, maga a határozat indoklása ezt nem tartotta szükségesnek tisztázni.

Az AB szerint bár a betegnek az egészségügyről szóló törvény 14. § (1) bekezdése szerint a cselekvőképes beteg a tájékoztatásáról lemondhat, ha ezzel mások egészségét nem veszélyezteteti, de ha természetgyógyászatot kíván igénybe venni, a tájékoztatásról nem mondhat le. De miről is tájékoztatja az orvos a beteget, mielőtt az természetgyógyászhoz fordul? Természetesen az egészségi állapotáról, a betegségéről, a szükséges kezelésekről, stb. Ami azonban a leglényegesebb, legéletszerűbb, hogy a beteg ha természetgyógyászhoz szándékozik fordulni, akkor a természetgyógyászati módszerről, illetve a konvencionális terápiával történő párhuzamos alkalmazásról fog érdeklődni. Ennek a veszélyességéről, hatásosságáról kellene a beteget felvilágosítani. Az orvosok viszont nem rendelkeznek több ismerettel ebben a témakörben, mint a laikusok. Nem véletlen az, hogy bár sok beteg veszi igénybe a természetgyógyászatot párhuzamosan a konvencionális kezeléssel, az orvosok rendszeresen elmulasztják ezt megkérdezni. Ha mégis szóba kerül, a betegek szerint az orvosok hárítanak. Ez az orvos-beteg hallgatási játszma világszerte ismert, "don't ask don't tell" nevet kapta (Jonas, 1998; Rosenthal és Dean-Clower, 2005). Az önrendelkezés és állami ellátási kötelezettség határa (gyámkodás) tipikus kérdésként merül föl egészségügyben (TASZ, 2007).

Az eddigi néhány példából kiderült, hogy az orvosi diplomához kötött területek nem egyértelműen a legveszélyesebbek. A tudományos alapú rendezés elvének sem felel meg a rendelet csoportosítása, hiszen tartalmaz olyan területeket, amelyek esetén az -MTA állásfoglalása szerint- nem áll rendelkezésre kellő információ a tudományos megalapozottság megítéléséhez, vagyis nem tekinthető tudományos alappal rendelkezőnek. A rendeletek tartalmát az érintett csoportok/érdekcsoportok „pillanatnyi” kompromisszuma határozza meg, a világos rendezési elv helyett. Bár nincs pontos magyar felmérés a természetgyógyászati ágak népszerűségéről, meg kell jegyezni, hogy az orvosi diplomához kötött ágak a legnépszerűbbek az európai alternatív piacon (Ong, 2005). Magyarországon természetgyógyászati működési engedélyt 1997 és 2007. júniusa között 1688-an váltottak ki, legtöbben hagyományos kínai gyógyászatra gyakorlásához kérték az engedélyt (1. táblázat).

5.2.3. A természetgyógyászati rendelet néhány gyakorlati problémája

A 40/1997 KMr. és a 11/1997 NMr. megszületése hatalmas mennyiségű munka, egyeztetés eredménye, amely mindenképpen tiszteletet érdemel. A megalkotott jogszabályok komoly értéket jelentenek, de mint minden jogszabály folyamatos vizsgálatot igényelnek. A minőség és a hatékonyság a jogalkotásban is kulcskifejezéssé vált. A hatékony jogszabály

képes azokat a célokat megvalósítani, amelyekért létrehozták, megfelel a formai és a tartalmi követelményeknek. A 40/1997 KMr. és a 11/1997 NMr. nem tudták a kitűzött célt megvalósítani, vagyis nem hatékonyak. A rendelet számos, a természetgyógyászattal kapcsolatos gyakorlati kérdést nem tudott megoldani. Csak az orvosok képzését vizsgálva: 1) Az orvosok képzése gyakorlatilag jogszabályi bizonytalanságok ellenére zajlik, amely vizsgák és diplomák EU kompatibilitása szóba sem kerülhet. 2) Nincsen olyan országos hatáskörű szerv, amelyik az orvos-természetgyógyászok végzettségét számon tartaná. 3) Az egészségügyi szakdolgozók továbbképzésre kötelezettek, ennek részletei és konkrét tartalma szintén homályba vész. 4) Mivel az orvosokra vonatkozó jogszabályokat mai napig nem fogadták el, csak az tisztázódott, kiből lehet orvos-természetgyógyász, de az nem hogy hogyan, illetve a tevékenységeknek vannak-e és ha igen, akkor mik a kompetencia határai.

5.3. Természetgyógyászat a graduális képzésben

A természetgyógyászat oktatásba való integrációjának szükségessége széles körben elfogadott. Az integrációnak két fő iránya határozható meg az oktatási tematikákban. Az egyik típusban a *kulturális diverzitás* ismertetése, elfogadása kap hangsúlyt; az alternatív medicina filozófiai hátterét és módszereit ismerteti alaplapon, megemlítve az EB medicinához való viszonyulást is. A másik tematika az alternatív medicina kritikus elemzését, az effektivitást, az EB szerinti elemzést helyezi a középpontba. Mindkét rendszernek vannak előnyei és hátrányai. Az első, holisztikus szemléletet középpontba állító módszer képes megvilágítani az orvos-beteg kapcsolat és a gyógyítás egy más minőségét, a második racionálisabb döntések meghozatalát segíti elő. Az első rendszer hátrányára írható, a hallgatóknak nehézséget okoz egy más filozófiai rendszer átlátása és elfogadása. Komolyan kétséges, hogy a technikákon túl a hallgatók néhány órában megértik és hasznosítani képesek a holisztikus nézőpont előnyeit. A tárgy könnyen a többi humanisztikus tárgy csapdájába kerülhet. A kritikai oktatás jeles egyetlen értelme, hogy az eredetileg természetgyógyászati gyökérrel rendelkező technikák oktatására képes, csökkentve az ismeretek hiányát. Ugyanakkor az orvos továbbra is elutasítóan szemléli a beteg „tudományos szempontból” nem racionális alternatív terápiás választásait, vagyis az eredetileg kitűzött cél, ami a kommunikációs deficit csökkentése, esélytelen. A két irányzat között jelentős eltérések vannak, a természetgyógyászat oktatásának eredeti kérdése erre a dilemmára tevődik át (Stumpf, 2006).

5.3.1. A természetgyógyászati képzés kérdőíves vizsgálata az EU orvosi karain

Hiánypótló jelleggel vizsgálatot végeztem, hogy az EU tagállamok orvosi karain az alternatív medicina oktatási gyakoriságát és szokását felmérendő. A Barberis által 1999-ben készített felmérés közlése alapján a válaszoló orvosi karok 40%-a (43 a 107-ből) ajánlott valamilyen természetgyógyászati képzési formát. A 2004-es felmérésem hasonló eredményt mutatott: 41 a 105 válaszoló orvosi karból. Eredményem szerint az alternatív ismereteket önálló tárgy (választható és kötelező) keretében oktatják. Az említett 1999-es felmérés szerint még 2 egy másik tárgy keretében nyújtott erre lehetőséget. A természetgyógyászati tárgy kötelező voltáról mindössze 11%-ban számoltak be. A karok 27%-a mondta, hogy a komplementer medicina tantárgy vizsgával zárul. Az általános természetgyógyászati ismeretek mellett az oktatott témakörök: homeopátia, akupunktúra, fitoterápia és masszázsterápia fordultak elő leginkább. Egyetlen egyetem sem számolt be a természetgyógyászat Barberis megnevezése szerint „sötét oldal”-ának oktatásáról, így kézrátételes gyógyításról, sámánizmusról. Ha összevetjük a korábban csatlakozókat a mostaniakkal, akkor megállapítható, hogy kétszer akkora arányban ajánlanak az orvosi karok nyugaton természetgyógyászati képzést, mint keleten (40%- 20%). Nyugaton az intézetek nagyobb része biztosít önálló tanszéket a természetgyógyászatnak, mint keleten. Mindkét részen, ha van oktatás, akkor ez önálló tárgy formájában történik. A most csatlakozottak esetén nem kötelező a természetgyógyászati tárgyak és nem vizsgával zárulók. Vagyis elmondhatjuk, hogy kisebb arányban oktatják az egyetemek és kevesebb hangsúllyal.

Arra a kérdésre, hogy meghatározza-e a társadalmi igény az oktatási profilt a válasz egyértelműen nem. A társadalmi igényt a közétett lakossági felmérésekkel, az OTC termékek forgalmával, illetve a szabadon vásárolható vitaminforgalom adatai felől közelítettem meg. A korrelációs faktorok a 0- hoz közel álltak, ami a korreláció hiányát jelenti. Olyan jellemzőt kellett keresni, amely az EU tagállamok közel mindegyikében rendelkezésre áll. Több jellemzőt kellett választani, mivel egy adekvát és pontos jellemző nem áll rendelkezésre. A legjobb megközelítést azok a felmérések jelentenék (ideális esetben), amelyek a lakosság természetgyógyászathoz való fordulását: a természetgyógyászati módszerek felhasználását, a természetgyógyászhoz való fordulást mérik. Ezek a populációs alapú vizsgálatok sajnos nem egységesek, nem egy időpontban készültek és egyáltalán nem állnak rendelkezésre minden EU tagállamból. Az OTC termékek forgalma a természetgyógyászat társadalmi igény „modelljeként” szintén nem tökéletes. Az OTC termékek köre országonként eltérő és a természetgyógyászati készítmények csak egynegyedét teszik ki (Dixon és mtsai, 2003). A

vitamin- és ásványianyag „fokozott” használata tipikus jellemző, sőt egyre terjed a megadózis vitaminterápia használata, ahol ez a fő kritérium (Barnes és mtsai, 2004). Ám mivel ez is csak vékony (bár fontos) szelete az alternatív gyógyászatnak, önálló leírásként csak korlátozottan értékelhető. A természetgyógyászattal szemben fennálló igényt leíró jellemző faktor még a gyógynövény termékek forgalma, amely adatok azonban csak néhány országból ismertek. Szintén kevés országból publikáltak olyan felmérést, amely a hallgatók attitűdjét írja le a természetgyógyászattal kapcsolatban, így ez az elem sem volt alkalmas az oktatással szembeni igény jellemzésére.

Az orvosi kurrikulum változtatásához nem elegendő, nem meghatározó tényező a fennálló társadalmi igény. Ahhoz, hogy valóban változások legyenek az oktatásban, a tagállamokban egyértelmű állásfoglalások, programok és „finanszíroisan is alátámasztott elhatározások” szükségesek. Az EU-n belül egyetlen tagállam sincs, ahol pénzalapok lennének természetgyógyászati képzésekre, azon belül a graduális orvostudomány ilyen irányú reformjára. A természetgyógyászat oktatásával kapcsolatos összehangolt cselekvések hiányában úgy tűnik egy sokkal lassabb integráció elé nézünk az EU-ban, amit nem kompenzál sem a politikai „támogatás”, sem az eljárások népszerűsége, sem a hallgatók lelkesedése.

5.4. Természetgyógyászat a magyar orvostudományban és az orvostanhallgatók attitűdvizsgálata

Magyarországon négy orvosi karon folyik képzés, amelyek mindegyike ajánlott már, illetve ajánl valamilyen természetgyógyászati képzést a graduális képzésen belül. Ezek a képzések a Magyar Akkreditációs Bizottság megállapítása szerint személyhez kötődők, fennmaradásuk kétséges. A természetgyógyászati kurzusok tematikájukban és időtartamukban eltérők, abban viszont megegyeznek, hogy nagyon népszerűek a hallgatók között. Számos felmérés világszerte megerősíti, hogy a hallgatók szükségesnek tartják a természetgyógyászati ismeretek (Buda, 2001; Kreitzer és mtsai, 2002) integrálását. Az orvostanhallgatók és orvosok természetgyógyászati ismeretei ma köztudottan nem elégségesek (Berman, 2001). A Buda László által 1997-ben végzett felmérésben a hallgatók úgy nyilatkoztak, hogy az alternatív medicina magában foglal olyan elméleteket és módszereket, amelyeket a hivatalos orvoslás is tudna hasznosítani, továbbá az orvosnak tanácsot kell tudni adni az alternatív terápiákkal kapcsolatban. Az orvostanhallgatókra és orvosokra egyaránt kiterjedő vizsgálat alapján az egyetemi oktatás komplementer medicina elemeivel történő bővítését a válaszadók közel

90%-a tartaná fontosnak (Buda, 2001). Az orvostanhallgatók attitűdjére vonatkozó vizsgálatunk eredménye gyakorlatilag megegyezik ezzel az aránnyal.

Megállapítható, hogy a debreceni orvostanhallgatók vélekedése nagyon hasonló a „modern” egyetemeken készült természetgyógyászattal kapcsolatos felmérések eredményéhez. A hallgatók érdeklődéssel fordulnak az alternatív medicinához, és szükségesnek tartják a természetgyógyászat integrációját az orvosi kurrikulumba (Leach, 2004; Reston, 2003; Pittler, 2003; Wetzel és mtsai, 2003). Szignifikáns különbség volt a két nem között a természetgyógyászattal kapcsolatos saját tapasztalatban ($p=0,05$), a nők nagyobb arányban jártak már természetgyógyásznál vagy próbáltak ki ilyen terméket, amely számos megfigyeléssel cseng egybe (Sharma, 1992). Az évfolyamok között szignifikáns különbséget nem volt az egyes kérdések esetén, de nagyon határozott a véleményváltozás a természetgyógyászat megítélését illetően.

A kérdőív első öt kérdése a hallgatók attitűdjét vizsgálta. A negyed- és ötöd éves hallgatók között volt a legkisebb azok aránya, akik elutasítónak minősítették magukat, míg legnagyobb első- és másodéven. Az első- és másodéves hallgatók között volt a legmagasabb a természetgyógyászat hatásosságát tagadók aránya. Ennek hátterében az orvosképzés struktúrája állhat. Első években a hallgatók csak az elméleti tárgyakkal, a tudományos alapokkal találkoznak, később a betegellátásba való betekintéssel árnyaltabbá válik a gyógyításról alkotott kép. A természetgyógyászat hatásosságát a hallgatók közel ötöde sztereotípiákban közelítette meg és nyilatkozta, hogy a természetgyógyászat általában hatásos, nem hatásos, vagy placebo effektuson alapul. A negyed- és ötödéves hallgatók vettek igénybe legnagyobb arányban már valamilyen komplementer szolgáltatást. A 43% magasabb, mint a hazai populációban tapasztalt arány, de nem kirívó a külföldi példákkal összevetve (Lie és Boker, 2004).

A természetgyógyászat helyzetének megítélésében szintén a negyed- és ötödévesek voltak a legrealisabbak. Legnagyobb arányban tippelték helyesen az igénybevétel mértékét, illetve, hogy ezt ritkán beszélik meg az orvosaikkal. Ők vélték legkisebb arányban úgy, hogy az orvosok a természetgyógyászatot alternatívaként elismernék, illetve gyakran ajánlanák a betegeknek.

Az eredmények közül arra kell felhívni a figyelmet, hogy az orvostanhallgatók radikálisan másnak ítélték meg saját attitűdjüket, és az orvosokét. A hallgatók magukat érdeklődőnek az orvosokat inkább utasítónak látták. Ez két dologra hívja föl a figyelmet.

Egyrészt ez a diszcrepancia az orvosi modellkövetésben biztos frusztrációforrás, másrészt arra, hogy a természetgyógyászati alapismeretek oktatására az egyetem évei alkalmasabbak, amikor a hallgatók elfogadóbbnak minősítik magukat. A természetgyógyászati képzés nem csak lexikális ismereteket, kommunikációs technikákat nyújt, hanem segít megelőzni/csökkenteni egy az orvosi pályán biztosan előforduló frusztrációforrást, ami fontos érv a természetgyógyászati ismeretek orvosi kurrikulumba történő integrációja mellett.

5.5. Konklúzió

A természetgyógyászatot jogi helyzetét az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 104§-ának felhatalmazása alapján a természetgyógyászati tevékenységről szóló 40/1997. (III. 5.) Korm. rendelet és a természetgyógyászati tevékenység gyakorlásának egyes kérdéseiről szóló 11/1997. (V. 28.) NM rendelet határozza meg. A rendeletek megalkotásának deklarált alapelve a betegek biztonságának védelme, a természetgyógyászati eljárásokban rejlő kockázat csökkentése, amiért a veszélyes természetgyógyászati ágak művelését orvosi diplomához köti. A rendelet elemzése azonban azt mutatta, hogy a rendeletben lévő természetgyógyászati ágak rendszerezése nem a rizikó alapján történt, így a deklarált cél elérésére nem alkalmas. A felsőoktatási rendszertől elkülönülő természetgyógyászati képzés elzárja a természetgyógyászokat az EU közösségi joga által biztosított előnyöktől, gátolja a személyek szabad áramlásának (EU alapelv) érvényesülését. Az orvos-természetgyógyászok képzésének akadálya miatt módosítás előtt álló természetgyógyászati rendeletek nem formális módosításra, hanem teljes revízióra szorulnak.

A természetgyógyászati ismeretek oktatását a fejlett gazdaságú országok orvosegyetemei növekvő arányban vezetik be. Vizsgálatom az EU tagállamok (2004), Svájc és Norvégia egyetemeire terjedt ki. Várakozásaimmal ellentétben az EU orvosegyetemei között a természetgyógyászati ismereteket is az oktató egyetemek aránya nem növekedett az elmúlt években, a növekvő igény és a hallgatói elvárás ellenére. Vagyis az orvosi kurrikulum gyors változtatásához nem elegendő, nem meghatározó tényező a fennálló társadalmi igény. A természetgyógyászat orvosi kurrikulumba történő integrációjának gyorsítási lehetőségét a nemzetközi orvosegyetemi szövetségek által ajánlott integrált kurrikulumok, illetve a nemzeti programok nyújthatják.

A debreceni orvostanhallgatókra kiterjedő vizsgálat, a feltételezésemnek megfelelően, azt mutatta, hogy a hallgatók érdeklődéssel fordulnak az alternatív medicinához, és szükségesnek tartják a természetgyógyászat integrációját az orvosi kurrikulumba, illetve szükségesnek tartják, hogy az orvosok a laikusoknál nagyobb mértékű természetgyógyászati ismerettel rendelkezzenek. A hallgatók saját attitűdjüket elfogadóbbnak látták, mint az orvosokét. Ez azt jelenti, hogy természetgyógyászati alapismereteket nyújtó képzést az orvosegyetem alatt érdemes folytatni és nem az azt követő, orvosoknak szóló képzésekben. A

hallgatói attitűd vizsgálat eredménye alapján szerveztem a 2004/05-ben a Debreceni Egyetemen bevezetett természetgyógyászati ismereteket oktató kurzust.

6. ÖSSZEFOGLALÁS

Az értekezésben az orvosegyetemek és a természetgyógyászati ismeretek oktatásnak és szabályozásának kapcsolatát vizsgáltam. Az 1997-es természetgyógyászati rendeletek orvosi diplomához kötnek számos természetgyógyászati ágat. Vizsgálataink alapján a rendeletek, a természetgyógyászati ágak komplex rendszere nem képes garantálni a betegek fokozott védelmét, illetve ez az Európai Unió tagállamaiban nem is szokásos.

Vizsgálatot végeztem, hogy az EU tagállamok orvosi karain az alternatív medicina oktatási gyakoriságát és szokását felmérjem. A növekvő számú szakmai és politikai állásfoglalás ellenére az állapítható meg, hogy az EU-ban az elmúlt öt évben nem változott a természetgyógyászatot oktatók aránya az orvosi karok között. Mivel a tagállamok oktatási gyakorlata között jelentős különbségek vannak, vizsgáltuk a társadalmi igény és a természetgyógyászat oktatásának összefüggését. A társadalmi igényt a természetgyógyászat használati gyakorisága, illetve az OTC termékek, illetve az ásványianyagok és vitaminok forgalma alapján határoztuk meg. Az oktatási gyakorlat és a társadalom ilyen irányú igénye között kapcsolat nincs, vagyis megállapíthatjuk, hogy az orvosi kurrikulum változtatásához nem elegendő, nem meghatározó tényező a fennálló társadalmi igény.

Magyarországon négy orvosi karon folyik képzés, amelyek mindegyike ajánlott már, illetve ajánl valamilyen természetgyógyászati képzést a graduális képzésen belül. Az orvostanhallgatók attitűdjére vonatkozó vizsgálatom eredménye szerint a hallgatók java része érdeklődik az alternatív technikák iránt és szükségesnek tartja a kurrikulumba történő integrációját. A természetgyógyászatot a női hallgatók és a felsőbb évesek között találtam népszerűbbnek. Ezen megállapítás a nemzetközi tapasztalatoknak megfelel.

Az Európai Unióban, Magyarországon jelen pillanatban nincs egységes elképzelés a természetgyógyászat oktatási integrációjának jövőjéről, az esetlegesen és lassan történik. A graduális orvosképzésbe történő integráció bár lassú, a végeredménye kétségtelen, a természetgyógyászat néhány ágának ismertetése az orvosi kurrikulum része lesz.

6.1. Summary

The thesis investigates the connection between education and regulation of complementary and alternative medicine (CAM). The 1997 decrees made it obligatory to have a medical degree in order to practice several branches of CAM. According to my results the present regulation along with the complexity of the different CAM branches can not ensure the protection of the patients and it is not common in the EU countries.

I have conducted a survey to check the practice of CAM education in EU member state medical faculties. In spite of the increasing number of political and professional statements the number of medical faculties offering CAM education has not increased in the last 5 years. Since there are major differences between the educational practice of EU countries I have checked the relation of the presence of CAM education and social demand for CAM. Social demand was measured using the following indicators: frequency of CAM usage in the population, share of OTC drugs and minerals/vitamins in the overall drug market. I found no relation between the presence or absence of CAM education and the above mentioned indicators. Thus one can conclude that social demand on its own is not enough to shape the medical curriculum.

Hungary has four medical faculties and all of them offer or offered some form of CAM training in the gradual course. My investigation of the attitude of medical students towards CAM clearly shows that most medical students are interested in CAM techniques and that they feel it important to have the teaching of these methods integrated into their curriculum. CAM is more popular among female medical students and students from upper years. This finding is in line with international data.

Up to date there is no common and uniform idea in the EU and in Hungary of how to integrate CAM training in the future. The integration process is slow and confused. However, no matter how slow the integration process is, it is evident that the teaching of certain CAM branches will have to be part of the medical curriculum.

7. IRODALOMJEGYZÉK

7.1. Hivatkozott közlemények

- (1978). Törvény a Büntető Törvénykönyvről. 1978. évi IV. tv.
- (1990). C-61/89. European Court reports, European Court: Page I-03551.
- (1993). Moore v Baker.
- (1997). Resolution on the status of non-conventional medicine. A4-0075/97.
- (1997). Törvény az Egészségügyről. 104. §. CLIV.
- (1997). Korm. rendelet a természetgyógyászati tevékenységről. **40/1997. (III. 5.).**
- (1997). NM rendelet a természetgyógyászati tevékenység gyakorlásának egyes kérdéseiről. 40/1997. (III. 5.).
- (1997). Resolution on the status of non-conventional medicine. A4-0075/97.
- (1999). A European approach to non-conventional medicines,. Resolution 1206.
- (1999). Korm. rendelet az egészségügyi felsőfokú szakirányú. szakképzésben részt vevők számára szervezett központi gyakornoki rendszerről. 125/1999. (VIII.6.) Korm. rendelet 6. § (1).
- (2001). Törvény a felnőttképzésről. 200.1 évi CI törvény.
- (2001). A felnőttképzést folytató intézmények nyilvántartásba vételének részletes szabályairól szóló OM rendelet. 48/2001. (XII. 29.).
- (2003). ESZCSM rendelet az orvosok, fogorvosok, gyógyszerészek és klinikai szakpszichológusok folyamatos továbbképzéséről. 52/2003. (VIII. 22.).
- (2003). ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekrol. 60/2003. (X. 20.).
- (2004). AB határozat. AB közlöny: XI. évf. 8-9. 11.
- (2004). EüM rendelet az egészségügyi szolgáltatók és működési engedélyük nyilvántartásáról, valamint az egészségügyi szakmai jegyzékről. 2/2004. (XI. 17.).
- (2004). Az akkreditációs eljárás és követelményrendszer részletes szabályairól szóló FMM rendelet. 24/2004. (VI. 22.) FMM rendelet.
- (2004). Határozat a mozgásszervi nem konvencionális kezelés szakirányú továbbképzési szak indítására és akkreditációjára vonatkozó eloterjesztés véleményezéséről.

- (2005). World Higher Education Database 2005/6., London., Palgrave, single-user version.
- (2005). Törvény a felsőoktatásról. 2005. évi CXXXIX.
- (2005). EüM rendelet az egészségügyi szolgáltatók szakmai felügyeletéről. 15/2005. (V. 2.).
- (2005). C-212/03., Judgement of The Court (Second Chamber).
- (2006). Törvény az egészségügyben működő szakmai kamarákról. 2006. évi XCVII.
- (2007). EüM rendelet az egészségügyi dolgozók rendtartásáról. 30/2007. (VI. 22.).
- Alami, G. (2003). "Complementary & Alternative Medicine (Molson Medical Informatics Project)."
- American Board of Medical Acupuncture (2007). Requirements for Certification in Medical Acupuncture.
- American Medical Association Council on Medical Education (1997). Encouraging medical student education in complementary health care practices. Chicago, IL: AMA.
- American Medical Student Association/Foundation (2002). "EDCAM Grant Summary."
- Angell, M. and J. Kassirer (1998). "Alternative Medicine - the risks of untested and unregulated remedies,." N Eng J Med **339**: 839-41.
- Antal Z, L. and Z. Szántó (1992). A természetgyógyászat és az orvostudomány konfliktusa. Leltár. MTA Társadalmi Konfliktusok Kutató Központja. Budapest: 79-92.
- Ari, L. (2005). "Practical questions relating to our accession to the European Union." Healthcare Managment Review **43**: 24-29.
- Armstrong, D. (1995). Az orvosi szociológia alapjai. Budapest, Semmelweis Kiadó.
- Árokszállásy, É. (1999). Összefoglaló a természetgyógyászati tevékenységgel kapcsolatos helyzetről és teendőkről. Budapest, Egészségügyi Felsőoktatási és Felső fokú Szakképzési Iroda.
- Badó, A., S. Loss, et al. (2000). Bevezetés a jogszociológiába. Miskolc, Bíbor Kiadó.
- Baer, H. (1989). "The American dominative medical system as a reflection of social relations in the larger society." Soc Sci Med **28**(11): 1103-12.

- Baer, H. (2002). "The Growing Interest of Biomedicine in Complementary and Alternative Medicine: A Critical Perspective." Medical Anthropology Quarterly **16**(4): 403-5.
- Bánfalvi, A. (2003). "Az orvostanhallgató fehér köpenye és a rejtett kurrikulum." LAM **13**(1): 73-75.
- Bank, W. (1997). World Development Report: The State in a Changing World (World Development Report). New York, Oxford University Press Inc, USA.
- Barabás, K. (2003). "Magatartástudományi tárgyak oktatása az orvoscépzésben." Magyar Tudomány **11**: 1401-1410.
- Barberis, L., E. De Toni, et al. (2001). "Unconventional medicine teaching at the universities of the European Union." The Journal of Alternative and Complementary Medicine **7**(4): 337-43.
- Barker, S., S. Horn, et al. (2000). "An evaluation of the complementary medicine module for third year medical students." Med Educ **34**: 159.
- Barker, S., S. Horn, et al. (2000). "I wished I was the patient'. An evaluation of a complementary medicine module for third year medical students." Med Educ **34**(2): 159.
- Barnes, P., E. Powell-Griner, et al. (2004). Complementary and Alternative Medicine Use Among Adults: United States, CDC Advance Data Report #343.
- Barrett, S. (2002). "Analysis of the Reports of the White House Commission on Complementary and Alternative Medicine Policy (WHCCAMP)." Quackwatch.
- Barrett, S. (2005). Some Notes on the Institute of Medicine's Panel on "Complementary and Alternative Medicine". Quackwatch.
- Baum, M. (2002). "Teaching the humanities to medical students." Clinical Medicine **2**(3): 246-9(4).
- Bensoussan, A., S. Myers, et al. (2000). "Risks presented by the practice of Chinese herbal medicine: an Australian study." Arch Family Med **9**: 1071-8.
- Bércesi, É. (2006). Egyeztető ülés a nem-konvencionális eljárásokkal kapcsolatos jogszabálytervezetek tárgyában. Budapest, Egészségügyi Minisztérium.
- Berman, B. (2001). "Complementary medicine and medical education: teaching complementary medicine offers a way of making teaching more holistic." BMJ **322**(7279): 121-6.

- Berman, B., B. Singh, et al. (1998). "Primary care physicians and complementary-alternative medicine: training, attitudes, and practice patterns." J Am Board Fam Pract **11**(4): 272-281.
- Bioethics: China Daily (2001). "Traditional Medicine Concerns." China Daily.
- Blumberg, D. L., W. D. Grant, et al. (1995). "The physicians and unconventional medicine." Altern Ther Health Med. **1**(3): 31-5.
- Bodeker, G. (2001). "Lessons on integration from the developing world's experience." BMJ **322**: 164-7.
- Bodeker, G., C. Ong, et al., Eds. (2005). United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland. WHO Global Atlas of Traditional, Complementary and Alternative Medicine: Text Volume. Kobe, Japan, WHO Centre for Health Development.
- Bodosi, M. (2004). Képzés, szakképzés és továbbképzés, mint az egészségügyi felnőttképzés Eu konform formája.
- Boozang, K. (2000). "Is the Alternative Medicine? Managed Care Apparently Thinks So' 2000; 32 567-574." Connecticut Law Review **32**: 567-574.
- Bornhöft, G., M. Moebus, et al., Eds. (2005). Federal Republic of Germany. WHO Global Atlas of Traditional, Complementary and Alternative Medicine: Text Volume. Kobe, Japan, WHO Centre for Health Development.
- Boros, J., R. Németh, et al. (2002). Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF) 2000. Országos Lakossági Egészségfelmérés. O. E. Központ. Budapest.
- Brooks, P. (2004). "Undergraduate teaching of complementary medicine." Med J Aust **181**(5): 275.
- Buda, L. (1996). "Az alternatív medicina szerepe a gyógyításban." Lege Artis Medicinae **6**(11): 670-5.
- Buda, L. (1997). "Az alternatív medicina társadalmi és lélektani hátteréről." Komplementer Medicina **1**(1): 7-17.
- Buda, L. (2000). "Természetgyógyászat Magyarországon: orvosok, természetgyógyászok, betegek, betegségek." Magyar Alapellátási Archivum.
- Budd, S. and S. Mills (2000). Regulatory Prospects for Complementary and Alternative Medicine: Information Pack. Select Committee on Science and Technology Sixth Report. H. o. Lords. London.

- Burke, A., E. Peper, et al. (2004). "Developing the Complementary and Alternative Medicine Education Infrastructure: Baccalaureate Programs in the United States." The Journal of Alternative and Complementary Medicine **10**: 1115-1121.
- Calman, K. and R. Downie (1996). "Why arts courses for medical curricula." Lancet **347**(9014): 1499-1500.
- CAM in UME Project (2002). Complementary and Alternative Medicine in Undergraduate Medical Education: Program Scan Results and Associate Deans UME Opinions (Health Canada report).
- CAM in UME Project (2003). Competencies in Complementary and Alternative Medicine for Undergraduate Medical Education.
- CAM in UME Project (2007). "Digital Resource Repository."
- CAM-Cancer (2006). About CAM-Cancer.
- CAM-Cancer (2006). Prevalence of CAM use by cancer patients in Europe.
- Campbell, A. (2007). Key ideas in alternative medicine.
- Carlston, M. (1999). "Letter." JAMA **281**(7): 609.
- Caspi, O. (2001). "Bringing complementary and alternative medicine (CAM) into mainstream is not integration." BMJ **322**: 168.
- Caspi, O., I. Bell, et al. (2000). "The Tower of Babel: Communication and MedicineAn Essay on Medical Education and Complementary-." Arch Intern Med **160**: 3193-5.
- Cittadinanzattiva-Active Citizenship Network (2002). European Chapter of Patients' Rights. Rome.
- Cohen, M. (2004). "Negotiating integrative medicine: a framework for provider-patient conversations." Negotiation Journal **30**(3): 409-433.
- Cohen, M. and D. Eisenberg (2002). "Potential physician malpractice liability associated with complementary/integrative medical therapies." Ann Intern Med **136**: 596-603.
- Cohen, M. and K. Kemper (2005). "Complementary therapies in pediatrics: a legal perspective." Pediatrics **115**(3): 774-780.
- Colquhoun, D. (2005). "Should medical students be taught about CAM?" Focus Altern Complement Ther **10**: 101-3.

- Colquhoun, D. (2007). "Science degrees without the science." Nature **7134**: 373-4.
- Community Research & Development Information Service (2006). The main objectives of FP7: Specific programmes (Health).
- Community Research & Development Information Service (2006). Budget breakdown of the Seventh Framework Programme of the European Community (EC) (2007-2013) and Euratom (2007-2011) (in EUR million).
- Consortium of Academic Health Centers for Integrative Medicine (2004). Core Competencies in Integrative Medicine for Medical School Curricula: A Proposal.
- Council of the European Union (2001). Report from the Education Council to the European Council: "The concrete future objectives of education and training systems". No.: 5980/01 EDUC 23.
- Dalen, J. (1998). "'Conventional' and 'unconventional' medicine - Can they be integrated?'" Arch Intern Med **158**(9): 2179-81.
- Dantas, F. and H. Rampes (2000). "Do homeopathic medicines provoke adverse effects? A systematic review." British Homeopathic Journal **89**(1): S35-8.
- De Bijl N, and Nederveen-van de Kragt I. (1997). "Legal Safeguards Against Medical Practice by not Suitably Qualified Persons: A comparative study in seven European Union countries." EU Journal of Health Law **4**: 5-18.
- Department of Health and Human Services, N. I. o. H., National Center for Complementary and Alternative Medicine, (2007). " Budget Mechanism Table."
- Dixon, A., A. Riesberg, et al. (2003). Complementary and Alternative. Medicine in the UK and Germany. London, Anglo-German Foundation for the Study of Industrial Society.
- Dósa, Á. (2004). Az orvos kártérítési felelőssége. Budapest, HVG-ORAC Lap- és Könyvkiadó Kft.
- Education in Europe (MEDINE) (2006). Thematic Network MEDINE project.
- Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet (2006). Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet egységes szerkezetbe foglalt Alapító Okirata.
- Egészségügyi Tudományos Tanács (1991). Az ETT állásfoglalása a természetgyógyászati ténykedésről és eljárásokról, valamint a nem bizonyított gyógyhatású szerek orvosi alkalmazásáról (1991).

- Epstein, M., M. Verhoef, et al. (2003). Complementary and Alternative Medicine (CAM) in Undergraduate Medical Education (UME): themes and highlights of a national survey.
- Ernst, E. (2002). "Manipulation of the cervical spine: a systematic review of case reports of serious adverse events, 1995-2001." Med J Aust **176**: 376-380.
- Ernst, E. (2005). "Why looking at complementary medicine so little funding?" The Pharmaceutical Journal **274**(557).
- Ernst, E. and M. Cohen (2001). "Informed consent in complementary and alternative medicine." Arch Intern Med **161**(19): 2288-2292.
- Ernst, E. and Fugh-Berman (1999). "Complementary and alternative. medicine needs an evidence base before regulation." West J Med **171**: 149-150.
- Ernst, E. and A. White (1997). "Life-threatening adverse reactions after acupuncture? A systematic review." Pain **71**: 123-6.
- Ertl, T. and J. Mezei (2007). Beszámoló a UEMO üléséről. Budapest, MOTESZ.
- EurActiv (2006). ERA - European Research Area.
- European Commission (2006). Health and Consumer Protection Programme 2007-2013.
- European Commission (2006). Recognition of diplomas in the European Union.
- European Commission (2006). The future regime for professional recognition.
- European Ministers of Education (1999). "Joint declaration of the European Ministers of Education. The Bologna Declaration."
- European Ministers of Vocational Education and Training and E. Commission (2002). "Declaration of the European Ministers of Vocational Education and Training, and the European Commission. The Copenhagen Declaration on European enhanced co-operation in Vocational Education and Training."
- European Self-Medication Industry (AESGP) (2004). Economic and Legal Framework for Non-Prescription Medicines.
- European Union of Medical Specialists (1996). UEMS Charters & Declarations. Charter on Quality Assurance in Specialist Practice in the EU.
- Ferguson, M. (1980). The Aquarian Conspiracy. Los Angeles CA, J.P.Tarcher, Inc.

- Fisher, P. and A. Ward (1994). "Complementary medicine in Europe." BMJ **309**: 107-110.
- Frank, J. (2005). The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care. Ottawa, The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
- Freeman, L. and D. Welton (2005). "Critical Thinking and Complementary and Alternative Medicine Education at a Small University: Program Evolution and Lessons Learned." Health Practice Review **10**: 45-55.
- Garaczi, I. (2005). "A civil társadalom és a politika." Valóság **48**(10): 2-17.
- General Medicine Council (2002). Tomorrow's Doctors. London, GMC.
- Giles, J. (2007). "Degrees in homeopathy slated as unscientific." Nature **7134**: 352-3.
- Gömör, B. (2005). Klinikai reumatológia. Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt.
- Greenfield, S., A. Wearn, et al. (2000). "Considering the alternatives: a special study module in complementary therapy." Complement Ther Med **8**(1): 15-20.
- Greiner, K., J. Murray, et al. (2000). "Medical student interest in alternative medicine." J Altern Complement Med **6**(3): 231-4.
- Halliday, J. (1993). "Medical students and complementary medicine." Complement Ther Med **1**: 32-3.
- Health Canada (2007). Projects funded by the Natural Health Products Research Program (NHPRP).
- Heath, I. (2006). "Combating Disease Mongering: Daunting but Nonetheless Essential." PLoS Med **3**: e146.
- Hegyi, G. (2006). "Érvek a komplementer medicina hazai gyakorlatának szabályozása mellett." Menedzsment **5**(10): 26-29.
- Hog, E., Ed. (2005). Kingdom of Denmark. WHO Global Atlas of Traditional, Complementary and Alternative Medicine. Kobe, Japan, WHO Kobe Centre.
- Holcombe, R. G. (2003). "Eliminating Scope of Practice and Licensing Laws to Improve Health Care." The Journal of Law, Medicine & Ethics **31**(2): 236-46.
- House of Lords Select Committee on Science and Technology (2000). Complementary and alternative medicine: session, 6th report.

- Huget, J. (2007). Earning a Spot in The Curriculum. The Washington Post: HE01.
- Huszár, A. (2006). Feljegyzés Dr. Rácz Jenő miniszter Úr, Dr. Kapócs Gábor helyettes államtitkár Úr, Dr. Koncz József főcsoportfőnök Úr részére. Budapest, Egészségpolitikai Főosztály.
- IIME Core Committee (2002). "Global Minimum Essential Requirements in Medical Education." Medical Teacher **24**(2).
- Jonas, W. (1998). "Alternative medicine and the conventional practitioner." JAMA **279**(9): 708-9.
- Joó, F. (2006). Beszámoló a Debreceni Egyetem 2006. évi felnőttképzési tevékenységéről.
- Kamara, M. O. (1998). Etikai Kódex.
- Karácsony, F. (2004). "Méregtelenítésen alapuló módszerek, böjtkúrák a komplementer orvoslásban." Természetes Gyógymódok **2**(2): 24.
- Kerridge, I. and J. McPhee (2004). "Ethical and legal issues at the interface of complementary and conventional medicine." Med J Aust **181**(3): 164-6.
- Klepser, T. and M. Klepser (1999). "Unsafe and potentially unsafe herbal therapies." American Journal of Health-System Pharmacists **56**: 125-38.
- Kligler, B., G. A., et al. (2000). "Suggested curriculum guidelines on complementary and alternative medicine: recommendations of the Society of Teachers of Family Medicine Group on Alternative Medicine." Fam Med, **32**(1): 30-3.
- Koltay, E. (1997). "Megjegyzések a magyar természetgyógyászat intézménytörténetéhez." Komplementer Medicina **2**: 9-12.
- Koltay, E., Ed. (2002). A természetgyógyászat és a népi orvoslás kapcsolata. Test, lélek, természet. Budapest, Kairosz Kiadó.
- Krasznai, É. (2004). ""Amit nem tudsz megakadályozni, annak élére kell állni!"" MOTESZ Magazin(2): 55-8.
- Kreitzer, M., D. Mitten, et al. (2002). "Attitudes toward CAM among medical, nursing, and pharmacy faculty and students: a comparative analysis." Altern Ther Health Med. **8**(6): 44-47, 50-53.
- Leach, M. (2004). "Public, nurse and medical practitioner attitude and practice of natural medicine." Complementary Therapies in Nursing & Midwifery **10**: 13-21.

- Leinster, S. (2003). "Standards in medical education in the European Union." Medical Teacher **5**(3): 507-9.
- Lencz, L. (1996). A fájdalom és csillapítása. Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt.
- Lencz, L. (2002). A Hagyományos Kínai Orvoslás. Budapest, Medicina Könyvkiadó Kft.
- Levine, S., M. Weber-Levine, et al. (2003). "Complementary and alternative medical practices: training, experience, and attitudes of a primary care medical school faculty." J Am Board Fam Pract **16**(4): 318-26.
- Lie, D. and J. Boker (2004). "Development and validation of the CAM health Belief Questionnaire (CHBQ) and CAM use and attitudes amongst medical students." BMC Medical Education **4**(1): 2.
- Magyar Akkreditációs Bizottság (2006). Akkreditációs jelentés. Általános orvos képzések párhuzamos értékelése.
- Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége (2007). Tagegyesületeink.
- Mandl, J. and E. T. Tanács (2004). Feljegyzés Dr. Rács Jenő miniszter úr, Dr. Pordán Endre közigazgatási államtitkár úr, Dr. Kapócs Gábor helyettes államtitkár úr, Dr. Kereszty Éva főcsoportfőnök asszony részére. Budapest, Egészségügyi Tudományos Tanács Titkárság.
- Mangoine, T. W., Ed. (1998). Mail Surveys. Handbook of Applied Social Research Methods. Thousand Oaks, SAGE.
- Marwick, C. (2002). "US report calls for tighter controls on complementary medicine." BMJ **384**: 870.
- Medical Council of New Zealand (2004). Guidelines on Complementary and Alternative Medicine or Unconventional Medicine.
- Mercer, S., G. Watt, et al. (2001). "Empathy is important for enablement." BMJ **322**(7279): 120-1.
- Minelli, E. World Health Organization
The mandate of a specialized agency of the United Nations. A. Campana. Milan, World Health Organization.
- Myers, S. and P. Cheras (2004). "The other side of the coin: safety of complementary and alternative medicine." MJA **181**(4): 222-5.
- National Center for Complementary and Alternative Medicine "Clinical Trials."

- National Center for Complementary and Alternative Medicine (2007). Complementary and Alternative Medicine Funding by NIH Institute/Center.
- National Center for Complementary and Alternative Medicine (2007). Online Continuing Education Series.
- National Center for Complementary and Alternative Medicine (2007). NCCAM History/Chronology (NIH Almanac).
- National Institute of Vocational Education (2003). "Research on Health Vocational Education and Health Workers Migration in the EU Joint declaration of the European Ministers of Education."
- Németh, G. (1998). "Láttelek a hazai természetgyógyásatról."
- Oberbaum, M., N. Notzer, et al. (2003). "Attitude of Medical Students to the Introduction of Complementary Medicine into the Medical Curriculum in Israel." IMAJ **5**(2): 139-142.
- Oláh, A. (1993). "A természetgyógyászat múltja Magyarországon." Egészség **1**: 11-15.
- Oláh, A., K. Kállai, et al. (1985). Reformkönyha : A természetes életmód és életrend elmélete és gyakorlata. Budapest, Mezogazd. Kvk.
- Ong, C., G. Bodeker, et al. (2005). WHO Global Atlas of Traditional, Complementary and Alternative Medicine. Kobe, WHO.
- Open University (2007). Perspectives on complementary and alternative medicine.
- Oppel, L., B. Beyerstein, et al. (2005). "Still concerned about CAM in undergraduate medical education." Can Fam Physician **51**(8): 1069-1070.
- Oppel, L., D. Hoshizaki, et al. (2004). "Introducing medical students to CAM." Can Fam Physician **50**: 1495.
- Ormos, G. (1990). A csontkovácsok titkai. Budapest, Akkord Kiadó.
- Owen, D. (1999). "Familiarizing medical students with complementary and alternative medicine: Encouraging new attitudes and ideas." Complement Ther Med **7**(1): 38-41.
- Owen, D. (1999). "Familiarizing medical students with complementary and alternative medicine: Encouraging new attitudes and ideas." Complement Ther Med **7**(1): 38-41.
- Owen, D. and G. Lewith (2001). "Complementary and alternative medicine (CAM) in the undergraduate medical curriculum: The Southampton experience." Med Educ **35**: 73-77.

- Owen, D. and G. Lewith (2004). "Teaching integrated care: CAM familiarisation courses." MJA **181**(5): 276-278.
- Owen, D., G. Lewith, et al. (2001). "Can doctors respond to patient's increasing interest in complementary and alternative medicine?" BMJ **322**(7279): 154-158.
- Park, J. (2001). "Integrated medicine in the East may differ from that in the West." BMJ **322**: 1126.
- Perry, R. and C. Dowrick (2000). "Complementary medicine and general practice: an urban perspective." Complementary Therapy & Medicine(8).
- Petrányi, G. (2004). Összefoglaló a Magyar Tudományos Akadémia Orvosi Tudományok Osztályának: Állásfoglalás a komplementer medicináról. I. Magyar Orvostudományi Komplementer Medicina Konszenzus Konferencia, Budapest.
- Pittler, M. (2003). "Ten years of complementary medicine at Exeter University." Phytomedicine **10**(8): 686.
- Raciborska, D. (2001). Randomized controlled double-blind trials for complementary therapies - need for new paradigms. BMJ.
- Rák, K. (1999). "Quo vadis Medicina? Gondolatok az alternatív gyógyászatról." Orvostovábbképző Szemle. **6**: 12-8.
- Rák, K. (2000). "A homeopátia kritikája." A Természet Világa **131**(1): 76-9.
- Rák, K. (2003). "Quo vadis, Medicina? : Integrálható-e az ortodox (hivatalos) és az alternatív (tradicionális) medicina?" Magyar Tudomány **7**.
- Relman, A. (1998). A trip to Stonesville, Some Notes on Andrew Weil.
- Reston, V. (2003). "Three school test alternative medicine curriculum." Black Issues in Higher Education **20**(3): 15.
- Richardson, J. (2001). "Integrating complementary therapies into health care education: a cautious approach." Journal of Clinical Nursing **10**(6): 793-8.
- Richardson, J. (2003). "Developing the reflective practitioner in complementary therapy." J Altern Complement Med **9**(5): 771-2.
- Rosenthal, D. and E. Dean-Clower (2005). "Integrative Medicine in Hematology/Oncology: Benefits, Ethical Considerations, and Controversies." Hematology **1**: 491-7.

- Ruedy, J., D. Kaufman, et al. (1999). "Alternative and complementary medicine in Canadian medical schools: a survey." CMAJ **160**(6): 816-7.
- Sade, R. (2003). "Complementary and alternative medicine: foundations, ethics, and law." J-Law-Med-Ethics **31**(2): 183-190.
- Scottish Deans' Medical Curriculum Group (2003). Learning Outcomes for Basic, Social and Clinical Sciences and Underlying Principles.
- Shahjahan, R. (2004). "Standards of education, regulation, and market control: perspectives on complementary and alternative medicine in Ontario, Canada." J Altern Complement Med **10**(2): 409-412.
- Sharma, U. (1992). Complementary and Alternative Medicine Today, Practitioners and Patients. London, Routledge.
- Sikand, A. and M. Laken (1998). "Pediatricians' experience with and attitudes toward complementary/alternative medicine." Arch Pediatr Adolesc Med **152**: 1059-64.
- Simpson, J., J. Furnace, et al. (2002). "The Scottish doctor--learning outcomes for the medical undergraduate in Scotland: a foundation for competent and reflective practitioners." Med Teach **2**: 136-43.
- Smallwood, C. (2005). The Role of Complementary and Alternative Medicine in NHS. London, London: FreshMinds.
- Stehr, N. (2000). The Fragility of Modern Societies: Knowledge and Risk in the Information Age. London, Sage.
- Stephan, J. (1985). "Traditional and alternative System of Medicines: A Comparative Review of Legislation." International Digest of Health Legislation **36**(2): 281-341.
- Stone, J. (2005). Development of Proposals for a Future Voluntary Regulatory Structure for Complementary Health Care Professions. London, The Prince of Wales's Foundation for Integrated Health.
- Stone, J. and J. Matthews (1996). Complementary medicine and the Law. London, Oxford University Press.
- Strauss, S. (2000). "Complementary and alternative medicine: Challenges and opportunities for American medicine." Acad Med **75**(6): 572-3.
- Stumpf, S. and S. Shapiro (2006). "Bilateral integrative medicine, obviously." Evid Based Complement Alternat Med **3**(2): 279-82.

- Sturmberg, J. (2005). "How to Teach Holistic Care - Meeting the Challenge of Complexity in Clinical Practice." Education for Health: Change in Learning & Practice **18**(2): 236-245.
- Szathmári, M., D. Szombath, et al. (2006). "A folyamatos továbbképzésről." Orvostovábbképző Szemle **13**(3): 14-27.
- Szkeptikus Társaság (2007). A Szkeptikus Társaság nyilatkozata az alternatív gyógyászat témakörében. Budapest.
- Társaság a Szabadság Jogokért (2007). "A TASZ nyílt levele a tervezett otthonszülésekkel kapcsolatban."
- Tate, S. (2003). "Educating for reflective practice." The Journal of Alternative and Complementary Medicine **9**(5): 773-7.
- Tempus Közalapítvány (2007). "Leonardo da Vinci, Tematikus Hálózatok."
- The Prince's Foundation for Integrated Health (2006). HE Accredited Courses in Complementary Healthcare 2005 - 2006.
- The Research Council for Complementary Medicine (2000). A Survey of Knowledge and Understanding of Unconventional Medicine in Europe COST B4.
- The Thematic Network on Medical Education in Europe (MEDINE) (2002). Medical Education in Europe.
- The US Consortium of Academic Health Centers for Integrative Medicine Curriculum In Integrative Medicine: A Guide for Medical Educators.
- UCLA Office of Continuing Medical Education (2007). Medical Acupuncture for Physicians.
- Verhoef, M., M. Epstein, et al. (2006). A Guide for the Development, Implementation, and Sustainability of Curriculum about Complementary and Alternative Medicine in Undergraduate Medical Education Programs. Toronto.
- Wallace, S. (2006). Information on Complementary and Alternative Medicine in US Government Databases Is Biased Medscape General Medicine.
- Weeks, J. (2000). CAM Consult: What makes a physician an expert in CAM? Medical Economics. **77**: 109.
- Weir, M. (2003). "Obligation to advise of options for treatment - medical doctors and complementary and alternative medicine practitioners." J Law Med **10**: 296-307.

- Wetzel, M., D. Eisenberg, et al. (1998). ""Courses involving complementary and alternative medicine at US medical schools."" JAMA **280**(9): 784-7.
- Wetzel, M., T. Kaptchuk, et al. (2003). "Complementary and Alternative Medical Therapies: Implications for Medical Education." Altern Ther Health Med. **138**(3): 191-6.
- White, A., K. Resch, et al. (1997). "Complementary medicine: use and attitudes among GPs." Family Practice **14**(4): 302-306.
- White House Commission (2002). White House Commission on Complementary and Alternative Medicine Policy.
- WHO Department of Human Resources for Health (2003). World Directory of Medical Schools 2003.
- Witt, C., B. Brinkhaus, et al. (2006). "Teaching Complementary and Alternative Medicine in a Reform Curriculum." Forsch Komplementärmed **13**(6): 342-8.
- World Federation for Medical Education (2003). Basic Medical Education. WFME Global Standards for Quality Improvement. Copenhagen, Denmark, WFME Office.
- World Health Organisation WHO Collaborating Centres for Traditional Medicine.
- World Health Organisation (2001). Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide Review. Geneva, WHO.
- World Health Organisation (2002). WHO Strategy on Traditional Medicine: 2002-2005. WHO/EDM/TRM/2002.1. Geneva, WHO.
- World Health Organisation (2005). WHO global atlas of traditional, complementary and alternative medicine. Kobe, WHO Centre of Health Development.
- World Health Organisation (2005). National policy on traditional medicine and regulation of herbal medicines: Report of a WHO global survey. Geneva.
- World Health Organisation, E. B. (2002). Traditional medicine, Document EB111/9. 111th Session. Secretariat.
- World Health Organisation, R. O. f. A. (2000). Traditional medicine in the African region. An initial situation analysis (1998-1999). Harare.
- World Health Organization (2003). International nurse mobility, Trends and policy implications. Geneva.
- World Health Organization (2003). Traditional Medicine, Fact sheet N°134.
- Written Question (1999). "E-2932/98." Official Journal of the European Communities **C 118/171**.

7.2. Saját *in extenso* közlemények

1. **Varga, O.** és P. Molnár, *Orvostanhallgatók természetgyógyászathoz való viszonyulásának kérdőíves felmérése*. Egészségfejlesztés, 2004. 45(5-6): p. 20-25.
2. **Varga, O.**, *Az Európai Unió és a természetgyógyászati tevékenység szabályozása, különös tekintettel a homeopátiára*. Komplementer Medicina, 2004. 8(3): p. 48-51.
3. **Varga, O.**, *Természetgyógyászat Magyarországon*. Disputa, 2005. 3(5): p. 9-14.
4. **Varga, O.** és P. Molnár, *Természetgyógyászok és a kártérítési felelősség*. Lege Artis Medicinae, 2005. 15(3): p. 238-40.
5. **Varga, O.** és P. Molnár, *Természetgyógyászok és a betegellátás felelőssége*. Komplementer Medicina, 2005. 9(4): p. 13-18.
6. **Varga, O.** és C. Kemény, *A természetgyógyászat szerepe a jelen és a jövő egészségügyében*, in "Globális és hazai problémák tegnaptól holnapig" VI. Magyar (Jubileumi) Jövőkutató Konferencia Konferenciakötet, T.A. Gidai E, Editor. 2006, Arisztotelész Stúdium Bt.: Budapest. p. 188-196.
7. **Varga, O.** és P. Kakuk, *European Union and Alternative Medicine: Some institutional and legal impacts on a developing field*. Integrative Medicine Insights, 2006.
8. **Varga, O.**, S. Márton, and P. Molnár, *Status of Complementary and Alternative Medicine in European medical schools*. Forsch Komplementärmed, 2006. 13(1): p. 41-45.
9. **Varga, O.**, *Physicians do not heal thy relatives*. Patient Education and Counseling, 2007. 67(1-2): p. 11-12.
10. **Varga, O.**, *A teljes történet: Komplementer medicina vagy kísérlet?* Komplementer Medicina, 2007. (megjelenés alatt)
11. **Varga, O.**, *Mondd, te kit választanál?* Lege Artis Medicinae, 2007. 17(4-5): p. 368-370.
12. **Varga, O.** és P. Molnár, *Szabadalmi rendszer: értünk vagy ellenünk?* Lege Artis Medicinae, 2006. 16(4): p. 382-5.
13. **Varga, O.** és P. Molnár, *Természetvédelem és gyógyítás*. Lege Artis Medicinae, 2007. (megjelenés alatt)
14. **Varga, O.**, *A természetgyógyászat főbb jogi és etikai kérdései*, in II. Szaketikák Konferencia Konferenciakötet. 2007. Pécs. (megjelenés alatt)

8. TÁRGYSZAVAK

Természetgyógyászat, nyugati orvoslás, szabályozás, felsőoktatás, orvosképzés, végzettség, diploma

KEYWORDS

Complementary and alternative medicine, modern medicine, regulation, higher education, medical education, degree, diploma

9. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A kutatómunkát a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Magatartástudományi Intézetében végeztem.

Köszönettel tartozom témavezetőmnek, Prof. Dr. Molnár Péternek, aki lehetővé tette, hogy a Magatartástudományi Intézetben legyek PhD hallgató. Magas szintű elméleti és gyakorlati tudásának, valamint mindenkor támogató magatartásának nagyon sokat köszönhetek szakmailag és emberileg egyaránt.

Köszönettel tartozom továbbá Dr. Loss Sándornak, korábbi témavezetőmnek, aki még egyetemi éveim alatt tudományos diákköri munkám irányításával és a PhD tanulmányaim kezdetekor tanácsaival erősítette bennem az elhatározást, hogy az interdiszciplináris kutatómunkát válasszam.

Köszönet illeti az intézet valamennyi munkatársát, akik tanácsaikkal segítettek munkámat. Külön köszönet illeti Dr. Bánfalvi Attilát, Dr. Kemény Csillát, Szemán Anitát, Kakuk Pétert és Nemes Lászlót támogatásukért és barátságukért.

Ugyanekkora hálával tartozom Dr. Matúz Évának, akiktől a jogi ismereteken túl annak szeretetét és olyan szemléletmódot tanultam, ami további munkám során remélhetőleg végig fog kísérni.

Köszönet illeti Dr. Márton Sándor szerzőtársamat, aki a közleményekben bemutatott munkákban segítségemre volt.

Nem utolsó sorban köszönet illeti családomat: szüleimet, testvéremet és férjemet amiért támogattak, lehetővé tették és elviselték tanulmányaimat, munkámat és a sokszor ezzel járó elkerülhetetlen nehézségeket.

1. táblázat

Kiadott természetgyógyászati engedélyek száma 2004-2007 júniusa között.

/Forrás: Országos Tisztifőorvosi Hivatal/

Természetgyógyászati ágak	Kiadott engedélyek száma
homeopátia	112
manuálterápia	26
biológiai fogorvoslás	3
neurálterápia	8
hagyományos kínai gyógyászat	302
indiai (ayurvéda)	0
tibeti gyógyító eljárások	1
méretegetlenítő módok	14
pszichológiai eljárások	3
akupresszúra	65
keleti mozgás- és masszázsterápia	63
életmód oktatás és terápia	33
reflexzóna terápia	223
kiegészítő fizioterápiás módszerek	18
fitoterápia	67
fülakupunktúra	104
kineziológia	97
szemtréning	21
visszavont	55
értelmezhetetlen	473
összesen	1688

2. táblázat

World Health Organization Közgyűlésének és Végrehajtó Tanácsának határozatai

Közgyűlés és a Végrehajtó Tanács határozatai	
<i>World Health Assembly Resolutions (WHA)</i> <i>Közgyűlés</i>	<i>Executive Board (EB) Resolutions</i> <i>Végrehajtó Tanács</i>
WHA56.31 (May 2003) – Traditional Medicine Agenda item 14.10	EB111.R12 (January 2003) – Traditional medicine agenda item 5.7
WHA44.34 (May 1991) – Traditional Medicine and modern health care	EB87.R24 (January 1991) – Traditional medicine and modern health care
WHA42.43 (May 1989) – Traditional Medicine and modern health care	EB63.R4 (January 1979) – Traditional medicine programme
WHA41.19 (May 1988) – Traditional medicine and medicinal plants	
WHA40.33 (May 1987) – Traditional medicine	
WHA31.33 (May 1978) – Medicinal plants	
WHA30.49 (May 1977) – Promotion and development of training and research in traditional medicine	

3. táblázat

Természetgyógyászati felsőoktatás az EU-ban
/Forrás: World Higher Education Database, 2005/

Ország (iskolák száma, amely akkreditált természetgyógyászati kurzust, diplomát ad)	Természetgyógyászati ág
Finnország (1), Belgium (1), Nagy-Britannia (1), Olaszország (1)	Csontkovács
Nagy-Britannia (1), Franciaország (1), Dánia (1)	Kiropraktika
Olaszország (3)	Homeopátia
Lengyelország (1), Magyarország (1)	Akupunktúra
Olaszország (1), Nagy-Britannia (1), Németország (1), Portugália (1), Magyarország (1)	Tradicionális kínai gyógyászat

4/1. táblázat

A „status quo”, az állami, és a föderális stílusú természetgyógyászatot szabályozó rendszer előnyeit és hátrányai

/Forrás: Stone, 2005/

	Előny	Hátrány
Status quo - Nem szabályozott rendszer	• Az egyes természetgyógyászati ágak saját tempójuk szerint alakíthatnak testületeket, külön-külön érjenek meg egy esetleges szabályozásra. • Megválaszthatják saját oktatási követelményeiket, szervezetüket. • Minden ellátó megfér a palettán, míg szabályozás esetén a szabályozásnak ellenálló szervezetek illegalitásba vonulnak. • A szakma művelőinek van egy képesítése, az azonban nem zárja ki, hogy egyéb ellátási módot is gyakoroljanak képesítéssel vagy a nélkül. A szakma művelői több szakmai szervezethez is tartozhatnak. • Hallgatólagosan elfogadják a szakma képviselői, hogy egy általuk vezetett regisztráció sohasem fedí le valamennyi ellátót, csak azokat, akik szeretnének valamelyik testületnek tagjai lenni.	• Nagy mennyiségű diploma, végzettség van jelen a piacon, nehéz átlátni a gyógyítók valódi tudását • Az egyes ellátókról nehéz megbízható referenciát szerezni a számos szakmai szervezet miatt • Az oktatás szabadsága miatt ugyanazon szakmában bizonyos végzettségek napok, mások évek alatt szerezhetők meg, amit lehetetlen követni • Az ellátók egy része biztosítás nélkül dolgozik, ami a beteg kárának érvényesítését megnehezíti • Ha sok szakmai szervezet működik párhuzamosan, megeshet, ha kizárnak egy tagot, az egyszerűen átlép egy másikba, ami a szankció erejét csökkenti • Szakmai szervezetek a kis tagság miatt nem életképesek • Szakmai izoláció eredményeképp az új terápiák nem terjednek el • Ha semmilyen engedély nem szükséges a gyógyító tevékenységhez, akkor a betegek könnyen válhatnak bűncselekmények áldozatává.

4/2. táblázat

A „status quo”, az állami, és a föderális stílusú természetgyógyászatot szabályozó rendszer előnyeit és hátrányai

/Forrás: Stone, 2005/

	Előny	Hátrány
Államilag szabályozott rendszer	• A megszerzett képesítés államilag védett címet eredményez • Standardizáció létezik a természetgyógyászati képzésre és gyakorlatra • Valóban indokolt, ha veszélyes terápiáról vagy eljárásról van szó • Azonos rangú egészségügyi ellátásnak ismeri el a természetgyógyászatot a konvencionális ellátó módokkal • A természetgyógyászok elérnének egy adott státuszt az ellátó rendszeren belül	• A szabályozás elsődleges célja a fogyasztóvédelem, számos természetgyógyászathoz kötődő módszer kimarad a rendszerből • A szabályozandó területekről az állam dönt • Az állam feltételeként kikötheti a tudományos megalapozottság bizonyítását, ami különösen problematikus a természetgyógyászok esetén • A természetgyógyászati szervezetek nem feltétlen akarnak szabályozódni • A szakmai szervezeteknek erősnek kell ahhoz lenniük, hogy a konvencionális előírásoknak meg tudjanak felelni • Ez a szabályozási forma a legdrágább, a legnagyobb adminisztrációt követeli meg • Az állami szabályozás nem jelent arra garanciát, hogy valóban elismertek lesznek a természetgyógyászok az egészségügyön belül.

4/3. táblázat

A „status quo”, az állami, és a föderális stílusú természetgyógyászatot szabályozó rendszer előnyeit és hátrányai
/Forrás: Stone, 2005/

	Előny	Hátrány
Föderális stílusban szabályozott rendszer (federal-style)	• A testület képes lenne egy egységes, konzisztens keretet adni valamennyi részes természetgyógyászati ágnak • A testület hamarosan piaci dominanciát érhetne el, közismertté válhatna és valóban minőséget tudna tanúsítani a betegek részére • Egységes regisztráció, egységes regisztrációs rendszer, egységes akkreditáció • A testület ellenőrizné a szakmák minőségét, a panaszokat kivizsgálnák • Valamely természetgyógyász kizárása az állami regisztrációhoz hasonlóan valódi veszteséget jelentene • Egységesebb fellépését tudná biztosítani a természetgyógyászoknak, még akkor is, ha a tagság nem kötelező • Előnyösebb azoknak a természetgyógyászoknak, akik több szakmát művelnek, hiszen egy tagdíjat kellene fizetniük • Olcsóbb a rendszer fenntartása, mint az állami szabályozásé	• Ha nem sikerül a szakmai szervezeteket átláthatóvá tenni, akkor csak a probléma duplikálásáról van szó • A természetgyógyászati szerveknek együtt kell működniük • A kezdeti működéshez pénzt kell befektetni • Ki kell dolgozni a testület működésének mechanizmusát.

5. táblázat

Lényeges mozzanatok kronológiája a természetgyógyászat szabályozásában a rendszerváltástól

Természetgyógyászat jogi fejleményei	Egészségügyi miniszterek	Periódus
Népjóléti Képzési Központ: természetgyógyászati képzés, Természetgyógyászati Szakmai Kollégium	Surján László, népjóléti miniszter	1990-94
	Kovács Pál, népjóléti miniszter	1994-95
Oktatási Bizottság	Szabó György, népjóléti miniszter	1995-96
Rendeletek, Természetgyógyászati Szakmai Kollégium megszűnt, Természetgyógyászati Tanácsadó Testület	Kökény Mihály, népjóléti miniszter	1996-98
MTA állásfoglalás, Természetgyógyászati Tanácsadó Testület feloszlatta magát	Gógl Árpád, egészségügyi miniszter	1998-2001
	Mikola István, egészségügyi miniszter	2001-02
MTA állásfoglalás, tanácsadó testült összehívása	Csehák Judit, egészségügyi, szociális és családügyi miniszter	2002-03
Konszenzus konferencia, tanácsadó testület átnevezése	Kökény Mihály, egészségügyi, szociális és családügyi miniszter	2003-04
Módosítás előkészítése	Rácz Jenő, egészségügyi miniszter	2004-06
	Molnár Lajos, egészségügyi miniszter	2006-07
	Horváth Ágnes, egészségügyi miniszter	2007-

6. táblázat

CAM in UME Project által meghatározott kimeneti követelmények

/Forrás: CAM in UME Project, 2003/

CAM in UME Project által meghatározott kimeneti követelmények		
<i>Tudás (knowledge-based)</i>	<i>Képességek (skills-based)</i>	<i>Attitűd (attitude)</i>
• CAM klasszifikáció, egyes ágak alapvető ismeretei • Integratív medicina alkalmazásának veszélyei és előnyei • CAM ágak helyi elterjedtségének ismertetése • CAM és megelőzés • CAM terápiák hatékonysága, biztonságossága, mellékhatások, interakciók • CAM oktatásának, alkalmazásának jogi háttere • CAM és a biomedicina filozófiai háttere • CAM terápiák hatékonyságának meghatározása adatbázisok alapján • Egészségügyi szakemberek és természetgyógyászok együttműködésének nehézségei és etikai vonatkozásai	• CAM terápiák evidenciájának kritikai értékelése • Betegekkel CAM használatának megbeszélése tiszteletudóan, nem ítélkezve, professzionálisan • CAM terapeutákkal a beteg állapotának, terápiájának, biztonságosságának, stb. beteg által engedélyezett megbeszélése	• Értékelni kell saját CAM-mal kapcsolatos attitűdöt, illetve azt ez hogyan hat a modern medicina/CAM gyakorlására • El kell fogadni a beteg CAM-mal kapcsolatos hitét és választását

7. táblázat

EDCAM kísérleti oktatási programja orvosegyetemek részére
/Forrás: American Medical Student Association/Foundation, 2002/

A. Stresszkezelés, relaxáció és holizmus: didaktikus és gyakorlati megbeszélés
B. Bevezetés az evidencia alapú természetgyógyászatba
C. Tíz alaptéma 1. Táplálkozás és életstílus: diéta, testgyakorlatok, alvás és stresszkezelés 2 Test-lélek orvoslás 3. Alternatív gyógyító rendszerek: Tradicionális kínai gyógyászat 4. Alternatív gyógyító rendszerek: Jóga és ayurvéda 5. Alternatív gyógyító rendszerek: Homeopátia 6. Bioenergetika 7. Gyógyszeres/biológiai alapú gyógyítás: Gyógynövények 8. Gyógyszeres/biológiai alapú gyógyítás: Táplálékkiegészítők és vitaminok 9. Manipulációs terápiák: kiopraktika, csontkovácsolás 10. Manipulációs terápiák: Masszázs
D. CAM betegvizsgálat 1. CAM anamnézis felvétel 2. Holisztikus megközelítés 3. Betegcentrikus interjú
E. Integratív ismeretek 1. Keresés a természetgyógyászati kutatásokban 2. Esetismertetés keresése a természetgyógyászati irodalomban 3. Egészségmegőrzési Program 4. CAM tanácsadás
F. Klinikum vagy kutatás

1. ábra

Természetgyógyászat oktatása az Európai Unió orvosi karain. Online kérdőív angolul, németül és franciául volt kitölthető

Personal information - name and e-mail are optional fields

University: Country:

Your name: E-mail:

Questions

Is it possible to study any form of CAM at your university?

Is there a separate department dealing with CAM?

Is there a separate subject/course in CAM?

Provided that there is a subject/course in CAM is it compulsory?

Is the subject/course evaluated by an exam?

Is there any additional mandatory course to be taken in order to use CAM methods in the everyday medical practice?

What aspects of CAM does your university's subject/course focus on?

(If Other, please specify:)

Comments concerning the query

L'information personnelle - le nom et le E-mail sont les champs facultatifs

Université: Pays:

Votre nom: E-mail:

Questions

Est-il possible d'étudier une forme de CAME à votre université ?

Y a-t-il un département séparé traitant la CAME ?

Y a-t-il un sujet ou un cours séparé dans la CAME ?

Ce sujet ou cours est-il forcé ?

Ce sujet ou cours est-il évalué par un examen ?

Y a-t-il un cours obligatoire additionnel à prendre afin d'employer des méthodes de CAME dans la pratique médicale journalière ?

Quels aspects de CAME le sujet ou le cours de votre université focalise-t-il dessus ?

(Si Autre, indiquez svp:)

Commentaires au sujet de la question

Persönliche Informationen - Name und E-mail sind freiwillig anzugeben

Universität: Land:

Ihr Name: E-mail:

Fragen

Ist es möglich irgendeine Form von CAM an Ihrer Universität zu studieren?

Gibt es eine selbstständige Abteilung die sich mit CAM beschäftigt?

Gibt es ein separates Fach / einen separaten Kurs im CAM?

Ist dieses Fach / dieser Kurs im CAM obligatorisch?

Wird das Fach / der Kurs mit einer Prüfung abgeschlossen?

Müssen Sie noch zusätzliche obligatorische Kurse absolvieren um CAM-Methoden in der täglichen medizinischen Praxis verwenden zu dürfen?

Welche Aspekte von CAM konzentriert sich das Fach / der Kurs Ihrer Universität an?

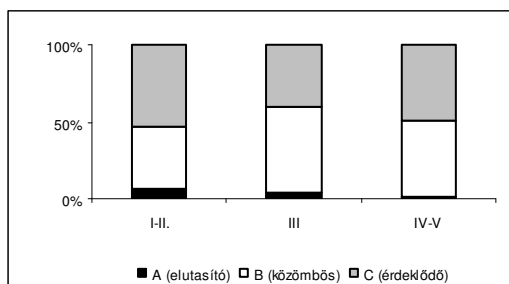
(Wenn anders, bitte ausführen:)

Anmerkungen hinsichtlich der Fragen

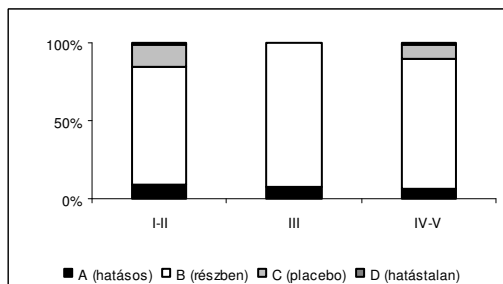
2/1. ábra

Az I-II, III, IV-V éves orvostanhallgatók természetgyógyászathoz való viszonyulása. A válaszok megoszlása évfolyam csoportonként és kérdésenként.

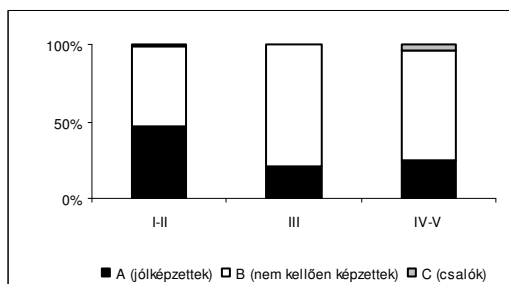
A. Hogyan értékelné a természetgyógyászathoz való viszonyulását?



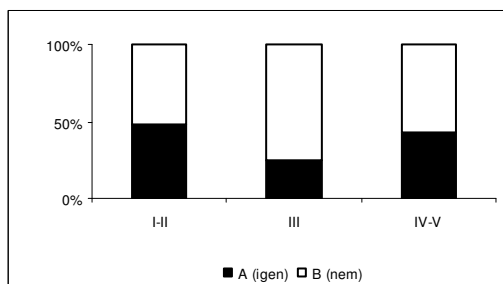
B. Általában mit gondol az alternatív medicina hasznáról?



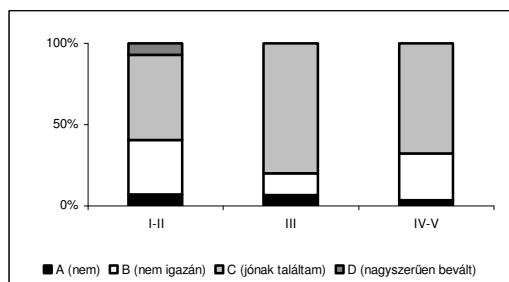
C. Az alábbi három válasz közül hogyan értékelné saját véleményét a természetgyógyászokról?



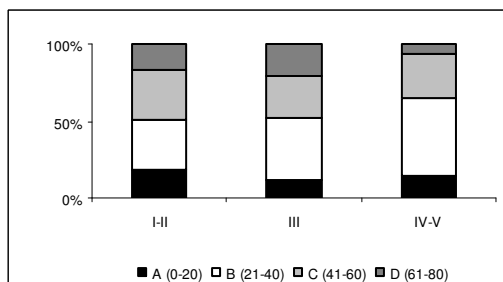
D. Ön járt-e már természetgyógyásznál vagy használt-e már valamilyen természetgyógyászati készítményt?



E. Ha járt vagy használt, mennyire volt elégedett a szolgáltatással?



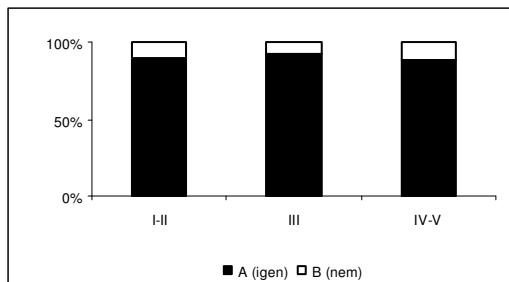
F. Mit gondol, a betegek hány százaléka (%) veszi igénybe a természetgyógyászati szolgáltatásokat ma Magyarországon?



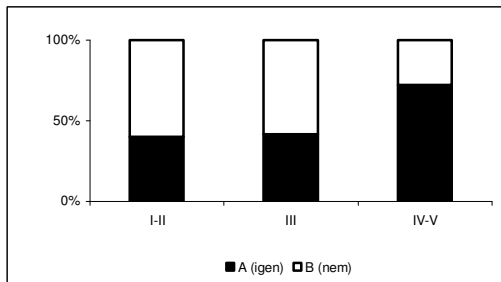
2/2. ábra

Az I-II, III, IV-V éves orvostanhallgatók természetgyógyászathoz való viszonyulása. A válaszok megoszlása évfolyam csoportonként és kérdésenként.

G. Mit gondol, szükséges-e az orvosoknak a természetgyógyásatról a laikus szintet meghaladó mértékben ismerettel rendelkezniük?



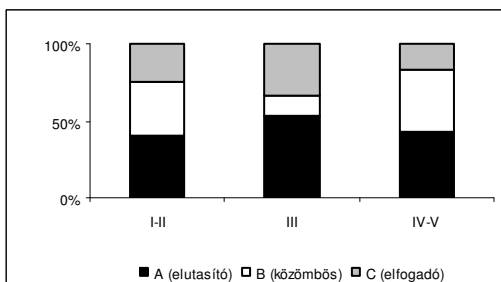
H. Mit gondol, meg szokták-e beszélni a betegek az orvosukkal, a természetgyógyászattal kapcsolatos kérdéseiket?



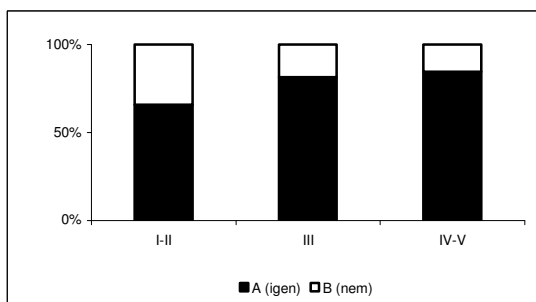
I. Ön szerint az orvosok milyen gyakran szokták ajánlani a betegeknek az alternatív medicina igénybevételének lehetőségét?



J. Mit gondol, hogyan viszonyulnak az orvosok a természetgyógyászathoz?

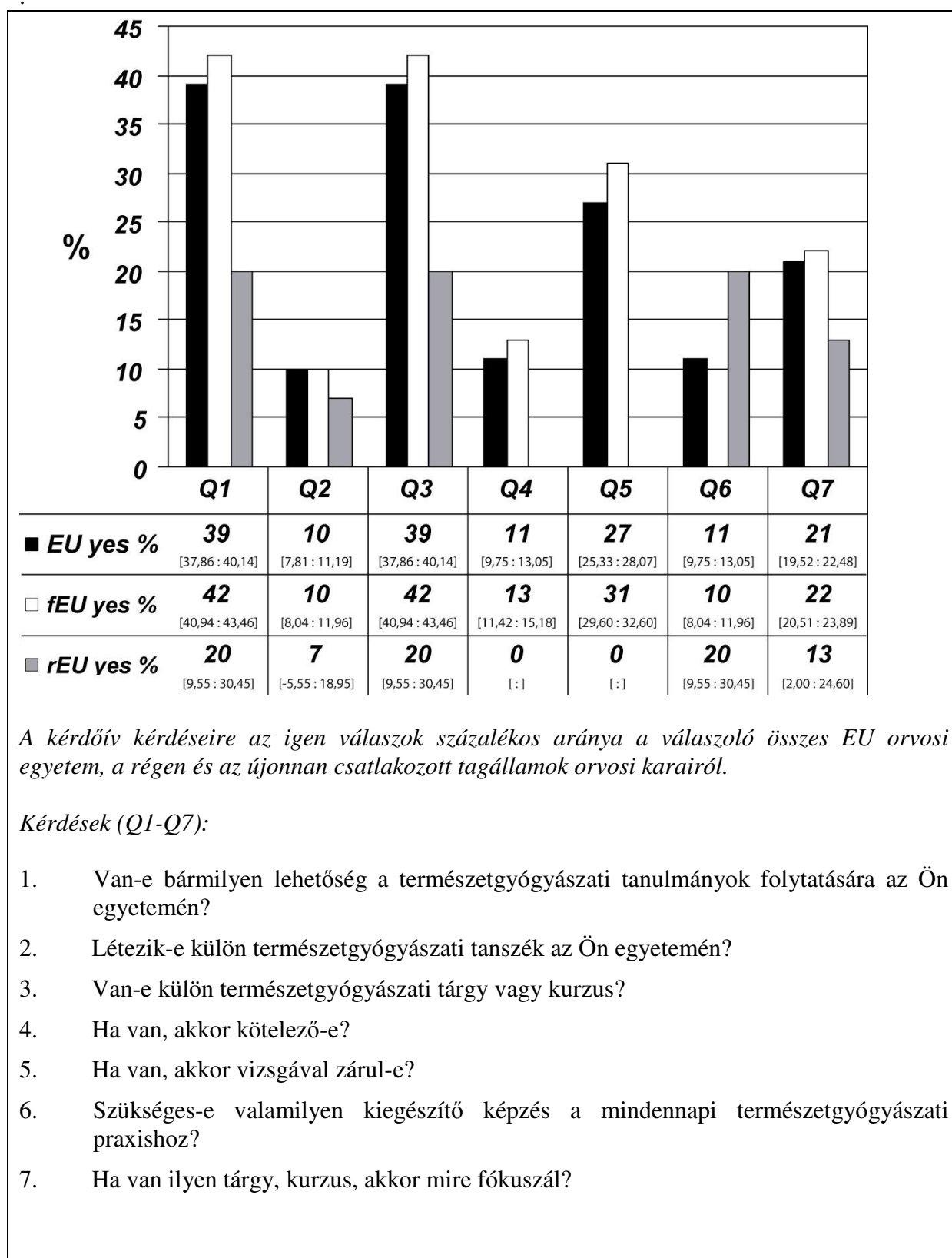


K. Szükségesnek tartja-e, hogy alapszintű természetgyógyászati ismertek részét képezzék a graduális képzésnek?



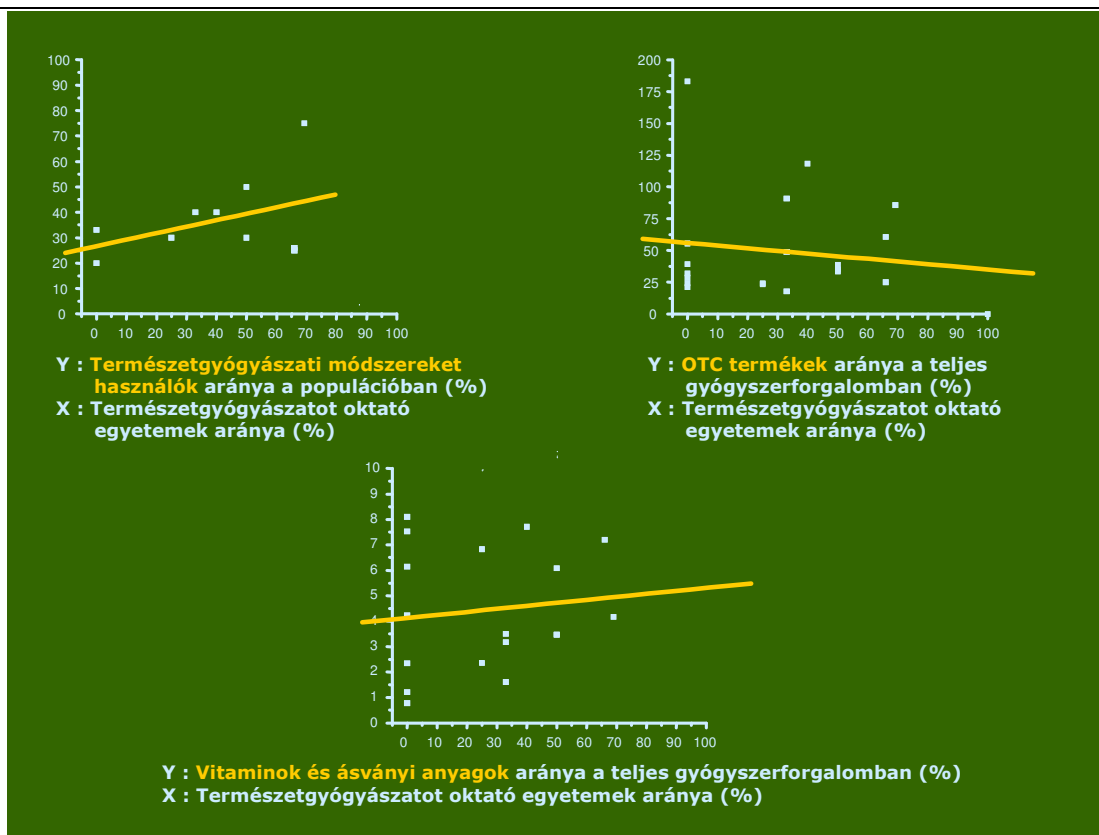
3/A. ábra

Milyen arányban oktatnak az EU orvosegyetemei természetgyógyászatot?



3/B. ábra

Van-e összefüggés az oktatási gyakoriság a természetgyógyászattal kapcsolatos igény között?



Balra fent: Kapcsolat a természetgyógyászati módszereket használók aránya (%) és a természetgyógyászatot oktató egyetemek aránya (%) között. Korrelációs koefficiens: 0,4009.

Jobbra fent: Kapcsolat az OTC termékek forgalmának a teljes gyógyszerforgalomra vetített aránya (%) és a természetgyógyászatot oktató egyetemek aránya (%) között. Korrelációs koefficiens: -0,1459.

Középen lent: Kapcsolat a vitaminok és ásványi anyagok forgalmának a teljes gyógyszerforgalomra vetített aránya (%) és a természetgyógyászatot oktató egyetemek aránya (%) között. Korrelációs koefficiens: 0,1205.

A vonal lineáris regressziót jelent.

Melléklet

DEOEC-en meghirdetésre 2004/05 és a 2005/06 tanévben Komplementer és alternatív medicina területei I.-II. című kurzus tematikája

A téma címe:	Komplementer és alternatív medicina területei I.
Koordinátor:	Prof. Dr. Molnár Péter, Dr. Lipóczy Imre
Meghirdetve:	• évfolyam(ok): I-VI • félév: II. • óraszám: 20
Létszám:	minimum: 10, maximum: 50 fő
Előadók:	meghívott előadók
Tematika:	1. hét: Hagyományos kínai orvoslás (HKO) filozófiai alapjai, részei, alapfogalmai 2. hét: Gyógyítás menete HKO szerint, okok és betegségmodellek 3. hét: Akupunktúra I. 4. hét: Akupunktúra II. 5. hét: Kezelési példák nyugati diagnózisok alapján 6. hét: Neuráalterápia története, hatásmechanizmusa, korlátai 7. hét: Neuráalterápiás anamnézis, vizsgálat, diagnosztika 8. hét: Manuáalterápia alapfogalmai, hatásmechanizmusa 9. hét: Manuális diagnosztika, terápia 10. hét: Számonkérés

A téma címe:	Komplementer és alternatív medicina területei II.
Koordinátor:	Prof. Dr. Molnár Péter, Dr. Lipóczy Imre tanszékvezető főiskolai docens
Előadók:	meghívott előadók
A felvétel feltételei:	Komplementer és alternatív medicina területei I. kurzus sikeres elvégzése
Tematika:	1. hét: Akupresszúra, reflexológia 2. hét: Alternatív masszáz- és mozgásterápiák 3. hét: Alternatív fizioterápia, hidroterápia, balneoterápia 4. hét: Fülakupunktúra, addiktológiai kapcsolat, NADA program 5. hét: Fitoterápia, kapcsolat a farmakoterápiával 6. hét: Dr. Bach-féle virágterápia alapjai, kontraindikációi 7. hét: Homeopátia alapjai, népszerűsége, korlátai I. 8. hét: A magyar népgyógyászat 9. hét: A természetgyógyászat oktatásának és művelésének jogi keretei 10. hét: Számonkérés

