

Az orvos és a közhatalom

Balázs Péter

Az egészségkultúra olyan általános fogalom, amely minden részletében lefedi a közösség és az egyén egészségével kapcsolatos társadalmi intézmények és emberi magatartások összességét. Meghatározó szereplői mindig is az orvosláshoz értő szakemberek voltak. Szolgálatukat a közvetlenül hozzájuk forduló betegeken kívül az egészségügyi hatóságok is igénybe vették. Az egészségügyi hatóság olyan szervezet, amely az egészségkultúra közösségi szabályozásáért visel felelősséget. Működését már az ókortól kezdve nyomon követhetjük, részben a jogi normákba foglalt közegészségügyi rendszet, részben a vonatkozó, ugyancsak normatív vallási előírások alapján. A hatóságoknak az a célja, hogy megelőzzék a betegségeket, megőrizzék, sőt javítsák mindenki egészségét.

Európában a mai orvoslás Hippokratészig visszavezethető vonulata önazonosságát a közhatalomtól független, személyes orvos-beteg kapcsolatban végzett gyógyszolgáltatásból merítette. Az utóbbi mintegy két és fél évszázadban ez a több ezer éves identitás gyökeresen átalakult. A modern európai orvoslás szakmai és hivatásrendi újrendeződést keresve egyensúlyoz az általa képviselt beteg személyes érdeke és az ellátást közérdekből irányító, sőt fizető közhatalom között.

Minden társadalom és minden korszak egészségkultúrájában jellemző határvonalak húzódnak a közhatalom és a magánszféra között. Kezdetben az ősi szokások, később a vallás, az erkölcs és a jog tételei normái adtak eligazítást az orvosnak a két területen követendő magatartásról.

Orvos megnevezéssel általában azt a szakembert illetjük, aki gyógyítógyakorlatot folytat, tehát szakmai tudás és technikai képességek birtokában személyes szolgáltatást nyújt a betegeknél. Természetesen azok is orvosok, akik a megfelelő tanulmányokat sikerrel elvégezték, de nem foglalkoznak betegek gyógyításával. Ilyen esetekben különböző kö-

rülírásokat alkalmazunk (kutatóorvos, tisztiorvos, orvos jogász stb.). A jelző nélküli (gyakorló) orvos hármas minőségben állhat kapcsolatban a közhatalommal: lehet 1. képviselője, 2. végrehajtója, illetve 3. megbízottja vagy alkalmazottja.

Közhatalmi pozíció birtoklása kivételként fordult elő a történelemben. Az emberiség fejlődése során a társadalom belső működését, illetve az élő és élettelen környezethez fűződő viszonyát nem a személyes gyógyszolgáltatók soraiból kiemelkedő orvosok, hanem a vallási, katonai, politikai és gazdasági vezetők irányították. Modern polgári társadalmakban a közhatalmat képviselő orvosok helyzetét szigorú szabályok rendezik. Összeférhetetlenség esetén nincs kölcsönhatás, a praxis engedése esetén viszont a garanciális elem éppen a kölcsönhatás lehetőségének kizárása.

A közhatalom akaratát végrehajtó, államigazgatásban dolgozó köztisztviselő orvos a gyógyításban szerzett szaktudását hasznosítja a hatósági munkában, de kinevezése egyben azt is jelenti, hogy a továbbiakban nem nyújthat személyes gyógyszolgáltatást a betegeknél. Történelmileg egyáltalán nem számított ritkaságnak, hogy a gyógyítás és az állami vagy helyi közigazgatás szorosan összefonódott egymással. Nem hagyhatjuk figyelmen kívül, hogy a nagy birodalmi vallások, illetve a helyi kultuszok révén a szent orvoslás és a vallásos egészségügyi rendszet tulajdonképpen minden orvos papnak hatósági jogkört biztosított. Európai jellegzetesség, hogy a kétezer éves keresztény kultúrában nem alakult ki szervezett szent orvoslás, és az egyházi hatóságok az egészségügyi kultúrát sem ritualizálták.

A világi orvoslás tudásának birtokosai és művelői Hippokratész (i. e. 460–375) előtt egyszerű iparosok voltak. Hippokratész nyomán társadalmi tekintélyük és szakmai presztízisük megerősödött, de ezután sem keresték a közhatalom közelségét. A késői középkorban, majd az újkorban viszont a társada-

lom az orvos szaktudását egyre több közfeladatra vette igénybe, majd végül lényegében kisajátította. Tulajdonképpen erről a folyamatról szól az orvos és a közhatalom viszonyának története, amelynek fordulatai nélkül semmit nem érthetünk meg a modern orvos magatartásáról.

A szolgáltató orvos közösségi identitása

A szolgáltató orvos és a közhatalom kapcsolatát napjainkban egyértelműen rendezik a hatályos jogszabályok. Hazai jogalkotásunkban ez az állapot egy legalább 230 éves folyamat eredménye, ha kiindulási pontnak az 1770. évi *Generale Normativum in Re Sanitatis* című egészségügyi (és nem közegészségügyi!) törvényt tekintjük. Az elmúlt több mint két évszázad során azonban a vonatkozó jogszabályok érvényesülését – úgy is mondhatnánk, hogy az orvosok jogi szocializációját – többszörösen keresztelte a gyógyítók rendjének féltve őrzött szakmai és hivatáserkölségi autonómiája.

Bővebben kifejtett jogszociológiai eszmefuttatás helyett a jelenlegi keretek között csak néhány jellegzetes orvosi és jogi érvet említhetünk a kérdés aktuális és történelmi bonyolultságáról. Polgári jogi szempontból az orvos alapvetően megbízási, és csak igen jelzetten vállalkozási tevékenységet végez. Szolgáltatása nem a felek által előzetesen rögzített végcél elérésére irányul, hanem kötelezettségvállalás arra, hogy az őt megbízó beteg érdekeit legjobb tudása szerint fogja képviselni.

Büntetőjogban a valódi ok és okozat, vagyis a természettudományos okság ismerete nélkül – a nyilvánvaló esetektől eltekintve – megfoghatatlan volt a kapcsolat az orvos esetleges vétkes tévedése és a kezelés eredménye között. Nem véletlen, tudat alatti védekezés tehát, ha kártérítésért indított polgári peres eljárásokban a gyakorló orvosok ma is „műhibát” hiányolva állnak „értetlenül” a kereset megalapozottsága előtt.

Felmerülhet még, hogy tulajdonképpen az államigazgatási jogágba tartozó egykori szabályozások – főként a járványügyben – miért nem írtak elő kötelezettséget az orvosok számára. Igen egyszerű a magyarázat. Amint azt az orvostörténetből tudjuk, a járvány a felvilágosodás koráig Isten büntetése volt, tehát nem tartozott a szakma kompetenciájába. Így még az 1600-as években sem keltett megütöközést az emberek részéről, hogy például Thomas Sydenham (1624–1689), az „angol Hippokratész” 1665-ben pánikszerűen összecsomagolt és elmeneült a londoni pestis elől.

A fenti körülmények miatt az orvoslás közhatalmi szabályozását a történelemben – néhány jogtör-

téneti érdekességtől eltekintve – nem jogi, hanem erkölcsi normák biztosították. Sőt, ami még furcsább, a társadalom a hivatásrend belső erkölcsi rendszerét, vagyis a hippokratészi etikát fogadta el zsinórmértéknek. Külön sajátosság, hogy az orvosi végzettséggel nem rendelkező sebészmesterek körében a hippokratészi esküt a XIX. századig a céhes testületi szabályzatok helyettesítették. Mellesleg a céhek, a baráti vagy tudományos társaságszerű orvosi egyletekkel szemben, nem virtuális, hanem nagyon is kemény „hivatásrendi” szervezetek voltak. Vétség esetén például a foglalkozás gyakorlását érintő szigorú büntetéseket is kiszabhattak.

A közhatalom behatolása a gyógyszerellátásba

Mai bonyolult viszonyainkhoz képest a középkor és az újkor határán viszonylag egyszerűen áttekinthető állapotok uralkodtak. A feudális széttagoltság viszonyai között a kevés számú, egyetemet végzett orvos – feltéve, hogy állandó lakó- és munkahelyet keresett – egy-egy kisebb közösséggel került közjogi kapcsolatba. Ilyenek voltak a városok, fejedelemségek központjai, de maga a királyi udvar is, ugyanis az udvari orvosnak sem volt semmilyen „országos” funkciója. Az orvos az adott közösség vezetőitől kért és kapott lehetőséget személyes gyógyszerellátások nyújtására. A közhatalmat képviselő hatóság – tipikus esetben a városi tanács – megtekintette a képzettséget igazoló okmányokat, majd a felek szerződésben rögzítették, hogy az orvos milyen időtartamra és milyen feltételek mellett nyithatja meg a rendelőjét. Ilyen szerződésekre rengeteg példát találunk a magyar orvostörténeti irodalomban (1). A magyar jogfejlődés (szemben a német viszonyokkal) az orvos működési engedélyét soha nem tekintette iparengedélynek. A céhes sebészmesterek természetesen szabályos iparengedélyt kaptak (Magyarországon 1872-ben adták ki az utolsó okleveleket a nem orvosdoktori diplomával rendelkező sebészek számára).

A közösség csak a szolgáltatások általános feltételeinek szabályozását végezte, de nem avatkozott be a magánkapcsolatokba és az orvos üzletpolitikájába. Természetesnek vették, hogy az orvos magánügye volt a jól és a gyengén vagy egyáltalán nem fizető betegek üzleti elszámolása. A karitatív ellátás a klasszikus hippokratészi etikát követte: „A honorarium megállapításánál mindig tekintetbe kell venni a betegek vagyoni viszonyait, de az orvos soha ne mulassza el a hozzá forduló szegény beteget ingyen gyógykezeltetni, mert a jó cselekedet emléke többet ér a pillanatnyi haszonnál” (2).

Ha egy-egy város – többnyire az újkortól kezd-

ve – az orvos letelepedését közigazgatásilag előírt szegényrendelet tartásához kötötte, vagy díjtételeket szabályozott, megtette az első lépést a későbbi közfinanszírozás irányába.

Az orvosok működési engedélyét a helyhatóságok általában összekapcsolták a *sanitas publica* (innen a public health) elemi feladatainak ellátásával. Mai közegészségügy fogalmunk egyébként teljesen alkalmatlan a történelmi összehasonlításra, mivel csak egy igen szűk területet fed le az utóbbi két és fél évszázad során megfogyatkozott szemantikai tartományból. Az egykori *sanitas publica*, vagyis a klasszikus közegészségügy a rendészeti jogalkalmazás mellett magába foglalta a közpénzekből fedezett egészségügyi és szociális gondoskodást, a preventív-promóciós intézkedéseket, illetve mindezek hátterében az összes adatgazdálkodási és ügyintézési tevékenységet.

Magyarországon akkor következett be minőségi fordulat az orvos és a közhatalom viszonyában, amikor az 1800-as évek végén kiderült, hogy egyes közhatalmi feladatok orvosi ellátása – részben az időigény, részben az összeférhetetlenség miatt – csakis főállásban lehetséges. A magánszférából ekkor váltak ki az orvos tisztviselők, ugyanakkor a közszolgáltatások egyre nagyobb területre terjedtek ki az orvos gyógyítómunkájában.

Hogyan lett közügy a személyes egészségből?

Mai népjóléti viszonyaink közvetlen előzményei az 1800-as évek második felének társadalmi-gazdasági folyamataira nyúlnak vissza. Az ipari forradalom hatására hatalmas változások mentek végbe főként Nyugat-Európában, de némi késéssel Közép-Európa is felzárkózott a fejlődéshez. A belső munkaerő-vándorlás nyomán az ipari városok lakossága soha nem tapasztalt hirtelen növekedésnek indult. Az elégtelen kommunális infrastruktúra és a tömegnyomor katasztrofális veszteségekkel járó, rendszeresen visszatérő enterális járványokat okozott. Az első gazdasági lendület után rövidesen kiderült, hogy az ipari fejlődés ütemének fenntartása (sőt fokozása) nem lehetséges a radikálisan átrendeződött népesség által képviselt emberi tőkét fektetett pótlólagos beruházás nélkül.

Az iparosodott és erősen tagolt modern polgári társadalomban természetesen nem általában a közösség reagál a kihívásokra, hanem a választott politikai vezetés és a közhatalmat gyakorló hatóság. Egyes nemzetközi folyamatok a XIX. század kezdetén közvetlenül is erősítették a hatósági beavatkozás hatékonyságát. A napóleoni háborúk korát lezáró Bécsi Kongresszus (1815) után Európa zárt

nemzetállamokra tagolódott, ami addig soha nem látott lehetőséget teremtett a gazdasági és demográfiai folyamatok elemzésére. Az erősödő polgári közigazgatás bürokráciája pontos adatokat gyűjtött az élet minden területéről. Ezek feldolgozását és felhasználását „politikai számtannak” nevezték, ami rövidesen azonosult az előző században megalapozott statisztika tudományával. A politikai megrendelések szaporodása következtében az 1800-as évek második harmadától a demográfiai statisztika hihetetlenül gyors fejlődésnek indult. Behatóan kezdték tanulmányozni a születések és halálozások dinamikáját, a trendek alakulását és a befolyásoló tényezőket. Mivel a munkára és hadra fogható lakosság száma döntő tényező volt a hatalmak közötti versenyfutásban, újabban nem karitatív módon, hanem ipari és katonai „megrendelés” alapján vált gyakorlati feladattá az anya- és csecsemővédelem, az ifjúsági és munkásvédelem megszervezése.

A fokozódó szociális feszültségek a lakossági jövedelmek és a fogyasztás szerkezetének vizsgálatát is előtérbe helyezték. Ez szolgáltatta az első kemény adatokat a jótékonykodó szegényellátáson túllépő, jogszabályi kötelezettségekbe foglalt szociális újraelosztó rendszerek létrehozásához. A betegség, az öregkor és a munkahelyi balesetek társadalmi hátrányait ellensúlyozó közfinanszírozott ellátás a XIX-XX. század fordulóján Nyugat- és Közép-Európában is hatalmas szervezetté fejlődött. A járványos betegségek analógiájára – a halálozási és megbetegedési statisztikák alapján – a *népbetegség* fogalmi újítása is segítette a közfinanszírozás térhódítását.

Hatóság – hivatal – közintézmény

A kapitalista társadalomba átlépő, polgárságra támaszkodó abszolút monarchiák új, a korábbiaktól független hivatali apparátusokat hoztak létre. Ezek központosított társadalomszervező és -irányítási tevékenységbe kezdtek, vagyis az uralkodói akaratként közvetített, de már polgári értelemben megfogalmazott közügyek közhatalommal történő szabályozását és intézését végezték.

Szervezeti háttérük megnevezésére magyar nyelvhasználatban a *hatóság* és a *hivatal* kettősét alkalmazzuk. Általános és elvont fogalomként a hatóságot használjuk, míg a hivatal a hatóság konkrét megjelenését, pontosabban annak szervezeti tagozódását, ügyintéző és infrastrukturális háttérmunkáját jelenti. A jogalkalmazást képviselő hatósági határozatok mögött hivatali munkavégzési folyamatok tömege húzódik meg, felügyelet, ellenőrzés, intézkedés, kirendelt munkavégzés és komplex adatgazdálkodás formájában. Egyes esetekben a lakosság elsősorban a háttérmunkát látja. Klasszikus példák

da erre az egykor állami monopóliumként működő postahivatal munkája. Mellesleg olyan fogalmaink, mint például a plébániahivatal, az egyházak XIX. századi közszolgálati működésére utalnak, pontosabban az állami anyakönyvezés előtti, felekezeti alapú demográfiai adatgazdálkodásra.

Túl az általános igazgatáson, a hivatali munka speciális szakmai ismereteket követel, ami a közegészségügyben különösen előtérbe került a mikrobiológiai felfedezések következtében. Spekulatív megfontolások alapján a modern természettudományos epidemiológia előtt is alkalmaztak járványügyi intézkedéseket, de ezeket mai szemmel nézve legfeljebb erőt demonstráló pótcselekvésnek minősíthetjük. Mentségére szolgáljon az egykori hatóságoknak, hogy az orvostudomány mikrobiológiai felfedezései előtt egyéb eszköztár nem is állt a rendelkezésükre.

Az orvos munkájának eseti igénybevételeből a XIX. század végére állandó hatósági szakközegként eljáró működés jött létre. Ezen a ponton vált el egymástól a gyógyító (gyakorló) és a köztisztviselő (tiszt) orvos tevékenysége, ami végül elvezetett az önálló közegészségügyi szakhatóság megjelenéséhez.

Az újkori modernizáció kibontakozásával nemcsak az orvosi szakma nyert befogadást a hatóság munkájába, hanem a hatóság is berendezkedett a személyes egészségügyi szolgáltatásban. Ezt nevezték korabeli szóhasználattal gondozótevékenységnek. A gondozói ügyintézésből hatalmas méretű népjóléti infrastruktúra bontakozott ki, amelyben világosan elkülönültek egymástól a pénzbeli és a természetbeni ellátások. Az egészségügyi ellátásban forgó közpénzeket kezdetben a területi közigazgatási szervek kezelték, de ez később áthelyeződött a társadalombiztosításhoz. Újabb fordulatként a társadalombiztosítás hivatali apparátusa a hatósági határozatok szakszerűségének fenntartása érdekében orvosokból álló tisztviselői kart is szolgálatba állított.

Természetbeni ellátásban a hatóságok nem elvont „ügyeket” intéztek, hanem konkrét személyeknek biztosítottak egészségügyi szolgáltatást. A közkórház tipikus példája az új *közintézményeknek*, amelyek néha épületállományban, személyzetben és berendezésben öltöttek testet. Máskor azonban virtuálisak maradtak, például a települési orvostartási kötelezettségre alapozott egyszemélyes községi, illetve körorvosi mozgó „hivatal” esetében.

A kórház mint modern közintézmény

A szociális segítségnyújtásnak, amelynek lényege a társadalom peremére sodródott és általában egészségükben is károsodott emberekről történő gon-

doskodás, történelmi hagyományai vannak. Európában a középkori helyhatóságok vagy az állammal szorosan összefonódott egyházak tartották fenn a szegényházakat. Bár névlegesen itt is biztosítottak orvosi ellátást, Magyarországon az 1800-as évek második feléig még az úgynevezett szegényházi kórházak is többnyire csak nyomorenyhítő szociális intézmények maradtak, helyenként elképesztően rossz higiénés viszonyokkal.

A döntően közpénzekből épített és fenntartott modern kórház a XX. század kezdetétől játszott vezető szerepet az orvos és a közhatalom viszonyának átalakulásában. Létrejöttét két egymással összefonódó, részben higiénés hotelszolgálati, részben medicinális műszaki-technikai tényezőnek köszönhetette. Az első tényező a gyógyításhoz szükséges minimális higiénés háttérrel függött össze. Ezt korábban a hagyományos paraszti gazdálkodást folytató családok, illetve még a polgárság legalsó rétegei is saját otthonukban biztosították. Városi proletár környezetben azonban ezt a minimális szaniter és komfortfokozati szükségletet sem vették figyelembe a bérkaszárnnyák építetői. Helyettük az állam, illetve a helyhatóságok kényszerültek betegség esetén a feladatot átvállalni. Mintakészletként a katonai és büntetés-végrehajtási körletek szolgáltak alapul az új közkórházi „hotelszolgálathoz”. Ennek szellemi lenyomata a történelmi szövegeket mechanikusan másoló kórházaink házirendjében ma is kísért. Az ágyak számához képest aránytalanul kevés, kórtermen (nem betegszobán!) kívüli, mellékhelyiségek jelenségében ugyanez a jelleg mutatkozik meg. Az egykori polgári jólétben élő rétegeket kiszolgáló magánkórházak és szanatóriumok esetében a hotelszolgálatot nem kell idézőjelbe tenni, hiszen az ott ténylegesen az igényesebb vendéglátó-ipari normák szerint szerveződött.

A modern kórházkultúra születésének *par excellence* szakmai tényezői az orvostudomány fejlődésével párhuzamos műszaki-orvostechnikai újítások voltak. Ez a fejlődés igen gyorsan meghaladta a kórházi vagy otthoni kezelés hagyományosan szociális alternatíváját. Az intézeti elhelyezés például abszolút követelmény volt a nagy műtétet igénylő betegség esetén. Ugyanez a változás személyzeti oldalról azt tette világossá, hogy bizonyos szakmai feladatok ellátása az orvostól teljes munkaidőt, vagyis főfoglalkozású alkalmaztatást követel.

A „közegészségügy rendezése” 1876-ban

Egészségügyi jogtörténetünk az első magyar közegészségügyi törvénynek az 1876. évi XIV. törvény-cikket (3) tekinti, bár tulajdonképpen a már említ-

tett 1770-es *Generale Normativum in Re Sanitatis* is közegészségügyi törvény volt, amely a közfeladatokat ellátó orvosokat két csoportra osztotta. A latin nyelvű normaszöveg a hatóság mellé kinevezett tisztviselő orvost *physicusnak* nevezte, míg a *medicus* magángyakorlatot folytatott, de a törvény közfeladatot is előírt a számára: „Tehát az orvos (*medicus*), aki előírt és szokványos módon elfogadtatott, működési területén minden igyekezetével törekedjék a közösség és a magánszemélyek egészségének szolgálatára, a hatóságoknak pedig, amelyek a Törvényt szolgálják, jó akarattal és azonnali munkavégzéssel engedelmeskedjék” (I. cím 2. §) (4).

A *physicus* nem önálló szakhatóság volt, hanem – ahogyan akkor mondták – a hatóság szakközege, tehát az a tisztviselő, akinek szakértelmét a hatóság a felügyeleti-ellenőrző munkában és a hatósági határozatok meghozatalában igénybe vette. Mária Terézia uralkodása alatt (1740–1780) a közegészségügy központi szabályozásához szükséges hatósági szervezet kialakítását és munkáját a lakosság mindenütt vegyes érzelmekkel fogadta. A normatív szabályozás és a közhatalmi eljárások éles ellentétben álltak a hagyományos gyógykultúra helyi önállóságával, és azon belül főként a népi gyógyászattal. Így volt ez az örökös tartományokban is, de Magyarországon az alapjában véve korszerű törekvéseket úgymond a Habsburg-gyarmatosításnak ellenálló vármegyei önkormányzatok is igyekeztek megakadályozni.

A XIX. század utolsó harmadában az 1867-es kiegyezés teljesen új közjogi helyzetet teremtett. Minden közösségileg elkötelezett orvos nemzeti vívmánynak tekintette az 1876. évi XIV. törvénycikket a közegészségügy rendezéséről. Sőt, a természettudományos medicina sikerein felbuzdulva, szinte versenyeztek egymással, hogy egyre erősebb nyomást gyakoroljanak az államhatalomra az újabb és újabb szabályozások érdekében. Mindenki világosan érzékelte, hogy a társadalom egyre súlyosabb egészségügyi gondjainak kezelése meghaladja a magánorvosok jótékonykodását. Magánérdekű egészségügy helyett a jövőben csak a *közegészségügy* forrásai, szervezeti és működési megoldásai jelenthettek hatékony segítséget.

Elsőrendű cél volt, hogy a közérdekű egészségügyben a hivatali ügyintézés, a szakértői munka és a közszolgáltatások teljesítése ne függjön a hagyományos területi egyenlőtlenségektől. Ezért a törvény 6000 fős alsó lakossági határ felett a közigazgatás részére orvostartási kötelezettséget rendelt el. Lehetőség volt arra is, hogy a 6000 lakossal bíró községek az apróbb szomszéd községekkel közösen tartsanak orvost, sőt 6-10 ezer lélekszám között több község is csoportosulhatott egy közegészségi körbe (innen ered a „körorvos” elnevezése). Szemben a későbbi (és a jelenlegi) joggyakorlattal, a helyi közszolgáltatást végző orvosoknak az 1876. évi

XIV. törvénycikk intézkedési jogkört nem biztosított. A hagyományos jogfelfogás még igen mereven működött, annak ellenére, hogy önmagában az intézkedés nem keletkezett jogviszonyt a kötelezett és az intézkedő közeg között, csupán a jogszabályokban meghatározott tényállás bekövetkezése esetén jogosítja fel a hatóság képviselőjét a cselekvésre.

A községi vagy körorvos a személyre szóló ellátásban három területen végzett közszolgáltatást: 1. hatósági díjszabással dolgozott, 2. kötelező ingyenes szegényrendelést tartott, és 3. elsősegélyt nyújtott baleset és sürgős szükség esetén. Valójában mindhárom kötelezettség a közfinanszírozás társadalombiztosítás előtti modelljét képviselte. A hatóság így gondoskodott a beteg fizetőképességétől független hozzáférhetőség megteremtéséről.

Saját virtuális „hivatalában” a községi orvos szakértői ügyintézés is végzett. Ilyen munka volt 1. az általános közegészségügyi felügyelet, 2. a lelencek és fogyatékosok ellenőrzése, 3. a halottkémlés, 4. a himlő elleni védőoltás, 5. bármilyen hatósági ki-rendelésre (rendőrség, bíróság) szakértői tevékenység teljesítése. Végül mindezekről negyedévenkénti jelentést tett az elsőfokú hatóságnak.

Önálló egészségügyi hatóság akkor még nem lévén, az elsőfokú hatósági jogköröket az általános belügyi igazgatáshoz telepítették. Községekben a szolgabíró, az úgynevezett rendezett tanácsú városokban a polgármester, törvényhatósági városokban a rendőrkapitány, a fővárosban pedig a kerületi előljáróság vezetője gyakorolta a jogokat (a törvényhatósági városok jogállásának ma a megyei jogú városok felelnek meg). Másodfokon az alispán járt el a vármegye nevében, illetve a városi tanács a törvényhatósági város és a főváros esetében. Harmadfokú hatóságként a belügyminiszter látta el a feladatot. Az első- és másodfok mellé – ahogyan akkor nevezték – szakközegként a törvény főállású tisztviselő orvosokat rendelt. Első fokon a tisztiorvost járási orvosnak is nevezték a hozzá tartozó közigazgatási területi egység alapján. Törvényhatósági városokban városi tisztiorvos, Budapesten pedig a kerületi tisztiorvos volt az elnevezése. Másodfokon a vármegye, a törvényhatósági város, illetve a főváros egészségügyi szakközege a tisztí főorvos volt. Mivel a fővárosban nem volt egyértelmű a köztisztviselői munka értelmezése, az 1893. évi XXXIII. törvénycikk „Budapest székes főváros kerületi előljáróságáról” úgy rendelkezett, hogy „A kerületi előljáróság tisztviselői magánosok részére munkálatokat nem teljesíthetnek; a kerületi tisztiorvosok és állatorvosok orvosi gyakorlatot, a városbírák ügyvédi gyakorlatot nem folytathatnak” (12. §) (5).

Kórházügyben a törvény a hagyományokat követve az elmeügyintézeteket külön fejezetben tárgyalta, de az állami és magántulajdonú intézetek mellett a kórházakban lévő „tébolydai osztályokat”

is megemlítette. Mivel 1876-ban a közszolgálatban még nem különültek el az ügydöntő köztisztviselők és a csak szolgáltató közalkalmazottak, az orvosok minden közösségi tulajdonú kórházban köztisztviselőként kerültek alkalmazásra. Fizetésüket is ennek megfelelően folyósították. Esetükben azonban nem szerepelt tiltás a magánpraxist illetően. Mindenki természetesnek tekintette, hogy ezek az orvosok a közszolgálat mellett a magángazdaságban is tevékenykedtek.

Közhatalom a finanszírozásban

A „közegészségügy rendezése” 1876 körül két okból nem keltett jelentősebb feszültséget a személyes ellátásban. Egyfelől az állam forrásokat biztosított a többletfeladatokra (az orvosok helyhatósági tisztviselői fizetést kaptak), másrészt érintetlen maradt a magánpraxis és a szakma hippokratészi önállósága. Igazi feszültségek akkor keletkeztek, amikor megkezdődött a szociális biztosítás rendszerének kiépítése. Jogi kereteit az 1891. évi XIV. törvénycikk hozta létre, a betegség elleni kötelező szociális biztosításról, amelyet a korabeli terminológia alapján munkásbiztosításnak neveztek. Természetbeni szolgáltatásai közé tartozott az orvosi ellátás és a gyógyszer. A pénzbeli ellátásban a táppénz képviselte a túlnyomó részt. Ez a törvény még nem rendelkezett a munkahelyi balesetekről. Csak az 1907. évi XIX. törvénycikk teremtette meg az egységes szerkezetbe foglalt baleseti és betegbiztosítást.

A természetbeni ellátásban az orvos munkája nélkülözhetetlen volt, a pénzbeli ellátásokat pedig elsőfokú szakértői véleménye alapján folyósították. Ennek érdekében szerződnie kellett a biztosítóval. Olyan jogi kényszer nem állt a szerződés mögött, mint amelyet az 1876-os törvénycikk intézményesített a közfeladatokra. Létrejöttt a jogalkotó a piaci viszonyokra bízta, amelyeknek kedvezőtlen alakulása korábban soha nem tapasztalt forrongást váltott ki a magyar orvostársadalomban. A folyamatosan romló magángazdasági kereslet mellett ugyanis a közhatalom – nyilvánvalóan nem véletlenül – a szociális biztosításban az orvosok által egyöntetűen igen alacsonynak tartott díjakat állapított meg.

Prof. dr. Imre József (1851–1933) *Orvosi Ethika* című könyvének gazdaságfilozófiáját nem volt szokás idézni a szocializmus négy évtizedében, de érdemes újra felfedezni, ugyanis tökéletes képet rajzolt mai ellátási konfliktusaink eredetéről. Munkáját különben a szegedi egyetem nyugdíjas szemészprofesszoraként adta ki 1925-ben. Azokat az elveket foglalta össze, amelyek alapján az 1917–18-as tanévben etikai előadás-sorozatot tartott a kolozsvári I. Ferenc József Tudományegyetemen: „... [a szociális biztosítás] eltervezésekor az egyik, a fő szolgál-

tatás képviselője, az orvos nem volt jelen! ...A pénztárak alakításakor megcsinálták a költségvetéseket, de az orvosokra eső kiadás, ezek alkalmazásának módja, díjazásuk mértéke s ennek és a végzendő munkának aránya felől nagyon önkényesen és feleletesen intézkedtek. ...[akik a pénztárakkal szerződnek] orvosok helyett hivatalnokszerű alkalmazottak... Akár kerek összegben, akár fejenkénti átalányban kapják fizetésüket, ebből megélni alig lehet” (6). Imre professzor gazdasági etikája a már az ő idejében is nosztalgiával említhető jól jövedelmező magánygyakorlatra épült. Értékelmélete szerint az orvosi munka díjazása nem függ a kifejtett munka fizikai mérhetőségétől, az eltöltött időtől, a kitűzött céltól vagy a siker mértékétől. A díjak az orvos befektetett tőkéjének megtérülését biztosítják, amennyiben a „tisztes jót” keretein belül hozzájárulnak a megfelelő körülmények kialakításához. Díjszabásban a helyi életszínvonalat, a lakosság egészségről alkotott értékítéletét és a szakmai versenytársakat kell figyelembe vennie.

Kétségtelen, hogy Magyarországon a XIX-XX. század fordulóján igen jelentős gazdasági fellendülés zajlott, de a legalább százéves lemaradást ez a dinamizmus sem volt képes egy-két évtized alatt felszámolni. Megtörtént ugyan a német mintájú társadalombiztosítás bevezetése, de térítési díjai a hazai gazdaság szerényebb teljesítményéhez igazodtak. A szűkös források ellenére természetesen senki nem vitatta a magyar orvosoknak a fejlett európai szinttel egyenlő szolgáltatási teljesítményét. Más kérdés, hogy az orvosok ezt a helyzetet így nem akarták tudomásul venni: „...akár becsületbeli, akár anyagi érdekünk s boldogulásunk támogatását mi, orvosok nem várhatjuk az államtól, hanem csak magunk működésének hatásaitól.” „Az orvosi rend pénzügyi védelme körül lesz több tennivaló, minthogy az orvos közreműködését kívánó szociális munkák (gyermek-, anya- és munkásvédelem, egészségügyi közigazgatás, községek szervezése stb.) újabb alkalmazat adnak az orvosok méltánytalan megterhelésére, az irántuk való rosszindulat megnyilvánulására” (7).

Az Imre Józseffel azonosan gondolkodó orvostársadalom nem a közfeladatok elől menekült, hanem a *méltánytalan* megterheléstől. A XX. század elején még senki nem látta világosan, hogy a közhatalom terjeszkedése milyen szinten áll meg az orvosi szolgáltatásban. A konzervatív kollégák a köztisztviselők hatósági-hivatali attitűdjét másolták át a szolgáltató orvos közalkalmazottra, majd az így előállított ellenségképpel a hagyományos hippokratészi orvoslást állították szembe: „...az orvosi foglalkozás államivá tétele ... az orvosi gyakorlatnak s a tudományművelésnek alacsony fokon való stabilizálódását is jelentené, mint minden intézkedés, amely a szabad és tisztességes versenynek az egyéni képességgel és munkaminőséggel arányos boldogu-

lásnak kizárásával jár.” „Az orvoslás individuális művészet, szuverén alkalmazkodás és ellenállás. ... Ezért nem fog sikerülni hosszabb időre az orvosi kar hivatalosítása és az egész ügy államosítása. Ez nem analóg az iskolai tanítás ügyével” (8).

A két világháború közötti időszakban már világosan kirajzolódott a közhatalom lehetséges egészségügyi térhódításának határtalansága. Korabeli szóhasználatban az állami és helyi önkormányzati feladatokat „közegészségügyi kérdések” címen foglalták össze. A személyes szolgáltatásokat nyújtó ellátásról „orvosrendi kérdésként” beszéltek. Természetessé vált a közhatalom jelenléte a finanszírozásban, de a fő vonzerőt nem a társadalombiztosítás gyakorolta. Továbbra is jellemző maradt a magánvállalkozás, fő- vagy melléktevékenység formájában, de már a magánbetegek is a biztosítókra keresztül fizettek. Sőt, az első főállású, fix fizetésű biztosítópénztári orvos alkalmazottak is megjelentek. A nagy bevételek kíméletlen versenyt gerjesztő kisvállalkozói illúzióját felváltották a biztonságos, de szerényebb jövedelmek, amelyek az ország valós gazdasági viszonyaihoz igazodtak.

Racionális gazdaságban elemi érdek a közszolgálati és közfinanszírozott orvoslás arányos megfizetése, ugyanis ennek hiányában a szakmai színvonal csökkenése és a korrupció terjedése sokkal nagyobb közösségi kárral jár, mint az a pénzügyi „veszteség”, amelyet a magasabb jövedelmek okozhatnak. Sajnos a magyar orvostörténet azt bizonyította, hogy a gazdasági ésszerűség és a politikai bölcsesség többnyire nem tudott egymásra találni.

Magyarország 1949–1989 közötti szocialista korszakának nincs követendő példája a közhatalom és az orvos viszonylatában. Ez egyaránt vonatkozik a totális köztulajdonra és a rosszul fizetett totális közalkalmazásra. A valóság és a szocialista eszmények ellentmondása miatt alakult ki a köztulajdonban végzett illegális magánpraxis, és az orvosi szolgáltatás hallgatólágyon megtúrt (hálapénzes) magánfinanszírozása. Utóbbi „intézmény” a szocializmust is túlélte, és ma az egyik legsúlyosabb, megoldásra váró teherként az orvos és a közhatalom viszonyában.

A „közegészségügy rendezése” 1989 után

A XX. század utolsó évtizedében alkotott jogszabályok közül alapvetően az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatról (ÁNTSZ) szóló törvény (9), az egészségbiztosítási törvény (10) és az új egészségügyi törvény (11) határozza meg a szolgáltató orvosok és az egészségügyben érintett hatóságok kapcsolatát.

A polgári demokratikus fejlődés korszerű közhatalomának jelenléte három fő területre összpontosul az orvosi szolgáltatásban: Elsőként változatlanok a rendészeti típusú, klasszikus tisztiorvosi teendők, amelyeknek során jogokat és kötelezettségeket állapítanak meg, és az utóbbiak teljesítését, ha kell, erőszakkal is kikényszerítik. Második a felügyeleti és ellenőrzési tevékenység, hangsúlyozva, hogy a modern hatóságokat általában jellemző megelőzési szemléletnek különös jelentősége van az egészségügyi hatósági munkában. Harmadik fő terület az orvosi közszolgáltatások személyi, tárgyi és pénzügyi feltételeinek biztosítása.

Hatósági szervként a fenti funkciók gyakorlásában – a sajátos helyzetben lévő fegyveres testületektől eltekintve – az ÁNTSZ, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár, a szakminisztérium, illetve a helyi önkormányzatok hivatali apparátusa jelenik meg.

A gyógyító-megelőző szolgáltatások területén a szakértői tömegmunkát azok az orvosok végzik, akik a társadalombiztosítási ellátások igénybevételéhez szükséges elsőfokú szakvéleményeket adják („táppénzbe vétel”), illetve bizonyos jogviszonyokban az egészségügyi alkalmasságot állapítják meg. A társadalombiztosítás részére ilyen munkát csakis azok végezhetnek, akik egyéni vagy társas vállalkozásként kötöttek szerződést, vagy a munkáltatójuk rendelkezik ilyen szerződéssel. Szakértői tevékenységre a rendőrség, az ügyészség és a bíróság is igénybe veheti az orvos munkáját.

A gyakorlati szaktudás iránti igény sajátos megjelenési formája az ÁNTSZ szakfőorvosi hálózata. Nem teljesen analóg módon ugyan, de a tisztán hatósági szerepkörben eljáró orvos köztisztviselő – a XIX. századi „szakközeg” elődök mintájára – a gyakorlati orvosi munkát jól ismerő, azt művelő kollégákat hívja segítségül a hatósági feladatok ellátásához. A szakfőorvosok a városi, illetve megyei tisztifőorvosok által adott megbízás alapján tevékenykednek. Hatóságilag jóváhagyott munkaterv alapján látják el feladataikat, intézkedési jogkörrel azonban nem rendelkeznek. Ha azonnali intézkedést igénylő súlyos hiányosságot (például szakmai hibát, jogszabályba ütköző cselekményt) észlelnek, soron kívül jelentést tesznek az ÁNTSZ illetékes szervéhez.

Az orvos és a közhatalom kapcsolatának jövője

A történeti áttekintés és eredetmagyarázat után joggal tehetjük fel a kérdést, hogy milyen lenne az ideális kapcsolat a felek kölcsönösen egymásra utalt viszonyában. Jogi vonatkozásban az orvostársadalom bár nagyon lassan, de végül is tudomásul vette, hogy a közhatalom elsőként és mindenre kiterjedően

igényt tart a normatív szabályozásra. Hatályos egészségügyi törvényünk betegjogokról szóló része tulajdonképpen azt rögzíti, hogy a beteget mint szerződő felet milyen jogok illetik meg, függetlenül attól, hogy az orvos ebben a szerződésben mit gondol, vagy éppen mit tart helyénvalónak a saját felfogása alapján.

A konkrét gyógyszolgáltatás szakmai vonatkozásában fennmaradt az orvos szuverenitása, és ennek következtében a köz- és a magánérdek ütközésének lehetősége. Tudományos magyarázatát az orvosi etika és az egészségügyi rendszeretika ellentmondásában találhatjuk. Az orvos-beteg kapcsolat szolgáltatási eseményei szociálisan, etikailag és szakmailag is a magánszférában zajlanak, de nem függetlenek a közösségi szférától. Különösen akkor nem függetlenek, ha mindez köztulajdonú intézményben és

közfinanszírozással történik. Magánorvos vagy intézmény és magánbeteg között ez a „zavaró” hatás természetesen nem érvényesülhet. A házi- és szakorvoslás magánosítása csak enyhít a feszültségeken, mivel az ellátások túlnyomó többségét továbbra is a társadalombiztosítás finanszírozza.

A közérdek nem kíván szervilis magatartást az orvos szolgáltatótól, de elvárja, hogy tudomásul vegye a pénzügyi-gazdasági korlátokat, és a közjavakból senkit ne részesítsen előnyben a többiek rovására. A közhatalomnak dolgozó orvos viszont joggal elvárhatja, hogy elemi egzisztenciális feltételeinek megteremtésében ne kényszerüljön rá a szürke- vagy feketegazdaság forrásaira. Amíg ilyen kényszerek működnek a háttérben, reményünk sem lehet az orvos és a közhatalom viszonyának korrekt rendezésére.

IRODALOM

1. *Magyar Kossa Gyula.* Magyar orvosi emlékek. Budapest: Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat; 1931.
2. *Pecz Vilmos.* Ókori Lexicon. Budapest: Franklin Társulat; 1902. p. 927-28.
3. Az egészségügyre vonatkozó törvények és rendeletek gyűjteménye 1834-1894 - 1876. évi XIV. tc. A közegészségügy rendezéséről - Budapest: Dobrowsky és Franke Kiadó; 1895. p. 68-97.
4. *Linzbauer Xavér Ferenc.* Codex Saniterio-medicinalis Hungariae. Budapest: 1852-61. II. kötet. p. 538.
5. Az egészségügyre vonatkozó törvények és rendeletek gyűjteménye. A 3. pontban idézett mű: 688. o.
6. *Imre József.* Orvosi etika. Előadások az orvosi élet helyes folytatásáról. Budapest: Stúdium kiadás; 1925. p. 186-88. o.
7. *Imre József.* id. mű: 241, 256. o.
8. *Imre József.* id. mű: 192-93, 250. o.
9. 1991. évi XI. tv. az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi szolgálatról.
10. 1997. évi LXXXIII. tv. a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól.
11. 1997. évi CLIV. tv. az egészségügyről.

A MAGYAR NEPHROLOGIAI TÁRSASÁG 2001. ÉVI NAGYGYŰLÉSE

Balatonvilágos, Club Aliga
2001. szeptember 20-22.

Fő témák:

- A vesebetegségek progressziója (genetikai predispozíció, hipertonia, dyslipidaemia, dohányzás), a konzervatív terápia lehetősége
- Az életminőség javítása veseelégtelenségben (anaemia, csontbetegségek, cardiovascularis betegségek)
- Diabetikus nephropathia
- Haladás a vesepótló kezelésekben (dialíziskezelések, vesetranszplantáció)
- A családorvosok szerepe a vesebetegség korai felismerésében és a vesebetegek gondozásában

Részvételi díj: 2001. július 1-jéig MNT-tagoknak 7000 Ft, 35 év alattiaknak 4000 Ft; a nem MNT-tagoknak 8000 Ft.

Július 1. után: tagoknak 8000 Ft, 35 év alattiaknak 5000 Ft; a nem MNT-tagoknak 9000 Ft.

Az absztrakt beküldési határideje: 2001. július 1.

A szállásdíj befizetési határideje: 2001. július 31.

A részvétel lemondási határideje: 2001. szeptember 1.

A nagygyűlés szervezője:

MOTESZ Kongresszus- és Kiállításszervező Iroda, 1051 Budapest, Nádor u. 36.

Levélcím: 1443 Budapest, Pf. 145. Telefon: 311-6687, 312-3807, fax: 383-7918.

E-mail: motesz@elender.hu. Internet: <http://www.motesz.hu>