

# AZ ORVOSI JOGI FELELŐSSÉG KÉRDÉSKÖREI, KÜLÖNÖS TEKINTETTEL A TERMÉSZETGYÓGYÁSZAT JOGI MEGÍTÉLÉSÉRE

HIDASÍ Rita

*„Bármely házba lépek is be, azért megyek oda,  
hogy hasznára legyek a betegeknek, tartózkodva  
minden szándékos jogtalanságtól és kártevéstől.”<sup>1</sup>*

*„Legfőbb törvénynek tekintem a betegek testi és lelki gyógyítását, a  
betegségek megelőzését. Az emberi életet minden megkülönböztetés  
nélkül tisztetem. Orvosi tevékenységem soha nem irányul emberi élet  
kioltására. A betegek emberi méltóságát és jogait tiszteletben tartom,  
bizalmukkal nem élek vissza és titkaikat haláluk után is megőrzöm”<sup>2</sup>*

## 1. Bevezetés

A fent idézett sorok tökéletesen előrevetítik jelen pályamű központi témáját, illetőleg a dolgozat fókuszában álló orvosi jogi felelősség fontosságát. Rendkívül lényeges az idézetek tartalma, hiszen az orvosi jogviszony esetén, az egyik oldalon mindig az az ember áll, aki beteg, ezért kiszolgáltatott és védtelen, tehát segítségre szorul, a másik oldalon pedig az áll, aki gyógyít, így többlétudással bír és lehetősége van arra, hogy a beteg szervezet felborult egyensúlyát helyreállítsa. Ezt a bizalmi alapú kapcsolatot semmilyen esetre sem megengedett megrengetni, mindkét fél részéről fontos megtartani a jóhiszeműséget és a lojalitást, valamint tartózkodni kell a bárminemű jogtalanságtól.

<sup>1</sup> Hippokratészi eskü EV 16, 26. Ld. GAIZLER Gyula: *A bioetika alapkérdései*. Budapest, Szent István Társulat, 1997. 252.

<sup>2</sup> A Magyar Orvosi Kamara által javasolt Orvosi Eskü szövege.

Az orvosi jog azon témakörök egyike, melyek minden társadalomban, mindenkoron aktualitást fognak mutatni, már csak azon egyszerű tényből kifolyólag is, hogy egyrésztől mindenkivel megeshet élete során, hogy valamilyen betegség miatt kezelésre szorul, másrésztől az orvosi szempontból vizsgálódva, jogos elvárás velük szemben, hogy a hippokratészi eskü által megfogalmazott legmagasabb szintű erkölcsi-etikai értékrend folytonos szem előtt tartása mellett, tisztában legyenek a legalapvetőbb jogi felelősségi ismeretekkel is. Egy rendkívül összetett témakör tehát az orvosi jog, melyben – a teljesség igénye nélkül – megjelennek olyan kérdések, mint például az orvos-beteg jogviszonya, a betegjogok, az abortusz és eutanázia problematikája, az orvosi műhibaperek és a mindezeket összefogó, s jelen tanulmány szempontjából leglényegesebb orvosi felelősség kérdése. Elsősorban előrebocsátható, hogy az orvos polgári jogi felelősségének témáját már több tanulmány feldolgozta, azonban a természetgyógyászat jogi megítéléséről kevés állásfoglalás született ezidáig. Ez amiatt nem meglepő, mivel egy olyan gyógymódról van szó, mellyel kapcsolatban alapvetően ellentmondásosak az állásfoglalások és megítélések, továbbá ezt fokozza azon tény is, hogy a természetgyógyászat integrációja a modern medicinába a mai napig nem történt meg egységesen, így jogilag igencsak homályos és szabályozatlan terület a természetgyógyászattal kapcsolatos felelősség. Bár jelen tanulmány korlátját képezi az imént említett probléma, hiszen kevés joganyag található meg a témában, Sólyom László szavait idézve, élve annak szabadságával, akik „maguk tapossák az ösvényt”, kísérletet teszek a témakör lehető legátfogóbb felkutatására és ismertetésére, valamint a tanulmány nem titkolt céljaként fogalmazom meg a természetgyógyászat lehetőségére való figyelemfelhívást és ezen gyógymód népszerűsítését. A pályaműben szó lesz kezdetben különböző orvosi jogviszonnyal kapcsolatos magánjogi nézetek ismertetéséről, az orvos polgári jogi felelősségének általános jellemzéséről, ezt követően a természetgyógyászati tevékenység gyakorlásának lehetőségei kerülnek bemutatásra, majd az úgynevezett nem-konvencionális gyógymódok megítélését vizsgálom meg, különös tekintettel a természetgyógyászok és a kártérítési felelősség kapcsolatára.

## **2. Magánjogi nézetek az orvosi jogviszonyra**

Az orvos és beteg közvetlen kapcsolatán alapuló jogviszonyról elsősorban megállapítható, hogy polgári jellegű. Elfogadott nézet, hogy az orvos és a beteg között szerződéses viszony áll fenn, de sem az egészségügyről szóló 1997. évi

CLIV. törvény (továbbiakban Eütv.), sem a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (továbbiakban Ptk.) nem minősíti szerződésnek az orvos és beteg közötti kapcsolatot. Felmerülhet a kérdés, hogy amennyiben szerződéses jogviszonyról beszélünk, akkor az orvosi jogviszony vállalkozási vagy megbízási jellegű, azaz eredménykötelelemről vagy gondossági kötelelemről van-e szó. Megbízás és vállalkozás legjelentősebb közös vonása a más részére végzett tevékenység, lényeges különbség azonban közöttük, hogy vállalkozásnál a vállalkozó eredmény létrehozására köteles, megbízásnál pedig a megbízott feladatellátásra vállal kötelezettséget. Vállalkozásnál a kötelelem közvetlen tárgya az eredmény, megbízásnál pedig maga a tevékenység, azaz a feladatellátás. Ha a vállalkozási jogviszonyt fogadjuk el fennállónak, akkor az orvos minden egyes esetben a beteg egészségének helyreállítása vagy az állapota további rosszabbodásának megállítása – mint eredmény – terhe mellett vállalkozik az orvosi kezelés megvalósítására, de ha a megbízást ismerjük el, akkor az orvos csak a gondos eljárás terhe mellett vállalkozik a beteg kezelésére, amelyhez optimális esetben akár a beteg gyógyulása is társulhat.

Általánosságban kijelenthető, hogy a legtöbben inkább megbízási típusú szerződésnek tekintik az orvosi jogi jogviszonyt, mint vállalkozási típusúnak. Jó példa ezen tény igazolására Törő Károly véleménye, hiszen ő a magánorvos és betege közötti jogviszonyt, szerződésen alapuló megbízási jogviszonyként határozza meg, s azzal indokolja álláspontját, hogy a jogviszony tárgya nem más, mint az egyedileg meghatározott beteg gyógyítása. A jogviszony létrejöttének az alapja és a jogviszony tartalmának a meghatározója a felek kölcsönös rendelkezése, a törvény előírásai csak kiegészítő jellegűek. Vannak olyan tartalmi szabályok, amelyekről egyező akarattal sem térhetnek el, így nem határozhatják meg a szerződés tartalmát a jogviszony társadalmi rendeltetésével ellentétesen. Törő Károly szintén vizsgálta a megbízás és vállalkozás közötti különbséget és mindezek után, egyhangúan kijelentette, hogy az orvos szolgáltatása (a gyógyító-megelőző szolgáltatása) nem eredményszolgáltatás. Azonban elismerte, hogy vannak a gyógyító-megelőző munkát segítő olyan nem orvosi működést jelentő – általában technikai jellegű – résztevékenységek is, amelyek eredményszolgáltatásnak is felfoghatók. Véleménye szerint ilyen lehet például a műfogsor vagy műláb készítése. Véggkövetkeztetése szerint tehát a gyógyító-megelőző tevékenység elvégzésére irányuló jogviszony nem tekinthető vállalkozásnak, hiszen sokkal inkább jellemzik a megbízás ismérvei. Megbízásszerű jogviszonynak tekinti Törő továbbá az állami egészségügy szolgálat keretében végzett gyógyító-megelőző orvosi tevékenységeket is. Az állami egészségügyi szolgálat által nyújtott gyógyító-megelőző ellátás jogi szabályozása véleménye

szerint sajátos, összetett, komplex jellegű, különböző igazgatási, munkajogi, polgári jogi elemek keverednek és egymással párhuzamosan, egymást keresztezve, illetve átfedve különböző jellegű jogviszonyfajtákat hoznak létre.<sup>3</sup>

Másik jó példa, szintén a megbízási jogviszony igazolására Lábady Tamás álláspontja, hiszen szerinte az orvos-beteg közötti jogviszony közigazgatási elemekkel átszőtt magánjogi jogviszony, illetve egy speciális megbízási jogviszony, amelyben fokozottabb a bizalmi elem jelenléte, továbbá érinti a személyiségi jogokat is, ezért tekinthető speciálisnak. Úgy véli, hogy ebben a magánjogi jogviszonyban közigazgatási elemek is megjelennek, hiszen egy-egy kezelésért, valamint a jogviszony teljesítése során felhasznált eszközök és intézmények működéséért, avagy fenntartásáért nem a beteg fizet, hanem azokat a társadalombiztosító finanszírozza. Tarr György az orvosi jogviszonyt reménymegbízásnak tekinti. Kifejti, hogy a reménymegbízás nem eredménykötelem, annak keretében az orvos az ügy ellátására vállal kötelezettséget, így a megbízó érdekeinek megfelelően köteles eljárni, a körülmények szerint elvárható gondossággal. E tekintetben a beteg és az orvos oldalán is egy biztató kilátás jelenik meg. A beteg a gyógyulást reméli, az orvos pedig abban a reményben cselekszik, hogy a beteg meggyógyul, állapota javul.<sup>4</sup>

Az orvosi jogviszony vállalkozási szerződéssé való minősítése mellett szólnak olyan érvek, mint például az, hogy a kezelés folyamán erősen korlátozott a beteg utasításadási joga, vagy az, hogy az orvos, illetve az egészségügyi szolgáltató egyoldalúan nem szüntetheti be a kezelést, ha ezt a beteg egészségi állapota kizárja. Bár jóval kevesebb azoknak a száma, akik amellet érvelnek, hogy az orvosi jogviszony eredménykötelem lenne, a vállalkozás és a megbízás relációjában egyik jogviszony sem érvényesül kizárólagosan. Abban viszont a szakirodalom álláspontja egységes, hogy tisztán vállalkozási szerződésről csak akkor beszélhetünk, ha a felek a konkrét esetben egy megfelelően körülírt eredményben állapotodnak meg, például megfelelően illeszkedő fogprotézis, vagy orvosi betét elkészítéséről, esetleg különböző laborvizsgálatok elvégzéséről, avagy orvosi lelet készítéséről.

Az orvosi jog témájának egyik legkiemelkedőbb szaktekintélye Jobbágyi Gábor professzor úr, aki az orvos és beteg között fennálló jogviszonyt egészségügyi jogviszonynak tekinti. Véleménye szerint orvos és beteg között egy atipikus egészségügyi szerződés áll fenn, egy sajátos személyiség-védelmi

<sup>3</sup> Törő Károly: *Az orvosi jogviszony*. Budapest, KJK, 1986.

<sup>4</sup> TARR György: *Élet és egészség, orvos és beteg, jog és erkölcs az emberi méltóság fogalom szférájában*. Budapest, Püski, 2003.

viszony, ezáltal pedig az orvosi jogviszonyt nem tekinti megbízási jogviszonynak. Nézőpontja szerint önálló személyiségvédelmi típusra van szükség, amit a személyiségi jog keretébe kell foglalni. A megbízással szembeni érvei közt hangoztatja a Professzor Úr azon tényt, miszerint a régi Ptk. szerint a megbízás nemcsak bizalmi viszonyon alapult, hanem személyes teljesítési kötelezettséget is előírt. Ez pedig csak magánorvosi ellátásban volt megvalósítható, de a klinikai ellátásban nem. Az 1997. évi Eütv. adott körülmények között megadja ugyan a szabad orvosválasztás jogát, de az orvos személyes eljárási jogát nem határozza meg. A beteg egy egészségügyi intézménnyel kerül kapcsolatban, és gyakran nem lehet tudni, ki fogja kezelni. Ezen kívül az orvos-beteg jogviszonyban a megbízásnak sem az ingyenes, sem a visszterhes alakzata nincs meg, hiszen a beteg közvetlenül nem fizet az orvosnak, de az egészségbiztosító igen. Mindemellett Jobbágyi Gábor rávilágít arra is, hogy a megbízás lényegi eleme az, hogy a megbízott a megbízó utasítása szerint köteles eljárni, ez viszont az orvos beteg kapcsolatában természeténél fogva is lehetetlen. Végezetül érvel azzal, hogy a megbízás esetében a halál és a cselekvőképesség elvesztése a jogviszony megszűnésével jár. Abban az esetben viszont, ha az orvos a műtét után meghal, a kezelés nem szűnik meg, s azt egyoldalúan csak a beteg szüntetheti meg, az orvos pedig csak kivételesen. A megbízás alapesetben mindkét fél részéről könnyen felbontható, ezzel szemben az egészségügyi intézmény nem tagadhatja meg olyan könnyen a gyógykezelést. A jogviszony megszűnési esetei tehát nem egyformák.<sup>5</sup>

### **3. Az orvos polgári jogi felelősségének általános jellemzéséről**

Az orvos polgári jogi felelősségének megítélése mindenütt az egyes polgári jogi törvénykönyvekbe foglalt általános kártérítésjogi rendelkezésekre figyelemmel történik, melyek többsége a vétkességi elvre épül fel. Ennek megfelelően: a károsult (beteg) a károkozóval (orvos) szemben érvényesítheti kártérítési igényét, amennyiben a törvényileg meghatározott felelősségi előfeltételek (a kár, az okozati összefüggés, a jogellenes magatartás, a felróhatóság) kivétel nélkül fennállnak. Az Mtj.<sup>6</sup> 1709. §-a mindezt még úgy fogalmazta meg, hogy: „Aki

<sup>5</sup> JOBBÁGYI Gábor: *Orvosi jog*. Budapest, Szent István Társulat, 2011.

<sup>6</sup> 1928. évi magánjogi törvényjavaslat Magyarország Magánjogi Törvénykönyve. Az 1927. január 25-ére összehívott Országgyűlés Képviselőházának irományai. (Az ún. bizottsági

másnak jogvédte érdekét jogellenesen és vétkesen bárcsak közvetve is megsérti, köteles a másinak – a sértettnek – ebből eredő kárát megtéríteni. Ugyanez a kötelezettség terheli azt is, aki a jóerkölcsbe ütköző módon másnak szándékosan kárt okoz.” Mindez az orvos polgári jogi felelősségének megállapítására alkalmazva: az orvos eljárása közben azáltal sértheti meg más „jogvédte érdekét”, hogy a betegnek az esetében alkalmazott, vagy éppenséggel alkalmazni elmulasztott tevéssel egészségkárosodást idézett elő. Az ember egészséghez fűződő jogának – mint jogvédett érdeknek – jogellenesen és felróhatóan okozott sérelme maga után vonja az orvos kártérítési kötelezettségét.

### 3.1. Kár

A négy törvényi előfeltétel első elemeként a kár fogalmát szükséges meghatározunk, hiszen valamennyi kártérítési igény érvényesítésének legalapvetőbb előfeltétele a bekövetkezett – bár gyakran „nem megfogható” – kár fennállása, mivel ez a tény az, ami mindenféle jogi elbírálás kezdetét jelenti. A Ptk. meghatározása szerint „A károkozó a károsult teljes kárát köteles megtéríteni. A teljes kártérítés körében a károkozó köteles megtéríteni a károsult vagyonában beállott értékcsökkenést; az elmaradt vagyoni előnyt; és a károsultat ért vagyoni hátrányok kiküszöböléséhez szükséges költségeket.”<sup>7</sup> Összességében tehát a kár alatt azt a hátrányt értjük, amit a jogalany a jogilag védett érdekeiben elszenved. Megkülönböztetünk vagyoni kárt és a személyiséget ért sérelmet (nem vagyoni kárt/sérelemdíjat). A személyiséget ért sérelmek a testi, lelki közérzetben bekövetkezett hátrányok, melyek leggyakoribb formájaként ismert a félelem, a szorongás és az olyan tevékenységek, vagy életvitel elvesztése, amire a károsult a károsodás előtt képes volt. A személyiséget ért sérelem – természetéből eredően – pénzre nem számítható át, így kérdésként merül fel, hogy mely tényezőket kell irányadónak tekinteni a kártérítés megállapításánál. A jogelméletben és joggyakorlatban elismert álláspont szerint a sérelemdíjnak kettős funkciója van: elsődlegesen a jó-közérzet hátrányos alakulását kell kiegyenlítenie, reparálnia (*Ausgleichfunktion*), ezenkívül pedig elégtételül szolgál a sértett számára (*Genugtuung*). Mivel a kártérítésnek eleget kell tenni

---

szöveg átdolgozott és 1928. III. 1. napján törvényjavaslatként az országgyűlés elé terjesztett szövegváltozat.)

<sup>7</sup> Ptk. 6:522. § (1) és (2) bekezdés.

a méltányosság követelmények is, természetesen annak meghatározásánál az adott eset valamennyi körülményére figyelemmel kell lenni.

### 3.2. Okozati összefüggés

Az orvos polgári jogi felelősség megállapításának második feltétele a felelősséget megalapozó okozati összefüggés az orvosi téves magatartás (felrótt cselekvés – „hibás teljesítés”) és a betegnél bekövetkezett kár között. Mint az általános kártérítési jogban, az orvosi felelősség terén is a „feltételek egyenértékűségének” elve húzza meg a felróhatóság lehető legtágabb határait. Ennek alapján minden olyan körülmény, amely nélkül a kár nem következett volna be – *conditio sine qua non* –, okozati. Ennek megfelelően az orvos pedig csak akkor felel, ha az ő hibája a betegnél bekövetkezett kár szempontjából okozati volt. Nem csak az aktív közrejátszás, hanem a mulasztás is állhat okozati viszonyban a bekövetkezett kárral, amennyiben egy bizonyos kezelés (eljárás, cselekvés stb.) foganatosítása, ami az adott esetben lehetséges is volt, megakadályozhatta volna a kár bekövetkeztét, de elmaradt. A magyar, a német, az osztrák és a svájci joggyakorlatban is általánosan elismert az adekvát okozatosság elve, mely szerint a károkozó csak az adekvát módon okozott károkért felel. Ugyanez megfordítva azt jelenti, hogy az orvos csak azon következményekért nem tartozik felelősséggel, amelyek egy egészen szokatlan eseménysorozat következtében álltak elő. Abban az esetben viszont beáll a felelősség, ha egy további – mint kárelőidéző – ok is közrejátszik az adott esetben, de ennek veszélyével a tudomány akkori állása szerint számolni kellett volna. Az, hogy a károkozó a kárt előre látta, vagy láthatta volna, az adekvát okozatosság szempontjából nem megkívánt előfeltétel. Elegendő, ha az ok kár előidézésére való általános alkalmassága bármely értelmes ember (*Idealmensch*) által felismerhető volt, habár az egyes következmények maguk nem voltak felismerhetők. Habár a jogi irodalomban számos kérdés vitatott még az adekvát okozatosság kapcsán, de az alapkérdést tekintve megegyeznek: a felelősség terjedelmét korlátozni kell.

### 3.3. Jogellenesség

A felelősségi előfeltételek harmadik eleme a jogellenesség, melyről akkor beszélünk, ha valamely személy magatartása (tevés/mulasztás) a jogrend parancsa/tilalma vagy a jó erkölcs ellenében hat. Ennek értelmében itt elsődlegesen nem

a magatartással érintett személy (beteg) jogilag védett érdekeinek a sérelmén van a hangsúly, hanem magának a jogrendnek a sérelmén. Marton Géza megfogalmazása szerint: A jogellenesség egyszerűen azt jelenti, hogy az adott magatartás ellentétben áll a jogrenddel, „annak valamely objektív szabályával vagy szellemével”. Mint ahogy az jelen tanulmány „Magánjogi nézetek az orvosi jogviszonyra” című fejezetében is ismertetésre került, habár sem ez Eütv., sem a Ptk. nem minősíti *expressis verbis* hivatalosan szerződésnek az orvos és beteg közötti kapcsolatot, a joggyakorlatban és elméleti síkon mégis elfogadottá vált ezen jogviszony szerződéses viszonykénti jellemzése. Fontos tudni, hogy a szerződéses egyezség megsértése ugyanúgy jogellenes, mint a törvényi rendelkezés megsértése. Ez alapján teszünk különbséget a kontraktuális (*ex contractu*) és a deliktuális (*ex delicto*) kártérítési kötelezettség között. Ennek a különbségtételnek az orvosi jogviszony jogi megítélése körül kialakult viták esetében komoly, már-már döntő jelentősége van, hiszen nem mindegy, hogy az orvos polgári jogi felelősségének körében szerződéses vagy szerződésen kívüli felelősség szerint vizsgálódunk. A kontraktuális és a deliktuális felelősség kapcsolatát illetően kétféle megközelítéssel találkozhatunk. Az egyik az ún. *non-cumul*, avagy a párhuzamos igényérvényesítés tilalmának elve, mely szerint, ha szerződéses kapcsolat van a felek között, akkor kizárólag a szerződésszegéssel okozott károkért való felelősség szabályai szerint érvényesíthetik kártérítési igényüket, még abban az esetben is, ha a károkozás bele is illik valamelyik deliktuális felelősségi tényállásba.<sup>8</sup> A másik nézet szerint viszont a károsultnak a másik fél szerződésszegése esetén lehetősége van választani, hogy kontraktuális vagy deliktuális alapon, esetleg a kettőt párhuzamosan alkalmazva érvényesíti-e a kárigényét. Ez utóbbi főként a német jogra jellemző, de alapvetően a common law országok is ezt alkalmazzák. A régi Ptk. nem tartalmazott egyértelmű utalást arra nézve, hogy a kötelezett szerződésszegése esetén a károsultat megilleti-e a fent említett választás, de olyan normát sem tartalmazott, ami ezt tiltotta volna. A bírói gyakorlat azt mutatja, hogy általában lehetőség volt a szerződő felek közti deliktuális igényérvényesítésre, abban az esetben, ha az kedvezőbb volt a károsult számára. Szemben a régi Ptk.-val, ami összemosta, a jelenleg hatályos szabályozás élesen elválasztja egymástól a kontraktuális és deliktuális felelősséget. Ez azt jelenti, hogy a szerződésszegéssel okozott károkért, valamint a szerződésen kívül okozott károkért való felelősséget más megítélés alá helyezi, ebből kifolyólag pedig eltérő kimentési lehetőségeket biztosít. A deliktuális (szerződésen kívüli) károkozás esetén a károkozás általános tilalma

<sup>8</sup> Ptk. 6:145. §.



sérül és éppen a kár bekövetkeztétől válik a magatartás jogellenessé, míg a kontraktuális (szerződésszegéssel okozott károkért) való felelősségnél a szerződésben önként vállalt kötelezettség megszegése lesz a károkozó magatartás. A kimentés tekintetében azt láthatjuk, hogy a deliktuális felelősségnél megmaradt a felróhatóságon alapuló általános kárfelelősségi szabály. A szerződés megszegése esetén azonban kimentés szigorúbb, ugyanis, ahhoz, hogy károkozó mentesüljön, három konjunktív feltételt kell bizonyítania: „a szerződésszegést ellenőrzési körén kívül eső, a szerződéskötés időpontjában előre nem látható körülmény okozta, és nem volt elvárható, hogy a körülményt elkerülje vagy a kárt elhárítsa.”<sup>9</sup> Visszatérve a kumulálási tilalomra, elmondható, hogy annak alkalmazását megnehezíti az, hogy egyes kontraktuális viszonyokra speciális szabály mondja ki, hogy azok mégsem tekintendők szerződéses viszonyoknak (ún. „fordított” v. „negatív *non-cumul*”), avagy még ha jogi természetüket és helyes minősítésüket tekintve azok is lennének, ennek ellenére a deliktuális felelősség szabályait kell rájuk alkalmazni, ahogy teszi azt az Eütv. 244. §-a. Az említett paragrafus tartalmazza ugyanis rendelkezést az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggésben keletkezett kárigényekre vonatkozóan. Kimondja, hogy egészségügyi szolgáltató tartozik felelősséggel, illetve helytállással az egészségügyi szolgáltatás keretében végzett ellátás során okozott kárért és személyiségi jogsértésért, továbbá, hogy az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggésben keletkezett kárigényekre, illetve a személyiségi jogsértések esetén követelhető igényekre a Ptk.-nak a szerződésen kívül okozott kárért való felelősségre, valamint a személyiségi jogok megsértésének szankcióira vonatkozó szabályait kell megfelelően alkalmazni.<sup>10</sup> Ennek értelmében a károkozó, azaz az egészségügyi szolgáltató, (vagy az orvos amennyiben saját nevében és felelősségére járt el) a felróhatósága hiányának bizonyításával mentesül az okozott károk megtérítési kötelezettsége alól. Összességében elmondható, hogy azáltal, hogy az orvos-beteg jogviszony kategorizálásáról nincs egyező és egységes álláspont, az egészségügyben felmerülő kárigények jogszabályi szinten történő szabályozásának egyértelművé tétele még a jövő jogalkotóinak feladata lesz.

<sup>9</sup> Ptk. 6:142. §.

<sup>10</sup> Eütv. 244. §.

### 3.4. Felróhatóság

A kártérítési igény érvényesítéséhez szükséges törvényileg meghatározott felelősségi előfeltételek negyedik és egyben utolsó elemeként a felróhatóság vizsgálatára kell, hogy sor kerüljön. Nem elég ugyanis annak megállapítása, hogy a jogrend és ezen keresztül valaki (a beteg) egyéni joga sérült az (orvos által tanúsított) magatartás révén, hanem azt is vizsgálat alá kell vonni, hogy miként alakul ugyanennek a magatartásnak a szubjektív – az egyén oldalán jelentkező – jellege. Törő Károly például ennek a szoros kapcsolatnak tulajdonította a jogellenesség és a felróhatóság elhatárolási nehézségeit azzal az „eligazító” útmutatással, hogy míg a jogellenességnél azt kell vizsgálni, hogy az adott magatartás sérti-e a tárgyi jogból fakadó alanyi jogok érvényesülését, addig „a felróhatóság megállapítása a jogsértő cselekvés, illetve mulasztás jellegetől és körülményeitől függ.” Ezzel szemben Marton Géza objektív felelősségi rendszerében csak annyiban jut szerephez a felróhatóság, amennyiben:

„Ami egyszer ellenkezik a joggal, az nem ellenkezik sem jobban, sem kevésbé jól vele. Illetőleg az, ami az egyik esetet súlyosabbá, felháborítóbbá teszi előttünk, az nem a jogellenesség mozzanatában, hanem a tettnek ezen túlmenő szociális értékelésében lelhető fel s a jogellenes magatartás körülményei: a sértés célzata, motívumai, az elkövetés módja stb. lesznek rá nézve irányadók. Ezek fogják megadni a jogellenes cselekménynek azt a színezetét, mely aztán igenis variálja a szankciószükséglet mérvét.”

Ezt később Eörsi Gyula úgy fogalmazta meg/át, hogy a felróhatóság olyan köztes fogalom a jogellenesség és a vétkeesség között, ami nem követeli meg a vétkeességnek (gondatlanság és szándékosság) és a tudati viszonyulásnak a vizsgálatát, hanem aminek keretében tulajdonképpen a magatartás „társadalmi értékelése” megy végbe. Vagyis nem azt kell vizsgálni, hogy a magatartás tanúsításakor mi játszódott le a cselekvő tudatában, hanem azt, hogy kellő körülmények esetén felismerhette-e volna annak jellegét. Ugyanakkor a vonatkozó szabályozásban olvasható, hogy „Az orvos felelős a beteg vizsgálata és gyógykezelése, egészségének védelme érdekében tett intézkedéseiről, illetőleg a szükséges intézkedések elmulasztásáért.” E mondat szerint különösebb nehézség nélkül meg lehetne alapozni egy szigorú objektív felelősséget, ami pedig mégsem következett be ezidáig, mivel ehelyett a hatályos Eütv. a szerződésen

kívüli felelősség körében helyezte el az orvosi felelősséget. Egybevéve az eddig kifejtetteket megállapítható, hogy a beteg-orvos közti kapcsolatban mind erősebb igény mutatkozik a vétkességi felelősséghez képest szigorúbb felelősségi alakzat alkalmazására. Jobbágyi Gábor szerint pedig ezt továbbgondolva az egészségügyi jogviszony vonatkozásában egy külön polgári jogi felelősségi alakzat felállításának lenne helye. Nézőpontját azzal indokolta, hogy az orvosi felelősséget az „általában elvárhatóság” kategóriájába a gyakorlat lényegében nem tudta beleerőltetni. Felfogása szerint szükség van differenciált felelősség alkalmazására, hiszen más a felelőssége egy gyengén vagy átlagosan felszerelt intézményben dolgozó átlagos képzettségű személyzetnek, és más a nemzetközi hírű professzoroké. Érdekes kérdés ezen differenciált felelősség támadhatósága, ugyanis a Ptk.-ban megfogalmazott elvárhatóság társadalmi elvárhatóságot jelent, ami mindig az adott helyzettől függ. Ez nem egy konkrét személyre utal, de mégis az adott helyzetre konkretizálja a viszonylagosságot, és így más mércét támaszt az egyetemi tanárral és egy kezdő orvossal szemben. Eszerint a bírói gyakorlat minden további nélkül meg tudja oldani a kérdést az „általában elvárhatóság” keretein belül is „mozgási szabadságával” élve, ami megkérdőjelezi a külön kategória felállítását. Azonban mégis Jobbágyi aspektusát látszik megerősíteni, hogy – még ha más is a kiindulópont – az angolszász jogban is egy újfajta felelősségi elv érvényesül, ami nem más, mint a fiduciális felelősség. Ennek alapja a római jogból ismert *fiducia* (bizalom), ami az orvosi jogviszony azon nem elhanyagolható specialitására utal, hogy a beteg-orvos közti kapcsolatban nem jut érvényre a magánjogi jogviszonyokra általában jellemző egyenlő/mellérendelt helyzet. A bizalmi elven nyugvó „fiduciális felelősség” alapja egy bizalmi viszony, melyben a két fél közül az egyik tudásánál fogva sokkal előnyösebb helyzetben van, így a másik fél nem tud mást tenni, mint bízni a másikban. Ez érvényesül orvos és beteg kapcsolatában, mert a beteg nem tud mást tenni, mint bízni az orvosban, hogy az meggyógyítja. A kiszolgáltatót fél védelmében a *fiduciary duty* a legnagyobb szintű gondosság kifejtését kívánja meg, ami azt jelenti, hogy az orvosnak úgy kell eljárnia, mint saját ügyében.<sup>11</sup>

<sup>11</sup> JOBBÁGYI GÁBOR: *Az orvosi kezelési szerződés*. Budapest, Szent István Társulat, 2014.

#### **4. A természetgyógyászati tevékenység gyakorlásának lehetőségei**

Miután az előzőekben bemutatásra kerültek az orvosi jogi felelősséggel kapcsolatos általános ismeretek, a pályamű ezen szakaszában kerül sor kifejezetten a természetgyógyászati tevékenységek tanulmányozására. Érdekes elgondolkodni azon, s feltenni azt a kérdést, hogy vajon ugyanolyan, vagy legalább hasonló szabályozás vonatkozik-e a felelősség tekintetében egy természetgyógyász orvosra, mint egy hagyományos orvosra, vagy éppen ennek ellenkezője fogalmazható meg. Vajon van-e bármilyen különbség az orvos-beteg kapcsolatot tekintve aközött, hogy egy természetgyógyász orvos felel a hozzá forduló beteg kezeléséért és egészségéért, vagy ugyanaz állapítható meg, mint a hivatalos orvoslás esetén. A természetgyógyászok felelősségének megítélésekor is az orvos polgári jogi felelősségének – előző fejezetben taglalt – négy törvényi előfeltétele kell, hogy teljesüljön, vagy más, speciális előírások vonatkoznak az ő esetükben? Ahhoz, hogy megkapjuk a feltett kérdésekre a választ az alapfogalmak tisztázásával kell kezdenünk a vizsgálódást, majd ezt követően juthatunk el a részletszabályok ismertetéséig.

##### **4.1. A természetgyógyászat szabályozásának alapjai**

A természetgyógyászat a legáltalánosabb megközelítés szerint azon egészségügyi formákat jelenti, amelyek nem tartoznak a konvencionális eljárások körébe. Szinonimájaként használják az alternatív, a komplementer, a holisztikus, illetve a nem konvencionális megnevezéseket. A természetgyógyászat nem a nyugati orvoslás teoretikus alapján nyugszik, eredményessége gyakran nem igazolható a nyugati módszerekkel, ezért elkülönítve kezelik az uralkodó medicinától. Az 1997. évi Eütv. 104. § (1) bekezdésének megfogalmazása szerint 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 törvényyszöveg a következőképp folytatódik: A nem-konvencionális eljárások az egészség és betegség eltérő szemléletén, a konvencionális, természettudományosan megalapozott eljárásoktól eltérő megközelítésből eredő módszereken alapulnak, amelyek – a külön jogszabályban foglaltak szerint – a konvencionális gyógyítási módszereket kiegészítő, helyettesítő, továbbá életmódjavító eljárások. Nem-konvencionális

eljárás helyettesítő eljárásként csak orvosi ellenőrzés mellett alkalmazható.<sup>12</sup> Ha ténylegesen idézet, akkor kérem kitenni az idézőjeleket! Az egészségügyi törvény értelmében a természetgyógyászatot ma a betegek szabad választásuk folytán kiegészítő terápiaként vehetik igénybe. Az egészségügyi törvény a nem konvencionális gyógyászati 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 gyakorolhatók.<sup>13</sup>

A természetgyógyászat az 1980-as években „vált népszerűvé”, s legalizálására 1997-ben került sor, amikor az Eütv. 104. §-ának felhatalmazása alapján megszületett 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.8.) NM rendelet. Ezen szabályok szerint a komplementer terápiás gyógymódok jogi szabályozása négy csoportba sorolható attól függően, hogy milyen formában alkalmazható a természetgyógyászat egy adott országban. Az első típus megnevezése exkluzív, vagy monopolisztikus, s azt jelenti, hogy egyedül a modern, akadémikus orvoslás engedélyezett. A második csoport a toleráns szabályozás, ahol a modern orvoslás támogatott, a komplementer gyógyászat pedig jogilag „megtűrt”. Inkluzív az elnevezése a harmadik típusnak, melyben párhuzamosan működik a két rendszer, a modern és a komplementer orvoslás. Végezetül az integratív szabályozásban egy rendszer részeként, kombináltan alkalmazható a modern és a komplementer gyógyászat. Európában a komplementer terápiás gyógymódok jogi szabályozása rendkívül változatos: egészségügyi törvények, a természetgyógyászatra általánosságban és az egyes gyógymódokra speciálisan vonatkozó jogszabályok vannak érvényben a tagállamokban. Ez a sokszínűség megnehezíti a betegek, a praktizáló természetgyógyászok és a kutatásokat végzők dolgát is.<sup>14</sup> A jogszabály alapján Magyarországon a szabályozás toleráns, hivatalosan természettudományos orvosláson alapuló egészségügyi rendszer működik,

<sup>12</sup> Eütv. 104. § (2) bek.

<sup>13</sup> VARGA Orsolya Edit: *A természetgyógyászat integrációja a modern medicinába, különös tekintettel az orvostudományra és a hazai jogi szabályozásra*. Doktori Értekezés. Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Népegészségügyi Kar, Magatartástudományi Intézet, 2007. 7.

<sup>14</sup> Soós Sándor Árpád: *A komplementer terápiás gyógymódok ismerete és elfogadottsága a perioperatív ellátásban dolgozók és általános sebészeti betegek között*. Doktori értekezés. Budapest, Semmelweis Egyetem Klinikai Orvostudományok Doktori Iskola, 2017. 8–9.

államilag ez finanszírozott. Azonban a 11/1997-es (V. 28.) Kormányrendelet 2. §-a biztosítja azt a lehetőséget, hogy a betegek igénybe vehetnek komplementer gyógyászati módszereket kezelésük során, tehát megfelelő képzéssel rendelkező személy, kérésükre bevonható a betegellátásba.

#### 4.2. A nem-konvencionális gyógymódok megítélése

„*Medicus curat, natura sanat*”, azaz „Az orvos gyógyít, de a természet az, amely meggyógyít.” Általánosan elfogadott tétel, hogy a tudományosan megalapozott orvoslás is a természetgyógyászatból fejlődött ki, s bevált módszereit jelenleg is alkalmazza. Amennyiben a beteg kezelése a bizonyítékokon alapuló orvoslás ellenére sem javul, mindent elkövet a gyógyulás érdekében. Ma már széles körben elfogadott és támogatott vélemény, hogy az „*evidence based medicine*” mellett létjogosultsága van a tradicionális gyógyászatnak is, és a kettő nem zárja ki egymást. WHO felmérések szerint a természetgyógyászati kezelést egy adott évben legalább egy alkalommal igénybe vevők egyes Európai Unió tagállamokban a populáció akár 70–80%-át is kiteszik.<sup>15</sup> Ebből egyértelműen levonható a következtetés, hogy az igény mindenképpen megvan a természetgyógyászatra. Igaz ez már csak azért is, mert a nem-konvencionális gyógymód megfigyelésekre és tapasztalatokra épülő gyógyító tevékenységként való alkalmazása egyidős az emberiséggel. Bár az évezredek során az orvoslás egyre tudományosabb alapokra került, a mai napig nagy a vonzereje a tapasztalatokon nyugvó és a természetességet hangsúlyozó módszereknek. Az alapvető probléma a komplementer terápiás gyógymódok alkalmazásával az, hogy nem rendelkezik pontos és tudományos alapokon nyugvó ismeretekkel e módszerek élettani-kórélettani hátteréről. Teljes mértékben osztom Soós Sándor Árpád azon véleményét, miszerint attól, hogy a nem-konvencionális gyógymód kevés evidenciával bír, nem alkalmazásuk tiltását, hanem annál is inkább, kutatásuk intenzívebbé tételét kell szorgalmazni.<sup>16</sup> Az ismeretlen gyógymódok, melyek sokszor tudománytalannak vélt filozófiai alapokon nyugszanak, szokatlan módszereket alkalmaznak, gyakran eleve elutasítást váltanak ki. Ez lehet az alapja a sokszor szélsőségesen negatív attitűdnek, mely éppúgy nem segíti a

<sup>15</sup> Ifj. LOMNICI Zoltán: Az ún. nem-konvencionális gyógymódokra vonatkozó jogszabályi rendelkezések történeti és összehasonlító jogi vizsgálata. *Iustum Aequum Salutare*, 2008/2. 155–169.

<sup>16</sup> Soós i. m. 18.

természetgyógyászat megfelelő helyen és időben történő alkalmazását, mint a túlzottan pozitív attitűd, a mindennekfelett alkalmazhatóság feltételezése.

Arról, hogy mi is tartozik az orvosok által végezhető nem konvencionális gyógyászati módok közé, a (2/2004. (XI. 17.) EüM rendelet 2. számú melléklete ad tájékoztatást. Ide tartozik az ayurvédikus orvoslás, a biológiai fogorvoslás, a hagyományos kínai orvoslás és azon alapuló egyéb technikák (például akupunktúra), a homeopátia (klinikai és klasszikus), a neuráalterápiás módszerek, valamint a manuáalterápiás, méregtelenítő és pszichológiai eljárások. A fennálló jogszabályi rendelkezések értelmében, az engedélyezett nem-konvencionális gyógyító és életminőség-javító eljárások mellett találjuk a tőlük határozottan még mindig el nem határolt, ugrásszerűen növekvő, az emberi hiszékenységre építő ún. gyógyító tevékenységet végzőket. A módszereik a babonák felhasználásától, a gyógyító keleti eljárások színlelésén át, a különböző földöntúli, mágikus és fizikai erők széles körű bevonásáig az áterápiák kiterjedt skáláját ölelik fel. Ezek azáltal, hogy a nem-konvencionális gyógyítás árnyékában, engedély és ellenőrzés nélkül működnek, igencsak zürzavaros helyzetet hoznak létre. Gyakorlatukkal többnyire kihasználják a betegek jóhiszeműségét és a szakfelügyeleti ellenőrzés jogszabályi és jogkövetkezmenyi hiányosságait.<sup>17</sup> Rendkívül lényeges tehát, hogy az „ezoterikus gyógyítás” nem tartozik a természetgyógyászati tevékenységek közé. A természetgyógyászati rendeletek<sup>18</sup> megalkotásának is pont az volt az egyik célja, hogy világossá váljon mi a természetgyógyászat és mi nem az. Minden olyan tevékenység tehát, amely a szabályozás körén kívül esik – így például a jós, spiritizsta, asztrológus, mágus, varázsló, kuruzsló –, nem minősül természetgyógyászatnak.<sup>19</sup> Módszereik teljeskörűen tudománytalanok, és a tudatos megtévesztésre épülnek. Magatartásuk jogszabályellenes, ezért már a kuruzslás tényállását kimerítő tevékenységnek minősíthető.<sup>20</sup>

Magyarországon a betegjogokat az egészségügyi törvény, ezen belül az önrendelkezés jogát az Eütv. 15–19. §-a biztosítja. Az önrendelkezési jog gyakorlása keretében a beteg szabadon döntheti el, hogy kíván-e egészségügyi ellátást igénybe venni, illetve annak során mely beavatkozások elvégzésébe egyezik bele, illetve melyeket utasít vissza.<sup>21</sup> A cselekvőképes betegnek, autonómiájából eredően tehát joga van hatásos terápiák visszautasítására, illetve joga van olyan

<sup>17</sup> SÓTONYI Péter: Nem konvencionális medicina – Áltudomány? *Magyar Tudomány*, 2016/8.

<sup>18</sup> 40/1997. (III.5.) Korm. rendelet, illetve a 11/1997. (V.8.) NM rendelet.

<sup>19</sup> VARGA i. m. 56–58.

<sup>20</sup> Btk. 178. § (1)–(4) bekezdés.

<sup>21</sup> Eütv. 15. § (2) bekezdés.

terápiák választására is, amelyek hatása nem bizonyított vagy bizonyítottan eredménytelen.<sup>22</sup> Az államnak általánosan elfogadott feladata állampolgárai egészségének védelme, de az nem biztos, hogy a természetgyógyászat esetén a korlátozó szabályozás nyújtja a megoldást. Az ilyen megszorító szabályozás ugyanis nemhogy nem segít emelni az egészségügyi ellátás színvonalát, de rontja is azokat. A betegek gyanútlanul, bízva az állami kontrollban kapják ugyanazt az esetlegesen gyenge ellátást, ahelyett, hogy ők maguk választanák ki a számukra megfelelő minőségűt.<sup>23</sup>

A nem-konvencionális medicina „terjeszkedő természete” miatt érdemes az egészségügyi határokat világosan felállítani, ami elősegítheti az alternatív medicina értékeinek védelmét. Ezen gyógymód mindent magába olvaszt, ami az egészséghez köthető, saját logikája szerint átrendezve. A teljes beolvasztás elkerülésére alkalmas technika lehet a határok lefektetése. A természetgyógyászat nagy társadalmi támogatottsággal bír, ezt számos európai tanulmány is alátámasztja. A komplementer orvoslás mellett szól az az érv, miszerint annyira sokan alkalmazzák ezt a gyógymódot, hogy egyszerűen nem reális elképzelés megtiltani, vagy büntetni a gyakorlását. Ezen túlmenően a természetgyógyászati termékek és módszerek hatásosságáról és biztonságosságáról jelentős számú vizsgálat készült, ennél fogva egyértelmű, hogy nem lehet a pozitív eredményeket figyelmen kívül hagyni. Bár előfordulnak mellékhatások, nem várt szövődmények ezen gyógyászati módszerek és termékek alkalmazása során is, de ezek általában enyhék és átmenetiek.<sup>24</sup> Összességében azt mondhatjuk, hogy egy évre és beavatkozás számra vetítve, a modern (nyugati) orvosi ellátás miatt előálló nem kívánatos események száma messze felülmúlja a természetgyógyászati esetek számát.<sup>25</sup>

A természetgyógyászat elterjedt használatának hátterében nem egy jól definiálható ok húzódik meg, hanem több tényezője is van.<sup>26</sup> Az okok között a legfontosabb – s ez a jelen tanulmány 4. fejezetében is megfogalmazásra került – az orvos-beteg, illetve a természetgyógyász-beteg kapcsolat tárgyköre. Míg az orvos-beteg kapcsolat minőségét rendszeresen kritika éri, a természetgyógyász-

<sup>22</sup> VARGA i. m. 14–15.

<sup>23</sup> Robert M. SADE *Complementary and alternative medicine: foundations, ethics, and law. J-Law-Med\_Ethics*, Vol. 31., Iss. 2. (2003) 183–190.

<sup>24</sup> VARGA i. m. 17.

<sup>25</sup> Alan BENSOUSSAN – Stephen MYERS – Margaret COOK – Phillipp A. CHERAS: *Complementary Medicine Research: A snapshot – National Institute of Complementary Medicine*. Sydney, University of Western, 2005.

<sup>26</sup> Ursula SHARMA: *Complementary and Alternative Medicine Today, Practitioners and Patients*. London, Routledge, 1992.



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.<sup>27</sup>

Szintén a gyógyító-beteg kapcsolatnál maradva kell megemlíteni a tájékoztatáshoz való betegjogot, mely az orvos oldalán, mint kötelezettség jelenik meg. Napjaink nagy kérdése, hogy mikor terheli az orvosokat tájékoztatási kötelezettség az alternatív terápiáról? A betegek ugyanis joga van minden olyan információhoz hozzájutni, amely a döntése meghozatalához szükséges. Ez alapján egyszerűnek tűnik a válasz, miképpen a természetgyógyászati kezelésekről is tájékoztatni kell a betegeket. Ezt a tájékoztatást azonban két dolog komplikálja: Az egyik, a már emlegetett bizalmatlanság a természetgyógyászati módszerekkel szemben, melynek háttérében az áll, hogy ezen módszerek java része nem felel meg a tudományos kívánalmaknak, s ebből kifolyólag a modern gyógyítás ezeket kimondottan nem is ajánlja. A másik ok pedig az, hogy az orvosok nem rendelkeznek kellő ismerettel a nem-konvencionális gyógyászatról, amely arra vezethető vissza, hogy nem tagozódott be a természetgyógyászati képzés a felsőoktatásba. Mivel az orvostanhallgatók nem kapnak kellő információt ezen medicináról tanulmányi éveik során, nem igazán rendelkeznek több ismerettel ebben a témakörben, mint a laikusok, pedig a természetgyógyászat oktatásának bevezetése eredményezheti a konvencionális gyógyító-beteg kommunikáció javulását is. Ezen ismertett indokok alapján, tehát hiába szeretnének a betegek a természetgyógyászati kezelés esetleges hatásosságáról, illetve veszélyességéről felvilágosítást kapni, az orvosok a csekély információ birtokában nem képesek szakmai állást foglalni, így általánosságban inkább hátrítanak, vagy tartózkodnak. Feltéve pedig, ha nem a beteg oldaláról érkezik konzultációs igény ebben a témában – adott esetben a beteg gyógyulása érdekében –, kötelessége is lenne az orvosnak egyrésztől felmérnie, megkérdeznie, hogy a konvencionális kezeléssel párhuzamosan igénybe vesz-e valamilyen nem-konvencionális gyógymódot a beteg, másrésztől, amennyiben az előző kérdésre a beteg válasza „nem”, az orvosnak kötelessége lenne a beteg elé tárnia az alternatív medicina igénybevételének lehetőségét. Bár természetesen nem általánosítható minden orvosra, de tudvalevő, hogy világszerte ismert ez

<sup>27</sup> Marilyn FERGUSON: *The Aquarian Conspiracy*. Los Angeles Ca, J.P. Tarcher, Inc., 1980.

az orvos-beteg hallgatási játszma (mely angolul a „*don't ask, don't tell*” nevet kapta), s mellyel kapcsolatban a jövőben mindinkább az lesz a cél, hogy az orvosok ne mellőzzék és ne mulasszák el ezen tájékoztatási kötelezettségük megtételét.

### 4.3. Természetgyógyászat és kártérítési felelősség

Általános megfigyelés, hogy az alternatív medicina követőinek jóval ritkábban kell felelni kártérítési ügyekben.<sup>28</sup> Ahhoz, hogy megmagyarázzuk, miért van ez így, meg kell vizsgálnunk a természetgyógyászat szabályozásának néhány elemét, illetve a kártérítési felelősséggel kapcsolatos jellemzőket. Mint korábban az már említésre került, Magyarországon a természetgyógyászat gyakorlásának egyes alapkérdéseit a 11/1997. (V. 28.) NM rendelet határozza meg. A jogszabály értelmében az orvos vagy a beteg kezdeményezésére, a tevékenység végzésére képesített – nem orvos – személy részt vehet a beteg ellátásában, és a nem konvencionális gyógymódot a beteg rendszeres orvosi ellenőrzése mellett – kiegészítő tevékenységként – önállóan végezheti. Mivel az egészségügyi dolgozókra vonatkozó jogszabályok és etikai normák kötik az alternatív praktizőröket is, a természetgyógyászok által elkövetett műhibák ugyanúgy peresíthetőek. Műhibaperek esetén az elsők között vizsgálják, hogy az orvos (egészségügyi ellátó) úgy járt-e el, ahogy az adott helyzetben elvárható, az általa végzett terápia megfelelt-e a standardoknak, a szakma által elfogadott normáknak. Ha nemleges a válasz, akkor merülhet föl a kártérítési igény érvényesítése. Jelentős gond, hogy természetgyógyászati eljárásoknál gyakran nincsenek kiforrott standardok. Bármilyen (természetgyógyászati vagy modern) diagnosztikai vagy kezelési eljárás számon kérhetősége addig terjed, ameddig a szakmai ajánlás tart. „A szakmai ajánlásban foglaltak betartása tehát olyan, a legnagyobb gondosságnak és körültekintésnek megfelelő eljárás, amely a kártérítési felelősség megállapítását kizárja.”<sup>29</sup> Más megfogalmazással, amíg a szakmai ajánlások részévé nem válnak az alternatív medicina módszerei, addig függetlenül azok hatásosságától, a betegek nem alapíthatnak pert „nem ajánlásukra, nem ismertetésükre”. Amennyiben egy természetgyógyászati módszer a szakmai ajánlások részévé válik, akkor viszont az ellátókat az sem mentesíti, ha

<sup>28</sup> David M. STUDDERT – David Miles EISENBERG – Frances H. MILLER – Daniel A. CURTO – Ted J. KAPTCHUK – Troyan A. BRENNAN: Medical malpractice implication of alternative medicine. *JAMA*, 1998/18. 1698–1699.

<sup>29</sup> Legfelsőbb Bíróság Pfv. X. 20.235/2001. (2).

a kérdéses eljárás az adott ellátóhelyen nem elérhető, ugyanis „ha egy gyógyintézetben nincs megfelelő ellátási lehetőség, eszköz bizonyos vizsgálatok elvégzésére, gondoskodni kell a beteg olyan intézetbe való átirányításáról, ahol ezek a lehetőségek rendelkezésre állnak.”<sup>30</sup>

Jelen tanulmány korábbi fejezeteiben részletesen ismertetésre került az a négy törvényi előfeltétel, melyek együttes fennállása szükséges a kártérítési felelősség megállapításához. Ezeket a feltételeket (az egészségügyi ellátó jogellenes magatartása, a bekövetkezett kár, okozati összefüggés a jogellenes magatartás és a létrejött kár között, valamint a károkozó felróható magatartása) ugyanúgy kell vizsgálni mind a holisztikus, mind a hivatalos orvoslás esetén. A bírósági gyakorlat hajlik az objektív (felróhatóságtól független) felelősség alkalmazása felé. Vagyis, ha jogellenes magatartás miatt kár következik be, akkor felelni kell érte. A kezdeti kártérítési igényeket diagnosztikus tévedésre vagy terápiás mulasztásra alapozták, ám a kilencvenes évektől, a nemzetközi trendeknek megfelelően, egyre gyakoribbak a tájékoztatás elégtelenségére, a beteg bele nem egyezéseire alapított eljárások.<sup>31</sup> Pályaművemben már hangsúlyozásra került, de a tanulmány ezen részében is megerősítendő, hogy a betegek számára rendelkezésére kell bocsátani azokat az információkat (például beavatkozás kockázata, alternatív terápia lehetősége), amelyek a megalapozott döntéshez nélkülözhetetlenek. Ezt támasztja alá azon tény is, hogy például Ausztráliában és az Egyesült Államokban már voltak olyan perek, amelyeket arra alapoztak, hogy az orvos nem tájékoztatta betegét valamely természetgyógyászati módszerről, mint terápia alternatíváról.<sup>32</sup>

A komplementer medicinához kapcsolódó kártérítési igények, perek annak ellenére kisszámúak, hogy a komplementer medicinához fordulók száma nő a „fejlett” országokban. A helyzetben rejlő jogi problémák zöme elméleti síkon marad. A kártérítési perek jóval kisebb aránya nem vezethető vissza egyetlen okra. A jelenséget magyarázhatják az egészségpszichológiai faktorok, az ellátás módszereiben való különbség, illetve az ellátórendszer strukturális eltérései. A modern orvoslástól való elfordulásban meghatározó elem a kezelőorvos személyével, viselkedésével való elégedetlenség, amely szempontból a természetgyógyászok általában jobban megfelelnek a páciensek elvárásainak. Az alternatív medicina interakciói klienscentrikusak, a kezelések holisztikusak és

<sup>30</sup> Legfelsőbb Bíróság Pf. III. 21.899/1997 (2).

<sup>31</sup> LOMNICI i. m. 12–13.

<sup>32</sup> Ernst és Cohen, 2001; Cohen és Eisenberg, 2002; Moore v Baker, 1993; Kerridge és McPhee, 2004.

individualizáltak. A kezelések során a páciens saját felelőssége hangsúlyozott, a beteg tudatosságának a megbetegedésben és a gyógyulásban is fontos szerepet tulajdonítanak. A komplementer gyógyítómódszerek saját belső gyógyítóerőt tételeznek föl. Vagyis a természetgyógyász-beteg kapcsolat azt üzeni a páciensnek, hogy a siker az ő sikere, a kudarca az ő kudarca. A modern medicinát támadó kártérítési perek általában műtétes (sebészeti vagy nőgyógyászati) beavatkozásokhoz kapcsolódnak. A természetgyógyászat kevésbé invazív kezelési módokat kínál, így nem kell szembenéznie a testi integritás sértéséből adódó perekkel. Jelentős a különbség az ellátási egység struktúrájában. Az alternatív medicinát csaknem kizárólag kis magánvállalkozásban művelik, vagyis nincs mögötte „gazdag” munkáltató, aki kórházi kártérítési perek esetén helytállna. Műhibaper esetén a magánvállalkozás rendelkezésére általában csak a kft. törzstőkéje vagy a beltág vagyona áll, és nincs remény magas kártérítési összeg megszerzésére, még ha meg is ítélik azt. A természetgyógyászat üzenete a perek elkerülésére egyszerű: megvalósítható az emberléptékű ellátási formán belül olyan orvos-beteg kapcsolat, amely mindkét oldal elvárásainak megfelel. Az elvárásoknak megfelelő ellátás nemcsak a magas színvonalú gyógykezelést, hanem a beteg méltóságának tiszteletben tartását és a kölcsönös elégedettséget nyújtó kommunikációt is magában foglalja, amelyben –a betegek megítélése szerint –a természetgyógyászok jobbak.<sup>33</sup>

## 5. Záró gondolatok

Az egészségügyben a helyes diagnózis és az esetleges terápiák meghatározásának döntése felelősségteljes megközelítésű szakmai feladat. Abban nincs vita, hogy a cél – legyen szó, akár a konvencionális, akár a nem-konvencionális orvoslásról – a betegek gyógyítása, egészségük javítása. Abban viszont, hogy ezt melyik gyógymód hogyan teszi meg, eltérés mutatkozik. A modern konvencionális medicina a tudományosan megalapozott, bizonyítékra épülő gyógyítás híve, ezzel szemben a természetgyógyászat az empirikus, tapasztalatokon alapuló gyógyítást jelenti. Határozottan egyetértek Sótonyi Péter álláspontjával, miszerint a tapasztalás jelentőségét már csak azért sem helyénvaló alábecsülni, mert nem kevés, ma is forgalomban lévő gyógyszer a tapasztalati észlelések alapján, a megalapozott kliniko-farmakológiai vizsgálatok után vált gyógy-

<sup>33</sup> VARGA Orsolya – MOLNÁR Péter: Természetgyógyászok és a kártérítési felelősség. *LAM*, 2005/3. 238–240.

szerré. Az orvosi gyakorlatban ma is használt gyógyszerek közül nem kevés korábban növényi anyagokként voltak ismeretesek, és a tapasztalás nyomán került hatékony felhasználásra a gyógyításban. Kiemelendő továbbá azon tény, hogy a lakosság körében megnőtt az igény a természetes gyógymódok és életmódformák iránt. A modern társadalom a korábnál sokkal érzékenyebb és érdeklődőbb a betegségmegelőzés és gyógyítás természetes útjai iránt. Az emberek nagyrésze igyekszik a természettel összhangban, természetes módon egészséges életet élni, ami azzal is indokolható, hogy a konvencionális orvoslás gyakorlatában egyre inkább előfordul a polipragmázia (a szükségesnél szélesebb körű gyógyszerelés alkalmazása), a gyógyítás elszemélytelenedése, a gyógyszer mellékhatások, és nem utolsósorban az egészségügy kimondott vagy kimondatlan, válság felé sodródó helyzete. Megállapítható, hogy a nem-konvencionális gyógyítás népszerűsége hazánkban azért is nőhet, mert az életminőséget javító és a megelőzést népszerűsítő tevékenységeket a társadalom egyre jobban tudja kezelni, értékelni és igénybe venni. Emellett jogos lehet Széll Kálmán azon felvetése is, hogy a nem-konvencionális gyógyítás népszerűsége hazánkban azért is nagy, mert ezek az eljárások, okkal, vagy ok nélkül, de az elmúlt rendszerben tiltottak voltak, aminek napjainkban talán egyfajta ellenreakciója tapasztalható.<sup>34</sup>

Összességében konstataálható, hogy az állampolgárok joggal várhatják el, hogy megismerhessék a két gyógyító eljárás teljesítményét, lehetőségeit, valamint határait, illetve joguk az is, hogy döntsenek, melyiket milyen mértékben kívánják igénybe venni. A konvencionális és a nem-konvencionális gyógyító eljárások egymással bár nem igazán integrálhatók, de teljességükben nem is választhatók széjjel. A jövő célja mindezek alapján nem lehet más, mint a tapasztalás és a tudományos hitelesség együttes jelenléte, melyek mintegy egységet alkotva a leghatékonyabb gyógymódot jelenthetik.

<sup>34</sup> SZÉLL Kálmán: *Egészségügyi etika*. Pécs, POTE Egészségügyi Főiskolai Kar, 1995.