

Népegészségügy Magyarországon a XVIII. század és a belátható jövő között

BALÁZS PÉTER

Semmelweis Egyetem Budapest, Egészségtudományi Kar,
Egészségügyi Kultúrtörténeti Tanszék

A 2008. március 27-i Fodor emlékülésen tartott előadás

Összefoglalás: A népegészségügy mint a klasszikus közegészségügyet felváltó fogalom viszonylag új keletű meghatározás a magyar terminológiában. Hivatalos megjelenése egy 1992. októberében Debrecenben tartott konszenzus konferenciához köthető, amelyen a közösségi egészségügyi feladatokkal foglalkozó tudomány képviselői szerint „...a népegészségügy a közösségben keletkező aktuális egészségügyi problémákra törekszik választ adni...”(1) Ez a válaszadás intézményi szinten a hatékony munkavégzés érdekében a közösség által elfogadott és felhatalmazott közhatalmi szervezetet igényel. Általános szintje a vonatkozó szabályok alapján az egész szervezet irányítását, szervezését, felügyeletét és ellenőrzését gyakorolja. Másik része a közhatalom és az egyes (természetes és jogi) személyek közvetlen és egyedi kapcsolatával foglalkozik, magyarul a szűkebben értelemben vett hatósági munkát végez”.

Történelmi tapasztalatok szerint a közösségi egészségügy hatékonyságának kulcskérdése, hogy az államhatalom egyfelől a mindenkori kihívásoknak megfelelő cselekvőképes egészségügyi államigazgatást működtessen, másfelől a hagyományosan szellemi szabadfoglalkozású orvost – semmi mással nem helyettesíthető szaktudása miatt – közszolgálatba állítsa, majd vonzó életpálya modellel tartsa meg a hivatalában. Történelmi visszatekintéssel és a mindenkori jelenségek mélyebb elemzésével magyarázatot nyerhetünk a szervezeti problémák tér- és időbeli összefüggéseire, az eredeti szándékokra, majd a kényszerpályák alakulására. Minden tapasztalat azt igazolja, hogy a két fő tényező szerepe eddig is számos külső és belső ellentmondáson keresztül érvényesült, ma sem befejezett, sőt a mai trendek a belátható jövő körvonalait is kirajzolják.

Kulcsszavak: a közösség egészsége, az orvos mint hivatalnok, tisztiorvosi szolgálat, egység vagy széttagoltság

Egészségtudomány, 52/2. 14-28 (2008)

Közlésre érkezett: 2008, április 16-án

Elfogadva: 2008 április 18-án

BALÁZS PÉTER

1088 Budapest, Vas u. 17

tel: 1-486-5830

fax: 1-486-5831

e-mail: balazsp@se-etk.hu

Bevezetés

A népegészségügy mint a klasszikus közegészségügyet felváltó fogalom viszonylag új keletű meghatározás a magyar terminológiában. Hivatalos megjelenése egy 1992. októberében Debrecenben tartott konszenzus konferenciához köthető, amelyen a közösségi egészségügyi feladatokkal foglalkozó tudomány képviselői szerint „...a népegészségügy a közösségben keletkező aktuális egészségügyi problémákra törekszik választ adni...” Ez a válaszadás intézményi szinten a hatékony munkavégzés érdekében a közösség által elfogadott és felhatalmazott közhatalmi szervezetet igényel. Általános szintje a vonatkozó szabályok alapján az egész szervezet irányítását, szervezését, felügyeletét és ellenőrzését gyakorolja. Másik része a közhatalom és az egyes (természetes és jogi) személyek közvetlen és egyedi kapcsolatával foglalkozik, magyarán a szűkebben értelemben vett hatósági munkát végzi.

Magyarországon a történelmi újkor ötszáz évéből sajnos csak az 1700-as évek első harmada után nyílt lehetőség egy érdemi módon működő közhatalmi szervezet létrehozására. Mintegy 250 évvel ezelőtt, a korabeli közhatalom az államigazgatásban kötelező latin nyelven világosan megfogalmazta, hogy feladata *sanitas publica*, vagyis a közegészség ügyének intézése. Ezt nyomatékosította a 132 évvel ezelőtt megjelent 1876. évi XIV. törvénycikk is „a közegészségügyről.” Ma kissé szokatlanul hangzik a szó, de volt *sanitas privata* is, ami mindenki „a magánegészségének ügyét” jelentette. Ezt a területet árasztotta el a XX. század kezdetére a közfinanszírozás a közintézményekben nyújtott ellátással. A „köz” ilyen terjeszkedése nyilvánvalóan nem járhatott az orvos-beteg kapcsolat „államosításával”, viszont közügyként kezelte annak garanciáját, hogy pénzügyi kényszerek nélkül bárki szabadon fordulhasson orvoshoz, vagy más egészségügyi szolgáltatóhoz.

Történelmi tapasztalatok szerint a közösségi egészségügy hatékonyságának kulcskérdése, hogy az államhatalom egyfelől a mindenkori kihívásoknak megfelelő cselekvőképes egészségügyi államigazgatást működtessen, másfelől a hagyományosan szellemi szabadfoglalkozású orvost – semmi mással nem helyettesíthető szaktudása miatt – közszolgálatba állítsa, majd vonzó életpálya modellel tartsa meg a hivatalában. Történelmi visszatekintéssel és a mindenkori jelenségek mélyebb elemzésével magyarázatot nyerhetünk a szervezeti problémák tér- és időbeli összefüggéseire, az eredeti szándékokra, majd a kényszerpályák alakulására. Minden tapasztalat azt igazolja, hogy a két fő tényező szerepe eddig is számos külső és belső ellentmondáson keresztül érvényesült, ma sem befejezett, sőt a mai trendek a belátható jövő körvonalait is kirajzolják.

Az orvosok első lépése a közszolgalat felé

Minden korban az orvos alapvetően szellemi szabadfoglalkozású szakember volt, és abban az esetben sem volt részese a végrehajtó hatalomnak, ha szaktudását időlegesen vagy akár tartósan is igénybe vették. A szellemi szabadfoglalkozású státusz azt jelentette, hogy munkáját a közhatalom elsősorban intellektuális természetűnek ítélte meg, és szükségtelennek tartotta a munkavégzés tárgyi környezetének bármilyen ellenőrzését. Más, iparendélyhez kötött foglalkozásokban (ma úgy mondanánk, vállalkozásokban) például a sebészmesterek vagy a patikusok esetében viszont a történelmi dokumentumok arról tanúskodnak, hogy a közhatalom a műszereket, a felhasznált anyagokat, de még az épített ingatlanállományt is nagyon határozottan ellenőrizte.

Szemben a fenti említett szakemberekkel, akik közül különösen a sebészek ipartestületi típusú szervezetekbe tömörültek, az orvosoknak látszólag nem volt ilyen érdekvédelmi szerve. Másfelől azonban a dokumentumok szerint az egyetemek orvosi karai lényegében hivatásrendi jogosítványokkal rendelkező testületként is működtek. Sajnos, terjedelmi okokból nem lehet a *facultas medica* ezen egykori szerepét részletesen bemutatni, de azt mindenképpen hangsúlyozni kell, hogy az elkülönült egészségügyi államigazgatás kialakulása előtt az államhatalom más helyre nem is fordulhatott, ha testületi szintű orvosi szakvéleményt kellett beszereznie.

Már a késői középkortól a *facultas medica* tulajdonképpen olyan konzorciumot jelentett, amelynek nem csak az egyetemi oktatók voltak a tagjai, hanem azok az orvosok is, akik az adott egyetemen doktori címet szereztek. Az orvosi fakultások szakmai monopóliumuk okán egyszerűen nélkülözhetetlenek voltak az egészségügyi államigazgatási jogosítványok gyakorlásában. Teljesen magától értetődő volt például a szolgáltatásokba belépő újabb orvosok, sebészek, és patikusok működési engedélyének kiadásához a területileg illetékes rangos egyetem orvosi karának szakmai tanúsítványa (approbációja). Sőt, a kontárokkal és a szabályok ellen vétőkkel szemben helyenként szabályos hatósági intézkedési jogkört is kaphattak (szakmai felügyelet, patikák ellenőrzése, foglalkozástól eltiltás, szabálysértési eljárások). Gyakran társult még ezekhez a törvényszéki orvostani szakvélemény adása és a járványügyi tevékenység is, mivel a *facultas* jelölte ki például a pestis-doktorokat a védekezéshez. A központi végrehajtó hatalom állami monopóliumának védelme miatt azonban a hatóságok általában nem járultak hozzá, hogy a *facultas* önálló „karhatalommal” rendelkezék. Különösen nyilvánvalóvá vált ez a XVIII. században, amikor az egyes államok

a saját modern bürokratikus szervezeteiket hozták létre.

Magyarországon a késői középkorban és az újkor első századaiban az orvosok korporatív összetartozásának és államigazgatási szerepének hiánya egyértelműen az egyetem mint intézmény, majd később azon belül az orvosi kar hiányára vezethető vissza. Hazai orvosaink külföldi egyetemeken tanultak és szereztek diplomát, ezért valamely más országbeli *facultas*-hoz tartozásuk elméleti jellegű volt, magyar szempontból minden gyakorlati következmény nélkül. Ezért érthető, hogy amikor 1769-ben Mária Terézia mint magyar királynő (1740-1780) a Nagyszombatban működő egyetemen elrendelte a *facultas medica* megalapítását, az nemcsak szakma- és oktatástörténeti vonatkozásban jelentett hatalmas áttörést a Magyar Királyság számára, hanem államigazgatási szempontból is egy régi sérelmet orvosolt és így a nemzeti szuverenitás egy darabjának visszaszerzését eredményezte.

Cselekvőképes államigazgatás a *sanitas publica* területén

Államigazgatási szempontból a közösség egészségével való foglalkozás a történelemben két fő területre összpontosított. Az egyik terület a járványügy volt, amely az országot érő külső fenyegetés elhárítására a katonai határvédelemmel kapcsolódott össze. Ha a külső védelem jól működött, a belső védelemnek csak a helyi járványveszéllyel kellett foglalkoznia, elsősorban a település- és élelmezésegészségügyi viszonyok ellenőrzése révén. A másik fő terület az egészségügyi szolgáltatók ellenőrzése volt, amelynek keretében a hatalom az orvosok, sebészmesterek, fürdősök, patikusok, bábák működési engedélyeivel foglalkozott és munkájukat is felügyelte. Ezen túl feladata volt mindenféle kontárkodás megakadályozása és általában a népesség egészségmagatartásának folyamatos nyomon követése.

Hatékony államigazgatás csakis ott működhet, ahol megfelelő végrehajtó szervek állnak rendelkezésre. Járványügyi szempontból erre a célra a hatalom – a mai értelemben vett rendőrség hiányában – katonai rendészeti módszereket alkalmazott. Ennek érdekében a XVIII. században a korabeli modernizáció élenjáró államaiban már állandó hadseregekre támaszkodhatott. Csakis szervezett és nagy létszámú fegyveres testületek tették lehetővé például olyan több száz mérföldes járványügyi védvonal rendszerének kiépítését, amelyen az egyes őrszemek szabad szemmel is láthatták egymást. Mint minden bürokratikus szervezetben, a korrupció az egészségügyi közigazgatásban is súlyos gondot jelentett, különösen a járványügyben. Ellene a XVIII. században hatásos védelmet nyújtott a laikus szemmel kisebbnek tűnő vétségekért is gyorsított eljárásban kiszabott halálbüntetés, amely

nemcsak a testület tagjait, hanem a civil lakosságot is sújtotta, ha például pestis észlelése esetén a bejelentési kötelezettséget bárki is elmulasztotta volna.

Ma már kevésbé érthető az orvosok szerényebb jelenléte a járványvédelemben, ennek azonban szakmai szempontból kétféle magyarázatát is tudomásul kell vennünk. Egyfelől, nemcsak a középkorban, hanem még az újkor első századaiban is a járvány transzcendens büntetés volt az emberiség bűnei miatt, így vallási dogmatikai szempontok miatt nyilvánvalóan nem tartozhatott a világi rendészet illetékességébe. Az állam és az egyház szétválasztása előtti korban közhatalmi szempontból hatásos védekezésnek számított például a járvány megszűnésének esetére tett vallási fogadalom, amelyek közül számos példát ismerünk az európai történelemből. Az előbb-utóbb mindenképpen elvonuló járványoknak a többi között olyan világhírű műalkotásokat köszönhetünk, mint az itáliai Velencében 1687-ben felszentelt *Santa Maria della Salute*, bár a védekezés ezen módjának kétségtelenül semmi köze nem volt az orvostudományhoz. Másfelől, a kétségtelenül hatásos ellenintézkedések tisztán rendészeti természetűek voltak. Eredményességüket nem az orvosok elméleti tudásának köszönhetjük, hanem az évszázadok alatt felhalmozódott empirikus ismereteknek.

A Török Birodalom hatalma alól az 1600-as és 1700-as évek fordulóján felszabadított Magyarország, a Rákóczi szabadságharc (1703-1711) átmeneti sikerei után, egy újabb külső hatalomba, a Habsburg-birodalomba tagozódott. Békeidőben az országok belső területein a katonaság nem látott el rendfenntartási funkciókat. Ezt a szolgálatot a hatóságok meglehetősen szerény személyi állományú rendészeti szervezete végezte. A Habsburgok központi kormány szervei Bécsben működtek és közvetlenül az uralkodó ellenőrzése alatt álltak, aki öröklési alapon magyar király is volt az 1687. évi pozsonyi országgyűlés határozata alapján. A polgári közigazgatásban a XVIII. század elején Bécsben a Magyar Királyságot központi kormány szervként a Magyar Udvari Kancellária képviselte. Miután 1724-ben pozsonyi székhellyel megalakult a Magyar Királyi Helytartótanács, ez már hazai szervként működött, de Egészségügyi Bizottságát mint szakigazgatási szervet, csak 1738-ban hozták létre. Ettől az időponttól kezdve ez a Bizottság terjesztette a Helytartótanács elé kihirdetés céljából a hazai viszonyokra adaptált központi Habsburg rendeleteket. Így történt ez a *sanitas publica* területén is.

A hagyományok szerint a jogalkotás úgy működött, hogy először az apparátus az uralkodó szándékairól és irányelveiről értesült, amelyek kialakítását a legszűkebb tanácsadói kör végezte. Ezután a különböző bizottságok a „legfelsőbb szándékot” normaszövegbe foglalták, majd jóváhagyásra felterjesztették. A jogszabályok végrehajtása a hatóságokra hárult, amelyek központi szerveinek számos helyi szerv volt alárendelve.

A Magyar Királyságban a központi hatóság a Helytartótanács volt. Helyi szinten a hatalmat a hagyományosan önkormányzatiságra épülő magyar közigazgatásban az úgynevezett törvényhatóságok képviselték, amelyekhez a nemesi vármegyék és a vármegyéktől független szabad királyi városok (bányavárosok) tartoztak. Legkisebb területi egységként a vármegyék járásokra tagozódtak. Ezek közül egyes, úgynevezett kiváltságos kerületek is függetlenek voltak a vármegyéktől. A törvényhatóságok hivatali apparátusa természetesen nemcsak a helyi ügyeket intézte, hanem központi feladatokat is ellátott. Vármegyei szinten az uralkodót, saját bizalmi embereként, az általa kinevezett főispán képviselte, szemben a vármegyén belül választott tiszttakar hivatali apparátusával, és annak élén az alispánnal. A szabad királyi városok közvetlenül az uralkodónak voltak alárendelve, és saját maguk választották a közügyeket intéző testületeiket, amelyet magisztrátusnak vagy városi tanácsnak neveztek.

A XVIII. század második felében egyre nagyobb számban kiadott közegészségügyi tárgyú uralkodói rendeletek a központból érkező, és helyi szinten végrehajtandó jogszabályok voltak. Nyilvánvalóan semmilyen joga nem volt a helyhatóságnak, hogy ezek végrehajtását mérlegelje. A helyi önkormányzatokhoz lojális hivatali apparátust azonban a vármegye esetleg bátoríthatta a vontatott ügyintézésre, ami politikailag érthető volt (ezt nevezték passzív rezisztenciának), azonban az egészségügyi jogalkalmazásban végül is inkább ártott, mintsem használt az ország népességének.

Az orvos, aki mindenben illetékes

Az 1700-as évek végére Magyarországon is kialakult az egészségügyi államigazgatás hatékony szervezete, amelynek keretei között a közhatalmat ténylegesen az általános igazgatási gépezet gyakorolta. A rendészeti folyamatokban az orvos nem a végrehajtást, hanem a szakmaiságot képviselte, amennyiben erre eseti vagy állandó megbízást kapott a hatóságtól.

Physicus-nak azt az orvost (*medicus*) nevezték, aki a vármegyékben, illetve a szabad királyi városokban állandó kinevezést nyert a hatóság munkájának segítésére. Mai szemmel nézve talán érthetetlennek tűnhet a *physicus*, vagyis szó szerint a „természettel foglalkozó szakember” funkciójának ellátása az orvos részéről, azonban ez abban a korban természetes következménye volt a felsőfokú oktatás rendszerének. Az érett középkor végén, vagyis az 1200-as évek első felében alapított egyetemek még csupán három karral működtek,

amennyiben a hallgatók doktori diplomát a teológia, a filozófia és a jog tudományában szerezhettek. A természettudományi képzés tehát csak később jelent meg ezekben a rangos intézményekben. Európában az arab medicina hatása emelte a késői középkorban a medicinát arra az elismert tudományos rangra, amely egyáltalán lehetővé tette a doktori cím megszerzését. Történelmi tény, hogy a XIX. század utolsó harmadától kibontakozott tudományos forradalom időszakáig a medicina volt az egyetlen tudományág, amely egyetemi szinten képviselte a természettudományokat. Ezért tekintette tehát mindenki magától értetődőnek, hogy a *medicinae doctor* eleve illetékes volt mindenféle természettudományos kérdésben, amely egyáltalán felmerülhetett a hatóság munkájában. Egyébként, külön állatorvoslás nem lévén a hatósági szolgálatban álló *physicus* tevékenysége a humán medicinán kívül az állatok egészségével és betegségével kapcsolatos kérdésekre is kiterjedt.

Az orvosi diplomával rendelkező szakemberek csekély száma miatt évszázadokon keresztül mindenki természetesnek tekintette, hogy a *physicus* tisztségét betöltő doktornak mintegy mellékfoglalkozása volt a hatósági szakértői munka, saját orvosi gyakorlata mellett. Mellesleg erre szolt az alapképesítése, és ez a tény semmit sem változott az időközben eltelt évszázadok alatt. Társadalmi helyzetére és jogállására legcélszerűbb ezért a „physicus-doktor” kifejezést alkalmazni. Gyakorló orvosi minőségükben ezek az emberek jelentős erkölcsi és anyagi megbecsülésnek örvendtek, ezért is érthető, hogy a kezdetben mintegy mellékfoglalkozásnak tekintett közzolgálati tevékenységüket meglehetősen szerényen javadalmazták. Teljesen történelmietlen volna tehát a physicus-doktorokat a mai értelemben vett tisztiorvosként megítélni, és ennek alapján minősíteni a hivatali hierarchiában elfoglalt helyüket, illetve munkájuk társadalmi rangját.

Az a szakadék, amely kezdetben a szabadfoglalkozású státusz és a hivatali közzolgálat között tátongott, teljesen áthidalhatatlannak tűnt a XIX. század második feléig, pontosabban a modern kórházüzem megjelenéséig. Ebben a vonatkozásban természetesen figyelmen kívül kell hagyni az úgynevezett járványkórházi gyakorlatot, amely évszázadokon át lényegében a haldoklók összegyűjtését és elkülönítését jelentette. Korábban a fekvőbetegek orvosi kezeléséhez a „hotelszolgálati” háttérrel a társadalom felső rétegei, de a hagyományos parasztcsaládok, és még a városi polgárság legszegényebb rétegei is a saját otthonukban biztosították. A XIX. század Ipari Forradalma nyomán színre lépett proletariátus bérkaszárnnyái viszont erre a célra teljesen alkalmatlanok voltak, ami egyértelmű magyarázatot ad arra, hogy proletár környezetben a fekvőbeteg ellátás már akkor hotelszolgálati igénytel jelentkezett, amikor azt az orvostudomány fejlődése szakmailag még nem feltétlenül indokolta volna. Ez utóbbi is bekövetkezett azonban a modern kórházkultúrát szakmailag

megalapozó orvostudományi és orvostechnikai újítások sorozata révén, és az 1800-as évek végén egy-két évtized alatt meghaladta az ispotályos vagy otthoni kezelés eredendően szociális alternatíváját. Nagy műtétet például csakis intézeti keretek között lehetett végezni. A proletariátus két oldalról is jelentős nyomást gyakorló igénye tette szükségessé, hogy a hatóságok tömeges szolgáltatásokat is szervezzenek a hagyományos államigazgatási eljárások ellátása mellé.

A szakmailag egyre igényesebb kórházüzem állandó orvosi jelenlétet tett szükségessé egyes feladatok ellátására, ugyanis ezeket már nem lehetett megoldani a betegeiket kórházban is továbbkezelő, úgynevezett „bejáró” orvosok közreműködésével. Később a teljes munkaidőben foglalkoztatott közkórházi orvosnak a közszolgálati fizetés jelentette az egyetlen bevételi forrását, különösen abban az esetben, ha reménye sem lehetett magánpraxis létesítésére.

Párhuzamosan azzal a folyamattal, amely az orvos főállású közszolgálatát is elfogadottá tette, a physicus-doktortól elvárt szakmai tevékenységek struktúrája is megváltozott, részben az állatorvoslás, részben a műszaki tudományok eredményeinek alkalmazása révén. A XVIII. század végéig az egészségügyi hatóság nem kezelte külön a humán-, és állategészségügyi igazgatást. Kétségtelen, hogy az állatokkal való foglalkozás az orvosok között kifejezetten alantas dolognak számított, más szakember azonban nem lévén, mégis kötelesek voltak feladatokat teljesíteni az állatgyógyászatban. Közérdekből ez természetesen és elsősorban a hosszabb életciklusú, nagyobb testű haszonállatokra vonatkozott (lovak és szarvasmarhák). Ezeknek az állatoknak az egészsége elsőrendű volt minden ország hadi- és gazdasági potenciálja szempontjából. Tudományosan képzett állatorvosok a Habsburg-birodalomban csak II. József (1780-1790) felsőoktatási reformjai nyomán álltak rendelkezésre (Magyarországon az állatorvos képzés 1787-ben kezdődött).

A műszaki tudományok eredményeinek közegészségügyi alkalmazását a szociális nyomorral együtt járó egészségügyi katasztrófák felszámolására végzett óriási kommunális-műszaki beruházások tették szükségessé (csatornahálózat a csapadékvíz, a szennyvíz elvezetésére, vezetékes ivóvíz hálózat kiépítése, stb.). A helyhatóságok ezeket is a közszolgálatban álló orvosok szakmai irányítása mellett végezték, jóllehet az ilyen mérnöki feladatok elméletileg és gyakorlatilag sem tartoztak a medicina szakterületéhez. Jellemző, hogy Angliában az 1872-től kötelezően alkalmazandó, hatósági tisztséget viselő orvosokat (azaz tisztiorvosokat) a hivatali zsargonban és a közbeszédben egyaránt alig titkolt becsmérő jelzővel, „csatorna-doktorok”-nak nevezték.

A XX. században teljesen nyilvánvalóvá vált, hogy a rendkívül szerteágazó feladatok hosszú

távon nem maradhatnak az orvosok illetékességében, azonban a hagyományok ereje a század második feléig vívmányként kezelte a közegészségügyi hatóság egységes szerkezetét.

Hatósági szakközegből főállású tisztviselő

A magyar jogrend 1936-ig nem „érezte” ellentmondást az orvos szolgáltató munkája és hatósági tevékenysége között. Kétségtelen, hogy formálisan ennek alapja sem volt, ugyanis a sok tekintetben fordulópontot jelentő 1876. évi XIV. törvénycikk (tc.) a közegészségügyről, a hatósági szerepet vállaló orvosnak még intézkedési jogkört sem biztosított. A hagyományos jogfelfogás tehát igen mereven működött, annak ellenére, hogy önmagában az intézkedés nem keletkezett jogviszonyt a kötelezett és az intézkedő közeg között, csupán a jogszabályokban meghatározott tényállás bekövetkezte esetén jogosítja fel a hatóság képviselőjét a cselekvésre.

Önálló egészségügyi hatóság Magyarországon csak 1951-ben jött létre. Az 1948/49-ben bekövetkezett úgynevezett baloldali fordulatig a hagyományos jogrend az elsőfokú hatósági jogköröket az általános belügyi igazgatáshoz telepítette. Községekben a szolgabíró, a rendezett tanácsú városokban a polgármester, törvényhatósági városokban a rendőrkapitány, a fővárosban pedig a kerületi előljáróság vezetője gyakorolta a jogokat. 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 az 1876. évi XIV. tc. főállású tisztviselő orvosokat rendelt. Elsőfokon a tisztiorvost járási orvosnak is nevezték az általa ellátandó közigazgatási területi egység alapján. Törvényhatósági városokban városi tiszti orvos, Budapesten pedig a kerületi tiszti orvos volt az elnevezés. Másodfokon a vármegye, a törvényhatósági város, illetve a főváros egészségügyi szakközege a tisztifőorvos volt.

Ellentétben a fővárossal, vidéken a jogalkotó az orvoshiány miatt az összeférhetetlenséget fel sem vetette, annak ellenére, hogy elvileg itt is indokolt lett volna. Mivel Budapesten kellő számú orvos állt rendelkezésre, itt lehetőség nyílt a dogmatikai és gyakorlati szempontból is világos elkülönítésre. Ezért az 1893. évi XXXIII. tc. „Budapest székesfőváros kerületi előljáróságáról” úgy rendelkezett, hogy „a kerületi előljáróság tisztviselői magánosok részére munkálatokat nem teljesíthetnek; a kerületi tiszti orvosok és állatorvosok orvosi gyakorlatot, a városbírák ügyvédi gyakorlatot nem folytathatnak” (12. §).

A végleges fordulatot a főállású tisztiorvosok ügyében „a hatósági orvosi szolgálatról és a közegészségügyi törvények egyéb rendelkezéseinek módosításáról” szóló 1936. évi IX. törvénycikk tartalmazta. Ennek 4.§ (4). bekezdése értelmében „a magyar királyi tiszti főorvos

és a magyar királyi tiszti orvos magánygyakorlatot (1936:I. törvénycikk 30. §) nem folytathatnak; mellékfoglalkozásukat a belügyminiszter rendeletben szabályozza”. Megjegyzendő a fenti idézet kapcsán, hogy a zárójelben szereplő jogszabályhelyre történő hivatkozás „az orvosi rendtartásról” című, ismertebb nevén Kamarai Törvény-re utalt, amely ebben a szakaszában adta meg a magánygyakorlat pontos meghatározását.

Végül tehát az 1936. évi IX. tc. váltotta valóra az orvosi tisztviselői kar „államosítását”, jóllehet nem abban a formában, ahogyan azt a XIX. század végén egymással vitázó orvosi érdekképviseleti csoportok követelték. Számos közfeladat maradt ugyanis a gyakorló orvosok kezében, amely a modern hatóságok közszolgálati tevékenységének részét képezte, de idegen elem lett volna a klasszikus hatósági típusú ügyintézésben. A választóvonal meghúzása tehát nem a *sanitas privata* és a *sanitas publica* között történt, hanem az utóbbi közül a szolgáltatói típusú közfeladatokat is a gyakorló orvosokhoz telepítették. Sőt, a tisztiorvosi szolgálat tehermentesítése érdekében a tömeges hatósági szakértői munkát (első fokú szakvélemények adása), és egyes hatósági intézkedéseket is a különben szolgáltatói munkát végző orvosokra hárították.

A szocializmus negyven éve 1949 és 1989 között, lezárt szakasz a magyar történelemben. Közegészségügyi szempontból – mint a demagóg diktatórikus rendszerek általában – a fejlődés alacsony szintről induló és viszonylag kis eszközigényű szakaszában a szocialista egészségügy is jelentős vívmányokat hozott létre. Eredményeiben a hatósági munkától alapjában véve nem idegen militáris stílusú szervezeti működési megoldások jutottak főszerephez. Ennek a hatékonyságnak az érdekében telepítettek 1951-ben szovjet mintára önálló hatósági jogkört az Állami Közegészségügyi Felügyelethez (ÁKF). Itt nem részletezendő, és az alkotmányos berendezkedésben rejlő okok miatt az ÁKF rendszere sem volt képes meghaladni a magyar egészségügy hatósági igazgatásának korábbi szervezeti problémáit. Az ellentmondások az ÁKF mellé rendelt Közegészségügyi és Járványügyi Állomások (KÖJÁL) vezetésében, és a tanácsok végrehajtó bizottságainak személyi átfedéseiben termelődtek újra.

Magyarország 1945 és 1989 között a kétpólusú világrendszer „keleti” felében sajnálatos módon elszigetelődött attól a hatalmas fejlődéstől, amely a közegészségügyben a legkorszerűbb nézetek kialakulását és elterjedését jelentette. Kétségtelen, hogy a jelentős eredményeket felmutató hatékony népegészségügyi munka tekintélyes ráfordításokat igényelt, azonban Európa nyugati felében a dinamikusan fejlődő gazdaság ezeket is biztosította. A kezdetben nagy lendülettel induló magyar közegészségügyi programok mögé a hazai gazdaság nem tudott ilyen fedezetet állítani, és megrekedt a szegénység egyenletes

elosztásának szintjén. Mégis viszonylagos érdemnek tekinthető, hogy a csódtömeget hátrahagyó kuratív ellátással szemben a szocialista közegészségügy a nehéz körülmények ellenére is maradandó eredményeket hagyott hátra.

Új fejezet 1989 után

Az 1989-es Rendszerváltozás páratlan esélyt adott a magyar hatósági egészségügyi szolgálat újjászervezésére. Gazdag történelmi tapasztalatok birtokában és a szakmai trendek ismeretében megalkotható változatok közül a végeredmény az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatról (ÁNTSZ) szóló 1991. évi XI. törvényben összegződött.

Szakmapolitikai szempontból az új Szolgálat a lehetséges legszélsőbb határokig terjeszkedett, amennyiben az összes egészségügyi vonatkozású feladat mellé egyetlen szervezetet rendelt. A törvény 3-5. §-aihoz fűzött indoklás szerint „a Javaslat a Szolgálat feladatává teszi az emberi szervezet és az emberi szervezettel közvetlenül érintkezésbe kerülő környezeti tényezőknek, illetve e kölcsönhatásoknak a lakosság egészségére gyakorolt hatásainak vizsgálatát”. A feladatok ezen tömegéből természetesen adódott a rendszer jelentős nagysága és szerteágazó humánerőforrás igénye.

Napi politikai megfontolásoktól sem mentes annak eldöntése, hogy ez a struktúra a saját súlya alatt roppant össze, vagy „szétverték”, ez azonban nem helyettesítheti a problémák rendszer szintű áttekintését és mérlegelését. Az 1991-ben alkotott szervezeti-működési formát a 2006. évi CIX. törvény változtatta meg, amely a főcímet felcserélte és általában „az egészségügyi hatósági és igazgatási tevékenységről” rendelkezett. Miután a módosított törvény a Kormány részére biztosította, hogy „rendeletben jelölje ki az egészségügyi államigazgatási szervet vagy szerveket” az új szöveg konkrét szervezeti korlátok nélkül határozhatta meg a feladatokat. Az 1.§ (1) bekezdés értelmében a népegészségügyi feladatok

- közegészségügyi,
- járványügyi,
- egészségfejlesztési, valamint
- egészségügyi igazgatási, illetve
- egészségügyi ellátás felügyeleti

részfeladatokra tagozódnak.

Bármilyen új szervezeti-működési modell megalkotása a szükséges jogi eszközök (törvényi felhatalmazás a kormányrendeletre) birtokában technikailag semmilyen nehézséget nem okozhat, ez a körülmény azonban még hangsúlyosabbá teszi a szakmapolitikai és egyben

humánpolitikai adottságok és következmények mérlegelését.

Szakmapolitikai okokból a kérdés évszázados dinamikáját a fentiekben tekintettük át, és nyilvánvalóvá vált, hogy a kezdeti, mindent átfogó orvosi szaktudás vélelmezése legkésőbb a XX. században már végképpen megdőlt. Ilyen értelemben az ÁNTSZ szakmai vezetésének 1991-es koncepcióját mindenképpen nosztalgikus jellegűnek kell tekintenünk. Természetesen ez nem jelenti azt, hogy bármit is feladhatnánk a szorosabb értelemben vett humán-egészségügy orvosi prioritásai közül. Humánpolitikai szempontból viszont mérlegelni kell, hogy az orvosokon kívül milyen szakemberekre támaszkodhatunk az új szervezeti keretek között. Teljesen nyilvánvaló, hogy az orvos szerepének tradicionális és egyben dogmatikus kezelése, különösen a középvezetői szinten, már ma sem számol a valós viszonyokkal, a jövőt illetően pedig ezt a felfogást mindenképpen illúzióknak kell tekintenünk.

A jelentől a belátható jövőig

A humán egészségügy oldaláról nézve a problémákat, semmi nem indokolja, hogy műszaki, állategészségügyi, növénytermesztési, technikai munkabiztonsági vagy ökológiai kérdésekben tisztiorvosok helyett ezeken a területeken járatos szakemberek irányítsák a hatósági feladatok végzését. Ezt az eddigi gyakorlattal ellentétes irányú terjeszkedést kötelesek vagyunk megállítani azon a vonalon, ahol a humánbiológia és a humán orvoslás határai húzódnak. Valójában semmi sem indokolja, például az élelmiszerbiztonság területén, hogy a mezőgazdasági termelőhelyektől kezdődően orvosok és más egészségügyi szakképesítéssel rendelkező szakemberek ellenőrizzék a technológiai folyamatokat egészen addig a pillanatig, amíg a fogyasztó kezébe veszi az árut valamelyik kereskedelmi egységben. Az élelmiszerek élelmiszer-biztonsági megfelelése, nyomon követhetősége, minőségi megfelelése, jelölése, csomagolásának ellenőrzése tehát nem feltétlenül orvosi feladat, az élelmiszerek fogyaszthatóságának elbírálása azonban a táplálkozástudomány határán helyezkedik el, és célszerűbben tartozna a határ túlsó (orvosi) oldalára.

A fentiekhez teljesen azonos megfontolásokkal kell élnünk a munkaegészségüggyel kapcsolatban. Fenntartással kell fogadnunk, hogy a munkabiztonság és munkaegészségügy szervezeti integrációja feltétlenül sikeresebben működne egy másik szakminisztérium irányításával. Kétségtelen, hogy a biztonságos munkavégzés technikai kérdései, vagyis a munkahelyek, a munkaeszközök, az egyéni védőeszközök, a munkakörülmények műszaki-technológiai szempontból a megfelelő szakemberek irányításával hatékonyabban rendezhetők.

Ezzel szemben a munkaalkalmasság követelményei, az ergonómiai sajátosságok nem választhatók el a humán egészségügytől.

A két példa nem a jövőt mutatja be, hanem a hatósági és igazgatási feladatok már megtörtént átszervezését. Válasz nélkül hagy azonban olyan kérdéseket, amelyek a szakemberek átirányításával, de főként utánpótlásával foglalkoznak. Az ÁNTSZ tisztiorvosi karának demográfiai okokból folyamatban lévő fogyatkozását átmenetileg megoldhatja a feladatok csökkentése. Ettől függetlenül az okok változatlanul fennmaradnak, amelyek miatt a Szolgálat minden várakozás ellenére mégsem gyakorolt vonzó hatást a fiatal orvosokra. Látni kell azonban a felsőoktatás képzési programjaiból adódó sajátosságokat is. Az egyetemek általános orvosi karai hagyományosan olyan szakembereket képeznek, akik a terápiás és diagnosztikus szolgáltatások területén akarnak dolgozni és nem a hatósági egészségügyi munkára készülnek. Elvileg más típusú orvosképzésen is lehetne gondolkodni, azonban a Szovjetunió kommunista vezetésének bukása után a régi-új államként színre lépő Oroszország is elvetette a külön higiénikus alapidiplomát szerző orvosok oktatási programját. Hazai körülményeink között elvileg igen jó megoldás volna a megelőző orvostani és népegészségtan szakvizsgával rendelkező orvosok alkalmazása, azonban a statisztikai adatok miatt előre látható, hogy ilyen utánpótlást reálisan nem lehet számításba venni.

A szakképzett személyzet szempontjából új fordulatot hozhatna, hogy az Európai Unió tagjaként Magyarország is kötelezettséget vállalt az 1999-ben aláírt Bolognai Egyezményhez csatlakozva a kétszakaszos felsőoktatás bevezetésére. Ez lehetőséget adott arra, hogy a jelenlegi népegészségügyi ellenőrök, akik nyolc féléves képzésben alapszintű oklevelet kapnak, további három féléves tanulással egyetemi diplomát szerezhessenek. Az oktatásigazgatási engedélyezés lezárulása után ma már csak ütemezés kérdése, hogy az új népegészségügyi felügyelők mikor lépnek be a munkaerőpiacra. Az orvosokkal ellentétben a felsőfokú alapszintű képzésben a hallgatók jelenleg is egészségügyi államigazgatási munkára készülnek. Egyetemi végzettséggel, a képzés szigorú minőségi követelményeinek betartása mellett, pedig kétségtelenül alkalmasak lennének arra, hogy a jelenlegi három-lépcsős hatósági szervezet alsó szintjén mindazon feladatokat ellássák, amelyeket korábban a tisztiorvosok teljesítettek.

Jövőbe mutató következtetések

A történelmi tények azt bizonyítják, hogy a hivatásos államigazgatási szakemberek az újkori bürokrácia születésétől kezdve bizalmatlanok voltak az orvosokkal szemben, akinek a kezébe nem akartak közhatalmat gyakorló jogosítványokat átengedni. Másfelől az orvosok sem vágytak ilyen jogosítványok birtoklására, amikor kiderült, hogy gyógyító munkájuktól megfosztva, ez az állapot klasszikus identitásukat tenné kérdésessé.

Magyarország egészségügyi igazgatásának története azt bizonyítja, hogy általános orvosi alapképesítéssel, és ezen túl valamilyen szakorvosi oklevéllel rendelkező orvosok kizárólagos foglalkoztatása – eltekintve egy-egy átmeneti létszámfeltöltéstől – tartósan soha sem sikerült a hatósági szolgálatban. A távolabbi múltban a hatósági és a gyakorló orvos helyzete közötti ellentmondás azért nem került felszínre, mert a *physicus*-doktor, majd később a tisztiorvos is párhuzamos magánpraxissal rendelkezett. A két világháború közötti időszakban, 1936 után a köztisztviselői pálya magas társadalmi presztízse, viszonylag kedvező javadalmazása és az orvosi munkanélküliség együttesen tette lehetővé ennek a párhuzamosságnak a megszüntetését. Újabb fordulatként az 1950-es években szovjet módra szervezett hálózatban a korábbi általános orvosi alapképzettségű tisztiorvosok mellett államközi egyezmény keretében a Szovjetunióban végzett higiénikus orvosok biztosították az utánpótlást. Napjaink történetéhez tartozik, hogy az 1989-es rendszerváltozás nyomán sajnos illúzióknak bizonyult a magas köztisztviselői presztízsz feltámadása és a nagy klinikai tapasztalattal rendelkező orvosok beáramlása a szolgálatba.

Szervezeti szempontból az ÁNTSZ kétségtelenül hatalmas központi hatóság volt, „feldarabolása” azonban ugyanúgy nem oldotta meg az egészségügyi szakképesítéssel rendelkező középszintű vezetők hiányát, mint a létszám feltöltésére végzett korábbi erőfeszítések. A társadalom egészségügyi biztonsága szempontjából azonban egyre sürgetőbb a feladat megoldása a felsőfokú képzés és a munkaerő piac lehetőségeinek és kényszereinek összehangolása által.

Hivatkozások

- . Konszenzus Konferencia, Debrecen, 1992. okt. 21-22. – Mi a népegészségügy ?
– Állásfoglalások rovatban: Népegészségügy, 1993, 1, 32.

PÉTER BALÁZS

Semmelweis University Budapest
Faculty of Health Sciences
Dept. of History of Health Culture

H-1088 Budapest, Vas u. 17
Phone: 36-1-486-5830
Fax: 36-1-486-5831
E-mail: balazsp@se-etk.hu

Hungary's public health from the 18th century to the foreseeable future

Abstract: The Hungarian domestic definition for „new public health” replaced the word „public” by „population based”. Officially, it happened on a consensus conference in Debrecen in 1992 held after the democratic changes in 1989-90. Participant scientists intended to stress discontinuity against the old dictatorial system that used the conventional definition. According to the exact wording, „the population based health endeavours to give answers to the actual health problems emerging in the whole community...”

Giving answers at a community level needs an effective authority accepted and empowered by the community itself. The upper level of this organisation performs directing, organizing, supervising and controlling functions. The other part is managing contacts between the authority and individuals (natural and legal persons) i.e. performs law enforcement in the strictest sense of the word.

According to historic experiences, there are two key issues related to the effectiveness of public health activities. On the one hand, the state has to maintain a relevant executive power in health affairs which is always able to meet actual challenges, on the other hand, physicians who are traditionally self employed intellectual people, should be encouraged by career options to stay lifelong in civil service for their exceptional and unique experiences. Looking back into the past, all historic events may be analysed thoroughly and results will explain time and space interrelations of structural problems, people's original intentions and due course of consequences. All experiences prove the fact that main factors mentioned above are always crossing each other from opposite directions, the story will never be finished and actual trends show even the outlines of future events.

Keywords: health of the community, physicians as civil servants, public health officers, unity or being fragmented.
