

TARTALOMJEGYZÉK

TARTALOMJEGYZÉK	2
RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE	5
BEVEZETÉS	7
I. A MŰKÖDTETÉSI JOG KIALAKULÁSÁNAK TÖRTÉNETI ELŐZMÉNYEI. AZ EGÉSZSÉGÜGYI ALAPELLÁTÁS FEJLŐDÉSI SZAKASZAI MAGYARORSZÁGON.	10
1. AZ EGÉSZSÉGÜGYI ALAPELLÁTÁS ALAPJAIT MEGTEREMTŐ ELSŐ JOGI SZABÁLYOZÁS MEGSZÜLETÉSÉTŐL 1945-IG	10
1.1. A közegészségügyi szolgálat megteremtése	10
1.2. További állomások az egészségügyi alapellátás fejlődésében	11
1.3. A hatósági orvosi szolgálatok államosítása	13
2. AZ EGÉSZSÉGÜGYI ALAPELLÁTÁS HELYZETE 1945 UTÁN	15
2.1. Egészségügyi alapellátás az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvény szellemében	16
3. RENDSZERVÁLTÁS AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN	19
3.1. Az egészségügyi vállalkozások, az orvosi magángyakorlat folytatásának lehetőségei 1989 után	21
3.2. Az egészségügyi alapellátás átfogó reformja, a háziorvosi szolgálatok kialakítása	23
3.3. Az új egészségügyi törvény alapellátást érintő rendelkezései	28
II. KÜLFÖLDI KITEKINTÉS - AZ ALAPELLÁTÁS (ELSŐDLEGES ELLÁTÁS) HELYE ÉS SZEREPE AZ EGYES EURÓPAI ÉS ANGOLSZÁSZ TÍPUSÚ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓ RENDSZEREKBEN	35
1. EURÓPAI INTEGRÁCIÓ ÉS AZ EGÉSZSÉGÜGY	35
2. SVÉDORSZÁG	37
3. NÉMETORSZÁG	42
3.1. Általános szabályok	42
3.2. Az orvosi praxis főbb jellemzői	46
3.3. Az orvosi csoportpraxis	50
3.4. Az orvosi praxis elidegenítése	54
3.4.1. A praxis elidegenítéséről szóló szerződés	55
3.4.2. A praxis vételárának meghatározása	57
3.5. Összefoglalás	65
4. SZEMELVÉNYEK AZ ANGOLSZÁSZ - MODELLEKBŐL	61
4.1. Egyesült Államok	61
4.2. Egyesült Királyság	63

III. AZ EGÉSZSÉGÜGYI ALAPELLÁTÁS RENDSZERE A HATÁLYOS JOGSZABÁLYOK TÜKRÉBEN 68

1. AZ EGÉSZSÉGÜGYI ALAPELLÁTÁS, MINT KÖTELEZŐ ÖNKORMÁNYZATI FELADAT 69
2. AZ EGÉSZSÉGÜGYI ALAPELLÁTÁS SZAKMAI FELÜGYELETE 74
3. AZ EGÉSZSÉGÜGYI ALAPELLÁTÁS FINANSZÍROZÁSA 75
4. AZ EGÉSZSÉGÜGYI ALAPELLÁTÁS MŰKÖDÉSÉNEK KÍSÉRLETI FORMÁI: PRAXISKÖZÖSSÉGEK, CSOPORTPRAXISOK 79

IV. A MŰKÖDTETÉSI JOG BEVEZETÉSÉT MEGELŐZŐ ELMÉLETI VITÁK, AZ EGÉSZSÉGÜGYI ALAPELLÁTÁS MAGÁNOSÍTÁSA TÁRGYÁBAN SZÜLETETT REFORMKONCEPCIÓK 83

1. A HÁZIORVOSI PRIVATIZÁCIÓ ALAPKÉRDÉSEI – MEGOLDÁSI JAVASLATOK, KIDOLGOZOTT MODELLEK ... 87
 - 1.1. A FAKOSZ által kidolgozott modell 87
 - 1.2. Az Egészségügyi Minisztérium által kidolgozott modell és annak hiányosságai 89
 - 1.3. A Magyar Orvosi Kamara által javasolt modell 96
 - 1.4. A Bordás - Fodor főséle törvénytervezet 102
2. TÖRVÉNYJAVASLATOK A PARLAMENT ELŐTT 111
 - 2.1. A T/1849. számú törvényjavaslat és parlamenti vitája 111
 - 2.2. A T/2095. számú törvényjavaslat és parlamenti vitája 117
3. AZ ÖOTV. HATÁLYBALÉPÉSÉT KÖVETŐ JOGÉRTELMEZÉSI ÉS JOGALKALMAZÁSI „KÁOSZ” 122

V. A MŰKÖDTETÉSI JOG, MINT ÖNÁLLÓ VAGYONI ÉRTÉKŰ JOG FOGALMÁNAK, LÉNYEGES SAJÁTOSSÁGAINAK ELEMZÉSE 128

1. A PRAXISJOG, MINT AZ ORVOS SZEMÉLYÉHEZ KAPCSOLÓDÓ JOGOSULTSÁG 129
2. A PRAXISJOG, MINT ÖNÁLLÓ VAGYONI ÉRTÉKŰ JOG 131
 - 2.1. A jog fogalma *Hiba! A könyvjelző nem létezik.*
 - 2.2. A praxisjog, mint önálló vagyoni értékű jog elhatárolása a vagyoni értékkel bíró dologi jogoktól.. 133
 - 2.2.1. A dologi jogok rendszere, a működtetési jog dologi jogi jellege 133
 - 2.2.2. A praxisjog elhatárolása más vagyoni értékű jogoktól 140
3. A PRAXISJOG ELIDEGENÍTHETŐSÉGE, FORGALOMKÉPESSÉGE 143
 - 3.1. A jogokon fennálló tulajdonjog elméleti megítélése 144
 - 3.2. A praxisjog, mint korlátozottan forgalomképes vagyoni értékű jog 152
4. A MŰKÖDTETÉSI JOG FOLYTATÁSA 154
 - 4.1. A működtetési jog örökölhetőségének kérdése a hatályos rendelkezések tükrében 154
 - 4.2. A működtetési jog folytatásának elhatárolása más hasonló jogintézményektől 159
 - 4.2.1. Személyes gyógyszerár működtetési jog – hozzátartozói személyi jog 159
 - 4.2.2. Lakásbérleti és helyiségbérleti jog folytatása 160
 - 4.2.3. Az egyéni vállalkozói tevékenység folytatása 162
 - 4.3. A háziorvos halálával felmerülő további ellentmondások, problémák 165

VI. A MŰKÖDTETÉSI JOG MEGSZERZÉSÉRE ÉS MEGSZŰNÉSÉRE VONATKOZÓ LÉNYEGI RENDELKEZÉSEK, JOGALKALMAZÁSI PROBLÉMÁK.....	167
1. A MŰKÖDTETÉSI JOG MEGSZERZÉSE	167
1.1. <i>Alanyi jogon</i>	168
1.1.1. Korlátozott praxisjog	170
1.2. <i>Betöltéssel</i>	171
1.2.1. Tartósan betöltetlen háziorvosi körzet esetén	171
1.2.2. Új körzet létesítése esetén.....	173
1.3. <i>Elidegenítéssel</i>	181
1.3.1. A működtetési jog, mint vagyoni értékű jog birtokbaadása	182
1.3.2. Az átruházás egyéb feltételei	186
1.3.3. A működtetési jog átruházásánál felmerülő további szempontok	189
1.3.4. A működtetési jog (praxis) értéke.....	190
1.3.5. A praxisjog elidegenítése és a szabad orvosválasztás	196
1.4. <i>A működtetési jog, mint biztosíték</i>	201
1.4.1. A jogon fennálló zálogjog elméleti megközelítése	202
1.4.2. A működtetési jog megterhelésének lehetősége, a hatályos rendelkezések alkalmazhatósága	203
1.5. <i>A Magyar Orvosi Kamara szerepe</i>	209
2. A PRAXISJOG MEGSZŰNÉSE.....	213
ÖSSZEGZÉS ÉS JAVASLATOK	218
1. REFORM AZ ALAPELLÁTÁSBAN.....	HIBA! A KÖNYVJELZŐ NEM LÉTEZIK.
2. A MŰKÖDTETÉSI JOG ÉRVÉNYESÜLÉSE SZEMPONTJÁBÓL LÉNYEGES JOGSZABÁLYOK MÓDOSÍTÁSÁRA IRÁNYULÓ DE LEGE FERENDA JAVASLATOK	219
FELHASZNÁLT IRODALOM	227
EGYÉB FELHASZNÁLT IRODALOM	HIBA! A KÖNYVJELZŐ NEM LÉTEZIK.
FELHASZNÁLT JOGSZABÁLYOK.....	238

RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE

Áe.	Az államigazgatási eljárásról szóló 1957. évi IV. törvény
ÁNTSZ	Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat
Avtv.	A személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló 1992. évi LXIII. törvény
Ebtv.	A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény
Eksztv.	Az egészségügyi közszolgáltatások nyújtásáról, valamint az orvosi tevékenység végzésének formáiról szóló 2001. évi CVII. törvény
Eszvr.	Az egészségügyi és szociális vállalkozásról szóló 113/1989. (XI.15.) MT rendelet
Eüatv.	Az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény
Eür.	Az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvény végrehajtásáról szóló 16/1972. (IV.29.) MT rendelet
Eüszfr.	Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III.3.) Korm rendelet
Eütv.	Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény
Gt.	A gazdasági társaságokról szóló 1997. évi CXLIV. tv.
Gylmtv.	A gyógyszerterek létesítéséről és működésük egyes szabályairól szóló 1994. évi LIV. törvény
Hr.	A háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (II.25.) EüM rendelet
Itv.	Az illetékekről szóló 1990. évi XCIII. törvény

Ltv.	A lakások és helyiségek bérletére valamint az elidegenítésükre vonatkozó egyes szabályokról szóló 1993. évi LXXVIII. törvény
MOK	Magyar Orvosi Kamara
Mt.	A Munka Törvénykönyvéről szóló 1992. évi XXII. törvény
OEP	Országos Egészségbiztosítási Pénztár
Otgy.	Az orvosi, a klinikai szakpszichológusi, illetve az egyéb egészségügyi és szociális tevékenység gyakorlásáról szóló 30/1989. (XI.15.) SZEM rendelet
OTH	Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat Országos Hivatala
Öotv.	Az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény
Ötv.	A helyi önkormányzatokról szóló 1990. évi LXV. törvény
Ptk.	A Polgári Törvénykönyvről szóló 1959. évi IV. törvény
SFS	Svéd Törvénytár
Szja tv.	A személyi jövedelemadóról szóló 1995. évi CXVII. törvény
Vhr.	A háziiorvosi működtetési jog megszerzéséről és visszavonásáról, valamint a háziiorvosi tevékenységhez szükséges ingó, ingatlan vagyon és működtetési jog megszerzésének hitelfeltételeiről szóló 18/2000. (II. 25.) Korm. rendelet
Vht.	A bírósági végrehajtásról szóló 1994. évi LIII. törvény

BEVEZETÉS

Az önálló orvosi tevékenység előzményei mintegy tízéves periódust ölelnek át. A lakóhelyhez kötött körzeti orvosi ellátástól vezetett az a vállalkozási formában működő háziiorvosi szolgálatok kialakításáig, mely fejlődési folyamat legutolsó fő állomása volt a forgalomképes működtetési jog (praxisjog) bevezetése. Az egészségügyi alapellátás 1992-ben történő átalakításának következménye, hogy a működtetési jog is e területen került elsőként elismerésre, s a praxisjog gyakorlati útvesztőit is a háziorvosok tapasztalhatják meg elsőként.¹

Dolgozatom *tárgya* egy teljesen önálló, sajátos ismérvekkel rendelkező új sui generis vagyoni értékű jog, a működtetési jog és annak jogi háttere.

A *témaválasztást* több szempont is indokolta. Egyrészt különös érdeklődéssel figyeltem az elmúlt évek egészségügyi privatizációs terveit és jelenségeit, melynek egyik leglényegesebb állomásaként jelzi a szakirodalom az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény, s ezzel a működtetési jog megszületése. Másrészt a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Orvosi Kamara jogi képviselőjeként egyik szenvedő alanya voltam és vagyok az Öotv. hatálybalépését követően a törvény megfelelő előkészítésének hiányából és kidolgozatlanságából eredő jogalkalmazási „káosznak”, ami még jelenleg sem rendeződött teljes körűen.

Két fő területre koncentrálok dolgozatomban. Az egyik a működtetési jog háttérét jelentő egészségügyi alapellátó rendszer, illetve orvosi magángyakorlat kialakulásának, fejlődésének vonalát prezentáló irodalmak és joganyagok feldolgozása, különböző modellek bemutatása, mely kutatás *közigazgatási jellegű*, s azon belül is az *egészségügyi igazgatás* területére tartozik. Másik oldalról azonban a működtetési jog, mint önálló vagyoni értékű jog magánjogi ismérveit, sajátosságait vizsgálom, mely része a dolgozatnak magánjogi vonatkozású, *polgári jogi szemléletet* tükröz. A jogterület komplex feldolgozása elkerülhetetlenül interdiszciplináris megközelítést igényelt.

¹ Balogh S.- Forgács I.: A praxisok működtetésének feltételei. Szerk.: Gyenes M.: Egészségügyi vállalkozások kézikönyve. Verlag Dashöfer Szakkönyvkiadó Kft.&T.Bt. 2001. 6. rész 2.7. fejezet (BALOGH-FORGÁCS) 6.rész 2.1. fejezet 1.o.

Munkám *célja* az egészségügyi alapellátás átalakításához vezető különböző tényezők, reformfolyamatok összefoglalása, deskriptív jellegű bemutatása, kisebb és nagyobb összefüggések megvilágítása, és az egészségügyi privatizációs folyamatok első nagyobb lépcsőfokaként létrehozott működtetési jog, mint egy sajátos új magyar jogintézmény ismertetése és analízisa.

A dolgozat különös hangsúlyt fektet a működtetési jog bevezetését megelőző félév jogalkotási folyamatára és előkészítő munkálataira, mely tanulsággal szolgál arra, hogy – sajnálatos módon - egy reformkoncepció kidolgozottsága, szakmai megalapozottsága és alkalmazhatósága még nem elegendő annak megvalósulására.

A dolgozat nem hagyhatja figyelmen kívül más egészségügyi rendszerek – különösen Németország – egészségügyi ellátásában érvényesülő hasonló jelenségek és szabályozási módozatok feldolgozását sem. Mindezek bemutatása vezet el a dolgozat lényegét jelentő végső konklúziók levonásához. Ennek keretében egyrészt azt kívánom bizonyítani értekezésemben, hogy az 1999-ben megjelölt egészségpolitikai célkitűzések – mint az egészségügyi alapellátásban nyújtott szolgáltatások minőségének javítása, a szakellátás tehermentesítése, illetve a teljes és valóságos privatizáció – elérésére a praxisjog bevezetése nem bizonyult alkalmas eszköznek. Másrészt a működtetési joggal kapcsolatos dogmatikai hiányosságok, ellentmondások és gyakorlatban felmerülő anomáliák ismertetése mellett azok megoldására, tisztázására konkrét de lege ferenda javaslatokat fogalmazok meg.

A dolgozat elkészítése során több *módszert* is alkalmaztam. Az egészségügyi alapellátás és annak részét képező működtetési jog kutatása interdiszciplináris megközelítést tett szükségessé. A tárgykör bemutatásánál ezért felhasználtam bizonyos alapvető *statisztikai*, *demográfiai* módszereket. A magánjogi jellegű elemzések során a *dogmatikai* módszert választottam, míg a fejlődés egyes állomásainak felvázolásakor a *történeti*, míg a hatályos szabályok áttekintésekor a *jog-összehasonlító* módszert vettem igénybe.

Az értekezés a leírtak szellemében *hét nagyobb részre* tagozódik:

- A működtetési jog bemutatásához elengedhetetlen a háttérrel jelentő egészségügyi alapellátó-rendszer és az orvosi magángyakorlat kialakulásának, *történeti fejlődésének* felvázolása.

- Az értekezés második része foglalkozik a téma **nemzetközi megközelítésével**, különös hangsúlyt fektetve – a kezdetben a működtetési jog mintájául szolgáló – németországi mintára.
- Az értekezés következő szakasza nyújt rövid összefoglalást az egészségügyi alapellátást meghatározó hatályos jogi szabályozásról, jelöli ki az **alapellátás helyét az egészségügyi igazgatás rendszerében**, és ez a rész mutatja be röviden a háziiorvosi szolgáltatások működésének és működtetésének alapvető kereteit és jellemzőit is.
- A negyedik fejezet dolgozza fel a működtetési jog bevezetéséhez vezető egészségügyi privatizációs folyamatok alakulását, a különböző **reformkonceptiók** ellentmondásait, különbözőségeit.
- A következő rész taglalja a működtetési jog helyét a jogrendszerben, határozza meg közjogi és magánjogi jellegét, **legfontosabb sajátosságait**, feltárva a jogi ellentmondásokat, következetlenségeket és hiányosságokat.
- A dolgozat hatodik része leíró és elemző módszerrel dolgozza fel a **működtetési jog megszerzésére és megszűnésére vonatkozó hatályos rendelkezéseket**, kiemelve a jogalkalmazásban és a gyakorlatban előforduló jogértelmezési problémákat, azok okait.
- A dolgozat utolsó részében kerülnek megfogalmazásra az egészségügyi alapellátás továbbfejlesztéséhez szükséges szempontok és tanácsok, valamint a működtetési jogra vonatkozó hatályos szabályozás módosítására irányuló **de lege ferenda javaslatok**.

I. A MŰKÖDTETÉSI JOG KIALAKULÁSÁNAK TÖRTÉNETI ELŐZMÉNYEI. AZ EGÉSZSÉGÜGYI ALAPELLÁTÁS FEJLŐDÉSI SZAKASZAI MAGYARORSZÁGON.

1. Az egészségügyi alapellátás alapjait megteremtő első jogi szabályozás megszületésétől 1945-ig

1.1. A közegészségügyi szolgálat megteremtése

Nem volt 1876 előtt az egészségügyi alapellátás szempontjából említésre méltó, egészségügyi igazgatás körébe tartozó jogi szabályozás. A közegészségügy rendezéséről szóló **1876. évi XIV. törvénycikk** VI. fejezete fektette le a közegészségügyi szolgálat megszerzésével a egészségügyi alapellátás alapjait és határozta meg az orvosi gyakorlat legalapvetőbb szabályait.

Magyarországon kizárólag *az végezhetett orvosi tevékenységet*, aki az ország területén működő tudományegyetemek valamelyike által kiadott orvosi diplomával rendelkezett, és azt az orvosi gyakorlat megkezdése előtt, annak helye szerint illetékes közigazgatási hatóságnál beiktatás és kihirdetés céljából bemutatta.²

Az orvos a gyógy mód megválasztásában már a múlt században sem volt korlátozható, az elkövetett műhibákért azonban felelősséggel tartozott. Ezt bizonyítja az a tény, hogy több jogszabály is rendezte az orvosi gondatlanságból eredő jogsértéseket.³

A *díjazás* összegét az orvos a beteggel közösen állapította meg.

A törvény megállapította a *közegészségügyi szolgálat* rendszerét is, mely gyakorlatilag alapját képezi a jelenlegi egészségügyi alapellátásnak is.⁴

Minden törvényhatósági város, és minden olyan község, amely 6000 lakossal rendelkezett, *köteles volt orvost tartani*. Lehetőség volt arra is – a jelenlegi helyzethez hasonlóan –, hogy a kisebb községek egy nagyobb községgel, illetve a szomszéd kisebb községek egymással (*községi körök*) közös orvos tartása érdekében egyesüljenek, illetve megállapodjanak. A

² 46-47.§§

³ Az orvos gondatlansága okozta halálról szóló 1878. évi V.t.cz 291.§. Az orvos gondatlansága okozta súlyos testi sértésről szóló 1878. V.t.cz. 310.§. Az orvosi titok megsértéséért az orvos szintén büntetőjogi felelősséggel tartozott (1878. V.t.cz. 328-329.§).

⁴ 142.§

határt az ellátandó lakosságszám határozta meg oly módon, hogy legalább 6000-10000 lakosra jusson egy orvos.

A községi orvost előzetes *pályáztatás* útján választották.

A községi orvosok *feladatát* igen sokrétűen határozta meg a jogszabály, mely nagyban hasonlított a háziorvosok jelenlegi kötelezettségeire:⁵

- a község, illetve a községi kör közegészségügyi, orvosrendőri és orvostörvényszéki ügyeinek ellátása, a szegények ingyenes, a vagyonosok visszterhes (a községgel kötött egyezség szerinti) egészségügyi ellátása,
- az árvák, elmebetegek, nyomorékok feletti felügyelet ellátása,
- himlőoltás,
- szegények számára ingyenes, a vagyonosok számára visszterhes halottkémlés,
- kötelező közreműködés életmentési eljárásban, stb.

A községi, illetve körorvosokon túl *más orvos* is letelepedhetett az adott területen, de csak orvosi magángyakorlat végzése céljából.

A *törvényhatósági közgyűlések* jelentős hatáskörökkel rendelkeztek az orvosokat illetően. A közgyűlés állapította meg az egyes közegészségügyi köröket, a községi orvosok, illetve a körorvosok fizetését, valamint ellenőrizte az orvosi gyakorlatot folytatni szándékozó személyek kihirdetéséhez szükséges oklevél meglétét. Ez utóbbi hatósági tevékenysége keretében kihirdette a letelepülő orvost, illetve – az okirat hiányossága miatt - megtagadta az orvosi gyakorlat folytatásához szükséges engedély megadását. Ilyen határozatokkal szemben a belügyminiszterhez lehetett fellebbezést benyújtani.

Az 1876. évi XIV. törvénycikk az egészségügy minden ágára kiterjedő olyan kódexnek volt mondható, mellyel annak idején több nyugati államot is megelőztünk. Az alaptörvény az akkor még szervezetlen közegészségügyi igazgatás – s egyben a jelenlegi egészségügyi alapellátás – alapjait vetette meg. Ennek ellenére több mint harminc év elteltével egyre jobban érződtek a kódex hiányosságai.

1.2. További állomások az egészségügyi alapellátás fejlődésében

Elsődleges problémaként merült fel, hogy a maximum 10000 fős lakosságszámra jutó egy orvos kevésnek bizonyult. Másrészt az igen nagy körzetre vonatkozó kötelező feladatok

⁵ 145.§

ellátásáért igen kevés – és területeként eltérő - volt a díjazás, az orvosok szabadsága és helyettesítése sem volt megoldott.⁶

Az 1908. évi XXXVIII. törvénycikk – ötévenkénti emeléssel – egységesen határozta meg a községi, illetve körorvosok díjazását úgy, hogy további juttatásokat és kötelezővé tett számukra (Pl. orvosi lakás, vagy lakáspénz).

A 10000 fős lakosságszámhoz igazodó körzetek megszüntetése érdekében a módosítás a következő rendelkezéseket vezette be:

- a) Minden város, vármegye székhely, illetve 5000 lakosnál nagyobb község köteles volt legalább egy **városi** vagy **községi orvost** alkalmazni, akinek a díjazását az állam finanszírozta. A város, illetve a község azonban **több orvost** is alkalmazhatott saját költségére, amit egyes területeken a belügyminiszter kötelezővé is tehetett. Több orvos alkalmazása esetén a képviselőtestület **ügyvezető orvost** jelölt ki, aki az egészségügyi közszolgáltatás egységes ellátásáért volt felelős.
- b) Az 5000 lakosnál kisebb községeket a törvényhatósági bizottság **orvosi körökbe** osztotta, melyekre – a korábbiaknak megfelelően - kötelező volt **körorvost** alkalmazni. A módosítás azonban lehetővé tette azt is, hogy a kisebb községek – saját költségükre - saját orvost alkalmazzanak. Megmaradt továbbá a nagyobb községhez, illetve városhoz csatlakozás lehetősége is.
- c) Fontos előírás volt, hogy – az életveszély és az elsősegély kivételével – az orvos csak a **saját területén** (körzetében) – községében, városában, illetve körében – végezhetett orvosi tevékenységet, máshol nem. A jogszabály ezzel lerakta a **területi ellátási kötelezettség** alapjait.

Az egészségügyi igazgatás fejlődésében mérföldkönek számít az *orvosi rendtartásról szóló* 1936. évi I. törvénycikk, hiszen egészen új alapokra helyezte az orvosi gyakorlat folytatásának feltételeit az **Orvosi Kamara megalapításával**, illetve a kötelező kamarai tagság bevezetésével.⁷

A jogszabály az **orvosi magángyakorlat** legfontosabb jellemzőit, kereteit jelölte ki az egészségügyi közszolgáltatást nyújtó községi és városi orvosok, körorvosok mellett.

⁶ Az alacsony és soha nem emelkedő fizetés miatt a körorvosi állások közel 10%-ka (1169 körorvosi állásból 1908-ban 190) nem volt betöltve.

⁷ 21.§ Orvosi gyakorlatot csak az az orvos folytathatott, illetve orvosi képesítéshez kötött állást csak az tölthetett be, aki valamilyen területi orvosi kamarának a tagja volt. Minden orvos azonban csak az állandó orvosi gyakorlat helye szerint illetékes területi kamarának lehetett a tagja, és csak azon a területen végezhetett állandó orvosi tevékenységet.

Az orvost a magánygyakorlat körében kifejtett tevékenységéért *díjazás* illette meg, melynek mértéke szabad egyezkedés tárgya volt. A szélsőségek elkerülése érdekében azonban az Országos Kamara a díj mértékét *szabályzatban* állapította meg, melynél alacsonyabb összeget vitás esetben a bíróság sem állapíthatott meg.⁸

1.3. A hatósági orvosi szolgálatok államosítása

Az **1936. évi IX. tc.** gyakorlatilag teljesen államosította a hatósági orvosi szolgálatot, mely – a miniszteri indoklás szerint – annak a már több évtizedre visszatekintő, céltudatos törekvésnek lett a beteljesülése, mely „a közegészségügyi szakszolgálat gyorsaságát, egyöntetűségét, szakszerűségét és pontosságát célozta”. A törvény már igen éles határt húz a hatósági feladatokat is ellátó, állam által kinevezett, finanszírozott és kötelező egészségügyi feladatokat ellátó hatósági orvosok, és a magánygyakorlatot folytató orvosok között. Ez az elhatárolás annyira éles volt, hogy ***a jogalkotó teljes egészében eltiltotta a hatósági orvosokat a magánygyakorlat folytatásától.***

A hatósági orvosi szolgálat élén a megyékben a ***megyei királyi tisztifőorvos***, illetve a megyei királyi ***tisztiorvosok*** álltak, akik a területen működő hatósági orvosok szakfelügyeletét látták el.

Az adott területen, helyi szinten ***városi orvosok, községi orvosok*** és ***körorvosok*** dolgoztak hatósági orvosként. Budapesten önálló tisztifőorvos és tisztiorvos működött összefogva a területi orvosok munkáját.

A törvényhatósági jogú és a megyei városok kötelesek voltak megfelelő számú ***városi orvosi*** állást rendszeresíteni. Tekintettel arra, hogy a hatósági orvoslás a belügyminisztérium felügyelete alatt állt, a belügyminiszter a városokat az orvosi létszám kiegészítésére kötelezhette, illetve több orvosi állást is meghirdethetett.

Minden legalább 5000 lélekszámú község köteles volt ***községi orvost*** alkalmazni. A belügyminiszter – a korábbi szabályozáshoz hasonlóan – a saját orvost alkalmazni nem tudó községeket ***közegészségügyi körbe*** osztotta be, illetve valamelyik vele határos megyei városhoz vagy olyan községhez csatolta, amelyben orvosi állás volt rendszeresítve. A kör pontos területét és székhelyét is a belügyminiszter állapította meg. A közegészségügyi körben a községi orvos teendőit a ***körorvos*** látta el, aki köteles volt a közegészségügyi kör székhelyén lakni.

⁸ Érdekeség, hogy az orvos utólag szabadon dönthetett úgy is, hogy ingyen vagy a díjszabás tételeinél alacsonyabb összegben állapítja meg a díját. Előre azonban nem kínálhatta fel orvosi tevékenységét „olcsóbb áron”.

A korábbi rendelkezésektől eltérően a hatósági orvosokat (városi, községi és körorvosokat) a *belügyminiszter nevezte ki*.⁹ Megmaradt tisztségviselői jogállásuk, továbbra is a képviselőtestület tagjai maradtak és járandóságukat is a város, illetve az adott község viselte.

A hatósági orvosoknak az egyéb közigazgatási tevékenységen felül elsődlegesen a ***szegény betegek ingyenes gyógyítását*** kellett ellátniuk.

A miniszteri indoklásban megfogalmazott elvi elgondolást azonban nem lehetett teljes mértékben megvalósítani, egyrészt azért, mert az államháztartás teherbíróképességével is számolni kellett, másrészt kívánatos volt az államosításból folyó gyakorlati eredményeket is megvárni. Ezért talált az akkori állami vezetés olyan megoldást, amely a tisztiorvosi szolgálatot teljes egészében államosította, viszont a városi orvosi, községi orvosi és körorvosi állásokra nézve csak a kinevezés jogát adta meg a belügyminiszternek, az alkalmazási jogviszony jellegét nem változtatta meg, így azok továbbra is városi, illetve községi alkalmazottak maradtak. Az ő helyzetükön azonban az új szabályozás sem hozott gyökeres javulást, mely elsősorban a helyhezkööttségre, az állással egybekötött alacsony javadalmazásra és az előrelépés korlátozottságára volt visszavezethető.

Ezen kívánt változtatni a városi orvosokról, a községi orvosokról és a körorvosokról, valamint egyes közegészségügyi rendelkezések módosításáról és kiegészítéséről szóló **1942. évi XII.tc.**, mely már a városi, községi orvosok, illetve körorvosok tekintetében már nemcsak a kinevezési jogát utalta a *belügyminiszter hatáskörébe*, hanem az orvosok ezen körét is *állami tisztviselőnek* is minősítette. Az állami tisztviselőkké vált helyi orvosok illetményét így már az állam viselte, azt azonban a városok, községek kötelesek voltak az államnak megtéríteni.¹⁰ Ezen túlmenően a törvénycikk az említett orvosi állások betöltését két évnél nem hosszabb tartamú *kórházi gyakorlat* igazolásához kötötte, hogy az ilyen körben dolgozó orvosok gyakorlati ismeretei minél teljesebbek legyenek.

A törvénycikk a jelenleg is érvényesülő szabályoknak megfelelően a város illetve a község kötelezettségévé tette az *orvosi rendelő* és a feladatellátáshoz szükséges „*dologi szükségletek*” biztosítását is.

⁹ A korábbi szabályozás szerint a városi orvost a városi, a községi orvost a községi képviselőtestület, a körorvost pedig az orvosi kört alkotó községek képviselőtestületének küldöttei „élethossziglan” ***választották meg***. Ehelyett a közegészségügy érdekében az a megoldás mutatkozott leginkább célravezetőnek, hogy az orvosok választás helyett ***kinevezés*** alá essenek.

¹⁰ Az állami tisztviselőkké vált orvosok illetménye így egységes fizetési osztályok szerint került megállapításra az egész országban, elkerülve az egyes települések eltérő fizetőképességéből származó aránytalanságokat és méltánytalanságokat. Az állandó illetményen felül még külön pótlékok, díjak (pl. személyi pótlék, fuvardíj stb.) kifizetésére is lehetőséget adott a jogszabály. 1-4. §§

Az új szabályozás az *áthelyezhetőség* bevezetésével és megfelelő alkalmazásával kívánta javítani – elsősorban a kislélekszámú falvakban – az orvosi szolgálatot.

2. Az egészségügyi alapellátás helyzete 1945 után

„A szocialista egészségügy alapelve a mindenki számára hozzáférhető, díjtalan és magas színvonalú egészségügyi ellátás biztosítása.” – olvasható Simonovits István volt egészségügyi miniszterhelyettes orvostanhallgatók számára írt jegyzetében.¹¹ Ennek elérése érdekében mind a kommunális vagy egyházi fenntartású, mind pedig a magánkézben lévő gyógyintézeteket államosították, a biztosítótársaságokat előbb a BIOSZ-ba (Biztosítótársaságok Országos Szövetsége) tömörítették, majd létrehozták az egységes társadalombiztosítás mamutrendszerét. Az egészségügyi intézmények államosításával az intézmények fenntartását, működését állami költségvetésből finanszírozták. Mindezek ellenére az állami feladatkörbe utalt egészségügyi ellátás mellett az *orvosi magánpraxisok is megmaradtak*. Ennek egyik oka az volt, hogy a társadalom széles rétege nem tartozott a biztosítottak körébe, s így a magánygyógyászati egészségügy bázisa lett.¹² Másrészt hiába teremtették meg többé-kevésbé a szocialista egészségügy tárgyi feltételeit az egészségügyi intézmények államosításával, hátra volt még az orvosok állami szolgálatba való bevonása. A háború előtt a járóbeteg-ellátás keretében gyakorolható orvosi szakmák képviselői főként a magánpraxisból éltek. A biztosítóintézeteknél történő állásvállalás, a kezelés színvonalát rontó szabályok és stílus miatt lenézett dolognak számított. A háborút követően azonban sok orvos mégis vállalta az állami szolgálatot, mivel a dolgozó tömegek általános elszegényedése miatt a magánpraxis kevesebbet kezdett jövedelmezni. Kivételt ez alól egyetlen hiányszakma képezett, a fogorvoslás, melynél a magánygyógyászati mindvégig igen jövedelmező maradt, ami miatt a fogorvosok nem is igyekeztek közszolgálati állást vállalni. A megoldást a 25/1952. (III.3.) minisztertanácsi rendelet hozta, mely az orvosegészségügyi közszolgálati állások betöltésének biztosítására a *magánpraxis folytatását az állami egészségügyben való alkalmazás feltételéhez kötötte*.¹³

¹¹ Simonovits István: Társadalomegészségtan és egészségügyi szervezéstudomány. Jegyzet. Budapest, Orvostudományi Egyetem, 1969. 123.o.

¹² Az ingyenes egészségügyi ellátás joga 1949-ben a lakosságnak mindössze 41%-ára terjedt ki. A falusi parasztság tömegeinek még a 60-as évek elején sem volt betegbiztosításuk, csak az erőszakolt szövetkezetesítés után, melynek vonzerejét ezzel is próbálták emelni. Így érték el, hogy 1961-ben a lakosság 94%-a, 1963-ban pedig már 97%-a részesült ingyenes egészségügyi ellátásban. Jobst Á.: Gondolatok a magánpraxis 1945 utáni hazai történetéhez. Valóság 1994/55.o. (JOBST 1994.)

¹³ Jobst Á.: Egy utópia halálára. LAM 1995;5(9):842-843.o. (JOBST 1995.)

A magánpraxisok fennmaradásában az is szerepet játszott, hogy az állami szolgálatot nem tudták rendesen megfizetni. A korábbi életszínvonalhoz való igazodást volt hivatva szolgálni a magánpraxisból befolyt jövedelem.¹⁴

A nem biztosított betegek ellátása mellett a magánpraxis fennmaradása óriási méretű társadalmi igényt is kielégített. A rendelőintézeti ellátás kedvezőtlen körülmények között történt, hiszen az orvosok számának emelkedése nem állt arányban a biztosítottak számának növekedésével. A biztosított betegek körzeti ellátása a rendelők zsúfoltsága miatt sem volt kielégítő, ezért a biztosítottak egy része magánbetegként fordult orvoshoz, mert úgy remélt alaposabb vizsgálatot, jobb gyógykezelést, gondosabb ellátását.¹⁵

2.1. Egészségügyi alapellátás az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvény szellemében

Az 1960-as és 70-es években a „nem-termelőnek” tekintett ágazatok, mint például az egészségügy háttérbe szorultak. Éppen ezért Magyarországon ebben az időszakban a bruttó nemzeti termék állami egészségügyre fordított része mindvégig igen alacsony volt és nagyon lassan növekedett (1971 évi 3,2%-ról még 1989-re is csak 4,9%-ra), elmaradt az egészségügy modernizálása.¹⁶

Az egészségügyi igazgatás területi és helyi szervei a **tanácsi szervezetben** helyezkedtek el. Az egészségügyi feladatokat és hatásköröket, a hatósági jogköröket az egyes tanácsszinteken a végrehajtó bizottságok egészségügyi feladatokat ellátó *szakigazgatási szervei* látták el.¹⁷

Az egészségügyi ellátásban a **fokozatosság elve** érvényesült, melynek értelmében a gyógyító megelőző ellátás intézeti rendszerében három ellátási fokozat került kialakításra:

- az *alapellátás*,
- a szakorvosi ellátás és
- a kórházi ellátás.

¹⁴ Az általános elszegényedés miatt az életszínvonal fenntartására a magángyakorlatból szerzett jövedelem is sokszor kevésnek bizonyult, az orvosok egy része állások halmozásával próbált megfelelő keresetre szert tenni. JOBST 1994. 50-55.o.

¹⁵ 1954-ben például a budapesti magánpraxis 80%-át biztosított betegek tették ki. JOBST 1995. 842-843.o.

¹⁶ Ezzel szemben a nyugat-európai országokban a 60-as évek eleje és a 70-es évek közepe között az egészségügy jelentős expanziója ment végbe: a gazdasági növekedés időszakában az egészségügyi kiadások a GDP növekedési ütemét 40-60%-kal meghaladó ütemben bővültek, lehetőséget teremtve ezzel az egészségügy modernizálására. Orosz É.: Merre tart az egészségügy reformja? Magyar Tudomány 1996. 4. szám (**OROSZ**) 456.o.

¹⁷ Berényi Sándor (szerk.): Magyar Államigazgatási Jog. Különös Rész II. A kulturális, egészségügyi és szociális igazgatás. Tankönyvkiadó Bp. 1981. (**BERÉNYI**) 46.o.

Az alapellátásban helyi szinten részesült először egészségügyi ellátásban a beteg, így ennek megfelelően az alapellátás „szervezete” nem jelentett önálló intézettípust, hanem a különböző területeken egészségügyi szolgáltatást végző személyeket (orvosokat, ápolónőket, védőnőket) fogta össze.¹⁸

A gyógyító–megelőző ellátásra ingyenesen jogosult beteg egészségügyi ellátását – amennyiben gyógyintézeti vizsgálata, kezelése nem volt szükséges – a lakóhelye, illetve ideiglenes tartózkodási helye szerint illetékes **körzeti orvosi szolgálat** végezte. Ennek mintájára működtek a városokban és nagyközségekben a **körzeti gyermekorvosi szolgálatok** is, melyek a csecsemők és 14. évüket be nem töltött gyermekek elsődleges gyógyító–megelőző ellátását végezték. Azokban a községekben, ahol körzeti gyermekorvosi szolgálat nem működött, az említett gyermekek alapellátását a körzeti orvosi szolgálat vegyes körzetben végezte. Az egészségügyi alapellátás harmadik területét a **körzeti fogorvos** alkotta, aki a körzetéhez tartozó községben vagy nagyközségben lakó, illetve ideiglenesen tartózkodó beteg fogászati ellátásáról volt köteles gondoskodni.¹⁹

A körzeti (gyermek)orvos munkaidején kívüli időben, továbbá a heti pihenőnapokon és munkaszüneti napokon a sürgős orvosi ellátásra, valamint a folyamatos gyógykezelésre szoruló beteg a **körzeti (gyermekorvosi) ügyeleti szolgálatot** vehette igénybe.

A szabad orvosválasztás jogát még nem gyakorolhatták a betegek olyan szabadon, mint ma. Ebben az időben a beteg a lakóhelye szerint illetékes rendelőintézet vezetőjétől, illetve a községi vagy nagyközségi szakigazgatási szerv útján kérhette ugyanazon tanács által fenntartott rendelőintézet illetékességi területén működő *más körzeti közegészségügyi szolgálat kijelölését*. Indokolt esetben az orvos is kérhette felettes szervétől az ellátásba tartozó állampolgár más körzeti orvoshoz utalását.²⁰

Az egészségügyi törvény változatlanul fenntartotta azt a lehetőségét az orvosoknak, hogy engedély birtokában munkaviszonyukon kívül, felkérésre, külön díjazás ellenében orvosi tevékenységet, **magánygyakorlatot** folytassanak. Az orvosi magánygyakorlat során az alapellátásban, illetve járóbeteg–szakellátásban kialakult praxisok – függetlenül attól, hogy területi ellátási kötelezettség nélkül működtek – a jelenleg hatályos működtetési joghoz tartozó, teljesen magánkézből lévő praxisokkal igen sok közös vonást mutattak. Ilyen volt például, hogy a magánrendelés folytatásához szükséges tárgyi feltételeket (rendelő,

¹⁸ BERÉNYI 48-49.o. Lásd: 1055/1983. (XII.28.) számú MT határozat a tanácsi egészségügyi és szociális intézményekről

¹⁹ Az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvénynek a gyógyító–megelőző ellátásra vonatkozó rendelkezései végrehajtásáról szóló 15/1972. (VIII.5.) EüM számú rendelet (a továbbiakban: 15/1972. EüM rendelet) 3.§

²⁰ 15/1972. EüM rendelet 4.§

felszerelési és berendezési tárgyak) az orvosnak magának kellett biztosítania és engedélyeztetnie is a megfelelő szakhatósággal.²¹ Az orvos csak egy helyen és csak egy magánorvosi rendelő fenntartására kaphatott engedélyt, mégpedig – választása szerint – a munkahelye, vagy az állandó lakóhelye szerinti községben vagy városban. Arra azonban lehetőséget adott a jogszabály, hogy két vagy több orvos közös magánorvosi rendelőt tartson fenn. Eltérő volt azonban, hogy csak olyan orvos számára lehetett engedélyezni a magángyakorlat folytatását, aki egyébként vagy főfoglalkozású orvosként dolgozott, illetve elérte a nyugdíjkorhatárt, vagy 67%-os rokkant volt. További feltétel volt a megfelelő orvosi gyakorlat (szakképzettség, körzeti orvosi vagy fogorvos), valamint a munkáltatói vélemény és hozzájárulás. Meghatározott vezető pozícióban lévő személyeket a jogszabály kizárt az orvosi magángyakorlat folytatásából.²²

A hatályos rendelkezések igen éles *határt*, illetve vonalat szabtak az *egészségügyi közellátás* és a *magángyakorlat* között:

- Tilos volt bármilyen gyógyintézetben – akár külön szerződés alapján is – magánorvosi rendelőt fenntartani.
- A magángyakorlatot folytató orvosnak a rendelés idejét oly módon kellett meghatároznia, hogy az a munkaviszonyával kapcsolatos munkakörének ellátását az ne akadályozza.²³
- A magánorvosi rendelvénnyel járóbeteg–szakellátásra beutalt beteg köteles volt a vizsgálatokért meghatározott díjat fizetni a kórház pénztárába.
- Az orvos a magángyakorlata keretében ellátott beteg részére csak magánorvosi rendelvényt adhatott ki, amit nem lehetett a betegnek a társadalombiztosítás terhére kiváltani.
- Tilos volt bármilyen állami gyógyintézetben orvosi magángyakorlatot folytatni még abban az esetben is, ha az orvos egyébként jogosult volt orvosi magángyakorlat végzésére.
- Az orvos köteles volt a magángyakorlata körében ellátott betegekről feljegyzéseket készíteni, és a díjazásáról külön pénztárkönyvet vezetni.²⁴

Az orvosi magángyakorlat folytatására való jogosultsága az orvosnak az engedély visszaküldésével szűnt meg, amit különböző okok indokolhattak (bármelyik kizáró körülmény felmerülése).

²¹ Az egészségügyi dolgozók rendtartásáról szóló 11/1972. (VI.30.) EüM rendelet (a továbbiakban: 11/1972. EüM rendelet) 39.§

²² Ilyenek voltak az Egészségügyi Minisztériumban, az egészségügyi hatóságoknál, az Országos Orvosszakértői Intézetnél főfoglalkozású munkaviszonyban álló orvosok, az orvostudományi egyetemek rektorai, az országos intézetek főigazgatói, igazgatói, valamint a kórházak, rendelőintézetek vezetői. 11/1972. EüM rendelet 40.§

²³ 11/1972. EüM rendelet 42.§

Mind a munkaviszonyban lévő, mind pedig a magánygyakorlatot folytató körzeti orvosok körében rendelkezett a jogszabály a szakmai felügyeletről és a *fegyelmi felelősségről*. Az első esetben a munkáltató jogkörébe tartozott a fegyelmi vétséget elkövető orvossal szembeni eljárás, míg a magánygyakorlatot folytató orvosnál a fegyelmi jogkört az orvosi magánygyakorlatot engedélyező egészségügyi szerv vezetője (helyettese) gyakorolta.²⁵

Az egészségügyi törvény megszületésével egyidőben került kialakításra az Állami Közegészségügyi – Járványügyi Felügyelet (KÖJÁL) is, mely intézmény fő feladata a lakosság egészségvédelmével kapcsolatos közegészségügyi–járványügyi tevékenységek irányítása és ellenőrzése volt.²⁶

3. Rendszerváltás az egészségügyben

Az 1972. évi egészségügyi törvény az állami egészségügyi ellátórendszeren kívül nem ismert más ellátórendszert, noha megkorlátozásokon alapuló egyéni, részmunkaidős magánygyakorlatot megengedte. Megállapítható, hogy ennek megfelelően az 1970-es évek végén, az 1980-as évek elején már a *tűrésen alapuló liberalizálódás* volt jellemző, noha a mindenki számára „ingyenes és magas színvonalú ellátás” állami költségvetésből történő finanszírozása mellett más finanszírozási forma hivatalosan nem volt elismert.

A 80-as évek közepén kb. ötezer magánpraxis létezett: az orvosok fele *fogorvos* volt, a többiek elsősorban nőgyógyásként, sebészként és *körzeti orvosként* dolgoztak. A magánszféra és a közületi szféra közötti kapcsolat jelentős lépése volt, hogy 1988-ban a magánorvosok által felírt gyógyszerre is kiterjesztették a társadalombiztosítási támogatást. A magánszektor további erősödését ösztönözte az a körülmény, hogy tökehiány következtében az állami és az önkormányzati források már akkor sem voltak elégségesek a modern orvostechikai fejlesztések iránti orvosi és lakossági igények kielégítéséhez.²⁷

1990-ben az egészségpolitika egyik fő jelszava a privatizáció volt, melyet az akkori kormány a gazdasági privatizációval egyidőben kívánt végrehajtani. A rendszerváltás alapvető kérdésévé vált az egészségügyben is az állam szerepének átalakítása, mely a privatizációs folyamatokban érvényesülhetett a legjobban. A **valós egészségügyi privatizáció** célja nem

²⁴ 11/1972. EüM rendelet 44-46.§§

²⁵ Az orvosok, gyógyszerészek és egyéb egészségügyi képezetű személyek fegyelmi felelősségéről szóló 17/1972. (IV.29.) MT számú rendelet. A jelenleg hatályos egészségügyi szabályozás szerint – szemben a korábbival – a vállalkozási formában működő orvosok szakmai felelőssége nincs meghatározva. Bár a szakmai felügyelet az ÁNTSZ hatáskörébe tartozik, szakmai szabályszegés esetén azonban nincs olyan differenciált szankcionálási lehetősége, mint amilyen régen volt, és mint amilyenre szükség lenne.

²⁶ Az Állami Közegészségügyi-Járványügyi Felügyeletről szóló 13/1972. (IV.12.) Korm. számú rendelet

²⁷ OROSZ 459.o.

lehetett más, mint az *államnak* a finanszírozás, a szolgáltatás és a szabályozás területéről történő *visszavonulása* oly módon, hogy a korábban közületi szektor által ellátott feladatokat magánintézmények (profit-érdekeltségű és non-profit intézmények) veszik át.²⁸ Ezzel egyidőben azonban megjelent az egészségügyi privatizáció *egy másik értelmezése* is, mely az ellátási kötelezettséggel terhelt tulajdon, illetve a *működtetés jogának magánosítását* helyezte a középpontba, valamint azt a folyamatot, mely a feladatátadással kapcsolódott össze.²⁹ Mint ahogyan azt látni fogjuk, hazánkban ez utóbbi meghatározás szerint indultak el az egészségügyben – először az alapellátásban – a privatizációs folyamatok.

A magyar gazdaság még utolsó, nem privatizált területe volt az egészségügy. A szakemberek szinte egyöntetű véleménye volt, hogy az egészségügyi piac – a szolgáltatások specifikumai miatt – soha nem lehet olyan liberalizált, mint például a fogyasztási eszközök piaca. Ugyanakkor minden ipari ország egészségügyi ellátórendszerében több-kevesebb privatizációs elem ma is megtalálható.³⁰

A megindult privatizációs folyamatban az 1990-es esztendő nem tekinthető teljesen „nulla pontnak”, hiszen – mint ahogy azt korábban is láttuk – az állami szektorbeli főfoglalkozás mellett lehetőség volt a magánpraxis fenntartására 1990 előtt is.

Az egészségügyi rendszer átalakulásának fontos lépését jelentette, hogy **1989-ben** létrehozták és a *költségvetéstől elkülönítették a Társadalombiztosítási Alapot*, amelyhez 1990-ben átkerült az egészségügyi intézmények működési kiadásainak finanszírozása is.³¹ Ebben az évben váltották fel a tb-járulékok a közvetlen költségvetési finanszírozást, melynek pénzügyi forrása az általános adóbevétel volt. Szintén ugyanebben az évben az önkormányzati rendszer életrehívásával az önkormányzatok tulajdonába került a korábban tanácsok által működtetett egészségügyi intézményhálózat.³² A rendszerváltozás lendületében számos területen igyekezett átvenni az akkori kormányzat a történelmi, polgári hagyományokat, több ponton igazodni az európai normákhoz. Ezen gondolkodás keretében rendelkezni kellett a nagy

²⁸ OROSZ 458.o.

²⁹ Forgács Iván: A magyar egészségügy dilemmája. In.: Glatz Ferenc (szerk.) Magyarország az ezredfordulón. Stratégiai kutatások a Magyar Tudományos Akadémián. Egészségügy Magyarországon. MTA Budapest 2001. **(FORGÁCS)** 81.o., Ajánlott irodalom a témában: Kotz László: A privatizáció és a tulajdonátalakulás kérdései az egészségügyben; a dolgozói részvénytulajdonlás lehetőségei Gazdaság és Társadalom 1/1991: 69-80.o.

³⁰ A piaci viszonyok érvényesülése talán a legkifejezettebb az Amerikai Egyesült Államok egészségügyi ellátásában, és legkevésbé érvényesül a brit nemzeti egészségügyi szolgálatban. Lindholm, L.A., Emmelin, Maria, A., Rosén, M.E.: Health maximization rejected. Eur. J. of Public Health 7, 1997. 406.o.

³¹ A Társadalombiztosítási Alapról szóló 1988. évi XXI. törvény hozta létre az önálló Társadalombiztosítási Alapot 1989. január 1-i hatállyal. Az Alap ugyan pénzügytechnikailag levált az állami költségvetésről, azonban az állami garancia megmaradt. A Társadalombiztosítási Alap kezelője az Országos Társadalombiztosítási Főigazgatóság lett.

³² OROSZ 460.o.

állami elosztórendszerek további működéséről és felügyeletéről. A társadalombiztosítás önkormányzati igazgatásáról szóló 1991. évi LXXXIV. törvény létrehozta az *Egészségbiztosítási és Nyugdíjbiztosítási Önkormányzatot*, valamint a korábbi Országos Társadalombiztosítási Főigazgatóság helyett a különálló *Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP)* és az Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság (ONYF) szervezetét, országos központi szervüket és megyei igazgatóságukat.³³

3.1. Az egészségügyi vállalkozások, az orvosi magángyakorlat folytatásának lehetőségei 1989 után

Az 1989-ben hozott minisztertanácsi rendelet szabályozta részletesen a magánvállalkozásokat az egészségügyi és szociális szektorban. 1990. január 1-től bármilyen egyéni vagy társas vállalkozó folytathatott egészségügyi szolgáltató tevékenységet, illetve létesíthetett, vagy tarthatott fenn egészségügyi intézményt, ha teljesítette a jogszabályban meghatározott személyi és tárgyi feltételeket.³⁴ Így a magánorvosi gyakorlat mellett lehetővé vált a *közfinanszírozású egészségügyi tevékenységet végzők számára is a vállalkozási forma*. Egészségügyi vállalkozás keretében *egészségügyi tevékenységet csak olyan orvos folytathatott*, aki

- a) szerepelt az orvosok nyilvántartásában,
- b) nem állt foglalkozástól, vagy az orvosi tevékenységtől eltiltó jogerős határozat hatálya alatt,
- c) magánrendelőt tartott fenn, vagy bérelt és az e célra szolgáló helyiség, valamint annak berendezése, felszerelése és azok elhelyezése megfelelt az előírt szakmai, közegészségügyi és műszaki feltételeknek (*tárgyi feltételek*)³⁵, valamint
- d) a gyakorolni kívánt szakterületen szakorvosi szakképesítéssel rendelkezett, vagy szakmai tevékenységének irányítását a vállalkozás megfelelő szakképesítéssel rendelkező dolgozója vagy tagja látta el, valamint az egészségügyi tevékenysége során okozott kár megtérítésére vonatkozóan felelősségbiztosítást kötött (*személyi feltétel*).³⁶

³³ Boncz I.-Dózsa Cs.: Az egészségbiztosítási és egészségfinanszírozási rendszer változásai 1992-2002. között. Motesz Magazin 2002/4. (BONCZ-DÓZSA) 13-14.o.

³⁴ Csak olyan tevékenységet nem lehetett végezni egészségügyi vállalkozás keretében, amelyet jogszabály kizárólagosan az állami egészségügyi szolgálat meghatározott szervének hatáskörébe utalt. Eszvr. 1.§ (2) bek.

³⁵ A rendelő közegészségügyi követelményeit a területileg illetékes állami közegészségügyi járványügyi felügyelőség, mint szakhatóság vizsgálta és engedélyezte, majd 1991-től az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ) területileg illetékes intézete.

³⁶ Az egészségügyi és szociális vállalkozásról szóló Eszvr. 2.§ (1) bek., 5.§, valamint Otgy. 2.§

Egészségügyi magántevékenységek végzésének nem volt feltétele a magánrendelő abban az esetben, ha bármely engedéllyel rendelkező egészségügyi intézmény helyet adott az ilyen tevékenységnek anélkül, hogy ehhez önálló helyiséget adott volna bérbe a magángyakorlatot folytató orvosnak.³⁷

Ennek megfelelően az orvosi oklevélhez kötött tevékenységet – így az egészségügyi alapellátásba tartozó tevékenységet is – ebben az időszakban **több formában** lehetett végezni:

- a) állami egészségügyi szolgálatban munkaviszony alapján,
- b) orvosi magángyakorlat, valamint egyéb egészségügyi magántevékenység, valamint
- c) bármilyen egyéni vállalkozónál, vagy társas vállalkozásnál létesített munkaviszony vagy tagsági viszony keretében.³⁸

Az **orvosi magángyakorlat engedélyezésével** kapcsolatos feladatkör először a helyi egészségügyi szakigazgatási szerv hatáskörébe tartozott, majd 1991. áprilisától az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat illetékes intézetéhez került.³⁹ Az orvosi magángyakorlat folytatása – a tételes előírások mellett – minden orvos joga lett. Aki a jogszabályban előírt feltételeknek megfelelt, annak az engedélyt ki kellett adni, az engedélyező hatóság az eljárásban nem vizsgálhatott célszerűségi szempontokat. Az engedély a tevékenységre jogosított, de nem jelentette annak elismerését, hogy a betegellátás szempontjából szükséges a szolgáltatás, és nem jelentette azt sem, hogy a szolgáltató jogosult lett volna az Egészségbiztosítási Alapból való finanszírozásra. Ez teljesen elbizonytalanította a magánvállalkozásokat.

Az egészségügyi kormányzat elméletben – a nyilatkozatok szintjén – a piacosítás elkötelezett híve volt, gyakorlatilag azonban tartott a piacosítás következtében várható költségrobbanástól. Ez a félelem jogos volt, hiszen a tiszta piaci viszonyok között működő orvosnak a társadalombiztosítás megtérítési kötelezettsége mellett egyértelmű érdeke lett (és érdeke jelenleg is) a minél több – esetleg felesleges – eljárás elvégeztetése.

Az 1980-as évek végén lassan elkezdődött, és az 1990-es évek elejétől mind erősebben hangoztatott egészségügyi **privatizációs stratégiák közös tévedése** volt, hogy a szolgáltatót úgy akarták privatizálni, hogy az Egészségbiztosítási Alap által fizetett díjak az amortizációt, sőt a reális költségeket sem fedezték. A kötelező egészségbiztosítás és a paraszolvencia még mindig kifizetődőbb volt a fogyasztó és szolgáltató számára, mint a számlaadáson alapuló

³⁷ Otgy. 28.§

³⁸ Otgy. 1.§

³⁹ Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat szervezetről és működéséről szóló 7/1991. (IV. 26.) NM rendelet 10.§

magánszolgáltatás. Egy 1993-ban végzett kutatás is leírta, hogy amennyiben a társadalombiztosítás fedezné a magánvállalkozások költségeit az alapellátásban, akkor az alapellátás jobban be tudná tölteni a „kapuőr” szerepet és így a betegek jóval kisebb százaléka kerülne súlyos állapotban a jóval költségesebben működő kórházakba, fekvőbeteg intézményekbe.⁴⁰

3.2. Az egészségügyi alapellátás átfogó reformja, a háziorvosi szolgálatok kialakítása

Az alapellátás privatizációja volt az első lépés a közfinanszírozással működő egészségügyi ellátások keretében belül. A magyarországi háziorvosi rendszer privatizációja során azonban mindig szem előtt kellett tartani, hogy a háziorvosi tevékenység nem kerülhetett ki már akkor sem teljesen az állami felelősség köréből, melynek oka az, hogy *az egészségügyi ellátáshoz való jog alkotmányos alapjog*.

A háziorvosi rendszer területén ezért a piaci mechanizmusok nem érvényesíthetők jelenleg sem teljes mértékben, mert a háziorvosi szolgáltatások jóléti jellegének változatlanul fenn kellett és kell maradnia. A háziorvosi tevékenység nem kerülhetett ki teljes mértékben a közszektor hatásköréből azért sem, mert az állam felelős az egészségügyi szolgáltatások folyamatosságáért, általános elérhetőségéért és azok minőségéért.⁴¹

Mindezek szem előtt tartásával a háziorvosi és házi gyermekorvosi szolgálatról szóló **6/1992. (III.31.) számú népjóléti miniszeri rendelet** révén a szocialista rendszer körzeti orvosi hálózata jogilag háziorvosi szolgáltatórendszerre alakult át, annak minden szakmai, etikai, szervezeti következményével és elvárásaival együtt. A rendszerváltozás utáni időszak jogszabályokban meghatározott és gyakorlatban realizált **alapellátó rendszere** ennek megfelelően a felnőtt – gyermek háziorvosi hálózatból, a fogászati alapellátó szolgálatból, az iskola – egészségügyi szolgálatból és a körzeti védőnői szolgálatból állt.

Fontos állomás volt az alapellátás fejlődésében, hogy 1992-93-ban – jogi szabályozás révén – lehetőség nyílt a háziorvosi szolgálat **részleges, azaz ún. funkcionális privatizációjára**, melyet meghatározó lényegi rendelkezések még ma is irányadóak. Ennek következtében az alapellátás ezen területe igen rövid idő alatt radikális változáson ment keresztül, amely szervezeti és gazdasági átalakulást egyaránt jelentett. A korábbi körzeti orvosok háziorvosok,

⁴⁰ Gyukits Gy.-Koltay E.: Gyógyító vállalkozások Budapesten. Valóság 1993/6. 93.o.

⁴¹ Bordás Mária: Jogi szakértői vélemény a „Háziorvosi rendszer privatizációjának nagyvonalú koncepciója” című tervezetről. Munkaanyag. Budapest, 1999. augusztus 11. (**BORDÁS**) 15.o.

illetve házi gyermekorvosok lettek, a háziorvosok munkáltatójává pedig a kórház, illetve a rendelőintézet helyett az adott területi önkormányzat vált.⁴²

A helyi önkormányzatokról szóló 1990. évi LXV. törvényből adódóan a lakosság egészségügyi alapellátásának biztosítása a **helyi önkormányzatok kötelezően** ellátandó **feladataként** került meghatározásra, ami a fejlődés során az egészségügyi alapellátásra irányuló privatizációs folyamatok egyik kulcskérdése lett.

A *területi ellátási kötelezettséggel* dolgozó háziorvosok azóta a területileg illetékes önkormányzat(ok)al közösen dönthetik el, hogy **milyen formában** kívánják végezni feladataikat: közalkalmazottként, egyéni, illetve társas vállalkozóként.⁴³ Ha az egészségügyi vállalkozó az önkormányzat feladatkörébe tartozó egészségügyi alapellátást kíván nyújtani, akkor erről az önkormányzattal írásban meg kell állapodnia. A megállapodásból egyértelműen ki kell derülnie, hogy milyen *mértékű és szerkezetű ellátást* végez a megbízott vállalkozás, és azt milyen tulajdonú rendelőben és milyen tárgyi eszközökkel végzi. Amennyiben a megbízott vállalkozás a feladat ellátására kötött szerződést követően is az önkormányzat tulajdonában lévő rendelőben és tárgyi eszközökkel nyújtja az egészségügyi alapellátást, akkor a vállalkozás csak a működtetést „magánosította”, csak az *alapellátási funkciót privatizálta*.⁴⁴

A szerződésben rendelkeznie kell a feleknek a **díjazásról** is. Ez akkoriban a felek által meghatározott *konkrét összeg* volt, mivel kezdetben az önkormányzatok még nem ruházták át az egészségügyi vállalkozásokra a direkt finanszírozási szerződések megkötésének jogát. Ilyenkor a díj összege egy nehezebb alkudozási folyamat eredményeként került meghatározásra, melynek részét képezte a működtetéshez szükséges költségek és kiadások viselése tárgyában hozott döntés is.⁴⁵ Később azonban már egyre nagyobb számban

⁴² Ennek megfelelően 1995 elején a 6772 háziorvosból 2829 az önkormányzattal és a társadalombiztosítással kötött szerződés alapján magánygyakorlatot folytató orvosként vagy vállalkozási formában végezte a háziorvosi ellátást, további 129 csak az egészségbiztosítással kötött szerződés alapján. OROSZ 461.o.

⁴³ A háziorvosok 16,5%-a önkormányzati közalkalmazottként, 83,5%-a pedig egyéni vagy társas vállalkozóként dolgozott 2001-ben. Csáky A., Fejér L., Mész I., Kis Gy., Kovács J., Urbán L.: Egészségügyünk az ezredfordulón. In.: Szerk.: Glatz Ferenc. Magyarország az ezredfordulón. Stratégiai kutatások a Magyar Tudományos Akadémián. Egészségügy Magyarországon. MTA Budapest 2001. **(CSÁKY-FEJÉR-MISZ-KIS-KOVÁCS-URBÁN)** 22.o.

⁴⁴ Az ellátási feladat átadását Kincses Gyula a polgári jog **haszonbérleti** konstrukciójához hasonlította: az egyéni vagy társas vállalkozási formában működő háziorvosi szolgálat természetben nyújtja a szolgáltatást a tulajdonosnak azzal, hogy egészségügyi ellátást biztosít a körzet lakosságának, amiért cserébe használatba kapja a szolgáltatás nyújtásához szükséges és törvényben előírt vagyont (rendelő és felszerelése), valamint jogosulttá válik a haszon szedésére, azaz az Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásra. Szempontok az egészségügyi vállalkozások létrehozásához és az egészségügyi szolgáltatók privatizációjához. Összeállította: a Népjóléti Minisztérium szakértői csoportja. 1998. február. Munkaanyag. 11.o.

⁴⁵ Magasabb díjazás esetén a költségek és kiadások viselése is a vállalkozásokat terhelte, alacsonyabb díjazás esetén azonban az önkormányzat átvállalta azokat.

engedélyezte az önkormányzat a közvetlen finanszírozási szerződés megkötését, mely már sokkal nagyobb önállóságot adott az egészségügyi vállalkozásnak az adott háziiorvosi körzet működtetésére, esetleges beruházások eszközlésére.

Az 1992-ben megerősített **területi ellátási kötelezettség** lényege az volt, és jelenleg is az, hogy a háziorvos a körzetében lakó vagy tartózkodó és hozzá forduló beteget minden esetben köteles ellátni, s egyben a területi ellátáshoz szorosan kapcsolódó ügyeleti szolgáltatban való részvételre is köteles. A területi ellátási kötelezettség hangsúlyozása azonban szükségszerűen maga után vonta az *optimális körzetnagyság* meghatározását, ami lakosságszám alapján történt. Ez a lakosságszám – többszöri jogszabály-módosítással – 1800, 1500, 1300 majd **jelenleg 1200 főben** került **ajánlásként** megfogalmazásra az *új felnőtt* körzetekben, 800 majd **600 főben** a *gyermekkörzetekben*. Ennek alapján a túlzottan nagy orvosi körzeteket fokozatosan szétválasztották, és új háziiorvosi körzeteket hoztak létre.⁴⁶ Meg kell azonban említeni, hogy ez a kezdeményezés és törekvés több helyen is komoly érdekellentéteket hozott a felszínre mind a háziorvosok, mind pedig az önkormányzatok részéről, hiszen az orvosok sokszor az egzisztenciájuk veszélyeztetését látták a meglévő körzetük csonkításában, új körzetek kialakításában.

Új lehetőségnek számított, hogy 1993-tól a szabad orvosválasztási jog érvényesíthetősége érdekében **területi ellátási kötelezettség nélküli háziiorvosi körzeteket** is lehet létesíteni. Ez azt jelenti, hogy az adott háziorvosnak nincs közigazgatási határhoz kapcsolható körzete, nincs is az adott területen tartózkodókkal szemben – a sürgős szükség, elsősegélynyújtás kivételével -ellátási kötelezettsége, csak azokat a betegeket köteles ellátásban részesíteni, akik – „kártyájuk leadásával”, illetve bejelentkezésükkel - őt választották háziorvosuknak.⁴⁷

A fogászati alapellátás is megváltozott és a háziiorvosi körzetekhez hasonlóan, területi ellátási kötelezettséggel vagy anélkül, közalkalmazotti vagy – funkcionális privatizáció révén – magánvállalkozói működtetésben üzemeltetett szolgálattá vált.

A háziiorvosi szolgálat bevezetésével az orvosi magángyakorlatot folytató orvosok között igen jelentős számot képviseltek és képviselnek ma is a háziiorvosi, házi gyermekorvosi és

⁴⁶ 1990-ben 5870, 1995-ben 6679, 1997-ben 6843, 1999-ben 6854 háziiorvosi körzet működött (felnőtt és gyerek). CSÁKY-FEJÉR-MISZ-KIS-KOVÁCS-URBÁN 22.o.

⁴⁷ A háziiorvosi alapellátásban 2001-ben 5265 felnőtt- és vegyes háziorvos, valamint 1589 gyermek háziorvos dolgozott *területi ellátási kötelezettséggel*. A *területi ellátási kötelezettség nélkül működő praxisok* száma ugyanebben az időben 478 volt, melyeket kizárólag vállalkozási formában működtetett a háziorvos közvetlen társadalombiztosítási finanszírozással. CSÁKY-FEJÉR-MISZ-KIS-KOVÁCS-URBÁN 22.o.

fogorvosi magánygyakorlatot folytató orvosok, akikre az orvosi magánygyakorlatot rendező jogszabályok 1992-től kezdve folyamatosan változó sajátos előírásokat tartalmaztak.⁴⁸

Az egészségügy – így az alapellátás – *szakmai felügyeletét* 1991. áprilisától kezdve az *Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat* (továbbiakban: ÁNTSZ) látja el, amely egyben hatósági jogkört is gyakorol.⁴⁹

A háziiorvosi ellátás kétcsatornás finanszírozási rendszerre tért át.

- a) Ez annyit jelentett, hogy a beruházásokért, a fejlesztésekért, a megfelelő körülmények biztosításáért a fenntartó, a tulajdonos - azaz *az adott települési önkormányzat* - maradt a felelős.
- b) A *társadalombiztosító* csak a közvetlen teljesítmények ellentételezését vállalta. A háziiorvosi tevékenység konkrét finanszírozása az orvoshoz bejelentkezett betegek száma és egyéb tényezők függvényében alakult, mint *teljesítményarányos juttatás*.⁵⁰ Ehhez járult még a területi ellátási kötelezettséghez kapcsolódó *fix fenntartási díj* is, melyet a területi ellátási kötelezettség nélkül működő háziorvosok nem kaptak. Ez a rendszer az alapja jelenleg is az alapellátás finanszírozásának.⁵¹

A *finanszírozási szerződést* az Országos Egészségbiztosító Pénztárral a *háziiorvosi szolgálat működtetője* köti meg: közalkalmazott háziorvos esetén az önkormányzat, társas vállalkozó orvos esetén – az orvos személyes közreműködését kikötve - a cég, egyéni vállalkozó esetén pedig maga az orvos. A háziiorvosi szolgálatok kialakítását követő években a finanszírozási szerződést még vállalkozási formában működő szolgálatok esetén is csak az önkormányzat köthette meg, melyből nem mindig kapta meg az orvosi vállalkozás a teljes összeget.⁵² Később azonban ez a szabály megváltozott, de a vállalkozó orvos az alapellátás

⁴⁸ A háziiorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi magánygyakorlat folytatásához előírt képesítési követelmények 1992-től folyamatosan változtak az ellátási érdekekre tekintettel. Lásd a 6/1992. (III.31.) NM rendelet 12.§ (1) bek., a 7/1993.(II.19.) NM rendelet 4.§, 5.§, 8.§, a 19/1995. (VI.17.) NM rendelet 1.§, 2.§ és a 29/1997. (X.3.) NM rendelet 7.§ (3) bek.

⁴⁹ Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatról szóló 1991. évi XI. törvény.

⁵⁰ Mivel a jogszabály nem határozta meg az elfogadható betegbiztosítási kártyák számának felső határát, egyes háziorvosok – akár a minőségi ellátás rovására – korlátlan mértékben gyűjtöttek össze kártyákat. Felméri István: Háziiorvosi ellátás és anyagi-érdekeltségi rendszer. Gazdaság és Társadalom 4/1993. (FELMÉRAI) 69-76.o.

⁵¹ A túlzottan nagy lakosságszámú körzetek kialakításának és az egészségügyi ellátás romlásának elkerülése érdekében, megszabott pontszám felett *degressziós* – fékező hatású – ráta is beépítésre került a finanszírozási rendszerbe.

⁵² Volt olyan polgármester aki a kiemelkedő teljesítménnyel dolgozó háziorvos praxis után kapott finanszírozási összegből újíttotta fel a többi lerobbant rendelőt is. FELMÉRAI 69-76.o.

működtetésére átutalt finanszírozási összeget kizárólag az előírt feladatok ellátása érdekében használhatja fel.⁵³

A háziiorvosi szolgálat létrehozása az egészségügy strukturális problémáinak az orvoslása, a szolgáltatások költséghatékonyabb szerkezetének a kialakítása felé tett lépés volt. A háziorvos megválasztásának bevezetése, kiegészítve a fejkvótán alapuló fizetéssel, ösztönzést jelentett a szolgáltatás minőségének növelésére és az orvos és páciense közötti szorosabb kapcsolat fenntartására.

Tekintettel arra, hogy **jelenleg a háziiorvosi praxisok több, mint 80 %-a vállalkozási formában működik** elmondható, hogy az elmúlt tíz év alatt a háziorvosi alapellátás funkcionális privatizációja gyakorlatilag lezajlott.⁵⁴ A közalkalmazotti jogviszonyban ellátott praxisok egy részénél az önkormányzatok ellenállása miatt hiúsult meg a privatizáció, illetve jelenleg is vannak olyan praxisok, amelyet a OEP finanszírozásból hosszú távon nem lehet működtetni, ezért nem éri meg az orvosnak kivinni vállalkozásba.

A privatizációs törekvés tehát hamar megtorpant, mivel a magánosítás csak az új magánintézmények működtetésének támogatására szűkölt le, nem pedig a már meglévő állami, önkormányzati tulajdon eladását, magántulajdonba kerülését jelentette. A magántulajdon megjelenését csupán az újonnan belépő intézményeknél preferálta.

Az új háziiorvosi rendszer bevezetését követően is megmaradtak azonban lényeges **problémák**.

- a) A kétszatornás finanszírozási rendszer miatt az önkormányzati képviselőtestületek – többségében laikus – tagjai kezébe került a *döntés* arra vonatkozóan, hogy milyen *beruházásokra* van szükség az alapellátásban. Ez igen gyakran komoly ellentétet váltott ki a praxis munkájáért teljes erkölcsi felelősséggel tartozó háziorvosok és az esetleg szűkös anyagi forrásokkal rendelkező önkormányzatok, polgármesterek között, mivel az anyagi források felosztása esetén az alapellátás ritkán élvezett elsőbbséget.
- b) Másrészt a funkcionális privatizáció lényegének megfelelően – az egészségügyi alapellátás átalakulását követően – az orvosi rendelő és annak felszerelése az önkormányzat tulajdonában maradt, annak megfelelő színvonalú szinten tartási és

⁵³ A háziorvosi ellátás – ügyeleti szolgálattal együtt – egészségbiztosítási finanszírozásból való részesedésének aránya az éves gyógyító-megelőző ellátási keretösszeg 7,01%-a (1999-es adat) volt ebben az időben.

⁵⁴ 1997. év végén 6843 háziiorvosi szolgálat működött. Ebből 6333 területi ellátási kötelezettségű és 510 területi ellátási kötelezettség nélkül praxist finanszírozott az OEP. A privatizált háziiorvosi szolgálatok száma tovább nőtt. A területi ellátási kötelezettség nélküli praxisok mindegyike vállalkozási formában működött. A területi ellátási kötelezettségű szolgáltatóknak 76,4%-a választotta a vállalkozási formát, mely 6,5%-kal volt több, mint 1996-ban. T/251. törvényjavaslat indoklása 1998.

rendelkezésre bocsáthatósági kötelezettségével együtt. Ez a körülmény szintén komoly feszültséget gerjesztett és gerjeszt jelenleg is a tulajdonos és a működtető között.

- c) Harmadrészt az is megállapítható, hogy a 1992-es reformfolyamatok fontos vívmányainak nem sikerült a háziiorvosi szolgálat tartalmát megszabadítani a régi körzeti orvosi gyakorlattól: az orvosok továbbra is inkább „gyógyszerfelírók és beutaló-gyártók” maradtak, ennél többre ritkán vállalkoztak és vállalkoznak ma is.⁵⁵

3.3. Az új egészségügyi törvény alapellátást érintő rendelkezései

A Népjóléti Minisztérium 1990 óta több reformon dolgozott, kimondottan vagy nem kimondottan abból a célból, hogy csökkentse az állam kötelezettségvállalását az egészségügyi ellátásban, és mérsékelje az állam terheit az egészségügyi kiadások finanszírozásában. *Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény* – mely a harmadik az egészségügyi ellátás történetében, 1998. július elsején lépett hatályba, de mivel már az elfogásakor is nyilvánvaló vált, hogy számos vonatkozásban megvalósíthatatlan, jelentős részének életbeléptetése halasztódott 1999., illetve 2000. január elsejére.

Az új egészségügyi törvény az egészségügyi alapellátás tekintetében nem tartalmazott eltérő rendelkezéseket, lényeges változásokat a betegek jogainak elismerése (betegjogi képviselő, mediátori tanács, intézeti etikai bizottság), a megelőzés (Nemzeti Egészségtervezési Program), valamint a minőségi betegellátás biztosítása területén vezetett be.

Mind az egészségügyben dolgozók, mind pedig az egészségügyi intézmények arra törekedtek, hogy tovább erősítsék a magánszektorban való közreműködés lehetőségét. A 90-es években született egészségügyi szabályozás az évtized vége felé gyakorlatilag megteremtette a *szektorsemlegességet*: a szakmai szabályokat az egészségügyi szolgáltató tulajdonosától és működtetőjétől függetlenül határozta meg. Az egészségügyről szóló, jelenleg is hatályos 1997. évi CLIV törvény sem nevesíti különleges jogosultságként a vállalkozáshoz való jogot, hanem már tényként kezeli a *vegyes* tulajdonviszonyokat. Az egészségügyi szolgáltató definíciója hangsúlyosan utal arra, hogy ez a fogalom tulajdoni formától és fenntartótól független.⁵⁶ Ez a szabályozás egyrészt versenyhelyzetet teremtett az alapellátásban működő egészségügyi szolgáltatók között is, másrészt törvényben rögzítette a helyi önkormányzatok választási lehetőségét arra nézve, hogy a kötelező feladatként megjelölt egészségügyi alapellátás biztosításából eredő feladataikat maguk végezzék a saját intézményeikben, vagy

⁵⁵ OROSZ 461.o.

⁵⁶ Eütv. 3.§ f) pont

más magánszolgáltatóval kötött szerződés alapján átadják azokat. Ennek megfelelően az **egészségügyi szolgáltatók jogi helyzete** az alapellátásban a korábbi gyakorlathoz hasonló módon alakult az új egészségügyi törvényt követően is:

- a) önkormányzati intézmények (kötségvetési intézmények),
- b) területi ellátási kötelezettséggel működő, vállalkozásban működtetett szolgáltatók, amelyeknél azonban a rendelő épülete (ingatlan) és a működtetéshez szükséges berendezési és felszerelési tárgyak önkormányzati tulajdonban vannak (*ún. funkcionális privatizáció*),
- c) a területi ellátási kötelezettséget szerződéssel átvállaló, a magánszektorban működő profitorientált vagy non-profit egészségügyi szolgáltatók,
- d) a területi ellátási kötelezettséggel nem rendelkező egészségügyi szolgáltatók (önkormányzati és magántulajdonban egyaránt lehetnek).⁵⁷

Az egészségügyi szolgáltatások mindegyikére érvényes szakmai követelmények fő szabályait jelenleg is az egészségügyi törvény V. fejezete tartalmazza. Az egyéni vagy társas vállalkozási formában (esetleg non-profit szervezetként) működő egészségügyi (házi- orvosi) szolgáltatók esetén azonban alkalmazni kellett a már korábban ismertetett és még ebben az időben is hatályban lévő speciális előírásokat,⁵⁸ valamint az adott vállalkozási formát meghatározó törvényi előírásokat.⁵⁹

Az 1998 júliusában hivatalba lépett kormány programjában is jelentős szerepet kapott az egészségügy fejlesztése és az ehhez szükséges források átcsoportosítása. A kormány első intézkedési közé tartozott a társadalombiztosítás önkormányzati igazgatásának felszámolása. A társadalombiztosítás pénzügyi alapjainak és a társadalombiztosítás szerveinek állami felügyeletéről szóló 1998. évi XXXIX. törvény megszüntette az Egészségbiztosítási és Nyugdíjbiztosítási Önkormányzatokat, jogutódjuk a Magyar Állam lett.⁶⁰

⁵⁷ Szempontok az egészségügyi vállalkozások létrehozásához és az egészségügyi szolgáltatók privatizációjához. Összeállította a Népjóléti Minisztérium szakmai előkészítő csoportja 1998. február

⁵⁸ 113/1989. (XI.15.) MT rendelet és a 30/1989. (XI. 15.) SZEM rendelet. Ezek az előírások azonban az egészségügyi közszolgáltatások nyújtásáról valamint az orvosi tevékenység végzésének formáiról szóló 2001. évi CVII. törvénnyel hatályukat veszítették.

⁵⁹ Az egyéni vállalkozásról szóló 1990. évi V. törvény, a gazdasági társaságokról szóló 1997. évi CXLIV. törvény.

⁶⁰ Az Egészségbiztosítási és Nyugdíjbiztosítási Alap felügyelete, valamint a társadalombiztosítás igazgatási szerveinek irányítása állami feladattá vált. Az OEP felügyelet ezt követően többször változott, kezdetben a Miniszterelnöki Hivatal politikai államtitkára, majd a pénzügyminiszter, illetve az egészségügy-miniszter irányította az OEP-et. Jelenleg ez a feladat az egészségügyi, szociális és családügyi miniszter hatáskörébe tartozik. BONCZ-DÓZSA 13.o.

Az új egészségügyi vezetés határozottan kívánta támogatni az alap- és járóbetegellátásban a magántulajdon szerepének megerősödését mind **valódi**, mind pedig további **funkcionális privatizáció** formájában.

A kormányzat a magántőke bevonásával szeretne volna az egészségügy megújítását segíteni. A **magánosítás** tekintetében azonban elkülönítetten kellett kezelni az egészségügy *finanszírozási oldalának* és a *szolgáltatói oldal* egyes egységeinek a privatizációját. A finanszírozási oldal privatizációjával felmerült a magyar egészségügy további eladósodásának veszélye. Egyértelműen kiderült, hogy az egészségügyben nem használhatók szabadon a szabadpiac kínálta verseny előnyei, hanem csak erősen szabályozott verseny, központi felügyelet és irányítás vezethet megoldásra. A szolgáltatói oldal számára a versenyhelyzet korrekt és jól kidolgozott szabályok melletti megteremtése azonban jó eredményekkel kecsegtettek.

Tekintettel arra, hogy a hazai alapellátásban a funkcionális privatizáció ebben az időszakban már jórészt lezajlott, továbblépést mind szakmai, mind pedig közgazdasági szempontból a teljes privatizáció jelenthette volna. A **teljes privatizáció** azonban **számos olyan veszélyt** is a felszínre hozott, melyek elhárítására az elmúlt tíz év egészségügyi vezetése nem volt képes.

- a) Az egyik ilyen veszélyforrás, hogy az egészségügyi vállalkozás **fizetéseképtelensége** az önkormányzatra – mint az ellátási felelősség hordozójára - is komoly hatást gyakorolna. Ilyenkor ugyanis a vállalkozás teljes vagyona a felszámolási eljárás keretében folyó vagyonértékelés körébe kerülhet, végrehajtás tárgyává válhat, azaz az egészségügyi vállalkozás, illetve szolgáltatás teljesen elveszítheti egészségügyi jellegét, ami egyben az egészségügyi szolgáltatás megszűnéséhez is vezethet.
- b) Hasonló helyzet állhat elő akkor is, ha a teljes privatizációt követően az (egyéni vagy társas) vállalkozás **megszünteti az egészségügyi szolgáltató tevékenységet**, illetve öröklést vagy átruházást követően az új tulajdonos kíván változtatni a vállalkozás profilján.⁶¹ Mindenképpen felmerült olyan jogi szabályozás igénye, mely korlátozta, illetve meghatározott feltételekhez kötötte volna az egészségügyi ellátás céljából magántulajdonba kerülő vagyontárgyak nem egészségügyi célú hasznosítását, további

⁶¹ Szempontok az egészségügyi vállalkozások létrehozásához és az egészségügyi szolgáltatók privatizációjához. Összeállította: A Népjóléti Minisztérium szakértői csoportja. 1998. február Munkaanyag.

átruházását, hogy a lakosság ellátása ne kerülhessen lehetetlen helyzetbe az előbb példaként felhozott esetekben.⁶²

- c) A teljes privatizáció megvalósítását akadályozta az a körülmény is, hogy az egészségügyi alapellátás működtetéséhez szükséges ingóságok (berendezési és felszerelési tárgyak), illetve az orvosi rendelés helyéül szolgáló ingatlan az adott **települési önkormányzat korlátozottan forgalomképes vagyonába** tartoznak, melyre vonatkozó rendelkezési, illetve szabad döntési joga csak a képviselőtestületnek van. Ezen önkormányzati tulajdonban lévő eszközök kötelező átruházására irányuló esetleges szabályozás azonban nemcsak az önkormányzatok autonómiáját sérti, hanem alkotmányossági aggályokat is felvet.⁶³

Másrészt figyelemmel kell lenni olyan tartalmi kérdésekre is, hogy

- az egészségügyi közfeladathoz rendelt vagyon *célhoz rendelt vagyon*, amelynek célhoz kötöttsége annak privatizációja esetén is mindvégig kívánatos⁶⁴,
- a vagyon elidegenítése esetén sem mentesül az *önkormányzat ellátási kötelezettsége* alól,
- célszerű előnyben részesíteni a privatizáció időpontjában a vagyont birtokló orvosokat.

- d) Végül azt sem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy az alapellátásban dolgozó orvosok – különösen a felnőtt háziorvosok és a házi gyermekorvosok – több szempontból **sem voltak és jelenleg sem érdekeltek** a rendelő teljes privatizálásában. Egyrészt azért, mert az alapellátás *finanszírozása forráshiányos* volt, az OEP által biztosított finanszírozási összeg nem tartalmazta a működtetés *amortizációs* költségeit. A sikeres privatizáció

⁶² Ebben a kérdésben az egészségügyi vezetés csak 2001-ben lépett, amikor bevezette az **egészségügyi célvagyon** intézményét, mely a teljes privatizáció esetén megvásárolt önkormányzati tulajdonú rendelők, ingatlanok későbbi felhasználásával és elidegenítésével kapcsolatosan határoztak meg a forgalomképességre kiható ésszerű korlátokat. Az egészségügyi közszolgáltatások nyújtásáról, valamint az orvosi tevékenység végzésének formájáról szóló 2001. évi CVII. törvény 10.§,

⁶³ Menyhárd is felveti a tulajdonjog szabályainak differenciált meghatározását, különbséget téve közjogi és magánjogi elidegenítés, s ezen túlmenően is a tulajdonosi jogosítványok gyakorlása között. Ez valószínűleg dogmatikai ellentmondás nélkül nem oldható meg, mert a közjogi elidegenítés lehetősége nehezen egyeztethető össze a közjogi személyek magánjogi jogalanyiségával. A közjogi tulajdonra vonatkozó speciális szabályozás ugyanakkor jogpolitikai szempontból mindenképpen szükségszerű és indokolt. Menyhárd Attila: Észrevételek és javaslatok az új Polgári Törvénykönyv dologi jogi koncepciójának kiegészítéséhez. Polgári Jogi Kodifikáció 2002. 5-6. szám (MENYHÁRD) 10.o.

⁶⁴ Ennek érdekében célszerű meghatározni, hogy a privatizált vagyon meghatározott ideig kizárólag a privatizációt megelőző feladatokra használható, hogy továbbértékesítése esetén is *célhoz kötötten* kell működtetni, illetve hogy az átruházás tárgyában megkötött szerződésben meghatározott feltételek esetén az önkormányzatnak visszavásárlási joga van.

fontos feltétele, hogy a *befektetések megtérülésének meglegyen az elvi esélye*.⁶⁵ Ennek viszont feltétele a teljesítmények valós értékének elismerése, az épületek, gépek, műszerek amortizációjának ellentételezése. Másrészt igencsak drágította volna és drágítja jelenleg is az egészségügyi ellátást, hogy az alapellátás működtetéséhez kötelezően előírt gépek, eszközök, felszerelési tárgyak ellenértékét *25%-os általános forgalmi adó* terheli, melyet az egészségügyi vállalkozások - tekintettel arra, hogy a különböző egészségügyi ellátások ÁFA mentes szolgáltatások - nem igényelhetnek vissza. Az általános forgalmi adó kulcsának módosítása és visszaigényelhetőségének megteremtése elengedhetlenné vált.⁶⁶ Harmadrészt pedig még jelenleg is *igen magas kockázati tényező* az adott települési önkormányzat ellátási felelősségéből eredő joga, mellyel bármikor szabadon megszüntetheti a háziiorvosi vállalkozással az egészségügyi alapellátás biztosítására és működtetésére korábban kötött szerződést, ellehetetlenítve a rendelő teljes privatizálásával járó nagyobb befektetések megtérülési esélyét.

Mindezek ellenére az egészségügy további átalakításán vitatkozó szakemberek egyik csoportja a piaci elemek erősítésében látta az egészségügyi rendszer megújítási lehetőségét arra hivatkozva, hogy a magánkézben lévő egészségügyi rendszerekben az erőforrások kihasználtsága megnő, mivel a változó igényekre gyorsabban reagáló, innovatív és költséghatékonyabb magatartásra ösztönöz.

A kormány mindezek figyelembevételével tűzte ki célul 1999-ben az egészségügy tervezett és szabályozott piacának létrehozását és az alapellátás fejlesztését, melyet alapvető fontosságúnak tekintett.

Az alapellátás magánosítása első lépésként két fő problémakört érintett: egyrészt az önkormányzatokat terhelő alapellátási felelősség átruházásának kérdését, másrészt az önkormányzat által adott, változó mértékű anyagi hozzájárulások megszűnését. Az *ellátási felelősség átruházása* tekintetében többféle megoldás kínálkozott.

⁶⁵ Rékassy Balázs: Reális alternatíva-e a privatizáció? Egészségügyi Gazdasági Szemle 1999,37,2. (RÉKASSY)127.o.

⁶⁶ Az egészségügyi alapellátás privatizálása tárgyában született koncepciók és javaslatok, illetve az elkészített törvénytervezetekre vonatkozó kritikai elemzések mindegyike alapvető feltételnek tekintette az amortizáció ellentételezésének megteremtését. Ez a lassan több, mint tíz éve felmerülő, alapvető kérdés azonban mind a mai napig nem rendeződött megnyugtatóan egyik kormány részéről sem, ezért nem is beszélhetünk még az alapellátás területén sem teljes és befejezett magánosításról. Az amortizációs kérdések megoldását több szakértő is az egészségügyi reform, illetve privatizáció *alfájának* nevezte arra hivatkozva, hogy amíg a működési költségek finanszírozása nem fedezi az ellátás valós (amortizációs) költségeit, addig nem várható az egészségügy rendszerének tisztázása. RÉKASSY 132.o.

- a) Az ellátási felelősséget, illetve annak szabályozását valamely *központi szerv* (ÁNTSZ, Egészségügyi Minisztérium) látná el. Ez az elképzelés azonban bürokratikus jellegénél fogva nem tűnt megvalósíthatónak.
- b) Az ellátás egyenletes szolgáltatásáért a *házi orvos önmaga felelős*. Ez azonban jogilag volt igen nehezen kivitelezhető.
- c) Harmadik megoldásként Rékassy – angol mintára - olyan *önkéntes területi házi orvosi közösségek* felállítását javasolta, melyek kollektív jelleggel szintén felvállalhatták volna az ellátási felelősséget.
 - *Területi (megyei/regionális) egészségügyi tanácsok* létrehozásával megoldhatónak tartotta az alapellátás egyenletes és magas színvonalú biztosítását úgy, hogy a tanács szerződik le a független házi orvosokkal vagy azok közösségével az alapellátásból eredő feladatok ellátására, és szintén a tanács utalja át - meghatározott mutatók, fejkvóta (életkor, nemek aránya, iskolázottság, munkanélküliség stb.) szerint - a finanszírozási összeget is. Ez a megoldás lehetővé tette volna az egészségügyi rendszer további reformját a jobb, praktikusabb, az adott területhez, helyzethez jobban alkalmazkodó ellátási formák kialakításával. Javasolta helyenként több alapszakmából álló csoportpraxisok (házi orvos, házi gyermekorvos, védőnők, körzet nővér stb.) létrehozását a lakossághoz közeli, költséghatékonyabb alapellátás biztosítása érdekében.⁶⁷
 - Rékassy másik megoldásként a *házi orvosok területi szövetségének* létrehozását tanácsolta, amely csak egy adott területre, körzetre vonatkozóan bírt volna ellátási felelősséggel. Ebben az esetben a területi felelősséget szintén nem a praxis vezető házi orvosa gyakorolta volna, hanem a csoport kollektíven felelt volna az adott terület egészségügyi alapellátásának biztosításáért. Ez elősegítette volna az adott földrajzi területen megüresedő, vagy átmenetileg ellátatlan praxis helyettesítésének megoldását, rendezését.

Az alapellátás *finanszírozása* szempontjából – az ellátási felelősség átalakításához kapcsolódva – Rékassy két lehetőséget vázolt fel⁶⁸:

- a) Az egyik szerint az önkormányzat változatlanul megkapta volna a központi adókból és a helyi forrásokból a bevételeit, amelyből lakosságszám-függően fizetett volna az egészségügyi alapellátásért a szolgáltatásbiztosító szervezetnek (területi egészségügyi tanács vagy a házi orvosi szövetség).

⁶⁷ RÉKASSY 131.o.

⁶⁸ RÉKASSY 133.o.

b) A másik lehetőség szerint Rékassy az önkormányzatoknak arányos mértékben kisebb központi támogatást javasolt juttatni az ellátási felelősség megszűnése miatt, így a központi támogatás egy része közvetlenül a fenti szervezetek egyikéhez kerülhetett volna.

Mindenképpen olyan *egycsatornás finanszírozás* megvalósításával tartotta lehetségesnek az alapellátás fejlesztését, ami a kiadások és bevételek egyensúlyának legalább elvi lehetőségét képes lett volna megteremteni.⁶⁹ Ehhez olyan összegű finanszírozást javasolt bevezetni, ami magában foglalta volna a *beruházás és a fejlesztés forrásait* is.⁷⁰

A települési önkormányzatok felelősségét azonban a kormány csak a legszükségesebb mértékben kívánta pusztán érinteni is, hiszen nem rendelkezett elég politikai erővel a parlamentben a kétharmados többséget igénylő önkormányzati törvény megváltoztatásához.

Ennek szem előtt tartásával a háziorvosi, házi gyermekorvosi rendszer magánosítását, valamint a tisztességes visszavonulás biztosításának lehetőségét az egészségügyi vezetés inkább a *praxisok forgalomképessé tételében* látta megvalósíthatónak. Erre vonatkozóan számos szakvélemény és koncepció látott napvilágot; 1998. őszétől egészen a praxisjogot bevezető, önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény elfogadásáig.

⁶⁹ Az egészségbiztosító által leosztott finanszírozási összegek nem fedezték – és jelenleg sem fedezik – a rendelő vagy a nagyobb tárgyi eszközök megvásárlásának törlesztési részleteit, vagy a fenntartási és beruházási költségeket. Az önkormányzat szerepének megszüntetése esetén a rendelő fenntartásához jelentős, központi pluszforrásokra lett volna és lenne most is szükség.

⁷⁰ Ennek megfelelően indult el 1999. július 1-jén egy fejkvóta típusú finanszírozáson alapuló *irányított betegellátási modellkísérlet* az Egészségügyi Minisztérium vezetésével. Ennek lényege, hogy egy adott populáció ellátási költségét egy-egy háziorvosi praxis kapta meg, s ez a menedzsment dönti el, hogyan lehet ebből a keretből a leggazdaságosabban biztosítani a szükséges egészségügyi szolgáltatásokat. A modellkísérlet tapasztalatai folyamatosan kerülnek értékelésre. Nagy B., Dózsa Cs.: Az irányított betegellátási modellkísérlet tapasztalatai. Egészségügyi Menedzsment, 2002, (4)4: 55-60.o. (**NAGY-DÓZSA**)

II. KÜLFÖLDI KITEKINTÉS - AZ ALAPELLÁTÁS (ELSŐDLEGES ELLÁTÁS) HELYE ÉS SZEREPE AZ EGYES EURÓPAI ÉS ANGOLSZÁSZ TÍPUSÚ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓ RENDSZEREKBEN

1. Európai integráció és az egészségügy

1991 előtt az Európai Unió az egészségüggyel – mint gyógyító-megelőző szolgáltatással – az Unió szintjén nem foglalkozott. Az 1991-ben kötött Maastrichti Egyezmény adott az Európai Uniónak először mandátumot a közösségi erőforrásokra támaszkodó egészségügy – mint szolgáltatás – egységesítésére. Az elmúlt több, mint 10 évben azonban ezen a téren nagyon kevés történt. Mivel az Unió tagországainak egészségügyi rendszerei igen eltérőek, az integrációs folyamatok még csak a „helyzetfeltárás és elemzés” szakaszában vannak, melyben a fő cél a megoldandó problémák felvetése és rendszerezése.⁷¹

Az Unió országai egységesek abban, hogy szolidaritási elven alapuló, közösségi finanszírozású gyógyító-megelőző rendszert működtetnek (állami, tartományi, kormányzati vagy társadalombiztosítási alapon finanszírozott rendszerek). Ugyanakkor – a közösségi finanszírozáson túl – az Unió országainak egészségügyi rendszerei rendkívül változatosak. Nagy eltérések vannak a finanszírozó kilétében, a tulajdonosban, az intézményrendszerben, az egészségügyi személyzet jogállásában, a szolgáltatások áraiban és az orvosi egészségügyi eljárásokban. A szolidaritási elv alapján nyújtott egészségügyi szolgáltatások mellett a kiegészítő magánbiztosítók és magánszolgáltatók a különböző országokban változatos módon vannak jelen. A tagországokra jellemző nagy heterogenitás miatt az Unió szellemisége korlátozottan érvényesülhet még hosszú ideig oly módon, hogy az állampolgárok szolidaritási alapon az Unión belül bárhol igénybe vehessenek egészségügyi szolgáltatásokat. Ezen cél elérése érdekében harmonizálni kellene a tagországok egészségügyi információs rendszerét, standardizálni a fontosabb egészségügyi és orvosi eljárásokat, valamint egységes egészségügyi struktúrát kellene kiépíteni egységes akkreditációs követelmények alkalmazásával, ami igen hosszú és költséges folyamat.⁷²

⁷¹ Ez a problémafeltáró és rendszerező munka a „Europe without Frontiers – Európa határok nélkül” című, a London School Hygiene and Tropical Medicine-ben 1992.-ben rendezett konferenciával kezdődött és azóta is tart. Boján Ferenc: Eu-Integráció és egészségügy. Szerk.: Bánfalvi István: Az európai integráció szociális és egészségügyi kérdései. Az Integrációs Stratégia Munkacsoport kiadványa Bp. 1996. (BOJÁN) 30.o.

⁷² BOJÁN 31.o.

A fejlődés azonban ebbe az irányba mutat. Az 1408/71/EGK rendelet és a végrehajtásáról szóló 574/72/EGK tanácsi rendelet két alaphelyzetben teszi lehetővé, illetve finanszírozhatóvá a határon túli egészségügyi ellátást.

Sürgősségi ellátások (urgent cross-border care) esetén felmerült költségeket az illetékes tagállam teherviselője – az előírt feltételek teljesítése esetén - az ellátást nyújtó állam árainak megfelelően, teljes költségen köteles megtéríteni.

A másik nagy csoportot az *előzetes engedélyhez kötött ellátások* (planned cross-border care) alkotják, ahol a betegnek lehetősége van arra, hogy amennyiben a kezelés elhalasztása állapotának rosszabbodásával fenyeget, az illetékes tagállam teherviselőjének hozzájárulásával és költségére, másik tagállamban is elvégeztetheti a szükséges egészségügyi beavatkozást.⁷³

Az európai integrációból eredő feladatok megvalósításának elősegítése, kiegészítő források biztosítása a *PHARE programok* egyik alapvető feladata. Az egészségügy fejlesztését szolgáló programon belül ki kell emelni az alapellátás átszervezését, melynek keretében hazánkban is lehetőség nyílt a háziiorvosi szolgálat részleges, azaz ún. funkcionális privatizációjára. A privatizáció megindítása volt az első lépés a praxisok kialakításához és a működtetési jog (praxisjog) megszületéséhez.⁷⁴

Magyarországnak az alapellátás átalakítása nemzetközi szerződésben foglalt kötelezettsége is volt, hiszen nemcsak a gyermekek jogairól szóló *1989-es ENSZ Egyezmény*, hanem az *Európai Szociális Charta 13. cikkelye* is az egészségügyi alapellátás magas szintű biztosítását irányozta elő. Az *ENSZ Gazdasági, Szociális és Kulturális Jogok Bizottsága* a kormányzati jelentések elemzése során minimális követelménynek tekintette és tekinti ma is az egészségügyi ellátás hozzáférhetőségét, és az ezt biztosító egészségügyi alapellátás szervezeti rendszerét. Az *Egészségügyi Világszervezet* „Egészség mindenkinek a 2000. évben”

⁷³ Az Európai Közösségek Bírósága (továbbiakban: Bíróság) két (1998-ban és 2001-ben hozott) döntésével alapvető változásokat vezetett be az addig nagyfokú tagállami önállósággal irányított, európai közösségi jog által csak marginálisan érintett tagállami egészségügyi rendszerek működésében. Az 1998-as *Kohl és Decker* jogesetekkel a Bíróság ugyanis az európai közösségi joggal ellentétesnek minősítette azokat a luxemburgi jogszabályokat, amelyek a nem Luxemburgban igénybevett ellátások költségeinek megtérítését a luxemburgi hatóság előzetes hozzájárulásától tették függővé. A Bíróság kimondta, hogy a luxemburgi joghatóság alá tartozó személy által a nem ebben a tagállamban vásárolt szemüveg vagy igénybevett fogászati kezelés költségeit a luxemburgi teherviselőnek előzetes hozzájárulás hiányában is meg kell térítenie ugyanúgy, mintha a vásárlásra Luxemburgban került volna sor. Ezzel megnyílt a verseny az eddig szeparált és védett egészségügyi szektorban is, hiszen megteremtették annak lehetőségét, hogy a betegek ott vegyék igénybe az „egészségügyi árukat és szolgáltatásokat”, ahol nekik tetszik. Lukács Éva: Ki fizeti a számlát? – A személyek szabad mozgása és az egészségügy kapcsolata az EU tagállamaiban. Magyar Jog 2002. 8.szám (LUKÁCS) 485-495.o.

⁷⁴ NOVÁK 42.o.

elnevezésű programjának szintén egyik lényeges eleme volt az egészségügyi alapellátás folyamatos fejlesztése.⁷⁵

Tekintsük át egy-egy fejlett egészségügyi kultúrával rendelkező ország, kórházon kívüli egészségügyi ellátás biztosítására létrejövő rendszerét, azon belül is a hazánkban érvényesülő működtetési jog szempontjából lényeges kérdéseket.

2. Svédország és Dánia

Az egészségügy fontos része a svéd jóléti rendszernek. Az egyik legfontosabb alapelv az országban, hogy minden állampolgárnak - lakóhelyétől és anyagi helyzetétől függetlenül - egyenlő joga van a „jó” egészséghez, illetve az egészségügyi ellátáshoz.

Az egészségügyi ellátás Svédországban – az 1994-ben meginduló ún. Dagmar reform óta – a 23 megyei önkormányzathoz, valamint három nagy helyhatósághoz (Göteborg, Malmö és Gotland szigete) tartozik. A megyék – melyek népessége 60.000 lakostól 1,7 millió lakosig is terjed – egészségügyi ellátásáról a **megyei önkormányzatok** gondoskodnak, melyek tevékenységének több, mint 80 %-át az orvosi és egyéb egészségügyi szolgáltatások teszik ki.⁷⁶ A svéd megyei önkormányzati szinten gyakorolt feladatok legalapvetőbb jellegzetessége az *egészségügyi közszolgáltatások dominanciája*. Pénzügyi költségvetési oldalról szemlélve éves szinten a megyei kiadások túlnyomó része - 1999. évi adat szerint a megyei önkormányzati költségvetés 88%-a – az egészségügyi feladatellátást finanszírozza.⁷⁷

Az egészségügy **finanszírozására** az önkormányzat *három forrásból* képez alapot: egyrészt közvetlen adókat vet ki a lakosokra az egészségügy finanszírozására (70%)⁷⁸, másrészt a költségtérítéssel szolgáltatásokból befolyó pénzügyi összeg (11%), illetve nemzeti kormányadományok (19%) képezik a finanszírozás alapját.⁷⁹

Svédországban a hazai értelemben vett alapellátás nem működik. Az egészségügyi ellátások két csoportját különböztethetjük meg: a kórházi kezeléseket (fekvőbeteg-ellátást) és a

⁷⁵ Kardos Gábor: Az egészséghez való jog a nemzetközi jogban. Szerk.: Bánfalvi István: Az európai integráció szociális és egészségügyi kérdései. Az Integrációs Stratégiai Munkacsoport kiadványa Bp. 1996. (**KARDOS**) 59-62.o.

⁷⁶ The reform of Health Care Systems. A Review of 17 OECD Countries OECD 1994 Head of Publication Service, OECD 265.p.

⁷⁷ Bende-Szabó Gábor: Svédország és a regionalizmus. Magyar Közigazgatás. 2001. 11. szám (**BENDE-SZABÓ 2001.**) 648-649.o. Ajánlott irodalom a témában: Bende-Szabó Gábor: Svédország. Tanulmány. In: Önkormányzatok Nyugat-Európában. Magyar Közigazgatási Intézet Budapest, 1990.

⁷⁸ Ezek a közvetlen adók ugyanazt a célt szolgálják, mint nálunk az egészségbiztosítási járulék. Annyiban célszerűbb talán e megoldás, hogy a befolyt összeget az önkormányzat csak az egészségügyi ellátás finanszírozására fordíthatja, tehát közvetlenül is azt a célt szolgálja, amire beszedik.

⁷⁹ The reform of Health Care Systems... 270.p.

kórházon kívüli ellátást (járóbeteg-ellátást). Ez gyakorlatilag azt jelenti, hogy Svédországban nincs egymástól szervesen elkülönítve az alapellátás és a járóbeteg-szakellátás, mindkettő ugyanolyan szervezeti keretek és finanszírozási forma mellett működik. A kórházon kívüli ellátást a betegek elsősorban a munkahelyi (katonai, illetve iskolai) orvosukat kereshetik fel egészségügyi problémáikkal. Ezen túlmenően a kórházon kívüli (elsődleges) egészségügyi ellátás több formája működik⁸⁰:

- a) A megyei önkormányzatok az egészségügyi ellátás működtetése keretében meghatározott számú orvost alkalmaznak (**alkalmazott orvos**), akik teljes munkaidő (átlagosan minimum heti 35 óra) keretében végzik munkájukat, és akik az önkormányzattól kapják havi (fix) fizetésüket.⁸¹ Ezek az orvosok az önkormányzat által meghatározott területen élő, meghatározott számú lakosság ellátásáért tartoznak felelősséggel. A munkáltatói jogokat a megyei önkormányzat nevében egy „egészségügyi megbízó”-nak nevezett, erre a feladatra kijelölt személy gyakorolja az alkalmazott orvosok felett. Az egészségügyi ellátáshoz szükséges tárgyi eszközöket az önkormányzat ingyenesen adja az orvos használatába. Fontos előírás azonban, hogy az alkalmazott orvos nem végezhet máshol még alkalmazottként sem hasonló munkát.
- b) Svédország területén szabadon alakítható **magánpraxis** is, mely a finanszírozás formájától függően kétféle lehet:
 - A magánorvos, illetve a vállalkozása köthet az önkormányzatot képviselő egészségügyi megbízóval **ún. beteggondozási szerződést**, melyben az egészségügyi ellátás valamennyi területét (az ellátás szakiránya, kiterjedése, díjazás alapja) illetően a felek szabadon állapodhatnak meg. A szerződés **kötelező tartalmi elemeit** azonban jogszabály határozza meg. A szerződésben meg kell jelölni:
 1. Az **elérhetőséget**, azaz a rendelő pontos helyét és címét valamint a kötelező **rendelési időt**.
 2. A **rendelés jellegét**, hogy az adott orvos milyen egészségügyi ellátást nyújt (egészségügyi alapellátásnak megfelelő általános orvosi ellátás, szakellátás).
 3. Az **ügyeleti ellátásra** vonatkozó rendelkezések.

⁸⁰ Etableringsregler 2001-2003, Sveriges Läkarförbund – Den medicinska professionens organisation; Förlag:Praktikkonsult AB – Sveriges läkarförbunds servicebolag för privatläkare15.p.

⁸¹ A díjazás nagyságát korábban (1994 előtt) kizárólag az orvos képzettsége határozta meg egy központilag kidolgozott táblázat szerint. Jelenleg azonban az orvos díjazását kiegészíti egy teljesítményarányos pótlék is. Az önkormányzat által fizetett díj összegét az Orvosi Kamara és az Önkormányzati Szövetség közösen határozza meg, ezek mértéke az egész országban egységesek. A betegek által esetenként fizetendő díj azonban megyénként változó. SFS 1994:1120, SFS 1994:1121.

4. Azt a *személyi kört*, akikre kiterjed az adott orvos ellátási kötelezettsége (akik az önkormányzati finanszírozás keretébe tartoznak).
5. A magánorvosnak kötelezettséget kell vállalnia arra, hogy együttműködik a minőség-ellenőrzés érdekében a vállalkozása elemzésére létrehozott rendszer keretei között (folyamatos adatszolgáltatás, külső revízió lehetővé tétele stb.)
6. A magánorvos, illetve vállalkozása köteles alkalmazni és *fizetni* a praxis működtetéséhez szükséges *személyeket*, és neki kell viselnie az egészségügyi szolgálat *működtetésével felmerülő valamennyi költséget* (rezi költségek, fenntartási költségek stb.). Egyebek között kötelezettséget kell vállalnia arra is, hogy – szüksége esetén helyettesítő orvos alkalmazásával gondoskodik a *folyamatos betegellátásról*.
7. A magánorvosnak rendelkeznie kell *felelősségbiztosítással*, mely helytáll az esetleges műhibákért megállapított kártérítési kötelezettség esetén.
8. A szerződésben pontosan meg kell állapítani a *különböző díjak* fajtáit (pl. az orvosi szolgálatért, a tolmács alkalmazásáért, különböző értekezleteken való részvételért, továbbképzésekért, segédeszközök felírásáért stb.) és nagyságát.
9. Az egészségügyi vállalkozás működtetéséért a magánorvos, illetve vállalkozása tartozik teljes *gazdasági felelősséggel*, ezért az önkormányzat megköveteli, hogy a magánorvos ebben a tekintetben is rendelkezzen megfelelő biztosítással.

A szerződésben a felek bizonyos esetekben eltérhetnek a magánorvosok számára különleges követelményeket támasztó jogszabályok előírásaitól.

- Azon magánorvosok munkáját, akik ***nem kötnek beteggondozási szerződést***, teljes egészében a betegek, illetve magánbiztosítók finanszírozzák. Ebben az esetben azonban gondot okozhat a beteg további laboratóriumi, illetve más diagnosztikai eljárásokra történő beutalása, mivel ilyenkor a beutaló magánorvost kötelezhetik a kért eljárás teljes költségének megtérítésére.

A magánorvosi ellátás Svédországban a magyar szabályozáshoz hasonlóan egyéni, illetve társas vállalkozói (kereskedelmi társaság, betéti társaság, részvénytársaság) formában működhet.

A ***magánpraxisban*** – függetlenül attól, hogy köt-e az adott orvos beteggondozási szerződést vagy nem -, ***kötetlenebb*** az orvos jogállása, mint az alkalmazott orvos esetén.⁸²

⁸² Etableringsregler 2001-2003, Svneska Läkarförbundet ; Förlag:Praktikant Konsult AB 22.p.

- A vállalkozó orvos nem köteles a személyes munkavégzésre, hanem részben vagy egészben átadhatja a munkát más orvos részére. Ezért azonban maga kell hogy vállalja a felelősséget, azaz úgy felel, mintha maga végezte volna el a munkát.
- Sem a beteggondozási szerződés, sem pedig más körülmények nem akadályozhatják meg, hogy máshol is végezzen orvosi tevékenységet.
- A vállalkozó orvos - szemben az alkalmazott orvossal - saját maga határozza meg a munkavégzés körülményeit (rendelési idő, rendelés helye stb.), melyről azonban megfelelő előzetes tájékoztatást köteles adni.
- A vállalkozó orvos kizárólag saját tulajdonában lévő felszereléssel és eszközökkel, saját költségére végzi az ellátást. Így az egészségügyi ellátás függ a vállalkozás eredményességétől is.

Svédországban tehát nem működik – a hazai értelemben vett - háziiorvosi rendszer. Egészségügyi központokban dolgozó alkalmazott orvosok, illetve magánorvosok látják el a betegeket, akik csak kivételes esetben - külön díjazás fejében - mennek ki a beteg otthonába. (Az otthonlátogatás a kerületi ápolók feladata). Meghatározott összegű díjat a betegnek minden esetben fizetnie kell, ez azonban nem mindig fedezi az ellátás költségeit. Ilyenkor a többletet az önkormányzat pótolja alkalmazott orvosnál teljes egészében, magánorvosnál pedig a beteggondozási szerződésben foglaltak szerint.⁸³

Amennyiben Svédországban egy magánpraxisban működő orvos *el kíván költözni*, vagy valamilyen oknál fogva *meg szeretné szüntetni orvosi tevékenységét*, akkor az adott területen először meg kell szüntetnie beteggondozási szerződését (már ha rendelkezik ilyennel). Ezt követően azonban szabadon dönthet abban a kérdésben, hogy a praxisa részét képező *tárgyi eszközöket*, illetve a rendelés helyéül szolgáló *ingatlant* megtartja, vagy *átruházza* egy újonnan magánrendelést nyitó orvosnak. Az új orvosnak – ha államilag finanszírozott egészségügyi ellátást kíván nyújtani – természetesen szintén beteggondozási szerződést kell kötnie az önkormányzattal.

Egy *praxis beindítását* Svédországban az adott orvos maga kell, hogy finanszírozza, ehhez az adott megyei önkormányzat nem nyújt közvetlen segítséget.⁸⁴ A beteggondozási szerződés alapján kifizetett díj az orvos „fizetésén” kívül csak azokat a költségeket és kiadásokat fedezi és ellensúlyozza, melyek az adott praxis működtetése során merülnek fel. Az egyes

⁸³ Egy beteglátogatás ára Norbotten megyében 150 svéd korona páciensdíj, és 50 svéd korona kiszállási díj, amit mindig a betegnek kell megfizetnie. SFS 1993:1651. 8.§

⁸⁴ Természetesen itt is működnek hosszú távra igénybe vehető (15 év) kedvezményes kamatozású hitelkonstrukciók.

eszközökre, illetve az ingatlanba befektetett beruházás a működtetés során, illetve azok későbbi elidegenítése esetén térülhet csak meg.

Az **orvos halálát** követően sem érvényesül semmilyen sajátos szabályozás a praxis örökölhetősége tekintetében. Az örökösök pusztán a praxis részét képező eszközöket vagyontárgyakat örökölhetik meg a hatályos polgári jogi szabályok szerint, az adott praxis működtetésének folytatására vonatkozó sajátos jog nem illeti meg őket.

A **dán egészségügyi rendszer** alapelve, hogy legyen egy mindenki számára elérhető, ingyenes, színvonalas egészségügyi ellátórendszer, de az extra igényeket is ki tudják elégíteni. A dán egészségügyi rendszer irányítása két szinten történik:⁸⁵

- a) a *helyi önkormányzatok* (275 város) felelnek a megelőzésért, az otthoni ápolásért és a fogászati ellátásért,
- b) míg az alapellátás és a kórházi ellátás biztosítása a 14 *megyei önkormányzat* feladata. A megyék autonómiája a szervezés kérdésében meglehetősen nagy, és minden eszköz rendelkezésükre áll, hogy az adott terület lakosságának tényleges igényeihez igazítsák a szolgáltatásokat és az emberi erőforrásokat.

Dániában sincs egymástól szervesen elkülönítve a hazai értelemben vett alapellátás és a járóbeteg-szakellátás, mindkettő ugyanolyan szervezeti keretek és finanszírozási forma mellett, **alapellátás elnevezés** mellett működik. A dán alapellátásban igen erőteljesen érvényesül a *házi orvos „kapuőr” funkciója*, aki csak szükség esetén utalja és irányítja a beteget kórházi ellátásra, megszűrve ezzel a magasabb szintű és költségigényű ellátást igénybe venni szándékozókat. A házi orvos ilyenkor „menedzserként” koordinálja a beteg további ellátását. A dán házi orvosnak tehát kulcsszerepe van a beteg irányításában és ezzel gyakorlatilag az egész ellátórendszer működtetésében.

Svédországhoz hasonlóan az **egészségügyi kiadások** legnagyobb részét a megyei és a helyi önkormányzatok viselik, amelyhez a költségvetési háttérrel a kormány bocsátja rendelkezésükre az adott terület lakosságának prognosztizált igényei alapján.⁸⁶

⁸⁵ Ötvös Péter: Tagállam-bemutató: Dánia. A házi orvos a fő koordinátor. Medical Tribune 2003. március 13. 7.o.

⁸⁶ Az ellátási költségek fedezetét az állam központi adóbevételekből biztosítja, melyet kiegészítenek a helyi adók is. Tehát az ellátásokra való jogosultság szerzéséért járulékot nem kell fizetni, a rendszer működését teljes mértékben az adókból fedezik. A lakosság kb. 30%-ka további önkéntes magánbiztosítással is rendelkezik, amely az ingyenes egészségügyi ellátás keretébe nem tartozó költségeket téríti meg.

3. Németország

3.1. Általános szabályok

A német újraegyesítés (1990. október 3.) óta a Német Szövetségi Köztársaság 11 régi (nyugati) és 5 új (keleti) szövetségi tartományból áll. Az egészségügyi ellátás elsősorban a szövetségi jogalkotás irányítása alatt működik, azonban tartományi szinten is létezik törvényi szabályozás. Különösen igaz ez a fekvőbeteg-ellátásban, ahol a legtöbb helyen tartományi szinten kiadott kórháztörvények (Landeskrankenhausgesetze) szabályozzák a kórházi szektor működését.

A lakosság mintegy 90%-a esik a **kötelező (törvényes) betegbiztosítás** (GKV - Gesetzliche Krankenversicherung) hatálya alá, ahol a biztosítási díj átlagosan a bruttó jövedelem mintegy egynolcadát teszi ki. Ezt a terhet fele-fele arányban viseli a munkáltató és a munkavállaló, akinek eltartott családtagjaira is vonatkozik a biztosítás. A népesség maradék 10%-a vagy magánbiztosítást köt, vagy kiemelt közszolgálati feladatot ellátva (bírák, fegyveres erők hivatásos állománya, stb.) az állam gondoskodik egészségügyi ellátásuk teljes fedezetéről.⁸⁷

A magas jövedelemmel rendelkezők azonban a kötelező betegbiztosítás mellett - bizonyos különleges szolgáltatások elérése érdekében -, magánbiztosítással is rendelkeznek.⁸⁸

Az ambuláns egészségügyi ellátás (alapellátás, járóbeteg-szakellátás) kétféle formában működik:⁸⁹

- a) Betegbiztosítók által finanszírozott egészségügyi ellátást csak olyan orvosok végezhetnek, akik a betegbiztosítókkal (kasszákkal) szerződéses viszonyban állnak (**szerződéses orvos**). Az alapellátást (általános orvosi ellátás) gyakorlatilag kizárólag szerződéses orvosok végzik, de közel ilyen a jelentőségük a járóbeteg-szakellátásban is.
- b) Minden orvos jogosult azonban magánpraxist nyitni, **magánorvosként** működni, ebben az esetben azonban a beteg köteles – egy előre meghatározott tarifa szerint – fizetni az egészségügyi ellátásáért, amit a magánbiztosítóval elszámolhat. A privát orvosi tevékenység az alapellátásban teljesen elhanyagolható.

A szerződéses orvos jogállását elsősorban a betegbiztosítókkal kötött szerződés határozza meg. Tekintettel a betegbiztosítók nagy számára és a biztosítások eltérő jellegére, létrehozta

⁸⁷ Vittay Pál (Ifj.): Egészségügyi intézményrendszerek a fejlett európai országokban. Budapest, 1999. július. Munkaanyag. (VITTAY) 23.o.

⁸⁸ A magánbiztosítók általában drágábbak, viszont olyan egészségügyi szolgáltatást is nyújtanak, amelyeket a törvényes betegbiztosítók nem. *Pl. egy vagy kétágyas szoba, osztályvezető főorvos személyes kezelése, stb.*

az orvosok és a betegbiztosítók között egy köztes intézményt, a **Betegbiztosítói Orvosi Szövetséget (Kassenärztliche Vereinigung – KV)**⁹⁰, mely a több mint 300 ezer, teljes ambuláns ellátást nyújtó orvos közjogi, érdekvédelmi testülete. A kizárólag magánbetegeket ellátó orvosokon kívül mindenki kötelezően tagja ennek a tömörülésnek. A szövetség közvetíti a biztosító társaságok, az orvosok és az állami apparátus között, mivel Németországban mintegy ötszáz biztosító társaság működik. A Szövetség nagyban hozzájárul az ambuláns ellátás civilizált kereteinek fenntartásához úgy, hogy közben érvényre juttatja a szolidaritás elvét is.⁹¹ A Szövetség az elmúlt fél évszázadban eredményesen képviselte tagjai érdekeit a finanszírozó biztosítókkal szemben, az utóbbi években azonban mégis egyre több kritikai megjegyzés éri. A szövetség gyakorlatilag túl bürokratikussá, rugalmatlanná, túlzottan „intézményes” jellegűvé vált, és kevésbé professzionális, különösen az anyagi kérdések irányításában. Olyan hatalmasak összegeket kezel a szövetség (2000-ben 57 milliárd márka), amihez már nem elegendők a választott tisztségviselők, hanem professzionális vezetést igényel.⁹² (Van azonban olyan vélemény is, miszerint hosszútávon a szövetségre már nem lesz szükség).⁹³

Legmagasabb hivatalos szerve az országos hatáskörű Szövetségi Betegbiztosítói Orvosi Szövetség (Kassenärztliche Bundes Vereinigung), mely az egyes tartományokban működő csúcsszerveket irányítja. Az egyes tartományokon belül – a közigazgatási határoknak megfelelően – további szövetségi területi hivatalok működnek.

A szóban forgó szövetség egy olyan szervezet vagy hivatal, melynek csak az elnöke, és néhány vezető tisztségviselője orvos, nagy számban dolgoznak azonban benne közgazdászok, jogászok és egyéb szakmai előadók is. A szövetség központi, tartományi és helyi szervei **központi szerepet** töltenek be az egészségügyi alapellátás és ambuláns (járóbeteg-szak-) ellátás szervezésében⁹⁴.

⁸⁹ Prof. A. Laufs, Prof. W. Uhlenbuck: Handbuch des Arztrechts. C.H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung, München, 1999. (LAUFS, UHLENBUCK) 156.o.

⁹⁰ A továbbiakban: szövetség.

⁹¹ A Betegbiztosítói Orvosi Szövetség története sikertörténet, melynek kezdetei a századfordulóra nyúlnak vissza. Lipcsében 1900. szeptember 8-án Hermann Hartmann fogalmazta meg híres kiáltványában az összefogás, az egységes orvosi képviselet szükségességét: „...egyenként semmik vagyunk, együtt hatalom”. Ez volt a kezdete, az alapja a mai szövetségnek. Szutrély Péter (Solingen): Milyen egészségügyet vásároljunk?, Magyar Orvos X. évf. 1. szám (SZUTRÉLY) 19.o.

⁹² VITTAY 19.o.

⁹³ A Szövetség közreműködésével a biztosítók minden teljesítményt azonos módon honoráltak. Abban az esetben azonban, ha lehetőség lenne az orvosokkal – a Szövetség megkerülésével - külön-külön szerződést kötni, akkor lenyomhatnák az árakat. Gaál Csaba: Az orvosok önvédelme Németországban. Magyar Orvos 2002. X. évf. 6. szám (GAÁL 2002.) 18.o.

⁹⁴ Die vertragsärztliche Versorgung in Bayern. Stand Juni 2000. Verlag W. Kohlhammer. Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) 14-33.o.

- a) Egyik fontos feladata az **orvosregiszter** (Arztregister) vezetése, mely magában foglalja többek között a szerződéses orvosok és pszichoterapeuták személyi adatait, tevékenységük jellegét, az előírt továbbképzési kötelezettségek teljesítését, valamint az orvosi praxis működési engedélyébe foglalt lényeges jellemzőket, illetve az engedély szünetelésének vagy visszavonásának tényét.
- b) A *szövetség* másik fontos feladata az **engedélyezési körzetek** (Zulassungsbezirke) kialakítása, mely munkában a szövetségi Betegbiztosítói Orvosi Szövetség és a tartományi Szövetségek közösen vesznek részt. A szövetség egy-egy területi hivatalához egy-egy engedélyezési körzet tartozik, melynek kialakításánál figyelembe kell venni a városok és az adott tartomány közigazgatási határait is. A szövetség területi hivatala – az előirányzatoknak megfelelően – határozza meg a lakosságszám függvényében azon orvosok (praxisok) számát, melyre szerződés köthető. A kialakított engedélyezési körzeteket haladéktalanul közzé kell tenni a hivatalos lapokban.⁹⁵
- c) Az orvosi ellátás körében felmerülő hiányosságok, elégtelenségek folyamatos nyomon követése, és az ennek megfelelően szervezett, hatékony és gazdaságos szerződéses orvosi ellátás biztosítása céljából a szövetség rendszeresen – mind országos, mind pedig helyi szinten – **szükségterveket készít**. Ennek érdekében rendszeresen vizsgálják az adott engedélyezési körzetekben a szerződéses orvosok teljesítményének nagyságát, a keresletet, az ezt meghatározó népsűrűséget. Az elkészült szükségtervek meghatározó jelentőségűek az engedélyezési eljárásban is, hiszen a szövetség illetékes hivatala a tervben megjelölt igényeknek megfelelő *székhelyre* köt csak szerződést, illetve ad működési engedélyt a pályázónak. Másrészt ezek a tervek fontos információkkal is szolgálnak a praxisra (szerződéses orvosi helyre) várók számára.
- Amennyiben a szükségterv egy adott engedélyezési területen **orvoshiányt** (Unterversorgung) mutat ki, és több, mint 6 hónapig az adott praxis betöltetlen marad – azaz nincs leszerződni kívánó orvos -, akkor a szövetség köteles az adott körzetet hivatalos lapban meghirdetni. A szövetség tartományi bizottmánya más intézkedést is javasolhat az orvoshiány megszüntetésére. Ilyen megoldási lehetőség az engedélyezési korlát előre meghatározott határideig történő bevezetése a megfelelő orvosszámmal rendelkező engedélyezési körzetekben. Nagyobb orvoshiány átmeneti megoldása érdekében, a szövetség helyi hivatalának engedélyezési bizottsága esetleg kórházi, illetve más intézményi orvosnak is adhat engedélyt, *meghatalmazást* az ambuláns orvosi ellátásban

⁹⁵ Die vertragsärztliche Versorgung in Bayern. ...11.§ 17-18.o.

való részvételre. Ez a meghatalmazás azonban csak az időleges szükséghelyzet (az orvoshiány) megszűnéséig tarthat.

Abban az esetben azonban, ha a *szövetség* tartományi bizottmánya (Landesausschuß) ***túlzott mértékű egészségügyi ellátást*** (Übersorgung) állapít meg egy adott körzetben, akkor a *szövetség* helyi hivatalában működő engedélyezési bizottságra kötelező ***engedélyezési korlátokat*** határoz meg. Ennek lényege, hogy a bizottság nem adhat ki addig praxisengedélyt az adott körzetben, míg az orvosok száma a szükségterv alapján meghatározott ideális számot meghaladja. Az ilyen intézkedés igen sérelmes azokra az orvosokra nézve, akik emiatt nem adhatják el praxisukat. Felmerül ilyenkor az állam kártalanítási kötelezettsége, azonban az irodalmakban nem találtam erre utaló adatokat. A korlátozó intézkedések szükségességét a tartományi bizottmány köteles hathavonta felülvizsgálni, és adott esetben azokat visszavonni. Mind a korlátozó intézkedések elrendelését, mind pedig a visszavonását a hivatalos lapokban közzé kell tenni.⁹⁶

A szükségtervek alkalmazásából eredő tapasztalatokat három évenként ki kell értékelni, és a kiértékelés eredményéről részletesen tájékoztatni kell az illetékes ágazati minisztert.⁹⁷

- d) A *szövetség* talán legfontosabb hatásköre a ***praxis működési engedély kiadása***. Az engedélyezés, mint hivatalos eljárás a feltétele annak, hogy az önálló praxist nyitó, vagy valamelyik csoportpraxisba bekerülő orvos a biztosított betegeket elláthassa, azaz szerződéses orvossá váljon.⁹⁸ Az eljárás írásbeli kérelem (pályázat) benyújtásával indul, melyben fel kell tüntetni, hogy milyen *székhelyen* és milyen *szakterületen* (alapellátás, vagy ambuláns szakellátás pl. bőrgyógyászati, belgyógyászati stb.) kíván működni az orvos. Ezt követően a *szövetség* helyi hivatalának engedélyező bizottsága megvizsgálja, hogy a kérelmezővel szemben nem állnak-e fenn ***kizáró okok***. Ilyen például az *alkalmatlanság*, mely egészségügyi, szellemi vagy a kérelmező személyiségében rejlő egyéb olyan okra vezethető vissza, ami kizárja az engedély megadását.⁹⁹ Szintén kizáró oknak minősül, ha a kérelmező orvos olyan tevékenységet is űz, ami a szerződéses orvosi tevékenységgel a praxis székhelyén nem egyeztethető össze. Ez utóbbi esetben az engedély jogerőre emelkedésétől számított 3 hónapon belül kell a kérelmezőnek az *összeférhetetlenséget* megszüntetnie.

⁹⁶ Die vertragsärztliche Versorgung in Bayern. ... 15-16.§§, 20-21.o.

⁹⁷ Die vertragsärztliche Versorgung in Bayern. ...12-14.§§, 18-19.o.

⁹⁸ B.Bedei, H.Kamps: Der Arzt in der vertragsärztlichen Versorgung. Deutscher Ärzte-Verlag Köln 1998. (BEDEI, KAMPS) 27.o.

⁹⁹ Ide tartozik például, ha a kérelmező a pályázata előtti 5 évben drogos vagy alkoholfüggő volt.

A szövetség területi hivatalánál működő **engedélyezési bizottságok** 6 főből állnak, akik közül 3 mindig orvos, 3 pedig más foglalkozású (közgazdász, jogász, stb.). Őket a Betegbiztosítói Tartományi Orvosi Szövetség és a biztosítók közösen delegálják 4 évre. A bizottság az engedélyezés (illetve megvonás) tárgyában mindig *tárgyaláson* dönt.¹⁰⁰

A bizottság az engedélyt az orvosi praxis **székhelyére** egy meghatározott **szakterületre** adja ki. Ez azért fontos, mert a szerződéses orvosnak a székhelyén kell tartania a rendelőt, és a lakóhelyét is úgy kell megválasztania, hogy könnyen a betegek rendelkezésére tudjon állni. A bizottság azonban bármikor engedélyezi a *székhelyváltást*, ha az nem veszélyezteti az egészségügyi ellátás minőségét. A *szakterület megváltoztatása* azonban csak előzetes engedélyt követően lehetséges akkor, ha van szabad praxis.

Ha a kérelmező az engedélyt megkapta, akkor a határozatban fel kell tüntetni azt az **időpontot**, ameddig a szerződéses orvosi tevékenységet el kell kezdenie. Az engedélyezési korlátozás csak akkor érvényesülhet a kérelmezővel szemben, ha az az indítvány benyújtásának idején is már hatályban volt. Amennyiben az orvos az engedély megadásától számított három hónap elteltével sem kezdi meg a működést, akkor az engedély ipso iure megszűnik.

3.2. Az orvosi praxis főbb jellemzői

Orvosi praxis alatt a német jogirodalom egyrészt az adott praxishoz tartozó beteganyagot, másrészt a szabad praxisban tevékenykedő orvos számára előírt személyi és tárgyi feltételek összességét érti.¹⁰¹ Az orvosi praxist táblával kell jelezni.¹⁰² Vizsgáljuk meg a Németországban működő praxisok alapvető jellemzőit.

- Az orvosi hivatás saját praxisban történő gyakorlása Németországban is egy adott **területhez** (településhez, lakossághoz) **kötött**, mégis eltérő a magyar szabályozáshoz képest. A Betegbiztosító Orvosi Szövetség határozza meg nemcsak az adott közigazgatási terület nagyságát (engedélyezési körzet), hanem az adott területhez szükséges szerződéses

¹⁰⁰ A bizottság a tárgyalást megelőzően begyűjti a döntéshez szükséges dokumentumokat, szükség esetén szakértőt rendel ki. A tárgyalások nem nyilvánosak, azon csak az érintettek vehetnek részt. A tárgyalást az elnök vezeti, de minden tagnak joga van kérdést intézni a jelenlévőkhöz. A tanácskozás és a határozat meghozatala szintén zárt ülésen történik. Határozat csak a bizottság teljes tagságának jelenlétében hozható, a szavazási tartózkodás nem megengedett.

¹⁰¹ LAUFS, UHLENBUCK 156.o.

¹⁰² Ezen szerepelnie kell az orvos nevének, képzési besorolásának, és a rendelési időnek. A praxis táblának „Ambulante Operationen” utalást is szabad tartalmaznia, ha a rendelő az orvosi kamara által bevezetett és elfogadott minőségbiztosításnak is megfelel. A „Praxisklinik” jelzést csak akkor alkalmazhatja az orvos, ha az ambuláns betegek ellátása keretében orvosi és ápolási gondozást éjszaka is nyújt, és az esetleges sürgősségi betegellátáshoz szükséges és előírt tárgyi, illetve személyi feltételek fennállnak.

orvosok számát is úgy, hogy az adott területhez lakosságszámtól függően meghatározott orvosi létszámot rendel. Egy ilyen álláshelyet megszerezve, illetve átruházás útján hozzájutva alakíthatja ki ott magának az orvos a saját pacientúráját és építheti fel, valamint folytathatja tovább praxisát. Ez a szabályozás igen nehéz helyzetbe hozhat azonban nyugdíjkorhatárhoz közel álló, praxisát eladni kívánó orvost abban az esetben, ha a lakosságszám az általa ellátott területen, az eltelt évek alatt erősen megcsappant. Ilyenkor a *szövetség* mindaddig nem engedélyez praxisbetöltést, amíg a szerződéses orvosok száma az előírt mértékre nem csökken. Az engedélyezési korlát viszont teljesen elértéktelenítheti a korhatárhoz éppen közel álló, ebből vagy valamilyen egyéb okból kifolyólag az eladásra sürgősen rászoruló orvos praxisát.

- Minden orvos számára kötelező a **személyes** munkavégzés. Lehetőséget ad azonban a jogszabály arra, hogy betegség, szabadság, orvosi továbbképzés miatti távolmaradás vagy katonai szolgálat okán a szerződéses orvos – maximum 12 hónapig - **helyettesíthesse** magát. Amennyiben a helyettesítés tovább tart egy hétnél, azt a *szövetséggel* közölni kell. A praxis működési engedéllyel rendelkező orvost kizárólag egy másik szerződéses, illetve olyan orvos helyettesítheti, aki rendelkezik az ehhez szükséges feltételekkel.¹⁰³
 - Hosszabb helyettesítés esetén a szerződéses orvos **asszisztens**t is foglalkoztathat, melyről szintén az engedélyező bizottság dönt, s az engedélyt évente meg kell hosszabbítani. Az asszisztens orvos alkalmazása nemcsak a praktizáló orvosnak jelenthet előnyt, akit akadályoztatás esetén helyettesítenie kell, hanem saját maga számára is, mivel így lehetősége nyílik a továbbképzéshez szükség gyakorlati ideje megszerzésére. Mindkét esetben feltétel a szerződéses orvosi ellátás zavartalansága, a megfelelő ellátás biztosítása. Ennek érdekében a *foglalkoztatás időtartamát* előre meg kell határozni.¹⁰⁴
- Az engedélyező bizottság azonban rögtön visszavonja az engedélyt, ha a helyettes vagy az asszisztens foglalkoztatása nem megalapozott, vagy az érintettek személyében olyan – például alkalmatlanság megállapítására okot adó - változások következtek be, melyek a szerződéses orvosi engedély visszavonására adhatnak jogalapot.
- Az orvosi praxis Németországban szintén **nem választható el az orvos személyétől**. Ezt támasztja alá az is, hogy a praxis tartozásaiért mindig az orvos, mint tulajdonos szavatol, és a betegekkel szembeni követelések is őt illetik meg. Ez alól egyetlen eset jelent

¹⁰³ Die vertragsärztliche Versorgung in Bayern. ... 32.§, 27.o.

¹⁰⁴ Azt szeretné a jogalkotó ezzel elérni, hogy az asszisztens ne csak a túlzottan nagy praxis fenntartásából eredő munkájuk csökkentésére alkalmazzák a praxistulajdonos orvosok. Erre a problémára inkább – a később ismertetendő „Job-Sharing” , azaz részmunkaidős orvosok foglalkoztatása – nyújthat megoldást.

kivételt, amikor az orvos a praxist valamilyen társas vállalkozási formában működteti, mivel ott a felelősségi szabályok eltérnek.

- A német jogirodalom szerint az orvosi praxis nem minősülhet *ipari tevékenységnek*, mivel az orvosi hivatás – a kógens jogszabályok értelmében – természeténél fogva szabad foglalkozás. Ennek ellenére a hivatásukat gyakorló szabadfoglalkozású orvosokat két okból is egyformának tekintik az ipari tevékenységet folytatókkal. Egyrészt azért, mert az orvosi praxisokat egyre nagyobb számban *idegenítik el* annak ellenére, hogy jogdogmatikai szempontból az orvosi teljesítmény nem minősíthető sem ipari tevékenységnek, sem pedig kereskedelmi árunak. Másrészt azért, mert az *orvosi praxis értéke* nemcsak konkrét dolgok, vagyontárgyak értékeként határozható meg, hanem az adott praxishoz tartozó beteganyag eszmei értékeként is. Ugyanezt a szemléletet támasztja alá, hogy az orvosi praxis székhelyül szolgáló ingatlan polgári jogi szempontból *üzleti helyiségnek* minősül, s alkalmazni kell az ide vonatkozó törvényi előírásokat.¹⁰⁵ Így egy orvosi praxis székhelyül, illetve telephelyül szolgáló ingatlan bérbeadójára ugyanúgy érvényes a *konkurencia tilalmi* rendelkezés: a felek konkurencia záradékban lefektetett eltérő megállapodása hiányában a bérbeadó ugyanabban a házban nem adhat ki másik olyan orvosnak további helyiséget, aki ugyanolyan szakterületen dolgozik.
- A svéd, illetve a magyar szabályoktól eltérően Németországban a *helyi önkormányzatoknak* semmilyen beleszólásuk, illetve szerepük nincs az egészségügyi ellátás területén, így a praxisok alakítása vagy engedélyezése tekintetében sem. Ez abból a szemléletből adódik, hogy csak olyan szervnek lehessen beleszólása, illetve döntési jogköre az egészségügyi ellátás szervezésében, irányításában, amelyik finanszírozza is azt.¹⁰⁶
- A szerződéses orvos a teljesítménye alapján negyedévente utólag kapja meg a *finanszírozást*. Az orvos minden ellátott betege kartonjára köteles fellevezetni az egészségügyi ellátás részét képező egyes tevékenységeket (pl.: anamnézis felvétele, státusz dokumentálása, EKG vizsgálat, laborvizsgálat stb.), melyek konkrét pontértékkel rendelkeznek, a pontoknak pedig – negyedévente változó – „euro” értéke van. Az orvos csak azokért a betegekért kapja meg a finanszírozást, aki a rendelőjében valójában

¹⁰⁵ Amennyiben az orvos egy másik ingatlanba helyezi át a praxis rendelőjét, a bérbeadó 6 hónapig köteles tűrni egy olyan tábla elhelyezését, melyen az orvos tájékoztatja a betegeit a praxis áthelyezéséről és az új működési címről.

¹⁰⁶ Előfordul, hogy lakossági kezdeményezésre az önkormányzat kérvényez egy orvosi helyet, de ezt általában a *szövetség* elutasítja, mivel a lakosságszámra meghatározott orvosi létszámot csak igen indokolt esetben hajlandó megváltoztatni, ami igen ritka.

megjelent, és akinek a megbiztosító által adott chipkártyáját a leolvasóban lekezeltek. Visszaélésre így lényegesen kevesebb a lehetőség. Gondot jelenthet egy praxist nyitó, illetve folytató új orvosnak, hogy az első honoráriumot csak negyedév elteltével kapja meg a szövetségtől, így neki kellene megfinanszíroznia három hónap működését. Ilyen esetben lehetőség van részletfizetést kérni a szövetségtől.

Korábban az egy orvos által vállalható betegek száma limitálva volt, ezt azonban meg kellett változtatni, mivel rontott a betegellátás minőségén és sértette a betegek szabad orvosválasztáshoz fűződő jogát. Jelenleg az egy orvosra jutó beteglétszám nincs korlátozva, az egy betegre elszámolható összeg azonban igen. Ha az orvos az előírt mértéket túllépi, regresszió alá esik, amit levonnak a honoráriumából.¹⁰⁷

- Az önálló praxisban tevékenykedő orvosok is kötelesek – egyes tartományokban – részt venni egy adott területre szervezett **sürgősségi ellátási szolgálatban**. Ez alól a kötelezettség alól az orvosi kamara helyi szerve kivételesen és csak nyomós okból adhat teljes, részleges vagy átmeneti mentesítést.¹⁰⁸
- A szerződéses orvosnak lehetősége van arra is, hogy praxisára vonatkozó működési engedélyéről **lemondjon**. A lemondás elsősorban az engedélyező bizottságnak történő bejelentést követő *negyedév elteltével hatályosulhat (lemondási idő)* csak, hogy az átmeneti időre se maradjon kevesebb orvossal a lakosság. Rövidebb határidő is megállapítható abban az esetben, ha a praxisáról lemondó orvos bizonyítja, hogy az egészségügyi ellátás teljes negyedév alatti biztosítása, valamilyen oknál fogva tőle nem várható el. Éppen ezért a lemondás hatályosulásának pontos időpontját a bizottsági határozatban minden esetben rögzíteni kell.
- A **szerződéses orvos halálát követő jogi helyzet** Németországban teljesen szabályozatlan. Ennek megfelelően a gyakorlat is eltér az egyes tartományokban. A legtöbb tartomány a szerződéses orvos halálát követően nem engedi a praxis folytatását. Ennek az az oka, hogy a szövetség helyi hivatali hiába engedélyezik a praxis folytatását, a német orvosi kamara foglalkozási szabályai szerint az ilyen eljárás jogszabályba ütközik, ezért semmis. Ennek ellenére Nordrhein és Hessen tartományban a szövetség, az orvoshiánnyal küzdő engedélyezési körzetekben kivételesen engedélyezi a praxis működtetésének folytatását, de csak igen szigorú korlátozásokkal. Az özvegy, illetve meghatározott közeli

¹⁰⁷ Ugyancsak ellenőrzi a szövetség az orvosok által felírt gyógyszerek értékét is, mert bizonyos összeghatár felett, a különbözetet szintén levonják a honoráriumából. Ezzel próbálja a szövetség rászorítani a szerződéses orvosokat a gazdaságos működésre.

¹⁰⁸ Ilyen lehet például a testi korlátozottság, vagy a különösen terhelő családi kötelezettségek. Észak-Rajna-Vesztfália tartomány törvénye az egészségügyi foglalkozásokról 1994. április 27. 30.§.

hozzátartozó egy *másik* – arra alkalmas – *orvos foglalkoztatásával* vezetheti tovább a praxist, de csak a szerződéses orvos halálának időpontja által meghatározott negyedév utolsó napjától számított 3 hónapig. Ezt az időtartamot nevezi a német jogirodalom ***méltányossági negyedévnek***.

Teljesen ésszerű az a jogi szabályozás is, miszerint a szerződéses orvos halála nem szünteti meg a praxis helyiségeire kötött határozott, illetve határozatlan idejű *bérelti szerződéseket*, hanem az örökösök számára biztosít meghatározott felmondási jogot. Ugyanez vonatkozik a munkaszerződésekre is.¹⁰⁹

3.3. Az orvosi csoportpraxis

Az utóbbi évtizedekben egyre inkább szükségessé válik, hogy ambuláns orvosi kezeléseket és operációkat ne csak egyedi praxisokban, hanem több orvos által létrehozott közösségben is végezhesse. A csoportpraxisok így nemcsak az orvosok, hanem a betegek számára is jelentős előnyökkel járhatnak Németországban.

Amennyiben az orvosok foglalkozásukat más orvosokkal együtt közösen kívánják gyakorolni, azt csak valamilyen saját felelősséggel működő, konkrét formában tehetik meg. ***Csoportpraxisnak*** – tágabb értelemben – a különböző orvosi tevékenységek együttes gyakorlását nevezi a német jogirodalom. Ennél pontosabb, egyértelműbb meghatározás a fogalomra még nem alakult ki. A csoportpraxis számos formájával találkozhatunk Németországban, melyek a következők:

- a) ***Közösségi praxis*** (Gemeinschaftspraxis).¹¹⁰ Közösségi praxist csak *azonos, vagy hasonló szakterületen dolgozó* orvosok hozhatnak létre közös helyiségekben, közös berendezési és felszerelési tárgyakkal, közös beteganyaggal és kártyavezetéssel, együttes elszámolással csakúgy, mint közös szakszemélyzet alkalmazásával. A közösségi praxis abban különbözik – a későbbiekben kifejtett - praxisközösségtől, hogy az *orvosi szerződés a beteg és a közösségi praxis (több orvos) között jön létre*, így a beteget a közösségi praxis bármely orvosa elláthatja, illetve a beteg az ellátást a praxis mindegyik (bármelyik) orvosától igényelheti. Ettől eltérő megállapodás azonban kivételes esetben lehetséges (pl.: ha az adott beteget már régóta egy meghatározott orvos kezeli, és ennek folytatását közösen kérik). A közösségi praxisokat nem lehet egy BGB (Bürgerliches Gesetzbuch) által meghatározott konkrét társasági formában működtetni, ezért önálló ***partnerségi***

¹⁰⁹ LAUFS, UHLENBUCK 177-178.o.

¹¹⁰ LAUFS, UHLENBUCK 162.o.

társaságok (Partnerschaftsgesellschaft) létrehozását rendeli el a törvény erre az esetre. Ennek megfelelően szabadfoglalkozású orvosok dönthetnek úgy, hogy szerződéssel partnerségi társaságot hoznak létre, mely nem minősül a polgári jogi értelemben vett társaságnak. Ennek ellenére ez a forma önálló jogalanynak tekinthető, mely jogalanyiságot a nyilvántartásba vétellel szerzi meg.

Lényegesek azok a különböző szerződési konstrukciók, melyek az egyes orvosok belső - egymás közötti - viszonyait szabályozzák. Tekintettel arra, hogy Németországban is egy egészen új intézményről van szó, még vitatott, hogy a „partnerségi jog” *áruházható-e* vagy sem. Úgy tűnik, hogy az már egyértelműen eldőlt, hogy ez a jog *nem örökölhető*. A partnerségi társaság kötelezettségeiért a közösség elsősorban saját vagyonával felel. Abban az esetben azonban, ha ez nem fedezi a hitelezőkkel szembeni tartozást, akkor a „partner orvosok” teljes vagyonukkal felelnek a tartozásokért. Az ebből fakadó esetleges méltánytalanságok elkerülése érdekében lehetőség van arra is, hogy a beteg ne a közösséggel, hanem konkrétan a közösséghez tartozó, őt egészségügyi ellátásban részesítő orvossal kösse meg a szerződést. Ebbe az esetben azonban a felelősség kérdése is másként alakul. (Közös tulajdonban álló praxisnak nevezhető, minősíthető tágabb értelemben). A praxisközösségek megszűnése esetén komoly gondok adódnak a vagyonközösség megosztásával és az adott praxis további működtetésével kapcsolatosan. Éppen emiatt a kérdéssel foglalkozó szakirodalmak tanácsolják, hogy a „házassági vagyoni szerződés” mintájára a közösségbe tartozó felek előre rendezzék a közösségi praxis megszűnése vagy az abból történő kiválás esetére vagyoni viszonyait.¹¹¹

- b) **Praxisközösség** (Praxisgemeinschaft).¹¹² Két vagy több, *akár azonos, akár különböző szakterületen dolgozó orvos* hozhat létre praxisközösséget egy közös ingatlanban, önálló praxisvezetés mellett. A praxisközösség lényege, hogy a résztvevő orvosok szabadon határozzák meg, hogy a berendezés és felszerelés mely tárgyai tartoznak közös vagy külön tulajdonba, illetve maguk döntenek a személyzet közös vagy egyéni alkalmazásáról is. Fontos szabály, hogy a praxisközösség minden orvosának saját betegköre, saját kártyavezetése van. Ugyanígy a praxisközösség orvosai önállóan, maguk nevében járnak el. Mivel a praxisközösség *nem az orvosi tevékenység közös végzését jelenti*, hanem csak a helyiségek, a személyzet, illetve az orvos-technikai eszközök, berendezések közös használatát (pl. rezsiköltség), a praxisközösség csak valamilyen *BGB által meghatározott*

¹¹¹ K. Schmidt: Wenn die Ehefrau eifersüchtig wird ... Bei Gemeinschaftspraxen kann es viele Probleme geben. MMW-Fortschr. Med. Nr. 49/2002. (SCHMIDT) 54-55.p.

¹¹² LAUFS, UHLENBUCK 161.o.

társasági formában működhet. Szemben a közösségi praxissal, itt a beteg csak az adott orvossal lép szerződéses jogviszonyba ellátása érdekében, nem pedig a társasággal. A társaság kizárólag az esetleges helyiség-bérleti szerződés megkötésekor, illetve a beszerzés, berendezés vásárlás esetén, valamint a közös személyzet alkalmazásánál lép fel önálló jogalanyként. A hitelezőkkel szemben a tagok egyetemleges felelősséggel tartoznak. A praxisközösség egy sajátos formája az **eszközközösség** (Apparatgemeinschaft), és a **laborközösség** (Laborgemeinschaft). Ebben az esetben az azonos vagy különböző szakterületen működő orvosok eszközök közös használata, illetve szakszemélyzet együttes alkalmazása érdekében hoznak létre praxisközösséget, a betegeiket érintő vizsgálatok, beavatkozások elvégzése céljából. Ez a közösség is bármilyen társasági formában működhet.

Bár a mai napig vitatott a létjogosultsága, mégis egyre inkább elterjedtebb formája a csoportpraxisnak az **orvosi korlátolt felelősségű társaság** (Ärzte-GmbH).¹¹³ A társaság tevékenysége gyakorlatilag a magánbetegek orvosi ellátására szorítkozik csak, mivel nem megoldott az orvosok, illetve a társaság leszerződése a szövetséggel.

Általánosan érvényesülő szabály minden csoportpraxis tekintetében, hogy az alakulással összefüggő, valamint az orvosok belső jogviszonyát meghatározó szerződéseket az előírt szakmai követelmények teljesítésének ellenőrzése céljából előzetesen be kell mutatni az illetékes helyi orvosi kamarának. Az így megadott jóváhagyás azonban csak a foglalkozásgyakorlás – és egyben a praxis - *székhelyére* szólhat.

A csoportpraxisok valamennyi formája tekintetében érvényesülnie kell a *szabad orvosválasztás jogának*.

Amennyiben a csoportpraxis a betegbiztosítók által finanszírozott egészségügyi ellátást kíván nyújtani akkor a kamara engedélyén túlmenően szükség van az illetékes *Betegbiztosítói Orvosi Szövetség engedélyére* is.

A Betegbiztosítói Orvosi Szövetség Szövetségi Bizottmánya 1997-ben új irányelvet dolgozott ki, mely lehetővé teszi az orvosok számára a *részmunkaidőben végzett orvosi tevékenységet* (**Job-Sharing**).¹¹⁴ Ennek alapján - meghatározott feltételek mellett - részmunkaidőben dolgozó orvos közreműködésével is lehet közösségi csoportpraxist alapítani. Ezzel a lehetőséggel oldani kívánta a jogalkotó azt a feszültséget, melyet az a rendelkezés váltott ki, miszerint a szövetség által meghatározott orvoslétszámon túlmenően új engedélyt kiadni nem

¹¹³ LAUFS, UHLENBUCK 164.o.

lehet. A Job-Sharing lehetővé teszi azonban azt, hogy egy praxisban – korlátozott praxisengedéllyel – új orvos dolgozhasson. Természetesen ez csak akkor jöhet szóba, ha a praxistulajdonos valóban kész a saját munkamennyiségét csökkenteni, ami mindenek előtt idősebb orvosok esetében ésszerű. A *közös orvosi tevékenység* előnye a közös eszmecsere, a mindenkori helyettesítés (szabadság, betegség, továbbképzés miatti távollét stb. miatt). Az új lehetőség előnye a német gyakorlatban még az is, hogy a drága orvostechika műszerek beszerzése is közös ugyanúgy, mint a fenntartással járó kiadás.

Egy igen sajátos jogintézmény a német a jogban az *ágazati praxis*. Az ágazati praxis gyakorlatilag kivételt jelent azon főszabály alól¹¹⁵, miszerint minden praxisjogosult orvos csak a praxisa *székhelyéhez kötötten*, és csak ott végezhet orvosi tevékenységet. Az ágazati praxisnak pont az a lényege, hogy a praktizáló orvos saját praxisa mellett, saját telephelyén kívül is praktizálhat. Nem minősül ágazati praxisnak azonban a konzíliumi tevékenység, vagy a gondozás.

Ágazati praxist kizárólag az illetékes *orvosi kamara engedélyével* lehet megalakítani abban az esetben, ha ezt az adott területen élő lakosság egészségügyi ellátásának biztonsága megköveteli. Az egészségügyi ellátás szükségességének *objektíve* kell fennállnia. Az engedély megadásának további feltétele, hogy az orvos ezen a másik területen is rendelkezzen az előírt követelményeknek megfelelő helyiséggel (kihelyezett praxis rendelő), ahol betegeit saját praxisa ellátása után fogadni tudja.

Az engedélyt azonnal vissza kell vonni abban az esetben, ha ez a szükséghelyzet – pl. egy új orvos letelepedésével – megszűnik.

Az Európai Unió tagországaiban érvényesülő *letelepedési szabadság* nem vonatkozik az ágazati praxis működésére. Amennyiben egy orvos az Európai Unió egy másik tagállamában kívánja praxisát kiterjeszteni, a német szabályozás korlátaiba ütközik. A szigorúbb rendelkezések pedig éppen azt célozzák, hogy egy orvos az orvosi munkája „elaprózásával”, ne rontsa az egészségügyi ellátás minőségét és hatékonyságát. Így annak az orvosnak, aki egy másik tagállamban szintén praktizálni kíván, az illetékes német kamara engedélyének beszerzéséhez – többek között - az adott tagállamban való működés törvényességét is igazolnia kell.

¹¹⁴ LAUFS, UHLENBUCK 160.o.

¹¹⁵ Egy orvosnak nem lehet egyszerre több telephelyen is rendelőt fenntartani.

3.4. Az orvosi praxis elidegenítése

Az orvosi praxisok elidegeníthetősége Németországban is komoly vitákat indított el. Mára már azonban – szemben korábbi felfogásokkal és egyes bírósági döntésekkel – a praxisok elidegenítése engedélyezhető.¹¹⁶

Az elidegenítést megengedő német szabályok azonban a szerződő felek döntési és „kereskedelmi” szabadságát nagymértékben **korlátozzák**.

A praxisukat eladni szándékozó orvosok nem választhatják ki teljesen szabadon a vevő személyét, még a vételárrol sem szabadon döntenek. Egy adott engedélyezési körzetben praxisra váró orvosok a szövetségénél jelzik praxisvásárlási szándékukat, mely alapján egy várakozási listára kerülnek fel. A várományosok listája alapján a praxisát eladni szándékozó orvos maga is tárgyalásba kezdhet az általa kiválasztott személyekkel. Ha egyezsége jutnak, köthetnek egymással előszerződést, de a végleges szerződés megkötésére csak a *szövetség engedélyét követően* kerülhet sor. A praxisát átadni szándékozó orvos is köteles bejelenteni eladási szándékát, melynek során meg jelölnie esetlegesen kiválasztott utódját.

A listán szereplő orvosok közül a Betegbiztosító Orvosi Szövetség Engedélyező Bizottsága választja ki a megfelelő orvost. A szövetség több *szempont* szerint rangsorolja a pályázókat:

- foglalkozási alkalmasság,
- életkor¹¹⁷,
- orvosi gyakorlat ideje (diploma és szakvizsga megszerzésének ideje)¹¹⁸,
- a pályázó és az átruházni szándékozó orvos közötti rokon kapcsolat (házastársa, gyermeke),
- a pályázó és az átruházni szándékozó orvos közötti szakmai kapcsolat (alkalmazott orvosa volt esetleg), stb.

A kiválasztásnál tehát **előnyben részesíthetők** a következő **sorrend** szerint az alábbi orvosok:

- a családtagok (pl. feleség, gyermek)
- az asszisztensként már korábban alkalmazott orvos,
- a job-sharingben dolgozó orvos,

¹¹⁶ LAUFS, UHLENBUCK 169.o.

¹¹⁷ Németországban a 68. évét betöltött orvos nem végezhet tovább a praxisában sem orvosi tevékenységet. A Betegsegélyező Orvosi Szövetség engedélye automatikusan lejár abban az évben, amikor az orvos eléri ezt a kort. Ilyenkor az orvos – ha a szükséges feltételek fennállnak – átruházhatja praxisát. Az 55. év betöltését követően pedig csak különösen indokolt esetben engedélyezi a szövetség a praxisszerzést.

¹¹⁸ A szerződéses orvosi tevékenység egyik feltétele a szakvizsga, mely többéves kórházi gyakorlatot feltételez. Ezzel a szabállyal érte el az állam, hogy teljesen megszűnjön az **ún. gyakorló orvos (praktischer Arzt)** fogalma, melyet azokra orvosokra alkalmaztak, akik semmilyen szakképesítéssel nem rendelkeztek, hanem az egyetem elvégzését követően rögtön elkezdtek háziiorvosi tevékenységüket.

- az átadó orvos által kijelölt, megnevezett orvos,
- a szövetség által preferált orvos.

Amennyiben a kiválasztási folyamat nem az eladó orvos elképzelési szándékai szerint történik, akkor visszavonhatja eladási szándékát és egy későbbi időpontban azt megismételheti.

Az átruházó orvos, illetve örököseinek gazdasági érdeke csak annyiban vehető figyelembe, amennyiben az általuk megállapított vételár nagysága nem nagyobb a praxis forgalmi értékénél.

Az **átruházás tárgya** a német jogban két részből tevődik össze: egyrészt azoknak az *ingóságoknak* az összessége, mely a praxis működtetéséhez, illetve az önálló orvosi tevékenység végzéséhez elengedhetetlenül szükséges volt (pl. felszerelés, berendezés, orvosi műszerek, számítógép, a betegnyilvántartó rendszer stb.). Másrészt viszont legalább ilyen fontos az adott praxis eszmei értéke is, melyet számos tényező meghatároz. A praxishoz tartozó beteganyag, illetve a körzetéhez tartozó lakosság körében kialakított jó hírnév igen jelentős értéket képvisel. Ezt a német jogirodalom az orvosi praxis **goodwilljének** nevezi, mely a praxis nyereségi kilátásait is nagymértékben meghatározza. (Lásd később részletesebben).

3.4.1. A praxis elidegenítéséről szóló szerződés¹¹⁹

Egy orvosi praxist Németországban **több jogcímen** lehet elidegeníteni: adásvétel, csere, ajándékozás útján, illetve külön szerződés típus a praxis berendezésének átruházásáról szóló megállapodás. A szerződéseknek nem **alaki követelménye** az írásbeliség, de mindenképpen ajánlatos. Abban az esetben, ha a praxissal együtt ingatlan szintén eladásra kerül, vagy a szerződés tárgyát képező praxis az eladó orvos jelentős vagyonát képezi (lakás, rendelő, felszerelési és berendezési tárgyak, stb.), akkor kötelező a *közokiratba* foglalás, s ilyen esetre a törvény előre meghatározza a szerződés kötelező tartalmi elemeit is.

A szerződés megkötésénél az egyik legfontosabb követelmény kellene, hogy legyen az eladó pontos és korrekt **tájékoztatási kötelezettsége** a praxis lényeges adatairól (addigi forgalom, előző éves nyereség stb.), hiszen ezek az adatok határozzák meg – többek között – a praxis forgalmi értékét, és vételárát. Lehetőség van azonban arra, hogy az eladó kizárja felelősségét arra az esetre, ha az átruházást követően a praxis paraméterei – rajta kívülálló okból – negatívan változnak meg, és ezzel a praxis nyeresége is csökken. A felelősség kizárása

¹¹⁹ LAUFS, UHLENBUCK 172.o.

természetesen nem érvényesülhet a lényeges körülmények rosszhiszemű elhallgatása esetén. Ezzel függ össze az *a szövetségi bírósági ítélet* is, mely kimondja, hogy alapvetően a vevő érdeke és kötelezettsége, hogy megfelelő alapossággal tájékozódjék a megvásárolni kívánt praxis lényeges adatairól, a kedvező vagy esetleg kedvezőtlen körülményekről. Az eladó „önkéntes” tájékoztatási kötelezettségét jogszabály nem írja elő, ezért érdemes ezt a szerződésben – külön pontban - az eladó kötelezettségévé tenni. Abban az esetben azonban, ha az eladó a vevő kérdéseire pontatlanul és a praxis értéke szempontjából lényeges körülmények elhallgatásával válaszol, vagy valótlan adatokat közöl, akkor a szerződés – megtévesztés jogcím alatt – megtámadható lesz.

A ***beteg kartoték átadása*** a vevő (pályázó) számára különösen nagy jelentőséggel bír, ezért az ezt részletező rendelkezések szintén fontos részei az adásvételi szerződésnek.

A praxis átruházását követően az eladó orvos valamilyen formában át kell, hogy adja a betegek dokumentációját az új jogosultnak. Ez azonban sérti a betegek információs önrendelkezési és orvosi titoktartáshoz fűződő jogát, mely probléma megoldását a német jog máig nyitva hagyta. Az 1991 előtti bírói gyakorlat szerint praxisátruházás esetén az eladó orvos csak a betegek *közvetlen és személyes beleegyezését* követően adhatta át utódjának a praxisához tartozó betegek dokumentációját. Az igen nehézkes végrehajtási lehetőség miatt azonban *a szövetségi bíróság* ezt a szigorú szabályt enyhítette. Az új bírói döntés¹²⁰ alapján az orvosnak már nem személyesen, csak „*egyértelműen és félreérthetetlen módon*” kell megszereznie betegeinek beleegyező nyilatkozatát. Az erre vonatkozó kötelezettségvállalás, illetve kijelentés kötelező eleme kell hogy legyen az adásvételi szerződésnek is, mert ellenkező esetben törvénysértés miatt a szerződés, vagy annak érintett pontja semmis lehet.

Az egészségügyi dokumentáció átadására vonatkozó beleegyezési jog egyértelmű és félreérthetetlen gyakorlására több megoldási javaslat is készült. Először egy ajánlás született a témában, mely az ***ún. két szekrény modellt*** vezette be. Ennek az a lényege, hogy az átadó orvos a tulajdonában lévő kartoték-szekrényt, a benne lévő egészségügyi dokumentációval átadja a vevő (pályázó) orvosnak, aki az adásvételi szerződésben – egy „megőrzési záradékban” – kötelezettséget vállal arra, hogy azt az átadó orvos számára megőrzi.¹²¹ Az új orvos azonban csak akkor tekinthet bele valamelyik beteg kartonjába, ha az a beteg őt, mint új orvost egészségügyi ellátás érdekében felkeresi, és a korábbi egészségügyi dokumentációja

¹²⁰ BGH (Bundesgerichtshof) 1991. 12.11.

¹²¹ A megőrzésnek azért van jelentősége, mert utólag – az elévülési időn belül – bármikor indulhat polgári per orvosi műhiba miatt az átruházó orvossal szemben, és neki ilyenkor szüksége van az adott betegre vonatkozó egészségügyi dokumentumokra.

felhasználásához beleegyezését adja. Ebben az esetben az orvos a beteg régi kartonját kiveheti és áthelyezheti a saját kartotékába. Engedély hiányában azonban a régi kartotékokat az új orvos nem ismerheti meg, azokba nem tekinthet bele.

Laufs javaslata¹²² azt a gyakorlati tapasztalatot használja fel, hogy a praxisok meghirdetése és átruházása mindig hosszabb folyamatot vesz igénybe. Ez alatt az idő alatt szerinte több lehetősége is van az átruházni szándékozó orvosnak arra, hogy *közvetlenül* vagy közvetett módon *megszerezze* a betegek beleegyezését nyilatkozatuk átadásába. Egyrészt az átmeneti idő alatt az orvost felkereső betegek közvetlenül is nyilatkozhatnak. Emellett érdemes ilyenkor a váróteremben a *hirdetőtáblán* is jelezni a betegeknek az átruházás tényét és a felhívást, miszerint jelentkezzen az a beteg, aki az egészségügyi dokumentációja átadása ellen tiltakozik. Ugyanezt ajánlott a *helyi sajtóban* is közzé tenni. A meghatározott határidő elteltével az orvos csak azokat az egészségügyi dokumentumokat adhatja át utódjának, amelyek esetében nem született tiltakozó nyilatkozat. Meg kell azonban jegyezni, hogy a tiltakozó nyilatkozat elmaradása nem egyenlő a beteg egyértelmű és félreérthetetlen beleegyezési jogának gyakorlásával. Az orvos legfeljebb azt tudja ezzel igazolni, hogy a jogsértés elkerülése érdekében az általában elvárható gondosságot és körültekintést tanúsította. Abban a kérdésben azonban, hogy az ennek ellenére bekövetkező jogsértés miatt beáll-e az orvos felelőssége, a bíróságnak kell majd döntenie.

Fontos része még a szerződésnek a német jogban az ***ún. konkurencia záradék*** is. Tekintettel arra, hogy a német egészségügyi rendszerben egy konkrét közigazgatási területen több orvosi praxis működik, komoly gondot jelenthetne a vevő orvosnak, ha az eladó orvos a praxisátruházást követő rövid időn belül (1-2 év) ugyanazon a szakterületen, valamilyen oknál fogva visszatérne, és egy másik praxisban újra kezdene dolgozni. Ezzel olyan konkurenciát teremtené az új orvosnak, mellyel az aligha tudna megküzdeni. Egy ilyen helyzet elkerülése érdekében kerül bele egyre több helyen az adásvételi szerződésekbe egy olyan záradék, melyben az eladó orvos arra vállal kötelezettséget, hogy meghatározott időn (pl. 5-10 év) és előre megjelölt földrajzi határon belül, ugyanolyan szakterületen – mint szerződéses orvos - nem nyit új praxist, és nem nyújt egészségügyi ellátást.

3.4.2. A praxis vételárának meghatározása

A praxis vételára Németországban két részből tevődik össze¹²³:

¹²² LAUFS, UHLENBUCK 173.o. Vö.: Klapp E.: Abgabe und übernahme einer Arztpraxis. Springer 2001.

¹²³ Gaál Csaba: Mennyit ér a járóbeteg-ellátó praxis? Németországi tapasztalatok. Magyar Orvos 2000. február (GAÁL 2000.) 11.o.

- a) Egyrészt a praxis **materiális értékéből** (a felszerelések, berendezések, orvosi eszközök, számítógép és egyéb ingóság, esetleg ingatlan), valamint
- b) az **immateriális értékéből**, amit korábban eszmei értéknek, illetve a praxis „goodwilljének” neveztünk.¹²⁴

Ezek összegzéséből kapható meg a praxis összértéke.

A praxisérték és ezzel a praxis vételárának meghatározása Németországban is igen nehéz feladat, szakértő igénybevétele nélkül pedig szinte lehetetlen. Éppen ezért minden nagyobb ipari és kereskedelmi kamarában a praxisértékelés érdekében **képzett szakértők** állnak az orvosok rendelkezésére.

A **materiális értékek** megállapítása könnyebb feladat, mert ez kézzelfoghatóbb és a mindenkori forgalmi érték alapján viszonylag egyszerűbben elvégezhető. A berendezések ára a szakágazat függvénye is, mivel nyilván más nagyságrendet képvisel egy sebészeti praxis, mint egy háziorvosi vagy gyermekorvosi rendelő. Németországban a materiális érték nem mindig bír különösebb jelentőséggel, mivel sok esetben – az eltelt 20-30 év alatt - a praxis berendezési és felszerelési tárgyai elértéktelenednek. Előfordul olyan praxisvásárlás is, ahol pusztán az eszmei értéket fizeti ki az orvos, az elavult ingóságokat pedig kidobja, és a praxist már egy másik rendelőben újonnan alakítja ki. Ennek oka, hogy az általános tapasztalat szerint az orvosok az átruházást megelőző években már semmit nem invesztálnak a praxisba.

Az **eszmei érték** „goodwill” az utóbbi évek forgalmának alakulását, illetve annak tendenciáját tükrözi, hogy milyen a praxis ismertségi és kedveltségi foka, az orvosi tevékenység spektruma. A praxisérték meghatározásánál ennek a kiszámítása jelenti a legnagyobb gondot. Az eszmei érték pontos meghatározása igazán csak akkor lehetséges, ha ismert a materiális javak értéke és a rendelkezésre álló jövedelmezőségi adatokból kiszámolt forgalmi érték nagysága. Ilyenkor az eszmei érték nem lesz más, mint a forgalmi érték (vételár) és a materiális javak értékének különbsége. Ez az érték a praxisban rejlő – többek között a kialakított betegkörön nyugvó - *üzleti és befektetési lehetőséget mutatja meg* a vásárló számára. A praxis „goodwillje” messzemenően függ a *tulajdonos orvos szubjektív képességeitől*, mely természetesen nem lehet az átruházás tárgya, s lehet, hogy az eszmei értéként kifizetett összeg új orvos tulajdonos hiányos adottságai miatt soha nem fog megtérülni. Ez azonban üzleti kockázatnak tekinthető.

Tudnunk kell azonban, hogy a kialakított betegkörön és hírnéven túlmenően **egyéb – objektív - körülmények** is meghatározók lehetnek a praxis eszmei értéke szempontjából. Ilyenek:

¹²⁴ Oxford Advanced Learner's Dictionary Oxford University Press 1989.

- a praxis vonzáskörzetéhez tartozó lakosság összetétele,
- várható demográfiai változások,
- a privát betegek aránya,
- a praxis földrajzi elhelyezkedése, a környék gazdasági fejlettsége (pl. a praxis értéke az egykor NDK területén kisebb)¹²⁵,
- az általános infrastruktúra (pl. közlekedés, autópályák közelsége és elérhetősége, gyógyszertárak, kórházak közelsége),
- a többi szerződéses orvos teljesítménye, a többi rendelő földrajzi helyzete, a szerződéses orvosok átlagéletkora.

A praxis vételárának meghatározására még Németországban sem alakult ki egységes módszer.

Az érintett orvos két lehetőség közül választhat:

- a) Az **orvosi kamara által javasolt módszer**¹²⁶ a materiális és az eszmei értéket veszi alapul, melyből az utóbbit – a módszer szerint - alapvetően a praxis *forgalma* határozza meg. Ilyenkor a szakértők a praxisátadást megelőző 3 év bruttó forgalmát vizsgálják meg és ebből vonnak le – a „goodwill” értékének megállapítása szempontjából - meghatározó jelentőségű következtetéseket.
- b) Az **ipari, gazdasági értékelő módszerek** szintén különbséget tesznek anyagi és eszmei érték között, de az utóbbi kiszámításánál nem a bruttó forgalmi értéket vizsgálják pusztán, hanem a praxisból az orvosnak jutó *tiszta jövedelem* nagyságát tekintik alapvető jelentőségűnek.

Bár a német bírói gyakorlat mindkét módszer adatait elfogadja, a jogirodalom szerint igazán jó megoldást a két módszer kombinált alkalmazása jelentené.

Fontos szabály, hogy a **praxis vételárának megközelítően egyeznie kell** a szakértő által megállapított **forgalmi értékkel**, azaz az eladó orvos a vételárat üzleti szempontból sem határozhatja meg ettől magasabban, illetve a pályázó orvosok sem licitálhatnak rá nagyobb nyeresési esély érdekében. A jogalkotó ezzel a szabályozással szeretné kizárni, hogy egy szakmailag jobban képzett, de esetleg rosszabb anyagi lehetőséggel rendelkező orvos háttérbe szoruljon egy praxis elnyerésénél.

¹²⁵ A németországi Szász-Anhalt tartományban jelentős orvoshiány van (120 fő), valamint az elkövetkező öt évben további üresedések várhatók a házi orvosok kiöregedése miatt (kb. 300-450 fővel számolnak) elsősorban vidéken. Ilyen területeken a praxisok értéktelenek. Karlinger Kinga: Németországba házi orvosokat várnak (felhívás) Magyar Orvos X. évfolyam 7-8.szám 10.o.

¹²⁶ A Szövetségi Orvosi Kamara ebben a kérdésben egy ajánlást fogalmazott meg „Az orvosi praxis értékelési szabályai” címmel.

Az előírt követelmények ellenőrzése érdekében a praxis elidegenítése tárgyában született valamennyi megállapodás-tervezetet a feleknek be kell nyújtani az *illetékes orvosi kamarához*. A szerződésben szereplő vételár realitásának vizsgálatához az eladó köteles a kamara rendelkezésére bocsátani a praxis jövedelmezőségét, betegforgalmát meghatározó dokumentumokat. A követelmények ellenőrzésénél – természetesen - a kamara méltányossági szempontokat is figyelembe vesz.

A járóbeteg-ellátásban dolgozó orvosok rendelőjüket maguk vásárolják meg, szereli föl, tehát sem az állam, sem pedig a szövetség ebben nem érintett anyagiilag. Ez azt jelenti, hogy a jól felszerelt és bejáratott praxis az orvos „tulajdona” és egyben anyagi háttere is a későbbi nyugdíjas időkre.¹²⁷

Az orvosi praxis *cseréje* szintén megengedett Németországban, ugyanazokat a szabályokat kell értelemszerűen alkalmazni, mint a praxisok adásvételénél.

Összegzésül elmondható, hogy Németországban egy alaposan kidolgozott és jól működő rendszer alapján dolgoznak mind a szerződéses, mind pedig a szerződéssel nem rendelkező magánorvosok. Azt is látni kell azonban, hogy ez a rendszer sem mentes a problémáktól, és itt is vannak még megoldásra váró kérdések és feladatok. Évek óta érezhető például az is, hogy *a szövetség* szerepe és jelentősége Németországban egyre csökken. Ezzel párhuzamosan azonban különféle regionális szerveződések, ún. „*Hálózatok*”(Netz) jöttek létre országszerte, melyek önálló néven futva a következő feladatokat végzik országszerte:

- a) A tagok *érdekvédelme*: közösen lépnek fel mind a biztosítóval, mind pedig *a szövetséggel* szemben.
- b) *Közös beszerzés*: a praxisokra vonatkozó beszerzéseiket együttesen végzik, így ugyanis olcsóbb árat tudnak kiharcolni.
- c) *Azonos tarifarendszer*: a szervezet azonos tarifarendszert dolgozott ki a nem finanszírozott honoráriumokra (IGEL lista).¹²⁸
- d) Nagyobb *egészségpolitikai súllyal* esik latba a szövet a tagok sorsát érintő kérdések tárgyalásánál.

A Betegbiztosítói Orvosi Szövetség szerepének csökkenésével folyamatosan nő a jelentősége a kialakult orvosi hálózatoknak, hiszen a hálózatok továbbra is ellátják a tag

¹²⁷ GAÁL 2000. 11.o.

¹²⁸ Bizonyos orvosi ellátásokat a biztosítók azért nem finanszíroznak, mert ezek nem gyógyító jellegűek. Pl.: *a beteg maga fizeti a jóindulatú bőrelváltozások eltávolítását (atheroma, fibroma stb.), a külföldre utazásokkal összefüggő oltásokat, a jogosítvány kiváltásához szükséges vizsgálatokat*. Ezeket az ellátásokat az ún. **IGEL-lista** (Individuelle GesundheitsLeistung) foglalja egybe.

orvosok érdekvédelmét, s egyben megszüntetik az orvosok kiszolgáltatott helyzetét a biztosítók, illetve a szövetség uralma alatt. Olyan elképzelések is napvilágot láttak, miszerint a különböző hálózatokat megfelelő infrastruktúrával kellene egyesíteni.¹²⁹

4. Szemelvények az angolszász - modellekből

4.1. Egyesült Államok

Az **Egyesült Államokban** az integrált egészségügyi ellátó rendszerek (*Integrated Health Care Delivery System IDS*) típusa érvényesül már közel 50 éve. Ennek oka leginkább az, hogy a menedzselt ellátás fokozódó nyomást gyakorolt és gyakorol az ellátókra egyrészt azért, hogy csökkentsék költségeiket, másrészt hogy tartsák fenn, illetve javítsák az ellátás minőségét. Ez a piaci ösztönző mechanizmus késztette és készteti jelenleg is az egészségügyi ellátást nyújtókat arra, hogy integrálják tevékenységüket és szervezett formában működjenek. Mind a finanszírozók, mind pedig az ellátást nyújtók között létrejövő közös vállalkozások, összeolvadások és tulajdonszerzések rendkívül izgalmas és változatos részét képezik az amerikai egészségügyi ellátó rendszer szüntelen változásainak és fejlődésének. Ennek megfelelően különböző **integrációs modellek**¹³⁰ alakultak ki.

- a) olyan rendszerek, ahol csak az orvosok integrációjáról van szó,
- b) olyan rendszerek, ahol az orvosok meghatározott egészségügyi intézményekbe (pl.: kórházak) integrálva, illetve azok keretében működnek,
- c) olyan rendszerek, amelyek a fentieken túlmenően biztosítási funkciókat is ellátnak.

Az Egyesült Államokban az alapellátás is egy ilyen integrált szervezeti modell keretében működik, azaz az alapellátást végző orvosok akár más szakágazat orvosaival együtt hoznak létre különböző szervezeteket. Ezek közös vonása az, hogy a biztosító valamilyen eljárással felülvizsgálja a kezelést, hogy kiszűrje az indokolatlannak minősített kiadást. A szervezetnek vagy saját orvosai vannak, vagy szerződéses viszonyban áll meghatározott szolgáltatókkal.

- a) **Egészség-megőrzési szervezet** (Health Maintenance Organization **HMO**). Különösen gyorsan hódít teret ez az integrált forma, mely egyesíti a biztosítóintézet funkcióját a finanszírozási oldalon és az elsődleges orvosi ellátás („*primary care physician*” azaz háziorvos, körzeti orvos) funkcióját a szolgáltatási oldalon. Több HMO-nál ez kiegészül azzal, hogy saját szakorvosai vannak, legalábbis néhány alapvető szakorvosi területen. A

¹²⁹ GAÁL 2002. 18.o.

¹³⁰ Az integrált egészségügyi rendszerek típusai az USA-ban. Egészségügyi Minisztérium. Munkaanyag. 2000.

biztosított csak a HMO saját hálózatához tartozó orvosok közül választhat. Ezen felül a HMO saját orvosa, mint „elsődleges orvos” dönt arról, hogy a biztosított milyen további ambuláns vagy esetleg kórházi ellátásba részesüljön. Pontosabban megfogalmazva, hogy mi az az ambuláns vagy kórházi kezelés, amelyet a HMO kész finanszírozni. Ebben az értelemben a HMO egy decentralizált jellegű, integrált forma, mivel nem fogja össze központosított szervezet. A HMO-k és más „menedzselt” biztosítási-szolgáltatási szervezetek versenyben állnak egymással és a biztosítás más formáival.¹³¹

- b) **Orvosi praxis menedzsment szervezetek** (Physician practice management **PPM**). Ez egy olyan, kórházaktól független, átfogó modell, ami „a Wall Street és az orvosi rendelő egy bizonyos elegyének” is tekinthető. Ezek a szervezetek elsősorban alapellátásba tartozó praxisokat vásárolnak fel (olykor szakorvosi praxisokat is) olyan orvosoktól, akik a praxisukra nehezedő gazdasági nyomástól elkeseredve inkább hajlandók eladni azt egy olyan gazdasági egységnek, amely az orvosi praxisok menedzselésére specializálódott. A szervezet vagy készpénzzel fizet a praxisért, vagy a megszerzett praxis-értéken kínál részesedést. Túlmenően minden esetben több évre szóló, munkavégzésre irányuló szerződést köt a praxisát eladó orvossal.
- c) **„Falak nélküli” csoportpraxis** (*Group practice without walls* **GPWW**). A falak nélküli csoportpraxis jelentős előrelépés az orvosi szolgáltatások nagyobb integrációja felé. Ez a szervezet olyan magánorvosokból áll, akik megállapodást kötöttek egymással arra, hogy praxisaikat egyetlen egyesülésszerű, másodlagos gazdasági társaságként működő, jogi személyt képező egység formájában működtessék, viszont orvosi gyakorlatukat önállóan, továbbra is egymástól független helyszíneken, saját rendelőikben, saját eszközeikkel folytatják. Az orvosok részben megtartják a függetlenségüket, csak a finanszírozó felé lépnek fel egységes szervezetként, és így közös a szervezet erőforrása. Ez a forma legfőképpen abban különbözik a fenti szervezettől, hogy ennek a csoportpraxisnak kizárólag orvosok a tagjai, az irányítást is orvosok végzik, külső befektetők egyáltalán nem szerepelnek közöttük. Ennek megfelelően az egyedi orvosi bevételeket leginkább az egyéni teljesítmény befolyásolja. Ez azonban nem zárja ki, hogy a csoportpraxis szerződést kössön egy külső szervezettel a működést támogató üzleti szolgáltatások érdekében.
- d) **Orvosi csoportpraxis** (*Medical group practice; consolidated medical group*). A konszolidált csoportpraxis kifejezés arra a hagyományos struktúrára utal, amelyben az

¹³¹ Kornai János: Az egészségügy reformjáról. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó. Budapest 1998. **(KORNAI)**

orvosi praxisok minden tekintetben egyesülnek, azaz a résztvevő orvosok egy konkrét létesítményben működtetik rendelőjüket, közös anyagi érdekeltséggel és egy közös cél érdekében dolgoznak együtt. A csoport általában egy partnerségi viszony vagy szakmai korporáció alakját ölti, melyben a tekintélyesebb (idősebb) orvosok az eredmények több gyümölcsét (pl.: magasabb bevétel, jobb munkamegosztás stb.) élvezik.

A HMO-kal és más menedzselt formákkal szemben számos *éles kritika* hangzik el. Főként azért bírálják őket, mert a költségcsökkentés érdekében megtagadnak egyes szolgáltatásokat a betegektől. Viszont éppen az vonzza az ügyfeleket – különösen a biztosítás költségeihez hozzájáruló munkaadókat – pl. a HMO-forma felé, hogy az általuk számított biztosítási díj jóval alacsonyabb, mint a tradicionális egészségügyi biztosítók díja.¹³²

4.2. Egyesült Királyság

Az angol állami egészségügy területén igen jelentős változásokat vezetett be a Thatcher-kormány, mely változások nagyban egybeestek a nyolcvanas évek neoliberális politikai és gazdasági szellemével.¹³³ A Thatcher-kormány által 1991-ben bevezetett nagy átalakítás igen határozott és jelentős változásokat hozott a brit egészségügyi struktúrában.

Az egészségügyi ellátás alapja a kormányzati finanszírozású és kormányzati ellenőrzés alatt álló **Nemzeti Egészségügyi Szolgálat** (National Health Service **NHS**), mely területi alapon, hierarchikus struktúrában szervezett, központosított felépítmény, csúcán – az egészségügyi szolgáltatásért felelős államtitkár személyében – az egészségügyi minisztérium áll. A központi szint alatt az ellátórendszer tervezésében kulcsfontosságú regionális szint helyezkedik el. A lakosság ellátásáért közvetlenül a *körzeti egészségügyi hatóságok* a felelősek, ezekből 192 működik Angliában.

Magát az egészségügyi ellátást a központi költségvetésből rendelkezésre bocsátott forrásokból finanszírozzák. Bár az egészségügyi ellátást az állam biztosítja, a 91-es évek reformjai létrehozták Angliában az *egészségügyi szolgáltatások belső piacát*. Eszerint a beteg képviselőjében a *házi orvosok bizonyos csoportja* (fundholding), illetve a *körzeti egészségügyi hatóságok* (DHA) megvásárolják a szükséges egészségügyi szolgáltatásokat kórházaktól, illetve más egészségügyi intézményektől (*providers*).

81-82.o.

¹³² Számítani lehet arra, hogy törvényi úton fogják szabályozni, hogy milyen szolgáltatásokat tagadhat meg, és melyeket köteles finanszírozni a HMO, illetve más menedzselt biztosítási szervezet. Már is elterjedt az a rugalmas gyakorlat, hogy a beteg által igényelt többletszolgáltatás előírható, ha a beteg hajlandó anyagiilag is hozzájárulni a többletköltségekhez. KORNAI 82.-83. o.

Az egészségügyi ellátórendszerben élesen elkülönül a *közösségben működő általános orvosok* által nyújtott alapellátás és a kórházakban dolgozó orvosok által nyújtott szakellátás.

Az egészségügyi alapellátást a magyar háziorvosoknak megfelelő *általános orvosok* végzik és irányítják arra törekedve, hogy a betegek csak akkor kerüljenek szakrendelőbe vagy kórházba, ha a betegségük súlyosabb annál, mint hogy az alapellátásban rendezhető legyen. A megelőző és gyógyító ellátások nagy részét a nap 24 órájában elérhető, átlagosan három *általános orvost foglalkoztató közösségekben* lehet igénybe venni. A betegek elvileg szabadon választják meg saját orvosukat, ennek megfelelően mindenki regisztrálva van valamelyik háziorvosnál. A szabad választást azonban erőteljesen befolyásolja az a – hazánkban is jellemző - körülmény, hogy a háziorvosi rendelők *egy adott földrajzi körzetet* látnak el.¹³⁴

Az általános orvosok jelentős szerepét az is erősíti, hogy – sürgősségi betegellátás kivételével - a szakellátáshoz jutás feltétele az orvos beutalója, ezért a háziorvos mintegy „kapuőr” (gatekeeper) szerepet tölt be az egészségügyi rendszerben.¹³⁵

Ugyanakkor a háziorvosnak kell kifizetnie a szakrendelőnek vagy a kórháznak az általa továbbküldött beteg ellátási költségét. Így az általános orvos abban érdekelt, hogy akit csak lehet, helyben gyógyítson meg, a rá bízott pénzzel gazdaságosan bánjon, hiszen a megtakarításból maga is részesül. A szolgáltatásokat nyújtó kórházak jelentős bevételi forrása ilyen szerződésekből származik, s mivel a háziorvosoknak, illetve a tanácsoknak lehetőségük van bárkivel szerződést kötni, a kórházak érdekelttérre váltak jobb, minőségi szolgáltatás nyújtásában. A háziorvosi csoportok, közösségek a hozzájuk tartozó körzetre - a nemek szerinti megoszlás, a morbiditási ráta szerint - számított *súlyozott fejkvóta* alapján jutó átlagos pénzösszeget kapják a központi pénzalapból finanszírozásként, és ebből az összegből kell gazdálkodjanak. Éppen emiatt nem érdeke a háziorvosnak a beteget tovább utalni a szakellátásba, ami esetenként veszélyeztetheti is az adott beteg megfelelő szintű egészségügyi ellátását.

Anglia az alapellátás szervezettsége és hatékonysága terén kiemelkedik a nyugat-európai államok közül. A jó alapellátás részben a szigorúan területi alapú szervezetnek, részben a körzeti egészségügyi hatóságokkal szembeni évenkénti, szigorú tervezéses-elszámolásos rendszernek köszönhető.

¹³³ Rékassy B. - Dixon J.: Az angol állami egészségügyi szolgálat (NHS) legújabb reformelképzelései és ezek nemzetközi tapasztalatai. Egészségügyi Gazdasági Szemle 1998, 36,4 (RÉKASSY, DIXON) 422.o.

¹³⁴ Ötvös Péter: Tagállam-bemutató: Nagy-Britannia. Ingyenes ellátási rendszer. Medical Tribune. 2003. február 27. 7.o.

¹³⁵ Egy angol háziorvos ennek megfelelően évente, átlagosan tízezer konzultációt tart, ami a hétvégéket is beleszámítva átlagosan napi 27 beteg ellátást jelent.

5. Összefoglalás

A nemzetközi kitekintés során megállapítható volt, hogy egyik rendszerben *sem illeti meg* az alapellátásban, illetve a járóbeteg-ellátásban dolgozó orvosokat *egyfajta vagyoni értékű jog*, mellyel szabadon rendelkezhetne állásváltoztatás vagy nyugdíjba vonulás alkalmával.

Ezekben a rendszerekben – Svédország kivételével - nem a praxisjog, hanem a *praxis értékéről* és *átruházhatóságáról* beszélhetünk, mely magában foglalja a működtetés formáját, magát a vállalkozást is annak tárgyi eszközeivel, ingatlanával és persze „goodwill”-jével együtt. Svédországban ezzel szemben még a praxis átruházásáról sem lehet igazán beszélni, mivel a közfinanszírozás alapjául szolgáló beteggondozási szerződés megszűnésével vagy megszüntetésével az orvosi ellátáshoz szükséges különböző tárgyi eszközöket, ingatlant esetleg egymástól teljesen független is elidegenítheti az adott orvos.

Igen nagy hasonlóságot mutat azonban a *svéd és a dán megyei önkormányzatok egészségügyi ellátási felelőssége* a magyar települési önkormányzatokéval (beteggondozási szerződés, az egészségügyi feladatok átadása, az orvosok számának illetve az ellátási területnek a kijelölése, stb.). Lényeges különbség azonban hogy Svédországban és Dániában az adott önkormányzat a kórházon kívüli egészségügyi ellátás *közvetlen és egyetlen finanszírozója*, míg hazánkban duális finanszírozási rendszer működik.

Németországban a háziorvosi ellátás szintén *egészen más rendszerben* működik, mint nálunk. Az egészségügyi ellátórendszer sem tartalmaz külön rendelkezéseket a háziorvosokra (házi gyermekorvosokra vagy fogorvosokra), hanem közös szabályokat állapít meg a járóbeteg-ellátásban dolgozó valamennyi orvos vonatkozásában.

Ezen túlmenően – szemben a svéd és a hazai szabályozással – Németországban az *önkormányzatoknak nincs szerepe* az egészségügyi ellátás biztosításában, ott egyetlen szervezetnek van az orvosi kamara mellett igazán komoly jelentősége az egészségügyi közszolgáltatásban, ez pedig a szövetség.

A másik lényeges különbség a *területi ellátási kötelezettség tartalmában* keresendő. Magyarországon egy konkrét földrajzi körzethez tartozik egy adott praxis, míg Németországban egy nagyobb földrajzi területre állapítja meg a szövetség az ellátáshoz szükséges orvosok számát, melyet igencsak piaci szempontok határoznak meg.

A járóbeteg-ellátásban dolgozó orvosok esetén nem a „praxisjog”, hanem a jól bejáratott és felszerelt *praxis* jelenti az orvos anyagi biztonságát és jövőjét. A jogszabályok a praxist ruházzák fel *forgalomképességgel*, de ez a forgalomképesség Németországban is ugyanolyan

korlátozott módon érvényesül, mint a hazai működtetési jog kapcsán (pl. a vevő személyében rejlő feltételek, a szövetség engedélye, stb.).

A *praxis értékének* meghatározásánál mindenképpen követendőnek tartom szakértő igénybevételét, valamint azt, hogy Németországban ebben az orvosi kamara tevékeny segítséget nyújt és egyben szakmai ellenőrzést is végez tagjai számára.

Az átruházás tárgyát Németországban képező ***praxis*** és a hazai szabályozás szerint megjelölt ***működtetési jog között*** nem mindig mutatható ki lényeges különbség. Különösen igaz lehet ez abban az esetben, amikor az átruházó orvos a praxisába tartozó materiális értéket képviselő ingatlant, illetve berendezési és felszerelési tárgyakat nem akarja, vagy nem tudja (pl. annyira elhasználódott és az új orvosnak sem kell) elidegeníteni. Ilyen esetben az új orvos – természetesen a szövetség engedélyével – az adásvételi szerződéssel szintén arra szerez jogosultságot, hogy egy adott engedélyezési körzetben rendszeresen finanszírozott önálló orvosi tevékenységet végezzen.

Annak ellenére azonban, hogy az ambuláns egészségügyi ellátás (a praxisok) működése Németországban régóta igen szervezett és leszabályozott, számos problémával küzdenek az orvosok, melyre a jogászok a mai napig keresik a megoldást (pl. az engedélyezési korlátozásokból eredő értékvesztése a praxisoknak, a praxis öröklése, folytatása, adatvédelmi szabályok betartása stb.).

Az ***Egyesült Államok*** egészségügyi rendszere az egészségügyi alapellátás tekintetében igen *nagy eltéréseket mutat*. Az alapellátásban dolgozó „házi orvosok” körében sokkal inkább elterjedtek az orvosokat egy sajátos szervezetbe integráló formák, mint hazánkban, ahol csak kivételesen működnek házi orvosi szolgálatok praxisközösségi formában. Ezek az integrációs modellek is egészen más keretek között, igen nagy gazdasági nyomás alatt működnek, tekintettel a biztosítók egészségügyi ellátásban betöltött privilegizált szerepére.

Az ***Egyesült Királyság*** egészségügyi ellátórendszerében megkülönböztetett szerep jut a magyar házi orvosoknak megfelelő általános orvosoknak. Az alapellátás kiemelkedő szervezettsége és hatékonysága azonban *egy teljesen sajátos rendszernek (fundholding)* köszönhető, melyben a körzeti egészségügyi hatóságok, illetve a házi orvosok alkotta csoportok kapják meg a területileg hozzájuk tartozó populáció teljes egészségügyi finanszírozását, és nekik kell megvásárolni a szükséges egészségügyi szolgáltatásokat a különböző egészségügyi intézményektől. Mivel az általános orvosi házi orvosok részvételével működő csoportok, „csoportpraxisok” végzik, ebben az ellátási formában egyéni házi orvosi praxis vagy praxisjog nem értelmezhető. Ennek ellenére a költséghatékonyság fokozása érdekében Magyarországon is elindítottak még 1999. július 1-jével egy fejkvóta típusú

finanszírozáson alapuló modellkísérletet „*irányított betegellátás*” elnevezéssel, melynek gyakorlatilag az említett „fundholding” típusú rendszer az alapja.¹³⁶ A modellkísérlet tapasztalatai kedvezőek, azonban a hazai egészségügyi alapellátó-rendszer ilyen mélységű átalakítását a jelenlegi egészségügyi vezetés sem tervezi.

Az egyes egészségügyi rendszerek vizsgálatát követően *megállapítható*, hogy ezekben a rendszerekben nem értelmezhető az adott egészségügyi alapellátásban dolgozó orvos önálló vagyoni értékű jogaként az, hogy egy adott körzetben, közfinanszírozású önálló orvosi tevékenységet végezhet. A jogalkotás során leginkább emlegetett külföldi modellek megismerésével bebizonyosodott az is, hogy a működtetési jog bevezetése során a jogalkotó *semmilyen külföldi mintát nem vett alapul*, illetve nem tekintett kiindulópontnak. Ez a tény azonban nem zárja ki azt, hogy a svéd, a német vagy esetleg az angolszász modellekben érvényesülő, a hazai egészségügyi alapellátó rendszerbe is beépíthető megoldások ne képezhetnék megfontolása tárgyát a háziiorvosi rendszer továbbfejlesztése során.

¹³⁶ R. Papp Ágnes: Lopakodó törvénykezők. Az új egészségügyi rendszer előnyei és hátrányai. Magyar Demokrata. 2002. 45. szám (**R. PAPP**) 47-49.o. Lásd részletesebben az „Irányított betegellátási modellkísérlet – fejkvóta típusú finanszírozási rendszer” című fejezetben

III. AZ EGÉSZSÉGÜGYI ALAPELLÁTÁS RENDSZERE A HATÁLYOS JOGSZABÁLYOK TÜKRÉBEN

Az **Alkotmány** 70/D. § értelmében a Magyar Köztársaság területén élőknek joguk van a *lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez*. Ezt a jogot a Magyar Köztársaság a munkavédelem, az egészségügyi intézmények és az *orvosi ellátás megszervezésével*, a rendszeres testedzés biztosításával, valamint az épített és a természetes környezet védelmével valósítja meg.

Az állam - az e törvényben meghatározott keretek között - felelős a lakosság egészségi állapotáért, különösen azért, hogy az ehhez szükséges feltételrendszer kialakításával lehetővé váljon a közösségek és az egyének számára egészségi állapotuk megőrzése, védelme és fejlesztése, valamint szükség esetén lehetséges mértékű helyreállítása.¹³⁷

Az állam az Alkotmányban rögzített kötelezettségét az egészségügyi ellátórendszeren keresztül valósítja meg, mely három szinten biztosítja az állampolgárok járóbetegként, illetőleg fekvőbeteg-gyógyintézeti keretek közötti, valamint otthonában történő ellátását:¹³⁸

- egészségügyi alapellátás,
- járóbeteg- szakellátás,
- fekvőbeteg-szakellátás.

Az egészségügyi alapellátás keretében a törvény előírása szerint kell biztosítani, hogy a beteg lakóhelyén, illetve annak közelében, választása alapján igénybe vehető, hosszú távú, személyes kapcsolaton alapuló, nemétől, korától és betegsége természetétől függetlenül érvényesülő folyamatos egészségügyi ellátásban részesüljön.¹³⁹ Az egészségügyi alapellátás keretében a betegek összetett egészségügyi ellátásban részesülnek, mely kiterjed nemcsak a lakosság egészére vonatkozó preventív tevékenységre, hanem az egyén

- a) egészségi állapotának figyelemmel kísérésére, egészségügyi felvilágosítására és nevelésére,
- b) külön jogszabályban meghatározott kompetencia keretében történő gyógykezelésére, gondozására és rehabilitációjára az adott diagnosztikus és terápiás háttér mellett,
- c) szükség esetén szakorvoshoz történő irányítására a betegség megállapítása, kezelési terv készítése vagy terápiás ellátás céljából,

¹³⁷ Eütv. 141.§ (1) bekezdés

¹³⁸ Eütv. 87.§ (1) bekezdés

- d) gyógykezelésére, házi ápolására és rehabilitációjára a kezelőorvos által javasolt terápiás terv alapján, valamint
- e) szükség esetén a beteg otthonában történő ellátására, illetőleg a beteg otthonában végzendő szakorvosi konzílium kérésére.¹⁴⁰

Az egészségügy szervezésével és irányításával kapcsolatos feladatok ellátásáért, valamint az ezekkel összefüggő jogok gyakorlásáért és kötelezettségek teljesítéséért való **felelősség** megoszlik a különböző állami szervek (Országgyűlés, Kormány, egészségügyi miniszter, ÁNTSZ, a helyi önkormányzatok, az egészségbiztosítási szervek) között.¹⁴¹

1. Az egészségügyi alapellátás, mint kötelező önkormányzati feladat

Az egészségügyi alapellátásról való gondoskodás a **települési önkormányzat** kötelező feladatai közé tartozik (**ellátási felelősség**).¹⁴² Ennek keretében gondoskodik:

- a) a háziorvosi, házi gyermekorvosi ellátásról,
- b) a fogorvosi alapellátásról,
- c) az alapellátáshoz kapcsolódó ügyeleti ellátásról,
- d) a védőnői ellátásról,
- e) az iskola-egészségügyi ellátásról.

A települési önkormányzat képviselő-testülete pedig megállapítja és kialakítja az *egészségügyi alapellátások körzeteit*, több településre is kiterjedő ellátás esetén a körzet székhelyét.¹⁴³

A települési önkormányzatok *önálló feladat-ellátása* azt a jogot jelenti, hogy az érintett önkormányzat szabad akaratából dönthet az adott egészségügyi feladat ellátásnak formái között. A helyi önkormányzatokat terhelő ellátási felelősség ugyanis nem feltétlenül jelenti az önkormányzat általi közvetlen feladatellátást és hatáskörgyakorlást, hanem csupán az adott ellátásról, közszolgáltatás nyújtásáról történő gondoskodást.¹⁴⁴ Ennek megfelelően a települési önkormányzatok a háziorvosi szolgálatokat **kétféle módon** működtethetik:¹⁴⁵

- a) Egyrészt **közvetlenül**,

¹³⁹ Eütv. 88.§ (1) bekezdés

¹⁴⁰ Eütv. 88.§ (2) bekezdés

¹⁴¹ Eütv. 143.§

¹⁴² Ötv. 8.§ (4) bekezdése

¹⁴³ Eütv. 152.§

¹⁴⁴ Bende-Szabó Gábor: Közigazgatási Szakvizsga. Egészségügyi Igazgatás. Magyar Közigazgatási Intézet Budapest 2002. (BENDE-SZABÓ 2002/I.) 30.o.

¹⁴⁵ Bende-Szabó Gábor: Új típusú jogi eszközök az egészségügyben I. Egészségügyi Gazdasági Szemle 2002, 40.2 (BENDE-SZABÓ 2002/II.) 221.o.

- *saját költségvetési szerv* (pl. az alapellátás működtetésére létrehozott egészségügyi intézmény) útján, illetve
- *közvetlen foglalkoztatás útján, közalkalmazotti jogviszonyban* dolgozó orvosok közvetlen (házi orvosok, házi gyermekorvosok és fogorvosok továbbiakban: **házi orvosok**) részvételével.

b) Másrészt úgy, hogy az egészségügyi alapellátásból eredő feladataikat **közvetett módon** oldják meg, azaz egy nem saját tulajdonukban vagy fenntartásukban lévő **egészségügyi intézményre** (költségvetési szerv, gazdasági társaság, közhasznú társaság stb.), vagy **egyéni vállalkozóként** dolgozó háziorvosra ruházzák át.¹⁴⁶ A háziorvosi szolgáltatok jelentős része Magyarországon az 1992-ben megindult funkcionális privatizáció eredményeként (egyéni vagy társas) vállalkozási formában működik.

Léteznek még természetesen *területi ellátási kötelezettség nélküli háziorvosok* is, akik gazdálkodó szervezeti formában vagy magánorvosként vállalják a bejelentkezett biztosítottak számára a folyamatos háziorvosi ellátást úgy, hogy erre a tevékenységükre az OEP-pel finanszírozást is kötöttek. Ezek a háziorvosi szolgáltatok azonban előbb-utóbb megszűnnek vagy területi ellátási kötelezettséget vállaló önkormányzati szerződést kötnek.¹⁴⁷

Az önkormányzat döntési szabadsága azt is magában hordozza, hogy a közszolgáltatások nyújtása során **rendelkezzék a vagyonával**. Az egészségügyi szolgáltatásokhoz kapcsolódó önkormányzati tulajdon döntő többsége ex lege tulajdonszerzéssel jött létre az önkormányzati törvény hatályba lépésével. E törvény meghatározta a vagyonnal való gazdálkodás főbb szabályait és a tulajdon védelmének jogi garanciáit is. Az Ötv. értelmében az önkormányzatok vagyona az önkormányzati célok megvalósítását szolgálja.¹⁴⁸ E cél eléréséhez a törvény a vagyon egy részét a *törzsvagyon* körébe utalta, amely célhoz kötöttsége folytán forgalomképtelen, illetve korlátozottan forgalomképes. Az egészségügyi alapellátást biztosító intézmények mint a *törzsvagyon korlátozottan forgalomképes tárgyai* kerültek

¹⁴⁶ Ezt a felosztást igazolja a Hr. 1.§-a is, mely szerint a területi ellátási kötelezettséggel működő háziorvosok vagy az önkormányzattal, illetve az önkormányzati feladatokat ellátó intézménnyel *közalkalmazotti jogviszonyban* végzik tevékenységüket, vagy az *önkormányzattal kötött szerződés* értelmében *gazdálkodó szervezeti formában* vagy *magánorvosként* látják el az alapellátásból eredő kötelezettségeiket. Vö. Eüszfr. 2.§ c) pont

¹⁴⁷ Tekintettel arra, hogy valós vagyoni értéket csak a területi ellátási kötelezettséggel tevékenykedő háziorvosok működtetési joga képvisel, minden orvos előbb-utóbb ki szeretné használni a praxisjogból eredő előnyöket (elidegenítés, folytathatóság stb.).

¹⁴⁸ Ötv. 78.§ (1) bekezdés

meghatározásra. Ezek elidegenítése, privatizálása csak a törvényben vagy az önkormányzati rendeletben meghatározott feltételek mellett valósulhat meg.

Az egészségügyi alapellátásból eredő feladatok **közvetett** módon történő ellátása esetén az érintett települési önkormányzat az ellátás megfelelő színvonalú teljesítése, illetve az ellátás biztonsága érdekében az adott egészségügyi szolgáltatóval *feladatellátási szerződést* vagy *feladatátvállalási szerződést* (továbbiakban: **önkormányzati szerződés**) kell, hogy kössön. Természetesen az adott települési önkormányzat csak azzal az orvossal, illetve annak az orvosnak a társas vállalkozásával kötheti meg a szerződést, aki az adott háziiorvosi körzetre nézve működtetési joggal rendelkezik.¹⁴⁹ A két szerződésfajta között az a különbség, hogy a leszerződött egészségügyi szolgáltató egyik esetben az önkormányzat tulajdonában lévő épületben és/vagy eszközökkel nyújtja az ellátást (feladatellátási szerződés), míg a másik esetben ezt a saját tulajdonában vagy használatában lévő épületben és eszközökkel teszi (feladatátvállalási szerződés).¹⁵⁰

A **szerződések tartalmát** a felek szabadon állapítják meg, így saját anyagi helyzetük függvényében nyújtanak az önkormányzatok további támogatást a háziiorvosi szolgálatot működtetőknek. Korábban állandó vitát gerjesztett annak a kérdésnek az eldöntése, hogy a háziiorvosi és házi gyermekorvosi szolgálatra vonatkozó, külön jogszabályban meghatározott¹⁵¹ szakmai minimumfeltételekben szereplő felszerelési és berendezési tárgyak biztosítása, valamint pótlásával és karbantartásával felmerülő költségek melyik felet terhelik. 2001. decemberétől azonban a háziiorvosi szolgáltató arányos összegű pénzügyi támogatást igényelhet az OEP-től abban az esetben, ha saját felelősségi körében gondoskodik a fenti eszközök működőképes rendelkezésre állásáról és biztosításáról, így ma már a szerződés ezen pontja egyértelműen meghatározható.¹⁵² Továbbra is vita tárgyát képezi azonban több

¹⁴⁹ A Magyar Orvosi Kamara (illetékes megyei szervezete útján) azonban csak annak a kérelmezőnek ad működtetési engedélyt, aki előszerződéssel vagy az önkormányzat szándéknyilatkozatával igazolja azt a tényt, hogy az illetékes települési önkormányzat a működtetési jog megszerzését követően őt háziiorvosként kívánja foglalkoztatni.

¹⁵⁰ Ekszvt. 6-8.§. Annak ellenére, hogy az idézett rendelkezések hatályát a jelenlegi egészségügyi vezetés 2003. július 1-ig felfüggesztette, az önkormányzati szerződések fenti szempontok szerinti csoportosítása és eltérő elnevezése továbbra is indokolt.

¹⁵¹ Az egészségügyi szolgáltatást nyújtó egyes intézmények szakmai minimumfeltételeiről szóló 21/1998. (VI. 3.) NM rendelet 6-8.§§

¹⁵² A háziiorvosok, házi gyermekorvosok és fogorvosi alapellátási vállalkozások támogatásáról szóló 229/2001. (XII. 5.) Korm rendelet. 1-2.§§. A háziiorvosi szolgálat egyébként nemcsak eszköztámogatást igényelhet az OEP-től, hanem a háziiorvosi tevékenység folytatására szolgáló ingatlan után is igényelhet támogatást abban az esetben, ha az ingatlan vagy ingatlanrész legalább ½ részben a praxist ellátó háziiorvosi szolgáltató vagy az ellátást nyújtó, működtetési joggal rendelkező háziiorvos tulajdona. Amennyiben a háziiorvosi tevékenységhez szükséges ingatlan vagy ingatlanrész több háziiorvosi tevékenységet végző, e rendelet szerinti szolgáltató vagy az

települési önkormányzatnál, hogy feladatellátási szerződés esetén az önkormányzatok külön bérleti /használati díj ellenében kívánják a saját tulajdonukban álló orvosi rendelőt és a hozzá tartozó helyiségeket a háziiorvosi szolgálatot működtető használatába adni, illetve kötelezik őket a rezsiköltségek átvállalására is. Ebben a kérdésben erősen megoszlanak a vélemények. A törvény a települési önkormányzatok kötelező feladatai közé sorolja az egészségügyi alapellátásról való gondoskodást. Ennek keretében az adott önkormányzat köteles biztosítani a működési területén lévő körzet *tárgyi feltételeit*, amely jelenti egyrészt a rendelő működtetéséhez szükséges helyiségekkel rendelkező **ingatlant**, másrészt a külön jogszabályban meghatározott **eszközöket**, illetve berendezési és felszerelési tárgyakat. (Külön OEP támogatás igénylése érdekében természetesen a felek ettől eltérően is megállapodhatnak). A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 35.§ (2) bekezdésében foglaltak szerint az egészségbiztosítási alpból a finanszírozás keretében folyósított összeg csak a finanszírozási szerződésben foglalt működtetési feladatokra használható fel. Ez az összeg *nem mentesíti a szolgáltató fenntartóját* – jelen esetben a települési önkormányzatot – az egyéb jogszabályokban előírt *fenntartási és fejlesztési kötelezettségek alól*. A funkcionális privatizáció ugyanis kizárólag a **tevékenység „magánosítását” jelenti**, és az OEP is csak ezt finanszírozza.¹⁵³ Ez azonban nem szünteti meg a helyi önkormányzatok felelősségét az egészségügyi alapellátás maradéktalan biztosításáért, mely nemcsak a szükséges tárgyi eszközök ingyenes biztosítását foglalja magában, hanem azok fenntartási és fejlesztési költségeit is. Azért is fontos ennek a kérdésnek a tisztázása, mert a működtetési jog értékét szintén befolyásoló tényező az is, hogy az illetékes települési önkormányzat milyen támogatással és egyéb feltételekkel hajlandó szerződni a háziiorvossal, illetve annak cégével.

Az önkormányzati szerződés másik nagy dilemmája a szerződés **sajátos megszüntethetőségéből eredő állandó bizonytalanság**. A települési önkormányzatok és a háziiorvosi szolgálatot működtető között létrejött önkormányzati szerződés – és ezt a bírói gyakorlat is alátámasztja¹⁵⁴ – sajátos **tartós megbízásnak** minősül¹⁵⁵, így a megszüntetése tárgyában is a Ptk. ide vonatkozó rendelkezései az irányadók. Ennek értelmében azonban a

ellátást nyújtó működtetési joggal rendelkező több háziorvos közös tulajdonában van, akkor együttesen kell rendelkezniük legalább az ingatlan vagy ingatlanrész ½ tulajdoni hányadával.

¹⁵³ A háziiorvosi szolgálat a **díjazás ellenében** a jogszabályban előírt feladatokat, így különösen a *gyógyítási munkát, a gondozási feladatokat, a megelőzési és szűrési tevékenységet* köteles ellátni. Eüszfr. 11.§ (2) bekezdés

¹⁵⁴ Szerencsi Városi Bíróság 7.P.20.452/1998/39. számú jogerős ítélete

¹⁵⁵ Bíró György: A megbízási szerződés. KJK-KERSZÖV Jogi és Üzleti Kiadó Kft. Budapest, 2001. (**BÍRÓ 2001.**) 151.o.

megbízó a szerződést *bármikor, bármilyen okból azonnali hatállyal* felmondhatja¹⁵⁶, ami igen megnehezítheti, illetve el is lehetetlenítheti egy háziorvos további működését.¹⁵⁷ Az a szabályozás, miszerint az önkényesen vagy felelőtlenül gyakorolt azonnali hatályú felmondás a megbízó kártérítési (kártalanítási) kötelezettségét vonja maga után, a háziorvoson nem nagyon segít, hiszen az önkormányzati szerződéssel a direkt finanszírozási szerződése – mint sokszor egyetlen bevételi forrása - is megszűnik.¹⁵⁸ Ezt a bizonytalan helyzetet elkerülendő a háziorvosok gyakran próbálják az önkormányzat rendes, azaz indoklástól nem függő felmondási jogát valamilyen módon erősen korlátozni vagy kizárni¹⁵⁹, de ezek a szerződési feltételek legtöbbször a Ptk. 483.§ (4) bekezdésébe ütköznek és ezért semmisek. Tekintettel arra, hogy az önkormányzati szerződés *folyamatos* megbízásnak minősül, a feleknek pusztán arra van lehetőségük hogy a felmondás jogát valamilyen formában (pl. felmondási idő meghatározásával) korlátozzák. A felmondási jog azonban ebben az esetben sem korlátozható oly módon, mely tartalma szerint gyakorlatilag lehetetlenné tenné a megbízó részére a jog gyakorlását.

A jelenleg hatályos Vhr. 13.§ (3) bekezdése az önkormányzati szerződés legrövidebb időtartamát *5 évben* határozza meg, mely akkor is a szerződés részét képezi, ha a felek ennél rövidebb időtartamban állapodtak meg.¹⁶⁰ Ez azonban nem érinti a megbízó felmondási jogát, csak az igen rövid időre (1-2 évre) létrejövő szerződések érvényesülését akadályozza meg. A hatályában 2003. július hó 31. napjáig felfüggesztett Eksztv. pedig csak határozatlan idejű önkormányzati szerződések megkötését engedélyezte.¹⁶¹

Mindenképpen indokolt lenne az *önkormányzati szerződésekre vonatkozó egységes szabályozás törvényi szintű megalkotása*, melyben megmaradna mögöttes jogterületként a Ptk. megbízási szerződésekre vonatkozó szabályanyaga, de megállapításra kerülnének a helyzet sajátosságaihoz igazodó, különösen a szerződés egyoldalú megszüntetésére vonatkozó,

¹⁵⁶ Ptk. 483.§ (1) bekezdés

¹⁵⁷ Pl. egy háziorvos komoly összeget fizetett a működtetési jog megvásárlásáért, nagyobb beruházásokat eszközölt a rendelő berendezése és felszerelés tárgyában, ami csak hosszabb működés esetén térülhet meg számára. Ezt azonban az önkormányzat egyoldalú intézkedéssel, akár indoklás nélkül is megakadályozhatja.

¹⁵⁸ Vitatott a jogirodalomban, hogy kártalanítási vagy kártérítési kötelmet keletkeztet az alapos ok nélküli felmondás, valamint az sem egyértelmű, hogy a szabály csak a megbízotti felmondásra érvényes, vagy a megbízói felmondásra is. Vö.: BÍRÓ 2001. 160.o., Bíró György (szerk.): Szerződési alaptípusok. Novotni Kiadó Miskolc, 2000. (BÍRÓ 2000.) 182.o., Polgári Törvénykönyv Magyarázata. Második kötet. Egyes szerződések. A megbízás. A megbízás nélküli ügyvitel. (Zoltán Ödön) KJK Budapest 1998. 1426.o.

¹⁵⁹ Gyakran szerepel az önkormányzati szerződésekben, hogy az adott települési önkormányzat csak akkor jogosult a szerződést felmondani, ha a megbízott felszólítást követően a szerződésben foglalt kötelezettségeit súlyosan megszegi, vagy olyan magatartást tanúsít, amely miatt az orvosi kamara etikai bizottság jogerősen elmarasztalja, stb.

¹⁶⁰ Ptk. 226.§ (1) bekezdés

¹⁶¹ Eksztv. 8.§ (1) bekezdés

mindkét fél érdekeit szem előtt tartó sajátos rendelkezések (pl. az egyoldalú felmondás jogával élő önkormányzat indoklási kötelezettsége). Ezen a területen sikerként könyvelhetők el az Ektv. törvény feladatellátási és feladatátvállalási szerződésre vonatkozó egyedi és közös szabályai. Csak remélhető azonban, hogy ezek a rendelkezések 2003. július 1. napját követően is hatályban maradnak.

2. Az egészségügyi alapellátás szakmai felügyelete

Az egészségügyi alapellátást működtető vállalkozások szempontjából az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatnak (továbbiakban: ÁNTSZ) két fontos szerepe van: az *engedélyezési eljárás* és a *szakmai felügyelet* gyakorlása.

Háziorvosi szolgálatot működtető egészségügyi intézmény, vagy magánorvos egészségügyi szolgáltatást kizárólag a székhelye szerint illetékes ÁNTSZ fővárosi kerületi, vagy városi intézete által kiadott *működési engedély* birtokában, az abban meghatározottak szerint kezdheti meg, illetve folytathat.¹⁶²

A működési engedély csak abban az esetben adható ki, ha az egészségügyi szolgáltató megfelel az engedélyezési kérelemben megjelölt egészségügyi feladatra vonatkozó *személyi, tárgyi* és *szakmai* környezeti feltételeknek, és ha a kérelmezőnek az egészségügyi szolgáltatás során okozott kár megtérítésére van *felelősségbiztosítása*.¹⁶³ Az orvos *személyében* fennálló feltételek fennállása tekintetében az ÁNTSZ ugyanazt vizsgálja, mint az orvosi kamara a működtetési jog engedélyezésekor.¹⁶⁴ (Említést érdemel, hogy nemcsak a hétköznapi életben, hanem a jogirodalomban is előfordul a *működési engedély* és a *működtetési engedély* azonos fogalomkénti használata, vagy *összekeverése*).

Az egészségügyi törvény szerint az egészségügyi szolgáltatások minőségét és minőségfejlesztését a *szakmai felügyeletet* gyakorló szervezet minőségbiztosítási, minőségfejlesztési és ellenőrzési rendszere biztosítja. Ennek megfelelően az egészségügyi szolgáltatók és a szolgáltatások felett a szakmai felügyeletet az *ÁNTSZ*, mint egészségügyi

¹⁶² Eütv. 108.§ (1) bekezdés, Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatról szóló 1991. évi XI. törvény 6.§ (1) e) pont, Az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, a működési engedélyről és az egyéni vállalkozás keretében végezhető egészségügyi szolgáltatásról 69/2002. (IV. 12.) Korm. rendelet 7.§ (1) bekezdés

¹⁶³ Az egészségügyi szolgáltató *tárgyi* feltételrendszerének biztosítania kell az ellátáshoz szükséges követelményeket, és meg kell felelnie a munkavégzés feltételeire vonatkozó előírásoknak. (Eütv. 109.§). Ennek keretében az egészségügyi hatóság azt vizsgálja, hogy az egészségügyi szolgáltatás nyújtásához szükséges *helyiségek* megfelelnek-e az építésügyi, szakmai és közegészségügyi előírásoknak, valamint hogy az egészségügyi szolgáltató rendelkezik-e a működéshez szükséges *egyéb szakhatósági hozzájárulásokkal*, engedélyekkel. Az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, a működési engedélyről és az egyéni vállalkozás keretében végezhető egészségügyi szolgáltatásról 69/2002. (IV. 12.) Korm. rendelet 7.§ (1) bekezdés 11.§ (2) bekezdés a)-c) pontok

hatóság gyakorolja. A szakmai felügyelet keretében az ÁNTSZ vizsgálja és ellenőrzi az egészségügyi ágazati jogszabályok, valamint a szakmai szabályok érvényesülését, és eljár az érvényesítés érdekében. Erre a feladatára az ÁNTSZ a vele szerződéses jogviszonyban álló *szakfőorvosi hálózatot* működteti. A szakmai felügyelet köréhez kapcsolódik többek között működési engedélyben meghatározottak érvényesülésének ellenőrzése is, melyet az alapellátás tekintetében legalább évente el kell végezni. Az ellenőrzés eredményeképpen – amennyiben kiderül valamilyen hiányosság, vagy szabályszegés - a szolgáltató különböző szankciókban részesülhet.¹⁶⁵

3. Az egészségügyi alapellátás finanszírozása

Az önkormányzati szerződés, mint speciális megbízási szerződés egyik sajátossága, hogy a „*megbízási díjat*” nem a megbízó, hanem külön finanszírozási szerződés alapján az OEP fizeti meg a háziorvosi szolgálat működtetőjének.

A területi ellátási kötelezettséggel működő háziorvosi szolgálat finanszírozása *duális* rendszerben működik. Ez azt jelenti, hogy a működés feltételeiről az adott települési önkormányzat köteles gondoskodni (lásd korábban), míg a működtetés költségei a társadalombiztosítás oldaláról kerülnek be forrásként a praxisokba.¹⁶⁶

A háziorvosi ellátás társadalombiztosítási finanszírozása *szektorsemleges*, tehát független attól, hogy a működtetés közvetlen vagy közvetett módon folyik-e. Ennek megfelelően az OEP az egészségügyi alapellátás körébe tartozó szolgáltatások nyújtására azzal az egészségügyi szolgáltatóval köt finanszírozási szerződést, amelyik rendelkezik az adott szolgáltatás nyújtására jogosító működési engedéllyel, felelősségbiztosítással és megfelel a jogszabályokban a finanszírozásra vonatkozóan meghatározott egyéb feltételeknek.¹⁶⁷

Háziorvosi ellátás finanszírozására az OEP a szerződést¹⁶⁸

¹⁶⁴ Lásd „A praxisjog, mint az orvos személyéhez kapcsolódó jogosultság” c. fejezetben

¹⁶⁵ Kovács Attila: Az ÁNTSZ feladat- és jogköre a vállalkozások létesítésével kapcsolatban. Egészségügyi vállalkozások kézikönyve. Szerk.: Gyenes Mónika. Budapest, Verlag Dashöfer Szakkiadó Kft. & T.Bt. 2001. 11. rész 3. fejezet (**KOVÁCS**) 11.o.

¹⁶⁶ Balogh S. - Bodó L.: A háziorvosi tevékenység finanszírozása. Egészségügyi vállalkozások kézikönyve. Szerk.: Gyenes Mónika. Budapest, Verlag Dashöfer Szakkiadó Kft. & T.Bt. 2001. 8. rész 2.1. fejezet (**BALOGH-BODÓ**) 2.o.

¹⁶⁷ Ebtv. 30. § (1) bekezdés. Ilyen egyéb feltételnek minősül például, hogy a működtetési joggal rendelkező orvosnak nyilatkoznia kell a *folyamatos ellátás biztosításának* vállalásáról. **Folyamatos** az ellátás, ha a háziorvos hetente legkevesebb 15 óra, de munkanapokon naponta legkevesebb 2 óra rendelési időben háziorvosi tevékenységet végez, munkanapokonként 8 órában az öt választó biztosítottak számára rendelkezésre áll, és részt vesz a háziorvosi ügyeleti rendszerben (kivéve, ha az ügyeleti ellátásért felelős önkormányzat vagy egészségügyi intézmény arról lemond). Eüszfr. 7.§ (2) bekezdés

¹⁶⁸ A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (Ebtv.) végrehajtására kiadott 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet 17.§

- a) **területi ellátási kötelezettséggel** működő háziiorvosi szolgálatok esetében, amennyiben a feladatot az önkormányzat
- egészségügyi intézménye látja el, *az intézménnyel*,
 - átadta háziiorvosi szolgáltatás nyújtására jogosult egészségügyi szolgáltatónak, a *feladatot ellátó, vagy átvállaló egészségügyi szolgáltatóval*,
 - egyéb esetekben az *önkormányzattal* köti meg.
- b) **területi ellátási kötelezettség nélkül** működő háziiorvosi szolgálat esetében a külön jogszabályban foglalt feltételeknek megfelelő egészségügyi szolgáltatóval köti meg.

A finanszírozás megkülönbözteti a területi ellátási kötelezettséggel rendelkező és a területi ellátás nélkül működő szolgáltatókat.

A **háziiorvosi és házi gyermekorvosi ellátás** finanszírozására irányuló szerződés megkötésekor az OEP az adott háziiorvosi **körzet lakóinak igazolt számát** veszi figyelembe, így csak akkor köt szerződést, ha a *területi ellátási kötelezettséggel* működő szolgáltató

- felnőtt körzet esetén a 14 év feletti 1200-1500 fő lakos,
- vegyes körzet esetén életkori korlátozás nélkül 1200-1500 fő lakos,
- gyermekkörzet esetén pedig 14 év alatti 600-800 fő lakos egészségügyi ellátását tudja biztosítani.¹⁶⁹

A *területi ellátási kötelezettség nélküli* háziiorvosi szolgálat finanszírozására pedig csak abban az esetben köt az OEP szerződést, ha az ÁNTSZ engedéllyel rendelkező orvos igazolja, hogy legalább 200 biztosítottnak minősülő személy őt kívánja háziiorvosának választani, és vállalja, hogy személyesen biztosítja a folyamatos ellátást.¹⁷⁰

A **fogászati alapellátás finanszírozása** azonban eltérő szabályok szerint történik. Itt az adott körzethez tartozó minimumként megjelölt lakosságszám¹⁷¹ függvényében heti 30 óra rendelési idő finanszírozható (**teljes idejű fogászati alapellátás**). A rendelési idő az ellátandó lakosok, illetve tanulók számával arányosan változik a kisebb fogorvosi szolgálatok esetén.

¹⁶⁹ Eüszfr. 8.§

¹⁷⁰ Eüszfr. 9.§ Itt azonban meg kell említeni, hogy a **nem** területi ellátási kötelezettséggel működő háziorvos már nem kaphat működtetési jogot, mert arra csak alanyi jogon voltak jogosultak azok, akik az Öotv. hatálybalépésének napján rendelkeztek legalább 200 bejelentkezett beteggel.

¹⁷¹ A **teljes idejű fogászati alapellátás** szerződés szerinti rendelési ideje heti 30 óra, amely esetben az ellátásra jogosult lakosok száma gyermek, iskolai, ifjúsági fogászat esetén az 1500 főt, vegyes fogászat esetén 3600 főt, felnőtt fogászat esetén a 4000 főt el kell, hogy érje.

Finanszírozási szerződés azonban legalább heti 6 óra rendelési időben működtetett fogászati szolgálatra köthető csak.¹⁷²

A *területi ellátási kötelezettséggel* háziiorvosi ellátást biztosító egészségügyi szolgáltatót a finanszírozási szerződés alapján **fixdíj** (alapdíj) és **teljesítménydíj** illeti meg.

- A háziiorvosi és házi gyermekorvosi szolgáltató a körzet jellege (felnőtt, gyermek vagy vegyes, illetve egy vagy több telephelyen működő), lakosságszáma és a rendelő adottságai (önálló, vagy nem) alapján különböző mértékű, *fix összegű* díjra jogosult. Ezen túlmenően jár még a település jellegétől függően a közlekedési költségek támogatására is egy kialakított fix összegű díjcsomag (*területi kiegészítő díj*). A fogászati szolgáltató a szolgálathoz tartozó lakosok számától függően (korcsoportonkénti szorzóval korrigált pontszám alapján) havi *alapdíjas* finanszírozásban részesül.
- Ezen túlmenően a háziiorvosi és házi gyermekorvosi szolgálatokat a bejelentkezett lakosok száma alapján „*kártyapénz*” is megilleti.¹⁷³ A körzetben ellátott, de oda be nem jelentkezett betegek esetében *eseti* ellátási díjra is jogosult a szolgáltató háziorvos. A teljesítményarányos finanszírozás a fogászati alapellátásban a nyújtott ellátások teljesítménypontszáma alapján történik.¹⁷⁴ A finanszírozás természetesen csak a kötelező egészségbiztosítás terhére (térítésmentesen) igénybe vehető szolgáltatások után számolható el.

A *területi ellátási kötelezettséggel nem rendelkező* háziiorvosi szolgálatok nem részesülhetnek a fix díjból és a területi pótlékból. Ezen túl a be nem jelentkezett betegek ellátása után sem számolhatnak el ambuláns díjat, hiszen ilyenkor nem értelmezhető a területen kívül beteg fogalma.

Az alapellátásban alkalmazott kártyapénz azonban sem minőségi, sem pedig definitív (végleges) ellátásra nem buzdít. Az a feltételezés, hogy a beteg elhagyja a rosszabb minőségű ellátást nyújtó orvosát, nem vált be, mivel a beteg egyrészt nem annyira az ellátás minőségéből, mint a vele való bánásmódból ítél, valamint a választás lehetősége földrajzilag

¹⁷² Eüszfr. 22.§. Ez a szabályozás tette lehetővé, hogy az Öotv. hatálybalépésének napján egy fogorvos akár három vagy négy – földrajzilag egymástól igen távol lévő - önkormányzat területén végezzen területi ellátási kötelezettséggel fogorvosi alapellátást. A az adott fogorvos azonban csak egy konkrét „körzetre” szerezhette meg a törvény erejénél fogva a praxisjogot, ami viszont nem volt elegendő a megélhetéséhez (pl.: ha egy adott önkormányzatnál igény szerint csak heti 15 órát rendel). Így felvetődött a kérdés, hogy melyik körzetbe szerezte meg a fogorvos alanyi jogon a praxisjogot?

¹⁷³ A háziiorvoslás kezdetekor az akkor bevezetett, a háziorvos-választásnál is szerepet játszott *biztosítási kártya* után nevezeték el „kártyapénz”-nek, és nevezik ma is ezt az összeget annak ellenére, hogy a kártya azóta már nem is létezik. Mértékét befolyásolja az aktuális hónapban a biztosító által összesen finanszírozott, különböző korcsoportú betegek száma, a páciencia nagyságától függő degresszió, illetve az orvos képzettsége által meghatározott ún. szakképesítési szorzó.

¹⁷⁴ Eüszfr. 6.§, 11.§14.§, 22.§

sem adott. A másik feltételezés, hogy a házi orvos a kártyapénz egy részét a praxisa fejlesztésére fordítja, azért nem valósult meg széles körben, mert a rendelő a legtöbb esetben még mindig nem került az orvos tulajdonába. A tulajdonos önkormányzatok pedig forráshiányra hivatkozva nem biztosítják sem a működési feltételeket, sem a fejlesztéshez szükséges forrásokat. Ez azonban a rendelők lepusztulásához és az eszközök elamortizálódásához vezetett.¹⁷⁵

Az OEP a biztosítottak befizetéseiből látja el az egészségügyi ellátások finanszírozását. Az **egészségbiztosítási járulék fizetésére kötelezett személy – OEP – orvos** (egészségügyi szolgáltató) – **beteg lánc** több jogviszonyt foglal magában:¹⁷⁶

- a) Először a jövedelemtermelő személy (vagy munkáltatója) az előírt szabályok szerint befizeti az *egészségbiztosítási járulékot*. Ez egy alá-fölérendeltségi viszony, kötelező erejű jogi normák döntenek az elvonás tényéről, mértékéről, szankcióiról.
- b) Másodlagosan az OEP jogi szempontból mellérendeltségi viszonyban megbízási szerződést (finanszírozási szerződés) köt az egészségügyi szolgáltatókkal. Bíró György szerint ez a legkényesebb pontja a szerződési láncnak, mert a szolgáltatók szerint az ellenérték a szolgáltatási érték alatt marad, így tényszerűen alulfinanszírozás mellett kell végezni munkájukat.
- c) Harmadsorban a tényleges gyógyítás már az egészségügyi szolgáltató – beteg megbízási jogviszonyában folyik tovább. A jogi helyzet ilyenkor alapulhat
 - a finanszírozó által a harmadik személy – az egészségügyi ellátást igénybe vevő - javára kötött szerződésen (ekkor a betegnek nincs díjfizetési kötelezettsége), és
 - létrejöhet attól függetlenül, a megbízó költségére.

Összegzésként megállapítható, hogy a **praxisjog** a rendszer **„alapkövének”** tekinthető, mivel kizárólag a működtetési jogot engedélyező kamarai határozat birtokában kezdeményezheti a házi orvos a házi orvosi szolgálat működtetéséhez szükséges önkormányzati és finanszírozási szerződés megkötését, valamint a szükséges hatósági engedély beszerzését is.

¹⁷⁵ A 2001. évi CVII. „kórháztvénnyként” emlegetett jogszabály az alapellátásra is kiterjedő hatállyal konkrétan megjelölte az egészségügyi alapellátást működtető vállalkozás és az önkormányzat között kötelezően előírt feladatellátási, illetve feladatátadási szerződés kögens tartalmi elemeit. Ebben úgy rendelkezett, hogy az átadott eszközök fenntartási és működtetési költségeit – ellenkező megállapodás hiányában – az önkormányzat köteles viselni. Mindemellett az egészségügyi vezetés ösztönzést adott a vállalkozó házi orvosoknak a praxis működtetéséhez alapvetően előírt eszközök beszerzésével és működtetésével felmerült kiadások átvállalására is azzal, hogy ilyen esetben meghatározott összegű támogatást írt elő az egészségügyi szolgáltatók számára, melyet az OEP havi rendszerességgel köteles átutalni.

4. Reformkísérletek az egészségügyi alapellátásban

4.1. Az egészségügyi alapellátás működésének kísérleti formái: praxisközösségek, csoportpraxisok

Az egészségügyi rendszerek átalakulásában a finanszírozhatóság megőrzése, a költséghatékonyság javítása a rendszerek alapkérdésévé vált. Az egészségügy általános forráshiánya miatt alapvető szempont lett, hogy minden beteget a szükséges és elégséges legalacsonyabb költségszintű ellátóhelyen lássanak el. E tendencia érvényesülésében a kórházon kívüli ellátás – azaz a járóbeteg-szakellátás – jelentősége felértékelődött. Ennek megfelelően szerte a világban egy differenciálódási folyamat, illetve egy „tevékenység-eltolódási lánc” indult be: a rutin fekvőbeteg-ellátás egy része a járóbeteg-szakellátásba (szakambulanciák, egynapos sebészet stb.), illetve mátrix kórházba tevődött át, a hagyományos járóbeteg-szakellátás egy része pedig az *alapellátásba, a csoportpraxisokba* került.¹⁷⁷ A világ különböző egészségügyi rendszeriben elterjedt csoportpraxisok országonként – az adott nemzeti hagyományoknak és környezetnek megfelelően – eltérőek. Az azonban egyértelműen megállapítható, hogy a legtöbb rendszer *csoportpraxis* alatt valamilyen *járóbeteg-ellátást érintő orvosi együttműködési formát* ért, melyben általában eltérő képesítésű orvosok dolgoznak, gazdasági közösséget alkotnak és szolgáltatásaik a lakosság által közvetlenül igénybevehetők (elsődleges ellátás-alapellátás jelleg).¹⁷⁸

A csoportpraxis Hidas szerint különböző formákban valósulhat meg:

- Lehet pusztán *gazdálkodási egység*, melyben az egyes praxisok gazdasági megfontolásból szerveződnek.
- Lehet azonban funkcionálisan, bizonyos részfeladatokra szerződéssel társult *alapellátási egységek közössége* is.
- Vagy a teljes körű alapellátás biztosítására *egyesült szakmai közösség*, melyben azért az egyéni felelősség megmarad.¹⁷⁹

Hidas István szerint a *csoportpraxis* a *házi orvosok* önkéntes, megegyezésen alapuló, alapellátási feladatokra létesült, *szakellátással is kiegészíthető csapata*. Olyan szakmai

¹⁷⁶ BÍRÓ 2001. 160.o.

¹⁷⁷ Lásd Németországban a praxisközösségeket (*Praxisgemeinschaft*), vagy az angolszász „fundholding” csoportokat, illetve az Egyesült Államokban érvényesülő integrációs modelleket (HMO, GPWW, stb.)

¹⁷⁸ Kincses Gyula: A költség-hatékony egészségügyi struktúrák kialakításának esélyeiről. Egészség(?) Gazdaság(?) Praxis Server Kft. Budapest, 1999. (KINCSES) 73.o., 75.o.

közösség, amelyben a személyes felelősség megmarad, de a különböző színvonalú és szintű szakmai tudás összeadódik.

Kincses Gyula a *csoporth Praxis* alatt valamilyen járóbeteg-ellátást érintő orvosi együttműködési formát ért, amelyben általában *eltérő képesítésű* (feladatú) orvosok dolgoznak, gazdasági közösséget alkotnak (közös bevétel, saját belső elosztási rend), és szolgáltatásaik a lakosság által közvetlenül igénybevehetők (alapellátás jelleg).¹⁸⁰

Nemzetközi példák¹⁸¹ is mutatják, hogy a csoporth Praxisok kialakítása és működtetése számos előnyt hordoz magában:

- Egyrészt a különböző szintű és *különböző* szakmai érdeklődést birtokló társult *tagok tudása összeadódik*, s ezzel az ellátás minősége javítható, alapellátási szinten magasabb színvonalú ellátás biztosítható, gazdaságosabban, az ellátandó számára ismert, megszokott helyen és körülmények között.
- Másrészt könnyebben megoldható a *szabadság idején történő helyettesítés*, az alapszintű konzultáció, a folyamatos továbbképzés, a szakképzés, esetleg még a minőségbiztosítás is.
- A csoporth Praxisok elősegíthetik az *alacsonyabb lélekszámú körzetek kialakítását* is, valamint azt, hogy az ellátás színvonalának romlása nélkül lehessen bevezetni fiatal háziorvosokat az alapellátás gyakorlatának elsajátításába.
- A vertikális struktúra kialakításával – mely a háziorvosok mellett más szakorvosok részvételét is jelenti - a csoporth Praxis a *rendszeres konzíliumra*, valamint magasabb színvonalú folyamatos szakellátásra, „második lépcsős alapellátásra” is lehetőséget teremt.
- A csoporth Praxisok terjedésének szükségességét indokolja az az alapvető felismerés is, hogy az orvosi tudás kitágulása, az *orvostechika fejlődése* olyan lehetőségeket nyújt az alapellátás számára is, amelyet a hagyományos egyorvosos Praxisok már nem képesek befogadni, és nem képesek hatékonyan működtetni sem.¹⁸²
- A csoporth Praxis alkalmat adhat a nyugállományba vonulók „fokozatos” munkaidő-csökkentésére és visszavonulására is.¹⁸³

¹⁷⁹ Hidas István: Reform az alapellátásban. In.: Szerk.: Glatz Ferenc. Magyarország az ezredfordulón. Stratégiai kutatások a Magyar Tudományos Akadémián. Egészségügy Magyarországon. MTA Budapest 2001.(**HIDAS**) 104.o.

¹⁸⁰ KINCSES 75.o.

¹⁸¹ Lásd Németország, Egyesült Államok, ahol a csoporth Praxisok számos formája működik.

¹⁸² KINCSES 75.o.

¹⁸³ Már a Bordás-Fodor féle törvénytervezet is számolt azzal a lehetőséggel, hogy *több Praxisjoggal rendelkező orvos közösen hozzon létre gazdasági vagy közhasznú társaságot* az egészségügyi alapellátás körébe tartozó szolgáltatások elvégzésére. Erre nézve a tervezet több kötelezettséget is előírt a tagok számára:

A magyar egészségügy megítélésben is régi axióma, hogy a tevékenységek indokolatlanul magas szinten zajlanak. Ennek ellensúlyozására vezette be az egészségügy társadalombiztosítási finanszírozásáról szóló 103/1995. (VIII. 25.) Korm. rendelet módosítása – bár csak *kísérleti jelleggel* - 1997. január 25. hatállyal hazánkban is a **praxisközösség** intézményét.¹⁸⁴ Ennek értelmében a területi ellátási kötelezettséggel működő háziorvosi szolgálatok működtetői a háziorvosi feladatok ellátására – az egészségügyi vállalkozásokra vonatkozó szabályok betartásával és alkalmazásával – praxisközösséget hozhatnak létre

a) az *azonos telephelyen* működő háziorvosi rendelők által ellátott, vagy

b) a *területileg egymás mellett lévő*

házi orvosi körzetek működtetésére.

Ugyanettől az időponttól kezdve jogi lehetőség nyílt arra is egy praxisközösségen belül, hogy az alapvetően háziorvosi tevékenységet végző közösség a bejelentkezett lakosok számára *járóbeteg-szakellátási* szolgáltatásokat is végezzen direkt finanszírozással, erre irányuló működési engedély birtokában. Ezek a praxisközösségek **csoportpraxisként** működhetnek, ami gyakorlatilag azt jelentette, hogy megfelelő szakvizsgával (fül-orr-gégészet, sebészet stb.) és egyéb feltételekkel rendelkező háziorvos megfelelő szakellátást is nyújthatott a hozzá bejelentkezett betegének.

A csoportpraxisok 1997-ben kizárólag a Népjóléti Minisztérium által meghirdetett és elfogadott, továbbá az OEP által is jóváhagyott pályázat alapján működhetnek. Az 1997-es év végére a praxisközösségben működtetett szolgálatok száma mindössze 13 volt.¹⁸⁵

Ennek fő okát Kincses Gyula abban látta, hogy a pályázat tényleges koncepció, érdemi cél és feltételrendszer tisztázása nélkül került kiírásra a „mi tudjuk, hogy ez fontos, de nem tudjuk, hogy mi ez, de hátha ők majd tudják, és esetleg mi is megtudjuk” elv alapján.¹⁸⁶

Az 1999. márciusában hatályba lépő Eüszfr. már *általános érvénnyel* hirdette meg az egészségügyi alapellátásban tevékenykedő társas vállalkozások számára, önálló működtetési és finanszírozási formaként mind a praxisközösséget, mind pedig a csoportpraxist.¹⁸⁷ A

- kötelesek lettek volna megállapodni a praxisjoghoz tartozó egyes ingatlanok, és ingóságok közös használatáról és a működtetés feltételeiről,
- a társaság tevékenységi köre csak az orvosi tevékenységgel etikailag összeegyeztethető szolgáltatásokra terjedhetett volna ki, melyben az orvosi kamara állásfoglalását tartotta a koncepció irányadónak, stb. Az egészségügyi alapellátásról szóló törvénytervezet 1999. november 7-i változata. Munkaanyag.

¹⁸⁴ Az egészségügy társadalombiztosítási finanszírozásáról szóló 103/1995. (VIII. 25.) Korm. rendelet módosításáról szóló 238/1996. Korm. rendelet 4-5.§§

¹⁸⁵ T/251. törvényjavaslat indoklása. 1998.

¹⁸⁶ KINCSES 78.o.

¹⁸⁷ Eüszfr. 15-16.§§

hatályos szabályok szerint praxisközösségekben működő háziiorvosi szolgálatok esetében a depresszió számítása eltér az általánostól, melynek révén többletbevételhez juthatnak. A csoportpraxisokat pedig úgy próbálja a rendelet a vállalt szakfeladatok minél nagyobb arányú elvégzésére szorítani, hogy csökkenti a csoportpraxisnak fizetendő havi díj összegét a bejelentkezett biztosított ellátási díjának azzal az összegével, amelyet a szakellátás részére azért kellett kifizetnie, mert a biztosított a csoportpraxis által vállalt szakellátást más szolgáltatónál vette igénybe. A sajátos működtetési formák azonban **nem válták népszerűvé** az országban.¹⁸⁸

A csoportpraxisok kialakításának indokául szolgáló szempontok, mint az ellátási költségek kontrolálása, az ellátás megfelelő minőségének, hatékonyságának biztosítása csak abban az esetben biztosítható, ha az egészségügyi ellátórendszer egy erős, személyes kapcsolatra épülő, **definitív (végleges) ellátást nyújtó alapellátásra** épül és az alapellátásban történik az ellátások számszerinti tömege. Ez a teoretikus és elvárt alapellátás azonban nem volt azonos sem az 1997-es, sem pedig az 1999-es háziiorvosi rendszerrel, s még napjainkban sem érvényesek ezek a követelmények.¹⁸⁹

Másrészt lehetetlen ötlet újonnan bevezetett, társasági törvényt érintő sajátos egészségügyi jogintézményeket kormányrendeleti szinten, pusztán finanszírozási oldalról szabályozni. A praxisközösség és a csoportpraxis, mint sajátos egészségügyi társas vállalkozási formák számos olyan *társasági jogi, polgári jogi* és egyéb jellegű bizonytalansági tényezőt hordoznak magukban, melyeket külön jogszabályban – lehetőleg törvényi szinten – kellett volna meghatározni és kidolgozni. Egy új jogintézmény bevezetésénél törekedni kell arra, hogy az érintettek felismerjék annak konkrét célját, az esetleges kockázati tényezőket, s az abban rejlő lehetőségeket. Ennek megfelelően részletszabályokban kellett volna megjelölni a praxisközösségek, illetve a csoportpraxisok megalakításánál kötendő szerződések alapvető tartalmi elemeit, a működésükre vonatkozó sajátos szabályokat és persze a megszűnésük,

¹⁸⁸ Az OEP B.-A.-Z. Megyei szervezetének Gyógyító Megelőző Osztály vezetőjétől kapott információ szerint a megyében egyetlen praxisközösség vagy csoportpraxis sem működik.

Említést érdemel, hogy a praxisközösségek egy másik változata is bevezetésre került **szabadfoglalkozású orvosi praxisközösség** elnevezéssel, melyet kizárólag közkereseti társaság formájában két vagy több szabadfoglalkozású orvos alapíthat. A törvény szerint a praxisközösség tagja is csak szabadfoglalkozású orvos lehet, aki a társasági szerződésben foglaltaknak megfelelően személyes közreműködésre köteles. Eksztv. 23.§. Az Eksztv. hatályát azonban 2003. július hó 1. napjáig felfüggesztették.

¹⁸⁹ Ezt bizonyítja, hogy az Egészségügyi Minisztérium vizsgálati eredményei az egészségügyi alapellátórendszer gyengeségeit még 2000-ben is az *elégtelen definitív szerepére* vezette vissza. Program az egészségügyi ellátórendszer átalakítására és a nemzet egészségének fejlesztésére. Egészségügyi Minisztérium. 2000. 94.o.

megszüntetésük esetén érvényesülő kógens és diszpozitív rendelkezéseket.¹⁹⁰ A praxisközösségek megszűnése esetén komoly gondok adódnak Németországban is a vagyonszétosztással és az adott praxis további működtetésével kapcsolatosan. Éppen emiatt a kérdéssel foglalkozó szakirodalmak tanácsolják, hogy a „házassági vagyoni szerződés” mintájára a közösségbe tartozó felek előre rendezzék a közösségi praxis megszűnése vagy az abból történő kiválás esetére vagyoni viszonyait.¹⁹¹

Ennek hiányában a jogalkotás értelmetlen. A jelenlegi szabályozás egy „*felfedező útra*” kényszeríti a vállalkozó szellemű orvosokat, melyben igen kétséges a kincstalálás esélye. Ez persze nem jelenti azt, hogy a praxisközösség, vagy a csoportpraxis léte értelmetlen lenne. Abban az esetben azonban, ha az egészségügyi vezetés komoly szerepet szán ezeknek a formáknak, akkor *megfelelően kidolgozott jogi háttérrel kell teremteniük hozzá*.

Mindezek figyelembevételével *ösztönözni kellene* hazánkban is a praxisközösségek, csoportpraxisok kialakítását és fejlesztését. A jelenleg hatályos, kezdetleges jogi szabályozás azonban számos gazdasági és vezetési problémát vet fel, ezért az érintettek körében sem olyan népszerű, mint ahogyan az a külföldi tapasztalatokból következne.¹⁹² A jogi feltételek és a finanszírozás módja kidolgozásra vár.

4.2. Irányított betegellátási modellkísérlet – fejkvóta típusú finanszírozási rendszer

A csoportpraxisok újonnan egységesülő tendenciája, hogy az egészségügyi rendszerek különböző *érdekeltségi szisztémákat* dolgoznak ki a csoportpraxisok definitív ellátóképességének javítására. Ennek legelterjedtebb alapelve, hogy a csoportpraxisok az általuk vállalt szolgáltatásokra valamilyen elvi vagy tényleges keretet kapnak, és a megtakarításból valamilyen elv szerint részesülnek (*fundholding rendszer*).

Ennek megfelelően az *irányított betegellátás lényege*, hogy egy adott (részleges vagy teljes) populáció ellátási költségét egy menedzsment kapja meg. A menedzsment dönti el, hogy hogyan lehet ebből a keretből a leggazdaságosabban biztosítani a szükséges egészségügyi szolgáltatásokat. Az eszközöket is ő határozza meg.¹⁹³

¹⁹⁰ Németországban külön szakirodalma van a praxisközösségek és a csoportpraxisok működésével kapcsolatos problémáknak és ellentmondásoknak annak ellenére, hogy mindkét területen részletes szabályok segítik az orvosok munkáját.

¹⁹¹ K. Schmidt: Wenn die Ehefrau eifersüchtig wird ... Bei Gemeinschaftspraxen kann es viele Probleme geben. MMW-Fortschr. Med. Nr. 49/2002. (SCHMIDT) 54-55.p.

¹⁹² FORGÁCS 82.o.

¹⁹³ Az 1960-as évek közepétől honosodott meg az ún. *managed care modell* az Egyesült Államokban, 1966-ban a Medicare és Medicaid törvények, 1973-ban pedig a HMO-hoz kapcsolódó törvénycsomag intézményesítette.

Az amerikai típusú „managed care” rendszer és az angol „fundholding” rendszert megvizsgálva és alapul véve indult 1999. július 1-jén egy *fejkvóta típusú finanszírozáson* alapuló *irányított betegellátási modellkísérlet* kilenc szervező részvételével. A modellkísérlet ekkor 104 háziiorvosi praxisra épülve 161 076 biztosítottat érintett. 2002. májusában a 7 szervező 298 háziiorvosi praxis részvételével és 476 483 lakos bevonásával működteti a rendszert.¹⁹⁴ A *definitív betegellátás* érdekében a *szervező* erősíti a járóbeteg-ellátást úgy, hogy ezzel párhuzamosan csökkenjen az indokolatlan kórházi ápolások száma. A „betegutak” figyelésével optimalizálni próbálja a betegellátás folyamatát, és az ellátás minden szintjén minőségbiztosítási rendszert vezet be. A szervezők vállalják – a nagy költségigényű és a személyre nem lebontható ellátások kivételével – *az érintett lakosság teljes körű egészségügyi ellátását*, illetve az általuk nem nyújtott szolgáltatások tekintetében pedig az ellátások *megszervezését*.¹⁹⁵

Ebben a rendszerben különös jelentőséget kap a háziorvosok „kapuőr” szerepe, azaz hogy az első orvos-beteg találkozás a háziorvosnál történjen, aki csak azt küldi tovább a szakellátás felé, akit nem tud helyben ellátni.

Ezt kívánja támogatni a *fejkvóta* szerinti finanszírozás is, amely eltér a jelenleg alkalmazott teljesítmény alapú finanszírozástól. Ez utóbbiban a szolgáltatók abban lennének érdekeltek, hogy minél több beteget lássanak el, s a nagyobb teljesítménnyel nagyobb finanszírozási bevételhez jussanak. A *fejkvóta* típusú finanszírozás lényege pedig az, hogy a szervező minden érintett lakos után megkapja a *fejkvóta* összegét, a *szervezőkhöz*¹⁹⁶ tartozó gyógyításra szánt összeg felhasználását pedig a helyi szakemberekre bízta. Az irányított betegellátás rendszerében a szervezők részére egy úgynevezett virtuális, elvi folyószámlát vezetnek, amelynek a bevételi oldalán – a népesség nagyságától függően – a *fejkvóta* szerinti bevétel, a kiadási oldalon pedig azon egészségügyi szolgáltatásoknak az OEP által térített díja áll, amelyet az érintett lakos az adott időszakban bárhol és bármikor igénybe vett. A bevétel és

¹⁹⁴ Az idők során egy szervező objektív okok miatt az első három hónap után kilépett, egy szervező adatszolgáltatási kötelezettségek teljesítésének elmaradása miatt került kizárássra, két szervezőnek pedig az elvi folyószámláján tartósan – három hónapot meghaladóan – hiánya keletkezett, amely kizárta a további részvételt. Később, a további bővítések következtében a létszám újra növekedésnek indult. NAGY-DÓZSA 55-56.o.

¹⁹⁵ NAGY-DÓZSA 56-57.o.

¹⁹⁶ A rendszer új szereplője a *szervező*, aki vállalja a lakosság teljes körű egészségügyi ellátását úgy, hogy egyrészt irányítja őket, az általa nem nyújtott szolgáltatásokra pedig *más egészségügyi szolgáltatókkal megállapodást köt*. Az egy szervező tartozó biztosítottak köre kezdetben 20.000 volt, később 40 ezerre emelkedett. Egy-egy szervező tehát legalább 20 háziiorvosi praxissal szerződik. Szervező egyébként maga a háziorvos is lehet, akinek a finanszírozása a hagyományos, vagyis a pontrendszer, illetve a díjtételek alapján történik. R.PAPP 46.o.

a kiadások közötti különbözet a megtakarítás, amelyet a szervező részére egy évben egyszer az OEP elszámol.

Ez a reformelképzelés azonban **komoly veszélyt** is rejt magában. Ebben a rendszerben a háziornosnak - aki a legtöbbszor egyben szervező is -, kell kifizetnie a szakrendelőnek vagy a kórháznak az általa továbbküldött beteg ellátási költségét. Így abban lesz érdekelt, hogy akit csak lehet, *helyben gyógyítsa meg*, a rábízott pénzzel gazdaságosan bánjon, hiszen a megtakarításból maga is részesül. Az irányított betegellátás azonban csak akkor *biztonságos*, ha a háziornosok szakmailag kiválóan felkészültek, munkájuk minőségét folyamatosan ellenőrzik, hogy megelőzhető legyen annak veszélye, hogy az adott orvos gazdasági okok miatt ne küldjön tovább drágább szakellátási forma felé súlyos állapotban lévő beteget.

Az alapellátás minőségi mutatóit nagymértékben meghatározza a praxishoz tartozó beteglétszám nagysága, hiszen egy túlterhelt háziornostól nem várható el olyan alapos és mindenre kiterjedő vizsgálat, türelem és empátia-készség, mint egy optimális beteglétszámú praxisban. Hidas István véleménye szerint ezen csak a **körzetek számának növelésével** lehet ideális módon változtatni.¹⁹⁷ Ebben azonban az önkormányzatok – anyagi lehetőségeik sanyarú volta miatt – nem partnerek. Az egészségügyi alapellátásra társult kisebb települések önkormányzatai így könnyebben viselik a felmerülő költségeket, és nem érdekük sem a fejlesztés, sem pedig az önállósulás.¹⁹⁸ Ezen a területen Hidas szerint csak akkor várható előrelépés, ha a finanszírozás egyidejű növelésével törvény határozná meg a *vállalható és ellátható legnagyobb beteglétszámot*, s deklaráltan az önkormányzatok felelőssége lenne az ehhez szükséges körzetmódosítások megvalósítása. Meg kell azonban említeni, hogy ez ennél összetettebb probléma. A nagyobb – 2000 beteglétszám feletti – körzetek vidéken, a perifériás területeken alakultak ki, ahol nemcsak az önkormányzatok rossz anyagi helyzete jelent problémát, hanem az orvoshiány is. Ilyen területeken – az eddigi tapasztalatok szerint - a működtetési jog olyan kis értékkel bír az esetleg magas finanszírozás ellenére is, hogy az

¹⁹⁷ HIDAS 99.o.

¹⁹⁸ A működtetési jog bevezetésével az orvosok sem érdekeltek a praxisok számának növelésében, hiszen a körzetek beteglétszámának csökkentésével csökken a finanszírozás is, ami pedig devalválja a praxisjog értékét. A praxisok számának növelése kizárólag a finanszírozás arányos növekedésével képzelhető el oly módon, hogy az ne sértse az érintettek érdekeit.

orvosok nem szívesen vállalnak munkát. Így hiába alakítanak ki ezeken a területeken újabb körzeteket, ha nincs orvos, aki biztosítsa a folyamatos alapellátást. Ennek elkerülése érdekében a körzetek számának vidéki növelését csak ezen területek megkülönböztető finanszírozásával együtt érdemes megvalósítani.

IV. A MŰKÖDTETÉSI JOG BEVEZETÉSÉT MEGELŐZŐ ELMÉLETI VITÁK, AZ EGÉSZSÉGÜGYI ALAPELLÁTÁS MAGÁNOSÍTÁSA TÁRGYÁBAN SZÜLETETT REFORMKONCEPCIÓK

1. A háziiorvosi privatizáció alapkérdései – megoldási javaslatok, kidolgozott modellek

Az önálló orvosi tevékenységről szóló, a működtetési jogot a hazai jogrendszerbe bevezető 2000. évi II. törvény megszületését megelőzően számos koncepció, javaslat született a különböző érdekvédelmi szervezetek, a témában jártas szakemberek tollából, több törvénytervezet is napvilágot látott. A koncepciók többsége a funkcionális privatizáció során kialakult praxisok, illetve egy adott praxishoz vagy a háziorvosokhoz valamilyen formában kötődő vagyoni értékű jog forgalomképességében, elidegeníthetőségében látta a jövőt. Nehezen tudtak megbirkózni azonban azzal az ellentmondással, ami az *önkormányzat ellátási felelősségéből eredő közjogi jellegű* hatáskörök és az adott háziorvoshoz kapcsolt *praxis, vagy jog önállóságának, forgalomképessé tételének magánjogi jellege* között feszült. Az alig több, mint egy éves jogalkotási folyamatban született legfontosabb javaslatok közös vonásait, lényeges és eltérő sajátosságait kívánom bemutatni a dolgozatnak ebben a részében, különös hangsúlyt fektetve azokra a felvetésekre, melyek a praxisjog magánjogi jellemzőinek kialakulására is hatással voltak.

1.1. A FAKOSZ által kidolgozott modell

A *Falusi Körzeti Orvosok Országos Szövetségének* elképzelése a háziiorvosi privatizáció kérdésében alapvetően illeszkedett az Orbán-kormány programjához, mely a magántulajdon megerősítését helyezte előtérbe mind a valódi, mind pedig a funkcionális privatizáció formájában. A Szövetség még 1998-ban annak alapulvételével alakította álláspontját¹⁹⁹, hogy az *önkormányzatok felelőssége marad* az egészségügyi alapellátásról való gondoskodás, tekintettel arra, hogy annak megváltoztatására az akkori politikai helyzetben nem volt remény. A FAKOSZ javaslata sajátos *átmenetet* képezett a funkcionális és a teljes privatizáció között. A Szövetség úgy képzelte el a háziiorvosi privatizáció következő szakaszát, hogy a rendelő fizikai infrastruktúrája, és maga az ingatlan továbbra is az önkormányzatok tulajdonában marad, de minden egyéb – beleértve a karbantartás, felújítás, beruházás kérdéseit is – a

házi orvos, illetve az általa működtetett vállalkozás felelősségébe kerül át. Mivel ezzel a helyzettel az önkormányzatok tulajdonosi helyzete sem változna meg, nagyobb esélyt látott a Szövetség a praxisok privatizációjára. Ez a megoldás azonban nem kívánta kizárni annak lehetőségét, hogy a helyi viszonyoktól és igényektől függően a felek ettől eltérjenek, és az ingatlanra is kiterjedjen a privatizáció (pl. amikor az orvos saját rendelőt épít magának).

A FAKOSZ számos olyan körülményt és elvárást fogalmazott meg, melyek figyelembe vételét elengedhetetlenül fontosnak tartott a privatizációs jogszabályok megalkotásakor.

- a) A *házi orvos döntésének prioritása* legyen az önkormányzattal szemben abban a kérdésben, hogy kíván-e vállalkozási formában működni vagy nem.²⁰⁰
- b) A praxisát vállalkozóként működtető házi orvos maga dönthesse *utódjának személyéről* a vonatkozó szakmai szabályok adta kereteken belül.²⁰¹
- c) Indokoltnak tartotta a házi orvosi körzetek határainak módosítását, illetve a körzetek létrehozása és megszüntetése körében fennálló önkormányzati hatáskörök korlátozását.²⁰²
- d) A házi orvosi praxisokra vonatkozó jogot, a praxis eszmei értékét, annak számítását illetve a praxis térítés ellenében történő átruházásának illetve örökölhetőségének, valamint a folyamatos ellátás biztosításának lehetőségét és annak részletes szabályait jogszabály rögzítse és határozza meg.²⁰³
- e) A privatizációból eredő szabad piaci viszonyok csak az alapellátás biztonságát szolgáló garanciákkal és korlátokkal működhetnek. Ennek értelmében a FAKOSZ javasolta, hogy a praxis, csak mint egész lehessen bármilyen polgári jogviszony tárgya, ne lehessen egyes részeit (pl.: rendelő, vagy értékesebb műszer) külön forgalomba hozni vagy örökölni.
- f) Fontosnak tartotta a javaslat annak szavatolását, hogy a házi orvosi praxisok működtetése sem adás-vétellel, sem pedig öröklés útján ne kerülhessen ki a házi orvosok és/vagy az

¹⁹⁹ A házi orvosi privatizáció kérdései. 1998. szeptember 28. (Dr. Füredi Gyula). Munkaanyag.

²⁰⁰ Voltak és jelenleg is vannak olyan körzetek, ahol geográfiai elhelyezkedéséből és egyéb körülményekből adódóan, nem érdemes vállalkozási formában működtetni az alapellátást. Ilyenkor meg kell hagyni az ott dolgozó orvos szabad döntési jogát.

²⁰¹ Mindaddig, amíg az önkormányzatok felelőssége az alapellátásról való gondoskodás, addig nem lehet csorbítani ellátási felelősségéből eredő döntési jogköreit. Emiatt kellett később módosítani a Vhr. praxisjog átruházására vonatkozó rendelkezéseit oly módon, hogy a működtetési jog hatósági engedélyének feltétele legyen az önkormányzati döntés. Vhr. 4.§ (2) bek. a) pont

²⁰² A FAKOSZ már 1998-ban felismerte, hogy az önkormányzatok körzetalakítási hatásköre komoly veszélyt jelenthet a praxisjogosult házi orvosokra nézve. A körzethatárok módosításával, új körzetek kialakításával és mások megszüntetésével a meglévő praxisok finanszírozására és ezzel nyereségtermelő képességére illetve értékére döntő befolyást gyakorolhat az önkormányzat egy – egy döntésével.

²⁰³ A praxis eszmei értékének számítására vonatkozó szabályok mind a mai napig hiányoznak, ami komoly nehézséget okoz a praxisjog vételárának meghatározásánál, és az illeték kiszabásánál egyaránt.

önkormányzatok kezéből. Ezen a téren az orvosi kamara bevonását tartotta szükségesnek.²⁰⁴

- g) A háziiorvosi privatizáció elengedhetetlen feltételének tartotta a finanszírozási szabályok megváltoztatását oly módon, hogy azzal a háziiorvosi praxisok fenntartásának, működtetésének költségei is megtérüljenek. Erre azért hívta fel a figyelmet a szövetség, mert attól tartott, hogy ellenkező esetben a forráshiány más jellegű, a háziorvoslástól idegen vállalkozói elemeket fog bevonni, ami semmiképpen sem lenne kívánatos.

1.2. Az Egészségügyi Minisztérium által kidolgozott modell és annak hiányosságai

Az Egészségügyi Minisztérium több szempontból is figyelembe vette és felhasználta a FAKOSZ javaslatait az 1999 júniusában elkészített és szeptemberre kikristályosodott első, „**A háziiorvosi rendszer privatizációjának nagyvonalú koncepciója**” kialakításánál.²⁰⁵ A végleges koncepció széleskörű szakmai érdekegyeztetés alapján és a Kormány, illetve az Egészségügyi Minisztérium stratégiai tervének célkitűzéseivel teljes összhangban készült el. A háziiorvosi privatizációt a minisztériumi elgondolás szerint nem lehetett elkülönítetten kezelni, hanem csak az egész egészségügyi ellátórendszer átalakításának *részeként*, ami később modellként szolgálhatott volna a privatizációs folyamat szélesebbkörű fokozatos megvalósításánál. A koncepció azért tartotta kívánatosnak ezt a folyamatot a háziiorvosi szolgálatok privatizációjával kezdeni, mert a háziiorvosi rendszert az ellátórendszer stratégiai fontosságú, legköltséghatékonyabb²⁰⁶ részeként kezelte, s mert ezen a területen a funkcionális privatizáció révén már voltak kedvező tapasztalatok. Az egészségügyi vezetés másrészt úgy gondolta, hogy a privatizáció ezen a területen valósítható meg a legkisebb anyagi ráfordítással a legkönnyebben.

A koncepcióban megfogalmazott **célkitűzések** a következőkben foglalhatók össze:

- a) A privatizációval a tervezet piacképes áruvá, értékke akarta változtatni a praxisokat, melyek tulajdonosa csak a jogszabályban előírt feltételeknek megfelelő, „*praxisjoggal*” *rendelkező* orvos lehet.

²⁰⁴ Ezt a kérdést az akkor hatályos jogszabályok is megoldották, hiszen az ÁNTSZ csak a praxis működéséhez szükséges személyi és tárgyi feltételek megléte esetén adott és ad ma is működés engedélyt.

²⁰⁵ „A háziiorvosi rendszer privatizációjának nagyvonalú koncepciója” (Dr. Fodor Miklós) Egészségügyi Minisztérium. Miniszteri Biztosok Titkársága. Munkaanyag. Budapest, 1999. június 24., Az alapellátás (járóbetegellátás) privatizációjának koncepciója. (Dr. Fodor Miklós) Munkaanyag. Budapest, 1999. szeptember 13.

²⁰⁶ A háziiorvosi ellátás költséghatékonyágát a szakmai szervezetek és az ellenzék képviselői folyamatosan vitatták.

- b) Új tulajdonosi pozíció és érdekelttség révén javítani kívánta az *egészségügyi források felhasználásának gazdaságosságát és hatékonyságát* az alapellátásban.
- c) A privatizációval *biztonságos egzisztenciát* kívánt teremteni a javaslat mind a pályakezdő orvosok, mind pedig a pályát elhagyni készülő (nyugdíjba vonuló) orvosok, valamint a nem orvos szakszemélyzet számára is.
- d) A háziiorvosi privatizációval tervezte *megteremteni* a koncepció *a szakmai önirányítás rendszerét*, a valódi tulajdonosi felelősség megállapítását és a hatalmi pozíciók visszaszorítását.
- e) A javaslat készítői az önkormányzati vagyon elidegenítésének szabályozását tekintették a privatizáció egyik legneuralgikusabb kérdésének. Emiatt a javaslat hangsúlyozta, hogy a *privatizációnak nem lehet az elsődleges célja az önkormányzati tulajdonban lévő ingatlan(ok) megvásárlása*.
- f) A privatizációval a tervezet javítani szeretne volna az *állampolgárok egészségügyi alapellátásnak biztonságát és szakszerűségét*, egy jogi és gazdasági kényszerektől mentes, előremutató, ellenőrzött és szabályozott folyamat végeredményeként. A háziiorvosi privatizációval a tulajdonosi érdekelttséghez kötött szolgáltatás révén *szándékozott* a koncepció *javítani az ellátás minőségét*, mert a háziorvost érdekeltté kívánta tenni a tárgyi feltételek folyamatos javításában és egy megalapozott tudás naprakész karbantartásában. A privatizáció *végso nyertesének* a koncepció *a beteget* nevezte, akit ezáltal jobb és magasabb szintű egészségügyi ellátáshoz szándékozott juttatni.

Az egészségügyi vezetés az említett célkitűzéseket az ***alábbi jogintézmények*** bevezetésével és ***szervezeti változtatásokkal*** kívánta elérni:

- a) A ***praxis fogalmát*** a következőképpen határozta meg: egyrészt a szakma szabályai szerint, az Országos Egészségbiztosítási Pénztárral kötött finanszírozási szerződés alapján, egy adott területen nyújtott *egészségügyi szolgáltatás*, másrészt az egészségügyi szolgáltatás nyújtásához szükséges *szakmai team, eszközök, műszerek*, valamint a *rendelő* illetve más helyiségek.²⁰⁷ Praxis tulajdonosa azonban a koncepció szerint csak az lehetett, aki ***praxisjoggal*** rendelkezett. A praxisjog, mint a háziorvost megillető alanyi jog koncepciója

²⁰⁷ A praxis fogalmából a tervezet kihagyta az egyik leglényegesebb alkotóelemet, azt a *betegkört*, amelyhez tartozó személyeket a háziorvos területi ellátási kötelezettségnél fogva köteles, és akit a szabad orvos választás alapján jogosult ellátni.

ekkor merül fel konkrétan először a hazai egészségügyi politikában.²⁰⁸ A koncepció a törvény hatálybalépésével *ipso iure praxistulajdonossá* kívánta tenni az akkor praxisban dolgozó és az előírt feltételekkel rendelkező orvosokat. A 65. illetve 62. évet betöltött háziorvosoknak azonban kötelezettséget kellett volna vállalniuk praxisuk 1 éven, illetve 3 éven belüli átadására. A **praxisjog** a koncepció szerint nem volt más, mint az önálló háziorvosi tevékenység – mint *állami monopólium* - gyakorlásának joga, amit az önkormányzat egy koncesszióhoz hasonló privatizációs szerződésben ad át egy magánszemély orvos számára. A későbbiekben azonban kiderült, hogy a praxisjog fogalmi elemei ennél bővebbek, azonban pontos fogalmat, illetve jogi meghatározást a tervezet később sem tartalmazott.²⁰⁹

- b) A **praxisok**, illetve a **praxisjog eladására** vonatkozóan a koncepció sem fogalmazott meg részletes szabályokat. Ebben a kérdéskörben a tervezet az orvosi kamarát kívánta felruházni a *praxis értékének* meghatározására vonatkozó irányelvek kidolgozásával, valamint a praxisjog átruházására irányuló szerződés „ellenjegyzésével”. A **praxisjog eladását** Bordás Mária ebben az időszakban még nem látta megvalósíthatónak felismerve azt, hogy a praxisjog tulajdonjog tárgya nem lehet. Ezért a jog átruházása helyett a **jog átengedését javasolta**: a háziorvos a privatizációs szerződésből eredő jogainak gyakorlását engedhetné át – akár ingyenesen, akár ellenérték fejében – az engedményezés szabályainak segítségével hívásával. Ehhez azonban minden esetben kötelezővé kívánta tenni a helyi önkormányzat és az orvosi kamara hozzájárulását. A koncepció az önkormányzatnak fenntartott egyetértési joggal biztosította az önkormányzati törvényben előírt ellátási felelősséget.

²⁰⁸ A júniusi tervezet kizárólag annak a *háziorvosi szakképesítéssel* rendelkező, *magyar állampolgár* orvosnak tette lehetővé praxisjog szerzését, aki *tagja a Magyar Orvosi Kamarának* és eleget tesz a külön jogszabályban meghatározott folyamatos *továbbképzési* kötelezettségének. Szeptemberre azonban a praxisjog megszerzésének feltételei kibővültek és további kötelezettségként írta elő a koncepció a *területi ellátási kötelezettség vállalását*, az orvosi alapellátás biztosításához szükséges *ingatlan és előírt eszközök biztosítását* (vásárlás, bérlet, új rendelő építése vagy tartós használatba vétel alapján), a *személyes munkavégzést*, valamint a szakmai mulasztás vagy meghatározott etikai vétség miatti jogerős *elmarasztaló határozat hiányát*. Mindezekben túlmenően az első tervezet a praxisjogot 65 éven felül kétévenként megismételt szakmai alkalmassági vizsgálattal kívánta megújítani maximum 75 éves korig. A szeptemberi változatban azonban a 65. évet betöltött orvos már nem rendelkezhetett praxisjoggal.

²⁰⁹ Erre vonatkozóan csak a tervezettel kapcsolatos jogi szakvéleményben találtam pontos jogi körülírást. A **praxisjogot** Bordás Mária a praxis gyakorlására vonatkozó *személyi jogként* illetve olyan *vagyoni értékű jogként* fogalmazta meg szakvéleményében, melyet a praxis gyakorlására jogosult orvos, illetve annak halála esetén a közvetlen hozzátartozók ellenszolgáltatásért értékesíthetnek egy működési engedéllyel rendelkező másik orvos számára. Bordás Mária: Jogi szakvélemény az egészségügyi alapellátás privatizációjának jogi megvalósíthatóságáról. Munkaanyag. Budapest, 1999. szeptember 27.

- c) A koncepció lényeges eleme volt **a települési önkormányzatok ellátási felelősségének²¹⁰ átalakítása**. Ennek megfelelően a privatizált háziorvosi praxisokban az ellátási felelősséget a kormány nem egy településrészre, hanem egy *nagyobb földrajzi egységre²¹¹* kívánta átalakítani úgy, hogy a területi ellátási kötelezettség földrajzi kiterjedését az ÁNTSZ és a MOK az érintett települési önkormányzatok egyetértésével határozza meg. A területi ellátási kötelezettség értelmezésének kiterjesztése azt célozta, hogy az adott területen működő bármely praxisban felmerülő ellátási gondokat a közös területen dolgozó praxisjogosult orvosok közösen oldják meg, biztosítva az átmenetileg vagy tartósan megürült praxisok működését, illetve kötelezettséget vállalva arra, hogy az átmeneti időben senki nem vesz át beteget a helyettesített praxisból. A javaslat meg kívánta hagyni a háziorvosok választási jogát abban a kérdésben, hogy közalkalmazotti vagy vállalkozási formában kívánják működtetni a szolgálatot.
- d) Az egészségügyi alapellátás biztosításából eredő feladatokat az önkormányzat egy meghatározott jogi garanciákat tartalmazó **speciális szerződéssel** (feladat-átruházási vagy feladatátvállalási szerződés) adta volna át a praxisjoggal rendelkező háziorvosnak. A javaslat pontosan kidolgozta a szerződés kötelező tartalmi elemeit is.²¹² Bordás Mária a javaslatban foglaltakat továbbfejlesztve egy koncessziós megállapodáshoz hasonló, közjogi és magánjogi elemeket egyaránt tartalmazó **privatizációs szerződésben**

²¹⁰ A koncepció szerint az önkormányzatok ellátási felelősségük alapján kötelesek gondoskodni a mindenki számára *elérhető, folyamatos és megfelelő színvonalú* egészségügyi alapellátásról, amely a *teljes populációt* lefedi. A javaslat az ellátási felelősség körben kívánta garantálni az etikai normák betartását is a betegek és az ellátást nyújtók közötti kapcsolatban.

²¹¹ Az adott háziorvos kapjon kizárólagossági jogot arra, hogy – a németországi mintának megfelelően - egy *meghatározott földrajzi területen* praktizáljon. Az adott földrajzi területen működő praxisok számát a Magyar Orvosi Kamara az érintett helyi önkormányzatokkal közösen állapítsa meg oly módon, hogy minden praxis tudja biztosítani a megfelelő ellátási színvonalat és jövedelmet, és az orvosok között kialakuló versenyszellem pedig javítsa a szolgáltatás minőségét. Bordás Mária: Jogi szakértői vélemény a „Háziorvosi rendszer privatizációjának nagyvonalú koncepciója” című tervezetről. Munkaanyag. Budapest, 1999. augusztus 11. 5-7.o.

²¹² Ide tartozott:

- az egészségügyi alapellátás biztosításának kötelezettsége, a területi ellátás pontos meghatározása,
- az esetleges *direkt finanszírozási szerződés* megkötésére való felhatalmazás,
- a feladatok ellátásnak *színvonalát* mérő mutatók,
- az önkormányzat által ingyenesen vagy ellenérték fejében rendelkezésre bocsátott (használatba adott) *létesítmények és eszközök jegyzéke*,
- a létesítmény-*fenntartási kötelezettségek* (üzemeltetés, karbantartás, állagmegóvás és felújítás) tartalma,
- a korábban önkormányzat által *foglalkoztatottak munkaviszonyával* kapcsolatos jogutódlási kérdések,
- a *szerződések felmondásának szabályai* (felmondási idő, a folyamatos ellátás biztosítását szolgáló garanciák stb.)
- *kizárólagos jog biztosítása* a praxisjogosult háziorvosnak arra, hogy az adott területen a szabad orvosválasztás szabályai szerint praxist működtessen,
- annak *kikötése*, hogy a vevő háziorvos a *rendelőt* kizárólag a háziorvosi ellátás, illetve azt kiegészítő más *alapellátási tevékenység céljára használhatja*, valamint hogy akadályoztatás esetén a praxisjogosult háziorvos a praxist csak másik olyan praxisjoggal rendelkező és az ellátási kötelezettséget vállaló háziorvosnak adhatja át, aki ellen az önkormányzat nem emel kifogást.

gondolkodott, melynek kötelező tartalmi elemeit törvény írná elő. Az önkormányzatot pedig – a Ptk. 198. § (1) bekezdése szerint - szintén törvényben kellene köteleznie arra, hogy a praxisjogosult orvossal privatizációs szerződést kössön.²¹³

A koncepció - német mintára - kívánta bevezetni a praxis **működésképtelenségének** megállapíthatóságát arra az esetre, ha az adott területen élő lakosok számának csökkenése következtében a finanszírozási összeg még a praxis költségeinek fedezésére sem lett volna elegendő és az adott földrajzi területen elegendő praxisjogosult háziorvos maradt volna a lakosság biztonságos és megfelelő színvonalú ellátására. A működésképtelenség megállapítását mind az adott önkormányzat, mind a helyi orvosi kamara, mind pedig az ÁNTSZ kezdeményezhette volna, döntési jogkörrel azonban a koncepció – az ÁNTSZ egybehangzó véleménye esetén - csak az orvosi kamarát ruházta fel. A működésképtelenség megállapítása mellett a tervezet lehetőséget adott az orvosi kamarának arra is, hogy az érintett önkormányzat egyetértési jogát biztosítva az adott praxis megszüntetésével *csökkentse* egy adott földrajzi területen létesíthető *praxisok számát*. Erre az esetre a koncepció lehetőséget adott az önkormányzatoknak arra is, hogy a megkötött szerződést felbonthassa, az ellátás megszervezéséről saját hatáskörben gondoskodjon, és az orvosi rendelő számára korábban átruházott ingatlant esetleg visszavásárolhassa.

- e) **A szakmai önigazgatás és önirányítás** új rendszerének bevezetésével a Magyar Orvosi Kamara és az ÁNTSZ kapott volna jelentős feladatokat. Az új privatizált alapellátásban a szakmai önirányítás feladatait a koncepció a **Magyar Orvosi Kamara** helyi kamarai szervezeteinek alapellátási tagozatai hatáskörébe utalta, döntési jogkört is biztosítva számukra a szakmai érdekvédelem körébe tartozó alapvető kérdésekben, mint az egy területen létesíthető *praxisok számának* meghatározása, a *praxisjog kiadása* és visszavonása, *működésképtelenség* megállapítása, a megüresedett vagy ideiglenesen ellátatlan praxisok *átmeneti helyettesítésének* megszervezése stb. A kamara lényeges szakmai segítséget tudott volna nyújtani a praxis megszerzésével kapcsolatos szerződések (adásvétel, feladat-átruházási, feladatátvállalási szerződés) megkötésénél felmerülő problémák megoldásában, a szerződéskötési folyamat ellenőrzésében is.

²¹³ A Ptk. 198.§ (1) bekezdése lehetőséget ad arra, hogy a jogszabály szerződését kötését kötelezővé tegye. Ebben az esetben azonban az adott települési önkormányzatnak semmilyen beleszólása nem lehetett volna abba, hogy milyen orvossal látassa el azt az alapellátásba tartozó egészségügyi tevékenységet, melyért a felelősséget neki kell vállalnia.

Az **Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatot** (ÁNTSZ) a tervezet több kérdéskörben is fontos szerephez juttatta: egyrészt *véleményezési jogkörrel* ruházta fel a praxisjog megadására, valamint a működésképtelenség megállapítására vonatkozóan, másrészt fenntartotta a *működési engedélyek* kiadása és visszavonása körében addig meglévő hatáskörét, a szakfelügyelet rendszerének működtetését.

A minisztériumi javaslat az ellátási felelősség jogi garanciájaként építette be az **önkormányzatok** egyetértési jogát az új praxis létesítésének, a praxis megszüntetésének és a praxis eladásának kérdésében.

- f) A háziiorvosi privatizáció központi elemévé tette a minisztériumi álláspont ***a praxisok magántulajdonba adását***. Ennek szellemében a szakmai koncepció az egészségügyi alapellátás privatizációja során lehetővé kívánta tenni, hogy a települési önkormányzat a tulajdonában lévő rendelőt és az alapellátáshoz kapcsolódó berendezési és felszerelési tárgyait a praxisjogot gyakorló orvos számára elidegeníthesse. Ebben a kérdésben a koncepció *választási jogot* biztosított az érintetteknek.

Annak az orvosnak, aki nem kívánta vagy nem tudta megvásárolni a rendelőt, a koncepció másik lehetőségként kínálta fel a *tartós bérlet intézményét*. Eszerint a praxisjoggal rendelkező orvos 99 évre bérleti (használati) jogot kapott volna az önkormányzattól, mely a praxis átruházásával – annak részeként – került volna át az új tulajdonoshoz.²¹⁴

- g) A privatizált alapellátás ***finanszírozását*** a tervezet három forrásból kívánta fedezni: az önkormányzatoknak juttatott költségvetési többletforrás, állami garanciával és kamattámogatással biztosított hosszú lejáratú kölcsönök és OEP finanszírozás.
- h) A szeptemberi koncepció már felismerte a ***területi ellátási kötelezettség nélkül*** működő ***háziiorvosi praxisok*** szabályozásának igényét. A javaslat fokozatosan kívánta megszüntetni a területi ellátási kötelezettséggel és önkormányzattal kötött szerződés keretei között működő, valamint a területi ellátási kötelezettség nélküli praxisok közötti különbségeket. Ennek érdekében – a németországi mintát alapul véve – ki kívánta zárni bármilyen új praxis létesítését olyan területen, ahol a lakosság ellátására elegendő számú háziorvos állt rendelkezésre. A tervezet olyan új jogszabályok bevezetését irányozta elő, mellyel a területi ellátási kötelezettség nélküli praxisok háziorvosai kötelesek lettek volna rövid időn belül területi ellátási kötelezettséget vállalni. Természetesen erre csak akkor lett volna lehetőségük, ha az orvosi kamara által egy adott földrajzi területre

²¹⁴ Ez a rendelkezés a hatályos polgári jogi szabályokba ütközött, mivel a Ptk. nem ismeri az örökbérlet intézményét. A szeptemberi tervezetben már nem is szerepelt ez a lehetőség.

meghatározott praxislétszámon belüli valamelyik praxis megüresedik és az adott önkormányzat is megköti a szükséges szerződést.

- i) Végül, de nem utolsó sorban a koncepció a *pályakezdők háziiorvosi rendszerbe való belépését* és a pályát elhagyni készülő távozásának szakmailag kontrollált, humánusabb kezelését irányozta elő a köztük létrejövő olyan szerződések támogatásával, melyek a praxis fokozatos átadására és a praxisközösségben való átmeneti együttműködésre vonatkozó alapvető rendelkezéseket tartalmazzák.²¹⁵

Az Egészségügyi Minisztérium által felvázolt koncepció igen fontos lépést jelentett a működtetési jog jelenlegi szabályinak kialakulása szempontjából. Sokkal alaposabb, kidolgozottabb és átfogóbb célokat megvalósító rendelkezéseket tartalmazott, mint a később elfogadott és jelenleg is érvényesülő jogi szabályozás. Másrészt azonban magán viselte a júniusi munkaanyag címében is szereplő „nagyvonalúságot” az alábbiak miatt.

- Az egyik legnagyobb hiánya volt a tervezetnek, hogy úgy foglalkozott a *praxis fogalmával*, hogy nem jelölte meg annak pontos paramétereit, lényeges jellemzőit, elhatárolását magától a praxisjogtól. A praxis és a praxisjog, mint személyi jog sok helyen teljesen összemosódott a koncepcióban, ami értelmezési problémákat vetett fel.
- A praxis privatizálására irányuló szerződés tartalmi meghatározásánál pont a szerződés tárgya maradt homályban, s nem derült ki egyértelműen, hogy az önkormányzat mit is ad át a házi orvos, illetve vállalkozása részére. Egyik helyen a koncepció az *ellátási felelősség átruházásáról* beszél, holott korábban kifejtette, hogy az önkormányzat ellátási felelősségét a privatizáció nem érintheti. Máskor az alapellátásból eredő feladatok átruházását vagy átvállalását említi, nem határozva meg a kettő közötti különbséget.
- Megállapítható továbbá, hogy a tervezetben nem különíthető el egyértelműen a praxis működtetéséhez szükséges *működési engedély*, és a működtetési jog (praxisjog) megszerzéséhez szükséges engedély (*működtetési engedély*) közötti különbség sem. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (1) bekezdése szerint az egészségügyi szolgáltatás kizárólag az egészségügyi hatóság által kiadott működési engedély birtokában, az abban meghatározottak szerint kezdhető meg, illetve folytatható. Az engedélyezési eljárás már a koncepció idején is az ÁNTSZ hatáskörébe tartozott,²¹⁶ és

²¹⁵ Ennek megfelelően a praxisba belépő licencvizsgával rendelkező rezidens a visszavonulni készülő orvos felügyelete alatt kezdhetné volna meg a munkát és ismerhette volna meg fokozatosan a praxisát. Lehetővé kívánta tenni továbbá a javaslat azt is, hogy a háziiorvosi rezidens is kaphasson praxisjogot azzal a feltétellel, hogy szakképzésre bejelentkezik és megfelelő mentori felügyelete megoldható.

²¹⁶ Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatról szóló 1991. évi XI. tv. 6.§ (1) e.) pont, az egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosító működési engedélyekről szóló 1999-ben hatályos 113/1996.

a hatóság a jogszabályi feltételek fennállása esetén sem mérlegelhette az engedély megadását. Háziorvosi magángyakorlat folytatása tehát már akkor is alanyi jogon volt gyakorolható.

- A minisztériumi elgondolás másik hiányosságaként kell kiemelni, hogy ***nem foglalkozott a praxisjog főbb jellemzőivel***, azt csak mint személyi jogot említette. Úgy vetetett fel egy új fogalmat, hogy azt meg sem próbálta elhelyezni a magyar jogrendszerben.
- ***Fogalmi zavart*** tükröz, hogy a tervezet mindkét változata felváltva, szinonim fogalmakként használja a háziorvosi rendszer, illetve az egészségügyi alapellátás fogalmakat a privatizációs elképzelésekkel kapcsolatosan. A kettő azonban nem ugyanaz, hiszen az egészségügyi alapellátás magában foglalja a házi gyermekorvosi és a fogorvosi szolgálatot is. Csak feltételezhető volt a koncepcióból, hogy a benne foglalt rendelkezéseket nemcsak a háziorvosokra kívánja alkalmazni. Ebben az esetben azonban legalább utalni, vagy részletesen *foglalkozni kellett volna a fogorvosi ellátás privatizációjával* kapcsolatos eltérő, annak jellegéhez igazodó sajátos szabályokkal, hiszen a fogorvosi ellátás nemcsak a finanszírozás, hanem a területi ellátási kötelezettséggel vállalt munkavégzés helye tekintetében is alapvetően másként alakult, mint a háziorvosi rendszerben.²¹⁷
- A Koncepció praxisjog alatt a kizárólag önkormányzati feladatként megjelölt háziorvosi alapellátási feladatok ellátásának kizárólagos jogát értette, ami a hatályos magyar jogban jelenleg is ***koncesszió*** néven ismeretes. A koncessziós tevékenységek között azonban az egészségügyi tevékenység a tervezet idején sem szerepelt, tehát a háziorvosi tevékenység koncesszióba adása kizárt volt. A Koncepció új – koncesszióhoz hasonlitos – jogi szabályozás megalkotásának szükségességét vetette fel.

1.3. A Magyar Orvosi Kamara által javasolt modell

A ***Magyar Orvosi Kamara Alapellátási Privatizációs Bizottsága***²¹⁸ több pontban támadta a minisztériumi koncepciót. A bizottság megítélése szerint a minisztérium javaslatában nem

(VII.23.) Korm. rendelet, valamint a korábban részletezett 113/1989. (XI.15.) MT rendelet és a 30/1989. (XI.15.) SZEM rendelet határozták meg a működési engedélyek kiadásának eljárási menetét és szabályait.

²¹⁷ Míg a háziorvos és a házi gyermekorvos csak földrajzilag határos társult önkormányzatok területén dolgozhatott, addig a fogorvos egymástól távol eső különböző önkormányzatokkal is leszerződhetett meghatározott rendelési időre. Így a koncepcióban szereplő – a majdan elkészülő törvény hatálybalépésével egyidejűleg tervezett - alanyi jogos jogszerzés a fogorvosok tekintetében megvalósíthatatlannak látszott, s ez később be is bizonyosodott.

tisztázott olyan a privatizációs folyamatot érintő egészségpolitikai kérdéseket, melyek elkerülhetetlenek. A bizottság *hiányolta a praxisjog fogalmát és paramétereit*, annak kimondását, hogy *egy orvos csak egy körzet tulajdonosa lehet*, hogy a privatizálandó rendelőknek az előírt minimum feltételeknek minden esetben meg kell felelnie. A bizottság javasolta annak kimondását is, hogy az orvosi vállalkozás *csak non-profit formában* működhessen, ami teljesen ellentmondott a funkcionális privatizáció során kialakult gyakorlatnak. Hiányolta tovább a bizottság a koncepcióból a privatizációból befolyó összegek egészségügybe történő visszaforgatásnak előírását is.

A **Magyar Orvosi Kamara Privatizációs ad hoc munkabizottsága**²¹⁹ részletesen meghatározta az orvosi kamara álláspontját az alapellátás privatizációjának kérdésében, konkrét javaslatokat tett és bemutatta az egészségügyi vezetés által tervezett változtatásokkal egyező, vagy azzal hasonlatos javaslatait, illetve azoktól eltérő megoldásokat is felvetett a készülő törvénytervezet tökéletesítése érdekében.

A kamarai javaslat együtt részletezte a *háziiorvosi és a fogorvosi ellátások* privatizációjával kapcsolatos elképzeléseit, gondolva a fogorvosi ellátás sajátosságaira is.

Bár a kamara egyetértett a kormány azon törekvésével hogy az alapellátásban kezdje a privatizációs folyamatot, felhívta azonban a figyelmet a privatizációval a járóbeteg, illetve fekvőbeteg szakellátásban dolgozó orvosok körében *kialakuló feszültség csökkentésére*. Hangsúlyozta, hogy a háziiorvosi privatizációt nem lehet elkülönítetten kezelni az egészségügyi rendszeren belül. A privatizációs folyamat nem állhat meg az alapellátásnál, hanem az egészségügy további vertikumait is érintenie kell. Ebből adódóan nem lehet olyan helyzetet teremteni, amely az orvostársadalom egyes rétegeit szembeállíthatja egymással.

A **privatizáció elsődleges céljaként** a kamara a lakosság egészségügyi alapellátási színvonalának érzékelhető és gyors javulását tűzte ki. Ennek elérése érdekében az orvosi kamara olyan koncepció kidolgozását kívánta támogatni, mely az *alapellátás működtetőjét teszi érdekeltté* mind anyagilag, mind pedig erkölcsileg a praxis eszmei értékében megnyilvánuló színvonalának emelésében, adatbázisának tökéletesítésében, az orvosi szolgáltatás egyes szakellátásokra történő kiterjesztésében, a rendelő felújításában és modernizálásában, a várakozási idő lerövidítésében valamint a rendelő műszerparkjának fejlesztésében.

²¹⁸ A MOK Alapellátási Privatizációs Bizottságának összefoglaló véleménye a „Háziiorvosi rendszer privatizációjának nagyvonalú koncepciója” c. munkaanyagról. Munkaanyag. Budapest, 1999. szeptember 1.

²¹⁹ A háziiorvosi ellátás privatizációja. Készítette: A MOK Privatizációs ad hoc munkabizottsága. Munkaanyag I. változat.

Az orvosi kamara a minisztériumi koncepcióval ellentétes véleményre helyezkedett az **önkormányzatok ellátási felelőssége** tekintetében. A privatizáció megvalósítását ebben az időszakban csak úgy tartotta elképzelhetőnek, ha az egészségügyi alapellátásról való gondoskodás felelőssége *lekerül az önkormányzatok válláról* úgy, hogy az önkormányzatok megfelelő garanciákat kapjanak az ellátás biztonságát illetően. Az ellátási felelősség egy új rendszerét kívánta a kamara bevezettetni: az akkori egészségügyi rendszeren és működő intézményeken (ÁNTSZ, MOK stb.) alapuló egyértelműen a német Betegbiztosítói Orvosi Szövetség mintájának megfelelő új ellátási struktúrát tervezett kialakítani. Olyan szabályozás bevezetését javasolta, ami biztosította volna nemcsak a folyamatos ellátás lehetőségét, de a teljes területi lefedettséget is. Ennek érdekében a kamara az egy praxishoz tartozó lakosságszám és konkrét földrajzi terület meghatározását támogatta, valamint azt, hogy az *ellátási felelősséget ne csak az adott orvos viselje*, hanem a *Magyar Orvosi Kamara* is, mely köztestületnek az ehhez szükséges hatásköröket törvényben kívánta deklaráltatni.

A kamarai bizottság a koncepcióban szereplő praxisjog szabályait és rendszerét nem találta alkalmasnak a privatizáció teljes körű megoldására, helyette a **személyes jog (személyi jog)** intézményét javasolta bevezetni, melyre vonatkozó részletes szabályokat gyakorlatilag teljes egészében a *személyes gyógyszerértékesítési jog*²²⁰ rendelkezései mintájára alakította ki. A személyi jog bevezetésével²²¹ a megfelelő szakképesítéssel és szakmai gyakorlattal rendelkező orvos számára területi ellátási kötelezettséggel működő háziiorvosi praxis kizárólagos működtetésére az egészségügyi miniszter (továbbiakban: szakminiszter) engedélye adhatott volna jogot. A kamarai tervezet azonban ezt az engedélyt nem az adott orvos személyéhez, hanem mindig egy *adott háziiorvosi praxishoz* kívánta kötni.²²² A kamarai koncepció a területi ellátási kötelezettséggel rendelkező háziiorvosi praxis *létesítését* és *működtetését* a szakminiszter által engedélyezett személyi jog megszerzéséhez kötötte. **Személyi jog engedélyezésére** pedig **három esetben** kerülhetett volna sor:

- a) új háziiorvosi praxis létesítésekor,
- b) megszűnt személyi jog helyébe, valamint

²²⁰ A gyógyszerértékesítési jogról és működésük egyes szabályairól szóló 1994. évi LIV. törvény III. Fejezet 15-16.§§

²²¹ A személyi jog bevezetését támogatta Éger István – a FAKOSZ akkori titkára - is szakvéleményében. Éger István: A személyi jog fogalma, kérdésköre a háziiorvosi ellátás területén, különös tekintettel a privatizáció kiterjesztésére (területi ellátási kötelezettség).Munkaanyag. Pereszteg, 1999. február 17.

²²² Nehezen érthető, hogy akkor miért nevezte a kamarai javaslat személyi jognak és miért nem hagyta meg a sokkal találóbb praxisjog elnevezést.

c) a személyi jogról szóló törvény hatálybalépésekor területi ellátási kötelezettséggel működő háziorvosok esetén, akik - ha rendelkeznek az előírt feltételekkel -, pályáztatás nélkül jutottak volna engedélyhez.

A kamara kötelező eljárási szabályként kívánta előírni a **pályáztatást**, ahol csak az a magyar orvos nyújthatott volna be érvényes pályázatot, aki rendelkezik *szakképesítéssel*, az ÁNTSZ *működési engedélyével*²²³, a MOK illetékes szervezetének javaslatával, érvényes erkölcsi bizonyítvánnyal bír és csatolja a korábban személyi joggal rendelkező személyek lemondó nyilatkozatait.²²⁴ A tervezet további, a személyi jog megszerzését kizáró okokat is felsorolt.²²⁵ A pályázat nyertese számára kiadott engedély *határozatlan időre* szólt volna.

A személyi jog „személyességét” jelentette, hogy a tervezet a személyi jog jogosultjának kötelező feladatává írta elő a praxis *személyes irányítását*. A tartós helyettesítés, vagy a rezidens alkalmazása azonban nem sértette volna ezt a kötelezettséget, személyes irányításként a koncepció a praxis személyes felügyeletét és ügyeinek intézését írta elő kötelező erővel.

Minden háziorvosnak **csak egy adott praxisra** vonatkozó személyi jogot kívánt biztosítani a kamarai vélemény, így új személyi joghoz egy adott háziorvos csak akkor juthatott volna, ha a még létezőről lemond. A *lemondást* a szakminiszterhez intézett egyoldalú nyilatkozattal akarta szabályozni a javaslat, azonban az egészségügyi alapellátás folyamatos biztosítása érdekében a személyi jogáról lemondó háziorvos a praxis működtetését mindaddig – legkésőbb a bejelentéstől számított 6 hónapig - nem szüntethette volna meg, amíg más jogosult személyi jogot nem nyer az adott körzetre.²²⁶

A személyi jogot a kamara **nem kívánta forgalomképesé** tenni, kizárólag annak – előzetes miniszteri engedéllyel történő - **átengedését** tartotta elképzelhetőnek.

A **személyi jog megszűnésének** három esetét jelölte meg a kamara: a jogosult halála, a lemondás és a jog visszavonása. A kamarai koncepció mind a személyi jog megszűnéséről, mind pedig eshetőleges és kötelező visszavonásáról részletes rendelkezéseket tartalmazott.

²²³ Ez a feltétel már azért is furcsa, mert az ÁNTSZ mindig egy adott telephelyen működő rendelőre adhatja ki a működési engedélyt, amit jelen esetben az orvos még csak megpályáz.

²²⁴ Ha a pályázó orvos egy korábban az adott praxisra vonatkozó személyi joggal bíró háziorvostól kívánta volna átvenni a praxisát, akkor a személyi joggal rendelkező orvosnak először le kellett volna mondania a személyi jogáról ahhoz, hogy azt a szakminiszter a pályázónak engedélyezze. Ugyanez vonatkozott volna a személyi joggal bíró háziorvos elhalálozása esetén a hozzátartozói személyi joggal bíró személyekre is.

²²⁵ Ilyen volt például az az eset, ha a pályázó orvos praxisának működtetésével összefüggésben csődeljárás vagy felszámolási eljárás lenne folyamatban, vagy az az orvos sem nyújthatott volna be érvényes pályázatot, akit korábban szándékos bűncselekmény miatt jogerősen végrehajtandó szabadságvesztésre ítélték.

²²⁶ A jelenleg hatályos rendelkezések is hat hónapos határidőt biztosítanak mind a praxisjog folytatására jogosultak, mind pedig az adott háziorvosnak a működtetési joga elidegenítésére, ha az adott körzetben nem jogosult önálló háziorvosi tevékenység gyakorlására.

A személyi joggal rendelkező *házi orvos halála esetére* a személyi jog megszűnésével egyidejűleg sajátos jogokkal kívánta felruházni az arra kijelölt személyeket a kamarai elképzelés.

Az elhunyt házastársa, házastárs hiányában pedig gyermeke(i) lettek volna jogosultak kérni az elhunyt halálától számított 45 napon belül *személyi joguk* engedélyezését, ha igazolni tudják az előírt feltételekkel való rendelkezésük tényét.²²⁷

Ellenkező esetben *hozzátartozói személyi jogot* javasolt biztosítani a tervezet a túlélő házastárs, illetve túlélő házastárs hiányában az elhunyt kiskorú leszármazóinak egyetemlegesen, amit szintén az elhunyt orvos halálától számított 45 napon belül kellett volna kérniük a szakminisztértől.²²⁸ A hozzátartozói személyi jog természetesen nem jogosította volna fel a jogosultakat az önálló házi orvosi tevékenység gyakorlására, a *praxis működtetésére* azonban igen. Erre a kamarai koncepció kétféleképpen adott lehetőséget:

- a) az előírt feltételeknek *megfelelő orvos alkalmazásával*, vagy
- b) ilyen orvossal kötött *haszonbérleti szerződés* útján.

Amennyiben a jogosult egyáltalán nem kívánt volna a praxis működtetésével foglalkozni, a koncepció lehetővé tette a magántulajdonban lévő *praxis* (és nem a személyi jog) *értékesítését* olyan orvos számára, aki a személyi jog megszerzéséhez előírt feltételekkel rendelkezik.²²⁹

Polgári jogi szempontból mindenképpen kifogásolható a kamarai javaslat azon rendelkezése, mely kötelezővé kívánta tenni az új személyi jog jogosultja számára - az ugyanabban a körzetben korábban dolgozott személyi jog jogosult, illetve örökösének kezdeményezésére – a házi orvosi praxis működtetéséhez szükséges berendezési, felszerelési tárgyak és készletek forgalmi értéken történő megvásárlását. Ez a rendelkezés nemcsak a szerződési szabadság elvének megsértését jelentette volna, hanem veszélybe került volna az önkormányzatoknak az önkormányzati tulajdonban lévő eszközök, vagyontárgyak átruházására vonatkozó diszkrecionális joga is.

²²⁷ Ebben az esetben természetesen országos pályázat kiírása nélkül engedélyezhető lett volna a személyi jog.

²²⁸ Bár a kamarai javaslat szinte szó szerint vette át a személyes gyógyszerügyi működtetési jogról szóló törvényi rendelkezéseket, megfeledezett a 18. életévüket betöltött és 24. életévüket még be nem töltött gyermekekről, akiknek egyáltalán nem biztosított hozzátartozói jogot. A hozzátartozói személyi jog egyébként csak egy *meghatározott ideig* illetve volna meg az arra jogosultakat: a túlélő házastársat öt évig, a kiskorú leszármazót pedig 24. életévének a betöltéséig. Ez utóbbi eset alól kivételként fogalmazta meg a kamarai tervezet, ha az elhunyt leszármazója orvosi egyetem hallgatója, vagy már végzett orvos lett volna, mert ilyenkor – a praxis egyidejű működtetés mellett - 35. életévének betöltéséig biztosított a koncepció gondolkodási időt a jogosult számára arra vonatkozóan, hogy kér-e saját maga számára személyi jogot vagy sem.

²²⁹ A kamarai koncepció sehol nem foglalkozott a praxis fogalmával, ezért csak feltételezhető, hogy a praxis értékesítése alatt az adott házi orvosi körzet működtetéséhez szükséges és magántulajdonban lévő rendelő, illetve berendezési és felszerelési tárgyak visszatérő átruházását értette.

A Magyar Orvosi Kamara tehát ***egy teljesen új szemlélet szerint*** kívánta megvalósítani az alapellátás privatizációját, egy - a már korábbi gyógyszerári gyakorlatban - bevált vagyoni értékkel nem rendelkező személyi jog bevezetésével, melynek szabályait gyakorlatilag minden átdolgozás nélkül kívánta átültetni az háziorvosi gyakorlatba. Mindenképpen jó megoldás lett volna, ha a kamarai javaslatnak megfelelően a működtetési jogról szóló hatályos rendelkezések is lehetővé teszik és részletezik a praxisjog *lemondással* történő megszüntetésének esetét, illetve egyértelműen meghatározzák a jog területhez, körzethez kötöttségét. Véleményem szerint szerencsésebb lett volna a működtetési jog folytathatósága helyett annak bevezetése, hogy az elhunyt háziorvos halálát követően a kijelölt hozzátartozók továbbműködtethessék a praxist arra alkalmas személy alkalmazásával vagy más egyéb jogszabályban meghatározott módon.

Összefoglalásul elmondható, hogy bár a személyi jog egyes rendelkezéseinek alkalmazása több szempontból is megoldást nyújtana a háziorvosi praxisjog jelenleg is ellentmondásos szabályozására, a gyógyszerárak létesítése és működtetése tárgyában érvényesülő személyes működtetési jog lényegében változtatások nélküli átvétele azonban igen nehezen lett volna beilleszthető a jellegénél fogva is eltérő sajátosságokkal rendelkező egészségügyi alapellátási rendszerbe.

Az egészségügyi alapellátás privatizációjával kapcsolatos szakmai koncepciók és tervezetek mellett 2000. januárjára elkészült „***az egészségügyi szolgáltatások nyújtásának, valamint az egészségügyi intézmények jogállásának egyes kérdéseiről***” ***szóló törvénytervezet***²³⁰ is, ami bár soha nem került a parlament elé, mégis hasznos információkkal szolgál a praxisjog megalkotásához vezető jogalkotási folyamatról. A törvénytervezetet vizsgálva úgy tűnik, hogy az alapellátásról és az egészségügyi intézményekről szóló koncepció nem mindenben fedte egymást, azonos fogalmakat különböző tartalommal töltött ki az egyik és másik javaslat, illetve a törvénytervezet olyan alapellátás témakörébe tartozó jogintézményekre is utalt, amelyekkel a háziorvosi ellátás módosítására irányuló javaslat nem is foglalkozott. Az alapellátás keretébe tartozó egészségügyi szolgáltatás három formáját különböztette meg a törvénytervezet:²³¹

²³⁰ Törvénytervezet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásának, valamint az egészségügyi intézmények jogállásának egyes kérdéseiről. 1999. október 2000. január Budapest. Munkaanyag.

²³¹ Az 1999. április 1. napjától hatályban lévő Eüszfr. a háziorvosi szolgálatok működtetési és finanszírozási formájaként határozta meg a praxisközösséget és a csoportpraxist. Eüszfr. 15.§ (1)-(3) bekezdések

- a) *önálló* háziiorvosi, házi gyermekorvosi, fogorvosi alapellátó, illetve védőnői, iskola-egészségügyi *praxis*,
- b) *praxisközösség*, melynek olyan gazdasági társaságot nevezett, melyben azonos szolgáltatást nyújtó szolgáltatók tartós együttműködési szerződés keretében tevékenykednek,
- c) *csoportpraxis*, melyet olyan gazdasági társaságként határozott meg, melyben alapellátást és járóbeteg szakellátást egyaránt biztosító szolgáltatók tartós együttműködési szerződés formájában végeznek.

Az egészségügyi alapellátás átalakítása, magánosítása tárgykörében 1999. őszén és végén készült munkaanyagok még a *praxis*, illetve a *praxisjog* definícióját sem határozták meg egyértelműen, a *praxisközösség* vagy a *csoportpraxis* fogalma, jelentősége illetve jogi jellege ezekben az anyagokban fel sem merült. A januárban elkészült végleges törvénytervezet kihagyta ezeket a jogintézményeket, és egy teljesen új ellátási formát kívánt bevezetni „*egyesített praxisjog*” elnevezéssel. Ebben az ellátási formában több egyéni praxissal rendelkező háziorvos – egymással szorosan együttműködve - egyesíthette volna praxisait, melyek működtetésére önkéntes akarat-elhatározással egy gazdasági társaságot hozhattak volna létre. Ebben a társaságban minden résztvevő *praxisjogosult* számára kötelező lett volna a személyes munkavégzés.

A törvénytervezet a **praxis** lényegi vonásainak a meghatározására pontos definíciót igyekezett adni: *az alapellátási szolgáltató működési területén a szolgáltatás nyújtására szolgáló tárgyi és személyi feltételek, az ellátott szakfeladatok összességéből álló szolgáltatási csomag, és az adott szolgáltatónál a szolgáltatást tartósan igénybe vevők ellátási szükségleti mutatóinak összessége a praxis*. A törvénytervezet már tényként kezelte, hogy az alapellátás privatizálásával megjelenő új jogintézmények, mint a *praxis* és a *praxisjog* ugyanúgy érvényesülhetnek a járóbeteg-szakellátásban, mint az alapellátásban. Ennek biztos tudatában helyezte el a *praxis* fogalmi elemei között a jogalkotó az adott *praxisban* végezhető szakellátási feladatok összességét, illetve jelentette ki a tervezet, hogy a járóbeteg szakellátás nyújtása is *praxis* keretében történik.

1.4. A Bordás - Fodor féle törvénytervezet

A korábban ismertetett szakmai koncepciók, szakértői vélemények és javaslatok, valamint a folyamatos egyeztetések és tárgyalások eredményeképpen 1999. november elejére elkészültek egy új *praxis*törvény szabályozási elvei, illetve megszületett „*az egészségügyi alapellátás*

egyes szabályiról” szóló konkrét *törvénytervezet* (hivatkozásokban: Bordás-Fodor féle törvénytervezet) is.²³²

A törvénytervezet a korábbi koncepciókhoz hasonlóan *kettős cél* megvalósítását tűzte maga elé: egyrészt a költséghatékonyabb szolgáltatások megteremtését, másrészt az alapellátásban rendelkezésre álló anyagi és humánerőforrások racionálisabb felhasználását. Mindkét cél végső soron az egészségügyi alapellátásban nyújtott szolgáltatás minőségének javítását, illetve a járó- és fekvőbetegellátás tehermentesítését kívánta biztosítani.

A törvénytervezet 10 Fejezetben és 40 §-ban határozta meg az egészségügyi alapellátás működésének új szabályait.

Először az alapellátáshoz kapcsolódó *legfontosabb fogalmakat* (alapellátó körzet, területi ellátási kötelezettség, praxis, praxisjog, stb.) ismertette, melyek pontos meghatározása elengedhetetlen volt a tervezet megértéséhez. Ezt követően a praxisjog megszerzésére, gyakorlására és visszavonására vonatkozó részletes rendelkezések következtek, majd pedig az egészségügyi alapellátó szerződés és a praxisjoghoz kapcsolódó ingó és ingatlan vagyon privatizálását taglaló szabályok adtak részletes útmutatást. A tervezet külön foglalkozott a praxisjog állami és szakmai felügyeletével, valamint a hatályba lépéskor alkalmazandó átmeneti szabályokkal.

Az egészségügyi vezetés az egészségügyi alapellátás átalakítására irányuló új rendelkezéseket a *háziiorvosi*, *házi gyermekorvosi* és *fogorvosi* szolgáltatásokra egyaránt alkalmazni rendelte.

A teljes lefedettség érdekében a törvénytervezet az ország minden területén *alapellátó körzeteket* kívánt létrehozni, mely azt a földrajzi területet jelezte, ahol a praxisjoggal rendelkező egészségügyi szolgáltató területi ellátási kötelezettség²³³ alapján működtetett volna. Az alapellátó körzetek kialakítását a tervezet – az orvosi kamara egyetértési jogával - a települési önkormányzat hatáskörébe utalta, vita esetén az ÁNTSZ véleménye lett volna a döntő. Az alapellátás egyes szolgáltatásaihoz (háziiorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi) a javaslat *külön alapellátó körzet kialakítását* írta elő, melyben az optimális körzetnagyságot a háziiorvosi körzetben legalább 1500, a házi gyermekorvosi körzetben legalább 600 14 éven

²³² Bordás Mária: Az egészségügyi alapellátás privatizációja – egy praxistörvény szabályozási elvei. Budapest, 1999. november 2. Munkanyag. Bordás Mária, mint az Egészségügyi Minisztérium, illetve Fodor Miklós miniszteri biztos jogi szakértője igen fontos szerepet kapott a törvénytervezet kidolgozásában és jogi megalapozásában.

²³³ A törvénytervezet részletesen meghatározta a *területi ellátási kötelezettség tartalmát* is, mely jelenleg is lényeges eleme a praxisjognak. Eszerint a praxisjoggal rendelkező egészségügyi szolgáltató kötelezettsége, hogy elfogadja és ellássa azokat a hozzá bejelentkezett betegeket, akiknek a nyilvántartott lakcíme az ő alapellátó körzetében vagy esetleg azon kívül van, ellássa azokat a rendelési időben hozzá forduló betegeket is, akik heveny megbetegedésük vagy krónikus betegségük miatt egészségügyi ellátást igényelnek és ellátatlanságuk az

aluli, a fogorvosi körzetben pedig legalább 3500 lakosságszámban jelölte meg. A törvénytervezet az alapellátó körzetek mindegyikében kizárólag *csak egy-egy praxisjogot* kívánt engedélyezni arra az egészségügyi alapellátó szolgáltatásra, amelyre az alapellátó körzetet létrehozták.²³⁴

A korábbi tervezetben, illetve az azt megelőző szakmai koncepciókban gyakran keveredett a praxis és a praxisjog elnevezés. Bár a Bordás – Fodor féle törvénytervezet konkrét fogalmi meghatározást adott mindkét fogalomra,²³⁵ mégsem sikerült tisztázni a praxisjog lényeges tartalmi elemeit, a jog jellegét, a jogból fakadó jogosítványokat és kötelezettségeket. Olyan szakértői vélemény is elhangzott ezzel kapcsolatban, hogy nem szükséges a praxisjogot (működtetési jogot), mint vagyoni értékű jogot a törvényben definiálni, mert az evidens, illetve a hatályos jogban már létező olyan jogintézmény, ami *személyi jog* elnevezéssel a patikaprivatizáció során már részletesen kifejtésre került.²³⁶

A praxisjog megszerzését a tervezet az **orvos személyéhez kapcsolódó feltételekhez** kötötte amikor kimondta, hogy csak olyan orvosnak adható praxisjog, aki

- a) rendelkezik a jogszabályban előírt *szakképesítéssel*,
- b) nem áll foglalkozástól eltöltő jogerős bírói ítélet hatálya alatt,
- c) egészségügyi szempontból *alkalmas*²³⁷ a praxisjog gyakorlására és
- d) akinek *nincs másik praxisjoga* (kivéve, ha vállalja, hogy arról 8 napon belül lemond).

A **praxisjog megszerzésének** több lehetőségét vázolta fel a törvénytervezet:

egészséget károsító vagy a gyógyulást lassító állapotromláshoz vezethet, valamint hogy részt vegyen az alapellátásra a jogszabályban meghatározott ügyeleti rendszerben.

²³⁴ A korábbi minisztériumi koncepció az alapellátó körzetet – németországi mintára – úgy határozta meg, mint ami több praxist foglal magában az adott körzetben élő lakosok számának és a működtetéshez minimálisan szükséges kártyaszám alapján. Ezt azzal indokolta, hogy a praxisok ily módon történő kialakítása jobban érvényesíti a fogyasztói választást és a szolgáltatók közötti versenyt. A kodifikációs munkákat vezető miniszteri biztoshoz azonban számos olyan visszajelzés érkezett, ami szerint ez nem elfogadható, ezért módosult a szemlélet ezen a területen.

²³⁵ *Praxisjog*: olyan vagyoni értékű jog, amelyet jogosultja az e törvényben meghatározott módon gyakorol a praxisban.

Praxis: a törvényben meghatározott módon, a praxisjog jogosultja által egészségügyi szolgáltatás nyújtásához való jog, az ahhoz kapcsolódó ingó és ingatlan vagyontárgyakkal együtt.

²³⁶ Bordás Mária: Az egészségügyi alapellátás privatizációja – egy praxistörvény szabályozási elvei. Budapest, 1999. november 2. Munkaanyag. 15.o.

²³⁷ Az egészségügyi alkalmatlanságot a területi orvosi kamara elnöksége határozatban állapította volna meg. A törvénytervezet a praxisjog jogosultja számára kizárólag 65. életévének betöltéséig adott csak jogot a háziorvosi szolgáltatás vezetésére. Ezt követően 60 napon belül biztosított a tervezet lehetőséget az orvos számára személyes joga (ellenérték fejében vagy anélküli) átengedésére, amely határidő eltelte után a praxisjog gyakorlása megszűnt volna. A javaslat lehetővé kívánta tenni továbbá, hogy a praxisjog jogosultja a praxisjog átengedése előtt egy évvel az előírt szakképesítéssel rendelkező olyan orvost alkalmazzon, akinek esetleg később át kívánja engedni praxisjogát. A praxisjogot folytató személy – a koncepció értelmében - a korábbi jogosultat 68 éves koráig alkalmazhatta volna tanácsadóként a praxisban, ami igen méltányos megoldás lett volna egy nyugállományba vonult háziorvos számára.

- a) A tervezetből született törvény hatálybalépésének napján a háziiorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi szolgálatban működő orvosok kötelesek, illetve jogosultak lettek volna 3 hónapon belül²³⁸ praxisjog iránti kérelmet előterjeszteni az orvosi kamaránál.²³⁹ Ebben az esetben **alanyi jogon** kívánta praxisjogosulttá tenni a javaslat azokat az orvosokat, akik rendelkeztek a praxisjog megszerzéséhez szükséges személyes feltételekkel és nem állt fenn semmilyen olyan körülmény, amely a praxisjog visszavonására adhatott volna alapot. Ennél a megszerzésnél az orvosi kamara a praxisjog jogosultjától ellenszolgáltatást nem kérhetett volna. Külön érdekessége a tervezetnek, hogy a *területi ellátási kötelezettség körén kívül* működő legalább 1200 kártyával rendelkező háziiorvos, illetve legalább 600 kártyát bíró házi gyermekorvos számára is alanyi jogon biztosította a praxisjog megszerzését. A területi ellátási kötelezettséggel nem rendelkező, alanyi jogon praxisjoghoz jutó háziiorvosok azonban kötelesek lettek volna határidőn belül megkötni az érintett önkormányzattal az egészségügyi alapellátó szerződést, melynek egyik kötelező tartalmi elemeként kerül meghatározásra a területi ellátási kötelezettség vállalása.²⁴⁰
- b) A **praxisjog folytatása**. A praxisjog folytatásának két esetkörét írta elő a tervezet:
- A **praxisjog jogosultjának halála** esetén az elhunyt jogszabályban előírt szakképesítéssel rendelkező *házastársa*, illetve az *egyesági leszármazók egyike* lett volna feljogosítva a praxisjog folytatására.²⁴¹ Több folytatásra jogosult esetén a közöttük létrejött megállapodásban kijelölt személynek adta meg a folytatásra való jogosultságot a tervezet, szakképesítés vagy megállapodás hiányában pedig a kijelölt személyeket a praxisjog 90 napon belüli *átengedésére* kötelezte.
 - A praxisjogból eredő jogosultságot szintén *folytatás* jogcímen gyakorolhatta volna az a személy is, akinek a praxisjog jogosultja, vagy halála esetén a folytatásra kijelölt személyek a praxisjogot – ingyenesen vagy visszatérően – **átengedték**. A praxisjog

²³⁸ Más tervezet szerint 1 éven belül.

²³⁹ Az egyéni vagy társas vállalkozóként működő orvosok számára kötelező erővel írta elő a tervezet a praxisjog megszerzése iránti kérelmet benyújtását, míg a közalkalmazotti jogviszonyban dolgozók számára csak lehetőségként.

²⁴⁰ Arról nem szólt a tervezet, hogy mi lett volna a területi ellátási kötelezettségen kívüli önálló orvosi tevékenység végzésére jogosító praxisjog jogi sorsa, ha az érintett önkormányzat területén már nincs területi ellátási kötelezettséggel betölthető üres működtetési jog.

²⁴¹ A tervezet nem részletezte pontosan, hogy a leszármazók egyike és a házastárs között áll-e fenn valamilyen sorrendiség vagy sem. Egyértelműbb lett volna a megfogalmazás, ha rendelkezett volna a tervezet arra vonatkozóan, hogy a leszármazók egyike csak a házastárs hiányában vagy a házastárs mellett is jogosult a jog folytatására vagy nem.

átengedésének feltételeiről, részleteiről a felek a *szerződésben* szabadon állapodhattak volna meg.²⁴²

A praxisjog megszerzéséhez a tervezet kötelezően írta elő a folytatásra jogosult személy kijelölésére, illetve az praxisjog átengedésére irányuló szerződés megkötésén túl **az orvosi kamara engedélyező határozatát** is. Az orvosi kamara, mint a szakmai felügyeletet ellátó egyik szerv kizárólag a megállapodás jogszerűségét és azt vizsgálhatta volna, hogy a megállapodásban a praxisjog folytatására kijelölt személy rendelkezik-e az előírt feltételekkel vagy sem. Éppen ezért ilyenkor az önkormányzat sem élhetett volna az egyébként őt megillető egyetértési jogával.

c) A törvénytervezet két esetben kötelezte az orvosi kamarát **országos pályázat kiírására**. Egyrészt akkor, ha a praxisjog folytatásra kijelölt, de nem jogosult személyek 90 napon belül *nem állapodnak meg* senkivel a praxisjog *átadásáról*, másrészt a praxisjog **megszűnésének**²⁴³ taxatív felsorolt eseteiben:

- ha a jogosult *meghalt* és nincs folytatásra jogosult személy,
- ha a jogosult a praxisjogról *lemondott* anélkül, hogy azt más személynek átengedte volna,²⁴⁴
- ha a jogosulttól az orvosi kamara a praxisjogot *visszavonta*,
- ha a praxisjog jogosultja *65. életének betöltését* követő 60 napon belül nem engedi át a praxisjogot folytatásra jogosult harmadik személynek.

Ilyenkor a praxisjog nem alanyi jogon járt volna, hanem a koncessziós joghoz hasonló módon ítélte volna oda a orvosi kamara az arra leginkább alkalmas orvosnak. Az orvosi kamara a pályázat nyertesének csak az illetékes települési *önkormányzat egyetértésével* ítéltette volna oda a praxisjogot. A tervezet ezzel próbálta biztosítani továbbra is a települési önkormányzatok számára a kötelezően előírt ellátási felelősséget. Egyetértés hiányában a javaslat az ÁNTSZ állásfoglalását rendelte döntőnek.

A törvénytervezet egyik vitatható, de bizonyos szempontból „orvosbarát” rendelkezése, hogy a pályázat nyertesét a kamara által a praxis értékeként megállapított

²⁴² A törvénytervezet előkészítése alatt végig vita tárgyát képezte, hogy a praxisjog – mint vagyoni értékkel rendelkező jog – átruházható-e vagy sem, hiszen a tulajdonjog tárgya a jelenleg hatályos polgári jogi rendelkezések értelmében kizárólag birtokba vehető testi tárgy lehet, jog nem. A jog átruházhatósága körül esetlegesen felmerülő jogvita elkerülése érdekében született az a megoldás, miszerint a személyi jogot átruházni nem, csak átengedni szabad ingyenesen vagy ellenérték fejében. Ennek eredményeképpen az új praxisjogosult „folytatás” jogcímen általános jogutódként lépett volna a korábbi praxisjogosult helyébe. Ez a megoldás azonban polgári jogi szempontból ugyanúgy kifogásolható, mint esetleg a jog átruházhatósága.

²⁴³ A megszűnés napjaként a tervezet a az erről szóló kamarai határozat jogerőre emelkedésének napját tűzte ki.

²⁴⁴ Ez a mondat nem értelmezhető, hiszen ha az arra jogosult átengedte a praxisjoga gyakorlását, akkor már nem lett volna miről lemondania és fordítva.

ellenszolgáltatás megfizetésére kötelezte.²⁴⁵ Erre az összegre adott esetben az a 65. életévét betöltött orvos lett volna jogosult, akinek a praxisjoga azért szűnt meg, mert nem tudta azt 60 napon belül más arra jogosultnak átengedni. Az ellenszolgáltatásra igényt tarthattak volna a praxisjog folytatására kijelölt, de arra az előírt feltételek hiányában nem jogosult személyek is, ha a praxisjog gyakorlását 90 napon belül szintén nem tudták átengedni. Így az elidegenítésre megszabott határidők eredménytelen eltelte még nem tette lehetetlenné, hogy az arra jogosultak praxisjoguk megszűnését követően megfelelő összegű kárpótláshoz jussanak.

Az orvosi kamarát a praxisjog odaítélése mellett megillette volna a **visszavonás joga** is azokban az esetekben, amikor a praxisjog megszerzését követően a jogosult körülményeiben olyan változások következtek be, melyek eleve kizárták volna a jog megszerzését. Visszavonási okként jelölte meg a javaslat a háziorvosi szolgálat működtetését meghatározó szerződések (egészségügyi alapellátó szerződés, direkt finanszírozási szerződés) valamint a működési engedély megszűnését, illetve az egészségügyi alkalmatlanság megállapítását is.

A törvényjavaslat – a Bordás által javasolt, korábban ismertetett koncepcióban meghatározott módon - **szerződéskötési kötelezettséget** írt elő az érintett települési önkormányzat számára azzal az orvossal, akit az orvosi kamara a praxisjog jogosultjaként határozatában kijelölt. Az egészségügyi alapellátás folyamatosságának biztosítása érdekében a tervezet mind az adott települési önkormányzattal kötendő **egészségügyi alapellátó szerződés** (továbbiakban: alapellátó szerződés) aláírására, mind pedig a háziorvosi szolgálat működtetésének megkezdésére 15 napos határidőt írt elő.

Az önkormányzatok ellátási felelősségének fenntartása érdekében a tervezet előre meghatározta az alapellátó szerződés **kötelező tartalmi elemeit**, mely a háziorvosi szolgálat biztonsága érdekében gyakorlatilag a praxisjogosult kötelezettségeit foglalta össze.²⁴⁶ Ezzel

²⁴⁵ A praxisért fizetett ellenszolgáltatás felhasználásának módját egészségügyi miniszteri rendeletben kívánta az egészségügyi vezetés részletesen kidolgozni és meghatározni.

²⁴⁶ A **praxisjog jogosultjának** az alapellátási szerződésben **kötelezettséget kellett volna vállalnia** arra, hogy

- a praxist személyesen és folyamatosan működteti,
- az alapellátó körzetben területi ellátási kötelezettséget vállal,
- gondoskodik arról, hogy a jogszabály által kötelezően előírt minimum feltételrendszer a szerződés fennállása alatt folyamatosan rendelkezésre álljon,
- a szerződés aláírását követő 8 napon belül igazolja, hogy a társadalombiztosítási szervvel finanszírozási szerződést kötött,
- igazolja, hogy a szerződés aláírását követő 60 napon belül működési engedéllyel rendelkezik,
- a szerződés aláírását követő 30 napon belül igazolja, hogy a praxis működtetéséhez szükséges magánvállalkozói engedély iránti kérelmet a hatáskörrel és illetékességgel rendelkező szervhez benyújtotta, illetve közhasznú társaságot vagy gazdasági társaságot alapított és a nyilvántartásba vételi eljárás legalább folyamatban van,

szemben az önkormányzat egyetlen kötelezettségeként írta elő a tervezet annak biztosítását, hogy illetékességi területén nem köt újabb alapellátó szerződést más orvossal mindaddig, amíg a praxisjogosult orvos személyében változás nem áll be.

A tervezet kizárólag az önkormányzatot kívánta felruházni a szerződés egyoldalú megszüntetésére irányuló **rendkívüli felmondási joggal**, melynek eseteit konkrétan is meghatározta.²⁴⁷

Az alapellátás privatizálásával kapcsolatos lényeges kérdés volt az adott praxis működtetéséhez szükséges **ingó és ingatlanvagyon biztosításával** kapcsolatosan felmerülő jogok és kötelezettségek gyakorlása, illetve teljesítése. Addig az ellátásról való gondoskodás érdekében a működtetéshez szükséges tárgyi feltételeket az önkormányzat biztosította. A tervezet azonban a praxisjog jogosultjának kötelezettségévé tette, hogy az alapellátó szerződés fennállása alatt az önkormányzattal történő *szabad megegyezés* szerint valamilyen formában gondoskodjon az előírt ingó és ingatlanvagyon biztosításáról.²⁴⁸

- A javaslat lehetővé kívánta tenni, hogy az alapellátó szerződés megkötésével egyidőben, vagy azt követően a praxisjog jogosultja *megvásárolhassa* az önkormányzat tulajdonában lévő és a praxis működtetéséhez kapcsolódó **ingatlant** (rendelő, szolgálati lakás) a helyi forgalmi érték 50%-át meg nem haladó korlátozott vételárért. Ebben az esetben azonban az önkormányzatnak törvényes elővásárlási jogot kötött ki a koncepció. Az önkormányzattól megvásárolt ingatlanvagyon védelme érdekében a javaslat továbbá előírta, hogy a szerződés fennállása alatt a praxisjogosult köteles fenntartani a legalább 75%-os tulajdoni hányadát.

-
- a jogszabály és az ÁNTSZ által a helyettesítésre és az ügyelet ellátására megállapított szabályokat mindenkor betartja,
 - két helyettest megnevez és gondoskodik a helyettesítésről, ha a szolgálatot átmenetileg nem tudja vezetni,
 - hozzájárul ahhoz, hogy az ÁNTSZ által kijelölt *praxisvezető helyettes* vezesse a szolgálatot, ha azt tartósan nem tudja vezetni, vagy az általa megjelölt két helyettes nem áll rendelkezésre a szolgálat vezetéséhez,
 - a lehető legrövidebb időn belül jelzi az érintett önkormányzat és az ÁNTSZ felé, ha a praxist átmenetileg, akár tartósan nem képes vezetni, ha a visszavonás alapjául szolgáló bármilyen körülmény bekövetkezik, illetve ha magánvállalkozói igazolványát visszavonták, vagy a társas vállalkozását a bíróság felszámolta.

²⁴⁷ Az önkormányzatot a javaslat 30 napos felmondási idővel kizárólag arra az esetre ruházta fel az alapellátó szerződés felmondására, ha a praxisjog jogosultja a szerződés rendelkezéseit ismételt és súlyosan megszegi és azokat többszöri felszólítás ellenére sem tartja be. Az önkormányzatot részletes indoklási kötelezettség terhelte volna amellet, hogy a felmondási jog gyakorlását megelőzően köteles lett volna kikérni az orvosi kamara véleményét is.

²⁴⁸ Jegyzőkönyv az Országgyűlés egészségügyi és szociális bizottságának a Képviselői Irodaház V. emelet 567. számú termében 1999. október hó 11-én, hétfőn, 14 órakor megtartott üléséről, ahol a Bordás – Fodor félé törvénytervezet került ismertetésre és megtárgyalásra. Munkaanyag.8.o.

- A praxis működtetéséhez szükséges **ingóságok** tekintetében is javasolta a tervezet az értékesítést, de csak az amortizáció alapján megállapított forgalmi értéken, értékvesztés esetén pedig könyvjóváírással.
- Arra az esetre, ha a praxishoz tartozó ingatlanvagyon, illetve ingóságok önkormányzati tulajdonban maradnak, a törvénytervezet kötelezte az önkormányzatokat arra, hogy azokat **térítésmentesen** adják a praxisjogosult **használatába**.

A praxishoz tartozó ingó és ingatlanvagyon feletti **szabad rendelkezési jogot** állapított meg főszabályként a végleges javaslat, mely lehetővé tette, hogy a praxisjog és a praxis működtetéséhez szükséges vagyontárgyak külön-külön is értékesítésre kerüljenek. Országos pályázat kiírása esetén, illetve ha a praxisjogot a praxisjogosult halálát követően a törvényben kijelölt valamelyik személy szerette volna folytatni, a *praxisjog a hozzátartozó vagyontárgyakkal együtt* kerülhetett volna csak odaítélésre.

Az ÁNTSZ és az Magyar Orvosi Kamara hatáskörét a törvénytervezet világosan elhatárolta. Az orvosi kamarát ruházta fel elsősorban a praxisjoggal kapcsolatos döntési jogokkal, illetve felügyeleti jogkört biztosított számára az orvostikai szabályok betartása és a minőségbiztosítás érvényesülése felett. Az ÁNTSZ az alapellátás biztosításához szükséges személyi és tárgyi feltételek szakmai felügyeletét látta volna el továbbra is a működési engedélyek kiadása és a szakfelügyelet irányítása útján.

A törvénytervezet alaposságát és körültekintő előkészítő munkát igazol az a rendelkezés, mely gondol az önhibáján kívül kárt szenvedett korábbi **praxisjogosultak kártalanításáról**. Tekintettel arra, hogy a tervezet sem kívánta elvonni az önkormányzatok törvényben biztosított ellátási felelősségét, az alapellátó körzetek kialakítását a tervezet is önkormányzati hatáskörben hagyta. Ennél fogva az önkormányzat egy alapellátó körzet megszüntetésével döntött volna egy adott orvos egzisztenciáját jelentő praxisjog megszüntetéséről is. Ezt a méltánytalan helyzetet felismerve tette lehetővé a tervezet, hogy a praxis – orvosi kamara által meghatározott – értéke a korábbi praxisjogosult kérelmére az állami költségvetésből megtérítésre kerüljön. Ennek részletes szabályait az egészségügyi vezetés miniszteri rendeletben kívánta meghatározni.

A tervezet megalkotói felismerték, hogy az egészségügyi alapellátás kidolgozott és alapos átalakításához nem elegendő pusztán az ennek alapjait lefektető új törvény megalkotása, hanem az egészségügyi rendszer alapellátást meghatározó **és kapcsolódó területeinek jogi szabályozását is harmonizálni kell**. Ennek megfelelően egy új finanszírozási rendszer bevezetését irányozták elő, melyben a szolgáltató tulajdonosként és önálló gazdálkodó egységként érdekeltté vált volna az infrastruktúra (ingatlan, eszközök, berendezések)

fejlesztésében. A költségeket, a szolgáltatást, a fejlesztést és az amortizációt reálisan tükröző finanszírozási szabályokat ígértek, mellyel ösztönözni kívánták a szolgáltatókat nemcsak a minőségi munkára, hanem a prevenciós feladatok elvégzésére is.

A *minőségbiztosítás* alapellátásban érvényesülő *rendszerét* miniszteri rendeletben kívánták szabályozni, mely szerint a Magyar Orvosi Kamara feladata lett volna a *praxisok osztályokba sorolása* a minőségbiztosítás szempontjainak (a praxis által nyújtott szolgáltatások köre, színvonala és a rendelő felszereltsége) figyelembe vételével. A MOK illetékes szerve évente vizsgálta volna felül a praxisokat, szükség esetén módosítva a korábbi besorolási osztályokat. A minőségbiztosítás ilyen rendszere mindenképpen ösztönözte volna a szolgáltatások minőségi javulását, hiszen a kamara által megállapított minőségi osztály a praxis értékét is közvetlenül befolyásolta volna.

A Bordás-Fodor féle 32 szakaszos törvénytervezetet a kormány azonban nem fogadta el, így soha nem került a parlament elé. Ennek egyik oka valószínűleg abban keresendő, hogy a tervezet számos – az önkormányzat ellátási felelősségét érintő – rendelkezést fogalmazott meg, mellyel kapcsolatosan vitatható volt az önkormányzati törvény módosításának szükségessége. Az önkormányzati törvény módosításához szükséges kétharmados többséget²⁴⁹ pedig az akkori politikai viszonyok között lehetetlen volt megszerezni. Ezt a kockázatot a kormány nem akarta felvállalni.²⁵⁰ Másrészt világossá vált az egészségügyi vezetés számára, hogy a háziiorvosi praxis két lényeges elemét el kell határolni egymástól: egyrészt a *materiális értéket*, amit az orvosi rendelő, a működtetéshez szükséges tárgyi eszközök jelentenek, és egy *immateriális értéket*, amit a működtetés joga, illetve az adott körzetet jellemző egyéb paraméterek határoznak meg. Az immateriális értékhez rendelt vagyoni értékű jog meghatározásával tudta csak a kormány anélkül elindítani a megígért alapellátási reformot úgy, hogy azzal a legkisebb mértékben se érintse az önkormányzati törvényt.²⁵¹

²⁴⁹ Az Alkotmány 44/C.§ szerint a helyi önkormányzatokról szóló törvény elfogadásához a jelenlevő országgyűlési képviselők kétharmadának szavazata szükséges. Ugyanilyen szavazataránnyal elfogadott törvényben korlátozhatók az önkormányzatok alapjogai.

²⁵⁰ Horváth Zsolt parlamenti felszólalása. Országgyűlési jegyzőkönyv. 1999. 104. ülésnap. www.mkogy.hu/naplo98/104.

²⁵¹ Gógl Árpád parlamenti felszólalása. Országgyűlési jegyzőkönyv. 2000. 114. ülésnap. www.mkogy.hu/naplo98/114.

2. Törvényjavaslatok a parlament előtt

2.1. A T/1849. számú törvényjavaslat és parlamenti vitája

Ennek fényében a Bordás-Fodor féle átfogó törvénytervezet mellett született egy sokkal rövidebb és tömörebb tervezet is, melyet azonban a kormány az 1999. november 2. napján tartott ülésén elfogadott, így *T/1849-es törvényjavaslatként* (továbbiakban: Javaslat) került a parlament elé.²⁵²

A korábbi funkcionális privatizációhoz képest minőségi továbblépésként fogalmazta meg a Javaslat az *önálló orvosi tevékenységet* fémjelző **működtetési jogot**, melyet elsőként a *házi-orvosi* és a területi ellátási kötelezettséggel működő *fogorvosi* (a továbbiakban együtt: házi-orvosi) ellátásra vonatkozóan kívánt bevezetni és ezen keresztül az egészségügy jövőbeni szerkezetének néhány új alapfogalmát meghatározni. A működtetési jog bevezetésével minden korábbi jogszabályon túlmutatva kívánta a Javaslat megtestesíteni az orvos *személyes ellátási kötelezettségét* függetlenül attól, hogy a szolgáltatás megszervezése milyen szervezeti keretek között történik. A Javaslat a házi-orvos által végzett tevékenységet olyan vagyoni értékű jogként kezelte, melyben az orvos életpálya-tapasztalata, a munkájában megtestesülő sajátos „know-how” önálló értéket képvisel. A Javaslat célul tűzte ki, hogy az önálló orvosi tevékenység fogalmának meghatározásával és az erre jogosító működtetési jog vagyoni értékű jogként való elismerésével az orvosi praxisért való felelősség kerüljön a gyógyító munka középpontjába.²⁵³

A Javaslat *alanyi jogon*, automatikusan tervezte **működtetési joghoz juttatni** a hatálybalépéskor házi-orvosként dolgozó orvosokat, hogy a reformfolyamatok beindítása a költségvetés számára semmilyen megterheléssel ne járjon. Ebben az esetben a házi-orvosok határozat nélkül nyerték volna el a működtetési jogot *egy évre*, hogy a betegellátásban ne

²⁵² A Magyar Köztársaság Kormánya által az önálló orvosi tevékenységről szóló T/1948. számú törvényjavaslat. Budapest, 1999. november, www.mkogy.hu/irom36/1849

²⁵³ Gógl Árpád akkori egészségügyi miniszter parlamenti expozéjában a működtetési jog lényegét a következőképpen határozta meg: „Az orvos munkája ugyanis nem fejezhető ki egyszerűen azzal, hogy diplomája van és szakorvosi képesítése van, nem fejezhető ki annak a rendelőnek az értékével, amelyben dolgozik, és amelynek rendben tartása a helyi önkormányzat feladata, nem fejezhető ki azoknak a gépeknek, műszereknek az értékével, amelyekkel dolgozik. Az orvos-beteg kapcsolatban ugyanis rendszeres találkozások alkalmával kialakított bizalom, a hosszú évekre visszanyúlóan az orvos fejében és emlékeiben megőrzött kórtörténet, az egyéni tapasztalatok azok, amelyek minden mástól eltérő *értéket képviselnek*. Itt az ideje, hogy a jogszabályok nyelvén is kinyilvánítsuk, hogy ez az érték ugyanolyan szerepet tölt be, mint a gazdaság egyéb ágazataiban elismert know-how. Az önálló orvosi tevékenység végzése tehát ezt a szellemi értéket jeleníti meg, ennek materiális értéke fejeződik ki az átadás során, és ez az érték, amelyet a jó orvos növelni tud az évek alatt, míg a rossz orvos elvesztegeti. A törvényjavaslat erről a vagyoni értékű, de nem konkrét vagyoni formában jelentkező jogról szól.” Országgyűlési jegyzőkönyv. 1999. 104. ülésnap. www.mkogy.hu/naplo98/104.

keletkezzen fennakadás, és az átmeneti időben az elhúzódó engedélyezési eljárás miatt a gyógyítás ne ütközzön akadályokba. Az egy év meghatározásával a Javaslat felkészülési időt kívánt biztosítani az érintettek számára arra, hogy felkészüljenek a működtetési jog megszerzésével, átruházásával kapcsolatos feladatokra és teendőikre.

A Javaslat nemcsak a háziorvos, hanem külön törvényben meghatározott esetben a **kezelőorvos** részére is engedélyezte önálló orvosi tevékenység végzését azért, hogy a későbbiekben mód nyílhaszon arra is, hogy a működtetési jog a szakellátás keretében is bevezetésre kerüljön.

A működtetési jogot a Javaslat pusztán egy **engedélyként, licencként** határozta meg, mely önálló orvosi tevékenység esetén az orvosi működés feltételül szolgált, s melynek kiadását a Javaslat jogerős államigazgatási határozathoz kötötte.

A Javaslat a működtetési jog jogosultja számára **személyes** munkavégzést írt elő annak elkerülése érdekében, hogy az önálló orvosi tevékenység végzésére jogosult személy kizárólag befektetőként, vagy tulajdonosként szerepeljen, miközben alkalmazottakkal láttatja el a kötelezően elvállalt feladatot.

A működtetési jog részletes szabályait az egészségügyi vezetés alacsonyabb szintű jogszabályokban kívánta rendezni. A törvényjavaslatot kizárólag „**kerettörvényként**” kívánták elfogadtatni tekintettel arra, hogy a hatályos jogszabályok pontosan meghatározták a részelemek jelentős körét (pl. az orvosi tevékenység foglalkozási szabályait, tárgyi feltételeit, a szolgáltatások nyújtásának szervezeti hátterét, a felmerülő adminisztratív követelményeket stb.). A működtetési jogra vonatkozó részletes rendelkezések (a jog megszerzése, visszavonása, megszűnése stb.) kidolgozását a kormány rendeleti szinten kívánta kidolgozni.

Az egészségügyi vezetést **két cél** vezette az egészségügyi alapellátás átalakítására irányuló tevékenysége során:

1. Olyan megoldást kellett keresnie az alapellátás teljes privatizációja érdekében, ami **érintetlenül hagyja a települési önkormányzatok ellátási felelősségét**, mivel az önkormányzati törvény módosítása kétharmados többséget igényelt volna a parlamentben, amivel az akkori kormány nem rendelkezett. Éppen emiatt teljesen kimaradt a törvényjavaslatból az alapellátás teljes privatizálását jelentő, az alapellátás működtetéséhez feltétlenül szükséges – legnagyobb részt akkor még önkormányzati tulajdonban lévő - ingatlan és ingó vagyon megvásárlására vonatkozó szabályanyag. A működtetési jog „létét” elfogadó parlamenti döntés birtokában, később kívánta a kormány rendeleti szinten megjelölni a teljes privatizáció lehetőségét **felvillantó** rendelkezéseket.

2. A másik igen lényeges szempont pedig az volt, hogy az egészségügyben folytatódó reformfolyamatok ***minél kevésbé terheljék meg az állami költségvetést***, a teljes privatizáció érdekében minél kevesebb állami támogatás kerüljön a rendszerbe. Ez a cél gyakorlatilag teljesen kizárta a finanszírozási szabályok amortizációt beépítő átalakítását, s ezzel az orvosok beruházási kedvének fellendítését.

A Javaslát tehát nem volt más, mint a működtetési jog bevezetésére vonatkozó keretjogszabály. Az idő rövidsége miatt ez a törvényjavaslát *nem került egyeztetésre* az érdekelt érdekképviselői szervekkel (Magyar Orvosi Kamara, FAKOSZ, Házi Gyermekorvosok Országos Szövetsége, stb.), mint az előző, s az alapos szakértői munka hiányát is tükrözi a mindössze ***4 §-ból álló szöveganyag***. Ennek megfelelően a törvényjavaslátot mind az előkészítő szakaszban, mind pedig a parlamenti vita²⁵⁴ alatt ***számos kritika*** érte.

- a) A törvénytervezet a működtetési joggal kapcsolatban ***nem határozta meg*** annak sem a ***tartalmát***, sem pedig azt, hogy mely szerv, milyen feltételek alapján és ***milyen eljárás*** keretében adhatja. A Javaslát egyáltalán ***nem foglalkozott*** a *praxis fogalmával*, a *praxisjogtól való elhatárolással*. Olyan, az egészségügyi alapellátásban alapvető kérdéseket (körzet, praxis, működtetési jog, „privatizációs, alapellátó „szerződés, stb.) hagyott nyitva, mely teljes jogbizonytalanságot eredményezett még akkor is, ha a részletes szabályokat rendeleti szinten kívánták kidolgozni. A Javaslát csak annyit deklarált, hogy azt határozatban foglalt engedély alapján kaphatja a működtetési jog jogosultja egy évre, de az egy év elteltével esedékes eljárási szabályokról és teendőkről hallgatott. A működtetési jog pontos törvényi definiálását azonban nem lehetett kikerülni, hiszen ezzel lehetőség adódott volna arra, hogy azt rendeleti szinten parlamenti ellenőrzés nélkül határozzák meg.
- b) A Javaslát ugyanakkor felhatalmazta a Kormányt és az egészségügyi minisztert, hogy ***rendeletben*** szabályozza a működtetési jog alapvető kérdéseit. A működtetési jog lényeges elemeire vonatkozó ***törvényi szintű szabályozás*** követelményének azonban az alkotmány- és igazságügyi bizottság kisebbségi véleménye mellett szinte minden ellenzéki felszólalás hangot adott. A Javaslát alapvető hibájaként jelölték meg a felszólalók, hogy az nem tesz eleget a jogalkotásról szóló 1987. évi XI. törvény 15.§ (2) bekezdésében foglaltaknak, mivel a normatartalmat gyakran teljesen nélkülöző, keretjellegű szabályok és pontatlan megfogalmazások sértik a jogbiztonságot. A működtetési jogra, mint vagyoni

²⁵⁴ A törvényjavaslát általános vitája 1999. december 3-án kezdődött, s rögtön igen nagy ellenállásba ütközött.

értékkel rendelkező jogra a tulajdonvédelem alkotmányos rendelkezései vonatkoznak, melynek értelmében a működtetési jog minden lényeges eleme – így a megszerzésére és visszavonására irányuló szabályozás, a működtetési jog alapján végezhető önálló orvosi tevékenység körének kijelölése stb. – *törvényhozási tárgykör*.²⁵⁵ Ezzel összefüggésben a parlamenti vita egyik alappillére volt a törvénytervezet **keretjelleget**ének kifogásolása. Az ellenzék nem kívánt egy olyan „árnyék-intézményrendszert” bevezető törvényjavaslatot elfogadni, melynek tartalmi elemeiről semmilyen tudomása nem volt, melyről kizárólag csak találgatni tudott, s melynek részletes szabályait a kormány saját hatáskörben kívánta kidolgozni.²⁵⁶

- c) Sajnálatos módon a Javaslat – szándékosan vagy figyelmetlenségből – kihagyta a működtetési jog birtokában gyakorolható önálló orvosi tevékenységre jogosultak köréből a *házi gyermekorvosokat*, akik fontos részét képezik az egészségügyi alapellátó rendszernek.²⁵⁷
- d) Már ebből a törvényjavaslatból sem derült ki egyértelműen, hogy az adott működtetési jog **mennyire kötődik az adott önkormányzati közigazgatási területéhez**, vagy kötődik-e egyáltalán.²⁵⁸
- e) A „kodifikációs mélypontként” jellemzett²⁵⁹ törvénytervezet hiányos és pontatlan megfogalmazásai miatt a működtetési jog, illetve a praxis **különböző értelmezései** láttak napvilágot. Bár a törvényjavaslat folyamatosan „működtetési jogot” említett, mind az egészségügyi miniszter, mind pedig a felszólalók rendszeresen a „praxisjog” kifejezést használták anélkül, hogy arra a jogalkotó bármikor is utalt volna. Volt olyan vélemény is, mely szerint a praxisjog olyan személyre szóló, vagyoni értékű jog, mely nem átruházható, s melyre vonatkozó engedélyt csak a törvényben meghatározott orvos nyerhet el. Az igazi értéket azonban a felszólaló értelmezésében az orvosi munka tárgyi feltételrendszere - a rendelő és annak felszerelése -, a kártyaszámmal meghatározott

²⁵⁵Bordás Mária T/1849. számú törvénytervezettel kapcsolatos jogi szakvéleménye. Munkaanyag. Budapest, 1999. november 5. 1.o., Toller László parlamenti felszólalása az alkotmány- és igazságügyi bizottság kisebbségi véleményének ismertetésére. Országgyűlési jegyzőkönyv. 1999. 104. ülésnap. www.mkogy.hu/naplo98/104.

²⁵⁶Béki Gabriella, Kökény Mihály, Wekler Ferenc parlamenti felszólalásai. Országgyűlési jegyzőkönyv. 1999. 104. ülésnap. www.mkogy.hu/naplo98/104.

²⁵⁷ Erre a hiányosságra Vojnik Mária és felhívta a figyelmet parlamenti felszólalásában. Országgyűlési jegyzőkönyv. 1999. 104. ülésnap. www.mkogy.hu/naplo98/104.

²⁵⁸ Már a részletes parlamenti vitában is felmerült az a kérdés, hogy lehet-e a praxisjogot a praxis, a körzet nélkül értelmezni. Annak ellenére, hogy megoszlottak az álláspontok, az egységes jogértelmezés érdekében a később megszületett törvény sem pontosította ezt a kérdést, mely igen komoly zavarokat okozott közel egy éven át a jogalkalmazásban.

²⁵⁹ Kökény Mihály parlamenti felszólalása. Országgyűlési jegyzőkönyv. 1999. 104. ülésnap. www.mkogy.hu/naplo98/104.

betegek köre, azaz a praxis jelenti, amit olyan vagyónként határozott meg, ami már bérbe adható, átruházható és örökölheto. A praxist természetesen csak praxisjoggal rendelkező orvos működtethetné, de nem lenne szükséges, hogy a praxisjoggal rendelkező orvos tulajdonos is legyen. A felszólaló emiatt a közalkalmazott házi orvosokat teljesen ki is zárta volna a működtetési jog köréből.²⁶⁰ A praxisjog, illetve a praxis előbb ismertetett sajátos megfogalmazása azonban a Javaslatból egyértelműen nem volt kiolvasható, a tervezet indoklása praxisról, mint jogintézményről nem is beszélt. Komoly értelmezési gondot jelentett a működtetési jog megszerzése iránti engedély és a működési engedély elhatárolása is.

- f) Az egyik legtöbb vitát kiváltó rendelkezése volt a Javaslatnak a működtetési jog forgalomképességének, *vagyoni értékének megítélése*. Több hozzászólás hiányolta a Javaslatból a működtetési jog magánjogi jellegének meghatározását, apportálási lehetőségét, az értékét meghatározó konkrét tényezők megjelölését.²⁶¹
- g) Vita alakult ki abban a tekintetben is, hogy a Javaslat a működtetési jogot kizárólag az alapellátásban *területi ellátási kötelezettséggel* dolgozó orvosoknak kívánta megadni.²⁶²
- h) Eltérően ítélték meg a parlamenti pártok azt is, hogy az egészségügyi alapellátásban területi ellátási kötelezettséggel dolgozó házi orvost megillető működtetési jog bevezetése mennyiben érinti az *önkormányzatok* törvényben meghatározott *ellátási felelősségét*. A kormány álláspontja szerint az új vagyoni értékű jog bevezetése természetesen semmilyen tekintetben nem befolyásolta volna az önkormányzatok jogait és kötelezettségeit, míg az ellenzéki pártok ezzel ellenkező véleményen voltak.²⁶³
- i) Sokan hiányolták a tervezetből a *vagyonátadásra* vonatkozó szabályokat, a kedvezményes feltételeket, a teljes vagy valóságos privatizációra vonatkozó részletes rendelkezéseket.²⁶⁴
- j) *Méltánytalannak* tartotta az ellenzék azt is, hogy a működtetési jogból eredő privatizációs lehetőségeket a tervezet először *kizárólag az alapellátásban* kívánta bevezetni. Súlyos

²⁶⁰ Erkel Tibor parlamenti felszólalása. Országgyűlési jegyzőkönyv. 1999. 104. ülésnap. www.mkogy.hu/naplo98/104.

²⁶¹ Keller László, Vojnik Mária parlamenti felszólalásai. Országgyűlési jegyzőkönyv. 1999. 104. ülésnap. www.mkogy.hu/naplo98/104. Volt olyan képviselő, aki fogalmi zavar miatt a működtetési jog alanyi jogon történő megszerzését keverte a praxis (és a hozzá tartozó vagyontárgyak) ingyenes megszerzésével, és hevesen tiltakozott a Javaslat ilyen tartalmú rendelkezései ellen. Erkel Tibor parlamenti felszólalása. Országgyűlési jegyzőkönyv. 1999. 106. ülésnap. www.mkogy.hu/naplo98/106

²⁶² Ennek oka az volt, hogy a területi ellátási kötelezettséggel rendelkező és nem rendelkező házi orvosok között egy erősen észlelhető feszültség alakult ki, mivel a területi ellátási kötelezettséggel nem rendelkező orvosoknak kivételes esetektől eltekintve csak a hozzájuk bejelentkezett betegeket kellett ellátniuk.

²⁶³ Szabó György parlamenti felszólalása. Országgyűlési jegyzőkönyv. 1999. 104. ülésnap. www.mkogy.hu/naplo98/104.

²⁶⁴ Béki Gabriella parlamenti felszólalása. Országgyűlési jegyzőkönyv. 1999. 106. ülésnap. www.mkogy.hu/naplo98/106

hibának minősítette az ellenzék azt is, hogy a *Javaslat tovább növeli azt a feszültséget*, ami az egészségügyi ellátás különböző területein dolgozó orvosok között már akkor is jelen volt.²⁶⁵ Kifogásolták a Javaslat azon rendelkezéseit is, melyek a törvény hatálybalépésekor az alapellátásban dolgozó háziorvosokat alanyi jogon, ingyen juttatták vagyoni értékkel rendelkező joghoz,²⁶⁶ míg a rendszerbe akár egy pár nappal később belépő orvosra már komoly nagyságrendű terhet róttak.²⁶⁷ Elleneztek tehát, hogy a működtetési jog tervezetben szereplő bevezetésével bizonyos orvoskör előnyökhöz jusson, míg a szakellátásban dolgozó, vagy az alapellátásba később belépő orvosok hátrányos helyzetbe kerüljenek.²⁶⁸

- k) Több ellenzéki képviselő javasolta annak törvényi szintű megfogalmazását is, hogy a működtetési jog megszerzését követően a háziorvos szabadon választhassa meg, hogy milyen **formában** (egyéni, társas vállalkozás, közalkalmazotti jogviszony, vagy munkaviszony) kívánja az egészségügyi szolgáltatást nyújtani.²⁶⁹ Elhangzott azonban olyan álláspont is, mely szerint önálló praxis közalkalmazotti jogviszonyban nem képzelhető el.²⁷⁰

Ahhoz, hogy a működtetési joghoz jutó orvosok megfelelő jogi, gazdasági, finanszírozási és biztonságos működési garanciákat kapjanak a törvényben – az ellenzék szerint – időre lett volna szükség. Ezért ellenezte a törvény 2000. január 1. napjával tervezett hatálybaléptetését, és javasolta, hogy a törvénytervezet alapos egyeztetést követően csak 2001. tavaszán kerüljön újra a parlament elé, s az új szabályok csak 2001. január 1. napjától érvényesülhessenek.²⁷¹

A T/1849. számú törvényjavaslat zárószavazása 1999. december 21-én volt, amikor is az országgyűlés – egy szavazat hiányában - **nem fogadta el** a törvénytervezetet.

²⁶⁵ Mindenképpen meg kell említeni, hogy a privatizációs folyamatok szakellátásra történő kiterjesztését igen erősen korlátozta az az el nem hanyagolható körülmény, hogy a két ellátási forma (járóbeteg és fekvőbeteg ellátás) számos helyen integrálva (szakrendelés és szakambulancia egy kórház épületében) volt és van jelenleg is, melynek a megoldására sajátos szabályok kidolgozására van szükség.

²⁶⁶ Béki Gabriella parlamenti felszólalása. Országgyűlési jegyzőkönyv. 1999. 104. és 106. ülésnap. www.mkogy.hu/naplo98/104., www.mkogy.hu/naplo98/106

²⁶⁷ Kökény Mihály parlamenti felszólalása. Országgyűlési jegyzőkönyv. 1999. 104. ülésnap. www.mkogy.hu/naplo98/104.

²⁶⁸ Házas József parlamenti felszólalásában „pilótajátékhoz” hasonlította a törvényjavaslatot, melyben azok a frissen végzett fiatal orvosok, illetve a fekvőbeteg ellátást elhagyó szakorvosok fogják kifizetni az első körben résztvevő háziorvosokat, akik később szállnak be a játékba. Országgyűlési jegyzőkönyv. 1999. 104. ülésnap. www.mkogy.hu/naplo98/104.

²⁶⁹ Béki Gabriella parlamenti felszólalása. Országgyűlési jegyzőkönyv. 1999. 106. ülésnap. www.mkogy.hu/naplo98/106

²⁷⁰ Az egymásnak ellentmondó és olykor zavaros hozzászólások a praxisjog teljesen pontatlan és érthetetlen megfogalmazásból adódtak. Erkel Tibor parlamenti felszólalása. Országgyűlési jegyzőkönyv. 1999. 106. ülésnap. www.mkogy.hu/naplo98/106

²⁷¹ Kökény Mihály és Vojnik Mária parlamenti felszólalásai. Országgyűlési jegyzőkönyv. 1999. 106. ülésnap. www.mkogy.hu/naplo98/106

2.2. A T/2095. számú törvényjavaslat és parlamenti vitája

Rövid átgondolást és átdolgozást követően született meg a *T/2095. számú törvényjavaslat* (továbbiakban: II. Javaslat)²⁷², melyet 2000. január hó 31. napján tűzött először napirendjére az országgyűlés.

A II. Javaslat a működtetési jog jogosultjainak köréből már nem zárta ki a házi gyermekorvosokat, felismerve, hogy a háziorvosi és *házi gyermekorvosi szolgálat* csak együtt szabályozható.

A tervezet elejét kívánta venni a *területi ellátási kötelezettség nélkül működő* háziorvosok alkotmányos jogait sértő megkülönböztetésnek, és működtetési jogot biztosított az ebben a körben dolgozó, legalább 200 kártyával rendelkező háziorvosok részére is.²⁷³ Tekintettel azonban arra, hogy a II. Javaslat általános indoklása szerint az adott orvos személyes ellátási kötelezettségének egyik legfőbb biztosítékát a területi ellátási kötelezettség elve jelenti, az anélkül működő háziorvosok működtetési jogára megszorításokat írt elő. Eszerint a területi ellátási kötelezettség nélkül működő háziorvosok működtetési jogától *megvonta az átruházhatóság* illetve *folytathatóság*, mint fontos kritériumok engedélyezését. Ezzel a korlátozással kívánta a jogalkotó elérni, hogy az ilyen háziorvosok is előbb vagy utóbb területi ellátási kötelezettséggel vállaljanak csak ellátási feladatot.

Az önálló orvosi tevékenységet a II. Javaslat is az alapellátásban szerette volna szabályozni, hivatkozva arra, hogy a működtetési jogot nem lehet az egész orvostársadalomra kiterjeszteni. Ugyanakkor a *szakellátásban* dolgozó orvosok esetén *önálló törvényben* tervezte a működtetési jogra vonatkozó részletes szabályok kidolgozását és érvényesítését.²⁷⁴

A működtetési jogot a tervezet továbbra is egy adott orvost megillető hatósági engedélyként, *licencként*²⁷⁵ definiálta, meghatározta azonban a működtetési jog *magánjogi jellemzőit* is:

²⁷² A Magyar Köztársaság Kormánya által az önálló orvosi tevékenységről szóló T/2095. számú törvényjavaslat. Budapest, 2000. január. www.mkogy.hu/irom36/2095

²⁷³ Felismerte az egészségügyi vezetés, hogy a területi ellátási kötelezettség nélkül működő háziorvosi ellátás esetében nem lehet elvonni – még törvényi szabályozással sem – a *szerzett jogot*, nevezetesen azt, hogy háziorvosi ellátást nyújthassanak a jogalkotási folyamat idején is olyan tevékenységet folytatók. Így a működtetési jog megadása nem volt megtagadható ettől a kortól.

²⁷⁴ Az ellenzék javasolta, hogy a privatizálási folyamatok egyszerre induljanak meg az alapellátásban és a szakellátásban (Béki Gabriella parlamenti felszólalása. Országgyűlési jegyzőkönyv. 2000. 113. ülésnap. www.mkogy.hu/naplo98/113). A kormánypárti képviselők viszont úgy ítélték meg, hogy az ellenzék olyan orvoscsoportok számára követel jogosultságokat, akiknek még a fejlett európai országokban sincsenek ilyen jogosítványai. (Lezsák Sándor parlamenti felszólalása. Országgyűlési jegyzőkönyv. 2000. 113. ülésnap. www.mkogy.hu/naplo98/113).

²⁷⁵ A parlamenti vitában cáfolták a működtetési jog „licenc” jellegét arra hivatkozva, hogy a licenc a szabadalom felhasználási jogát, gyártási engedélyt jelent, amihez semmi köze nincs az önállóan orvosi tevékenység végzéséhez szükséges engedélynek. (Erkel Tibor parlamenti felszólalása. Országgyűlési jegyzőkönyv. 2000. 113. ülésnap. www.mkogy.hu/naplo98/113)

„A működtetési jog olyan *személyhez* kapcsolódó *vagyoni értékű* jog, amely jogszabályban meghatározott feltételek fennállása esetén *elidegeníthető* és *folytatható*.”

„A működtetési jog *bérbe, haszonbérbe nem adható* és gyakorlásának joga sem ingyenesen, sem visszterhesen más részére *át nem engedhető*.”

Ezzel a fogalommal a jogalkotó pontot szeretett volna tenni arra a korábbi vitára, mely a praxis, illetve a praxisjog elidegeníthetősége körében felmerült téves következtetések miatt alakult ki. Hiszen a praxisról, illetve a praxist alkotó vagyontárgyak elidegenítéséről a törvénytervezetben továbbra sem rendelkezett, viszont egyértelműen **deklaráta a működtetési jog, mint vagyoni értékű jog elidegeníthetőségét**.²⁷⁶ Ennek ellenére a parlamenti vita során újra napirendre került a működtetési jog (praxisjog) és a praxis elválaszthatatlanságának, egymás nélküli értelmezhetetlenségének a kérdése.²⁷⁷

Az ellátás folyamatosságának biztosítása érdekében a lassú és sokszor körülményes eljárási procedúrát jelentő öröklés helyett a jogosult halálát követő személyváltás más formáját kívánta bevezetni a II. Javaslat. Ennek érdekében kimondta, hogy a működtetési jog nem örökölhető, hanem a jogosult halála esetén házastársa, illetve egyenesági leszármazója által **folytatható**. A törvényjavaslat részletesen rendezte a működtetési jog folytatás útján történő megszerzésére, illetve a folytatásra jogosított személyek általi elidegenítésére vonatkozó részletes szabályokat is.²⁷⁸

A II. Javaslat is **alanyi jogon**, határozat nélkül tervezte működtetési joghoz juttatni a hatálybalépéskor saját jogon (nem kizárólag helyettesítés alapján) háziorvosként, házi gyermekorvosként vagy fogorvosként dolgozó orvosokat – ide értve a munkavégzésükben akadályozott orvosokat is - a betegellátás folyamatossága és az esetleges fennakadások elkerülése érdekében.

A törvényjavaslat lényeges rendelkezése volt, hogy a működtetési jog átruházását 2000. december 31. napjáig kizárólag csak abban a méltányolható esetben engedélyezte, ha az orvos halálát követően folytatásra jogosult személy nem felelne meg a működtetési jog engedélyezéséhez szükséges feltételeknek.

²⁷⁶ Más kérdés azonban, hogy a vagyoni értékű jog átruházhatóságának kimondása újabb, a tulajdonjog tárgyát is feszegető magánjogi jellegű elméleti vitára adnak alapot.

²⁷⁷ Erkel Tibor – korábbi felszólalásához hasonlóan - továbbra sem tudta elfogadni a működtetési jog, mint személyre szóló engedély forgalomképességét, pusztán a praxis tárgyi feltételei vonatkozásában értelmezte az átruházás jogát. (Erkel Tibor parlamenti felszólalása. Országgyűlési jegyzőkönyv. 2000. 113. ülésnap. www.mkogy.hu/naplo98/113).

²⁷⁸ Ezek a szabályok a már elfogadott 2000. évi II. törvény bemutatásánál kerülnek ismertetésre.

Ezt a törvényjavaslatot – a korábbiakhoz hasonlóan – szintén igen nagy ellenérzés fogadta. A korábbi törvényjavaslattal szembeni aggályok tovább erősödtek, a ***korábbi kritikák újabbakkal egészültek ki.***

- a) A parlamenti vitában alapvető problémaként merült fel, hogy a II. Javaslat sem adott egyértelmű választ arra a sarkalatos kérdésre, hogy a működtetési jog ***kapcsolódik-e egy konkrét háziiorvosi körzethez vagy sem.*** A kérdés folyamatos tisztázatlanságát mutatja az is, hogy a parlamenti felszólalók egy része a területhez kötöttség relevanciájából kiindulva fogalmazta meg mondanivalóját, míg mások azért nem értették a felvetett problémákat, mert konkrét földrajzi körzettől független engedélyként értelmezték a bevezetni kívánt jogintézményt.
- b) A másik általánosan elfogadott kritikai vélemény szerint pedig a tervezet olyan finanszírozási környezetben kívánt ***anyagi terheket hárítani a házi orvosokra,*** amely nem irányzott elő többletforrásokat az ellátás biztonságának és minőségének javítására, hanem azt az eddig is megkapott finanszírozási összeg terhére utalta.²⁷⁹ Másrészt azonban méltánytalannak tartották, és továbbra is sérelmezték, hogy bizonyos orvoskör ingyenesen jusson egy esetleg milliós nagyságrendű vagyoni értékű joghoz. Érezhető volt tehát az ellenzéki vélemények között is az ellentmondás, hiszen az egyik az orvosok megkárosítását vélelmezte, míg a másik az orvosok indokolatlan meggazdagodását valószínűsítette.²⁸⁰
- c) Számos kritikai megjegyzés hangzott el a működtetési jog ***folytathatósága*** tárgyában is. Egyes képviselők teljesen *értelmezhetetlennek* és *kidolgozatlannak* tartották a magyar jogrendszerben, míg mások példaként hozták fel az egyéni vállalkozás, a gyógyszerári működtetési jog vagy a lakásbérleti jog folytatásának a magyar jogban ismert rendelkezéseit.²⁸¹ Sérelmezték másrészt, hogy a működtetési jog megszerzéséhez szükséges feltétellel nem rendelkező folytatásra jogosultak számára az elidegenítésre

²⁷⁹ Az akkor már elfogadott költségvetés 5%-kal növelte pusztán a finanszírozás összegét. Kökény Mihály szerint az egészségügyi vezetés ezzel a reformjavaslattal „virtuális világot akart ültetni a háziiorvosi rendszer tényleges szereplőinek retinája helyébe.” Elfogadhatatlannak tartotta, hogy egy új jogintézmény olyan évben lépjen életbe, amelyben a háziiorvosi kasszána a reálértéken tartása sem volt biztosított. Kökény Mihály parlamenti felszólalásai. Országgyűlési jegyzőkönyv. 2000. 113. és 114. ülésnap. www.mkogy.hu/naplo98/113, www.mkogy.hu/naplo98/114.

²⁸⁰ Lezsák Sándor parlamenti felszólalása. Országgyűlési jegyzőkönyv. 2000. 113. ülésnap. www.mkogy.hu/naplo98/113

²⁸¹ Keller László, Mátrai Márta és Toller László parlamenti felszólalásai. Országgyűlési jegyzőkönyv. 2000. 113. ülésnap. www.mkogy.hu/naplo98/113

nyitvaálló 6 hónapos határidő alatt az ellátás csak helyettesítéssel lesz megoldható, ami méltánytalan a betegekkel szemben.²⁸²

- d) Már a parlamenti vita során is problémaként fogalmazódott meg a praxisjog **egyéves elidegenítési tilalma** miatt esetlegesen kialakuló lehetetlen helyzetek kezelése.²⁸³ A későbbi gyakorlat be is bizonyította, hogy a merev tilalom súlyosan méltánytalan helyzetbe hozott olyan, egyébként alanyi jogon praxisjogot szerző orvosokat, akik valamilyen (családi vagy egyéb) oknál fogva egy éven belül másik földrajzi területen kívántak működtetési joghoz jutni. Normál esetben lehetőségük lett volna a saját működtetési jog átruházásából eredő összeggel is kalkulálni a másik praxisjog megvásárlása során²⁸⁴, a tilalom miatt azonban le kellett mondaniuk az egyébként vagyoni értékű jogukról ahhoz, hogy másikat szerezhessenek.
- e) Több ellenzéki képviselő is sérelmezte, hogy az átdolgozott javaslat - minden igyekezet ellenére – továbbra is sérti a **területi ellátási kötelezettség nélkül működő** háziorvosok alkotmányos jogait, mivel a számukra biztosított működtetési jogot a legfontosabb tulajdonságától – a forgalomképességétől és a folytathatóságától – fosztotta meg. A kritikai hozzászólások másrészt a háziorvosok egységes jogállását látták veszélyeztetve azáltal, hogy a tervezet ily módon tett különbséget az alapellátásban dolgozó orvosok között.²⁸⁵
- f) A II. Javaslatban rejlő óriási bizonytalansági tényező volt a háziorvos, éppen aktuális **önkormányzati szándék** miatti függő helyzete. Már a parlamenti viták során is felmerült, hogy – az önkormányzatok ellátási felelősségének változatlanul hagyása mellett - az új szabályozás továbbra sem tud változtatni a háziorvosok kiszolgáltatottságán. Ez pedig igen erős gátat szabott azoknak a célkitűzéseknek, melyeket a működtetési jog bevezetésével kívánt elérni az egészségügyi kormányzat.²⁸⁶

²⁸² Eörsi Mátyás parlamenti felszólalása. Országgyűlési jegyzőkönyv. 2000. 114. ülésnap www.mokgy.hu/naplo98/114

²⁸³ Keller László parlamenti felszólalása. Országgyűlési jegyzőkönyv. 2000. 113. ülésnap. www.mkogy.hu/naplo98/113

²⁸⁴ A törvényjavaslat, illetve a későbbi törvény meghatározott esetekben a tilalmi idő alatt is lehetővé tette az elhunyt háziorvos házastársa vagy leszármazója számára a működtetési jog átruházását. Amennyiben egy ideálisabb helyen lévő, vagy jobban jövedelmező körzet a háziorvos elhalálozása folytán megüresedett, az azt megszerezni kívánó háziorvosnak - az orvosi kamarai gyakorlat - értelmében le kellett mondania az egyébként szintén vagyoni értékkel bíró jogáról, hiszen minden háziorvos csak egy működtetési joggal rendelkezhetett.

²⁸⁵ Erkel Tibor és Keller László parlamenti felszólalásai. Országgyűlési jegyzőkönyv. 2000. 113. ülésnap. www.mkogy.hu/naplo98/113

²⁸⁶ Ez a kiszolgáltatottság több területen is felmerült. A tervezett rendelkezések egyrészt *korlátozták* a praxisjogát átruházni kívánó háziorvos *partnerválasztási szabadságát*, mivel az egészségügyi rendszerben érvényesülő elvek alapján csak olyan – egyébként az előírt feltételeknek is megfelelő - orvos szerepelhet vevőként, akivel az önkormányzat is hajlandó szerződést kötni, vagy akit éppen maga az önkormányzat

- g) Az egy-két ellenzéki észrevétel ellenére sajnos nem kapott kellő hangsúlyt, hogy a *fogorvosi alapellátás* tekintetében nem ugyanolyanok a működési körülmények, mint a háziorvosi, illetve házi gyermekorvosi körzetekben, ezért eltérő szabályok kidolgozására lett volna szükség.²⁸⁷ Ezek a különbségek azonban csak a területhez kötött működtetési jog esetén bírtak jelentőséggel, amit a minisztérium nem fogadott el. Ez volt az oka annak, hogy így ezzel a kérdéssel nem is foglalkoztak érdemben.
- h) A működtetési jog kiemelését és forgalomképesé tételét az ellenzék *nem tekintette valóságos privatizációnak*. Kizárólag a „praxis” privatizálása jelenthetett volna valóságos és teljes privatizációt. A működtetési jog - mint az orvos élettapasztalatán alapuló know-how – megalkotását „alibitevékenységnek” nevezte, sajátos „Barba-trükk”-ként értelmezte csak. Ennek megfelelően a praxisjog mellől nem hiányozhat a praxis meghatározása, hiszen a működtetési jog a praxisra irányul, és egyik a másik nélkül nem értelmezhető.²⁸⁸ A praxisról, annak fogalmáról vagy összetevőiről a törvényjavaslat valóban nem rendelkezett, s ezen az ellenzéki javaslat sem változtatott.²⁸⁹
- i) Már a parlamenti vitában is többen felvetették a *működtetési jog értékét*, közgazdasági tartalmát meghatározó tényezők körül érezhető bizonytalanságot. Ez a bizonytalanság szélsőséges vélemények kialakítását gerjesztette, melyek közül volt olyan, amelyik az adott körzet „paraszolvencia fizető képességét” jelölte meg legfontosabb szempontként.²⁹⁰ Más vélemény szerint a „megbetegedési mutatók” válnak értékesíthetővé a működtetési

választott ki. Másrészt az önkormányzat és a háziorvosi szolgálat közötti szerződés kógens elemeire vonatkozó szabályozás hiányában az önkormányzatnak a tervezet továbbra is biztosította azt a jogot, hogy a szerződésben esetleg megjelölt felmondási idő betartásával bármikor, indoklás nélkül, egyoldalúan megszüntesse a háziorvosi alapellátás tárgyában létrejött jogviszonyt, amivel azonban teljesen bizonytalanná válik a háziorvos esetleg többmilliók beruházásainak jogi sorsa. Ezen a keserű tényen megint csak a kétharmados többséget igénylő önkormányzati törvény módosításával lehetett volna változtatni. Ebben a helyzetben talán megfontolandó lett volna De Gaulle tanácsa: „Amit nem tudsz megakadályozni, azt támogasd, de akkor szabályozd, tartsd rendben és vidd értelmesen tovább!”

²⁸⁷ Szabó Sándorné parlamenti felszólalása. Országgyűlési jegyzőkönyv. 2000. 114. ülésnap www.mokgy.hu/naplo98/114

²⁸⁸ Erkel Tibor parlamenti hozzászólása. Országgyűlési jegyzőkönyv. 2000. 114. ülésnap www.mokgy.hu/naplo98/114

²⁸⁹ Valószínű, hogy a II. Javaslat és így az elfogadott törvény azért nem tett még kísérletet sem a praxis fogalmának meghatározására, mert az adott földrajzi ellátási terület (körzet) vagy a praxisához tartozó ingatlanon és egyéb tárgyi eszközökön fennálló tulajdonosi helyzet vizsgálata során valamilyen alkotmányossági aggályon túl felmerülhetett volna az önkormányzati törvény módosításának igénye, ami nehéz helyzetbe hozta volna a kormányt. Erkel Tibor parlamenti hozzászólása. Országgyűlési jegyzőkönyv. 2000. 114. ülésnap www.mokgy.hu/naplo98/114

²⁹⁰ Eörsi Mátyás véleménye szerint ott lesz a működtetési jog értéke nagy, ahol magas paraszolvenciára lehet számítani, másutt pedig kevesebb. Így a kormány a működtetési jog bevezetésével a paraszolvenciához való jogot privatizálta. Eörsi Mátyás parlamenti felszólalása. Országgyűlési jegyzőkönyv. 2000. 114. ülésnap www.mokgy.hu/naplo98/114

jog átruházásával, mivel az idősebb, betegebb populáció többet ér, nagyobb finanszírozás várható egy ilyen körzet esetén.²⁹¹

- j) Volt olyan álláspont is, mely szerint a II. Javaslat egy külön „*kasztot*” hoz létre az orvosdinasztiák megerősítésével, mivel csak a birtokban lévő orvosoknak, és azok hozzátartozóinak nyújt előnyöket és kedvezményeket. Egy másik társadalmi rétegből érkező orvos azonban csak komoly anyagi terhet vállalva lesz képes bekerülni a háziiorvosi szolgálat működtetőinek körébe, ami legalizálja az esélyegyenlőtlenséget a frissen végzett és szakvizsgázott orvosok között.²⁹² A Kormány ennek tudatában kedvezményes hitelkonstrukciók kidolgozásával kívánta elősegíteni a praxisjog vásárlását. Ellenzéki képviselők továbbra is elszórtan minősítették az új jogintézmény februári bevezetését és felkészülési időt javasoltak, melyet a törvény 2001. január 1-jei hatálybalépítésével kívántak elérni.

A három ellenzéki párt különböző *módosító indítványokat* nyújtott be megvitatásra a parlament elé, az Országgyűlés azonban egyiket sem fogadta el. A II. Javaslat zárószavazására 2000. február hó 4-én, a 115. ülésnapon került sor, ahol a törvényjavaslatot a Parlament elfogadta. Az önálló orvosi tevékenységről szóló **2000. évi II. törvénnyel** (a továbbiakban: Öotv.) egyidőben, azaz 2000. február hó 26. napján lépett *hatályba a háziiorvosi működtetési jog megszerzéséről és visszavonásáról, valamint a háziiorvosi tevékenységhez szükséges ingó, ingatlan vagyon és működtetési jog megszerzésének hitelfeltételeiről* szóló, az Öotv. végrehajtására kiadott **18/2000. (II.25.) Korm. rendelet** (továbbiakban: Vhr.) és *a háziiorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről* szóló, azt újraszabályozó **4/2000. (II.25.) EüM rendelet**.

3. Az Öotv. hatálybalépését követő jogértelmezési és jogalkalmazási „káosz”

Már a törvény és a végrehajtása tárgyában kiadott rendeletek hatályosulásától tovább folytatódott az a parlamenti vitákban is többször napirendre kerülő alapvető jogértelmezési probléma, miszerint a jogszabályokból nem volt megállapítható egyértelműen a praxisjog földrajzi területhez kötöttségének kérdése. Az Öotv.-t kétféle módon lehetett értelmezni:

- a) vagy úgy, hogy a működtetési jog *általában*, az egész ország bármely háziiorvosi körzetében jogosít önálló háziiorvosi tevékenység végzésére,

²⁹¹ Szabó Sándorné parlamenti felszólalása. Országgyűlési jegyzőkönyv. 2000. 114. ülésnap www.mokgy.hu/naplo98/114

b) vagy pedig úgy, mint **egy konkrét háziorvosi körzet** ellátására irányuló jogosultságot.

a) A működtetési jog **egész országra érvényes, bármelyik háziorvosi körzetben felhasználható** módon történő értelmezése szerint azok a háziorvosok értékesíthetik szabadon működtetési jogukat, akik szeretnének felhagyni háziorvosi munkájukkal. Szabad döntési joguk van azonban az önkormányzatoknak is abban a vonatkozásban, hogy kivel szeretnének a jogszabályi feltételeknek megfelelő orvosok közül szerződést kötni területi ellátási kötelezettségre. Választhatják a régi orvos által megjelölt, esetleg annak a működtetési jogát átvevő kollégát, de választhatnak bárki olyan orvost is, aki már rendelkezik joggal. Ilyenkor a régi orvos kell találjon magának egy olyan kollégát, aki úgy kíván területi ellátási kötelezettséggel háziorvosi tevékenységet végezni, hogy még nincs praxisjoga. A praxisváltás így nem jár együtt a működtetési jog elidegenítésével és újabb jog megvásárlásával.²⁹³

Ez az értelmezési mód gyakorlatilag a működtetési jog személyhez kötöttségét állítja szembe a konkrét körzethez kötöttséggel. Az egész országban felhasználható működtetési jog tehát csak egy országos rendszerbe való belépésre, nem egy konkrét háziorvosi körzetben történő működésre jogosít. Ez az intézmény így valójában országos kvótát állapít meg, ahová csak „üresedés” esetén lehet bekerülni. Bordás Mária ezt olyan „tagsági jogként” értelmezte, ahol belépéskor egy pénzösszeget kell fizetni, amit kikerüléskor (nyugdíj, pályaelhagyás, halál) egy újabb belépő visszafizet. Emiatt – véleménye szerint – az egész ország területére érvényes működtetési jognak *nincs jogilag értékelhető tartalma* a jogosultságok tekintetében, hiszen az Öotv. hatályba lépését megelőzően is, az orvosi egyetemi diplomával és megfelelő szakvizsgával rendelkezők szintén jogosultak voltak területi ellátási kötelezettséggel háziorvosi tevékenységet végezni.²⁹⁴ Éppen ezért az egész országra szóló működtetési jog vagyoni értéke nehezen értelmezhető, mert kiüresednek azok a vagyoni értékek amelyek értelemszerűen csak konkrét háziorvosi körzethez kötődnek.

²⁹² Béki Gabriella és Turi-Kovács Béla parlamenti felszólalásai. Országgyűlési jegyzőkönyv. 2000. 113. ülésnap. www.mkogy.hu/naplo98/113

²⁹³ Egészségügyi Minisztérium Egészségpolitikai Főosztály Budapest, 2001. május hó 30. napján kelt állásfoglalása.

²⁹⁴ Alkotmánybírósági indítvány jogszabály alkotmányellenességének utólagos megállapítására és mulasztásban megnyilvánuló alkotmányellenesség megszüntetésére. Indítványozók: *Magyar Orvosi Kamara* (MOK), a *Falusi Körzeti Orvosok Országos Szövetsége* (FAKOSZ) és a *Házi Gyermekorvosok Egyesülete* (HGYE). Készítette: Dr. Bordás Mária. Budapest, 2001. július 26. Munkaanyag. 6-7.o.

b) **Konkrét háziiorvosi körzetre** szóló működtetési jog esetén a praxisjogosult csak a háziiorvosi körzet szerint illetékes önkormányzattal köthet szerződést. Így amennyiben a háziorvos másik háziiorvosi körzetben kíván praktizálni, akkor első lépésként saját működtetési jogát kell elidegenítenie és csak ezután szerezheti meg azt, amelyik a kívánt háziiorvosi körzethez tartozik. A működtetési jog konkrét háziiorvosi körzethez kötöttségét igazolja az a tény is, hogy a praxisjog csak akkor képviselhet igazi vagyoni értéket, ha a jog kizárja a „versenytárac” piacra lépését egy adott földrajzi területen. (A működtetési jog esetében ezt a garanciát azonban bizonytalanná teszi az önkormányzatok önálló körzetalakítási, körzetmódosítási joga).

Másrészt a konkrét körzethez kötött működtetési jog értékét a *praxis paraméterei* is meghatározzák. A praxishoz tartozó betegkör, a betegkörre vonatkozó adatok, dokumentációk, információk, tapasztalatok, stb. olyan sajátos „goodwill”-nek tekinthetők, amelyek szükségképpen csak egy konkrét körzet részét képezhetik. Ugyanígy meghatározó jelentőségű a praxisjog értéke szempontjából a háziiorvosi rendelő állapota és felszereltsége még akkor is, ha azok esetleg még önkormányzati tulajdonban vannak és a háziorvos csak külön szerződés értelmében használhatja azokat. Ennek értelmében a háziorvos csak egy adott körzethez kötött praxisjog esetén érdekelt a háziiorvosi szolgálat fejlesztésében, hiszen csak így tudja növelni praxisjoga értékét. Nem elhanyagolható szempont az sem, hogy ez az egészségügyi alapellátás színvonalára is pozitív hatást gyakorol.

Az Öotv. és a végrehajtása tárgyában született jogszabályok hatályosulását követően a joggyakorlatban a működtetési jognak mindkét – előbb ismertetett – értelmezési módja érvényesült. Ez azonban a működtetési jog forgalmát végletesen összezavarta, kiszámíthatatlanná tette, ami végül teljes jogbizonytalansághoz vezetett.

A működtetési engedélyek kiadására jogszabályban felhatalmazott **Magyar Orvosi Kamara** – a jogalkalmazói értelmezés alapján – a működtetési jogot *konkrét háziiorvosi körzethez* kötött jogként értelmezte, és határozatában következetesen (praxiskóddal) megjelölte azt a háziiorvosi körzetet is, ahová a működtetési jogot kiadta. A Magyar Orvosi Kamarának azonban nem volt érdemi befolyása az **önkormányzatokra**, így az önkormányzatok a praxisjogot kétféleképpen értelmezték.

A helyzetet tovább bonyolította, hogy az **Egészségügyi Minisztérium** a működtetési jogot az egész országra érvényes módon értelmezte. A minisztérium tisztségviselői 2000. tavaszán, az ország több városában ebben a témában rendezett konferenciákon egyhangúan úgy nyilatkoztak, hogy a működtetési jogot csak az egész országra érvényes jogként lehet értelmezni. Kilényi Géza miniszteri biztos, majd az egészségügyi miniszter levélben többször felhívta a Magyar Orvosi Kamara figyelmét az általa jogellenesnek tartott jogalkalmazási gyakorlat megszüntetésére. Ezen túlmenően az Egészségügyi Minisztérium rendszeresen válaszeveleket is küldött a hozzá beérkezett panaszokra és megkeresésekre, amelyekben kinyilvánította, hogy a működtetési jogot csak az általa értelmezett módon lehet alkalmazni.²⁹⁵

Ennek megfelelően különböző „*patthelyzetek*” alakultak ki szerte az országban:

- Előfordult, hogy az önkormányzat – a minisztériumi álláspontot követve – egy más körzetben megszerzett működtetési joggal rendelkező orvossal kötött szerződést a saját körzetére arra hivatkozással, hogy a működtetési jog bárhol felhasználható. Az a háziorvos azonban, aki az adott háziorvosi körzetre kapott még korábban a Magyar Orvosi Kamara illetékes megyei szervezetétől működtetési jogot, nem tudta vagyoni értékű jogát értékesíteni, mivel az adott körzetre vonatkozóan az önkormányzat már leszerződött egy másik orvossal, aki pedig nem volt hajlandó megvenni a korábbi jogosult praxisjogát arra hivatkozással, hogy neki már van egy.
- Természetesen fordítva is előállt ugyanez a szituáció akkor, amikor az önkormányzat nem kötött szerződést mindaddig a háziorvossal, amíg az az adott háziorvosi körzetre nézve nem szerezte meg a működtetési jogot. Pl. egy nyugdíjba vonulás miatt „megüresedett” háziorvosi állást pályázat útján nyert el egy másik körzetben praxisjoggal már rendelkező orvos. Itt azonban a minisztériumi állásfoglalás ellenére csak helyettes háziorvosként tudták alkalmazni és ragaszkodtak ahhoz, hogy korábbi körzetéhez tartozó működtetési jogát (lemondással vagy átruházással) megszüntetve vásárolja meg az időközben nyugdíjas kolléga adott körzetre szóló praxisjogát.

A már több, mint egy éve zajló eredménytelen vitát követően a *Magyar Orvosi Kamara* (MOK), a *Falusi Körzeti Orvosok Országos Szövetsége* (FAKOSZ) és a *Házi*

²⁹⁵ Alkotmánybírósági indítvány jogszabály alkotmányellenességének utólagos megállapítására és mulasztásban megnyilvánuló alkotmányellenesség megszüntetésére. Indítványozók: *Magyar Orvosi Kamara* (MOK), a *Falusi Körzeti Orvosok Országos Szövetsége* (FAKOSZ) és a *Házi Gyermekorvosok Egyesülete* (HGYE). Készítette: Dr. Bordás Mária. Budapest, 2001. július 26. Munkaanyag. 8.o.

Gyermekorvosok Egyesülete (HGYE) a Budapesten, 2001. július 26. napján kelt indítványukkal az Alkotmánybírósághoz fordultak arra hivatkozva, hogy az Öotv. rendelkezései mind tartalmilag, mind pedig formai szempontból alkotmányellenesek. A beadvány szerint az Öotv. *tartalmilag* azért alkotmányellenes, mert homályos és ellentmondó rendelkezéseivel sérti a jogbiztonságot és a tulajdonnal való rendelkezés jogát. A törvény nem szabályozza világosan és egyértelműen a működtetési jog tartalmát, s az jogértelmezés útján sem állapítható meg. *Formailag* pedig azért, mert a Egészségügyi Minisztérium és a Kormány – mint a törvény-előkészítésért felelős szervek - a törvényalkotási eljárás szabályait súlyosan megsértették akkor, amikor az Öotv. tervezetét 1999. őszén nem egyeztették az indítványozókkal.

Az MOK és az Egészségügyi Minisztérium között folyó jogértelmezési csata és a szinte megoldhatatlannak látszó helyzetek folyamatos kialakulása arra késztették a Kormányt, hogy végre törvényi szinten tegyen pontot a vita végére. Az egészségügyi közszolgáltatások nyújtásáról, valamint az orvosi tevékenység végzésének formáiról szóló **2001. évi CVII. törvény 26.§ n) pontja** 2002. március hó 31. napjától oly módon módosította az Öotv.-t, hogy egyértelművé vált a működtetési jog területhez – pontosabban – háziiorvosi körzethez kötöttsége.

"2. § (1) A háziorvos önálló orvosi tevékenységet - akadályoztatásának jogszabályban meghatározott eseteit kivéve - csak személyesen folytathat az önkormányzat által meghatározott háziiorvosi körzetben, a működtetési jogot engedélyező határozat jogerőre emelkedésétől.

(2) A működtetési jog alapján végezhető önálló orvosi tevékenység - törvényben meghatározott kivétellel - csak a települési önkormányzat rendeletében meghatározott háziiorvosi körzetben folytatható."

Ez a törvényi módosítás legalizálta az akkor már több, mint két éve folyó orvosi kamarai gyakorlatot, mely megítélésem szerint is az egyetlen értelmezési módja lehet csak a működtetési jognak.

A működtetési jog konkrét háziiorvosi körzethez kapcsolásával azonban sérülni látszott a települési önkormányzatok egészségügyi alapellátásban törvény által biztosított **önálló igazgatáshoz fűződő joga**. Az ilyen módon értelmezett működtetési jog ugyanis annyiban korlátozhatja az önkormányzatok autonómiáját, hogy az adott települési önkormányzat választási lehetősége leszűkül arra a háziorvosra, aki a konkrét háziiorvosi körzetre rendelkezik érvényes működtetési joggal. A korábban említett alkotmánybírósági indítvány ezt is sérelmezte és sürgette a hatályos rendelkezések mielőbbi módosítását.

Az egészségügyi vezetés azonban 2002. áprilisában gyakorlatilag „teljesen kifogta a szelet az alkotmánybírósági indítvány vitorlájából” azzal a kormányrendelettel, mellyel nemcsak pontosan meghatározta a *háziiorvosi körzet* fogalmát, de a működtetési jog elidegenítés útján történő megszerzésénél a működtetési engedély kiadásának feltételéül írta elő az adott orvossal szembeni önkormányzati döntés hiteles igazolását.²⁹⁶ Ezzel a jogalkotó átadta a települési önkormányzatoknak az elsődleges döntés jogát abban a kérdésben, hogy kivel kívánják ellátatni az egészségügyi alapellátás adott részterületét, és az orvosi kamara illetékes megyei szervezete csak ennek függvényében adhatja ki a választott orvosnak a működtetési jogot. Ezzel a megoldással tovább erősödött az önkormányzatok autonómiája, önálló igazgatáshoz való joga.

²⁹⁶ A működtetési jog elidegenítés útján történő megszerzése esetén a működtetési jogra vonatkozó kérelemhez csatolni kell az önkormányzat és a kérelmező által kötött előszerződést, vagy az önkormányzat nyilatkozatát arról, hogy a működtetési jog megszerzése esetén a kérelmezőt háziiorvosként kívánja alkalmazni. 71/2002. (IV.12.) Korm. rendelet 2.§ (1) bekezdés

V. A MŰKÖDTETÉSI JOG, MINT ÖNÁLLÓ VAGYONI ÉRTÉKŰ JOG

FOGALMÁNAK, LÉNYEGES SAJÁTOSSÁGAINAK ELEMZÉSE

Az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvényben (a továbbiakban Öotv.) meghatározott fogalom szerint a **működtetési jog** a Magyar Orvosi Kamara által a területi ellátási kötelezettséggel rendelkező háziorvos, házi gyermekorvos, illetve fogorvos részére adott önálló orvosi tevékenység nyújtására jogosító engedélyben foglalt jog. A törvény ezt követően a háziorvos összefoglaló elnevezést nem csupán a háziorvos és a házi gyermekorvos esetére használja, hanem a területi ellátási kötelezettséggel működő fogorvosokra is, nem utalva – sajnos – az eltérő sajátosságokra. A dolgozatomban ugyanezt a példát követem, így én is a háziorvos elnevezést használom mindhárom érintett szakterületre.

A címet olvasva felvetődik a kérdés, hogy valóban azonosítható-e egymással, illetve használható-e **szinonim kifejezésként** az alapellátásban önálló orvosi tevékenységre vonatkozó „működtetési jog” és a „praxisjog” elnevezés. Ellentmondásos a kérdés megítélése, mert a hatályos jogszabályok nem használják a praxis szót, s ebből fakadóan a praxisjog kifejezést sem, a jogalkotó is csak az Öotv. általános és részletes indoklásában említi zárójelben a „praxisjog” kifejezést, minden egyéb helyen működtetési jogról beszél. Ennek ellenére a köztudatban, a háziorvosok körében és gyakran a jogalkalmazásban is – a Magyar Orvosi Kamara megyei szervezeteit értve ez alatt – a praxisjog kifejezés ugyanolyan elterjedt, még ha nem is hivatalos az elnevezés.²⁹⁷

Az Öotv. határozza meg a működtetési jog főbb jellemzőit is a következőképpen:

„2.§ (3) A működtetési jog olyan, személyhez kapcsolódó vagyoni értékű jog, amely jogszabályban meghatározott feltételek fennállása esetén elidegeníthető és folytatható.”

Vizsgáljuk meg ezen fogalom-meghatározás egyes elemeit.

²⁹⁷ A „praxisjog” elnevezés kerülése valószínűleg azzal magyarázható, hogy a törvény születése körüli bonyodalmak során, korábban nem sikerült egyértelműen meghatározni, hogy a háziorvost megillető, önálló orvosi tevékenységre jogosító működtetési jog egy olyan országos jog, mely az egész ország bármely háziorvosi körzetében felhasználható, vagy csak konkrét háziorvosi körzetre szólhat. Az Egészségügyi Minisztérium a vitában kizárólag az egész ország területén felhasználható jogosultság kategóriáját fogadta el, ebből kifolyólag a területhez kötöttség elvét kifejező „praxisjog” elnevezést teljes mértékben tagadta és kerülte is minden joganyagban. A 2001. évi CVII. törvény azonban egyértelművé tette, hogy működtetési jog alapján önálló orvosi tevékenység kizárólag az adott önkormányzat által meghatározott háziorvosi körzetben végezhető, így szinonim fogalomként használom a két kifejezést.

1. A praxisjog, mint az orvos személyéhez kapcsolódó jogosultság

A jogalkotó egyértelműen **személyhez kapcsolódó jogként** definiálja a működtetési jogot. Le kell azonban szögezni, hogy a személyhez kapcsolódó jog nem azonos, és nem is lehet egyenlő a személyhez fűződő, illetve személyiségi jog kategóriájával.

Ez utóbbi jogok a jogalanyt megillető, közvetlenül személyes entitásukhoz tapadó, egészségükben illetve egyes nevesített esetekben külön védelemmel is ellátott alapjogok. A **személyiségi jogok** olyan értékeket és jog által védett érdekeket vesznek oltalmukba, amelyek az egyénben, magában rejlenek, és amelyek esetleg egyaránt megilletik a természetes személyeket, továbbá a jogi személyeket, valamint a polgári jogi személyiséggel nem rendelkező jogalanyokat is.²⁹⁸

Az önálló orvosi tevékenység végzésére jogosító **működtetési jog** nem tartozik ezen alapjogok közé. A jog „**személyessége**” pusztán két sajátosságot takar:

a) Működtetési jogot a Magyar Orvosi Kamara illetékes megyei szervezete kizárólag olyan orvosnak engedélyez, aki rendelkezik a jog megszerzéséhez szükséges – többek között -, az **orvos személyében fennálló feltételekkel**, melyek a következők:

- Az orvosnak rendelkeznie kell a háziorvosi tevékenység végzéséhez szükséges *szakképesítéssel*.²⁹⁹
- Az orvosnak szerepelnie kell az egészségügyi dolgozók *alap- és működési nyilvántartásában*.³⁰⁰
- Csak az a háziorvos végezhet önálló orvosi tevékenységet, aki a jogszabályokban előírt kötelező *alkalmassági* vizsgálatokon részt vett és megfelelt az egészségi, pszichikai, illetve fizikai alkalmassági követelményeknek.³⁰¹ Hiányosságként kell

²⁹⁸ Jogi Lexikon Szerk.: Lamm V., Peschka V. KJK-KERSZÖV Jogi és Üzleti Kiadó Kft. Budapest, 1999. (JOGI LEXIKON) 553-554.o.

²⁹⁹ A szükséges szakképesítésről a Hr. 11.§-sa rendelkezik. A házi gyermekorvosok és a fogorvosok esetében kizárólag a szakvizsga megléte ad lehetőséget a jogszerzésre, míg a háziorvosok tekintetében a jogszabályok enyhébbek, és pl. licencvizsgával, vagy belgyógyászati szakképesítéssel és 10 év háziorvosi gyakorlattal is lehet praxisjoghoz jutni. Ennek oka az, hogy a háziorvosi szakvizsga következetes és kötelező előírása esetén az országban komoly ellátási gondok lennének a háziorvosi alapellátásban, és távoli, vidéki körzetek maradnának háziorvos nélkül.

Az az orvos, aki 1998. december 31. napján háziorvosi tevékenységet látott el és akkor a reá irányadó öregségi nyugdíjkorhatárra jogosító életkora eléréséig legfeljebb 5 év volt hátra, és az ideiglenes működési engedélyét legfeljebb az öregségi nyugdíjkorhatárra jogosító életkora eléréséig meghosszabbították, a nyugdíjkorhatár eléréséig külön felmentés nélkül is folytathat még háziorvosi tevékenységet.

³⁰⁰ Az Eütv. értelmében **alpnnyilvántartást** kell vezetni minden olyan orvosról, aki a Magyar Állam által elismert orvosi diplomával rendelkezik. A **működési nyilvántartás** minden orvos személyére, szakképzettségére, továbbképzéseire, munkahelyeire vonatkozó adatainak közhiteles tanúsítása.

³⁰¹ A jogalkotó a kötelező alkalmassági vizsgálat bevezetésével annak próbált gátat szabni, hogy az (egyéni vagy társas) vállalkozási formában működő, esetleg betegségtudattal nem rendelkező, saját állapotukat objektíve nem ismerő háziorvosok időkorlát nélkül nem maradhassanak a rendszerben.

azonban megemlíteni, hogy kérdéskört szabályozó 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet (a továbbiakban: Hr.) nem tartalmaz rendelkezést az *ideiglenes alkalmasság* illetve *alkalmatlanság* esetén követendő eljárásra.

- b) A praxisjog személyes jellegéből fakad az orvosnak az a kötelezettsége is, miszerint a működtetési jog alapján végezhető önálló orvosi tevékenységet **személyesen** köteles végezni. Természetesen mentesül a kötelezettség alól, ha annak azért nem tud eleget tenni, mert keresőképtelensége, hivatalos távolléte, szabadság, vagy gyermekápolás, - gondozás stb. miatt a munkavégzésben akadályoztatva van. Ilyenkor a vállalkozó házi orvos köteles *helyettesről* maga gondoskodni. Közalkalmazott házi orvos esetében a helyettesítés megszervezése a munkáltatót terheli.³⁰²

A praxisjog jogosultjának személyes munkavégzési kötelezettsége elvileg kizárja, hogy az orvos (egyéni vagy társas) vállalkozása *közreműködőt* illetve *alvállalkozót* vegyen igénybe az önkormányzattal kötött szerződés teljesítése érdekében. Ennek azonban teljesen ellentmondani látszik az a gyakorlat, miszerint az igen nagy kártyaszámmal rendelkező házi orvosok, a kedvezőbb finanszírozás érdekében más, természetesen megfelelő képzettséggel rendelkező orvost alkalmaznak saját körzetükben a munkateher enyhítése céljából. Nem tisztázott még, hogy az alkalmazott orvos tevékenysége érinti-e, és ha igen mennyiben a praxisjogosult személyes munkavégzési kötelezettségét. Véleményem szerint két esetben lehet megengedett alkalmazott orvos foglalkoztatása a körzetben: egyrészt akkor, ha előre láthatóan *több hónapos helyettesítésre* lesz szükség pl.: hosszabb betegség, külföldi továbbképzés, vagy szülési szabadság miatt. Ilyenkor a működtetési jog megszerzéséhez szükséges feltételekkel rendelkező kérelmező orvosnak helyettesítésre ad hatósági engedélyt az orvosi kamara illetékes megyei szervezete. A másik esetben a szakvizsga letételéhez szükséges gyakorlati időt töltő *rezidens orvos* alkalmazása jöhet szóba, ahol azonban a működtetési joggal rendelkezős házi orvos szakmai felügyelete és felelőssége mellett dolgozhat csak a gyakornok. Egyéb esetben nem érvényesül a praxisjogból eredő személyes munkavégzési kötelezettség. Ilyenkor indokolt a nagyobb körzetek megosztása, kisebb körzetek létrehozása az alapellátás színvonalának emelése érdekében.

³⁰² A helyettesítést is természetesen csak olyan orvos láthatja el, aki megfelel a működtetési jog megszerzéséhez és a tevékenység gyakorlásához szükséges személyes feltételeknek. A házi orvosi működtetési jog megszerzéséről és visszavonásáról, valamint a házi orvosi tevékenységhez szükséges ingó, ingatlan vagyon és működtetési jog megszerzésének hitelfeltételeiről szóló Vhr. 10. §

2. A praxisjog, mint önálló vagyoni értékű jog

A működtetési jog rendszerbeli elhelyezéséhez mindenekelőtt a jog fogalmából kell kiindulnunk.

Köznapi értelemben a „jog” szónak a magyar nyelvben háromféle jelentése is van: jogszabály, jogosultság és szabadság.³⁰³ A **jog**, mint **jogszabály** azoknak a magatartási szabályoknak, normáknak az összessége, amelyeket a legerősebb társadalmi hatalom, az állam szankcionál, s amelyek érvényesülését végső fokon az állami kényszer biztosítja. Alapvetően az *állami szankcionáltság és kikényszeríthetőség* az a differentia specifica, amely a jogot más társadalmi szabályoktól - így az erkölctől és a konvenciótól - elhatárolja.³⁰⁴

A jog egy sajátos vetülete az **alanyi jog**, mely a jogalanynak a tárgyi jog által megfogalmazott, megengedett és védett magatartása (**jogosultsága**) egy másik jogalannal szemben. Az alanyi jog jogosultja jogosult más személytől valamilyen magatartást követelni, illetve harmadik személlyel szemben valamilyen magatartást tanúsítani, vagy vele szemben támasztott követelést elhárítani.³⁰⁵

Katona Mór szerint alanyi jog alatt az a hatalom és uralom érthető, mellyel az egyén az objektív (tárgyi) jog által védett, illetve meghatározott terjedelemben és körben élhet.³⁰⁶ Az állam a jogszabályokkal jelöli ki azt a mozgástér, amelyen belül a jogalany tevékenységét kifejezheti, melyhez a törvény védelmet nyújt, oltalmat ad. Ha ez a védelem nincs meg, akkor *Katona* szerint már nem beszélhetünk igazán alanyi jogosultságról, mert az alanyi jog végső csúcsa és lényege annak állami eszközökkel való kikényszeríthetősége. A jogosult azonban maga döntheti el, hogy érvényesíti-e a jogszabályban biztosított érdekvédelmet, illetve él-e a rendelkezésére bocsátott jogvédelmi eszközökkel vagy sem.

Tárgyuk szerint az alanyi jogok lehetnek *személyi* és *vagyoni* jogok. A személyi jogok pedig személyiségi jogok, illetve családi jogok. Az ún. szellemi tulajdon (szerzői jog, szabadalom) – az eszmei javakon fennálló tulajdon – *átmenetet* alkot személyi és vagyoni jogok között.

Tartalmuk alapján a jogok vagy *tevésre* irányuló pozitív, vagy *nem-tevésre* irányuló negatív, (tiltó) jogok. A tevőleges jog tartalma akár a kötelezettnek valamely személyszerű

³⁰³ Bíró Gy., Lenkovich B.: Magyar Polgári Jog. Általános tanok. Novotni Kiadó Miskolc, 1998. (**BÍRÓ-LENKOVICS**)13.o.

³⁰⁴ Májig is érvényes Kant híres megállapítása, miszerint „A jogászok még mindig keresik a jog fogalmának meghatározását”. JOGI LEXIKON 292.o.

³⁰⁵ BÍRÓ-LENKOVICS 14.o.

³⁰⁶ Katona Mór: A birtok. Magyar Magánjog. Szerk.: Fodor Ármin. Dologi jog. Singer és Wolfner Kiadása, Budapest (**KATONA**) 6.o.

cselekvésében, akár valamely gazdasági vagy jogi eredmény létrehozásában állhat. A nemleges jogok *tűrésre* vagy *abbahagyásra* irányulnak.

Jogi szerkezetük szerint az alanyi jogok lehetnek abszolút vagy relatív jogok. Az abszolút jog a jogosult bizonyos érdekkörének *zavartalanságát* kívánja biztosítani mások behatása ellen. A relatív jogok esetén a jogosulttal szemben konkrétan megjelölt kötelezett áll, aki meghatározott magatartás kifejtésére köteles.³⁰⁷

Mindezek figyelembe vételével megállapítható, hogy a működtetési jog a háziorvosnak olyan törvényben meghatározott **alanyi joga**, mely alapján területi ellátási kötelezettséggel, egy adott háziorvosi körzetben kizárólag ő jogosult egészségügyi alapellátást nyújtani.

A praxisjog másik fontos sajátossága, hogy egyszerre hordoz **személyi és vagyoni jogi** elemeket. Az előző pontban részletezett jellemzők alapján a jogalkotó egyértelműen speciális ismérvekkel rendelkező, *személyhez kapcsolódó* jogként definiálja a praxisjogot. A háziorvos által végzett tevékenység azonban főként *vagyoni értékű jogként* határozható meg, mert megjeleníti azt az értéket is, amelyet egy orvos életpálya-tapasztalata, a munkájában megtestesülő sajátos „know-how” képvisel.³⁰⁸ Ez a vagyoni érték a praxisjog elidegeníthetősége, forgalomképessége körében jut jelentőséghez és számos sajátos vonást tartalmaz.³⁰⁹

A működtetési jog tartalma alapján *tevésre* irányuló pozitív jog, mely a jogosultnak külön jogszabályban meghatározott háziorvosi tevékenység végzésére ad kizárólagos jogosultságot egy adott körzetben.

Megállapíthatjuk tehát, hogy a **praxisjog** olyan alanyi jog, mely tárgya szerint köztes helyet foglal el a személyi és a vagyoni jogok között, s mely olyan, az egészségügyi alapellátásban nyújtandó önálló orvosi tevékenység gyakorlására jogosít és kötelez, melynek védelmét a törvény abszolút jelleggel biztosítja a jogrendszerben.

³⁰⁷ Szladits Károly: A magyar magánjog vázlata. I. rész. Grill Károly Könyvkiadó Vállalata Budapest 1937. (SZLADITS 1937.) 108.o.

³⁰⁸ Az Ötv. általános indoklása.

³⁰⁹ A jogalkotó nem titkolt célja volt a praxisjog bevezetésével, hogy az idősödő orvosok nyugdíjas éveikre megfelelő anyagi biztonságot tudjanak teremteni maguk számára a működtetési joguk átruházásából származó bevételből.

2.1.A praxisjog, mint önálló vagyoni értékű jog elhatárolása a vagyoni értékkel bíró dologi jogoktól

2.1.1. A dologi jogok rendszere, a működtetési jog dologi jogi jellege

Mielőtt a működtetési jog, mint vagyoni értékkel bíró jog sajátosságait kutatnánk, foglalkoznunk kell a vagyoni értékű jogok³¹⁰ rövid rendszertani vizsgálatával is. Az első lépés ehhez a dologi jogok rendszerének tanulmányozása, az egyes vagyoni értékű jogok dologi jogi jellegének meghatározása. Ezt követően tehetünk kísérletet a praxisjog hasonló és eltérő ismérveinek a megállapítására, a specifikumok kiemelésére és ismertetésére.

A „dologi jog” mint absztrakt gyűjtőfogalom a középkori európai jogtudomány eredménye. A legáltalánosabb és legtömörebb megfogalmazás szerint a **dologi jog**: a vagyoni berendezkedés joga. A dologi jog körébe a vagyonjogon belül az úgynevezett *uralmi jogok* tartoznak. Egy dolog feletti uralomról csak akkor beszélhetünk, ha a dologi jog a jogosult számára egyfajta vagyonjogi státust biztosít, és ezt az *uralmi helyzetet* (jogi pozíciót) mind a törvény, mind pedig az érdekelteken kívül mindenki más elismeri. A törvények pedig nemcsak elismerik, de minden kívülállóval szemben meg is védik az uralmi jogosult pozícióját. A dologi jog sajátosságait – uralmi jelleg, védett státus, viszonylag teljes jogi hatalom és kizárólagosság – a jogi szabályozás úgy foglalja egybe és azáltal biztosítja, hogy a dologi jog körébe tartozó vagyoni jogokat mint *abszolút jogokat* szabályozza. A dologi jogviszonyok abszolút szerkezete a dologi jog legáltalánosabb és legfontosabb megkülönböztető ismérve.³¹¹

Dologi jognak – Szladits szerint is – az olyan feltétlen (abszolút) jogokat nevezzük, amelyek a jogosultat valamely **dolog** tekintetében illetik meg. A jogszabály az abszolút jogok tekintetében általában, és a dologi jogokra különösen csak a jogosultat határozza meg személy szerint és vele szemben mindenki mást tűrésre és tartózkodásra kötelez.³¹²

Katona Mór szerint **dologbeli jogok** azok, melyek megállapítják az egyén viszonyát a külvilág egyes darabjaihoz, részeihez. Az erre vonatkozó szabályok jelölik ki azt a határt, melyen belül az egyén az egyes dolgok fölött a hatalmat, uralmat gyakorolhatja. A dologbeli jog - Katona értelmezésében - szintén kizárólag egy elhatárolt és az egyén rendelkezése alatt

³¹⁰ E jogok vizsgálata során különböző elnevezésekkel, illetve írásmóddal találkoztam: *vagyon értékű jog* (JOGI LEXIKON 616.o.), *vagyonértékű jog* (1996. évi LV. tv. 3.§ (1) bek.), *vagyoni értékű jog* (1995. évi CXVII. törvény 3.§ 31.pont). Ezek közül a szerző igyekszik egységesen és következetesen a **vagyoni értékű jog** kifejezést használni.

³¹¹ Lenkovics Barnabás: Magyar Polgári Jog. A dologi jog vázlata. Eötvös József Könyvkiadó 1999. (LENKOVICS) 14.o.

álló külső testi dolgon érvényesülhet, mely önmagában nyugvó viszonyt képez személy és a dolog között.³¹³

Lenkovics Barnabás olyan meghatározását adja a dologi jognak, mely a fogalom valamennyi lényeges ismervét és jellegét tartalmazza: a **dologi jog** a jogrendszernek, azon belül elsősorban a *magánjognak* az a része, amely a személyek számára *abszolút jogok* keretében *jogi uralmat* biztosít a rendelkezésre álló *vagyon értékű javak* felett, és ezáltal alapvetően meghatározza a társadalom vagyoni berendezkedésének arculatát.³¹⁴

A dologi jogokat (jura in re) - a Szladits szerint alkalmazott felosztást alapul véve - kétféle csoportba oszthatjuk³¹⁵:

- 1.) A **tulajdonjog** (rerum dominium), vagyis *teljes kizáró jogi uralom* a dolgon. Meg kell azonban említeni, hogy a tulajdonjog mint teljes dologi jog sem jelent korlátlan dologi jogot.³¹⁶
- 2.) A **korlátolt dologi jogok**, amelyek a jogosultnak csak bizonyos vonatkozásban adnak a dologra másokat kizáró hatalmat. Az egyes dologi jogok lényegüket tekintve a teljes tulajdonjog *részjogosítványainak önállósult változatai*, a tulajdonjog ún. szelvényjogai. Amikor a tulajdonjog egyes részjogosítványai önállósulnak, a tulajdonjog által biztosított egyes használati vagy értékesítési lehetőségek önálló jogviszonyok formáját öltik. A korlátolt dologi jogokat nevezzük egyúttal *idegen dologbeli jogoknak* (jura in re aliena), mint amelyek valakit nem a saját dologán illetnek meg, tekintet nélkül arra, hogy kié a joggal megterhelt dolog.

A korlátolt dologi jogokat is két csoportba oszthatjuk:

- a) Az egyik csoportot a **használati jogok (állagjogok)** alkotják, melyek a tulajdonjog által biztosított használati lehetőség önállósulása útján keletkeznek, a jogosult számára a dolog bizonyos irányú és meghatározott mértékű használatát teszik lehetővé. Pl. földhasználat, haszonélvezet, telki szolgálat stb.
- b) Az **értékjogok** ezzel szemben a rendelkezési jogból fakadnak és arra irányulnak, hogy a jogosult bizonyos vagyoni értéket szerezzen vagy legalább biztosítson magának a lekötött vagyontárgyból. Pl. zálogjog.³¹⁷

³¹² „Nem bántani, nem zavarni, elismerni ezt a köteleket személy és dolog közt, ebben rejlik embertársaink összes kötelessége a dologi jogok tekintetében.” KATONA 8.o.

³¹³ KATONA 7.o.

³¹⁴ LENKOVICS 15.o.

³¹⁵ Szladits Károly: A magyar magánjog tankönyve II. Dologi jog, Grill Károly Könyvkiadó, Budapest 1930. (SZLADITS 1930.) 24-25.o.

³¹⁶ Lásd a tulajdonjog közjogi és magánjogi korlátait. Ajánlott irodalom: LENKOVICS 102-130.o.

³¹⁷ LENKOVICS 228.o.

Almási Antal a dologi jogokat más szempont alapján csoportosította: *szerzési jogok* kategóriájába csak azokat a jogokat sorolta, melyek valamely dolog (dologi jog) megszerzésére irányulnak. Azokat a jogokat pedig, ahol a jogosult a jogosultság tárgyában rejlő természeti vagy gazdasági lehetőséget kívánja a maga javára fordítani, *kiaknázási jogoknak* nevezte.³¹⁸

A korlátolt dologi jogok tartalmát kitevő jogosultságok gyakorlásához kapcsolódóan pedig különbséget tehetünk *személyhez kötött* és *személyhez nem kötött* dologi jogok között. Előbbi esetben a jogosult csak személyesen gyakorolhatja jogait (használat joga), utóbbi esetben a jog gyakorlását másnak átengedheti.³¹⁹

A működtetési jognak is számos dologi jogi sajátossága van, egyfajta *vagyonjogi státust* jelent a jogosult orvos számára. Az ide vonatkozó jogszabályok szerint csak olyan orvossal, illetve olyan orvos személyes közreműködésével működő vállalkozással (egészségügyi szolgáltatóval) köthető az egészségügyi alapellátás működtetésére vonatkozó bármilyen (finanszírozási, feladat-ellátási, feladat-átvállalási) szerződés, aki praxisjoggal rendelkezik. Így a szóban forgó jog az azzal rendelkező orvos számára *uralmi pozíciót* biztosít. Dologi jogi jellemzője még a működtetési jognak az is, hogy a jogosultat a törvény *kizárólagos joggal* ruházza fel arra vonatkozóan, hogy az adott háziiorvosi körzetben, területi ellátási kötelezettséggel önálló háziiorvosi tevékenységet végezzen. Az adott jogosultnak ezt a jogát mindenki köteles tiszteletben tartani és elismerni (*abszolút jog*).

Fel kell ismernünk azonban olyan lényeges *sajátosságait* is a praxisjognak, melyek *kizárják a tisztán dologi jogi jelleget*. A dologi jogok legfontosabb jellemzője, hogy mindig valamilyen konkrét *dolognak minősíthető testi tárgy* vonatkozásában értelmezhetők: vagy teljes és kizáró jogi uralomként (tulajdonjog), vagy csak meghatározott, a tulajdonjog részjogosítványainak minősíthető jogokban megnyilvánuló hatalomként (korlátolt dologi jogok). Ezt juttatja kifejezésre az *egyediség* elve is, miszerint a *dologi jog tárgya mindig csak egyedileg meghatározott dolog lehet*. A működtetési jogból eredő alanyi jogosítványok azonban soha nem egy konkrét dolog tekintetében állnak fenn, hanem egy adott szolgáltatás nyújtására adnak kizárólagos lehetőséget és egyben kötelezettséget. A működtetési jog konkrét dolgokhoz csak közvetve kapcsolódik: a jog tartalmát kitevő tevékenység csak földrajzilag meghatározott körzetben és csak az adott tárgyi (felszerelések, berendezések, eszközök) és személyi feltételek megléte esetén gyakorolható. A rendelő, illetve az előírt tárgyi feltételek

³¹⁸ Almási Antal: A dologi jog kézikönyve, I-II. Budapest 1928. I. kötet (ALMÁSI) 8.o.

birtoklására, illetve használatára a működtetési jog alanya nem a praxisjogból eredő alanyi joga, hanem egy másik jogviszony (saját tulajdonjoga, bérleti szerződés stb.) alapján lesz jogosult.

Összegezve tehát elmondható, hogy mivel a működtetési jog tartalma nem határozható meg egy adott testi tárgy feletti hatalom, uralom valamilyen formájában, ***nem is sorolható a valódi dologi jogok csoportjába***. Ezt támasztja alá az a fontos alapelv is, miszerint a dologi jogok jogszabály által meghatározott ***zárt kört*** alkotnak. A dologi jogok egyenként meghatározott tárgyú és tartalmi típusok. Új dologi jogokat szerződéssel sem alapítani, sem pedig tartalmukat a törvénytől eltérően megállapítani nem lehet. A működtetési jog nem tartozik a dologi jogok „*numerus claususába*”, így a működtetési jogot megfelelő tartalmú jogszabályi rendelkezés hiánya miatt sem lehet új dologi jogi jogintézményként meghatározni.

Mind az elméletben, mind pedig a gyakorlatban azonban ismertek olyan alanyi jogok, amelyek nagyon hasonlítanak ugyan a dologi jogokra, az egyes dologi jogokkal rokon vonásokat mutatnak, mégsem tekinthetjük őket valódi dologi jogoknak. A klasszikus dologi jog fajtáihoz képest ezeket ***dologi rokonjogoknak*** nevezzük. További kutatásaim ezen a téren arra irányulnak, hogy a ***működtetési jog mutat-e valamilyen hasonlóságot*** a dologi rokonjogok körébe tartozó valamilyen jogosultsággal. A dologi rokonjogok két fő csoportja különböztethető meg:

1. ***A tulajdonhoz hasonló más kizárólagossági jogok.***³²⁰ A tulajdon tárgya csak dolog lehet (testi tárgy) lehet. Vannak azonban a dolgokon kívül *másnemű gazdasági javak* is, amelyek tekintetében a törvény az arra jogosultnak a tulajdonhoz hasonló ***kizárólagos hatalmat*** (abszolút jogot) biztosít. E kizárólagos jogokat – Szladits szerint – az jellemzi, hogy bizonyos gondolati termékeket (jellemző formában megnyilvánuló eszmét) részesítenek védelemben. Mivel tárgyuk nem dolog, hanem gondolati valóság, ezért e jogokat ***eszmei javakon való jogoknak*** is nevezzük. Ezek a jogok ***középen*** állnak a dolgokra irányuló *tulajdonjog* és az ember személyiségének közvetlen jogi oltalma (becsület, emberi méltóság, hangfelvétel, képmás, név stb.), azaz a *személyiségi jogok* között.

Az eszmei javak, mind egyúttal gazdasági javak is, a rájuk vonatkozó jogok forgalomképes, vagyoni értékkel bíró jogok, vagyis lényegükben ***vagyoni jogok***. Ezeket a jogokat Szladits további csoportokba osztotta:

³¹⁹ LENKOVICS 228.o

- a) Vannak olyan jogok, melyek az írói és művészi formába öntött *gondolati alkotást* védik. A vagyoni érdekek mellett azonban előtérbe kerül az ilyen alkotásokhoz fűződő *személyi érdekek védelme* is. Ezeket a jogokat nevezte Szladits **szertői jognak**.
- b) A másik csoportba a gazdasági vállalkozással kapcsolatos gondolati termékeket (találmányok, minták) sorolta, amelyekhez társulnak még a védjegyek is. Ebben a csoportban azonban a *gazdasági érdek az uralkodó*, s mivel az idetartozó jogok főleg az ipar körében érvényesülnek, a tulajdonhoz való hasonlóságuknál fogva Szladits az **ipari tulajdon** gyűjtőneve alatt foglalta össze azokat.

Zlinszky szerint az „szellemi javakon való jogok” vagyoni értékkel bírnak, a vagyoni forgalomban jelentős szerepet játszanak. Annak ellenére, hogy tárgyuk nem testi dolog a dologi jogok lényeges tulajdonságaival és természetével bírnak, hiszen a jogszabályok abszolút védelem melletti kizárólagos uralmi jogot állapítanak meg a jogosult részére jogai felett.³²¹

Ha a **praxisjogot**, mint *sajátos szellemi értékkel rendelkező know how-t*³²² fogadnánk el, akkor megállapítható lenne a praxisjog dologi rokonjogi jellege, s az eszmei javakon fennálló jogok egyik fajtájaként nyerhetne elismerést. A korábbi megállapításaim szerint azonban a működtetési jog lényegét nem ez jelenti.

2. A tulajdonhoz hasonló más kizárólagossági jogok mellett foglalkoznunk kell a **tulajdonszerű jogokkal** is, melyek Szladits szerint a jogosultnak bizonyos területen valamely gazdasági foglalkozás, tevékenység kizárólagosságát biztosították. Éppen ezért nevezte ezeket a jogokat *kizárólagos iparjogosítványoknak* (Bannrechte), noha egyrésztük más gazdasági ág (őstermelés, közlekedés) körébe tartozott.³²³ Almási Antal a bányászati, a vadászati- és halászati jogot, és ezekhez hasonló más jogokat említi ebben a kategóriában.³²⁴

Egy bizonyos **tevékenység folytatásának, vagy szolgáltatás nyújtásának kizárólagos jogosultsága** hazánkban két körben érvényesül:

³²⁰ SZLADITS 1930. 224-225.o.

³²¹ Zlinszky Imre: A magyar magánjog mai érvényében, különös tekintettel a gyakorlat igényeire. Franklin-Társulat 1899. (ZLINSZKY IMRE) 166.o.

³²² Gögl Árpád egészségügyi miniszter parlamenti expozéjában a működtetési jog lényegét a vagyoni értékű, de nem konkrét vagyoni formában jelentkező szellemi értékben jelölte meg. Dr. Gögl Árpád egészségügyi miniszter nyilatkozata az önálló orvosi tevékenységről szóló a T/1849. számú törvényjavaslat előterjesztésekor. Parlamenti Napló. Országgyűlési jegyzőkönyv. 1999. december, 104. ülésnap.

³²³ SZLADITS 1930. 24-25.o.

³²⁴ ALMÁSI 8.o.

- a) Ez a jog alapulhat egyrészt egy konkrétan meghatározott **dolog feletti tulajdonosi pozíción**. Ilyenek például a vadászati jog, illetve a halászati jog, mely vagyoni értékű jogok egy adott földtulajdon elválaszthatatlan részeként a vadászterületnek, illetve víznek a tulajdonosát illetik meg. Itt az adott jogosultság kizárólagos gyakorlása fogalmilag kizárt az adott dolog nélkül. Ebből következően ezek a jogok az adott dologtól elválasztva nem ruházhatók át, csak legfeljebb haszonbérbe adhatók. A jogosult az adott jogból eredő tevékenység folytatására vagy kizárólag *maga lesz* jogosult, vagy a külön szerződésben meghatározott feltételek szerint *általá feljogosított* személy. A tulajdonszerű jogokat Lenkovics Barnabás szerint is szorosan a dologi jogokhoz kapcsolja az a tény, hogy ezek mindegyikének tárgya törvényben meghatározott dolog (a föld méhének kincsei, vadak, halak, stb.).³²⁵ A **működtetési jogot vizsgálva** megállapítható, hogy az is egy háziiorvosi körzethez, földrajzi területhez kapcsolódik, de – szemben a vadászati és halászati joggal – nem ezen földterület feletti rendelkezési joggal alapszik. Az *adott földterületnek sem tulajdonosa, sem pedig birtokosa nem kell, hogy legyen* az orvos ahhoz, hogy ott kizárólagos jogosítvánnyal gyakorolja területi ellátási kötelezettségen alapuló háziiorvosi tevékenységét. Másrészt a háziiorvos *nem adhatja haszonbérbe* praxisjogát, az egészségügyi alapellátó tevékenységet köteles személyesen végezni.
- b) Egy bizonyos szolgáltatás kizárólagos nyújtására, tevékenység gyakorlására irányuló jog azonban alapulhat **jogszabályon** is. Ilyen a **koncesszió**, melynek keretében az állam, illetve az önkormányzat a törvényben tételesen meghatározott ún. koncesszióköteles tevékenység gyakorlásának jogát visszerhes szerződésben, időlegesen úgy engedi át, hogy a jogosultnak részleges piaci monopóliumot biztosít.³²⁶ A koncessziós törvény³²⁷ által tételesen felsorolt koncesszióköteles tevékenységek egyik csoportjába sorolhatók az állam kizárólagos tulajdonába, illetve az önkormányzat törzsvagyonába tartozó egyes vagyontárgyak működtetése, a másikba pedig a *kizárólagos állami tevékenység – tényleges – gyakorlása*. Ez utóbbi terület azokhoz a kizárólagos állami tevékenységekhez kapcsolódik, ahol a tevékenység nemzetgazdasági szempontból stratégiai jelentőségű közszolgáltatás nyújtására irányul. Tartalmában a működtetési jog a koncesszió ezen formájához

³²⁵ LENKOVICS 21.o.

³²⁶ Polgári jogi fogalomtár. Szerk. Sáriné dr. Simkó Ágnes. Hvgorac Lap- és Könyvkiadó Kft. Budapest 2001. 168.o.

³²⁷ A koncesszióról szóló 1991. évi XVI. törvény

hasonlítható a leginkább, kizárólagos alanyi jogot biztosít a háziorvosnak arra, hogy a települési önkormányzat által meghatározott közigazgatási területen, államilag finanszírozott háziorvosi tevékenységet, foglalkozást folytasson. **Lényeges különbség** azonban, hogy a praxisjog *nem az állami monopóliumok* körébe tartozó- törvényben taxatív felsorolt - tevékenység végzésére ad felhatalmazást, mivel az egészségügyi szolgáltató tevékenység nem állami monopólium. A működtetési jogot biztosító államigazgatási engedély – a jogszabályban előírt feltételek megléte esetén – alanyi jogon jár, a koncessziós jog azonban az állam tulajdonosi döntésével – odaítélésével – jön létre. Így megállapítható, hogy bár jellegében hasonló, lényegében azonban eltérő jogintézményként kell kezelnünk a praxisjogot.

3. A dologi rokonjogok harmadik csoportját alkotják az **eldologiasodott relatív jogok**, ahol a korlátolt (idegen dologbeli) jog fogalmát utánképzés útján vitték át olyan jogok megjelölésére is, amelyek nem a tulajdonnak, hanem más valamely jognak, illetve követelésnek a terhei. Az ilyen *jogot terhelő jog* alapján a jogosult, a részére leköötött jogra kap mindenki mással szemben valamely kizárólagos jogosítványt. Pl.: a jog haszonélvezete, illetve zálogjog követelésen vagy más jogon.³²⁸ Ezeknél a dologi joggal való rokonságot az egyébként esetleg relatív jogok vagy követelések „dologi hatályú leköötése” jelenti. Az *eldologiasodott relatív jogok*, mint valamilyen fennálló jog vagy követelés terhei nehezen hasonlíthatók össze a működtetési joggal, mégsem hagyhatók figyelmen kívül a praxisjog, mint vagyoni értékű jog biztosítéki jellegének vizsgálatánál.

A dologi jogok vizsgálatánál találkozhatunk olyan jogintézményekkel is, melyek egyes jogrendszerekben dologi jogi jellegüként ismertek, másokban nem (pl. családi hitbizomány), vagy amelyet az *egyik jogrendszer kötelmi jogi, a másik dologi jogi hatállyal* ruház fel (pl. elővásárlási jog), esetleg ugyanaz az életviszony kötelmi jogi és dologi jogintézményként is szabályozást nyerhet (pl. életjáradéki szerződés és telki teherjog).³²⁹

Az eddigi kutatások alapján megállapítható, hogy a működtetési jognak **számos dologi jogi sajátossága** van, egyfajta *vagyonjogi státust* jelent, *uralmi pozíciót, abszolút jogot* biztosít a jogosult orvos számára. A működtetési jog tartalma azonban nem határozható meg egy adott

³²⁸ SZLADITS 1930. 24-25.o.

³²⁹ LENKOVICS 19.o.

testi tárgy feletti hatalom, uralom valamilyen formájában, ezért ***nem is sorolható a valódi dologi jogok csoportjába.***

Léteznek azonban a ***dolgokon kívül*** más, dolog módjára viselkedő gazdasági javak – művészi alkotások, találmányok, védjegyek stb. –, melyek tekintetében a törvény az arra jogosultnak kizárólagos hatalmat (abszolút jogot) biztosít. A működtetési jog ilyen értelemben ***hasonlóságot mutat az eszmei javakkal***, hiszen a praxisjog tárgyaként sem fogalmazható meg valamilyen konkrét dolog. Bizonyos nézőpontból a praxisjog hasonló szerepet tölt be, mint a gazdaság egyéb ágazataiban elismert know-how, olyan szellemi értéket képvisel, melynek materiális értéke csak a jog elidegenítésekor jelenik meg.

Megállapítható továbbá, hogy bár a tulajdonszerű jogok meghatározott dologhoz kötődnek (vadászati jog-földterület, vadak, halak stb.), ez a kapcsolat már nem olyan szoros és egyértelmű, mint a tiszta dologi jogi kategóriáknál. Ennek megfelelően a működtetési jog is leginkább a ***„kizárólagos iparjogosítványokkal”***, illetve a kizárólagos állami tevékenység nyújtását biztosító ***koncessziós joggal*** mutatja a legtöbb közös vonást. A korábban ismertetett lényeges eltérések azonban kizárják, hogy a praxisjogot akár az egyik, akár a másik csoport egyik tagjaként üdvözölhessük.

2.1.2. A praxisjog elhatárolása más vagyoni értékű jogoktól

Vagyon értékű jog tágabb értelemben minden olyan dologra vonatkozó alanyi jog, amelynek pénzben kifejezhető értéke, forgalomképessége van, tehát akár maga a tulajdonjog is.

Szűkebb értelemben csak a tulajdonjogon kívüli dolgokra vonatkozó jogokat nevezik vagyon értékű jogoknak, így pl. használati jogokat (tartós földhasználat, haszonélvezet, a használat joga. A lakásra vonatkozó *bérleti jog* is lehet vagyoni értékű jog tárgya, ha megszerzése vagy átruházása ellenérték fejében történik.³³⁰

A vagyon értékű jogok kategóriájának megjelenése a jogban annak reális helyzetnek a felismerése, hogy a dolog felett a tulajdonjogon kívüli más jogviszonyok keretében is gyakorolható a gazdasági hatalom.

A ***vagyon értékű jogok körének meghatározásához*** szükséges annak vizsgálata is, hogy a ***magyar jogalkotásban*** mi is érthető ezen címszó alatt.

- A személyi jövedelemadóról szóló 1995. évi CXVII. törvény 3.§ 31. pontja értelmében „vagyoni értékű jog: a földhasználat, az ingatlanon fennálló haszonélvezet és használat, a telki szolgálat, valamint az ingatlan bérleti joga.” A törvény kizárólag az ingatlanhoz

³³⁰ JOGI LEXIKON 616.o.

kötődő korlátolt dologi jogokat tekintí vagyoni értékű jogoknak. A praxisjogot annyiban említ meg, hogy egyéb jövedelemnek minősítí a működtetési jog átruházásából származó bevételnek a szerzési értéket és a megfizetett illetéket meghaladó részét, kivéve ha a jogot az eredeti jogosult adta el.

- Az *illetékekről* szóló 1990. évi XCIII. törvény 102.§-a (1) bekezdésének d) pontja alapján „vagyoni értékű jog: a földhasználat, a haszonélvezet, a használat joga – ideértve a szövetkezeti háztulajdonra vonatkozó rendelkezések szerinti használati jogokat -, továbbá a vagyonkezelői jog és az önálló orvosi tevékenység működtetési joga”.
- A közös vagyon megosztásánál a *családjogban* vagyoni értékű jogként szerepel az állami, önkormányzati bérakáson, üzlethelyiségen fennálló *bérleti jog*, az üdülő- (horgász)telek bérleti joga, a tartós földhasználati jog, a meghatározott időre szóló *üzemeltetési jog* (pl. diszko üzemeltetési jog) valamint a telefonvonal előfizetői jog.³³¹ A telefonvonal előfizetőjének a szolgáltatás igénybevételére vonatkozó jogosultsága a Legfelsőbb Bíróság jogértelmezése szerint *dolognak nem tekinthető, hanem vagyoni értékű jognak* minősül.³³²
- A *vadászati jog*, mint *tulajdonszerű jog* tartalmát alanyi jogok és kötelezettségek alkotják. A vadászati jogból folyó jogosultság maga a vadászat, az elhullott vad és a hullatott agancs elsajátítása, a szárnyas vadak tojásainak gyűjtése. A vadászati jog - mint vagyonértékű jog – a földtulajdonjog elválaszthatatlan részeként a vadászterületnek minősülő terület tulajdonosát illeti meg. A vadászati jog ennél fogva önállóan a földtől elválasztva nem ruházható át, de *haszonbérbe adható*. Ez utóbbi esetben a vadászatra jogosultnak a haszonbérletet kell tekinteni. A vadászatra jogosultakat a vadászati hatóság nyilvántartásba veszi.³³³
- A *halászati jog* is vagyonértékű jogként a halászattal összefüggő jogosultságok és kötelezettségek összességét foglalja magában, mely a víz tulajdonjogának elválaszthatatlan része. A halászati jog a vadászati joghoz hasonlóan szintén *haszonbérbe adható*. A halászati jogot kötelező az ingatlan-nyilvántartásba bejegyezni.³³⁴

Az eddig ismertetett vagyoni értékkel bíró jogok jelentős része ***egyértelműen besorolható a korlátolt dologi jogok csoportjába*** mint használati, vagy állagjogok (földhasználat, haszonélvezet, használat, telki szolgáalom).

³³¹ A családjogi törvény magyarázata. Kommentár. Csúri Éva Katalin: A házastársak jogai és kötelességei. KJK-Kerszöv Jogi és Üzleti Kiadó Kft. Budapest, 2002. 241-253.o., 265-268.o.

³³² BH 2000/9/395.

³³³ A vad védelméről, a vadgazdálkodásról, valamint a vadászatról szóló 1996. évi LV. törvény 2-10.§§.

³³⁴ A halászátról és a horgászatról szóló 1997. évi XLI. törvény 3-14.§§

Az **ingatlan bérleti joga**, mint vagyoni értékű jog is a korlátozott dologi jogok kategóriájába helyezhető el a legkönnyebben, hiszen a bérleti jog alapján a jogalany más személy tulajdonában álló dolgot birtokolhat, használhat illetve szedheti a hasznait, mely jogosítványok a tulajdonjog önálló részjogosítványainak minősülnek. Az így kialakult *jogviszonyok ugyanúgy abszolút és negatív szerkezetűek*, mint maga a tulajdonjog, hiszen a bérleti jogból eredő alanyi jogok (mint a birtoklás, használat, hasznok szedésének joga) *ugyanúgy abszolút védelemben részesíthetők és mindenkivel szemben érvényesíthetők*. A bérleti jog kizárólagossága érvényesül még a tulajdonossal szemben is. A bérleti jog azonban feltételez egy kötelmi jogviszonyt is a bérbeadó és a bérlő között, melyben a bérlőt a törvényben előírt, illetve a köztük fennálló megállapodásba foglalt kötelezettségek – főként a díjfizetés és a rendeltetésszerű használat - terhelik a bérbeadóval szemben.

Mint láthattuk, a különböző vagyoni értékű jogok sajátos helyet foglalnak el a magánjog rendszerében. Megállapítható, hogy egyes vagyoni értékkel bíró jogok nemcsak tisztán magánjogi jellemzőkkel rendelkeznek, hanem egyes jogoknál – mint a vadászati, vagy halászati jog – megfigyelhető bizonyos **közjogi jelleg** is, hiszen a kincstári vagyon részét képező termőföld és erdő esetén a Magyar Államot illeti az önálló vadászati jog, melynek hasznosítására külön szabályok vonatkoznak.

A **közjogi színezet a praxisjogról szintén elmondható**, hiszen a működtetési jog jogosultja önálló orvosi tevékenységet csak a működtetési jogot *engedélyező határozat* jogerőre emelkedésétől folytathat, mely engedély kiadása a Magyar Orvosi Kamara (továbbiakban: MOK) megyei szervezetének hatáskörébe tartozik.³³⁵ Tekintettel arra, hogy a MOK jogszabályi felhatalmazás alapján tagjait érintő jogot, köteleiséget állapít meg, adatot igazol, (működési) nyilvántartást vezet, jellegében az államigazgatás körébe tartozó feladatot lát el, ezért – többek között az engedélyezési eljárás során is - *az államigazgatási eljárás szabályairól szóló 1957. évi IV. törvény rendelkezései* szerint kell eljárnia. A praxisjog közjogias jellegét igazolja az a tény is, hogy az önálló orvosi tevékenység lényegét jelentő egészségügyi alapellátás *kötelező önkormányzati feladat*, melyet azonban csak működtetési joggal rendelkező orvos végezhet. A működtetési jog értékét az állami finanszírozás összege határozza meg, mely szintén a vizsgált jogintézmény közjogias jellegét erősíti.

³³⁵ Öotv. 2.§ (1) bekezdés, a Vhr. 3.§ (2) bekezdés

Ennek ellenére dolgozatomban inkább a működtetési jog **magánjogi jellegét** kívánom kiemelni és elemezni. A praxisjog magánjogi jellegét egyrészt a *dologi jogokkal való hasonlatossága*, másrészt az *elidegeníthetősége, forgalomképessége* adja. Ez utóbbi sajátossága azért is különösen jelentős, mert a valóban vagyoni értékkel bíró háziorvosi praxisok Magyarországon – elenyésző kivételtől eltekintve - teljesen be vannak töltve, ezért a működtetési jog megszerzésének szinte egyedüli esete a gyakorlatban a praxisvásárlás. Ennek következtében erősen felértékelődik a *működtetési jog áru jellege*, az átruházásból eredő kötelmi jogi problémák megoldása iránti igény, és egyre inkább sürgető feladat a praxisjog folytatásából, illetve örökölhetőségéből eredő ellentmondások tisztázása is.

Mindezek után a következőképpen foglalnám össze és határoznám meg a működtetési jog fogalmát. A **működtetési jog (praxisjog)** a vagyoni értékű jogok körét tovább bővítő, közjogi természetű, de egészében elmagánjogiasodott, olyan „sui generis” alanyi jogosítvány, mely köztes helyet foglal el a személyi és a vagyoni jogok között, s mely kizárólagos jogot ad a jogosultnak arra, hogy egy adott háziorvosi körzetben, területi ellátási kötelezettséggel, konkrétan meghatározott, állandó állami finanszírozás mellett önálló háziorvosi tevékenységet végezzen.

3. A praxisjog elidegeníthetősége, forgalomképessége

Már a római jogban ismert volt a **forgalomképes** (res, quarum commercium est) és a forgalmon kívüli dolgok (res, quarum commercium non est) kategóriája. Ez a megkülönböztetés szorosan összefüggött az adásvétellel, hiszen az akkori meghatározás szerint az a dolog minősült forgalomképesnek, amelyet szabad volt eladni, amely alkalmas volt adásvétel céljára.³³⁶

A jelenlegi jogirodalomban elfogadott megfogalmazás szerint a forgalomképesség a polgári jogban ismert olyan fogalom, amely egyértelműen **tulajdonjoghoz** kapcsolódik. Forgalomképességgel rendelkezik minden birtokba vehető dolog, amely *tulajdonjog tárgya lehet*, kivéve azokat, amelyek forgalomképtelenek (pl. a kizárólagos állami tulajdon tárgyai).³³⁷ Kérdés azonban, hogy a forgalomképesség, azaz az **átruházhatóság fogalmának** mellőzhetetlen eleme-e a dolog fogalom?

³³⁶ Brósz-Pólay: Római jog. Tankönyvkiadó Budapest, 1984. 187.o.

³³⁷ JOGI LEXIKON 212.o.

3.1. A jogokon fennálló tulajdonjog elméleti megítélése

A működtetési jog forgalomképességének, elidegeníthetőségének tárgyalása során tehát elengedhetetlen a **jogokon fennálló tulajdonjog** konstrukciójának alapos vizsgálata. Mivel a magyar magánjogi rendelkezések egységesek abban, hogy tulajdonjog tárgyai elsődlegesen dolgok lehetnek, először a dolog fogalmat indokolt alaposan körüljárni.

A magyar magánjog tudománya mindig is nagy figyelmet szentelt a dolog-fogalom meghatározásának. A dolog rendkívüli sokfélesége azonban a pozitív irányú megközelítést folyton kudarcra ítélte. Különösen nagy nehézséget okozott – a dolgozat témája szempontjából lényeges – **testetlen dolgok** (res corporalis) fogalmának és körének meghatározása, majd ezeknek a **testi dolgokkal** (res corporalis) egy közös fogalomba egyesítése. Az Optk. testi dolognak tartotta mindazt, ami a tapintás érzéke alá esett, *testetlen dolognak* pedig – római jogi hagyományok alapján – a *vagyoni értékű jogokat*, követeléseket nevezte pl.: a vadászati, halászati jog.³³⁸ Az egyesítés nehézsége abban állt, hogy így elmosódott a dologi és kötelmi jog, az abszolút és a relatív jogok közötti határ.³³⁹ A testetlen és a testi dolgok egy fogalomban történő egyesítése esetén dolognak minősülnek és így a tulajdonjog tárgyai lehetnek a kötelmi követelések vagy az ún. immateriális vagyoni jogok is. A **magyar magánjogi gondolkodók** és **jogtudósok** közül többen is állást foglaltak ebben a vitában.

Zlinszky Imre szerint a dolgok köréből ki kell választani azokat a jogtárgyakat, amelyek mint eszmei javak (s mint a szellemi tevékenység alkotásai) önálló gazdasági értékesítésre alkalmasak, s mint ilyenek jogi elismerésben és védelemben részesülnek. Ezeket ő is *testetlen, immateriális dolgoknak* nevezte. Határozottan foglalt állást abban a tekintetben is, hogy a *jogok soha nem képeznek dolgot*, s nem is jogtárgyak, hanem a jogtárgyak feletti hatalmat képezik.³⁴⁰

A tulajdonjog tárgya - Katona Mór szerint - csak *testi dolog* lehet, mert a tulajdonjog lényegéhez tartozó jogi uralom csak úgy valósulhat meg, ha olyan tárgyra irányul, melynek a külvilágban valóságos és térbelileg meghatározható léte van.³⁴¹ A dolgot Szladits is jogi értelemben a térbeli kiterjedés és térbeli elhatároltság alapján határozta meg. Dolognak

³³⁸ A régi magyar jogi nyelvben a res corporalis és incorpolaris helyett a *bona* és *proventus* kategóriát állították egymással szembe: az előbbi testi tárgyat, az utóbbi állandó jövedelmet hajtó jogosítványt jelentett.

³³⁹ Az osztrák polgári törvénykönyv ma is hatályos – széles kört lefedő - megfogalmazása szerint „mindaz, ami a személytől különbözik és emberi szükséglet kielégítésére szolgál, jogi értelemben dolognak minősül” (ABGB 285.§). Ezzel szemben a német törvény ma is hatályos szövege szerint a törvény értelmében dolognak csak a testi tárgyak minősülnek (BGB 90.§). LENKOVICS 36-37.o.

³⁴⁰ ZLINSZKY IMRE 113.o.

minősített minden olyan testi tárgyat, ami emberi uralom alá hajtható. Az emberi test azonban nem lehetett tárgya a vagyoni jognak abban az időben sem, csak a személyiségi jognak.³⁴² Ezt a felfogást adja vissza már Frank Ignác is azzal a tétellel, hogy „jóság minden test, melyet haszna (értéke) miatt az emberek bírni kívánnak”.³⁴³

Bár tulajdonjog tárgya - Szladits szerint is - csak testi tárgyként, egyedileg megfogalmazott dolog lehet, mégis elismerte az ún. **eszmei (szellemi) javak** (szerzői jog, szabadalmi jog) létezését, melyet a dolgokon kívüli, másnemű gazdasági javaknak nevezett. Kolosváry álláspontja szerint is a szellemi javak nem lehetnek a tulajdon tárgyai, „írói - művész tulajdonról beszélni tehát: helytelen szóhasználat”. Az ilyen javak védelmének a **tulajdonjog védelméhez hasonló szabályozása** a kérdéses személyiségi jogokat tulajdonná nem avatja, sem a művészi alkotást, gondolatot testi dologgá nem változtatja.³⁴⁴ Kolosváry a **testetlen dolgok** alatt kizárólag a **jogokat** említi. A jogokat csak egyetlen vonatkozásban ismeri el dologként: a *vagyonnál*, azaz egy bizonyos személyt megillető összes jogok és kötelezettségek eszmei egységénél.³⁴⁵

Katona Mór csak „közönséges életben” ismerte el a **jogok tulajdonát**, jogi értelemben azonban szükségtelennek tartotta ilyen terminus technicus tárgyalását. Az a „jogi jelenség”, mely szerint valamely jog valakit teljes mértékben, másnak a jogától függetlenül és feltétlen hatállyal illet meg tárgyalható anélkül, hogy arra kifejezetten a tulajdonjog elveit kellene alkalmazni.³⁴⁶ A tulajdon sajátos alakzatainak, gyakorlati szükségszerűségnek tekintette Katona az *írói* vagy *művészeti tulajdont*, melynek tárgya nem testi dolog, hanem kizárólagos jog a szellemi termék nyilvánosságra hozatalára és sokszorosítására, valamint a *találmányi szabadalmat* és a *bányatulajdont* is, melyek tárgya szintén nem testi tárgy.

Mivel a tulajdonjog csak valamely dolog felett gyakorolható uralom, ezért tárgya Zlinszky szerint csak valamely testi dolog vagy testi dolgok összessége lehet. Álláspontja szerint téves az a nézet, mely a jogok tulajdonát is lehetségesnek tartja.³⁴⁷

³⁴¹ KATONA 185.o.

³⁴² A szabad levegő vagy a futó hab térbeli elhatároltság hiányában nem dolog. SZLADITS 1930. 2.o.

Kolosváry Bálint: A dologi jog általános tanai.. Szerk.: Szladits Károly. Magyar Magánjog V. Dologi Jog Grill Károly Könyvkiadó Vállalata Budapest 1942. **(KOLOSVÁRY 1942/II.)** 8.o.

³⁴⁴ Kolosváry Bálint: A tulajdonjog. Szerk.: Szladits Károly. Magyar Magánjog V. Dologi Jog Grill Károly Könyvkiadó Vállalata Budapest 1942. **(KOLOSVÁRY 1942/III.)** 115.o.

³⁴⁵ Kolosváry Bálint: Magánjog. Vezérfonal a magyar magánjogból tartott egyetemi előadásokhoz. Dologi jog. XIII. Fejezet 84.o.

³⁴⁶ KATONA 186.o.

³⁴⁷ Bár elismeri, hogy „illethet valakit valamely joggal való teljes és jogos rendelkezés, de azért téves azt a jog tulajdonjogának nevezni, mert ez a gyakorlatban könnyen arra a tévedésre vezethet, hogy a tulajdonjogra érvényes elvek más jogokra is alkalmaztatnak, ami gyakran igen helytelen következtetésekre szolgáltat okot”. ZLINSZKY IMRE 313.o.

Ugyanilyen álláspontra helyezkedett Szászy-Schwartz is mikor kimondta, hogy amikor „a követelés vagy más jog az enyém, ez annyit jelent, hogy én a jognak alanya vagyok, de nem hogy a tulajdonomban van, - ez helytelen szóhasználat, mely hamis következtetésekre vezet”. Meszlényi Artúr azonban az eddig ismertetett véleményektől teljesen eltérő gondolatot fogalmazott meg: „a gazdasági élet bizonyos új jelenségeivel nem boldogulunk mindaddig, míg a dologjogi szabályok át nem alakulnak főleg az irányban, hogy az alanyi dologi jogban rejlő joguralom ne csak testi tárgyra, hanem a vagyonhoz tartozó minden tárgyra terjedjen ki.”³⁴⁸

Ifj. Nagy Dezső is csatlakozott Meszlényi felfogásához. A magánjogi szabályozásunk **következetlenségéről** alkotott véleménye mai is helytálló: a magánjogi szabályozás „elismeri a követelést, mint vagyontárgyat, de merev fogalmi konstrukció okából megtagadja tőle a dolog-minőséget és ezzel elzárja a lehetőséget, hogy a követelés tételesen is vagyonjogunk vezető jogának, a tulajdonjognak tárgya lehessen.”³⁴⁹ Ugyanez a kijelentés igaz a vagyoni értékkel bíró jogok tekintetében is.

A *magánjogi törvényjavaslatokban (MTJ)* foglalt rendelkezések értelmében nemcsak dolgot, hanem **jogot is lehetett adásvétel útján átruházni**. Az MTJ szerint ha a vétel tárgya jog, akkor az eladó köteles a jogot a vevőre átruházni, tehát megtenni mindazt, ami az eladott jog természetéhez képest szükséges ahhoz, hogy az a vevőre átszálljon (**jogvételi szerződések**). E jogátruházó kötelezettség az eladott jog fennállásáért való szavatosságot is magában foglalta.³⁵⁰

A vagyoni értékkel bíró eszmei javak köre az idő haladtával egyre bővül, illetve változik. Éppen emiatt az, hogy mit ért az adott társadalom jogi berendezkedése dolog alatt, mindig a társadalom gazdasági, technikai fejlődésétől és megkülönböztető készségétől és képességétől függ. *Asztalos* véleményéhez Lenkovics még hozzáteszi, hogy emiatt „örök időkre” szóló dologfogalom nemigen alkotható.³⁵¹

A **hatályos Polgári Törvénykönyvünk** a dolog fogalmának meghatározását nem tartalmazza, helyesebben a törvény a dolgot a tulajdonjog tárgyaként említi először: „*minden birtokba*

³⁴⁸ Ifj. Nagy Dezső: Az engedményezés büntetőjogi vonatkozásai. Meszlényi Artúr Emlékkönyv. Budapest 1936. (NAGY) 206.o.

³⁴⁹ NAGY 212.o.

³⁵⁰ Antalfy Mihály: Vétel, csere. In: Szladits Károly (szerk.): Magyar Magánjog, Kötelmi jog, Különös rész, második füzet, Budapest Grill Károly Könyvkiadó Vállalat 1940. (SZLADITS 1940.) 232.o.

³⁵¹ LENKOVICS 38.o.

vehető dolog tulajdonjog tárgya lehet”.³⁵² Mindez alapján megállapítható, hogy a Ptk. értelmében dolognak csak az minősül, ami birtokba vehető, azaz emberi uralom alá hajtható, az ember hatalmában tartható. Ezt támasztja alá a telefon előfizetői jog kapcsán felmerült jogvitát eldöntő legfelsőbb bíróság határozat is. Ebben az esetben szintén az volt a vita tárgya, hogy a birtokbavehetőség hiánya ellenére a telefonvonal lehet-e tulajdonjog tárgya és így a házastársi közös vagyon része vagy sem. A bírósági döntés sajátos értelmezést takar: a telefonvonal előfizetői joga, mint vagyoni értékű jog nem minősül dolognak, de az értéke a házastársak közös vagyonát képezi, azaz fennállhat rajta tulajdonjog.³⁵³

A korábbi bírói gyakorlat a *lakásbérleti jog*, mint forgalomképes vagyoni értékű jog házastársi vagyoni jellegét sem ismerte el. *Rakvács József* jelenleg is kétségbe vonja a lakásbérleti jog osztatlan házastársi közös tulajdonát arra hivatkozással, hogy a lakásbérleti jog tulajdonjog tárgya nem lehet.³⁵⁴

A dolog fogalmának, mint a tulajdon tárgyának fentiekben alkalmazott általános körülírásával azonban *ellentétben áll* az, hogy a jelenleg hatályos jogi szabályozás elismeri mind a jogokon és követeléseken fennálló zálogjog intézményét, mind pedig bizonyos vagyoni értékkel bíró jogok – így a működtetési jog – forgalomképességét, átruházhatóságát is. Már Nizsalovszky Endre is felvetette az örök kérdést: *„Hogyan lehet dologi jog olyan jogtárgyon, ami nem dolog?”*³⁵⁵ Erre a kérdésre máig nem született megnyugtató válasz.

A vagyoni értékű jogok átruházása kapcsán – a kérdés dogmatikai rendezetlensége miatt - a gyakorlatban felmerült problémák rendezésére *különböző megoldási javaslatok születtek*:

- a) A két szélsőséges megoldás egyike a *„dolog” fogalom lazítása*, illetve bővítése oly módon, hogy a testi tárgyak mellett a testetlen tárgyak is helyet kapjanak. Ez azonban teljes mértékben ellentmond a magyar magánjogi hagyományoknak. A másik megoldás a *tulajdonjog tárgyának szélesebb körű meghatározása* lenne, mely elismerné nemcsak a dolgokon, hanem a követeléseken és jogokon fennálló tulajdonlás konstrukcióját is.³⁵⁶ Meszlényi Artúr és Ifj. Nagy Dezső kivételével azonban a legtöbb magyar jogtudós ellenezte ez utóbbi lehetőséget arra hivatkozva, hogy a követelésen és jogokon fennálló

³⁵² Ptk. 94.§ (1) bekezdés.

³⁵³ BH 2000/9/395.

³⁵⁴ Rakvács József: Kézikönyv az új lakástörvény, a helyiségbérleti jogviszony magyarázatához. HVG-ORAC Lap- és Könyvkiadó Kft., Budapest 1999. 41.o.

³⁵⁵ Nizsalovszky Endre: Korlátolt dologi jogok. Magyar Magánjog. Szerk.: Szladits Károly. V. kötet. Dologi jog. Grill Károly Könyvkiadóvállalata Budapest 1942. (NIZSALOVSZKY) 328.o.

dologi jogok *nem tekinthetők „valóságos” dologi jogoknak*, hanem olyan jogi helyzeteknek, amelyek a dologi jogok céljának és jogi szerkezetének kötelmi jogviszonyok keretébe analógia útján való átültetéséből állnak elő.³⁵⁷ A tulajdonjog lehetséges tárgyainak, illetőleg a dolog fogalmának szélesítésével, a dologi jogi szabályok alkalmazási körének kiterjesztésével olyan javak is a dologi jogi szabályozás körébe kerülnének, amelyekre a dologi jogi szabályok teljes körben nem alkalmazhatók. Ezért számtalan kivételt kellene meghatározni a dologi jogi szabályozás körében, s ennek során a leggondosabb eljárás mellett is nagy esélye lenne annak, hogy – különösen az életviszonyok gyors változása mellett – olyan helyzetekben merül majd fel a dologi jogi jogintézmények alkalmazásának problémája, amelyekben a dologi jogi szabályok alkalmazása nem igazolható, vagy nem vezetne a gyakorlatban kezelhető eredményre.³⁵⁸

- b) Ha az előbbi gondolatsort továbbvisszük, akkor egyik megoldásként jöhet szóba annak kijelentése, miszerint a jogok, illetve követelések átruházása esetén *nem tulajdon-átruházás* történik, hanem a tulajdonjog, mint dologi jog fogalmi körét igen megközelítő, azzal igen sok hasonlóságot mutató *önálló jog* átruházása. Így egy olyan új jogintézmény születésének lehetnénk tanúi, melynek jogosultja rendelkezik mindazon, a tulajdonost megillető jogokkal (birtoklás, használat, hasznok szedése, rendelkezési jog) és kötelezettségekkel, melyekkel jellegénél fogva nem csak kizárólag „dolog” tulajdonosa rendelkezhet. Ezt az önálló jogot nevezhetnénk – tulajdonjoggal szemben – *jogtulajdonnak*. Ebben az esetben a jövő jogalkotási feladata lenne a jogtulajdon sajátosságainak, esetleges eltérő vonásainak a kidolgozása, meghatározása.
- c) A gyakorlathoz talán legközelebb áll az a megoldás, mely szerint a jelenleg hatályos *tulajdonjogi rendelkezések alkalmazhatóságát – analógia legis* – alapján ki kell mondani a jogok átruházására is anélkül, hogy elfogadnánk a jogok dologi minőségét, vagy tulajdonlását, vagy önálló jogintézményt konstruálnánk rá nézve. Ezt a szemléletet támogatja az a vélemény is, mely szerint a jelenleg hatályos polgári jogi szabályozásnak is el kellene ismernie a - legteljesebb dologi jog – a tulajdonjog céljának és jogi szerkezetének analog átvitelét olyan vagyontárgyakra, amelyek nem dolgok, hanem jogok,

³⁵⁶ Sárközy Tamás is mindenképpen indokoltnak látta az ún. gazdasági tulajdon kezelésére a res incorporalis jellegű tulajdoni tárgyak bővítését. Sárközy Tamás: A Ptk. dologi jogi könyvének koncepciója. Polgári Jogi Kodifikáció. III. évf. 2001. 6. szám (**SÁRKÖZY**) 11.o.

³⁵⁷ NIZSALOVSKY 329.o.

³⁵⁸ Menyhárd Attila: Észrevételek és javaslatok az új Polgári Törvénykönyv dologi jogi koncepciójának kiegészítéséhez. Polgári Jogi Kodifikáció 2002. 5-6. szám (**MENYHÁRD**) 9.o.

és részletesen ki kellene dolgozni az erre vonatkozó egyedi rendelkezéseket.³⁵⁹ Sárközy is elképzelhető megoldásnak tartja annak kimondását, hogy a dologi jog szabályait (sőt még az adásvételi szerződésekeit is) megfelelően alkalmazni kell a szellemi alkotásokra és a vagyoni értékű jogokra.³⁶⁰ Ez azonban a jelenleg is működő „struccpolitika” legalizálását jelentené. Eszerint bár tulajdonjog tárgya csak és kizárólag dolog lehet, mégis szemet huny afelett, hogy a joggyakorlat analógia alapján a tulajdonjogi szabályokat alkalmazza a konkrét „jogátruházási” esetekben.

- d) Megoldási javaslat lehet vagyoni értékű jogok elidegenítése esetén az **engedményezés szabályainak** alkalmazása is.

Az engedményezés egyrészt magában foglalja a követelés szerződés útján való átruházását, másrészt magában foglalja a követelés jogszabályi vagy hatósági (bíróági) rendelkezés útján való átszállását. A Ptk. az engedményezés alapesetének a szerződés útján való átruházást tartja, melyben valamely követelés jogosultja (engedményező) átruhazza a követelését egy másik személyre (engedményes), amelynek eredményeképpen az engedményes az engedményező helyébe lép, és ő válik jogosulttá a követelés kötelezettel szembeni érvényesítésére.³⁶¹ Török Tamás szerint az engedményezés tárgya **kizárólag követelés** lehet, melyet valamely jogalanyt megillető *alanyi jogként* definiál.³⁶² Szilágyi Zoltán **követelésnek** tekint minden olyan *jogosultságot* (alanyi jogot)³⁶³, mely alapján a jogosult a kötelezettől valamilyen

- pénzüsszeg szolgáltatását (vétélár, bérleti díj kifizetése, kölcsön visszafizetése),³⁶⁴
- dolog átadását (eladott lakás átadása, megszűnt lakásbérleti szerződés esetén a lakás visszaadása stb.),
- magatartás tanúsítását (ügyek intézése, bankszámla vezetése, hibás áru kijavítása stb.),³⁶⁵
- magatartástól való tartózkodást (titoktartás, tartózkodás a versenyhelyzet kialakításától stb.) vagy

³⁵⁹ Fenesi Enikő a törvény szövegét akként javasolta módosítani, hogy a tulajdonjog szabályait lehessen alkalmazni a vagyonértékű jogokra is. Fenesi Enikő: A vagyoni értékű jogok átruházása. Gazdaság és Jog 2000. február 2.szám 21.o.

³⁶⁰ SÁRKÖZY 11.o.

³⁶¹ Ptk. 331.§

³⁶² Török Tamás: Néhány gondolat az átruházás jogi természetéről II. Gazdaság és Jog 1999. november 11. szám (TÖRÖK 1999/II.) 17.o.

³⁶³ Szilágyi Zoltán: A követelések átruházása. Cégvezetés. 1996. március 34.o. Vö. Szabó Magdolna: Engedményezés, tartozásátvállalás. Cégvezetés. 1999. november 28-33.o.

³⁶⁴ A köteles rész, mint kötelmi jellegű *pénzkövetelés* engedményezhető BH 1994. 367.,

³⁶⁵ A Legfelsőbb Bíróság álláspontja szerint nincs joga akadálya annak, hogy a jogosult hibás teljesítésből eredő szavatossági igényeit másra engedményezze. BH 1981. 412., BH 1990. 139.

- valamilyen magatartás tűrését (megtekintési, ellenőrzési jog gyakorlása stb.) követelheti.

A **működtetési jogra vonatkoztatva** a fentieket, rendhagyó elem, hogy az alanyi jog a működtetési jog esetén nem egy meghatározott személlyel, mint adóssal szembeni követelésben megtestesült cselekvési lehetőség, hanem egy arra irányuló kizárólagos jogosultság, hogy az adott orvos egy kijelölt háziiorvosi körzetben, területi ellátási kötelezettséggel, konkrétan meghatározott, állandó állami finanszírozás mellett önálló háziiorvosi tevékenységet végezzen. A praxisjogosult háziiorvossal szemben *nem áll konkrétan meghatározott kötelezett*, hiszen a jogosultnak ezt a jogát – a jog *abszolút szerkezeténél fogva* – mindenki köteles tiszteletben tartani. Konkrét kötelezett hiányában pedig nincs követelés, ami az engedményezés lényegét, az átruházás tárgyát jelentené. Csak olyan alanyi jogok átruházása esetén értelmezhetők az engedményezés szabályai, mely egy másik személy szolgáltatási kötelezettségében ölt testet. Így például a szerződési pozíciót jelentő vagyoni értékű jog (pl. bérleti jog) átruházására alkalmazhatók az engedményezés rendelkezései. Ilyen helyzetről azonban a praxisjog, mint alanyi jog tekintetében nem beszélhetünk, ami egyben kizárja a működtetési jog engedményezés szabályai szerinti átruházását is.

- e) Sajátos megoldási javaslat, hogy mivel hiányzik jogrendszerünkben a jogok átruházásának intézménye a jogalkotónak a **vagyoni értékű jogok átruházására** – az engedményezés szabályaihoz hasonlóan – **önálló normaanyagot** kellene alkotnia, melyben összefoglalná az erre vonatkozó sajátos szempontokat és különbségeket. A jogok átruházhatóságának önálló szabályozása azonban csak olyan jogok esetén lenne szükséges, melyek nem tartoznak az engedményezés körébe.³⁶⁶ Az új Ptk. koncepció is javasolja, hogy a „jog-átruházás” számba vehető sajátosságait törvénybe kell iktatni. Ezt azonban nem az adásvételi szerződésnél, hanem a vagyoni értékű, forgalomképességgel rendelkező jogok átruházására vonatkozó közös szabályoknál kellene megtennie. Nem egy új jelenségről lenne szó a magánjogi jogalkotásban, hiszen hasonlóan járt el a jogalkotó akkor, amikor az engedményezés keretén belül hozta létre a követelések átruházásának speciális szabályait, vagy amikor önálló zálogjogi szabályokat alkotott az átruházható követelések és jogok vonatkozásában.³⁶⁷

³⁶⁶ Menyhárd Attila szerint ez megfelelően megoldható lenne az átruházásra irányuló szerződések szabályainak körében megfogalmazott egyértelmű utaló szabállyal. MENYHÁRD 10.o.

³⁶⁷ A jogokon fennálló tulajdonjog kérdését a Ptk. 268.§ (5) bekezdése egy utaló szabállyal hidalja át: „ha a zálogtárgy jog vagy követelés, a zálogjogra vonatkozó közös szabályok alkalmazása során a zálogtárgy

f) A Ptk. koncepció szerint a törvény mondja ki az **adásvétel szabályainak megfelelő alkalmazását** a vagyoni értékkel bíró forgalomképes jogok visszterhes átruházására. (Az ilyen jogok ingyenes átruházására pedig az *ajándékozás* szabályainak megfelelő kiterjesztésével kíván megoldást találni). A *megfelelő alkalmazás* kimondása az átruházás sajátosságai (pl. az „átadás” hiánya stb.) miatt lenne szükséges, – és a taxatív aligha felsorolható – eltérések figyelembevételére adna a bírónak lehetőséget. Amennyiben ezek a sajátosságok mégis számba vehetők, azokat a törvénybe kell iktatni. Amennyiben nem, az ismert eltéréseket a Kódex miniszteri indokolásában kell felsorolni a bírói gyakorlat orientálása érdekében. A koncepció tehát a dologi jogi szabályozást nem javasolja megváltoztatni egy kiterjesztett dolog-fogalommal, mert „ily módon a dologhoz mint terminus technicus-hoz kapcsolódó jogkövetkezmények (birtokvédelem, elbirtoklás stb.) olyan területre nyernének kiterjesztést, amelyhez nem illenek.”³⁶⁸ Ez a javaslat nem az adásvételi szerződés tárgyát bővítené ki a vagyoni értékkel bíró forgalomképes jogok körével, hanem analogia legis alkalmazásával rendelné az adásvétel szabályainak megfelelő alkalmazását ilyen jellegű jogok átruházása esetén. Így a jogi szabályozás felelne a jogok és kötelezettségek egységes átruházására irányuló igényekre, s nem a más célokra megalkotott adásvételi szabályokba erőltetné bele az oda nem illő jelenségeket.³⁶⁹ Másrészt ez a megoldás gyengítené a polgári jogi szabályok következtetlenségét is, hiszen megmaradna az adásvételi szerződés lényege, célja, mint az adásvételi szerződés tárgyán fennálló tulajdonjognak az eladóról a vevőre történő átszármaztatása, illetve így elkerülhető lenne a tulajdonjog tárgyát jelentő dologi kör bővítése is.

A vagyoni értékű jogok átruházására irányuló szabályok egységesítését és konkretizálását olyan gyakorlati szempontok teszik mellőzhetetlenné, amelyek mellett az elméleti aggodalmak jelentősége elszáll.³⁷⁰

Ha elismernénk a jogokon fennálló tulajdonjog jogi konstrukcióját, akkor sem lehetne teljes a praxisjogosult házi orvos rendelkezési joga, mivel a törvény **tiltja a működtetési jog** bármilyen

tulajdonosán a jog vagy követelés jogosultját, a zálogtárgy tulajdonjogán pedig a jogot vagy követelést kell érteni.”

³⁶⁸ Az új Polgári Törvénykönyv koncepciója és tematikája. Magyar Közlöny különszáma 2003. február 10. 106.o.

³⁶⁹ Kisfaludy András: Az adásvételi szerződés. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó Budapest, 1997. (KISFALUDY) 31.o.

³⁷⁰ A működtetési jog (praxisjog), mint vagyoni értékű jog átruházása tárgyában is rendszeren készítenek tanult szakemberek szerződéseket annak ellenére, hogy a jogok átruházása tekintetében sem a polgári törvénykönyv, sem pedig más jogszabály nem tartalmaz konkrét rendelkezéseket. Az elméleti aggályoktól és teljesen ellentétes

hasznosítását. Korlátozott a rendelkezési jog, mert működtetési jog bérbe, haszonbérbe nem adható és gyakorlásának joga sem ingyenesen, sem pedig visszterhesen más részére át nem engedhető. A jogalkotási folyamatban született egyes koncepciók - a jogokon fennálló tulajdonjog létét elismerő vagy tagadó viták elkerülése érdekében - kizárólag a működtetési jog ingyenes vagy visszterhes átengedését tartották beilleszthetőnek a jelenlegi polgári jog dogmatikai rendszerébe. Meg kell azonban említeni, hogy a praxisjog ingyenes vagy visszterhes „átengedésének” joghatásai semmiképpen sem azonosíthatók a jog „átruházásának” joghatásaival. A működtetési jog átengedése esetén – ahogyan ez a haszonélvezeti jog esetén is működik – maga a praxisjog eredeti tartalmában maradna fenn, **alanyváltozás sem történne.** Kizárólag a praxisjogból eredő jogok és kötelezettségek **időleges** gyakorlására szerezne jogot kötelmi jogi jogviszony alapján az az orvos, akinek a praxisjogot átengedték. Az átengedéssel jogot szerző személy azonban csak addig gyakorolhatná a praxisjogból eredő jogait és működtethetné az adott háziiorvosi szolgáltatást, amíg a szerződésben meghatározott határidő el nem telik, illetve a praxisjog az átengedő viszonylatában meg nem szűnik, mivel ennek megszűnésével megszűnne a jog gyakorlására szóló szerződés is. Amennyiben a praxisjog gyakorlásának **végleges átengedésében** állapodnának meg a felek a szerződésben, és ennek megfelelően rendeznék a teljesítés körülményeit, a szerződés ugyanúgy a praxisjog átruházására irányuló színlelt szerződésnek lenne tekinthető, hiszen a szerződés jellegét nem az elnevezése, hanem a felek akarata határozza meg. Egy meghatározott jogból eredő jogok gyakorlását és kötelezettségek teljesítését át lehet engedni határozott vagy határozatlan időre, de végelegesen nem, mert ilyenkor a felek akarata valójában a szerződés tárgyát képező dolog, vagy jog átruházására, a szerződő felek személyében bekövetkező jogutódlásra, alanyváltozásra irányul. Emiatt nem ismeretes a magyar jogban az örökbérlet intézménye sem.³⁷¹

3.2. A praxisjog, mint korlátozottan forgalomképes vagyoni értékű jog

A működtetési jog, mint vagyoni értékű jog forgalomképességéről és elidegeníthetőségéről is csak **analógia alkalmazásával beszélhetünk**, hiszen mindkét jogintézmény a dologhoz, mint a tulajdonjog kizárólagos tárgyához kapcsolódó fogalomként értelmezhető.

szemlélettől függetlenül a gyakorlati szakemberek csak a tulajdonjogi konstrukcióból tudnak kiindulni, és csak annak mintájára tudják levezetni és elintézni az ilyen eseteket.

³⁷¹ Polgári jog. Kommentár a gyakorlat számára. Első kötet. A tulajdonjog. A használati jogok. (Kovács László) HVG-ORAC Lap- és Könyvkiadó Kft. 319.o., LENKOVICS 236.o.

Mint láttuk korábban, a forgalomképeség az adott dolog elidegenítésének szabadságával áll szoros kapcsolatban. A praxisjog **elidegeníthetőségét és annak korlátait törvény állapítja meg**, ezért rögtön adott lehetne a működtetési jog forgalomképeségének megállapítása is. Az adott jogosítvány alaposabb vizsgálatával azonban olyan körülmények merülnek fel, melyek egyértelműen **korlátozzák** a működtetési jog forgalomképeségét. Vizsgáljuk meg a korlátokat.³⁷²

- a) A működtetési jogot – akár ingyenesen, akár visszterhesen – csak olyan személy részére lehet elidegeníteni, aki *nem rendelkezik működtetési joggal*. Ez a rendelkezés **menyiségi** szempontból korlátozza a praxisjog forgalmát, hiszen minden arra jogosultnak csak egy működtetési joga lehet.
- b) **Alanyi korlátja** az elidegenítésnek a *jogszerzői kör leszűkítése*. A lehetséges jogszerző csak olyan *orvos* lehet, aki rendelkezik azt igazoló hatósági bizonyítvánnyal illetve határozattal, hogy megfelel a – személyével szemben - jogszabályban előírt feltételeknek (pl. alkalmasság, meghatározott szakvizsga, kizáró okok hiánya stb.)
- c) Az egészségügyi alapellátás a **helyi önkormányzatok** kötelezően ellátandó feladatai közé tartozik, így a helyi önkormányzatnak **komoly beleszólása** van az új orvos kiválasztásában. A korábbi szabályozás szerint a működtetési jog átruházásához nem volt szükség a háziorvosi körzet szerint illetékes helyi önkormányzat nyilatkozatára, azonban a működtetési jog megszerzése sem hártott az önkormányzatra a működtetési jogot megszerző orvos foglalkoztatására vonatkozó kötelezettséget. Emiatt előfordult olyan eset, amikor komoly összegért megvásárolt praxisjog jogosultjával (illetve annak vállalkozásával) az önkormányzat a törvényben előírt határidőn belül nem kötött szerződést, így a megvásárolt praxisjog megszűnt.³⁷³ Az ilyen helyzetek elkerülése érdekében a hatályos rendelkezések értelmében csak olyan háziorvos vehet működtetési jogot, akinek a későbbi foglalkoztatására az önkormányzat testületi ülésen kötelezettséget vállalt nyilatkozat vagy *előszerződés* formájában.

Mindezek alapján megállapítható, hogy a kutatás tárgyát képező praxisjog elidegeníthetősége **nem egyenlő annak korlátlan forgalomképeségével**. Számos olyan körülmény merül fel a működtetési jog elidegenítésénél, mely megnehezíti és komoly korlátok közé szorítja a vevő, illetve az új jogosult kiválasztását, s ezáltal a jog forgalomképeségét.

³⁷² Mindhárom körülményre a Vhr. 7.§ (3) bekezdése utal.

³⁷³ A Vhr. 2.§ (1) bekezdés b) pontja értelmében **tartósan betöltetlenné válik** az a háziorvosi körzet, amelyben az ellátási kötelezettségnek hat hónapot meghaladóan csak helyettesítéssel tudnak eleget tenni, kivéve, ha ennek az oka, hogy a körzetet ellátó háziorvos keresőképtelensége, hivatalos távolléte, szabadsága stb. miatt akadályoztatva van.

4. A működtetési jog folytatása

4.1. A működtetési jog örökölhetőségének kérdése a hatályos rendelkezések tükrében

A működtetési jog egyik olyan fogalmi eleméhez, jellemzőjéhez jutottunk, mely mind elméleti, mind pedig gyakorlati szempontból igen sok vitára ad alapot.

Már a törvényhozási eljárás részét képező parlamenti viták egyik fő témája volt annak eldöntése, hogy a működtetési jog, mint önálló vagyoni értékű jog a hagyaték részét képezze-e vagy sem. A törvény viharos előtörténetét ismerve el kell mondani, hogy az 1999. decemberében elutasított korábbi törvényjavaslatban a működtetési jog örökölhetősége szerepelt. Komoly támadások után az átdolgozott, és 2000. február 4. napján elfogadott Öotv. azonban már kizárta a praxisjog örökölhetőségét, és egy új lehetőséget vezetett be a működtetési jog folytatása címén.³⁷⁴ Miről is van szó?

- a) A működtetési jog **jogosultjának halála esetén** a jog nem szűnik meg, hanem az elhunyt **házastársa**, illetve ennek hiányában az elhunyt **egyenesági leszármazója tovább folytathatja** a praxisjogból eredő jogok gyakorlását és kötelezettségek teljesítését. A működtetési jog folytathatósága szempontjából egyenesági leszármazónak az elhunyt gyermeke, örökbefogadott gyermeke és unokája minősül. Az egyenesági leszármazók között a **leszármazási fok** határozza meg a működtetési jog folytatására való jogosultság sorrendjét. Amennyiben több azonos fokú leszármazó lenne jogosult a működtetési jog folytatására, úgy meg kell egyezniük, hogy melyikük kívánja folytatni a működtetési jogot, és az erre vonatkozó **írásbeli megállapodást** az örökhagyó halálától számított 30 napon belül – a praxisjog folytatására egyedül jogosult személy megjelölésével – kell benyújtani a Magyar Orvosi Kamara (továbbiakban: MOK) illetékes megyei szervezetéhez. Ha ez alatt az idő alatt nem születik egyezség, a működtetési jog folytatására egyik gyermek vagy unoka sem válik jogosulttá, azaz a **30 napos határidő jogvesztő**.
- b) Gyakran előfordul azonban, hogy a praxisjog folytatására **jogosult személy nem rendelkezik a működtetési jog megszerzéséhez előírt feltételekkel**. Ilyenkor két dolgot tehet: vagy **lemond** jogáról az őt sorrendben követő, és a jogszabályi feltételeknek megfelelő személy (gyermek, unoka) javára, vagy a praxisjogot a korábbi jogosult halálától számított **hat hónapon belül** ingyenesen vagy visszatérhesen **elidegeníti**. Ez a hat

hónapos határidő szintén *jogvesztő* jellegű, mert ha ez alatt az idő alatt a jogosult nem tudja jogát elidegeníteni, akkor az *ipso iure megszűnik*.³⁷⁵

A működtetési jog folytatására vonatkozó – fent ismertetett – rendelkezések azonban nem kellően átgondoltak és jogértelmezési problémát is felvetnek. Az Öotv. végrehajtása tárgyában megjelent jogszabály³⁷⁶ értelmében amennyiben a működtetési jog jogosultja meghal, a működtetési jog folytatására értelemszerűen kell alkalmazni a működtetési engedély kiadásának feltételeire (orvosi működési nyilvántartásba vétel, szakképzettség, egészségügyi alkalmasság, kizáró okok hiánya) vonatkozó rendelkezéseket. Ennek megfelelően a működtetési jog folytatására jogosult személy a korábbi működtetési joggal rendelkező személy halálától számított 30 napon belül nyújthatja be a működtetési jog megadása iránti kérelmét, feltéve, hogy megfelel az e rendeletben és a vonatkozó jogszabályokban foglalt feltételeknek. A MOK illetékes szerve tehát csak abban az esetben adhatja konstitutív hatályú határozatával a működtetési jog folytatására engedélyt, ha a kérelmező személyében is alkalmas a joggyakorlásra. Felmerül akkor a kérdés, hogy a meg nem szerzett jogáról hogyan mondhat le a folytatásra jogszabályban kijelölt személy, illetve milyen alapon adja el azt a működtetési jogot, amelyet a konstitutív kamarai határozat hiányában meg sem kapott.³⁷⁷

Van olyan álláspont, mely szerint a működtetési jog öröklésének egyik speciális esete a működtetési jog folytathatósága.³⁷⁸ Ez a kijelentés azonban könnyen cáfolható. A hatályos polgári szabályok szerint örökölni törvény vagy végintézkedés alapján lehet. Amennyiben az örökhagyó után végintézkedés maradt, az öröklés rendjét ez határozza meg. Végintézkedés hiányában az öröklés rendjére a törvény az irányadó.³⁷⁹ A törvényes öröklés és a végintézkedésen alapuló öröklés mellett egy meghatározott vagyoni értékű jogból eredő jog

³⁷⁴ Öotv. 2.§ (4) – (7) bek.

³⁷⁵ A működtetési jogot természetesen az egyébként folytatásra jogosult személyek is csak olyan orvos részére idegeníthetik el, aki megfelel az előírt jogszabályi követelményeknek.

³⁷⁶ A háziorvosi működtetési jog megszerzéséről és visszavonásáról, valamint a háziorvosi tevékenységhez szükséges ingó, ingatlan vagyon és működtetési jog megszerzésének hitelfeltételeiről szóló 18/2000. (II. 25.) Korm. rendelet (a továbbiakban: Vhr.) 9.§.

³⁷⁷ Ezt a dogmatikai zsákutcát ismerte fel a német szabályozás, amely a legtöbb tartományban a szerződéses orvos halálát követően nem engedi a praxis folytatását. Csak két tartományban, ott is kizárólag az orvoshiánnyal küzdő engedélyezési körzetekben engedélyezi a szövetség igen szigorú korlátozásokkal a praxis működtetésének folytatását. Az özvegy, illetve meghatározott közeli hozzátartozó egy másik – arra alkalmas – orvos foglalkoztatásával vezetheti tovább a praxist, de csak a szerződéses orvos halálának időpontja által meghatározott negyedév utolsó napjától számított 3 hónapig. Ezt az időtartamot nevezi a német jogirodalom *méltányossági negyedévnek*. Prof. A. Laufs, Prof.W.Uhlenbuck: Handbuch des Arztrechts. C.H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung, München, 1999. 177.o.

³⁷⁸ Balogh S.: A praxisok adásvétele, öröklése. in: Szerk. Gyenes M.: Egészségügyi vállalkozások kézikönyve. Verlag Dashöfer Szakkiadó Kft.&T.Bt. 2001. (BALOGH 2001/II.) 6. rész 3.2.1. fejezet 1.o.

³⁷⁹ Ptk. 599.§ (1)-(3) bek.

gyakorlásának folytatása, mint önálló öröklési jogi jogcím a hatályos jogunk szerint nem értelmezhető.

Tény az is, hogy az ember halálával hagyatéka, mint egész száll az örökösökre³⁸⁰, s az örökhagyó hagyatékába a vagyoni értékű jogosítványok is beletartoznak.³⁸¹ Ismeretes azonban, hogy a vagyoni értékű jogok jogi sorsa a jogosult halálával – az adott jogra vonatkozó speciális szabályoknak megfelelően – különböző lehet. A személyes szolgalmak (haszonélvezet, használat) mint tudjuk a jogosult halálával megszűnnek, míg a földhasználati jog vagy a telki szolgalmak nem a jogosult személyéhez, hanem egy adott ingatlanhoz kötődnek, ezért azok fennállását nem érinti a jogosult halála.

Mind az Öotv.-ben, mind pedig annak részletes indoklásában a jogalkotó kihangsúlyozza, hogy az ellátás folyamatosságának biztosítása érdekében szükséges, hogy a lassú és körülményesebb öröklési procedúrát megalapozó öröklési jogintézmény helyett egy alkalmasabb jogintézmény biztosítsa a személyváltást. Így „a **működtetési jog nem örökölhető**, csak elidegeníthető és – a jogosult halála esetén ... - **folytatható**”.

Ellentétes azonban ezzel az illetéktörvény ide vonatkozó rendelkezése, miszerint „az öröklési illeték tárgya: az **örökség** – ideértve ... az önálló orvosi tevékenység működtetési jogának folytatását is.”³⁸² Felvetődik a kérdés, hogy ha a jogalkotó a hagyatéki eljárás hosszadalmas volta és a folyamatos betegellátás sürgető igénye közötti ellentmondás feloldása érdekében kizárta a praxisjog örökölhetőségét, akkor – pusztán a költségvetés gazdagítása érdekében – miért nyilvánítja ugyanazt a jogot egy másik törvényben az örökség részének. Megoldást jelentene egy törvényi analógia, vagy fikció alkalmazása, melynek értelmében az Itv. nem sorolná az örökség körébe a praxisjogot, hanem kimondaná, hogy a 8.§ (1) bekezdésében meghatározott rendelkezéseket kell alkalmazni a működtetési jog folytatása esetén is. Ezzel az Itv.-ben is egyértelművé válna, hogy a működtetési jog folytatása nem tartozik az örökségbe, csak az illetékkiszabás szempontjából kell úgy tekinteni, mint az örökség részét.

A tíz százalékos illetékfizetési kötelezettség maga is igen komoly anyagi terhet ró a működtetési jog folytatójára, mely alól csak egyetlen esetben ad mentességet a törvény: ha az elhunyt orvos az Öotv. hatálybalépésének napján (2000. február hó 26.) a törvény erejénél fogva (ipso iure), alanyi jogon szerezte meg működtetési jogát. Amennyiben az elhunyt orvos

³⁸⁰ Ptk. 598.§

³⁸¹ Petrik Ferenc: Az öröklés joga. KJK Budapest, 1991. 25.o.

³⁸² Itv. 8.§ (1) bek.

praxisjogát 2000. február hó 26. napját követően szerezte, a folytatásra jogosult özvegynek, illetve leszármazónak jelentős mértékű öröklési illetéket kell fizetnie.³⁸³

Az illetékfizetés kapcsán is fontos lenne annak a már korábban említett jogértelmezési kérdésnek az eldöntése, hogy bekövetkezik-e a jogfolytatás a működtetési jog folytatására törvényben megjelölt, de a jogszerzéshez előírt követelményekkel nem rendelkező jogosult esetén. A folytatásra törvényben kijelölt hozzátartozó az adott esetben jogszerűen – az illetékfizetés elkerülése érdekében – arra hivatkozik, hogy a személyében fennálló alkalmatlanság okán ő az elhunyt működtetési jogának folytatására nem lehet jogosult. Ez leginkább olyankor merül fel, amikor a rendelkezésre álló hat hónapos jogvesztő határidő alatt a praxisjogot nem sikerül elidegeníteni, így az megszűnik. Érthető is az érintett hozzátartozó kifogása, hiszen egy olyan vagyoni értékkel bíró jog után kellene öröklési illetéket fizetnie, ami számára vagyoni értéket semmilyen formában nem képviselt. Ezt a védekezést támasztja alá az a tény is, hogy nevezett személy a működtetési jog tartalmát kitevő jogokat értelemszerűen az átmeneti idő alatt egyáltalán nem gyakorolhatja.

Más a jogi helyzet megítélése azonban, ha a hat hónap alatt létrejön a felek között a praxisjog átruházása tárgyában érvényes megállapodás. A *nemo plus iuris* elvének következetes alkalmazása esetén csak olyan vagyoni értékkel bíró jogot ruházhat át a folytatásra jogosult, amellyel maga is rendelkezik. Mivel a törvény lehetővé teszi a személyében alkalmatlan, de folytatásra jogosult hozzátartozó számára a vagyoni értékű jog elidegenítését, nem marad más lehetőség, mint az ilyen jogalany *köztes jogszerzői* minőségének elismerése. A jogalkotó ebben az esetben egy „fikciós különös jogutódlási helyzetet” teremt, hiszen lehetővé teszi a praxisjog megszerzésére alkalmatlan, de a folytatásra kijelölt személy számára, hogy úgy lépjen fel a működtetési jogot megvásárolni szándékozó orvossal szemben, mintha „tulajdonos” lenne, mintha – az elhunyt jogutódjaként – maga is rendelkezne működtetési joggal.³⁸⁴ Ez azonban nem jelent megoldást a fent ismertetett elvi problémákra és felvetésekre. A mesebeli „okos lány” fejével gondolkodva olyan megoldást kellene találni, mely szerint – a praxisjog iránti kereslet függvényében - folytatható is legyen meg nem is a működtetési jog az előírt feltételekkel nem rendelkező, de folytatásra kijelölt hozzátartozók körében. Ilyen megoldás azonban attól tartok, hogy csak a mesében létezik. A működtetési

³⁸³ Itv. 12.§ (5) bek., 17/A.§

³⁸⁴ A képviselő vagy a vélelmezett képviselő lehetősége azért nem jöhet szóba, mert a képviselő a képviselt személy érdekében kell eljárjon, a képviselt számára szerez jogokat és vállal kötelezettségeket, a képviselt személyt helyettesíti jognyilatkozatok tételében és elfogadásában. A működtetési jog korábbi jogosultjának halálával azonban nincs, kit képviseljen a képviselő.

jog az adott háziorvos személyéhez kötődő jogosultság, így folytatására is csak olyan orvos végzettségű hozzátartozó esetében lenne indokolt módot adni, aki maga is rendelkezik az előírt feltételekkel. A német szabályozás – egyes tartományok kivételével, ahol a folytatásra jogosultság csak egy „méltányossági negyedévre” szól – még ezt sem teszi lehetővé.

Igen méltányos az a jogalkotói cél, hogy olyan személy rendelkezzen egy adott vagyoni értékű jog felett, aki azt a fennálló kizáró okok miatt meg sem szerezte, illetve szerezhette volna. Ebben az esetben azonban a jogszabálynak pontosan rendeznie kellene az ilyen személy *jogi helyzetét, a „nem praxisjogosulttól” való működtetési jog megszerzésének* pontos feltételeit, határait, és a jogutódlással esetlegesen felmerülő tisztázatlan jogi helyzeteket.

A MOK illetékes megyei szervezeteinél kialakult – szigorú értelmezéssel „contra legem” - joggyakorlat szerint – a halál tényének és az előírt hozzátartozói minőség hatósági bizonyítását követően – a törvényes határidőben beérkezett kérvényben megjelölt személy számára kiadja az engedélyt a praxisjog folytatására azzal a tájékoztatással, hogy amennyiben hat hónapon belül nem sikerül a működtetési jogot elidegeníteni, akkor az a törvény erejénél fogva megszűnik. A kamara ezzel a gyakorlattal igyekszik – az esetleges elméleti megalapozatlanság ellenére - elősegíteni az özvegy, illetve a az adott jogosult számára a működtetési jog elidegenítését, mivel nevezettek a kamarai határozat nélkül nem tudják igazolni jogos eladói minőségüket a potenciális vevők számára. Ez a megoldás azonban nem megnyugtató az illeték teher kezelése szempontjából.

A fent részletezett ellentmondásos szabályozás miatt országszerte eltérő a kialakult joggyakorlat. Vannak közjegyzők, akik a hagyaték tárgyaként kezelik a praxisjogot, s függetlenül a működtetési jog folytatása tárgyában előírt rendelkezésektől, vagy azzal párhuzamosan hagyatékátadó végzéssel, törvényes öröklés jogcímén adják át a vagyoni értékű jogot, mint örökséget az Öotv.-ben megjelölt személynek.

Jogos igényként merült fel a gyakorlatban, hogy a ***folytatásra jogosult személyek körét szűkíteni*** és pontosítani kellene. Előfordult ugyanis, hogy a házasság felbontására irányuló eljárás közepén hunyt el a háziorvos férj, aki már beszélő viszonyban sem volt a feleségével. Az „özvegy” pedig, mint a működtetési jog folytatására jogosult, de arra személyében nem alkalmas személy több millió forintért értékesítette férje praxisját. Ilyen vagy ehhez hasonló helyzet alakulhat ki olyankor is, ha az elhunyt gyermeke az elhunytal szemben korábban olyan magatartást tanúsított, melyre tekintettel indokolatlan őt az elhunytat megillető vagyoni értékű jog alapján bármilyen előnyben részesíteni. Mindezek elkerülése érdekében felmerült megoldásként, hogy a folytatásra kijelölt hozzátartozók csak abban

esetben legyenek jogosultak a működtetési folytatása kapcsán őket megillető jogok gyakorlására, ha az elhunyt után egyben kötelesrészre is jogosultak lennének. Ez a megszorítás azonban oly módon megbonyolítaná – s esetleg időben is elhúzná - a korábbi jogosult halálát követő, amúgy sem egyszerű eljárást, hogy az már a folyamatos és szakszerű betegellátás veszélyeztetésével járna.

4.2.A működtetési jog folytatásának elhatárolása más hasonló jogintézményektől

4.2.1. Személyes gyógyszerértár működtetési jog – hozzátartozói személyi jog

A magyar jogrendszerben több, a működtetési jog folytatásához hasonló jogintézmény ismeretes.

A megfelelő szakképesítéssel és szakmai gyakorlattal rendelkező gyógyszerész részére közforgalmú gyógyszerértár kizárólagos működtetésére, az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat Országos Hivatala (a továbbiakban: OTH) által kiadott engedélyben foglalt jog a **személyes gyógyszerértár működtetési jog** (a továbbiakban: személyi jog).³⁸⁵ A törvény részletes indoklása értelmében a személyi jog egy engedélyezett jogosítvány, mely *nem képezi tulajdon tárgyát*, ezért az „sem jogügylettel, sem törvényes örökléssel, sem végintézkedéssel át nem ruházható”. A személyi jog a személyi jog jogosultjának halálával **megszűnik**.

- Ebben az esetben azonban, ha a korábbi személyi jog jogosultjának házastársa és /vagy gyermeke *megfelel a személyi jog megszerzéséhez törvényben előírt feltételeknek*, akkor számukra országos **pályázat kiírása nélkül engedélyezhető a személyi jog**. Amennyiben több – jogszabályban meghatározott feltételeknek megfelelő – személy lenne jogosult személyi jogra, e jogosultak a korábbi jogosult halálától számított negyvenöt napon belül – jogvesztés terhe mellett - nyújthatják be – az OTH-hoz azt a megállapodásukat, amelyben kijelölik a személyi jog elnyerésére jogosult személyt.³⁸⁶
- Abban az esetben azonban, ha a korábbi személyi jog jogosultjának túlélő házastársa/vagy gyermeke nem rendelkezik a törvényben előírt feltételekkel, akkor őket egyetemlegesen a személyi jog megszűnésétől számított negyvenöt napon belül az OTH-hoz előterjesztett

³⁸⁵ A gyógyszerértárak létesítéséről és működésük egyes szabályairól szóló 1994. évi LIV. törvény (a továbbiakban: GyImtv.) 2.§ f) pont

³⁸⁶ GyImtv. 23.§ (3) bekezdés, 40.§ a) pont

kérelemre hozzátartozói személyi jog illeti meg.³⁸⁷ A hozzátartozói személyi jog jogosultja a közforgalmi gyógyszerterát – az előírt feltételekkel rendelkező – felelős vezető alkalmazásával, illetve haszonbérleti szerződés útján működtetheti. A hozzátartozói személyi jog határozott időtartalmú, mely időtartam elteltével a jogosultat a hatósági nyilvántartásból törölni kell.³⁸⁸ A törvény azonban lehetőséget ad arra is, hogy a hozzátartozói személyi jog jogosultja a jogát a gyógyszerterát vezetésére jogosult személynek átengedhesse.

A hozzátartozói személyi jog – bár sok tekintetben hasonlít a működtetési joghoz³⁸⁹ – mégis részleteiben eltérő rendelkezéseket tartalmaz a jogosult halála esetére is. A személyi jog tekintetében a törvény egyértelműen meghatározza a *jog megszűnését*, csak az egyébként törvényes öröklésre is jogosult közeli hozzátartozók részére kedvezményes keretek között teszi lehetővé a személyi jog vagy a hozzátartozói személyi jog újbóli elnyerését. Illetékfizetési kötelezettség sem terheli értelemszerűen a jogosultakat. A működtetési jog esetében azonban a törvény határozottan foglal állást, mikor akként rendelkezik, hogy a működtetési jog a korábbi jogosult halálával *nem szűnik meg*, hanem az arra jogosult(ak) számára folytatható, vagy a jogszabályban előírtak betartásával átruházható.

4.2.2. Lakásbérleti és helyiségbérleti jog folytatása

1. A bérlő halálával a **lakásbérleti jog** nem szűnik meg abban az esetben, ha van olyan személy, aki a lakásbérleti jog folytatására jogosult. A lakásbérleti jog folytatása egy önálló intézménye a lakásbérleti szabályozásnak, mely kizárólag a bérlő halála esetén alkalmazható. A bérleti jog, noha *vagyoni értékkel bír*, az egyértelmű bírói gyakorlat szerint nem tárgya a hagyatéknek, arról a volt bérlő mint örökhagyó nem rendelkezhet, ugyanakkor külön szabályok szerint a bérleti jogot folytatni lehet olyan személynek is, aki egyébként a volt bérlő után nem örököl.³⁹⁰

³⁸⁷ A hozzátartozói személyi jog előterjesztése érdekében az ÁNTSZ szükség esetén ügygondnok kirendelését kezdeményezi. Gylmtv. 24.§

³⁸⁸ Ha a hozzátartozói személyi jog jogosultja a túlélő házastárs vagy nagykorú leszármazója, akkor őket a nyilvántartásba vételtől számított 5 évig, kiskorú leszármazót 24. életéve betöltéséig, több kiskorú leszármazót a legfiatalabb kiskorú 24. életéve betöltéséig illeti meg a hozzátartozói személyi jog. A 24. életév betöltését követően – de legfeljebb 35. életév betöltése napjáig – megilleti még a jog azt a jogosultat, aki gyógyszerész egyetemi hallgató, vagy gyógyszerész oklevéllel rendelkezik. Gylmtv.25.§

³⁸⁹ Közforgalmi gyógyszerterát működtetni – a háziiorvosi szolgálathoz hasonlóan – csak személyi jog alapján lehet, a személyi jog is hatósági (OTH) engedély alapján nyerhető el, minden arra jogosultnak csak egy személyi joga lehet, stb. Lényeges különbség azonban, hogy a személyi jogot nem definiálja a törvény vagyoni értékű jogként, és megszerzése is – főszabály szerint – csak országos pályázat elnyerése esetén lehetséges. Gylmtv. 2.§ f) pont, 16.§ (1) bekezdés

³⁹⁰ A lakásbérleti jog folytatása kivételes intézménye a lakásbérleti szabályozásnak. Eredete a lakásigények kielégítésének alacsony színvonalában keresendő, no meg abban, hogy az ott lakó és a bérleti jog folytatására

A lakásbérleti jog folytatására **két esetben** van lehetőség.

- a) Az egyik esetben a lakásbérleti jogot *szerveződésen alapuló tartási kötelezettség* maradéktalan teljesítése alapján lehet folytatni, ha a tartási szerződéshez a bérbeadó előzetesen írásban hozzájárult, az eltartó a tartási szerződésben³⁹¹ vállalt kötelezettségének eleget tett és a bérbeadó hozzájárulásától a bérlő haláláig legalább egy év eltelt.³⁹²
- b) *Önkormányzati, illetve állami lakás* esetén a törvény taxatívén sorolja fel azon személyek körét, akik a bérlő halála után jogosultak a lakásbérleti jog folytatására, ha a bérlő a lakásba őket befogadta és a bérlő halálakor életvitelszerűen a lakásban laktak.³⁹³ A lakásbérleti jog folytatására ilyenkor – amennyiben a felek eltérően nem állapodtak meg - sorrendben a következő személyek jogosultak: az eltartó, a bérlő házastársa, gyermeke, a befogadott gyermekétől született unokája, szülője. Ha a lakásbérleti jog folytatására azonos sorrendben több személy jogosult, akkor – eltérő megállapodás hiányában – a lakásbérleti jogot bérlőtársként folytathatják.³⁹⁴

A bérleti jogviszony folytatója jogutódja a meghalt bérlőnek, hiszen köteles mindazon kötelezettségek teljesítésére, amelyek a jogelődjét akár jogszabály, akár szerveződéses vállalat alapján kötelezték.³⁹⁵ A bérleti jog folytatásához nincs szükség sem a bérbeadó elismerő nyilatkozatára, sem pedig új bérleti szerződés kötésére. A lakásbérleti jogviszonyban a bérlő halála után – mint jogi tény – következtében ipso iure alanyváltozás következik be, a bérleti szerződés egyebekben változatlanul fennmarad. Így ha a bérbeadó nem ismeri el a lakásbérlet folytatására való jogot, a lakás kiürítése iránt pert indíthat, és a bíróság ebben a perben bírálja el a lakásbérlet folytatásának a kérdését is.³⁹⁶ A bérlet

jogosult személyt úgysem lehetett volna kitenni a lakásból, tehát indokolt volt inkább az önálló bérlővé válás jogi kereteit megeremteni. A jogintézmény kialakítását előmozdító, másik nem lebecsülendő körülmény pedig az volt, hogy a lakásbérleti jog, mint vagyoni érték jószerével egyetlen értéke volt az eltartásra szorulóknak, aminek az ellenértékeként az eltartásukat remélhették. Besenyei Lajos: A bérleti szerződés. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó. Budapest, 1998. (BESENYEI 1998.) 84.o.

³⁹¹ Csak a tartási szerződés alapján történő eltartás lehet jogcím a lakásbérleti jogviszony folytatására, életjáradéki szerződés nem. Ez utóbbi alapján csak akkor lehetséges, ha a felek eredetileg tartási szerződést kötöttek egymással, de az a bíróság utólag változtatta át életjáradéki szerződéssé. BESENYEI 1998. 85. o.

³⁹² Ltv. 32.§ (1) bekezdés

³⁹³ Rakvács József: Kézikönyv az új lakástörvény, a helyiségbérleti jogviszony magyarázatához. HVG-ORAC Lap- és Könyvkiadó Kft., Budapest 1999. 58.o.

³⁹⁴ Ltv. 32.§ (2) – (4) bekezdések. Eltérő szabályt kell azonban alkalmazni abban az esetben, ha a meghalt bérlő olyan lakásban lakott, amelyre nézve valakinek *bérlőjelölési joga* áll fenn. Ilyenkor a bérlőjelölési jog az erősebb és annak jogosultja határozhatja meg, hogy a jogosultak közül ki fogja folytatni a lakásbérleti jogviszonyt. BESENYEI 1998. 86.o.

³⁹⁵ BESENYEI 1998. 87.o.

³⁹⁶ COMPLEX CD-Jogtár. KOMMENTÁR az Ltv. 32.§-hoz

folytatására jogosult személynek természetesen lehetősége van megállapítási kereset indítására, ha erre jogainak megóvása érdekében szükség van.

2. A **helyiségbérleti jog** sem szűnik meg a bérlő halálakor, ha korábban egyéni vállalkozói igazolvány alapján folytatta tevékenységét, mert ilyenkor az egyéni vállalkozó özvegye és örököse – ha megfelel a törvényben előírt egyéb feltételeknek – folytathatja a bérleti jogot. További feltétel, hogy a bérelt helyiséget továbbra is ugyanarra a célra használja a folytatásra jogosult, mint az elhunyt bérlő. Ha a bérlő vállalkozói tevékenységhez nem kötött tevékenységet folytatott, halála esetén a bérlő házastársa, gyermeke, jogszerűen befogadott gyermekétől született unokája, valamint szülője jogosult folytatni a helyiségbérleti jogot. Itt is feltétel azonban, hogy a helyiséget továbbra is arra a célra használja a folytatásra jogosult, mint a bérlő.³⁹⁷

Mindkét esetben hasonlóan a működtetési joghoz a (lakás, illetve helyiség) bérleti jog a jogosult halálát követően nem tartozik az örökhagyó hagyatékához, hanem a szerződésben megjelölt eltartó, illetve a törvényben meghatározott hozzátartozó – az előírt feltételek fennállása esetén – folytathatja a joggyakorlást. Fel sem merül azonban – értelemszerűen – annak a lehetősége, hogy amennyiben az eltartó, az özvegy, vagy bármelyik kijelölt hozzátartozó nem felel meg a törvényi követelményeknek, akkor elidegeníthetné a meg sem szerzett jogosítványt.

4.2.3. Az egyéni vállalkozói tevékenység folytatása

Nem szűnik meg az **egyéni vállalkozói tevékenység gyakorlásának joga** az egyéni vállalkozó halálával, ha a vállalkozó özvegye, vagy örököse, ha pedig az örökös kiskorú gyermek, akkor az ő nevében és javára a törvényes képviselője folytatja a tevékenységet. A törvény két feltételt ír elő: a folytatásra jogosultnak meg kell felelnie a törvényben előírt egyéb feltételeknek és a vállalkozói tevékenység folytatását az egyéni vállalkozó elhalálozásától számított **három hónapon belül be kell jelenteni** a hatáskörrel és illetékességgel rendelkező szakigazgatási szervhez. (Pl. képesítéshez kötött egyéni vállalkozói tevékenység esetén a folytatásra jogosult vagy maga rendelkezik a szükséges képesítéssel, vagy köteles szakképzett alkalmazottat vagy segítő családtagot foglalkoztatni).³⁹⁸

Az egyéni vállalkozói tevékenység nem vagyoni értékű jogként jelenik meg a magyar jogrendszerben, hanem sokkal inkább egy **működtetési formát** jelent, mely keretet ad

³⁹⁷ Kiss Gábor: A helyiségbérleti szerződés. KJK-KERSZÖV Jogi és Üzleti Kiadó Kft. Budapest, 2002. 186.o. Ltv. 40.§ (1) – (2) bekezdés

³⁹⁸ Az egyéni vállalkozásról szóló 1990. V. törvény 13.§ (1)-(3) bekezdés

valamilyen tevékenység, szolgáltatás vagy vállalkozás végzéséhez. Ezt bizonyítja az is, hogy az egyéni vállalkozó - kérelmére - a cégjegyzékbe egyéni céggént bejegyezhető.

Az egyéni vállalkozói tevékenység gyakorlásának folytatása arra ad lehetőséget, hogy az özvegy vagy az örökös tovább működtesse az adott családi vállalkozást, elkerülve az elhunyt egyéni vállalkozásának a megszüntetésével és egy új vállalkozás megindításával járó eljárási, adminisztrációs procedúrát, illetve a már esetleg kialakult jó üzleti hírnév elvesztését. Az egyéni vállalkozási tevékenység folytatása azonban nem jelenti azt, hogy a vállalkozói vagyon (ingó, ingatlan) ne tartozna az elhunyt hagyatékába, s arra ne érvényesülnének az öröklési szabályok, illetve az illetékfizetési kötelezettség.

A működtetési jog ezzel szemben *nem* az önálló orvosi tevékenység végzésének formáját jelenti, hanem – a korábbiakban már részletesen kifejtettek szerint – az adott orvos személyéhez erősen kapcsolódó, meghatározott sajátosságokkal rendelkező orvosi tevékenység gyakorlásához fűződő kizárólagos jogosultságot. Ezt a tevékenységet a praxisjogosult orvos – választása szerint - nyújthatja mind egyéni vagy társas vállalkozói formában, mind pedig közalkalmazotti jogviszonyban egyaránt.³⁹⁹

- *Egyéni vállalkozó* házi orvos halálát követően így lehetőség van arra, hogy az elhunyt személyében alkalmas gyermeke vagy özvegye ne csak az egyéni vállalkozói tevékenység gyakorlását, mint működtetési formát, hanem a praxisjogot is folytatni tudja.
 - Ezzel szemben azonban, ha az elhunyt *közkereseti* vagy *betét társasági* formában működtette a házi orvosi szolgálatot – ami a legelterjedtebb jelenleg Magyarországon -, akkor a tag házi orvos halálával a tagsági jogviszony is megszűnik, és a működtetési jog folytatására esetleg jogosult örökös csak új tagként tud belépni a társaságba.⁴⁰⁰ Ebben az esetben mindazon lépéseket meg kell tennie, amelyeket az új tag felvételére a Gt. előír.⁴⁰¹
- Korlátolt felelősségű társaság* esetén már lehetőség van arra, hogy az elhunyt házi orvos üzletrészenek örököse, mint működtetési jog folytatására is esetleg jogosult személy akár a többi tag kifejezett hozzájárulása nélkül is a kft. tagjává váljon.⁴⁰² Ez csak akkor fordulhat elő azonban, ha a tagok a társasági szerződésben nem zárták ki a jogutódlás esetén az üzletrész átszállását, illetve megosztását.⁴⁰³

³⁹⁹ Így az sem kizárt például, hogy egy egyéni vállalkozó házi orvos halálát követően a személyében alkalmas gyermeke vagy özvegye nemcsak az egyéni vállalkozói tevékenység gyakorlását, hanem a praxisjogot is folytatni kívánja.

⁴⁰⁰ Gt. 96.§

⁴⁰¹ Besenyei Lajos: A társasági jog és az örökjog kapcsolata. Gazdaság és Jog. 2002.12. szám 12.o.

⁴⁰² Gt. 139.§

⁴⁰³ Gt. 123.§ (2) bekezdés f) pont

Az egyéni vállalkozáshoz hasonlóan a praxisjog által végezhető önálló orvosi ellátás biztosításához szükséges és az elhunyt tulajdonát képező ingó (műszerek, eszközök, berendezési felszerelési tárgyak) és ingatlan (rendelő) vagyontárgyak tekintetében már érvényesülnek az öröklésjogi, illetékjogi szabályok.

Itt kell azonban megemlíteni azokat a Magyar Köztársaság Európai Unióhoz csatlakozásáról szóló nemzetközi szerződést kihirdető törvény hatálybalépésével egyidőben hatályosuló rendelkezéseket, melyek komoly illetékkedvezményt állapítanak meg az egyéni kisvállalkozói vagyon öröklése és ajándékozása esetén.⁴⁰⁴ Ez a rendelkezés igen kedvezően érintheti az egyéni vállalkozóként működő kisvállalkozó⁴⁰⁵, működtetési joggal rendelkező háziorvos olyan örökösét, aki egyben a praxisjog folytatójaként kizárólag üzleti (egészségügyi) célt szolgáló vállalkozói vagyont⁴⁰⁶ örököl. A kedvezmény feltétele, hogy a vagyonszerző vállalkozást a fizetési meghagyás jogerőre emelkedése évének utolsó napjától számított legalább három évig egyéni vállalkozói igazolvánnyal folytassa. A törvény szerint a forgalmi értéket 50%-kal, de legfeljebb 5 millió forinttal csökkentett összegben kell megállapítani, ha a vállalkozói vagyon haszonélvezetét vagy tulajdonjogát a *túlélő házastárs* szerzi meg. Minden más örökös pedig az illetékalap 25%-kal, de legfeljebb 2,5 millió forinttal csökkentett összege után fizeti az öröklési illetéket.

Az előzőekben említett örökössel azonos mértékű kedvezményt kap a vállalkozói vagyonra nézve a vállalkozást folytató megajándékozott is.

Ez utóbbira akkor kerülhet sor, ha a praxisjogosult háziorvos a praxisjog mellett a praxis működtetéséhez szükséges vállalkozói vagyont is – a praxisjog megszerzéséhez szükséges feltételekkel rendelkező - gyermekének ajándékozza.

⁴⁰⁴ 2001. évi L. törvény 23.§-a egészíti ki az illetékekről szóló 1990. évi XCIII. törvényt a 17/B.§-sal, mely az egyéni kisvállalkozói vagyon öröklési és ajándékozási illetékkedvezmény rendelkezéseit fogalmazza meg.

⁴⁰⁵ *Egyéni vállalkozóként működő kisvállalkozó.* az az egyéni vállalkozói igazolvánnyal rendelkező magánszemély, akinél az éves összes foglalkoztatotti létszám az 50 főt nem éri el és éves nettó árbevétele legfeljebb 700 millió forint. (Az illetékekről szóló, a 2001. évi L. törvénnyel módosított és kiegészített 1990. évi XCIII. törvény 102..§ (1) bekezdés sz) pont)

⁴⁰⁶ Mivel az egyéni kisvállalkozó magánvagyonra és vállalkozói vagyonra nem különül el egymástól, ezért a törvény meghatározza az öröklésnél vállalkozói vagyónként figyelembe vehető vagyontárgyak körét. *Vállalkozói vagyonnak* minősül minden olyan üzleti célt szolgáló ingatlan (épület, telek stb.), ingó vagyon (gép, jármű, üzemi vagy üzleti felszerelés, berendezés), tovább az ilyen vagyonra vonatkozó haszonélvezeti jog, amelyet az egyéni vállalkozóként működő kisvállalkozó kizárólag az egyéni vállalkozói igazolványában feltüntetett tevékenységével kapcsolatban használ, azokat más célra részben sem használja és üzleti nyilvántartásai ezt egyértelműen alátámasztják. Nem minősül vállalkozói vagyonnak a személygépkocsi, a lakástulajdon (tulajdoni hányad), valamint az ezekre vonatkozó vagyoni értékű jog. (Az illetékekről szóló, a 2001. évi L. törvénnyel módosított és kiegészített 1990. évi XCIII. törvény 102..§ (1) bekezdés t) pont).

Megállapítható azonban, hogy a praxisjog folytatása **nem** öröklési jogi kategória, így azt a hagyaték részeként kezelni és folytatás esetén illetékfizetési kötelezettséget megállapítani teljesen indokolatlan és értelmetlen.

4.3. A házi orvos halálával felmerülő további ellentmondások, problémák

A házi orvos halálát követően nincs egységes szabályok szerint rendezve például az adott **házi orvosi szolgálat folyamatos működtetése** sem. Az OEP a működtetési joggal rendelkező házi orvos halálával – függetlenül attól, hogy van-e a működtetési jog tényleges folytatására személyében is alkalmas hozzátartozó vagy sem - azonnal megszűntnek tekinti (társas vállalkozás esetén is) a működtetővel kötött finanszírozási szerződést, lehetetlenné téve az adott házi orvosi szolgálat további fenntartását (alkalmazottak fizetése, működési költségek stb.), s egyben az elhunyt családjának is a megélhetését. Ilyenkor azonnal az ellátási felelősséggel rendelkező önkormányzat „nyakába szakad” minden, ő kapja a finanszírozási összeget is, ő igyekszik helyettesítést keresni stb. A házi orvos halálát követő **hat hónap elteltéig az önkormányzatnak azonban nincs lehetősége egyedül rendezni az egészségügyi alapellátás biztosítását**, mivel ez alatt az idő alatt derül ki, hogy van a működtetési jog folytatására személyében is alkalmas törvényben megjelölt orvos hozzátartozó, vagy nincs. Ha nincs, akkor hat hónap alatt kereshet vevőt a folytatásra személyében nem jogosult házastárs vagy leszármazó a praxisjogra. Véleményem szerint a házi orvos halálát követően **türelmi időt** kell hagyni a szolgálatot működtető vállalkozás számára arra, hogy tovább biztosítsa az alapellátást, hiszen jogilag ennek nincs akadálya. Ezzel összefüggésben a következő javaslataim vannak:

- Amennyiben **társas vállalkozás** formájában működött a házi orvosi szolgálat, akkor a gazdasági társaság formájától és a körülményektől függően esetleges társasági szerződés módosítással az adott társaság irányítsa tovább az egészségügyi tevékenységet. Ebben az esetben nem szűnik meg azonnal sem a finanszírozási szerződés, sem pedig az önkormányzattal kötött feladat-ellátási vagy átadási szerződés. Az adott társas vállalkozás – a korábbi gyakorlatnak megfelelően – még jobban meg tudja oldani az egyébként más körzetben működtetési joggal vagy kamarai engedéllyel rendelkező **helyettes házi orvos biztosítását**, mint az önkormányzat, s a helyettesítés díjazása sem jelentene gondot a finanszírozási összegből. Lényeges szempont az is, hogy a szolgálatot működtető társas vállalkozásnak rendszeresen vannak alkalmazottai (asszisztensnő, takarítónő stb.), akiknek a munkaviszonya a társaság egy tagjának halálával nem szűnik meg, azt csak a társaság szüntetheti meg, azonban állnia kell az ezzel járó fizetési kötelezettségeket is. A

türelmi idő elfogadása esetén a praxisjog megszerzésére személyében is alkalmas hozzátartozó a fennálló szerződések, illetve ÁNTSZ engedély időközbeni módosításával tovább működtetheti a háziiorvosi szolgálatot úgy, hogy a ***folyamatos betegellátás zavartalanul folya tovább***. A működtetési jog átruházása esetén pedig a szerződő felek meg tudnak egyezni az alkalmazottak esetleges továbbfoglalkoztatásáról, a munkáltatói jogutódlás kérdéséről, s nem bonyolítaná a működtetési jog átruházását az a – jelenleg rendszeresen kialakuló - helyzet, miszerint nem az a személy irányítja a háziiorvosi szolgálatot, aki az adott körzetre vonatkozó praxisjog átruházásra jogosult, hanem az önkormányzat.

- Az *egyéni vállalkozási formában* működtetett háziiorvosi szolgálatnál még inkább adja magát a megoldás, hiszen egy egyéni vállalkozó háziorvos halálát követően a személyében alkalmas gyermeke vagy özvegye nemcsak a praxisjogot, hanem az egyéni vállalkozói tevékenység gyakorlását is folytathatja. Az egyéni vállalkozás folytatására jogosult hozzátartozó – a korábban az elhunytat rendszeresen helyettesítő háziorvos segítségével - mindaddig folytathatja az egyéni vállalkozás és így a háziiorvosi szolgálat működtetését is, amíg a működtetési jogot törvényes határidőn belül – annak megszerzésére személyében is alkalmas orvosra - át nem ruházza.

Mindkét esetre javasolt megoldás egyszerűsíthetné a háziorvos halálával a gyakorlatban kialakult, sokszor áttekinthetetlen és követhetetlen jogi helyzetet, megvalósítva ezzel a legfontosabb célt, az egészségügyi alapellátás folyamatos és zavartalan biztosítását.

VI. A MŰKÖDTETÉSI JOG MEGSZERZÉSÉRE ÉS MEGSZŰNÉSÉRE VONATKOZÓ LÉNYEGI RENDELKEZÉSEK, JOGALKALMAZÁSI PROBLÉMÁK

5. A működtetési jog megszerzése

Ahhoz, hogy egy orvos az alapellátásban területi ellátási kötelezettségen alapuló orvosi tevékenységet tudjon végezni, az Öotv. rendelkezései értelmében működtetési joggal kell rendelkeznie. Vélelmezve a tulajdonjogi rendelkezések alkalmazhatóságát a vagyoni értékkel bíró jogok területén is, a működtetési jog megszerzésének eseteit – a dolgok feletti tulajdonjog megszerzéséhez hasonlóan - szintén két csoportba oszthatjuk.

- a) Az **eredeti jogszerzés** esetén új működtetési jog keletkezik: ez a praxisjog a korábbi praxisjogosult jogaitól és kötelességeitől független, tehát ilyenkor önálló, új jogviszony jön létre a törvényben meghatározott jogi tények hatására. Ez a működtetési jog nemcsak a korábbi jogosult *személyétől* független, hanem a korábbi működtetési jog *tartalmától* is, tehát a praxisjogot terhelő esetleges korlátozások sem érvényesülnek az új joggal szemben.⁴⁰⁷ Ilyen eredeti szerzőmódnak tekinthető:
 - a működtetési jog *alanyi jogon* történő megszerzése,
 - az *újonnan létesített háziiorvosi körzetre* – betöltés jogcímen - kiadott praxisjog, valamint
 - a betöltetlen, illetve *tartósan betöltetlen háziiorvosi körzetek* esetén – szintén betöltés jogcímen - bekövetkező jogszerzés.
- b) A **származékos jogszerzés** esetén a megszerzett működtetési jog a már korábban fennálló működtetési jogon alapszik, tehát ilyenkor a már fennálló és létező praxisjog száll át a másik jogosultra. A származékos jogszerzés szükségszerűen legalább kettő jogalany között megy végbe, tehát alanyváltozás történik.⁴⁰⁸ A működtetési jog alanyában bekövetkezett változás általában a praxisjog tartalmát, az abból fakadó jogokat és kötelezettségeket nem érinti, lényegét tekintve *jogutódlásról* van szó. Ilyen:
 - a működtetési jog *átruházással* történő megszerzése (adásvétel, csere, ajándékozás) és

⁴⁰⁷ Polgári Törvénykönyv Magyarázata. Első kötet. A tulajdonjog. A tulajdonjog megszerzése. (Petrik Ferenc) KJK Budapest 1998. 315.o.

⁴⁰⁸ Török Tamás: Néhány gondolat az átruházás jogi természetéről I. Gazdaság és Jog 1999. október 10. szám (TÖRÖK 1999/I.) 15.o.

- a praxisjog *folytatása*.

Működtetési jogot megszerezni csakis azokon a módokon lehet, amelyeket az Öotv. és végrehajtási rendelete kifejezetten elismer és szabályoz. Más, újfajta szerzőismódot a felek akarata nem hozhat létre, vagyis a jogi szabályozás a szerzőismódot tekintetében *taxatív és kógens*. Ezzel szemben a jogcím megválasztásában a felek szabadok, az alapügylet tekintetében a szerzőis szabadság és a diszpozitivitás elve érvényesül.⁴⁰⁹

5.1. Alanyi jogon

Az Öotv. hatálybalépésének napján – 2000. február hó 26-án - háziorvosi tevékenységet végző orvosok – ideértve a munkavégzésben akadályozott háziorvosokat⁴¹⁰ is - a működtetési jogot a **törvény erejénél fogva** (ipso iure) nyerték el. Nem szerzett azonban praxisjogot az az orvos, aki a háziorvosi tevékenységet a hatályba lépés napján kizárólag helyettesítés keretében végezte.⁴¹¹ Az alanyi jogon működtetési joghoz jutó háziorvosoknak azonban egy éven belül el kellett végeztetnie az alkalmassági vizsgálatot⁴¹², és igazolni kellett az illetékes orvosi kamara megyei szervezeténél, hogy rendelkeznek a működtetési jog megszerzéséhez szükséges feltételekkel. Ellenkező esetben a határidőt követő 3. hónap első napján a törvény erejénél fogva keletkező működtetési jog a törvény erejénél fogva szűnt meg.⁴¹³ A jogalkotó célja ezzel az volt, hogy az egészségügyi alapellátásban a törvény hatálybalépésével ne legyen semmilyen fennakadás.

Jelenleg hazánkban még mindig ez a jogszerzés a tipikus, de idővel a működtetési jogok és a praxisok „gazdát cserélnek”, s így lassan el fognak tűnni az alanyi jogon praxisjogot szerzett háziorvosok.

Az alanyi jogon működtetési joggal rendelkező orvosokat a törvény egyéb szempontból is kedvezményben részesítette, elismerve és értékelve a praxis kialakításába és építésébe – esetleg hosszú évtizedek alatt - befektetett munkát, pénzt és energiát.⁴¹⁴

⁴⁰⁹ LENKOVICS 133.o.

⁴¹⁰ A háziorvos a munkavégzésben akkor akadályozott, ha a tevékenységét keresőképtelensége, hivatalos távolléte, szabadsága vagy gyermekápolás, - gondozás miatt nem végzi, illetve ha a munkavégzés a közmegebízásával összeférhetetlen vagy közmegebízása miatt a tevékenységet ellátni nem tudja. Vhr. 2.§ (3) bekezdés.

⁴¹¹ Öotv. 3.§ (2) bekezdés

⁴¹² Hr. 19.§ (3) bekezdés

⁴¹³ Vhr. 13.§ (2) bekezdés

⁴¹⁴ Sem a törvény, sem pedig a végrehajtási rendelet nem tesz azonban különbséget a 2000. február 26. napján csak néhány napja, hete vagy az akkor már hosszú évek óta működő háziorvosok között. Ugyanazokat a kedvezményeket megadni mindkét kör számára méltánytalan volt.

Egyrészt a *személyi jövedelemadó* szempontjából a jövedelem kiszámításánál nem kell figyelembe venni az eredeti jogosult magánszemélynél a működtetési jog átruházásáért kapott ellenértéket.⁴¹⁵ Így az alanyi jogon praxisjoghoz jutó háziorvost nem terheli személyi jövedelemadó fizetési kötelezettség a jog átruházásából származó vételár után. Itt kell megemlíteni, hogy a vevő is sokkal inkább érdekelt „alanyi jogos” működtetési jog vásárlásában, mert ebben az esetben neki sem kell visszsterhes vagyonátruházási illetéket fizetni.⁴¹⁶ Ugyanígy illetékmentesség illeti meg az elhunyt, egyébként alanyi jogon működtetési joggal rendelkező háziorvos után a jog folytatására jogosult személyt, és a megajándékozottat is.⁴¹⁷

A működtetési jog alanyi jogon történő megszerzésénél merült fel az a máig megoldatlan probléma, hogy a törvény több esetben nem illeszkedik a **fogorvosi** tevékenységet végző egészségügyi vállalkozásokra (egyéni vagy társas) mivel azok egészen más rendszerben működnek, mint a háziorvosi. A háziorvosok egy, vagy több – de egymással *földrajzilag határos*, társulási szerződéssel összekapcsolt – önkormányzat működési területén dolgoznak területi ellátási kötelezettséggel. Ezzel szemben a fogorvosok az egyes önkormányzatokkal rendelési időre szerződtek le, ami lehetővé tette, hogy egy fogorvos akár három vagy négy – földrajzilag egymástól igen távol lévő - önkormányzat területén végezzen területi ellátási kötelezettséggel fogorvosi alapellátást.⁴¹⁸ A működtetési jog területhez kötöttségét elfogadva az előbb vázolt esetben az adott fogorvos azonban csak egy konkrét „körzetre” szerezhette meg a törvény erejénél fogva a praxisjogot, ami viszont nem tette lehetővé a megélhetését (pl.: ha egy adott önkormányzatnál igény szerint csak heti 15 órát rendel). A helyzetet csak nehezítette, hogy a törvény hatályba lépésének napján számos fogorvos működött egyszerre több körzetben területi ellátási kötelezettséggel, a jogszabály azonban csak egyetlen körzetben engedélyezte működtetési jog alapján az önálló orvosi tevékenységet.⁴¹⁹ Így felvetődött a

⁴¹⁵ Szja tv. 7.§ (1) bekezdés o) pont.

⁴¹⁶ Mentés a visszsterhes vagyonátruházási illeték alól az önálló orvosi tevékenység működtetési jogának megszerzése, ha az átruházó az önálló orvosi tevékenységről szóló törvény erejénél fogva, az említett törvény hatálybalépésétől volt jogosult a működtetési jog alapján végezhető tevékenység gyakorlására. Itv. 26.§ (12) bekezdés

⁴¹⁷ Mentés az öröklési és az ajándékozási illeték alól az önálló orvosi tevékenység működtetési jogának megszerzése, ha a korábbi jogosult az önálló orvosi tevékenységről szóló törvény erejénél fogva, az említett törvény hatálybalépésétől volt jogosult a működtetési jog alapján végezhető tevékenység gyakorlására. Itv.17/A.§

⁴¹⁸ A fogászati alapellátásban az adott körzethez tartozó minimumként megjelölt lakosságszám függvényében heti 30 óra rendelési idő finanszírozható. A rendelési idő az ellátandó lakosok, illetve tanulók számával arányosan változik a kisebb fogorvosi szolgálatok esetén. Finanszírozási szerződés azonban legalább heti 6 óra rendelési időben működtetett fogászati szolgálatra köthető csak. Eüszfr. 22.§

⁴¹⁹ Vhr. 11.§ (2) bekezdés

kérdés, hogy melyik körzetbe szerezte meg a fogorvos alanyi jogon a praxisjogot? A MOK illetékességgel rendelkező megyei szervezete – ahol ez nem lehetetlenítette el a fogorvos megélhetését, vagy az adott településen a fogorvosi ellátást - választásra kötelezte és kötelezi jelenleg is az adott fogorvost a különböző „körzetek” közül⁴²⁰.

5.1.1. Korlátozott praxisjog

Az Ötv. 3. § (3) bekezdése alapján azok a háziorvosok, akik a törvény hatályba lépésének napján *területi ellátási kötelezettség nélkül* praktizáltak és legalább 200 hozzájuk bejelentkezett betegre kiterjedő érvénnyel láttak el az OEP által finanszírozott háziorvosi, házi gyermekorvosi vagy fogorvosi tevékenységet, szintén *alanyi jogon* szereztek működtetési jogot, de a törvény hatálybalépésének napjától számított 30 napon belül igazolniuk kellett jogosultságukat az orvosi kamaránál.⁴²¹ A területi ellátási kötelezettség nélkül működő háziorvosi ellátás esetében a jogalkotó még törvénnyel sem kívánta elvonni azt a „szerzett jogot”, hogy a jövőben is háziorvosi ellátást nyújtsanak a törvény hatálybalépésekor ilyen tevékenységet folytatók. „A működési jog megadása nem tagadható meg ettől a körtől.”⁴²² Az így megszerzett működtetési jog azonban teljesen *névleges*, mivel a jogszabály kimondja, hogy az ilyen jellegű praxisjog *nem idegeníthető el* és *nem folytatható*. A korlátozott működtetési jog pont azokkal a fogalmi ismérvekkel, sajátosságokkal nem rendelkezik, ami a lényegét és jelentőségét adja ezen új jogintézmény bevezetésének. Ez a korlátozott jogosultság pusztán arra ad lehetőséget, hogy a háziorvos külön kamarai engedély nélkül helyettesítést vállalhasson, és tovább dolgozhasson. A jogalkotó ezzel kívánta elősegíteni azt a hosszú távú célt, hogy ezek a háziorvosok is mihamarabb területi ellátási kötelezettséggel vállaljanak ellátási feladatot. A jövőre nézve korlátozott praxisjog megszerzésére már nincs lehetőség.

A működtetési jog bevezetését megelőző parlamenti vitában többen támogatták a területi ellátási kötelezettség nélküli praxisok további és folyamatos működését, mert így látták még jobban megvalósulni a *betegnek szabad orvosválasztáshoz fűződő jogát*. Ezt azzal magyarázták, hogy minél nagyobb a kínálati oldal, annál több orvos közül tud választani a

⁴²⁰ Ez a gyakorlat arra ösztönzi a fogorvosi tevékenységet végző vállalkozásokat, hogy különböző jogtechnikai lépéssel, fiatal, pályakezdő szakorvosok alkalmazásával lássa el a korábbi területeket.

⁴²¹ Az első T/1849. számú parlament elé kerülő törvényjavaslat a működtetési jogot kizárólag az alapellátásban területi ellátási kötelezettséggel dolgozó orvosoknak kívánta megadni. Alkotmányos jogsértés veszélye merült fel azonban azért, hogy az alapellátásban működő háziorvosok közül a törvényjavaslat csak egy meghatározott kört kívánt működtetési joghoz juttatni, hátrányos megkülönböztetést alkalmazva a területi ellátási kötelezettséggel nem rendelkező háziorvosok rovására.

beteg.⁴²³ Abban az esetben azonban, ha a területi ellátási kötelezettség nélkül dolgozó háziorvosok működtetési jogukat nem ruházhatják át, illetve nem állhat elő jogutódlás helyzet, akkor előbb-utóbb csökkenni fog a választható háziorvosok száma, ami egyben csökkenti a szabad orvosválasztáshoz való jog érvényesülési lehetőségét is.

Összegzésként megállapítható, hogy bár a törvény egységesen, alanyi jogon juttatott működtetési jogot az alapellátásban dolgozó háziorvosoknak, továbbra is különbséget tesz közöttük pusztán azon az alapon, hogy területi ellátási kötelezettséggel vagy a nélkül látják el feladataikat. Emiatt alkotmánybíróági döntést is kértek az érintettek.

5.2. Betöltéssel

A megfelelő feltételekkel rendelkező orvos működtetési jogot betöltés jogcímen - a hatályos jogszabályok értelmében - csak *tartósan betöltetlen*, vagy *újonnan létesített háziorvosi körzet* esetén szerezhet.

5.2.1. Tartósan betöltetlen háziorvosi körzet esetén

Háziorvosi körzet alatt a területi ellátási kötelezettség alapján feladattal érintett települési önkormányzat által rendeletben meghatározott települést, településeket, illetve településrészt vagy településrészeket kell érteni.⁴²⁴

*Tartósan betöltetlennek*⁴²⁵ minősül az a területi ellátási kötelezettséggel működő háziorvosi körzet,

- amelyben az ellátási kötelezettségnek *hat hónapot meghaladóan csak helyettesítéssel* tudnak eleget tenni, kivéve, ha ennek az az oka, hogy a körzetet ellátó háziorvos a munkavégzésben pl. keresőképtelensége, hivatalos távolléte, szabadsága miatt akadályoztatva van,
- amelyben – a helyettesítés kivételével – az önkormányzat az ellátás nyújtásáról hat hónapig nem tud gondoskodni önálló orvosi tevékenység végzésére jogosult személlyel.

Az adott háziorvosi körzet azért lesz csak hat hónap elteltével tartósan betöltetlen és új működtetési jog kiadására alkalmas, mert ez alatt az idő alatt hagy a jogszabály lehetőséget a korábbi praxisjogosult orvos számára arra, hogy működtetési jogát ingyenesen vagy

⁴²² Az Öotv. Részletes indoklása a 3.§-hoz

⁴²³ Béki Gabriella felszólalásában 491 olyan körzetről beszélt, ahol a háziorvos területi ellátási kötelezettség nélkül működött a parlamenti vita idején. Bauer Tamás és Béki Gabriella parlamenti hozzászólásai. Országgyűlési jegyzőkönyv. 2000. 114. ülésnap. www.mkogy.hu/naplo98/114

⁴²⁴ Vhr. 2.§ (1) bekezdés a) pont

visszterhesen másra átruházza. Abban az esetben azonban, ha ez alatt az idő alatt működtetési jogát átruházni nem tudta, akkor az adott körzetre vonatkozó praxisjoga megszűnik és azt más orvos szerezheti meg. Ilyen esetben az adott önkormányzat *pályázatot* írhat ki a háziiorvosi „állás” elnyerésére, mely alapján az önkormányzatnak lehetősége van a legalkalmasabb személyt kiválasztani. Tartósan betöltetlen körzet esetén a pályázatot elnyerő orvos *ingyenesen* szerez működtetési jogot.

Előfordult azonban olyan eset is, amikor a háziiorvos egy számára sokkal kedvezőbb paraméterekkel rendelkező praxisjog biztos és mielőbbi megszerzése érdekében nemcsak megszüntette jogviszonyát a korábbi praxisjoga szerint illetékes önkormányzattal, hanem ezzel egyidőben le is mondott működtetési jogáról. A jogszabály következetes betartása mellett a lemondással érintett működtetési joghoz tartozó háziiorvosi körzet csak hat hónap elteltével lenne tartósan betöltetlen és így alkalmas új működtetési jog kiadására. Ez azonban arra kényszerítené az önkormányzatokat, hogy a hat hónap elteltéig csak helyettesítő háziiorvosként alkalmazzák azt az orvost, aki egyébként minden szempontból megfelelne az adott önkormányzat számára, és egyben rendelkezne a működtetési jog megszerzéséhez szükséges feltételekkel is. A jogszabály pontos és következetes betartása nem szolgálná sem a betegellátás, sem pedig az adott orvos érdekeit, és nem szolgálná azt a jogalkotói célt sem, amely a hat hónap alatt időt kívánt biztosítani a praxisjogosult orvos számára vagyoni értékű joga elidegenítésére. Ha az orvos a hat hónap elteltét megelőzően önként mond le működtetési jogáról, akkor az adott háziiorvosi körzet egyszerűen „*betöltetlenné*” válik, melyre analógia alkalmazásával ugyanúgy kiadható egy új működtetési jog, mint tartósan betöltetlen körzet esetén. Az egyértelmű és egységes jogalkalmazás biztosítása érdekében azonban indokolt lenne ennek részletszabályait is pontosan meghatározni és beépíteni a kormányrendeletbe.

A Vhr. a háziiorvosi körzetre, illetve a tartósan betöltetlen háziiorvosi körzetre vonatkozó rendelkezéseket „értelemszerűen” rendeli alkalmazni a „*fogorvosi körzet*”-re is.⁴²⁶ A fogorvosi körzet fogalmával azonban a rendelet adós marad, és nem véletlenül. Az Öotv. és a Vhr. is egyértelműen meghatározza, hogy a háziiorvos elnevezést összefoglaló névként alkalmazza nemcsak a felnőtt háziiorvosokra, hanem az alapellátásban dolgozó házi gyermekorvosra és fogorvosra egyaránt. Ennek megfelelően mindhárom orvoskör vonatkozásában értelmezhetőnek és alkalmazhatónak kellene lennie a háziiorvosi körzetre megállapított definíciónak. Ezzel szemben azonban a jogszabály önálló kategóriaként említi a

⁴²⁵ Vhr. 2.§ (1) bekezdés b) pont

⁴²⁶ Vhr. 2.§ (4) bekezdés

fogorvosi körzetet anélkül, hogy utalna annak sajátosságaira. Mint ahogyan az már az előző pontban is kifejtésre került, számos területi ellátási kötelezettséggel működő fogorvos földrajzilag egymással nem határos, akár több háziiorvosi körzet részét képező településen vállalhat lakosságszámtól függő heti rendelési időre munkát. Ezekben az esetekben a háziiorvosi és a fogorvosi körzet nem azonos, azonban *teljes a bizonytalanság* abban a kérdésben, hogy mi minősül ilyenkor fogorvosi körzetnek. A fogorvosi körzet mielőbbi pontos megfogalmazása azért is elkerülhetetlen, mert minden háziiorvosnak – így a fogorvosnak is – a jogszabály értelmében csak egy működtetési joga lehet, mely alapján önálló orvosi tevékenységet csak az adott települési önkormányzat rendeletében meghatározott háziiorvosi körzetben folytathat.⁴²⁷ Ez azonban nem mindig egyezik a fogorvosi körzettel.

5.2.2. Új körzet létesítése esetén

A települési önkormányzat képviselő-testülete **rendeletben** állapítja meg és alakítja ki az egészségügyi alapellátások körzeteit, több településre is kiterjedő ellátás esetén a körzet székhelyét.⁴²⁸

Ennek megfelelően az adott települési önkormányzat szabadon dönt abban a kérdésben, hogy adott földrajzi területre és lakosságszámra hány háziiorvosi (felnőtt, gyermek, vagy vegyes, illetve fogorvosi) körzetet határoznak meg.

Fontos korlátot szab azonban a jogszabály az új körzetek megállapításánál, mikor kimondja, hogy új körzet létesítése esetén nem köthető finanszírozási szerződés, ha az új körzet létesítése következtében valamely meglévő körzet lakosságszáma felnőtt és vegyes körzet esetén 1200, gyermekkörzet esetén 600 fő alá csökken.⁴²⁹

A körzetalakítás szabadsága miatt többször előfordul, hogy egy települési önkormányzat – ha annak feltételei fennállnak – akár más körzetek rovására rendeletével önálló háziiorvosi körzetet alakít, melynek betöltésére esetleg pályázatot ír ki (pl. a vegyes körzetből önálló gyerek körzetet kíván kialakítani). Nem lehet vitás, hogy egy ilyen körzetmódosítás csökkenti annak a működtetési jognak az értékét, amelyhez tartozó földrajzi terület, illetve kártyaszám is csökken az önkormányzati döntés során. Felvetődik ilyenkor a kérdés: ki téríti meg a háziiorvos kárát, aki emiatt akár több évtizedes munka után nem, vagy csak sokkal kisebb

⁴²⁷ Öotv. 2.§ (1)–(2) bekezdések

⁴²⁸ Eütv. 152.§ (2) bekezdés

⁴²⁹ Eüszfr. 8.§ (3) bekezdése

eséllyel, illetve értéken tudja értékesíteni praxisjogát, vagy éppen komoly vételár kifizetését követően kell tudomásul vennie, hogy praxisának értéke devalválódott.

Az önkormányzati rendelettel, mint jogszabállyal okozott kár megtérítési kötelezettségének vizsgálatát megelőzően tekintsük át röviden az **állami kárfelelősség megalapozásának** az egyetemes jogfejlődésben kialakult módszereit.⁴³⁰

- a) Az egyik az *állami tevékenységek jellegük szerinti megkülönböztetésére* épül, és a közhatalmiság és a kereskedőiség kategóriáinak hasznosításával dönt tekintetben, hogy mely állami tevékenységek esnek felelősségi megítélés alá és melyek élveznek immunitást.
- b) A másik módszer ezzel szemben alapvetően *szervezeti* szemléletű: abból indul ki, hogy az állam bizonyos részeinek tevékenységével kapcsolatban alkalmazható felelősség, más állami szervezeti egység tevékenységének vonatkozásában azonban nem (fiskus-elmélet).

A kettő közül az állami tevékenységek jellegére összpontosító minősítés uralta és uralja a jogfejlődést. Az állami immunitás kérdésében a régebbi idők egységes **abszolút immunitási dogmája** a XIX-XX. század fordulójától kezdett oldódni. Ezzel szemben két új felfogás alakult ki. Az egyik az állami immunitást teljesen elutasító álláspont, a másik pedig a **funkcionális immunitás tan.** Ez utóbbi nézet ketté osztja az állami tevékenységet, és csak azokban az esetekben biztosít immunitást, ha az állam a közhatalom hordozójaként (iure imperii) jár el. Megtagadja viszont az immunitást az államtól akkor, ha amikor csak mint magánjogi jogalany (iure gestionis) lép fel egy jogviszonyban.⁴³¹

A **jogszabályalkotással okozott károkért való felelősség** jogi megítélését hazánkban még mindig az abszolút immunitási dogma uralja.

A **Legfelsőbb Bíróság** elvi álláspontja szerint: „A jogalkotásra, mint az általános és absztrakt magatartási szabályok létrehozására irányuló tevékenységre és a hozzá kapcsolódó felelősségre ... kizárólag a közjog (alkotmányjog) szabályai vonatkoznak, amelyek jelenlegi jogunkban *immunitást* biztosítanak a jogalkotó részére. A jogszabály hatálybalépésével esetleg bekövetkezett károsodás *nem keletkeztet a jogalkotó és a károsult között kötelmi jogviszonyt*, és ilyen értelmű jogszabályi rendelkezés hiányában a sérelmek jóvátételére (a jogalanyok kárpótlására) a polgári jogi kárfelelősségének a Ptk. 339. §-ának (1) bekezdésében foglalt szabályai sem alkalmazhatók”.⁴³² Lajer Zsolt kifejtette azonban, hogy ez a

⁴³⁰ Kecskés László: A jogalkotásért és a jogharmonizációért való állami kárfelelősség. Jogtudományi Közlöny. 2001. május (KECSKÉS) 236.o.

⁴³¹ KECSKÉS 236.o.

⁴³² BH 1998. 334.

joggyakorlat nem felel meg sem a magánjogi hagyományoknak, sem pedig hatályos jogunknak. Véleménye szerint az *igazságosság* és *méltányosság* elvét ugyancsak sérti, mert még jogellenes és felróható eljárás esetén is lehetővé teszi a jogalkotónak, hogy az állítólagos immunitás mögé bújva megmeneküljön az okozott kár megtérítésének kötelezettségétől.⁴³³

- Az Alkotmánybíróság véleménye szerint nincs már alkotmányos alapja annak, hogy a közhatalom gyakorlása során történő károkozás esetén az állam felelőtlenséget élvezzen. Ez ugyanis súlyosan sértene a jogegyenlőség elvét.⁴³⁴
- Az Emberi Jogok Európai Bírósága (továbbiakban: EJEB) joggyakorlata szerint az Európai emberi jogi konvenció⁴³⁵ sérelme nemcsak egyedi aktusok, hanem jogszabályok által is megtörténhet. Ennek megfelelően az EJEB a jogalkotással okozott kárért is kártérítésre kötelezheti az államot, mely ítélettel szemben a részes állam nem hivatkozhat immunitásra.⁴³⁶
- Nincs kihatása a kártérítési igény megalapozottságára annak a ténynek sem, hogy a károsító magatartás más jogágak szabályainak esetleg megfelel, azaz a polgári jogi jogkövetkezmények akkor is beállhatnak, ha a közjogi jogkövetkezmények kiszabására nincs mód, vagy az elmarad.⁴³⁷

Lajer álláspontjával egyetértve meg lehet állapítani, hogy a károsult igényeinek érvényesítése során nem szabad felelősségkizáró jelentőséget tulajdonítani annak, hogy a károkozó egy jogalkotó szerv – jelen esetben az adott települési önkormányzat képviselőtestülete – volt.

1. **Közjogi értelemben vett felelősség.** Egy adott önkormányzat jogosult rendeletben megváltoztatni és meghatározni a háziorvosi körzeteket, mely esetben széles körű mérlegelési jog illeti meg. Döntésénél azonban tekintettel kell lennie az *Alkotmány rendelkezéseire* és a *rendeltetésszerű joggyakorlásból* eredő követelményekre is. Az önkormányzati döntés - a rendeleti formától függetlenül - adott esetben megvalósíthatja a **jogalkotói hatalommal való visszaélés** tényállását, ha a jogalkotó az adott jogintézményt

⁴³³ Sem a jogszabályalkotás folyamatáról, sem a jogszabályok alkotmányossági ellenőrzéséről, sem pedig a jogalkotók jogállásáról rendelkező hatályos szabályokból nem vezethető le a jogalkotói immunitás LB által felállított dogmája. Lajer Zsolt: Felelősség a jogszabályalkotással okozott károkért a magyar jogban. Jogtudományi Közlöny 2001. február (**LAJER 2001.**) 73.o. és 81.o.

⁴³⁴ 53/1992. (X.29.) AB határozat

⁴³⁵ Emberi jogok és alapvető szabadságjogok védelméről szóló Római Egyezmény. (1993. évi XXXI. törvény, 1998. évi XLII. törvény)

⁴³⁶ LAJER 2001. 75.o. Lásd még: Lajer Zsolt: Felelősség a jogszabályalkotással okozott károkért az Európai Unió és egyes tagállamai jogában Jogtudományi Közlöny 2001. március

⁴³⁷ Az építésügyi szabályoknak és a hatósági engedélynek megfelelő építkezés is vonhat maga után kártérítési kötelezettséget, ha az kilátáselvonással, vagy intimitásvesztéssel jár. Lásd: BH 1993. 161.

vagy jogot *nem* annak jogrendszeren belüli rendeltetése szerinti célra használta fel.⁴³⁸ Így olyankor, ha a körzetek megváltoztatására, illetve új körzet kialakítására nincs igény az adott földrajzi terület lakossága körében, és az ilyen döntés csak az ott működő egyik háziorvos ellehetetlenítésére vagy egyes érdekelt személyek által preferált másik orvos praxishoz juttatására irányul, akkor az ilyen döntést tartalmazó jogszabály *alkotmányellenesnek* minősíthető. Nem okoz alkotmányellenességet azonban, ha valamely – Alkotmányba nem ütköző – társadalmi cél vagy valamely alkotmányos jog csak úgy érvényesíthető, hogy közérdekből valamely háziorvos már meglévő működtetési joga *arányos korlátozására* kerül sor.⁴³⁹ Így a működtetési joggal rendelkező, jogaiban sértett háziorvos nem hivatkozhat az adott önkormányzati rendelet alkotmányellenességére, ha a körzetalakításra a magasabb színvonalú betegellátás (pl. kevesebb várakozás, könnyebb megközelíthetőség, gyermekorvosi rendelés stb.), mint közérdekű cél elérése érdekében volt szükség.

Petrik Ferenc a jogszabályok közül kiemeli és sajátos elbírálás alá veszi azokat az aktusokat, amelyek *nem általános normatív tartalmúak*, hanem konkrétan meghatározott magatartást írnak elő, címzettjük pedig egyedileg meghatározott személyek. Ilyen tartalmú döntések főleg az *önkormányzati rendeletek körében* találhatók, és ilyen egy adott körzethatárt módosító önkormányzati rendelet is. Petrik véleménye szerint az ilyen jogszabályok törvénysértők és alkotmánysértők is egyben, mivel megfosztják a konkrét norma címzettjét a jogorvoslati eljárás igénybevételétől, s adott esetben a döntés bírói felülvizsgálatát is kizárják. Éppen ezért az ilyen aktusokat – általános normatartalom hiányában - nem is minősíti Petrik jogszabályoknak, ezért *elbírálásukra a közigazgatási ügyekre vonatkozó szabályok* alkalmazását tanácsolja, és javasolja, hogy a bíróság – elnevezésüktől függetlenül – valóságos tartalmuk szerint közigazgatási határozatként vizsgálja azokat.⁴⁴⁰ Ez a megoldás lehetővé tenné, hogy a körzethatár-módosítással jogaiban sértett háziorvos közigazgatási bíróság előtt érvényesíthesse igényét.

⁴³⁸ Az Alkotmánybíróság rámutatott, hogy demokratikus jogállamokban – így hazánkban is – a joggal való visszaélés tilalmának érvénye nem szorítkozik egyetlen jogágára, hanem e tilalom – az egyes jogágak sajátosságaitól függő formában – az egész jogrendszerben érvényre jut. A Magyar Köztársaságban az említett tilalomnak az egész jogrendszerre kiterjedő általános érvénye közvetlenül az Alkotmány 2. §-ának (1) bekezdéséből vezethető le. Ennek megfelelően *érvényesül a joggal való visszaélés elve a közjogban* is, ahol e tilalom egyaránt irányadó a jogalkotó szervek, a jogalkalmazó szervek, illetőleg az ügyfelek magatartására. 31/1998. (VI.25.) AB határozat

⁴³⁹ 21/1990. (X.4.) AB határozat, 41/2000. (XI.8.) AB határozat. Lásd részletesebben: LAJER 2001. 74-75.o.

⁴⁴⁰ Petrik Ferenc: A felelősségi eszme változásai a kártérítési jogban. Gazdaság és Jog. 2002. 7-8. szám (PETRIK 2002.) 3-11.o.

2. **Polgári jogi felelősség.** A rendszerváltást követően a Ptk. módosításáról rendelkező 1991. évi XIV. törvény 3.§-ához fűzött miniszteri indoklás külön kiemelte, hogy a polgári jog által szabályozott területen az állam *nem szuverénként* vesz részt. A vagyoni jogi viszonyokban az állam „immunitást nem élvez, ugyanolyan szabályok alapján tehető felelőssé ... mint bármely más jogi személy”. Ha általánosságban ez vonatkozik az államra, akkor nem vonatkozhat más az egyes jogalkotói hatáskörrel felruházott szervekre – így az adott települési önkormányzat képviselőtestületére – sem. A közhatalom gyakorlása közben okozott károkért való felelősség elbírálásakor a Ptk. 339.§, 348.§ és 349.§ szabályai együttesen vizsgálándók. A felelősségalapítás tényállási elemeit a Ptk. 339.§ tartalmazza, a 348.§ a helytállási kötelezettség telepítéséről rendelkezik.⁴⁴¹

A háziorvos jogszabályalkotással okozott kárának megtérítésénél vizsgálni kell a felelősség megállapításának feltételeit, ahol rögtön felmerül a kérdés: lehet-e törvényi felhatalmazás alapján megalkotott jogszabállyal *jogellenesen* kárt okozni.

Petrik szerint alapvető elvi tétel, hogy a *jog engedélye kizárja a jogellenesség megállapítását*. Így a jog engedélye és a jog által elrendelt magatartás között nincs lényegi különbség, mert ebben a körben az állam immunitása érvényesül, ami az állami főhatalom feltétlenségének eszméjéből következik. Közömbösnek tartja, hogy a jogszabályt a jogalkotó a jogalkotás normális rendje szerint helyezte-e hatályon kívül vagy az Alkotmánybíróság határozata következtében kerül sor a megsemmisítésére.⁴⁴²

A kérdés megválaszolásához azonban elengedhetetlen a *jogellenesség fogalmának, lényegének* rövid vizsgálata.

Eörsi Gyula szerint a polgári jogi felelősség megállapításának egyik *objektív* előfeltétele a *jogellenes károkozás*. Véleménye szerint az adott magatartás jogellenességének három feltétele, ismérve van:⁴⁴³

- a) A polgári jogi felelősség területén csak az a magatartás minősül jogellenesnek, amely a *tárgyi jog megsértésével* jár, azaz valamilyen jogszabályba ütközik.
- b) Másik fontos feltétel, hogy az adott magatartás a tárgyi jog mellett egyben valakinek az *alanyi jogát* is sértse. Ez következik a polgári jogi felelősség tipikus szankciójának, a kártérítésnek reparatív jellegéből, mivel reparációt csak az kaphat, akinek alanyi jogai sérelmet szenvedtek.

⁴⁴¹ LAJER 2001. 71.o.

⁴⁴² PETRIK 2002. 11.o.

⁴⁴³ Eörsi Gyula: Kártérítés jogellenes magatartásért. Közgazdasági és jogi Könyvkiadó Budapest, 1958. (EÖRSI 1958.) 49-50.o.

c) Harmadik ismérve a jogellenesség megállapíthatóságának pedig az, hogy az alanyi jog sérelme mindig valamely *károsodásban* áll. Az alanyi jog sérelme – Eörsi szerint – önmagában sohasem lesz jogellenes polgári jogi szempontból csak akkor, ha az károsodásra vezet.

Több, mint húsz évvel később született művében Eörsi ezt már úgy fogalmazta meg, hogy „minden károkozás jogellenes, ha a törvény ellenkezően nem rendelkezik.”⁴⁴⁴

Zoltán Ödön jogellenesnek nevezett minden olyan magatartást, illetve annak következtében beálló eredményt, ami szemben áll a jogrenddel, és amit a jogrend akár *kifejezetten*, akár pedig annak folytán, hogy *szankciót fűz hozzá, jogellenesnek nyilvánít*. Ez azonban nem azt jelenti, hogy csak akkor jogellenes az adott magatartás, ha valamely név szerint megjelölt alanyi jogot (pl. személyiségi jog) sért, hanem akkor is, ha a jogrend által védelemben részesített bármely érdek sérelmére vezet.⁴⁴⁵

Marton Géza az olyan magatartás (cselekvést vagy mulasztást) tekintette jogellenesnek, amely közvetlenül vagy távolabbi következményeiben a fennálló jog valamely rendelkezésébe ütközik.⁴⁴⁶

Újváriné Antal Edit ezt úgy fogalmazta meg, hogy a polgári jogi kártérítési felelősség szempontjából mindaz a károkozás jogellenes, amelyet jogszabály *kifejezetten meg nem enged*.⁴⁴⁷

Az Eütv. azon meghatározása, miszerint a települési önkormányzat képviselő-testülete **rendeletben** állapítja meg és alakítja ki az egészségügyi alapellátások körzeteit, nem jelenti egyben azt, hogy a törvény az ezzel járó esetleges károkozást is megengedhetőnek tartja. Általános tétel, hogy valamely alanyi jog gyakorlása is vezethet károsodásra (pl. kisajátítás, szolgalmak gyakorlása, szomszédjogok élvezete stb.). Mindezek a magatartások, ha a jog rendeltetésének keretei között maradnak, nem minősülnek jogellenes magatartásnak, és ezért a polgári jogi felelősség kérdése ezekkel kapcsolatosan fel sem merül.⁴⁴⁸ Éppen ezért az önkormányzatnak a körzetalakításra irányuló munkája során törekednie kell arra, hogy azzal ne sérüljenek mások – különösen az érintett

⁴⁴⁴ Eörsi Gyula: Kötelmi jog. Általános rész. Tankönyvkiadó, Budapest 1981. (EÖRSI 1981.) 263.o.

⁴⁴⁵ Zoltán Ödön kihangsúlyozta azonban, hogy a kártérítési felelősség megállapításához nem szükséges, hogy valamely tételes jogszabály a kártérítési kötelezettséget a bekövetkezett jogsértés vonatkozásában kifejezetten elrendelje, mert a kártérítési szankció minden jogsértésnek külön rendelkezés nélkül is beálló következménye. Zoltán Ödön: Felelősség szerződésen kívül okozott károkért. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó Budapest 1961. (ZOLTÁN Ö.) 17.o.

⁴⁴⁶ Marton Géza: A polgári jogi felelősség c. 1984-ben megjelent munkája. Zlinszky János: Indokolt javaslat a Ptk. felelősségi fejezetéhez. Magyar Jog. 2001. 8. szám (ZLINSZKY JÁNOS) 450.o.

⁴⁴⁷ Újváriné Antal Edit: Felelősségtan Magyar Polgári Jog. Novotni Kiadó Miskolc, 2000. (ÚJVÁRINÉ) 44.o.

körzetekben dolgozó házi orvosok, és persze ott élő állampolgárok – jogai és törvényes érdekei.⁴⁴⁹ Ennek megfelelően tehát a *rendeltetésszerű joggyakorlás* a jogalkotással okozott károk esetén is kizárhatja a jogellenességet.⁴⁵⁰ Amikor a jog gyakorlása már azzal a céllal történik, hogy más jogvédte érdeke ennek folytán sérelmet szenvedjen, a jog visszaélésszerű gyakorlásáról beszélhetünk, ami már jogellenes magatartásnak minősül.⁴⁵¹ Így abban az esetben azonban, ha az önkormányzat rendeletalkotásával megvalósítja a *jogalkotói hatalommal való visszaélés* előbbi pontban részletezett tényállását, akkor az adott házi orvosnak okozott jogellenes károkozásért **kártérítési felelősséggel tartozik**.⁴⁵² Ugyanez a helyzet abban az esetben is, ha méltányolható társadalmi cél elérése érdekében valamely házi orvos már meglévő működtetési joga *aránytalan korlátozására* kerül sor, ahol a károkozás jogellenessége szintén nem vitatható.⁴⁵³

A rendeltetésszerű joggyakorlás keretében, az arányosság követelményének szem előtt tartásával alkotott jogi norma esetén jogellenes károkozásról nem beszélhetünk. A jogos károkozás konkrét eseteit a jogszabályok kifejezetten⁴⁵⁴ ilyenként sorolják fel, s ez teszi lehetővé, hogy a jogos károkozás szabályai szerint kártalanítás járjon a károsultnak. Azt a kérdést, hogy a rendeltetésszerű joggyakorlás keretében végrehajtott körzetmódosítás (új

⁴⁴⁸ EÖRSI 1958. 53.o., EÖRSI 1981. 264.o.

⁴⁴⁹ Érdekességként kívánom Eörsi egy kicsit humoros példáját idézni, miszerint „a hatásos antialkoholista propaganda még akkor sem jogellenes, ha a földművelésszövetkezeti italboltnak érzékeny kárt okoz.” EÖRSI 1958. 53.o.

⁴⁵⁰ ÚJVÁRINÉ 51.o.

⁴⁵¹ Eörsi szerint is a jog gyakorlásával járó megengedett károkozástól nemegyszer nehéz elhatárolni a jogellenes magatartások egy sajátos csoportját, a joggal való visszaélést. EÖRSI 1958. 53.o., EÖRSI 1981. 264.o. Ajánlott irodalom: Tercsák Tamás: A joggal való visszaélés bírói gyakorlatáról – törekvések a korszerű értelmezésre. Magyar Jog 2002. 5. szám 216-228.o.

⁴⁵² Jogellenesen cselekszik, aki *jogát nyilvánvalóan azért gyakorolja, hogy ezzel másnak sérelmet okozzon*, vagy aki a jó erkölcsbe (tisztességbe) ütköző módon okoznak másnak kárt, eszmei sérelmet, vagy szerez magának (érdekeltségi körének) hasznot. Marton Géza: A polgári jogi felelősség c. 1984-ben megjelent munkája ZLINSZKY JÁNOS 450.O.

⁴⁵³ Egy egyébként jogszerű eljárás a károsult szempontjából nem jelentheti azt, hogy a köz érdekében vagyoni pozíciói aránytalanul korlátozhatóak legyenek. Amennyiben az értékgarancia nem érvényesül, azaz az adott házi orvos működtetési joga aránytalanul tekinthető sérelmet szenved és a jogszabály azt nem kompenzálja megfelelő kártalanítási (kárpótlási) előírással, a sérelem jogellenesnek minősül és kártérítési kötelezettséggel jár. LAJER 2001. 79.o.

⁴⁵⁴ Az egyik legismertebb a kisajátítási kártalanítás (177.§ (1) bekezdés), amely teljes, feltétlen és azonnali kell, hogy legyen. De kártalanítás jár a szükséghelyzetben okozott kár (107.§ (2) bekezdés) esetén és egyes szomszédjogok gyakorlása (102.§) után is. Kártalanítást köteles fizetni a közérdekű használati jog jogosultja is az ingatlan tulajdonosának. Az épített környezet alakításáról és védelméről szóló 1997. évi LXXVII. törvény 30.§ (1) bekezdése is kimondja, hogy amennyiben az ingatlan rendeltetését, használati módját a helyi építési szabályzat, illetőleg a szabályozási terv másként állapítja meg vagy korlátozza, és ebből a tulajdonosnak, haszonélvezőnek kára származik, a tulajdonost, haszonélvezőt kártalanítás illeti meg. Ajánlott irodalom: Mogyorósi Imre: A korlátozási kártalanítás – avagy a magyar jogalkotás állatorvosi lova -. Magyar Jog 2003. 1. szám 33-36.o.

körzet létrehozása) esetén a felelősségtől *eltérő jogalapon*⁴⁵⁵ jár-e az ilyen jogszerű károkozásért *kártalanítás* az érintett háziorvosnak, az önkormányzati törvényben (Ötv.) vagy pedig a praxistörvényben (Öotv.) kellene konkrétan meghatározni.⁴⁵⁶

Az új Polgári Törvénykönyv Konceptiója azonban már *általános szabályként* kívánja kimondani, hogy a *károkozások törvény által megengedett eseteikre* - a kártérítésre vonatkozó szabályok szerint - *kártalanítás jár*. „Ezt a szabályt általánossá kell tenni és a Kódexben ki kell mondani, hogy kivételt kizárólag törvény és csak kivételes esetkörben, közérdekből állapíthat meg.”⁴⁵⁷

A Bordás-Fodor féle törvénytervezet egyik jelentős eredménye volt annak felismerése, hogy az önkormányzatok körzetalakítási joga adott esetben súlyosan sértheti az érintett háziorvosok vagyoni jogait. Ennek ellensúlyozására az önkormányzatok *kártalanítási kötelezettségét* írta elő, melynek részletes szabályait rendeletben kívánta kidolgozni. Ehhez a javaslatához Bordás Mária az egész jogalkotási folyamat alatt következetesen ragaszkodott, enne ellenére azonban a rendelkezés – sok más lényeges javaslattal együtt – kimaradt.

Ezzel összefüggésben javasol Petrik az alkotmánybíróági megsemmisítéshez olyan jogkört kapcsolni, hogy az Alkotmánybíróság a jogszabály (illetve egyes pontjai) megsemmisítésekor dönthesse a jogszabály végrehajtásával okozott kárt elszenvedők *kártalanításáról*.⁴⁵⁸

Petrik álláspontjához szorosan kapcsolódik az új Ptk. Konceptió annak megállapításával, hogy az államigazgatási jogkörben okozott károkért való felelősség szabálya átalakításra szorul. Eszerint az állam, illetőleg az állami és önkormányzati szerv a közhatalom gyakorlása során kifejtett szervező- intézkedő tevékenységével, illetőleg ennek elmulasztásával okozott kárt köteles megtéríteni. A Konceptió megfontolás tárgyává teszi

⁴⁵⁵ Számos olyan jogalap van, amelynek címén a kár megtérítése iránt követelés támasztható. Ezeket Zoltán Ödön két csoportba osztotta: 1) az egyikbe azokat a jogalapokat sorolta, amelyeknél a kár megtérítése a kötelelem *eredeti, önálló tárgya (elsődleges vagy autonóm kártérítési kötelemelek)*, s melyek szerződés (pl. felelősségbiztosítási szerződés) vagy jogszabály (pl. kisajátítás) rendelkezése alapján keletkeznek. Ezekben az esetekben *nem jogellenesen* okozott kárról van szó, ezért célszerűbbnek tartotta *kártalanítási kötelezettségnek* nevezni, mivel a kártalanítási kötelezettség beállása nem a kártalanításra kötelezett jogellenes, jogsértő magatartásának a folyománya. 2) a másik csoportba pedig azokat a jogalapokat sorolta Zoltán Ödön, amelyeknél a kártérítés valamely kötelezettség megsértése, tehát jogsértés esetén keletkezik (*másodlagos vagy szankció-kötelelem*), mely lehet valamely szerződéses kötelezettség megsértése, de lehet szerződésen kívüli károkozás is. ZOLTÁN Ö. 7-8.o.

⁴⁵⁶ Eörsi véleménye szerint például az olyan károkozásokért, amelyek abban nyilvánulnak meg, hogy egy községben egy második borbélyüzemet is engedélyeztek, nem jár kártalanítás a korábban már ott működött borbély javára, noha az új vállalkozás őt nyilvánvalóan megkárosítja. EÖRSI 1958. 54.o.

⁴⁵⁷ Az új Polgári Törvénykönyv Konceptiója. Magyar Közlöny 2002/15/II..

azt is, hogy az új Kódex megállapítsa az *állam jogszabályalkotással okozott károkért való felelősségét kizárólag alkotmányellenes jogalkotás esetén*.⁴⁵⁹

5.3. Elidegenítéssel

Az orvosi, fogorvosi magánrendelők eladására, átadására a korábbi években is volt példa. Az OEP által finanszírozott és a települési önkormányzat tulajdonában lévő rendelőkben dolgozó közalkalmazott, illetve (egyéni vagy társas) vállalkozó orvos azonban állásváltóztatáskor, nyugdíjazáskor nem kapott semmilyen anyagi ellenszolgáltatást. Új elem, hogy ma már az OEP által finanszírozott, területi ellátási kötelezettséggel dolgozó orvosok működtetési jogát is piaci elemként kell kezelni. Míg a magánrendelők esetében eszközt, anyagot, ingatlant és ritkán betegkört vásárolt a vevő, addig a funkcionálisan privatizált rendelők körében sem ingatlant, sem eszközt nem tud eladni az orvos, hiszen ezek nincsenek a tulajdonában. Ilyenkor pusztán a működtetési jogát bocsátja áruba az orvos. A működtetési jog forgalomképességének elméleti alapjait már korábban ismerttettem.

Egy praxis értékesítésénél mindenképpen különbséget kell tenni a **rendelő**, mint ingatlan, illetve a benne megtalálható ingóságok(berendezések, orvosi eszközök stb.) értékesítése és az orvost megillető **működtetési jog (praxisjog) elidegenítése** között. Ez azért is feltétlenül szükséges, mert ingatlan és ingó átruházása esetén egészen más szempontok (birtokbaadás, ingatlan-nyilvántartásba való bejegyzés stb.) kerülnek előtérbe, mint a jog esetén (a birtokbaadás sajátos megítélése, a megszerzés feltételei, hatósági jóváhagyás stb.).⁴⁶⁰

Tovább vélelmezve a tulajdonjogi rendelkezések alkalmazhatóságát a vagyoni értékkel bíró jogok területén is, a működtetési jog más személyre történő átruházásához is négy konjunktív feltételre van szükség⁴⁶¹:

a) a működtetési jog átadására, *birtokba adására*⁴⁶²,

⁴⁵⁸ PETRIK 2002. 11.o.

⁴⁵⁹ Az új Polgári Törvénykönyv koncepciója. Magyar Közlöny 2002/15/II.

⁴⁶⁰ Balogh S.: Az orvosi, fogorvosi rendelő értékesítése. Szerk.: Gyenes M.: Egészségügyi vállalkozások kézikönyve. Verlag Dashöfer Szakkönyvkiadó Kft.&T.Bt. 2001. (BALOGH 2001/I.) 6. rész 5.1. fejezet 1.o.

⁴⁶¹ LENKOVICS 143.o.

⁴⁶² A Ptk. miniszteri indoklása az *ügyletegyeség elvét* követi, amikor kimondja, hogy „... feleslegesnek látszik az átadás tényét külön jogi aktusnak minősíteni, hiszen az csupán a felek szerződési akaratának realizálódása.” Vékás szerint ez a megállapítás egyértelműen a konszenzuális rendszer mellett és a tradíciós rendszer ellen szóló szempont, amit azonban az egyetemi tankönyvek az évek során nem vettek figyelembe azt hangsúlyozva, hogy a tulajdonjog megszerzésénél a tradíciónak szándékosnak kell lennie, a tulajdon átruházásának szándékával kell végbemennie. Vékás Lajos: Az új Polgári Törvénykönyv elméleti előkérdései. HVG-ORAC Lap-és Könyvkiadó Kft. Budapest 2001. 203.o.

- b) az átruházásra irányuló *szerződésre* vagy *más jogcímre*,
- c) arra, hogy az átadás a „tulajdon” *átruházás szándékával* történjen és
- d) a működtetési jog *korábbi jogosultjától* származzék.⁴⁶³

A működtetési jog megszerzésének további feltétele a Magyar Orvosi Kamara illetékes szervezetének *hatósági jóváhagyása*.

5.3.1. *A működtetési jog, mint vagyoni értékű jog birtokbaadása*

A **birtok** tényleges hatalmat jelent a dolog felett. Egy olyan kapcsolatot feltételez a jogosult és a dolog között, amelynél fogva a birtokos a dolgot kizárólagos jelleggel tartja uralma alatt. *Szladits* szerint a birtok a jogban azt az állapotot jelenti, amelyben a birtokos valamely dolgot a maga részére ténylegesen hatalmában tart annak vizsgálata nélkül, hogy joga van-e hozzá vagy sem.⁴⁶⁴ A dolog feletti tényleges uralomnak *Kolosváry*⁴⁶⁵ szerint háromféle alakja létezik:

- a) **Saját birtok (főbirtok)**, melyet a dolog felett *sajátunkként* (animo dominantis) gyakorolunk. Pl. tulajdonoskénti birtoklás.
- b) **Használati birtok**, melyet nem úgy, mint a magunkét, hanem egy dolgon a minket illető kötelmi jogosultság alapján egyébként *saját érdekünkben* gyakorolunk (pl. haszonélvezet, bérlet).⁴⁶⁶
- c) **Bírlálás** (szolgabirtok), ha valaki *másnak az érdekében*, mint gazdasági vagy üzleti alkalmazott, megbízott gyakorol egy dolgon tényleges hatalmat. Ilyenkor tényleges birtokosnak azt kell tekinteni, akinek érdekében a tényleges hatalmat a mondott személy gyakorolja.

Ha a birtoklás, birtokbaadás kérdését a működtetési jog szempontjából vizsgáljuk, akkor legelőször különbséget kell tenni a jog birtoklása és a jog gyakorlásához szükséges ingatlan (rendelő) és ingóságok (berendezési és felszerelési tárgyak) birtoklása között.

A birtok, mint jogviszony a dologra vonatkozik, tárgya tehát minden birtokba vehető, emberi uralom alá hajtható dolog lehet. A magyar magánjog azonban a birtok fogalmát nemcsak a dologra, hanem egyes alanyi jogokra – **jogbirtok** (juris quasi possessio) - is kiterjesztette. A

⁴⁶³ Tamás az átruházás további feltételeként jelöli meg az átruházás jogalanyainak egyértelmű meghatározását. TÖRÖK 1999/I. 16.o.

⁴⁶⁴ SZLADITS 1937. 196.o.

⁴⁶⁵ Kolosváry Bálint: A birtok és a birtokvédelem. Szerk.: Szladits Károly. Magyar Magánjog V. Dologi Jog Grill Károly Könyvkiadó Vállalata Budapest 1942. (KOLOSVÁRY 1942/I.) 59.o.

jogok birtokát a régi római jog is ismerte, bár szűk körre szorítva csak. A későbbi fejlődés során a jog és dologbirtokra vonatkozó római jogi szabályok összeolvadtak s ez az álláspont jut kifejezésre az Optk. egységes birtok fogalmában is.⁴⁶⁷ *Zlinszky Imre* kiváló jogtudóst már több, mint száz évvel ezelőtt foglalkoztatta ez a kérdés. Ő egyrészt olyan alanyi jogok tekintetében fogadta el a birtoklás intézményét, melyek a vagyoni jog köréhez tartoznak, s ennél fogva elidegeníthetők. Másrészt olyan jogok lehetnek tárgyai a birtoknak, melyek tartalma önállóan megállhat, és melyek folyamatos és huzamos ideig fennálló gyakorlatra alkalmasak.⁴⁶⁸ Eleve kizárandók tehát a jogok birtoka köréből a *személyi* és nem vagyoni *családi* jogok, az *öröklési jogok*, valamint azok a kötelmi és dologi jogok, melyek *egyszeri gyakorlással már kimerülnek, megszűnnek* s ezért a birtoklás folyamatos állapotába nem kerülnek.⁴⁶⁹ Így a jogok birtokának leginkább ingatlanhoz kapcsolódó, huzamosabb ideig fennálló dologi illetve kötelmi jogok esetén van helye, mint pl. halászati és vadászati jog, szolgalmi jog, haszonbérleti jog, bérleti jog, stb.

A jogok birtoka valójában a dologbirtok utánképzése. Így a jogok birtoklásának megszerzéséhez ugyanúgy szükséges a **birtoklási akarat** (animus), ahol a hatalmat gyakorlónak az a szándéka, hogy ezt a fizikailag valóságos uralmat a *maga javára, a maga nevében, a maga számára* s a dolog megtartására irányuló akarattal gyakorolja. Másrészt lényeges elem a birtoklásra **irányuló cselekmény** (corpus), illetve maga az az **objektív helyzet**, melyben a birtokos anélkül, hogy jogosított volna, tényleges, valóságos uralmat és befolyást gyakorolhat állandó jelleggel az adott dolog felett.⁴⁷⁰ *Zlinszky* szerint a *jogok tartalmát képező tények véghezvitele az*, ami által a jogok birtoka megszerezhető, és elég a joggyakorlást egyszer elkezdeni, hogy a jog birtoka megszerzettnek legyen tekinthető.⁴⁷¹ Ilyenkor azt kell szem előtt tartani, hogy a forgalmi élet *milyen magatartást* tart olyannak, amely által a jog birtoka *megszerzettnek tekinthető*.

⁴⁶⁶ A használati birtokos mellett egyidejűleg birtokosnak kell tekintenünk azt is, akitől a tényleges birtokló birtokát közvetlenül vagy közvetve származtatja. Utóbbi a dolognak a *főbirtokosa*, a vele jogviszonyban álló tényleges birtokos pedig a dolog *albirtokosa*. KOLOSVÁRY 1942/I. 59.o.

⁴⁶⁷ KOLOSVÁRY 1942/I. 62-63.o.

⁴⁶⁸ ZLINSZKY IMRE 284-285.o.

⁴⁶⁹ KOLOSVÁRY 1942/I. 62-63.o.

⁴⁷⁰ KOLOSVÁRY 1942/I. 56.o.

⁴⁷¹ A jogok valódi gyakorlata a birtokszerzés mellőzhetetlen feltétele, s az érvényes jogcím csak igényt és nem birtokot alapít meg. Még a jogok telekkönyvi bejegyzése sem alapítja meg önmagában az adott jog birtoklását, mert a tényleges birtoktól teljesen független. *Zlinszky* még az *ún. eszmei javakon fennálló jogok birtokát* is elképzelhetőnek tartotta, mivel a korabeli szabályok szerint a meghatározott idő alatt nem gyakorolt találmányt bárki birtokba vehette és bejelentette. ZLINSZKY IMRE 286-288.o.

Jogbirtoknak tehát a jog tényleges gyakorlása, jogbirtokosnak pedig a jog tényleges gyakorlója minősült. A jelenleg hatályos Ptk. azonban a jogbirtok fogalmát nem használja.⁴⁷²

A jelenleg hatályos polgári jogi szabályok értelmében a birtok megszerzéséhez vagy a dolog feletti tényleges hatalom megszerzése szükséges, vagy az, hogy a jogszabály – jogai és törvényes érdekei védelmében e nélkül is – jogilag birtokossá tegyen valakit. A dolog feletti hatalom megszerzése legtöbbször úgy megy végbe, hogy valaki a dolgot magához veszi (átveszi, elfoglalja stb.). Kivételes esetekben azonban lehetséges a birtokszerzés anélkül is, hogy a birtokos a dolog felett a közvetlen hatalmat megszerezne. Ilyen például a birtok érvényesen jogcímen alapuló **ún. jogügyleti átadása** (pl. dematerizált értékpapírok átruházása), amely a jogi hatalom átengedését kétségtelenné teszi, legitimálja.⁴⁷³

Felmerül a kérdés, hogy a működtetési jog átruházása tárgyában született szerződés megkötését követően mikor és mi alapján lép birtokba a vevő. A birtok ún. jogügyleti átadása nem igazán értelmezhető a működtetési jog átruházása esetén, mivel ez azt jelentené, hogy a vevő – az érvényes jogcímmel rendelkező szerződésben meghatározott időpontban - anélkül kerül egy adott jog birtokába, hogy az abból folyó jogosítványokat gyakorolni tudná. Sokkal inkább járható út a Kolosváry és Zlinszky féle elmélet követése, miszerint a vevő akkor lép a megszerzett jog birtokába, amikor az adott jog tartalmát kitevő jogosítványok gyakorlását megkezdi.

A praxisátruházásban érdekelt felek és jogi képviselőik egyszerre több, egymással ellentétesnek látszó **követelményt** és rendelkezést kell, hogy szem előtt tartsanak a jogszerű eljárás érdekében.

- a) Az egyik legfontosabb alapelv, hogy a praxisjog vásárlás nem befolyásolhatja hátrányosan a lakosság egészségügyi alapellátását, az adott háziorvosi körzetben **folyamatosan** kell rendelőt biztosítani.
- b) A működtetési jog átruházását követően azonban – praxisjog hiányában – az eladó háziorvos saját jogon már nem végezhet önálló háziorvosi tevékenységet.⁴⁷⁴
- c) A vevő háziorvos pedig **még** nem kezdhet el a működtetési jog jogosultjaként dolgozni mindaddig, amíg a jogszabályban előírt engedélyeket meg nem szerezte, illetve szerződéseket meg nem kötötte.

⁴⁷² LENKOVICS 273.o.

⁴⁷³ LENKOVICS 274.o.

⁴⁷⁴ Vhr. 3.§ (1) bekezdése értelmében a működtetési jog megszerzése a jogi előfeltétele annak, hogy az önkormányzat valamely orvost háziorvosként foglalkoztasson.

- *Közalkalmazotti jogviszonyban* dolgozó háziorvos esetén ez az idő rövidebb, mivel kizárólag a MOK illetékes megyei szervezetétől kell megkérni a működtetési engedélyt, majd ezt követően a kinevezési okiratban foglaltak alapján már gyakorolhatja is a vevő a praxisjogból eredő jogait és teljesítheti kötelezettségeit.
- Abban az esetben azonban, ha a háziorvos *egyéni* vagy *társas vállalkozás* formájában kívánja működtetni praxisát, akkor a működtetési jog megszerzését követően először a területi ellátásra szerződést kell kötnie a háziorvosi körzet szerint illetékes helyi önkormányzattal, be kell szereznie az ÁNTSZ illetékes városi intézetétől a szükséges szakhatósági engedélyt, és külön megállapodásban kell rögzítenie az OEP illetékes helyi szervezetével a direkt finanszírozás feltételeit. Jogszerűen csak ettől az időponttól kezdheti meg a vállalkozó háziorvos saját jogon a praxisjog tartalmát kitevő jogok végleges gyakorlását, illetve kötelezettségei teljesítését. Ezt az átmeneti időt tovább növelheti, ha a felek részletfizetésben állapodtak meg, és az eladó a teljes vételár kifizetéséig fenntartja a „tulajdonjogát” a praxisjog felett. Ez azonban nem zárja ki azt, hogy már a szerződés megkötésétől, vagy az abban megjelölt időponttól kezdve a vevő orvos helyettesként végezzen önálló háziorvosi tevékenységet az adott körzetben. Ebben az esetben elegendő annak kamarai igazolása, hogy a helyettesítő orvos személyében rendelkezik a praxisjog megszerzéséhez szükséges feltételekkel. Felmerül a kérdés, hogy mely időponttól minősül a vevő **jogbirtokosnak**: a finanszírozási szerződés megkötésétől, vagy attól a naptól, amikor helyettesítő háziorvosként az átruházási szerződést követően először elkezdett önálló orvosi tevékenységet végezni a körzetben. Megítélésem szerint az utóbbi esetben.

Mindezek alapján elmondható, hogy a működtetési jog, mint vagyoni értékű jog átadásának is különböző **variációi** lehetnek: ⁴⁷⁵

- A praxisjog birtokbaadása is végbemehet oly módon is, mely kétségtelenné teszi, hogy a működtetési jog az átruházó uralmából a jog megszerzőjének uralmába került. Ilyen az az eset, ha a működtetési jog alapján végezhető önálló háziorvosi tevékenységet a vevő, mint helyettesítő háziorvos már az átruházást megelőző időponttól végzi (pl. mert az átruházó háziorvos betegsége miatt kénytelen eladni működtetési jogát). Ebben az esetben az átadáshoz elég annak kijelentése, hogy a működtetési jogot a vevő megszerezte, azaz a „tulajdonába” került (*brevi manu traditio*).

⁴⁷⁵ LENKOVICS 143.o.

- Az előbbi eset ellentéte, ha a korábbi praxisjog jogosult látja el a szerződéskötést követően is helyettesítő háziorként az alapellátásból eredő feladatokat (mert például a jogot szerző háziorknak még a korábbi működtetési jogából eredő kötelezettségeinek kell eleget tennie az előző körzetében), s a felek megállapodnak a szerződésben abban, hogy ezt a tevékenységet egy meghatározott időponttól kezdve már nem saját jogon, hanem külön megbízás alapján végzi (*constitutum possessorium*).
- Tekintettel a folyamatos betegellátás biztosítására, mint alapvető szintű követelményre, a *longa manu traditio* (a korábbi praxisjogosult egy megjelölt időpontban felhagy az önálló háziorki tevékenység végzésével, és ezzel lehetővé teszi a másik számára a joggyakorlást), mint birtokbaadási módozat csak akkor alkalmazható, ha a jogot szerző háziork rögtön megkezdi a munkát.
- A *birtokátutalás* esetén a szerződés tárgyát képező háziorki körzetben szintén helyettes háziork dolgozik pl. a működtetési jog korábbi jogosultjának hosszan tartó betegsége miatt, de nem a helyettesítő háziork szerezte meg a jogot, hanem egy harmadik orvos. Ilyenkor a működtetési jogát átruházó korábbi jogosult tájékoztatja a helyettesítő háziorkot, hogy a szerződésben meghatározott időponttól kezdve már nem ő, hanem a praxisjog megszerzője lesz jogosult és köteles a működtetési jog tartalmát kitevő jogok gyakorlására és kötelezettsége teljesítésére, átutalva ezzel a jog birtoklását az új jogosult számára.

5.3.2. Az átruházás egyéb feltételei

- a) **Érvényes jogcím.** Mivel jogunk a tulajdon-átruházás *kauzális* rendszerét követi, az átruházás érvényességéhez **érvényes jogcímre** van szükség. A jogcím rendszerint az átruházásra irányuló *szerződés* (adásvételi, csere-, ajándékozási vagy kölcsönszerződés), de lehet *egyéb jogcím* is, pl. a jogalap nélküli gazdagodás esetén a vagyoni előny visszatérítése, vagy a szerződésen kívül okozott kár megtérítése. Ez utóbbi jogcímek gyakorlati előfordulása a működtetési jog átruházása körében is igen csekély.
- b) **A „tulajdon”-átruházás szándéka.** A működtetési jog átadása csak akkor eredményezheti a jog átszállását a szerzőre, ha az a működtetési jog átruházásának szándékával megy végbe. A szándék lehet *feltétlen*, amikor az átruházó szándéka szerint a tulajdon az átadás valamelyik módja által nyomban és minden más körülménytől függetlenül száll át a szerzőre. Lehetséges azonban az is, hogy a tulajdon-átruházás szándéka *nem feltétlen*. Ilyenkor az átruházó nem kívánja, hogy a tulajdon átszállása nyomban az átadásakor

megtörténjen, hanem csak egy előre meghatározott időpontban vagy feltétel bekövetkezésével (*tulajdonjog fenntartás*). A gyakorlatban többször is előfordul, hogy a működtetési jog vételárát egyösszegben kifizetni nem tudó vevővel szemben az eladó „tulajdonjogát” a vételár teljes kifizetéséig fenn kívánja tartani magának. Ez – az egyébként teljesen indokolt – szándék azonban igen nehéz helyzetbe hozhatja a vevőt a következők miatt. Mint ahogyan azt korábban is láttuk, a működtetési jog megszerzése és az ehhez szükséges kamarai (működtetési) engedély az első lépcső egy adott, vállalkozási formában működő háziiorvosi szolgálat beindításához. Ebben az esetben jelenleg a vevő csak mint helyettesítő háziorvos gyakorolhatja a megvásárolt működtetési jog tartalmát kitevő, területi ellátási kötelezettségen alapuló önálló háziiorvosi tevékenységet mindaddig, amíg a teljes vételárát meg nem fizeti. Az ügyintézés meggyorsítása és a folyamatos betegellátás érdekében az orvosi kamara ilyenkor kiadhatna egy meghatározott időre szóló, *ideiglenes működtetési engedélyt*, mely lehetővé tenné a szükséges szerződések megkötését és a további engedély megszerzését.

- c) **A működtetési jog korábbi jogosultjától származzék.** Átruházással csak olyan orvostól lehet működtetési jogot szerezni, aki maga is kétséget kizáróan rendelkezik azzal. Minden származékos jogszerzés, így az átruházás alapvető elve is az, hogy senki sem ruházhat át másra több jogot, mint amennyivel maga rendelkezik.⁴⁷⁶ Ennek a tételnek a maradéktalan alkalmazása azonban lehetetlenné tenné, hogy a működtetési jog folytatására a törvényben megjelölt, de arra személyében nem alkalmas hozzátartozó az előírt törvényes határidőn belül a működtetési jogot másra átruházza. Ezért a jogalkotó egy „fikciós jogutódlási helyzetet” teremtetett, hiszen lehetővé teszi a praxisjog megszerzésére alkalmatlan, de a folytatásra kijelölt személy számára, hogy úgy lépjen fel a működtetési jogot megvásárolni szándékozó orvossal szemben, mintha „tulajdonos” lenne, mintha – az elhunyt jogutódljaként – maga is rendelkezne működtetési joggal. A jogszabálynak azonban pontosan rendeznie kellene az ilyen személy *jogi helyzetét, a „nem praxisjogosulttól” való működtetési jog megszerzésének* pontos feltételeit, határait, és a jogutódlással esetlegesen felmerülő tisztázatlan jogi helyzeteket.⁴⁷⁷
- d) A működtetési jog megszerzésének további feltétele a Magyar Orvosi Kamara illetékes szervezetének (továbbiakban: orvosi kamara) **hatósági jóváhagyása**.⁴⁷⁸ Mindaddig, amíg

⁴⁷⁶ Az eladó ezt a tényt az orvosi kamara által kiadott hatósági bizonyítvánnyal, illetve működtetési engedéllyel tudja igazolni.

⁴⁷⁷ Lásd részletesebben „A működtetési jog folytatása” című fejezetben.

⁴⁷⁸ Ptk. 215.§

az orvosi kamara a működtetési engedélyt ki nem adja, addig a felek joghatályos szerződési nyilatkozatukhoz kötve vannak, tehát azt egyoldalúan nem vonhatják vissza, de nem is módosítják. Ennélfogva *függő jogi helyzet* áll fenn, amely a hatósági engedély megadása esetén a szerződés létrejöttével, ennek megtagadása esetén pedig a szerződéskötés megghiúsulásával szűnik meg. Ha a szerződés létrejön, akkor hatálya azzal az időponttal kezdődik, amikor a felek egyező akaratukat kinyilvánították, vagyis a szerződést megkötötték.⁴⁷⁹ A jogbizonytalanság elkerülése érdekében a működtetési jogot – ingyenesen vagy visszterhesen – csak olyan személy részére lehet elidegeníteni, aki nem rendelkezik működtetési joggal, de a birtokában van az orvosi kamara határozata arról, hogy megfelel a működtetési jog engedélyezésére nézve jogszabályban megállapított feltételeknek és rendelkezik a szükséges önkormányzati nyilatkozattal vagy előszerződéssel.⁴⁸⁰

Az átmeneti idő hosszú lehet, ami sértheti valamelyik fél érdekét. A törvény ezért feljogosítja a feleket, hogy szerződő partnerüknek a hatósági engedély megszerzésére *megfelelő határidőt* szabjanak.⁴⁸¹ A hatósági engedély megszerzése azonban nem kizárólag az ennek megszerzésére köteles félén múlik, ezért tőle csupán azt lehet elvárni, hogy a kérelmet a lehető legrövidebb időn belül nyújtsa be, és tegyen meg mindent annak megszerzése érdekében. Ha a szerződésben meghatározott, vagy a későbbi felhívásban megadott idő eredménytelenül telik el, a másik fél szabadulhat a szerződési kötelezettség alól, és így a szerződés megghiúsul. Eerre azonban eredményesen nem hivatkozhat a hatósági engedély megszerzésére köteles fél.

Előfordulhat az is, hogy a felek már teljesítették a szerződésben vállalt kötelezettségeiket, azonban a szerződés ezt követően a hatósági engedély hiányában mégis megghiúsul (pl. a kérelmező orvos időközben egészségileg alkalmatlanná vált). Miután nem jött létre a felek között szerződés, így érvénytelenségről nem lehet szó. A Ptk. úgy oldja meg ezt a helyzetet, hogy ilyenkor az érvénytelenség jogkövetkezményeit kell alkalmazni, és így – amennyiben erre van lehetőség - a teljesítés előtt fennállott helyzetet kell visszaállítani. Az engedély visszavonása azonban a szerződés hatályát már nem érinti.⁴⁸²

⁴⁷⁹ Polgári Törvénykönyv Magyarázata. Második kötet. A kötelmi jog. A szerződés megkötése. (Benedek Károly) KJK Budapest 1998. 614.o.

⁴⁸⁰ Vhr. 7.§ (3) bekezdés

⁴⁸¹ **Megfelelő** az a határidő, amely alatt az általános tapasztalat szerint a hatósági engedély megszerzhető.

⁴⁸² Polgári jog. Kommentár a gyakorlat számára. Második kötet. A kötelmi jog. A szerződés megkötése. (Vékás Lajos) HVG-ORAC Lap- és Könyvkiadó Kft. Budapest 1997. 371.o.

5.3.3. *A működtetési jog átruházásánál felmerülő további szempontok*

A feleket a Ptk. 205.§-ának (3) bekezdésében megfogalmazott **együttműködési kötelezettség** terheli, melynek keretében a működtetési jogát átruházó fél is köteles a szükséges adatok, okiratok átadásával és egyéb lehetséges módon a szükséges szerződések megkötését, és engedélyek megszerzését előmozdítani, annak idejét megrövidíteni. Az a fél, aki ezt a kötelezettségét megszegi, a Ptk. 4.§ (4) bekezdése értelmében – a függő jogi helyzet elhúzódása, vagy a késedelmes teljesítés miatt - jogot nem érvényesíthet.

A működtetési jog további átruházásánál felmerülő további lényeges kérdés, hogy a felek rendezzék az ügyintézés eltolódása miatti átmeneti időre kifizetett **OEP finanszírozási összeg** sorsát. Az OEP a finanszírozást csak a szerződéskötést követő második hónap első napjával köti meg, ami azt jelenti, hogy az új háziorvos a szerződés hatályosulásának hónapjában csak a „fix összeget” kapja, a korábban lejelentett teljesítmények utáni díjazást azonban a korábbi jogosult (vagy annak vállalkozása) számlájára utalják át. Az előző fejezetben ismertetett példánál maradva azonban előfordulhat, hogy az új háziorvos „helyettesítő orvos” minőségében nyújtotta azt a teljesítményt, melynek ellenértékét már az ő praxisjog jogosultsága alatt is még esetleg a jogelődje kap meg. Mivel jelentős összegről van szó, ez a körülmény a felek között rendszeresen komoly vitát indukál. Azért sem mellékes ennek a kérdésnek rendezése, mert az adott hónap első napjától a háziorvosi szolgálat új működtetőjét terhelik a felmerülő rezsiköltségek, illetve bérjellegű kiadások.

A működtetési jog átruházásához kapcsolódó járulékos kérdés még a háziorvosi szolgálatot korábban működtetővel **munkaviszonyban álló alkalmazottak jogviszonyának rendezése**. Ez azért is fontos, mert a *munkáltató személyében bekövetkező jogutódlásnak* minősül a munkáltató egészének vagy egy részének (üzem, üzlet, telephely, munkahely) megállapodáson alapuló átadása és átvétele a munkavállaló folyamatosan történő tényleges továbbfoglalkoztatásával.⁴⁸³ A működtetési jogot megvásárló új háziorvosnak – a gyakorlat is ezt igazolja – mindig érdekében áll a korábbi alkalmazottak (orvos-írnok, ápolónő, takarítónő) foglalkoztatása, hiszen a praxis átvételénél a kezdeti hónapokban igen nagy segítséget jelent a tapasztalatuk és helyismeretük.

⁴⁸³ Mt. 209.§ (2) bekezdés

Nem mindegy azonban, hogy fenti személyek továbbfoglalkoztatására a munkáltató jogutódlás szabályai szerint kerül-e sor vagy sem. A jogutódlás esetén ugyanis a munkaviszonyból származó jogok és kötelezettségek a jogelőd munkáltatóról a jogutód munkáltatóra szállnak át⁴⁸⁴, ami a munkaviszony megszüntetésekor bír különös jelentőséggel, mivel a felmondási idő és a végkielégítés összegének megállapításánál a munkaviszonyban töltött időket *együttesen* kell számításba venni. Igen méltánytalan helyzetet eredményezhet, ha a korábbi praxisjog jogosult (vagy az ő vállalkozása) által akár húsz évig folyamatosan alkalmazott dolgozót továbbfoglalkoztató új egészségügyi szolgáltató, a nála eltöltött esetleg egyéves munkaviszony megszüntetésekor huszonegy év munkaviszony alapján kellene, hogy elszámoljon a munkavállalóval. Indokolt tehát, hogy a működtetési jog korábbi és új jogosultja az általuk működtetett (egyéni vagy társas) vállalkozás nevében eljárva külön is megállapodjanak a munkáltatói jogutódlás kérdéséről, illetve annak elkerüléséről és az ehhez szükséges intézkedések megtételéről.

A működtetési jog átruházását követően a korábbi jogosult megteheti, hogy az eladott működtetési joghoz tartozó háziiorvosi körzet melletti körzetben szerez újra praxisjogot, vagy területi ellátási kötelezettség nélkül alapít újra valamilyen formában háziiorvosi szolgálatot. Ez a tevékenysége azonban súlyosan sértheti az új jogosult érdekeit, hiszen nagy valószínűséggel a betegek, szabad orvosválasztási jogukkal élve régi, megszokott háziiorvosukhoz jelentkeznek vissza.

Ennek elkerülése érdekében érdemes beépíteni a szerződésbe egy „*konkurencia záradékot*”, melynek értelmében az eladó kötelezettséget vállal arra, hogy az átruházást követő meghatározott időn belül (1-2 év) az átruházott működtetési jog körzetén belül, vagy azzal határos körzet területén önálló orvosi tevékenység végzésére sem egyéni, sem pedig társas vállalkozást nem alapít, társas vállalkozásnak tulajdonosává és vezet tisztségviselőjévé nem válik. Ez a megoldás ismert Németországban is.

5.3.4. A működtetési jog (praxis) értéke

Korábbiakban már megállapítottuk, hogy a vagyoni értékű jog nem dolog, hanem egy ahhoz igen hasonlós jogintézmény. Ennek ellenére a praxisjog értékének meghatározásánál a dolog értékére vonatkozó irodalmakat és álláspontokat is felhasználtam.

⁴⁸⁴ Mt. 85/A.§

Kolosváry Bálint meghatározása alapján az „érték” a magánjogban azt jelenti, hogy a dolog valamely (legtöbbször gazdasági) cél kielégítésére alkalmas-e vagy nem. Teljesen hasznavehetetlen dolgokon éppen ezért soha nem keletkezik dologi jogviszony, mert semmilyen emberi érdek az ilyen jogviszonyokhoz nem fűződik. A **dolog értéke** tehát a dolognak azt a tulajdonságát jelöli meg, hogy alkalmas-e és ha igen, milyen mértékben valamely *emberi szükséglet kielégítésére*. Az adott dolog pénzben kifejezett értékét **becsárnak** nevezte. Ezen belül is két formát különböztetett meg:

- a) **Rendes (piaci) becsár:** amikor a dolog értékének, használhatóságának pénzbeli meghatározása időre és helyre tekintettel tisztán objektív szempontok alapján történik.
- b) **Rendkívüli becsár:** amikor a dolog értéke olyan különös körülmények figyelembevételével állapítható meg, mely az adott személy (pl. károsult, eladó vagy vevő) tekintetében bír jelentőséggel.⁴⁸⁵

Katona Mór szerint a dolgok hasznavehetősége az alapja a **dolgok értékének** (használati érték). Minél szélesebbkörű a használhatóság, annál alkalmasabb a dolog arra, hogy csereforgalom tárgya legyen (csereérték). A dolog értékét a forgalomban úgy tudjuk meg, ha más dologhoz viszonyítjuk. Ez azonban egy kicsit nehézkessé tenné a javak forgalmát, ezért olyan eszközre volt szükség, mely minden dolog értékviszonyának megállapítására, értékének megmérésére alkalmas legyen. Ez lett a pénz. A **dolog értéke** egyenlő annak pénzben kifejezett árával. Fontos azonban annak vizsgálata is, hogy milyen értéke van az adott dolognak egy meghatározott személy sajátos gazdálkodása és egyéni viszonyai körében?!⁴⁸⁶

Minden annyit ér, amennyit a piac hajlandó érte megfizetni. Ez a kereskedelmi alapigazság éppen úgy érvényes a lakások, gépjárművek, műtárgyak adásvételére, mint a működtetési jog elidegenítésére.⁴⁸⁷

Igen nehéz azonban bármilyen módszer meghatározása, mivel egy alig három éve (2000-ben) induló új jogintézményről van szó. Ez az oka annak is, hogy nagy tapasztalatról még nem lehet beszélni.

Van olyan álláspont is, miszerint a működtetési jog, mint vagyoni értékű jog értékelése technikailag semmilyen problémát nem okozhat, hiszen Magyarországon is ismert a

⁴⁸⁵ KOLOSVÁRY 1942/I. 23-25.o.

⁴⁸⁶ KATONA 17.o.

⁴⁸⁷ Balogh S.- Sztrilich A.: A működtetési jogról jogszerűen. Szerk.: Gyenes M.: Egészségügyi vállalkozások kézikönyve. Verlag Dashöfer Szakkönyvkiadó Kft.&T.Bt. 2001. (BALOGH-SZTRILICH) 6. rész 7.1. fejezet 1.o.

vállalkozások adásvétele.⁴⁸⁸ Egy vállalkozás átruházása azonban egészen más, mint az orvost megillető működtetési jog elidegenítése. A vállalkozás átadása a hozzá tartozó ingóságokkal, ingatlannal alkotja a praxist működtető cég formáját, míg a működtetési jog az, ami kitölti tartalommal. A működtetési jog csak egy adott orvos *személyéhez* köthető jogosultság, ami nélkül a vállalkozás nem más, mint egy bármilyen – ipari vagy kereskedelmi - szolgáltatást nyújtó cég. Így mindenképpen külön kell választani a praxisjog, mint vagyoni értékkel rendelkező jog átruházását a működtető vállalkozás vagyonának, vagy esetleg egyes üzletrészek elidegenítésétől.

A működtetési jog értékének vizsgálatánál különösen nehéz annak a **szellemi, eszmei értéknek („goodwill”)** a meghatározása, melyet az orvos az adott körzetben hosszú évek gyógyító munkája során szerzett meg, alakított ki.

A működtetési jog vagyoni értékének – másrészt - az adott jog *nyereségtermelő-képességén* kell alapulnia. Ennek kimutatását, felértékelését (auditálását) megfelelő szakemberek (könyvvizsgálók, adótanácsadók, ügyvédek, gazdasági szakemberek) segítségével lehet elvégezni, akik szakvéleményükben felelősséggel állapíthatják meg a reális vételárat.

Dr. Sztrilich András megítélése szerint **olyan módszert** kell alkalmaznia az eladónak a vételár meghatározásánál, mellyel az értékelés szempontjait alaposan meg tudja indokolni a vevő felé.⁴⁸⁹ Ilyen lehet az *Országos Egészségbiztosítási Pénztártól* (továbbiakban: OEP) *befolyó bevételek* alapul vételének módszere. Ez a bevétel azért lehet alkalmas a működtetési jog adásvételi értékének meghatározására, mert a finanszírozási szerződés alapján folyamatosan befolyó tételt jelent, és mert összecszerúsége kimutatható, bizonyítható és ellenőrizhető a bankszámlán. A javasolt módszer az eladónak azért jó, mert biztonságos alapot nyújt számára a működtetési jog értékének kialakításához, a vevő részére pedig azért, mert bizonyítékot kap arra, hogy a vételárat mennyi idő alatt tudja a megvásárolt vállalkozásból visszanyerni, azaz a beruházása mennyi idő alatt térül meg. Az igazolt bevételek felett megjelenő és realizálható nem könyvelt bevételek ezt a megtérülési időt lerövidíthetik. Amennyiben a vételár kifizetése bankhitelből történik, akkor az OEP által átutalt havi finanszírozási összeg egy része

⁴⁸⁸ A vállalkozások adásvétele esetén nem a vállalkozás tulajdonában lévő ingatlant és ingóságot darabonként külön-külön, valamint a már említett „goodwill-t” vásárolják meg, hanem egész egyszerűen maga a *vállalkozás, teljes vagyonával*, jogaival és kötelezettségeivel, tartozásaival és nevével együtt lesz az adásvétel tárgya. Ennek gyakorlati és költség-megtakarítási előnyei vannak. BALOGH-SZTRILICH 6. rész 7.1. fejezet 2.o.

⁴⁸⁹ BALOGH-SZTRILICH. 6. rész 7.1. fejezet 3.o.

fordítható a bankhitel visszafizetésére, míg az ezután fennmaradó részből kell működtetni az egészségügyi vállalkozást, illetve biztosítani az orvosnak a saját megélhetését.⁴⁹⁰

A **vételár összegének** megállapításához célszerű a működtetési jog gyakorlásával összefüggő, havonta igazolhatóan megjelenő *bevételek* bizonyos számú *többszörösét alapul* venni. Itt azonban azt kell tisztázni, hogy mit tekintünk igazolható bevételnek, illetve hogy hány havi összegről lehet szó.

1. A korábban kifejtettek értelmében igazolható bevételnek az OEP által havonta átutalt összegek minősülnek. Természetesen nem kizárt egyedi esetben egyéb, praxisjogból eredő másodlagos jövedelem igazolása sem. Ezek azonban csak eseti jellegűek.
2. Az eladási irányárakra egy budapesti iroda tapasztalatai szerint 2001. év első felében a vállalkozó orvosok között az OEP-től befolyó bevételek alapján a következő értékek voltak jellemzők: háziorvos esetén 12-20 havi OEP bevétel, fogorvosi vegyes praxis esetén 15-24 havi OEP bevétel.⁴⁹¹

Megítélésem szerint az OEP finanszírozás teljes havi összege *viszonyítási alap* lehet csupán. Az a kérdés, hogy a tényleges vételár, a havi összeg hányszorosa lesz, hogy a működtetési jog a havi finanszírozási összeg hányszorosát éri, számos egyéb szemponttól és körülménytől függ:

- a fogorvosi praxisok esetén ki kell értékelni a *magánrendelésből* származó forgalomból eredő bevételeket,
- figyelembe kell venni a *hálapénz* és a *pénztárbizonylatokon nem szereplő* és nem igazolható készpénzes bevételek mértékét is.⁴⁹²

További fontos tényezők:

- a rendelő *földrajzi* helyzete, megközelíthetősége, területe,

⁴⁹⁰ Ügyvédi gyakorlatom során előfordult olyan eset, amikor a vevő azért állt el vételi szándékától, mert az adott praxis OEP finanszírozásának havi összege még a bankhitel törlesztő részleteit sem fedezte volna. Olyan orvos számára azonban, aki megfelelő önerővel bírt, komoly értéket és lehetőséget képviselt az adott működtetési jog, mivel igen jó telephelyen lévő belvárosi körzet területi ellátási kötelezettsége tartozott hozzá.

⁴⁹¹ BALOGH-SZTRILICH 6. rész 7.1. fejezet 5.o. Saját ügyvédi praxisomban Borsod-Abaúj-Zemplén Megyében a vételárak ettől igen nagy eltérést mutatnak. Egy-két kivételtől eltekintve a megkötött szerződésekben a működtetési jog vételára az egy évi, azaz 12 havi OEP finanszírozási összegnek felelt meg, vagy még azt sem érte el. Ez is bizonyítja, hogy a rendszeres és igazolható bevétel pusztán alapul szolgálhat a vételár megállapításához, de konkrétan nem határozhatja azt meg.

⁴⁹² Ez az arány ugyanis közvetlenül befolyásolhatná a praxis értékét. Mivel azonban ezek le nem könyvelt adatok, melyek összegszerű kimutatása éppen a bizonylatok hiányában szinte lehetetlen, az értéknövelő hatás sokszor elmarad.

- a betegkör, kártyaszám pontos meghatározása,
- orvosi infrastruktúra (konkurencia),
- nyilvántartási rendszer minősége, és megbízhatósága,
- alkalmazottak átvételével járó várható kiadások,
- a praxis betegek köréhez viszonyított forgalma,
- az a kérdés, hogy fejlődő vagy hanyatló tendenciát mutat a praxis, nő vagy csökken a praxis beteglétszáma,
- a betegek összetétele (fiatalok, idősebbek),
- az önkormányzattal kötött feladat-ellátási szerződés tartalma, mennyire partner az önkormányzat a teherviselésben,
- a betegek és az átadó orvos személyes kapcsolata,
- alanyi jogon szerzett működtetési jogról van-e szó, vagy sem⁴⁹³ stb.

Fontos szempont, hogy amennyiben egyidőben értékesíti az orvos működtetési jogát és a rendelőt, ugyanazok a szempontok ne kerüljenek kétszer is értékelésre a vételár meghatározásánál! A borsod-abaúj-zemplén megyei gyakorlat azonban azt mutatja, hogy igen kevés alapellátásban dolgozó orvos élt a teljes privatizáció lehetőségével, így a működtetési jog átruházása ritkán jár az ingóságok és még ritkábban a rendelő átruházásával.

Többször felmerült a kérdés az elmúlt években, hogy **közalkalmazotti jogviszonyban** dolgozó orvos is rendelkezik-e működtetési joggal, és ha igen van-e ténylegesen ilyen esetben is vagyoni értéke a praxisjognak. A hazai jogi szabályozás egyértelmű abban a kérdésben, hogy az alapellátásban dolgozó – és az előírt feltételeknek megfelelő – orvos függetlenül attól, hogy milyen jogviszonyban látja el a betegeket, megszerzi a működtetési jogot. A közalkalmazotti praxisjog értékesíthetősége és értéke tekintetében azonban eltérőek az álláspontok. A működtetési jog elidegenítésénél az eladó helyet cserél a közalkalmazotti státusba belépővel. Ehhez azonban a munkáltató beleegyezése szükséges, ami legalább olyan nehézséget okozhat, mint az önkormányzati szerződés megkötése. A jogalkotó célja a praxisjog bevezetésével az volt, hogy egy nyugdíjkorhatárba érő és praxisát átruházni kívánó háziorvos akár közalkalmazott, akár vállalkozó, öreg napjaira egyformán teremthesse meg anyagi biztonságát. Ez a cél – egyértelműen látható, hogy - nem valósult és nem is valósítható meg. Ha a praxisjogot, mint vagyoni értékkel rendelkező jogot áruba bocsátjuk, akkor a vevő csak annyit fog és tud fizetni érte, amennyit az neki megér, amekkora befektetés

⁴⁹³ Az Öotv. hatályba lépése napján (2000. február hó 26.) háziorvosi tevékenységet végző orvostól szerzett praxisjog illetékmentességet élvez Itv. 26.§ (12) bekezdés, 17/A.§

méltányolható időn belül megtérül számára. A megtérülés ideje azonban jóval hosszabb egy közalkalmazottként megszerezhető működtetési jog esetén, mint egyéni vagy társas vállalkozási formában. Ennek oka, hogy az Országos Egészségbiztosítási Pénztártól befolyó bevétellel a helyi önkormányzat – mint az alapellátásért felelő szerv – rendelkezik, a praxisjogosult orvos bevétele a közalkalmazottként kapott nettó havi fizetése jelenti. Ez az összeg és a közalkalmazotti jogviszonyból eredő kötelezettségek nem csábítják a működtetési jogot vásárolni szándékozó orvosokat.⁴⁹⁴ Másrészt azonban a közalkalmazotti állás sok orvos szemében komoly egzisztenciális biztonságot jelent a vállalkozói világgal szemben, ezért nekik mindenképpen megéri egy közalkalmazotti jogviszonyban ellátható működtetési jog megvásárlása.

Sokat emelhet egy közalkalmazotti praxis értékén, ha az önkormányzat szándéknyilatkozatával támogatja az alapellátás privatizálását, csak az eladó nem kívánt esetleg élni a lehetőséggel. Vannak azonban olyan kis beteglétszámú önálló körzetek, amit nem érdemes kivinni vállalkozásba, mivel még az egészségügyi vállalkozás működési költségeit sem fedezné, nemhogy az orvos megélhetését. Az ilyen körzetekre vonatkozó működtetési jog gyakorlatilag értéktelen.

A fentiek alapján elmondható, hogy az orvosoknak a legtöbb esetben célszerű kezdeményezni a privatizációt, hiszen a működtetési jog értéke jóval nagyobb vállalkozói forma mellett, mint közalkalmazotti jogviszonyban. Másrészt a praxisjogát eladni szándékozó orvosnak ajánlott a praxis bevételeit pontosan vezetni és igazolható módon lekönyvelni annak érdekében, hogy működtetési joga minél magasabb értéken legyen auditálható.

Összegzésül megállapítható azonban, hogy a működtetési jog értékének meghatározásánál leginkább a Kolosváry Bálint által meghatározott fogalomból kell kiindulni, mely az *emberi szükséglet kielégítésére való alkalmasságot* jelölte meg értékmérőként. Ez a megközelítés azért is igen találó, mert alkalmazkodik a vevőként szóba jöhető alanyi kör igényeihez. Számos példa bizonyítja, hogy igen nagy kártyaszámmal, magas OEP finanszírozással rendelkező praxisokat – földrajzi elhelyezkedésük miatt - érdeklődő hiányában nem tudnak

⁴⁹⁴ Ennek ellenére Budapesten és környékén a közalkalmazottak közötti fogorvosi, illetve gyermek körzetre vonatkozó működtetési jog eladási árai 2001. év első felében 10-20 havi közalkalmazotti illetmény nettó értéke között mozgott. BALOGH-SZTRILICH 6. rész 7.1. fejezet 5.o. Megjegyzem, hogy Borsod-Abaúj-Zemplén megyében ezek az értékek nem jellemzőek.

értékesíteni.⁴⁹⁵ Ezek a praxisok a fenti szempontok alapján több milliós vételárral kerülnek meghirdetésre, de sokszor eredménytelenül. Hiába kapcsolódik adott esetben a praxishoz rendszeres (jelentős) havi jövedelem, felszerelt rendelő, szolgálati lakás, ha például várostól messze fekvő, nehezen megközelíthető, területen fekszik a körzet. Igen kevés orvos igényét elégíti ki egy periférián, nagy földrajzi területen fekvő, több csatolt kis lélekszámú község alkotta háziiorvosi körzet nyújtotta lehetőség. Az elzártság, a gyerekek korlátozott iskoláztatási lehetősége és egyéb igények kielégíthetőségének hiánya devalválják az egyébként magas nyereségtermelő-képességgel rendelkező praxisok értékét. Ez az ellentmondás olyankor vezethet méltánytalansághoz, amikor egy hasonló adottságokkal rendelkező körzetben dolgozó, praxisjoggal rendelkező háziorvos halálát követően az öröklési illetéket a működtetési jog nyereségtermelő képessége alapján kiszámított értéke után állapítja meg az illetékhivatal, figyelmen kívül hagyva esetleg azt a tény, hogy a praxisjog az előírt hat hónapos határidőben mégsem kelt el.

5.3.5. *A praxisjog elidegenítése és a szabad orvosválasztás*

A működtetési jog bevezetésének egyik célja az volt, hogy a beteg egy jobb ellátást szolgáló intézkedési csomag része legyen. A működtetési jog, mint forgalomképes vagyoni értékű jog elidegenítése azonban olyan kérdéseket is felvet, melyek ugyan nem új keletűek, de a praxisjog adásvételek kapcsán minden-napossá váltak. Ilyenek a praxis átadásával a *szabad orvosválasztás* körében vagy az *egészségügyi és a hozzá kapcsolódó személyes adatok védelme* tárgyában felmerülő problémák.

Az egészségügyi törvény 88. § (1) bekezdése kötelező erővel írja elő annak biztosítását, hogy a beteg lakóhelyén, illetve annak közelében, *választása alapján igénybe vehető*, hosszú távú, személyes kapcsolaton alapuló, nemétől, korától és betegsége természetétől független folyamatos egészségügyi ellátásban részesüljön.⁴⁹⁶

Minden személynek joga van háziorvost választani.⁴⁹⁷ A háziiorvosi ellátást a biztosított beteg a külön jogszabály szerint választott háziorvosánál veheti igénybe, illetve amennyiben

⁴⁹⁵ Az Egyesült Államok egészségügyi politikájának és ellátórendszerének is egyik legnagyobb gondja az orvosok vidéki letelepítése és megtartása. A lakosság mintegy 20%-ka vidéki lakos, mellyel szemben áll az alapellátó orvosok mindössze 9%-os aránya. Ref. Rabinowitz, H.K. és mtsai (Jefferson Medical College, Thomas Jefferson University, Philadelphia, Pa., USA): JAMA, 2001. 286, 1041-1048. Orvosi Hetilap 2002. 143. évf., 22. szám 1372.o.

⁴⁹⁶ Eütv. 88.§ (1) bekezdés

⁴⁹⁷ Ezt a jogot a teljesen cselekvőképese személy személyesen, a korlátozottan cselekvőképese, illetve a teljesen cselekvőképtelen személy pedig törvényes képviselője útján gyakorolhatja. Eü.13/A.§ (1)-(2) bekezdések

választott háziorvosát nem tudja felkeresni, a tartózkodási helye szerinti háziorvosi szolgálat orvosához fordulhat.⁴⁹⁸

Az orvosválasztás a választani kívánt háziorvosnál történő jelentkezéssel veszi kezdetét. Amennyiben a háziorvos a jelentkezését elfogadja, az őt választó személyt és annak Társadalombiztosítási Azonosító Jelét (továbbiakban: TAJ szám) nyilvántartásba veszi, igazolást és törzskartont állít ki a számára. Az orvos a jelentkezést el is utasíthatja, de csak különösen indokolt esetben utasítható el annak a személynek a jelentkezése, akinek lakóhelye a háziorvos ellátási területén (körzetében) van.⁴⁹⁹ A háziorvosnak abban az esetben is el kell látnia a területén lakó beteget, ha az más orvost nem választott és ellátatlansága az egészséget károsító vagy gyógyulást lassító állapotromláshoz vezetne. Ugyanez a kötelezettség vonatkozik a háziorvosra minden olyan rendelési időben hozzá forduló személy esetén, akik heveny megbetegedésük vagy krónikus betegségük miatt szorúlnak mielőbbi egészségügyi ellátásra.⁵⁰⁰

Az orvosválasztás tehát egy olyan lehetőség, amely a beteg számára sokkal szélesebb jogosítványt biztosít, mint az orvos számára, hiszen a beteg elvileg bármely területi ellátási kötelezettséggel – vagy anélkül – működő háziorvosi körzet orvosát választhatja, míg a területi ellátási kötelezettséggel működő háziorvosi szolgálat orvosa csak rendkívül indokolt esetben utasíthatja vissza a körzetében lakó személy jelentkezését.⁵⁰¹

Évente egy alkalommal indoklás nélkül, ezen túlmenően indokolt esetben⁵⁰² lehet átjelentkezni másik háziorvoshoz. Lényeges szabály azonban, hogy a jelentkező, illetve átjelentkező személy törzskartonját, annak kivonatát, az **érintett személy beleegyezése nélkül más háziorvosnak átadni nem lehet.**⁵⁰³ Az Eür. rendelet ezen rendelkezése összhangban van a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló 1992. évi LXIII. törvény (a továbbiakban: Avtv.) szabályaival, mely szerint az egészségügyi állapotra vonatkozó személyes adat olyan *különleges adat*, mely csak az érintett írásbeli hozzájárulása

⁴⁹⁸ Ebtv.11.§-ának (2) bekezdése

⁴⁹⁹ Az orvosválasztás elősegítése céljából a települési önkormányzat jegyzője közszemlére teszi az orvosi körzetek területi elhelyezkedését, valamint a körzetek lakosságának orvosi alapellátását végző háziorvosok nevét és képesítési adatait. A háziorvosi körzeteket érintő változásokat – ideértve a háziorvos helyettesítését, illetve a személyében bekövetkezett változásokat – a közszemlére tétel során folyamatosan aktualizálni kell. Eür.13/B. § (1)-(3) bekezdések, 13/D.§ (1) bekezdés

⁵⁰⁰ Hr. 3.§ (3) bekezdés

⁵⁰¹ Balogh S.- Forgács I.: A praxisok működtetésének feltételei. Szerk.: Gyenes M.: Egészségügyi vállalkozások kézikönyve. Verlag Dashöfer Szakkiadó Kft.&T.Bt. 2001. 6. rész 2.7. fejezet (**BALOGH-FORGÁCS**) 2.o.

⁵⁰² Indokolt az átjelentkezés a tartózkodási hely megváltozása esetén, illetve minden olyan esetben, amikor a választott orvos felkeresése akadályba ütközik. Eür.13/C.§

⁵⁰³ Eür. 13/C. § (5) bekezdés 1. mondat

vagy törvény elrendelése esetén kezelhető.⁵⁰⁴ Ennek megfelelően mondja ki az egészségügyi törvény, hogy az egészségügyi ellátásban részt vevő személyek kötelesek az ellátás során tudomásukra jutott egészségügyi és személyes adatokat – mint orvosi titkot - *bizalmasan kezelni*, s az érintett hozzájárulásának hiányában csak akkor kötelesek az ilyen jellegű adatokat mással közölni, ha azt törvény rendeli el, vagy azt mások életének, testi épségének és egészségének védelme teszi szükségessé.⁵⁰⁵ Az egészségügyi és hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény (a továbbiakban: Eüatv.) pedig csak abban az esetben mentesíti az adatkezelőt a titoktartási kötelezettség alól, ha egészségügyi és személyazonosító adatainak továbbítására az érintett, illetve törvényes képviselője *írásban* hozzájárult, valamint az adattovábbítás a törvény előírásai szerint kötelező.⁵⁰⁶ Ez a különleges törvényi védelem indokolt, mert az állampolgároknak jelentős érdekük fűződik ahhoz, hogy egészségi állapotukkal, megbetegedésük körülményeivel, az orvosi beavatkozásokkal kapcsolatos információk ne jussanak illetéktelenek tudomására.

A működtetési jog szempontjából azért kell külön is említeni a kérdést, mert a praxisjog átadása szükségszerűen érinti a beteg és az általa korábban választott háziorvos kapcsolatát. Amennyiben a működtetési jog átruházására valamilyen formában sor kerül, felmerül a kérdés, hogy a **korábbi orvos jogszerűen adja-e át az őt választott személyek** törzskartonját, és **egészségügyi dokumentációját az új praxisjog jogosultjának**, vagy sem. Ez azért is igen kényes probléma, mert a működtetési jog értékét igen jelentősen befolyásolja az adott joghoz szervesen kapcsolódó kártyaszám. Abban az esetben azonban, ha a korábbi háziorvos nem adhatja át szabadon a hozzá tartozó „beteganyagot” a szükséges egészségügyi dokumentációval együtt az új jogosultnak, akkor a működtetési jog ellenértékeként kifizetett összeget meghatározó egyik lényeges tényező még kiindulásként sem mutathat valóságos adatokat. A hatályos jogszabály ebben a kérdésben igen általánosan fogalmaz, amikor kimondja, hogy a működtetési jogot elidegenítő háziorvos, illetve tartósan betöltetlen körzet esetén a helyettesítő gondoskodik a szakmai feladatokról, valamint – az Eüatv.-nek megfelelően - a bejelentkezett betegek dokumentációjának és nyilvántartásának a háziorvosi szolgáltatást nyújtó új háziorvos számára történő átadásáról.⁵⁰⁷

Az érintett személy egészségügyi dokumentációja átadására irányuló **hozzájárulását vélelmezni kell**, ha a választott háziorvos feladatait annak körzetében (rendelőjében)

⁵⁰⁴ Avtv. 2.§

⁵⁰⁵ Eütv. 25.§ (1)-(3) bekezdése

⁵⁰⁶ Eüatv. 7.§ (2) bekezdése

⁵⁰⁷ Vhr. 12.§ (1) bekezdés

időlegesen vagy véglegesen más házi orvos látja el.⁵⁰⁸ Korábban a jogszabály vélelmezte az érintett személy hozzájárulását akkor is, ha a települési önkormányzat a *körzethatárokat módosította* és az adott személy a módosítás következtében új körzet ellátási területéhez tartozott. Ilyenkor az a személy, akinek a hozzájárulását az átalakítással érintett házi orvosi körzet orvosához történő bejelentkezéséhez vélelmezték, és nem kívánt az érintett új házi orvoshoz tartozni, akkor visszajelentkezhetett régi orvosához, vagy más házi orvost választhatott magának.⁵⁰⁹ Ezt a jogszabályi rendelkezést azonban az Alkotmánybíróság alkotmányellenesnek tartotta, ezért 2000. december 19. hatállyal megsemmisítette.⁵¹⁰

- A vélelmezett hozzájárulás első esete az Alkotmánybíróság megítélése szerint nincs ellentétben sem az egészségügyi törvénnyel, sem pedig a hatályos adatvédelmi rendelkezésekkel. E szabály szerint ugyanis más házi orvos csak akkor ismerheti meg az egészségügyi dokumentumokat, ha a választott házi orvos – például keresőképtelensége vagy szabadsága miatt – *időlegesen*, illetve – például halála vagy házi orvosi tevékenységének befejezése – miatt *véglegesen* nem látja el feladatait. Ilyen esetben az állam egészségvédelmi kötelessége alapján biztosítani kell, hogy az érintett állampolgárok nem maradjanak ellátatlanul. Amennyiben a választott házi orvos hosszabb ideig nem tud beteget fogadni vagy kiesése végleges, az állampolgárok szabadon választhatnak másik házi orvost.
- A szabad orvosválasztást követő körzetmódosítással összefüggő vélelmezett hozzájárulásra vonatkozó rendelkezéseket azonban az Alkotmánybíróság ellentétesnek találta az egészségügyi törvény fent idézett 88.§ (1) bekezdésében megfogalmazott követelménnyel. Az Alkotmánybíróság megállapította, hogy a jogalkotó csak akkor hagyhatja figyelmen kívül az állampolgárok döntését a házi orvos megválasztásáról, és csak akkor írhatja elő különleges adataik – előzetes írásbeli hozzájárulásuk nélküli – továbbítását, ha ***azt kényszerítő okok megkövetelik***. Az Alkotmánybíróság szerint önmagában a körzethatárok szükségessé váló módosítása nem teszi indokolttá, hogy azok az állampolgárok, akik már választottak házi orvost, a jogszabály erejénél fogva más házi orvoshoz kerüljenek át. Ilyenkor ugyanis a *választott házi orvos ellátja feladatait*, ezért

⁵⁰⁸ Eür. 13/C. § (5) bekezdés 2. mondat

⁵⁰⁹ Eür. 13/C. § (5) bekezdés 3. és 4. mondat. Ezt a két mondatot a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII.1.) Korm. rendelet 51. § (2) bekezdés b) pontja iktatta be.

⁵¹⁰ 56/2000. (XII.19.) AB határozat Indoklás

az orvos és betege közötti kapcsolattartást semmi sem akadályozza.⁵¹¹ A rendelkezés szerint az érintetteknek vissza kell jelentkezniük választott orvosukhoz, amennyiben nem kívánnak az új körzet orvosához tartozni. Ez azonban az Alkotmánybíróság szerint nem orvosolja az esetlegesen addig bekövetkezett jogsérelmeket. A betegek különleges adatai a körzethatár-módosítás után *azonnal átkerülhetnek a másik orvoshoz, így adataik tudtukon és beleegyezésükön kívül mások számára is hozzáférhetővé válnak.*

Az alkotmánybírósági döntés tükrében elgondolkodtató, hogy a működtetési jog átruházása esetén mikor jár el helyesen és jogszerűen a korábbi praxisjog jogosult háziorvos. Egyrészt érvényesíthetőnek látszik az Eür. azon rendelkezése, miszerint az érintett személy egészségügyi dokumentációja átadására irányuló **hozzájárulását vélelmezni kell**, ha a választott háziorvos feladatait annak körzetében (rendelőjében) időlegesen vagy véglegesen más háziorvos látja el.⁵¹² A praxisjog átruházása esetén az átruházó orvos valamilyen oknál fogva végleg nem kíván már az adott körzetben háziorvosi tevékenységet végezni, így az érintett állampolgároknak lehetőségük sincs továbbra is a korábban választott háziorvosukat megtartani. Másrészt azonban azt is kimondta az alkotmánybírósági döntés, hogy a jogalkotó csak akkor hagyhatja figyelmen kívül az állampolgárok döntését a háziorvos megválasztásáról, és csak akkor írhatja elő különleges adataik – előzetes írásbeli hozzájárulásuk nélküli – továbbítását, ha **azt kényszerítő okok megkövetelik**. A praxisjog átruházása azonban nem minősülhet olyan kényszerítő körülménynek, hogy a jogát átruházni kívánó háziorvos ne lenne köteles a hozzá bejelentkezett személyek egészségügyi adatait továbbra is bizalmasan kezelni, és megtenni minden ésszerű intézkedést annak érdekében, hogy a *praxisjog átadását megelőzően* legyen lehetősége az érintetteknek dönteni más orvos választása tekintetében⁵¹³. A vélelmezett hozzájárulás elfogadása esetén az érintett személyek egészségügyi dokumentációja automatikusan kerülne az új egészségügyi alapellátó

⁵¹¹ Számos esetben az állampolgárok a lakóhelyüktől eltérő ellátásért felelős háziorvost választanak, vagy olyan háziorvoshoz jelentkeznek be, akinek nincs területi ellátási kötelezettsége. 56/2000. (XII.19.) AB határozat Indoklás

⁵¹² Eür. 13/C. § (5) bekezdés 2. mondat

⁵¹³ Meg kell azonban említeni, hogy hazánk számos vidéki településén – a körülmények miatt - nem tud érvényesülni a szabad orvosválasztáshoz való jog. A ritkán lakott területeken egy háziorvoshoz tartozó körzet földrajzi kiterjedése olyan nagy, hogy másik háziorvost választani nincs sok értelme. Másrészt többször előfordult olyan eset, amikor az orvosi kamara etikai bizottsága azért marasztalt el orvost, mert az a saját körzetének székhelyétől 70-80 km-es távolságban lakó betegektől fogadott el bejelentkezést. A betegek annyira elvesztették bizalmukat saját háziorvosukkal szemben, hogy vállaltak volna a hosszú úttal és az új háziorvos elérhetőségével felmerülő költségeket és kellemetlenségeket is. Az etikai bizottság azonban úgy találta, hogy ilyen távolságból lelkiismeretesen nem lehet megfelelő szintű egészségügyi alapellátást nyújtani, másrészt etikátlannak tartotta, hogy a kártyapénzt a nagy távolságra lévő orvos veszi fel, de akut esetben mégis a területi

személyzet kezelésébe, és aki ezzel nem ért egyet, az választhatna magának másik orvost. Meg kell azonban adni a érintett személyeknek azt a lehetőséget, hogy a praxisjog átruházását, illetve birtokbaadását megelőzően tudjanak dönteni és orvost választani.

A praxisátadással felmerülő adatvédelmi szabályok betartása Németországban is folyamatos problémát jelent. Laufs⁵¹⁴ javaslata azonban a magyar jogalkalmazásban is használható szempontokat tartalmaz. A praxisok meghirdetése és átruházása mindig hosszabb folyamatot vesz igénybe, ami alatt több lehetősége is van az átruházni szándékozó orvosnak arra, hogy közvetlenül vagy közvetett módon megszerezze a betegek beleegyező vagy tiltakozó nyilatkozatát törzskartonjuk átadásával kapcsolatosan. Egyrészt az átmeneti idő alatt az orvost felkereső betegek közvetlenül is nyilatkozhatnak a kérdésben, másrészt érdemes ilyenkor a váróteremben a hirdetőtáblán tájékoztatni a betegeket az átruházási szándékról. Ez az eljárás lehetővé tenné a beteg számára, hogy az átruházást megelőzően, szabadon döntsön abban a kérdésben, hogy egy általa ismert másik háziorvost választ magának, vagy marad az adott körzet új orvosánál. Jogszabályban kellene rögzíteni azt a határidőt is, amelyet a praxisjogát átruházó orvosnak mindenképpen biztosítani kell a hozzá bejelentkezett személyek számára a szabad döntésre. A meghatározott határidő elteltével az orvos csak a nála maradt egészségügyi dokumentumokat, „kártyákat” adhatná át az új jogosultnak. Az orvos ezzel tudná igazolni, hogy a jogsértés elkerülése érdekében az általában elvárható gondosságot és körültekintést tanúsította.⁵¹⁵

5.4. A működtetési jog, mint biztosíték

A háziorvos a működtetési joga megvásárlásához hitelintézettől felvett kölcsönhöz meghatározott mértékű állami kamattámogatást vehet igénybe, mely ösztönzi őt arra, hogy a

ellátási kötelezettséggel rendelkező orvosnak kell ellátnia a beteget. Forrás: Magyar Orvosi Kamara Országos Etikai Bizottság E/382/2000. számú határozata

⁵¹⁴ LAUFS, UHLENBUCK 173.o.

⁵¹⁵ Említést érdemel azonban, hogy a korábbi szabályozástól (lásd 15/1972. (VIII.5.) EüM számú rendelet 4.§) eltérően a jelenleg hatályos rendelkezések szerint a háziorvosnak nincs lehetősége – még indokolt esetben sem – kérni az ÁNTSZ-től vagy más hatóságtól az ő ellátásába tartozó állampolgár számára más körzeti orvos kijelölését, ami sokszor igen nehéz helyzetbe hozhatja őt. Előfordult például, hogy az adott háziorvos jogelődjétől „megörökölt” egy területen kívüli – a rendelőtől nagyobb földrajzi távolságban lakó - beteget, aki rendszeresen hívta ki magához, akár rendelési időben is súlyos rosszullétre hivatkozva. A helyszínen derült ki legtöbbször, hogy valójában a beteg csak az esedékes gyógyszereit akarta felírtnia háziorvosával, de nem akart ezért a rendelőbe elmenni. A beteg egyébként teljesen elégedett volt háziorvosával, és nem akart átjelentkezni a lakóhelye szerinti körzet háziorvosához. Ilyen és hasonló helyzetek elkerülése érdekében azonban korlátozni kellene a beteg szabad orvosválasztáshoz fűződő jogát, és lehetővé kellene tenni, hogy indokolt esetben egy adott betegnek más háziorvost is ki lehessen jelölni.

vételárat csak részben rendezze önerőből.⁵¹⁶ A sokszor többmilliós kölcsöntartozás fedezetéül egyes pénzüintézetek (pl. PostaBank és Takarékpénztár Rt.) a törvény szerint vagyoni értékkel rendelkező és átruházható működtetési jogot jelölték meg, melyen jelzálogjogot alapítottak. A praxisjog korábban ismertetett korlátozott forgalomképessége azonban megkérdőjelezi, vagy legalábbis korlátok közé szorítja az elzálogosítást.

5.4.1. A jogon fennálló zálogjog elméleti megközelítése

Már Szladits is ismerte és elfogadta a korlátozott dologi jog céljának és jogi szerkezetének analog átvitelét olyan vagyontárgyakra, amelyek nem dolgok, hanem jogok. Ilyen jogot terhelő jognak nevezte a haszonélvezetet követelésen vagy más jogon, illetve a jogot terhelő zálogjogot. Mivel azonban a jogot terhelő jog tárgya nem dolog, az ilyen jog - véleménye szerint - túllép a dologi jogok keretén. A jogot terhelő jog valójában (a lekötött jog jogosultján felül) csakis azok ellen irányul, akik a jog tárgyát alkotó (lekötött) joggal szemben kötelezettekül jelentkezhetnek (pl.: akik a lekötött jogot kielégítésül kívánják igénybe venni). A jogot terhelő jog - Szladits szerint – nem más, mint a *lekötött jognak vagy e jog gyakorlásának korlátozott (feltételes vagy időleges) átruházása*.⁵¹⁷ A jog elzálogosítása azt jelenti, hogy a jogosult a joggal való rendelkezést kielégítés céljából a nem szerződésszerű teljesítés esetére - a hitelezőre ruházza. Ezért Szladits szerint a jog elzálogosításánál ugyanazon szabályok értelmében kell eljárni, mint az adott jog átruházásánál.⁵¹⁸

Ebből a gondolatmenetből kiindulva kimondható, hogy egy adott **jog csak akkor lehet zálogjog tárgya**, ha átruházható, vagy ha a benne foglalt jogosítvány gyakorlása vagy gyakorlásának átengedése útján pénzzé tehető és ennek folytán a zálogjog céljának megvalósítására alkalmas.⁵¹⁹

Imling Konrád ugyanezt az álláspontot képviselte. Véleménye szerint is a zálogjog „némileg elidegenítés számba megy és annak érvényesítése végeredményben elidegenítésre vezet”. Ennél fogva zálogul *alkalmatlannak tartotta azokat a jogokat*, melyeket, illetve melyek gyakorlását nem lehet átruházni. Így kizárta zálogjog alapítását a telki szolgáltatásokon, melyek az uralkodó telek elválaszthatatlan alkotórészei, egyes személyes szolgáltatásokon pl. használat,

⁵¹⁶ A kamattámogatás mértéke az első évben legalább 60%, a második évben legalább 50%, a harmadik évben legalább 40%, a negyedik évtől legalább 30% a jegybanki alapkamat százalékában, mely legfeljebb 5 millió forint hitel kamatához nyújtható. Vhr. 14.§ (3) bekezdés

⁵¹⁷ SZLADITS 1930. 242.o.

⁵¹⁸ SZLADITS 1930. 287.o.

⁵¹⁹ Szladits Károly. (Szerk.) Magyar Magánjog V. Dologi Jog Grill Károly Könyvkiadó Vállalata Budapest 1942. (SZLADITS 1942.) 826-827.o.

melyek „mint legszemélyesebb jogok sem átruházás által, sem harmadik személy kezében kihasználás által nem értékesíthetők”. Ugyanezen indokkal zárta ki Imling zálogjog alapítását az elővásárlási és a visszavásárlási jogon egyaránt. Elzálogosítható jogként fogalmazta meg azonban a haszonélvezetet (tekintettel arra, hogy gyakorlása ingyenesen vagy visszterhesen másnak átengedhető), a bérletet és haszonbérletet, a bizonyos állandó javadalmazásokat (pl. fizetés, nyugdíj), mindennemű követeléseket (függetlenül attól, hogy azok tárgya készpénz vagy más oly dolog, mely mint ilyen zálogul szolgálhat), az *iparüzleti jogot* és a bányatulajdont.⁵²⁰

Zlinszky Imre az *ingóságokra vonatkozó zálogjog* különös nemeként határozta meg a jogokra vonatkozó zálogjogot, mely véleménye szerint csak annyiban különbözik a kézizálogtól, hogy közvetlenül nem valamely dolognak, hanem jognak átengedése által létesül, és ezen jognak gyakorlása és érvényesítése útján vezet a kielégítéshez.⁵²¹

5.4.2. A működtetési jog megterhelésének lehetősége, a hatályos rendelkezések alkalmazhatósága

A vagyoni értékkel bíró különböző *jogok* és követelések ugyanúgy a jogosult vagyonának részét képezik, mint a tulajdonában álló dolgok, még ha az előbbiek feletti rendelkezési jog gyakorlása a tulajdonjog gyakorlástól eltérő módon, sok tekintetben sajátosan történik is. Ezt felismerve a Ptk. 2000. évi módosítása⁵²² egyértelművé tette, hogy a követelések és jogok feletti zálogjog a zálogjog sajátos, önálló típusa.⁵²³ Ennek megfelelően egyes jogosultságok (pl. szabadalmi jog, védjegyjogosultság stb.) a jogosult más személy irányába fennálló tartozásának fedezetét is képezhetik, amennyiben alkalmasak arra, hogy e harmadik személy a „zálogtárgyból” kielégítést kereshessen. Éppen ezért a Ptk. 252.§ (1) bekezdése – régi magánjogunknak megfelelően - ***csak az átruházható jogok*** esetében engedi meg azok elzálogosítását.

Ennek megfelelően a haszonélvezeti jog, illetve használati jog átruházását a Ptk. kizárja, így ezek forgalomképesség hiányában nem megterhelhető jogok.⁵²⁴ Ugyanez mondható el az elő-,

⁵²⁰ Imling Konrád: A zálogjog. Magyar Magánjog. Szerk.: Fodor Ármin. Dologi jog. Singer és Wolfner Kiadása, Budapest (IMLING) 630-631.o.

⁵²¹ ZLINSZKY IMRE 424.o.

⁵²² A zálogjoggal kapcsolatos törvényi szabályozás módosításáról szóló 2000. évi CXXXVII. törvény

⁵²³ Ennek törvényi megállapítását szorgalmazta Anka Tibor is, mivel a jogokat és követeléseket terhelő zálogjog intézményét nem önálló zálogjogi formaként tekintették a gyakorlatban sokáig, hanem a kézizálog, illetve a jelzálog egy sajátos fajtájaként. Anka Tibor: A jogot és követelést terhelő zálogjogról. Közjegyzők Közlönye. 1997/11. 5-7.o.

⁵²⁴ Ptk. 159.(2) bek., 165.§ (2) bek.

visszavásárlási, valamint vételi jog tekintetében is.⁵²⁵ A tartási és életjáradéki jog személyhez kötöttsége okán, míg a földhasználati jog és a telkei szolgalmi jog arra tekintettel nem átruházható, hogy az előbbi az idegen földön emelt épület, míg utóbbi az uralkodó telek mindenkori tulajdonosát illeti meg, s így csak az épülettel, telekkel együtt forgalomképes.⁵²⁶ Leszkoven László kiegészíti még ezt a követelményt azzal, hogy a az elzálogosítani kívánt jog *szükség esetén végrehajtás alá vonható is legyen*, mert ez biztosítja tisztán a hitelezői érdekeket.⁵²⁷

Zámbó Tamás az **elzálogosítható jog fogalmának** meghatározásánál egyéb szempontokat is vizsgál. Véleménye szerint **jog** alatt olyan, a Ptk. vagy egyéb más jogszabály által megteremtett, mindenkivel szemben *védett státust* kell értenünk, amely általában több egymástól megkülönböztethető jogot foglal egybe.⁵²⁸ A fogalomképző közös elem mindegyikben a jogosultat mindenkivel szemben megillető alanyi jogosultság (abszolút szerkezetű jogviszony). Arra a kérdésre azonban, hogy ezek a jogok **lehetnek-e zálogjog tárgyai**, vagy csak egyes részjogosítványaik, a speciális anyagi jogi rendelkezések adják meg a választ, figyelemmel a bírósági végrehajtásról szóló 1994. évi LIII. törvény (továbbiakban: Vht.) szabályaira is. Így mivel a szerzőt megillető személyiségi jogok nem forgalomképesek, csak a szerzőt megillető vagyoni jogokra vonatkozhat a jog megterhelése. Ezzel szemben a védjegyjogtalomból, vagy használati mintaoltalomból eredő jogok a maguk egészében lehetnek forgalom és megterhelés tárgyai.⁵²⁹

Mindezeket figyelembe véve annak a kérdésnek az eldöntésénél, **hogy a működtetési jog lehet-e zálogjog tárgya** vagy sem, két szempontot kell vizsgálni. Egyrészt azt, hogy átruházható, forgalomképes jogosultságról van-e szó, másrészt pedig azt, hogy a praxisjog esetleges megterhelése esetén mennyiben alkalmazhatók rá a Vht. rendelkezései.

- a) Az átruházhatóság megkövetelése azért szükséges, mert a „zálogtárgyból” való kielégítés a zálogul lekötött jog gyakorlása útján történik, ami azonban lehetetlen lenne olyan jogok esetében, melyek átruházása kizárt.⁵³⁰ Mint láttuk korábban a praxisjog

⁵²⁵ 373.§ (4) bek., 374.§ (5) bek., 377.§ (4) bek.

⁵²⁶ Zámbó Tamás: (Al)jelzálog jogon. Közjegyzők Közlönye. 2000. 9. szám (**ZÁMBÓ 2000.**) 7.o.

⁵²⁷ Leszkoven László: Az aljelzálog. Közjegyzők Közlönye 2000. 9. szám (**LESZKOVEN 2000.**) 9.o.

⁵²⁸ Pl. haszonélvezeti jognál a birtoklás, használat és hasznok szedése, tagsági jognál a vagyoni és tagsági jogok, szerzői és szabadalmi jognál a személyhez fűződő és vagyoni jogok összessége. Zámbó Tamás: A zálogszerződés. KJK-KERSZÖV Jogi és Üzleti Kiadó Kft. Budapest, 2001. (**ZÁMBÓ 2001.**) 29.o.

⁵²⁹ ZÁMBÓ 2001. 30.o.

⁵³⁰ Leszkoven László: A zálogjog új szabályai. Novotni Kiadó Miskolc, 2001. (**LESZKOVEN 2001.**) 90.o.

elidegeníthetőségét törvény⁵³¹ fogalmazza meg, ezért rögtön adott lehetne a működtetési jog forgalomképességének megállapítása is. Az adott jogosítvány alaposabb vizsgálatával azonban olyan körülményeket tártunk fel, melyek egyértelműen **korlátozzák** a működtetési jog forgalomképességét.

- A működtetési jogot – akár ingyenesen, akár visszterhesen – csak olyan személy részére lehet elidegeníteni, aki *nem rendelkezik működtetési joggal*.
- A lehetséges jogszerző csak olyan orvos lehet, aki rendelkezik azt igazoló hatósági bizonyítvánnyal illetve határozattal, hogy megfelel a – személyével szemben - jogszabályban előírt feltételeknek (pl. alkalmasság, meghatározott szakvizsga, kizáró okok hiánya stb.)⁵³²
- Az egészségügyi alapellátás a *helyi önkormányzatok* kötelezően ellátandó feladatai közé tartozik, így a helyi önkormányzatnak *komoly beleszólása* van az új orvos kiválasztásába.

Mivel ezek a körülmények megnehezítik és komoly korlátok közé szorítják a vevő, illetve az új jogosult kiválasztását, a praxisjog megterhelésénél a záloghitelezőnek számolnia kell azzal, hogy a zálogjog érvényesítése során nem alkalmazható minden zálogjogi rendelkezés maradéktalanul. Így például nem érvényesülhet a praxisjog zálogjoggal terhelése esetén az a megállapítás is, miszerint a „zálogjogosult az őt megillető kielégítési jogot a „zálogtárgy” vonatkozásában úgy gyakorolhatja, mintha a fedezetül adott követelésnek vagy *jognak* ő lenne a jogosultja (mintha azt átruházták volna rá): a követelést „behajtja” ill. a **jogosultságot maga gyakorolja** (...).”⁵³³ A záloghitelező, ha csak nem rendelkezik a működtetési jog megszerzéséhez szükséges valamennyi feltétellel és nem bírja az önkormányzattól megkövetelt nyilatkozatot, a praxisjogból eredő jogokat *nem gyakorolhatja*. A zálogjog érvényesítésére egyedüli megoldásként merül fel a „zálogtárgy” értékesítésében történő megállapodás.

- b) A praxisjog **végrehajthatóságát** vizsgálva a záloghitelező kielégítési jogának gyakorlása igen kérdéses. A Vht. egyáltalán nem tartalmaz rendelkezést a vagyoni értékű jogok végrehajtása tekintetében⁵³⁴, így teljes a tanácstalanság a végrehajtók körében, hogy milyen módon lehetne foganatosítani a praxisjog lefoglalását. Zámbó Tamás szerint az elzálogosított forgalomképes jog tekintetében a hitelezők végrehajtás útján történő

⁵³¹ Öotv. 2.§ (3) bekezdés

⁵³² Vhr. 7.§ (3) bekezdése

⁵³³ LESZKOVEN 2001. 95.o.

⁵³⁴ A követelés lefoglalása is az ingóvégrehajtás részeként került szabályozásra. Vht. 110.§

kielégítése a *jog értékesítéséből befolyt vételárból* történhet.⁵³⁵ Ennek megfelelően merül fel – mint „végrehajtási mód” - az *árverési értékesítés*, ez azonban több ponton is akadályba ütközik. Egyrészt azért, mert a végrehajtó még becsléssel sem tudja megállapítani egy adott működtetési jog értékét, s ebben a MOK illetékes megyei szervezete és egyenlőre más szakértő becsüs sem tud segítséget nyújtani számára. Másrészt nagyban befolyásolja az árverés sikerét és jogszerűségét, hogy az árverezők – a praxisjog korlátozott forgalomképessége miatt – csak egy bizonyos személyi körből kerülhetnek ki.⁵³⁶

Szladits szerint abban a kérdésben, hogy *valamely jog elzálogosítható-e*, nem feltétlenül döntő, hogy azt végrehajtás útján le lehet-e foglalni, vagy sem. Az ügyleti elzálogosítást csak az ügyleti átruházásnak, valamint a joggyakorlás átruházásának kizárt volta teszi lehetetlenné.⁵³⁷

Egymagában az a tény, hogy a működtetési jog végrehajthatósága igen vitatható és kérdéses, még nem zárja teljesen a működtetési jog elzálogosításának lehetőségét. Ilyenkor is javasolható olyan megoldásokban gondolkodni, amellyel a zálogtárgyból való kielégítés során a *bíróági végrehajtás elvileg elkerülhető*.

- A törvény⁵³⁸ lehetőséget ad arra, hogy a felek – akár már a kielégítési jog megnyílt előtt - megállapodjanak a zálogtárgy *közös értékesítésében*, ahol a jogalkotó meghatározta az erre irányuló megállapodás minimális tartalmát. A feleknek ennek megfelelően rögzíteniük kell a *legalacsonyabb eladási árat*, amelyen a működtetési jog közös értékesítése egyáltalán még szóba jöhet. Meg kell határozni azt a *határidőt*, amely időn belül (a zálogjogosultat megillető kielégítési jog megnyíltától) az értékesítés megkísérelhető az erre vonatkozó speciális rendelkezések betartásával. A megállapodást írásba kell foglalni akár a zálogszerződésben, akár külön okiratban. Ez a megoldás mindenképpen feltételezi a felek tevőleges és komoly együttműködését.⁵³⁹ Gondot okozhat azonban, ha a megállapított határidőn belül a kikötött limitáron a praxisjogot értékesíteni nem lehet, mert ilyenkor a közös értékesítés tárgyában kötött megállapodás hatályát veszti és a bíróági végrehajtás útján történő kielégítés szabályai lépnek be.

⁵³⁵ ZÁMBÓ 2000. 8.o.

⁵³⁶ Érdemes lenne a Vht.-ban – hasonlóan a szerzői joghoz – mentesíteni vagy kizárni a végrehajtás alól a működtetési jogot is.

⁵³⁷ SZLADITS 1942. 828.o.

⁵³⁸ Ptk. 257.§ (1) bekezdés

⁵³⁹ LESZKOVEN 2001. 103.o.

- A Ptk. fenntartja az **önálló jogosulti értékesítés** lehetőségét is, de csak meghatározott feltételek megléte esetén. Ha a zálogtárgynak *hivatalosan jegyzett piaci ára* van – ami a praxisjognál nincs –, vagy ha a zálogjogosult *záloghitel nyújtásával üzletszerűen* foglalkozik, akkor a felek írásban megállapodhatnak abban, hogy a jogosult a zálogtárgyat a bírósági végrehajtás mellőzésével maga is értékesítse. Mivel a záloghitel nyújtásával üzletszerűen foglalkozó személyekkel azonos megítélés alá esik – de csak a zálogjoggal biztosított követelések tekintetében – minden *hitelintézet*, a működtetési jog megvásárlása miatt eladósodott új háziorvos és a hitelintézet megállapodhatnak a zálogjog érvényesítésének ezen formájában. A zálogjogosult hitelintézet ilyenkor maga értékesítheti a praxisjogot és a befolyt ellenértékből gyakorolhatja kielégítési jogát. Ebben az esetben a felek között kötött megállapodásban eleve benne rejlik az értékesítésre adott megbízás, amit csak megerősít a törvény annak kimondásával, hogy a záloghitelező a zálogtárgy tulajdonosa helyett és annak nevében eljárva – mintegy annak *képviselőjeként* – jogosult a zálogtárgy tulajdonjogát átruházni.⁵⁴⁰ A hitelintézetnek is be kell tartani a praxisjog átruházására valamint az esetleges vevő személyére vonatkozó kógens szabályokat. Itt is igaz azonban, hogy ha a megállapított határidőn belül a kikötött limitáron a praxisjogot értékesíteni nem lehetett, belép a bírósági végrehajtás útján történő kielégítés szabálya, ami a működtetési jog, mint vagyoni értékű jog tekintetében teljesen szabályozatlan is kialakulatlan.
- Szerződő felek abban is megállapodhatnak, hogy a jogosult a zálogtárgy **értékesítésére** záloghitel nyújtásával illetve árverés szervezésével üzletszerűen vagy hivatalból foglalkozó **személynek ad megbízást**. Itt is alkalmazni kell a megállapodással szemben támasztott - korábban ismertetett – követelményeket, és ugyanúgy érvényesül, hogy a praxisjog értékesítésére irányuló megbízás kiadására jogosított személy (a zálogjogosult) a működtetési jog jogosultja helyett és nevében járhat el.⁵⁴¹

Mindhárom esetben azonban az értékesítés során nyert ellenérték a zálogjogosultat illeti meg, aki viszont köteles a kötelezettel elszámolni és a biztosított követelés összegét meghaladó bevételt kiadni.

A működtetési jogon létesített zálogjog további rendelkezéseit megvizsgálva, annak **alanyai** közül **zálogkötelezett** lesz az, aki a zálogjoggal terhelt praxisjog, mint zálogtárgy

⁵⁴⁰ Ptk. 258.§ (1) bekezdés

⁵⁴¹ LESZKOVEN 2001.106.o. Vö. Zámbo Tamás: A zálogjogi szabályok módosulásáról. Ügyvédek Lapja. XL: évf. 2001. 3. szám 29-41.o.

jogosultja,⁵⁴² *zálogjogosult* pedig az, aki a biztosítékul szolgáló jog felett korlátolt dologi jogot szerzett.⁵⁴³

A Ptk. 267.§ értelmében a fedezetül szolgáló vagyoni értékű jog elzálogosítása a felek *szerződésével* jön létre. A Ptk. ide vonatkozó általános szabályai szerint a szerződést *írásba* kell foglalni, ezen túlmenően azonban a törvény alaki követelményeket nem támaszt. Abban az esetben, ha a zálogjog tárgyát képező jog fennállását közhiteles nyilvántartás tanúsítja, és az erről szóló jogszabály elzálogosítását e nyilvántartásba való bejegyzéshez köti, a **zálogjog e nyilvántartásba való bejegyzéssel** jön létre.⁵⁴⁴ Ilyen például a találmányból és a szabadalmi oltalomból eredő jogok, vagy a védjegyhez kapcsolódó és a védjegyoltalomból eredő jogok elzálogosítása.⁵⁴⁵

A működtetési jog fennállását a Magyar Orvosi Kamara megyei szervezeténél működő **közhiteles nyilvántartás** tanúsítja. Az erről szóló jogszabály, vagy az Öotv. azonban említést sem tesz a praxisjog megterhelhetőségéről, de nem is tiltja azt. Ennek megfelelően egyik jogszabály sem rendezi a praxisjog elzálogosításának nyilvántartásba történő bejegyzését. Ha elfogadjuk azt a tételt, miszerint „mindent szabad, amit a jogszabály nem tilt”, a gazdasági élet résztvevőinek biztonsága mindenképpen igényelné a praxisjog elzálogosításának konstitutív hatályú bejegyzését. Ehhez azonban mielőbb módosítani kell a hatályos jogszabályi rendelkezéseket.

A jog elzálogosításának egyik fontos következménye a **jogosult rendelkező jogának korlátozása**.

A Ptk. 267.§ (3) bekezdése kimondja, hogy amennyiben a zálogkötelezett jognyilatkozata folytán megszűnne a zálogjogosult követelésének kielégítési alapja, avagy a jognyilatkozat a követelés kielégítésének alapját hátrányosan változtatná meg, a zálogkötelezett köteles kikérni a **jognyilatkozata megtételéhez a jogosult hozzájárulását**. Ellenkező esetben a zálogkötelezett jognyilatkozata **hatálytalan** a zálogjogosulttal szemben.

⁵⁴² „Ha a zálogtárgy jog vagy követelés, a zálogjogra vonatkozó közös szabályok alkalmazása során a zálogtárgy tulajdonosán a jog vagy követelés jogosultját, a zálogtárgy tulajdonjogán pedig a jogot vagy követelést kell érteni.” Ptk. 268.§ (5) bekezdés

⁵⁴³ LESZKOVEN 2001. 90.o.

⁵⁴⁴ Zámbo Tamás: A zálogjog néhány új szabályáról. Gazdaság és Jog. 2002. 1. szám (**ZÁMBÓ 2002.**) 4.o.

⁵⁴⁵ „A találmányból és a szabadalmi oltalomból eredő jogok – a feltaláló személyéhez fűződő jogai kivételével – átszállnak, átruházhatók és megterhelhetők. Jelzálog alapításához a zálogszerződés írásba foglalása és a jelzálogjognak a *szabadalmi lajstromba való bejegyzése* szükséges.” A találmányok szabadalmi oltalmáról szóló 1995. évi XXXIII. törvény 25.§ (1)-(2) bekezdés

„A védjegyhez kapcsolódó és a védjegyoltalomból eredő jogok átszállhatnak és átruházhatók. A védjegyhez kapcsolódó és a védjegyoltalomból eredő jogok megterhelhetők. Jelzálogjog alapításához a zálogszerződés írásba foglalása és a jelzálogjognak a *védjegy lajstromba való bejegyzése* szükséges.” A védjegyek és földrajzi árujelzők oltalmáról szóló 1997. évi XI. törvény 19.§ (1) bekezdés, 20.§

Ez gyakorlatilag azt jelenti, hogy a praxisjogosult orvos elzálogosított jogáról nem mondhat le, nem ruházhatja át a zálogjogosult hozzájárulása nélkül, illetve nem tehet semmilyen olyan jognyilatkozatot, mely csökkentené, vagy hátrányosan befolyásolná vagyoni joga értékét. Ellenkező esetben az esetleg elidegenített vagy újonnan betöltött működtetési jogon a zálogjog továbbra is fennmarad és a zálogjogosult zálogjogát az új háziorvossal szemben is érvényesítheti. A működtetési jog értékét – ahogyan arról már korábban is beszéltem – igen nagymértékben határozza meg a havi, illetve az éves finanszírozás összege. A finanszírozási összeg azonban arányosan nő az adott orvosnál leadott betegkártyák számával. Felmerülhet így annak a jognyilatkozatnak a zálogjogosulttal szembeni hatálytalansága, mellyel az orvos kártyát utasít el, vagy ad át a szabad orvosválasztás eredményeképpen más orvosnak. Igen nehezen kivitelezhető gyakorlat lenne a kartonmásolatok zálogjogosulttal történő leigazolásának a bevezetése. Pontos értelmezés szerint azonban ez lenne a jogszerű és helyes megoldás.

A követelésen és más jogon alapított zálogjog rendszerint kiterjed a követeléssel, illetve joggal kapcsolatos **mellékszolgáltatásokra**, így különösen minden olyan időszak, vagy egyszeri szolgáltatásra, amely a jog jogosultját az elzálogosított jog alapján illeti.⁵⁴⁶

Megállapítható tehát, hogy a működtetési jog megterhelése, biztosítéku adása gyakorlatilag kizárt olyan esetekben, ahol a zálogtárgyból való kielégítés nem oldható meg a bírósági végrehajtási szabályok mellőzésével. A jó paraméterekkel, nagyobb forgalmi értékkel rendelkező működtetési jogok esetén azonban, ahol nagy biztonsággal lehet sikeres a bírósági végrehajtáson kívüli értékesítés, a praxisjog jó biztosítéket is nyújthat a hitelező számára. Azzal a bizonytalansági tényezővel azonban, ami az értékesítés esetleges sikertelenségéből ered, mindig számolnia kell a záloghitelezőnek.

5.5. A Magyar Orvosi Kamara szerepe

Bármilyen módon szerzett is működtetési jogot a háziorvos, önálló háziorvosi tevékenységet csak **működtetési engedély** vagy **hatósági bizonyítvány** birtokában végezhet, melynek kiadása a *Magyar Orvosi Kamara megyei szervezetének* hatáskörébe tartozik. Az elsőfokú határozat

⁵⁴⁶ Így a szerzői jog zálogjoggal terhelése esetén az elzálogosítás után esedékessé váló szerzői jogdíj, szabadalom elzálogosítása esetében az utóbb járó jogdíjak szintén a zálogjog hatálya alá kerülnek. A működtetési jog esetén ide tartozik a havonta esedékes OEP finanszírozási összeg is.

ellen benyújtott fellebbezést a MOK Országos Érdekképviselési Bizottsága keretében működő Fellebbviteli Fórum bírálja el.⁵⁴⁷

A törvény előkészítése kapcsán készült koncepciókban is felmerült a kérdés, hogy a Magyar Orvosi Kamara rendelkezhet-e hatósági jogokkal a működtetési jog engedélyezése során. Az Öotv. és a végrehajtása tárgyában kiadott 18/2000. (II.25.) Korm. rendelet szerint a Magyar Orvosi Kamara hatósági jogalkalmazás gyakorlására vált jogosulttá az engedélyezési eljárásban, melyre az államigazgatási eljárásról szóló 1957. évi IV. törvény (Áe.) rendelkezéseit kell alkalmazni.⁵⁴⁸ Az államigazgatási eljárásról szóló törvény lehetővé teszi, hogy az államigazgatási szervén kívül államigazgatási ügy intézésére a jogszabály más szervet is feljogosítson⁵⁴⁹, ami jelen esetben a kamarai törvény felhatalmazása alapján a Magyar Orvosi Kamara.

A másik kérdés az volt, hogy a Magyar Orvosi Kamara ilyen hatósági jogkörrel történő felruházása nem sérti-e a helyi önkormányzat hatáskörének elvonását a háziiorvosi tevékenység szervezésében. A többi szakmai kamara vizsgálata során nem lehet semmilyen összefüggést kimutatni abból a szempontból, hogy a kamara – mint köztestület – feladata milyen jellegű tevékenységre vonatkozik, illetve ez hatósági jognak minősíthető-e vagy sem. Bordás Mária szerint az orvosi kamara hatósági jogköre alkotmányossági szempontból nem kifogásolható akkor, ha a háziiorvosi ellátással kapcsolatos jogkörét – a hatályos rendelkezések értelmében - a helyi önkormányzatokkal megosztva gyakorolja.⁵⁵⁰ Miután a helyi önkormányzatokról szóló 1990. évi LXV. törvény 8.§ (1) bekezdése az egészségügyi alapellátást kötelező feladatként határozta meg, a háziiorvosi ellátással kapcsolatos feladatkörök csak úgy ruházhatók át a Magyar Orvosi Kamarára, hogy a helyi önkormányzatok felelőssége is fenntartható legyen. Ezt biztosította a Vht. 3. § (1) bekezdésébe foglalt azon rendelkezés, miszerint „a működtetési jog engedélyezése nem érinti az önkormányzatnak az egészségügyi ellátásról való gondoskodáshoz fűződő jogkörét: az engedély megadása még a működtetési jog elidegenítése vagy folytatása esetén sem hárít az önkormányzatra a működtetési jogot megszerző orvos foglalkoztatására vonatkozó kötelezettséget.”⁵⁵¹ A működtetési jog megszerzése azonban jelenleg is a jogi előfeltétele

⁵⁴⁷ Vhr. 3.§ (2)-(3) bekezdés

⁵⁴⁸ Vhr. 12.§ (2) bekezdés

⁵⁴⁹ Áe. 3.§ (2) bekezdése

⁵⁵⁰ Bordás Mária: Jogi szakértői vélemény a „Háziiorvosi rendszer privatizációjának nagyvonalú koncepciója” című tervezetről. Munkaanyag. Budapest, 1999. augusztus 11. 9-10.o.

⁵⁵¹ Ezt a mondatot a 71/2002. (IV. 12.) számú Korm. rendelet hatályon kívül helyezte, ami azonban nem változtatott annak tartalmi igazságán. Bár a helyi önkormányzat is csak működtetési joggal rendelkező orvost

annak, hogy az adott települési önkormányzat valamely orvost háziorvosként foglalkoztasson.⁵⁵²

Hatósági bizonyítványt a Magyar Orvosi Kamara megyei szervezete alanyi jogon kapott működtetési jogra való jogosultság igazolására állít ki, míg *működtetési engedélyt* működtetési jog engedélyezése tárgyában.

A működtetési jogot a Kamara annak az orvosnak engedélyezi, aki háziorvosi tevékenység végzésére vonatkozó jogszabályok rendelkezései szerint arra jogosult, és megfelel a jogszabályban előírt feltételeknek.⁵⁵³ Attól függően, hogy milyen jogcímen kíván praxisjogot szerezni a kérelmező, különböző dokumentumokkal és igazolásokkal kell mindezeket bizonyítania.

- A *működtetési jog elidegenítése esetén* a működtetési joggal rendelkező háziorvos és a kérelmező által kötött *előszerződés* a működtetési jog átadásáról, valamint az önkormányzat és a kérelmező által kötött előszerződés, vagy az önkormányzat képviselőtestületének nyilatkozata szükséges arról, hogy a működtetési jog megszerzése esetén a kérelmezőt háziorvosként kívánja foglalkoztatni. Ezt a rendelkezést a 18/2000. számú Korm. rendeletet módosító 71/2002. (IV. 12.) számú Korm. rendelet határozta meg, mivel korábban a kormányrendelet elegendőnek tartotta a működtetési engedély kiadásához a működtetési joggal rendelkező háziorvos *teljes bizonyító erejű magánokiratba* foglalt nyilatkozatát arról, hogy működtetési jogát a kérelmezőnek átadj(t)a. Az ilyen nyilatkozatokból azonban nem mindig derült ki egyértelműen, hogy a kérelem benyújtását megelőzően a működtetési jog átruházása valóban megtörtént-e vagy sem.

A jelenleg hatályos rendelkezés értelmében az orvosi kamara praxisjog vásárlás esetén már akkor is kiadhatja a működtetési engedélyt, ha a kérelmező benyújtja a működtetési jog átruházása tárgyában megkötött előszerződést. Ebben az esetben az orvosi kamara annak tudatában ad működtetési engedélyt - az egyébként a jogszabályban előírt feltételeknek mindenben megfelelő - kérelmezőnek, hogy azt ő jogilag még nem szerezte meg. A működtetési jog tényleges átruházása csak az adásvételi, csere vagy ajándékozási szerződésben történhet meg, mely időpontig az orvosi kamara csak ideiglenes működtetési engedélyt kellene kiadjon, mely már feljogosítaná a kérelmezőt az új háziorvosi szolgálat

foglalkoztathat háziorvosként, ez azonban nem jelenti azt, hogy a működtetési joggal rendelkező háziorvossal köteles lenne feladat-ellátási szerződést kötni.

⁵⁵² Vhr. 3.§ (1) bekezdés

⁵⁵³ Vhr. 4.§

működtetéséhez szükséges hatósági (az ÁNTSZ hatáskörébe tartozó működési engedély megszerzése iránti) eljárás megindítására, illetve szerződések (feladat-ellátási vagy átadási, direkt finanszírozási) megkötésére. Az ideiglenes működtetési engedély azonban csak az előszerződésben meghatározott, a végleges szerződés megkötésére megjelölt hatánapig (vagy esetleg azt követő 15 napig) jogosítaná a kérelmezőt kizárólag működtetési jog birtokában végezhető önálló orvosi tevékenység végzésére. A „végleges” működtetési engedély kiadására csak abban az esetben szabadna az orvosi kamarát feljogosítani, ha a kérelmező bemutatja a működtetési jog átruházása tárgyában megkötött megállapodást is.

Az Öotv. hatálybalépését követően a működtetési jog elidegenítése esetén az orvosi kamara a működtetési engedély kiadását nem tette függővé attól, hogy a praxisjoghoz tartozó háziiorvosi körzet szerinti önkormányzat kívánja-e a kérelmezőt háziiorvosként foglalkoztatni vagy sem. Előfordult azonban, hogy a jelentős összegű vételárat fizető kérelmezővel, illetve annak vállalkozásával az önkormányzat *nem kötött szerződést*, és ellátási kötelezettségét hat hónapot meghaladóan helyettesítéssel oldotta meg. Mivel az új praxisjogosult háziiorvos nem tudott személyesen eleget tenni szolgáltatásnyújtási kötelezettségének, a megszerzett működtetési joga *6 hónap elteltével* megszűnt.⁵⁵⁴ Ebben az esetben olyan kár érte őt, melynek megtérítésére irányuló polgári jogi lehetőségek nem voltak egyértelműek. Az ilyen káresemények elkerülése érdekében a 71/2002. számú Korm. rendelet már kötelező erővel írta elő a működtetési jog engedélyezése érdekében az önkormányzat és a kérelmező közötti előszerződés, vagy olyan szándéknyilatkozat bemutatását, melyben az önkormányzat vállalja, hogy a kérelmezőt – a működtetési jog elnyerése esetén – háziiorvosként kívánja foglalkoztatni.

- A ***működtetési jog folytatása*** esetén a kérelmezőnek a folytatásra való jogosultságot igazoló okiratokat (halotti, születési vagy házassági anyakönyvi kivonat) kell benyújtania, ideértve – több folytatásra jogosult személy esetén – a működtetési jog folytatására egyedül jogosult személy kijelöléséről szóló megállapodást is.
- A háziiorvosi tevékenységet ***nem közalkalmazottként*** ellátni kívánó háziiorvos esetén a kérelmezőnek nyilatkoznia kell abban a tekintetben, hogy helyettesítéséről akkor is gondoskodik, ha a háziiorvosi szolgálatot saját tulajdonában álló ingatlanában működtet.
- ***Tartósan betöltetlen*** vagy ***újonnán létesített*** háziiorvosi körzet esetén a kérelmezőnek csatolnia kell az érintett önkormányzat képviselőtestületének határozatát a körzet tartósan

betöltetlen jellegéről, illetve újonnan létesített háziiorvosi körzet esetén az önkormányzat rendeletét az új háziiorvosi körzet kialakításáról.⁵⁵⁵

- A **területi ellátási kötelezettség nélkül** – alanyi jogon - működtetési jogot szerző háziiorvosnak a hatósági bizonyítvány kiadása iránti kérelemhez mellékelnie kellett az Országos Egészségbiztosítási Pénztár igazolását arról, hogy 2000. február hó 26. napján háziiorvosi tevékenységet legalább 200 hozzá bejelentkezett betegre kiterjedően látott el. Területi ellátási kötelezettség nélküli önálló orvosi tevékenységre jogosító működtetési jogot azonban csak alanyi jogon szerezhette az a háziiorvos, aki az Öotv. hatálybalépésétől számított 30 napon belül igazolta az orvosi kamaránál jogosultságát. A jövőre nézve ilyen jellegű praxisjog megszerzésére már nincs lehetőség.

Nem kaphat működtetési jogra vonatkozó **engedélyt** az a kérelmet benyújtó orvos⁵⁵⁶,

- a) aki működtetési joggal már *rendelkezik*,
- b) akitől a működtetési jogot az orvosi tevékenysége gyakorlásával összefüggő jogszabálysértő magatartása miatt *visszavonták*, a visszavonástól számított 5 évig,
- c) akit szándékos bűncselekmény elkövetése miatt jogerősen elítéltek, akit gondatlan bűncselekmény elkövetése miatt jogerősen végrehajtandó szabadságvesztésre ítélték, vagy akit a foglalkozástól eltiltottak, mindaddig, amíg nem mentesül a büntetett előélethez fűződő hátrányok alól.

6. A praxisjog megszűnése

- a) **Lemondással.** A működtetési jog lemondással történő megszüntetéséről sem az Öotv., sem pedig annak végrehajtása tárgyában kiadott kormányrendelet (Vhr.) nem szól. A működtetési jog jogosultja, ha jogát nem tudja vagy nem akarja valamilyen oknál fogva elidegeníteni, nem kötelezhető arra, hogy akarata ellenére akár haláláig háziiorvosként dolgozzon. Ebben az esetben úgy szabadulhat területi ellátási kötelezettséggel végzett háziiorvosi teendői alól, hogy – közalkalmazott orvos esetén – kéri közalkalmazotti jogviszonyának megszüntetését és nyugdíjazását, míg vállalkozó orvos esetében felmondja az önkormányzattal kötött feladat-ellátási vagy átvállalási szerződését. A munkavégzési kötelezettségének megszüntetése után azonban rendelkeznie kell a működtetési jogáról is. Ebben az esetben teheti meg a háziiorvos, hogy praxisjogáról

⁵⁵⁴ Vhr. 2. § (1) bek. b.) pont bb.) alpont

⁵⁵⁵ Vhr. 4.§ (3) bekezdése

⁵⁵⁶ Vhr. 5.§

ellenérték nélkül lemond és azt egyoldalú, címzett nyilatkozatával mind az érintett települési önkormányzat(ok)nak, mind pedig a MOK illetékes megyei szervezetének írásban bejelenti.⁵⁵⁷

2000. december 31. napjáig a törvény csak egyetlen esetben tette lehetővé a működtetési jog elidegenítését: ha a működtetési jog folytatására jogosult nem felelt meg a működtetési jog engedélyezéséhez szükséges feltételeknek, mert ilyenkor a törvény megengedte a hat hónapon belüli átruházást.⁵⁵⁸ Emiatt a korlát miatt 2000-ben nem volt jogi lehetőség arra, hogy egy háziorvos alanyi jogon szerzett működtetési jogát eladja ahhoz, hogy egy másikat vegyen. Miután a jogszabály szerint egy háziorvos csak egy – adott háziorvosi körzetre vonatkozó - működtetési joggal rendelkezhetett már akkor is, a másik – valószínűleg jobb paraméterekkel rendelkező - praxisjogot vásárolni kívánó orvos számára csak a korábbi működtetési jogról történő lemondás jelentett megoldást.

Ugyanez a helyzet állhat elő olyankor is, amikor a háziorvosnak lehetősége adódik egy sajátjánál sokkal értékesebbnek tartott működtetési jog megszerzésére, azonban az idő rövidsége miatt már nem tud a még meglévő a működtetési jogára vevőt keresni.⁵⁵⁹

- b) A jogosult **elhalálozásával**, ha nincs a működtetési jog folytatására törvényben kijelölt személy, vagy az a törvényes határidőn belül a működtetési jogot elidegeníteni nem tudta.
- c) A működtetési joghoz tartozó háziorvosi körzet **tartósan betöltetlenné válásával**. A működtetési jog megszűnésének ez az esetköre csak jogértelmezés alapján állapítható meg. Az önkormányzati törvényben előírt kötelezően ellátandó feladata az önkormányzatoknak az egészségügyi alapellátásról való gondoskodás. Ennek a kötelezettségnek az önkormányzatok különböző jogviszonyok keretében tehetnek eleget. Vagy közvetlenül alkalmaznak – közalkalmazotti jogviszonyban – egy működtetési joggal rendelkező háziorvost, vagy a funkcionális privatizáció szabályainak megfelelően egy polgári jogi szerződésben adják át ezt a feladatot olyan (egyéni vagy társas) vállalkozásnak, mely működtetési joggal rendelkező háziorvossal látja el az alapellátás biztosítását.⁵⁶⁰ Abban az esetben azonban, ha megszűnik az adott háziorvosi körzethez tartozó települési önkormányzat és a háziorvos (vagy annak vállalkozása) között az a

⁵⁵⁷ Az államigazgatási eljárás körébe tartozó, állandó vita tárgyát képező kérdés, hogy ilyen esetben kell-e az orvosi kamarának hatósági határozatot hozni a működtetési jog megszűnése tárgyában, vagy sem.

⁵⁵⁸ Ötv. 3.§ (6) bekezdés

⁵⁵⁹ BALOGH-SZTRILICH 6. rész 7.2.2.5. fejezet 1-3.o.

⁵⁶⁰ Fontos szempont, hogy az önkormányzatok csak működtetési joggal rendelkező orvost foglalkoztathatnak háziorvosként (Vhr. 3.§ (1) bekezdés), és csak olyan háziorvosi szolgáltatást nyújtó szervezettel köthetnek

jogviszony, amely felhatalmazza a háziorvost a kötelező önkormányzati feladatkörbe tartozó egészségügyi alapellátás biztosítására - pl. megszűnik a háziorvos közalkalmazotti jogviszonya, vagy a felek megszüntetik közös megegyezéssel vagy felmondással a feladatátadási vagy ellátási szerződést -, még nem szűnik meg rögtön a érintett háziorvos praxisjoga. Ilyenkor az adott önkormányzat kizárólag helyettesítéssel tudja megoldani az ellátási kötelezettségéből eredő feladatait, mivel az adott háziorvosi körzet - a jogszabályi rendelkezések értelmében⁵⁶¹ – csak *hat hónap elteltével* válhat tartósan betöltetlenné, ami az adott háziorvosi körzetre nézve *új működtetési jog kiadását* teszi lehetővé. Mivel egy háziorvosi körzetre egy működtetési jogot lehet engedélyezni, megállapítható, hogy a korábbi háziorvos adott körzetre vonatkozó praxisjoga a hat hónap elteltével vagy a törvény erejénél fogva (ipso iure), vagy pedig az illetékes kamarai szerv visszavonó határozata alapján megszűnik. Ez alatt a hat hónap alatt azonban még szabadon rendelkezhet működtetési jogával a korábbi háziorvos. Ez az élethelyzet a leggyakrabban akkor fordul elő, amikor egy háziorvos másik körzetben vásárol működtetési jogot. Ilyenkor a korábbi körzete szerint illetékes települési önkormányzattal megszünteti jogviszonyát, hogy az új körzetében elkezdhesse dolgozni. Ezzel egyidőben a háziorvos mindaddig nem tudja megvásárolni a másik működtetési jogot, amíg a korábbi jogát el nem adja, hiszen minden arra jogosult kizárólag egy működtetési joggal rendelkezhet, másrészt az orvosnak gyakran szüksége van az elidegenítésből származó vételárra is az új praxisjog megvásárlásához. Ez a hat hónap azonban korlátot szab arra nézve, hogy két önkormányzatot ne tudjon bizonytalanságban tartani a praxisjogot váltani kívánó háziorvos csak azért, mert nincs vevője a korábbi praxisjogára.

d) **Visszavonással.** A működtetési jogra vonatkozó engedélyt ***vissza kell vonni***, ha⁵⁶²

- a működtetési jog jogosultja a jog elnyerése iránti eljárás során az ügy érdemi elbírálása szempontjából *rosszhiszemű*⁵⁶³ volt,
- a működtetési jog jogosultja a jogszabályban előírt *feltételekkel már nem rendelkezik* pl. egészségügyileg alkalmatlanná válik,

szerződést egészségügyi alapellátás biztosítására, ahol a háziorvosi tevékenységet működtetési joggal rendelkező tag, vagy alkalmazott látja el (Vhr. 11.§ (1) bekezdés).

⁵⁶¹ Vhr. 2.§ (1) bekezdés b) pont

⁵⁶² Vhr. 8.§

⁵⁶³ Rosszhiszeműnek minősül különösen az a személy, aki az eljárás során valamely, az engedély megadása szempontjából fontos tény, adatot, körülményt elhallgat, adatot meghamisít, vagy más módon a hatóságot megtéveszti. Vhr. 8.§ (2) bekezdés

- az ÁNTSZ három éven belül legalább két alkalommal jogszabálysértés miatt hatósági határozattal intézkedett, és a háziorvos a határozatban foglaltaknak nem tett eleget,
- az ÁNTSZ ismételt figyelmeztetése ellenére a háziorvos az ellátást nem, illetve – a helyettesítés kivételével – *nem személyesen* nyújtja.

A **rosszhiszeműséget**, a működtetési engedély visszavonásának egyik okaként megjelölni teljesen értelmetlen. Ha valaki a működtetési engedély megszerzésére irányuló eljárásban rosszhiszemű volt, akkor az engedély megadása szempontjából fontos tény, adat, körülmény elhallgatása, meghamisítása vagy egyéb megtévesztő magatartás tanúsítása mindig valamilyen – engedély megadása szempontjából – lényeges feltétel hiányát kívánja leplezni. Így egy adott háziorvos rosszhiszeműségének felismerésével azonnal kiderül az is, hogy nem rendelkezik a jogszabályban előírt feltételekkel, mely szintén önállóan ad alapot a működtetési engedély visszavonására. Ezt a körülményt már a jogalkotási folyamatban is többször támadta a MOK⁵⁶⁴.

Ha a háziorvos a tevékenység ellátására egészségi ok miatt válik *véglegesen alkalmatlanná*, a külön jogszabály szerinti alkalmassági vizsgálat időpontjától számított hatodik hónap első napján kell a működtetési jogra vonatkozó engedélyét visszavonni.⁵⁶⁵ Ez a jogszabályi rendelkezés igen méltányos, hiszen közel hat hónapot ad az érintett háziorvosnak arra, hogy praxisjogát elidegenítse. Így ha a háziorvos egészségügyi okból kénytelen véglegesen felhagyni az önálló háziorvosi tevékenységgel, akkor egzisztenciálisan hasonló helyzetbe kerül, mint ha saját elhatározásából – esetleges nyugdíjba vonulásával egyidőben – hagyná abba a munkát. Ez alatt az idő alatt a körzetet helyettes háziorvos látja el, akinek biztosításáról az érintett háziorvos vállalkozása, vagy – közalkalmazotti jogviszony esetén - az önkormányzat gondoskodik. Abban az esetben azonban, ha a rendelkezésére álló idő alatt az érintett háziorvos nem tudja praxisjogát elidegeníteni, akkor azt a kamara köteles visszavonni. Az igen méltányolható jogalkotói célt azonban egyes esetekben a működtetési jogot megszerezni kívánó orvos próbálta és próbálja megghiúsítani oly módon, hogy a határidő miatt kényszerhelyzetben lévő háziorvostól a határidő elteltéig nem vásárolja meg a működtetési jogot, hanem megvárja, hogy a praxis tartósan betöltetlenné váljon. Ekkor már anélkül juthat praxisjoghoz az új

⁵⁶⁴ A Magyar Orvosi Kamara szakmai és jogi kifogásai a „Működtetési jog megszerzéséről és visszavonásáról” szóló kormányrendelet-tervezettel kapcsolatban. Munkaanyag. 2000. január

⁵⁶⁵ Vhr. 8.§ (3) bekezdés

orvos, hogy a jogelőd háziiorvosnak egy forintot is fizetnie kellene.⁵⁶⁶ Egy ilyen „ügylet” megvalósításához természetesen szükség van vagy az adott települési önkormányzat támogató közreműködésére is, vagy arra, hogy az adott működtetési jog vonatkozásában ne legyen más érdeklődő. Sajnálatos módon azonban mindkét esetre volt már példa. A praxisjoghoz ily módon jutó háziiorvos magatartása orvosesetika szempontból mindenképpen kifogásolható, azonban a normaalkotási folyamat a Magyar Orvosi Kamarán belül is igen nehézkes, így éveknél kell elteltetni ahhoz, hogy egy ilyen magatartást elítélő etikai norma a MOK Etikai Statútumába bekerüljön.

⁵⁶⁶ Hasonló a helyzet olyankor is, amikor a működtetési jog folytatására jogosult személy számára szab a törvény hat hónapos határidőt a praxisjog elidegenítésére (Öotv. 2.§ (6) bekezdés), vagy amikor a háziiorvos működtetési joga az adott háziiorvosi körzet tartósan betöltetlenné válásával szűnik meg. Ez utóbbi esetben az alatt a hat hónapos határidő alatt, amíg a települési önkormányzat az ellátási kötelezettségnek csak más orvos általi helyettesítéssel tud eleget tenni, az adott háziiorvosi körzetre még működtetési joggal rendelkező háziiorvos elidegenítheti jogát (Vhr. 2.§ (1) bekezdés b) pont).

ÖSSZEGZÉS ÉS JAVASLATOK

A háziiorvosi szolgálat létrehozása valamint a működtetési jog bevezetése az egészségügyi strukturális és gazdasági átalakításának szükségszerű, sikeresen megtett, jó irányú első lépése volt. A reformfolyamatok megindulásával azonban olyan **követelmények** és **célok** váltak felismerhetővé, melyek sürgetik az alapellátás további fejlesztését és formálását.

- a) Az első alapkövetelmény, amit mindig szem előtt kell tartani az egészségügyi alapellátás további fejlesztésére irányuló koncepciók kialakításánál, a mindenki számára – korára, foglalkozására, szociális helyzetére, vallására tekintet nélkül – **elérhető, folyamatos** ellátási igényt kielégítő egészségügyi alapellátás biztosítása.
- b) Másik fontos cél, hogy az alapellátásban dolgozó orvos ne csak a gyógyításban, hanem a megelőző, rehabilitációs és egészségnevelő feladatok ellátásában is érdekelt legyen (**integrált alapellátás**).
- c) További lényeges célkitűzés az alapellátás „**kapuőr**” (gate-keeper) szerepének fokozása, mert az egészségügyi ellátásba fektetett pénz leghamarabb és legnagyobb hatékonysággal az alapellátásban térül meg. Emiatt elsősorban itt lenne érdemes beruházni, és itt lenne érdemes úgy fejleszteni, hogy sokszor ne is kelljen a magasabb szakorvosi szintet olyan mértékben igénybe venni, hogy az ne legyen gazdaságos.
- d) A háziorvost tehát érdekeltté kell tenni abban, hogy ún. **definitív ellátást** biztosítson betegeinek. A duális finanszírozás mellett, anyagi érdekeltség nélkül a háziorvosok nem szívesen vállalnak többletmunkát és ezzel további felelősséget, hiszen ugyanarra a kártyáját leadó betegre az orvos mindig az akkor aktuális *fix* összeget kapja függetlenül attól, hogy igényelt-e egészségügyi ellátást az adott hónapban vagy sem. A „kapuőr” funkció, melynek lényege pont az lenne, hogy csak az kerüljön magasabb szintű ellátás keretei közé, akit az első szinten nem lehet a jelenleg hozzáférhető technikai, szakmai feltételek mellett ellátni, még jelenleg sem mondható realitásnak.

A háziiorvosi privatizáció kérdése túlmutat azon a problémán, hogy vajon a rendelőt működtető háziorvos piaci értéken vagy ingyenesen kapja meg a rendelőt, hanem csak az **amortizáció**, a **területi ellátási felelősség** és a **finanszírozás** kérdésének megoldása után lehet

valóban beszélni a háziorvosi szolgálatok privatizációjáról.⁵⁶⁷ Az egészségügyi vezetés azonban a háziorvosi privatizáció első lépéseként az Öotv.-ben nevesített, és adott háziorvoshoz rendelt egy olyan forgalomképes vagyoni értékű jogot, melynek értékét - többek között - az adott háziorvos jó híre, tudása, tapasztalata, praxisa jelenti, s melyben a jogutódlást az elfogadott törvény elidegenítés vagy folytatás címén biztosítja az arra jogosultak számára. A működtetési jog bevezetése azonban nem helyettesítette a fent nevesített problémák és kérdések megoldását.

Az **amortizációpótlás** és a valós privatizáció előmozdítása érdekében született meg az a kormányrendelet, ami lehetővé tette a háziorvosi szolgáltatók számára, hogy az előírt minimumfeltételek közé tartozó *eszközök* (gép-műszer, berendezés, személyi számítógép stb.) és a háziorvosi tevékenység folytatására szolgáló *ingatlan* után támogatást igényeljen az OEP-től.⁵⁶⁸

2003. február 1. napjától változott a háziorvosi rendszer **finanszírozása** is. A *fix összegű díjak* átlagosan 14,9 %-kal emelkednek, a háziorvosi ellátásra jutó bértámogatás pedig a *teljesítménydíjazás* pénzalapját növeli. A háziorvosi praxisok finanszírozására szolgáló költségvetési keret idei többletéből az egészségbiztosító egymilliárd forintot különítette el abból a célból, hogy ebből a keretből finanszírozza az integrált alapellátás lényegét képező szűrés-gondozási feladatok elvégzéséről készítette jelentéseket, valamint a minőségbiztosítást.⁵⁶⁹

1. A működtetési jog érvényesülése szempontjából lényeges jogszabályok módosítására irányuló de lege ferenda javaslatok

- a) A működtetési jog alanyi jogon történő megszerzésénél merült fel az a máig megoldatlan probléma, hogy a törvény több esetben nem illeszkedik a **fogorvosi** tevékenységet végző egészségügyi vállalkozásokra (egyéni vagy társas) mivel azok egészen más rendszerben működnek, mint a háziorvosok. Ennek egyik oka, hogy a Vhr. a háziorvosi körzetre, illetve a tartósan betöltetlen háziorvosi körzetre vonatkozó rendelkezéseket

⁵⁶⁷ RÉKASSY 133.o.

⁵⁶⁸ Ez a támogatás természetesen csak a területi ellátási kötelezettséggel működő háziorvosi szolgálatoknak jár abban az esetben, ha a szolgáltató a tevékenység végzéséhez szükséges eszközök biztosítását átvállalta, illetve a háziorvosi tevékenység végzéséhez szükséges ingatlan vagy ingatlanrész legalább ½ részben a praxist ellátó háziorvosi szolgáltató vagy az ellátást nyújtó működtetési joggal rendelkező háziorvos tulajdona. A 72/2002. (IV.12.) Korm. rendelettel módosított 229/2001. (XII.5.) Korm. rendelet

⁵⁶⁹ Horváth Judit: Változik a háziorvosi rendszer finanszírozása. Egemilliárd forint a praxisoknak. Aktuális. 2003. január 30.

„értelmszerűen” rendeli alkalmazni a „**fogorvosi körzet**”-re is,⁵⁷⁰ a fogorvosi körzet fogalmával azonban a adós marad. Számos területi ellátási kötelezettséggel működő fogorvos földrajzilag egymással nem határos, akár több háziiorvosi körzet részét képező településen vállalhat lakosságszámtól függő heti rendelési időre munkát. Ezekben az esetekben a háziiorvosi és a fogorvosi körzet nem azonos, azonban *teljes a bizonytalanság* abban a kérdésben, hogy mi minősül ilyenkor fogorvosi körzetnek. Ennek megfelelően a Vhr. 2.§ (1) bekezdésében szereplő fogalmi meghatározások között kellene pontosan értelmezni a fogorvosi körzet esetleges eltérő sajátosságait, és az ilyenkor irányadó szabályokat.

- b) A jogszabály következetes betartása mellett a lemondással érintett működtetési joghoz tartozó háziiorvosi körzet csak hat hónap elteltével lenne *tartósan betöltetlen* és így alkalmas új működtetési jog kiadására. Ez azonban arra kényszerítené az önkormányzatokat, hogy a hat hónap elteltéig csak helyettesítő háziorvosként alkalmazzák azt az orvost, aki egyébként minden szempontból megfelelne az adott önkormányzat számára, és egyben rendelkezne a működtetési jog megszerzéséhez szükséges feltételekkel is. Ennek megfelelően a Vhr. megfelelő módosításával lehetővé kellene tenni a működtetési jog **betöltés jogcímen** történő megszerzését is olyan esetben, amikor a jogelőd háziorvos önként mondott le működtetési jogáról.
- c) A működtetési jog **lemondással** történő megszüntetéséről azonban sem az Öotv., sem pedig a Vhr. nem szól. A működtetési jog jogosultja, ha jogát nem tudja vagy nem akarja valamilyen oknál fogva elidegeníteni, nem kötelezhető arra, hogy akarata ellenére akár haláláig háziorvosként dolgozzon. Ugyanez a helyzet állhat elő olyankor is, amikor a háziorvosnak lehetősége adódik egy sajátjánál sokkal értékesebbnek tartott működtetési jog megszerzésére, azonban az idő rövidsége miatt már nem tud a még meglévő a működtetési jogára vevőt keresni. Mindezen problémák megoldása érdekében rendelkezni kellene a kormányrendeletben a működtetési jog megszüntetésének egyébként is élő esetéről a **lemondásról**, és - a folyamatos betegellátást biztosítása érdekében - annak hatályosulására irányadó szabályokról.
- d) A körzetalakítás szabadsága miatt többször előfordul, hogy egy települési önkormányzat – ha annak feltételei fennállnak – akár más körzetek rovására rendeletével önálló háziiorvosi körzetet alakít, melynek betöltésére esetleg pályázatot ír ki (pl. a vegyes körzetből önálló gyerek körzetet kíván kialakítani). Nem lehet vitás, hogy egy ilyen **körzetmódosítás**

⁵⁷⁰ Vhr. 2.§ (4) bekezdés

csökkenti annak a működtetési jognak az értékét, amelyhez tartozó földrajzi terület, illetve kártyaszám is csökken az önkormányzati döntés során. A Bordás - Fodor féle törvénytervezetben is javasolt módon az Öotv.-ben kellene kimondani és a Vhr.-ben részletezni az adott önkormányzat **kártalanítási kötelezettségét** a rendeltetésszerű joggyakorlás keretében végrehajtott körzetmódosítással (új körzet létrehozásával) az érintett háziorvos(ok)nak okozott kár pótlása érdekében.

- e) A működtetési jog elidegenítése esetén a működtetési engedély kiadása iránti kérelemhez csatolni kell a praxisjoggal rendelkező háziorvos és a kérelmező által kötött **előszerződést**, illetve végleges szerződést a működtetési jog átadásáról, valamint az önkormányzat és a kérelmező által kötött előszerződést, vagy az önkormányzat képviselőtestületének nyilatkozatát arról, hogy a működtetési jog megszerzése esetén a kérelmezőt háziorvosként kívánja foglalkoztatni.⁵⁷¹ Ilyenkor az orvosi kamara annak tudatában ad működtetési engedélyt - az egyébként a jogszabályban előírt feltételeknek mindenben megfelelő - kérelmezőnek, hogy azt ő jogilag még nem szerezte meg. A működtetési jog tényleges átruházásának időpontjáig az orvosi kamara csak **ideiglenes működtetési engedélyt** kellene kiadjon, mely már feljogosítaná a kérelmezőt az új háziorvosi szolgálat működtetéséhez szükséges hatósági (az ÁNTSZ hatáskörébe tartozó működési engedély megszerzése iránti) eljárás megindítására, illetve szerződések (feladat-ellátási vagy átadási, direkt finanszírozási) megkötésére. Az ideiglenes működtetési engedély azonban csak az előszerződésben meghatározott, a végleges szerződés megkötésére megjelölt határnapiig (vagy esetleg azt követő 15 napig) jogosítaná a kérelmezőt kizárólag működtetési jog birtokában végezhető önálló orvosi tevékenység végzésére. A „végleges” működtetési engedély kiadására csak abban az esetben szabadna az orvosi kamarát feljogosítani, ha a kérelmező bemutatja a működtetési jog átruházása tárgyában megkötött megállapodást is. Mindezek értelmében a Vhr.-ben kellene kidolgozni az **ideiglenes működtetési engedély** kiadásának eljárási feltételeit és rendjét azokra esetekre, amikor a praxisjog átruházása tárgyában a felek valamilyen – konkrétan is nevesített - formában már elkötelezték magukat, de a tényleges átruházás, illetve a működtetési jog tényleges megszerzése – valamilyen oknál fogva (pl. a vételár teljes kifizetésének hiánya) - még nem történt meg.
- f) A működtetési jog és a hozzá tartozó praxis átadásával a **szabad orvosválasztás** körében vagy az **egészségügyi és a hozzá kapcsolódó személyes adatok védelme** tárgyában

felmerülő jogsértések elkerülése érdekében jogszabály-módosítás szükséges. A Vhr. 12.§ (1) bekezdése értelmében a praxisjogát elidegenítő házi orvos, illetve tartósan betöltetlen körzet esetén a helyettesítő orvos feladata a bejelentkezett betegek dokumentációjának és nyilvántartásának átadása a házi orvosi szolgáltatást nyújtó új házi orvos számára. A Vhr. azonban ennek módjára nézve semmilyen rendelkezést nem tartalmaz, csak arra utal, hogy az átadásnál figyelemmel kell lenni az Eüatv.-ben foglalt rendelkezésekre. Az Eüatv. azonban konkrétan nem ad engedélyt arra, hogy a házi orvosi tevékenységet ellátó személy személyében bekövetkező változások esetén a korábbi házi orvoshoz bejelentkezett betegek egészségügyi dokumentációja beleegyezésük nélkül szabadon átkerülhessen az új házi orvoshoz.

Kizárólag az Eür. tartalmaz rendelkezést arra nézve, hogy az érintett személy egészségügyi dokumentációja átadására irányuló **hozzájárulását vélelmezni kell**, ha a választott házi orvos feladatait annak körzetében (rendelőjében) időlegesen vagy véglegesen más házi orvos látja el.⁵⁷² Másrészt azonban azt is kimondta az alkotmánybírósági döntés, hogy a jogalkotó csak akkor hagyhatja figyelmen kívül az állampolgárok döntését a házi orvos megválasztásáról, és csak akkor írhatja elő különleges adataik – előzetes írásbeli hozzájárulásuk nélküli – továbbítását, ha **azt kényszerítő okok megkövetelik**. A praxisjog átruházása azonban nem minősülhet olyan kényszerítő körülménynek, hogy a jogát átruházni kívánó házi orvos ne lenne köteles a hozzá bejelentkezett személyek egészségügyi adatait továbbra is bizalmasan kezelni, és megtenni minden ésszerű intézkedést annak érdekében, hogy a *praxisjog átadását megelőzően* legyen lehetősége az érintetteknek dönteni más orvos választása tekintetében. Mivel a Vhr. az adatvédelmi szabályok betartatása céljából az Eüatv.-re utal, ennek a **törvénynek kellene** konkrét rendelkezéseket tartalmaznia a praxisátadást megelőzően és azt követően követendő eljárási szabályokról és szempontokról, melyek betartása esetén nemcsak a betegek érezhetik „személyiségi jogaikat” biztonságban, hanem az orvosok is. Másrészt azonban – mivel a betegek is visszaélhetnek szabad orvos választási jogukkal - a korábbi szabályozásnak megfelelően az Eüatv.-ben azt is lehetővé kellene tenni, hogy indokolt esetben egy adott betegnek az ÁNTSZ **jelölhessen ki másik házi orvost**.

- g) A működtetési jog megterhelése körében végzett kutatás során megállapítást nyert, hogy a praxisjog biztosítékul adása gyakorlatilag kizárt olyan esetekben, ahol a zálogtárgyból

⁵⁷¹ Vhr. 4.§ (2) bekezdés a) pont

⁵⁷² Eür. 13/C. § (5) bekezdés 2. mondat

való kielégítés nem oldható meg a bírósági végrehajtási szabályok mellőzésével. Bár a jó paraméterekkel, nagyobb forgalmi értékkel rendelkező működtetési jogok esetén a praxisjog jó biztosítékot is nyújthat a hitelező számára, azzal a bizonytalansági tényezővel, ami az értékesítés esetleges sikertelenségéből ered, mindig számolnia kell a záloghitelezőnek. Az Öotv. módosítására mindenképpen szükség van. A működtetési jog végrehajthatatlanságából eredő esetleges jogviták elkerülése érdekében megfontolandó lenne annak kimondása, hogy a működtetési jog nemcsak bérbe és haszonbérbe nem adható, de **meg sem terhelhető és biztosítékul sem adható**. Abban az esetben azonban, ha a jogalkotó – ha szűk körben is – de meg kívánja tartani a működtetési jog biztosíték jellegét, akkor a törvénynek rendelkeznie kellene a Ptk. rendelkezésével összhangban a zálogjognak a működtetési jog tárgyában vezetett **közhiteles nyilvántartásba történő bejegyzéséről**, annak konstitutív jellegéről.

- h) Mindenképpen törekedni kell a **praxis értékét** befolyásoló tényezők, és azok jelentőségének meghatározására és egységesítésére. Ebben a feladatban – a már bevált németországi mintát alapul véve – komoly szerepet kellene osztani a *Magyar Orvosi Kamarára*, mely szerv megfelelő szakemberek bevonásával – az elmúlt évek tapasztalatainak felhasználásával – egységes értékelési szempontokat tartalmazó *irányelveket* határozná meg. Ezeket az irányelveket vehetné figyelembe az illetékhivatal is támpontként az illetékkiszabásnál.
- i) Az Itv. módosítása is elkerülhetetlen. **Öröklési illeték alóli mentességet** kellene biztosítani a működtetési jog folytatására jogosult számára abban az esetben is, ha az elidegenítésre törvényben megjelölt hat hónapos határidő alatt a praxisjogot elidegeníteni nem tudta. Ellenkező esetben olyan „vagyontárgy” után kellene illetéket fizetnie, ami az előtt szűnik meg létezni számára, mielőtt azt értékke tudta volna tenni. Elfogadható a háziorvosok arra irányuló igénye is, hogy csak az eladott és a vásárolt működtetési jog – terhekkal nem csökkentett – *forgalmi értékének a különbözete* után kelljen **visszterhes vagyonátruházási illetéket** fizetnie annak a háziorvosnak, aki a praxisjog vásárlást megelőző egy éven belül adta el korábbi működtetési jogát.
- j) A **rosszhiszeműséget**, a működtetési engedély visszavonásának egyik okaként megjelölni teljesen értelmetlen.⁵⁷³ Ha valaki a működtetési engedély megszerzésére irányuló eljárásban rosszhiszemű volt, akkor az engedély megadása szempontjából fontos tény, adat, körülmény elhallgatása, meghamisítása vagy egyéb megtévesztő magatartás

tanúsítása mindig valamilyen – engedély megadása szempontjából – lényeges feltétel hiányát kívánja leplezni. Így egy adott háziorvos rosszhiszeműségének felismerésével azonnal kiderül az is, hogy nem rendelkezik a jogszabályban előírt feltételekkel, mely szintén önállóan ad alapot a működtetési engedély visszavonására. Ezt a körülményt már a jogalkotási folyamatban is többször támadta a MOK.

k) A működtetési jog mind jogi, mind pedig gyakorlati szempontból elválaszthatatlan a *praxistól*. Az egészségügyi alapellátás és a praxisjog témakörében született szakirodalmak - ha különböző tartalommal és értelmezéssel -, de mindegyike használja a praxis fogalmát. Ugyanígy általános az is, hogy hatályos jogszabályok⁵⁷⁴ tartalmazznak rendelkezéseket a praxisokra anélkül, hogy bármelyik pontosan megjelölné vagy definiálná a praxis jogi fogalmát. Elkerülhetetlen tehát, hogy az *Öotv.* – a jogalkotási folyamatban született különböző koncepciókban folyamatosan javasolt módon -, a működtetési jog mellett pontos definíciót tartalmazzon a praxis vonatkozásában is, meghatározva annak paramétereit és legfontosabb jellemzőit, összefüggéseit a működtetési joggal. A *praxis*hoz tartozik:⁵⁷⁵

- egyrészt az a *betegkör*, akiket a háziorvos területi ellátási kötelezettségénél fogva köteles, és akit a szabad orvosválasztás alapján jogosult ellátni,
- másrészt azoknak az *egészségügyi adatoknak* az összessége, amit az orvos a praxis működtetése és több éves orvosi tevékenysége alatt szerzett meg,
- továbbá azoknak a *tárgyi eszközöknek* az összessége, amivel a háziorvosi szolgálat működtetője a minél magasabb színvonalú egészségügyi szolgáltatás nyújtása érdekében rendelkezik,
- végül a direkt *finanszírozásra* való jogosultság, ami a működtetés ellenértéke, a praxis bevétele szempontjából bír jelentőséggel.

A praxisban önálló orvosi tevékenységet csak működtetési joggal (praxisjoggal) rendelkező orvos végezhet, a praxis működtetője azonban vagy az adott körzet szerint illetékes települési önkormányzat vagy az egészségügyi alapellátásból eredő feladatokat átvállaló egyéni vagy társas vállalkozás lehet.

⁵⁷³ Vhr. 8.§ (2) bekezdés

⁵⁷⁴ A háziorvosok, házi gyermekorvosok és fogorvosi alapellátási vállalkozások támogatásáról szóló 229/2001. (XII.5.) Korm. rendelet 3-4.§§, Hr. 2. sz. Melléklet, Az egészségügyi szolgáltatók és működési engedélyük nyilvántartásáról szóló 32/1997. (X.28.) Nm rendelet 1. sz. Melléklet, Eüszfr. 12.§ (3) bekezdés stb.

⁵⁷⁵ Béki Gabriella parlamenti felszólalása. Országgyűlési jegyzőkönyv. 2000. 113. és 114. ülésnap. www.mkogy.hu/naplo98/113, www.mkogy.hz/naplo98/114

- l) A működtetési jogok egyre gyakoribbá váló átruházása tovább sürgeti annak a kérdésnek a megoldását, s az ehhez szükséges **Ptk. módosítást**, hogy lehet-e a tulajdonjog tárgya vagyoni értékű jog. A korábban részletesen kifejtésre kerülő szempontok alapján a jogalkotónak vagy el kellene ismernie, hogy a tulajdonjog tárgya lehet vagyoni értékű jog is, és ki kellene dolgoznia az erre vonatkozó sajátos rendelkezéseket, vagy a vagyoni értékű jogok átruházására – az engedményezés szabályaihoz hasonlóan – önálló normaanyagot kellene alkotnia, melyben összefoglalná a jogok átruházása során alkalmazandó sajátos szempontokat és előírásokat. Az új Ptk. koncepció is javasolja, hogy a „jog-átruházás” számba vehető sajátosságait törvénybe kell iktatni. Ezt azonban nem az adásvételi szerződésnél, hanem a vagyoni értékű, forgalomképeséssel rendelkező jogok átruházására vonatkozó közös szabályoknál kellene megtennie.
- A praxisjog jogosultjának halála esetén az Öotv. lehetővé teszi a személyében alkalmatlan, de folytatásra kijelölt hozzátartozó (özvegy, gyermek) számára a működtetési jog elidegenítését. Igen méltányos az a jogalkotói cél, hogy olyan személy rendelkezzen egy adott vagyoni értékű jog felett, aki azt a fennálló kizáró okok miatt meg sem szerezte, illetve szerezhette volna. Ebben az esetben azonban a törvénynek pontosan rendeznie kellene az ilyen személy **jogi helyzetét, a „nem praxisjogosulttól” való működtetési jog megszerzésének** pontos feltételeit, határait, és a jogutódlással esetlegesen felmerülő tisztázatlan jogi helyzeteket. Másrészt azonban az is megfontolandó, hogy a működtetési jog az adott háziorvos *személyéhez* kötődő jogosultság, így folytatására is csak olyan orvos végzettségű hozzátartozó esetében lenne indokolt módot adni, aki maga is rendelkezik az előírt feltételekkel. A német szabályozás – egyes tartományok kivételével, ahol a folytatásra jogosultság csak egy „méltányossági negyedévre” szól – még ezt sem teszi lehetővé.
 - A háziorvos halálát követően nincs egységes szabályok szerint rendezve az adott **háziiorvosi szolgálat folyamatos működtetése** sem. Az OEP a működtetési joggal rendelkező háziorvos halálával – függetlenül attól, hogy van-e a működtetési jog tényleges folytatására személyében is alkalmas hozzátartozó vagy sem - azonnal megszűntnek tekinti (társas vállalkozás esetén is) a működtetővel kötött finanszírozási szerződést, lehetetlenné téve az adott háziiorvosi szolgálat további fenntartását (alkalmazottak fizetése, működési költségek stb.), s egyben az elhunyt családjának is a megélhetését. A háziorvos halála esetén *tűrelmi időt és lehetőséget* kellene hagyni a szolgálatot működtető vállalkozás számára is arra, hogy megfelelő helyettes

alkalmazásával mindaddig tovább biztosítsa az alapellátást az adott háziiorvosi körzetben, míg a működtetési jogot az arra jogosult hozzátartozó el nem idegenítette, vagy az arra előírt törvényes határidő (hat hónap) el nem telt. Ennek megfelelően értelemszerűen módosításra szorul nemcsak az Eüszfr., hanem a Vhr. is.

- Az egészségügyi alapellátásból eredő feladatok közvetett módon történő ellátása esetén az érintett települési önkormányzat az ellátás megfelelő színvonalú teljesítése, illetve az ellátás biztonsága érdekében az adott egészségügyi szolgáltatóval feladatellátási szerződést vagy feladatátvállalási szerződést (*önkormányzati szerződést*) kell, hogy kössön. A már korábban részletezett jogbizonytalanságot okozó helyzet elkerülése érdekében mindenképpen indokolt lenne az *önkormányzati szerződésekre vonatkozó egységes szabályozás megalkotása*, vagy az Eksztv. törvény feladatellátási és feladatátvállalási szerződésekre vonatkozó egyedi és közös szabályainak hatályban tartása.

Az egészségügyi intézményrendszer modernizációjának további fontos része az *alapellátás fejlesztése*. Ez nemcsak a praxisok számának növelését, az ellátandó lakosság szám praxisonként történő optimalizálását jelenti, hanem alapvető szerkezeti változtatásokat is. Lényeges azonban, hogy ezekkel a változtatásokkal ne csökkenjen a praxisok bevétele, hiszen ezeket az önkormányzatok többségében azért adták könnyű szívvel a privatizációt vállaló házi orvosok kezelésébe, mert az inflációval lépést tartó finanszírozást az egészségbiztosító eddig soha nem tudta vállalni.⁵⁷⁶

Úgy tűnik azonban, hogy a hazai egészségügyi ellátás rendszerváltozás utáni, valóban új stratégiája még mindig nem alakult ki. Ennek hiányában érvényes a bölcs *Seneca* mondása: „Ha nem tudod, melyik kikötőben akarsz kikötni, akkor nincs az a szél, amely segítene téged.”

„A megfelelően kontrollált privatizáció, a piaci elemek erősítése bizonyos fékező elemek beépítésével növelheti az ellátás színvonalát, jobb, tisztességesebb versenyt biztosít, és tisztább, átláthatóbb érdekeltségi rendszert is teremthet. De soha sem szabad szem elől tévesztenünk hogy az egészségügyi ellátórendszer elsődleges célja a lakosság jobb ellátása, az egészségi állapot javítása és nem egyes érdekcsoportok helyzetének javítása.”⁵⁷⁷

⁵⁷⁶ HIDAS 108.o.

⁵⁷⁷ RÉKASSY 127.o.

FELHASZNÁLT IRODALOM

1. A családjogi törvény magyarázata. Kommentár. Csúri Éva Katalin: A házastársak jogai és kötelességei. KJK-Kerszöv Jogi és Üzleti Kiadó Kft. Budapest, 2002.
2. Almási Antal: A dologi jog kézikönyve, I-II. Budapest 1928. I. kötet **(ALMÁSI)**
3. Anka Tibor: A jogot és követelést terhelő zálogjogról. Közjegyzők Közlönye. 1997/11. 5-7.o.
4. Antalffy Mihály: Vétel, csere. In: Szladits Károly (szerk.): Magyar Magánjog, Kötelmi jog, Különös rész, második füzet, Budapest Grill Károly Könyvkiadó Vállalat 1940. **(SZLADITS 1940.)**
5. Az új Polgári Törvénykönyv Konceptiója. Magyar Közlöny 2002/15/II..
6. B.Bedei, H.Kamps: Der Arzt in der vertragsärztlichen Versorgung. Deutscher Ärzte-Verlag Köln 1998. **(BEDEI, KAMPS)**
7. Balogh S. - Bodó L.: A háziiorvosi tevékenység finanszírozása. Egészségügyi vállalkozások kézikönyve. Szerk.: Gyenes Mónika. Budapest, Verlag Dashöfer Szakkiadó Kft. & T.Bt. 2001. 8. rész 2.1. fejezet **(BALOGH-BODÓ)**
8. Balogh S.- Forgács I.: A praxisok működtetésének feltételei. Szerk.: Gyenes M.: Egészségügyi vállalkozások kézikönyve. Verlag Dashöfer Szakkiadó Kft.&T.Bt. 2001. 6. rész 2.7. fejezet **(BALOGH-FORGÁCS)**
9. Balogh S.- Sztrilich A.: A működtetési jogról jogszerűen. Szerk.:Gyenes M.: Egészségügyi vállalkozások kézikönyve. Verlag Dashöfer Szakkiadó Kft.&T.Bt. 2001. **(BALOGH-SZTRILICH)**
10. Balogh S.: A praxisok adásvétele, öröklése. Szerk.: Gyenes M.: Egészségügyi vállalkozások kézikönyve. Verlag Dashöfer Szakkiadó Kft.&T.Bt. 2001. **(BALOGH 2001/II.)**
11. Balogh S.: Az orvosi, fogorvosi rendelő értékesítése. Szerk.: Gyenes M.: Egészségügyi vállalkozások kézikönyve. Verlag Dashöfer Szakkiadó Kft.&T.Bt. 2001. **(BALOGH 2001/I.)**
12. Bende-Szabó Gábor: Közigazgatási Szakvizsga. Egészségügyi Igazgatás. Magyar Közigazgatási Intézet Budapest 2002. **(BENDE-SZABÓ 2002/I.)**

13. Bende-Szabó Gábor: Svédország és a regionalizmus. Magyar Közigazgatás. 2001. 11. szám **(BENDE-SZABÓ 2001.)**
14. Bende-Szabó Gábor: Svédország. Tanulmány. In: Önkormányzatok Nyugat-Európában. Magyar Közigazgatási Intézet Budapest, 1990.
15. Bende-Szabó Gábor: Új típusú jogi eszközök az egészségügyben I. Egészségügyi Gazdasági Szemle 2002, 40.2 **(BENDE-SZABÓ 2002/II.)**
16. Berényi Sándor (szerk.): Magyar Államigazgatási Jog. Különös Rész II. A kulturális, egészségügyi és szociális igazgatás. Tankönyvkiadó Bp. 1981. **(BERÉNYI)**
17. Besenyei Lajos: A bérleti szerződés. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó. Budapest, 1998. **(BESENYEI 1998.)**
18. Besenyei Lajos: A társasági jog és az örökjog kapcsolata. Gazdaság és Jog. 2002.12. szám
19. Bíró Gy., Lenkovics B.: Magyar Polgári Jog. Általános tanok. Novotni Kiadó Miskolc, 1998. **(BÍRÓ-LENKOVICS)**
20. Bíró György (szerk.): Szerződési alaptípusok. Novotni Kiadó Miskolc, 2000. **(BÍRÓ 2000.)**
21. Bíró György: A megbízási szerződés. KJK-KERSZÖV Jogi és Üzleti Kiadó Kft. Budapest, 2001. **(BÍRÓ 2001.)**
22. Boján Ferenc: Eu-Integráció és egészségügy. Szerk.: Bánfalvi István: Az európai integráció szociális és egészségügyi kérdései. Az Integrációs Stratégia Munkacsoport kiadványa Bp. 1996. **(BOJÁN)**
23. Boncz I.-Dózsa Cs.: Az egészségbiztosítási és egészségfinanszírozási rendszer változásai 1992-2002. között. Motesz Magazin 2002/4. **(BONCZ-DÓZSA)**
24. Brósz-Pólay: Római jog. Tankönyvkiadó Budapest, 1984.
25. Csáky A., Fejér L., Mész I., Kis Gy., Kovács J., Urbán L.: Egészségügyünk az ezredfordulón. In.: Szerk.: Glatz Ferenc. Magyarország az ezredfordulón. Stratégiai kutatások a Magyar Tudományos Akadémián. Egészségügy Magyarországon. MTA Budapest 2001. **(CSÁKY-FEJÉR-MISZ-KIS-KOVÁCS-URBÁN)**
26. Die vertragsärztliche Versorgung in Bayern. Stand Juni 2000. Verlag W. Kohlhammer. Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV)

27. Eörsi Gyula: Kártérítés jogellenes magatartásért. Közgazdasági és jogi Könyvkiadó Budapest, 1958. **(EÖRSI 1958.)**
28. Eörsi Gyula: Kötelmi jog. Általános rész. Tankönyvkiadó, Budapest 1981. **(EÖRSI 1981.)**
29. Etableringsregler 2001-2003, Sveriges Läkarförbund – Den medicinska professionens organisation; Förlag:Praktikkonsult AB – Sveriges läkarförbunds servicebolag för privatläkare
30. Felmérai István: Háziiorvosi ellátás és anyagi-érdekeltségi rendszer. Gazdaság és Társadalom 4/1993. **(FELMÉRAI)**
31. Fenesi Enikő: A vagyoni értékű jogok átruházása. Gazdaság és Jog 2000. február 2.szám
32. Forgács Iván: A magyar egészségügy dilemmája. In.: Glatz Ferenc (szerk.) Magyarország az ezredfordulón. Stratégiai kutatások a Magyar Tudományos Akadémián. Egészségügy Magyarországon. MTA Budapest 2001. **(FORGÁCS)**
33. Gaál Csaba: Az orvosok önvédelme Németországban. Magyar Orvos 2002. X. évf. 6. szám **(GAÁL 2002.)**
34. Gaál Csaba: Mennyit ér a járóbeteg-ellátó praxis? Németországi tapasztalatok. Magyar Orvos 2000. február **(GAÁL 2000.)**
35. Gyukits Gy.-Koltay E.: Gyógyító vállalkozások Budapesten. Valóság 1993/6.
36. Hidas István: Reform az alapellátásban. In.: Szerk.: Glatz Ferenc. Magyarország az ezredfordulón. Stratégiai kutatások a Magyar Tudományos Akadémián. Egészségügy Magyarországon. MTA Budapest 2001. **(HIDAS)**
37. Horváth Judit: Változik a háziiorvosi rendszer finanszírozása. Egymilliárd forint a praxisoknak. Aktuális. 2003. január 30.
38. Ifj. Nagy Dezső: Az engedményezés büntetőjogi vonatkozásai. Meszlényi Artúr Emlékkönyv. Budapest 1936. **(NAGY)**
39. Imling Konrád: A zálogjog. Magyar Magánjog. Szerk.: Fodor Ármin. Dologi jog. Singer és Wolfner Kiadása, Budapest **(IMLING)**
40. Jobst Á.: Egy utópia halálára. LAM 1995;5(9):842-843.o. **(JOBST 1995.)**
41. Jobst Á.: Gondolatok a magánpraxis 1945 utáni hazai történetéhez. Valóság 1994/50-55.o. **(JOBST 1994.)**

42. Jogi Lexikon Szerk.: Lamm V., Peschka V. KJK-KERSZÖV Jogi és Üzleti Kiadó Kft. Budapest, 1999. **(JOGI LEXIKON)**
43. K. Schmidt: Wenn die Ehefrau eifersüchtig wird ... Bei Gemeinschaftspraxen kann es vele Probleme geben. MMW-Fortschr. Med. Nr. 49/2002. **(SCHMIDT)**
44. Kardos Gábor: Az egészséghez való jog a nemzetközi jogban. Szerk.: Bánfalvi István: Az európai integráció szociális és egészségügyi kérdései. Az Integrációs Stratégiaia unkcsoport kiadványa Bp. 1996. **(KARDOS)**
45. Karlinger Kinga: Németországba háziorvosokat várnak (felhívás) Magyar Orvos X. évfolyam 7-8.szám
46. Katona Mór: A birtok. Magyar Magánjog. Szerk.: Fodor Ármin. Dologi jog. Singer és Wolfner Kiadása, Budapest **(KATONA)**
47. Kecskés László: A jogalkotásért és a jogharmonizációért való állami kárfelelősség. Jogtudományi Közlöny. 2001. május **(KECSKÉS)**
48. Kincses Gyula: A költség-hatékony egészségügyi struktúrák kialakításának esélyeiről. Egészség(?) Gazdaság(?) Praxis Server Kft. Budapest, 1999. **(KINCSES)**
49. Kisfaludy András: Az adásvételi szerződés. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó Budapest, 1997. **(KISFALUDY)**
50. Kiss Gábor: A helyiségbérleti szerződés. KJK-KERSZÖV Jogi és Üzleti Kiadó Kft. Budapest, 2002.
51. Klapp E.: Abgabe und übernahme einer Arztpraxis. Springer 2001.
52. Kolosváry Bálint: A birtok és a birtokvédelem. Szerk.: Szladits Károly. Magyar Magánjog V. Dologi Jog Grill Károly Könyvkiadó Vállalata Budapest 1942. **(KOLOSVÁRY 1942/I.)**
53. Kolosváry Bálint: A dologi jog általános tanai.. Szerk.: Szladits Károly. Magyar Magánjog V. Dologi Jog Grill Károly Könyvkiadó Vállalata Budapest 1942. **(KOLOSVÁRY 1942/II.)**
54. Kolosváry Bálint: A tulajdonjog. Szerk.: Szladits Károly. Magyar Magánjog V. Dologi Jog Grill Károly Könyvkiadó Vállalata Budapest 1942. **(KOLOSVÁRY 1942/III.)**
55. Kolosváry Bálint: Magánjog. Vezérfonal a magyar magánjogból tartott egyetemi

előadásokhoz. Dologi jog. XIII. Fejezet

56. KOMMENTÁR A lakások és helyiségek bérletére valamint az elidegenítésükre vonatkozó egyes szabályokról szóló 1993. évi LXXVIII. törvényhez. COMPLEX CD-Jogtár.
57. Kornai János: Az egészségügy reformjáról. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó. Budapest 1998. **(KORNAI)**
58. Kotz László: A privatizáció és a tulajdonátalakulás kérdései az egészségügyben; a dolgozói részvénytulajdonlás lehetőségei Gazdaság és Társadalom 1/1991: 69-80.o.
59. Kovács Attila: Az ÁNTSZ feladat- és jogköre a vállalkozások létesítésével kapcsolatban. Egészségügyi vállalkozások kézikönyve. Szerk.: Gyenes Mónika. Budapest, Verlag Dashöfer Szakkiadó Kft. & T.Bt. 2001. 11. rész 3. fejezet **(KOVÁCS)**
60. Közgazdasági Kislexikon. Kossuth Könyvkiadó 1987.
61. Lajer Zsolt: Felelősség a jogszabályalkotással okozott károkért a magyar jogban. Jogtudományi Közlöny 2001. február **(LAJER 2001.)**
62. Lajer Zsolt: Felelősség a jogszabályalkotással okozott károkért az Európai Unió és egyes tagállamai jogában Jogtudományi Közlöny 2001. március
- 63.** Lenkovics Barnabás: Magyar Polgári Jog. A dologi jog vázlata. Eötvös József Könyvkiadó 1999. **(LENKOVICS)**
64. Leszkoven László: A zálogjog új szabályai. Novotni Kiadó Miskolc, 2001. **(LESZKOVEN 2001.)**
65. Leszkoven László: Az aljelzálog. Közjegyzők Közlönye 2000. 9. szám **(LESZKOVEN 2000.)**
66. Lindholm, L.A., Emmelin, Maria, A., Rosén, M.E.: Health maximization rejected. Eur. J. of Public Health 7, 1997.
67. Lukács Éva: Ki fizeti a számlát? – A személyek szabad mozgása és az egészségügy kapcsolata az EU tagállamaiban. Magyar Jog 2002. 8.szám **(LUKÁCS)**
68. Menyhárd Attila: Észrevételek és javaslatok az új Polgári Törvénykönyv dologi jogi koncepciójának kiegészítéséhez. Polgári Jogi Kodifikáció 2002. 5-6. szám **(MENYHÁRD)**
69. Mogyorósi Imre: A korlátozási kártalanítás – avagy a magyar jogalkotás állatorvosi lova -.

Magyar Jog 2003. 1. szám

70. Nagy B., Dózsa Cs.: Az irányított betegellátási modellkísérlet tapasztalatai. Egészségügyi Menedzsment, 2002, 4. évf. 4.szám **(NAGY-DÓZSA)**
71. Nizsalovszky Endre: Korlátolt dologi jogok. Magyar Magánjog. Szerk.: Szladits Károly. V. kötet. Dologi jog. Grill Károly Könyvkiadóvállalata Budapest 1942. **(NIZSALOVSKY)**
72. Novák Katalin: A Társulási Megállapodás végrehajtásával, illetve az európai integrációval kapcsolatos feladatok a szociális védelem, a közegészségügy területén. Szerk.: Bánfalvi István: Az európai integráció szociális és egészségügyi kérdései. Az Integrációs Stratégiai Munkacsoport kiadványa Bp. 1996. **(NOVÁK)**
73. Orosz É.: Merre tart az egészségügy reformja? Magyar Tudomány 1996. 4. szám **(OROSZ)**
74. Oxford Advanced Learner's Dictionary Oxford University Press 1989.
75. Ötvös Péter: Tagállam-bemutató: Dánia. A háziorvos a fő koordinátor. Medical Tribune 2003. március 13.
76. Ötvös Péter: Tagállam-bemutató: Nagy-Britannia. Ingyenes ellátási rendszer. Medical Tribune. 2003. február 27.
77. Petrik Ferenc: A felelősségi eszme változásai a kártérítési jogban. Gazdaság és Jog. 2002. 7-8. szám **(PETRIK 2002.)**
78. Petrik Ferenc: Az öröklés joga. KJK Budapest, 1991.
79. Polgári jog. Kommentár a gyakorlat számára. Első kötet. A tulajdonjog. A használati jogok. (Kovács László) HVG-ORAC Lap- és Könyvkiadó Kft.
80. Polgári jog. Kommentár a gyakorlat számára. Második kötet. A kötelmi jog. A szerződés megkötése. (Vékás Lajos) HVG-ORAC Lap- és Könyvkiadó Kft. Budapest 1997.
81. Polgári jogi fogalomtár. Szerk. Sáriné dr. Simkó Ágnes. Hvgorac Lap- és Könyvkiadó Kft. Budapest 2001.
82. Polgári Törvénykönyv Magyarázata. Első kötet. A tulajdonjog. A tulajdonjog megszerzése. (Petrik Ferenc) KJK Budapest 1998.
83. Polgári Törvénykönyv Magyarázata. Második kötet. A kötelmi jog. A szerződés megkötése. (Benedek Károly) KJK Budapest 1998.

84. Polgári Törvénykönyv Magyarázata. Második kötet. Egyes szerződések. A megbízás. A megbízás nélküli ügyvitel. (Zoltán Ödön) KJK Budapest 1998.
85. Prof. A. Laufs, Prof. W. Uhlenbuck: Handbuch des Arztrechts. C.H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung, München, 1999. **(LAUFS, UHLENBUCK)**
86. R. Papp Ágnes: Lopakodó törvénykezők. Az új egészségügyi rendszer előnyei és hátrányai. Magyar Demokrata. 2002. 45. szám **(R. PAPP)**
87. Rabinowitz, H.K. és mtsai (Jefferson Medical College, Thomas Jefferson University, Philadelphia, Pa., USA): JAMA, 2001. 286, 1041-1048. Orvosi Hetilap 2002. 143. évf., 22. szám
88. Rakvács József: kézikönyv az új lakástörvény, a helyiségbérleti jogviszony magyarázatához. HVG-ORAC Lap- és Könyvkiadó Kft., Budapest 1999.
89. Rékassy B. - Dixon J.: Az angol állami egészségügyi szolgálat (NHS) legújabb reformelképzelései és ezek nemzetközi tapasztalatai. Egészségügyi Gazdasági Szemle 1998, 36,4 **(RÉKASSY, DIXON)**
90. Rékassy Balázs: Reális alternatíva-e a privatizáció? Egészségügyi Gazdasági Szemle 1999, 37,2. **(RÉKASSY)**
91. Sárközy Tamás: A Ptk. dologi jogi könyvének koncepciója. Polgári Jogi Kodifikáció. III. évf. 2001. 6. szám **(SÁRKÖZY)**
92. Schneider, Christian F.: ärztliche Ordinationen und selbständige Ambulatorien im Verwaltungs-, Sozial- und Steurrecht. Wien: Verl. Österreich GmbH, 2001. **(SCHNEIDER)**
93. Simonovits István: Társadalomegészségtan és egészségügyi szervezéstudomány. Jegyzet. Budapest, Orvostudományi Egyetem, 1969.
94. Szabó Magdolna: Engedményezés, tartozásátvállalás. Cégvezetés. 1999. november
95. Szilágyi Zoltán: A követelések átruházása. Cégvezetés. 1996. március
96. Szladits Károly. (Szerk.) Magyar Magánjog V. Dologi Jog Grill Károly Könyvkiadó Vállalata Budapest 1942. **(SZLADITS 1942.)**
97. Szladits Károly: A magyar magánjog tankönyve II. Dologi jog, Grill Károly Könyvkiadó, Budapest 1930. **(SZLADITS 1930.)**

98. Szladits Károly: A magyar magánjog vázlata. I. rész. Grill Károly Könyvkiadó Vállalata Budapest 1937. **(SZLADITS 1937.)**
99. Szutrély Péter (Solingen): Milyen egészségügyet vásároljunk?, Magyar Orvos X. évf. 1. szám **(SZUTRÉLY)**
100. Tercsák Tamás: A joggal való visszaélés bírói gyakorlatáról – törekvések a korszerű értelmezésre. Magyar Jog 2002. 5. szám
101. The reform of Health Care Systems. A Review of 17 OECD Countries OECD 1994 Head of Publication Service, OECD
102. Török Tamás: Néhány gondolat az átruházás jogi természetéről I. Gazdaság és Jog 1999. október 10. szám **(TÖRÖK 1999/I.)**
103. Török Tamás: Néhány gondolat az átruházás jogi természetéről II. Gazdaság és Jog 1999. november 11. szám **(TÖRÖK 1999/II.)**
104. Újváriné Antal Edit: Felelősségtan Magyar Polgári Jog. Novotni Kiadó Miskolc, 2000. **(ÚJVÁRINÉ)**
105. Vékás Lajos: Az új Polgári Törvénykönyv elméleti előkérdései. HVG-ORAC Lap-és Könyvkiadó Kft. Budapest 2001.
106. Vittay Pál (Ifj.): Egészségügyi intézményrendszerek a fejlett európai országokban. Budapest, 1999. július. Munkaanyag. **(VITTAY)**
107. Zámbó Tamás: (Al)jelzálog jogon. Közjegyzők Közlönye. 2000. 9. szám **(ZÁMBÓ 2000.)**
108. Zámbó Tamás: A zálogjog néhány új szabályáról. Gazdaság és Jog. 2002. 1. szám **(ZÁMBÓ 2002.)**
109. Zámbó Tamás: A zálogjogi szabályok módosulásáról. Ügyvédek Lapja. XL. évf. 2001. 3. szám
110. Zámbó Tamás: A zálogszerződés. KJK-KERSZÖV Jogi és Üzleti Kiadó Kft. Budapest, 2001. **(ZÁMBÓ 2001.)**
111. Zlinszky Imre: A magyar magánjog mai érvényében, különös tekintettel a gyakorlat igényeire. Franklin-Társulat 1899. **(ZLINSZKY IMRE)**
112. Zlinszky János: Indokolt javaslat a Ptk. felelősségi fejezetéhez. Magyar Jog. 2001. 8.

szám (ZLINSZKY JÁNOS)

113. Zoltán Ödön: Felelősség szerződésen kívül okozott károkért. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó Budapest 1961. (ZOLTÁN Ö.)

MUNKAANYAGOK, JEGYZŐKÖNYVEK

114. A háziorvosi ellátás privatizációja. Készítette: A MOK Privatizációs ad hoc munkabizottsága. Munkaanyag I. változat.
115. A háziorvosi privatizáció kérdései. 1998. szeptember 28. (Dr. Füredi Gyula). Munkaanyag.
116. A háziorvosi rendszer privatizációjának nagyvonalú koncepciója (Dr. Fodor Miklós) Egészségügyi Minisztérium. Miniszteri Biztosok Titkársága. Munkaanyag. Budapest, 1999. június 24.
117. A Magyar Köztársaság Kormánya által az önálló orvosi tevékenységről szóló **T/1948. számú törvényjavaslat**. Budapest, 1999. november, www.mkogy.hu/irom36/1849
118. A Magyar Köztársaság Kormánya által az önálló orvosi tevékenységről szóló **T/2095. számú törvényjavaslat**. Budapest, 2000. január. www.mkogy.hu/irom36/2095
119. A Magyar Orvosi Kamara szakmai és jogi kifogásai a „Működtetési jog megszerzéséről és visszavonásáról” szóló kormányrendelet-tervezettel kapcsolatban. Munkaanyag. 2000. január
120. A MOK Alapellátási Privatizációs Bizottságának összefoglaló véleménye a „Háziorvosi rendszer privatizációjának nagyvonalú koncepciója” c. munkaanyagról. Munkaanyag. Budapest, 1999. szeptember 1.
121. Alkotmánybírósági indítvány jogszabály alkotmányellenességének utólagos megállapítására és mulasztásban megnyilvánuló alkotmányellenesség megszüntetésére. Indítványozók: Magyar Orvosi Kamara (MOK), a Falusi Körzeti Orvosok Országos Szövetsége (FAKOSZ) és a Házi Gyermekorvosok Egyesülete (HGYE). Készítette: Dr. Bordás Mária. Budapest, 2001. július 26. Munkaanyag.
122. Az alapellátás (járóbetegellátás) privatizációjának koncepciója. (Dr. Fodor Miklós) Munkaanyag. Budapest, 1999. szeptember 13.
123. Az egészségügyi alapellátásról szóló törvénytervezet 1999. november 7-i változata.

Munkaanyag.

124. Az integrált egészségügyi rendszerek típusai az USA-ban. Egészségügyi Minisztérium. Munkaanyag.
125. Bauer Tamás, Béki Gabriella, Erkel Tibor, Eörsi Mátyás, Horváth Zsolt, Kapronczai Mihály, Szabó Sándorné, Vojnik Mária parlamenti felszólalásai. Országgyűlési jegyzőkönyv. **2000. 114. ülésnap** www.mokgy.hu/naplo98/114
126. Béki Gabriella, Erkel Tibor, Házas József, Horváth Zsolt, Keller László, Kökény Mihály, Szabó György, Toller László, Vojnik Mária, Wekler Ferenc parlamenti felszólalásai. Országgyűlési jegyzőkönyv. **1999. 104. ülésnap.** www.mkogy.hu/naplo98/104.
127. Béki Gabriella, Erkel Tibor, Horváth Zsolt, Keller László, Lezsák Sándor, Mátrai Márta, Surján László, Toller László, Vojnik Mária, parlamenti felszólalása. Országgyűlési jegyzőkönyv. **2000. 113. ülésnap.** www.mkogy.hu/naplo98/113
128. Béki Gabriella, Erkel Tibor, Kökény Mihály, Vojnik Mária parlamenti felszólalásai. Országgyűlési jegyzőkönyv. **1999. 106. ülésnap.** www.mkogy.hu/naplo98/106
129. Bordás Mária T/1849. számú törvénytervezettel kapcsolatos jogi szakvéleménye. Munkaanyag. Budapest, 1999. november 5.
130. Bordás Mária: Az egészségügyi alapellátás privatizációja – egy praxistörvény szabályozási elvei. Budapest, 1999. november 2. Munkaanyag.
131. Bordás Mária: Jogi szakértői vélemény a „Háziorvosi rendszer privatizációjának nagyvonalú koncepciója” című tervezetről. Munkaanyag. Budapest, 1999. augusztus 11.
132. Bordás Mária: Jogi szakvélemény az egészségügyi alapellátás privatizációjának jogi megvalósíthatóságáról. Munkaanyag. Budapest, 1999. szeptember 27.
133. Éger István: A személyi jog fogalma, kérdésköre a háziorvosi ellátás területén, különös tekintettel a privatizáció kiterjesztésére (területi ellátási kötelezettség). Munkaanyag. Pereszteg, 1999. február 17.
134. Egészségügyi Minisztérium Egészségpolitikai Főosztály Budapesten, 2001. május hó 30. napján kelt állásfoglalása a működtetési jog értelmezéséről
135. Gógl Árpád egészségügyi miniszter nyilatkozata az önálló orvosi tevékenységről szóló a T/1849. számú törvényjavaslat előterjesztésekor. Parlamenti Napló. Országgyűlési

jegyzőkönyv. 1999. december, 104. ülésnap.

136. Gógl Árpád parlamenti felszólalása. Országgyűlési jegyzőkönyv. 2000. 114. ülésnap.
www.mkogy.hu/naplo98/114.
137. Magyar Orvosi Kamara Országos Etikai Bizottság E/382/2000. számú határozata
138. Program az egészségügyi ellátórendszer átalakítására és a nemzet egészségének fejlesztésére. Egészségügyi Minisztérium. 2000.
139. Szempontok az egészségügyi vállalkozások létrehozásához és az egészségügyi szolgáltatók privatizációjához. Összeállította: a Népjóléti Minisztérium szakértői csoportja. 1998. február. Munkaanyag.
140. T/251. Törvényjavaslat 1998. október
141. Törvénytervezet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásának, valamint az egészségügyi intézmények jogállásának egyes kérdéseiről. 1999. október, 2000. január Budapest. Munkaanyag.

FELHASZNÁLT JOGSZABÁLYOK

A bírósági végrehajtásról szóló **1994. évi LIII. törvény**

A gyógyszerterek létesítéséről és működésük egyes szabályairól szóló **1994. évi LIV. törvény**

A halászatról és a horgászatról szóló **1997. évi XLI. törvény**

A háziiorvosi és házi gyermekorvosi szolgálatról szóló **6/1992. (III.31.) számú NM rendelet**

A háziiorvosi működtetési jog megszerzéséről és visszavonásáról, valamint a háziiorvosi tevékenységhez szükséges ingó, ingatlan vagyon és működtetési jog megszerzésének hitelfeltételeiről szóló **18/2000. (II. 25.) Korm. rendelet**

A háziiorvosi működtetési jog megszerzéséről és visszavonásáról, valamint a háziiorvosi tevékenységhez szükséges ingó, ingatlan vagyon és működtetési jog megszerzésének hitelfeltételeiről szóló 18/2000. (II. 25.) Korm. rendeletet módosító **71/2002. (IV.12.) Korm. rendelet**

A háziiorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről **szóló 4/2000. (II.25.) EüM rendelet**

A háziiorvosok, házi gyermekorvosok és fogorvosi alapellátási vállalkozások támogatásáról szóló **229/2001. (XII.5.) Korm. rendelet**

A helyi önkormányzatokról szóló **1990. évi LXV. törvény**

A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló **1997. évi LXXXIII. törvény**

A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról szóló **217/1997. (XII.1.) Korm. rendelet**

A lakások és helyiségek bérletére valamint az elidegenítésükre vonatkozó egyes szabályokról szóló **1993. évi LXXVIII. törvény**

A Polgári Törvénykönyvről szóló **1959. évi IV. törvény**

A személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló **1992. évi LXIII. törvény**

A személyi jövedelemadóról szóló **1995. évi CXVII. törvény**

A találmányok szabadalmi oltalmáról szóló **1995. évi XXXIII. törvény 25.§**

A tanácsi egészségügyi és szociális intézményekről szóló **1055/1983. (XII.28.) számú MT határozat**

A Társadalombiztosítási Alapról szóló **1988. évi XXI. törvény**

A vad védelméről, a vadgazdálkodásról, valamint a vadásatról szóló **1996. évi LV. törvény 2-10. §§.**

A védjegyek és földrajzi árujelzők oltalmáról szóló **1997. évi XI. törvény 20.§**

A zálogjoggal kapcsolatos törvényi szabályozás módosításáról szóló **2000. évi CXXXVII. törvény**

Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatról szóló **1991. évi XI. törvény**

Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat szervezetéről és működéséről szóló **7/1991. (IV. 26.) NM rendelet**

Az Állami Közegészségügyi-Járványügyi Felügyeletről szóló **13/1972. (IV.12.) Korm. rendelet**

Az államigazgatási eljárásról szóló **1957. évi IV. törvény**

Az egészségügyi dolgozók rendtartásáról szóló **11/1972. (VI.30.) EüM rendelet**

Az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló **1997. évi XLVII. törvény**

Az egészségügyi és szociális vállalkozásról szóló **113/1989. (XI.15.) MT rendelet**

Az egészségügyi közszolgáltatások nyújtásáról, valamint az orvosi tevékenység végzésének formájáról szóló **2001. évi CVII. törvény**

Az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, a működési engedélyről és az egyéni vállalkozás keretében végezhető egészségügyi szolgáltatásról **69/2002. (IV. 12.) Korm. rendelet**

Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló **43/1999. (III.3.) Korm rendelet**

Az egészségügyi szolgáltatást nyújtó egyes intézmények szakmai minimumfeltételeiről szóló **21/1998. (VI. 3.) NM rendelet**

Az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvény végrehajtásáról szóló **16/1972. (IV.29.) MT rendelet**

Az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvénynek a gyógyító-megelőző ellátásra vonatkozó rendelkezései végrehajtásáról szóló **15/1972. (VIII.5.) EüM rendelet**

Az egészségügyről szóló **1972. évi II. törvény**

Az egészségügyről szóló **1997. évi CLIV. törvény**

Az egészségügy társadalombiztosítási finanszírozásáról szóló **103/1995. (VIII. 25.) Korm. rendelet**

Az egyéni vállalkozásról szóló **1990. V. törvény**

Az illetékekről szóló **1990. évi XCIII. törvény**

Az orvosi, a klinikai szakpszichológusi, illetve az egyéb egészségügyi és szociális tevékenység gyakorlásáról szóló **30/1989. (XI.15.) SZEM rendelet**

Az orvosok, gyógyszerészek és egyéb egészségügyi képesítésű személyek fegyelmi felelősségéről szóló **17/1972. (IV.29.) MT számú rendelet**

Az önálló orvosi tevékenységről szóló **2000. évi II. törvény**

56/2000. (XII.19.) AB határozat

53/1992. (X.29.) AB határozat

31/1998. (VI.25.) AB határozat

21/1990. (X.4.) AB határozat

41/2000. (XI.8.) AB határozat