
Betegek jogi helyzete a paramedikális dolgozók XVIII-XIX. századi szabályozásában

Patients' legal status in the 18-19th centuries as regulated in the health care providers' legislations

Dr. Feith Helga Judit Ph.D.¹, Dr. Gradvohl Edina Ph.D.¹, Váczi Anna¹,
Dr. Balázs Péter MD; Ph.D.²

¹ Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Társadalomtudományi Tanszék, Budapest

² Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Népegészségtani Intézet, Budapest
feith@se-etk.hu

Initially submitted September 10, 2014; accepted for publication November 02, 2014

Abstract:

Background: There was the *Generale Normativum in Re Sanitatis* (GNRS) the first state health agency regulation of the Hungarian Kingdom issued in the 18th century. Among others, it mandated also the paramedical workers' legal obligations. In the following century the first Hungarian Act on Public Health (Act XIV 1876) was Europe's second legal norm passed by the Parliament that incorporated all the latest developments of medical sciences.

Aims: Analysing the legal norms mentioned above related to the trainings and services provided in the midwifery and nursing, and comparing these with the actual patients' rights situation in Hungary (Act CLIV of 1997 on Health).

Method: Critical legal analysis of historical health care documents.

Results: In the 18-19th centuries the patients' right were set up by the health providers' unilateral obligations such as mandatory services or absolute prohibition of artificial abortion. Midwives were obliged to serve people to be delivered around the clock, had legally set fees and professional competencies. Unfortunately, Hungary was concerned through the whole 19th century about the geographical inequalities of midwives' distribution.

Conclusions: Patients' rights of the Hungarian Health Act in force were directly and substantially anticipated in the 18th century legislation of this country.

Keywords: paramedical workers, patients' rights, historical view, health care regulations, obligations of health care professions

Kulcsszavak: paramedicalis dolgozók, a betegek jogai, történeti áttekintés, egészségügyi előírások, egészségügyi szakmák kötelezettségei

Bevezetés

Napjaink hatályos egészségügyi törvénye (1997. évi CLIV. tv., továbbiakban Eütv.) kilenc betegjogot nevesít és tárgyal, bár a vonatkozó szakirodalomban időnként megjelenik tízedik betegjogként a betegjogi sérelem miatti jogorvoslati lehetőség. A relatíve részletesen szabályozott, betegek érdekében álló anyagi jogi szabályok, s a hatálybalépés óta eltelt másfél

évtized ellenére még mindig nagyon magas a betegjogi jogsértések száma Magyarországon. A 2012. november 1-től működő Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ szakmai beszámolója szerint 2013-ban 9959 esetben történt meg a betegjogi képviselő megkeresése, konkrét panaszügyek az esetek 25,4%-ában fordultak elő. Leggyakoribb betegjogi sérelemként a megfelelő egészségügyi ellátáshoz való jog, az emberi méltósághoz való jog, illetve a tájékoztatáshoz való jog sérelme jelent meg (OBDK 2014).

A betegek jogi védelmét ugyanakkor nemcsak a betegjogi szabályok, hanem az egészségügyi dolgozók kötelezettsége is erősítheti. Az egészségügyi szolgáltató-beteg jogviszonyban a szolgáltatói oldalon közvetlenül megjelenő egészségügyi dolgozókat (betegjogi nézőpontból a kötelezetteket) a hatályos Eütv. – néhány kivételtől eltekintve – egységesen kezeli. Ennek megfelelően az orvosok és a paramedikális szakemberek kötelezettségei és jogai e törvény szövegében szerkezetileg nem jelennek meg elkülönülten, annak ellenére, hogy a mindennapi betegellátásban éles határt lehet húzni az orvosok és a paramedikális szakemberek munkája, kompetenciaköre, felelőssége között.

Gyakran hangoztatott állítás szerint a betegek átfogó jogi védelme, vagyis a betegjogaik leginkább a ma hatályos Eütv.-ben jelentek meg először, s legfeljebb csak az 1972. évi II. tv.-t lehet közvetlen történelmi előzményként megemlíteni. Hiánypótló közleményünk legfontosabb célkitűzése az, hogy elemezzük a XVIII-XIX. századi magyar társadalmi normák, illetve normatervezetek alapján a korabeli betegek jogi helyzetét, elsődlegesen a paramedikális szakemberek kötelezettségein keresztül.

Paramedikális szakemberek a XVIII. századot megelőző társadalmakban

Az „egészség ügye” az újkorig – nem utolsó sorban az erős központi hatalom hiányában - legfeljebb helyi, területi szinten szerveződött, s az állami szintű felelősségvállalás csak a későbbi fejlődés eredményeképpen jelent meg. A hagyományos értelemben vett tudatos gyógyítás és ápolás, az emberi közösségekben élők nélkülözhetetlen tevékenysége, egyidős az emberiség szociális evolúciójával, de ezek sokáig az elsődleges szociális közegnek számító nagycsaládban valósultak meg, szinte mindenütt sajátos női szerepkötelezettségként. Így a XIX-XX. századig a laikus betegápolás jóval nagyobb szerepet töltött be az ápolás egészében, mint az, amelyet intézményi, elsődlegesen egyházi szolgálatban álló rendek (pl. bencések, ciszterciák, ferencesek, pálosok, irgalmasok rendje, Erzsébet-rendi apácák) keretei között folytattak. Ennek a sajátos helyzetnek a kialakulása és konzerválódása kölcsönhatásban áll azzal a ténnyel is, hogy a paramedikális szakmai képzésben hosszú évszázadokon keresztül hiányzott vagy meglehetősen hiányos volt a valódi tudományos szakértelemre épülő oktatási, szakképzési rendszer.

Az egészségügyi szakképzés történetében négy lényeges szakaszt lehet elkülöníteni, bár a XX. századig jobbra csak az első két szakasz jellemezte a rendszert: (1) a tanfolyam jellegű képzések, (2) az iskolarendszerű oktatás, (3) az iskolarendszerben és felnőttképzésben elvégezhető képzések, valamint (4) a főiskolai, egyetemi/BSc, MSc szintű képzések. Még Európa fejlettebb államaiban, így a Magyar Királyságot is magába foglaló Habsburg birodalomban is csak a XVIII. században jelent meg a nem orvosi végzettségű személyek szakszerű képzése (Krász 2003:35-88). Az újkori egyetemi struktúra és az állami szintű oktatásigazgatási rendszer kialakítását és megszilárdítását követően az ápoló, a szülésznői és az egyéb egészségügyi szolgáltató tevékenységet végzők képzése kettős jelleget öltött: (1) az orvosi fakultás szakmai felügyelete és vizsgáztatási rendje alatt álló sebészek, bábák, patikusok, valamint (2) az egyetemi szférán kívül álló, gyakorlati tudást átadó, hagyományos céh-rendszerű (borbély-sebész, fürdős, ápoló, stb.) „képzések”. Ezek a sok esetben nem

kifejezetten elméleti alapú képzések biztosították a XVIII-XIX. századi hivatásos és „szakképzett” egészségügyi szektor – mint a későbbiekben látjuk halvány – utánpótlását.

Az ókor

Az ókori és középkori társadalmi normák többségében nem találkozunk a korabeli paramedikális szakemberekre vonatkozó kötelezettségek előírásával, annak ellenére, hogy az egészségügyi tevékenységet folytatók már ebben a történelmi korszakban is differenciálódtak. Megkülönböztettek egymástól orvost, orvosnőt és bábát, az orvosokon belül pedig a szabadokat gyógyító, jól képzett orvosokat és a rabszolgákat kezelő felcsereket. Platón a Törvényekben így fogalmazta meg a közöttük levő különbséget:

„Úgy van ez, mint az orvosokkal: az egyik így, a másik úgy szokott bennünket gyógykezeleni, s most idézzük emlékezetünkbe mindkét fajta eljárást, hogy a törvényhozót is megkérhessük, mint orvost kérnének gyermekek, hogy a legszelídebb módon kezelje őket – miről is beszélünk voltaképpen? Vannak igazi orvosok; és vannak, akik csak segédek (hüpéretai) az orvosoknak, de ezeket is orvosoknak hívjuk.

KLEINIASZ: Teljesen így van.

ATHÉNI: Ez utóbbiak – akár a szabadok, akár szolgák – uraiknak (az orvosoknak, kiknek szolgálatában állnak) tudományos felfogása és rendelkezése alapján, továbbá a gyakorlatból szereznek bizonyos ügyességet, a dolog természetes lényegéig ellenben nem hatolnak; az igazán szabad lelkű orvosok viszont maguk is így tanulták meg tudományukat, s ebben a szellemben tanítják tanítványaikat is. Te is ilyen két csoportra osztanád azokat, akiket a közbeszéd orvosoknak nevez?

KLEINIASZ: Igen.

ATHÉNI: Vajon abban is egyetértesz-e velem, hogy mivel a betegek részben szolgák, részben szabadok a városokban, a szolgákat rendszerint a szolgák gyógykezelik, akik sietve bejárvák a betegeket, vagy a kórházakban várják őket, és az ilyen orvos semmiféle magyarázatot nem ad a szolgák betegségeiről, és nem is hallgatja meg őket, csak rendel nekik valamit, ami gyakorlata alapján jónak látszik neki, mintha pontosan ismerné a bajt, akárcsak egy türannosz, önelégülten távozik, s már siet is egy másik beteg szolgához – és így kényelmessé teszi orvos gazdájának a beteggondozást. A szabad lelkű orvos ellenben többnyire a szabad emberek betegségeit vizsgálja és gyógyítja, és ezeknek okát és lényegét kutatja, megbeszélve a dolgot a beteggel és hozzátartozóival, s így maga is megtud egyet-mást a betegeitől, s a beteget magát is, amennyire lehetséges, felvilágosítja, s nem rendel semmit sem előbb, míg a beteget meg nem győzte, s így bizalmát meg nem nyerte; s így próbálja az egészség felé vezetni s kezelését befejezni. Vajon melyik eljárás a jobb: ha így vagy amúgy gyógyít az orvos, vagy végzi edzésünket a tornamester? Ha kétféle úton (rábeszélés és rendelés útján) akarja az egy hatást elérni, vagy egyféle úton, márpedig a kettő közül a rosszabbik és nyersebb eljárást választva?

KLEINIASZ: Sokkal különb, barátom, ha a kettős eljárást alkalmazza.” (Platón).

Platón hangsúlyozza, hogy a betegnek joga van a betegségére vonatkozó információkra, amelyeket az orvostól megkap, a felcsertől viszont nem. A betegnek joga van az alapos vizsgálatra, és arra, hogy megfelelő felvilágosítás után dönthessen a kezelés igénybevételéről, de a felcsertől mindezt nem kapja meg. Feltehetőleg Platón némileg idealizálja az orvos-beteg viszonyt, de az még így is látszik megfogalmazásából, hogy mindezeknek a normáknak a betartását a paramedikális személyzettől is elvárná, de a tudományos értelemben vett alacsonyabb presztízsű felcserek ennek az elvárásnak nem felelnek meg.

A paramedikális gyógyítók közül kétségtelenül a szülésznők voltak a legismertebbek és leginkább elfogadottak, hiszen a szülő asszonyoknak értő segítségre volt szükségük. A sokáig

hagyományosan női szakmának számító bábák feladatkörét elsőként a Kr. e. V. században élt Platón írja le Theaitétosz (149a) című dialógusában. E szerint a bábák feladata a szülésben való segítség, a magzatelhajtás és a házasságkövetítés. Ez utóbbi azonban nem valószínű, hogy valójában a bábák feladata lett volna, a platóni Szókratész csak azért hangsúlyozza, hogy a saját „bábáskodó” filozófiájának előképét vetítse vissza anyja, Phainareté mesterségére. Forrásainkból ugyanakkor az is kiderül, hogy a Kr. e. IV. században a bábák mellett már megjelentek az orvosnők is, méghozzá meglepően nagy számban. Tehát a korábban kifejezetten férfiak által gyakorolt orvosi szakma az idő előrehaladtával fokozatosan teret adott a nőknek. Erre bizonyíték a Kr. e. IV. századi Athénból előkerülő felirat, amit Phanosztraténak dedikáltak. A feliratról kiolvashatjuk, hogy Phanosztraté orvosnő és bába is volt egyben.

A Kr. u. II. században élt, Rómában tevékenykedő epheszosi Szóranosz fogalmazza meg bábaképző tankönyvében a szülésznőkkel szembeni társadalmi elvárásokat. Két csoportra osztja a bábákat: (1) „egyszerű” bába, (2) kiváló bába. A két csoport képzésében, és a velük szembeni elvárásokban a különbségtétel is jól tükröződik. A következő belső és külső tulajdonságok szükségeltettek ahhoz, hogy valakiből bába („egyszerű vagy kiváló) lehessen (nyilvánvalóan ez a kiváló bába esetében alapelvárás volt):

„Az alkalmas bábának, aki ismeri a betűvetést, jó eszű, jó az emlékező tehetsége, kitartó, diszkrét, és általában nem fogyatékos az érzékelése, jó felépítésű, erős; és ahogy néhányan mondják, legyenek hosszú és vékony ujjai, de a körmei rövidek.” (Gradwohl 2006:10).

A kiváló bábához viszont ennél többre volt szükség:

„Általánosságban megfelelőnek nevezhetjük a bábákat, akik pusztán orvosi feladatok ellátására alkalmasak, legkiválóbbnak viszont csak azt, aki a gyakorlati ismeretein túl az elméletben is jártas... Képes előírni a megfelelő kezelést, egészében és részleteiben látni a betegséget, és ebből következtet arra, mi a hasznos a beteg számára, nem pedig az (elméleti) okokból... vészhelyzetben nem ijed meg, képes érthető magyarázatot adni a kezelésre, és vigaszt adni a betegeknek, akikkel együtt érez... Mindig legyen megfontolt és józan, mert sohasem tudhatja, mikor hívhatják olyan betegekhez, akik veszélyben vannak. Őrizze meg lelki nyugalmát, mert az emberek számos titkát fogja megismerni. Ne legyen kapzsi, hogy pénzért se adjon senkinek veszedelmes magzatelhajtó szert...” (Gradwohl 2006:11).

A kiváló bábákra vonatkozó előírások olyan szigorúak voltak, hogy aki ezeket teljesítette (diagnózist állított fel, megtervezte és végrehajtotta a kezelést) valójában orvosi ellátást végzett. A szóranoszi előírásokban szakmai és etikai követelmények egyaránt határozottan megfogalmazódtak. Szóranosz művének kivonatos latin fordítása, amit egy bizonyos Muscio (talán a görög Moszkhión torzult formája?) munkájának tartanak, a középkor folyamán a legnépszerűbb szülészeti kézikönyvnek számított.

A középkor és a reneszánsz

Bár a salernói orvosi iskola folytonosan működött az ókortól a korai középkorig, II. Frigyes szicíliai király, majd német-római császár (1220-1250) Melfi Ediktuma szerint nem diplomás orvosokat, hanem csak magisztereket képzett (Bader 2011:57-58). A szervezett orvosképzés Európában az 1200-as évek második harmadától kezdődött, azonban a betegek túlnyomó többsége a legújabb kor kezdetéig sohasem találkozott igazi orvossal. Az orvosok kevesen voltak, és az átlagos beteg számára megfizethetetlen szolgáltatást nyújtottak. A nők leginkább a bábákhoz, füves emberekhez, szent életű remetékhez és szerzetesekhez fordultak, míg a

férfiak a borbélyokhoz, seborvosokhoz, és természetesen a füves emberekhez. Mind a két nem bízott a varázslókban, csodadoktorokban, és patikusokban. A betegek kezelésében a legfontosabb szerepet a kimondott szó és az egyházi intézményekben magától értetődően az imádság, a hit jelentette. Így a „kezelések” sokkal inkább a pszichoszomatikus betegségek pszichoterápiával történő gyógyítására, mint a mai orvoslásra emlékeztettek. A gyógyító tevékenységet sokkal inkább a városi rendeletek, semmint az erős központi hatalom nélkül hatástalan birodalmi vagy országos törvények szabályozták, a középkori faluban pedig semmi. A szegények ellátásában fontos szerepet játszottak a gyógyító egyházi rendek, amelyek kórházaiban hosszú évszázadokig nem gyógyítottak orvosok, ugyanis az egyházi szervezet saját tagjainak az orvosi szakképzettség szerzését IX. Gergely pápa (1227-1241) 1230-ban kiadott dekrétumát (Linzbauer 1852-56:42) követő lépcsőzetes rendelkezésekben a mai napig tartó hatállyal megtiltotta. Az első kórház, amely gyakorlati oktatásra fogadta az orvosi kar hallgatóit, a Santa Maria Nuova volt Firenzében, a reneszánsz idején.

A 15. században a franciaországi Tournai St Nicholas de Bruille kórházában nem voltak orvosok. A betegeket mindössze hat Ágoston-rendi nővér és néhány novicia látta el. A házszabály pontosan előírta, hogyan kell ápolni a betegeket, hogy meggyógyuljanak. *„Mielőtt a nővérek magukhoz veszik táplálékukat, meg kell etetniük a betegeket, betegségeiknek és kívánságaiknak megfelelően, amennyire csak lehetséges, és amennyiben nem árt az egészségüknek. Amíg csak van rá fedezet, szorgosan ki kell elégíteni szükségleteiket, míg csak vissza nem nyerik egészségüket.”* (Horden, 2008:140).

II. Frigyes Német-Római császár és szicíliai király 1231 és 1240 között kiadott rendeleteiben, vagyis a fentiekben már említett Melfi Ediktumban, a gyógyszerészetet elismerte önálló tudományos szakterületnek. A patika neve ettől kezdve, *apotheca*. A patikus hivatását három követelményben határozta meg. Ismerni kellett a latin nyelvet, hogy a többnyire arabból lefordított orvosi és gyógyszerészeti irodalmat fel tudják használni. Segédek, utódaik oktatásához megfelelő helyre volt szükség. Szabályozták az orvosságok elkészítését, készleten tartását és a betegekhez való eljuttatását. A rendelet lényeges pontja az orvos és patikus foglalkozásának szétválasztása. Erre azért volt szükség, hogy a betegek érdekeit ne sértse esetleges összejárásuk. Ezzel indokolható, hogy II. Frigyes tiltotta, hogy orvosok patikát üzemeltessenek. A patikákat hatósági felügyelet alá helyezték, és a patikusoknak két hites közhivatalnok előtt kellett letenniük az esküt. Ugyancsak ők ellenőrizték, hogy a patikus az orvos előírásának megfelelően készíti-e el az orvosságokat. II. Frigyes rendelete a patikai szerek hatósági ármegállapítására is kiterjedt.” (Die Konstitutionen Friedrichs II. für das Königreich Sizilien 1996:413-416).

Egy 1382-ben lefolytatott londoni per iratai a kuruzslás tilalmáról árulkodnak, és arról, hogy nem volt elég képzettnek lenni a gyógyítás terén, ehhez a városi hatóságoktól engedéllyel is kellett rendelkezni. A csaló Roger Clerket, aki egy aranyszövetbe csavart üres pergamenlapocskával akarta egy Johanna nevű asszony lázát csillapítani, arra ítélték, hogy *„vezessék át a város központján, trombiták és sípok hangjai mellett, az elítélt üljön nyeregtelen lovon, a nyakán lógjon a szóban forgó pergamen és egy köszörűkő a hazugsága miatt, s a mellére és hátára pedig egy-egy éjjeliedényt akasszanak.”* (Kulcsár 1964:220-221.)

Összefoglalva az ókori társadalmi normákat megállapíthatjuk, hogy a betegek helyzetét leginkább két szempontból tartották védendőnek: (1) a titoksértés, valamint (2) a beteg kiszolgáltatott helyzetét kihasználó túlzott kezelési díjak miatt.

A középkori Európában a betegekkel való viszonyt a legtrikább esetben szabályozták az állam által kodifikált jogi normák, mint pl. II. Frigyes Melfi Ediktumában, amely egyébként is csak

a központosított Szicíliai Királyság területén volt hatályban. Elsődlegesen a szerzetesrendek, a lovagrendek, valamint a világi ápolórendek reguláiban megfogalmazott szabályok érvényesültek az orvosok nélküli kórházakban, amelyek inkább szociális, mintsem egészségügyi intézmények voltak. Orvosok esetében a hippokratészi eredetű eskü, sebészek esetében pedig a céhes szabályzat szolgált zsinórmértékül, de mindezek érvényesülését a mindennapi életben meghatározó vallási normák, és a hittételek biztosították.

Egy új korszak kezdete

A Magyar Királyságban a XVIII. század közepétől merőben új közegészségügyi, egészségügyi igazgatási korszak vette kezdetét. Ez elsődlegesen Mária Terézia királynő (1740-1780) egészségügyi rendeleteinek volt köszönhető (Feith, Balázs 2012:152-162).

A Generale Normativum in Re Sanitatis (magyarul: *Az egészség ügyének általános szabályzata*, továbbiakban: GNRS) királynői rendelet elsőként szabályozta átfogó módon a korabeli hazai egészségügy legfontosabb kérdéseit. Szövege két fő részből állt: (1) az egészségügyi szolgáltatók jogállása, működésének feltételei; valamint (2) a járványok elleni küzdelem módja, vagyis a járványügyi igazgatás kérdései.

A GNRS mindössze négy egészségügyi szolgáltató működését szabályozta: az orvosok (de pl. az eskünél kifejezetten csak a physicus-doktorok), a sebészmesterek, a patikusok valamint a bábák működését (a vesztegintézeti orvosok és sebészmesterek tevékenységeit elkülönítlen, külön fejezetben tárgyalta a rendelet). Miután a patikusok esküszövegében megjelent az a főszabály szerinti tilalom, hogy lehetőség szerint tartózkodniuk kell a betegek kezelésétől, így, a mai rendszerhez hasonlóan, a betegek gyógyításában közvetlenül egyáltalán nem vehettek részt.

Ugyanakkor a GNRS nem szabályozott számos, a mai egészségügyi ellátásban meghatározó paramedikális szakmát. Nem volt szó benne, pl. az ápolókról, és így az ápolók betegek iránti kötelezettségeiről sem, ugyanis a GNRS hatálya alatti időkben, a közfeladatként teljesített ápolást még a világi „kórházakban” is elsődlegesen a női és a férfi szerzetesrendek végezték.

Az ápolók mellett – az eredeti német szöveggel ellentétben – az egyéb paramedikális tevékenységet folytatók (borbély, érvágó, sérv-és kömetsző, fürdős, stb.) kötelezettségeiről sem olvashatunk a rendeletben, annak ellenére, hogy jelenlétük meghatározó volt a korabeli egészségügyi ellátás egészében. Bár a rendelet szövegében (Első rész IV. §.) megjelennek az alapfoglalkozások mellett az ún. „*más hasonló foglalkozású emberek*” is (Balázs 2007:112), de nevesített felsorolásuk, valamint tevékenységük részletes szabályozása nem történt meg. Ez annál is érdekesebb, mivel a GNRS előzményeiként számon tartott normákban vagy normatervezetekben ezek a foglalkozások, illetve az ezeket gyakorló személyek számára előírt kötelezettségek már felbukkantak. Már az 1685-ös brandenburgi rendelet szabályozta a „*fürdősök..., okulisták, kő- és sérvmetszők, fogászok, valamint hasonló személyek*” működését (Balázs 2007:379), mint ahogy az 1725-ös *Medizinaledik*t és az 1753-as *prágai rendtartás*, valamint az 1755-ös *Tervezet az egészség ügyének szabályozására* c. viselő jegyzőkönyv is (Balázs 2007:392).

Tanulmányunk a korabeli paramedikális szakemberek kötelezettségeire korlátozódik, ezért az orvosokra és a patikusokra vonatkozó GNRS szakaszokat csak érintőlegesen említjük. Elemzéseink körét ugyanakkor kiterjesztjük a sebészmesterekre is, hiszen a korabeli felfogás szerint – ugyanúgy, mint az antikvitásban – a céhekbe tömörült sebészmestereket nem orvosoknak, hanem paramedikális szakembereknek tekintették. Ennek az a magyarázata, hogy a modernizáció koráig érték- és hivatáselméleti szempontból a mai értelemben vett gyógyítás

két élesen elhatárolt hivatásként/szakmaként működött: (1) a belgyógyászati jellegű betegségeket gyógyító, intellektuális tevékenységet folytató egyházi és világi orvosokként; valamint (2) a sebészeti beavatkozásokat végző kirurgusokként (kheirurgia = kézművesség), vagyis sebészmesterekként (Balázs 2002:162).

Nem orvosi végzettségű szakemberek kötelezettségei a GNRS-ben

Istennek tett fogadalomként jelentek meg a GNRS szövegében a korabeli egészségügyi szolgáltatók eskümintá szövegei. Közös az eskü szövegeiben a betegek vagyoni alapon történő különbségtételének tilalma, amely elsősorban foglalkozás-erkölcsi és vallás-erkölcsi tényezőkből következett. Titok- és konzíliumtartási kötelezettséget fogalmazott meg a jogalkotó a physicus-doktorokra és a sebészmesterekre nézve, de meglepő módon a bábák esküszövegében ezek nem szerepeltek (bár a részükre kiadott utasításokban nevesített kötelezettségekként már megjelentek).

Mai terminológiával élve, a bábákra nézve egyértelműen ellátási kötelezettséget írt elő az eskü szövege, ugyanakkor nem szabályozta az ellátás megtagadásának esetét:

„Egyetlen szülő nőt, akihez csak hívnak, sem hagyok cserben, nem hagyom sorsukra azokat, akiknek a kezelését elvállaltam, hanem lankadatlan szorgalommal őrködöm felettük.” (Balázs 2007:124).

A ma hatályos Eütv. szerkezeti felépítésétől merőben eltérően, a jogalkotó elkülönítlen tárgyalta az egyes szolgáltatók kötelezettségeit. Az orvosok esetében hivatali normaként (mivel hatósági szakközegként közfeladatot is elláttak), a sebészmestereknél foglalkozási szabályokként (ezzel is jelezve az orvos és sebészmester között a lényeges különbséget), a bábák esetében pedig egyértelműen utasításokként jelentek meg ezek a kötelezettségek, miközben a jogi felelősségük tekintetében nem állapított meg különbséget a rendelet. Érdekességképpen említhető meg az a további tagoltság, illetve különbségtétel, amely az egyes települések vagy vármegyék alkalmazásában levő orvosok, okleveles sebészek és vizsgázott bábák fizetésében jelentkezett. Az 1780-as években egy vármegyei orvosnak 55-800 Ft, egy sebésznek 20-296 Ft, míg egy bábának mindössze 12-156 Ft éves pénzbeli járandóság járt (Krász 2003:147), de ehhez feltétlenül hozzá kell számítani az egyes foglalkozási kategóriákhoz társuló – egyébként különféle mértékű - természetbeni juttatásokat is.

A rendeletalkotó a fentebb jelzett szerkezeti elkülönültségen túl, az egyes foglalkozások között szigorú kompetenciahatárokat állított 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.” (Balázs 2007:116).

„A bábák ne csak a szegényeknél és azok újszülötteinél, hanem mindenütt, ahol ez lehetséges, tartózkodjanak a betegségek gyógykezelésétől...” (Balázs 2007:124).

Ugyanakkor a jogalkotó, felismerve a korabeli orvos- és patikus hiányt, – pl. becslések szerint 1720 táján az egész ország területén mindössze 37 orvosdoktor működött (Kapronczay 2007) –, ellátási érdekből engedményeket is tett. Így sajátos helyettesítési jogkörben eljárva a

sebészmester (1) orvos hiányában kiválaszthatta az általa vélt legalkalmasabb gyógymódot, illetve adhatott a betegeknek gyógyhatással bíró enyhébb szereket; (2) patikus hiányában pedig készíthetett orvosságokat. A sebészmesterekhez hasonlóan a bábák számára is engedélyezte, hogy sürgős szükség esetén orvosságot rendeljenek a beteg számára.

Ugyancsak a betegek védelmét erősítette az a szabály is, hogy a sebészmesterek számára előírta az állandó készenlétet, sőt külön nevesítette a pestisjárványt, amikor szükség szerint még kiegészítő fizetést is biztosítani kellett számukra, ha kórházi szolgálatra rendelték őket. A bábák pedig kötelesek voltak ellátni feladatuknak megfelelően a beteget, ez alól csak betegségük vagy törvényben megnevezett egyéb ok mentesíthette őket. Sebészmesterek és bábák számára súlyos állapotok esetén orvossal történő konzíliumtartási, ennek hiányában pedig kezeléstől való tartózkodási kötelezettséget írt elő a rendelet. Ezek a rendelkezések a betegek számára nyilvánvalóan kiszámíthatóvá tették az egészségügyi szakközeg elérését, s ugyancsak a beteg szempontjából fontos szakszerű és biztonságos működését.

Nem meglepő, hogy a bábák kötelezettségein belül a GNRS részletesen szabályozta a magzatelhajtás kérdéskörét, amely egyébként szakszerűen a büntetőjogi kódexbe tartozott volna. Amennyiben a várandós nő ilyen irányú kérést fogalmazott volna meg, az illetékes bábát jelentéstételi kötelezettség terhelte, és igen szigorú, akár halálbüntetéssel járó következményeket rendelt a jogalkotó a baba segédkezésével végrehajtott jogellenes magzatelhajtáshoz.

„Nem ritkán tapasztaljuk, hogy egyes bábák megfélemlenek Isten és Mielőttünk tett esküjükről, és pénz vagy remélt haszon által félrevezetve, szóbeli tanáccsal vagy tevőlegesen közreműködnek a magzatelhajtásban. Ezennel tehát az ilyen súlyos büntettektől jogosan elborzadva, jelen rendeletünk erejénél fogva elrendeljük, hogy azok, akik ilyen természetű dologban bűnösként lelepleződnek, ne csak hivatalukból mozdíttassanak el, hanem kapjanak testi fenytést is a büntetőtörvények előírt szigora szerint, amely az eset súlyosságának mértékében a halálbüntetés kiszabásáig is terjedhet.” (Balázs 2007:116).

A magzatelhajtás szigorú tilalma elsődlegesen az emberek mindennapjait meghatározó társadalmi normatípusból, vagyis a korabeli egyházi előírásokból következett. Mai szemmel nézve meglepő, hogy egy alapvetően egészségügyi tárgyú rendelet, a GNRS, büntetőjogi tartalmú normát szabályozott. Ez a típusú rendelkezés – a mintegy száz évvel később hatályba lépő – egészségügyi tárgyú törvényből már teljesen hiányzott, helyette a korabeli büntetőjogi norma, a *Csemegi kódex* (1878. évi V. tv.) szabályozta a kérdést.

„A teherben levő nő, a ki méhmagzatát szándékosan elhajtja, megöli, vagy azt más által eszközölteti, ha házasságon kívül esett teherbe: két évig terjedhető börtönnel, ellenkező esetben pedig három évig terjedhető börtönnel büntetendő. Ugyanazon büntetés éri azt, a ki a büntettet, a teherben levő nő beleegyezésével követi el, ha pedig azt nyereségyvágyból tette: öt évig terjedhető börtönnel büntetendő.” (1878. évi V. tv.).

Társadalmi érdekből következően a vesztegintézetek orvos és sebészmester beosztottjai kötelesek voltak az intézetben kezelt betegeket ingyen ellátni, kizárólag az orvosságok díjait kérhették el, azt is csak méltányolható összeg erejéig.

GNRS ugyanakkor nem szabályozta a kórházak működését, mivel (ahogyan az alább idézett és részletezett 1793-as jogszabálytervezetből is egyértelműen kiderült), ekkortájt még a

fekvőbeteg-ellátás működtetését nem tekintették központi állami feladatnak. Konkrétan a bécsi *Allgemeines Krankenhaus* mintájára létesítendő központi kórház ügyében sem foglaltak állást.

„...tekintettel arra, hogy az Általános Kórház létesítésére nem más forrás, mint a világi alapítványok szolgálnak, ezek viszont az Egyházügyi Bizottság ügykörébe tartoznak, ennél fogva a jelen Tervezetnek nincs tárgyalnivalója az Általános Kórházzal kapcsolatban...”
(*Ordines Politici in negotio sanitatis projectati*).

A fentieket összegezve megállapítható, hogy az első átfogó hazai egészségügyi jogszabályban kifejezett, mai értelemben vett betegjogi szabályozást nem találunk, ugyanakkor számtalan, a betegek érdekeit védő rendelkezés fogalmazódott meg, amelyek közül némelyik beazonosítható a ma hatályos Eütv.-ben is.

A GNRS alapján a betegeknek elvileg joguk volt:

- (1) vagyoni megkülönböztetést nélkülöző ellátásra;
- (2) különös méltánylást/külön engedélyt érdemlő eseteket leszámítva állandó készenlétben levő orvosi és sebészi ellátásra, de ez nem jelentette az egészségügyi szakközeg ellátási kötelezettségét is;
- (3) méltányos mértékű díjszabásra;
- (4) titokvédelemre;
- (5) szülészeti ellátás megkezdését követően annak befejezésére;
- (6) indokolt esetekben a korabeli egészségügyi szolgáltatók közötti konzíliumra.

Mária Terézia általános egészségügyi rendeletének – betegek ellátását közvetlenül érintő – szabályairól tehát összefoglalóan megállapíthatjuk, hogy azok elsődlegesen a betegek egészségügyi ellátáshoz való jogáról, valamint a titoktartáshoz való jogáról rendelkeztek, sajátos módon nem a betegek jogainak, hanem a korabeli egészségügyi szolgáltatók kötelezettségeinek oldaláról megközelítve a kérdést. Ugyanakkor nem hagyható figyelmen kívül az tény, hogy pl. a német nyelven működő magyar orvosi kar felügyelete alatt álló bábaképzésen, a nyelvi és pénzügyi nehézségek miatt 1770-1789 között mindössze 249 baba kapott oklevelet (Krász 2003:101, 142-144, 206). Így a rendszert továbbra is a parasztbábák jellemezték, akiknek egy részét a vármegyei physicus levizsgáztatta, ennek hiányában pedig legfeljebb a helyi pap eskette fel. A magas szintű professzionális képzés nagyfokú hiánya azonban semmiképpen sem állt a betegek érdekében, és nem is volt összhangban a GNRS-ben megfogalmazott uralkodói akarattal.

Útban a törvényi szintű szabályozás felé

Miután a GNRS hatályba lépett, Magyarországon jelentős lendületet vett a közegészségügyi igazgatás kialakítása, de ekkor független hivatali szervezetet még nem hoztak létre. 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, mivel (1) a rendeket sértette a rendeleti úton történő szabályozás, ráadásul (2) egy 1778-ból származó helytartótanácsi határozat

(Helytartótanácsi Határozat, № 6394, 1778) értelmében a működési engedéllyel bíró physicus-doktorok kinevezése uralkodói hatáskörbe került.

A Szabálytervezet – a GNRS-hez hasonlóan – csak az állam által elfogadott, legalizált egészségügyi tevékenységet folytató személyek működését szabályozta. Betegellátással közvetlenül foglalkozó személyekre nézve alapvető kötelezettségként írta elő a jogszabálytervezet az erkölcsi értelemben vett feddhetetlenséget, valamint a titoktartási kötelezettséget. Sőt, a GNRS-hez képest újítást jelentett, hogy a bábák kötelesek lettek volna az akkori hivatalos közeg előtt erre vonatkozó esküt is tenni.

A hivatalos járási bábák, a fizetés ellenében alkalmazott orvosok, valamint a sebészmesterek számára ingyenes munkavégzést írt elő bizonyos esetekben (pl. ha a beteg a rendszeres adófizetők körébe tartozott vagy fel volt mentve az adófizetés alól, vagy szegényebb sorsú volt). Ugyanakkor meghatározta és egyben maximálta az egyes ellátásért nyújtandó díjfizetési tételeket, elsődlegesen annak érdekében, hogy a betegek lehetőleg a betegség/tünet felismerésének korai stádiumában forduljanak szakszerű segítségért.

A progresszív betegellátás egy korai példájával találkozhatunk a falusi bábák munkavégzésében. A szabálytervezet előírta számukra az azonnali értesítési kötelezettséget elhúzódó vagy nehezebb szülés, esetleg szülést követő abnormális esetekben. Ilyenkor a legközelebbi orvost, sebészmestert vagy okleveles bábát, szülést követően pedig a physicust, a sebészmestert kellett volna értesíteniük.

A physicusokat és a sebészmestereket ellátási kötelezettség terhelte, amennyiben megkezdtek a beteg kezelését. Sebészmesterek kezeléstől való elállását ugyanakkor szigorúbban szabályozta, ugyanis ez alól csak akkor lehetett kivétel, ha erre írásban részletezett nyomós indoka volt, physicusokat csak akkor terhelte ez a kötelezettség, ha más physicus nem tudott a kezelő orvos helyébe lépni.

A diszkrimináció tilalma is megjelent a jogszabálytervezet szövegében, a sebészmesterekhez forduló betegek védelme érdekében:

„... beteghez való hívás esetén kötelesek személyválogatás nélkül eljárni, ha pedig a sebész ugyanazoktól újabb hívást kap, azt is a legnagyobb készséggel és becsülettel teljesítse...”
(Ordines Politici in negotio sanitatis projectati).

Az 1793-as tervezetet végül nem vette napirendjére az országgyűlés, így nem léphetett hatályba. Érdemi jogszabály-előkészítés az idővel már valóban korszerűtlen GNRS felváltására csak a XIX. század második felében kezdődött.

A modern egészségügyi szabályozás kezdete

Az 1848. évi áprilisi törvényekkel született meg Magyarországon a modern államigazgatási struktúra, s ezzel együtt az egészségügy miniszteriális rendszerű központi irányítása, amely az I. világháborút követő időkig a belügyi tárcához tartozott (Feith, Balázs 2012:152-162). Elkerülhetlenné vált az uralkodói rendeletként, közel száz évvel azelőtt megalkotott, ekkor már jócskán elavultnak számító GNRS hatályon kívül helyezése is. Első, az országgyűlés által alkotott közegészségügyi törvényünk, az 1876. évi XIV. tv. a közegészségügy rendezéséről (továbbiakban 1876-os tv.), nemzetközi viszonylatban is jelentős alkotás volt. A korszak egyik legkorszerűbb közegészségügyi törvénye, az egykori svéd (1874) és angol (1875), főleg higiénés és járványügyi tartalmú egészségügyi törvényeket túlhaladva, egységbe foglalta az egészségügy különböző ágait. Ez a jogi norma építette ki és biztosította az egészségügyi

alapellátást a Magyarország területén élők számára (6000 fő lélekszám felett orvostartási kötelezettség, 1500 fő felett kötelező volt szülésznő alkalmazása).

Az 1876-os tv-c-t elemezve megállapíthatjuk, hogy mai értelemben vett, kifejezett betegjogi rendelkezés ebben a jogszabályban sem található, ugyanakkor a korabeli egészségügyi dolgozók kötelezettségein keresztül ismételten rábukkanhatunk jó néhány, a betegek érdekét előtérbe helyező szabályra.

A törvénycikk indokolása egyértelműen rögzítette:

„az egészségügyi személyzet jogviszonyait s kötelességeit, valamint a közegészségügy kezeléséből származó terhek viselését meg kell határozni, mindezek csak törvény útján szabályozhatók.” (1876. évi XIV. tv-c.).

Ebből következően a közegészségügyi törvény szakított a rendeleti szintű szabályozással, s a legmagasabb szintű jogforrás körébe utalta az egészségügyi dolgozók jogainak és kötelezettségeinek normáit.

Az 1876-os tv-c. indokolásban megjelent az egészségügyi tevékenységet végzők jogsértő magatartásának szabályozása. Paramedikális szakemberek közül a valódi szaktudást nélkülöző, ún. „parasztbábák” kontárkodásait említette az 1876-os tv-c. A korabeli magas anyai és/vagy újszülött halálozás csökkentésére a jogalkotó a bábák szakképzettségét tartotta egyedüli megoldásnak, ezért a törvényben részletes rendelkezések találhatóak ebben a tárgykörben. A törvény egyértelműen rögzítette, hogy a szakképzettséggel nem rendelkező bábák egy éven belül (1) szülésznői oklevelet vagy (2) a korabeli tisztifőorvos által kiállított okiratot kellett, hogy szerezzenek. Azok a bábák, akik egyetem vagy bábaképző 75 kilométeres körzetén belüli lakóhellyel rendelkeztek, csak szülésznői oklevél megszerzését követően gyakorolhatták hivatásukat. A rendelkezések hatására ugyan halvány pozitív változás állt be a szakképzett bábák számát illetően, azonban számottevő előrelépés ebben a tekintetben leginkább csak a városokban következett be, s jó néhány község továbbra sem volt szakképzett bábával ellátva, sőt a törvény képzettség tekintetében előírt szigorításával még nagyobb hiány állt be. Egy 1885-ben rendezett kongresszuson hangzott el, hogy pl. Sáros megyében (de ez nem egyedüli példa a korabeli Magyarországon) a 6444 szülésre 325 parasztbába, 1 főorvos által képzett és 7 okleveles szülésznő jutott, miközben 151.489 lakossal bírt (Varga 1962:57). Amennyiben figyelembe vesszük az 1876-os tv-c. rendelkezéseit, miszerint 1500 fő után bábatartrási kötelezettség állt fenn, s a parasztbába rendszer felszámolása érdekében a tv-c. hatálybalépését követő egy éven belül jogosultságot kellett szerezni a bábatevékenységet folytatónak, akkor Sáros megyében hozzávetőleg 100 jogosultsággal bíró bábának kellett volna tevékenykednie. Egyébiránt a későbbiekben az 1908. évi XXXVIII. tv-c. okleveles szülésznő alkalmazását írta elő 800 lakosnál nagyobb községekben, a kisebb községekben pedig okleveles bába hiányában a belügyminiszter által fenntartott bábatartrásokon kiképzett és a tisztifőorvos által képesített bábákat kellett alkalmazni. Vagyis még szigorúbban határozták meg a korabeli alapellátás egészségügyi dolgozói minimumát.

Ugyanakkor rendkívül nagy előrelépést jelentett a betegek ügyében a kórházak számára előírt szabályozás, ugyanis (1) a közkórházi jelleggel felruházott gyógyintézmények - amennyiben rendelkeztek szabad kórházi ágygal - kötelesek voltak fogadni a körzetbe tartozó betegeket „személykülönbség nélkül”, valamint (2) a magánkórházak is kötelesek voltak ellátni az életveszélyben lévő betegeket.

Nagyon fontos kiemelni azt, hogy a szegényeket is fogadni kellett a közkórházakban, s az 1875. évi III. tv. alább idézett ápolási költségfizetésre vonatkozó rendelkezései az 1876-os tv. életbe lépését követően is hatályban maradtak:

„A nyilvános gyógy- és betegápolási, ugyszintén szülházi költségeket, mennyiben azokat maguk az ápoltak vagyontalanság miatt megtéríteni nem képesek, a következők kötelesek viselni:

a) a szülők gyermekeikért;

b) a gyermekek szülőikért;

c) a hitestársak egymásért;

d) a cseléd tartó és állandó munkaadó cselédjeért, illetőleg munkásaért 30 napig; gyárok, nagyobb vállalatok tulajdonosai és a vasutak igazgatóságai munkásaikért, fenmaradván viszkereseti joguk az illető fizetni kötelesek ellen.

Ha a rokonok és hitestársak vagyontalanok és általában oly egyének, társulatok vagy alapok nem léteznek, melyek ezen költségviselésre kötelezhetők, úgy ez a 4. §-ban felsorolt esetek kivételével azon törvényhatóság által térítendő meg, melynek területéhez az ápoltnak illetőségi községe tartozik.” (1875. évi III. tv.)

A törvényszövegben említett 4.§-ban felsorolt esetek: az országos bábaképezdében ápolott betegek, a vagyontalan „bujasenyvesek” (vagyis a vérbajban, más néven szifiliszben megbetegedettek), azok a vagyontalan elmebetegek, akiknek rokonaik is szegények voltak, valamint azok a betegek, akiknek illetősége nem volt megállapítható. Az előzőekben felsorolt esetek kivételével vagyontalan beteg és vagyonos hozzátartozó hiányában az illetékes törvényhatóság tartozott helyt állni a kórházban ápolott beteg helyett.

Az 1876-os tv. kiemelten kezelte a betegek bizonyos csoportjait, ahol méltányolható ok miatt, az egyébként magánjogi természetű orvos-beteg viszonyba, az állam - jogi norma segítségével - próbált beavatkozni. Így nagyobb védelemben részesültek az életveszélyben levő betegek, a fertőző betegségben szenvedők (az első vizit alkalmával), a szegények (ingyenes ellátás a községi és körorvos által), valamint a közbiztonságra veszélyes betegek. A gyermekek egészségi állapota ugyancsak kiemelt szabályozási tárgykörre vált: így egyrészt hatósági felügyelet és intézkedés tárgyát képezte a gyermekek egészségi állapota, másrészt a 7 éven aluliak orvosi kezelési díjának leszállítását, illetve vagyontalan gyermek/szülő esetében pedig a községi- vagy körorvos (ha nincs ingyenes gyógyításra kötelezett orvos, akkor a község) általi ingyenes gyógyítási kötelezettséget írt elő a tv.

Összefoglalva az első közegészségügyi törvény által szabályozott, a betegek jogi helyzetét, védelmét érintő általános rendelkezéseit, az alábbiakat állapíthatjuk meg:

(1) orvosi gyakorlatot folytató személy köteles volt sürgősségi ellátást nyújtani;

(2) központilag megállapított kezelési díjakat írt elő;

(3) számos gyógyszerbiztonsági szabály született;

(4) lakóhely és állampolgárság megkülönböztetése nélküli közkórházi ellátás járt az arra rászoruló betegnek, ha a kórház rendelkezett szabad kapacitással;

(5) felelősségre vonható volt az orvos az általa elkövetett műhibákért; valamint

(6) a községi és a körorvos a szegényeket ingyen látta el.

Mint ahogy a fenti felsorolásból egyértelműen látszik, az 1876-os tv.-ben a korabeli paramedikális szakemberekre nézve jóval kevesebb tételes kötelezettség jelent meg. Az 1876-

os tv. a betegek jogi helyzetét számos ponton megerősítette, de ezek elsődlegesen a korabeli orvosok kötelezettségein keresztül fogalmazódtak meg. Ugyanakkor nem hagyható figyelmen kívül az a korábban már említett tény, hogy a közegészségügyi törvény sok tekintetben nem tudott hatni a valódi közegészségügyi állapotokra.

Az 1876-os kórházrendelet

A kórházak és gyógyintézetek törvényi szabályozására született meg 1876. november 21-én (51.661. szám alatt) a Tisza Kálmán belügyminiszter által kiadott végrehajtási rendelet (továbbiakban kórházrendelet), amely részletesen szabályozta a kórházak és gyógyintézetek (továbbiakban kórházak) működését. A kórházrendelet 1877. január 1-én lépett hatályba.

A kórházrendelet első nagy fejezete rendelkezett a mai értelemben vett szakmai minimumfeltételekről (pl. személyi feltételként előírja, hogy megfelelő ápolói személyzettel kellett rendelkeznie), az intézmények által alkotott alapszabályzat és házirend általános szabályairól (a házirend szabályainak betartása volt az egyetlen betegkötelezettség a rendeletben), valamint a kórházak működéséhez szükséges menedzsment jellegű feladatokról (így pl. a vezetésről, az utasítási hierarchiáról, stb.).

A kórházrendelet későbbi részében is találkozunk – bizonyos egészségügyi szolgáltatások esetében – minimumfeltétellel. Így feltehetően a többi beteg védelmét, s az ellátás zavartalanságát biztosító rendelkezés volt az, hogy elmebetegeket csak abban az esetben lehetett felvenni a közkórházba, ha egyébként az elmekórban szenvedők befogadására szolgáló külön helyiséggel bírt az intézmény.

A kórházrendelet szerint a betegek számos jogosítvánnyal rendelkeztek a kórházi kezelésük során (bár hasonlóan a fentebb elemzett jogszabályokhoz, ismételten nem jogként, hanem a kórház vagy személyzete részére előírt kötelezettségként jelentek meg ezek a jogosítványok). Kórházak számára, de elsődlegesen a betegek érdekében meghozott kötelezettségeknek tekinthető (1) a betegek nemek szerinti elkülönítésének kötelezettsége; (2) a betegek megfelelő és hiánytalan ételmezése feletti felügyelet; (3) tisztasági követelményeknek való megfelelés.

Nem feltétlenül a beteg érdekében állt, s akár vitatható intézkedésnek is tekinthető, hogy a kórházaknak a beteg állapotáról tájékoztatási kötelezettsége állt fenn a hatóságok, a beteg hozzátartozói, valamint gyámja irányában.

Beazonosítható módon számos a ma hatályos Eütv. által szabályozott egyéb kérdéskör jelent meg a kórházrendelet szövegében, így (1) a dokumentáció vezetésének kötelezettsége; (2) az egészségügyi intézmény elhagyásának a joga; (3) a másodlagos orvos szakvéleményének kikéréséhez való betegjoga; (4) valamint a kapcsolattartáshoz való jog.

Érdekes módon a korabeli paramedikális szakemberek közül - nevesített módon - egyedül az ápolók kötelezettsége jelent meg a kórházrendeletben, ez megfeleltethető az „emberi méltósághoz való jog”, mint mai betegjog inverzének, vagyis dolgozói kötelezettségének:

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

A rendelet azt is megszabta, hogy a betegek maximum három hónapig tartózkodhattak közkórházban, kivételt képeztek ez alól a szabály alól a bujakórban szenvedők, illetve azok a

betegek, akiknek a belügyminiszter az állapotukra tekintettel ezt engedélyezte. Azok az elmebetegségben szenvedő betegek, akik tartós ápolásra szorultak, szintén belügyminiszterhez tett felterjesztést követően, kötelezően tébolydába kerültek a kórházakból.

Vagyis a korabeli fekvőbeteg ellátó rendszer törekvése egyértelmű volt abban, hogy igyekezett a betegek kórházi ápolásának hosszát mérsékelni. Ebben komoly szerepet játszhatott az a szándék, hogy felszámolják azt az egyébként valláserkölcsi alapokra visszanyúló történelmi hagyatékot, miszerint a beteggyógyítás- és ápolás sok esetben egyet jelent a szegények és nincstelenek szociális szempontú elhelyezésével.

Összehasonlítva az 1876-os kórházrendeletet a GNRS, valamint az 1876-os tv. rendelkezéseivel, összefoglalóan megállapíthatjuk, hogy ebben már elég sok ma is nevesített betegjogi rendelkezés található. Ugyanakkor az 1876-os tv., illetve annak kórházrendelete is szakít a GNRS elkülönült egészségügyi szakmáknéni tagolásának rendszerével, ezzel egyfajta hagyományt teremtve a későbbi, 1972-es, valamint az 1997-es jogi normák szerkezeté számára.

A vizsgált kérdések rövid összefoglalása

A XVIII-XIX. századi jogi normák szövegének elemző munkáját elvégezve és azokat a hatályos Eü-i tv.-nyel összevetve megállapíthatjuk, hogy a betegek érdekében már a régmúltban is számos törvényi vagy rendeleti szintű szabály született, s ezek többsége ma is jól beazonosítható a hatályos jogi normákban. Ezek döntő hányada a korabeli orvosi és paramedikális tevékenységeket folytatók kötelezettségeiként jelentek meg, ugyanakkor az 1876-os kórházrendeletben már tételes betegjogi szabályokat is találunk.

Nem meglepő, hogy – a megközelítőleg száz év alatt – jelentős előrelépés történt a betegjogi helyzetének védelmében, ugyanakkor az elemzéseinkből az is kiderül, hogy az 1876-os tv.-ben már jóval erőteljesebben voltak jelen az orvosi kötelezettségek, s a GNRS-sel ellentétben pl. kifejezetten háttérbe szorult a bábák kötelezettségeinek tételes felsorolása. Ez a fajta szemléletmód-váltás mindenképpen hozzájárult az orvos-központú egészségügyi ellátás, s tegyük hozzá jogi felelősségük megerősödéséhez.

A GNRS-sel szemben az 1876-os tv. és annak végrehajtási rendelete már kétséget kizáróan egy modern, más jogágak jogi normáitól megtisztított és a mai egészségügyi ellátás alapjait megteremtő jogalkotás volt. Ugyanakkor elemzéseink alapján egyértelműen megállapítható, hogy a betegek átfogó jogi védelme komoly történelmi, XVIII-XIX. századi előzményekre vezethető vissza. Mindezek alapján egyértelműen szakítani kell azzal a gyakran hangoztatott állítással, hogy a betegek jogai leginkább a ma hatályos Eütv.-ben jelentek meg először, s legfeljebb csak az 1972. évi II. tv.-t lehet közvetlen történelmi előzményként megemlíteni. Kétségtelen, hogy a részletesen elemezett, a betegek érdekében hozott szabályok a korabeli jogi normák szintjén fogalmazódtak meg, ugyanakkor ettől merőben eltérő kérdés, hogy a gyakorlatban ezek hogyan valósultak meg. Ez azonban már nem ennek a tanulmánynak, hanem egy újabb kutatásnak lehet tárgya.

Irodalom

1. 1875. évi III. tv. 1-2. §
2. 1876. évi XIV. tv. Indokolása
3. 1878. évi V. tv. 285.§
4. 1997. évi CLIV. tv. 6-25. §

5. A m.k. belügyminiszter 1876. november 21-én 51.661. sz.a. kelt szabályrendelete a kórházakra és gyógyintézetekre nézve 10-24.§.
6. BADER, H.: *Kurzes Lehrbuch der Ethik in der Medizin. Tafel 3. Illerberg, Hermann Bader, 2011, 57-58.*
http://www.baderbuch.de/ethik/ethik_in_der_medizin.pdf
7. BALÁZS, P. (ford.): *Ordines Politici in negotio sanitatis projectati.* 6.§
8. BALÁZS, P.: (ford.) *Ordines Politici in negotio sanitatis projectati.* II. Fejezet 2.§
9. BALÁZS, P.: (ford.) *Ordines Politici in negotio sanitatis projectati.* Kézirat.
10. BALÁZS, P.: *Mária Terézia 1770-es egészségügyi alaprendelete I.* Piliscsaba-Budapest, Magyar Tudománytörténeti Intézet, 2007, 116.
11. BALÁZS, P.: *Mária Terézia 1770-es egészségügyi alaprendelete I.* Piliscsaba-Budapest, Magyar Tudománytörténeti Intézet, 2007, 124.
12. BALÁZS, P.: *Mária Terézia 1770-es egészségügyi alaprendelete I.* Piliscsaba-Budapest, Magyar Tudománytörténeti Intézet, 2007, 112.
13. BALÁZS, P.: *Mária Terézia 1770-es egészségügyi alaprendelete II.* Piliscsaba-Budapest, Magyar Tudománytörténeti Intézet, 2007, 379.
14. BALÁZS, P.: *Mária Terézia 1770-es egészségügyi alaprendelete II.* Piliscsaba-Budapest, Magyar Tudománytörténeti Intézet, 2007, 392.
15. BALÁZS, P.: *Orvoslás pénzért és hivatástudatból.* Budapest, Melania Kiadó, 2002. 162.
16. *Die Konstitutionen Friedrichs II. Für das Königreich Sizilien.* Hannover, Hahn, 1996, 413-416.
17. FEITH, H.J., BALÁZS P.: *Magyar egészségügyi hatósági igazgatás szervezeti modelljei a XVIII. századtól napjainkig.* Kaleidoscope, 4:2012:152-162.
<http://www.kaleidoscopehistory.hu/index.php?subpage=cikk&cikkid=94>
18. GRADVOHL, E.: *Sóranos.* Budapest, Új Mandátum Kiadó, 2006, 10.
19. GRADVOHL, E.: *Sóranos.* Budapest, Új Mandátum Kiadó, 2006, 11.
20. HORDEN, P.: *Hospitals and healing from Antiquity to the Later Middle Age (A non-natural environment: medicine without doctors and the medieval European hospital).* Aldershot, Ashgate, 2008, 140.
21. KAPRONCZAY, K.: *Orvosi művelődés és egészségügyi kultúra a XVIII. századi Magyarországon.* Budapest, Semmelweis, 2007.
22. KRÁSZ, L.: *A bába történeti szerepváltozása a 18. században.* Budapest, Osiris Kiadó, 2003, 35-88.
23. KRÁSZ, L.: *A bába történeti szerepváltozása a 18. században.* Budapest, Osiris Kiadó, 2003, 147.
24. KRÁSZ, L.: *A bába történeti szerepváltozása a 18. században.* Budapest, Osiris, 2003, 101, 142-144, 206.
25. KULCSÁR, ZS.: *A középkori élet.* Budapest, Gondolat, 1964, 220-221.
26. LINZBAUER, X. F.: *Codex Saniterio-medicinalis Hungariae,* Buda, 1852-56, 42. I. kötet Decretales pontifici Gregorius IX.: III. könyv, 50. cím, 9. fejezet.
27. Országos Betegjogi, Elátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ (OBDK): „2013. évi szakmai beszámoló”, 2014.07.10.
<http://www.obdk.hu/UserFiles/obdkbeszamolo2013.pdf>
28. PLATÓN: *Törvények.* 720.
VARGA, L.: *A közegészségügy rendezése és helyzete hazánkban a múlt század utolsó negyedében.* Budapest, Medicina Egészségügyi Könyvkiadó, 1962, 57.