

Jog(os) kérdések

Első hatályos egészségügyi jogszabályok és azok komplex vizsgálata

DOI: <https://doi.org/10.32558/elet.2023.15>

Dr. habil. Feith Helga Judit PhD

tanszékvezető főiskolai tanár

Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Társadalomtudományi Tanszék

E-mail: feith@se-etk.hu

A magyar egészségügy fejlődésén belül az egészségügyi jogtörténet meghatározó időszakának tekinthetjük a 18–19. századokat. Míg azt megelőzően főként helyi, így települési, legfeljebb vármegyei szintű, s főként rendészeti jellegű közegészségügyi szabályozás jellemezte a normarendszert, addig a központi állam megerősödése, fejlődése következtében — egyébként kezdetben a felvilágosult abszolútizmus jegyeit magukon viselő — társadalmi szintű jogszabályok, jogszabálytervezetek jelentek meg, melyek között idővel egyre kisebb arányban fordultak elő az ún. rendészeti jellegű normák.

Ahogy közeledünk a 20. századhoz, az állami szinten megjelenő egészségügyi kérdések egyre hangsúlyosabb szerepet kaptak Európa szerte, így Magyarországon is mind sürgetőbbé vált az igény az egészségügy modernizációjára, a reformokra, mint ahogyan azt az alábbi, Fodor Józseftől származó idézet is jelzi:

„Európa művelt államaiban mindenütt visszahangzik a kívánság, egészségügyi reformok életbeléptetése után. A közegészségügy kezdi elfoglalni a társadalomban azon helyet, mely őt megilleti, ma már nem egyedül az orvosok azok kik érdeklődnek iránta, annak fejlesztését óhajtják de a közvélemény is, a népek s kormányaik is.”¹

Az egészségügy fejlődése közigazgatási szempontból

Míg a 18. századot megelőzően a közigazgatás egészét túlnyomóan a vertikális (központi-helyi) területi tagozódás jellemezte, addig a felvilágosodás évszázadában Európa szerte egyre jobban kiszélesedett a különféle állami ügyekre fókuszáló horizontális tagozódás. Ebben beleértve az állam által felvállalt ún. „jó” ügyeket is, így pl. az oktatást vagy az egészségügyet is. Ez utóbbira kiváló példa és témánkba vágó idézet a Generale Normativum

1 FODOR 1873. VII.

in Re Sanitatis (magyarul: Az egészség ügyének általános szabályzata, továbbiakban GNRS), 1770-ben megjelent királyi rendelet bevezetője:

„Anyai gondoskodásaink közepette, amellyel királyságaink és örökös tartományaink sértetlensége és épsége felett örködünk, elsőrendű az a törekvésünk, hogy alattvaló népeink egészségét megőrizzük, továbbá az egyes tartományokban létesített és feladatukat hasznosan ellátó magisztrátusok, illetve a közjóra nyilvánosan fordított sokféle kiadásaink anyai gondoskodásunkat bőségesen bizonyítják.”²

Az állami ügyek körének kiszélesedését jelzi Európa szerte az 1789-es francia forradalom után, az egyébként francia mintát követő, klasszikus besorolású állami ügyekre (belügyre, külügyre, hadügyre, pénzügyre és igazságügyre) tagozódó minisztériumi rendszer fejlődése is, mely struktúráját és személyzetét tekintve folyamatos minőségi és mennyiségi bővülésen ment keresztül az elmúlt két évszázadban.

Magyarországon az 1848. évi III. törvénycikk vezette be a minisztériumi rendszer. Akkori elnevezésében a minisztériumok az „osztályok”-nak, míg a „minisztérium” (korabeli elnevezésében „ministerium”) a mai értelemben vett kormánynak felelt meg.³ Már az első független, de később a dualizmus időszakának első magyar kormányaiban is a belügyi tárcától elkülönülten jelent meg számos kiemelt ügy: így a közmunka- és közlekedésügy, a földművelés, ipar és kereskedelem, mint ahogyan a vallás- és közoktatásügy is. Bár az egészségügyi államigazgatás nagy fejlődési ívet írt le 1738-tól, vagyis a Helytartótanács keretén belül létrehozott első állandó egészségügyi bizottság alapításától, azonban az egészségügy minden más ágazattól független önálló tárcaként egészen Ratkó Anna (1903-1981) egészségügyi miniszteri hivataláig (1950. évi IV. törvény) nem szerepelt. A miniszteriális rendszerben az egészségügy addig jellemzően a belügyi, időnként a népjóléti tárca alá tartozott.

A központi egészségügyi hatóság történeti fejlődésében szintén a felvilágosult abszolútizmus kora hozott előrelépést azáltal, hogy a 37656. számú Helytartótanácsi határozattal, 1786-ben létrehozták az ún. protomedicus (mai terminológiával élve az országos tisztifőorvosi) tisztséget, melyet először Vezza Gábor, a Nagyszombatból átköltöztetett Egyetem orvosi fakultásának igazgatója töltött be.⁴ Ekkortájt a protomedicus leginkább felügyeleti és igazgatási jogkört gyakorolt a nyilvános kórházak és az orvosképzés felett, miközben ekkor még nem volt egy egységes hatósági szervezeti modell. Ugyan az 1876-os törvény egy hosszabb szakmai vitát lezárva deklarálta a centralizált állami közegészségügyi modellt, szemben az önkormányzatokra épülő decentralizált modellel, azonban egészen az 173/1951. (IX.16.) MT (Minisztertanácsi) rendelet hatálybalépésig az orvosok, tisztiorvosok, tisztifőorvosok csupán egészségügyi szakközegként szerepeltek a hatóságok mellett,

2 BALÁZS 2004. 37.

3 Írott jogi norma szövegében a „kormány” elnevezéssel a magyar történelemben először az 1944-es ideiglenes kormány vonatkozásában találkozunk.

4 PÁLVÖLGY 2006.

vagyis önálló, az általános rendészettől elváló hatósági jogkörrel addig nem rendelkeztek. Még akkor sem, amikor az 1936. évi I. törvénycikk élesen különválasztotta a hatósági orvosi tevékenységet és a gyógyító tevékenységet azáltal, hogy a tisztí orvosokat állami tisztviselői rangra emelte és megtiltotta számukra a gyógyítás gyakorlását.^{5,6}

A vallási normákkal áthatott jogi normáktól a szekularizációs folyamatokig

A 18. századi (hatályba léptetett, vagy csak tervezetek szintjén megmaradt) egészségügyi normákat átszötte a katolikus erkölcs, a vallási előírásoknak való megfelelés. A GNRS-ben még számos helyen találunk ilyen jellegű szabályozást.

1. A korabeli egészségügyi szolgáltatók Isten nevére tették foglalkozási esküjüket: „Én, N. N. esküszöm a mindenható Istenre, hogy híven engedelmekedem a számomra előírt közegészségügyi törvénynek (...) Isten engem úgy segítjen, és Istennek szent anyja, a szeplőtelenül fogantatott Szűz Mária, és Istennek minden szentjei, Ámen.”⁷
2. Megjelent a betegek kenetével kapcsolatos orvosi kötelesség: „...hivatalukban az orvosok különösen viseljék gondját annak, hogy a lélek üdvözüljön a szentségek felvétele által, amit orvos tegyen kötelezővé a betegnek az életét közvetlenül veszélyeztető helyzetekben (...)”⁸
3. Szükségkeresztelés, mely a bábák kötelességeként jelent meg: „Különös feladata legyen a bábáknak az újszülöttek megkeresztelése olyan esetekben, amelyekben kétségesnek tűnhet, hogy azok még megélik a kereszttség kiszolgáltatását, következésképpen gondoskodjanak erről az Anyaszentegyház előírásait követve, azon szabályozás szerint, amelynek alapján az ilyen vészhelyzetben a szükségkeresztelést el kell végezniük, minthogy ezt részükre kinevezésük kapcsán nyomtatott formában is kiadták, amennyiben azonban bármilyen kétség támadna annak szabályos elvégzését illetően, kérjenek tanácsot a plébánosoktól és a lelkipásztoroktól, majd kövessék azt szorgalmasan és nagy körültekintéssel, amint azt az ügy súlya, lelkiismeretük nyomatéka, illetve a szolgálatuk kötelme egyaránt megköveteli, minekutána az újszülöttek lelki üdvéről és testi jólétéről egyaránt gondoskodni kötelesek.”⁹

5 FEITH, Balázs 2020. 119–128.

6 FEITH 2019. 4–15.

7 BALÁZS 2004. 45.

8 Uo. 44.

9 Uo. 51.

Ahogy azonban időben haladunk előre, a jogi normák már egyre kevésbé fonódtak össze vallási normákkal. Így az 1876-os törvényben már nem történt utalás Istenre vagy az egyház irányába tett kötelezettség megfogalmazására, miközben a mai Szent Rókus kórház elődjének 1830–40-es évekből származó kórházi házirendjében még találkozunk a betegek vallásuk iránti kötelezettségeivel.¹⁰

Vagyis miközben az egyre erősödő központi állam által felvállalt ügyek száma nőtt, ezzel párhuzamosan zajlott a szekularizáció, mely a vallás hatályos jogrendre gyakorolt hatását egyre jobban összeszűkítette. Számos további példa bizonyítja ezt a folyamatot.

1. A 19. század végén az állam átvette a korábban az egyházi felekezetek által ellátott születési, házassági és halálzással kapcsolatos anyakönyvezést (1894. évi XXXIII. törvénycikk).
2. Ebbe a folyamatba illeszkedett az is, hogy az 1894. évi XXXI. törvénycikk hatályba lépésével bevezették Magyarországon a kötelező polgári házasságkötés intézményét is, mely megteremtette az alapot a bontóperi eljárásokhoz is.
3. Kiszélesedett a korabeli egészségügyi dolgozói kört érintő állami szabályozás is, hiszen korábban pl. a betegápoló tevékenység főként egyházi normák körébe tartozó kérdésnek minősült (miután sokáig a betegápoló rendek túlsúlya jellemezte az egészségügyi rendszert).

Az első, egészségügyi tárgyú átfogó rendeletben, vagyis a GNRS-ben így még nem találunk ápolókra vonatkozó szabályozást. Miközben egy évszázaddal később már társadalmi szintű jogi normákban (1876. évi XIV. törvénycikk a közegészségügy rendezéséről, továbbiakban 1876-os törvény; valamint az 1876. november 21-én 51.661. szám alatt, Tisza Kálmán belügyminiszter által kiadott végrehajtási rendelet, továbbiakban 1876-os kórházrendelet) jelent meg az ápolói munkavégzés szabályozása, ahogyan az alábbi példa is mutatja.

„A betegápoló tartozik a gondozására bízott betegek irányában gyengéd, türelmes és figyelmes lenni...a betegeknek mindenben segédkezésére lenni s mindazt elhárítani, mi a betegek nyugalját netán megzavarhatná (...)” (1876-os kórházrendelet).

Hivatásrendi szabályozás változása a jogi normákban, összefüggésben az egészségügyi ellátás szintjeinek fejlődésével

A 18. század az egyes egészségügyi hivatások gyakorlását szabályozó normák történetében is nagy előrelépést jelentett. Az orvosok és paramedikális szakemberek mennyiségi és minőségi (szakmai) mutatóinak javítása és a kontárok számának csökkentése érdekében, vagyis összességében az ellátási színvonal növelése miatt számos, az egész országot

10 FEITH 2015. 210.

érintő rendelkezés született. Ezeknek a változásoknak a szükségességére egy, a korabeli állapotokra jellemző, de egyszersmind mai szemmel nézve meglepő adat: 1720 táján a Királyi Magyarország területén feltehetően mindössze 37 orvosdoktor és megközelítőleg 120 gyógyítással foglalkozó borbély, érvágó stb. működött, egyébként jellemzően nagy területi egyenlőtlenségekkel.¹¹ Amikor górcső alá szeretnénk venni ezeket az adatokat, akkor természetesen nem a mai hazai populációs adatokból kell kiindulnunk, hiszen jóval kisebb volt a népességszám az akkori, egyébként jóval nagyobb Magyarország területén. Sajnos az előbbire, vagyis a népesség számára vonatkozóan egészen pontos adataink nincsenek, mert megbízható és széleskörű történeti demográfiai adatsor és elemzés igazából csak a 18. század utolsó harmadától érhető el Magyarországon.¹² A Pragmatica Sanctio korára vonatkozóan egy 19. század végi történeti demográfiai vizsgálat a korabeli adóösszeírások alapján 2,5 millió főre becsülte a népességet, azonban későbbi szerzők ezt cáfolták, 4–5 millióra becsülték a korabeli lakosságszámot.^{13, 14} Amennyiben a legalacsonyabb becsült számadatot is fogadnánk el a népességre vonatkozóan (mely, ahogyan említettük számos szerző véleménye szerint alulbecsült szám) és nem vennénk figyelembe az orvosokra vonatkozó területi egyenlőtlenséget, akkor is 1720 körül megközelítőleg 67.568 főre jutott egy orvos, és 20.833 főre egy paramedikális szakember. Az OECD által közzétett adatok szerint az OECD országokban 2019-ben 1000 főre átlagosan 3,6 orvos jutott, míg Magyarországon 3,5.¹⁵ Jól tetten érhető ezen — nem pontos — adatsor alapján is a megközelítőleg három évszázados fejlődés elképesztő ütemét.

Felismerve a területi egyenlőtlenségeket és az orvost teljesen nélkülöző vármegyék helyzetét, Mária Terézia 1752-ben elrendelte, hogy minden nemesi vármegye alkalmazzon physicus doktort. A GNRS pedig előírta, hogy lehetőség szerint falvanként, amennyiben erre nem volt mód, úgy két-három falu összevontan alkalmazzon bábát. Ezekkel a rendelkezéssel az uralkodó a vármegyei szintű „alapellátás”¹⁶ megteremtését célozta meg. Fontos kiegészítenünk ezt azzal, hogy a kiadott jogi norma szerint a physicus doktorok kötelesek voltak az arra rászoruló szegényeket ingyen ellátni. A szegényügy kezelésének egyik korai példája volt egy 1724. augusztus 22-én kelt leirat, miszerint minden község saját szegényeiről tartozott gondoskodni.¹⁷ Ez azonban nem tévesztendő össze azzal, hogy több mint 120 évet kellett várni ahhoz, hogy jogi normában deklaráltan, az egészségügyi alapellátás biztosítása települési szinten is megtörténjen (legalábbis az írott jogi norma szintjén). Az

11 KAPRONCZAY 2007.

12 FARAGÓ 2006/2008. 5–39.

13 ACSÁDY 1896. 1720–1721.

14 ŐRY 2020. 193–223.

15 OECD 2020. 213

16 Mai szóhasználattal élve „alapellátás”, ami a vizsgált korszakban egyfelől sokkal bővebb, másfelől viszont a kor tudományos ismeretei okán kevesebb szakmai tartalommal bírt.

17 GRÓSZ 1869. 71.

1876-os törvény rendelte el 6.000 fő felett az orvostartás és 1.500 fő felett a szülésznő alkalmazásának a kötelezettségét azzal, hogy 6.000–10.000 fő közötti lakosság esetén a községek egy, ún. közegészségi körbe tartoztak az orvostartás tekintetében, illetve a kisebb községek is társulhattak a szülésznő foglalkoztatása tekintetében.

1769 végén Mária Terézia az orvoshiány csökkentése miatt a nagyszombati egyetemet orvosi karral (a mai Semmelweis Egyetem jogelődjével) bővítette ki. Így innentől kezdve az orvosi hivatást választó személyek számára már nemcsak a peregrináció jelentett megoldást. A hazai orvoscépzés elindítása különösen nagy könnyebbséget jelentett a lutheránusok és a reformátusok számára, hiszen a rendelkezést megelőzően az osztrák örökös tartományokban nem, csak Európa távolabbi protestáns egyetemlein tudtak orvosi diplomát szerezni.

A felvilágosult abszolútizmus korában az egészségügyi képzések háromszintűek voltak: 1) az egyetemi diplomát adó orvoscépzések, 2) a sebészek, a bábák és a patikusok képzése (Magyarországon 1770 után az orvosi kar felügyelte ezeket), 3) iparos jellegű, kifejezetten gyakorlati jellegű képzések borbély-sebészek, fürdősök, világi ápolók stb. részére. Egy II. József által kiadott 1786-os rendeletben a kétéves sebészeti tanfolyam megtartása mellett összevonták az orvosok és sebészek oktatását, de csak 1876-ban törölték el végleg az egyetemi diploma nélküli sebészek képzését, innentől kezdve a medicina és a chirurgia egyesült és egységes orvoscépzés született. Fontos megjegyeznünk, hogy a mai paramedikális szakemberek közül a II. világháborút megelőzően először a szülésznők, majd a védőnők számára folyt egységes, állami irányítású képzés, s bár az ápolóképzésben is többféle kezdeményezés született (pl. Vöröskereszt, Betegápolói Intézet), de egységes, társadalmi szintű képzés ekkor még nem volt.¹⁸

A képzések kiterjesztése ellenére, a tárgyalt időszakban a hazai egészségügyi ellátás végig egészségügyi szakemberhiánnyal küzdött, különösen az ország bizonyos földrajzi területein. Ellátási érdekből emiatt pl. a GNRS-ben a jogalkotó számos engedményt tett, felhatalmazva ezzel a sebész-mestereket és a bábákat. Így orvos hiányában a sebész-mester kiválaszhatta az általa vélt legalkalmasabb gyógymódot és gyógyhatással bíró enyhébb szereket is adhatott az arra rászoruló személyeknek, illetve amennyiben patikus nem volt a közelben, úgy készíthetett orvosságokat is. Mintahogyan a bábák is orvosságot rendelhettek a betegek számára sürgős esetekben, ha nem állt rendelkezésre orvos.

A szakember hiány különösen igaz volt bizonyos vármegyékre, illetve a vármegyékben belül a városonál kisebb lélekszámú területen élők esetében. Így pl. 1893-ban Magyarországon a 172 körorvosi körben (az 1110-ből) 10.000 lakosra jutó orvosok száma 2,75; városokban 9,7; míg a vármegyék egyéb területén viszont csak 2,06 volt. Ráadásul volt, ahol kifejezetten nagy körorvosi területet hoztak létre, pl. 20.000 lakost látott el egy orvos [VARGA 1962. 97.]. Korabeli források alapján jól beazonosítható, hogy a rosszabb pénzügyi helyzetben levő önkormányzatok sok esetben nem tudták biztosítani a megfelelő színvonalú

hatósági munka ellátáshoz nélkülözhetetlen egészségügyi szakközeg működését, ráadásul nagy volt a fluktuáció is, mivel a hátrányosabb helyzetű önkormányzatok rosszabb fizetést tudtak felajánlani az orvosoknak. Nem beszélve arról, hogy a gyógyító munka miatti leterheltségből adódóan a hatósági munkához nélkülözhetetlen ismereteket (pl. az egészségügyi jogszabályi változások követése) sem tudták kellő színvonalon ellátni.^{19, 20}

A 18–19. századi jogi normákban azonban nemcsak az egészségügyi szolgáltatók számának növelésére, hanem a szakmailag megfelelő színvonalú ellátásra is történt törekvés. 1754-ben Mária Terézia a kontárok számának csökkentése érdekében előírta, hogy büntessék meg azokat a személyeket, akik a korabeli illetékes hatóságoknak nem mutatták be a gyógyító tevékenységük megkezdése előtt a szakképzettségüket igazoló diplomájukat. A kontárokkal szembeni fellépésre találunk példát már a GNRS-ben is:

„Amennyiben bizonyossá válik, hogy mutatványosok, vándorárusok, csavargók — és más hasonló személyek — orvosságokat készítenek, vagy azokat árúsítják, az orvos haladéktalanul jelentse az illetékes magisztrátusnak, hogy az a rendellenességekkel szemben érvényt szerezzen azon rendelkezéseinknek, amelyeket a köz javának érdekében e tárgyban országainkban és tartományainkban már korábban megjelentek (...)”²¹

Mintahogyan az 1876-os törvény pedig külön fejezetben rendelkezett a kuruzslásról, melyben megtiltotta az egyetemi orvosi végzettséggel nem rendelkező személyek gyógyító tevékenységét, illetve gyógyszerek rendelését, de egyébként is tilalom állt fent a belügyminiszter által nem engedélyezett gyógyszerek rendelésére.

Egy másik, hosszú ideig fennálló probléma volt a képzetlen, ún. parasztbábák tevékenysége, hiszen tudatlanságuknak is köszönhetően igen magas volt a mortalitás az újszülöttek és/vagy az anyai halálozás, ez a GNRS-ben is említésre került.

„A bábák járatlansága miatt az állam számos polgárt kényszerült elveszíteni, ezért tehát a jövőben csakis azok kaphatnak engedélyt munkájuk végzésére, akik szakmájukhoz és munkavégzésükhöz megfelelő oktatást kaptak és vizsgát tettek valamely helybéli bábamester, vagy annak hiányában a rendesen alkalmazott physicus-doktor előtt, majd a többször említett királyságaink vármegyei, illetve szabad királyi városi magisztrátusai által megerősítést nyertek.”²²

Már a 18. században is indítottak a kor színvonalán álló professzionális bábaképzéseket is, azonban ezek sokszor eredménytelenek voltak, vagy csak kismértékű javulást eredményeztek a parasztbábák működésének visszaszorításában. Ehhez egy korabeli adat: a 18. században az orvosi kar mellett létrejött bábaképzésben közel két évtized alatt mind-

19 VARGA 1962.

20 PÁLVÖLGYI: Ph.D disszertáció 2006.

21 BALÁZS 2004. 43.

22 Uo. 50.

össze 249 bába szerzett oklevelet, melynek háttérében elsődlegesen pénzügyi akadályok és a német nyelvű képzés állt.²³

Az 1876-os törvény indokolásában is konkrétan szerepeltek a magas mortalitási adatokhoz hozzájáruló parasztbábák kontárkodásai, emiatt a jogalkotó ebben a törvényben részletesen és egyébként igen szigorúan szabályozta a bábák szakképzettségének a követelményét. Ennek a jogi normának a hatásossága sem bizonyult azonban elegendőnek, sőt a szigorú törvényi előírások még nagyobb problémát generáltak. Így bizonyos vármegyék és települések különösen rossz helyzetbe kerültek, hiszen lehetetlen volt számukra teljesíteni a jogszabályi előírást, akár még a törvény hatályba lépését követő egy évtizeddel később is. Például az 1880-as évek közepén az 151.489 lakossal bíró Sáros megyére 325 parasztbába, 1 főorvos által képzett és 7 okleveles szülésznő jutott.²⁴ Összevetve a fentebb részletezett 1876-os törvény erre vonatkozó szabályozásával, jól látszik, hogy bár számukat tekintve sokkal több bába tevékenykedett az előíráshoz képest az említett vármegyében, azonban a törvénynek megfelelő szakmai jogosultságot mindössze 10%-ban teljesítette a vármegye. Ennek ellenére a jogalkotó a későbbiekben tovább szigorította a szülésznők alkalmazási feltételeit (1908. évi XXXVIII. törvénycikk), hiszen az 1500 fő helyett már 800 fő felett kellett okleveles szülésznőt foglalkoztatni. Ennek hiányában a kisebb községekben — bár alacsonyabb képzettségi szinten — képesített bábákat kellett alkalmazni, valamint az 5000 lakossal rendelkező községeket is kötelezte orvos alkalmazására.

Ahogy fentebb említésre került, az egészségügyi alapellátórendszer kiépítése már a 18. században megkezdődött állami szinten, s bár Mária Terézia 1754-ben kórházépítési alapot is létesített, azonban ekkor még állami ügyként nem jelent meg a kórházszervezés kérdése, így a jogi normákból is teljes mértékben hiányzott az intézményes fekvőbeteg-ellátásra vonatkozó szabályozás. Ezt támasztja alá 1793-ban, egyébként az 1790/91. évi Országgyűlés LXVII. törvénycikke által létrehozott Közigazgatási Rendszeres Bizottság munkájának eredményeként született Ordines Politici in negotio sanitatis projectati (magyarul Közigazgatási Szabályok tervezete az egészség ügyében), hatályba sohasem lépett norma-tervezet. Ebben a jogalkotó rögzítette, hogy a fekvőbeteg-ellátás biztosítása nem tartozik a központi állami feladatok körébe.

„Mivel az általános kórház létrehozására a világi alapítványokon kívül más forrás nem áll rendelkezésre, ezek viszont az egyháziügyi bizottság ügykörébe tartoznak, a jelen összefüggésben az általános kórházzal nem kell foglalkozni.”²⁵

A kiterjedt magyar fekvőbeteg ellátás, a modern kórházüzem csak a 19. században, annak is főként utolsó évtizedeiben született meg. Ezt a fejlődést alapozta meg a kórházakra vonatkozó első törvényi rendelkezés (1876-os törvény), valamint az ehhez szorosan kapcsolódó, még ugyanebben az évben a korábban említett 51.661. szám alatt kiadott

23 KRÁSZ 2003. 101, 142–144, 206.

24 VARGA 1962. 57.

25 BALÁZS 2016. 150.

belügyminiszteri végrehajtási rendelet (az ún. 1876-os kórházrendelet). Az állami, a járási és a törvényhatósági közkórházak, valamint a magánintézmények alapítását miniszteri engedélyhez kötötték, melynek az volt a célja, hogy biztosítsák a megfelelő minőségű egészségügyi fekvőbetegellátást. Ugyanakkor a rendelkezés a fenti szabályozás ellenére több esetben nem érte el a célját. Így például 1908-ban, a korabeli Szent Rókus Kórház orvosai, többek között a kórház nem megfelelő felszereltsége és infrastrukturális problémái miatt, először Európában sztrájkba léptek.²⁶

Ennek ellenére a betegellátás területén nagy előrelépést jelentettek a modern értelemben vett kórházak megjelenése, s azok működésének szabályozása. Hiszen a területi ellátási kötelezettség miatt a közkórházak nem utasíthatták el szabad kórházi ágy esetén a körzetükbe tartozó betegeket, s ezt a jogszabály szerint „személykülönbség nélkül” kellett megtenniük, s bár a magánintézmények nem voltak kötelesek fogadni minden beteget, de életveszély esetén ők is kötelesek voltak bármilyen vagyoni helyzetű beteget ellátni. Ez megbiztonsági szempontból mindenképpen jelentős mérföldkő volt a magyar egészségügy fejlődésének egészében.

Az első átfogó hazai egészségügyi rendelet, valamint az első magyar közegészségügyi törvény összehasonlító elemzése

A GNRS két fő szerkezeti egységből állt: (1) az egészségügyi szolgáltatók jogállását, működésük feltételeit; valamint (2) a korabeli járványügyi igazgatást bemutató, egyébként arányát tekintve sokkal nagyobb és részletesebben kidolgozott fejezet, mely utóbbi főként rendészeti, helyenként igen súlyos büntető jellegű szabályokat tartalmazott.

Ehhez képest az 1876-os törvény már sokszínűbb képet mutat a szabályozott területek tekintetében, s bár egészségügyi igazgatási orientációjú törvény született, mégis kevésbé hangsúlyos a védelmi-rendészeti jelleg a GNRS-hez képest; különösen igaz ez ennek a törvénycikkeknek a kórházakra vonatkozó végrehajtási rendeletére.

A GNRS az orvosok, a sebészmesterek, a patikusok és a bábák működését szabályozta, olyan formán, hogy a vesztegintézeti (korabeli karantén elnevezésének intézményi formája) orvosok és sebészmesterek tevékenységeit elkülönült fejezetbe helyezte a jogalkotó. Az uralkodói rendelet a mai értelemben vett paramedikális²⁷ szakemberek közül egyedül a bábák tevékenységét szabályozta, így az ápolók mellett más paramedikális tevékenységet folytató személyek (borbély, érvágó, sérv-és kőmetsző, fürdős stb.) működése sem jelent meg a GNRS-ben, annak ellenére, hogy már az 1685-ös brandenburgi rendeletben

26 INCZE 1998. 24.

27 Fontos hangsúlyoznunk, hogy a vizsgált korszakban, különösen a XVIII. században és az azt megelőző évszázadokban a sebészi tevékenység ún. „mesteremberi” tevékenységnek minősült, megítélése az egyetemi diplomával rendelkező orvosokkal semmiképpen sem volt egy hivatási szinten. Vagyis a sebészeket ebben a korszakban inkább a paramedikális szakemberek körébe sorolhatjuk.

találkozunk a fürdősök, kő- és sérvmetszők, fogászok stb. működésével, mint ahogyan az 1725-ös Medizinaledikt és az 1753-as prágai rendtartás, valamint az 1755-ös Tervezet az egészség ügyének szabályozására c. viselő jegyzőkönyv is foglalkozik velük.²⁸

Érdekes különbségtételt találunk az egyes egészségügyi szolgáltatók feladat meghatározásában. A hatósági szakközegként is eljáró orvosok feladatait hivatali normaként, a sebézmesterek működését foglalkozási szabályként, míg a bábák tevékenységének leírása utasítás formában jelent meg a GNRS szövegében. Ahogyan fentebb is említésre került, az 1876-os törvény és annak végrehajtási rendelete említette először átfogó egészségügyi normában az ápolók tevékenységét, s állapít meg számukra is kötelezettségeket. Míg az 1876-os törvény kevésbé részletező a korabeli egészségügyi dolgozók munkáját illetően, addig az 1876-os kórházrendelet már sokkal bővebben határozta meg feladataikat. Ebben a jogi normában már a betegek házirend betartására vonatkozó kötelezettsége is megjelent. Bár szigorúan vett betegjogi rendelkezésekkel nem találkozunk egyik norma (GNRS és 1876-os jogszabályok) szövegében sem, azonban az egyes hivatások, foglalkozások kötelezettségeinek leírásakor számos, a korabeli betegek érdekében meghozott szabályt tudunk beazonosítani (1. táblázat), melyeket a ma hatályos egészségügyi törvényünk (1997. évi CLIV. törvény) betegjogként és/vagy egészségügyi dolgozói kötelezettségként szabályoz.^{29, 30, 31}

| KÖTELEZETTSÉG | GNRS | 1876-OS JOGSZABÁLYOK |
|---|------|----------------------|
| Diszkrimináció mentes ellátás | ✓ | ✓ |
| Az egészségügyi szolgáltatás méltányos mértékű díjazás | ✓ | ✓ |
| Orvosi titok védelme | ✓ | – |
| Szükség szerint konzílium | ✓ | ✓ |
| Állandó készenlét az orvosi és sebészi ellátásra | ✓ | ✓ |
| Gyógyszerbiztonsági szabályok betartása | – | ✓ |
| Szegények ingyenes ellátása | ✓ | ✓ |
| Beteggel szemben megfelelő bánásmód biztosítása | ✓ | ✓ |
| Beteg személyes kapcsolattartásának biztosítása a kórházban | – | ✓ |
| Intézmény elhagyásának biztosítása, ha másokra a beteg állapota nem veszélyes | – | ✓ |

1. táblázat. A GNRS, valamint az 1876-os törvény és kórházrendelet összehasonlítása az egyes nevesített kötelezettségek tekintetében (saját szerkesztés)

28 BALÁZS 2007. I.

29 FEITH, GRADVOHL, VÁCZI, BALÁZS 2020. 112–116.

30 FEITH, BALÁZS, GRADVOHL 2014. 1368–1373.

31 FEITH, GRADVOHL, BALÁZS 2015. 454–460.

A GNRS második, sokkal terjedelmesebb része kifejezetten rendészeti jellegű, a korabeli egészségügyi hatósági eljárásrend egy nagyon izgalmas történeti példája, mely kizárólag a járványos megbetegedések szárazföldi védelmére vonatkozó szabályokat rögzítette, minthogy a GNRS bevezetőjében maga az uralkodó jelzi, hogy „Közegészségügyi vonatkozásban a Tenger mellékről már évekkel ezelőtt különböző törvények jelentek meg (...)”.³²

Már rögtön a rendelet első szakaszában rögzíti a jogalkotó:

*„Amilyen mértékben a főhatóságok a tartományokban gondoskodnak az egészség szolgálatáról, legalább oly mértékű, sőt még nagyobb szorgalom szükséges ott, ahol a határmenti tartományokból okkal kelhetnek félelmet a járványos betörések, ezért kell tehát intézkedni Isten legfelsőbb segédelmével, az ilyen tartományokból már a behatolásnál a betegségek felszámolása felől.”*³³

A COVID 19 járvánnyal szemben sok országban alkalmazott védekezési stratégia, az ország-, tartomány-, települési határok, sőt akár intézmények lezárása, házi karantén elrendelése, igen hosszú történelmi múltra vezethető vissza. Így nem meglepő, hogy nem volt ez másképpen a XVIII. században sem, amikor ráadásul még a tudomány fejlettsége — a mikrobiológiai kutatások elenyésző száma, valamint a védőoltások általi megelőzés — sem segíthetett. Bár a GNRS időszakában még csak a fizikai kontakt elkerülése jelentett valódi megoldást (mely nem csak a személyekre, hanem az állatokra és az árukra is vonatkozott), nevesítetten a rendeletben csak a pestis jelent meg. Egy évszázaddal később, az 1876-os törvényben azonban már külön fejezet szolt a védőoltásról (az ún. „védhimlőoltásról”) és annak pontos eljárási rendjéről, a törvény szövegében már a bujakór és a himlő is szerepelt a Járványok és ragályok fejezet alatt.

A GNRS bizonyos esetekben drákói szigorral, vagyis akár halálbüntetéssel sújtotta a karantén szabályok megszegését.

*„Legyen a szolgák elsődleges kötelessége, hogy semmilyen keveredés vagy testi érintkezés ne jöjjön létre azok között, akik a vesztegintézetten belül vannak, illetve kívül teljes szabadságnak örvendenek, de azok között sem, akik különböző időpontokban kezdték meg a veszteglés letöltését, sőt azon belül is különböző fokozatokba tartoznak, de ha ez mégis megtörténnék — testi büntetés, sőt halálbüntetés terhe mellett — arról soha sem hallgathatnak, hanem jelentést kell tenniük az igazgatónak, hogy az haladéktalanul rendelkezessék a szükséges óvintézkedésről.”*³⁴

Ez a szigor azonban már a két évtizeddel később keletkezett 1793-as jogszabálytervezetben is enyhült.

Az 1876-os törvényben nagyon részletes leírás található az egészségügyi igazgatás hatósági szervezeti rendszerére vonatkozóan, mely még jóval kisebb terjedelmű volt a GN-

32 BALÁZS 2004. 38.

33 BALÁZS 2004. 52.

34 BALÁZS 2004. 42.

RS-ben. Ez a különbség köszönhető a társadalmi viszonyok és az egészségügyi szervezet eltérő fejlettségének.

Az 1876-os törvényt a maga korában egy kifejezetten fejlett közegészségügyi szabályozásnak tekinthetjük, mely egységbe foglalta az akkorra már komplexé vált modern közegészségügy különböző ágait. Így a fentebb már elemzett témákon túl az élelmezésbiztonságtól kezdve a közlekedési, települési, gyermek és iskola egészségügyön keresztül, szabályozta a baleseteket, a halottakkal és temetkezéssel kapcsolatos eljárási rendet, a korabeli elmegyógyintézetek és büntetvégrehajtási intézetek közegészségügyi kérdéseit, az egyre fontosabbá váló hazai gyógyfürdőket és ásványvíz felhasználásokat, valamint a gyógyszerügyet is.

* * *

A 18. századtól kezdődően a 19. század végéig az egészségügyi jogalkotás, s vele együtt, de részben ennek hatására az egészségügyi igazgatás, az egészségügyi ellátórendszer, beleértve az egészségügyi hivatások és foglalkozások gyakorlóinak számára előírt kötelezettségeket, minőségi változáson mentek keresztül. Míg a 18. század első felében jobbra még mindig szokásjogi, részben vallási normák uralták a gyógyító- és ápolói tevékenységet, alig másfél évszázad alatt az átfogó jogszabályoknak és a kapcsolódó egyéb jogi normáknak köszönhetően egy komplex, a kor színvonalán álló egészségügyi és igazgatási rendszer jött létre, melyben az állam szerepe elvitathatatlanná vált.

Bár a vizsgált korszak nem volt mentes problémáktól, így például sohasem sikerült felszámolni a humán erőforrás hiányból és különösen a paramedikális szakemberek esetében a megfelelő színvonalú képzésből adódó nehézségeket, ettől függetlenül az orvostudomány markáns fejlődésével párhuzamosan zajló jogfejlődés, az állami szerepvállalás folyamatos növekedése lehetővé tette az ellátott betegek számának, az ellátás minőségének javulását.

Ez a jogfejlődés egy szerves fejlődés eredményeképpen ment végbe a 18–19. században, ennek a folyamatnak az elvitathatatlan megkoronázása volt az 1876-os törvény, mely a korabeli Európa egyik leginkább előremutató egészségügyi jogi normájává vált.

Sajnálatos módon ez az egyenesvonalú és szerves egészségügyi jogfejlődés a 20. század második felében megszakadt (még akkor is, ha számos, ún. szocialista típusú „jóléti” állam intézkedés kedvezett a betegek széles társadalmi körének), ezáltal jónéhány évtizedes lemaradást eredményezve a hazai egészségügyi ellátórendszer egészében. Így az 1997. évi CLIV. törvény hatálybalépése, különösen a törvény széleskörű betegjogi szabályai váratlanul érték a felkészületlen, az újfajta kihívásoknak és kötelezettségeknek kiszolgáltatott egészségügyi szolgáltatókat, azonban ez már egy másik jogtörténeti kérdés...

Felhasznált irodalom

ACSÁDY, I.: *Magyarország népessége a Pragmatica Sanctio korában 1720–21*. Magyar Statisztikai Közlemények, Új Folyam, 12. Atheneum, Budapest, 1896.

BALÁZS, P.: *Generale Normativum in Re Sanitatis 1770. Szervezett egészségügyünk 1770-es alaprendelete*. Piliscsaba–Budapest, Magyar Tudománytörténeti Intézet, 2004.

BALÁZS, P.: *Mária Terézia 1770-es egészségügyi alaprendelete I*. Piliscsaba–Budapest, Magyar Tudománytörténeti Intézet, 2007.

BALÁZS, P.: *Egészségügyi szabályozás a XVIII. században I.*, Piliscsaba–Budapest, Magyar Tudománytörténeti Intézet, 2016.

FARAGÓ, T.: *A magyarországi történeti demográfiai kutatás vázlatos története I*. A kezdetektől 1945-ig. KSH NKI Történeti Demográfiai Évkönyv 2006/2008. 5–39.

FEITH, HJ.: „Kórházi regulák a XIX. századi Magyarországon” *Kaleidoscope* (online folyóirat) (2015) vol.6. 11.sz. 210. <http://dx.doi.org/10.17107/KH.2012.4.152-162>

FEITH, HJ.: Adalékok a megbízhatóság magyarországi történetéhez (1738-1950 között). In *Egészségesen gyógyulni: A centripetális infekciókontroll kézikönyve*, szerk. Barcs, 4–15. Budapest, Semmelweis, 2019.

FEITH, HJ, BALÁZS, P. „Magyar egészségügyi hatósági igazgatás szervezeti modelljei a XVIII. századtól napjainkig” *Kaleidoscope* (online folyóirat) (2012) 3. (4), 119-128. <https://doi.org/10.17107/KH.2012.4.152-162>

FEITH, HJ, – BALÁZS, P, – GRANDVOHL, E.: „Betegjogok a régmúltban? Normativitás az orvosi munkában a XIX. századig, különös tekintettel az első átfogó magyar egészségügyi uralkodói rendeletre” *Orvosi Hetilap*, 155, 34 (2014): 1368–373. <https://doi.org/10.1556/OH.2014.HO2499>

FEITH, HJ. – GRANDVOHL, E. – Balázs, P.: „Az orvosok kötelezettségei, a betegek jogai a dualizmus korában hatályos egészségügyi jogszabályok alapján” *Lege Artis Medicinae* 25, 10 (2015): 454–460.

FEITH, HJ. – GRANDVOHL, E. – VÁCZI, A. – BALÁZS, P.: „Betegek jogi helyzete a paramedikális dolgozók XVIII–XIX. századi szabályozásában” *Kaleidoscope* (online folyóirat) (2014): 9. 112–116. 2020.05.10. http://real-j.mtak.hu/2892/1/kaleidoscopehistory_9.pdf

FODOR, J.: *Közegészségügy Angolországban tekintettel az orvosiügyre, orvosi rendészetre és törvényszéki orvosi ügyre, valamint a hazai viszonyokra*. Budapest, Athenaeum, VII. o., 1873.

GRÓSZ, L.: *Emlékirat a hazai betegápolási ügy keletkezése, fejlődése s jelenlegi állásáról.* 71. Buda, 1869.

INCZE, F.: A Rókus Kórház kétszáz éve. in *Szent Rókus Kórház Jubileumi Évkönyve 1798–1998*, szerk. Hoványiné Nádassy, Mandler, Stadler, 24, Szent Rókus Kórház és Intézményei, Budapest, 1998.

KAPRONCZAY, K.: *Orvosi művelődés és egészségügyi kultúra a XVIII. századi Magyarországon.* Budapest, Semmelweis, 2007.

KRÁSZ, L.: *A bába történeti szerepváltozása a 18. században.* Budapest, Osiris, 101, 142–144, 206., 2003.

OECD: *Health at a Glance 2021 OECD.* OECD Indicators, 213. 2020.05.10. URL 2022. 04. 29. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance_19991312

ÓRY, P.: „A természetes szaporodás alakulása és helyi változatai a 18. századi Magyarországon.” *Történeti demográfiai évkönyv 2001*, 193–223. 2020.05.10 URL <http://demografia.hu/kiadvanyokonline/index.php/tortenetidemografiaievkonyvek/issue/view/48>

PÁLVÖLGYI, B.: „A magyar közegészségügyi közigazgatás intézményrendszere (1867-1914)” Ph.D disszertáció 2006. 2012.04.20. EPA02363_themis_2003_palvolgyi_phd.pdf

VARGA, L.: *A közegészségügy rendezése és helyzete hazánkban a múlt század utolsó negyedében.* Budapest, Medicina, 1962.

Felhasznált jogforrások

1770. Generale Normativum in Re Sanitatis

1786. 37656. számú Helytartótanácsi határozat

1790/91. évi Országgyűlés LXVII. Törvénycikke

1793. Ordines Politici in negotio sanitatis projectati

1848. évi III. törvénycikk

1876. évi XIV. törvénycikk

1876. november 21-én 51.661. szám alatt, Tisza Kálmán belügyminiszter által kiadott végrehajtási rendelet

1894. évi XXXI. törvénycikk

1894. évi XXXIII. törvénycikk

1908. évi XXXVIII. törvénycikk

1936. évi I. törvénycikk

1950. évi IV. törvény

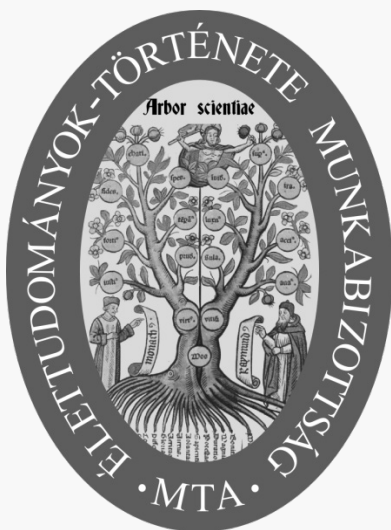
173/1951. (IX.16.) Minisztertanácsi rendelet



Forrai Judit – Krász Lilla (szerk.)

Élet – Tudomány – Történelem

Tanulmányok az MTA Élettudományok-története
Munkabizottság tevékenységéből, 2016–2023



LÉTRA Alapítvány
Budapest, 2023

Élet – Tudomány – Történelem

KALEIDOSCOPE KÖNYVEK 9.

Sorozatszerkesztő: Forrai Judit

Tanulmányok az MTA Élettudományok-története Munkabizottság tevékenységéből, 2016–2023

Szerkesztette: Forrai Judit, Krász Lilla

Címlapkép: az MTA Élettudományok-története Munkabizottság logója, amelyet Raymundus Lullus: *Arbor scientiae. Liber ad omnes scientias utilissimus*. Kiad. Josse Bade. Lyon: Huyon & Fradin, 1515. című kötet fametszet-illusztrációjának felhasználásával Romhányi Ágnes tervezett

© Létra Alapítvány

Borítóterv és tipográfia: Pók Andrea, Demeter Györgyi
Budapest, 2023

Létra Alapítvány
MTA Élettudományok-története Munkabizottság

1. Forrai Judit, Krász Lilla szerk.: Élet – Tudomány – Történelem. Tanulmányok az MTA Élettudományok-története Munkabizottság tevékenységéből, 2016–2023

ISBN 978-615-6275-07-3

2. Forrai Judit, Krász Lilla szerk.: Élet – Tudomány – Történelem. Tanulmányok az MTA Élettudományok-története Munkabizottság tevékenységéből, 2016–2023 [PDF]

ISBN 978-615-6275-08-0

Tartalom

| | |
|---------------------|---|
| Előszó | 5 |
|---------------------|---|

ÉLŐ RENDSZEREK ALKALMAZKODÁSA A KLIMATIKUS ÉS ÖKOLÓGIAI KÖRNYEZET VÁLTOZÁSAIHOZ

| | |
|--|----|
| <i>Both Mária:</i> Az indikációról az éghajlat- és a vegetációkutatás tudománytörténeti összefüggésében | 9 |
| <i>Alföldy Gábor:</i> Egy elfelejtett nemzedék? Magyarországi értelmiségiek a közép-európai tudáshálózatokban a 19. század első harmadában: külföldi egyesületek és folyóiratok mint a tudományos diskurzus médiumai | 17 |
| <i>Törő Klára:</i> A klímaváltozás és a mortalitás közötti összefüggések megítélése, különös tekintettel az igazságügyi orvostani szempontokra..... | 54 |
| <i>Falus András:</i> Az IT szerepe a genomikában | 65 |

BEHÁLÓZVA: AZ ÉLETTUDOMÁNYOK ÉS A HÁLÓZATELMÉLET KAPCSOLATÁRÓL

| | |
|---|-----|
| <i>Z. Karvalics László:</i> Affordancia, összegabalyodás és granularitás | 74 |
| <i>Király László, Lozsádi Károly:</i> A szív és az agy párbeszéde | 92 |
| <i>Krász Lilla:</i> Tudományos tudáshálózatok a modern kor küszöbén: orvosi írásmódok a 18. századi Magyar Királyságban | 118 |
| <i>Izsák Éva:</i> Városi terek hálózatának szerepe a települések átalakulásában | 138 |
| <i>Forrai Judit:</i> A prostitúció körüli hálózatok elméleti és gyakorlati valósága | 146 |
| <i>Lázár Imre:</i> A hálózatelvű orvoslás és a pszichoimmunológia | 163 |
| <i>Gaál Botond:</i> A szabadságra teremtett ember a szeretet hálójában | 186 |

RÉGI-ÚJ TUDOMÁNYOK SZÜLETÉSE: ÉRTELMEZÉSEK, MÓDSZEREK, PARADIGMAVÁLTÁSOK

| | |
|---|-----|
| <i>Győry Hedvig</i> : Szentjánoskenyérfa az ókori Egyiptomban | 199 |
| <i>Molnár Dávid</i> : Danaé erszénye, Kirké kelyhe: a velencei kurtizánok aranykora? ... | 223 |
| <i>Magyar László András</i> : A reformáció hatása az egészségszemléletre | 241 |
| <i>Feith Helga</i> : Jog(os) kérdések. Első hatályos egészségügyi jogszabályok és azok komplex vizsgálata | 248 |
| <i>Rosivall László</i> : Élet – Tudomány – Történelem | 262 |
| <i>Szabó Péter</i> : Charles Darwin korszakalkotó növényteni munkássága | 281 |
| <i>Szalai Judit</i> : A kényszerbetegség történeti megközelítései | 300 |
| <i>Molnár F. Tamás</i> : Mechanizált sebészet: a varrógépek tudománya | 305 |
| <i>Kótai István</i> : A tegnapok egyik ködlovagja: Liebermann Leó | 327 |
| <i>Boján Eszter Gyöngyi, Rigó János</i> : A szimulációs eszközök szerepe és fejlődése a szülészet oktatásában a kezdetektől napjainkig | 344 |
| <i>Blázovics Anna</i> : Nincs új a nap alatt, vagy mégis? Kihívások, eredmények és lehetőségek a fitoterápiában | 357 |

ALUMNI: A BIZOTTSÁG IFJÚSÁGI TAGOZATÁNAK TEVÉKENYSÉGÉRŐL

| | |
|--|-----|
| <i>Feith Helga Judit, Both Mária, Győry Hedvig, Gradvohl Edina, Kitzinger István, Falus András, Forrai Judit</i> : Tudománytörténeti mozaikok Simmelweis korából. Egy kísérleti oktatási program első tapasztalatai | 368 |
| <i>Feith Helga Judit, Falus Márton, Jónás Georgina, Stubnya János, Both Mária, Győry Hedvig, Forrai Judit</i> : Gamifikáció: járványtörténet középiskolások részére másképp | 384 |