

Betegjogok a régmúltban?

*Normativitás az orvosi munkában a XIX. századig,
különös tekintettel az első átfogó
magyar egészségügyi uralkodói rendeletre*

Feith Helga Judit dr.¹ ■ Gradwohl Edina dr.¹ ■ Balázs Péter dr.²

¹Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Társadalomtudományi Tanszék, Budapest

²Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Népegészségügyi Intézet, Budapest

Szociológiai szempontból napjaink egészségügyi ellátása három területre különül el: populáris, hagyományos, valamint hivatásos szektor. A populáris szektor egészségügyi ellátásának legfontosabb helyszíne a család, becslések szerint az egészségügyi ellátás 70–90%-a a családban történik, függetlenül az adott társadalom fejlettségi szintjétől. Ezekben az esetekben a beteget és „gyógyítót” a rokoni kötelékből adódóan általában hasonló elvek vezérlik a gyógyulással kapcsolatban, vagyis ritka a félreértés, nincs szükség szilárd és külső szabályozókra [1]. Ezzel szemben a hagyományos, de különösképpen a hivatásos szektorban történő egészségügyi ellátások során elkerülhetetlenné vált/válik rögzíteni az ellátáshoz szorosan kapcsolódó jogi és/vagy etikai normákat. Ennek számtalan oka lehet, többek között a felek információs aszimmetriája, a gyógyító és a beteg közötti bizalmi viszony hiánya, vagy valódi konfliktust eredményező vallási és/vagy kulturális különbségek. Az utóbbi évtizedekben a betegek egyre nagyobb hányada már nem egy paternalisztikus orvos–beteg kapcsolatot erőltető viszonyt fogad el, hanem egyre inkább a fogyasztói jellegű szemléletmódot és (jogi megalapozottságú) elvárásokat. Így a paternalizmusból a kooperáció felé haladunk, tiszteletben tartva a beteg autonómiáját [2].

A paternalisztikus orvos–beteg viszony szemléletének átalakulását jól tükrözi a kódexszerű egészségügyi jogi normák történeti fejlődése is, hiszen a régmúltban megjelent egészségügyi tárgyú törvényekben a betegek jogai külön nevesítve kevésbé vagy egyáltalán nem jelentek meg. Egyértelmű fordulat ebben a tekintetben a II. világháborút követő polgárjogi mozgalmak után következett be. Ekkor születtek meg a modern értelemben vett betegjogi normák, először jellemzően a nemzetközi jog szintjén, majd ezt követően számos ország belső jogi szabályozásában. Magyarországon az 1997. évi CLIV. törvényben (továbbiakban Eütv.) történt meg először az egészségügyi ellátást igénybe vevők jogainak széles körű szabályozása.

Jelen munka legfontosabb célkitűzése az, hogy bemutassa a betegek jogi helyzetét az első átfogó magyar egészségügyi tárgyú jogszabály rendelkezései alapján, és azokat összevesse a hatályos magyar betegjogi szabályozással. Tanulmányunkban elsődlegesen az orvosok kötelezettségeit vizsgáljuk.

Legfontosabb egyetemes jog- és etikatörténeti előzmények a XVIII. századig

Az ókorban keletkezett társadalmi normák a betegek helyzetét leginkább két szempontból tartották védendőnek: 1. a titoksértés, valamint 2. a beteg kiszolgáltatott helyzetét kihasználó túlzott kezelési díjak miatt. Mai ismereteink szerint a legrégebbi átfogó jogi szabályozás Hammurápi (vagy Hammurábi) (Kr. e. 1792–1750) óbabiloni uralkodó időszámításunk előtti XVIII. századi – Babilónia köz- és magánéletét érintő kérdéseket szabályozó – törvényeihez köthető. A prologusban az uralkodó kifejti, hogy valójában nem a saját törvényeiről van szó, hanem az istenek által adott törvényekről. Ezeket ő csak közvetíti a nép felé. A törvénykönyvben összesen kilenc szakasz (215–223. §) foglalkozik orvosi díjtételekkel, büntetőjogi és kártérítési felelősséggel. Hammurápi törvénykönyvének egészségügyi rendelkezései igazi kultúrtörténeti ritkaságnak számítanak, és akár párhuzamba is állíthatók a ma hatályos büntető törvénykönyv „foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés” és „magzatelhajtás” törvényi tényállásaival [3]. Az orvosi beavatkozások díjtételei pontosan meghatározottak, nincs szó a beteg előzetes beleegyezéséről vagy a díjtételeknél a felek előzetes megegyezéséről. Sikertelen beavatkozás után az orvos kártérítést köteles fizetni, de a legsúlyosabb esetben a kezének levágását rendelték büntetésül. A betegek jogai tehát az orvos kártérítési és büntetőjogi felelősségén keresztül érvényesültek. A római *Digesta*

13.7.8. is érinti az orvosi honoráriumok kérdését, de csak a későbbi vitás ügyek elkerülése érdekében [4].

Mai napig az orvosi tevékenység etikai alapvetését jelenti az időszámításunk előtti V–IV. században tevékenykedő Hippokratész nevéhez fűződő etikai norma, amely mai formáját legalább két évszázados fejlődést követően érte el a Kr. e. IV–III. században [5]. Ma már ugyanis bizonyos, hogy a *Hippokratészi Gyűjtemény*ben található írásokat nem kizárólag Hippokratész írta vagy állította össze (vö. *Wittern, R.*: Hippokratische Schriften. In: Leven, K. H.: *Antike Medizin*. Beck, München, 2005, 418–419). Az írások negyede a hellenisztikus és a római korból származik, de a Kr. e. IV. századiak szerzősége is vitatott. Az eskü etikai normaszövegében találjuk az egyik legfontosabb, betegjogi szempontból jelentős gyógyítói kötelezettséget, az úgynevezett orvosi titoktartás kötelezettségét:

„Bármit, amit a hivatásom gyakorlása során vagy az emberekkel való érintkezés során látok vagy hallok, ha annak jobb nem nyilvánosságra kerülni, akkor azt soha nem adom ki, hanem mint szent titkot őrizni fogom” [5].

Ez ma már törvényi szinten szabályozott, egyik oldalról mint betegjog, másik oldalról mint az egészségügyi dolgozók kötelezettsége [6], és lényegében nem különbözik a hippokratészi etikai norma szövegében megjelenő követelménytől. A különbség csupán a szabályozás társadalmi jellegében (egyik etikai, másik jogi norma), valamint a kötelezettek személyi körére vonatkozóan jelentkezik, hiszen ma már a titoktartás nemcsak az orvosokat, hanem a paramedikális szakembereket is kötelezi. (Az ókori paramedikális szakmák – például bábák – képviselőitől is hasonlót vártak el, l. *Gradwohl, E.*: Sóranos, 10–12.) [7].

A hippokratészi eskü szövegében további, a betegek védelmét szorgalmazó kötelezettségek is egyértelműen megjelennek: „Bármilyen házba is lépek be, azért megyek oda, hogy segítek a betegeken, tartózkodva minden szándékos igazságtalanságtól és kártevéstől, különösen attól, hogy férfiak vagy nők testével – legyen szó szabadokról vagy rabszolgákról – visszaéljek” [5].

A *Hippokratészi Gyűjtemény* egyéb írásaiban több helyütt találkozhatunk az orvoslás gazdasági etikájára vonatkozó alapelvekkel. Ezek a gondolatok (ajánlások) némiképpen összecsengenek a hatályos Eütv. egészségügyi ellátáshoz való jog szakaszával [8], jóllehet, Hippokratész a rugalmas tarifarendszer révén csak egyéni szinten gyakorolta azt az újraelosztást, amely a modern közfinanszírozásban társadalmi szintű technika formájában jelenik meg. A beteg állapotától függően kötelező ellátásban kell részesíteni az arra rászorulókat, sőt minden betegnek jár az életmentő beavatkozás, a súlyos vagy maradandó egészségkárosodás megelőzését biztosító ellátás – függetlenül a körülményektől (a hippokratészi norma esetében a beteg fizetőképességétől).

A hippokratészi rugalmas tarifarendszer időnként az „ingyenes” gyógyítást is jelenthette, de ez idealisztikus

elvárás volt az orvostól, hiszen a gyakorlat mást mutatott. Arisztotelész egyértelműen fogalmaz: „Ezért hamis a tudományok köréből vett hasonlat, hogy az írott betűk szerinti orvoslás haszontalan, s hogy inkább forduljunk magukhoz az orvostudományt gyakorlókhoz: ezek ugyanis semmit sem tesznek barátságból, meggyőződésük ellenére, hiszen pénzt kapnak, ha meggyógyítják a beteget” [9].

Az ókori orvosi honoráriumokról kevés forrás áll rendelkezésünkre – legalábbis az átlagos orvosokéról. A Kr. e. VI. századi népszerű orvos, a krotóni Démokédész Aiginába ment, ahol évi 6000 drachma fizetést kapott (egy átlagos kézműves évi 122 drachmát keresett), a második évben Aigina már egy talanton fizetésért szerződtette, aztán Athénba csábították száz mináért, majd a szamoszi türannosz, Polükratész meghívására már két talanton fizetésért állt szolgálatba. Később Dareiosz orvosa lett, aki dúsgazdag emberré tette [10]. Démokédész esetében nemcsak a feltűnően magas honorárium figyelemre méltó, hanem az is, hogy a magasabb fizetésért mindig otthagya korábbi megbízóit. Nem véletlen, hogy Arisztophanész egy többféleképpen értelmezett sora arra utal, hogy a Kr. e. IV. századi köznapi gondolkodásban a pénz és az orvosi szolgáltatás (vagy annak minősége) szorosan összefüggött (*Plutosz*, 407–408). A legkiemelkedőbb honoráriumra a Rómában élt Galénosz tett szert a Kr. u. II. században. Flavius Boethus feleségének kezeléséért 400 aranypénzt kapott (körülbelül 40 000 ezüst sestertius) [11].

A változás a középkorban, a kereszténység egyeduralmódóvá válásával vette kezdetét. Az antik és a keresztény etikai normák ötvöződéssel jött létre az orvosokkal szemben támasztott követelményrendszer. Megjegyzendő azonban, hogy a kereszténység a szakrális orvoslásnak azt az „üzemszerű” formáját elutasította, amely például az egész ókort, és ezen belül a legismertebb Aszklepiosz-kultuszt jellemezte, következképpen az orvost profán mesterembernek tekintette. A kereszténység monoteizmusa szempontjából dolgozták át az orvosi esküt (amelyben úgymond pogány istenekre kellett esküdni), és etikai kérdésekben a XVIII. század végéig az egyház álláspontja számított mértékadónak. A IX. századi úgynevezett *Arsenius-levél* kiemeli, hogy az orvos „...ne legyen részeges, kéjvágyó, csalárd, trágár, bűnöző vagy becstelen!” „...Nem lehetnek hibái, hanem ehelyett diszkréció, titoktartás, türelem, nyugalom és jó modor jellemezze viselkedését!” [12]. Aquinói Szent Tamás (1224–1274) az irgalmasságot tartotta a gyógyítók fő erényének, és tiltotta a magas orvosi honoráriumot, ugyanakkor előírta, hogy a halálos betegeket ingyen is kezelni kell. Az orvos szolgáltatásáért mindenesetre természetesen tartotta a fizetést: „Adok, hogy a másik viszontmunkát szolgáltatson vagy fordítva (do ut facias, facio ut des), például a munkaadó és a munkás viszonya. 4. Teszek valamit, aminek fejében a másik is tesz nekem valamit (facio ut facias); például az orvos gyógyít és ennek fejében a mesterember csinál az orvosnak ruhát”

[13]. Mint később látni fogjuk, ezek egy része meghatározó módon jelen lesz a XVIII–XIX. századi jogi normákban is, ráadásul a protestantizmus gazdasági etikája által felerősítve.

A felvilágosodás századában *John Gregory* (1724–1773) skót orvos és filozófus foglalta össze elsőként világi szempontból az orvosetika alapjait az *Observation on the Duties and Offices of a Physician and on the Method of Prosecuting Enquiries in Philosophy* (1770) című művében (magyarul: *Megjegyzések az orvos kötelességeiről és szolgálatairól, valamint a filozófiai vizsgálódás folytatásának módszeréről*). Legfontosabb elvnek azt tartotta, hogy a gyógyító legfőbb erénye szívének érzékenységében rejlik, és a gondoskodás etikáját állította az orvos–beteg kapcsolat középpontjába [14].

Legfontosabb magyar történeti előzmények a XVIII. századig

A magyar egészségügy igazgatási, jogi és szervezeti rendszerének története két markánsan elkülöníthető szakaszra bontható, a határvonalat egyértelműen Mária Terézia (1740–1780) uralkodásának idején kiadott egészségügyi tárgyú királyi rendeletek jelentették. Az „egészség ügye” a középkori társadalmakban legfeljebb helyi, területi (vármegyei) szinten szerveződött, és csak a későbbi fejlődés eredményeképpen jelent meg az állami szintű igazgatás és felelősségvállalás. A hazai orvosképzés hiánya miatt a leendő orvosok számára évszázadokon keresztül csak a peregrináció jelentett megoldást [15], amely különösen a protestánsokat terhelte. Lutheránusok és reformátusok a szomszédos osztrák örökös tartományi egyetemeken nem szerezhettek orvosi diplomát, tehát Európa távolabbi protestáns egyetemén voltak kénytelenek folytatni orvosi tanulmányaikat. Ez viszont hosszú távú gondokat okozott a képzett gyógyítók alacsony száma miatt. Becslések szerint például 1720 táján a törökök elleni felszabadító háborúk és a Rákóczi-szabadságharc utáni konszolidáció kezdetén az egész ország területén mindössze 37 orvosdoktor és mintegy 120 gyógyítással foglalkozó borbély, érvágó stb. működött, ráadásul szélsőségesen egyenlőtlen területi megoszlással [16]. Ebből következően társadalmi szinten elhanyagolható volt az orvos–beteg találkozások száma, és mivel a XVIII. század elején még átfogó egészségügyi norma sem létezett – az állam szerepvállalása az egészségügy területén (eltekintve ezúttal a pestisjárványok miatt bevezetett katonai rendészeti intézkedésektől) egyébként is igen csekély volt –, a betegek meglehetősen kiszolgáltatott helyzetben találhatták magukat (ha egyáltalán lehetőségük nyílt mondjuk szakképzett orvossal találkozni). Emiatt a mai értelemben vett tömegellátást a középkori és kora újkori Európában nem az orvosok, hanem a borbély-sebészek, fürdősök és képzetlen bábák biztosították, legfeljebb a helyi céhes szabályozások keretei között, és nem az állam által kodifikált jogi normák formájában. A szociális és egészségügyi ellátás határterületein pedig

elsődlegesen a szerzetesrendek, a lovagrendek, valamint a világi ápolórendek működtek a saját reguláikban megfogalmazott szabályok alapján.

Mária Terézia egészségügyi rendelete

A XVIII. századtól kezdve az állam egyre több olyan – nem rendészeti jellegű – közügyet kezdett szabályozni (oktatásügy, egészségügyi ellátás), amelyeket korábban főként egyházi vagy karitatív szervezetek láttak el, így jött létre például 1738-ban a Helytartótanács keretén belül (a magyar történelemben elsőként) egy állandó magyar egészségügyi bizottság [17]. Mária Terézia felvilágosult abszolutizmusának egyik elsődleges célkitűzése az volt, hogy a személyes egészségügyi ellátás tárgyi és személyi feltételeit egységesítse, a szakmai felkészültség színvonalát emelje, valamint javítsa az egészségügyi szolgáltatások hozzáférhetőségét. A *Generale Normativum in Re Sanitatis* (magyarul: *Az egészség ügyének általános szabályzata*, a továbbiakban: GNRS) kódexszerű királyi rendelet, amely elsőként szabályozta átfogó módon a hazai egészségügy – korabeli szempontok szerinti – legfontosabb kérdéseit [18]. A GNRS mindössze az orvosok (de például az eskünél kifejezetten csak a physicus-doktorok), a sebészmesterek, a patikusok, valamint a bábák működését tárgyalja. Külön fejezet foglalkozik a vesztegintézeti orvosokkal és sebészmesterekkel. A GNRS-ben ugyanakkor egyáltalán nincs szó az ápolókról, és a rendelet nem szabályozta nevesítve az egyéb paramedikális tevékenységet folytatók (borbélyok, érvágók, fürdősök stb.) munkáját sem. (Bár a rendelet szövegében – Első rész IV. §. – megjelennek az alapfoglalkozások mellett az úgynevezett „más hasonló foglalkozású emberek” is, de nevesített felsorolásuk, valamint tevékenységük részletes szabályozása nem történt meg.) A tárgyalt korszakban az orvosi tevékenységet folytatók alapvetően két csoportba sorolhatók: 1. a vármegyei és a szabad királyi városi, úgynevezett physicus-doktorok, akik eseti vagy állandó megbízás alapján hatósági munkát is elláttak, valamint 2. a hatósági munkát nem végző gyakorló orvosok (továbbiakban orvosok).

Az első átfogó hazai egészségügyi jogszabályban kifejezett, mai értelemben vett betegjogi szabályozást nem találunk, ugyanakkor számtalan, a betegek érdekeit védő rendelkezés fogalmazódik meg, amelyek közül némelyik az Eütv. hatályos rendelkezéseinek előzményeként tekinthető.

Az orvosok, a sebészmesterek és a bábák esküt tettek (a hivatalos közeg előtti eskütétel csak a physicus-doktorokra nézve jelentett kötelezettséget, orvosokra nem), ugyanakkor a XVIII. században a mai szekuláris értelemben vett eskü nem létezett, Isten nevére esküdtek [19] (ami a vallásos orvosok számára komoly kötelezettségvállalással ért fel). Az esküminták szövegét a rendelet az egyes foglalkozási szabályok felsorolását követően tartalmazza. Mindegyik eskü tiltja a betegek vagyoni alapon történő megkülönböztetését. Ezt az Eütv.-ben is megta-

láljuk, bár kiterjesztettebb formában, hiszen az egyenlő bánásmód követelményét fogalmazza meg a hatályos törvény azzal, hogy nemcsak a vagyoni értelemben vett diszkriminációt, hanem az összes különbségtételt megtiltja. Érthető, hogy a XVIII. századi magyar társadalomban, amelyben egyébként is jelentős jogképességbeli különbségek álltak fenn az egyes rétegek között (például nemi, vallási, etnikai, származási stb. alapon), nem várható el a diszkrimináció általános tilalmának a megjelenése. Ugyanakkor a vagyoni értelemben vett különbségtétel tilalma elsősorban a foglalkozáserkölcsei és valláserkölcsei tényezőkből következhetett. Az eskü szövegében titok- és konzíliumtartási kötelezettséget fogalmaz meg a jogalkotó a physicus-doktorokra és a sebészmesterekre nézve, s ugyancsak physicus-doktori kötelezettségként jelenik meg fertőző megbetegedések esetén az azonnali intézkedésre vonatkozó eljárás (értéztési és kezelési kötelezettség).

Az eskü szövegén túl a jogalkotó külön fejezetekben tárgyalja az egyes szolgáltatók kötelezettségeit. Az orvosok esetében hivatali normaként (mivel közfeladatot is elláttak), a sebészmestereknél foglalkozási szabályként (ezzel is jelezve orvos és sebészmester között a lényeges különbséget), a bábák esetében pedig egyértelműen utasításként jelennek meg ezek a kötelezettségek, miközben a jogi felelősségük tekintetében nincsenek különbségek. A rendeletalkotó az egyes foglalkozások között szigorú kompetenciahatárokat állít fel. Erre egy jellemző példa a rendelet szövegéből: „Amint sebészmestereknek és patikusoknak tilos belső kezeléseket vállalni, úgy az orvosoknak sem szabad sebészeti bajokat kezelni, még kevésbé gyógyszerekkel üzletelni ott, ahol patika működik” [19].

A közösségi alkalmazásban álló orvosok kizárólag vármegyei vagy magisztrátusi engedéllyel hagyhatták el a szolgálati helyüket, de általában véve az orvosoknak biztosítani kellett azt, hogy minden körülmények között elérhetőek legyenek. Sebészmesterek számára szintén előírja a rendelet az állandó készenlétet, s külön nevesíti a pestisjárványt, amikor szükség szerint kiegészítő fizetést is biztosítani kellett számukra. Az említett rendelkezések a betegek részére nyilvánvalóan kiszámíthatóbbá tették az egészségügyi ellátás elérését. Megállapítható, hogy a rendelet, jóllehet a kor színvonalának megfelelően, az egészségügyi ellátáshoz való jogot is biztosítani igyekezett a betegeknek.

Különös, a mai szabályozástól teljesen idegen szakrális kötelezettségekre is felhívta a GNRS az orvosokat: „...hivatalukban az orvosok különösen viselik gondját annak, hogy a lélek üdvözüljön a szentségek felvétele által, amit orvos tegyen kötelezővé a betegnek az életét közvetlenül veszélyeztető helyzetekben, aminthogy a beteg figyelme felhívandó a földi dolgokkal kapcsolatos végrendelkezésre is...” [19].

Az adott kor társadalmi közegében természetes volt a vallásos kötelezettség (mint ahogy a bábák számára előírt „szükségkeresztelés” intézménye is ebbe a körbe tarto-

zik), ugyanakkor meglepőnek tűnhet a szakmai hivatástól eltávolodó, végrendelet-készítésre történő felhívás terhe. Ez utóbbi kérdés tárgyalásakor azonban nem hagyható figyelmen kívül a korabeli jogi szabályozás (különösen annak hiányosságai), illetve a joggyakorlat természetese.

Az orvosok által kérhető kezelési díjakra nézve nem határoz meg pontos összegeket a GNRS, a jogalkotó megelégszik azzal, hogy általánosságban megtiltja a méltánytalanul magas ellenszolgáltatás kérését, s a magyarországi, valamint a Habsburg Birodalom társult királyságaiban szokásos mérvű fizetség mértékéhez köti a kezelési díj összegét. A vesztégintézetek személyi állományába tartozó orvosok és sebészmesterek ugyanakkor kötelesek voltak az intézetben kezelt betegeket ingyen ellátni, kizárólag az orvosságok díjait kérhették el, azt is csak méltányolható összeg erejéig.

Abban az esetben, ha súlyos állapotú beteget láttak el a sebészmesterek és a bábák, akkor orvossal történő konzíliumtartási kötelezettséget írtak elő számukra, orvos hiányában pedig tartózkodniuk kellett a kezeléstől.

A GNRS ugyanakkor nem szabályozta a kórházak működtetését, mivel (ahogyan az alább idézett és részletezett 1793-as jogszabálytervezetből – *Ordines Politici in negotio sanitatis projectati* – is egyértelműen kiderült) ekkortájt még a fekvőbeteg-ellátás működtetését nem tekintették állami egészségügyi feladatnak. „...tekintettel arra, hogy az általános kórházak létesítésére nem más forrás, mint a világi alapítványok szolgálnak, ezek viszont az Egyházi Bizottság ügykörébe tartoznak, ennél fogva a jelen Tervezetnek nincs tárgyalnivalója az általános kórházakkal kapcsolatban...” (Kiadatlan forrás, fordította: Balázs P.)

Mária Terézia általános egészségügyi rendeletének – betegek ellátását közvetlenül érintő – szabályairól összefoglalóan megállapíthatjuk, hogy azok elsődlegesen a betegek egészségügyi ellátáshoz való jogáról, valamint a titoktartáshoz való jogáról rendelkeztek, és sajátos módon nem a betegek jogainak, hanem az orvosok, sebészmesterek kötelezettségeinek oldaláról közelítették meg a kérdést. Összességében a betegeknek a GNRS alapján elvileg joguk volt:

- vagyoni megkülönböztetést nélkülöző ellátásra;
- különös méltánylást/külön engedélyt érdemlő eseteket leszámítva, állandó készenlétben levő orvosi és sebészi ellátásra, mint lehetőségre (de ez nem jelentett automatikusan ellátási kötelezettséget az egészségügyi szakközeg részéről);
- méltányos mértékű orvosi és sebészi díjszabásra;
- titokvédelemre;
- szülészeti ellátás megkezdését követően annak befejezésére;
- indokolt esetekben a korabeli egészségügyi szolgáltatók közötti konzíliumra.

A GNRS utóélete

Az 1790/91. évi Országgyűlés LXVII. törvénycikke által létrehívott Közigazgatási Rendszeres Bizottság munkájának eredményeként egészségügyi rendészeti szabálytervezet készült latin nyelven 1793-ban, *Ordines Politici in negotio sanitatis projectati* címmel (magyarul Közigazgatási szabályok tervezete az egészség ügyében). A jogszabálytervezet megalkotásának eredeti célkitűzése az volt, hogy az uralkodó által hozott GNRS-t felváltsa egy országgyűlés által alkotott törvénnyel. A magyar rendek sérelmezték, hogy Mária Terézia 1765 után nem hívta össze a magyar rendi országgyűlést, s egy kifejezetten fajsúlyos kérdést szabályozott rendeleti úton. Ráadásul egy 1778-ból származó helytartótanácsi határozat (Helytartótanácsi Határozat, № 6394, 1778) értelmében a működési engedéllyel bíró physicus-doktorok kinevezése uralkodói hatáskörbe került. Az 1793-as törvénytervezetet végül nem vette napirendjére az országgyűlés, így az nem léphetett hatályba.

Érdemi jogszabály-előkészítés, a XIX. század második harmadában már nyilvánvalóan korszerűtlen GNRS felváltására csak a XIX. század második felében kezdődött. Abban a korszakban, amikor megalapították az – egyébként a betegek jogi helyzetét érintő kérdésekről is beszámoló – *Orvosi Hetilapot* (1857-től), majd a *Gyógyászati* (1861-től) című szakmai lapot [20].

A XIX. század utolsó harmadában már kétség sem fért ahhoz, hogy az orvostudomány forradalmian új felfedezéseinek nyomán megérett az idő az egészségügy és az ehhez kapcsolódó jogi szabályozás reformjához: „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” [21].

Így született meg – az 1867-es kiegyezés után, immáron nem uralkodói rendelettel, hanem orvosi szakmai szempontból is megalapozott törvény-előkészítés után – az első, országgyűlés által alkotott egészségügyi tárgyú törvény, az 1876. évi XIV. tv. a közegészségügy rendezéséről.

Következtetések

Elemzésünk egyik legfontosabb célkitűzése az volt, hogy megvizsgáljuk s a hatályos magyar betegjogi szabályozással összevessük a GNRS-ben található, a betegek jogi helyzetét szabályozó rendelkezéseket.

Annak ellenére, hogy a magyar egészségügyi jogtörténet, valamint az államnak az egészségügy iránti felelősségvállalása és a tömeges betegellátás nem tekint vissza jelentős múltra, mégis megállapítható, hogy a szabályozás a korabeli egészségügyi ellátórendszer működésében

és az akkori orvosok kötelezettségeiben is kitért a kiszolgáltatott helyzetű betegek védelmére.

Elemmezve a XIX. századig megjelenő egészségügyi tárgyú normákat, különös tekintettel a GNRS betegeket érintő szabályait, arra a megállapításra juthatunk, hogy egyértelműen szakítani kell azzal a közvélekedéssel, miszerint a hatályos Eütv.-ben megjelenő tételes betegjogi szabályozás közvetlen előzményei legfeljebb a XX. század derekára vagy csak az 1972. évi II. tv-re vezethetőek vissza. A GNRS módszeres, betegjogi szempontú elemzéséből is kiderül, hogy a ma hatályos betegjogi rendelkezéseknek már a XVIII. században komoly és közvetlen történelmi előzményei voltak. Az elmúlt évszázadokban az egyes ember szintjén, kezdetben valláserkölcsi alapon, majd később a jogszabályok és a bírói gyakorlat révén, valószínűleg is érzékelhetővé vált a betegek védelme.

A betegek együttműködésének megnyerése és megtartása minden korban, így a régmúltban is a gyógyulás kulcskérdése volt, mert ez biztosította a sikeres gyógyítás és ápolás lehetőségét. Ehhez a legfontosabb a betegek erkölcsi és jogi értelemben vett tisztelete volt, amit mai terminológiával a betegjogok tiszteletben tartásának nevezünk.

Irodalom

- [1] *Helman, C. G.*: Culture, health and illness. [Kultúra, egészség és betegség.] Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2003. [Hungarian]
- [2] *Rózsa, E.*: Person, responsibility and moral fantasy. Applied ethics in contemporary German philosophy. In: Loboczy, J. (ed.): Contemporary ethical standards – Reports from philosophical science. [Személy, felelősség, morális fantázia. Alkalmazott etika a kortárs német filozófiában.] In: Loboczy, J. (szerk.): Kortárs etikai irányok – Gondolkodók. Tanulmányok a filozófiatudományok köréből. [Az Eszterházy Károly Főiskola Tudományos Közleményei, 2009, 36, 5–23. [Hungarian]
- [3] Hungarian Criminal Act of the year 2012, § 165, 187, 163. [2012. évi C. törvény a Büntető Törvénykönyvről, 165, 187, 163. §] http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=152383.262832 [Hungarian]
- [4] *Balázs, P.*: Medical service for money or by devotion. [Orvoslás pénzért és hivatástudatból.] Melania Kiadó, Budapest, 2002. [Hungarian]
- [5] *Hippokratész*: Medical Oath. In: Hippocrates vol. I. [Orvosi eskü. In: Hippocrates vol. I.] W. H. S. Jones. Cambridge, Mass. – London, 1984. [Hungarian]
- [6] Hungarian Health Care Act of the year 1997, § 25, 138. [1997. évi CLIV. tv. az egészségügyről, 25, 138. §] http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=30903.255769 [Hungarian]
- [7] *Gradwohl, E.*: [Soranos.] Sóranos. Új Mandátum Kiadó, Budapest, 2006. [Hungarian]
- [8] Hungarian Health Care Act, § 6. [1997. évi CLIV. tv. az egészségügyről, 6. §] http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=30903.255769 [Hungarian]
- [9] *Arisztotelész*: Politics. [Politika.] Gondolat Könyvkiadó, Budapest, 1969. [Hungarian]
- [10] *Hérodotosz*: The Greco-Persian wars. [A görög-perzsa háború.] Osiris Kiadó, Budapest, 1998. [Hungarian]
- [11] *Galenus*: De praecognitione ad Epigenem. In: Kühn, C. G. (ed.): Claudii Galeni opera omnia, Leipzig 1827.
- [12] *Galvao-Sobrinho, C. R.*: The legacy of the oath. [Az eskü öröksége.] J. Hist. Med. Allied. Sci., 1996, 51(4), 446. [Hungarian]

- [13] *Schütz, A.*: Saint Thomas Aquinas in extracts. [Aquinói Szent Tamás szemelvényekben.] Szent István Társulat Kiadása, Budapest, 1943. [Hungarian]
- [14] *Gradwohl, E.*: History of bioethics. In: Dobos, A., Feith, H. J., Gradwohl, E., et al. (eds): Social acceptance in health care. [A bioetika története. In: Dobos, A., Feith, H. J., Gradwohl, E., et al. (szerk.): Társadalmi normák az egészségügyben.] Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Budapest, 2011. [Hungarian]
- [15] *Kapronczay, K.*: Medical education of middle Europe. [Közép-Európa orvosképzése.] Országos Pedagógiai Könyvtár és Múzeum, Budapest, 2004. [Hungarian]
- [16] *Kapronczay, K.*: Medical civilization and health culture in the 18th century in Hungary. [Orvosi művelődés és egészségügyi kultúra a XVIII. századi Magyarországon.] Semmelweis Kiadó, Budapest, 2007. [Hungarian]
- [17] *Balázs, P.*: Public health affairs in Hungary from the 1700s to the foreseeable future. [Népegészségügy Magyarországon a XVIII. század és a belátható jövő között.] Egészségtudomány, 2008, 52(2), 14–28. [Hungarian]
- [18] *Generale Normativum in Re Sanitatis 1770.* Physicians, surgeons, pharmacists, midwives and epidemics in the 18th century Hungarian legislation. [Orvosok, sebészmesterek, patikusok, bábák és a járványügy a XVIII. század magyar jogalkotásában.] Magyar Tudománytörténeti Intézet, Piliscsaba–Budapest, 2004. [Hungarian]
- [19] *Balázs, P.*: Health legislation 1770 of Maria Theresa. [Mária Terézia 1770-es egészségügyi alaprendelete I.] Magyar Tudománytörténeti Intézet, Piliscsaba–Budapest, 2007. [Hungarian]
- [20] *Varga, L.*: Status of public health in our country in the last quarter of last century. [A közegészségügy rendezése és helyzete hazánkban a múlt század utolsó negyedében.] Medicina Egészségügyi Könyvkiadó, Budapest, 1962. [Hungarian]
- [21] *Fodor, J.*: Public health in England concerning the physicians' affaires, health policy and forensic medicine and finally our domestic circumstances. [Közegészségügy Angolországban tekintettel az orvosügyre, orvosi rendészetre és törvényszéki orvosi ügyre, valamint a hazai viszonyokra.] Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat, Athenaeum Nyomda, Budapest, 1873. [Hungarian]

(Feith Helga Judit dr.,
Budapest, Vas u. 17., 1088
e-mail: feith@se-etk.hu)

A rendezvények és kongresszusok híryanagának leadása

a lap megjelenése előtt legalább 40 nappal lehetséges, a 6 hetes nyomdai átfutás miatt.
Kérjük megrendelőink szíves megértését.

A híryanagokat a következő címre kérjük:
Orvosi Hetilap titkársága: Budai.Edit@akkr.hu
Akadémiai Kiadó Zrt.