

Pálvölgyi Balázs

**KIHÍVÁS ÉS VÁLASZ – AZ „ÁLLAMI” KÖZEGÉSZSÉGÜGY
MEGTEREMTÉSE A DUALIZMUS IDŐSZAKÁBAN***

Bevezetés

A tanulmány célja a közegészségügyi közigazgatás kiépülésének folyamatának bemutatása a dualizmus időszakában, az első világháború kitöréséig. Mivel a kérdést jogtörténeti aspektusból vizsgálom, így az igazgatási rendszer jogi struktúráján keresztül közelítem meg a vizsgált területet. Ugyanakkor – mivel a fő kérdés az, hogy hogyan is működött a közegészségügy Magyarországon – munkám nem merülhet ki a jogi megoldások ismertetésében. Ezért megfelelőnek gondoltam, ha további vizsgálat tárgyául olyan jellemző területeket választok, melyek történeti bemutatásával jól kirajzolódik az igazgatási rendszer működése. Munkám első részében tehát az igazgatási- és az ellátórendszer elemeinek bemutatását kísérem meg, kitérve a kiépülés folyamatára, egyes esetekben a fölmerült kérdésekre, reformtervekre az igazgatási rendszer működési kereteinek bemutatásán túl, a strukturális hibák bemutatásával. Második részében a közegészségügy működésének kérdését a feladat-ellátás oldaláról közelítem meg: kiemelt fontosságú, egyben a strukturális hibákra jól rámutató területek bemutatásán keresztül. Így e második rész tárgyát a kolerával, a himlővel, az elmebetegekkel, a trachomával és a tbc-vel kapcsolatos hatósági intézkedések, a speciális ellátórendszer megteremtése és annak működése képezi. E második rész témaválasztása kijelölte azokat a pontokat, melyekre az igazgatási rendszer bemutatásával foglalkozó első részben hangsúlyt fektettem. Nem, vagy csak érintőlegesen került a vizsgálat körébe tehát számos olyan terület, mely akár a közegészségügy rendezéséről szóló, vagy későbbiekben megszülető törvény, vagy más jogforrás, illetve akár – a Belügyminisztérium közegészségügyi osztályának, akár valamely társmisztérium munkája alapján – a közegészségügy területéhez sorolandó. Ezek egy része kapcsolódik a vizsgált területhez, mint pl. a gyógyszerészet ügye, más része egyértelmű határterületet képez, mint amilyen pl. a gyermekvédelem, az árva-ügy, vagy az állat-egészségügy. Ugyanakkor éppen a második részben bemutatott területek kapcsán vált szükségessé néhány olyan kérdés érintése, (mint pl. a lakáskérdés) mely nem kapcsolódik szorosan a közegészségügyi igazgatás törzsterületéhez.

* Az alábbi munka a szerző „*A magyar közegészségügyi közigazgatás intézményrendszere (1867-1914). Kiépülésének és működésének vizsgálata a kolera-, a himlő-, a trachoma- és a tbc- elleni küzdelem, valamint az elmebetegügy fejlődésének tükrében.*” című PhD dolgozatának tartalmi összefoglalója.

Az általam vizsgált területbe beletartozik a közegészségügyi igazgatás állami és önkormányzati keretek közötti működése, az egyesületi-, illetve magán keretek között működő feladatellátás abban az esetben, ha ez szorosan – vagy a finanszírozással, vagy egyes személyek munkája által – kapcsolódik a „köz” egészségügy működéséhez.

A forrásanyag

A vizsgált terület és az általam választott megközelítési mód egyaránt rendkívül széles körű forrásanyag felhasználását követelte meg. Ezek az alábbiak:

1. Jogforrások: törvények, rendeletek, szabályrendeletek, döntvények
2. Levéltári források:
 - a. a Belügyminisztérium fennmaradt iratanyaga
 - b. a helyi igazgatás anyagai
 - c. egyes szakemberek levelezése, személyes iratai
3. Nyomtatott források:
 - d. belügyminiszteri, kormánybiztosi, egészségügyi felügyelői, polgármesteri, tiszti orvosi jelentések
 - e. országgyűlési anyagok
 - f. hivatalos lapok
 - g. szakmai szervezetek, egyesületek üléseinek, konferenciáinak jegyzőkönyvei
 - h. sajtóanyag
 - i. politikai (napi)sajtó
 - ii. szakmai lapok

A kutatási lehetőségeket behatárolta, hogy a rendelkezésre álló forrásanyag lényeges területeken töredékes. A Belügyminisztériumnak az Országos Levéltárban őrzött iratanyaga hiányos, a Pénzügyminisztérium vonatkozó anyaga lényegében teljesen, míg a Földművelésügyi Minisztérium anyaga nagy részben selejtezésre került, illetve hiányzik. Hasonló helyzettel lehet számolni a többi kutatóhelyen is.

A nyomtatott források sem képeznek könnyen kutatható és használható anyagot, mivel a 3.a) pontban említett jelentések kiadása nem folyamatos, a 3.c) pontban említett hivatalos lapok általánosan csak a századforduló táján kezdenek megjelenni, tehát ezeket csak esetlegesen lehet használni. Jól követhető és kutatható – megjegyzendő azonban, hogy a téma szempontjából talán a legkevésbé fontos – az országgyűlési anyag, illetve szintén jól kutatható, fontos forrást képez a szakmai-, illetve a politikai sajtóanyag. A sajtóanyag megkülönböztetésének indoka, hogy míg a napi-, politikai sajtóban csak a legszélesebb érdeklődésre számot tartó közegészségüggyel

kapcsolatos hírek jelentek meg, a szakmai lapok híryanagában speciális területekhez kapcsolódó információk is helyet kaptak.

Irodalom

Ebbe a csoportba a következő anyagok tartoznak:

1. egykorú anyagok
 - a. önálló szakmunkák
 - b. a folyóiratanyagban megjelent szakmunkák
 - c. szakmai szervezetek, egyletek ülésein, konferenciáin elhangzott előadások, vitaanyagok
 - d. visszaemlékezések
2. modern irodalom

Az első csoport, tehát az egykorú művek besorolása nehéz, mivel ezen anyagok sok szempontból inkább forrásként értékelhetők (különösen igaz ez az előadásokra és a vitaanyagokra), ugyanakkor indokolhatja az irodalmi körbe való besorolást, hogy a szerzők a fölmerült kérdéseket sok esetben történeti megközelítésben, egyben a problémát elemezve közelítik meg.

A második csoportba tartozónak értékelem mindazon – jogtörténeti és orvostörténeti munkákat – munkákat, melyek történeti megközelítéssel, a vizsgált korszak után keletkeztek.

I. A közegészségügyi igazgatási rendszer

1 A központ: a Belügyminisztérium

A Helytartótanács közegészséggel kapcsolatos feladatait (és egyben tisztviselői karát) 1867- után a Belügyminisztérium vette át.¹ Szervezetét, így a közegészségügy osztálybesorolását is többször módosították,² és többször módosult (jóllehet nem számottevően) a közegészségügyi osztály tisztviselőinek száma is. A minisztériumon belül, annak alakulásakor két osztály foglalkozott az egészségügy kérdéseivel. Az egyik a 9., a „*philantropicus országos alap*” ügyével foglalkozó, a másik a 10., a közegészségügyi osztály volt. A közegészségi osztály kis létszámú

¹ A Helytartótanácsban belül 1783-tól működött külön egészségügyi osztály (departamentum sanitatis). – EMBER GYÖZÖ: *A m. kir. Helytartótanács ügyintézésének története 1724-1848*. Budapest, 1940, Országos Levéltár. CSMH, III/I., (Concl. Cons. 1783/9817), 835.sz., 64. Az átvétel módjáról 1867. május 7-én minisztertanácsi határozat született. Ebben a Pénzügyminisztérium kapott megbízást arra, hogy Pénzügyminisztérium, a Belügyminisztérium, az Igazságügyminisztérium, a Közlekedési Minisztérium egy-egy küldöttéből álló bizottság dolgozzon ki javaslatot a tisztviselők átvételére. – MOL K148-1867-III.A.-1894.eln. A minisztérium szervezéséhez, osztálybeosztásához ld.: SZÉKELY VERA: *A Belügyminisztérium tisztviselői (1867-1885)*. Levéltári Közlemények (a továbbiakban LK) 1974, 573-591. – az átvétel egyes személyenként történt. – MOL K150-1867-1-4-25351.

² Pl. 1867, 1869, 1873, 1890.

osztályként kezdte meg működését és kis létszámú osztály maradt az egész korszakban.³ Az általános közegészségi osztály 14-16 ügykörrrel dolgozott, melyek a későbbiekben bővültek. A munkát 1883-ig öt orvos tanácsos, fogalmazó és néhány irodai tiszt végezte.

1884-ben neveztek ki első ízben két közegészségügyi felügyelőt⁴, akkor még ideiglenesen, mely intézményt tíz évvel később Chyzer Kornél javaslatára 1894-ben állandósították.⁵ A felügyelők munkája azonban nem az eredeti elképzeléseknek megfelelően alakult, ugyanis egyre inkább a közegészségi osztály központi munkájában vettek részt, mivel a mind jelentősebb ügýtömeget az osztály állománya egyre kevésbé volt képes kezelni. Így az a különös helyzet állt elő, hogy a központ mellett működő szakértőket küldte ki a miniszter felügyelői munkára, míg a felügyelők vidéki kiküldetésben részt alig véve lényegében osztályvezetői feladatokat láttak el. Reformlépésként az Országos Közegészségi Tanács új szabályzatot dolgozott ki, mely a felügyelők tevékenységének stabilan vidékre való áthelyezését célozta.⁶ Az új rendszerben tehát a központban három felügyelő fogta össze az osztályok munkáját, míg a többieket vidéki, kerületi alapon szervezett központokba rendelték.⁷

Egyéb helyi feladatok elvégzéséhez – a létszámhiány miatt – a minisztérium időről-időre igénybe vette az Országos Közegészségi Tanács rendes és rendkívüli tagjainak munkáját. A továbbiakban a felügyelők miniszteri biztosi rangban és jogkörrel működtek Budapest, Győr, Kassa, Pozsony, Nagyvárad, Kolozsvár, Besztercebánya, Nagyszében székhellyel. A helyi egészségügyi igazgatás feletti felügyelet jogát rajtuk keresztül gyakorolta a

³ Míg a 9., a kórházakkal is foglalkozó filantropikus osztály 10 tisztviselővel, a 10., a közegészségügyi mindössze 4 tisztviselővel kezdte meg a munkát 1867-ben – MOL K148-1867-III.A

⁴ A felügyelők száma később 4: (Bódogh Albert, Buzinkay Gyula, Cseh Károly, Oláh Gyula (1885)), de munkájukat az orvostársadalom kétkedéssel fogadta, kinevezésüket politikai döntésnek tartva. A felügyelők munkája ekkor meghatározóan járványügyi jellegű. – DR. HAHN GÉZA: *A magyar egészségügy története*. Bp, 1960, Medicina. 54.

⁵ Közegészségügyi felügyelői megbízást kaphattak törvényhatóság, vagy éppen a rendőrség keretei között dolgozó orvosok is. (Erre ld. az 1892/93-as kolera idején Budapest területére kiküldött közegészségügyi felügyelőket – Fővárosi Közlöny (a továbbiakban FK) 1893. jan. 27., 4.) A 1893/IV.tc. a felügyelőket VII. fizetési osztályba helyezte (ekkor négyet), kerületeiket a miniszter jelölte ki.

⁶ *Az egészségügyi felügyelői szolgálat reformja*. (Az Országos Közegészségi Tanács 1910. november hó 3-án tartott üléséből). Közegészségügy, 1910. dec.1.

⁷ (1913-ban) Budapest: Téry Ödön, Pozsony: Fay Aladár, Szombathely: Posarch Lajos, Kassa: Neuwirth Henrik, Debrecen: Blumm Ödön, Szeged: Kerekes Pál, Temesvár: Holländer Hugó, Kolozsvár: Sörös Miklós személyében BM 1913/75.000, illetve ehhez kapcsolódva az ország minden vármegyéjét és törvényhatóságát, Budapest kivételével közegészségügyi felügyelői kerületbe szervezték. – BM 1913/119.000 Később módosult a felügyelők munkavégzésének kerete, mivel az újabb rendelet szerint mégsem a kijelölt központban kellett dolgozniuk, hanem Budapesten, és az eredetileg tervezett országos főfelügyelőség helyett a kerületi felügyelők irányítására a közegészségügyi osztályon belül szerveztek alosztályt. – BM 119.000/VII-a.

miniszter⁸, valamint közegészségügyi felügyelőt nevezett ki fontos, az országos jelentőségű közegészségügyi érdekeket érintő kérdések megoldására.^{9 10}

A korszakban épült ki Magyarországon a modern közegészségügyi ellátórendszer, és ennek nyomát a minisztérium működésében, illetve a minisztérium költségvetésében is föl lehet fedezni. A költségvetési törvényekben szembevetendő az egészségügyi igazgatási feladatok bővülése és differenciálódása. Míg például 1870-ben három költségvetési tételt lehet az egészségügyi kiadások közé sorolni, a következő évben már hatot,¹¹ a korszak végén, az 1914/15-ös költségvetési törvény pedig már 36 egészségüggyel kapcsolatos tételt tartalmaz.¹² Az állami szerepvállalás differenciálódása és bővülése nem csak ezen a területen (azaz a pusztán finanszírozás területén) nyilvánvaló. A rendeletanyagot vizsgálva kitűnik, hogy a szakmai követelmények megszervezése és ezek – például a járványellenes védekezésben való – fölhasználása is megjelenik a közegészségügyi osztály munkájában. A minisztérium ezen túl egyes esetekben közvetlenül is beavatkozott a közegészségügyi közigazgatás helyi szintjének működésébe, azaz olykor „átnyúlt” az igazgatási hierarchia szereplői fölött. Legjellegzetesebb példa erre a már említett miniszteri biztosok kiküldése, mely főképp járványok esetén volt jellemző (de találkozunk ezzel a megoldással egyes intézmények működésének vizsgálata esetén is).¹³ A közegészségügyi, járványellenes szabályok végrehajtása ugyanakkor jellegzetesen már nem az állami közegek feladata volt.

⁸ Ld.: GORTVAY GYÖRGY: *Az újabkori orvosi művelődés és egészségügy története.* (I. k.) Budapest, 1953, Akadémiai.

⁹ Jellemzően járványügyi, vagy intézményszervezési feladatokat kaphattak felügyelői megbízással neves szakemberek. Ilyen felügyelő volt pl. Oláh Gyula, aki kolerajárvány idején dolgozott, vagy Feuer Náthán, aki a trachomügy első országos „trachoma-felügyelőjeként” végzett igen fontos munkát. A felügyelő tevékenysége olyannyira jelentős volt a kérdés kezelésében, hogy Feuer halála után tisztét és feladatkörét Grósz Emil vette át 1903-ban. – MOL K148-261-1903-20-734.

¹⁰ Ilyen volt továbbá a lelenccy rendezése kapcsán kidolgozott megoldás, mely szerint az 1901/VIII. tc. alapján, többek között a „Fehér Kereszt országos lelencház egyesület” állami kezelésbe vételével létrehozandó állami gyermekmenhelyek felett a minisztérium általa delegált országos felügyelő útján gyakorolja a felügyeletet. – MOL K148-258-1903-5-6050, továbbá ld. GYÁNI GÁBOR: *Könyörületesség, fegyelmezés, avagy a szociális gondoskodás genealógiája.* TSz (41), 1999, 1-2., 57-84. Menhelyekről, árvaházakról: RUFFY PÁL: *Az állami gyermekvédelemről.* Budapest, 1906, Franklin. A Fehér-Kereszt működéséről: TURCSÁNYI IMRE: *Lelenczek és lelencházak.* Budapest, 1901, Werbőczy ny. SZMOLLÉNY NÁNDOR: *Magyarország közjótékonyága.* Szeged, 1900, Endrényi ny. TELEKI GÉZA: *A lelenccy rendezése.* Budapest, 1896, Országgyűlési Értesítő Kö- és Könyvnyomdája Rt. Az állami gyermekmenhely működésére ld. pl.: *A Veszprémi M. Kir. Állami Gyermekmenhely működése 1904-1927.* Veszprém, 1927.

¹¹ 1870-ben egészségügyi, szülház- és tébolydai kiadások képeztek egy-egy tételt, míg 1871-ben betegápolási-, himlőoltási, járvány-, szülházi-, tébolydai költségek, valamint az egészségügyi tanács költségei jelentek meg a költségvetésben. Ld. 1870. évi X. tc., 1871. évi X. tc.

¹² 1914. évi XXVIII. Tc. 2§ A/XVII., B/VII.

¹³ RÉNYI JÓZSEF: *A helyi önkormányzat és a felette gyakorolt állami felügyelet elve és jogrendszere, különös tekintettel a kormányhatósági felügyeletre.* Budapest, 1896, Franklin.

A közegészségügyi közigazgatással kapcsolatos reformtervek között hangsúlyosan jelent meg a központ, a minisztérium átalakításának, illetve egy önálló egészségügyi minisztérium létrehozásának terve.¹⁴ Már a közegészségügyi törvény kidolgozásának időszakában fölmerült egy önálló minisztérium megszervezésének gondolata¹⁵, jóllehet a témával foglalkozók többsége inkább csak az osztálybesorolás egyes kérdéseit tárgyalta¹⁶, és a Belügyminisztérium által ellátandó feladatokkal foglalkozott, a korszak második felétől az átszervezés hatotta át a szakmai körök törekvéseit. Ennek keretében többen a minisztérium tisztviselői összetételében is változtatásokat képzeltek el.¹⁷ Az államosítás gondolata a korszak második felében már alapvető követelményként jelent meg, ezzel párhuzamosan számos szerző egy önálló egészségügyi minisztérium létrehozásában látta a központi igazgatás problémáinak megoldását.¹⁸ Jóllehet úgy tűnhet, hogy az egészségügyi közigazgatást egyetlen minisztérium irányította, egészségügyi kérdésekkel hat minisztérium is foglalkozott úgy, hogy az ügyintézésben természetesen az egyes minisztériumok együttműködhetnek a több területhez kapcsolódó problémák megoldásában, illetve közegészségügyi ügyekben a Belügyminisztérium egészségügyi osztályával.¹⁹ Valóban a Belügyminisztériumhoz tartozott az általános egészségügyi közigazgatás²⁰,

¹⁴ „Egy általános törvény Magyarországon csak azért sem hozható, mert a közegészségügy hazánkban mesterségesen annyira szét van szakítva, hogy a hány ministerium, annyi darabjai vannak a közegészségügynek [...] Csak ha mindezen külön választott részei a közegészség-ügynek egyesítettnek és egy együttes organicus testté összeforrasztva egy ministeri kezelés alá összecsoportosítanának: csak akkor kellene egy általános közegészségügyi törvényt alkotni és életbe léptetni.” – fogalmazta meg Knöpfler Vilmos a közegészségügyi törvény általános vitája alkalmával. – KN 1875-78. V. köt. 97. ülés. 137.

¹⁵ Poor Linzbauerrel szállt vitába. Nem értett egyet Linzbauer önálló egészségügyi minisztérium létrehozását elutasító véleményével, ugyanakkor fölállítást csak a közegészségügyi törvény megszületése után tudta elképzelni. – POOR IMRE: *Célszerű volna-e Közegészségügyi Ministeriumot felállítani?* Államorvos 1874/15. 149-150.

¹⁶ Ld. pl.: LINZBAUER XAVÉR FERENC: *Néhány szó a magyar kormányhoz és a parlamenthez a közegészségügy szabályozása tárgyában a municipiumok autonóm igazgatása alapján.* Bp, 1874, k.n. vagy DR. DUBAY MIKLÓS: *A közegészségügyi törvényjavaslathoz.* Bp, 1876, Franklin. Dubay a minisztériumon belül szervezendő egészségügyi helyrajzi osztályt képzelte el az egészségügyi személyzet országos belüli arányosabb elosztásának biztosítására.

¹⁷ Chyzer például kívánatosnak tartotta, hogy a minisztérium egészségügyi osztályát legalább részben szakemberekkel töltsék föl. (Ld.: Chyzer Kornél az 1885-ös, Az orvosi és közegészségügyi kongresszuson tartott előadását.)

¹⁸ Pl.: Fodor József (MK 1889. nov. 28., 48. sz.), vagy Kún Tamás, kinek véleményéhez a korszak meghatározó egészségügyi szakembere, Oláh Gyula is csatlakozott (Oláh Gyula felszólalása. In: *A milleniumi közegészségi és orvostügyi kongresszus tárgyalásai.* Frank Ödön (szerk.) Budapest, 1897, Franklin ny. 156-157.

¹⁹ Ld. pl. az amerikai sertéshús behozatalának korlátozása ügyében a bel- a pénz- és a földművelésügyi minisztérium képviselőinek részvételével tartott értekezleteket. – MOL K148-194-1897-V-2222.

²⁰ Megjegyzendő, hogy a minisztérium, feladatának ellátásához igénybe vette az Országos Közegészségi Tanácson kívül a különböző szakmai szervezetek, az egyetemek, a hazai és Lajtán túli minisztériumok, valamint olyan állami intézmények munkáját is, mint amilyen például a Statisztikai Hivatal volt, ahová 1873-ban éppen a közegészségügyi statisztika fejlesztésének feladatával nevezte ki Grósz Lipót minisztériumi titkárt rendes tagnak. – MOL K148-31-1873-V-1536.

de az általános ügyeken kívül az egészségüggyel kapcsolatos képzés²¹ (ezzel együtt a budapesti és a kolozsvári egyetemi klinikák, valamint a bábaképzők²²), a Vakok Intézetének²³, a budapesti Pasteur-Intézet²⁴ és a budapesti Gyengeelméjűek Intézetének²⁵ irányítása a Vallás- és Közoktatási Minisztériumhoz, a katona-egészségügy a Honvédelmi Minisztériumhoz, a kincstári bányák, egyes ásványvízforrások és fürdők (nem egészségügyi) ügyei a Pénzügyminisztériumhoz²⁶, a vasúti, hajózási egészségügyi kérdések²⁷, a gyógyszer-előállítás és kereskedelem, valamint az ipari egészségügy a Földművelési- Ipari és Kereskedelmi (1889-ig (1889/XVIII.tc.)), majd Közmunka- és Kereskedelemügyi (később Kereskedelemügyi-) Minisztériumhoz, az állategészségügy, a Gazdasági munkás- és cselédségélypénztár²⁸ a Földművelésügyi Minisztériumhoz, az Igazságügyi Országos Megfigyelő és Elmeógyógyintézet az Igazságügyminisztériumhoz tartozott²⁹ ³⁰ A reformelképzelések szerint ezeket az ügyeket, vagy ezek egy részét kellett volna egy önálló minisztérium munkájára bízni.³¹ Annak ellenére, hogy az elképzelést a szakma tekintélyes képviselői támogatták, nagyobb átszervezés, önálló minisztérium létrehozása nem történt a korszakban.

Az igazgatási rendszer sajátossága, ami a minisztérium működését is befolyásolta, hogy a végrehajtás közép- és alsó szintje lényegében nem volt állami kézben. Középszinten a (megyei és városi) törvényhatóságok, alsó

²¹ Az 1883/I. tc. által előírt tisztí orvosi vizsga tárgyát közös rendeletben szabályozták. – BM-VKM 1893/80.099.

²² VKM 1875/27.912.

²³ VKM 1874/28.391.

²⁴ VKM 1890/57.405.

²⁵ VKM 1896/58.709.

²⁶ Ehhez hozzá kell tenni, hogy egyes esetekben a Pénzügyminisztérium igénybe vette a Belügyminisztérium munkatársainak segítségét. Erre példa az az eset, mikor 1885-ben a herkulesfürdői építkezések miatti panaszok kivizsgálására Wekerle Sándor miniszteri tanácsost küldték ki, dr. Hartl Alajost, a Belügyminisztérium közegészségi osztályának tanácsosát rendelték mellé, kinek feladata az ellenőrzés szakmai részének biztosítása volt. – MOL K148-98-1885-V-3344.

²⁷ Ld.: *A m. kir. tengerészeti hatóság 1886/5273 rendelete valamennyi alárendelt m. kir. révhivatalnak, és a martinschizzai vesztegintézet vezetőségének.* Ehhez kapcsolódva: *Utasítás a martinschizzai tengeri vesztegintézet szolgálatáról.*, végül pedig: Kereskedelemügyi Min. 1900/12.316, *Szolgálati szabályzat a martinschizzai m. kir. tengeri veszteglőintézet számára.*

²⁸ 1900/XVI. tc., FM 1901/15.422

²⁹ Állategészségügyhöz általánosan ld.: DR. GONDA MIHÁLY-DR. MIHÁLY BÉLA- OROS IVÁN- DR. PATAKY ERNŐ- DR. SZÖRFY GYÖRGY – DR. TAKÁCS IMRE: *A földművelésügyi szakigazgatás története 1867- 1948.* Budapest, 1970, Mezőgazdasági Kiadó.

³⁰ Megjegyzendő továbbá, hogy a büntetésvégrehajtási-intézetekkel kapcsolatos közegészségügyi felügyeleti jogot a Belügyminisztérium (a törvényhatóság közigazgatási bizottságának vezetése és ellenőrzése mellett a tisztí orvos által), az intézkedési jogot az Igazságügyminisztérium (az illető kerületi ügyészség által) gyakorolta. (1876/XIV. 36§)

³¹ Balogh megfogalmazása szerint: „ez új kormányzati ág csak úgy bírna létjoggal, ha ügykörébe beszerveztetnék mindazt, ami az ország közegészségügyének legfőbb igazgatóságához szükségképp hozzátartozik” – BALOGH PÁL: *Közegészségügyi minisztérium.* Egészség XVIII. Budapest, 1904, 177.

szinten a községek biztosították a végrehajtást.³² E rendszert tovább színesítette az, hogy a városok között találunk törvényhatósági joggal bíró várost, mely nem volt a megyei törvényhatóság alá rendelve, továbbá találunk rendezett tanáccsal bíró várost, mely ilyen jogosítványokkal nem rendelkezett, hanem községi szinten helyezkedett el, azaz a törvény megyei törvényhatóság alá rendelte.³³ Ez a tagoltság a közegészségügyi rendszer egészét, és különösen szembeötlően a járványellenes védekezés megszervezését jellemezte.³⁴ Látható, hogy a minisztérium körrendeletekkel próbálta egységessé tenni a védekezés alapvető elemeit, de emellett számos helyi eltérés figyelhető meg a szemétszállítás megszervezésétől kezdve az orvosi ügyelet rendjének kidolgozásán át a biztonságos betegszállítás megoldásáig. A törvényhatóságok relatív önállósága miatt a közegészségügyet érintő rendeletek, és szabályrendeletek végrehajtása az egész korszakban hiányos maradt. A minisztérium nem rendelkezett megfelelő ellenőrző apparátussal, a közegészségügyi osztály – melynek tagjai közül egyes esetekben kormánybiztosok is kikerülhettek – az egész időszakban kis létszámú osztály maradt, így nem lehet csodálkozni azon, hogy kényszerű megoldási kísérletként egyes, főképp a járványügyet érintő rendeletek szabályos időközönként újra meg újra napvilágot láttak.³⁵

2 A törvényhatóságok

A közegészségügyi közigazgatás legnagyobb strukturális hibáját a kortársak is fölismerték. Ez pedig egészen röviden a következő: „a közegészségügy ma

³² A kérdés azonban nem ilyen egyszerű, mivel a végrehajtás forrásait – a megyei törvényhatóságokban legalábbis – lényegében az állam biztosította. A végrehajtásban, az anyagi alapok megteremtéséből következően tehát inkább egyfajta kettősségről lehet beszélni. – Ld.: STIPTA ISTVÁN: Intézménytörténeti adalékok az 1870/XLII tc. végrehajtásához. In: *Emlékkönyv Dr. Cséka Ervin egyetemi tanár születésének 70. és oktatói munkásságának 25. évfordulójára*. Szeged, 1992, Kiadja a szegedi József Attila Tudományegyetem Állam- és Jogtudományi Karának tudományos bizottsága. 481-494.

³³ A korszak önkormányzati rendszerének részletes bemutatására ezen munka keretei között nincs lehetőség. Annyit azonban meg kell jegyeznünk, hogy a községi önkormányzat által alkotott szabályrendelet nem ellenkezhetett a törvényhatóság szabályrendeletével, valamint a törvényhatóság jóváhagyása volt szükséges az adó megállapításához, új hivatal létesítéséhez és a jelentősebb beruházásokhoz, és a község határozatai ellen is a törvényhatósághoz lehet fellebbezni. Azaz a község igen szoros törvényhatósági ellenőrzés alatt állt. Ld. 1871/XVIII. Tc. 26-27§.

³⁴ A polgári közigazgatás megszervezése heves politikai viták közepette zajlott. Mivel a korábbi századokban a vármegye-rendszer sok esetben jelent meg egyfajta „alkotmányvédő” szerepben, többen a megyék és a polgári központi kormányzat viszonyában is megtartandónak vélték a korábbi megyei jogosítványokat. – a kérdéshez: *A köztörvényhatósági önkormányzat biztosításáról*. Pest, 1867. A modern közigazgatás igényei alapján azonban fölmerült a közigazgatás teljes államosításának gondolata is. Ennek legvitatottabb terve Szapáry miniszterelnökségéhez kapcsolódik. – Ld. 1887-92 Ogy. Képv. Ir. XXVI. k. 1011. sz. MK 1891. márc. 8. 10. melléklet.

³⁵ A kolera-rendeleteken kívül tipikusan ilyen a himlőoltással kapcsolatos rendelet és a trachoma terjedésének megakadályozása érdekében kiadott rendelet is.

a helyhatóságok kezében van, és helyi ügy gyanánt kezeltetik”.³⁶ A közegészségi törvény hatályba lépéséig, törvényi szinten a köztörvényhatóságok rendezéséről szóló törvény (1870/XLII. tc.) szabályozta a törvényhatóságok közegészségüggyel kapcsolatos feladatait. A jogszabály a törvényhatóságokat jelölte meg a központi kormányzati intézkedések végrehajtójaként. (15.§) Ezzel a rendelkezéssel tehát a közegészségügyi rendelkezések sorsa ezután is a törvényhatósági végrehajtó közegek kezében maradt. Kérdés tehát, hogy a törvényhatóság közegészségügyi feladatait hogyan, milyen rendszerben teljesítette.

A megyei törvényhatóságok mozgásteré a törvényhatósági jogú városokéhoz viszonyítva szűkebb. Ez elsősorban a megyék anyagi mozgásterében jelenik meg: feladataikat állami források nélkül lényegében nem tudták ellátni, ezen túl pedig, a középszintű szakigazgatási rendszer differenciálódásával egyre több állami közeg jelent meg mellettük. Azaz a megyék igazgatási szerepe módosult, határozottabbá vált az állami jelenlét a középszintű végrehajtásban.³⁷ A tendenciát jól jelzi: a tisztviselők felelősségi viszonyainak szabályozása, a közigazgatási bizottságok és a csendőrség megteremtése, a megyei „háztartás” rendezése és a második törvényhatósági törvény. Egyértelművé vált, hogy a kormányzat az első törvényhatósági törvény gyengéit a központi kormányzat megyebeli pozícióinak javításával (a főispánok helyzetének erősítésével, a fegyelmi viszonyok szabályozásával, és megyei szinten működő állami szervekkel) valamint az igazgatás szakszerűségének biztosításával kívánta kiküszöbölni. (Ide tartozott a minősítési követelmények kidolgozása, a szabályrendeletek kontrollja és az állami szervek megjelenése).³⁸ A folyamat következő állomása majd a századforduló „közigazgatás egyszerűsítését” és egységesítését célzó törvénye, s az ahhoz kapcsolódó a megyei törvényhatóságok működését igen pontosan meghatározó Vármegyei Ügyviteli Szabályzat,³⁹ továbbá a vármegyei vagyonkezelés de facto államosítása (1902/III. tc.). Így a

³⁶ BALOGH, 1904, 177.

³⁷ Általános problémaként jelent meg a megyei adminisztráció sokfélesége, a megyei tisztviselők képzetlensége. Az első törvényhatósági törvény nyomán elkezdett reformlépések tehát olyan korrekciós lépéseknek is tekinthetők, melyek a kiegyezés utáni évek politikai viszonyai közepette a még véghezvihető megoldást nyújtották a megyék strukturális hibáinak orvoslására.

³⁸ Ld.: CONCHA GYÖZÖ: *A közigazgatási enquete*. (Különlenyomat a „Magyar Igazságügyből”) Budapest, 1881, Zilahi Sámuel. továbbá STIPTA ISTVÁN: *A vármegyei szervezet átalakítása Tisza Kálmán miniszterelnöksége idején*. Szeged, 1995, JATE. JELLINEK ARTHUR: *A törvényhatósági tisztviselők, segéd- és kezelő-személyzet elleni fegyelmi eljárásról*. Magyar Jogászegyleti Értekezések. XXIX. III. kötet, 2. füzet. Budapest, 1886, Franklin ny. LAKOS JÁNOS: *A közigazgatási reform ügye a Szapáry-kormány minisztertanácsa előtt 1890-1892*. Levéltári Szemle (a továbbiakban LSz) 1998/3, 3-18. EGYED ISTVÁN: *Választás vagy kinevezés? A törvényhatósági tisztviselői jog reformjához*. Különlenyomat a Katholikus Szemle 1911. évfolyamából. Budapest, 1911, Stepahaneum ny., a visszasságokra: *Plachy Gyula és társai emlékirata, melyben Hontmegye közigazgatásának betegségeit feltárják és orvoslást kérnek a nagyméltóságú Belügyminister Urhoz*. Budapest, 1889, Wodianer ny.

³⁹ BM 1902/125.000

vármegyei önkormányzatiság mozgásterének beszűkítését a kormányzat szándékainak megfelelően a szakmaiság követelményének elvben jobban megfelelő megyei ügyintézés egészítette ki.⁴⁰ E lépések végpontját – mivel a háború miatt újabb reformot már nem lehetett végrehajtani – a vármegyei tisztviselői fizetések rendezése jelentette 1904-ben (1904/X. tc.).⁴¹ A megyei tisztviselők fizetésének jelentős emelése, valamint annak az államkincstárból való közvetlen utalványozása a megyei tisztikar függésének világos jele volt.⁴²

A megyei törvényhatóság tiszti orvosa és a járási orvos helyzetének változása a fenti folyamatokkal együtt értelmezendő. A törvényhatóság orvosi személyzetét tehát 1886-tól a főispán élethosszig nevezte ki (80§), s az alispán a főorvossal szemben nem alkalmazhatott rendbüntetést sem (67§ m)). A tiszti főorvos és a járásorvos munkarendjét pontosan meghatározta az 1902-es Vármegyei Ügyviteli Szabályzat, és a fizetések 1904-es rendezése következtében a többi megyei hivatalnokkal együtt fizetési kategóriába osztották őket is.⁴³

A törvényhatóság saját területén, a törvényeken, rendeleteken kívül szabályrendeletei alapján járt el, teljesítette feladatait, melyet a közgyűlése alkothatott (43.§). A szabályrendeleti anyagban természetesen bőségesen található a legkülönbébb, egészségügyi területet szabályozó anyagok is.⁴⁴

⁴⁰ Ahogy Concha megállapította: „Közép birtokosságunknak sem elég vagyona, sem elég képzettség nincs többé, hogy nobile officiumokat vagy azokhoz mégis közel járó tisztségeket viseljen s a közigazgatáshoz mai nap kötött igényeknek megfelelően.” – CONCHA GYÖZÖ: *A közigazgatási javaslatról*. Budapest, 1891, 8. A reformlépéseknek ugyanakkor a más vélemények szerint a vármegyei önkormányzat normális működése esett áldozatul anélkül, hogy a kormányzat szándékai teljesültek volna: „A minősítési törvény és a mai jogi oktatási és vizsgálati rend nem képeznek kellő garanciát arra, hogy a közigazgatási pályára készülő ifjak a szaktudásnak és jogi tudásnak erős szervezetével lépjenek a fórumra.” – BENKÓ ALBERT: *A vármegyei közigazgatás reformjának irányelvei*. Budapest, 1911, Kilián. 51., továbbá FERDINANDY GYULA: *Vármegyék reformja*. Kassa, 1910, Kassai ny.

⁴¹ BM 1904/62.000

⁴² VÖRÖS KÁROLY: *A polgári kori magyar törvényhatósági közigazgatás*. Budapest, 1956, Levéltárak Országos Központja. 25.

⁴³ Ami a szakmai körök bizakodó hangulatát erősítette, t.i. ezzel a rendelkezéssel immár „tényleg hivatalos állásnak” érezték a megyei orvosi állásokat. – *Magyar tiszti főorvosok és járásorvosok fizetésrendezése*. Gyógyászat, 1904/10. (márc. 13.) 171-172.

⁴⁴ A budapesti anyagban például rendelkezés szól arról, hogy ragályos betegségben elhunytak temetésén milyen díszleteket lehet használni, hogyan hajtja végre a város a himlőoltást és milyen szolgálati utasítás szerint járnak el a kerületi egészségőrök. De szabályrendeletet alkotott a törvényhatóság a kórházakról és a közegészségügyet érintő kihágásokról is.

A szabályrendeleti anyagban természetesen az adott város visszatérő közegészségügyi feladatainak lenyomatát láthatjuk. ld. pl. Kolozsvár trágya-tárolási kérdéseket, vagy Komárom vásári egészségügyet érintő szabályrendeleteit. *Kolozsvár sz. kir. város szabályrendelete a közegészség, köztisztaság, testiépség, közbiztonság, közcsend és rend, közszemérem és tulajdon elleni rendőri kihágások tárgyában*. (10870/1881 BM 1882/54.477), Kolozsvár, 1882, *Komárom sz. kir. város rendőrségének szervezeti és szolgálati szabályzata*. Komárom, 1894, Spitzet Sándor ny. A „Szentháromság”-hoz címzett győri kórház szabályrendelete. Győr sz. kir. város Hivatalos Értesítője 1890, 12-15. *Versec város közegészségügy, testi épség, közlekedés és köztisztaság elleni rendőri kihágásokról alkotott szabályrendelete*. MK 1897. máj. 2.

Ezek sem törvényekkel, sem rendeletekkel nem ellenkezettek.⁴⁵ E követelmény teljesítésével – tekintettel természetesen a minisztérium alapos ellenőrzési gyakorlatára – különösebb gond nem is volt a korszakban.⁴⁶ Ami a közegészségügy hazai működése szempontjából tehát igazán fontos, az inkább a törvényhatóságok szervezeti felépítéséből következő és állandósuló problémák kérdése volt.

A közgyűlés – a téma szempontjából lényeges – feladatai közé tartozott, a szabályrendelet-alkotáson kívül a közművek kiépítéséről és a különböző építkezésekről való döntés, valamint a tisztviselők megválasztása, azok ellenőrzése, fizetésének meghatározása és új hivatalok felállítása is. (43.§ g-k.)

A törvényhatóságok ügykezelése ügytípusonként történt, tehát a közegészségüggyel kapcsolatos ügyeket ugyanaz az ügyosztály végezte, illetve ugyanazok az ügyosztályok végezték. Az ügyosztályi beosztással párhuzamosan működtek a (szak)bizottságok, ezek között, általában hasonló beosztás keretében, a közegészségügyi kérdésekkel foglalkozó (szabályrendeletek előkészítésében is részt vállaló) szakbizottságokat találunk.

A törvényhatósági joggal rendelkező városok alispánnak megfelelő tisztviselője a polgármester volt. A törvény megelégedett az ő feladatkörének meghatározásával, a többi tisztviselőjére nézve a város saját szabályrendeletével állapított meg feladatköröket.⁴⁷ Ez érvényes volt a városi közegészségügy működtetésében kulcsszerepet játszó kapitányra is.⁴⁸ A városi törvényhatóságok ügykezelését tehát szabályrendeletek határozták meg, s ezek az ügyintéztést a tanácsi ügyosztályok keretei közé rendelték. Noha a tanácsi ügyosztályok beosztása törvényhatóság joga volt, a törvények által előírt feladatok nagyban meghatározták a fölálló osztályok számát, jellegét. Győr város hat ügyosztálya közül három, a közegészségügyi és illetőségi, a jótékonysági és rendőri, valamint a műszaki, ipari és kereskedelmi osztály⁴⁹, Budapesten az egészségügyi, valamint az ipar-,

⁴⁵ A szabályrendeletek kérdéséhez hozzá kell fűzni, hogy 1886-után a minisztérium a szabályrendeleteket célszerűségi alapon is mérlegelte, ezért, és a korábbi törvényes lehetőségek miatt a szabályrendeleti anyag konvergenciája figyelhető meg. (ehhez ld. pl. a debreceni köztisztasági szabályrendelet sertéstartásról szóló részéhez fűzött minisztériumi megjegyzéseket: MOL K150- 2703-1896-IV-11-33737-55655) – WLASSICS GYULA: *Önkormányzat és felügyeleti jog*. Különlenyomat a „Jogállam” XIII. évfolyamának 1. füzetéből., Bp, 1914, 9.

⁴⁶ A szabályrendeleti anyag jó része nem más, mint a miniszteri rendeletek „másolata”, ugyanakkor a közegészségügyi személyzetre vonatkozó anyag egy része olyan kérdéseket rendezett, melyet a rendeletanyagban nem feltétlenül lehet megtalálni. Ld. pl. Abaúj-Torna vm. községi és körorvosokról szóló szabályrendeletét – MOL K150-1641-1888-IV-6-46211

⁴⁷ Ld. pl. 1872 *Budapest szervezési szabályrendelete*. Budapest főváros törvényhatósága által alkotott szabályrendeletek, szabályzatok és utasítások gyűjteménye IV. rész. Budapest, 1890 (BM1873/52.967)

⁴⁸ Ld. pl.: *Komárom sz. kir. város rendőrségének szervezeti és szolgálati szabályzata*. Komárom, 1894, Spitzer S. ny.

⁴⁹ Győr sz. kir. város Hivatalos Értesítője 1893.

rendészet és szegényügyi osztály foglalkozhatott egészségügyi kérdésekkel.
50 51

A törvényhatóság tisztviselőit a törvényhatóság bizottsága választotta, hat éves időtartamra. Ez vonatkozik a törvényhatóság alkalmazásában álló orvosokra is. Megválasztásukhoz az ő esetükben a törvény az általános feltételek teljesítésén túl előírta a képesítés Magyarországon érvényes oklevéllel történő bizonyítását és két év gyakorlatot (67.§). Elvileg minden tisztviselői státusz betöltéséhez három jelentkező közül kellett kiválasztani a megfelelőt, ami azonban az orvosi állások betöltésénél nagyon sok törvényhatóságban nem volt lehetséges.⁵²

3 Községi közegészségügyi feladatok

A törvény által konkrétan meghatározott községi feladatok közül a szegényügy kezelése volt egyértelműen közegészségügyi vonatkozású.⁵³ Természetesen a községek feladatait a törvényhatóság, illetve a saját szabályrendeletei is meghatározták, melyek előírhattak közegészségügyi feladatokat.⁵⁴ Az 1876-os közegészségi törvény már sokkal bővebben határozta meg a községek feladatait. E szerint: „A község végrehajtja jelen törvénynek, a kormánynak és a törvényhatóságnak a közegészségre vonatkozó, a törvények értelmében kiadott rendeleteit.” (139.§), azaz a végrehajtás legalsó fokán a község helyezkedett el.⁵⁵ Pontosán meghatározta a község szegényügyi kötelezettségeiből fakadó közegészségügyi feladatait: ebben a körben helyezkedett el a szegény, gyógyíthatatlan elmebetegekről⁵⁶, a gyengeelméjűekről, vakokról, süketnémákról, lelencekről és dajkaságba adottakról való gondoskodás. A községnek voltak oltásüggyel kapcsolatos és járványügyi feladatai, fenntartotta a temetőt és a halottasházat, végül a

⁵⁰ *Jelentés Budapest főváros törvényhatóságának közigazgatási működéséről 1873-ik évi október 25-től, mint az egyesített főváros törvényhatóságának megalakulása napjától kezdve 1874-ik év december végéig.* Bp, 1875.

⁵¹ Megjegyzendő, hogy a törvényhatóságok ügykezelése, az egyes osztályok által vitt ügyek köre és az osztálybeosztás éppúgy módosult a korszakban, mint a Belügyminisztériumé.

⁵² A korszak sajtóanyagában igen gyakran lehet orvosi állás-pályázati hirdetéssel találkozni. Pl.: Szolnok-Doboka vármegyei főorvosi állását évi 800 Ft fizetéssel és 200 Ft úti átalánnyal hirdette meg többször is Bánffy Dezső. (Pl. MK 1889/45. (nov. 7.))

⁵³ BM 1872/8803, BM 1872/23.144. Illetve a rendezett tanácsú városok számára írta elő a helyi igények szerinti „közegészségi rendőrség” kezelését. (22.§)

⁵⁴ Abaúj-Torna vm. községi és körorvosokról szóló szabályrendelete pl. az általános szabályok ismétlésén túl az ügykezelés egyes kérdéseit is rendezte. – MOL K150-1641-1888-IV-6-46211.

⁵⁵ Veszprém megye alispánja a közegészségügyi törvény végrehajtása kapcsán utasítást kért a minisztertől a községi orvosok választását megtagadó községekkel kapcsolatos eljárásra. Az előjáróság elleni fegyelmi eljárás megindításával fenyegetve sikerült később elérni, hogy a köröket a megfelelő személyzet hiányának indokával ne töltsék be az érintett községek. – MOL K150-1325-1888-IV-6-408

⁵⁶ Gyógyíthatatlan, nem közveszélyes elmebetegetek nem vettek föl az elmeorvosintézetek.

község gyakorolta az egészségügyi személyzet megválasztásával kapcsolatos jogait.

Az 1898-as, az országos betegápolási alapot létrehozó törvény újra szabályozta a községek kötelezettségeit. Így az illetőségi község volt köteles a kórházi ápolásban nem részesülő (vagy arra nem szoruló), a gyógyíthatatlan betegekről és (nem közveszélyes) elmebetegekről, illetve a különböző fogyatékosok és lelencek eltartásáról (7 éves korukon túl) gondoskodni. A következő évben kiadott rendelet részletesen szabályozta a községély szolgáltatásának módját, előírva a községeknek a rendelettel megegyező tartalmú szabályrendelet alkotását.⁵⁷ A községeknek nyilvántartást kellett vezetniük a szegényekről (törzskönyv), a rendelet előírta a gyógyítható betegek kórházba szállításának kötelezettségét, a gyógyíthatatlan betegek állandó ellátását menhely keretében úgy, hogy a feladat-ellátásban részt vett az országos betegápolási alap is, mivel a gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök költségét az alap, illetve az állam viselte.⁵⁸

A közegészségügy rendezéséről szóló törvény nem teljesen igazodva a törvényhatóságok, illetve a községek rendezéséről szóló törvények terminológiájához, egységesen a községek közegészségügyi feladatai között tárgyalja a községek, a rendezett tanácsú, és törvényhatósági jogú városok, valamint Budapest közegészségügyi szolgálatának feladatait. (1876/XIV. 139-152.§) A törvény a községi (városi) közegekre bízta az élelmiszer- és ivóvíz ellenőrzésének feladatát, illetve a köztisztaság és az egyéb közegészségügyi vonatkozású ügyek közegészségügyi rendőri feladatait.⁵⁹ Ennek keretében tehát a kis- és nagyközségekben a bíró és a jegyző, rendezett tanácsú városokban a rendőrkapitány, törvényhatósági jogú városokban a kapitányság, Budapesten a fővárosi rendőrség rendelkezett intézkedési jogkörrel (lefoglalás, ellenőrzés, bejelentés

⁵⁷ BM 1899/51.000

⁵⁸ A kapcsolódó rendelet szerint az alap terhére akkor rendelhető gyógyszer, ha 1) a beteg az 1886/XXII. tc. 145.§-a értelmében magát fönntartani nem képes, 2) ha hatóságilag igazolt szegény, vagy akit szegénynek tekintenek, 3) akik egyik kategóriába sem esnek, de nem tudnak maguknak gyógyszert venni. A szegények névjegyzékével a hatóság ellátta az orvosokat, ha a hozzájuk forduló ezen nem szerepelt, akkor az orvos kikérdezte személyes viszonyairól, és az alapján rendelkezett az alap terhére. Ha azonban utóbb kiderült, hogy a beteg valótlan állítás alapján jutott ingyenes gyógyszerhez, akkor a gyógyszer árának kétszeresét kellett visszafizetnie. – BM 1898/118.956, továbbá – FORBÁTH TIVADAR: *Adatok a magyar szegényügy rendezéséhez*. Budapest, 1908, Márkus S. ny.

⁵⁹ A későbbiekben rendeletek bővítették a községi feladatkört, illetve rendeletek pontosították a közegészségügyi törvény végrehajtásának módját. – FM 1888/40.000 vágóhidak építéséről, vágatási biztosról való gondoskodásról, (hivatkozva: A székesfővárosi m. kir. állami rendőrség rendőrorvosi intézményének ismertetése. M. Kir. Államrendőrség Főorvosi Hivatala, 1894.) PM 1892/53.236 szesz italokra való felügyeletről, (hivatkozva: *A Budapest Fő- és Székvárosi Állami Rendőrség 1895. évi működése*. Bp, 1896.) BM 1894/110.461 szódavízgyárakra való felügyeletről (hivatkozva: *Budapest egészségügye érdekében alkotott rendeletek és határozatok*. Gyűjtötte, jegyzetekkel ellátta és sajtó alá rendezte DR. FELEKI SÁNDOR. Átnézte Dr. Schermann Adolf. Budapest, 1904, Szföv. Háziny.)

bírságotra).(141.§)⁶⁰ A törvény a közegészségügyi kihágásokat rendőri bírászkodás tárgyává tette. Ebből következik, hogy a fenti esetekben, azaz ha a törvény előírásainak megsértését a községi, városi közegek megállapították, elsőfokú bírászkodásra kis- és nagyközségben a szolgabírónak, rendezett tanácsú városban a polgármesternek (vagy a tanács által kijelölt helyettesének), törvényhatósági joggal felruházott városokban a kapitányi hivatalnak, vagy annak kijelölt tagjának, Budapesten pedig a kerületi előljárárság tagjának vagy tagjainak jelenthette be.

A községek orvostartásának kötelezettsége

A törvény a rendezett tanácsú városok számára, valamint a 6000 főnél nagyobb lélekszámú községek számára orvos tartását tette kötelezővé. Az ennél kisebb községek orvos-tartási kötelezettségüket a törvényhatóság által meghatározott közegészségi kör keretében teljesíthették.⁶¹ Az orvostartással kapcsolatos terhek (az orvosi fizetés, a lakás (esetleg) és a fuvar biztosítása⁶²) – főképp szegényebb vidékeken – hosszú ideig akadályozhatták a törvény végrehajtását.⁶³

⁶⁰ A hatósági élelmiszer-ellenőrzés megteremtése fontos kérdés volt, ezt a BM 1876/31.026 rendelete szabályozta, előírva a folyamatos felügyeletet, a rendőri közegekre bízva a lefoglalás foganatosítását, a szakközegek, azaz a községi és körorvosok közreműködésével.

⁶¹ Az orvosi kör-beosztás, illetve annak esetleges megváltoztatása sok esetben heves vitákat váltott ki. Zólyom megye pl. Zólyom város orvosát körorvossá kívánta tenni, azzal az indokkal, hogy a város környékének községeit máshogy nem lehet működő orvosi körbe osztani. A döntés ellen a város természetesen tiltakozott. – MOL K150-748-1879-IV-1-48400.

⁶² Az orvosi fuvar kérdésében, egy még 1865-ben kiadott helytartótanácsi rendelkezés kapcsán, még a közegészségi törvény előtt, az 1870-es évek elején heves vita alakult ki, melyben a megyék nagy része állást fogalt.(1865. márc. 23./19.579) Sáros vármegye sérelmezte, hogy a lófogatokkal bíró községek maguk végzik a fuvarozást, azok pedig, melyek olyan szegények, hogy erre nem képesek, az országos alapból kapják meg a fuvar árát, ami viszont nem igazságos, mert az előbbi községek még fizetnek is ebbe az alapba. Így nem csoda, ha ezek a községek megtagadják a fogatok biztosítását. Erre hivatkozva az alaphól történő térítés megszüntetését kéri, (1868. ápr. 6.), és az egész kérdést az országban a törvényhatóságokra kívánja bízni a vármegye.– MOL K150-85-1870-IV-2-9605 Ezt az indítványt küldte ki a minisztérium a törvényhatóságoknak. (1868. máj. 17.) A törvényhatóságok válaszaikban a legkülönbözőbb álláspontokat és elképzeléseket fogalmazták meg. Baranya vármegye például az eddigi intézmény megszüntetését javasolta, hivatkozva arra, hogy a megyében minden községnek van saját fogata, és a fuvardíj fizetését a házi költségvetésben erre a célra nyitott rovat és a hatóságilag bevezetett mérfölddíj bevezetésétől várja.– MOL K150-85-1870-IV-2-10762 Komárom véleménye szerint a parasztok nem rendelkeznek pénzzel, gyakorlatilag nincs pénzforgalom, ezért a fuvardíj pénzbeli megváltására nem látnak lehetőséget.– MOL K150-85-1870-IV-2-24710 Szabolcs vármegye a régi rendszer ellen foglalt állást, azzal hogy véleménye szerint nem célszerű, hogy az oltó orvos útiköltségei a járásbeli községek „egyenest adójuk aránya szerint legyenek viselendők”. – MOL K150-85-1870-IV-2-5532 Máramaros közönsége az eredeti rendelkezés fönntartását tartotta megfelelőnek: „tekintettel községeink anyagi igen szorult helyzetére és különböző adónemekkel lett túlterhelhetésére – nem lehetünk azon nézetben, hogy a himlőoltó orvosnak úti költségeit a járásbeli községek egyenest adójuk arányában viselendő bizonyos úti átalag kirendelése mellett fedezzék.”– MOL K150-85-1870-IV-2-5532.

⁶³ Ugocsa vármegye a közegészségügyi törvény végrehajtásával kapcsolatos felterjesztésében tájékoztatta a minisztériumot, hogy a községek a községi, illetve körorvostartási kötelezettségüket a magas helyi adóterhek és a szegénység miatt nem tudják teljesíteni, s ezért a megye kérte a törvény

4 Orvosok a közegészségügyi rendszerben

Sajátosan alakult az orvosok és a törvényhatóságok, illetve községek viszonya is. Az orvosok általában nem számíthattak megfelelőnek mondható javadalmazásra. Ennek következménye nem csak az országban nagyszámban betöltetlenül/betölthetetlenül maradó orvosi kör volt, hanem az is, az orvosok legnagyobb része kénytelen volt magánpraxist folytatni, vagy – főképp városokban – a prostitúció ellenőrzésével kapcsolatos, külön jövedelmező hatósági orvosi feladatokra fordítani idejének nagy részét.⁶⁴ A vonatkozó törvények pedig igen szerteágazó feladatkört telepítettek a hatósági- és a községi/körorvosokra egyaránt, melynek ellátására a rendszeresen gyakorolt magánpraxis miatt kevesebb figyelem maradt. Ezért a szakmai körök a századfordulóhoz közeledve egyre határozottabban fogalmazták meg a változások szükségességét, s a tapasztalatok is azt mutatták, hogy az egészségügyi ellátórendszer alapja, azaz a községi/körorvosi rendszer súlyos gondokkal küzd. A kritikák legnagyobb része megoldási javaslatként az egészségügyi rendszer államosítását fogalmazta meg.

4.1 Magánorvosok

A vizsgált korszakban az orvosok vagy magánpraxisból éltek, vagy a fent bemutatott közegészségügyi rendszer részeként dolgoztak, azaz minisztérium, törvényhatóság, vagy község alkalmazásában álltak.

A közegészségügy rendezéséről szóló törvény szabályozta az orvosi gyakorlatot. A törvény szerint az országban orvosi gyakorlatot az folytathat, aki magyar egyetemen szerzett oklevelet, vagy külföldi oklevelét honosíttatta.⁶⁵ A nyugati birodalomfél egyetemlein szerzett orvosi diplomák kölcsönös elismerése az adott kormányok közötti megegyezés tárgyát képezhette. (1876/XIV. tc. 43-44.§) Az országban orvosi gyakorlat folytatására jogosult bárhol letelepedhetett és dolgozhatott, miután oklevelét

orvos alkalmazására vonatkozó része végrehajtásának halasztását. – MOL K150-748-1879-IV-1-12977, Torontál megyében pedig: „[...]községeink legnagyobb része megelégszik azzal, ha a megye járási – s a volt uradalmak uradalmi orvosokat tartanak mert megelégszenek e tekintetben azzal, ha a járási orvos elfoglaltsága miatt csak néha hozzájuk tekint és akkor sem intézkedik semmiről, mert ők e tekintetben semmi intézkedni valót nem ismertenk, legjobban megelégszenek pedig az uradalmi orvossal, mert ennek a községhez semmi köze, ha pedig valakinek szüksége van, annak szolgálatjára áll.” (*A községi-orvosi ügy, Torontálmegyében*. Torontálmegyének 1873. évi szeptember hó 10-én s következő napjain Nagy-Becskerek mező városában tartott rendes közgyűlésből. 268. szám/b.gy., Gyógyászat, 1873. okt. 25., 43., 682-685., 683.

⁶⁴ Ld.: OLÁH GYULA: *A közegészségügy államosításáról*. KSz Budapest, 1890, 378.

⁶⁵ A Helytartótanács 1754-ben utasította a törvényhatóságokat, hogy minden, a területükön működő orvos diplomáját terjessze föl, majd pedig napvilágot látott az a rendelet, melynek alapján a külföldön végzett orvosoknak a Helytartótanács egészségügyi tanácsosa előtt kellett vizsgát tenniük. 1771-től a külföldi diplomával rendelkező orvosoknak, a Bécsben végzeteket kivéve, a nagyszombati egyetem orvosi kara előtt kellett a vizsgát letenniük. – FELHŐ – VÖRÖS, 1961, 115.

az illetékes hatóságnak bemutatta, s azt helyben beiktatta és kihirdette. A beiktatott orvosnak elsősegély-nyújtási kötelezettsége volt mindaddig, míg a hatóságnak be nem jelentette praxisának megszűnését. (1876/XIV. tc. 46.§) A magánorvos saját maga választhatta meg az alkalmazott gyógymódot, ugyanakkor felelős volt az esetleges műhibákért. Ezen orvosok munkáját a felek megegyezésétől függő mértékű díjazás illette. Ha erre nézve előzetesen nem történt megegyezés, a bíróság perben állapíthatta meg a díjazást⁶⁶ melynek legkisebb mértékét az ország viszonyaira tekintettel a miniszter határozta meg. A magánpraxist folytató orvosok fő szabály szerint csak kivételes alkalmakkor, járványok alkalmával vettek részt a közegészségügy munkájában, amikor a tömegesen megbetegedő lakosság ellátása miatt szükségessé vált a magánorvosok ügyeleti, vagy kórházi munkára történő kirendelése.⁶⁷ Másik tipikus ilyen eset a himlőoltás – díjazás ellenében való – végzésében részvétel volt.⁶⁸ Kirendelést praxisának területén köteles volt ellátni, azon kívül csak akkor, ha azt elfogadta. Járvány esetén a magánorvost elsősegély-nyújtási köteletség terhelt, valamint ha az adott településen más orvos nem működött, akkor köteles volt a további gyógykezelést is elvégezni.⁶⁹

4.2 Orvosok közszolgálatban

Az orvosok másik csoportja közszolgálatban, azaz a fent bemutatott igazgatási szervezet valamelyik elemében állami, törvényhatósági vagy községi alkalmazásban dolgozott. Állami alkalmazásban álltak a központi igazgatásban dolgozó orvosok, az egyetemeken, bábaképzőkben tanító és ott közegészségügyi feladatokat ellátó orvosok, a rendőrség, a Központi Bakteriológiai és Közegészségügyi Vizsgáló Állomás, Budapesti Pasteur-Intézet és Kórház, a vesztegintézetek munkatársai, az állami trachomaorvosok, a törvényszéki és büntetés-végrehajtási intézetek, valamint a börtönkórházak orvosai, a kerületi közegészségügyi felügyelőségek (az 1912-es költségvetéstől), Diftéria-szérum termelő Intézet (1896-tól), a (központi) himlőoltóanyag-termelő intézet, valamint az állam által fenntartott gyógyintézetekben dolgozó orvosok. (Állami gyógyintézetek voltak az állami közkórházak, az állami elmeorvosintézetek, a Vakok Intézete, a már említett egyetemi klinikák, valamint a speciális gyógyintézetek (pl. szemkórházak, bábaképzők)).

⁶⁶ Ld.: BABARCZI SCHWARTZER OTTÓ: *A magánorvoslás díjazásának kérdése a bíróság előtt*. OH, 1901. (22. sz.) 368-370. FÁY ALADÁR: *Az új orvosi díjszabás és az orvosi szolgálat díjazására fennálló szabályok*. Budapest, 1901, Országos Központi Községi Nyomda Részvény-Társaság.

⁶⁷ 1876/XIV. tc. 84-85.§ pl. Győrben történt ilyen eset – GYVL Tan/1873/2900.

⁶⁸ Ld. 1887/XXII. tc. 7.§

⁶⁹ A kirendelésre, valamint a felelősségre vonatkozó szabályokat ld. alább.

4.2.1 A központban

A központ munkájában háromféleképpen vehettek részt orvosok. 1) Találunk orvosokat a közegészségügyi osztály munkatársai között⁷⁰, akikről az 1876-os törvény kimondja, hogy egyenlő elbánásban részesülnek a többi hivatalnokkal (166.§)⁷¹. A Belügyminisztériumon kívül más minisztériumokban is találunk orvos tisztviselőket.⁷² Természetesen a Belügyminisztériumban dolgozó orvosok minősítési követelményeire is vonatkozott a köztisztviselők minősítéséről szóló 1881-es szabályozás, mely szerint a közegészségügyi osztályon dolgozó orvosoknak orvosi, sebészi, vagy szülésmesteri oklevéllel kellett rendelkezniük. Az állás betöltésénél előnyt jelentett a pályázó korábbi egyetemi munkaviszonya (egy éves tanársegédi, vagy két éves gyakornoki viszony), különösen akkor, ha a minisztériumi munkával összefüggő tárggyal foglalkozott. (1881./I. tc. 9.§). Orvosok által betöltött állások között tisztviselői, valamint díjnoki, szakdíjnoki állással egyaránt találkozunk.⁷³ A minisztériumi, biztos megélhetést kínáló tisztviselői pálya főleg a szegény vidéken működő (kőr)orvosok számára jelentett nagy vonzerőt, mit a számos álláskérelem is bizonyít.⁷⁴ 2) A minisztériumhoz tartoztak továbbá a kiküldött kormánybiztosok, valamint a közegészségi főfelügyelők, közegészségügyi főfelügyelői címmel és jelleggel felruházott közegészségügyi felügyelők, a közegészségügyi felügyelők, a közegészségügyi felügyelői címmel és jelleggel felruházott segédfelügyelők, a közegészségügyi segédfelügyelők, a címzetes közegészségügyi felügyelők, a gyermekmenhelyi igazgató főorvos, a napidíjas orvosok, valamint a bakteriológiai szaksegéd, akik természetesen szintén orvosok voltak, s leggyakrabban az osztály munkatársai közül kerültek ki.⁷⁵ Rendszeresen részt vettek az osztály munkájában az Országos Közegészségi Tanács tagjai is. 3) A minisztérium szakmai-tanácsadó

⁷⁰ Ahol olyan kiemelkedő szakemberek fordultak meg a korszakban, mint például Chyzer Kornél, aki annak vezetője volt 1892-től, vagy Oláh Gyula.

⁷¹ A korszakban a tisztviselők viszonyait átfogóan szabályozó törvény nem született, noha a szakmai körök azt már kezdetektől fogva várták, kidolgozását – önálló tervek benyújtásával is – sürgették. Így a közszolgálatban dolgozó orvosokra vonatkozó szabályokat is több jogforrás rendezi. – CSIKVÁRI JÁKÓ: *Tisztviselői mozgalmak története (1867-1908)*. Budapest, 1909, Franklin ny. 29.

⁷² Ilyen volt például Markusovszky Lajos, aki a Vallás- és Közoktatási Minisztériumban 1867-től 1892-ig dolgozott előadóként.

⁷³ A közszolgálati viszonyhoz, szolgálati beosztáshoz ld.: CSIZMADIA ANDOR: *A magyar közigazgatás fejlődése a XVIII. századtól a tanácsrendszer létrejöttéig*. Budapest, 1976, Akadémiai. 204.

⁷⁴ Dr. Keresztes Jenő Moson vármegyében dolgozó kőr orvos pl. minisztériumi napidíjas állást kért 1903-ban azzal az indokkal, hogy kőr orvosi fizetéséből gyerekeit nem tudja a városi gimnáziumban taníttatni. A kérelmet a megye főispánja is támogatta. – MOL K148-258-1903-5-1275.

⁷⁵ SZÉKELY VERA: *A központi államigazgatás tisztségviselői a dualizmus korában 2. rész a M. Kir. Miniszterelnökség, a Király Személye Körüli M. Kir. Minisztérium, M. Kir. Belügyminisztérium*. Budapest, 1980, Magyar Országos Levéltár, 69-74.

szervezete, az OKT volt a harmadik lehetőség.⁷⁶ Az 1890-ben létrejött másik (az Igazságügyi Minisztérium mellett működő) tanácsadó testületben, az Igazságügyi Orvosi Tanácsban is természetesen orvos-tisztviselőket találunk.^{77 78}

4.2.2 Rendőrségi orvosok

Találunk orvosokat továbbá az 1881/XXI. tc. által szabályozott (bár már korábban államosított) fővárosi rendőrség keretei között. A szabályozás szerint az orvosok a tiszti személyzet részét képezték (1881/XXI.tc. 41.§a)) A törvény alapján a főkapitányi hivatalban, valamint a kerületi kapitányságokon dolgoztak orvosok (rendőr-főorvos, illetve kerületi orvosok). A köztisztviselők minősítéséről szóló 1883/I. tc. 9.§-a szerint a fővárosi rendőrség orvosainak vagy általános orvosi, vagy sebész-orvosi és szülészmesteri képzettséggel és kétévi gyakorlattal kellett rendelkezniük. A közegészségügyről szóló törvény 141.§-a a fővárosi rendőrség feladatai között jelölte meg a vásárok élelmiszer-egészségügyi, a vízszolgáltatással kapcsolatos, a „halottkémléssel”, valamint a balesetekkel kapcsolatos egészségügyi hatósági munka ellátását. A fővárosi rendőrség keretein belül tehát két (központi-, és helyi-) szinten dolgoztak orvosok. A közegészségügyről szóló törvény alapján várható lenne, hogy a fővárosi rendőri közegek, ez esetben a rendőrorvosok jól körülírt feladattal rendelkeznek. A kerületi tiszti személyzet fölállásával megkettőződött a hatósági orvosi szakembergárda a fővárosban. Így tehát az első fokú hatóság a kerületi elöljáróság, melynek közegei a kerületi orvosok, a fővárosi rendőrség helyi közegeiként pedig a kerületi rendőrorvosok voltak. Ugyanígy dolgozott a tiszti orvos, és a rendőr főorvos is. A hatáskörök nem voltak világosan elkülönítve.⁷⁹ Többek között ezen a helyzeten változtatott az 1893-as, a budapesti kerületi elöljáróságokról szóló tc., mely újabb orvosi állás, a szegényorvosi állás létesítésével próbálta meg a kerületi orvos hatósági orvosi funkcióját erősíteni.⁸⁰ (4.§) (ld. fent)

⁷⁶ Az OKT tagjai között találjuk a korszakban Bókay Jánost, Balassa Jánost valamint Korányi Frigyeszt is.

⁷⁷ Mely testület az Igazságügy-minisztérium és a bíróságok munkáját segítette. – 1890/XI. tc.

⁷⁸ A Tanács egy elnökből, egy alelnökből és húsz rendes tagból állt. (1890/XI. tc. 3.§)

⁷⁹ Így fordulhatott elő az, hogy az 1886-os kolerajárvány idején azon vitakoztak, hogy a járványban elhunytakat melyik orvos boncolja. – *A főváros egészségügyi igazgatásának reformjáról*. MK 1890/13. (márc. 27.)

⁸⁰ Megemlítendő, hogy a Budapesti Kir. Orvosegylet 1873-as, Bókai János és Stiller Bertalan által jegyzett, a város tiszti orvosi személyzetéről szóló javaslatában már szerepelt a szegényorvos. – 1873. április. A budapesti kir. orvosegylet javaslata a főváros tiszti orvosi személyzetének szervezése iránt. In: *A főváros egyesítésére vonatkozó okmányok gyűjteménye. A negyvenedik évforduló alkalmából kiadja Budapest Székesfőváros közönsége*. Összeállította dr. Gárdonyi Albert. Budapest, 1913, Székesfővárosi Házinyomda. 121., 463-467.

4.2.3 *Törvényhatósági orvosok*⁸¹

Az első törvényhatóságokról szóló törvény szabályozása alapján a törvényhatósági bizottság tagjainak fele a legtöbb egyenes államadót (melynek kiszámításához a törvényhatóság területén lévő ingatlan, a jövedelem összes egyenes adója és a személyes kereseti adó számított) fizető, képviselőválasztásra jogosultakból került ki, mely körbe adójuk kétszeresével számítva kerülhettek be a törvényhatóság területén lakó orvosok. (1870/XLII. 19.§, 23.§) A törvény tehát előnyt biztosított több más foglalkozási csoport mellett az orvosoknak is.

A törvényhatóság szolgálatába választás útján kerülhetett az orvos. A tisztújító széken a jelöltek névsorát az ú.n. kijelölő választmány állította össze, melynek tagja a főispán, valamint az általa a törvényhatóság bizottságának tagjai közül megbízott három, valamint a bizottság saját tagjai közül választott három tagból. Elvileg minden állásra, – így a főorvosi állásra is – legalább három jelöltet kellett kijelölni. (68.§) A kijelölt jelöltek közül a törvényhatóság bizottsága választotta relatív többséggel az orvost, hat évre. Az általános feltételeken túl –, azaz betöltött 22. életév, magyar állampolgárság, és a büntetlen előélet – orvosok esetében a törvény előírta az érvényes oklevél meglétét, valamint kétéves gyakorlatot is. (65.§, 66.§, 70.§) A feltételeket nem változtatta meg különösen a közegészségügy rendezéséről szóló törvény (1876) sem. Az 1883/I., a köztisztviselők minősítéséről szóló törvény azonban bevezette az ú.n. tiszti orvosi vizsgát, mely vizsga letételének feltétele (a diplomán túl) a kétéves gyakorlat megléte volt. (9.§) A tiszti orvosi vizsga bevezetésének indoka, hogy a tiszti orvosi munkához speciális igazgatási és naprakész orvostudományi ismeretekre volt szükség. A vizsga anyagát és annak menetét a belügy- és a vallás- és közoktatásügyi miniszter közösen határozta meg. Letétele nem volt szükséges azon tiszti orvosoknak, akik a szabályozás életbe lépését megelőzően már két évig tiszti orvosként dolgoztak.

Az 1886-os törvényhatóságokról szóló törvény (1886/XXI. tc.) több pontban megváltoztatta a törvényhatóság és a tiszti orvos viszonyát. Az új szabályozás rendelkezett arról, hogy a közgyűlés tagjaként a főorvos nem szavazhatott a személyét, posztját érintő kérdésekben. (51.§) A főispán által vezetett számonkérő szék tagja lehetett az orvos az állandó választmányi tagságon (48.§) keresztül. (57.§) A legfontosabb változás azonban az volt, hogy a főorvost, a járási és a kerületi orvost a főispán nevezte ki élethosszig. (80.§) A következő változást már csak a korszak végén, az 1908/XXXVII. tc. rendelkezései hozták a törvényhatósági jogú város kerületi orvosának megválasztására. Jóllehet a törvény a címében az 1876/XIV. tc. II.

⁸¹ A fővárosi viszonyokhoz ld. a 3. pontot.

rész I. fejezetét, a „közegészségi szolgálat a községeknél” című fejezetet módosítja, de ez vonatkozik – az 1870-es és 1886-os törvény kategóriáival ellentétben – a törvényhatósági joggal bíró városokra is. A választásra vonatkozó 1886-os szabályokat néhány pontban megváltoztatta az 1908-as törvény. Míg a korábbiakban a törvényhatósági főorvost, a járási és a kerületi orvosokat is élethosszig nevezte ki a főispán (1886/XXI. tc. 80.§), az új szabályozásban az egészségügyi bizottság meghallgatása után a főorvost, míg a többi tiszti orvost (azaz a városi kerületi orvosokat) – ugyanúgy, mint korábban, az egészségügyi bizottság meghallgatásával, élethosszig – a törvényhatósági bizottság választotta. (1908/XXXVIII. tc. 6.§) A rendezett tanácsú városi, illetve községi orvos feladatköre a törvény szerint hatósági jogkört is magában foglalt, azaz továbbra is teljesítette azokat a főképp ellenőrzési, felügyeleti feladatokat, melyeket eddig, s továbbra is előadóként vett részt az egészségügyi bizottság munkájában.

A törvényhatóság tiszti orvosai (tehát a tiszti főorvos és a járásorvos) sokkal jobb anyagi helyzetben voltak, mint a községi (kör) orvosok. Míg ugyanis (1908-ig) a községek maguk fizették orvosait, a törvényhatósági tiszti orvosok fizetése a vármegyei költségvetés részét képezte, s annak forrásait lényegében a központi költségvetés utalványozta az egész korszakban. Ennek ellenére történtek olyan változások, melyek a törvényhatósági orvosok anyagi helyzetén tovább javítottak. Az 1902/III. tc. a vármegyék vagyonkezelését egységesítette úgy, hogy a pénztári teendőket a nem helyhatósági kézben lévő adóhivatalok, illetve a számvevőségi teendőket a pénzügyigazgatóságok mellé rendelt számvevőségek látták el. Ezt követően az 1904/X. tc. a vármegyei alkalmazottakat fizetési osztályokba sorolta, melynek gyakorlati következménye a fizetések jelentékeny emelése volt. Ezen túl a fizetések központi utalványozással érkeztek, ami a megyei tiszti orvosi állások de facto államosítását jelentette.

5 A kórházi ellátórendszer

A kórházak feladatkörének változása a modern típusú egészségügyi szolgáltatás kifejlődésének nyitánya volt. A kórházak, melyek a korszak elején közel álltak a hagyományos ispotályhoz, lényegében vegyes funkciójú intézmények voltak. A korábbi évszázadokban az ispotály, mely a szegényellátás és a betegellátás feladatainak egyaránt meg kívánt felelni, az egyházi és a helyi (megyei, városi) kezdeményezéshez és fenntartóhoz kötődött. Az alapítvány, egyház, illetve város által fenntartott intézmény valójában nemigen felelt meg még a legelemibb egészségügyi követelményeknek sem. A legtöbb esetben fertőzős betegségek, járványok gócaivá vált. Nem csoda, hogy a közvélemény szemében tehát a kórház egy olyan veszedelmes helyként jelent meg, ahonnan élve kikerülni igen nehéz.

Ebben az időszakban szűk, csak kevés beteg ellátására alkalmas intézmények voltak, ahol a bennlakók mindkét csoportja, – a betegek és a szegények – egyaránt zavarta a másikat. A helyzet rendezése tehát időszerűvé vált a közegészségügy más területeinek reformjával együtt. A kórházak építését általában a szorongató szükség váltotta ki, ilyenkor a városok, megyék a nyomasztóan zsúfolttá váló ispotályok bővítését és helyenként újabb épületek emelését határozták el.⁸²

5.1 Kórházak a közegészségügyi törvényben (1876) – kórházak a közegészségügyi rendszerben

A közegészségügyi törvény két kategóriába sorolta a kórházakat. Az első a közkórházak, a második a közkórházi jelleggel nem rendelkező kórházak csoportja volt. A közkórház legfontosabb jellemzője volt, hogy a helyi igényeken túl képes volt több beteget is ellátni, a törvény megfogalmazásában tehát a közkórházi jelleg elsősorban a befogadóképességtől függött. (58§) A törvény azzal, hogy a kórházak alapítását miniszteri engedélyhez kötötte, a kórházak minőségi követelményeit kívánta biztosítani. A közegészségügyi törvényhez kapcsolódó rendelet ennek megfelelően részletesen szabályozta a kórházak létesítésének alapkövetelményeit.⁸³ Mivel még a XIX. sz. második harmadában is azok a kórházak voltak többségben, melyekben a megfelelő kórházi működés olyan alapfeltételei sem voltak meg, mint a célszerűen kialakított belső tér, vagy az épületek egészséges környezetben történő helyezése,⁸⁴ a rendelet az engedély megadásának feltételül szabta, hogy mind a megépítendő kórház, mind annak környezete feleljen meg a modern követelményeknek.⁸⁵

⁸² Miskolcon például az első kórház egy katonai ispotályban volt, mely két év múlva túlszűfolttá vált. 1857-ben a betegek száma ugrásszerűen megnőtt, és ekkor a megyegyűlés új épület emelésére utasította a város. 1858-ra pedig befejeződött a közkórház új helyre költöztetésre. – *100 éves a miskolci Erzsébet – Semmelweis kórház.* (Szerk. DR. SALLAI ZSOLT), Miskolc, 2000, Semmelweis Kórház. 15. SINGER HENRIK (szerk.): *A miskolci közkórház története (1856-1900)*, Miskolc, 1900.

⁸³ BM 1876/51.661 sz. r. (nov.21.)

⁸⁴ A győri Szentháromsághoz címzett városi kórháznak pl. (mely a soproni helytartóság döntése alapján 1854-ben közkórházzá vált) 1874-ben kilenc kórterme volt, négy földszinti, öt emeleti és még két kamra az elmebetegeknek. A kórtermek viszont túlságosan keskenyek és alacsonyak, a szellőztetés nem volt megoldott. A zsúfoltság pedig – az ágyak elhelyezése miatt – állandósult. Nagy hiányossága, hogy a fürdőszoba nem volt fűthető, illetve, hogy a halottaskamra a kórház közepén volt. A város legnagyobb betegforgalmát, 800-900 főt kezelő kórháza ez a kórház volt. A városi kórházon kívül egy katonai, egy testületi (vendéglős), egy egyházi és egy izraelita kórház működött ekkor Győrben. – *Győr megye és város egyetemes leírása.* (FEHÉR IPOLY (szerk.)) Budapest, 1874, Franklin. PETZ ALADÁR: *Győr szabad királyi város Szentháromság Közkórházának multja és jelene (1749-1928)*. Győr, 1929, Győr Egyházmegyei Alap ny. A „Szentháromság”-hoz címzett győri közkórház szabályrendelete. Győr sz. kir. város Hivatalos Értesítője 1890, 12-15.

⁸⁵ 2§: „az építési terv és leírás, valamint a berendezésre s az intézet működésére vonatkozó tervrajz bemutatandó, továbbá okmányilag kiderítendő, hogy azon hely és talaj, melyre a létesíteni szándékolt

A közkórházak – ez közkórházi jellegük legfontosabb eleme –, kötelesek voltak minden beteget befogadni, ha az elhelyezésre mód nyílt: „*akár az országos kincstár, akár pedig valamely megye, kerület, járás, avagy község tulajdonához tartoznak – minden jelentkező beteget kötelesek személy különbség nélkül ápolás és gyógyítás végett befogadni, s ha csak fekhely nem hiányzik, beteget semmi szín alatt vissza nem utasíthatnak.*”⁸⁶ – írta Balassának a miniszter 1868-ban, a kórházi ügy rendezése tárgyában. Az elhelyezési kötelezettség kiterjedt tehát a nem helyi illetőségűekre és a külföldi honosokra is. A közkórházi jelleggel nem rendelkező kórházak viszont csak akkor voltak kötelesek befogadni a betegeket, ha életveszély állt fön.

A fenti kategóriák csak részben igazítanak el. A kórházakat másképp, a fenntartó alapján is lehet – és kell – csoportosítani. Az első az állami kórházak csoportja. Ezek kivétel nélkül közkórházak, mely kategóriához kapcsolódtak a század végére az egyetemi klinikák és a bábaképzők. A második csoportba a törvényhatóságok és községek által fenntartott kórházak tartoztak, melyek már minősülhettek köz-, és magánkórháznak is. A harmadik csoportba a községi, törvényhatósági, egyesületi, vagy egyházi fenntartású, közkórházi jelleggel nem bíró magánkórházak tartoztak. A sort a rendes kórházi rendszer részét nem képező szükségkórházak zárták, melyek egy-egy rendkívüli alkalommal kerülhettek (legtöbbször járványok idején) az egészségügyi ellátórendszerbe. Ezek a kórházak nagyon gyakran eredetileg teljesen más célt szolgáló épületekben kaptak helyet, bár a korszak második felében megjelentek a szétszedhető, a speciális igényeknek megfelelő barakk-kórházak is. A szükség- és rendes kórházi kategória közé helyezhető az olyan, eredetileg járványos betegségek kezelésére létrehozott kórház (vagy külön osztály), mely későbbiekben betago

intézet felállítatik, úgyszintén környéke a közegészségi feltételeknek megfelel, hogy a kórszobák szellőztetése kellőképp eszközölhető s általában maga az épület vagy a közvetlen közelében létező viszonyok a betegekre és a kórház szomszédságára káros befolyást gyakorolni nem fognak.”

⁸⁶ MOL K150-1868-IV-9-15537.

⁸⁷ Hódmezővásárhely a trachoma miatt az 1880-as években határozta el szemosztály megszervezését, a városi kórházban dolgozó Imre József szemész munkájára alapozva. A város szerint a szemosztály a trachomával sújtott Alföldön nélkülözhetetlen, de a város nem tudná kizárólag saját költségére megnyitni, ezért az ápolási díj felemeléséhez hozzájárulást, továbbá a szükséges orvosi műszerek beszerzéséhez támogatást kért a minisztériumtól. – MOL K150-1887-IV-16-35874 Az intézmény azonban a különösebb állami támogatás nélkül is elkezdte működését, négy szobával és 20 ágygal a minisztérium engedélyével úgy, hogy dr. Imre József három évre kapott megbízást az osztály vezetésére, és erre az időre az egész kórház ápolási díjait megemelték. – MOL K150-1889-IV-16-11545 A város kérelmezte a nyilvános jelleget a minisztériumtól, arra hivatkozással, hogy a betegek 90%-a vidéki, és még a szomszédos sorozójárások is ebbe a kórházba rendelték betegeiket. Emellett – az intézmény működése biztosítására – kérelmezte az ápolási díj fölemelését azzal, hogy ha ezt az ismételt kérést nem teljesíti a minisztérium, akkor a vidékiek előtt kénytelen lesz a város bezárni a

bonyolult volt. A köz- illetve magánkórházi státus leginkább a betegek felé bírt jelentőséggel, a fenntartóhoz való tartozás pedig inkább a kórház működésének, anyagi lehetőségeinek kereteit határozta meg. Így tehát, hogy egy kórház milyen fenntartóhoz tartozott és hogy köz-, vagy magánkórház volt-e, határozta meg alapvetően egy kórház jellegét.

5.1.1 A kórházi költségek viselésének rendszere az 1875-ös szabályozásig

5.1.2 1724-1872

Az 1724. augusztus 24-én keletkezett királyi leirat szerint minden község köteles saját szegényeiről gondoskodni, akkor, ha a szegénynek olyan hozzátartozói nincsenek, akik képesek lennének eltartására.⁸⁸ Ezzel megjelent az illetőségi elv a hazai szabályozásban. A szegényekről való gondoskodás magában foglalta a községi szegény betegekről való gondoskodást is. A megyék ezen a szinten nem szerepeltek a költségek viselésében: az 1744-1848-között a Helytartótanácsához beküldött megyei házi pénztári kimutatások tanúsága szerint leginkább csak a megyei fegyencek és szolgák egészségügyi ellátására költöttek. Az ápolási költségek viselésére 1849-től a kiegyezésig három megoldással találkozunk. 1849-ben a megyei önkormányzatot lényegében megszüntette a kormányzat. Ennek következtében 1850 végéig, amikor a megyei házi pénztárakat is föloszlatták, a betegápolási költségeket az újonnan felállított megyei adópénztáraknál az együtt kezelt hadi- és házi adó pénzekből fizették. 1851/52-ben új közigazgatási megoldásként hozták létre az ún. Országos Alap-rendszert⁸⁹, az egyenes adó után szedett pótlékból. A betegápolási költségeket is ebből fizették.⁹⁰ 1852-ben a Helytartóság a cs. kir. pénzügyigazgatósághoz küldött

szemosztályt. – MOL K150-1892-IV-16-35874 1890-ben aztán elhatározta a városi közgyűlés, hogy a szemosztályt a város belső részében helyezi el, s ezzel párhuzamosan kérelmezte a megemelt ápolási díjak megtartását. – MOL K150-1892-IV-16-68964 A működését bérelt házban megkezdő szemkórház nem sokkal később azonban már nehéz helyzetbe jutott, mivel a minisztérium nem állapított meg olyan ápolási díjat, mely megfelelt volna az újonnan létrejött intézménynek. – MOL K150-2169-1892-IV-16-8267 Látható, hogy olykor még a speciális kórházak is némiképp esetlegesen jönnek létre, oly módon, hogy egy-egy merészebb döntés, vagy személyes áldozatvállalás indítja el a szervezési munkát. Néhány év alatt létrejött tehát egy újabb kórház, kiválva a régiekből, mely azonban nagyon gyorsan ugyanolyan gondokkal kellett küzdi, mint az ország számos más kórháza.

⁸⁸ Ld.: *A magyar korona országainak nemzetközi egészségügye. Az egyes igazgatási tárgyak fejlődésének történetével – hivatalos adatok nyomán.* Közli DR. LINZBAUER XAV. FERENCZ, magy. kir. egyetemi orvoskari tanár. Pest, 1868, Kugler. 34. BÉKÉSY GÉZA: *A nyilvános betegápolás szabályai.* Budapest, 1902, Országos Központi Községi Nyomda Rt. továbbá 1898/XXI. tc. általános indoklása.

⁸⁹ Ld.: cs.kir. BM 1852/33.009, magy. kir. udv. kancellária 1863/3244 – MOL K150-1867-17-IV-12-3833.

⁹⁰ Az Országos Alapból a betegápolási költségeken kívül olyan közérdekű feladatokat és beruházásokat is fizettek, mint például a himlőoltással, a dologházakkal, a katonai szállásolással kapcsolatos költségek (Párkány és Kőbölktút pl. laktanyaépítésre kaptak előleget az alaptól – MOL K150- 17-1867-IV-12-5567), vagy különböző útépítések. Az Alap az egyenes adó után szedett pótlékból jött létre. – GRÓSZ

átiratában előírta, hogy a kórházakban, az elmeorvosintézetekben felmerült költségeket csak akkor lehet utalványozni, ha az illető ápolja szegénységét.⁹¹ Az 1855-ben kiadott rendelet előírta, hogy azokat az ápolási költségeket, melyeket nem lehet az illető ápolttól, vagy annak fizetésre kötelezett rokonaitól beszédni, annak a koronaországnak, vagy közigazgatási területnek országos alapjából kell megtéríteni, melyben az ápolott illetőséggel bír, vagy ha ez nem deríthető ki, akkor annak a területnek az alapjából, ahonnan kórházba szállították. A rendelet, ezen túl, meghagyta a kormányzásoknak, hogy vizsgálják meg, mely kórházakat lehet közkórháznak tekinteni, azaz mely intézmények részesedhetnek az alpból vagyontalanok ápolásáért.⁹² A közkórház-magánkórház megkülönböztetés ekkor már hasonló volt a későbbi szabályozás megoldásához. A rendszert tovább finomította az 1856-os, közápolási ügyet szabályozó rendelet, mely előírta, hogy nyilvános közkórházba minden oda jelentkezőt föl kell venni, aki a kórházi ápolásra orvosi igazolás szerint, – vagy, ha azzal nem is rendelkezik, a kórház orvosának vizsgálata alapján – rászorul.⁹³ 1860-után történtek lépések a rendszer korrekciójára. Az Októberi Diploma alapján újjáalakított Helytartótanács körintézménnyel igyekezett a szegénységi bizonyítványok pontosabb kezelésére, az illetőségi viszonyok tisztázásának gyorsítására és a kórházak pénzügyeinek rendezettebbé tételére a megyei törvényhatóságokat és a községeket rávenni.⁹⁴ Ebben az időszakban a közkórházak vagyontalan ápolott után felmerült költségeikhez továbbra is az országos alpból juthattak hozzá, míg a magánkórházak, ha az ápoltnak fizetésre kötelezett rokona nem volt, az illetőségi községen próbálták meg behajtani a tartozást. Ez tehát a helyzet a részletesebben vizsgált korszak előtt, mely 1871/72-ig meghatározta a kórházak működésének kereteit.

5.2 1872/75-1898

5.2.1 A községi törvény és a szegényügyi rendelet rendszere az ápolási költségek viselésére

Az 1871-es községi törvény alapján a községek kötelesek voltak „kezelni a szegényügyet” (1871/XVIII.tc. 22§ g)) és ugyanezen törvény szabályozta azt is, hogy kik azok, akik községi illetőséget szerezhetnek, illetve kik azok, akik

LIPÓT: *Emlékirat a hazai betegápolási ügy keletkezése, fejlődése s jelenlegi állásáról, különös tekintettel a betegápolási költségekre.* Buda, 1869, Egyetemi ny. 11.

⁹¹ A Helytartóság 1852/22.999 (okt. 22.) átirata a Cs. Kir. Pénzügyigazgatósághoz. Ismerteti Grósz Lipót, 1869, 15.

⁹² 1855/6382 (márc. 6.) cs.kir. BM, ismerteti Grósz Lipót, 1869, 16.

⁹³ 1856/26.641 (dec.4.) cs. kir. BM, ismerteti Grósz Lipót, 1869, 19.

⁹⁴ 1863/10240. (feb. 15.) Helytartótanács, ismerteti Grósz Lipót, 1869, 39.

községi illetőséggel bírnak egy adott községben.⁹⁵ A kórházi ápolási

⁹⁵ A községi illetőségi szabályozás problematikája szinte az egész korszakban végigkísérte az ápolási költségek viselésének kérdését. Az 1871-es törvény rendelkezése szerint mindenkinek valamely község kötelékébe kell tartoznia. Illetőség keletkezhetett az apa (törvénytelen gyerek esetén az anya), vagy a férj illetősége alapján, ha ilyen módon nem lehetett rendezni a kérdést, akkor az illető megszerezte a községi illetőséget kétévi ottlakással és adófizetéssel (ha ezt a szabályt nem lehetett alkalmazni (pl. az adófizetés elmaradása miatt), akkor a szülők, ill. az anya illetősége döntött, lelenck, vagy olyanok, kiknek születési helye ismeretlen annak a községnek az illetőségét szereztek meg, melyben őket megtalálták, vagy ahol legtöbbet tartózkodtak. Hadseregben szolgált, vagy szolgáló olyan személyek, kiknek nem lehetett megállapítani illetőségét, annak a községnek az illetőségét szereztek meg, ahonnan besorozták őket. (10.§) Az 1871-es szabályozás különválasztotta a lakóhely és az illetőségi község intézményét, biztosítva a költözködés szabadságát, azzal, hogy az illetőséget valamely községben való letelepedéssel nem lehetett automatikusan megszerezni, ahhoz szükséges volt 1) két évi állandó ottlakás és 2) községi-, vagy ennek híján egyéb közterhek folyamatos viselése és hogy 3) nem folyt ellene büntető-eljárás, nem volt elítélve és nem volt rászorulva a község anyagi segítségére, azaz képes volt magát eltartani. A községi illetőség 1871-es rendezése több kérdést nyitva hagyott. Az 1876/V. tc. már rendezte azt, hogy egy személy egyszerre csak egy község illetőségével bírhatott, ehhez kapcsolódott, hogy a községbe való felvétellel megszűnt a korábbi illetőség. Következő állomásként a honosságról szóló 1879/L. tc-kel kellett összhangba hozni az illetőségre vonatkozó szabályozást. A második községi törvény szintén foglalkozott a kérdéssel. Az illetőség megszerzésének, keletkezésének rendszere hasonlatos volt a korábbi szabályozásban megismerhez. Illetőség tehát keletkezhetett 1) a szülő (apa, ill. törvénytelen gyerek esetén az anya) illetve a házastárs jogán (a házasság felbontása, illetve elválás esetén a nő visszakerült a házasságkötés előtti illetőségi községének kötelékébe, de a megözvegyülés nem változtatott az illetőségen), 2) a községbe történő felvétellel – ennek feltétele a községbe település volt, feltéve, hogy a) az illető büntett, vagy nyereségvágyból elkövetett vétség miatt büntető-eljárás alatt nem állt, b) képes volt magát eltartani, végül c) a korábbi tartózkodási helyének hatósága által kiállított erkölcsi bizonyítványt fel tudott mutatni. A községbe való felvételre az illetőséget megszerezni kívánó kérelme alapján kerülhetett sor, s a község a felvételt nem tagadhatta meg, ha a települt a) két évig a községben lakott, és ezalatt b) községi adót fizetett, vagy ennek híján viselte a közterheket, illetve c) a község a település időközben bekövetkezett akadályai alapján nem emelt kifogást. A községi illetőség megszerzésének harmadik módja, ha a települt nem kérelmezte felvételét, de négy évig folyamatosan a községben lakott, fizette a községi adót, vagy ennek híján viselte a közterheket és a község nem emelt kifogást (és nem kívánta fönntartani korábbi illetőségét). (1886/XXII. 5-11.§) Ha ily módon nem lehetett megállapítani/megszerezni az illetőséget, akkor saját személyre nézve lehetőség volt a községi illetőségbe való utalásra is (16.§). Eme kiegészítő lehetőség szerint beutalható volt a személy annak a községnek az illetőségébe, 1) melyben adót fizetett, 2) melyben született 3) melyben az utolsó öt év alatt leghosszabban tartózkodott 4) lelenck, melyben megtalálták, 5) hadseregben szolgált/szolgáló, mely községből besorozták vagy belépett.

Az illetőség 1886-os szabályozása nem volt kellően átgondolt. Az illetőség megszerzésének módjai nem voltak kellően tisztázottak, nem volt világos a helyben lakás, az adófizetés kérdése, számtalan probléma forrásává vált a nők, a kiskorúak, a községi adó fizetése alól felmentettek, valamint a cselédek illetőségének kérdése. A szabályozás többszöri értelmezésére és finomítására volt szükség, melyet rendeletek és jogegységi határozatok segítségével próbáltak meg elvégezni.

A kiskorúakra vonatkozó szabályok gyengéje volt, hogy elvileg 24 éves korukig még 4 évi helyben lakással és adófizetéssel sem szerezhetek illetőséget (ehhez a törvényes képviselő, vagy a gyámhatóság nyilatkozata volt szükséges) – BM 1903/89.027, BM 1906/71.334 – A cselédek helyzetének rendezetlensége az adózási szabályokon alapult. Az első megoldás szerint cselédek a gazda által utánuk fizetett adó alapján csak akkor szerezhetek illetőséget, ha az adólajstromban név szerint szerepeltek – BM 1889/75.192 – , mivel azonban itt csak ritkán szerepeltek, ezért rendelet ítra elő, hogy a cselédek, valamint 16 éven felüli családtagjaik szerepeljenek a lajstromban. – BM 1905/33.898 – Meg kell jegyezni, hogy a községi adó fizetésének követelményére vonatkozó gyakorlat is változott. Míg a törvényben (16.§) a négy éves időtartam áll, 1894-ben a minisztérium már csak egy évet követelt meg, végül a Közigazgatási Bíróság 1897-ben kimondta, hogy elég, ha az illető általában hozzájárul a községi terhekhez. (1897/19) – POMOGYI, 2001, 49. – Ami pedig a községi adó fizetése alól

költségek viselése szempontjából azonban nem a már meglévő, „biztos” községi illetőség alapján fizetendő esetek az igazán érdekesekek, hanem azok, melyek a frissen megszerzett, vagy megszerezni kívánt, illetve a jogszabályban bizonytalanul rendezett illetőség-szerzési módra alapozott (1886/XXII. 16.§) illetőség alapján kerültek (volna) kifizetésre. A községi törvény esetében nyilvánvaló a jogalkotó szándéka: a szabad költözés elvének kimondása és a községi illetőség szabad megszerzhetőségének elve mellett azon szempont érvényesítése, mely által lehetőleg megkíméli a községeket attól, hogy fizetőképtelen szegények szerezzenek illetőséget és ezzel jogot a község anyagi támogatására. Ugyanakkor a gyakorlatban a községek sokkal óvatosabbnak bizonyultak a községi törvény illetőségi szabályainál. Megfigyelhető az igyekezet – mivel az illetőség alapján adott esetben komoly összegeket kellett kifizetnie a községnek – az illetőségi ügyek elhúzására, az illetőség elismerésének visszautasítására.

A szegényügy rendezésére, a feladatok pontos meghatározására, s nem utolsó sorban a rendszerben rejlő bizonytalanságok tisztázására a Belügyminisztérium körrendeletet adott ki, meghatározva, hogy mi is tartozik a szegényügy körébe.⁹⁶ Első helyen szerepelt a vagyontalan betegekről való gondoskodás, mely a rendelet értelmében történhetett a községen belül és történhetett más intézetekben is.⁹⁷ Az illetőségi község – ha saját eszközeivel megoldani nem képes – tehát gondoskodhatott szegény betegeiről úgy is, hogy kórházban ápolhatta a rászorulókat. Az ugyanebben az évben kiadott, a szegényügyben követendő eljárásról szóló rendelet szerint viszont még vagyontalanság esetén sem kellett a községeknek a bujasenyvesekért (nemi

felmentetteket illeti, a bíróság kimondta, hogy nem csak az adó, hanem a közszolgálat is beleszámít, azaz mindaz a tevékenység, amit elvileg a községnek kellene ellátnia. – KB 1907/2085.

Mivel az illetőséghez tapadt a szegényellátásban való részesedés joga, a községek ügyintézési gyakorlata nem kedvezett az amúgy is bonyolult és gyakran változó szabályok gördülékeny alkalmazásának. Ezekben az ügyekben a községek és a kérelmezők a legtöbb esetben egyértelműen ellenérdekeltek voltak, nem csoda, hogy – bár eltérő intenzitással – de lassan, vagy éppen sehogy sem intézték ezeket ügyeket és a községek sok esetben minden lehetőséget megragadtak az illetőség el nem ismerésére. A községi és vármegyei igazgatási reformokhoz kapcsolódva kiadott rendelet az illetőségi ügyek gyorsabb intézésére utasította a hatóságokat, – BM 1904/10.434-b. – megjegyzendő azonban, hogy ez akkor történt, amikor az országos betegápolási alap (1898) létrehozásával az illetőségi viszonyokból fakadó egyik nagy kérdés, t.i. a kórházi betegápolási költségek kérdése már nemigen befolyásolta az illetőségi ügyek intézését. (Ugyanakkor a községi szegény- és betegellátás kötelezettsége megmaradt.) – a kérdéshez ld.: FELSZEGHY BÉLA: *A községi illetőség*, Beszterce, é.n., Csallner Károly. PETRÓK GYULA: *Illetőség, elhagyottá nyilvánítás, közsegélyezés*. Kaposvár, 1909, Szabó Lipót ny. POMOGYI LÁSZLÓ: *Szegényügy és községi illetőség a polgári Magyarországon*. Budapest, 2001, Osiris. VITA EMIL: *A községi illetőség*. MJÉ, 1912. szept., 36. füzet. A községek lépéseihez példa: *Polgármesteri jelentés Karczag rendezett tanácsú város 1900. évi közigazgatási állapotáról*. Karczag, 1902, Szödi S. ny.

⁹⁶ BM 1872 /8803 – megjegyzendő, hogy a rendelet által megállapított ápolási költség fizetésére köteles körben nem szerepel az egyleti kör, tehát az ápoló, a rokoni kör, illetve a község fizeti az ápolási díjakat.

⁹⁷ Hozzá tartozott továbbá az esetlegesen egészségügyi vonatkozású, szülházakban elhelyezett szegény sorsú anyák, és gyermekek, valamint a vagyontalan szülőjű lelencek ápolása.

betegek), szembetegekért, katonai kórházban, sorozás alkalmával, megfigyelés céljából elhelyezett személyekért és elmebetegekért fizetniük.⁹⁸ A költségek viselésére elsősorban a fizetni képes hozzátartozó volt köteles, illetve, az ipartörvény értelmében a tanoncokért a tanoncot fölfogadó iparos (1872/VIII. tc. 42.§), vagy szokás szerint a cselédekért a cselédtartó, a munkásokért az iparos, vagy ha az adott községben valamilyen jótékonysági intézmény működne, illetve egyes magánszemélyek adománya lehetővé tenné, akkor ezek.⁹⁹ Tehát a község csak ezek hiányában fizette az ápolási költségeket úgy, hogy (közigazgatási úton érvényesíthető) visszkereseti joga fennmaradt az ápolttal szemben, vagyis a rendelet szerint a községek kellőképpen biztosítottak az ápolási költségek nagy részének kényszerű és végleges átvállalása ellen. A költségviselés másik esete az volt, mikor a községben olyan személyek szorultak ápolásra, akik nem az adott községben voltak illetékesek. Ekkor természetesen nem kerül szóba az ápolást biztosító község költségviselése, azonban a költségek előlegezése igen. Ez a megoldás – ami ekkor, ha nem is a legjobbnak, de kétségtelenül kézenfekvőnek látszott –, hosszú évekre megoldhatatlan probléma forrásává vált a hazai kórház- és ápolásügynek. A rendelet szerint az ápolási költségeket akkor lehetett érvényesíteni, ha az ápolott községi illetősége kétséget kizáróan bizonyított volt. A községeket a rendelet a kiadásokat fedezésére alap elkülönítésére kötelezte, azzal, hogy ha ezen alap bármilyen oknál fogva kimerülne, akkor a törvényhatóságnak kell a kifizetéseket teljesítenie. A fizetésre kötelezettek sora tehát a rendelkezés nyomán a következőképp alakult: elsősorban a fizetésre kötelezhető rokonok, (ill. cselédtartó, a munkáltató, vagy betegápoló egyesület) ezek nemléte esetén lép be a község fizetési kötelezettsége visszkereseti joggal, végül a törvényhatóság. A községi illetőséggel nem bíró, vagy külföldi betegek betegápolási költségeit közvetlenül az állam viselte. Az utóbbi esetben az állam attól függően, hogy létezett-e nemzetközi szerződés a betegápolási költségek viselésére, vagy nem tarthatott igényt a költségek megtérítésére (ha viszonyosság alapján ápolták a magyar betegeket), vagy hasonlóan a községekhez – és az esetlegesen viselt belföldi ápolási költségekhez –, követelhetette kifizetett díjak megtérítését.¹⁰⁰

⁹⁸ BM 1872/23.144 (elmekórosok alatt értve a közveszélyes elmebetegeket).

⁹⁹ A munkaadók fizetési kötelezettségéről: BM 1868/21.740

¹⁰⁰ Osztrák kórházakban ápolott szegények költségeit 1807-ig automatikusan a fundus confraternitatum fizette, majd miután az alap tőkéje megcsappant, 1807-től erre csak külön engedéllyel kerülhetett sor. 1810-től a törvényhatóságok fizették a költségeket, s intézkedtek annak behajtásáról, majd 1814-től 1855. október végéig a költsönösség elvén működött a szegény betegek ellátása. Ez azt jelentette, hogy a másik országban ápolott vagyontalan beteg ápolási költségeit az ápoló állam viselte. 1855. október végétől ezt egy olyan rendszer váltotta föl, melyben az állam állta alattvalóinak ápolási költségét. (1855/6382 (márc. 6.) cs.kir. BM). Ezt a rendszert tartotta fenn a szegényügy rendezése tárgyában kiadott rendelet (BM 1872/8803), mely szerint az osztrák tartományokban illetékes ápolottak után a községi eljárásnak, vagy a betegápoló intézetnek közvetlenül a kincstár téríti meg a költségeit, s ez után a viszonyosság alapján az illető osztrák tartománytól követeli az ápolási díj megtérítését. Ezt az

A rendelet megemlítette annak szükségességét, hogy a községek készüljenek föl a várható kiadásokra, s leszögezte, hogy az új rendszerre való átállást úgy kell megoldani, hogy a községek ne vegyenek föl szegényügyi feladataik ellátásához hitelt és a lakosságot se terheljék meg új adókkal. Ajánlásként megfogalmazta, hogy az egy törvényhatóság területén lévő községek (főképp azok, melyek háztartásukban eddig nem különítettek el ilyen feladatokra eszközöket), újonnan létrehozott alapjaikat a törvényhatóság kezelése alatt egyesítsék, tőkésítsék és a lehetséges kamatoztatás mellett egy olyan alapot képezzenek, melyből fedezni lehet a fölmerülő kiadásokat.

eljárást a szegényügyben követendő eljárásról szóló rendelet (BM 1872/23.144.) úgy módosította, hogy magyar intézmények közvetlenül fordultak az osztrák országos bizottságokhoz, s a magyar kormányhoz csak akkor, ha ez előbbi nem vezetett eredményre. Az 1875-ös szabályozás szerint a birodalom másik felében illetékes betegek után fölmerült költségekre nézve az intézmények az aktuális gyakorlat, illetve a majdani utasítások szerint járnak el (15.§), míg a magyarországi illetőségű a birodalom másik felében ápolott betegekkel kapcsolatban ugyanolyan eljárást kellett követni, mintha az ápolás itthon történt volna. (16.§) Az 1876-os kórházi szabályrendelet rögzítette, hogy az illető ország helyi hatóságait kell megkeresni, szükség esetén a koronaország országos alapjának kezelését végző „Landes-Ausschuss”-t, illetve, hogy ha az illetőség megállapítása nem lenne sikeres, akkor a magyar államkincstár viseli az ápolási költségeket. (BM 1876/51.661) 1880-ban az osztrák Belügyminisztérium arról tájékoztatta Budapestet, hogy az osztrák illetőségű betegek magyarországi ápolási költségeit az illetőség megállapítása előtt az ottani országos alaphól nem térítik. Ennek alapján a miniszter elrendelte, hogy a viszonyosság alapján a magyar hatóságok az 1875/III. tc. rendelkezéseinek megfelelően járjanak el a megkeresések esetén. (BM 1880/12.012).

A külföldi államokkal vagy szerződések, vagy pedig a szokás szabta meg a lehetőségeket, ennek szellemében a törvény úgy rendelkezett, hogy azt itthon ápolott külföldi betegek után a számlákat az intézmény a belügyminiszternek negyedévente beküldi, aki a költségeket az államkincstárból kifizeteti, és a követelések behajtása érdekében eljár (17.§). A német szövetség több kormánya kötött szerződést egymás polgárainak kölcsönös ápolására ill. eltemetésére kölcsönösségi alapon (1853. júl. 11.), s ehhez az egyezményhez csatlakozott Ausztria is (A Budai Cs. Kir. Helytartóság 1854. évi jan. hó 14-i 537. sz. rendelete). 1867-ben néhány svájci kantonnal kötöttek egyezményt a vagyontalanok díjtalan ápolásának kölcsönös kötelezettségére. Angliával és Franciaországgal csak az elmebetegek ápolásának kérdése volt rendezett, az Egyesült Államokkal, Szerbiával, Romániával, Törökországgal nem jött létre semmilyen megállapodás. Németországgal a viszonyosság elve működött és a hazai intézmények – elvileg – közvetlenül a külföldi illetőségű szegény beteg illetőségi községéhez fordulhattak a kórházi ápolási díj megtérítésének ügyében. A hazai intézmények azonban olykor megpróbálták a Belügyminisztériumon keresztül a közös külügy szolgálatait igénybe venni, melyre példa a Hont megyei közkórházban ápolott, hannoveri illetőségű Leopold Hünerbein ápolási-költség ügye. – MOL K148-98-1885-V-983 Olaszországgal 1861-ben jött létre szerződés a kölcsönösség elvével (Velece kivételével, ahol a kölcsönös megtérítés volt érvényben), mely de Magyarország a kölcsönös megtérítésre kívánt áttérni már ekkor, az országban tartózkodó olasz vendégmunkások miatt, de ezt nem sikerült elérni. 1896. jún. 25-én Bécsben az Osztrák-Magyar Monarchia és Olaszország a kölcsönösség alapján újabb szerződést kötött, melyet az országgyűlés 1897/XV. tc-ként cikkelyezett be. A század hatvanas éveiben a kifizetések – az erre vonatkozó szerződés hiánya ellenére – működtek Oroszországgal és Svédországgal, valamint Appenzell, Basel, Uri és Unterwalden kantonokkal. Külföldön ápolott magyarországi illetőségű ápoltak ápolási díját (melyet az állam kifizetett) pedig az illető törvényhatóság fizette ki (1875/III. 18.§). – ld. továbbá LINZBAUER, 1868, GRÓSZ LIPÓT, 1869, 84.

5.2.2 Az 1875/III. tc. rendszere

A közegészségügyi törvény előkészítése során fölmerült, hogy a legsürgetőbb megoldandó feladat a nyilvános betegápolási költségek viselésének szabályozása, a probléma hosszú távú rendezése.¹⁰¹ Az 1875. évi III. tc. szellemében az 1871-72-es szabályozáshoz igazodott és egészen 1898-ig meghatározta a költségek rendezésének kereteivel együtt a kórházak működését is.¹⁰²

5.2.2.1 Az ápolttal, illetve a rokoni kör fizetési kötelezettsége

A törvény részletesen és pontosan meghatározta a fizetésre kötelezhető kört: ha az ápolttal nem volt képes kifizetni a költségeket, akkor szülője, ill. gyermeke, vagy házastársa volt kötelezhető erre. Más rokonok nem. Kiindulópontként a kórházi szabályrendelet előírta, hogy illetőségi, vagy fizetési képességet igazoló okmány hiányában nem utasítható vissza a

¹⁰¹ „[...] vajon mi célból van a belügyministeriumban az egészségügyi osztály szervezve, a mely nyolcz hosszú év alatt még annyit sem tudott elérni, hogy a közegészségügyre vonatkozó azon törvényjavaslatokat, melyeket a közegészségügyi tanács különben már rég elkészített, a tárgyalásra előkészíthesse.[...] egyszerűen csak azt mondom, hogy ha valahol szükség van czélszerű közegészségügyi intézkedésekre, czélszerű törvényekre, ugy kétségkívül nálunk van szükség, a hol évek óta nem csak egyes vidékeken, de az egész országban csaknem általánosan dul a cholera, himlő, roncsoló toroklob, hagymáz és a többi. Igaz, hogy a közegészségügyi osztály a belügyministeriumban szokott néha egy-egy rendelettel vagy utasítással előállani, hanem ennek is rendszerint az a sorsa, a mi a bolygó zsidóé, a kit mindég csak utólagosan követ a vész, a járvány. A közegészségi osztály is mindég, vagy legalább a legtöbb esetben akkor adja utasításait, rendeleteit, mikor már az illető vidéken erre ugyszólván szükség nincs. Igaz az is, tisztelt ház, hogy nálunk e tekintetben maga a képviselőház is legalább is közömbös, kormányunk pedig egészen mellőzi a dolgot, mintha semmi fontossággal, semmi, a nemzet jövőjére és erejére befolyó hatással nem volna, ugy tekinti ezt, mintha semmi szükség sem is volna reá, mindenre van inkább ideje, csak a közegészségügyi intézmények javítására, czélszerű törvények hozatalára nincs [...] az oly betegségek, melyek egész nemzedéket nemcsak egyes helységekből, de egész kerületekben és egész megyékben elkorcsosítanak, egészségtelenekké és állampolgári functiók teljesítésére képtelenné teszik, ezeket, még ha áldozat árán is elhárítani és az erre szükséges intézkedéseket istápolni, elősegíteni kell.” – tette szövé a képviselőházban Cseh Károly a törvényhozási munka lassúságát a nyilvános betegápolás költségeit rendező törvény vitáján – KN 1872-75. XIV. köt. 320. országos gyűlés, (1875. jan. 14.), 106.

¹⁰² A képviselőház közigazgatási bizottságának véleménye szerint: „[...] e törvény megalkotása egy hézagot pótol, midőn a nyilvános betegápolás körül az egyestől, a községtől, a törvényhatóságtól és az államtól várt tevékenység határait megjelöli, midőn a nyilvános betegápolás érdekeit megóvja azáltal, hogy a kórházi költségek gyorsabb megtérítését eszközöli, s az ebből származó tehernek méltányosabb felosztása által azt elviselhetőbbé teszi, midőn az ügy egy jelentékeny részének a törvényhatóságok tevékenysége, felelőssége és ellenőrködő felügyelete alá helyezése által elzárja az utját annak, hogy azok, kik vérségi vagy szerződési köteleknél fogva a költségek viselésére jogosan kötelezhetők, magukat azok alól kivonhassák, és ez által azt eszközöli, hogy a községely csak ott vételessék igénybe, hol az valóban szükséges, s az államkincstár az eddig viselt betegápolási költség egy bizonyos részétől megkönnyíttessék, a nélkül, hogy a törvényhatóságokra több anyagi teher ruháztatnék át, mint amennyit eddig az egyes községek viseltek.” – *A képviselőház közigazgatási bizottságának jelentése „A nyilvános betegápolás költségeiről”* 658. sz. alatt beadott belügyministeri törvényjavaslat tárgyában. (1874. dec. 16.), Képv. Ir. 1872-75. XXI. köt. 160.

felvétel. Így tehát – közkórház esetén – a már megtörtént felvétel után, az ekkor felvett adatok alapján kezdődött el a beteg vagyoni viszonyainak, illetve vagyontalanság esetén a fizetésre kötelezett kör fizetőképességének és fizetési hajlandóságának tisztázása. Ezt a feladatot a rendelet az ú.n. kórházi biztosra bízta¹⁰³, aki adott esetben személyesen ellenőrizte a fölvevett adatok hitelességét. Fontos volt a fölmerülő kérdések gyors tisztázása, így a biztosnak minden nap meg kellett jelennie a kórházban és a megbízásokat 48 óra alatt teljesítenie kellett. Eljárása során követte a fizetésre kötelezettek 1875-ös törvény által meghatározott sorrendjét, tehát először azt kellett tisztáznia, hogy a betegnek van-e saját vagyona, ennek hiányában, van-e olyan alap, egyesület, mely fizetne utána, volt-e fizetésre kötelezett munkaadója, vagy cselédtartója, illetve, hogy a törvényben szereplő rokoni körnek van-e vagyona. Ha a biztos úgy találta, hogy a betegnek van saját vagyona, akkor azt a rendelet szerint „biztosítania” kellett, ha pedig nem volt, akkor megkereste a fizetésre kötelezetteket és tisztázta a beteg róluk tett nyilatkozatának hitelességét, illetve, hogy a kötelezettséget elismerik-e, hajlandóak-e fizetni. Ha a vizsgálat során az derült ki, hogy a szolgáltatott adatok nem feleltek meg a valóságnak, akkor a további vizsgálatot már a törvényhatóság végezte, melynek eredményeképpen végső esetben elvileg az ápoltság szerinti törvényhatóság volt köteles fizetni. Ha az ápoltság a kórház székhelye szerint bírt illetőséggel és a biztos nem tudta beszélni az ápoltság díját a fizetésre kötelezettekkel, akkor a törvényhatóság kifizette a díjat a kórháznak, és a továbbiakban intézkedett a végrehajtásról.¹⁰⁴

Ilyen esetben tehát a törvényhatóság volt az, mely utalványozott a kórháznak, s az ápoltság, vagy a költségek viselésére kötelezett a törvényhatóságnak fizette ki az ápoltság díját. Ha a fizetésre kötelezett nem teljesített, akkor elindulhatott egy hosszabb végrehajtási eljárás, melynek útján a törvényhatóság hozzájuthatott az ápoltság díjakhoz.¹⁰⁵

¹⁰³ A kórházi biztos tisztét a törvényhatóság, vagy a község állította föl, létezhetett önállóan, illetve az ehhez rendelt feladatokat elláthatta a törvényhatóság, község valamely más közege is. (BM 1876/51.661, 55.§)

¹⁰⁴ A végrehajtás annak a törvényhatóságnak a feladata volt, amelynek a területén a fizetésre kötelezettek vagyontárgyakkal rendelkeztek. Az ingatlanon végrehajtásnak bírói úton kellett történnie (BM 1874/41.355), a tiszti ügyész közreműködésével.

¹⁰⁵ A gyakorlatban a végrehajtást kérése akár közvetlenül az illető kórház gondnoki, vagy egyéb, a pénzügykezeléssel megbízott hivatalától, akár a minisztériumtól érkezhettek: – a pesti Szt. Rókus kórház gondnoki hivatala az ápoltság vagyonából kérte a városi tanácstól a végrehajtást egy győri ápoltság esetében. A tanács az ügyet kiadta az újvárosi hadnagyának, azzal, hogy szükség esetén azok ingatlanvagyonát is végrehajtás alá vonhatja. – GYVL Tan./1873/1500. Ugyanebben az évben a belügyminiszter egy, a temesvári közkórházban, állítólag győri illetőségű ápoltság után keletkezett ápoltság díjhátralék rendezésére hívta fel a várost, azzal, hogy vagy az ápoltságtól, vagy annak közeli rokonaitól hajtás be az összeget. A tanács ebben az esetben viszont a kórházi választmány elnökének adta ki az ügyet. – GYLV Tan /1873. jan. 3/12.

5.2.2.2 Magánszemélyeket és betegsegélyező pénztárakat terhelő ápolási költség, és annak végrehajtása

Az ápolási költségek viseléséről szóló 1875-ös törvény és a kórházi szabályrendelet a költségek beszedési módjáról nem rendelkezett, a fizetésre kötelezettek sorrendjének megállapításával foglalkozott, illetve a kórházak ápolási költségekkel kapcsolatos ügykezelését szabályozta.

A betegápolási költségek, majd a betegsegélyező-pénztárak létrehozatala után a pénztárak járulékaival kapcsolatos követelések (melyek szorosan összefüggtek az ápolási költségekkel) behajtásához¹⁰⁶ is – általános végrehajtási kódex híján – a pénzügyi végrehajtási jogot kellett alkalmazni. A végrehajtást tehát a közadók kezeléséről szóló 1876/XV., illetve az 1883/XLIV. törvénycikkek, illetve a végrehajtásról szóló 1881/LX. tc. (a végrehajtási kérvényre, illetve ha a végrehajtás ingatlanra folyt), illetve az ezekhez kapcsolódó rendeletek rendezték¹⁰⁷. A betegápolási díjköveteléseket közigazgatási végrehajtás keretében hajtották be, tehát az eljárásban részt vevő szereplők a törvényhatóság közigazgatási bizottsága, a községi bíró vagy a községi pénztárnok (1898-ig)¹⁰⁸, a (kör)jegyzővel, a városi adóhivatalok¹⁰⁹, a főszolgabíró (vagy helyettese), bizonyos esetekben az állami adóvégrehajó, illetve egyéb hatósági közegek lehettek, attól függően, hogy az adós a községnél, vagy közvetlenül a királyi adóhivatalnál fizette adóját. (1883/XLIV. 52.§)¹¹⁰ A behajtás során a követeléshez az adóssal szembeni a megintés, ezt követően a zálogolás, végül az árverés eszközével juthatott hozzá a hitelező, ez esetben tehát a törvényhatóság.

A végrehajtási eljárást elsősorban készpénzre, majd ingóságokra kellett lefolytatni, ha ez nem vezetett volna eredményre, akkor következett az ingatlanokra történő végrehajtás^{111 112}, mely azonban már bíróság közreműködését feltételezte.¹¹³

¹⁰⁶ Ugyanakkor a pénztárakat terhelő betegápolási költségek behajtására nem az általános végrehajtási szabályok vonatkoztak. Az iparhatóság az 1891/XIV. 79.§-nak megfelelően pénzbüntetés terhe mellett kötelezte a pénztárt a díj megtérítésére. – BM 1897/17.944.

¹⁰⁷ A PM 1883/73.662 rendeletének E-melléklete részletesen szabályozza a végrehajtási eljárást.

¹⁰⁸ Az 1898/XXI. tc. végrehajtási rendelete, az BM 1898/133.000 a végrehajtást az 1883-as tc.-kel rendezte, azzal a különbséggel, hogy a bíró helyett kis- és nagyközségben a főszolgabíró járt el.

¹⁰⁹ Budapesten az 1893/XXXIII. tc. alapján fölláltak a városi adóhivatal kerületi osztályai, s ezek teljesítették a kerületi előljáráshoz kapcsolódó végrehajtási teendőket. (23.§).

¹¹⁰ Budapesten a főváros által fenntartott kórházakban ápoltak ápolási költségeinek behajtását 1894. jan. 1-től a központi számvevőség végrehajtói hajtották be, a vidéki, illetve a fővárosi, de nem a fővárosi fenntartású kórházakban ápoltak költségeinek végrehajtásáról a kerületi adószámviteli osztályok gondoskodtak. – *Szolgálati utasítás Budapest kerületi előljárásgainak részére.* 43.810/1899. 256.§

¹¹¹ A BM 1902/32.000 52.§-a szerint a magánosokat terhelő betegápolási költségek végrehajtását csak a közigazgatási bizottság rendelheti el, s azt a törvényhatóság tisztii ügyésze közvetítette. A végrehajtás költségeinek előlegezésére a kórház fenntartója volt köteles, és ha ezek nem térültek volna meg a végrehajtással, akkor azt a betegápolási alap, végső esetben pedig az állam állta. – BM 1905/10670.

¹¹² A végrehajtási eljárással kapcsolatban fölmerült a követelés telekkönyvi biztosításának kérdése. A szolgabírói gyakorlatban előfordult ugyanis, hogy ha az ingókra folytatott végrehajtás nem vezetett

A visszkereseti jog intézményét megtartotta a törvény. A következő szinten fizetésre kötelezett – ha az ápolts nem volt tagja fizetésre kötelezhető egyesületnek – a törvényhatóság volt. Az állam térítette meg az ápolási költségeket a következő esetekben: 1) a bujasenyves beteg után, ha az vagyontalan, 2) az elmebeteg után, ha mind a beteg, mind pedig a fizetésre kötelezhető hozzátartozók vagyontalanok, 3) a bábaképzőben ápolts után, 4) illetve abban az esetben, ha az ápolts illetősége nem volt megállapítható.¹¹⁴

5.2.2.3 A község, a törvényhatóság és az állam fizetési kötelezettsége

Az 1875/III. tc. megtartotta az illetőségi alapon álló fizetési kötelezettség rendszerét, a rokoni kör után (egyesületi tagság, illetve az ipartörvény és később a gazda és cseléd közötti viszony szabályozásáról szóló törvényben foglalt feltételek teljesülése híján¹¹⁵), az illetőségi község¹¹⁶ szerinti törvényhatóság, bizonyos esetekben pedig az állam volt fizetésre kötelezett. A törvényhatóságoknak betegápolási alapot kellett létrehozniuk, melyet szükség esetén az egyenes adók¹¹⁷ után kivetett póttadóval tölthettek föl. A törvény alapján a kórház a föl vétel után azonnal értesítette az illető törvényhatóságot, mely (elvileg) azonnal tárgyalást indított a beteg vagyoni állapotának és illetőségének megállapítására. A kórház a számlát a beteg

eredményre, akkor a szolgabíró a követelés tényleges összegét kissé meghaladó összeg erejéig jegyeztetett követelést az ingatlanra, ami jó megoldás lehetett volna, mivel a végrehajtási eljárás elhúzódhatott. – Ld.: ZOLNAY JENŐ: *A nyilvános betegápolás költségeinek behajtása*. MK 1892. máj. 29. A behajtás rendje szerint ugyanis a követelésre vonatkozó iratokat az ingóból való végrehajtásra a főszolgabírónak adták át, aki megbízta a községi elöljáróságot a végrehajtással. Ha ez eredménytelen volt, akkor az iratok visszakerültek a községtől a főszolgabíróhoz, innen az alispánhoz, aki az ingatlanból való végrehajtás elrendeléséhez a közigazgatási bizottság elé vitte az ügyet. Ha itt elrendelték a végrehajtást, akkor az iratok átkerültek a tiszti ügyészhez, aki az illetékes polgári bíróságtól kérte a végrehajtás elrendelését. Ha ez megtörtént, csak utána kerülhetett sor a telekkönyvi bejegyzésre, ami valóban lehetővé tette az ingatlan végrehajtás alóli elvonását.

¹¹³ Gyakran előfordult, hogy a bíróság megtagadta a határozatok foganatosítását, mivel azokat nem az illetékes hatóság hozta. – BM 1891/82.131

¹¹⁴ A teljesség kedvéért ki kell egészíteni azzal, hogy kötelezően a vasúti társaság térítette meg az ápolási költségek egészét a vasúti balesetekben sérültekért, illetve elhunytakért. – 1874/XVIII. tc. 2.§

¹¹⁵ Az 1875-ös tc. rendezte a gazda cseléd betegsége esetére szóló kötelezettségeit, ezt az 1876/XIII. tc. tovább finomította. Kiegészítve az 1875-ös törvény rendelkezését, előírta, hogy ha a cseléd a gazda hibájából betegszik meg, akkor a gazda 30 napon túl is kötelezett az ápolási költségek viselésére, ha azonban saját hibájából, akkor a gazda fizetési kötelezettsége egyetlen napig sem áll fenn. 32-34§, ugyanakkor a törvény felhatalmazza a gazdát arra, hogy a cselédet, ha „kicsapongásai által ragadós, vagy undort gerjesztő nyavalyába esett” azonnal, felmondás nélkül is elbocsássa. 52.§.

¹¹⁶ A községek közvetlen kötelezései közé tartozott a gyógyíthatatlan elmebetegek eltartásán túl a kórházakból gyógyíthatatlanság miatt elbocsátott betegek elhelyezése és a róluk való gondoskodás. A járványok elleni védekezés során viselt költségeket szintén a községeknek kellett viselniük azzal, hogy ha anyagi lehetőségeik kimerülnének, akkor a törvényhatóság, ha pedig ennek sem volna lehetősége a költségek viselésére, akkor az állam fizetné a fölmerült kiadásokat.

¹¹⁷ Egyenes adók: föld-, ház-, jövedelem-, személyes kereseti adók (1868/XXI.tc. 8.§, (1868/XXII, XXIV, XXV, XXVI, XXXIV. tc.)), föld-, ház, fegyver-, tőkekamat-, járadék-, általános kereseti-, jövedelemadó (1909/XI. 3.§)

elbocsátása esetén, de legalább háromhavonta elküldte a törvényhatóságnak, mely (elvileg) azonnal köteles volt fizetni. A törvényhatóság, ha a kórház tájékoztatása után két hónappal sem küldte el a beteg vagyoni viszonyairól szóló tájékoztatót, akkor köteles volt kifizetni az ápolási költségeket a betegápolási alapból, biztosítva ezzel a kórház folyamatos működését. Az ápolási költség-viselési rendszer a trachoma terjedésének meggátlásáról szóló 1886. évi V. tc. 1. §-ának rendelkezéseivel oly módon változott, hogy a szegény trachoma-betegek gyógyköltségeit, tekintet nélkül arra, hogy kórházi, vagy házi ápolási keretek között merült föl, az állam viselte az 1875/III. tc. bujakórosokra vonatkozó szabályozásának mintájára, tehát ebben az esetben nem merül föl a fizetésre kötelezettség kérdése, vagyontalanság esetén közvetlenül az államkincstár térítette meg a gyógyköltségeket. A költségviselési rendszerben az 1898-as szabályozásig a biztosítópénztárak megjelenése jelentett változást, de ez illeszkedett a korábbi fizetésre kötelezett körhöz, mivel az 1875-ös törvény már rendelkezett az egyleti, pénztári kötelezettségről.

6 Az 1898-as rendezés

6.1 Az állam fizetési kötelezettsége, a fizetésre kötelezett magánszemélyek köre

Az 1898-as, a nyilvános betegápolás költségeinek fedezéséről szóló törvény rendszerének kiindulási pontja lényegében az 1875-ös szabályozás.¹¹⁸ A törvény ugyanis fenntartja a fizetésre kötelezettek sorrendjén alapuló költségviselési megoldást. Az első szintet (ha erre van a betegnek jogosultsága) a betegsegélyező pénztár, társzláda, vagy a cselédtartó gazda, egyes esetekben az állam, majd az ápoló, ennek vagyontalansága esetén a rokoni kör képviseli, végül pedig az országos alap, illetve az állam (az

¹¹⁸ A törvényt feszült várakozás előzte meg. Szakmai lapok foglalkoztak a javaslattal, elemezve várható hatásait (*A nyilvános betegápolás költségeinek fedezéséről szóló törvényjavaslat*. MK 1898. máj. 22., és a napilapok szintén tudósítottak a fejleményekről. (*A nyilvános betegápolás költségei*. PN 1898 máj 19., *Törvényjavaslat a betegápolási költségekről*, PH 1898 máj 19.) A törvényjavaslat parlamenti vitájában megjelent a municipalista álláspont, az állam szerepének kérdése, valamint új elemként a nemzetiségi kérdés is. Az elhangzott kifogások között, hogy a megoldás pótdadó kivetésére alapul, tehát az állam nem illeszti az ápolási költségek terheit a korábbi költségvetési keretekbe, hanem – ráadásul ügyelve arra, hogy az egyenes-adókat ne emelje – új adóval teremti meg a forrást, mégpedig úgy, hogy a megyei törvényhatóságok terheit átcsoportosítja a városokra. Kifogásolták azt, hogy az új rendszerben a szegényebb vidékek helyzete nem fog számottevően javulni. A javaslat hibájául rótták fel továbbá, hogy nem határozza meg a szegény – ill. vagyontalan fogalmát, tehát az alap ellátását igénybe vevő kör nem kellően meghatározott, illetve azt, hogy a járványos betegségekkel szembeni védekezés terheinek megosztása nem megfelelő. A javaslat mellett elhangzott az, hogy azzal a „szocializmus méregfogát ki lehet húzni”, továbbá, hogy a reformnak szerepe van a nemzetiségi politikában is, mégpedig azért, mert ha a lakosság betegápolási terhei könnyebbé válnak, a „nemzetiségi izgatás”, főképp a szegény északi megyékben kevésbé lehet eredményes. KN (1896-1901) 1898. XVI., 308-311.ülés

országos alap hiányának rendezésével). Az új szabályozás szerint a fizetésre kötelezettek és a fizetett költségek köre is bővült, a gyermek-szülő, a szülő-gyermek és a házasársi kötelezett kört a nagyszülői kör egészítette ki, az 1875-ös szabályozásból már ismert visszkereseti jog megtartásával. A korábbi, 1875-ös törvény szűkszavú rendelkezései már nagymértékben módosultak a betegsegélyező-pénztári rendszer átalakítása, valamint a cseléd-gazda viszony közötti viszony rendezése kapcsán. Az új törvény tehát annak az igénynek is megfelelt, hogy az ápolási díjra vonatkozó szabályok egy törvény keretei közé kerüljenek.

Az állam fizette a trachomás és bujakóros betegek ápolási költségeit, illetve a kolera és a pestis elleni védekezés költségeit, továbbá a trachomás és bujakóros betegek, valamint a szegény elmebetegek ápolási költségeit¹¹⁹ (belügyminiszteri engedéllyel (10§)) akkor is, ha ezen betegek betegsegélyező-pénztár, társláda, betegsegélyező egyesület tagjai voltak, vagy ha mint szolgálatban álló cseléd után, a cseléd tartó gazda fizetési kötelezettsége fennállt volna. (9§) Így sem a betegre, sem annak fizetőképességéhez tartozói körére nem hárulhatott az ápolási díjak viselésének kötelezettsége. Az állam fizette az egyetemi klinikákon, valamint a bábaképzőkben ápolott szegény betegek ápolási költségeit, úgy, hogy ebben az esetben a rokon kör már nem vált kötelezetté, a betegsegélyező-pénztár, egyesület viszont igen. Végül viselte a hontalanok szállítási és ápolási költségeit, illetve azon külföldi állampolgárok után felmerült költségeket, melyek megtérítése alól a viszonyosság nemzeti szerződés, vagy a kialakult gyakorlat mentesítette az adott államot.

6.2 Az országos betegápolási alap

Az 1898-as megoldás igazi újdonsága az országos betegápolási alap létrehozása volt. Az országos alap volt hivatva a korábbi, törvényhatósági rendszerben rejlő aránytalanságokat megszüntetni úgy, hogy – elvileg – országos szinten kívánt kiegyenlített viszonyokat teremteni az egészségügyi ellátás költségeinek elosztott viselésével. Az országos alap pénzügyi fedezetét az egyenes államadók (földadó, házadó (melyhez járult még az ideiglenesen házadómentes házak bérjövödelme alapján számított adó), keresetadó (az adó fizetése alól a törvényhatósági és állami alkalmazottak sem voltak kivéve ezért a IV. osztályú kereseti adó is kirovásra került), nyilvános számadásra kötelezett vállalatok és egyesületek adója, bányaadó, a tőkék kamatai és járadékok után járó tőkekamat- és járadékadó) után kivetett pótagó jelentette. A pótagó – hasonlóan a megyei betegápolási pótagóhoz – az adó meghatározott százaléka (az 1898-as rendszerben legfeljebb 3%-a,

¹¹⁹ A havi kimutatás alapján, a Belügyminisztérium fizette ki az illető kórháznak.

melyet a minisztérium évről évre állapított meg) volt.¹²⁰ Ennek behajtása az egyenes államadókkal egy időben történt. Az országos alap fedezte a következő költségeket:

- a) a bel- és külföldi kórházakban kezelt magyar állampolgárok (ápolási- és gyógy-) költségeit, melyeket sem segélypénztárak, sem – ha volt ilyen – a cselédtartó gazda, sem a megjelölt családtagok, (sem az állam) nem viselt
- b) a hatóságilag igazolt szegények részére – az erre fölhatalmazott magánorvos által rendelt – gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök költségeit¹²¹
- c) a kolera és a pestis kivételével a fertőző betegségek elleni védekezés, és a védekezést szolgáló intézmények fönntartási költségeinek felét
- d) a talált, illetve a hatóságilag elhagyottnak nyilvánított gyerekek gondozási, nevelési, ápolási költségeit 7 éves korukig¹²²
- e) a kórházban szülő nők és gyermekeik ápolási költségeit.

Az a) pontban megjelölt eset lényegében csak a fizetésre kötelezett családtagok körében tér el. A hatóságilag igazolt szegények a korábbi megoldásban nem kaphattak ingyenes gyógyászati segédeszközöket. Ami a járványokat illeti, a szabályozás a két legveszélyesebb, országos járványt okozó betegség, a kolera és a pestis elleni védekezés költségeit az állam által megtérítendő kategóriába sorolta. Eddig ugyanis a járványok elleni védekezés költségei az adott községet terhelték és a lépcsőzetes költségviselési rendszernek megfelelően, ha az érintett község nem volt képes viselni a fölmerült költségeket lépett be a törvényhatóság. A törvényhatóság fizetésképtelensége, azaz a községi pénztár, illetve a törvényhatóság betegápolási alapjának kimerülése esetén volt lehetőség az állami segély igénybevételére. A megoldás valóban jobb, mint a korábbi, mivel a járványok – ebben a korszakban a pestis nem jelent meg, tehát csak a koleráról kell beszélnünk –, elleni küzdelem gyorsan kimerítette a védekezésre kötelezett

¹²⁰ BM 1899/61.051

¹²¹ Míg a BM 1898/110.206 sz. rendelet törvényhatósági jogú városokban csak a városi tiszti orvosok részére engedte meg, hogy az országos betegápolási alap terhére gyógyszert rendeljenek, a BM 1898/74.428 előírta, hogy a szegények számára a hatósági orvosokon kívül a miniszter által arra felhatalmazott magánorvosok is rendelhetek gyógyszereket, a BM 1898/118.956. pedig részletesen szabályozta a szegényeknek kiállítható vényekkel kapcsolatos eljárást. A rendelet szerint az országos alap terhére azoknak rendelhető gyógyszer, akik 1) az 1886/XXII. tc. 145.§ -a értelmében magukat közsegély nélkül fenntartani nem képesek, 2) hatóságilag igazolt szegények (ha a beteg nem rendelkezett bizonyítvánnyal, akkor az orvos kikérdezte vagyoni viszonyairól, azzal, ha valótlán adatokat szolgáltatott, akkor a gyógyszer árának kétszeresét, valamint a rendelési díjat is ki kellett fizetniük), akiket közfelfogás szerint szegénynek tartanak, illetve 3) nem esnek egyik kategóriába sem, de mégsem tudnak gyógyszert venni. A helyi hatóságok ellátták az orvosokat és gyógyszerészeket a szegények névjegyzékével.

¹²² Ehhez kapcsolódva az 1901/VIII. tc. alapján létrejöttek az állami gyermekmenhelyek, melyek fönntartási költségeit, valamint az ott elhelyezett gyermekek ápolási költségét az országos betegápolási alap viselte.

községek és törvényhatóságok költségvetését, s egy-egy járvány kitörése után rövid idővel megérkeztek a minisztériumba a segílyt kérő feliratok. Az 1898-as megoldás az igazán működőképes gyakorlatot építette be a törvénybe, azaz azt, mely rögtön állami kiadásnak könyvelte el a kolera és a pestis, azaz az országos járvánnyal fenyegető betegségek elleni küzdelmet.

A korábbi szabályozásban a talált gyermekek és a lelencek ápolási, nevelési költségeiről nem esett szó, a kórházban szülő nők ápolási költségeiről pedig a többi költséghez hasonlóan rendelkezett a törvény. Az 1898-as törvény szerint viszont a „szülházi” költségeket teljes egészében az állam fizette.

Az 1898-as törvény szól a betegsegélyező-pénztári és társláda-tagok ápolási költségeinek rendezéséről is.¹²³ Az 1891-ben született törvény szerint betegsegélyező-pénztárhoz, illetve társládához (bánya-betegsegélyezési ládák) tartozók¹²⁴ ápolási költségeit a betegsegélyező-pénztár, illetve az országos alap megosztva viselte, mégpedig úgy, hogy a betegsegélyező pénztár legfeljebb 20 hétig viselte az ápolási költségeket, de ha utólag sem egyezett bele a kórházi ápolásba, akkor legfeljebb 30 napi költséget volt köteles viselni.

A cseléd-gazda viszonyban az 1898-as törvény pontosította a gazda fizetési kötelezettségének eseteit: a gazda tehát, ha a betegség sem neki, sem a cselédnek nem felróható, 15 napot meghaladó szolgálat után legfeljebb 30 napig volt köteles fizetni, ha azonban a betegség a gazdának felróható okból következett be, akkor ez minimális szolgálati idő kikötése nélkül, a cseléd teljes felgyógyulásáig tartott. (A korábbi szabályozásban szolgálati idő megkötése nélkül 30 napos fizetési kötelezettség szerepelt).¹²⁵

A törvény megalkotásának idejére a közkórházak pénzügyi helyzete az egész országban, szinte kivétel nélkül igen súlyos volt. A fent ismertetett okok miatt követeléseikhez időben hozzájutni szinte egyáltalán nem tudó kórházak

¹²³ KM 1899/90.186/1898.

¹²⁴ Az 1891/XIV. tc. 2§-a szerint betegsegélyező pénztárhoz kellett tartoznia annak, aki „a) valamely az ipartörvény (1884:XVII. tc.) alá eső foglalkozásnál, ideértve még ugyanezen törvény 183. §. d) és f) pontja alatt felsorolt vállalatokat is;

b) bányákban és kohókban vagy a bányatermékeket feldolgozó egyéb művekben, ugyszintén kőfejtő-, homok-, kavics- és agyagtermelő telepeknél;

c) nagyobb építkezéseknél (57. §.);

d) a vasuti üzemeknél és ezek gyáraiban és műhelyeiben; a postánál, távirdánál, távbeszélőknél;

e) hajózásnál és a hajóépítésnél, valamint

f) a fuvarozásnál, szállítmányozásnál, raktáraknál és a kereskedelmi pinczészetnél

oly fizetéssel vagy bérrel vannak alkalmazva, melynek egy munkanapra eső összege 4 frtnál nem magasabb és a kikkel szemben a munkaadó a munkába álláskor világosan ki nem kötötte, hogy az alkalmazás nyolcz napnál rövidebb időre terjed.

A tengeri hajózásnál és a tengeri halászatnál alkalmazottakra a jelen törvény nem terjed ki.”

¹²⁵ Ezt a rendszert módosította az 1900/XVI. tc., mely előírta, hogy ha a munka közben éri baleset a pénztár tagját, akkor a munkaadó köteles a gyógykezelésről gondoskodni (legfeljebb 60 napig). Abban az esetben, ha a baleset nem a munkaadó hibájából történt, akkor a pénztár megtéríti a munkaadó költségeit és ezen felül a munkavállaló betegségének tartamára, legfeljebb 60 napra napi 1 Koronát fizet. (15.§)

napi működésükhöz nem ritkán tőkájüket voltak kénytelenek használni.¹²⁶ 1897-re a törvényhatóságok összesen közel 650.000 Ft-tal tartoztak a közkórházaknak¹²⁷, ami természetesen nem egyenletesen oszlott meg: a szegényebb felvidéki törvényhatóságok sokkal jobban el voltak adósodva, mint a gazdagabb „búzakenyér-szalonna”-megyék. Ezért, valamint az e törvénnyel létrejött országos betegápolási alap miatt rendezni kellett a törvényhatóságok betegápolási alapjának további sorsát és egyben a törvényhatóságok közkórházakkal szemben fölgyülemlett tartozásait is. Kérdés volt, hogy a megyék képesek-e kiegyenlíteni a tartozásukat, ami persze attól függött, hogy miért gyűlt föl az adósságtömeg. A törvényhatóságok egy része valóban szegénysége miatt nem volt képes kiegyenlíteni a kórházi tartozásokat, más részük azonban a nem elég magas pótdó kivetése és annak hanyag behajtása miatt tartozott a kórházaknak. A törvény 15§-a előírta a törvényhatóságoknak, hogy a fölgyülemlett adósságot egy év alatt fizessék ki a kórházaknak. Azoknak pedig, melyek nem a saját hibájukból nem fizették meg az ápolási költségeket, a kormányzat kedvezményes kölcsönt ígért. A tartozások kiegyenlítése után esetlegesen megmaradt összegeket pedig egészségügyi célokra, nevezetesen kórházi vagy elmeegógyintézeti célra kellett fordítani.

Az új költségviselési rendszer 1899. január 1-jén lépett hatályba. A kormányzat tartott attól, hogy a korábban már észlelt nyilvántartási nehézségek és az átszervezés miatt növekszik majd azok száma, akik jogosulatlanul kívánják igénybe venni az alap eszközeit. A kórházi ellátást színellet betegséggel, a betegápolási alapot jogosulatlanul igénybe vevők ellen már korábban is létezett a kórházból kitiltás intézménye.¹²⁸ Ennek lényege, hogy az ellátást jogosulatlanul igénybe vevők kitiltottként csak a kórházi orvos vizsgálata után nyerhettek felvételt kórházba, akkor, ha az ellátás szükségességéről az orvos igazolást állított ki, amit csatoltak a beteg kórházi irataihoz.¹²⁹ Az eredetileg határozatlan időre szóló kitiltást 1893-ban változtatta meg a kormányzat, elrendelve, hogy a kitiltás csak három évre szóljon, mivel így a kórházból kitiltottak akkor sem tudták volna hagyományos módon igénybe venni az ellátást, ha már nem kellett volna az alap károsodásától tartani.¹³⁰ A minisztérium a Belügyi Közlönyben tette

¹²⁶ Ld. feljebb a pécsi közkórház pénzügyeit (1872), vagy a miskolci kórház lepedőbeszerzését (1872).

¹²⁷ 1898/XXI tc. részletes indoklás a 15§-hoz.

¹²⁸ A színlelők legnagyobb része megélhetési gondok miatt vette igénybe a kórházi ellátást. Az esetek egy részében csak az élelmiszer (gyakran eladás céljából) megszerzése volt a cél, más esetekben ehhez kisebb lopások is társultak. – *Kórházi ingyenélők*. A betegápoló, 1903. júl.1. 6.

¹²⁹ Mivel azonban a kórházból kitiltás hatálya alatt is lehetséges volt a kórházi fölvétel, az intézmény inkább csak arra szolgált, hogy – a fokozott ellenőrzés miatt – azok, akik előszeretettel pihentek különféle gyógyintézetekben, egészségesen ne kerülhessenek be oda.

¹³⁰ BM 1893/46.641

közzé a kitiltottak listáját¹³¹, mely listákat minden kórháznak lefűzve megőriznie, s minden egyes betegfölvételkor ellenőriznie kellett.¹³² Most azonban – mivel az országos alap a korábbiakhoz képest jóval kevésbé érintette a törvényhatóságokat – a kormányzat attól tartott, hogy a színlelő betegek nyilvántartását az egyes törvényhatóságok nem fogják olyan alaposan végezni, mint korábban. A nyilvántartás gondjait azonban a kormányzat nem szívesen vette volna a nyakába, mivel: „[...] *színlelő betegek nagy számuknál fogva e helyről egyáltalán nyilván nem tarthatók*”¹³³, ezért előírta a kitiltottak kórházakban és törvényhatóságokban történő nyilvántartását is.

II. Kihívás és motiváció

1 A kolera

A kolera elleni sikeres védekezés megszervezése, a betegség magyarországi történetével együtt a XIX. századhoz kapcsolódik. Az 1831-ben megjelent járvány utoljára komolyabban 1892-93-ban pusztított. A védekezés megszervezésében pontosan nyomon követhető a század tudományos fejlődése, az államigazgatás működésének változása és a kettő egymásra hatása. Kezdetben, az 1831-es járvány idején a betegség teljesen ismeretlen, így a védekezés technikái esetlegesek. Az igazgatási oldal csúcsszerve ekkor a Helytartótanács, a végrehajtás kulcsszereplői pedig a megyék. A vizsgált járványok közül az első (1872/73), mely a legtöbb áldozatot szedte, a polgári közigazgatás kiépítésének idejére esett. Története rávilágít az alakuló igazgatási szervezet hibáira. Az 1886-os és az 1892/93-as járványok már nem voltak országos méretű, sok emberéletet követelő járványok, ugyanakkor, mivel ekkorra már készen állt az 1876-ban kialakított közegészségügyi rendszer, az eseménytörténeten keresztül kirajzolódik a dualizmus járványügyének sérülékeny működése, a helyi hatóságok, a központ és az érintettek kényszerű egymásra utaltsága.

¹³¹ Kitiltási hirdetmény: „A m. kir. belügyminister a horvát-szlavon-dalmát kir. országos kormány átírata folytán elrendelte, hogy Klanjaes kerület ravnegorei illetőségű Fuchs Miksa 41 éves róm. kath., nőtlen, péksegéd, ki különféle betegségek ürügye alatt az ország különböző kórházaiban ápolatja magát, mi által illetőségi törvényhatósága betegápolási alapjának nagymérvű kiadásokat okoz, a hazai kórházakban csak is halaszthatatlanul közkórházi ápolást igénylő betegséggel vétessék fel, különben pedig elutasítsassék, s illetőségi helyére leendő eltolonczoltzatása végett az illetékes hatóságnak adassék át. (31167/96. sz.)” MK 1896, 2. sz. 56.

¹³² BÉKÉSY, 1902, 41.

¹³³ BM 1899/9.192.

2 A himlő

A himlőellenes intézkedések kidolgozása beleilleszkedik a magyarországi egészségügyi, közegészségügyi reformok XIX. század végi sorába. A himlő elleni védőoltás bevezetésének század eleji kísérlete után a század utolsó harmadának járványos időszakaiban a figyelem középpontjába került egészségügyi feladatok megoldása meghozta a himlő megelőzésének megfelelő eszközeit.

Az oltás lehetőségének biztosítása önmagában nem bizonyult elegendő eszköznek, ki kellett dolgozni végrehajtásának ellenőrizhető, pontos és szükség esetén gyors módszereit. A közegészségügyet rendező törvény már rendelkezett a himlőoltások végrehajtásáról, de – mint az mintegy 10 év alatt bebizonyosodott, – nem volt elég pontos, és lényegében nem teremtett olyan helyzetet, hogy széles tömegek számára védettséget biztosítson. Mivel a gyermekkorban célszerű oltatásra a szülők hajlandósága igen csekély volt, más megoldást kellett találni, mint amit a törvény rugalmas szabályozása nyújtott.

Az 1887-ben történt módosítás már sokkal összefogottabban és szigorúbban szabályozta a kérdést. Az első és az ismételt oltások végrehajtásának több biztosítékát is beépítette a szabályozásba. A szülőkre gyakorolt nyomás (az iskoláztatáshoz szükséges oltási bizonyítvány), valamint a tanítókra telepített adminisztratív feladatok kellő háttérrel szolgáltatathattak az oltások biztonságos végrehajtásához. A változások, melyeket az 1887-es szabályozás hozott, nagymértékben támaszkodtak a Magyar Orvosok és Természetvizsgálók által 1876-ban benyújtott közegészségi törvényjavaslatára, mely a gyakorló orvosok és más egészségügyi szakemberek véleményét és elképzeléseit tartalmazta. A változtatás bevált. A himlőhalandóság tendenciózus csökkenését ezek után már csak egy-egy alkalommal zavarta meg járvány.¹³⁴

Ugyanakkor, amire az egyes forrásokból következtethetni lehet, hogy nem volt a társadalom egésze a biztosan beoltottak között. Látszanak a szabályozás hiányosságai, melyeket a kortársak a végrehajtás lanyhaságának tudtak be, azonban valószínűleg nem csak erről volt szó. Olyan csoportok biztonságos beoltásáról nem gondoskodott a szabályozás, mint a tanyasi lakosság és a vándorcigányság. A tanyasi lakosság elérhetetlen volt a korszak egészségügyi személyzete számára, s ez nem csoda. Akkor, amikor az oltóorvos fuvarozásának költségei kapcsán parázs viták kerekedtek a

¹³⁴ Annak ellenére, hogy a kötelező újraoltás bevezetése után a himlő nagymértékben visszaszorult, jóformán teljesen eltűnt, a tapasztalt orvos megjegyzi: „Az orvostudomány haladásának egyik legnagyobb áldása, a védhimlőoltás által úgyszólván teljes bitossággal meg tudjuk óvni az emberiséget a himlő ragályozásától. E tény legjobban feltűnteti a védhimlőoltás nagy jelentőségét és épp ezekért úgyszólván érthetetlen az, hogy az egyetemről kikerülő fiatal orvosok közül oly kevesen vannak, kik az egyetemen himlőoltást láttak.” SZÉKELY ÁDÁM: *A védhimlőoltásról*. Budapesti Orvosi Újság, 1904. ápr. 21. 328-331. 328-329.

törvényhatóságok és a minisztérium között, nem lehet csodálkozni azon, hogy a tanyasi lakosság mintegy kihullott a közegészségügyi intézkedések hálójából. Ami a vándorcigányokat illeti, ezen csoport beoltásának nehézségére az 1887-es reform után fölfigyelt a kormányzat, annál is inkább, mert egyre inkább a betegség „széthurcolóit” látták e csoportban. Ekkor pedig megjelent a rendelkezésekben a karhatalom alkalmazásának lehetősége a beoltás biztosítására. A fertőző betegségekkel szembeni harc egyik fejezete pedig röviddel a századforduló után lezárult, amikor is a himlő kikerült a leggyakrabban halált okozó betegségek országos statisztikájából.

3 A trachoma

A trachoma nem keltett akkora riadalmat, mint a század többi fertőző betegsége. Nem volt halálos kimenetelű, az esetek kis hányadában vezetett vaksághoz és viszonylag kevés embert érintett.¹³⁵ A határozott kormányzati lépések oka egyrészt az volt, hogy a trachoma veszélyeztette a katonai érdekeket, másrészt, hogy gyorsan terjedt, így sem az egészségügyi rendszer, sem a községek, törvényhatóságok, sem a központi költségvetés nem bírta volna el a hosszan elhúzódó kezelést igénylő betegség jelentette terheket. A figyelmetlenség, a hozzá nem értés miatt elvesztegetett évek után tehát érthető a sietség, mellyel a terjedést meg kívánta akadályozni a minisztérium. Látható azonban, hogy a közegészségügy általános helyzete komoly nehézségek elé állította a trachomával foglalkozó szakembereket. Az általános orvoshiány eleve óriási kihívást jelentett, amit tetézt még az, hogy az orvosok jó része nem volt birtokában a szükséges ismereteknek. Mivel a betegség gyógyítása hosszan elhúzódó, nagy szakértelemmel végzendő munkát jelentett, összehasonlítva más, a század folyamán fölbukkant fertőző betegséggel kapcsolatos munkával, sokkal nagyobb szerephez jutott az orvos rátermettsége és felkészültsége. A trachoma-orvosok kiküldésére – az orvosokra nehezedő terhek könnyítésén túl – a helyi orvosok továbbképzése miatt is szükség volt tehát. A vállalkozás sikere függött az egyes orvosok hatékonyságától, de függött a fertőzött területen élők általános (köz)egészségügyi körülményeitől is, azaz a lakásviszonyoktól, a vándormunka-léttől, az orvos-ellátottságtól, a terület anyagi viszonyaitól és egyes esetekben még az adott terület népszokásaitól is.¹³⁶

¹³⁵ A századforduló táján Feuer 30000-re teszi a trachomások számát, hozzátéve, hogy legtöbbjük paraszt. – Ld.: FEUER NÁTHÁN: *A trachoma elterjedettsége Magyarországon és az ellene elrendelt hatósági eljárás*. Az Orvosi Hetilap Tudományos Közleményei – különlenyomat- XXXIX. évfolyam, 1895. Szemészet 4-5.sz., 15.

¹³⁶ Szeged vidékén a már említett „menyasszonyosdatás” népszokását kellett külön rendeletben megtiltani, mert ennek keretében az esküvői vendégek közös tálból mosdanak meg és közös törülközőt használnak. – BM 1897/1254.

A források azt mutatják, hogy egyes intézkedések szinte egyáltalán nem vezettek eredményre. A vizsgált korszakban állandó gondot okozott az elkülönítési szabályok betartatása. Az érintett társadalmi réteg, tehát a mezőgazdasági bérmunkások, illetve a parasztság lakásviszonyai nemigen változtak a korszakban. Így a lakáson belüli elkülönítésről (de még a biztonsági előírások betartásáról) sem lehet beszélni. Ami pedig a hatóságoktól függött, annak eredménye vegyes volt. Az iskolákban például nem lehetett megoldani a trachomás tanulók elkülönítését.¹³⁷ ¹³⁸A katonaság természetesen meg tudta oldani a katonák elkülönítését és gyógykezelését is. Ugyanígy megoldható volt az elmebetegek szűrése, és a vasúti szállításban való elkülönítés is.¹³⁹ A kényszergyógykezelés és az egyéb büntetések lehetősége sem segített sokat a trachoma-helyzetben. Az orvosok lényegében függték betegeiktől, ezért eleve nem lehetett tőlük drákói szigorúságot elvárni. Másrészt úgy tűnt, a kormányzat is ingadozott, t.i. hogy büntetésekkel próbálja rászorítani az érintetteket a gyógykezelésen való részvételre, vagy pedig minden egyéb módon próbálja kezelésben részesíteni az arra rászorulókat. Bars vármegye például, fölvetette a kérdést a minisztériumnak, hogy vagyonos beteg kényszergyógyítása esetén megilleti-e díj a kezelést végző orvost, és ha igen, akkor melyik alap viselje a költségeket. Válaszában a minisztérium arra az álláspontra helyezkedett, hogy nem célszerű a kényszergyógykezelés díját a betegen behajtani, mert ez a gyakorlat a betegség eltitkolásához vezethetne. Az orvost a minisztérium szerint vagy a község, vagy az 1886/V. törvénycikkben lehetővé tett jutalom alapjából lehet fizetni.¹⁴⁰ Ugyanakkor, ha a körorvos a rendes bejárású időn túl látogatott el egy községbe, akkor a (fuvar biztosításán túl) fuvar költséget az illető község viselte.¹⁴¹ A büntetések alkalmazása pedig a tapasztalatok szerint nem érte el célját. Ahogy a trachoma-felügyelő fogalmazott: „[...]a nyilvános trachomarendelésekre el nem járó és az orvosok által az illetékes hatóságoknak bejelentett betegek ellen a hatóságok csak későn indítják meg az intő vagy megtorló eljárást, úgy, hogy a gyógykezelésre leginkább felhasználható téli időszak elmúlik, mielőtt a betegek rendszeres orvosi

¹³⁷ „Ép oly physicali akadályokba ütközik a külterületen az iskolákban előforduló trachomás tanulók elkülönítése, úgy hogy az idevágó miniszteri rendelet ama passzusának, mely szerint az iskolába járó nem ragályzó sadiumban lévő trachomában szenvedők külön padokba ültetendők, érvényt szerezni egyelőre lehetetlenség [...]” – BOKROS HENRIK: *A trachoma Szeged külterületén*. Közegészségügyi Szemle 1890, 696-703., 698.

¹³⁸ Ennek ellenére Németországban a végre nem hajtható magyar minta alapján rendelték el az iskolai szemvizsgálatokat. – ld. DR. FEUER NATHANEL: *A trachoma (egyiptomi szembaj) az iskolákban*. (Ifjúság és egészség iskolaegészségügyi folyóirat különnyomata I. évfolyam 1898. máj. 15.), Budapest, 1898.

¹³⁹ A Kereskedelemügyi miniszter úgy rendelkezett, hogy az illető hatóság a trachomások indulása előtt 12 órával volt köteles értesíteni az indulási állomást a betegek számának megjelölésével. Az állomás külön kocsit bocsátott a betegek rendelkezésére. – MOL K150-1893-IV-16-6416-63003.

¹⁴⁰ BM 1890/ 35.978

¹⁴¹ BM 1891/ 23.559.

kezelés alá jutnának, minek az a következménye, hogy míg sok helyen a betegek nagy része állandóan távol marad a rendeltéstől, az első sorban ezen ellenszegülők elhelyezésére létesített állami trachoma kórházak részben üresen állanak.”¹⁴²

A kórház – járóbeteg-kezelés alternatíva ügyében is letisztultak az álláspontok. Míg a probléma jelentkezésének idején, az első intézkedések lendületét kihasználva megfigyelhető, hogy egyes törvényhatóságok megpróbálták a helyzetet egy önálló trachomakórház berendezésére, vagy legalább egy szemosztály felszerelésére kihasználni. Később ez változott, sok esetben azon helyek, ahol ilyen intézmény létre is jött, kénytelenek voltak szembenézni azzal, hogy egy-egy nagyobb központ létrehozása egyáltalán nem oldotta meg a helyzetet. Maguk az intézményvezetők panaszolták, hogy kevés trachomás jut el a kórházi kezelésig, s ez a felismerés a járóbeteg-intézetek felállítása felé tolta el a hangsúlyt.¹⁴³

A kórházi ellátórendszer ezzel együtt specializálódott, létrejöttek a trachomakórházak, vagy a trachomával érintett vidékeken a közkórházak mellett szemosztályokat hoztak létre¹⁴⁴, így 1900-ban a következő településeken volt található trachomakórház, vagy trachomaosztály: Brassó, Szeged, Liptószentmiklós, Hódmezővásárhely csoport kiegészült az állami trachomakórházak következő településeken működő csoportjával: Brassó, Ó-Becse, Zsablya, Privigyé, Kalocsa, Zsolna, Alsó-Lendva, Perlak, Szeged.¹⁴⁵

A trachoma elleni védekezés első ízben az 1890-es költségvetésbe került be, 40.000 Ft-os tétellel. Ez az összeg az 1894-es költségvetésben már 60.000 Ft-ra emelkedett, 1897-ben 50.000 Ft volt, egy évvel később újra 60.000 Ft. Az 1899-es költségvetésben egy 1000 Ft-os pályadíj kitűzésével bővült, 1902-től pedig, a már Koronában megadott költségvetésben 120.000 K-val, 1906-ban 100.000 K-val, 1909-ben 140.000 K-val, 1912-ben 141.500 K-val, 1913-ban 150.000 K-val az 1914-es költségvetésben pedig 157.000 K-val szerepelt.¹⁴⁶

A trachoma elleni védekezés tehát stabil helyet kapott az 1890-utáni évek költségvetéseiben. Külön trachomakórház építése nem szerepelt, egyes kórházi beszerzések, valamint kórházbővítés kapcsán lehet a trachoma-ellenes lépések nyomát fölfedezni a költségvetésben. Ami tehát 1890-előtt történt, azt a költségvetés más tételei fedezték, s 1890-után is hozzá kell

¹⁴² BM 1899/ 34.528.

¹⁴³ Ld. Hódmezővásárhely fent ismertetett esetét. – MOL K150-1892-IV-16-2060-24875

¹⁴⁴ Bár ezek némelyike kifogásolható állapotban volt – ld.: SOMOGYI ZOLTÁN: *Közlemény sz. királyi Debrecen város közkórháza szemészeti osztályának 3 ½ évi működéséről*. Orvosi Hetilap – Szemészet, Jubileumi szám, 1897, 18-20.

¹⁴⁵ Ld.: *A trachoma-ügy Magyarországon 1883-1900*. közzéteszi a M. Kir. Belügyministerium, Budapest, 1900.

¹⁴⁶ Ld. a költségvetési törvényeket: 1890. évi IV. tc., 1890. évi XXXIX. tc., 1892. évi XIV. tc., 1893. évi VII. tc., 1893. évi XXXI. tc., 1895. évi IV. tc., 1896. évi VI. tc., 1897. évi XI. tc., 1898. évi VI. tc., 1899. évi VIII. tc., 1902. évi XII. tc., 1904. évi V. tc., 1904. évi XXI. tc., 1906. évi IX. tc., 1908. évi L. tc., 1911. évi XIV. tc., 1912. évi V. tc., 1912. évi LXVI. tc., 1914. évi XXVII. tc.

számolnunk a védekezéshez más tételek forrásait. (pl. intézmények támogatása, beszerzése, jutalmak, stb.)

Összefoglalóan tehát elmondható, hogy a trachoma fölszámolására tett első lépések megtörténtek a vizsgált korszakban, melyek eredményességét a hazai közegészségügy általános gondjai határozták meg. Így 1884-től az első világháború kitöréséig nem tűnt el a betegség, s tömeges előfordulása csak a XX. század közepe után szűnt meg.

4 Az elmebetegügy

A kiindulópont: az elmebetegügy szinte teljes hiánya, a korszak végére pedig kibontakozik az állami elmebetegügy rendszere, a maga differenciált ellátórendszerével. Az elmebetegekről való gondoskodás tehát (részben) állami feladattá vált, melynek háttérében találjuk az elmekórtan robbanásszerű fejlődését. Az elmebetegek és betegségek megfigyelése mellett elsőként meg kellett küzdeni a betegelhelyezés száncalmas és méltatlan körülményeinek megváltoztatásáért. Az elmebeteg-ügy tehát a szoros értelemben vett szakmai szempontokon túl összekapcsolódott a társadalom szemléletmódjának megváltoztatásával, valamint a kérdéshez kapcsolódó szociális feladatokkal.

A korszak elején teljesen hiányoztak azok az intézmények, melyek képesek lettek volna ellátni az új szemlélet által kijelölt feladatokat. A kezdetek magántéboldái után, nem kis részben éppen a magántéboldában tevékenykedő szakemberek hatására 1868-ra készült el az Országos Téboldya, mely szimbolikusan az ország, Buda város és az uralkodó anyagi áldozatainak köszönhetően épülhetett meg.

Mégsem lett kellőképp hangsúlyos ügy az elmebetegügy. A közegészségügy rendezéséről szóló 1876-os törvény kifejezetten szűkszavúan foglalkozott a kérdéssel és látható, hogy a későbbiekben sem sikerült az elmebetegügy átfogó reformját végrehajtani. A korrekciók ennek megfelelően a rendeletanyagban keresendők. Annak ellenére, hogy az elmeorvos-társadalom élénken vitatta meg a terület kérdéseit, a lényeges lépések a minisztérium közegészségügyi osztályához kapcsolhatóak. Fájó pontja maradt tehát a korszak elmeorvosainak az önálló elmebetegügyi törvény kidolgozásának, illetve inkább becikkelyezésének elmaradása. A Babarczi Schwartzter Ottó nevével fémjelzett tervezet alkalmas lett volna arra, hogy az addig részben csak rendeleti szinten szabályozott kérdéseket törvényi szintre emelve, valamint újabb megoldásokkal is gazdagítva egy olyan törvényt alkosson, mely megoldotta volna a terület legégetőbb gondjait. Ezek pedig bőven akadtak.

Az egész korszakon át megfigyelhető a krónikus ápolóhiány. Az ápoló-képzés viszonylag késői megindulásáig nem volt megfelelően képzett ápolói

gárda a hazai elmeógyógyintézetekben. Az ápolók egy része a korszakban foglalkozását nem hivatásnak, hanem átmeneti munkának tekintette. Ennek megfelelően nem, vagy csak nagyon nehezen nevelődött ki hozzáértő ápolói réteg. Az orvosi tudományos ülések, konferenciák által számos esetben fölvetett kérdés valamelyes megoldása csak a századforduló után következett be, amikor megindult a szervezett ápoló-képzés.

Állandó gondot jelentett a tébolydák, elmeógyógyintézetek túlszűfolttsága. Ez a jelenség több okra vezethető vissza. Nem kétséges, hogy ekkor a tébolydába bekerülni kívánkozók, illetve azok száma, akiket itt kívántak elhelyezni, megsokszorozódott. A helyzetben valamelyest javított az újabb tébolydák fölépítése, az ország más részein. Azonban a finanszírozás akkori rendszeréből fakadt, hogy szinte „kódolva” volt a tébolydák ismételt túltelítődése. Az állami fönntartású elmeógyógyintézetbe fölvetett fizetésképtelen elmebeteg utáni ápolási költségeket ugyanis az állam viselte. Ennek az volt a következménye, hogy a községek szabadulni akarván elmebetegeiktől, igyekeztek országos tébolydába utaltatni a betegeket. Ebben pedig – az iratok tanúsága szerint – a községi orvosok is partnernek bizonyultak.

Itt pedig elérkeztünk a következő problémához. A községi és körorvosok a legritkább esetben rendelkeztek elmeorvosi ismeretekkel. Nem csoda, hogy az igazolások kiadása, a közveszélyesség igazolása az egész korszakban az elmebeteg-ügy gyenge pontja maradt. A reformtervek elképzeléseinek és az elindított változtatásoknak részben a helyi orvostársadalom ellenállását kellett leküzdeniük.

A túltelítettség és a finanszírozási nehézségek különböző alternatív megoldások kidolgozására serkentették a közegészségügyi kormányzatot. A korszak meghatározó szakemberei, Perczel, Chyzer és Niedermann nyugat-európai tanulmányútja után meghonosított családi ápolási rendszer, valamint a községi ápolás fölmérése rávilágított az ellátás hiányosságaira, arra, hogy hiába dolgoznak ki komoly eredményekkel kecsegtető megoldásokat a szakemberek, ha azokat a hazai társadalmi előítéletek és anyagi ellenérdekek miatt nem lehet keresztülvinni, meghonosítani. A vármegyék és községek ellenállását az Oláh Gyula által tett fölmérés kiválóan ábrázolta. Kitűnik ebből, hogy azok az elmebetegek, akiknek nem sikerült valamely elmeógyógyintézetbe, vagy kórházi elmeosztályra kerülniük, a lehető legrosszabb helyzetben voltak. A korabeli társadalom elutasítása változatlan formában élt tovább az elmebetegekkel szemben, és ez nem csak a községi, hanem a családi ápolás rendszerét sem tette igazán működőképesé. A hazai elmebetegügy tehát a XIX. század közepe után létrejött ugyan, de mintegy „beszorult” az elmeógyógyintézetek és kórházi elmeosztályok falai közé.

Az összes felsorolt negatívum ellenére azonban a fejlődés tagadhatatlan, tapinthatóvá válik egy elmebeteg-politika, mely számon kérte a társadalom

tagjaitól az elmebeteg helyzetét és feladatokat osztott a különböző szereplőkre, a családtagoktól a rendőrségen át a községekig. Az elmeógyógyintézetek létjogosultságát már nem kérdőjelezte meg senki, és az elmebeteg-ügy fejlesztése – mint kiderül a minisztérium nyilatkozataiból – csakis pénzkérdéssé vált.

5 A tüdővész

Összefoglalóan elmondható, hogy a tüdővész elleni védekezés eszköztárára a vizsgált korszak végén kezdett működni. A tüdővész, mint betegség és egyben mint egy szerteágazó problémakör megjelenítője közvetlenül a századforduló előtt került az egészségügyi kormányzat megkülönböztetett figyelmébe. Az addig kissé mellékesen kezelt betegség nagyon gyorsan az egyik legégetőbb egészségügyi problémává vált. A megoldási javaslatok azonban messze túlmutattak a szűkebb értelemben vett egészségügyi kormányzat hatókörén. Már a kérdéskör első megközelítése is jelezte, hogy átfogó kormányzati cselekvési programra van szükség. Az pedig, hogy több tárca is elkészítette a maga területén alkalmazható tbc-ellenes cselekvési stratégiáját, jelezte súlyát. A kormányzati lépéseket sajátosan egészítette ki egy lényegében a vizsgált korszak végéig igen aktívan jelenlévő társadalmi mozgalom, melynek számos intézmény megszületését köszönhetjük. Az ellátórendszer mindkét jellegzetes intézménytípusa – a szanatórium, és a „dispensaire” – is részesült eme mozgalom támogatásában. A korszakban megoldandó többi egészségügyi kérdéshez hasonlóan e területen is jellemző maradt a rendelkezések nehéz végrehajthatósága. Ebben viszont kevésbé az érintett törvényhatóságok rövidlátása volt a meghatározó, hanem az érintett betegek, illetve a betegek környezetének értetlensége, tudatlansága és olykor a segítséggel szembeni konok elzárkózása. Mindezzel együtt azonban kétségtelen tény, hogy e rövid korszakban a hazai tüdővész-elleni fellépés intézményrendszere létrejött, működni kezdett. Az is tény, hogy nem ebben az időszakban következett be az áttörés, a tbc ekkor nem került le a leggyakoribb halálozási okok listájáról.

III. Összegzés

A vizsgált időszakban nem csak a modern közegészségügy alapjainak lerakása történt meg, hanem a modern közigazgatási struktúra kialakítása is. Az állami szerepvállalás, a közegészségügyről való gondolkodás nem 1867-után jelent meg Magyarországon: az első átfogó szabályozás 1770-ben született, s a későbbiekben az ellátórendszer egyes szereplőit, illetve főképp a járványügyet érintő kérdésekben történt (további) előrelépés. Az 1867 utáni korszak azért érdemel különös figyelmet, mert egyrészt az orvostudomány

fejlődésével máig ható és érvényes megoldások születtek sokáig kezelhetetlen problémákra, másrészt azért, mert az ellátórendszer kiépülésével, az egészségügyi képzés, a feladatok finanszírozásának és az egyes szereplők igazgatási rendszerben betöltött szerepének kijelölésével és értelmezésével, ha nem is hiba nélküli, de legalábbis működő közegészségügyi rendszer jött létre a XX. század első évtizedére.

1 Az államosítás kérdése

Az igazgatási rendszer átalakítására a központosítás (hatékony igazgatás), illetve a decentralizációhoz való visszatérés, illetve annak megtartása (a megyei hagyományok eszméje) eldöntésének kérdése nyomta rá bélyegét, s a kiegyezéskori politikai atmoszféra egy progresszív, centralizált igazgatási rendszer megalkotása helyett a két modell közötti, kompromisszumos megoldást tett lehetővé. Így az önkormányzatiság intézményei továbbra is őrizték politikai jogaik maradványát, és ami a legfontosabb: végrehajtásban betöltött szerepüket. Annak lehetősége, hogy kialakítható egy professzionális közép- és alsó szintű igazgatási rendszer, ekkor szertefoszlott. Ami ez után következett, durván leegyszerűsítve, a rendszerkorrekció sikeres, illetve sikertelen kísérleteinek sora. Az 1875-ben kormányt alakító Tisza nevéhez fűződik az első „korrekciós időszak”. A Tisza-rendszerben kezdődött el az igazgatási rendszer „államosítása”. A közigazgatási bizottság létrehozása, az új községi és törvényhatósági törvény, a megyék háztartásának rendezése, a tisztviselők felelősségi viszonyainak, valamint minősítésének szabályozása, a csendőrség létrehozása jelzik azokat a sarokköveket, melyek a közép- és alsó szintű végrehajtás szereplőit szorítják egyre kisebb mozgástérrel az állami igazgatási rendszer keretei közé. Tisza távozásával nem szakadt meg az államosítás tendenciája. Jóllehet a leghíresebb kísérlet, a lex-Szapáry megbukott, de lélegzetvételnyi szünet után folytatódott a szűk értelemben vett állami igazgatás benyomulása a hajdan oly széles jogosítványokat élvező önkormányzatiság szférájába. A századforduló éveire már látható a folyamat végpontja: a megyei törvényhatóságok önkormányzatiságon alapuló működésének jogi környezete a koncepciózus törvényhozási munka nyomán igencsak szűkösse vált. Az állami utalványozás rendszerének megtartása, a pénzügyigazgatás középszintű szerveinek működése, majd a századforduló után a megyei tisztikar függésének további erősödése jelzik a Szapáry-kísérlet után hangosan többé ki nem mondott szándékok végrehajtását.¹⁴⁷

¹⁴⁷ A községek, illetve a törvényhatósági jogú városok helyzete ugyanakkor más. A nagyobb adóztatási szabadság birtokában, s főképp a helyi községek megmaradásával a községek, városok igazgatási mozgástere is nagyobb.

1.1 A közegészségügy illeszkedése az igazgatási rendszer reformperiódusaiba

Az államosítás felé mutató ív a dualizmus igazgatási reformjainak sora. Ebbe illeszkedett a közegészségügy fejlődése is. Az alapfeltételek egyes elemei adottak voltak már a kiegyezéskor is: a központi igazgatásban volt gazdája a közegészségügynek, orvosi képzés létezett már Magyarországon, a megyék fizették a fizikusaikat, akik rendszeresen küldték jelentéseiket, s ha volt rá pénzük és jelentkező is akadt, a községek is tartottak orvost.

A közegészségügyi igazgatásnak ugyanakkor óriási feladatokkal kellett megbirkóznia, ezért, valamint az egész rendszer átalakításának igénye miatt elkerülhetlenné vált a területet érintő reformok végrehajtása. A változások egyrészt kapcsolódtak az igazgatási rendszer egészének reformperiódusaihoz, (ilyen volt jellemzően az 1875-76-os időszak, majd pedig a községeket, illetve törvényhatóságokat érintő szabályozás átalakításának időszaka), illetve kapcsolódhattak egyes részterületek szabályozásához, mint amilyen a biztosítási rendszer kialakítását, vagy pedig a megyei, községi személyzet helyzetét, anyagi viszonyait rendező időszak volt.

Végül sor kerülhetett olyan szakigazgatási reformokra, melyeket egy-egy egészségügyi esemény, jellemzően járványügyi kérdés fölmerülése indukált. Így érthető, hogy miért vált sürgetővé a közegészségügyi törvény megalkotása (1876) az 1872/73-as kolera után, vagy ami még szorosabb kapcsolatra mutat, hogyan került sor a trachoma-, illetve a himlőoltás kérdését szabályozó törvények megalkotására.

2 A közegészségügy reformjára ható tényezők

A közegészségügy szabályozása több tényezőtől függött, s egy-egy korszakos intézkedés végrehajtására a körülmények – a politikai környezet, a gazdasági helyzet, az aktuális közegészségügyi problémák egymást erősítő hatása, egy-egy meghatározó szakmai személyiség munkája, illetve egyes esetekben a társadalmi igény artikulált megjelenése – szerencsés egybeesésére volt szükség.

Megállapítható, hogy a közélet csak igen csekély részét foglalkoztatták egészségügyi kérdések. A sajtó-, illetve az országgyűlési anyagok tanúsága szerint egy-egy járvány idején a közegészségügy egésze az érdeklődés fókuszába kerülhetett, de az aktuális probléma rendeződése után mélyebben sem a közvéleményt, sem a politikai vezetést nem foglalkoztatta a közegészségügy rendezésének kérdése. A szakirodalomban sokszor helyet kapott az a megállapítás, hogy az 1876-os közegészségügyi törvény remek alkotás volt, csak éppen a korabeli Magyarország nem volt kellő fejlettségi szinten annak végrehajtására. Ez lényegében igaz, azzal, hogy nem csupán az

ország általános fejlettsége, értve ez alatt elsősorban a gazdasági viszonyokat és a lakosság egészségügyi kérdésekhez való hozzáállását, hanem az ország igazgatási rendszere sem volt fölkészült egy ilyen törvény fogadására, végrehajtására.

A törvény létezett, és ennek tükrében érthető, hogy miért nem érezték többé olyan égető kérdésnek az egészségügy rendezését. Mégis, a közegészségügyi rendszerrel foglalkozók számára nagyon hamar nyilvánvalóvá vált (ld. a községi orvosok kongresszusait), hogy a törvény, annak erényei ellenére lényegében végrehajthatatlan. Így – párhuzamosan a közigazgatás egészét érintő reformokkal – megkezdődött a küzdelem a közegészségügy reformjáért.

2.1 A korrekciók kapcsolódási pontjai

A közegészségügyi rendszert érintő alapkérdések egy része, – a felelősségi viszonyok, a fizetési rendszer, az állami és a törvényhatósági szereplők egymáshoz való viszonyának kérdése – szorosan összekapcsolódott az igazgatási rendszert érintő kérdések rendezésével. Ezek újraszabályozása tehát az igazgatási rendszer egészének reformjai során valósulhatott meg (ld. az 1886-os s az 1893-as változásokat), hasonló kérdéseket vetve föl, mint az általános reformok.

A rendszer kiigazításra váró elemeinek másik csoportját a szorosabb értelemben vett egészségügyi kérdések képezték, melyek egy része már korábban is ismert probléma volt, más része az orvostudomány fejlődésének köszönhetően került a reform-csomagokba. Az előbbi kategóriába sorolható az oltási ügy 1887-es rendezése, mely egy létező módszert ültetett a gyakorlatba, utóbbira példa a trachoma kezelésére vonatkozó program kidolgozása (1884).

3 A közegészségügy hiányos működésének strukturális okai

3.1 A központ kérdése

A közegészségügy már a kezdetektől a Belügyminisztérium külön osztályához tartozott, de egészségügyi kérdésekkel foglalkoztak a társmisztériumok is, melyek egészségügyet érintő feladataik ellátása során, törvények, rendeletek megszövegezésében, az intézmények irányításában konzultáltak a Belügyminisztériummal. Az egészségügy központi irányítása nem tűnt kellően összefogottnak. Ezért, valamint a jobb érdekérvényesítés reményében már igen korán megfogalmazódott egy önálló „egészségügyi minisztérium” létrehozására vonatkozó igény. Tény, hogy a Belügyminisztérium feladatkörének bővülése szinte folyamatos a korszakban, s a legfontosabb, egészségüggyel foglalkozó osztály, a

közegészségügyi (osztály) csak egy volt minisztérium osztályai közül. Jogosnak tűnik tehát az önálló minisztérium létrehozására vonatkozó igény, annál is inkább, mivel kiválóan nyomon követhető a minisztériumi munka aktivizálódása egy-egy, a terület iránt elkötelezett vezető, vagy szakember megjelenése esetén.

3.2 A végrehajtási rendszer közép- és alsó szintje

Az 1870-es években lerakott alapokra épülő igazgatás részévé vált a törvényhatóság, illetve a község. A közép-, és alsó szintű végrehajtás anyagi forrásait tekintve részben, személyi állományát tekintve ennél kevésbé függött a központi igazgatástól. Jóllehet a megyei törvényhatóságok működési költségének meghatározó részét utalványozta az állam, éppen az egészségügyi ellátórendszer elemeinek megteremtése nagyban függött az adott törvényhatóság önálló anyagi tehervállaló-képességétől. Így az a helyzet alakult ki, hogy míg a megyei törvényhatóságok ügyintézési rendjében, a tisztviselők képzettségében és vagyoni viszonyaiban egyre kisebb lett a különbség, az egészségügyi beruházások, és a feladat-ellátás állam által nem finanszírozott része igen vegyes képet mutatott. A megyei törvényhatóságok viszonyainak átrendezésével a kormányzat célja egy professzionális középszintű igazgatás létrehozása volt, mely cél a századfordulóra lényegében teljesült. Ez viszont nem jelentette azt, (éppen az anyagi feltételek miatt) hogy egészségügyi ügyekben a végrehajtás is professzionálissá vált volna.

A szorosabb megyei kontroll alatt működő kis- és nagyközségek alapvető viszonyain nem lehetett gyorsan változtatni, s a végrehajtás személyi és anyagi feltételei éppen ott, ahol arra talán a legnagyobb szükség lett volna, nem álltak rendelkezésre. Ezen túl a rendszer működését ezen a szinten már nyilvánvaló strukturális hibák nehezítették meg. A járási- és a községi (kör) orvosok hatáskörének nem túlságosan szerencsés meghatározása, a hatósági orvosi teendők községi orvosokra és járási orvosokra való telepítése, valamint a községek és orvosaik viszonyára hátrányos befolyással lévő fizetési- és választási rendszer, továbbá a községi irányítás hiányosságai hosszú időre gátolták az egészségügyi igazgatás és ellátás működését.

A törvényhatósági jogú és rendezett tanácsú városok mozgásteret nagyobb maradt, szélesebb adóztatási jogkörük, a rendezett tanácsú városok relatív függetlensége a megyétől és a biztosabb anyagi alapok látványosabb fejlesztéseket, az önálló városi személyzet, az orvosok, bábák „városszeretete” miatti jobb orvos- és egészségügyi személyzeti ellátottság az egészségügyi igazgatás és az ellátások gördülékenyebb és kiegyensúlyozottabb működését tették lehetővé. Az orvosok választottsága, a

fizetési viszonyok-, valamint az ellátórendszerben rejlő különbségek azonban a városok közegészségügyi helyzetét is nagymértékben befolyásolták.

3.3 A végrehajtás hiányosságainak egyéb okai

1) A végrehajtást nehezítette a rossz orvos-ellátottság, az orvosok- és egyéb egészségügyi személyzet aránytalan elhelyezkedése, illetve a községi orvosok gyors cserélődése. Az orvosok városokba való törekvése fémjelezte az egész korszakot, s kormányzati lépések csak az 1908-as, községi orvosi fizetéseket rendező tc. alapján történtek, addig a községi orvosok javadalmazása tisztán az adott község(ek) teljesítőképességétől függött.

2) Az egészségügyi, ezen belül főképp a járványügyi (elkülönítési, fertőtlenítési, köztisztasági), szülészeti, élelmiszerbiztonsági intézkedések végrehajtásának komoly akadályát képezte az érintettek ellenállása, tudatlansága, a különböző előítéletek megléte és a kuruzslás, illetve a laikus orvoslás széles körben elterjedtsége.

3) A végrehajtás akadályát képezte továbbá az egészségügyi jogszabályok sokfélesége és egyes esetekben a szabályozás nem kellő kidolgozottsága, olykor nehezen értelmezhetősége, valamint a kapcsolódó határterületekkel való viszony nem kellő rendezettsége. A probléma gyökere szerteágazó. A joganyag több forrásból táplálkozik, tehát törvényi, rendeleti és szabályrendeleti anyagból áll össze.

a) A törvényi háttér a korszakban többször változott, ugyanakkor bizonyos fogalmak eltérő használata, ezek egységesítésének elmulasztása megnehezítette az alkalmazást. (Mint pl. a kuruzslás fogalmának nem kellő tisztázása.)

b) A joganyaggal kapcsolatos következő probléma a szabályozásban olykor megfigyelhető aszinkronitás, ami alatt értendő, hogy a vonatkozó joganyag bővülése, azaz a szereplők feladatkörének változása, igazgatási rendszerben betöltött helyének módosulása nem tükröződik az alap-kódexekben, illetve olykor a feladatkörök elhatárolása sem pontos. (Ld. a fővárosi rendőrség helyzetének rendezését, a kerületekre vonatkozó szabályozást, a törvényhatósági orvos ellenőrzési jogkörét, vagy a mentési ügy rendezését.) A Chyzer-féle gyűjtemény megjelenéséig gondot okozott az, hogy nem állt rendelkezésre áttekinthető egészségügyi jogszabály-gyűjtemény.¹⁴⁸

c) A végrehajtás akadályát képezte egyes kapcsolódó területek szabályozásának célszerűségi, jogszabály-szerkesztésbeli szempontok szerinti elhibázottsága, hiányosságai (ld. az illetőség, vagy az ápolási költség fizetésének szabályozását), illetve a szabályozás hiánya (pl. általános végrehajtási eljárás külön szabályozása).

¹⁴⁸ Ahogy azt az OKT már 1878-ban megállapította. A Tanács javasolta ezek után a gyűjtemény elkészítését és törvényhatóságok számára való megküldését. – MOL K150-690-1878-IV-1-7809.

d) Hiányosságként értékelhető a rendeletanyag szövegezésének egyenetlensége (a törvények kapcsán már említett pontatlan, nem egyértelmű szövegezés, mely miatt utóbb sor kerülhetett egy-egy elem tisztázására), egyes esetekben eltérő szerkesztésbeli szempontok érvényesülése. (V.ö. pl. a szegényügy rendezéséről szóló, és a szegényügyben követendő eljárást szabályozó 1872-es rendeleteket.)

A dualizmus időszakában az egészségügyi ellátó- és igazgatási rendszer – fölhasználva az orvostudomány legújabb eredményeit – hatalmas fejlődésen ment keresztül, hiszen létrejött egy működőképes alap- és egyes területeken szakellátórendszer, komoly lépések történtek az orvos-ellátottság javítására, a kórházi ágyak száma megsokszorozódott s végeredményben az egészségügy kezelése szinte minden szinten – még ha olykor felemás módon is –, de felvállaltan állami feladattá vált.

Adós maradt ugyanakkor a korszak az önálló minisztérium, a társadalombiztosítás létrehozásával, a kórház-ügy átfogó rendezésével, valamint olyan kapcsolódó területek megfelelő szabályozásának kidolgozásával, mint amilyen pl. az illetőség intézménye, és olyan fogalmak jogszabályi meghatározásával, mint amilyen pl. a szegénység volt¹⁴⁹.

¹⁴⁹ Hozzá kell tenni, hogy alacsonyabb színű jogszabályok megkísérelték az egészségügyi ellátások szempontjából oly fontos szegénység-fogalom meghatározását. – Ld. pl.: *A sopron-városi szegény-ápolódának alapszabályai*. Sopron, 1873, Romwalter Károly. 17.§.