

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.

Tartalom

Bevezetés	6
I. A közegészségügyi közigazgatás szereplői (közigazgatási struktúra, egészségügyi személyzet, kórházi ellátórendszer (1867-1914))	11
A közegészségügyi igazgatás szervezete	11
A központ, a Belügyminisztérium	11
Az Országos Közegészségi Tanács.....	17
Az Igazságügyi Orvosi Tanács	20
A központi bakteriológiai intézet.....	20
A törvényhatóságok	21
A törvényhatóság tisztviselői.....	23
A törvényhatóság közegészségügyi feladatainak ellátásával megbízott kör	24
A törvényhatóságok közegészségügyi feladatellátásának pénzügyi keretei.....	30
Budapestre vonatkozó speciális szabályok	34
A végrehajtás helyi szintje: a kerületek	35
Mentési ügy a fővárosban – a Budapesti Önkéntes Mentő-Egylet hatása a vidéki mentési ügyre.....	43
A községek	45
Községi közegészségügyi feladatok	46
A községek orvostartásának kötelezettsége	47
Orvosi fizetés	50
A község egészségügyi bizottsága.....	53
Községek működésének pénzügyi alapjai	53
Községek, végrehajtás, kihágási ügyek	55
A közegészségügyi feladatok ellátásának községi keretei.....	55
Orvosok a közegészségügyi rendszerben	61
Magánorvosok.....	61
Orvosok közszolgálatban	62
A községi orvosi állás államosítása: az 1908/XXXVIII. tc.	71
A feladatkör meghatározása.....	71
Községi orvos alkalmazásának kötelezettsége, orvosi körök	73
A községi orvosi állás betöltése.....	75
A községi (kör)orvosok fizetésének rendezése.....	76
Orvos-ellátottság	82
Orvos-ellátottság területi aránytalansága.....	82
A községek orvos-ellátottsága	82
Egyéb egészségügyi személyzet	83
Az ápoló-kérdés	83
Bábák a közegészségügyi rendszerben	87
Egyéb személyzet.....	90
Kórházi ellátórendszer	92
Kórházak a közegészségügyi törvényben (1876) – kórházak a közegészségügyi rendszerben	93
A kórházak igazgatása	95
A kórházak működési nehézségei	98
Kórházakra vonatkozó előírások.....	100
Szükségkórházak	102
Szükségkórházakkal kapcsolatos gyakorlati kérdések.....	102
A kórházi költségek viselésének rendszere az 1875-ös szabályozásig	105
1724-1872	105

1872/75-1898	106
Gyakorlat az 1875-ös rendezés után.....	115
Segélypénztárak a költségviselési rendszerben	118
Az ipari munkásság biztosítási rendszere	118
A mezőgazdasági munkásság biztosítási rendszere	120
Az 1875-ben kialakított rendszer reformjának szükségessége	121
Az 1898-as rendezés	123
Az állam fizetési kötelezettsége, a fizetésre kötelezett magánszemélyek köre ...	123
Az országos betegápolási alap	124
Az új kórházi szabályrendelet.....	127
II. „A kolera egyike az emberiség legnagyobb jóttevőinek” – kolera elleni védekezés a XIX. századi Magyarországon.....	130
A kolera megjelenése és az első magyarországi kolera.....	130
A járvány megjelenése Európában.....	130
A kolera megjelenése Magyarországon	130
A védekezés eszközei.....	132
Az 1873-as járvány.....	133
Ajánlott fertőtlenítési eszközök	133
A kolera megjelenése – fölkészülés a járványra	134
Az orvosi személyzet hiánya	135
A kolera-rendelet által előírt fertőtlenítés	135
A törvényhatóságok és a minisztérium, a miniszteri biztosi intézmény – Grósz Lipót Sátoraljaujhelyen.....	135
A járvány megismerésére tett lépések.....	137
A szegényebb törvényhatóságok támogatása.....	138
Kolera a városokban.....	139
A városi hatóságok járványügyi problémái	140
A járvány hatása.....	143
Változások 1873-után.....	144
A városok az 1872-73-as járvány után.....	146
Az 1886-os, és az 1892-es járvány a városokban.....	147
Győr, 1886	147
Budapest, 1886.....	150
1886-után	158
Az 1892-es kolera-rendelet	158
Budapesti kolera 1892-93-ban	160
Az 1911-es kolera-utasítás.....	165
A fertőtlenítés költségeinek állam általi viselése.....	166
Összefoglalás.....	167
III. A „kérdéses tehenészetet tehén himlőoltó intézetté alakítani egy kissé kényesnek tartom” – a himlő elleni védekezés Magyarországon (1867-1914) ...	169
A himlő elleni védekezés múltja.....	169
Helyzet a rendezés előtt	169
Az oltóanyag-termelő intézetek hiánya	170
Az érintettek ellenállása	170
Az első rendezés – vitás kérdések	171
Parlamentari vita az oltás kötelezővé tételéről.....	171
A himlőoltás az 1876/XIV. tc-ben.....	172
Oltóanyag-ellátás	173
Oltóanyag-problémák	174

A végrehajtás hiányosságai.....	174
A kötelező újraoltás bevezetése – a kérdés megoldása	175
A végrehajtás – a BM 1887/40.180 sz. rendelet.....	176
Himlőhelyzet a század végén.....	178
Veszélyeztetett csoportok a társadalom periferiáján.....	178
A bejelentés kérdése	179
Összefoglalás.....	179
IV. A trachoma elleni védekezés megszervezése Magyarországon (1884-1903)	181
A trachoma megjelenése Magyarországon.....	181
A trachoma elleni védekezés megindulása.....	182
A külön szabályozás szükségessége	184
Az 1886/V. tc.....	185
A végrehajtási rendelet	185
1886-után	186
Területi sajátosságok.....	186
Megoldási lehetőségek az idénymunkások kezelésére	188
Trachoma-kórház kérdés.....	190
Községi orvosok által végzett trachoma-kezelés, trachoma-orvosok	193
A trachoma elleni föllépés az elmebetegek és a katonák körében.....	195
Az 1903-as trachoma-rendelet	197
Összefoglalás.....	199
V. A tébolydától az elmeógyintézetig - Elmebetegek Magyarországon a XIX.	202
század utolsó harmadában	202
A kezdetek.....	202
Magyarország az állami elmebetegügy előtt.....	202
Az országos tébolyda terve	203
Tébolyda létrehozása Erdélyben	204
Az Országos Tébolyda megszületése	205
A „tébolydai alapelvek”.....	206
Az 1868-as „Alapszerkezet”	208
A betegek felvétele	208
Díjosztályok, elhelyezés	208
Elbocsátás	209
A kezelés.....	209
A közegészségügyi törvény (1876) rendelkezései az elmebetegekre.....	210
A betegfölvétel, betegszállítás a gyakorlatban.....	211
Visszásságok a beszállítás körül	211
A felvétellel kapcsolatos nehézségek.....	212
Beszállítás	213
Az Országos Tébolyda 1892-es módosított alapszerkezete	216
Felvétel.....	216
Ápolási osztályok.....	216
Az Angyalföldi M. Királyi Országos Elmebeteg-Ápolda és a kórházi tébolydai	217
osztályok.....	217
Angyalföld	217
Nagykálló.....	220
Klinikai tébolydai osztályok	220
Az ápoló-kérdés.....	220
Új utak keresése – a családi ápolási rendszer mint a községi ellátás	222
alternatívája, a tébolyda mint gazdaság	222

Hazai kísérletek.....	223
Zsúfoltság.....	223
Szabálytalan beteg-elbocsátások.....	224
Gyengeelméjük	225
Családi ápolási rendszer kidolgozása.....	225
Az elmebetegek családi ápolásának rendszere	226
A községi ápolás	229
Reformtervek.....	235
Babarczy-Schwartzter tervezete.....	235
Pándy Kálmán tervezete	238
Összefoglalás.....	238
VI. A tüdővész elleni védekezés megszervezése (1898-1914).....	241
A nyugati megoldások.....	241
A kezdetek	241
Az első európai gyógyintézetek	241
A tüdővész elleni védekezés kezdete Magyarországon	243
Az első lépések	243
A tbc-elleni intézkedések kidolgozása.....	244
A „tbc-rendelet” (1898)	244
A szanatórium-rendszer létrejötte, működése és a párhuzamos megoldások.....	247
A dispensaire-rendszer.....	251
Az egészségesek védelmének kérdése	252
A tbc bejelentési kötelezettségének kimondása.....	253
Az egészségtelen lakások problémája.....	254
Az elkülönítés	258
Tisztasági szabályok betartatása	260
Társminisztériumok a tbc-elleni védekezésben	261
Összefoglalás.....	263
VII. Összegzés.....	264
Források és irodalom.....	276

Bevezetés

Dolgozatomban a közegészségügyi közigazgatás kiépülésének folyamatát vizsgálom a dualizmus időszakában, az első világháború kitöréséig. Tág, szerteágazó téma, mely ma is fontos, mivel az egészségügyi rendszer működtetése az a terület, mely hosszú ideje állandóan formálódik, átalakítása ugyanakkor még mindig várta magára. Ezen túl, a közegészségügyi igazgatásnak – s ezen belül a járványügyi igazgatásnak – időről-időre komoly kihívásoknak kell megfelelnie. A közegészségügy átalakítása ma is téma tehát, és a múlt tapasztalatai, a hajdani struktúra, a régi hibák elemzése és megismerése hasznosítható alap lehet a jövőről szóló vita során.

A téma behatárolása

Dolgozatomat jogtörténeti munkának szánom, 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. Munkám 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 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:
 - a. belügyminiszteri, kormánybiztosi, egészségügyi felügyelői, polgármesteri, tisztviselői orvosi jelentések
 - b. országgyűlési anyagok
 - c. hivatalos lapok
 - d. szakmai szervezetek, egyesületek üléseinek, konferenciáinak jegyzőkönyvei
 - e. 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, egyesületek 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 tartozóknak értékelem mindazon – jogtörténeti és orvostörténeti munkákat – munkákat, melyek történeti megközelítéssel, a vizsgált korszak után keletkeztek.

Fontosabb kutatási eredmények

1. orvostörténet

Megemlítendő *Dr. Hahn Géza*: 1960-ban megjelent munkája¹, mely a középkortól a szocializmusig mutatja be az egészségügyi igazgatás, a kórházi ellátás, a társadalombiztosítás és az orvosképzés területét, továbbá *Bezerédyné dr. Hertelendy Magdolna – dr. Hancz Aurél – dr. Zalányi Sámuel*: Évszázados küzdelem hazánk egészségügyéért c. munkája. Az 1967-ben megjelent könyv az egészségügyi szervezet, az egészségpolitika, a társadalombiztosítás kérdéseit is vizsgálja 1867-1967 között, érintve tehát a dualizmus időszakát.

Az átfogó munkákon kívül a közelmúltban komoly, részterületekkel foglalkozó, önálló írások jelentek meg. *Deáky Zita* önálló, valamint *Deáky Zita – Krász Lilla* szerzőpáros bábaüggyel foglalkozó munkái már új megközelítésben közelítik meg a születés kérdéskörét, érintve a képzés és az egészségügyi személyzet kérdéseit, *Kapronczay Károly* két közelmúltban megje-

¹ *A magyar egészségügy története*. Budapest, 1960. Megemlítendő *Gortvay György* 1953-ban megjelent, kétkötetesre tervezett műve, melyben orvos-, művelődés-, tudomány- és igazgatástörténeti áttekintést nyújt az 1686-1867 közötti időszakról.

lent munkájában az ápolás- illetve ápolóképzés, valamint Közép-Európa orvosképzésének történetével foglalkozik.^{II}

Tanulmánykötetben jelent meg *Horánszky Nándor*, *Kun Miklós* valamint *Szirtes Gyula* ideg- és elmeorvosászati tárgyú, *Horváth Gyula* az első pesti kolera-lázadással kapcsolatos, illetve *Csesznokné Kukuska Katalin*, valamint *Sipos András* városi közegészségügyi kérdésekkel foglalkozó tanulmánya, melyek az egészségügyi infrastruktúra, illetve a járványügy egyes kérdéseire világítanak rá komoly forrásanyag felhasználásával.^{III}

Az orvostörténeti folyóirat-irodalom legfontosabb fóruma az Orvostörténeti Könyvtár Közleményei (1955-68), illetve az Orvostörténeti Közlemények (1968-). A fölhasznált cikkek szerzőinek témaválasztása egy-egy orvosi kérdés megoldásának történeti bemutatásától, orvosok, egészségpolitikusok munkásságának bemutatásán, forrásközléseken át az intézménytörténeti elemzésekig terjed. Megemlítendő *Bencze József*, *Buzinkay Géza*, *Daday András*, *Dóka Klára*, *Fekete Sándor*, *Kerekes László*, *Kiss Gábor*, *Kopasz Gábor*, *Novák Károly*, *Orosz Éva*, *Raics Jenő*, *Sasvári László*, *Szállási Árpád*, *Zsemlye János* neve.

2. Igazgatástörténet, jogtörténet

A korszakkal foglalkozó átfogó, önálló igazgatástörténeti munkák közül feltétlenül megemlítendő *Csizmadia Andor* 1976-ban megjelent munkája, mely a XVIII. sz-tól a XX. sz. közepéig terjedő időszakra, *Sarlós Béla* 1976-ban megjelent munkája, mely a dualizmus időszakára ad igazgatástörténeti áttekintést. Megemlítendő továbbá *Kajtár István*, *Pölöskei Ferenc*, *Stipta István*, *Sipos András* és *Vörös Károly*, a közigazgatás, az önkormányzatiság fejlődéstörténetét történeti, egyben analitikus módszerrel, bőséges forrásanyag felhasználásával bemutató munkái.^{IV}

A téma szempontjából részterületekkel foglalkozó önálló munkák közül megemlítendő továbbá *Csizmadia Andor* szociális ellátások történetével foglalkozó, *Máthé Gábor* és *Stipta*

^{II} DEÁKY ZITA: *A baba a magyarországi népi társadalomban (18. század vége – 20. század közepe)*. Budapest, 1996, Centrál-Európa Alapítvány. DEÁKY ZITA – KRÁSZ LILLA: *Minden dolgok kezdete. (A születés kultúrtörténete Magyarországon (XVI-XX. század))*. Budapest, 2005, Századvég. KAPRONCZAY KÁROLY: *Közép-Európa orvosképzése*. Budapest, 2004. *Az ápolás-, ápolóképzés és kórházügy története Magyarországon*. Budapest, 2005, Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár.

^{III} HORÁNSZKY NÁNDOR: *A magyar elmeorvosászat a XIX. században*. KUN MIKLÓS: *A pszichiatria kezdetei Európában*. SZIRTES GYULA: *Lipótmező fejlődése 1900-1945 között*. In: *Az Országos Ideg- és Elmeorvosintézet 100 éve*. (Szerk. Böszörményi Zoltán) Budapest, 1968, Nyomdaipari Szakmunkásképző Int. ny. HORVÁTH GYULA: *A pesti kolera-lázadás 1831-ben*. Tanulmányok Budapest Múltjából X. Budapest, 1943, Budapest Szföv. kiadása. 219-234. CSESZKOKNÉ KUKUSKA KATALIN: *Adalékok Eger város egészségügyéhez a kiegyezés után*. In: *Múltból a jövőbe*. Tanulmányok. Budapest, 1997, ELTE BTK, Újkori Magyar Történeti Tanszék. 52-62. SIPOS ANDRÁS: *Járvány, városi környezet és a közegészségügyi megszervezése*. TBM XXVIII. 1998, 51-60.

^{IV} CSIZMADIA ANDOR: *A magyar közigazgatás fejlődése a XVIII. századtól a tanácsrendszer létrejöttéig*. Budapest, 1976, Akadémiai Kiadó. KAJTÁR ISTVÁN: *Magyar városi önkormányzatok (1848-1918)*. Budapest, 1992, Akadémiai. PÖLÖSKEI FERENC: *Közigazgatás és önkormányzat a polgári Magyarországon*. Budapest, 1993, ELTE BTK. STIPTA ISTVÁN: *Törekvések a vármegyék polgári átalakítására*. BUDAPEST, 1995, Osiris. SARLÓS BÉLA: *Közigazgatás és hatalompolitika a dualizmus rendszerében*. Budapest, 1976, Akadémiai. SIPOS ANDRÁS: *Várospolitikai és városigazgatás Budapesten 1890-1914*. Budapest, 1996, BFL. VÖRÖS KÁROLY: *A polgári kori magyar törvényhatósági közigazgatás*. Budapest, 1956, Levéltárak Országos Központja.

István igazságszolgáltatás-történeti, Pomogyi László cigányügyi, valamint az illetőség kérdését tisztázó és bemutató munkái.^V

Igazgatástörténeti tárgyú tanulmányok egyrészt a Jogtörténeti Tanulmányok kötetekben, másrészt múzeumi, levéltári, helytörténeti sorozatokban, a Századok, valamint a Történelmi Szemle hasábjain kaptak helyet. A megjelent tanulmányok az igazgatástörténet általános kérdéseitől kezdve, az egyes elemek működésén keresztül a városigazgatás egyes kérdéseit ölelik föl. A szerzők közül megemlítendő *Csapó Csaba, Csizmadia Andor, Gyáni Gábor, Lakos János, Sík Ferenc, Sipos András, Székely Vera, Tegzes Ferenc* és *Varga Mária*.

3. Társadalomtörténet, művelődéstörténet

A társadalom-, illetve művelődéstörténeti munkák megismerése a kutatott terület kérdésköreinek mélyebb megismeréséhez szükséges. Nem képezi részletes kutatás tárgyát, a legfontosabb munkák és szerzők közül néhányat azonban mindenképp meg említeni. Az átfogó társadalomtörténeti munkák közül különösen fontos *Gyáni Gábor-Kövér György* 1998-as munkája, illetve a szintén 1998-ban megjelent, *Kósa László* szerkesztette Magyar művelődéstörténet.^{VI} A korszakkal (is) foglalkozó szerzők közül fontos megemlíteni *Dobszay Tamás, Gyáni Gábor, Ferge Zsuzsa, Fónagy Zoltán, Hanák Péter, Katus László* nevét.^{VII}

^V CSIZMADIA ANDOR: *A szociális gondoskodás változásai Magyarországon*. Budapest 1977, MTA Állam- és Jogtudományi Intézete. MÁTHÉ GÁBOR: *A magyar burzsoá igazságszolgáltatási szervezet kialakulása 1867-1875*. Budapest, 1982, Akadémiai. STIPTA ISTVÁN: *A magyar bírósági rendszer története*. Debrecen, 1997, Multiplex Media – Debrecen University Press. POMOGYI LÁSZLÓ: *Cigánykérdés és cigányügyi igazgatás*. Budapest, 1995, Osiris. POMOGYI LÁSZLÓ: *Szegényügy és közéleti illetőség a polgári Magyarországon*. Budapest, 2001, Osiris.

^{VI} GYÁNI GÁBOR – KÖVÉR GYÖRGY: *Magyarország társadalomtörténete a reformkortól a második világháborúig*. Budapest, 1998, Osiris. *Magyar művelődéstörténet*. (szerk. KÓSA LÁSZLÓ) Budapest, 1998, Osiris.

^{VII} *Dobszay Tamás* és *Fónagy Zoltán* művelődéstörténeti, *Ferge Zsuzsa* szociológiai, *Gyáni Gábor* és *Hanák Péter* társadalomtörténeti, *Katus László* pedig demográfiai megközelítésben érinti, illetve foglalkozott a területtel. Ld.: *Ferge Zsuzsa*: Fejezetek a magyar szegénypolitika történetéből, Budapest, 1998, Kávé Kiadó. *Dobszay Tamás, Fónagy Zoltán* által a *Magyar Kódex 5. – Az Osztrák-Magyar Monarchia. Magyarország művelődéstörténete 1867-1918*. Budapest, 2001, Kossuth. 6-7. fejezetének címeit.

I. A közegészségügyi közigazgatás szereplői (közigazgatási struktúra, egészségügyi személyzet, kórházi ellátórendszer (1867-1914))

A. A közegészségügyi igazgatás szervezete

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 osztályként kezdte meg működését és kis létszámú osztály maradt az egész korszakban.³ Az általános közegészségi osztály 14-16 ügykörrel 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 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 ügytömeget 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 cé-

¹ A Helytartótanácscon 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.

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.

lozta.⁶ Az új rendszerben tehát a központban három felügyelő fogta össze az osztályok munkáját, míg a többiekét 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, Nagyvárád, Kolozsvár, Besztercebánya, Nagyszeben székhellyel. A helyi egészségügyi igazgatás feletti felügyelet jogát rajtuk keresztül gyakorolta a miniszter⁸, valamint közegészségügyi felügyelőt nevezett ki fontos, az országos jelentőségű közegészségügyi érdekeket érintő kérdések megoldására.^{9 10}

Chyzer Kornél, a közegészségi osztály vezetője 1894-95-ben szétosztotta az ügyeket az előadók között, három alosztályt szervezve: a járványügyi, a közegészségügyi igazgatási és a kórházi betegápolási osztályt.¹¹ Az egyes osztályok feladatköre a következőképp alakult: a járványügyi alosztályhoz a klasszikus járványüggyel kapcsolatos feladatokon kívül (általános járványügy, trachoma-ügy, himlőoltások ügye) a hatósági és községi (kör) orvosok ügyei, a bábaügyek, a kuruzslás és a titkos összetételű gyógyszerek elleni fellépéssel kapcsolatos ügyek, a fogorvosok, fogtechnikusok ügyei, a hajók és vasutak egészségügye, valamint az állami közegek orvosi felülvizsgálatával kapcsolatos ügyek tartoztak. A második, a közegészségügyi igazgatási alosztályhoz az általános gyógyszer-tárügy, a gyógyszer-tári számlák, a külföldi gyógyszerek importjával kapcsolatos ügyek, az általános egészségügyi intézkedésekkel kapcsolatos ügyek, a hullaszállítás ügye, a fürdő-ügy, az egészségügyi személyzet nyilvántartása, az éves közegészségügyről szóló jelentés összeállítása és a tisztviselők orvosi vizsga ügyei tartoztak, míg a harmadik, a kórházi és tébolydai osztály az összes kórház, gyógyintézet és elmebetegekkel kapcsolatos ügyön kívül a három hónapon túli kórházi ápolás engedélyezésével kapcsolatos ügyekkel,

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.

⁸ Ld.: GORTVAY GYÖRGY: *Az újkori 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 lelencügy 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, fegyelmelés, 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 lelenczházak*. Budapest, 1901, Werbőczy ny. SZMOLLÉNY NÁNDOR: *Magyarország közjótékonyasága*. Szeged, 1900, Endrényi ny. TELEKI GÉZA: *A lelenczügy 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 A reformokban megkerülhetetlen szerepet játszott Hieronymi Károly belügyminiszter, aki jó érzékkel állította a közegészségügyi osztály élére Chyzer Kornélt, és mozgásba hozva az egészségügyet életbe léptette a tisztviselők orvosi vizsgát, felállította a bakteriológiai intézetet. – *A közegészségügyi szolgálat*. Magyar Közigazgatás (a továbbiakban MK) 1894. márc. 4.

valamint a kórházból való kitiltások ügyeivel foglalkozott.¹² Az átszervezés azonban folytatódott, egy évvel később már csak két alosztály működött, a közegészségügyi igazgatási, valamint a kórházi és gyógyszerügyi.¹³

Az egyes osztályok és alosztályok közötti munkamegosztás kérdésében többször alakult ki vita. A Chyzer-féle átszervezést¹⁴ követően már 1899-ben, az országos betegápolási alappal kapcsolatos munka is vita tárgyát képezte, mivel ekkor két osztály intézte az országos betegápolási alap létrehozatalával kapcsolatos munkát. A közigazgatási és orvostudományi alapú feladatelosztást kellett rendeznie a miniszternek az osztályok között támadt vita nyomán¹⁵, majd nem sokkal később újabb ügybeosztás történt¹⁶, és 1903-ban Chyzer – gyakori vidéki útjaira hivatkozva – központbeli helyettesének kinevezésére is javaslatot tett.¹⁷

Ezt a felosztást a későbbiekben Bölcs Gyula, Chyzer utóda megváltoztatta, négy alosztályt alakítva ki: a VII. osztály főnöke tehát Bölcs Gyula volt, az alosztályok, és ügykörük a korszak végére:

VII.a) – közegészségügyi közigazgatási alosztály, melynek tevékenységéhez tartoztak az általános közegészségügyi, rendészeti és fellebviteli ügyek, valamint a közegészségügyi közigazgatási közegek fegyelmi ügyei és az állami közegészségügyi intézetek személyzetének fegyelmi ügyei. Ez az alosztály készítette el a közegészségügy állapotáról szóló évi jelentést, készítette elő és vizsgálta meg jogi szempontból a nemzetközi egészségügyi egyezményeket. Ide tartoztak tisztviselők szolgálati viszonyaival, a Közegészségi Tanács személyi ügyeivel, később az orvosi nyugdíjintézetrel kapcsolatos ügyek. Itt folyt a törvényjavaslatok és rendeletek előkészítése. Ide tartoztak a gyógyfürdők ügyei, a temető-ügy, a „halottkémlés”, a halotyszállítás, valamint a fogtechnikusok ügyei.

VII.b) – kórházi és elmeorvosi intézeti alosztály: itt foglalkoztak a kórházak és egyéb gyógyintézetek, állami kórházak és elmeorvosi intézetek személyzeti és gazdasági ügyeivel, az állami és egyéb köz- és magánorvosi intézetek házi rendjének, illetve alapszabályaival kapcsolatos ügyekkel, ezek megerősítésével, a kórházi szabályrendeletekkel, valamint köz- és magánorvosi intézetekben alapítványi helyek létesítésével, azok betöltésével kapcsolatos ügyekkel. Itt végezték a kórházakból való kitiltással, a tbc-szanatóriumokkal, dispensaire-ekkel (gondozókkal) kapcsolatos munkát, intézték az el-

¹² Egészségügyi Értesítő 1894/3. (feb. 1.) 26-27.

¹³ Egészségügyi Értesítő 1895/22. (dec.1.) 293.

¹⁴ Chyzer komoly megyei tisztviselői tapasztalatokkal került az osztály élére. Kinevezésében szerepet játszottak az 1892-es kolera idején tapasztalt szakmai hiányosságok. Szervező munkája nem korlátozódott a minisztériumi munka átszervezésére, komoly jogszabályelőkészítő-munkát végzett, valamint szerkesztésével kerültek kiadásra a közegészségügyet érintő törvények, rendeletek is.

¹⁵ A betegápolási alap, valamint más állami vagy nyilvános felügyelet alatt álló alapok és betegsegélyező pénztárak költségére való gyógyszerrendeléssel kapcsolatos munkáról szóló rendeletet (1898/99.000) a VI. főosztályban, a szegénység igazolásának rendjéről, valamint a kifizetésekről szóló rendeletet (1898/118.956) pedig a VII. főosztályban készítették. Az országos betegápolási alap feletti felügyeletet ekkor a VII. főosztály VII. b) ügyosztálya látta el, de ha gyógyszer számlák is érkeztek a minisztériumba, akkor az ezzel kapcsolatos felülvizsgálati ügyeket a VI. osztály látta el. Ez ellen a beosztás ellen tiltakozott a VII. főosztály, mondván, hogy korábban is a VII. főosztály látta el ezeket az ügyeket. A kérdést úgy rendezte a miniszter, hogy a VI b) és a VII. ügyosztály, valamint a számvétség vettek részt ezen ügyek intézésében. – MOL K148-219-1899-V-800

¹⁶ Ekkor a nyilvános betegápolás költségeivel kapcsolatos ügyek, valamint az elmebeteg ápolása után fizetendő díjak ügyei is a IV. c) betegápolási alosztályhoz kerültek. – MOL K148-261-1903-20-405

¹⁷ Raisz Gedeon, a IV. a) alosztály főnökének személyében. – MOL K148-258-1903-5-1240

mebetegek és gyengeelmjűek intézeti felvételével, az elmebetegek közköltségen való ápolásával, családi ápolásával, a bábaképzéssel és a bábatanfolyamokkal kapcsolatos ügyeket.

VII.c) – betegápolási és gyógyszerészeti alosztály: Ehhez az alosztályhoz tartozott a betegápolási költségek behajtása, a betegápolási alapba utalás, a három hónapon túli ápolás, a kórházak, gyermekmenhelyek ügyei, a szegény betegek és a szolga-személyzet részére kiszolgáltatott gyógyszerek számláinak átvizsgálása és megtérítése, a gyógyszer-tári és gyógyszerészeti ügyek, a drogériák ügyei, a mérgek árulására jogosító engedélyek kiadása, a gyógyászati segédeszközök alap terhére történő kiszolgáltatásának engedélyezése, a gyógyszerek, gyógyszerkülönlegességek, valamint titkos szerek, továbbá a gyógyszer-találmányok és a kuruzslás elleni fellépés ügyei.

VII.d) – A közegészség és orvosi szakügyi alosztály ügyköre: a közegészségügyi felügyelők működésének szakszempontból való ellenőrzése és irányítása, a közegészségügy fejlesztése iránti javaslattétel, a javaslatok felülvizsgálata, közegészségügyi és orvosi szakkérdésekben, szabályrendeletekkel kapcsolatban vélemények adása, valamint közszolgálatban álló egyének orvosi vizsgálata. Ide tartozott a fertőző betegségek elleni védekezés, trachoma-, himlőoltásügy, a külföldi egészségügyi jelentések földolgozása, továbbá az élelmiszerekkel kapcsolatos ügyek, a víz- és jégellátás ügye, a mocsárlecsapolás-ügy, valamint az alkoholizmus elleni harc ügye. Ez az alosztály kezelte az idegen állampolgár és horvát illetőségű orvosok gyakorlatával, a tisztí orvosi vizsgával kapcsolatos ügyeket, foglalkozott a tisztí (hatósági) orvosi állásokra való alkalmaztatások kérdésével, a nemzetközi (országos) egészségügyi kongresszusok és kiállítások szervezésével, a mentési ügygel, a kígyó- és patkányirtási ügyekkel, egészségügyi (laboratóriumi) vizsgálatokkal, valamint kezelte, illetve elkészítette a bel- és külföldi egészségügyi kimutatásokat.¹⁸ Ez a négy alosztályra épülő beosztás a vizsgált korszak végéig (1914) már nem változott.¹⁹

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 szembetűnő 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,²⁰ a korszak végén, az 1914/15-ös költségvetési törvény pedig már 36 egészségüggyel kapcsolatos tételt tartalmaz.²¹ Az állami szerepvállalás differenciálódása és bővülése nem csak ezen a területen (azaz a pusztá finanszírozás területén) nyilvánvaló. A rendeletanyagot vizsgálva kitűnik, hogy a szakmai követelmények rendszerezése 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 mű-

¹⁸ A *Belügyminisztérium közegészségügyi főosztályának új beosztása*. Közegészség, 1910, júl. 15. 152.

¹⁹ 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. Táblázatos függelék.

²⁰ 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.

²¹ 1914. évi XXVIII. Tc. 2§ A/XVII., B/VII.

ködésébe, 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).²² A közegészségügyi, járványellenes szabályok végrehajtása ugyanakkor jellegzetesen már nem az állami közegek feladata volt.

A közegészségügyi közigazgatással kapcsolatos reformtervek között hangsúlyosan jelent meg a központ, a minisztérium átalakításának, illetve egy önálló egészségügyi minisztérium létrehozásának terve.²³ Már a közegészségügyi törvény kidolgozásának időszakában fölmerült egy önálló minisztérium megszervezésének gondolata²⁴, jöllehet a témával foglalkozók többsége inkább csak az osztálybesorolás egyes kérdéseit tárgyalta²⁵, 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.²⁶ 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.²⁷ Jöllehet úgy tűnhet, hogy az egészségügyi közigazgatást egyetlen minisztérium irányította, egészségügyi kérdésekkel hat minisztérium is foglalkozott úgy, hogy az ügyintézésben természetesen az egyes minisztériumok együttműködhetek a több területhez kapcsolódó problémák megoldásában, illetve közegészségügyi ügyekben a Belügyminisztérium egészségügyi osztályával.²⁸ Valóban a Belügyminisztériumhoz tartozott az általános egészségügyi közigazgatás²⁹, de az általános ügyeken kívül az egészségüggyel kapcsolatos képzés³⁰ (ezzel együtt a budapesti és a kolozsvári egyetemi klinikák, valamint a bábaképzők³¹), a Vakok Intézetének³², a budapesti Pasteur-Intézet³³ és a budapesti

²² RÉNYI JÓZSEF: *A helyi önkormányzat és a felette gyakorolt állami felügyelet elve és jogrendszere, különös tekintettel a kormányhatósági felügyeletre.* Budapest, 1896, Franklin.

²³ „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 egyesíttetnek és egy együttes organikus 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.

²⁴ 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.

²⁵ Ld. pl.: LINZBAUER XAVÉR FERENC: *Néhány szó a magyar kormányhoz és a parlamenthez a közegészségügy szabályozása tárgyában a municípiumok autonóm igazgatása alapján.* Bp, 1874, k.n. vagy DR. DUBAY MIKLÓS: *A közegészségügyi törvényjavaslatához.* Bp, 1876, Franklin. Dubay a minisztériumon belül szervezendő egészségügyi helyrajzi osztályt képzelte el az egészségügyi személyzet országon belüli arányosabb elosztásának biztosítására.

²⁶ 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.)

²⁷ 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 orvosiügyi kongresszus tárgyalásai.* Frank Ödön (szerk.) Budapest, 1897, Franklin ny. 156-157.

²⁸ Ld. pl. az amerikai sertéshús behozatalának korlátozása ügyében a bel- és a pénzügy- és a földművelésügyi minisztérium képviselőinek részvételével tartott értekezleteket. – MOL K148-194-1897-V-2222

²⁹ 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

³⁰ Az 1883/I. tc. által előírt tisztí orvosi vizsga tárgyát közös rendeletben szabályozták. – BM-VKM 1893/80.099.

³¹ VKM 1875/27.912

Gyengeelméjűek Intézetének³⁴ irányítása a Vallás- és Közoktatási Minisztériumhoz, a katonaegészségügy a Honvédelmi Minisztériumhoz, a kincstári bányák, egyes ásványvízforrások és fürdők (nem egészségügyi) ügyei a Pénzügyminisztériumhoz³⁵, a vasúti, hajózási egészségügyi kérdések³⁶, 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 cselédségélléptár³⁷ a Földművelésügyi Minisztériumhoz, az Igazságügyi Országos Megfigyelő és Elmeógyógyintézet az Igazságügyminisztériumhoz tartozott.^{38 39} A reformelképzelések szerint ezeket az ügyeket, vagy ezek egy részét kellett volna egy önálló minisztérium munkájára bízni.⁴⁰ 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 szinten a községek biztosították a végrehajtást.⁴¹ 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.⁴² Ez a tagoltság a közegészségügyi rendszer egészét, és különösen szembeötlően a járványellenes védekezés megszervezését jellemezte.⁴³ Látható, hogy a minisztérium körrendeletekkel

³² VKM 1874/28.391

³³ VKM 1890/57.405

³⁴ VKM 1896/58.709

³⁵ Ehhez hozzá kell tenni, hogy egyes esetekben a Pénzügyminisztérium igénybe vette a Belügyminisztérium munkatársainak segítségét. Erre példa az az eset, mikor 1885-ben a herculesfürdői 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

³⁶ Ld.: *A m. kir. tengerészeti hatóság 1886/5273 rendelete valamennyi alárendelt m. kir. révhivatalnak, és a martinschizzei vesztegintézet vezetőségének.* Ehhez kapcsolódva: *Utasítás a martinschizzei tengeri vesztegintézet szolgálatáról.*, végül pedig: Kereskedelemügyi Min. 1900/12.316, *Szolgálati szabályzat a martinschizzei m. kir. tengeri veszteglőintézet számára.*

³⁷ 1900/XVI. tc., FM 1901/15.422

³⁸ 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.

³⁹ Megjegyzendő továbbá, hogy a büntetésvégrehajtási-intézetekkel kapcsolatos közegészségügyi felügyeleti jogot a Belügyminisztérium (a törvényhatóság közigazgatási bizottságának vezetése és ellenőrzése mellett a tiszti orvos által), az intézkedési jogot az Igazságügyminisztérium (az illető kerületi ügyészség által) gyakorolta. (1876/XIV. 36§)

⁴⁰ Balogh megfogalmazása szerint: „ez új kormányzati ág csak úgy bírna létjoggal, ha ügykörébe beleszerveztetnék mindazt, ami az ország közegészségügyének legfőbb igazgatóságához szükségképp hozzátartozik” – BALOGH PÁL: *Közegészségügyi minisztérium.* Egészség XVIII. Budapest, 1904, 177.

⁴¹ 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 kettőségről 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.

⁴² 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§.

⁴³ A polgári közigazgatás megszervezése heves politikai viták közepette zajlott. Mivel a korábbi századokban a vármegyei rendszer sok esetben jelent meg egyfajta „alkotmányvédő” szerepben, többen a megyék és a polgári központi kormányzat

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.⁴⁴

1.1. Az Országos Közegészségi Tanács

Az 1868-ban létrejött⁴⁵, és az 1876-os közegészségi törvényben is szabályozott Országos Közegészségi Tanács annak ellenére, hogy új intézményként jelent meg a magyar egészségügyi közigazgatásban, mégsem volt teljesen előzmények nélküli szervezet. Az 1738-39-es pestisjárvány ideje alatt létrejött egy, a Helytartótanácson belül működő állandó magyar egészségügyi bizottság, a *Comission in re Sanitati stabiliter Ordinata*, melynek tagjai a Helytartótanács egy főrangú tanácsosa elnökként, a Helytartótanács és a kamara két-két tanácsosa, Pozsony városának két tanácsosa, és egy orvos voltak.⁴⁶ Az egészségügyi bizottság a későbbiekben (1752-től) közvetlenül a megyei fizikusoktól, azaz hatósági orvosoktól kapott jelentéseket,⁴⁷ majd ezeket a nagyszombati egyetem orvosi karának megszervezése után 1868-ig a kar véleményezte.⁴⁸ A Helytartótanács bizottsága mellett meg kell említeni a protomedicus tisztségét. 1786-ban II. József rendeletére Vezza Gábor, az egyetem orvosi karának igazgatója lett az első protomedicus. Az 1787-ben kiadott hivatali utasítás szerint feladata a szakoktatás felügyeletén túl, a kórház-igazgatási feladatokon keresztül a tanácsadásig terjedt.⁴⁹

A kormányzati döntésekben szakmai tanácsadással, illetve a döntések érdekvédelmi alapon való befolyásolásával hol hivatalos, hol félhivatalos minőségben vettek részt a különböző orvosi egyesületek. A reformkortól megjelenő egyesületi élet keretében több orvosi szervezetet is létrejött: ilyen volt a Magyar Orvosok és Természetvizsgálók Vándorgyűlései, mely az 1840-es évektől olyan rendszeresen

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.

⁴⁴ A kolera-rendeleteken kívül tipikusan ilyen a himlőoltással kapcsolatos rendelet és a trachoma terjedésének megakadályozása érdekében kiadott rendelet is.

⁴⁵ A Tanács „alapszerkezetét” ld.: MOL K148-19-1870-V-228

⁴⁶ Az 1738. aug. 26-án kelt királyi leirat alapján létrejött bizottság 1738. szeptemberében kezdte meg munkáját az esztergomi érsek elnöklete alatt. A fennmaradt jegyzőkönyvek alapján a pestis ideje alatt havonta 3-4 ülést tartott. FELHŐ IBOLYA – VÖRÖS ANTAL: *A helytartótanácsi levéltár*. Budapest, 1961, Akadémiai. 112-113.

⁴⁷ CSIZMADIA, 1976, 70.

⁴⁸ DEMKÓ KÁLMÁN: *A magyar orvosi rend története tekintettel a gyógyászati intézmények fejlődésére Magyarországon a XVIII. század végéig*. Budapest 1890, Dobrowsky és Franke. 527.

⁴⁹ FELHŐ – VÖRÖS, 1961, 527.

ülésező szervezetté vált⁵⁰, melynek állandó témáit éppen a közegészségügy kérdései képezték, valamint a Budapesti Királyi Orvosegyesület, mely 1837-ben alakult, és igen hamar, már az 1838-as árvíz után albizottságban foglalkozott közegészségügyi kérdésekkel.⁵¹ Mindkét szervezet meghatározó jelentőségűvé vált a korszakban, vizsgálataik, javaslataik végigkísérték a modern közegészségügy megszervezésének állomásait.⁵² E két igen nagy tekintélyű szervezethez csatlakoztak a vidéki orvosi egyesületek. A szabadságharc előtt öt ilyen jött létre: Temesvár, Szatmár, Nyitra, Pápa, Miskolc központtal, melyek a vándorgyűlések szervezésével, előadások tartásával foglalkoztak. A szabadságharc után ezek az egyesületek nem működtek, majd az enyhülés részeként 1856-ban kapott működési engedélyt az első vidéki társulat, „A pozsonyi orvosi és társadalomtudományi Társulat”, aztán a „Borsod-Miskolci Orvosegyesület”. 1867-ben már tíz vidéki orvos (orvos-gyógyszerész) egyesület működött, melyek munkájára már a minisztérium is számított: a közegészségügyi törvény kidolgozásának folyamán kikérte véleményüket, javaslataikat.⁵³ A későbbiekben a közegészségügy kérdéseiről szóló vitákban részt vevő szervezetek száma növekedett: a XIX. sz. utolsó negyedében jött létre a Vidéki Orvostársaság, a Közkórházi Orvostársaság, az Országos Orvosszövetség illetve, szakorvosi társaságként a Magyar Sebésztársaság, és a Magyar Nőorvosok Társasága.⁵⁴

Az 1868-ban létrehozott és az 1876-os közegészségi törvénybe is beemelt Országos Közegészségi Tanácsról a szakmai körök véleménye ugyan megoszlott, de egy általános tanácsadó szervezet felállításának szükségességét senki sem vitatta komolyan.⁵⁵ Azonban arról hogy az valamelyik már működő orvosi egyesület, az egyetem orvosi kara, vagy egy teljesen új szervezet legyen, esetleg a minisztérium

⁵⁰ CHYZER KORNÉL: *A magyar orvosok és természetvizsgálók vándorgyűléseinek története 1840-től 1890-ig*. Sátoraljaujhely, 1890, Zemplén ny. SCHÄCHTER MIKSA – LAKITS FERENC – PROCHOW JÓZSEF – KERÉKES PÁL: *A magyar orvosok és természetvizsgálók vándorgyűléseinek története 1890-1910-ig*. Budapest, 1910, Franklin.

⁵¹ ÁNGYÁN BÉLA: Az egyesület történetének vázlata. In: *A budapesti kir. orvosegyesület 1887-iki évkönyve*. Budapest, 1888, Khór és Wein ny. Függelék 22-43.

⁵² Ld.: KERÉKES LÁSZLÓ: *Pest és Buda közegészségügyi helyzete és az itt „uralgott” járványos betegségek történelme az egyesítés idején*. Orvostörténeti Közlemények (a továbbiakban OK), 78-79. (1976) 189-198.

⁵³ Például a közegészségi törvény kidolgozásával kapcsolatban is, ld.: *A magyar orvosok és természetvizsgálók közegészségi törvényjavaslata*. 1876. In: *A Magyar Orvosok és Természetvizsgálók 1875. augusztus 27-től szeptember 5-ig Előpatakon tartott XVIII. Nagygyűléseinek történeti vázlata és munkálatai*. (Szerk: DR. GERLÓCZY GYULA, DR. DULÁCSKA GÉZA) Budapest, 1876, Egyetemi ny. 198.

⁵⁴ Ld. DR. KAPRONCZAY KÁROLY: *Magyar orvosi társulások története*. Orvosi Hetilap (a továbbiakban OH) (132) 16. 871-872. DR. KAPRONCZAY KATALIN: *Az orvosok érdekvédelmi törekvései a 19. századi Magyarországon a korabeli sajtó alapján*. OK 41-42. (1995-1996) 165-181.

⁵⁵ Nem csak megoszlott, hanem éles vitákat váltott ki: „Országos Közegészségi Tanács. A sajtó buzgón sürgette, hogy a közegészségi ügy rendeztesék, s annak egy országos tanácsa legyen. Íme, megvan három hét óta, s a sajtó hallgat. E hallgatás azonban nem közöny, hanem szigorú bírálat. Az van kifejezve benne: „adtál uram esőt, de nincs köszönet benne!” A kormány nem maga vezeté az ügyet – az orvosi közvélemény meghallgatása mellett -, hanem vezetteté magát dr. Balassa által, ki elintézte az egészet privát gusztusa szerint. Báró Wenckheimnak és államtitkárja Szlávy úrnak alig van egyéb részök benne, minthogy egyoldalúan, könnyűvérűleg vették a dolgot, s áment mondtak a Balassa-tervre. Az egész tanács pedig úgy van összeállítva, hogy ezek meg Balassa úrnak mondanak mindenben áment. Szóval a mai napon az országos egészségügy annyira – mint dr. Balassa, már pedig lehet valaki akár a világ legelső gyakorló orvososa és mütője (és senki sincs, ki nálunk e tekintetben jobban elismerné Balassa kitűnőségét), de a közegészségi ügy egészen más dolog, ez külön stúdiumot kíván. Az egyes tanácsosokról nem szólnok, vannak közöttük kitűnő férfiak, vannak forceirozott emberek, például dr. Grósz, ki ugyan nagy zajjal minden izraelitának kötelességévé tette, hogy Deák-párti legyen, s a császárfürdői bálóknek is egyik fürge rendezője, de orvosi téren (egy szedett-vedett rendőrorvosi munkája dacára is) valódi „ignota qualitást” képvisel, hanem az egészre azt a megjegyzést tesszük, hogy nagyobbára egyetemi tanárokból áll, kik vagy tanszékeiket, vagy az egészségügyi ügyet fogják elhanyagolni, miután együtt a kettőre aligha leendő elegendő idejük. Az idő meg fogja mutatni, hogy dr. Balassa inkább párt-híveire, mint az ügyre nézett, midőn az egészet így üté nyélbe. A sajtó érzi ezt, s ezért hallgat. Mi is csak néhány sorban említjük, mint a belügyministerium egy baklövését a sok között, melyek utoljára is egy classicusnak adnak igazat, midőn mondá: még jobb szeretem az ember(t), ki mitsem csinál, mint azt, a ki majd mindent rosszul csinál.” - *A Hon* 1868. júl. 13. esti kiadás.

egy osztályaként szerveződjön meg⁵⁶, és hogy milyen jogosítványokkal rendelkezék, már komoly viták folytak.⁵⁷ A tanács létrehozásának előkészítő munkálatai során a minisztérium három vonatkozó tervezetet is figyelembe vett.⁵⁸ Az első az egyetem orvosi karán készült 1848-ban, a második a Magyar Orvosok és Természetvizsgálók gyűlésein elfogadott, a harmadik a Balassa-Jendrassik-Korányi-Markusovszky-féle tervezet volt. A miniszter végül ez utóbbi tervezetet fogadta el⁵⁹, és ez alapján jött létre 1868. április 9-én 10 rendes, 28 rendkívüli taggal, egy elnökkel és egy másodelnökkel a Tanács.⁶⁰ A szervezet tagjai az orvostudományágak képviselői voltak, ezen kívül az orvosi és egészségügyi osztály főnöke a Belügyminisztérium, az egyetemi ügyek előadója a Vallási- és Közoktatási Minisztérium, az állatorvoslás előadója a Földművelésügyi Minisztérium részéről.⁶¹ A Tanács feladata az „Alapszerkezet” szerint a tudomány haladásának figyelemmel kísérésén túl alapvetően a javaslattevés, de külön nevesítetten az egészségügyet érintő mindenféle jogszabály tervezetének elkészítése, véleményezése azok megalkotásának indítványozása. Feladata ezen túl az orvosi műhibákkal kapcsolatos véleményezés, illetőleg felülvéleményezés, javaslattevés az orvosi díjak és illetékek megállapítására és azok mértékére, utasítások kidolgozása közigazgatási orvosok számára, államorvosi vizsgák szervezése, valamint véleményadás az igazságügyi orvosi esetekben.

A Tanács tagjai közül az elnököt, a másodelnököt és első alkalommal a rendes tagokat is az uralkodó nevezte ki, három évre. A tagok újra kinevezhetők voltak, s kinevezésükkel kapcsolatban a Tanács véleményt adhatott.⁶² A Tanács, melyben a korszak legjobb szakemberei kaptak helyet⁶³, maga határozhatta meg ügyrendjét: kéthetenként, Budapesten tartandó ülést írt elő azzal, hogy az elnök bármikor összehívhatott rendkívüli ülést is.⁶⁴

Az 1876-os törvényben a korábbi szabályozást átemelve egy szakmai, tanácsadói, véleményezési jogkörrel rendelkező szervezet szerepelt. (169§) A Tanács feladata tehát (a külön minisztériumi felkéréseken kívül) rendeletek kezdeményezése volt, mely a Tanács által végzett vizsgálatokra, kutatásokra

⁵⁶ Ld.: SCHÖN LEO: *Egy hang vidékről*. Államorvos, 1874/6 80-82. – mely elgondolás nem képezte komolyabb vita tárgyát.

⁵⁷ A kérdéshez ld. pl.: BALASSA JÁNOS- JENDRÁSSIK JENŐ- KORÁNYI FRIGYES - MARKUSOVSZKY LAJOS: Emlékirat a közegészségi és orvosi ügy rendezése tárgyában. 1868, In: CSATÁRY LAJOS: *Az Országos Közegészségi Tanács 25 évi története 1868-1893*. Budapest, 1893, Országgyűlési Ért. ny. 63-78. DR. DUBAY MIKLÓS, 1876, LINZBAUER XAVÉR FERENC, 1874

⁵⁸ A Balassa-Markusovszky-csoporttól eltérő véleményt képviselők Poór Imre köré csoportosultak. Elképzelésük szerint a tanács egy, az orvosi kar mellett választásokkal létrejött szervezet lett volna. – DR. HONTI JÓZSEF: *Az 1876. évi XIV. tc. és előzményei: az Országos Közegészségügyi Tanács (1868), az Országos Közegészségügyi Egyesület (1886) és az Igazságügyi Orvosi Tanács (1890)*. OH 138. (1997) 16. 1009-1011.

⁵⁹ CSATÁRY, 1893

⁶⁰ Az ekkor létrejött Tanács szervezete lényegében megegyezik az 1876-os szervezettel. – MARKUSOVSZKY LAJOS: Emlékirat a közegészségügyi és orvosi ügy rendezése tárgyában. (OH 1868), In: *Markusovszky Lajos válogatott munkái*, összegyűjtötte és sajtó alá rendezte Marikovszky György dr., Budapest, 1905, Franklin ny. 177-193.

⁶¹ A Tanács létrejöttével, működésével kapcsolatban ld.: SZAPLONCZAY MANÓ: *A közegészségügyi közigazgatásról*. Kaposvár, 1896, k.n. DR. VARGA LAJOS: *Az Országos Közegészségi Tanács kiemelkedő orvos tagjai (1868-1893)*. *Communicationes ex bibliotheca historiae medicae hungaricae supplementum No.2.*, 1964., SZEMKEÓ ENDRE: *Az Országos Közegészségügyi Tanács helye a közegészségügyi szakigazgatásban, és nemzetközi kapcsolatainak jelentősége Magyarország közegészségügyének fejlődésében 1868-1918 között*. Bölcsészdoktori disszertáció, 1980.

⁶² MOL K148-19-1870-V-228, mely véleményt azonban a minisztérium korántsem volt köteles figyelembe venni. 1870-ben a Tanács hiába javasolta Bókay János rendkívüli tagot Rupp János megüresedett helyére (MOL K148-19-1870-V-870), a miniszter Patrubány Gergely kinevezésének tervét terjesztette az uralkodó elé (MOL K148-19-1870-V-1932)

⁶³ 1870-ben például a Tanács tagja volt Jendrassik Jenő, Markusovszky Lajos, Than Károly, Korányi Frigyes és Lumnitzer Sándor is. – MOL K148-19-1870-V-870

⁶⁴ MOL K148-19-1870-V-228

alapulhatott. A közegészségügy gyakorlati irányításának munkájába ezen kívül a kormány által orvosi személyekről, közgyógyintézetek állásaiba történő kinevezése kapcsán vélemény adásával, valamint a gyógyszerkönyv és árszabály-tervezetének szerkesztési munkájának végzésével kapcsolódott bele.⁶⁵ A Tanács tisztségviselői: az elnök, akit az uralkodó, a másodelnök, akit pedig a belügyminiszter nevezett ki és a jegyző voltak. A szervezet munkáját tizenkét, szintén a belügyminiszter által kinevezett rendes és nem korlátozott számú rendkívüli taggal végezte.

1.2. Az Igazságügyi Orvosi Tanács

A Tanács feladatkörének módosulásával járt az Igazságügyi Orvosi Tanács létrehozása.(1890/XI.tc.)^{66 67} Az új szervezet létrehozása jelentősen csökkentette az Országos Közegészségi Tanácsra nehezedő terheket. Az 1876-os törvény ugyanis előírta, hogy „orvostörvényszéki felülvélemények, valamint az orvosi műhibák véleményezése tárgyában az illető királyi bíróságokkal” érintkezzenek.(174§)⁶⁸ Ennek következtében a Tanácsnak 1870-1889-között 1956 ízben kellett szakvéleményt készítenie, jelentős energiákat vonva el legfontosabb feladatának teljesítésétől, a tanácsadástól és az elméleti háttérmunkától. Az 1890-ben megszervezett Igazságügyi Orvosi Tanács az Igazságügyi miniszter alá rendelt szervezetként működött, fölépítésében fölfedezhető az OKT felépítésének hatása, azzal, hogy az új intézményben nem dolgoztak rendkívüli tagok.⁶⁹ 1897-után, az intézmény második elnöke, Korányi Frigyes^{70 71} keze alatt vált az ügykezelés igazán hatékonyá azzal a szervezési megoldással, mely szerint a tagok önállóan dolgozták föl az ügyeket és adtak szakvéleményt.⁷²

1.3. A központi bakteriológiai intézet

A járványügyi feladatokkal kapcsolatban több lépésben jött létre bakteriológiai laboratórium a minisztérium mellett. A kolera-ellenes védekezés kapcsán a minisztérium rendeletben hívta föl a hatóságokat arra, hogy kolera-gyanús esetben vizsgálati anyagot küldjenek a központba.⁷³ Első lépésben Petrik Ottó egyetemi tanár kapott megbízást arra, hogy bakteriológiai vizsgálatokat teljesítsen. Így tehát a különböző hatóságoktól érkezett vizsgálati anyagot a minisztérium az 1892-es járvány kezde-

⁶⁵ De részt vett a tanács az olyan ideiglenesen működő szervezetek munkájában is, mint az 1892-től működött országos járványbizottság, melynek tagjai: a minisztérium államtitkára, az érdekelt szakminisztériumok, Budapest, Pest megye, rendőrség, OKT, B.Ö.M.E. képviselői és más meghívott szakemberek. KMETY, 1900, 407.

⁶⁶ A Tanácshoz ld.: SCHÄCHTER MIKSA: *Az Igazságügyi Orvosi Tanácsról*. Magyar Jogászegyleti Értekezések (a továbbiakban MJÉ) 132., XIV. kötet, 9. füzet. Budapest, 1897

⁶⁷ Igazságügyi szakértői munkát végzett az 1870-ben megalakított Országos Vegyészeti Múterem (később Országos Művegyészeti Intézet), mely büntető-ügyekben végzett vegyészeti vizsgálatokat. - KARDOS KÁLMÁN: *Az igazságügyminisztériumi levéltár*. Budapest, 1993, Magyar Országos Levéltár.

⁶⁸ Megjegyzendő, hogy ilyen természetű ügyekkel nem csak az Országos Közegészségi Tanács foglalkozott, hanem az egyetemek (pesti, kolozsvári) orvosi karai is. (1888-ban összesen 214 véleményt kértek a bíróságok, ezek közül 102-t a Tanács, 104-et a budapesti, 8-at a kolozsvári egyetem adott ki) Ennek ellenére azonban az orvosi szakvéleményt igénylő ügyek rendkívül lassan fejeződtek be. – ld. az 1890. XI. tc. általános indoklását

⁶⁹ Ld.: IM 1890/25.926

⁷⁰ MTA KK Ms 5236/61, (IM 4273/1897), MOL K148-194-1897-V-4593

⁷¹ DR. VARGA, 1964.

⁷² A Tanács működésére: *Az Igazságügyi Orvosi Tanács munkálatai*. Szerk. KORÁNYI FRIGYES. Budapest, 1905, Igazságügyminisztérium. DR. HONTI JÓZSEF, 1997, 1009-1011.

⁷³ BM 1892/69.074

tén még a Szt. István kórházban létrehozott fővárosi intézetbe küldette⁷⁴, de a következő évben (ideiglenes jelleggel) már a közegészségügyi osztály mellett létrejött a minisztérium központi bakteriológiai intézete, mely nem delegálta a feladatot.⁷⁵ Ezzel párhuzamosan a Földművelésügyi minisztérium az állatorvosi akadémiával közösen létrehozott egy bakteriológiai laboratóriumot.⁷⁶ Később az OKT, érzékelve a bakteriológiai vizsgálatok iránti igényt, állandó intézmény létrehozatalára tett javaslatot, mely nem csak a kolerával, hanem más fertőző betegségekkel, továbbá élelmiszer-egészségüggyel, kapcsolatos feladatokat is ellátott volna.⁷⁷ A századforduló után az immár Központi Bacteriológiai és Egészségtani Intézet néven működő állomás feladatköre bővült, mivel a tbc elleni küzdelem keretében az intézeten belül nyilvános köpetvizsgáló állomást állítottak föl 1907-ben.⁷⁸

2. A (megyei) törvényhatóságok

A közegészségügyi közigazgatás legnagyobb strukturális hibáját a kortársak is fölismerték. Ez pedig egészen röviden a következő: „a közegészségügy ma a helyhatóságok kezében van, és helyi ügy gyanánt kezeletik”.⁷⁹ 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 mozgásterét 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.⁸⁰ 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 javí-

⁷⁴ BFL VIII.1106a-1.

⁷⁵ Ettől kezdve a küldemények címzettje a minisztérium lett – BM 1893/71.903

⁷⁶ A M. Kir. Állami bakteriológiai intézet. Ismerteti AUJESZKY ALADÁR. Budapest, 1907, Pátria ny.

⁷⁷ Egészségügyi és bakteriológiai laboratórium létesítése. (Az Országos Közegészségi Tanács 1911. évi január hó 12-iki üléséből, előadó dr. Klasz Pál). Közegészségügy, 1911. feb. 1. KLASZ PÁL: A központi bakteriológiai és közegészségi vizsgáló-állomás szervezete. Közegészségügy, 1912/13, 133-135.

⁷⁸ BM 1907/43.205VIIa, BM 1907/74.386VIIa, Magyarország közegészségügye 1907-ben. Közegészségügy, 1909, márc. 15.

⁷⁹ BALOGH, 1904, 177.

⁸⁰ 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.

tásával (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).⁸¹ 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,⁸² továbbá a vármegyei vagyongazdálkodás de facto államosítása (1902/III. tc.). Így a vármegyei önkormányzatiság mozgásterének beszűkítését a kormányzat szándékainak megfelelően a szakmaiság követelményének elvben jobban megfelelő megyei ügyintézés egészítette ki.⁸³ E lépések végpontját – mivel a háború miatt újabb reformot már nem lehetett végrehajtani – a vármegyei tisztviselői fizetések rendezése jelentette 1904-ben (1904/X. tc.).⁸⁴ A megyei tisztviselők fizetésének jelentős emelése, valamint annak az államkincstárból való közvetlen utalványozása a megyei tisztikar függésének világos jele volt.⁸⁵

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.⁸⁶

A törvényhatóság saját területén, a törvényeken, rendeleteken kívül szabályrendeletei alapján járt el, teljesítette feladatait, melyet a közgyűlés alkothatott (43.§). A szabályrendeleti anyagban természet-

⁸¹ 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, Stephaneum ny., a visszasságokra: *Plachy Gyula és társai emlékirata, melyben Hontmegye közigazgatásának betegségeit feltárják és orvoslást kérnek a nagyméltóságú Belügyminister Urhoz*. Budapest, 1889, Wodianer ny.

⁸² BM 1902/125.000

⁸³ Ahogy Concha megállapította: „Közép birtokosságunknak sem elég vagyona, sem elég képzettége nincs többé, hogy nobile officiumokat vagy azokhoz mégis közel járó tisztségeket viseljen s a közigazgatáshoz mai nap kötött igényeknek megfeleljen.” – 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 forumra.” – BENKÓ ALBERT: *A vármegyei közigazgatás reformjának irányelvei*. Budapest, 1911, Kilián. 51., továbbá FERDINANDY GYULA: *Vármegyék reformja*. Kassa, 1910, Kassai ny.

⁸⁴ BM 1904/62.000

⁸⁵ VÖRÖS KÁROLY: *A polgári kori magyar törvényhatósági közigazgatás*. Budapest, 1956, Levéltárak Országos Központja. 25.

⁸⁶ 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.

sen bőségesen található a legkülönfélébb, egészségügyi területet szabályozó anyagok is.⁸⁷ Ezek sem törvényekkel, sem rendeletekkel nem ellenkeztek.⁸⁸ E követelmény teljesítésével – tekintettel természetesen a minisztérium alapos ellenőrzési gyakorlatára – különösebb gond nem is volt a korszakban.⁸⁹ 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 ügýtípusonként 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) szaktanácsadókat találunk. Győr esetében a kórházi (5.) és egészségügyi (4.)⁹⁰, Budapest esetében a közegészségügyi (3.), és az ipar-, rendészet- és szegényügyi bizottság (6.) foglalkozott közegészségügyi kérdésekkel.⁹¹

2.1. A törvényhatóság tisztviselői

A törvényhatóság működésében a közgyűlésen kívül a következő szereplők vettek részt:

1. A főispán. A törvény szerint ő a központi végrehajtó hatalom képviselője. Ebben a minőségében tehát ő az, aki ellenőrzi a törvényhatóság működését és tisztviselőit, és a rendeleteket adott esetben közvetlenül is végrehathatja.

2. A törvényhatóság további tisztviselőit két csoportra bontotta a törvény. Az első csoportba az ú.n. központi tisztviselők: az alispán, a jegyző, a tiszti ügyész, az árvaszéki elnök és ülnök, a pénztárnok, a főorvos, a főmérnök, a levéltárnok, a főszámvevő, a közgyám és az állatorvos, a második csoportba pedig az ú.n. külső tisztviselők: a szolgabíró, a rendezett tanácsú városok polgármesterei, a járási or-

⁸⁷ 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 közkórház 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.

⁸⁸ 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.

⁸⁹ A szabályrendeleti anyag jó része nem más, mint a miniszteri rendeletek „másolata”, ugyanakkor a közegészségügyi személynre 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

⁹⁰ Győr sz. kir. város Hivatalos Értesítője 1893.

⁹¹ *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.

vos, a járási mérnök, a járási számvevő és a járási közgyám tartoztak. A törvény nem szabályozta valamennyi tisztviselő feladatkörét. Az alispán, a polgármester, a jegyző, a tiszti ügyész és a szolgabíró feladatai szerepelnek a törvényben, a többi tisztviselő pontos feladatkörét maga a törvényhatóság, a miniszter által jóváhagyott szabályrendeletében határozhatta meg. A törvényhatóság első tisztviselője az alispán volt. Ő volt a rendeletek és a szabályrendeletek végrehajtója és ő volt, aki a költségvetés keretei között utalványozott, és aki irányította a többi tisztviselőt. A közegészségügyi feladatok teljesítésében tehát megkerülhetetlen szereplő volt. Ugyanígy a szolgabíró, aki a járás első tisztviselőjeként közvetlenül az alispán alárendeltségében működött.

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.⁹² Ez érvényes volt a városi közegészségügy működtetésében kulcsszerepet játszó kapitányra is.⁹³ A városi törvényhatóságok ügykezelését tehát szabályrendeletek határozták meg, s ezek az ügyintézt a tanácsi ügyosztályok keretei közé rendelték. Noha a tanácsi ügyosztályok beosztása törvényhatóság joga volt, a törvények által előírt feladatok nagyban meghatározták a főálló osztályok számát, jellegét. Győr város hat ügyosztálya közül három, a közegészségügyi és illetőségi, a jótékonyági és rendőri, valamint a műszaki, ipari és kereskedelmi osztály⁹⁴, Budapesten az egészségügyi, valamint az ipar-, rendészet és szegényügyi osztály⁹⁵ foglalkozhatott egészségügyi kérdésekkel.⁹⁶

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.⁹⁷

2.2. A törvényhatóság közegészségügyi feladatainak ellátásával megbízott kör

Az 1876-os közegészségi törvény külön fejezetben foglalkozik a törvényhatóságok közegészségügyvel kapcsolatos feladataival, első szakaszában leszögezve, hogy a közegészségügy vezetése állami feladatot képez, s az ezzel kapcsolatos feladatok elvégzését, a rendeletek végrehajtását – összhangban

⁹² Ld. pl. 1872 *Budapest szervezési szabályrendelete*. Budapest főváros törvényhatósága által alkotott szabályrendeletek, szabályzatok és utasítások gyűjteménye IV. rész. Budapest, 1890 (BM1873/52.967)

⁹³ Ld. pl.: *Komárom sz. kir. város rendőrségének szervezeti és szolgálati szabályzata*. Komárom, 1894, Spitzer S. ny.

⁹⁴ Győr sz. kir. város Hivatalos Értesítője 1893.

⁹⁵ *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.

⁹⁶ Megjegyzendő, hogy a törvényhatóságok ügykezelése, az egyes osztályok által vitt ügyek köre és az osztálybeosztás éppúgy módosult a korszakban, mint a Belügyminisztériumé.

⁹⁷ 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.))

a köztörvényhatóságokról szóló törvénnyel – a törvényhatóságokra bízta.⁹⁸ A törvényhatóság helyi végrehajtó közegét, a szolgabíró általános ellenőrzési, engedélyezési és végrehajtási jogosítvánnyal ruházta föl. A közegészségi ügyekben első fokú hatóságként működő szolgabíró feladatát képezte az általános megfigyelés és ez alapján a közegészségüggyel összefüggő kérdésekkel kapcsolatos ügyekben való intézkedés. Ezen kívül a törvény számos pontosan meghatározott feladatot bízott rá, lefedve az összes lehetséges egészségüggyel kapcsolatos kérdést az élelmiszer-ellenőrzéstől kezdve a sebészi műhelyek engedélyezésén keresztül a működési területén élő elmebetegek nyilvántartásáig.

2.2.1. A járási orvos

A törvényhatóság szakközege járási szinten a járási orvos, törvényhatósági szinten a tiszti orvos volt. (A járási orvos feladatát a törvényhatósági jogú városokban a kerületi orvos végezte). Ezek a szakközegek végezték valójában a gyakorlati munkát. Ez azt jelentette, hogy a törvény által a szolgabíró, az alispán illetve a polgármester hatáskörébe utalt szakmai feladatok képezték a járási (kerületi), illetve a tiszti orvos feladatait. A törvény szerint a járásorvos:

„a) minden közegészségügyi tárgy fölött őrködik és a tapasztalt hiányok elhárítása céljából az elsőfoku hatóságnak jelentést tesz, illetőleg tiszti köréhez szabott módon közreműködik;

b) ügyel a lakhelyek és épületek közegészségi feltételeire, az egészséget és életet veszélyeztető iparüzletek, gyárak berendezése, elhelyezése és terményeinek eladása körül szükséges óvrendszabályokat hoz javaslatba;

c) ügyel a hatósága területén létező egészségügyi és jótékony-, köz- és magán-intézetekre;

d) ügyel a nyilvános élelmezés egészségügyi feltételeire, névleg a tápszerek és italok minőségére;

e) ügyel a lelenczek és dajkaságba adottak iránti rendszabályok végrehajtására;

f) figyelme tárgyát képezik hatósága területének fürdőintézetei és gyógyvizzei;

g) ügyel a vagyontalan betegek gyógyításának eszközzésére;

h) himlőoltást teljesít és a himlőmagnak évenkénti fentartásáról gondoskodik;

i) a járványos és ragályos betegségeket az elsőfoku hatóságnak azonnal bejelenti és ennek kiküldetése folytán, sürgős esetekben pedig a nélkül, a helyszínén megjelen és a fennálló szabályok értelmében intézkedik;

j) vizsgálja közegészségügyi szempontból a népiskolákat;

k) teljesíti az orvosrendőr-vizsgálatokat és az orvostörvényszéki bonczolatokat, ez utóbbiakat a megszabott díjak mellett;

l) ügyel a halottkémlés kezelésére és a nem-orvos halottkémeket oktatja;

m) a járás területén létező gyógyszertárak vizsgálatánál (154., 162. §) s kirendeltetése esetén az ujonczozási bizottmányokban közreműködik;

n) ügyel a mérge- és gyógyanyagokkal való kereskedésre és kezelésre;

⁹⁸ Hozzá kell tenni, hogy a budapesti rendőrség államosításával a közegészségügyi feladatok egy részét a fővárosban már az 1876-os törvény hatályba lépésekor (1877. jan. 1. – BM 1876/66.501) állami közegek végezték.

- o) a letelepedő orvosokat a tiszti főorvosnak bejelenti;
- p) némely községben (142. §) a községi orvos teendőit végzi;⁹⁹
- q) eljár mindazon ügyekben, melyeket valamely törvény vagy szabály reá bíz, vagy a melyekre nézve a tiszti főorvos akadályoztatása esetén, kirendeltetik;
- r) működési területéről évnegyedenként egészségügyi jelentést tesz a törvényhatóság első tisztviselőjéhez az elsőfoku hatóság útján.

Tisztán szakügyekben a tiszti főorvossal közvetlenül érintkezik.” (1876/XIV. tc. 156. §)

A törvény végrehajtásával kapcsolatban számos alkalommal merült föl, hogy a járásorvos segítségével, mint a ténylegesen működő „egészségügyi személlyel” oldják meg a helyi ellátás biztosítását. A szervezés idején fölmerült megoldások között van olyan, mely azt célozta, hogy a szolgabírói és az orvosi járás ne essen egybe,¹⁰⁰ illetve, hogy a járási orvos lássa el a körorvosi feladatokat is.¹⁰¹

2.2.2. A szolgabíró

A szolgabíró a törvényhatóság külső tisztviselője, végrehajtási jogkörrel, az alispán alá rendelve működött. Az 1870-es törvény csupán annyit mond ki, hogy a szolgabíró feladatkörét a törvények és a szabályrendeletek határozzák meg (61.§). A közegészségügyi törvény (1876) viszont közegészségügyi ügyekben elsőfokú hatósági jogkörrel ruházta föl, ami egyrészt azt jelentette, hogy a szolgabírói volt az elsőfokú kihágási fórum, másrészt azt, hogy ellátta a közegészségügyi felügyeleti, engedélyezési és nyilvántartási feladatokat. (1876/XIV. tc. 154.§) A közegészségügyi törvényben szabályozott feladatainak túlnyomó részét természetesen szakközege, a járási orvos segítségével teljesítette.¹⁰² Három területen ellenben többé-kevésbé önálló működést feltételezhetünk: a kihágások kezelése, a hatósági végrehajtás és a különböző bizonyítványok kiadásának területén.¹⁰³ A szolgabíró a szegénységi bizonyítvány kiállításában megkerülhetetlen szereplő volt, a rendelet t.i. kimondta, hogy a bizonyítványokat a községi bíró, a jegyző és a lelkész írja alá és a szolgabíró igazolja, tehát a szolgabírói pecsét nélkül

⁹⁹ A járási orvos és a körorvos viszonyának kérdése, a feladat-ellátás kérdése nem sokkal az egészségügyi törvény megalkotása után fölmerült. A egyes területeken ugyanis, részben azért, hogy a községek az orvos-tartás terhei alól mentesüljenek, olyan alacsony fizetéssel hirdettek községi (kör) orvosi állásokat, hogy nem akadt jelentkező. Ebben az esetben viszont a járási orvos volt köteles ellátni a körorvosi feladatokat, aki lényegében az államtól kapta fizetését. – CHYZER KORNÉL: *Emlékirat az 1876-ki XIV-ik t. cz. értelmében rendszeresített járásorvosi és körorvosi intézmény tárgyában*. Sátoraljaújhely, 1882, Zemplén ny.

¹⁰⁰ Mint pl. Szolnok esetében, mely törvényhatóság arra hivatkozva, hogy korábban is két járást látott el a járási orvos, kérte, hogy a minisztérium engedélyezze a két szolgabírói járás járásorvosi járás keretében történő egyesítését. – MOL K150-748-1879-IV-1-34698

¹⁰¹ Torna megye megkísérelte - nagyobb fizetés mellett – a járási orvosra bízni a bizonyos községek községi orvosi feladatainak ellátását. – MOL K150-748-1879-IV-1-13635

¹⁰² Az 1876/XIV. tc. 155.§-ának megoldása szerint a szolgabírónak a járási orvos véleményét csupán rendszerint meg kellett hallgatnia az intézkedések előtt, a járási orvosnak tehát semmilyen törvényes lehetősége nem volt arra, hogy az ügyintézésbe érdemben beleszóljon, ha azt a szolgabíró nem engedte. A járási orvos és a szolgabíró együttműködése esetleges volt tehát, a közigazgatás működése rosszabb esetben a rendeletek közvetítésében merült ki. – BREUER ÁRMIN: *Az egészségügyi közigazgatás szervezése*. A milleniumi közegészségi és orvosiügyi kongresszus tárgyalásai. Frank Ödön (szerk.) Budapest, 1897, Franklin ny. 72-96.

¹⁰³ A kihágásokkal, illetve a hatósági végrehajtási ügyekkel kapcsolatos szolgabírói szerepkört ld. I. rész 4.5.

nem volt érvényes a többek között a kórházi ápolási költség fizetése alóli mentességet jelentő bizonyítvány.¹⁰⁴

A szolgabíró további, közegészségügyhöz kapcsolódó feladata volt, hogy illetőségi kérdésekben első fokon döntsön, végül pedig elsőfokú egészségügyi hatósági teendője volt a nyilvántartások vezetése, az esetleges járványról a másodfokú hatóság értesítése.

2.2.3. A tiszti orvos

A tiszti orvos hatásköre a járási orvos hatásköréhez igazodott, azaz magában foglalta mindazon feladatokat, melyeket a törvény a járási orvos feladataként jelölt meg, s ez egészült ki a törvényhatóság területén működő egészségügyi személyzet működésének felügyeletével (amibe beletartozott a törvényhatóság területén dolgozni kívánó orvosok és bábák okleveleinek vizsgálata), külön kitérve arra, hogy a tiszti orvosnak ellenőriznie kell a járási- és községi orvosok himlőoltással kapcsolatos feladatainak teljesítését.¹⁰⁵ Feladata volt a kuruzslás elleni föllépés, a közköltségen ápolott vagyontalanok gyógykezelésének orvosi szempontból való ellenőrzése. Törvényszéki boncolásokat, illetve az orvosrendőri vizsgálatokat is neki kellett teljesítenie. Járványügyi feladatai pedig kötelezték arra, hogy a védekezésre intézkedéseket készítsen elő, valamint esetleges járvány alkalmával a helyszínen megjelenve intézkedésekre tegyen javaslatot. Minderről havonta jelentést kellett tennie a közigazgatási bizottságnak. (1876/XIV. 162.§)

A törvényhatóságokról és a községekről szóló 1886-os törvény megváltoztatta az orvosi személyzet választására vonatkozó eddigi szabályokat. 1886-tól, kivéve a választott tisztviselők sorából, a törvényhatósági főorvost, a járási- és kerületi orvosokat a főispán élethossziglan nevezte ki.¹⁰⁶ (1886/XXI. tc. 80.§)¹⁰⁷ Elvileg tehát a főispán gondoskodott arról, hogy a minden szempontból megfelelő személy kerüljön a törvényhatóság tiszti orvosának pozíciójába.

2.2.4. Az alispán

Az alispán, illetve a polgármester, mint a törvényhatóság első tisztviselőjének feladata:

„a) Felügyel arra, hogy a közegészségügyi szabályok a törvényhatóság egész területén az alantas közegek által pontosan kezeltessenek és végrehajtsanak.

E végből koronként és esetről-esetre jelentéstételt rendel el, sőt a fenforgó körülményekhez képest, vizsgálat és személyes meggyőződés szerzése végett, időnként egyik vagy másik községben meg is jelenik;

b) intézkedik számos egyének szűkebb lakásokban való összezsufolásának megakadályozása végett.

¹⁰⁴ BM 1887/16.601

¹⁰⁵ Ez a gyakorlatban azt jelentette, hogy a tiszti orvos évente 1-2-szer meglátogatta a helyi orvosi személyzetet. – Ld.: SZAPLONCZAY, 1896.

¹⁰⁶ A szakmai körök várakozásának megfelelően. – Ld.: *Választás vagy kinevezés*. Közegészségügyi Kalauz, 1880. dec.1. (2), 1.

¹⁰⁷ Budapestre az 1886-os átszervezés nem vonatkozott, így tehát a fővárosban néhány évig még az 1872-es törvény szerint választották az orvosokat.

Budapesten erre nézve a fővárosi tanács az illetékes és ennek intézkedései ellen a felfolyamodás a közmunkák tanácsához s innét a határozatok eltérése esetében a belügyministerhez történik;

c) megállapítja a járvány létét, valamint annak megszüntét és ez ügyben, ugyszintén a tájkórok megelőzése és tovább terjedésének lehető megakadályozása iránt, intézkedik;

d) intézkedik a tanintézetek, gyógyszertárak, községi és hatósági fogházak megvizsgálása iránt egészségügyi tekintetből;

e) intézkedik a tanodák bezáratása iránt a 33-34. §-ok eseteiben;

f) felügyel a törvényhatóság területén létező egészségügyi-, jótékony-, köz- és magánintézetekre (60. §);

g) engedélyezi a hullaszállítást más törvényhatóság területére, Budapesten ezen kívül a főváros egyik temetőjéből a másikba;

h) orvosoknak kézi gyógyszertárt engedélyez (135. §), ugyszintén gyógyszertárak részére a 125. § esetében kezelőt rendel;

i) kinevezi a községi kórházak orvosi személyzetét;

k) intézkedik a 144. § értelmében a körorvosok lakása, fizetése és választása tárgyában s megállapítja a himlőoltási köröket (162. §);

l) engedélyezi a fürdői gyógydíjak szedését, intézkedik a gyógyfürdőknek szegények általi használata iránt (106. §), s engedélyt ad a mesterséges ásványvizek készítésére;

m) eljár mindazon ügyekben, melyeket valamely törvény vagy szabályrendelet reá biz;

n) másodfokulag határoz az elsőfoku hatóság intézkedései ellen hozzá benyújtott felfolyamodások iránt.” (1876/XIV. 157.§)

2.2.5. A közgyűlés

A törvényhatóság közgyűlésének közegészségüggyel kapcsolatos feladata a törvény szerint meghatározott tárgyakat érintő szabályrendeletek alkotása. Kötelezettsége a közegészségügy általános helyzetének javítása. A törvény konkrét feladatként határozta meg továbbá a törvényhatóság területén lévő mocsarak eltüntetésére, illetve a különböző infrastrukturális beruházásokra (külön említett csatornázási beruházásokra) vonatkozó szabályrendeletek megalkotásának kötelezettségét. E feladatokon túl a közgyűlés feladata inkább szervezési jellegű: a közgyűlés hirdeti ki a törvényhatóság területén letelepülő orvosok és szülésznők okleveleit (illetve ennek hiánya esetén betiltja a működést), meghatározza a közegészségügyi köröket¹⁰⁸, megállapítja a községi- és körorvosok, jóváhagyja a bábák fizeté-

¹⁰⁸ Az orvosi körök beosztásával, majd esetleges átszervezésével kapcsolatos munka meghatározó maradt. Mivel a körbeosztás (a körök nagysága, illetve az orvos székhelye, fizetésének viselése) nagyban meghatározta az egyes községek egészségügyi ellátását, illetve érintette a községek vagyoni viszonyait, nem véletlen, hogy a legnagyobb indulatok a közegészségügyi kérdések közül éppen a körbeosztás kapcsán szabadultak el, s több község a minisztériumhoz fordult a beosztás kapcsán elszenvedett sérelmek miatt. – MOL K150-817-1880-IV-6-5943

A törvényhatóság döntését elvileg az határozta meg, hogy az orvosi körök többé-kevésbé működőképesek legyenek. A megerősödő községek viszont erre tekintet nélkül önállóan kívántak orvost tartani, mint történt az pl. Kisvárdá esetében (a megye azonban éppen a kör többi községére tekintettel, hivatkozva Kisvárdá lakosság számára, elutasította a község kérvényét – MOL K150-817-1880-IV-6-50670), ugyanakkor ennek ellenkezője is előfordult, Heves vármegye törvényhatósági bizottsá-

sét.(1876/XIV. 159.§)¹⁰⁹ Mivel a megyei törvényhatóságok anyagi téren a központi forrásoktól függetek, a közgyűlések mozgásteret nem volt jelentős. Ugyan megfigyelhető, hogy egyes esetekben közegészségügyi kérdésekkel intenzíven kezdenek foglalkozni a közgyűlésen, találkozhatunk közös feliratokkal, de összességében a megyék ezen fóruma nem jelent meg jelentős kezdeményező erőként.

2.2.6. Az egészségügyi bizottság

A törvényhatóság döntéshozói helyzetben lévő tisztviselői, illetve a közgyűlés munkáját az egészségügyi bizottság segítette.¹¹⁰ Az egészségügyi bizottság tagjai felerészben szakemberek, felerészben törvényhatósági bizottság tagjai voltak. Így a főorvosokon, kívül minden hatósági orvos és hatósági állatorvos, a honvédszászlóalji főorvos, egy mérnök, egy építész és egy gyógyszerész, és ugyanennyi, háromévente cserélődő, bizonyos feltételek esetén újraválasztható bizottsági tag. A bizottság alaptevékenysége véleményezés, tanácsadás és indítványok megfogalmazása volt, komolyabb gyakorlati szerephez járványok alkalmával jutott. Ekkor átalakult járványbizottsággá és az alispán, a polgármester, vagy ezek helyettesének vezetésével működött. Járványbizottsági működése során a bizottság – a hatékonyság követelménye miatt – önállóan is eljárhatott, és közvetlenül léphetett érintkezésbe más hatóságokkal és a minisztériummal. Budapesten járványok alatt kerületi szinten alakultak meg a járványbizottságok a kerületi elöljárók vezetésével.

A törvényhatóságok működésében változást hozott a közigazgatási bizottságok létrejötte. Az 1876-ban, a közegészségügyi törvény megszületésének évében megszavazott törvény sajátos megoldással a törvényhatóság, azaz az önkormányzatiság szerve és az állami szervek közös bizottságát hozta létre. Ekkorra helyi szinten már működtek állami tisztviselők és a közigazgatás hatékonyságának megteremtésére szükséges volt ezen reformlépés megtétele.¹¹¹ A közigazgatási bizottság, – mely értékelhető Tisza kompromisszumos politikája eredményének is¹¹² – tehát egy bizottságba ültette a szakmai oldal,

ga arról hozott döntést, hogy a 7270 lakosú Heves község önállóan tartson orvost, mely határozat ellen viszont fellebbezett az érintett község. – MOL K150-2604-1895-VI-31-101653

Az átgondolatlanul megszervezett körök átszervezése általában igen hosszadalmas munka volt, mivel ekkor már a községi (kör) orvosok és a községek megegyezése is befolyással volt az átszervezés menetére, így az orvosi fizetés újraosztása, a kör székhelyének módosítása parázs viták és elhúzódó egyeztetések során volt lehetséges: Maros-Torda vármegye Toplica székhelyű orvosi körének egyik helysége 34 km-re volt a központtól, míg a szomszéd orvosi kör székhelyétől csupán 10 km-re, az átszervezés azonban – az orvos ellenállása miatt – nehézkesen történt. – MOL K150-2466-1894-VI-31-10617

¹⁰⁹ Az alispán és a törvényhatóság közgyűlése a közegészségügyi törvény végrehajtása kapcsán komoly szervezési feladatokat látott tehát el, meghatározva az orvosi köröket, a megszervezve az egészségügyi bizottságot. Az alispán pedig a községek szervezését kísérte figyelemmel, létszámjelentéseket, stb. kérve az előjáróságoktól. – ahogy pl. Jász- Nagykun- Szolnok megye is beszámolt arról a minisztériumnak. – MOL K150-748-1879-IV-1-14419, vagy pl. Ugocsa megye, ahol külön bizottság alakult a közegészségügyi törvény végrehajtásával kapcsolatos feladatok ellátására – MOL K150-748-1879-IV-1-12977

¹¹⁰ A városi törvényhatóságok, és általában a városok a törvény ezen rendelkezésének azonnal megfeleltek, tekintettel arra, hogy jó részükben már korábban létrejött az egészségügyi bizottság. Breznóbánya az egészségügyi törvény végrehajtásával kapcsolatban 1876-ban arról tájékoztatta a minisztériumot, hogy a városban 1872-től (tekintettel a kolerára) működik egészségügyi bizottság, és a város az egészségügyi személyzetet tekintve minden törvényi kötelezettségének megfelel. – MOL K150-748-1879-IV-1-31024 Hasonlóképp arról tájékoztatta a minisztériumot Szabadka tanácsa, hogy a városban már minden olyan, a közegészségügyi feladatot ellátó szerv működik melyet a törvény előírt. – MOL K150-748-1879-IV-1-33997

¹¹¹ Tisza által felvázolt reformlépések nem mindegyike valósult meg, s az elképéléseket utódja sem tudta megvalósítani. – KOZÁRI MÓNKA: *Tisza Kálmán és kormányzati rendszere*. Budapest, 2003, Napvilág.

¹¹² CSIZMADIA ANDOR: A „közigazgatási bizottság” a polgári állam szervezetében. In: *Jogtörténeti Tanulmányok (JT) II*. Budapest, 1968, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó. 117-138.

valamint a törvényhatóság képviselőit. Így – ugyan a törvényhatóság részéről, de – tagja lett a tiszti orvos, a királyi államépítészeti hivatalnak a törvényhatóságban dolgozó első hivatalnok, valamint a királyi adófelügyelő (majd 1889-től helyette a pénzügyigazgató), akik bizottsági munkájukon kívül is valamilyen formában kapcsolatba kerülhettek a közegészségügy kérdéseivel.

2.3. A törvényhatóságok közegészségügyi feladatellátásának pénzügyi keretei

2.3.1. A megyei törvényhatóságok pénzügyi mozgástere

A törvény szerint a megyei törvényhatóságok háziadóból (1870/XLII. tc. 11§), a városi törvényhatóságok és a rendezett tanácsú városok pótadóból, a községek pedig községi adóból származó forrásokból (1870/XLII. tc. 13.§, 1872/XXXVI. tc. 10§, 1871/XVIII. tc. 121.§, 119-120§) fedezték közegészségügyi kiadásait. Lényeges eltérés van a megyei és a városi törvényhatóságok között, mely különbség alapja, hogy a megyéknek általában sem hasznosítható ingatlan-, sem ingó törzsvagyonuk nem volt, és hasznot hajtó jogosítványaik sem voltak. A megyei jövedelmeket három csoportra lehet bontani: első az esetleges vármegyei vagyon hasznosításából, értékesítéséből származó jövedelem, második az állam által folyósított évi járulék, harmadik a pótadó-jövedelem, melyet a törvény szerint az egyenes államadókra vethetett ki a törvényhatóság.¹¹³

A megyei törvényhatóságok nem élhettek a háziadó kivetésének jogával¹¹⁴, s a törvény rendelkezése szerint a közigazgatási költségeikhez az állam évenként, a költségvetési törvényekben meghatározott összeggel járult hozzá.¹¹⁵ A vármegyei költségvetés kérdését végül már az 1870-es törvényben ígért külön törvény rendezte 1883-ban, mely megtartotta a havonta előre folyósított állami kifizetések rendszerét, másrészt rendezte a megye pótadókivetését is, bővítve a pótadó kivetésének lehetőségét.¹¹⁶ Ugyanakkor a városi törvényhatóságokkal összehasonlítva a megyék sokkal kevésbé adóztathattak

¹¹³ A kiegyezés után kérdéses volt, hogy milyen adórendszer jöjjön létre. Az 1868-as, Lónyay által benyújtott költségvetéssel együtt tehát meg kellett határozni annak alapját is. Az ekkor még ideiglenesnek gondolt adórendszer lényegében a korábban alkalmazott osztrák modellt vette alapul, s ez, még ha módosításokkal is, az egész korszakban megmaradt. – Ld.: LÓNYAY MENYHÉRT: Államköltségvetés 1868-ra. In: *Lónyay Menyhért nevezetesebb országgyűlési beszédei*, Pest, 1870, Ráth. 158-199., MATLEKOVITS SÁNDOR: *Magyarország államháztartásának története 1867-1893*. (1-2. k.) Budapest, 1894, Állami ny. a pénzügyi és Jogi Könyvkiadó. RÁDÓCZY GYULA: *A legújabb kori magyar pénzek (1892-1981)*. Budapest, 1984, Corvina.

¹¹⁴ A megyék hiába készítették el költségvetési tervezeteiket 1868-ra, a minisztérium két körirattal leállította a tervezetek fölterjesztését, és szabályozta a költségvetés összeállítását, mely lényegében az önadóztatást mellőzve oldotta meg a megyei költségvetés kérdését, s ez a megoldás maradt érvényben egészen 1883-ig. – Ld.: SZITA JÁNOS: Tolna vármegye költségvetési gazdálkodása a dualizmus első éveiben (1867-1870). In: *Tanulmányok Tolna megye történetéből V*. Szekszárd, 1974, 319-342., a kérdéshez továbbá ld.: STIPTA ISTVÁN: Megyei elképzelések a törvényhatóságok rendezéséről. In: *Jogtörténeti Tanulmányok V*. Budapest, 1983, Tankönyvkiadó. 305-319., illetve az 1886-os rendezéshez STIPTA ISTVÁN: Parlamenti viták a területi önkormányzatról (1870-1886). In: *Hatalommegosztás és jogállamiság*. (szerk. Mezey Barna) Budapest, 1998, Osiris Könyvkiadó. 77-94.

¹¹⁵ A megoldás szerint a megyei törvényhatóságok feladataik ellátását havonta előre kifizetett állami forrásokkal végezték. 1861-ben a megyéket visszaállította a kormányzat, de a közigazgatási költségeket (a tisztviselők fizetésével együtt) az állam folyósította. A háziadó rendszerének visszaállítására pénzügyi okokból nem volt lehetőség, így a 1883-ig ideiglenesen, évről évre, ez után pedig külön törvény szabályozta a megyék háztartását, melyben megmaradt az állami hozzájárulás rendszere, melynek elvi alapja az volt, hogy a megyék lényegében az állami közigazgatási feladatok ellátói is.

¹¹⁶ Az 1883/XV. tc. 9§ szerint a megyék a már korábban szabályozott eseteken kívül további 3% vethetnek ki a meghatározott (igazgatási, közlekedési, művelődési, jótékonyági és gazdasági) célokra (9§), valamint a pénzügyminiszter és a belügyminiszter engedélyével 2% pótadót vethetnek ki a törvényben meghatározott célokra, (13§), meghagyva az országgyűlési felhatalmazás alapján további pótadókivetés lehetőségét. Meg kell azonban jegyezni, hogy az állami hozzájárulás miatt a megyei költségekhez a törvényhatósági jogú városok is hozzájárultak. – LADIK GUSZTÁV: *Közigazgatásunk fejlődése 1867-óta*. Budapest, 1932, Fővárosi Könyvkiadó. 53.

szabadon, mivel a kivethető pótdadó legnagyobb mértékét a törvény rögzítette. A megyei törvényhatóságok az adóbevételek kezelésében, beszedésében csak korlátozottan vettek részt.¹¹⁷ A megyei szinten az átszervezések függvényében, állami szervként működő pénzügyigazgatóságok, a királyi adóhivatalok, adófelügyelőségek és a pénzügyőrség¹¹⁸, valamint az egyfajta „vegyes szervként” 1876-tól működő közigazgatási bizottság szűkre szabta¹¹⁹, s csak a végrehajtás során vette igénybe a szolgabírák és a községi közegek munkáját.¹²⁰ Ez, valamint a megyei költségvetés ellenőrzésén és az utalványozás rendszerén túl a megyei pénzkezelés és számvitel 1883-as, a törvényhez kapcsolódó meghatározása egységesítette¹²¹ és erőteljesen behatárolta a vármegyék mozgásterét. A vármegyék bevételeit csökkentette, hogy a rendezett tanácsú városok csak a törvényhatóság „egyetemét” érintő költségekhez voltak kötelesek hozzájárulni. Ez a megoldás, melyet az 1886-os törvény is megtartott, két részre bontotta a törvényhatóság kiadásait, így a külön kezelt járási tiszti személyzettel (tehát a közegészségügyi feladatot ellátó szolgabíróval és a járási orvossal), valamint a járási hivatalok elhelyezésével kapcsolatos kiadások nem terhelték az említett városokat. Az 1886-os rendezésben a kormány a törvényhatóság költségvetésében nem szereplő, törvényes kötelezettség teljesítésének célját szolgáló tétel fölvételel elrendelhetette, (ú.n. kényszer-költségvetézési jog¹²²). A vármegye gazdálkodását célzó, közegészségügyi személyzetét is érintő következő változás már a századforduló után következett be. A megye pénzügyi önállósága lényegében megszűnt, a pénzkezelés adóhivatalok által történt átvétele után (1902/III. tc.) a megyei tisztviselők állami tisztviselők fizetési rendszerébe osztása, és a fizetési viszonyok rendezése (1904/X. tc., majd 1912/LVII. tc.) egyrészt kiegyenlítette az országos különbségeket, másrészt de facto állami tisztviselőkké tette a megyei közegészségügyi közegeket.

A megyei törvényhatóságok vagyoni viszonyainak különbsége jelentős maradt az egész korszakban. A pótdadó nagysága jelzi ugyan, hogy az adott törvényhatóság anyagi teljesítőképessége milyen volt, de abszolút támpontnak mégsem tekinthető, mivel a törvényhatóság a vizsgált évben élhetett akár köl-

¹¹⁷ Az 1868/XXI. tc. sem szánt meghatározó szerepet a szolgabírónak, az adókkal kapcsolatos (végrehajtási) eljárásban sokkal fontosabb szerepet kapott a községi elöljáró és a kiküldött pénzügyi tisztviselő.

¹¹⁸ A pénzügyigazgatás szervezete a korszakban többször átalakult. 1867-ben már megszüntették az országos pénzügyigazgatóságokat, de középfokú szervként létrejött a Magyar Királyi Pénzügyi Felügyelőség. 1876-ban a közvetlen és a közvetett adók kezelése különült el (adófelügyelőségek – pénzügyi felügyelőségek), majd 1889-től a megyénként szervezett pénzügyigazgatóságok és az adóhivatalok keretében folyt a pénzügyi igazgatás. – Ld.: VÖRÖS KÁROLY, 1956, KMETY KÁROLY: *A magyar közigazgatási jog kézikönyve*. Budapest, 1900, Politzer Zsigmond könyvkereskedő kiadása. KMETY KÁROLY: *A magyar pénzügyi jog kézikönyve*. Budapest, 1902, Politzer.

¹¹⁹ A közigazgatási bizottság tagja volt az adóigazgatás tisztviselője is, s a bizottság az adókkal kapcsolatban széles jogkörrel rendelkezett. – Ld.: CSIZMADIA, 1968. KEMÉNY JÁNOS: *A közigazgatási bizottságok feladatkörének változásai 1876-1914 között*. LSz 1991/3 6-30. KOZÁRI MÓNIKA: Tisza Kálmán, mint belügyminiszter 1875-ben. In: *Nemzeteken innen és túl. Tanulmányok Diószegi István 70. születésnapjára*. (Szerk. ERDŐDY GÁBOR, PÓK ATTILA) Budapest, 2000, Korona. 105-135.

¹²⁰ Községi szinten a bíró a jegyzővel az adók végrehajtás útján való behajtását végezte azon adózóknál, akik adójukat a községnél vagy városnál fizették, míg a szolgabírák azoknál az adózóknál, akik közvetlenül a királyi adóhivatalnál fizették be adójukat. – 1883/XLIV. 52§

¹²¹ BM 1883/37.169 a törvényhez kapcsolódva a megyei központi pénzkezelés és számvitel módját határozta meg, megyei és járási szinten

¹²² KMETY, 1900, 211.

csönfelvétellel is. Annyi ennek ellenére megállapítható, hogy a kivetett megyei pótdadók nagysága között igen nagy eltérések mutatkoztak.¹²³

2.3.2. A városi törvényhatóságok működésének pénzügyi keretei

A városi törvényhatóságok a megyei törvényhatóságokkal szemben jóval nagyobb mozgástérrel rendelkeztek. A városok sokkal nagyobb saját vagyonnal rendelkeztek, valamint adó-, és pótdadókivetési jogkörük is szélesebb volt. Míg az 1870-es törvény szerint a megyei törvényhatóság háziadóként csak az egyenes államadók után számíthatott pótdadóbevételre, a városi törvényhatóság ennél jóval szélesebb alapon, a közvetett államadók után is vethetett ki pótdadót, de ezen túl területén illetéket, helypénzt és vámot szedhetett, valamint (kormányengedéllyel), az állam által igénybe nem vett új adókat is kivethetett.¹²⁴ A pótdadó-rendszert az 1886-os rendezés változatlanul megtartotta¹²⁵, az önálló helyi adók ugyanakkor a korszak végéig nem jelentek meg a városok egészségügyének finanszírozásában.¹²⁶ A városok mozgásteret a megyéhez hasonlóan szűkült azzal, hogy a városokra is érvényes volt a kényszer-költségvetésezési jog. A pótdadókat külön határozta meg minden törvényhatóság/község, annak törvényben rögzített felső határa elvileg nem volt, így létezhetett eltérő arányú betegápolási, katona-beszállásolási, stb. pótdadó.¹²⁷ Az 1912-es, a városok fejlesztéséről szóló tc., mely – hasonlóan az 1904-es megyei tisztviselőket érintő rendezéshez –, a városi tisztviselők illetményeit egységes fizetési kategóriába rendezte, lehetőséget adott a belügyminiszternek arra, hogy ha adott esetben szükségesnek látja, a város közegészségügyi feladatainak ellátásához szükséges forrás előteremtéséhez kötelezze a települést önálló helyi adó kivetésére, (bár ennek jelentőségét némileg csökkentette az 1886-os költségvetésezési megoldás). Ugyanakkor mind a törvényhatósági jogú, mind a rendezett tanácsú városok megfogalmazták az igényüket a pótdadórendszer felszámolására, s követelték, hogy az állam – tekintettel az állami feladatok ellátására – engedje át az egyenes adók bizonyos hányadát, vagy bizonyos adóbevételek teljes összegét.¹²⁸ Ez érthető, mivel – a közegészségügyi kiadásoknak is köszönhetően –, a kivetett pótdadó aránya az egész korszakban kitartóan emelkedett, de ami még fontosabb, az egyes településeken kivetett adó aránya hatalmas eltéréseket mutatott.¹²⁹

¹²³ 1881-ben Szeben megyében az összes kiadási költség csak 0,85%-át fedezte a pótdadóbevétel, mely egy lakosra így 0,03 kr terhet jelentett, Ugocsa megye költségeinek 81%-át fedezte pótdadóból, mely egy lakosra 44 kr terhet jelentett. (*A községek háztartása és pótdadjuk az 1881. évi jóváhagyott költségvetések alapján.* Budapest, 1883. X-XIV.)

¹²⁴ A fővárosi vámrendszerhez ld.: FABÓ BEÁTA: *A budapesti vámvonalrendszer változása a XIX-XX. században.* Tanulmányok Budapest Múltjából (a továbbiakban TBM) XXV. (1996) 61-84.

¹²⁵ Az 1898-as ápolási-költség rendezés országos szinten rendelte kivetni a betegápolási pótdadót, mint az országos betegápolási alap pénzügyi forrását. (1898/XXI. tc. 2.§) – beszédét szabályozta: BM 1899/61.051. Ezen adónem alapját a jövedelemadóról szóló 1909/X. tc. 67.§-a megváltoztatta.

¹²⁶ A közegészségügyi jellegű kiadásokra sokkal jellemzőbb volt egyes illetékek kivetése, pl. a csatornahasználati, a szemétkihordási, fertőtlenítési, vagy a húsvizsgálati illeték. – MÁRFFY EDE: *A városi adók és illetékek.* Budapest, 1908, Szfv. Háziny. 33.

¹²⁷ A községek zömében az 1890-es években 20-70% közötti pótdadót vetettek ki. – *A községi pótdadó teher.* MK 1892. okt. 16.

¹²⁸ MÁRFFY EDE: *A magyar városok háztartásának joga.* Bp, 1914, Szerzői kiadás.

¹²⁹

Pótdadó mértéke%	Rendezett tanácsú városokban		Törvényhatósági városokban	
	Név	Szám	Név	Szám

A városi jövedelmek a fentiek tükrében a következő forrásokból származtak:

- 1) magánjogi jövedelmek (főképp városi ingatlanok hasznosítása),
- 2) közjogi jellegű jövedelmek, ezen belül:
 - a) az állam által átengedett adók (pl. egyes forgalmi adók)
 - b) a városok által meghatározott
 - a. pótdadók
 - b. önálló adók
 - c. vámok, illetékek, egyéb díjak

A városok háztartásában szinte az egész korszakban a pótdadó-jövedelem volt a leginkább meghatározó, ugyanakkor ez az az adófajta, mely igen érzékeny az adózók vagyoni teljesítőképességére: nem csoda tehát, hogy a városok ápolási költségeket illető fizetési hajlandósága és képessége annyira különböző volt a korszakban. Magyarázattal szolgál ugyanakkor arra is, hogy amikor a városok hirtelen nagyobb, a közegészségügyi kötelezettségeiket is érintő, főképp infrastrukturális beruházás előtt áll-

Községi pótdadót nem fizetnek	Breznóbánya, Dobsina, Gölnicbánya, Igló, Jolsva, Nagyróce, Szászváros, Körmöcbánya, Leibic, Ólubló, Szepesbéla, Szepesolaszi, Vizakna, Magyarkanizsa	14			0
1-10%	Felsőbánya, Erzsébetváros, Poprád	3	10-20%	Debrecen	1
11-20%	Lőcse, Nagyenyed, Zólyom, Nagybánya, Nagyszeben, Korpona	6			
21-30%	Abrudbánya, H.-Böszörmény, Sepsiszentgyörgy, Gyulafehérvár, Hajdúszoboszló, Kísszeben, Újbánya	7	21-30%	Kecskemét, Temesvár	2
31-40%	Besztercebánya, Szentgyörgy, Szamosújvár, Szepesváralja, Veszprém, Brassó	6	31-40%	Budapest, Kassa, Pozsony, Szabadka	4
41-50%	Déva, Újpest, Kézdivásárhely, Nagyszombat, Túrkeve, Szászsebes, Segesvár, Szászrégen, Rozsnyó, Modor, Léva, Kolozs	12	41-50%	Szeged, Zombor	2
51-60%	Beregszász, Ruszt, Szilágysomlyó, Munkács, Torda, Szokolca, Rimaszombat, Zenta, Zilah	9	51-60%	Nagyvárad, Pécs	2
61-70%	Beszterce, Eperjes, Losonc, Nagykőrös, Pápa, Vajdahunyad, Karcag, Hajdúnánás, Máramarosziget, Dés, Sátoraljaújhely, Cegléd, Trencsén, Bazin, Nagybecskerek	15	61-70%	Hódmezővásárhely, Kolozsvár, Marosvásárhely, Szatmárnémeti, Újvidék, Miskolc	6
71-80%	Hátszeg, Fogaras, Jászberény, Kismarton, Lugos, Kiskunfélegyháza, Székelyudvarhely, Medgyes, Mezőtúr, Nyíregyháza, Nagykanizsa, Nagyikinda, Ungvár, Kőszeg, Vác	15	71-80%	Arad, Baja, Győr, Komárom, Selmec- és Bélabánya, Sopron, Székesfehérvár, Versec	8
81-90%	Bártfa, Kaposvár, Szentés, Kisújszállás, Késmárk	5			0
91-100%	Kiskunhalas, Nagykároly, Karánsebes, Szentendre, Zalaegerszeg, Szombathely	6	92%	Pancsova	1
100%-	Szolnok, Szekszárd, Nyitra, Makó, Gyula, Gyöngyös, Fehértemplom, Érsekújvár, Esztergom, Eger	10			0
392% földadó után 17% ált. közigazgatási célra	Csíkszereda	1			0

LUKÁCS ÖDÖN: *Városaink háztartásának rendezése*. Városi Szemle (VSZ), 1909, 457-485. 579-624. 474-475.

tak, a finanszírozási gondokat a századfordulóra szinte harmadik bevételi forrássá vált hitelekkel rendezték.¹³⁰

A városok helyzete ezen kívül továbbá abban is különbözött a megyéétől, hogy rendelkezett önálló városi adóhivatallal, s a városi bevételeket a város maga kezelte. Tehát pénzügyi téren az öngazgatás sokkal hangsúlyosabb volt, s ez a különbség, mely már a korszak elején megfigyelhető volt, a megyék gazdálkodását és ügykezelését érintő reformok nyomán csak nagyobb lett.

A városok háztartásában több, közegészségüggyel összefüggő kiadást elkülönítetten kezeltek. Az alapok rendszere, mely nem csak a törvényhatóságokra, hanem a községekre is jellemző volt, lehetővé tette, hogy a város bizonyos jövedelmeket és bizonyos vagyontárgyakat külön kezeljen. Az alapok rendszere törvényhatóságoként más képet mutatott, így előfordult, hogy számos városban szinte független volt a városi kórház a várostól, mivel az elkülönített vagyonkezelés lényegében önállósította az intézményeket.¹³¹ Az alapok között találjuk többnyire a törvényhatóság által létrehozott kórházi-, és itt kaptak helyet a magánszemélyek által sok esetben közegészségügyi célra létrehozott alapok is.¹³²

3. Budapestre vonatkozó speciális szabályok, fővárosi egészségügyi intézmények

Budapest az ország legnagyobb városa volt, robbanásszerű népesség-növekedéssel. A főváros egyetemeséről külön törvény született (1872. évi XXXVI. tc.), mely szimbolikus értékén túl, eltérő szabályokat állapított meg a különös gazdasági és politikai jelentőségű város igazgatására is. A törvénycikk leszögezi, hogy Budapest törvényhatóság, így bizonyos értelemben az 1870-es szabályozáshoz viszonyítva határozza meg a főváros szervezetét, működésének kereteit.

A főváros közegei a törvény szerint a polgármester, az alpolgármesterek, a tanács és a kerületi előjáróságok voltak. A polgármester látta el a kormányzat rendeleteinek végrehajtását. A törvény szabályozta, hogy ügykörönként tanácsi osztályokat (élükön egy-egy tanácsnokkal) kell létrehozni, s az ennek alapján kidolgozott szervezési szabályrendelet kialakította a főváros igazgatásának kereteit. Az igazgatási feladatok megoszlottak a polgármester hivatala, a tanácsi ügyosztályok és a bizottságok között. A polgármester hivatala két nagyobb részre, az elnöki és személyügyi, valamint a közegészségügyi osztályra oszlott. A tanácsi ügyosztályok közül a IX. közjótékonyági osztály foglalkozott a közegészségügy kérdéseivel, szegényügyi feladatain keresztül. Ehhez kapcsolódott a II., a közegészségügyi szakbizottság, valamint a XI., a közjótékonyági bizottság.¹³³ A tanács közegészségügyi bi-

¹³⁰ BÁRÓ MADRASSY-BECK GYULA: A városok hitelügye. In: *A magyar városok országos kongresszusának iratai*. Az I. egyetemes ülés naplója. (szerk.) HARRER FERENC, Budapest, 1909, Budapest Székesfőváros Házinyomdája. 175-230. ugyanakkor meg kell jegyezni, hogy a nagy városi beruházások egy része befektetésként is értelmezhető, tekintettel pl. a közművek működésére – SIPOS ANDRÁS: *Városgazdálkodás és községésítési politika Budapesten 1890-1914*. TSz XXXVIII. (1996) 2-3, 229-275.

¹³¹ A rendszer sajátossága, hogy míg a városi tisztviselők fizetésüket a házi pénztárból kapták, a kórházi személyzet már ritkán, mivel általában a kórházi alap folyósította illetményüket. – *Magyarország városainak háztartása az 1910. évben*. Budapest, 1916, Központi Statisztikai Hivatal.

¹³² Győr 1892-ben pl. 15 alapítványt/alapot kezelt. – Győr sz. kir. város Hivatalos Értesítője 1892/1.

¹³³ Hozzá kell tenni, hogy a főváros illetőségi osztálya a fővárosi kórházakban ápoltak illetőségi ügyein keresztül kapcsolódott a közegészségügyi teendőkhöz. Az osztály a feladat-ellátáshoz igénybe vette a rendőrség munkáját: „a székes főváros

zottságának elnöke a polgármester volt, tagjai a tiszti főorvos, a rendőrfőorvos, a kórházak igazgatói és a bizottságból választott 30 tag.¹³⁴

A város a közegészségügyre vonatkozó szabályok kérdését oly módon rendezte, hogy a volt pesti közegészségügyi szabályzat utasításait¹³⁵ és a tiszti orvos hatáskörét kiterjesztette a jobb partra is, így a főváros szakközegeként ezek után a tiszti főorvos dolgozott, saját hivattal (1 főorvosi segéd, 1 ír-nok, 1 hivatszolgá). Helyi szinten a 13 kerületi orvos, 14 halottkém, 26 kerületi bába és a vegyész működött.^{136 137}

3.1. A végrehajtás helyi szintje: a kerületek

A városban a törvény szerint kerületek működtek, melyek – az eredeti elképzelés alapján – a város önkormányzatának alsó fokú, (városi) hatósági feladatokkal felruházott közigazgatási egységei voltak. Mint ilyenek, csakis a városi tanáccsal érintkezettek, utasítást is csak a városi tanács adhatott a kerületi előljárásság részére.¹³⁸ A fővárosról szóló törvény a kerületeket bízta meg az alapvető városi közegészségügyi, szegényügyi feladatok végrehajtásával és ellátásával, azaz a kerületek gondoskodtak a közsegegyre szorult fővárosi szegények, lelencek, vagyontalan árvák ápolásáról, a kerületi szegény betegek kórházi és ingyen-gyógyszer utalványainak valamint, a szegénységi bizonyítványok kiadásáról. Ezen kívül a kerületek felügyelték a város közegészségügyi, köztisztasági rendeleteinek betartását is, továbbá intézkedtek a szabályok megsértése esetén. (83.§)¹³⁹

illetőségi ügyosztálya nagy számban intéz megkereséseket a fővárosi kórházakban ápoló személyeknek *legerélyesebb* nyomozása iránt oly célból, hogy azok illetőségükre nézve kihallgathatók legyenek. Ezen megkeresések legnagyobb része eredményhez nem vezet, pedig azok legtöbb esetben fölöslegesen volnának, ha az illető betegek azon idő alatt, melyben a kórházban ápolottnak illetőségükre nézve az 51.661/1876. sz. belügyminiszteri rendelet értelmében alaposan kihallgattatnának, s a bement adatok, ha a beteg azokat az okmányokkal igazolni nem képes, a kórházi biztos által verifikáltatnának. Ily eljárás mellett a legtöbb esetben az illető személy utólagos kihallgatása fölöslegessé válnék. Vagy ha nem is, legalább ezrivel nem érkeznek az ilyen megkeresések a rendőrséghez, melyek miután leginkább csavargókra, vagy pedig csak a kórházba leendő felvétel végett a fővárosba felutazott személyekre vonatkoznak, kik a kórházból történt elbocsátásuk után ismét haza utaznak – csak igen ritkán vezetnek eredményre, hanem a helyett a bejelentési hivatal figyelősiek számát mód felett és minden haszon nélkül szaporítják. Ez irányban minden esetre szükséges volna a kórházakat alaposabb eljárásra utasítani.” – *A Budapest fő- és székvárosi állami rendőrség 1895. évi működése*. Kiadja a Főkapitányság. Budapest, 1896, Pesti Lloyd-Társulat Könyvnyomdája. 31.

¹³⁴ *Budapest szervezési szabályrendelete. Budapest főváros törvényhatósága által alkotott szabályrendeletek, szabályzatok és utasítások gyűjteménye. IV. rész.* Bp, 1890. – jóváhagyta: BM 1873/52.967

¹³⁵ BM 1868/10.044

¹³⁶ A főváros egyesítése előtt a Szt. Rókus kórház gyógyszerésze végezte a vegyvizsgálatokat, majd az egyesítés után a IV. kerületi főorvosnál vegytan tanárát bízták meg ezzel a feladattal. Patrubby Gergely tiszti főorvos az élelmiszervizsgálatokra helyezte a vegyész működésének hangsúlyát, így az addig általában vízminták elemzésével foglalkozó szakember feladatköre bővült. A későbbiekben ehhez még az egyéb hamisítás-veszélyes anyagok vizsgálata, az iskolák és gyárak ellenőrzése, végül a magánfelek által adott megbízások teljesítése. – *Jelentés Budapest főváros vegyészének működéséről 1874-1883-ban.* (szerk. BALLÓ MÁTYÁS) Budapest, 1885.

¹³⁷ A hatósági (tiszti) és községi orvosi feladatkör azonban nem volt kellőképpen elkülönítve: „Első feladatnak tekintjük tehát: az orvosrendőri teendőknél minden egyéb közigazgatási teendőktől való szigorú elkülönítését. A rendszeres és a kiáltó szükségleteknek megfelelő rendőri-orvosi szolgálat semmi más tiszti szolgálattal össze nem köthető.” – DR. RÓZSAFFY ALAJOS: *Az egészségügyi szolgálat a fővárosban.* Közegészségügyi Kalauz, 1879. jan. 1. , 1., 2-4., 3.

¹³⁸ Az 1872-es szabályozást követően a tanácsi ügyosztályok közül a 6., egészségügyi, a 9., szegényügyi foglalkozott közegészségügyet érintő kérdésekkel, míg az állandó tanácsi szakbizottmányok közül a 3., közegészségügyi, és a 6., ipar-, rendészet és szegényügyi foglalkozott az egészségügy kérdéseivel. – *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.

¹³⁹ A törvény a vizsgált terület szempontjából nem tartalmaz további lényeges eltérést. A városi tisztviselők e szabályozás szerint is hat évre választott tisztviselők, a főváros háztartásának keretei is tartalmazzák a pótlódó kivetésének jogosultságát, valamint az illetőségi szabályok is megegyeznek a korábbi szabályozással. (106.§, 10.§, 16.§)

A közegészségügy rendezéséről szóló törvény megváltoztatta a fővárosi kerületek jogállását. Míg az 1872-es szabályozás szerint a kerület feladata a (közegészségügyi) szabályrendeletek betartásának felügyelete, s ezek megszegése esetén csak jelentéstételi kötelezettsége és jogosítványa volt, a közegészségi törvény már rendelkezéseinek megsértésével kapcsolatos ügyekben elsőfokú hatósági szerepet bízott a fővárosi kerületekre. Így tehát a kerületi előljárásság kijelölt tagja, vagy tagjai képezték a szabálysértési hatóságot. (1876/XIV. 4.§ d)) Ezen túl a kerületi orvos – hasonlóan a törvényhatósági jogú városok városi orvosaihoz – a járási orvos, – törvényhatósági jogú városok tiszti orvosaihoz hasonlóan – a hatósági orvosi teendőket is végzett. (155. §) Végül pedig, okulva az elmúlt járványos idők tapasztalatából, a törvény megengedte kerületi szinten, a kerületi előljáró elnöklete alatt külön járványbizottság alakítását. (164.§)

A közegészségügyről szóló törvény meghatározta a község közegészségüggyel kapcsolatos feladatait. A teendőért a főváros (a törvényhatósági bizottság) volt felelős, végrehajtásával viszont az adott fővárosi kerületek voltak megbízva. A közegészségügyi rendőri teendőkkel az 1876-os törvény viszont a fővárosi rendőrséget bízta meg¹⁴⁰, (törvényhatóságokban a kapitánysági közegeket). A fővárosi rendőrséget a fővárosi törvény már állami keretek közé helyezte azzal a kitételrel, hogy pontos helyzetét egy későbbiekben megalkotandó törvény rendezze. Mivel a főváros egyesítéséig nem született meg a várt törvény, ideiglenes intézkedésként a törvény a fővárosi rendőrséget a belügyminiszter alá rendelte¹⁴¹, egyben a rendőri bíraskodást elválasztotta a rendőrségtől. A törvény értelmében tehát a fővárosi rendőrség széles körű intézkedési joggal rendelkezett, s kerületi beosztása révén helyi szinten együtt tudott működni a fővárosi kerületekkel.

3.1.1. A kerületek reformjának előkészítése

Mivel a század utolsó negyedére a fővárosi kerületek helyzete és feladatköre meglehetősen átalakult, indokoltá vált a kerületek helyzetének törvényi szintű rendezése. Nem sokkal a fővárosi törvény hatályba lépése után a városvezetés számára már világossá vált, hogy az igazgatási rendszerre vonatkozó szabályokon változtatni kell, így 1875-től folyamatosan foglalkozott a tanács és a bizottság e kérdéskörrel. Az 1875. januárjában kiküldött, 9 bizottsági tagból álló, ún. kilences bizottság már a közegészségügyi közigazgatást is érintő tervvel állt elő: nevezetesen, nem lehetne-e a tiszti főorvos hivatalát beolvasztani a közegészségügyi osztályba, majd a tanács elutasító véleménye után ezt módosítva: nem lehetne-e egyesíteni a tiszti főorvos hivatalát a közegészségügyi osztállyal úgy, hogy annak vezetését a tiszti főorvos és az osztályt vezető tanácsos együtt lássa el. Jóllehet a bizottmány javaslatát a tanács ismételten elutasította, a közgyűlés ennek ellenére határozott az egyesítésről. Az utolsó szót a

¹⁴⁰ Ehhez kapcsolódott a BM 1882/70.459, mely az egészség-rendőri teendőket a fővárosi rendőrségre bízta, tehát a rendőrség a törvények, rendeletek és a miniszter által jóváhagyott fővárosi szabályrendeletek alapján járt el az egyes ügyekben.

¹⁴¹ A fővárosi rendőrséget 1873. december 15-én átvette az állam, a főváros pedig a rendőrség költségeit a kincstárnak fizette meg. – *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. 16.

miniszter mondta ki, még ebben az évben elutasítva az átszervezést.¹⁴² Ugyanígy hajótörést szenvedett a bizottmány ama terve, mely szerint – tekintettel a kerületi elöljáróságok ügykezelésének lassúságára, valamint a hatékonyság kérdésre – megengedte volna, hogy az elöljáróságok sürgős ügyekben (ilyenek között számos közegészségügyi kérdés is van) közvetlenül fordulhassanak más hatósághoz, mindenekelőtt a fővárosi rendőrséghez.¹⁴³ A kilences bizottság munkájának befejezte után kezdte meg tevékenységét a „szervező-bizottmány”, mely hasonló reformelképzeléseket fogalmazott meg, mint a kilences bizottság. A kellő központi támogatás híján azonban ekkor (1885) még csak a polgármesteri hivatal ügyosztály-beosztásának átalakítása valósult meg, az elöljáróságok átalakítása nem.¹⁴⁴

A számtalan hatósági jogkörrel, valamint egyéb ellátandó feladattal kibővült kerületi hatáskör már túlságosan leterhelte a főváros helyi apparátusát.¹⁴⁵ Az 1886-os törvényhatóságokat és községeket érintő rendezés nem érintette a fővárosi viszonyokat. A hivatalban lévő miniszter átfogóbb reform keretében, nem az 1872-es szabályozás gyökeres módosításával kívánta rendezni a kérdést.¹⁴⁶

A politikai környezet megváltozása lehetővé tette a főváros elképzeléseihez közelebbi javaslat kidolgozását, így a miniszter fölhívta a fővárost a törvény átalakítását célzó javaslatainak beterjesztésére.¹⁴⁷ Ebben természetesen szerepet kapott a budapesti egészségügyi igazgatás reformja is, annál is inkább, mivel a főbb problémákkal már kritikus helyzetekben is szembesült mind a városvezetés, mind pedig a minisztérium. Két meghatározó probléma várt orvoslásra. Az egyik a hatósági orvosi személyzet választottságából fakadó gondok, a másik pedig az egészségügyi igazgatás kettőződése jelentette probléma.¹⁴⁸ A választottság kérdését az új községi és törvényhatósági törvény már rendezte, fölismerve, hogy a hatósági orvosi személyzet kiszolgáltatottá válik, munkáját nem tudja kellő hatékonysággal végezni, ha újraválasztása az általa ellenőrizni rendelt személyek támogatásától függ. A nevezett törvények a fővárosi viszonyokat nem változtatták meg, így ugyanolyan kritikák érték a fővárosi orvosi személyzet, mint korábban a törvényhatósági, községi szinten dolgozó kollégáik munkáját.¹⁴⁹ Valóban komoly gondot jelentett ez a helyzet, nem csoda, hogy a két nagy kolerajárvány idő-

¹⁴² BM 1875/39.894

¹⁴³ A miniszter ennek engedélyezéséhez a fenti ügyek pontos felsorolását kívánta volna meg, amit azonban a közgyűlés nem kívánt.

¹⁴⁴ *Kammermayer Károly polgármester jelentése a főváros közigazgatási szervezetének reformja ügyében véleményadásra kiküldött bizottmányhoz a főváros törvényhatósága kebelében az 1875. év óta folyamatban volt szervezési tárgyalások eredményéről.* Budapest, 1889, Pesti ny.

¹⁴⁵ A fővárosi kerület elsőfokú közegészségügyi hatóság (1876), első fokú állategészségügyi hatóság (1888), vízrendészeti hatóság (1885), halászati hatóság (1888), tűzrendészeti és mezőrendőrségi hatóság, iparhatóság (1872, 1884). Ezen túl többek között feladatokat látott el az ipari és gyári alkalmazottak betegség esetén való segélyezése kapcsán (1891). 1879-ben megfogalmazódott, hogy a kerületi elöljáróságok nem rendelkeznek kellő kapacitással – többek között – a közegészségügyi szabályok végrehajtására. A tanács álláspontja szerint a gondok fő forrása az, hogy állami feladatnak tekinthető feladatokat kell a kerületeknek ellátniuk, így ha a szakigazgatási szerep tovább erősödik, akkor kívánatos az elöljáróságot szakmai elemekkel föltölteni. - *A fővárosi tanács előterjesztése Budapest főváros törvényhatósági bizottsága tekintetes közgyűléséhez. A főváros szervezetének felülvizsgálása tárgyában.* Budapest, 1879, k.n.

¹⁴⁶ Ld. KAMMERMAYER, 1889

¹⁴⁷ FLAXMAYER – MEDRICZKY, 29.

¹⁴⁸ *A főváros egészségügyi igazgatásának reformjáról.* MK 1890/13. (márc. 27.)

¹⁴⁹ „Itt az erélyes intékezés lépten-nyomon egy-egy nagy befolyású bizottsági tag (háztulajdonos, nagykereskedő, vendéglős, iparos) anyagi érdekeibe ütközik. Hogy merészkedjék ezekkel szembe szállni az a szegény választott közeg, ki mandátumát e nagy befolyású városatyáktól nyerte, s kinek megmaradása ugyancsak ezektől függ?” - *A főváros egészségügyi igazgatásának reformjáról.* MK 1890/13. (márc. 27.)

szakában (1872/73, 1886) az ideiglenesen alkalmazott járványorvosok számos olyan szabálytalanságot tártak föl, mely e visszásságnak volt betudható. A másik megoldandó probléma az egészségügyi igazgatás megkettőződésének kérdése volt. A közegészségügyi-, valamint a fővárosi rendőrségről szóló törvény mintegy megkettőzte a fővárosi egészségügyi igazgatást azáltal, hogy bizonyos feladatokat a rendőrséghez (is) rendelt. A helyzetet bonyolította a kettős egészségügyi személyzeti hierarchia kialakítása, azaz mind kerületi, mind fővárosi szinten egymás mellett megtalálhatók voltak a rendőrséghez, valamint a fővároshoz (kerülethez) tartozó orvosok. Végül ehhez hozzá kell számítanunk azt, hogy a hatáskörök pontos elválasztása nem történt meg, mely zavarokat okozott az intézkedés rendjében, s időnként határozottan visszas helyzetek kialakulásához vezetett.¹⁵⁰

3.1.2. Az 1893-as kerületi törvény rendszere

A végül 1893-ban elfogadott, 1894 nyarán hatályba lépett szabályozás lényeges változásokat hozott a kerületek helyzetében. Az új szabályozás figyelembe véve a kerület szaporodó szakmai-technikai feladatait, átalakította annak belső szervezetét. A törvény két részre osztotta a vezetést. Az előljárárságban inkább a szakmai oldal dominált, míg a most megszervezett választmányban – mint ahogy a neve is mutatja – a képviselőiség.

3.1.2.1. Az előljárárság és a választmány

Az előljárárság a szabályozás értelmében a kerület hatósága, élén az előljáráróval, aki immár törvényhatósági bizottság által élethosszig választott szakember. Az előljáráói tisztség szakmai jellege annál is inkább hangsúlyos, mivel nem a választók, hanem a törvényhatóság bizottsága választja, s ezen posztra pályázónak meg fel felelnie az 1883/I. tc., azaz a köztisztviselők minősítéséről szóló törvény előírásainak, ezen túl az előljárárókat a polgármester osztja be az egyes kerületekbe.

Az előljárárság tagjai rajta kívül a kerületi tiszti orvos, a szegényorvos, az állatorvos, a mérnök és a műszaki tisztviselők, a vásárfelügyelő, a városbíró valamint a beosztott tisztviselők, segédhivatalnokok, kezdő hivatalnokok. (4.§) Az előljárárság tagjai a kerületi tiszti- és a kerületi szegényorvos. A korábbi szabályozáshoz képest változás tehát, hogy az előljárárság tagjai között látjuk immár a közegészségügyi szakközegeket is. Az 1872-es törvényben az előljárárságot ugyanis csak az előljáráró és az esküdtek alkották (82.§), az új megoldásban a törvény megfogalmazása is jelzi az elvárt szorosabb munkakapcsolatot.¹⁵¹

A kerületi tiszti orvos választásának rendje hasonló az előljáráró választásához, ugyanúgy élethosszig szól, és az előljárárókéhoz hasonlóan, a kerületi tiszti orvosok is „egy létszámot alkotnak”, s a beosztásukat a polgármester határozza meg. (8.§) A törvény által létrehozott új tisztségként kerületi szegényorvos választására az 1872-es fővárosi törvény szabályait rendelte a törvény, azaz ezt az orvost a

¹⁵⁰ Pl. hogy melyik hatósági közeg kötelessége a ragályos betegségben elhunyt boncolása.

¹⁵¹ Az 1893-as törvény indoklása kifejti, hogy korábban, mivel a kerületben működő orvosi személyzet lényegében a törvényhatóság közegeként működött, a kerületi előljárárság, és az orvos között igen laza volt a kapcsolat, az orvosok általában csak az egyes intézkedések végrehajtása miatt fordultak az előljárársághoz.

bizottság ugyanúgy hat évre választotta, mint korábban a kerületi orvost. (9.§) 1893-ig a kerületi orvos egyszerre látott el hatósági orvosi és szegényorvosi teendőket. A szaporodó feladatok miatt egyre inkább nyilvánvalóvá vált, hogy e rendszert a működésképtelenség fenyegeti, így a megoldást az eredeti feladatok megosztása, s az új tisztség létrehozása jelentette. Az új szabályozásban az immár kizárólag hatósági ügyekkel foglalkozó, magánygyakorlatot sem folytatható kerületi tiszti orvos ellenőrizte a kerületi szegényorvost, akit viszont a törvény nem tiltott el a magánpraxistól.

A törvény szétválasztotta a hatósági orvosi feladatkört és a szegény betegek gyógyításának feladatát, létrehozva a kerületi szegényorvosi állást. A szegényorvos választásának szabályai igazodtak az 1872-es fővárosi törvényben meghatározottakhoz, azaz a szegényorvos nem került az élethosszig tartó alkalmazás lehetőségével olyan védett helyzetbe, mint a kerületi hatósági orvos.

A kerület vezetésének másik szerve a kerületi választmány volt. A választmányt 6 évre választották, s a tagok fele három év múltán cserélődött (az elsőként kilépőket sorshúzással választották ki, a továbbiakban a választmány 6 éve hivatalban lévő tagjai automatikusan kiléptek). A választmány első sorban véleményező, ellenőrző testületként, az előjáró elnökletével működött, s munkáját szakbizottsági rendszerben is végezhetette. Feladatai közül jellegetesen a közegészségügyi ellátáshoz kapcsolódik az, hogy a választmány tett javaslatot a kerületi szegények ápoló-intézetbe való felvételére. (30.§)

3.1.3. A kerületi hatáskör

Az 1893-as szabályozás – közegészségügyre nézve – második nagy újítása a kerületi hatáskör pontos meghatározása volt.¹⁵² A korábbiakban az a felemás helyzet állt fenn, hogy a fővárosi törvény alapján a kerület csupán a főváros helyi végrehajtó egysége volt, melynek az ügykezelését a közgyűlés állapította meg, mely a tanácson kívül más hatósággal nem érintkezhetett. Ezt a rendszert már a közegészségügyről szóló törvény megtörte, s a kerületet elsőfokú hatósági jogosítvánnyal ruházta föl. A további hatáskörbővülés nyomán a fővárosi törvény szerint a kerület elvileg pusztán a főváros helyi szintű szerve, ugyanakkor ezzel kissé ellentétben, elsőfokú hatósági jogosítványai szaporodtával önállósága mégis nőtt. Az 1893-as szabályozás ezt a helyzetet próbálta meg rendezni, kettéosztva „községi” teendőit és az elsőfokú hatósági teendőket. Ebben a rendszerben szükségessé vált annak biztosítása, hogy a kerület – azokban az ügyekben, melyekben hatósági jogkörrel rendelkezik – más hatóságokkal közvetlenül érintkezhesék (27.§).

A kerület községi feladata volt a szegényügy kezelése, ennek keretében a szegény betegekről való gondoskodás, mely magában foglalta a kórházi ápolásra szorult betegek elszállítását, illetve a szegénységi bizonyítványok kiállítását (18.§), míg elsőfokú hatósági jogköréből adódó feladata volt, hogy:

¹⁵² Ld. az ehhez kapcsolódó szabályrendeletet: A ker. előjáróságok hatásköre közegészségügyi ügyekben. (Szolgálati utasítás Budapest székesfőváros kerületi előjáróságai részére. 43.810/1899 polgármesteri sz. In: *Budapest egészségügye érdekében alkotott rendeletek és határozatok*. DR. FELEKI SÁNDOR (szerk.) Budapest, 1904)

„1. Felügyeletet gyakorol az épületek, udvarok, lakások, szállók, menhelyek, istállók, csatornák, emésztőgödrök és árnyékszékek, kutak, folyó- és álló vizek, ipartelepek, üzletek, raktárak, gyárak, műhelyek egészségügyi viszonyai fölött; és gondoskodik, hogy ezek állapota a közegészség követelményeinek megfeleljen.

Ezen célból joga van az itt felsorolt helyeken, járványok idején, sürgősség és veszély esetén éjnek idején is, szemlét és vizsgálatot tartani; a közegészségellenes vagy a közegészségre veszélyes állapotnak záros határidő alatt való megszüntetését, illetve elhárítását elrendelni és rendeletének nem teljesítése esetén az elrendelt intézkedést a kötelezett terhére végrehajtani és a felmerült költségeket közigazgatási végrehajtás útján beszédni.¹⁵³

2. Felügyel, hogy az élelmi és élvezeti cikkeknek, tápszereknek, italoknak, árúknak előállítására, minőségére és forgalomba hozatalára, a főző és más edényeknek minőségére vonatkozó törvények, ministeri rendeletek és törvényhatósági szabályrendeletek a piacokon, vásártereken, vásárcsarnokokban, tejszarnokokban, utakon, utczákon, tereken, mindennemű termelő helyeken, mindennemű elárúsító helyeken, vendéglőkben, korcsmákban stb. megtartassanak.

Ezen célból joga van az itt felsorolt helyeken és üzletekben, sürgősség és veszély esetén éjnek idején is, szemlét és vizsgálatot tartani, a szabályok szerint intézkedni és a törvény, ministeri rendelet vagy törvényhatósági szabályrendelet által megállapított esetekben a fentebb felsorolt cikkeket, árukat és edényeket elkobozni.

3. Végrehajtja a járványos betegségek elfojtása céljából alkotott törvényeket és rendeleteket.

4. Végrehajtja a himlő-oltásra vonatkozó törvényeket és rendeleteket.

5. Végrehajtja a halottkémlésre vonatkozó törvényeket és rendeleteket, engedélyezi a hullakiását, valamint a hullaszállítást más törvényhatóság területére.

6. Nyilvántartja a kerületben lakó orvosi és egészségügyi személyzetet és felügyel az orvosi, szülésznői, valamint a jogosulatlan gyógyászati gyakorlatra vonatkozó szabályok megtartására.

7. Felügyel a kerületben létező gyógyszertárakra és teljesíti azok hatósági vizsgálatát; végrehajtja a mérgek forgalomba hozatalára, a gyógyszerekkel való kereskedésre, az ásványvizek töltésére és kezelésére vonatkozó szabályokat; ellenőrzi a fertőtlenítő anyagok gyártását és elárúsítását; ellenőrzi a mesterséges ásványvizek készítését.

8. Felügyel a kerületben levő kórházakra, gyógyintézetekre, orvosi rendelő intézetekre, szülõházakra, fürdõkre és gyógyfürdõkre; idõszaki vizsgálatot tart azokban, és gondoskodik, hogy a fennálló szabályok végrehajtassanak.

9. Felügyel a kerületben létező nyilvános és magántanintézetekre, óvodákra, gyermekkertekre, gyermekmenhelyekre és teljesíti azokban a hatósági egészségügyi vizsgálatot.

¹⁵³ A törvény 23.§-a létrehozta az adóhivatalok kerületi osztályait, s ezek végezték a közigazgatási végrehajtással kapcsolatos feladatokat is.

10. Nyilvántartja a kerületben levő lelczceket és dajkaságba adottakat, valamint a nyilvános intézeteken kívül levő elmekórosokat, hülyéket, vakokat, siketnémákat, nyomorékokat és felügyel ezek ápolására.

11. Eljár továbbá mindazon közegészszégi ügyekben, melyek valamely törvény vagy ministeri rendelet által hatáskörébe utaltatnak.

12. Javaslalba hozza a tanács utján a törvényhatósági bizottságnak a tapasztalatai szerint szükséges egészségrendőri szabályrendeletek megalkotását.” (20.§)

Míg az 1876-os szabályozásban a községi feladatokat részben a községekre (141.§), részben a községi orvosokra vonatkozva (145.§) határozta meg a törvény, 1893-ban a kerületi előljáróság hatáskörébe utalt olyan, korábban a községi orvos feladataként meghatározott teendőket, mint például a himlőoltás, a halottkémlés. Ezen túl pedig, a kerület végeztette a trachoma elleni védekezéshez tartozó szemvizsgálatokat, valamint nyilvántartotta és ellenőrizte a borbélyműhelyeket is.¹⁵⁴

Az 1893-as szabályozásban számos, korábban a főváros hatáskörébe tartozó hatáskör alacsonyabb, kerületi szintre került, s ezen ügykörökben a főváros, illetve a tiszti orvos felügyeleti joggal, az általános intézkedések megtételének jogával rendelkezett. Ennek keretében a polgármester negyedévente legalább egyszer köteles volt minden kerület ügyvitelét személyesen megvizsgálni, illetve a tiszti főorvos köteles volt az előljáróságok orvosait és állatorvosait havonta egyszer értekezletre összehívni, mely alkalommal a kerületi orvosok jelentést tettek az adott kerület egészségügyi viszonyairól. A tiszti főorvos működése ekkor részben konkrét ellenőrzési feladataihoz, részben felügyeleti jogköréhez kapcsolódott. Így tehát a tiszti orvos ellenőrző vizsgálatokat és felülvizsgálatokat tartott pl. a fürdőkben, szódavízgyárakban, ellenőrzött egyes gyógyszertárakat, valamint ellenőrizte a kerületi oltóbizottságok működését. A tiszti főorvos másodfokú fellebbezési hatósági munkája során végzett helyszíni vizsgálatokat s adott szakvéleményt,¹⁵⁵ végezte a fővárosi és az állami alkalmazottak orvosi vizsgálatát, valamint esetről-esetre ellenőrizte a külföldre történő hullaszállítás szabályainak betartását.¹⁵⁶ Végül pedig több bizottság: a sorozó-, a közegészszégi-, a közlélemezési-, a köztisztasági-, a közrendészeti-, a középítési-, a vízvezeteki-, a közigazgatási-, a közigazgatási bizottságból kiküldött kórház-, börtönvizsgáló bizottság, több házi bizottság, (temető-, kórházi-, fürdő-, városi menhely-, mentő-egyesületi bizottságok), valamint országos borvizsgáló bizottság ülésén is részt vett.¹⁵⁷

A kerület hatáskörének tisztázása érintette a fővárosi rendőrség és a kerület viszonyát is. A közegészszégi rendezéséről szóló 1876-os tc. a fővárosi rendőrségre közegészszégi hatósági feladatok ellátását bízta. (141.§) A rendőrség szervezetének kiépülésével a hatósági orvosi szervezet mekkettőződött. A rendőrség központi szervezete a főkapitányság, helyi egységei a kerületi kapitányságok voltak. A főkapitányság osztályokra tagolódott. A közegészszégi kérdéseivel a közigazgatási osztály

¹⁵⁴ Budapest Székesfőváros közigazgatása az 1902. évben. Budapest, 1904

¹⁵⁵ A tiszti főorvos egyéb esetekben is adhatott szakvéleményt: 1902-ben többek között a reklám ívlámpákról, a gyógyforrásokról és a leprás betegek kórházi elhelyezéséről.

¹⁵⁶ BM 1901/76.215

¹⁵⁷ Budapest Székesfőváros közigazgatása az 1902. évben. Budapest, 1904

erkölcsrendészeti alosztálya, – mely az erkölcsrendészettel kapcsolatos feladatokon túl a közegészségügyi és köztisztasági rendészeti ügyeket is vitte, az illetőségi és katonai alosztály, mely többek között a közveszélyes elmebetegek elhelyezésének ügyeivel, illetve egyes személyek lakhelyének kiderítésével kapcsolatos feladatokat látta el, – valamint a fogház- és toloncügi osztály foglalkozott, mely a rendőri kórházzal összefüggő feladatokat végezte.¹⁵⁸ A rendőrség szakközegei a rendőrorvosok voltak, az intézmény általános beosztásához hasonlóan a főkapitányság mellett a rendőrfőorvossal, a kapitányságok mellett pedig a kapitánysági rendőrorvosokkal.¹⁵⁹ Ezért nem lehet csodálkozni azon, hogy a fővárosi rendőrség sok esetben hatékonyabban tudott cselekedni közegészségügyet érintő esetekben is. Az új, kerületekről szóló törvény azonban erősíteni kívánta a kerületeket, ami azt jelentette, hogy a rendezni kellett kerületi szinten a hatósági feladatok ellátását. A törvény, mint az már szerepelt, komoly hatósági feladatkörrel bízta meg a kerületet. Ebből következő, logikus megoldás, hogy a törvény a korábban rendőrségi feladatként meghatározott közegészségügyi hatósági teendőket kerületi hatáskörbe utalta, így ezeket a feladatokat a fővárosi rendőrség a továbbiakban csak Újpesten végezte. Maradtak azonban olyan orvosi- és hatósági orvosi vizsgálatok, melyeket továbbra is a fővárosi rendőrség közegei végezhettek. Ilyen volt például cselédügyekben egyes betegségek fertőző voltának megállapítása, nőknél a terhesség, természetes, vagy művi vetélés, erőszakos nemi közönség, vagy nemi úton terjedő fertőzés megállapítása¹⁶⁰, valamint egyes sérülések látéletének felvétele, mely vizsgálatokat elvégezhetette a rendőrség akár magánszemélyek számára is, és az eredményről hatósági igazolást/bizonyítványt állíthatott ki.

A kerületi elöljáróságokról szóló törvény kerületi feladatként jelölte meg az elmebetegekkel kapcsolatos feladatokat. Ugyanakkor a városi közegek nem voltak alkalmasak az azonnali beavatkozást igénylő esetek kezelésére, így ez ismét a fővárosi rendőrség feladatává vált, azaz a nyilvános helyen talált közveszélyes elmebetegeket megfigyelő osztályon, vagy az országos elmeegógyintézetben elhelyezni, oda beszállítani,¹⁶¹ illetve a közterületről történő kórházba szállításra a fővárosi rendőrség volt köteles, nem az adott kerület.¹⁶² A közegészségügyi törvény szerint orvos-rendőri boncolásra volt szükség talált hullák, járványos betegségben elhunytak, valamint abban az esetben, ha azt a hatóság szükségesnek tartja (111.§), azaz a hirtelen, vagy gyanús körülmények között elhunytak, valamint az öngyilkosok esetén.¹⁶³ A fentiekén kívül a fővárosi rendőrség (és orvosai) különböző feladatokat láthattak el a kerületi általános köztisztaság fenntartásával, valamint a lakások, kutak és csatornák tisztaságának ellenőrzésével, védelmével és az ezzel kapcsolatos intézkedésekkel kapcsolatos munkában.¹⁶⁴

¹⁵⁸ *A budapesti fő- és székvárosi M. Kir. rendőrség működése 1894. évben.* Budapest, 1895, Kiadja a főkapitányság, Pesti Lloyd-Társulat Könyvnyomdája.

¹⁵⁹ *A székesfővárosi m. kir. állami rendőrség rendőrorvosi intézményének ismertetése.* Budapest, 1894, M. Kir. Államrendőrség Főorvosi Hivatala.

¹⁶⁰ Ehhez kapcsolódott a prostitúció ellenőrzése, mely a rendőrségi főorvos, illetve a kéj nők ellenőrzése, mely a kerületi rendőrorvosok feladata volt. – U.o.

¹⁶¹ *A Budapest Fő- és Székvárosi Állami Rendőrség 1895. évi működése.* Bp, 1896. 183.

¹⁶² BM 1897/ 83.900/VI a. sz. leirat a székfőváros közönségének, mely egy hajón érkező szegény beteg kórházba szállítása kapcsán a VI. kerületi elöljáróság és a rendőrség kötött indult hatásköri vita nyomán rendezte a kérdést.

¹⁶³ BM 1883/ 33.248/VII. utasítás

¹⁶⁴ Ld. pl. 1888/33.254 főkapitányi utasítás a vízpocsékolás ellen és a közutak tisztaságának megőrzése érdekében.

A kerületi hatáskör rendezésével kerületeket érintő közegészségügyi ügyekben a rendőrség kihágási bíraskodási joga teljes egészében megszűnt, ezt a jogkört a továbbiakban a kerületi elöljáró gyakorolta, a rendőrség a továbbiakban csak „támogató” szerepet kapott a kerületek mellett, azaz feladata az volt, hogy a kihágásokat a hatóság tudomására hozza. (19-21.§)

3.2. Mentési ügy a fővárosban – a Budapesti Önkéntes Mentő-Egylet hatása a vidéki mentési ügyre

A gyakorlatban a rendőrség orvosi közegei végezték az elsősegélynyújtást. A közegészségügy rendezéséről szóló törvény a törvényhatóság feladatává tette a mentési ügy kezelését, mely a népesebb városokban mentő-intézetek állításának kötelezettségét, illetve a lakosság elsősegélyre való oktatását jelentette (41§).¹⁶⁵ Budapesten ez a feladat lényegében a fővárosi rendőrségre hárult, mely minden kerületi kapitányságon tartott elsősegély-felszerelést és az elsősegélynyújtást is általában közegeivel, a kerületi rendőrorvosokkal végezte.¹⁶⁶ (Az 1876-os szabályozás ugyan a községi orvos kötelességévé is tette, hogy részt vegyen a mentési ügyben, de ebben az esetben egyértelmű volt, hogy a rendőrségi orvosok hatékonyabban tudtak működni kerületi kollégáiknál). Az 1876-os törvény rendelkezéséből fakadó kötelezettségek teljesítése a század utolsó negyedében érdekesen alakult Budapesten. 1887-ben Kresz Géza, V. kerületi tiszti orvos, aki korábban már foglalkozott mentési ügygel, jó kapcsolatokat alakított ki a külföldi mentő-szolgálatokkal, s különösen a bécsi intézménnyel, az év elején lépéseket tett egy mentő-egyesület alapításáért.¹⁶⁷ Miután a szervezés meglepő gyorsasággal megtörtént, a Budapesti Önkéntes Mentőegylet 1887. máj. 10-én megkezdte munkáját.¹⁶⁸ A működéséhez szükséges összeghez az alapításkor főképp magánszemélyektől jutott,¹⁶⁹ azonban a város már a kezdetektől nyúj-

¹⁶⁵ A mentési ügy rendezése azonban már korábban megindult. 1868-ban dr. Arányi Lajos nyilvános felolvasásokat tartott az elsősegélyről, a tárgyat rendszerbe szedve és hozzá kapcsolva mérgezési esetekben követendő eljárást is. 1870-ben megszervezték a m. kir. államvasutak mentési rendszerét, a forgalmi személyzetet pálya-orvosok oktatták, a mentőfelszerelés összeállítását pedig dr. Csatóry Lajos útmutatásai alapján végezték el. – STRIHÓ GYULA: *A Budapesti Önkéntes Mentő-Egyesület története 1887. évi május hónap 8.– 1897. évi május hónap 8.* Budapest, 1897.

¹⁶⁶ A minisztérium a BM 1899/9355. rendelettel körkérdezt intézett a törvényhatóságokhoz, melyben a mentési ügy állását kívánta fölmérni. A válaszokból kiderült, hogy az 1876-os törvény mentés-ügyre vonatkozó rendelkezései jórészt papíron maradtak. Ezért az 1899-ben tartott értekezlet nyomán megszületett BM 1900/15.966 rendelet előírta, hogy a törvényhatóságokban, ha lehetséges, külön mentőintézeteket létesítsenek, vagy a tűzoltóságon belül jöjjön létre egy mentő-osztály, illetve ha ez sem lenne megoldható, akkor a tűzoltóság néhány kiválasztott tagja, vagy a rendőrség végezze a mentést. – BACHÓ LÁSZLÓ: *A Gyöngyösi Önkéntes Tűzoltó- és Mentőegyesület története (1890-1940)*. Gyöngyös, 1941, Herzog ny. *A debreceni mentőegyesület létesítésének története*. Mentők Lapja (ML), 1908/5. 96-98. *A Szombathelyi Önk. Tűzoltó-Egylet mentőosztálya története*. ML 1908, 96., *Arad sz. kir. város mentő állomásának rövid története*. ML 1908/5, 95-96. *Nagyvárad mentő-osztály*. ML, 1908/5. 95. LÉNÁRD BÉLA: *A Hatvani Önkéntes Tűzoltó és Mentő Egyesület 50 éves története*. Hatvan és Járása, 1935/32, 1-2. /33. 1-2. KONRÁDI DÁNIEL: *A kolozsvári önkéntes mentő-egyesület története*. Kolozsvár, 1902, Gombos ny. KELLER IMRE: *Hatvan év a Kassai Önkéntes Tűzoltó és Mentő Egyesület történetéből*. Kassa, 1932, Grafika ny. CSESZNOKNÉ KUKUCSKA KATALIN: *Heves vármegye egészségügye 1867-1910 között*. In: *Egri Történelmi Évkönyv II.* Eger, 2000, Historia Nostrae Alapítvány EKTf. 235-256.

¹⁶⁷ DR. KÖRMÖCZI EMIL: *A Budapesti Önkéntes Mentő Egyesület rövid története és szervezete*. Budapest, 1927, Pesti ny. 5.

¹⁶⁸ Kresz márc. 20-ra összehívott egy értekezletet az V. kerületi elöljáróság dísztermébe, ahol a korszak nagy egészségügyi szervezői és a városi vezetés is képviseltették magukat. (a résztvevők között volt pl. Markusovszky, Fodor és Gebhardt, valamint Kammermayer is) Az orvostanhallgató önkéntesek mozgósítása után a szervezeti szabályzat kidolgozása következett, majd fölállt a választmány és az egyesület vezetése. Miután pedig a város és a rendőrség is jóváhagyta a kidolgozott terveket, a május 8-i megalakulás után két nappal az egyesület – egyelőre ideiglenes központtal – május 10-én megkezdte munkáját. – *Budapesti Önkéntes Mentő-Egyesület Évkönyv az 1887. évről*. (szerk. DR. KRESZ GÉZA), Budapest, Pesti ny.

¹⁶⁹ Az alapszabály három tagsági kategóriát állított föl. Az alapító és pártoló tagok egyszeri alkalommal fizettek nagyobb összeget az egyesületnek, míg az „éves fizetők” azt vállalták, hogy három éven keresztül évente legalább 3 ft-ot fizetnek az

tott támogatást (az első, ideiglenes központot is a város biztosította). Az anyagi források elégtelennek bizonyultak¹⁷⁰, s az egyesület már az első évben állami támogatást kért azzal az indokkal, hogy tulajdonképpen – a fővárosi állami rendőrség munkáját átvéve – állami feladatot lát el. 1893-ig nem érkezett segítség, majd néhány év alatt 6000 Ft-ig emelkedő állami támogatásra számíthatott az egyesület.¹⁷¹ Ugyanígy a fővárostól is kapott támogatást, s többek között ennek volt köszönhető, hogy az egyesület 1890-ben már egy valóban modern központi állomásba költözhetett.¹⁷² Az egyesület tehát 1887-től valóban közfeladatot látott el s állami-fővárosi támogatási rendszeren keresztül illeszkedett be a közegészségügyi szervek rendszerébe, mit az is bizonyít, hogy az egyesület részt vett az elsősegélynyújtás-tanfolyamok szervezésében, vidéki oktatásban¹⁷³, hogy mintájára sorra jöttek létre a vidéki városok mentő egyesületei¹⁷⁴ és a minisztérium az egyesülettől kért tervezetet a mentési ügy országos szabályozására.¹⁷⁵ Mivel a városi hatósághoz és a fővárosi rendőrséghez fűződő viszonyát tisztázták, s az egyesület-szervezési munkák során kidolgozott megoldást mindkét fórum jóváhagyta, kialakult a mentési ügyben részt vevő szervezetek együttműködése. A két szervezet közötti feladatmegosztás rendszerét főkapitányi rendelet fektette le, mely a bekövetkezett balesetekről kölcsönös tájékoztatást, valamint a közös munkában a rendőri közegek vezetését mondta ki úgy, hogy érintetlenül hagyta a rendőrségi közegek intézkedési kötelezettségét és fenntartotta az elsősegély-felszerelés tartásának rendszerét is.¹⁷⁶ Az egyesület működése ugyanakkor nem ölelte föl a mentési ügy minden szegmensét, hiszen első alapszabályában lefektette, hogy ragályos betegeket szállítását egyáltalán nem s elmebetegeket is csak kivételes esetben végzi. Így tehát mind a rendőrség, mind a fertőtlenítő-intézet körében maradt szállítási feladat: az 1892-es koleráig¹⁷⁷, majd 1898-tól ismét és kizárólag a fertőtlenítő-intézet szállította a fertőző betegeket.¹⁷⁸

3.2.1. Egyéb fővárosi egészségügyi intézmények

egyesületnek. Ez utóbbi tag tagsági viszonyából eredő kötelezettség (meghatározott türelmi idő lejártá után) törvényes úton behajtható volt. – ld. az alapszabályt (jóváhagyta: BM 1887/28.246/VII.)

¹⁷⁰ A szűkösen bizonyult források pótlására az egyesület a bál szervezésétől kezdve a gyufatartó árusításán keresztül a betegszállítás bevételi forrássá alakításáig mindent megpróbált. – STRIHÓ, 1897.

¹⁷¹ 1893-ban csupán 2000 Ft, 1893-ban 3000 Ft, 1895-ben 5000 Ft, majd 1896-tól 6000 Ft volt az éves támogatás, miközben a működési költségek 1893-ban 23.000 Ft-ot tettek ki, mely összeg a későbbiekben emelkedett. Ld. a költségvetési törvényeket, valamint STRIHÓ, 1897.

¹⁷² KRESZ GÉZA: *A Budapesti Önkéntes Mentő-Egyesület 1887-1893*. Budapest, 1894, Pesti ny. 15.

¹⁷³ *A Budapesti Önkéntes Mentő-Egyesület története 1887-1897*. Budapest, é.n., Kálmán ny.

¹⁷⁴ Megjegyzendő, hogy a budapesti egyesület mintát adott többek között a Budapest környéki, azaz az újpesti, kispesti, pest-erzsébeti, valamint a kolozsvári, szegedi egyesület létrehozásához, ahol a budapestihez hasonlóan orvosok végezték a mentési munkát, a többi helyen az egyleti munka részben a helyi rendőrség, részben a helyi tűzoltóság keretein belül működött. – DR. KÖRMÖCZI, 1927, 6.

¹⁷⁵ A javaslat külön szabályokat kívánt bevezetni az egyetemmel bíró városokra (ahol t.i. számos orvostanhallgató munkájára lehetne számítani), a népesebb/törvényhatósági jogú városokra ahol több, illetve a 6000 fős lélekszámú, kisebb, vagy körbe szerveződött, városokra, ahol kevesebb orvossal kellene és lehetne megoldani a mentési ügyet. Ezen kívül minden rendőrállomás, tűzország és csendőr-kirendeltség hordággal, mentő-felszereléssel lett volna ellátva. – KRESZ, 1894

¹⁷⁶ Fővárosi m. kir. államrendőrség főkapitánya 5013/fk. eln. 1887.

¹⁷⁷ Az egyesület ajánlatát elfogadta a tanács, így rendelet született arról, hogy a kolerásokat szállító kocsinak külön barakkot építsenek (1892/14.533 (aug. 11.) eln. sz.) – FK 1892. okt. 7.

¹⁷⁸ Szföv. polgármestere 32.659/98. eln., 1907/61.058-X. polg. m. határozat, – *A székesfővárosi önkormányzati rendőri büntető bíróságok kézikönyve*. (Összeállította és jegyzetekkel ellátta Vaszy György.) Budapest, 1914, Szföv. Háziny.

A fővárosban olyan egészségügyi intézmények is létrejöttek, melyek jelentősége túlmutatott a városi kereteken, mivel adott esetben az egészségügyi feladatok országos szintű ellátásának eszközévé váltak, továbbá mert mintát adhattak a többi község, illetve törvényhatóság számára. Ilyen volt a fent ismertetett mentő-egylet, de ezen kívül meg kell említeni még két intézményt. Mindkettő a járványügyi feladatok, nevezetesen a kolera miatt jött létre. A fertőtlenítő-intézet – az 1884-től kerületi szinten alkalmazott fertőtlenítők után (ld. alább) – az 1892/93-as járvány idején jött létre, ideiglenes jelleggel, majd a kolera után a tanács az intézet megtartása mellett döntött, működési körét kiterjesztette a kolera kívül más fertőző betegségekkel kapcsolatos fertőtlenítésre¹⁷⁹, megalkotta alapszabályát¹⁸⁰, és úgy rendelkezett, hogy ezt követően csak az intézet végezhetett ilyen munkát.¹⁸¹

A másik ilyen intézmény a fővárosi bakteriológiai intézet volt, mely szintén a kolera miatt jött létre. 1887-ben Gebhardt Lajos kezdeményezte berendezését, melyhez a tanács 1889-ben járult hozzá. Működését – a központi fertőtlenítőhöz hasonlóan – az 1892/93-as kolera idején kezdte meg.¹⁸² A kolera elleni védekezésben országos feladatokat is ellátott, majd a járvány után folytatva működését, melyet a kiépülő csatorna- és vízvezeték-hálózat, valamint a bakteriológia fejlődése miatt leginkább a vidéki hatóságok megkeresésére teljesített vízvizsgálatok határoztak meg.¹⁸³

4. A községek

A községek rendezéséről szóló törvény (1871/XVIII. tc.) a községeket három kategóriába osztotta. A rendezett tanácsú városok képezték az elsőt, a nagyközségek a másodikat, a kisközségek a harmadikat. Az utolsó kategóriába eső települések, melyek a törvény által megszabott feladataikat egyedül nem voltak képesek teljesíteni, ezért több hasonló településsel közösen végezték azokat. A községek önkormányzatiságuk keretében szabályrendeleteket alkothattak, éppúgy, mint a törvényhatóságok, de természetesen a legfontosabb kérdésekben (mint pl. a községi adó megállapításában, vagy új közművek létesítése kérdésében) szükség volt a törvényhatóság jóváhagyására.

A községek irányításában a képviselő testület (34.§), a községi előljáróság (rendezett tanácsú városokban a városi tanács) és a bíró (rendezett tanácsú városokban a polgármester) vett részt (63-65.§). A

¹⁷⁹ Az intézet 1893. januárjáig csak a koleraival kapcsolatos fertőtlenítéseket végezte. A járvány után a főváros kiterjesztette a kötelező fertőtlenítést pl. a diftéria, a torokgyík és a vörheny esetekre is. – 1898. évi 46.415. sz. polgármesteri rendelet, – BUKOVSKY GYÖRGY: *A fertőtlenítés országos szabályozásáról*. Egészség, 1904/3, 61-70.

¹⁸⁰ *Budapest székes főváros központi fertőtlenítő intézetének szabályzata és személyzetének szolgálati utasítása*. Budapest, 1895.

¹⁸¹ HAMMER DEZSŐ: *Budapest Székesfőváros Központi Fertőtlenítő Intézetéről*. Budapest, 1909, Székesfőváros Házinyomdája. A tbc elleni védekezés megindulása kapcsán rendelet születt a törvényhatóságok fertőtlenítő-gépének beszerzéséről, és az intézet megszervezéséről (minden th-nak szabályrendeletet kellett alkotnia a kérdéssel) úgy, hogy a költségek felét az országos betegpolási alap állta volna. – BM 1906/90993 – Később fölmerült a fertőtlenítés ügyének egységes rendezése, (tehát az egységes szervezeti fölépítéssel rendelkező fertőtlenítői szolgálat megteremtése, és annak előírása, hogy minden községben legyen kitanított fertőtlenítő) de erre nem került sor. – *A fertőtlenítés ügyének országos rendezése*. (Az Országos Közegészségi Tanács 1911. június hó 22-én tartott üléséből) Közegészségügy, 1911. okt. 15.

¹⁸² FK 1891. jan. 20., az intézet által vidéki hatóságoknak teljesített vizsgálatokra: BFL VIII.1106a-1.

¹⁸³ Ezen túl az intézet ellenőrizte a szolgálati medencék vizét, a nyers Duna-, valamint talajvizet is. – 35.756/904-II. sz. polgárm. rend., *Budapest Székesfőváros közigazgatása az 1902. évben*. Bp, 1904. 511. vízvizsgálatok: BFL VIII.1106a-1./1272

képviselőtestület határozatait, illetve a törvényhatóság szabályrendeleteit az előljáróság (tanács) hajtotta végre. Az előljáróság (tanács) tagjai voltak: kisközségekben: a bíró és helyettese, (másod- vagy törvénybíró) legalább 2 tanácsbeli, (esküdt, hites) és a körjegyző, nagyközségekben: a bíró és helyettese, (másod- vagy törvénybíró) legalább 4 tanácsbeli, pénztárnok, községi jegyző, illetőleg jegyzők, közgyám és a hol van, a rendes községi orvos. A rendezett tanácsú városokban a tanács tagjai a polgármester, rendőrkapitány, tanácsnokok, főjegyző, rendes fizetéses jegyzők, főügyész, rendes fizetéses ügyészek, árvaszéki ülnök, pénztárnok, számvevő, ellenőr, közgyám, levéltárnok, orvos, mérnök s a község által a helyi igények szerint rendszeresített más tisztviselők. (64.§)

Amely községben volt tehát községi orvos, ott mindenképpen szerepet kapott a település irányításában, és mindenképp fizetett státuszban vett részt az előljáróság (tanács) munkájában. Az előljáróságot kis- és nagyközségben a választásra jogosultak 3, rendezett tanácsú városban a képviselőtestület 6 évre választották. Községi orvosnak olyan személy volt megválasztható, aki az országban érvényes oklevéllel rendelkezett, de a megválasztás feltétele nem volt a községi választójogosultság. (73-74.§)

4.1. Községi közegészségügyi feladatok

A törvény által konkrétan meghatározott községi feladatok közül a szegényügy kezelése volt egyértelműen közegészségügyi vonatkozású.¹⁸⁴ Természetesen a községek feladatait a törvényhatóság, illetve a saját szabályrendeletei is meghatározták, melyek előírhattak közegészségügyi feladatokat.¹⁸⁵ 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 legelső fokán a község helyezkedett el.¹⁸⁶ Pontosán meghatározta a község szegényügyi kötelezettségeiből fakadó közegészségügyi feladatait: ebben a körben helyezkedett el a szegény, gyógyíthatatlan elmebetegekről¹⁸⁷, 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 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

¹⁸⁴ BM 1872/8803, BM 1872/23.144. Illetve a rendezett tanácsú városok számára írta elő a helyi igények szerinti „közegészségi rendőrség” kezelését. (22.§)

¹⁸⁵ 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

¹⁸⁶ Veszprém megye alispánja a közegészségügyi törvény végrehajtása kapcsán utasítást kért a minisztertől a községi orvosok választását megtagadó községekkel kapcsolatos eljárásra. Az előljáróság 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

¹⁸⁷ Gyógyíthatatlan, nem közveszélyes elmebetegeket nem vettek föl az elmeegógyintézetek.

részletesen szabályozta a községély szolgáltatásának módját, előírva a községeknek a rendelettel megegyező tartalmú szabályrendelet alkotását.¹⁸⁸ 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.¹⁸⁹

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.¹⁹⁰ 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 bírságotra).(141.§)¹⁹¹ A törvény a közegészségügyi kihágásokat rendőri bíraskodás tárgyává tette. Ebből következik, hogy a fenti esetekben, azaz ha a törvény előírásainak megsértését a községi, városi közegek megállapították, elsőfokú bíraskodásra 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 előljáróság tagjának vagy tagjainak jelenthetette be.

4.2. 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

¹⁸⁸ BM 1899/51.000

¹⁸⁹ 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 fordulón ezen nem szerepelt, akkor az orvos kikérdezte személyes viszonyairól, és az alapján rendelhetett az alap terhére. Ha azonban utóbb kiderült, hogy a beteg valótlán állítás alapján jutott ingyen-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.

¹⁹⁰ 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.)

¹⁹¹ 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 kórorvosok közreműködésével.

a törvényhatóság által meghatározott közegészségi kör keretében teljesíthették.¹⁹² Az orvostartással kapcsolatos terhek (az orvosi fizetés, a lakás (esetleg) és a fuvar biztosítása¹⁹³) – főképp szegényebb vidékeken – hosszú ideig akadályozhatták a törvény végrehajtását.¹⁹⁴ Az orvostartási kötelezettség terhének elemei:

4.2.1. Orvosi fizetés

A községek rendezéséről szóló 1871-es törvény szerint a községi orvos „rendes fizetést húz”.¹⁹⁵ Azonban azt, hogy mennyi fizetés jár a községi orvosnak, már maguk a községek – a korábbi gyakorlatnak, s vagyoni viszonyaiknak megfelelően – határozhatták meg. (1871/XVIII. tc. 66.§) A közegészségügy rendezéséről szóló törvény (1876) a községi orvosok fizetésének megállapítását kis- és nagyközségek esetében a községek képviselő-testületei és a járási tiszttviselő, rendezett tanácsú város esetében pedig a képviselő-testület és az alispán meghallgatása után a törvényhatóságra bízta.¹⁹⁶ A fizetés

¹⁹² 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

¹⁹³ 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 alapból 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 legkülönbébb 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 „egyes 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 túlterheltségére – nem lehetünk azon nézetben, hogy a himlőoltó orvosnak úti költségeit a járásbeli községek egyes adójuk arányában viselendő bizonyos úti átalag kirendelése mellett fedezzék.”– MOL K150-85-1870-IV-2-5532

¹⁹⁴ 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 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 ismertek, 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.

¹⁹⁵ SZABÓ DÉNES: *Az ingyenes orvosi segítségnyújtás*. Gyógyászat 1896. nov. 1. (44) 543-546., nov. 8. (45) 555-558., nov. 15., (46) 567-569., nov. 22., (47) 578-580., nov. 29.,(48) 592-594., dec.6. (49) 603-605., dec. 13.(50) 617-618., dec.20.(51) 627-628., dec.27. (52) 641-642., 1897. jan.3.(1), 9-11., SZIGETI GUSZTÁV: *Orvosi díjak*. Huszadik Század, 1901. III. kötet., 123-135., SZIGETI GUSZTÁV: *Az orvoslási díjak fejlődéstörténete*. OH, 1901 , 6. sz. , Melléklet a 6. számhoz.1-4.

¹⁹⁶ Az orvosok fizetésének megállapítása és megválasztása olykor különös helyzeteket teremtett. Jász-Nagykun-Szolnok megyében az egyik községi orvos fellebbezett a fizetését megállapító közgyűlési határozat ellen, de a minisztérium VI. ügyosztályának véleménye szerint a fellebbezést el kell utasítani, mivel korábban egy feltétlen igénylemondási nyilatkozat alapján választották meg. – MOL K150-2604-1895-VI-31-30757

igazodott a községek anyagi viszonyaihoz. (1876/XIV. 144.§)¹⁹⁷ Az 1886/XXII., a községekről szóló tc. változatlanul hagyta a közegészségi törvény orvosi fizetésekre vonatkozó szabályozását. (70.§)

A század végére világossá vált, hogy nem lehet tovább halogatni a községi (kőr) orvosi rendszert érintő reformokat. A szakmai körök egyre határozottabban fogalmazták meg, hogy a közegészségügy helyzetének javítását csak hatékony kormányzati beavatkozástól – azaz az állami finanszírozás erősítésétől – lehet várni. Az egyik legfontosabb kérdés annak tisztázása volt, hogy milyen szinten avatkozzon be az állam a rendszer működésébe. Számos szerző kiemelte, hogy a községi (kőr) orvosok szerepe annyira meghatározó, hogy a reformokat az ő helyzetük rendezésével kell kezdeni.¹⁹⁸ A tény, hogy a vidék orvos-ellátottsága nem megfelelő, hogy az orvosok eloszlása az országban egyenetlen, – az orvosok megélhetési kilátásai miatt – a városok javára aránytalan, régóta ismert volt. A szegény vidékeken tágan megszabott orvosi körök, az alacsonyan tartott beteglátogatási díjak és az ezen vidékeken lényegében lehetetlen magánpraxis kifejezetten taszította az orvosok nagy részét.¹⁹⁹ A körorvosok már 1879-es szakértekezletükön szóvá tették, hogy sok esetben nem jutnak fizetéshez, s fölvetették, hogy jó lenne, ha javadalmazásuk kezelését valamely közpénztár venné át. A tanácskozáson Bars megye javasolta, hogy ez a megye pénztára legyen, melybe a községek befizetnék a járulékot, és innen történne a kifizetés. E javaslat megbukott, az 1881-es rendelet meghagyta a fizetés kezelését a körbe osztott községek hatáskörében, ugyanakkor fölhívta a községeket, hogy az orvosi fizetéseket időben, és ne részletekben folyósítsák, minek teljesítését a közigazgatási tisztviselők felelősségévé tette.²⁰⁰ A helyzet nem sokat javult, és az 1881-es gyűlésen az orvosok újból kifogásolták a fizetési rendszer működését. Ekkor a belügyminiszter elvi határozatban úgy szabályozta a kérdést, hogy a körorvos fizetését a községek lélekszám-arányosan kötelesek viselni, kötelesek az orvosi fizetést a községi költségvetésbe beépíteni s annak kifizetéséhez pótdót vethetnek ki.²⁰¹ Ezek után a körök egy részében valamelyest rendeződött a kifizetés, de nem mindenütt: „*A mi felvidéki községeink ládafiában minden esztendőben egyszer van pénz, még pedig ősszel – az aratás termékeinek értékesítése után. Ekkor azonban fizet minden község lelkiismeretesen, a meddig bírja.*”²⁰² Lényegében általános gond maradt a fizetések késése.²⁰³

¹⁹⁷ A községi- és körorvosok 1879-ben fizetésük egységes megszabását kérték a minisztertől. – *A magyarországi községi- és körorvosok országos értekezletéből felterjesztett kérvény a nm. belügyminiszter urhoz.* Közegészségügyi Kalauz, 1879/21 (nov. 1.), 1-2.

¹⁹⁸ Szaplóczay például kiemelte, hogy a végrehajtást nem lehet az önkormányzatokra bízni, mert az ország túlnyomó része ehhez túlságosan szegény. Véleménye szerint – ha pontos határ megállapítására van szükség – mindenképp szükséges az állam beavatkozása, ha a község pótdója az 5000 K-t elérte. – SZAPLONCZAY MANÓ, 1896, 4. Fábry szerint a községi orvosok munkája első sorban a gyógyítás kell legyen, a hatósági intézkedések végrehajtása csak ez után következhet. Álláspontja szerint szükséges az államosítás. – DR. FÁBRY SÁNDOR: *A közegészségügy reformjáról.* Kiadja a Magyar Orvosok és Természetvizsgálók Központi Választmánya, Budapest, 1906. 6-7.

¹⁹⁹ A beteglátogatási díjakat elvileg a község és az orvos közötti megállapodás rendezné. A gyakorlatban azonban már a pályázati kiírásban szerepelt majdnem minden, az állással összefüggő elem. A minisztérium a gyakorlat ellen általában nem emelt kifogást, de az ellen már igen, ha a beteglátogatási díjat a törvényhatóság közgyűlésén állapította meg, mint az Komárom megye esetében megtörtént. – MOL K150-2604-1895-VI-31-72074

²⁰⁰ BM 1881/56.284/80

²⁰¹ BM 1882/3584, a pótdót a rendelet szerint az 1876/V. tc. 33.§ -ban megjelölt államadók után lehetett kivetni

²⁰² RUFFY PÁL: *A közegészségügy katonái.* MK 1891. dec. 13.

²⁰³ Általános, hogy az orvosok nagy késéssel, részletekben, illetve olykor természetben kapták fizetésüket. – MOL K150-1641-1888-IV-6-12031

A körben egyesült, a törvényben szabottat jóval meghaladó községszám jelentette terhek (országos átlagban mintegy 10 község szerepelt egy orvosi körben), a nyugdíj hiánya, a fuvarért való állandó küzdelem, a már említett fizetési nehézségek és a nem kielégítő lakviszonyok miatt a rendszer működése tehát komoly válságba került.²⁰⁴ Az 1891-es, Szapáry-féle közigazgatási reformkísérlet kapcsán fölbolydult szakmai körök is sürgették a körorvosi fizetések és a körorvosok helyzetének rendezését.²⁰⁵ Megoldás ekkor nem született. A körorvosi állás a rendezetlen anyagi és szervezeti viszonyok miatt olyannyira nem volt vonzó, hogy „17 évi tanulmány után inkább nyomorognak az orvosok a fővárosban, mintsem 600 frtos összjövedelemmel járó, testet-lelket pusztító állást fogadjanak el, hol a legutolsó falusi bírósági szeszélyének és önkényének vannak alávetve és nem egyszer kénytelenek a legnagyobb megaláztatást is elszenvedni, ha csak nem akarnak állomáshelyükről bucsú nélkül eltávozni.”²⁰⁶

4.2.2. Fuvar-biztosítás

A fuvar kérdése első ízben a himlőoltások beindulásával került elő. A fő gondot az jelentette, hogy a községek nagy részének nem voltak meg a kellő pénzbeli forrásai a fuvardíj (de az oltási díj) kifizetésére, valamint az, hogy nemigen sikerült megoldani a saját fogattal való orvos-fuvarozást sem. Ilyen viszonyok mellett érthető, hogy a kormányzat nem fogadta el azokat a javaslatokat, melyek a himlőoltás-ügy egyik sarokkövének tekinthető kérdést a törvényhatóságok szervezésére kívánták bízni. A vármegyék javaslatai a helyi viszonyokat tükrözték, és szinte tapintható az ország gazdagabb és szegényebb vidékei közötti ellentét. Nem meglepő tehát, hogy találkozunk a „régibb idő óta elmaradt 95 Ft 24 kr-nyi utazási költségeinek kifizetését”²⁰⁷ kérelmező oltóorvossal. A közegészségügyi törvény a kérdést végül úgy rendezte, hogy az orvosok utazási költségeit az illető községgel vagy természetben állíttatta ki, vagy pénzben fizettette ki (1876/XIV. 96.§), s a kincstári, oltással kapcsolatos fuvar-költség-térítések megszűntek.²⁰⁸

4.2.3. A lakás-kérdés

A községi orvosnak (1908-ig) elvileg nem volt kötelező lakást biztosítani. Körorvos alkalmazása esetén azonban, amikor el kellett dönteni, hogy az orvos melyik községben lakjon, a döntés mérlegelésénél természetesen számításba jött az is, hogy van-e az adott községben olyan ház, mely megfelel az orvosnak. A közegészségügyi törvény rendelkezése szerint az alispán feladata volt a körorvos lakása tárgyában intézkedni (157.§ k)), de ez nem jelentette feltétlenül a lakás biztosítását is. Az 1904-es

²⁰⁴ DR. TORDAY FERENC: *A közegészségügy államosítását sürgető közgazdasági viszonyok*. Magyar Orvosok Lapja 1902. okt 2.

²⁰⁵ Az 1891-es orvosi kongresszus például hatósági jogkört kívánt telepíteni a községi (kör)orvosokra, fizetésüket emelni kívánta. – MK 1891. jún. 28. A községi- és körorvosok egyesülete pedig megjegyezte a reformtervek kapcsán, hogy a körjegyzőségek államosításának mintájára a körorvosi állásokat is államosítani kellene, valamint, hogy az orvosnak függetlennek kellene lennie az alispántól és a szolgabírótól. – MK 1891. jún. 14.

²⁰⁶ DR. WALDMANN FÜLÖP: *A közegészségügy a parlamentben*. Magyar Orvosok Lapja 1902. ápr. 3.

²⁰⁷ Ország Gazda József abonyi lakos, sebész, és védhimlőoltó. – MOL K150-522-1876-IV-2-54100

²⁰⁸ BM 1877/5668

községi és körorvosok kongresszusa kiemelt fontosságú kérdésként kezelte az orvosi lakás biztosítását, követelve a lakás, vagy a lakpénz fizetése kötelezettségének kimondását.²⁰⁹

Azon községek egészségügyi ellátását, melyek nem voltak képesek orvost tartani és melyeket közegészségi körbe sem lehetett beosztani, a járási orvos végezte.²¹⁰ Minden községnek – a törvény szerint – hozzá kellett járulnia a járási kórház létesítéséhez, vagy ha az már működött, akkor a kórház fenntartási költségeihez. A községi, illetve körorvos tisztsége ugyanúgy választott volt, mint a törvényhatóság alkalmazásában álló orvos tisztsége. Az orvos alkalmazásának feltételeit – hasonlóan a törvényhatóságokról szóló 1886-os törvényben található megoldáshoz – az 1886-os, községekről szóló törvény megváltoztatta. Az orvos továbbra is választás útján nyerte el hivatalát, azonban a korábbi hat éves időtartammal szemben a képviselőtestület élethosszig választotta meg. A pályázat útján kiválasztott orvos fizetését az illető község meghallgatásával a törvényhatóság határozta meg. Körorvos alkalmazása esetén azt, hogy a kör egyes községei milyen arányban választhatják az orvost, illetve, hogy milyen arányban viselik költségeit, valamint azt, hogy az orvos melyik községben lakjon, az alispán döntötte el. A községi-, illetve körorvos alkalmazásának nehézségére mi sem világít rá jobban, mint az az engedmény, mely szerint a községek rendezéséről szóló törvény szabályozásához képest – jobb híján – orvos helyett sebészt is megválaszthattak községi orvosnak, ha a jelentkező hároméves gyakorlatot tudott igazolni.^{211 212}

4.2.4. A községi orvos feladatai

A községi orvos feladata kettős volt, tartalmazott szoros értelemben vett orvosi feladatot, és tartalmazott „orvos-rendőri”, azaz hatósági elemeket²¹³:

„1. a község, illetőleg a szövetkezet vagy egyesített községek szegényeit ingyen, a vagyonosokat pedig a díjazás iránt a községgel előlegesen kötött egyezség szerint orvosolja;

2. közegészségi és orvosrendőri szempontból felügyel a lelenczekre és a dajkaságra adottakra, ugyszintén a községi ápolás alatt levő elme kórosokra, hülyékre, siketnémákra és nyomorékokra;

²⁰⁹ *Községi és körorvosok congressusa.* Gyógyászat, 1904. 348.

²¹⁰ A közegészségügyi törvény végrehajtása kapcsán jelentette Sopron vármegye, hogy Csorna és Kapuvár községek is a járásorvos alá kerültek – MOL K150-748-1879-IV-1-24971, ld. továbbá Torna megye kísérletét, hogy egy orvosi kört a járásorvosra bízson.

²¹¹ Hároméves sebészképzés az 1876-os új tanulmányi rendig létezett az országban. Ekkor mind a pesti, mind a kolozsvári egyetemen egységes orvosképzési rendszert vezettek be. – KAPRONCZAY KÁROLY: *A hazai orvosképzés kezdetei.* Valóság, 2004. dec. XLVII. évfolyam 12. szám, *Adatok Közép- és Kelet-Európa orvosképzésének átforgalmazásához a 18-19. században.* Comm. Hist. Artis. Med. 158-165. (1997-98), 249-261.

²¹² A községek egy része eltért a törvény szabályozásától, és a gyakorlott orvosok, vagy éppen sebészek helyett gyakorlattal nem rendelkező szigorló orvosokat alkalmaztak, melyre olykor – mint azt Fogaras vármegye példája mutatja – miniszteri engedéllyel került sor (a BM arra tekintettel, hogy a megye szerint a hosszabb ideje üresedésben lévő körorvosi állást nem lehet betölteni, kivételesen, és minden további gyakorlatra tekintet nélkül engedélyezte szigorló orvos alkalmazását).- MOL K150-817-1880-IV-6-22932, megjegyzendő azonban, hogy később arra is akadt példa, hogy a minisztérium a szigorló orvos megválasztásáról szóló döntést megsemmisítette, s csak utóbb engedélyezte, mint az Tolna megye egyik orvosi körében történt 1888-ban, tehát nem lehet a szigorló orvosok megválasztásával kapcsolatban a minisztérium részéről automatikus hozzájárulási gyakorlatról beszélni. – MOL K150-1325-1888-IV-6-80747, továbbá SCHÜTZENBERGER ENDRE: *Az egészség- és gyógyításügy helyes szervezése községek számára – különös tekintettel a jelen viszonyokra, s az egészségügyi szolgálat államosítására.* Budapest, 1894, Neuwald ny. 27.

²¹³ A községi orvosokra már a neoabszolutizmus idején bíztak hatósági jellegű feladatokat. – ld. GORTVAY, 1953, 246.

3. a himlőoltást, a mennyiben ezt díjtalanul teljesíteni nem tartoznék, az országosan kiszabott díj mellett végzi;

4. a halottkémlést, a mennyiben külön halottkém felállítva nem volna, szegényeknél ingyen, vagy nosoknál megszabott díj mellett teljesíti;

5. a község, illetőleg a községek egészségügyi mozzanatait és változásait figyelemmel kísérvén, a felmerülő káros hatányok elhárítása iránt javaslatot tesz;

6. az orvosrendőri vizsgálatokat és egyéb teendőket díjtalanul, az orvostörvényszéki munkálatokat pedig az illető bíróság felhívása folytán meghatározott díj mellett teljesíti;²¹⁴

7. az életmentési eljárásnál közreműködik;

8. eljár mindazon ügyekben, a melyeket egyik vagy másik törvény, illetőleg szabályrendelet reá biz;

9. évnegyedenként egészségügyi jelentést tesz és minden előforduló közegészségi ügyet, valamint az orvosrendőri és orvostörvényszéki vizsgálatot, azonnal és körülményesen illetékes előljáróságának tudomására hozza.” (1876/XIV. tc.145.§)²¹⁵

Az orvosi személyzet egyes tagjainak feladatköre a közegészségügyi törvényben nem volt kellően kidolgozott. A járási és a községi orvos feladatköre keveredett: „A járás és körorvos közti különbség már nincs oly határozottan körvonalozva, mint a törvény többi pontjai.”²¹⁶ – jelentette ki Chyzer. A közegészségi törvény mind a járási, mind a községi orvos feladatává tette a lelencek és dajkaságba adottak felügyeletét, továbbá előírta a himlőoltás adását is. Ezen túl, a községi orvosokat általános jelentéstételi, valamint a községeket illető közegészségügyi javaslat-tételi feladatokkal bízta meg. Ráadásul a mostoha orvos-ellátottság miatt az, hogy járási orvosok látták el a községi orvosok feladatát teljesen általános volt és – jóllehet ritkábban – a fordítottjára is volt példa^{217 218} Ugyanakkor előfordult, hogy a miniszter néhány körben hozzájárult ahhoz, hogy a járási orvosok végezzék el a körorvos feladatát, más körökben azonban nem járult hozzá ehhez.²¹⁹

²¹⁴ Ld. az élelmiszer-ellenőrzési feladatait – BM 1876/31.026

²¹⁵ A községi orvosok feladatköre 1914-ig többször változott: egyrészt bővült speciális szakmai feladatokkal, mint pl. a trachomával kapcsolatos feladatokkal (1886/V. tc.), vagy a himlőoltásokkal kapcsolatos feladatkör (1887/XXII. tc.), másrészt változott az egészségügyi rendszert érintő nagyobb átszervezések kapcsán is, mint amilyen változást pl. a gazdasági munkás- és cselédpénztár megszervezése (1900/XVI.tc.), illetve a községi orvosok helyzetét rendező 1908/XXXVIII. tc. jelentett.

²¹⁶ CHYZER KORNÉL: *Orvosügy a községekben. A körorvosi intézmény hiányai.* Sátoraljaújhely, 1885, Zemplén ny. 8.

²¹⁷ Nem teljesen mindegy, hogy az adott orvos járási orvosként végzi a községi orvosi feladatokat, vagy fordítva. Nagy-Küüllő vármegye Muzsna községében az orvosi körök átszervezése után a körorvosi feladatokat a járási orvos látta el. A közegészségügyi törvény értelmében ezért a feladatért külön díjazást nem kap, de az orvosi fizetést a községnek a járási kórház alapjába kellett (volna) fizetnie. A kérdéses járásban azonban kórházi alap nem volt, így tehát az évek alatt fölgylemlett tartozást a megyei alapba kellett befizetnie a községnek. – MOL K150-2748-1896-VI-31-113167

²¹⁸ „Békésmegyében ugyanis, hol körorvosok nincsenek, a megye 7 járásában sincsenek alkalmazva járási tisztí orvosok, mert azok teendőit egyenest az egészségügyi közigazgatási szolgálat jelen beosztása miatt a megye 25 községében alkalmazott 38 községi orvos közül a járási tisztí orvosi teendők teljesítésével megbízott 25 községi orvos maga végzi 1876, azaz egészségügyi törvényünk életbe léptetése óta épen a községi orvosi szolgálat keretébe utalt hivatalbeli kötelezettségből kifolyólag és minden külön tisztí orvosi fizetéssel való jutalmazás nélkül, csupán a községi orvos évi 600 frt fizetéséért, mint végzi a járási tisztí orvosi teendőket Abauj-Tornamegyében, hol községi orvosok nincsenek, 100 frt évi tiszteletdíjért a megyében alkalmazott 19 körorvos közül 6 járás székhelyén lakó 6 körorvos, kik a járási tisztí orvosi teendők teljesítésével ismét az egészségügyi közigazgatási szolgálat törvénybeli jelen hibás beosztása miatt voltak megbízhatók.” – SCHÜTZENBERGER, 1894, 39.

²¹⁹ Chyzer szerint: pl., Zemplén többször felírt, hogy a járásorvos szerény díj ellenében elláthassa egy kör orvosi feladatait, de ezt a miniszter elutasította azzal, hogy mindkettőnek más a hivatala. Abauj-Torna megyének pedig mégis megengedte, hogy tisztújításkor mellőzhesse a járási orvosi intézményt, és minden járásban a körorvos 100 Ft-ért amit a megyétől kapott, elvégezhesse a járási orvosi feladatokat. Az összképet árnyalja, hogy ekkor Hunyadban 4 körorvos 2-2 körben dolgozott,

4.3. A község egészségügyi bizottsága

Azokban a községekben, melyek önállóan alkalmaztak orvost (a rendezett tanácsú városokban mindenképpen), közegezségügyi bizottságot kellett alakítani, melynek tagja volt az orvos, az állatorvos, a gyógyszerész, a lelkészek és a tanítók, valamint legalább három, a község képviselőtestülete által választott „értelmes és szakkedvelő” személy.(149.§) A bizottság alapfeladata tanácsadás, véleményezés, elsősorban a tanács, vagy az előjáróság által fölvetett kérdésekben, kérdésekről, ugyanakkor – a törvényhatóság ilyen bizottságához hasonlóan – járványok alkalmával az egészségügyi bizottság átalakult járványbizottsággá, s ekkor bővebb jogosítványokkal rendelkezett. A bizottság ezen kívül indítványozhatott a község közegezségügyi feladatait érintő kérdésekben, valamint a községi orvosi és szülésznői állások betöltésénél véleményezhette a pályázókat. Azokban a községekben, melyekben nem dolgozott orvos, nem működött egészségügyi bizottság sem. Az egészségügyi kérdésekkel ezekben a községi előjáróság keretein belül foglalkoztak, ugyanakkor szükség esetén külön járványbizottságot ezekben a községekben is alakítottak.

Az 1908/XXXVIII. tc. újra szabályozta a községek egészségügyi bizottságainak működési körét. A törvény szerint egészségügyi bizottságot kellett alakítani minden községben, melyben orvos működött, de ezen túl, minden orvosi körben is meg kellett alakítani a bizottságot. A törvény külön szabályozta a rendezett tanácsú városok egészségügyi bizottsági tagságát, a korábbiakhoz képest előírva a városi kapitány és a képviselőtestület által választott öt tag részvételét. A többi községben a választott tagok száma három, a körorvost tartó községek (kör)egészségügyi bizottságának tagjai az orvoson és az egészségügyi személyzeten kívül minden jegyző, minden iskolából egy tanító, a lelkészek és 500 lakos alatti község esetében egy, annál nagyobb községek esetében 2, a képviselőtestület által választott tag. A törvény rendelkezett arról, hogy a bizottság, – jóllehet főszabályként csak a város (község) tanácsával, előjáróságával érintkezhetett –, ha az érintett elsőfokú hatóság nem intézkedett megfelelő módon, akkor a felettes közegezségügyi hatóságot közvetlenül is értesíthette.

4.4. Községek működésének pénzügyi alapjai

A községek vagyoni viszonyainak kezeléséről az 1871-es, 1876-os és az 1886-os törvények rendelkeztek, alapvetően ugyanolyan megoldással.

A község számottevő vagyonnal rendelkezhetett. Alapszabály maradt, hogy a községi törzsvagyont meg kell őrizni²²⁰, s a kiadásokat az ebből származó jövedelemből kell fedezni. Természetesen erre a

Arad megyében a betöltetlen körökben a járási orvosok kezelnek, Szepesben pedig egyáltalán nincs körorvos. – Ld. CHYZER, 1885, 9.

²²⁰ A községi vagyon, a község működőképességének biztosítására az 1886-os törvény rendelkezett arról, hogy ha bármilyen okból csődhelyzetbe kerülne a község (tehát a rossz vagyonkezelés esetében is), akár saját kérelemre, akár hivatalból, az alispán a községi vagyonkezelést zárlat alá helyezheti. (117§)

községek túlnyomó többségében nem volt lehetőség, így többek között a közegészségügyi és a szegényügygel kapcsolatos kiadásokat egyéb forrásokból, elsősorban a községi adóból fedezték.²²¹

A község adókivetési jogát általánosan a pótdókivetésen keresztül gyakorolta. Közegészségügyi, szegényügyi célokra a törvényben meghatározott valamennyi egyenes állami adót terhelhette pótdó.²²² A pótdók felső határát – néhány kivételtől eltekintve – nem rögzítette a törvény, tehát a község nagyobb pótdót vehetett ki, mint a vármegye. Ugyanakkor a községek pótdóterheihez hozzá kell számítani a megyei pótdókat, melyeket községekre lebontva vetettek ki azzal, hogy a rendezett tanácsú városoknak a törvényhatóság néhány kiadásához nem kellett hozzájárulniuk.

Mindkét községi törvény megkülönböztette a nagy-és kisközségeket, valamint a rendezett tanácsú városok adójövedelmeit. Míg az előbbi csoportban csak az egyenes állami adók után vehetett ki pótdót a község, rendezett tanácsú város, – igaz a kormány külön engedélye alapján – azonban vehetett ki pótdót a közvetett adókra²²³, s lényegében mindazt a forrást fölhasználhatta, mint amire a törvényhatósági joggal rendelkező városok számíthattak.²²⁴ Végül a rendszer részét képezte a közmunka is, mely megváltható volt, így ez – igaz kötött – forrásként is értékelhető.²²⁵

A községek feladatai folyamatosan bővültek, így a századfordulóig folyamatosan bővültek a pótdóval fedezendő kiadások és a pótdóteher is.²²⁶ Az adót ki nem vető községek száma folyamatosan csökkent, míg a kivetett adó nagysága folyamatosan – bár régióként eltérően – nőtt.²²⁷ 1904-től már némiképp könnyebb volt a községek helyzete, ekkortól ugyanis az állam már hozzájárult a jegyzői fizetésekhez, 1908-tól pedig a községi és körorvosok fizetése került ki a községi költségvetésből. (1904/XI. tc., 1908/XXXVIII. tc.) A községeket terhelő kiadások komolyan igénybevették a helyi lakosságot, s elmondható, hogy a kivetett pótdó mértékét nem a kiadások szabták meg, hanem az, hogy a helyi lakosság mekkora pótdót tudott még befizetni, így tehát a községi feladatok ellátása a helyi lakosok közvetlen teherbíró-képességétől függött. A községi adóztatás gyakorlata a törvényben meghatározott rendszerrel szemben egyszerűsödött, gyakorivá vált az összes községi kiadás osztatlan, az összes állami adó arányában történő kivetése.²²⁸

²²¹ Már az 1868/XXXVIII. tc. rendelkezett az 5%-ot meg nem haladó községi iskolai pótdóról. A községeket terhelő oktatási költségek köre a későbbiekben bővült: az 1884/XVII. tc. rendelkezése szerint 2%-os pótdó vehető ki a községi inasiskola fenntartására, illetve az 1891/XV. tc. értelmében vagy az iskolai pótdó terhére, vagy külön 3%-os pótdó kivetésével óvodát kellett a községeknek fenntartaniuk.

²²² A pótdóval terhelhető állami adók köre változott a vizsgált időszakban, de ezen kívül változást hozott az 1883/X. tc., mely megszüntette a napszámosok állami adóját, (tehát megszűnt az ez után vehető pótdó, ugyanakkor az 1886-os községi tc. megengedte, hogy ha az adott községben az adóalap nagyobb mértékű csökkenésével járna, akkor a község a csak napszámból élő lakosaira községi adót vessen ki).

²²³ Az 1888/XXXV. tc. szerint azok a községek, melyek saját területükön italmérési joggal rendelkeztek, – bizonyos feltételek teljesülése esetén – részesültek annak jövedelméből. A községek fogyasztási adókkal kapcsolatos pótdóztatási jogát az 1899/VI. tc. megváltoztatta, szigorítva az állami adót képező fogyasztási adók után szedhető községi fogyasztási adó kivetésének lehetőségét, valamint átalakította az italmérési jogból származó községi jövedelem rendszerét.

²²⁴ Ezzel kapcsolatban az 1871-es tv. csupán indokolt felterjesztés után megadható engedélyről beszél, az 1886-os megoldás szerint a felterjesztést a törvényhatóságnak kellett benyújtania.

²²⁵ A kérdéshez ld.: SZALKAI JÓZSEF: *A községi közmunka kezelése és számvitele*. Szombathely, 1899.

²²⁶ *A községi pótdó teher*. MK 1892/42. (okt. 16.)

²²⁷ 1881-1908 között a legkisebb emelkedés a Tisza jobb partján volt, 182%, a legnagyobb a Tisza-Maros szögén 282%. – *Magyarország községeinek háztartása az 1908. évben*. Budapest, 1913. 48.

²²⁸ Ennek magyarázata a jegyzők eljárás-egyszerűsítő gyakorlata.

A községi háztartás keretében a törvényhatósághoz hasonlóan, az egyes feladatok ellátására alapokat hoztak létre.²²⁹ Ezek az alapok a közpénztárból, vagy törvény alapján más forrásból jutottak jövedelemhez²³⁰, s az alapokból, melyeket elkülönítetten kezeltek, fedezte a község egyes meghatározott kiadásait, többek között a szegényüggyel, vagy a közegészségüggyel kapcsolatos kiadásait is.²³¹

4.5. Községek, végrehajtás, kihágási ügyek

4.5.1. A közegészségügyi feladatok ellátásának községi keretei

A községi törvény szabályrendelet-alkotási joggal ruházta föl a községeket. Természetes, hogy a szabályrendeleti anyagban közegészségügyi vonatkozású jogforrásokat is találunk. Az 1876-os közegészségügyi törvény a községek feladatait külön fejezetben szabályozta, részben nevesítve, mint pl. az élelmiszer-egészségügyi, vagy a halottképléssel kapcsolatos feladatokat úgy, hogy a felsoroltakon kívül, általános közegészségi feladatokkal is megbízta a községet.²³² A konkrét hatósági feladatok (1876/XIV. 141.§) ellátásával a törvény kis- és nagyközségekben a jegyzőt, rendezett tanácsú városokban a rendőrkapitányt bízta meg, ugyanakkor a vizsgálatokat természetesen a szakközeg, a községi orvos végezte. A jegyző és a kapitány tehát a végrehajtás kulcsfigurájaként kapott szerepet, mivel a törvény előírta, hogy az észlelt hiányokról, kihágásokról az elsőfokú hatóságnak jelentést tesz. Ezeknek a jelentéseknek a szolgabíróhoz, rendezett tanácsú városban a polgármesterhez kellett befutniuk. A községi jegyzők végrehajtásban betöltött szerepe megkerülhetetlen volt, mivel a jegyzők mind az 1871-es, mind pedig az 1886-os községi törvény szerint élethossziglani választással nyerték el tisztségüket, ezért általában a jegyző volt az, aki valóban jól ismerte a községi viszonyokat, és az ügyek intézésében gyakorlatot szerzett, illetve alakított ki.²³³ A községek egészségügyi feladataik ellátását tehát lényegében a jegyző és az orvos közreműködésével teljesítették, kis mozgástérrel, mivel a kihágási ügyek a szolgabíróhoz tartoztak, a községi rendőri közegek – nagyobb község esetén – csak az esetleges elkobzásokat és feljelentéseket tehették meg.²³⁴ A jegyzők jelezték is a minisztériumnak, hogy ez

²²⁹ Természetesen akkor, ha azt a község nagysága, az általa ellátott feladatok természete megkívánta. Községek esetében tehát igen nagy igazgatásbeli különbséggel kell számolnunk.

²³⁰ 1876/XIII. 114§, 1879/XXXI. 208§, 1883/XVIII. 9§, 1883/XX. 36§, 1883/XXV. 216§, 1886/XXII. 60§, 1888/XIX. 68§, 1889/VI. 66§

²³¹ A helyzetet bonyolította, hogy az egyes alapok adott esetben kölcsönt vehettek föl a község központi pénztárból, és fordítva.

²³² A törvény alapján a község közegészségi feladatai közé kell sorolni az olyan kötelezettségeket is, mint pl. a lakás-egészségügy, az élelmiszer-egészségügy kérdése, de ide tartozott a szemét-ügy, illetve a kórházak felügyelete, a gyermekekre való felügyelet, a gyógyíthatatlan, nem közveszélyes elmebetegekről való gondoskodás és a himlőoltás-ügy is. A szerteágazó feladatrendszerben tehát találhatóak csak a szakmai közegek által ellátható feladatok, illetve vannak olyanok is, melyek szinte minden szakmai irányítás nélkül is elláthatók.

²³³ Arról nem is beszélve, hogy a legtöbb esetben a községi jegyző volt a helyi igazgatás tanult eleme, a bíró hozzáértése, közigazgatási gyakorlata a legtöbb esetben teljesen esetleges volt. - FERDINANDY GYULA: *A falu szociális szervezeti kérdései*. Budapest, 1917, Szent Erzsébet ny.- „Nem hiszem, hogy a magyar állam területén lévő községi bírónak egynegyed része intelligens emberekből állana. Tehát kicsoda, micsoda most már az a községi (falusi) bíró? Egy nagy semmi, egy nagy puctus masculus! egy nagy bodzafa bunkó! az ügymenet gátja!!! Tisztelet a kivételnek.” idézi az 1880-as, Nógrádi Lapok és Honti Híradóban megjelent sorokat Földi István. - FÖLDI ISTVÁN: *A községi és körjegyzők társadalma és mozgalmi Nógrád megyében 1873-1950*. (Adatok, források és tanulmányok a Nógrád Megyei Levéltárból 32.), Salgótarján, 2001, 23.

²³⁴ Nagyobb községek tarthattak külön rendőri közegeket. Győrsziget pl. 1893-ban egy rendőrtizedest és egy közrendőrt alkalmazott, ők tehát részt vettek az ellenőrzési munkában. Ahol ezek alkalmazására nem került sor, ott a bíró, a jegyző,

a helyzet a község közegészségügyi feladatainak ellátását gátolja, és emlékirattervükben megfogalmazták, hogy kívánatos lenne az orvost tartó községeket elsőfokú kihágási hatósági jogkörrel felruházni.²³⁵

A jegyzők községi igazgatásban betöltött szerepe, annak ellenére, hogy a fenti kérdésben nem történt változás, erősödött az 1886-os községi törvényt követően. A kormányzat is komolyabban támaszkodott a jegyzői karra.²³⁶ Ehhez kapcsolódott – a minősítési követelmények teljesítésén túl – a közigazgatási tanfolyamok megszervezése²³⁷, a vizsga kötelezővé tétele. (1900/XX.tc.)²³⁸ Egy évvel később pedig a közigazgatási eljárás egyszerűsítéséről szóló 1901/XX. tc. 32.§-a alapján elkészített Községi Ügyviteli Szabályzat határozottan megerősítette a jegyző pozícióját²³⁹, végül megtörtént a községi jegyzők fizetésének rendezése is. (1904/XI. tc.)

A közegészségüggyel kapcsolatos, karhatalmat igénylő végrehajtásban a községi tisztviselők, azaz a bíró, a jegyző és az orvos 1881-ig a megyei karhatalomra, azaz a megyei csendbiztosra és a pandúrokra támaszkodhattak. Rendezett tanácsú város esetén a karhatalmi feladatokat a kapitánysági közegek látták el. 1881-után, ahogy azt a szervezeti utasítás is lehetővé tette, a csendőrséget vehette igénybe a községi előljáróság rendészeti ügyekben, melybe természetesen beletartozott a közegészségüggyel kapcsolatos rendészeti ügyek csoportja is.²⁴⁰ Ugyan a csendőrség az 1882/X. tc. szerint törvényhatósági jogú városokban nem teljesített feladatot, de lehetőség nyílt arra, hogy a városok egyes esetekben – a költségek megtérítése mellett – igényeljék a csendőri közreműködést. A rendezett tanácsú városokban továbbra is működtek a kapitánysági közegek, de hasonló megoldásra ezekben is volt lehetőség.

241

illetve maga az orvos volt az, aki megtehetette az első lépéseket. – SÁRY ISTVÁN: Községi képviselőtestületek a dualizmus korában (Gyórsziget község képviselőtestületének működése 1872-1904-ig). In: *Tanulmányok a magyar helyi önkormányzat múltjából*. Budapest, 1971, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó. 395-427.

²³⁵ A községi jegyzők országos egyletének emlékirat tervezete, a községi közigazgatás államosítása tárgyában s a községi jegyzők kinevezése tárgyában. MK 1890. jan. 16. 3. szám

²³⁶ A jegyző szerepének hangsúlyosabbá válását jelzi, hogy 1896/XXXIII. tc. 84§ értelmében a királyi ügyészség egész nyomozásnak vagy egyes nyomozati cselekmények teljesítésére a községet, mint rendőrhatalmaságot utasíthatta, ami lényegében azt jelentette, hogy a nyomozati cselekményeket a gyakorlatban a jegyző végezte (annak ellenére, hogy a BM 1905/10.5791 sz. rendelettel elvileg a bírót jelölte ki a feladatra.

²³⁷ BM 1900/90.000, ld. továbbá: KAMPIS JÁNOS: *A községi közigazgatási tanfolyamok*. Budapest, 1900, Községi ny.

²³⁸ Csizmadia álláspontja szerint a tanfolyamok megszervezésében szerepet játszott az ügyvédek hatékony érdekérvényesítő-képessége, t.i. a jegyzők az ügyvédek konkurenciáját jelentették a községekben. – CSIZMADIA ANDOR: A községi jegyző jogállása és magánmunkálatainak értékelése a polgári korban. In: *JT VI*. Budapest, 1986, Tankönyvkiadó. 81-96.

²³⁹ BM 1902/126.000, amihez hozzá kell tenni, hogy a község pénzügyi igazgatását is a jegyzők végezték.

²⁴⁰ A kérdéshez: NÉMETHY FERENC: *A m. kir. csendőrség szervezete, szolgálata és viszonya a közigazgatási hatóságokhoz II-III*. Közigazgatási Könyvtár, Budapest, 1900, Községi ny.

²⁴¹ Csendőri munkát kért a törvény hatályba lépése után Baja, Nagyvárad és Újvidék. – CSAPÓ CSABA: *Csendőrség és közigazgatás (1881-1914)*. Századok 1999/3, 497-518., 512. Rendezett tanácsú városok esetében a városi rendőrhatalmaság végezte a bünyügyi nyomozati feladatokat (1896/XXXIII. 85.§), a r.t. városok területén a csendőrség elvileg nem működött, ugyanakkor a BM 1899/130.000 sz. rendelete előírta, hogy a r.t. városokban a csendőrség teljesítse a közbiztonsági szolgálatot, együttműködésben a városi rendőrséggel. Helyi rendészeti ügyekben, tehát a közegészségügyi ügyekben a csendőrség elvileg felügyelő és a helyi hatóságokat támogató szerepet kapott, ami a gyakorlatban azt jelentette, hogy a közegészségüggyel kapcsolatos minden rendelet végrehajtására felügyelt a csendőrség is. – ld. NÉMETHY, 1900, 131. *Utasítások a Magyar Királyi Csendőrség számára*. Budapest, 1887, Pesti. *Általános szolgálati határozványok a Magyar kir. Csendőrség számára*. Budapest, 1887, Pesti. *Utasítások a Magyar Királyi Csendőrség számára*. Budapest, 1912, k.n. Hozzá kell tenni továbbá, hogy esetenként karhatalmi feladatok ellátására a hatóság igénybe vehette a katonaságot is. – Ld.: FENYVES MIHÁLY: *Pécs város rendőrsége az államosításig*. Pécs, 1999, James és James. 161.

4.5.2. A község közegészségügyi feladat-ellátásának gyakorlati problémái

Az orvos-hiányon túl a községekre telepített közegészségi feladatok végrehajtásában is mutatkoztak hiányok, mégpedig a fent ismertetett rendszer hibájából. Az egyes közegészségügyi feladatok végrehajtásával megbízott tanács/elöljáróság, illetve a megbízott községi közegek nem voltak alkalmasak a szakmai fölkészültséget is feltételező konkrét feladatok ellátására (pl. szemlék: közegészségügyi tv. 3§).²⁴² Ennek aztán alkalmanként olyan következményei lehettek, hogy pl. egy városban járvány alkalmával – takarékosági okokból – mellőzték a vízvizsgálatot, mint arról a Milleniumi Közegészségi és Orvosügyi Kongresszus résztvevője beszámolt, hozzátéve, hogy: „*Ha ily eljárást tapasztalunk a sz. kir. városokban, mit várhatunk a községekben a bírótól, a ki a nevét is alig tudja leírni, mit a jegyzőtől, a ki különben túl van terhelve egyéb közigazgatási teendővel, de a kitől a közegészségügyi feladatok elintézésére szükséges előismeretek jóformán meg sem kívántatnak, a minnek bizonyosságul szolgál, hogy a jegyzői vizsgáló bizottságba az egészségügyi közigazgatási eljárásra vonatkozó ismeretek elintézésére hivatott szakközeg hivatalból kirendelve nincsen, de rendesen beválasztva sincsen.*”²⁴³

A községek közegészségügyi feladatainak ellátása több szereplőtől függött. A községi bíró (polgármester), a jegyző, a rendőrség (kapitánysági közegek), a községi- (kör)orvos, az elöljáróság (tanács), a képviselőtestület, a főszolgabíró és a járási orvos, valamint a csendőrség is szerepet kapott a községi közegészségügy működésében. Azért, hogy községi szinten nem működött megfelelően a rendszer, az orvoshiány, azaz a községi és körorvosi állások betöltésének nehézsége, az orvos és a községek sokszor feszült viszonya, valamint a lakosság közegészségügyi kérdésekben való tájékozatlansága, és a községi végrehajtás strukturális hibái voltak felelősek.²⁴⁴

A községi orvosok tartása komoly anyagi megterhelést jelentett a községeknek. Nem csodálkozhatunk tehát azon, hogy egyes községek nem siettek végrehajtani a törvény rendelkezéseit, halogatták az orvosválasztást, hogy rendkívül alacsony fizetéseket állapítottak meg az orvosnak, esetleg fellebbeztek a körbeosztás ellen²⁴⁵, s a községi orvosok pedig fizetésüket jobb esetben csak késéssel kapták.²⁴⁶

²⁴² A községi végrehajtás állandó problémája a helyi viszonyok, személyes kapcsolatok szabta mozgáster meghatározó volta, illetve a szakmai fölkészületlenség. A rendészeti ügyek ellátásában tehát a községnek sok esetben saját közegeinek felelősségével is meg kellett küzdenie, arról nem is beszélve, hogy a pontos hatásköri viszonyokról és feladatokról sok esetben nem hogy a községi rendőrnek, de még a bírónak sem volt világos képe. – KOVÁSZNAY MARCELL: *A községi rendőrség szervezése*. MK 1908. okt. 4.

²⁴³ BREUER, 1897, 86.

²⁴⁴ Hozzá kell tenni, hogy a községi orvosok tágan megállapított feladatkörük, valamint – ha körorvosként dolgoztak – a megterhelő körbéli feladataik miatt sok esetben nem tudtak kellőképpen foglalkozni a tevékenységükkel kapcsolatos jogszabályok megismerésével. Ennek pedig a végrehajtás látta kárát. – VISZNEKY BÉLA: *A magyar község egészségügye*. Közegészségügy, 1913. feb. 1. 29-30. Az egyik kézenfekvő megoldást az állandó közegészségügyi biztosok kinevezése jelentette volna, de ezen intézmény fölállítása nem történt meg, és (a későbbiekben) sem a közegészségügyi felügyelők, sem a járási orvosok nem garantálhatták a szakmai szempontok maradéktalan érvényesülését. Az tehát, hogy a községeknek nem volt állandóan dolgozó, végrehajtási jogkörrel rendelkező szakmai közege, nagymértékben megnehezítette az állandó jellegű közegészségügyi feladatok ellátását. Sokhelyütt a község ilyen működése csak a konkrét járvány-ellenes munkára korlátozódott, jobban mondva olyan munkára, mely már a kitört járvány idején szükséges védekező intézkedések (több-kevesebb sikerrel való) foganatosítását jelentette, továbbá a községi hatóságokra telepített kihágási ügyek intézésében merült ki. – A korszak meghatározó szakembere szerint tehát „községi közegészségügyi biztos” tisztet kellett volna létrehozni: OLÁH GYULA: *A községek feladatai a közegészségügyi szolgálat terén*. Közegészségügyi Szemle (a továbbiakban KSz), Budapest, 1890. 12-32.

²⁴⁵ Mint az történt az aszódi orvosi kör esetében 1892-ben. – MOL K150-2343-1893-VI-31-10474

²⁴⁶ A körorvosi fizetésekkel kapcsolatos panaszokhoz: MOL K150-1641-1888-IV-6-12031, meg kell azonban jegyezni, hogy a gyakorlatban főleg az elmaradottabb területeken lényegében terménnyel fizették ki az orvost – *A községi közegészségügyi szolgálat reformja*. MK 1908. jún. 7.

A községi orvosi fizetések az 1908-as rendezésig ugyanis lényegében a községektől függtek, – tekintettel arra, hogy az orvosi fizetésről a község(ek) meghallgatása után született döntés – a gyakorlatban tehát a községet csak a kiírt pályázat kötötte. Az alacsony fizetések ellen a községi orvosok ugyan éltek panasszal, de ez a helyzeten általában nem változtatott, s még nehezebbé tette az orvos helyzetét, hogy a látogatási díjakról külön meg kellett egyeznie a községgel.²⁴⁷

A községek gyenge orvostartási hajlandósága tehát komoly akadálya volt a feladatellátásnak. Ugyanakkor az orvosválasztás is nyithatott frontokat, s ha az orvost sikerült is megválasztani, annak olykor meg kellett küzdenie a községen belüli személyes ellentétek jelentette nehézségekkel.²⁴⁸ E visszasságok, de ezen belül is főképp a fizetés rendezetlensége, esetlegessége miatt a községi orvosok mobilitása igen jelentős volt. A községi orvosok egy csoportja tehát lényegében folyamatosan figyelte a pályázati hirdetéseket, és ha valamelyest magasabb fizetéssel járót talált, akkor igyekezett megkapni az állást.²⁴⁹

A községi orvos anyagi kiszolgáltatottsága lényegében lehetetlenné tette, hogy hatósági feladatait lelkiismeretesen és kellő szigorral lássa el. A községi orvos, ha meg akarta kapni fizetését, akkor kényszerűen szemet kellett hunyjon azon közegészségügyi kihágások felett, melyek nyomán a szolgabíró pénzbírságot szabhatott volna ki. Így tehát, szakközegének kényszerű ellenérdekeltsége miatt, a község közegészségügyi feladatainak egy részét kétes hatékonysággal láthatta el.

4.5.3. A kihágási ügyek

A község közegészségüggyel kapcsolatos hatósági tevékenysége főképp tehát felügyeleti feladatokból állt, a végrehajtás eszközrendszerét pedig a szolgabírói tisztségre telepített kihágási bíraskodási jogkör adta. Közegészségügyi kihágás alapulhatott a közegészségügyi (és más) törvény rendelkezései, rendeletek, valamint a község szabályrendeletei megsértésén. Büntetésként alapszabályként pénzbírság, illetve nem-fizetés esetén alkalmazandó 60 napi fogság volt kiszabható. A szabályrendeletek, illetve az egyes rendeletek meghatározhatták a pontos tételt, a miniszteri rendeletek többségében azonban ezzel nem lehet találkozni. A községek elsőfokú kihágási fóruma a kis- és nagyközségben a szolgabíró, rendezett tanácsú városban a polgármester, vagy annak kihágási ügyekre rendelt helyettese. Az 1879-es kihágásokról szóló büntető törvénykönyv (kbt) külön fejezetben rendelkezett a „közegészség és testi épség” elleni kihágásokról. A kbt rendszere több pontban érintette a közegészségügyi törvény rendelkezéseit, egyes esetekben átemelve, egyes esetekben pontosítva a korábbi törvény szabályozását.²⁵⁰ A kihágási btk. közegészségügyi fejezetében az élelmiszer-egészségügyre (vágóhídi szabályok

²⁴⁷ A BM 1896/97.053 leszögezte, hogy a látogatási díjak nem tekinthetők az orvosi törzsfizetés részének, tehát elvileg külön díj illetné meg az orvost.

²⁴⁸ Az 1893. októberi szigetvári orvosválasztás alkalmával az egyébként csalással vádolt korábbi orvos érdekében emelt óvást az egyik képviselőtestületi tag. – MOL K150-2466-1894-VI-31-25841

²⁴⁹ Erre a jelenségre próbált meg Győr vármegye fegyelmi szabályozással megoldást találni – MOL K150-1325-1888-IV-6-38720

²⁵⁰ A kihágási btk éppúgy szólt az egészségügyi szakmai gyakorlásának kérdéséről, mint az 1876-os közegészségi tc. Orvosi, sebészi, gyógyszerészi, szülésznői gyakorlatot a kbt szerint is csak képesítés birtokában lehet folytatni. Az 1876-os tc-vel szemben a kihágási btk. szülésznői gyakorlat esetében kivételt állapított meg és szabályozta a visszaesés esetét is.(92.§) A

betartásával kapcsolatos), járványügyre, boncolásra, köztisztaságra vonatkozó szabályok éppúgy megtalálhatók, mint a testi épség megsértésével kapcsolatos, a közlekedésre, építkezésre, vadállattartásra vonatkozó szabályok. A kódex érdeme, hogy meghatározta a büntetési tételeket, a közegészségügyi törvényhez hasonlóan 300 Ft-os bírsággal fenyegetve az elkövetőket. A büntetőtörvények „életbelép-tetéséről” elfogadott 1880/XXXVII. tc. meghatározta az eljáró fórumokat, változtatva a korábbi eljá-rási renden. A tc. nem érintette a közegészségügyi törvényt, ugyanakkor az egészségügyi személyzetre (orvosok, sebészek, gyógyszerészek, állatorvosok, szülésznők) vonatkozó kihágási eseteket a kir. já-rásbíróság hatáskörébe²⁵¹, a többi közegészségügyet érintő kihágási esetet – egyes közlekedéssel kap-csolatos eseteket kivéve – a közigazgatási hatóság hatáskörébe utalta. A kir. járásbíróságtól a királyi ítélőtáblához, s az anyagi büntető szabályok nem helyes alkalmazása esetén a Curiához lehetett felleb-bezni.^{252 253} A többi kihágás (tehát a kbt-k-n, a rendeleteken és a szabályrendeleteken alapuló kihágá-soké is, ha a rendeletben nem szerepelt külön rendelkezés) eljáró bírói fóruma a korábbiaknak megfe-lelően a megyékben a szolgabíró, városokban a kapitány, vagy a tanács által e feladatra megbízott tisztviselő. (42.§) Eljáró fórumként a tc-hez kapcsolódó rendelet az elkövetés helye szerint illetékes fórumot jelölte meg.²⁵⁴ A kihágási ügyek eljárásrendje tehát kettéválasztotta az ügyeket, az egészség-ügyi személyzettel kapcsolatos kihágásokat kiemelve a közigazgatási hatóságok bírói hatásköréből rendes bírósági fórumok elé utalta azokat, a többi, nem szakmai elemek által elkövetett kihágásokat a közigazgatási hatóságok hatáskörében hagyta meg.²⁵⁵ Ezen rendelkezés, tekintettel arra, hogy a rende-let szerint a kihágási eljárás hivatalból indult, – azzal, hogy a rendelet szerint névtelen feljelentést nem lehetett figyelembe venni – könnyebbé tette a helyi hatóságokkal sok esetben feszült viszony-ban lévő egészségügyi személyzet számára. A fenti rendszeren a később megalkotott eljárási szabá-lyok sem változtattak.²⁵⁶

4.5.3.1. A kuruzslás kérdése

A kuruzslás jelensége és az ellene való föllépés végigkísérte a modern közegészségügyi ellátás meg-teremtésének időszakát. A közegészségügyi törvényt megelőzően, a Helytartótanács már 1863-ban rendeletben hagyta meg a hatóságoknak, hogy a kuruzslás ellen a lehető legnagyobb szigorral lépjenek

kihágási btk rendezte az orvosi elsősegély-nyújtás kérdését, amit a közegészségi törvény nem tett meg, ez utóbbi ugyanis a községi orvos teendői közé sorolta az életmentéseknél történő közreműködést, illetve az orvosi gyakorlatról szólva rendelte el, hogy az a magánorvos, aki a az orvosi munka megkezdése céljából oklevelét az illetékes hatóságnak bemutatta, de beiktatása és kihirdetése még nem történt meg, az azonnali orvosi beavatkozást igénylő esetekben segítséget nyújtani köteles a hozzá fordulónak. Ehhez hasonlóan a kbt-k. a rendezte az állami, törvényhatósági, vagy községi alkalmazásban álló orvosok, sebészek, szülésznők mulasztásának kérdését, pontosítva tehát a közegészségügyi törvény rendelkezését. Hasonló kiegészítő jellegű rendelkezéseket találunk pl. a dajkákra vonatkozóan (1876/XIV. tc. III. fej., 1879/XL. 106.§)

²⁵¹ Meg kell jegyezni, hogy az 1884-es franciaországi kolera idején az Igazságügyminisztérium közegészségügyi kihágásokra soronkívüliséget írt elő a járásbíróságok előtt. – MOL K150-1193-1884-III-16-50596, IM 1884/37.765

²⁵² Az 1880-as rendelet eredetileg két fellebbezési fórumot jelölt meg, de ez a kihágási ügyek intézésének lassúságához vezetett ezért a BM 1890/2608/eln. rendelet a harmadfokra való fellebbezést a pénzbüntetés mértékétől, az esetlegesen kiszabott elzárástól, illetve foglalkozástól való eltiltástól tette függővé.

²⁵³ EDVI ILLÉS KÁROLY: *A kihágásokról szóló magyar büntető-törvények és az azokra vonatkozó eljárási szabályok magyarázata*. Budapest, 1892, Singer – Wolfner. 213.

²⁵⁴ BM 1880/38.547

²⁵⁵ Ld. STIPTA ISTVÁN: *A magyar bírósági rendszer története*. Debrecen, 1997, Multiplex Media – Debrecen University Press.

²⁵⁶ Ld.: 1897/XXXIV. tc., 1901/XX. tc., BM 1909/65.000

föl.²⁵⁷ Kérdés azonban, hogy pontosan mit is takar a kuruzslás? A jogosulatlan gyógyítás (illetve az engedély nélkül alkalmazott gyógymód) eseteit, másrészt a titkos összetételű szerek használatát, készítését, ezek árusítását.²⁵⁸ A kettő sok esetben összekapcsolódott.²⁵⁹ A hatósági fellépés nem volt megfelelő, ezért a bihari orvos-gyógyszerészeti és természettudományi egylet 1868-ban fölirattal fordult az OKT-hoz, melyben fölhívta a figyelmet a kuruzslás és a titkos összetételű szerek elterjedésére.²⁶⁰ A közegészségügyi törvény kuruzslásról szóló fejezetében tárgyalja a jogosulatlan orvosi gyakorlatot²⁶¹, illetve a titkos összetételű gyógyszerek készítését és árusítását.²⁶² A kuruzslás alapesete tehát kihágást képezett az 1876-os tc. szerint, s mint ilyen 300 Ft-ig terjedő pénzbüntetéssel volt szankcionálható. Az 1879-es kihágási btk 92.§-a helyettesítette a közegészségügyi törvény kuruzslási szakaszait, változtatva a korábbi értelmezésen. Pontosítva a korábbi meghatározáson, az orvosi, sebészi, fogorvosi tevékenység körében írta elő az arra szóló jogosítvány meglétét,²⁶³ illetve tiltotta szülésznői tevékenység végzését olyan helyeken és esetekben, ahol szülész, vagy szülésznő működik és akadályoztatva nincsen. A btk. tilalmazta az arra való jogosultság nélküli gyógyszer-árusítást, eladást²⁶⁴, illetve bizonyos gyógyszerek (tehát a korábban már bevizsgált szerek) ingyen osztogatását is.²⁶⁵ A szabályozásban rejülő hiányosság, hogy a már tiltott szerek ingyen osztogatását rendelte büntetni a törvény, lényegében tehát a gyógyszer ingyen osztogatásával elkövetett kuruzslás alapján nemigen lehetett elejét venni a kuruzslási eseteknek.²⁶⁶ ²⁶⁷ A kuruzslás tehát végigkísérte a hivatalos egészségügy működését. Ennek egyik okaként a kortársak, mivel az számos kibúvót tartalmazott, a szabályozás hiányosságait és a „vállalkozók” felkészültségét tették felelőssé: elég volt például, ha a kuruzsló azt állította, hogy

²⁵⁷ 1863/28.960 (máj. 11.) – *A kuruzslás ügye Budapesten*. Államorvos, 1874/3, 37-40., ezt a BM 1869/2131 sz. rendelet föntartotta.

²⁵⁸ A kuruzslás fogalma nem kellően kidolgozott a korszak joganyagában. Megkülönböztethető a laikus orvoslástól és a népi gyógyásztól is. Ez a differenciálás sem a törvényi, sem a rendeleti anyagban nem tapintható ki. – Ld.: GORTVAY GYÖRGY: *Kuruzslás és laikus orvoslás*. Anya és csecsemővédelem 1941/6. Különlenyomat., a gyógyszer-kérdéshez: DR. BAYER ISTVÁN – DR. DÖRNYEI SÁNDOR: *A hatósági gyógyszerellenőrzés kialakulása és fejlődése*. Különlenyomat a Gyógyszerészet c. folyóiratból, Budapest, 1989-1990-1991.

²⁵⁹ Ilyen volt az 1872-ben elfogott kuruzsó esete is, aki „orvosi” pecsétjére a Krunk főorvos feliratot vésette, és a legkülönfélébb betegségek kezelésére szolgáló csodaszereket árult. – PN 1872. dec. 13.

²⁶⁰ MOL K150-85-1870-IV-3-20283

²⁶¹ Erre példa az az eset, melyben a modori tisztí sebész jogosulatlanul használta az orvostudori címet. – MOL K150-523-1876-IV-6-53961

²⁶² A gyógyszerek árusítása engedélyköteles volt, melynek elengedhetetlen feltétele az előzetes vizsgálat. A vegyvizsgálati jelentések szép számmal tartalmaznak titkos összetételű, vizsgálatra eldobzott, vagy utasított szerről készült elemzést: BALLÓ MÁTYÁS: *Jelentés Budapest főváros vegyészének működéséről 1874-1883-ban*. Budapest, 1885, Pesti ny.

²⁶³ Ilyen volt a soproni Lakatár Ignác esete, aki engedély nélkül gyógyított csonttörési eseteket, jöllehet ezért már korábban megbüntették. – MOL K150-898-1881-IV-3-38955, vagy Kelemen János és neje kérelme, melyben szembetegségek gyógyítására kértek engedélyt, mindenféle képzettség nélkül. – MOL K150-995-1882-IV-3-5439

²⁶⁴ Közegészség és testi épség elleni kihágásnak minősítve. Korábban kuruzslásnak minősült az az eset, amikor a gyógyszer-alapanyagokkal kereskedő drogisták kis tételben, betegeknek adnak el alapanyagot. – BM 1875/26.033. A vásárlók megtévesztése speciális esetben képezhetette kuruzslás tényállását. A Fuchs Betti által forgalmazott „Kárpáti Élet Szeszt” a gyártó gyógyfüveket tartalmazó, gyógyhatású készítményként árulta. A vizsgálatok szerint azonban Kárpátokból származó füveket nem tartalmazott, és gyógyhatása sem volt. – MOL K150-898-1881-IV-3-19384

²⁶⁵ Külön rendelettel betiltott szerekre pl.: BM 1877/15.561: Franz Otto-féle „Puritas” hajfesték, az ügyre MOL K150-610-1877-IV-3-26079, BM 1884/5991: dr. Salamon M. szembalzsama, PM 1886/19.632: Gr. Mattei-féle electo-homöopathikus gyógyszerek, BM 1893/107.878: Brandt-féle svájci pilulák

²⁶⁶ EDVI ILLÉS, 1892

²⁶⁷ A kuruzslási esetek egy része kimerült a kihágási tényállásnál. Ha azonban a tevékenység súlyosabb következménnyel járt, akkor természetesen a btk szabályai voltak alkalmazandók. Pl. Novotny Frigyes, aki jogosulatlanul folytatott orvosi tevékenységet, ami halálesetekkel járt. A főváros a feljelentésen kívül kihágási hatóságként pénzbüntetést is kiszabott, ami ellen az érintett fellebbezett, és följánlotta a miniszternek, hogy szívesen tenne vizsgát is akár, ha csak ez lenne az akadály tevékenysége folytatásának. – MOL K150-523-1876-IV-6-3204

nem pénzért végezte a tevékenységet, vagy hogy csak a törvényes elsősegély-nyújtási kötelezettségének tett eleget.²⁶⁸ Másik okaként az orvosi személyzet hiányát, a gyógyszerek és az orvosi ellátás drágaságát²⁶⁹, illetve a népi gyógyászat és babonavilág erős pozícióit lehetne megjelölni.

5. Orvosok a közegészségügyi rendszerben

Sajátosan alakult az orvosok és a törvényhatóságok, illetve községek viszonya is. Mint a fentiekből kiderült, 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.²⁷⁰ 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.

5.1. 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 honosította.²⁷¹ A nyugati birodalomfél egyetemén szerzett orvosi diplomák kölcsönös elismerése az adott kormányok közötti megegyezés tárgyát képezte. (1876/XIV. tc. 43-44.§) Az országban orvosi gyakorlat folytatására jogosult bárhol letelepedhetett és dolgozhatott, miután oklevelét 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 füg-

²⁶⁸ A szakemberek megemlítik, hogy adott esetben a tanácsadást is büntetni kellene – TURTSÁNYI GYULA: *Kuruzsolás*. Közegészség 1910. ápr. 1. 83-85.

²⁶⁹ *A csodadoktorok hazája*. MK 1898. szept. 11.

²⁷⁰ Ld.: OLÁH GYULA: *A közegészségügy államosításáról*. KSz Budapest, 1890, 378.

²⁷¹ 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 nagyszombati egyetem orvosi kara előtt kellett a vizsgát letenniük (kivéve a Bécsben végzeteknek). – FELHŐ – VÖRÖS, 1961, 115.

gő mértékű díjazás illette. Ha erre nézve előzetesen nem történt megegyezés, a bíróság perben állapította meg a díjazást,²⁷² 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.²⁷³ Másik tipikus ilyen eset a himlőoltás – díjazás ellenében való – végzésében részvétel volt.²⁷⁴ Kirendelést praxisának területén köteles volt ellátni, azon kívül csak akkor, ha azt elfogadta. Járvány esetén a magánorvost elsősegély-nyújtási kötelesség terhelte, valamint ha az adott településen más orvos nem működött, akkor köteles volt a további gyógykezelést is elvégezni.²⁷⁵

5.2. 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, az állami vállalatok orvosai, valamint az állam által fenntartott gyógyintézetekben dolgozó orvosok. (Állami gyógyintézetek voltak az állami közkórházak, az állami elmegyógyintézetek, a Vakok Intézete, a már említett egyetemi klinikák, valamint a speciális gyógyintézetek (pl. szemkórházak, bábaképzők)).

5.2.1. A központban

A központ munkájában háromféleképpen vehettek részt orvosok. 1) Találunk orvosokat a közegészségügyi osztály munkatársai között²⁷⁶, akikről az 1876-os törvény kimondja, hogy egyenlő elbánásban részesülnek a többi hivatalnokkal (166.§)²⁷⁷ A Belügyminisztériumon kívül más minisztériumokban is

²⁷² 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.

²⁷³ 1876/XIV. tc. 84-85.§ pl. Győrben történt ilyen eset – GYVL Tan/1873/2900

²⁷⁴ Ld. 1887/XXII. tc. 7.§

²⁷⁵ A kirendelésre, valamint a felelősségre vonatkozó szabályokat ld. alább.

²⁷⁶ Ahol olyan kiemelkedő szakemberek fordultak meg a korszakban, mint például Chyzer Kornél, aki annak vezetője volt 1892-től, vagy Oláh Gyula.

²⁷⁷ 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 rendezte. – CSIKVÁRI JAKÓ: *Tisztviselői mozgalmak története (1867-1908)*. Budapest, 1909, Franklin ny. 29.

találunk orvos tisztviselőket.²⁷⁸ 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.²⁷⁹ A minisztériumi, biztos megélhetést kínáló tisztviselői pálya főleg a szegény vidéken működő (kör)orvosok számára jelentett nagy vonzerőt, mit a számos álláskérelem is bizonyít.²⁸⁰ 2) A minisztériumhoz tartoztak továbbá a kiküldött kormánybiztosok, valamint a közegészségügyi 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.²⁸¹ Rendszeresen részt vettek az osztály munkájában az Országos Közegészségügyi Tanács tagjai is. 3) A minisztérium szakmai-tanácsadó szervezete, az OKT volt a harmadik lehetőség.²⁸² Az 1890-ben létrejött másik (az Igazságügyi Minisztérium mellett működő) tanácsadó testületben, az Igazságügyi Orvosi Tanácsban is természetesen orvos-tisztviselőket találunk.^{283 284}

5.2.2. 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 szülésmesteri 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

²⁷⁸ Ilyen volt például Markusovszky Lajos, aki a Vallás- és Közoktatási Minisztériumban 1867-től 1892-ig dolgozott előadóként.

²⁷⁹ A közszolgálati viszonyhoz, szolgálati beosztáshoz ld.: CSIZMADIA ANDOR: *A magyar közigazgatás fejlődése a XVIII. századtól a tanácsrendszer létrejöttéig*. Budapest, 1976, Akadémiai. 204.

²⁸⁰ Dr. Keresztes Jenő Moson vármegyében dolgozó kórorvos pl. minisztériumi napidíjas állást kért 1903-ban azzal az indokkal, hogy kórorvosi fizetéséből gyerekeit nem tudja a városi gimnáziumban taníttatni. A kérelmet a megye főispánja is támogatta. – MOL K148-258-1903-5-1275

²⁸¹ SZÉKELY, 1980, 69-74.

²⁸² Az OKT tagjai között találjuk a korszakban Bókay Jánost, Balassa Jánost valamint Korányi Frigyeszt is.

²⁸³ Mely testület az Igazságügy-minisztérium és a bíróságok munkáját segítette. – 1890/XI. tc.

²⁸⁴ A Tanács egy elnökből, egy alelnökből és húsz rendes tagból állt. (1890/XI. tc. 3.§)

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 előjáróság, 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.²⁸⁵ Többek között ezen a helyzeten változtatott az 1893-as, a budapesti kerületi előjáróságokról szóló tc., mely újabb orvosi állás, a szegényorvosi állás létesítésével próbálta meg a kerületi orvos hatósági orvosi funkcióját erősíteni.²⁸⁶ (4.§) (ld. fent)

5.2.3. Törvényhatósági orvosok²⁸⁷

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 válás- 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.

²⁸⁵ Így fordulhatott elő az, hogy az 1886-os kolerajárvány idején azon vitatkoztak, hogy a járványban elhunytakat melyik orvos boncolja. – *A főváros egészségügyi igazgatásának reformjáról*. MK 1890/13. (márc. 27.)

²⁸⁶ 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.

²⁸⁷ A fővárosi viszonyokhoz ld. a 3. pontot.

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. 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 orvosukat, 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.

5.2.3.1. Törvényhatósági orvosok felelősségi viszonyai

A megválasztott főorvos a törvényhatóság tisztikarának tagjaként a közgyűlésben szavazati joggal rendelkezett akkor is, hogy ha nem volt tagja a bizottságnak. (47.§) A törvény a törvényhatóságra bízta saját szervezet kiépítését, tagjai hatáskörének megállapítását, de a hierarchiát meghatározta, azaz az alispán, illetve szolgabíró voltak a megye, illetve a járás első tisztviselői, az ő beosztottuk volt a fő-, illetve a járási orvos.

A törvény ugyanakkor biztosította a főispán tisztviselőket illető ellenőrzési jogát. E szerint a főispán évente legalább egyszer megvizsgálta a tisztviselőket, szükség esetén vizsgálatot rendelhetett el, felfüggeszthette és mással helyettesíthette a feladatának meg nem felelő tisztviselőt. (53.§)

A főorvos, járási orvos felelőssége egyrészt általános (ami alatt hivatali kötelességeinek teljesítésével kapcsolatos felelősség értendő), büntetőjogi, valamint kártérítési felelősség volt. Kártérítési felelőssége teljes volt, azaz minden kárért, amit hivatalos minőségében eljárva, vagy éppen mulasztásával bárkinek (államnak, törvényhatóságnak, községnek, vagy magánszemélynek) okozott, teljes kártérítéssel tartozott.(73.§) Ha nem teljesítette kötelességét, de magatartása nem volt bűncselekmény, akkor tiszti keresetnek volt helye.(77.§) A tiszti keresetet a főispán vagy a közgyűlés által elrendelt vizsgálat előzte meg, melyet a fegyelmi választmány folytatott le. (A választmány négy tagja közül kettőt a közgyűlés, kettőt a főispán jelölt, s elnököt a választmány tagjai közül maga választott) (79.§). A vizsgálat után a közgyűlés döntött a tiszti kereset megindításáról, mely, ha vétkesnek találta a tisztviselőt, dorgálással, 500 Ft-ig terjedő bírsággal, vagy hivatalvesztéssel büntethette azt. Az 1870-es szabályozás legnagyobb hibája az volt, hogy a tiszti keresetek ügyében a döntési jogkört a királyi törvényszékekre telepítette, ezzel aránytalanul lassúvá tette a fegyelmi ügyek lezárását.

A fegyelmi felelősség, a fegyelmi ügyekkel kapcsolatos eljárás rendezésére az igazgatásrendszer 1876-os átalakítása során került sor.²⁸⁸ Ekkortól lehetővé vált a tisztség betöltésére alkalmatlan tisztviselő fegyelmi úton való eltávolítása, ami a közegészségügyi személyzetre nézve azt jelentette, hogy a szakmailag nyilvánvalóan fölkészületlen, az iszákos, valamint a nemzetiségi területeken a helyi nyelvet a szabott határidőn belül meg nem tanuló orvos eltávolítása egyszerűbbé vált.²⁸⁹

Az 1876/VI. tc. létrehozta a közigazgatási bizottságot, hármas feladattal. A bizottság egyrészt igazgatási, másrészt fellebbezési ügyekben járt el, továbbá (első fokú és fellebviteli) fegyelmi hatóságot is gyakorolt.²⁹⁰ (12.§) A bizottság munkájában részt vett a törvényhatóság főorvosa is, az ő esetében – mivel a bizottság tagja volt – első fokon a bizottság döntött, míg a többi, nem bizottsági tag tisztviselő esetében fellebbezési hatóságként döntött. Így tehát más eljárási szabályok vonatkoztak a főorvos és a járásorvos fegyelmi ügyeire. (42-43.§) A fegyelmi eljárás megindítására a főorvos esetében, tekintettel arra, hogy a törvényhatóság választott tisztviselőjéről volt szó, a miniszter, a bizottság, illetve a közgyűlés határozata alapján kerülhetett sor. Az eljárás saját tag ügyében is vizsgálattal indult, melyet a bizottság tagjai közül kijelölt megbízott, vagy megbízottak végzett, ill. végezhettek. A vizsgálat lezárulása után az iratokat a tiszti ügyésznek küldte meg a bizottság, aki indítványával együtt továbbította

²⁸⁸ A közigazgatási rendszer átalakítása – politikai akadályok miatt – ekkor nem lehetett teljes. A kérdéshez ld.: STIPTA, 1995, PÓK ATTILA: Birodalmi egység és magyar szuverenitás a dualizmus kori magyar közigazgatás politikumából. In: *Nemzeteken innen és túl*. Budapest, 2000, Korona. 137-148.

²⁸⁹ A nyelvtudás kérdése az orvosokra vonatkozóan majd csak az 1908-as szabályozásban jelent meg, addig a tisztviselőkre vonatkozó általános szabályok alapján, a fegyelmi szabályok szerint rendezték a kérdést. Előfordult olyan eset is, hogy az orvosnak nem csak a nemzetiségi nyelvet, hanem a magyart is el kellett sajátítania alkalmazása után, mint az történt Kolozs vármegyében Lubmann Ignác körorvossal.- MOL K150-817-1880-IV-6-57540

²⁹⁰ A fegyelmi eljárásra mind az 1876/VI., mind az 1876/VII. tc. tartalmazott szabályokat.

a fegyelmi választmányának. Fegyelmi ügyben a bizottságnak ez az ötfős választmánya döntött, mely döntés ellen bármelyik érdekelt a belügyminiszterhez fellebbezhetett.²⁹¹

A többi törvényhatósági orvos esetében az 1876/VII. tc. által megállapított szabályok voltak érvényesek. A vizsgálatot ebben az esetben tehát a törvényhatóság közgyűlése, a főispán, a közigazgatási bizottság, az alispán (vagy a polgármester), valamint a belügyminiszter (illetve más miniszter is, a főispán meghallgatásával, ha feladatkörét érintő esetről volt szó) rendelhette el (2.§), s az alispán (polgármester), vagy helyettese folytathatta le. A vizsgálat a fentiekhez hasonlóan folyt, azaz az iratokat a tiszti ügyésznek kellett megküldeni, aki indítványozhatta az eljárás folytatását, vagy befejezését, és az első esetben indítványt tehetett a büntetésre is. Ha a tiszti ügyész a vizsgálat alapján úgy ítélte meg, hogy a cselekményre már a büntető törvények vonatkoznak, akkor az iratokat a közigazgatási bizottság áttette a közvádolóhoz. Ha a tiszti ügyész indítványa szerint az eljárás folytatódott, akkor az ügyben az alispán (polgármester) hozta meg első fokon a döntést, akitől a közigazgatási bizottsághoz lehetett fellebbezni, és ha a két fórum döntése eltért egymástól, akkor harmadfokon a belügyminiszterhez is nyitva állt a fellebbezés. A fegyelmi eljárás keretében a vétkes tisztviselőt dorgálással, 500 Ft-ig terjedő bírsággal, vagy hivatalvesztéssel büntethették. Ezt a rendszert az 1886-os rendezés is megtartotta, tehát a felelősségi viszonyok és az eljárás a továbbiakban nem változott.²⁹² A fent ismertetett eljárásra alapvetően a tisztviselő hivatali viszonyával kapcsolatos kötelezettségeinek megsértése esetén kerülhetett sor.²⁹³

5.2.3.2. Községi orvos felelőssége

Az 1871-es törvény rendelkezett a községi elöljáróság és a képviselők felelősségéről. Mivel a községi orvos tagja volt az elöljáróságnak, a törvény VII. fejezetében megállapított szabályok rá is vonatkoztak. A megoldás alapjaiban igazodott a törvényhatósági tisztviselők felelősségi szabályaihoz, tehát itt is találkozunk a kártérítési felelősség intézményével, illetve a hivatali köteleességek nem teljesítése szankcionálásának eljárási formájával, a tiszti keresettel. A tiszti keresetet megelőző vizsgálat megindításáról belügyekkel kapcsolatban a képviselőtestület, a törvények, szabályrendeletek végrehajtásával kapcsolatosan kis- és nagyközségek esetében a szolgabíró, rendezett tanácsú város esetében az egészségügyi személyzetre vonatkozóan a polgármester döntött. (92.§) A tiszti keresetet a vizsgálat után a szolgabíró, illetve a képviselőtestület rendelte el, s az eljárás tiszti ügyész útján az első folyamodású királyi törvényszék előtt folyt. (96-97.§) A büntetés – hasonlóan a törvényhatósági tisztviselők fegyelmi ügyében kiszabható büntetéshez – dorgálás, 500 Ft-ig terjedő pénzbüntetés, vagy hivatalvesztés lehetett. Az 1876-os reformok keretében a községi személyzet fegyelmi eljárásának rendje is átalakult. Az 1876/V. tc. szerint a községi elöljáróság bármely tagja ellen indítható volt fegyelmi eljárás, ha

²⁹¹ A bizottságok, valamint az ún. különleges alakulatok – köztük a fegyelmi választmány – ügyrendjét viszonylag későn, csak 1902-ben szabályozták egységesen. – TEGZES FERENC: *Baranya vármegye Közigazgatási Bizottságának „különleges alakulatai” a dualizmus időszakában* (I. rész). Baranyai Helytörténetírás 1987/88, Pécs, 1988. 225-250.

²⁹² Azzal, hogy az 1901/XX. tc. 10.§-a szerint a fegyelmi ügyekben is lehetséges volt az újrafelvétel

²⁹³ A törvény rendszerébe kevésbé illeszkedik az a pont, mely a botrányt okozó erkölcstelen élet, vagy az ezzel kapcsolatos kihágás ügyében is folytatandó eljárásnak rendel el a fegyelmi eljárást. (1876/VII. 1.§ b))

nem teljesítette törvényen vagy rendeleten alapuló kötelezettségét, ha olyan szabályrendeletet hajtott végre, mely csak törvényhatósági vagy miniszteri jóváhagyás után lett volna végrehajtható, illetve ha nyilvános botrányt okozó erkölcstelen életet élt, vagy ilyen kihágást követett el. Ezen kívül fegyelmi eljárással eltávolíthatókká váltak azok a községi előljárósági tagok, akik alkalmatlanok voltak feladatok ellátására.²⁹⁴ (18.§) A fegyelmi eljárást kis- és nagyközségben a szolgabíró, az alispán, a közigazgatási bizottság, valamint a törvényhatóság közgyűlése rendelhette el, rendezett tanácsú városban a képviselőtestület, az alispán, a közigazgatási bizottság, valamint a törvényhatóság közgyűlése. Az új szabályozásban a kis- és nagyközség képviselőtestülete nem jutott szerephez, és tágabbá vált az a kör, mely megindíthatta a tiszti keresetet. A vizsgálat lefolytatására kis- és nagyközségben a szolgabíró, rendezett tanácsú városban a közegészségügyi feladatokkal megbízott tisztviselők közül a rendőrkapitány és az orvos ügyében az alispán volt jogosult. (20.§) Így kötöttebbé vált a vizsgálat lefolytatása, s látható, hogy a törvényhatóság a községek kulcspozícióiban lévő tisztviselői ellen folytatott vizsgálat vezetésével megkerülhetetlen szereplővé vált. Az a megoldás tehát, hogy a község saját ügyeiben bizonyos fokú önállósággal kezelhette a tiszti fegyelmi ügyeket, 1876-után teljesen megváltozott. A szankciórendszer szintén igazodott a törvényhatósági eljárásban szabályozotthoz, azzal, hogy a pénzbüntetés mértéke a kis- és a nagyközségnél kisebb súlyú vétség esetén alacsonyabb volt, így tehát 25-500 Ft között kiszabható pénzbüntetéssel, dorgálással vagy hivatalvesztéssel volt büntethető az eljárás keretében felelősségre vont tisztviselő. (23.§) A szolgabíró, a képviselőtestület és a polgármester határozata ellen az alispánhoz, innen a közigazgatási bizottsághoz (ha nem egybehangzó a két határozat (27.§)), az alispán elsőfokú határozata ellen a közigazgatási bizottsághoz, innen pedig nem egybehangzó két határozat esetén a belügyminiszterhez lehetett fellebbezni. (25.§)

Az ügyek egy részében visszaköszön a kiépült közegészségügyi ellátórendszer minden strukturális hibája. 1880-ban például Szatmár vármegye egyik körorvosa ellen indult eljárás. Az iratok szerint kanyarójárvány idején a szolgabíró ellenőrzésekor kiderült, hogy az orvos jelentésében a járványról szereplő adatok nem feleltek meg a valóságnak, és az orvos nem látogatta a betegeket. A szolgabíró kezdeményezése nyomán az alispán megindította a fegyelmi eljárást, melynek során az orvost felfüggesztése idejére eső fizetésének elvesztésén túl pénzbírsággal is sújtotta. Ez ellen az orvos fellebbezett, és a közigazgatási bizottság megállapította, hogy nem követett el mulasztást, mert az utak valóban nehezen voltak járhatók a kérdéses időszakban, s a község sem teljesítette a fuvar, ezen kívül pedig az orvos a bíró tájékoztatására hagyatkozott a jelentés elkészítésekor. A fegyelmi bizottság fölmentette a bírság alól. Harmadfokon a belügyminiszter kijelentette, hogy az orvosnak járvány idején személyesen kellett volna meggyőződni a községben lévő állapotokról, de nem sújtotta büntetéssel az orvost.²⁹⁵ Az ügyek nagyobb része egyszerű mulasztási eset volt. Előfordult, hogy a szolgabíró utasítását nem hajtott végre az orvos: ez történt például Krassó-Szörény megyében, ahol a járvány megállapítására vo-

²⁹⁴ Ilyen volt az a bács-bodrogi eset, melyben egy községi orvost azért távolítottak el, mert gyakran előfordult, hogy részegen dolgozott, valamint hogy ittasan, botrányt keltve randalírozott a községben. – MOL K150-2343-1893-VI-31-73596

²⁹⁵ MOL K150-817-1880-IV-6-48861

natkozó szolgabírói utasítást nem hajtotta végre a körorvos²⁹⁶, vagy nem jelent meg vizsgálatoknál, esetleg halotti bizonyítványokat állított ki a vizsgálat megejtése nélkül.²⁹⁷ Ezen túl előfordultak súlyosabb esetek, melyekben megjelent egyrészt az, hogy a körorvosok általában túlságosan nagy orvosi körben dolgoztak, s a járványüggyel kapcsolatos többletmunkát (a gyakoribb megjelenést, az adminisztrációs feladatokat) nem tudták, vagy nem akarták elvégezni, másrészt egyes orvosok a többletmunka alkalmával jogosulatlanul pénzhez kívántak jutni körük betegeitől, ami például Udvarhely megye egyik orvosi körében fordult elő.²⁹⁸ Fegyelmi eljárás tárgyát képezhette olyan ügy is, mely nem kifejezetten az orvosi működéssel és kötelességgel volt kapcsolatos. Ilyen volt például az a Bács-Bordog megyei eset, melyben az orvos pénzt csalt ki községének lakosától azzal, hogy álláshoz juttatja ismeretségén keresztül.²⁹⁹ Előfordulhatott, hogy az orvos ellen saját mulasztása és a községi előjáróság más tagjainak szabálytalan, korrupciós és hivatali visszaélésekkel terhelt ügyei miatt indult fegyelmi eljárás. Más községi orvos a halott-vizsgálatok körül követett el súlyos mulasztásokat, és így lényegében hozzájárult egy halált okozó testi sértés eltussolásához.³⁰⁰

5.2.3.3. Tiszti viszonyon kívüli felelősség

Az orvosi felelősség jogszabályban meghatározott területe nem merült ki a törvényhatósági és a községi törvényekben rendezett tiszti keresettel kilátásba helyezett szankciórendszerben. Ezek ugyanis az orvosok meghatározott csoportjára, a törvényhatósági és községi alkalmazásban álló orvosokra vonatkoztak, mégpedig ezen jogviszonyukból fakadóan. Tehát a tiszti kereset intézménye a szolgálati viszonyból, ahhoz kapcsolódva, a jogviszony részeként értelmezendő. Mindez azt jelenti, hogy a felelősségre vonás a fenti csoportban, kihágás esetén, két úton történt, egyrészt a tiszti kereset, másrészt az adott kihágásra vonatkozó jogszabály alapján.³⁰¹

A speciálisan orvosok által elkövethető, szankcionált cselekményeket több jogforrás szabályozta. Ezek egyrészt lehettek szabályrendeletek, rendeletek, illetve törvények.³⁰² Jóllehet a szabályrendeleti anyag túlnyomó részben illeszkedett a rendeleti anyaghoz (ld. pl. járványüggyel kapcsolatos szabályrendeletek) lehet találkozni, kifejezetten a helyi viszonyokkal foglalkozó szabályrendeletekkel is. (ilyen pl. a fővárosi kerületi orvosokra vonatkozó anyag)

²⁹⁶ MOL K150-1641-1888-IV-6-20115, mely eset egyébként már súlyosabb mulasztás, tekintettel annak járványügyi vonatkozására

²⁹⁷ MOL K150-1641-1888-IV-6-2130

²⁹⁸ MOL K150-1325-1888-IV-6-10150

²⁹⁹ MOL K150-1325-1888-IV-6-77971

³⁰⁰ Mint az a vizsgálatokból kiderült, a halottvizsgálatot írástudatlan halottkém végezte, gyakran meg sem nézve az elhunytakat. A községi előjáróság tagjai súlyos visszaéléseket követtek el a községi vagyonkezeléssel, a pótdókkivetéssel, valamint a hivatali ügyintézésel kapcsolatosan. Eljárás indult, melyben az előjáróság egészét eltávolították, a községi orvost viszont a közlegő kolerára tekintettel visszahelyezték állásába, hogy az egészségügyi ellátás biztosított legyen. – MOL K150-2466-1894-VI-31-76122 Egyébként a halottvizsgálati, valamint boncolási feladatok ellátása nem tartozott az orvosok kedvelt feladatai közé. Több esetben előfordult, hogy a boncolásokat másra – legtöbbször sebészre – bízták. – MOL K150-523-1876-IV-6-6485

³⁰¹ A kihágási btk kimondta, hogy hivatalvesztést nem állapíthat meg a kihágási ügyben döntő bíróság által (tehát azt megahagyja a már szabályozott tiszti eljárás körében), valamint hogy a törvény rendelkezései nem érintik a fegyelmi szabályokat.

³⁰² Ilyen volt pl., hogy a kezelőorvos által alkalmazott sebkötéseket csak kivételes esetekben változtathatta meg más orvos. – BM 1900/2993 eln.

A speciális szabályokat két nagy jogforrás tartalmazta: a közegészségügy rendezéséről szóló 1876-os, valamint a kihágásokról szóló 1879-es tc., de a teljesség kedvéért hozzá kell tenni, hogy az 1878-as btk is rendelkezett orvosok által megvalósítható tényállásokról (XXXIII. fejezet), illetve a gondatlanságból elkövetett súlyos testi sértés, emberölés tényállását rendelte alkalmazni az orvosi műhiba folytán bekövetkezett esetekre. (291-292.§, 310-311.§)

A közegészségügyi törvény elsősorban a közalkalmazásban dolgozó orvosokra állapított meg szabályokat, de magánorvosokra vonatkozó rendelkezések is találhatóak voltak a törvényben: az orvosi gyakorlatra vonatkozó szabályok közül kiemelendő a külföldi egyetemen szerzett oklevél honosításával kapcsolatos rendelkezés, mely szerint orvosi gyakorlatra az jogosult, aki vagy magyar, vagy honosított³⁰³ diplomával rendelkezik,³⁰⁴ illetve az, hogy az orvos maga határozhatja meg a gyógymódot, de a műhibákért felelős.³⁰⁵ A másik terület, mely a magánorvost érintette, a járványüggyel kapcsolatos kirendelés lehetősége, és a járványos betegségekre vonatkozó bejelentési kötelezettség esete, mely esetekben a magánorvost a törvény bevonta a közegészségügyi szférába. A közegészségügyi törvény szerint, hogy a magánorvosokat ugyanolyan bejelentési kötelezettség terhelte, mint a közalkalmazásban álló orvosokat (és bárki mást), előírta továbbá, hogy ha az adott településen nincs községi (városi) orvos, akkor az elsősegély-nyújtási kötelezettségen túl kötelesek további kezelést is végezni. Járvány esetén, ha a községi orvosok nem tudnák ellátni feladatukat, illetve ezek hiányában a hatóság a magánorvost járványorvosi feladatok ellátására kirendelhetette, továbbá a hatósági rendeletek végrehajtására kötelezte. (80.§, 84-85.§) A kihágási btk (formailag) tovább bővítette a magánorvosok (és sebészek) kötelezettségeit, mégpedig azzal, hogy a segítségnyújtási kötelezettséget általánosan veszélyhelyzetre állapította meg.³⁰⁶ Közszolgálatban álló orvosokra a kihágási btk szabályai kiegészítették a közegészségügyi törvény rendelkezéseit. Így a törvény szankcionálta a hivatalhoz kapcsolódó orvosi munka megtagadását vagy elhalasztását, illetve azt, ha az állam, a törvényhatóság, vagy a község által alkal-

³⁰³ Honosítás körüli gyakorlatra példa az a levelezés, mely Kőhalom szék és a minisztérium között folyt a grazi egyetemen diplomát szerzett Weinkircher József ügyében. Az orvos a minisztériumban bemutatta diplomáját, így az tájékoztatta a székot, hogy Weinkircher nem hogy csak a szék területén, hanem az egész országban jogosult orvosi gyakorlat folytatására. – MOL K150-523-1876-IV-6-3587

³⁰⁴ Előfordult, hogy (magyar) sebészi oklevéllel rendelkező személy orvosi címet használt. – MOL K150-523-1876-IV-6-53961

³⁰⁵ A műhiba kérdését sem a közegészségügyi törvény, sem a későbbi rendeletek nem tisztázták kellőképpen, így lényegében a bírói gyakorlat alakította ki a műhiba-jellegű ügyekkel kapcsolatos megoldásokat. A kérdés megítélése kényes, mert mint Schächter Miksa 1892-ben fogalmazott: „Tapasztalataink szerint az orvostudomány terén nincsenek és nem is lehetnek általános és minden időre, minden alkalomra érvényes szabályaink s ennek megfelelően az orvosi felelősséget az általános szabályok szerint mérni és megítélni nem lehet.” (idézi: KASSAI BÉLA - SZÖKE SÁNDOR: *Az orvos felelőssége*, Budapest, 1938., 20.) Maradt tehát a közegészségügyi törvény keret-szabályozása, illetve a btk és a kbt szabályozása, mely az általános büntetőjogi szabályozás keretébe illesztette be az orvosi gyakorlat közben elkövetett cselekményeket. (Pl.: gondatlanságból elkövetett emberölés tényállásába) Műhiba ügyekben a bíróságok szakvéleményt az OKT-tól, majd az Igazságügyi Orvosi Tanácstól kérhettek. – a kérdéshez ld.: SCHÄCHTER MIKSA: *Az orvosi beavatkozás jogáról és az orvos felelősségéről*. MJÉ, 202. XXIV. köt. 2. füz. Budapest, 1902, KÁDÁR ZOLTÁN: *Az orvosi műhibákról*. MJÉ, 1912. nov., 38. füzet KASSAI BÉLA-SZÖKE SÁNDOR: *Az orvos felelőssége*. Budapest, 1938, Grill. BÜCHLER DÁVID: *Orvosi műhiba és kártérítés*. Pécs, 1941, Pécsi Irodalmi és Könyvnyomdai Rt.

³⁰⁶ A segítségnyújtási kötelezettséget a közegészségügyi törvény mindenkiére nézve előírta, azonban igaz az, hogy az orvosokra vonatkozó szabályok a magánorvosokra kifejezetten csak a járványos időben történő segítségnyújtást írták elő.

mazott orvos járványos időben felmondásának elfogadását be nem várva elhagyta szolgálati helyét. (94-95.§)³⁰⁷

A törvényhatósági, illetve községi orvosok által elkövetett, kihágási kategóriába eső cselekményeket a közegészségügyi törvény kimerítően szabályozta. A kihágási btk esetükben megelégedett azzal, hogy a hivatalos alkalmazással összefüggő orvosi, sebészi szolgálat elhalasztását, elmulasztását, valamint a járványos betegség idején történő szabálytalan lemondás esetét rendelte büntetni, meghatározva a büntetési tételt is, mely megfelelt a közegészségügyi törvényben meghatározottaknak. Általános közegészségügyi kihágások esetében ugyanakkor az orvosi minőség a büntetés kiszabásakor súlyosbító körülményt jelentett.³⁰⁸

6. A községi orvosi állás államosítása: az 1908/XXXVIII. tc.

Az új törvénynek kettős célja volt. Az indoklás megállapítása szerint az 1876-os közegészségügyi törvény nem határozta meg kellő pontossággal az egészségügyi személyzet és az intézkedésre kötelezett hatóság jogait és kötelességeit. Ezt volt hivatott pótolni az új törvény, továbbá nagyobb horderejű változásként, az új szabályozáshoz köthető a községi, városi orvosok javadalmazásának rendezése is.

6.1. A feladatkör meghatározása

A törvény taxatívén felsorolja a rendezett tanácsú város, községi, vagy körorvos feladatait. Az új szabályozás szerint, egybevágóan a korábbival, az orvos körének, községének vagy városának közegészségügyi, hatósági-orvosi és igazságügyi-orvosi teendőit végzi. Ennek keretében:

1. Ellátja a lakosokat, és orvosi segítséget ad a szülő nőknek. A szegényeket ingyen, a vagyonosokat szabályrendeletben megállapított díj ellenében. (A díjazásra a korábbi szabályozás szerint a községgel előzetesen kötött megállapodás volt irányadó (1876/XIV. 145.§ 1.))
2. Felügyel az állami gyermekmenhelyek által telepeken elhelyezett gyermekekre teleporvosként, a Belügyminiszter által megállapított külön díj ellenében. (Az 1876-os szabályozásban pusztán annyi szerepel, hogy felügyel a lelencekre, és a dajkaságba adottakra – külön díjról nem esik szó (145.§ 2.)) Felügyel továbbá az állami gyermekmenhelyek keretein belül városban, községben elhelyezett gyermekekre, a dajkaságba adottakra, illetve a községi ápolás alatt levő és az elmeógyógyintézetek által családi ápolásba kiadott elmebetegekre, a gyengeelméjűekre, némákra, süketnémákra, vakokra és más testi fo-

³⁰⁷ A felmondással kapcsolatban megfigyelhető volt az a gyakorlat, mely szerint az orvosok több állást is megpályáztak egyszerre, s ha kedvezőbb feltételekkel találtak újabb állást, akkor azt igyekeztek a lehető legrövidebb idő alatt elfoglalni. Ezen gyakorlat ellen hozott Győr vármegye közgyűlése határozatot, mely szerint a lemondó körorvosok távozási szándékukat 6 héttel előbb kötelesek bejelenteni a fősolgabíróknak, s ha ezt elmulasztanák, akkor fegyelmi vétséget követnek el. Ez a rendelkezés tehát tovább tágtította az 1879-es tc-ben szereplő szabályokat, ugyanakkor megemlítendő, hogy a miniszter a hozzájárulásban utalt, a kialakult szokásjogra, mely megkövetelte, hogy az orvosok (és a hivatalnokok) várják be a szabályszerű felmentésükről szóló határozatot. – MOL K150-1641-1888-IV-6-38720

³⁰⁸ BM 1885/3647

gyatékosokra, róluk nyilvántartást vezet. (Az 1876-os törvény nem említi a nyilvántartás vezetését.)

3. Megfigyeli a város, illetve a község (kör) közegészségügyi viszonyait befolyásoló tényezőket, az esetleges feladatokról javaslatot tesz a községi elöljáróságnak, és az elsőfokú közegészségügyi hatóságnak. (A korábbi szabályozás nem jelölte meg, hogy kinek is kell javaslatot tennie az orvosnak (145.§ 5.))
4. Végzi a himlőoltást és újraoltást, valamint szükség esetén a kényszeroltást is, a rendeletben megállapított díj ellenében.
5. Székhelyén és az ahhoz tartozó pusztákon, ha nincs külön orvos-halottkém, teljesíti a halottkém feladatait. A köréhez tartozó többi községben felügyel a halottkémekek munkájára. Arról, hogy a székhelyéhez közel eső helységekből teljesítsen-e, s milyen díjak mellett halottkémként szolgálatot, a közigazgatási bizottság esetről-esetre dönt. A halottkémként végzendő munkát a gyógyításhoz hasonlóan szegények esetében ingyen, vagyonosoknál a közigazgatási bizottság által megállapított díj ellenében végzi. A vizsgálatról jegyzéket vezet, és a halott-vizsgálati jegyzőkönyvet beszolgáltatja a községi elöljáróságnak és az anyakönyvvezetőnek. A körorvos nyilvántartja a körében dolgozó halottkémekeket. (A közegészségügyi törvény a községi és körorvos halott-vizsgálati feladatait hasonlóképpen szűkszavúan rendezte, arra szorítkozva, hogy az orvos a vizsgálatot szegényeknél ingyen, vagyonosoknál díj ellenében végzi, ha nem működne külön halottkém (145.§ 4.))
6. A városi illetve a községi (kör)orvos ellenőrzi az élelmiszereket, az élelmiszer-árúsításra szolgáló edényeket, az árusított italokat, ellenőrzi a vágóhidakat, mészárszékeket és az azokban található húst, ha nincs állatorvos és vágóbiztos, akkor a nekik járó díjazás ellenében teljesíti a vágóhídi hússzemlélet. Felügyel az ivóvízminőségre, (kutak, források, vízművek ellenőrzésével). (Az élelmiszer- és ivóvíz-, valamint a vágóhíd ellenőrzést, a korábbi szabályozás a község feladatai közé sorolta. Végrehajtását kis- és nagyközségekben a bíróra és a községi jegyzőre, rendezett tanácsú városokban a rendőrkapitányra, törvényhatósági joggal felruházott városokban a kapitánysági közegekre, Budapesten a fővárosi rendőrségre bízta. (1876/XIV. 141.§)
7. Közreműködik az életmentéseknél.
8. Felügyel a város, a község (kör) területén működő, általa nyilvántartott bábák működésére. (A korábbi szabályozásban annyi szerepelt, hogy a község köteles gondoskodni (községi költségen) okleveles szülésznő képzéséről, ellenőrzésről nem esett szó (140.§))
9. A városi orvos a hatósági orvosi hullavizsgálatoknál és a boncolásoknál, a községi (kör) orvos csak a járásorvos akadályoztatása esetén működik közre, – a korábbi szabályozásban nem szerepelt, hogy e feladat elsősorban a járásorvost terheli –, valamint a bíróság felhívására külön díjazás ellenében teljesíti az igazságügyi orvosi feladatokat.

10. Ellenőrzi a fertőző betegségek terjedése elleni intézkedéseket, ellenőrzi a fertőtlenítés végrehajtását és vezeti a járványkórházat, ha ennek nincs külön orvosa.
11. Előadó a város, illetve a kör egészségügyi bizottságában.
12. Végül havonta jelentést tesz az egészségügyről a hatósági orvosnak, azaz a városi orvos a tiszti főorvosnak, a községi (kör)orvos pedig a járásorvosnak. (A korábbi szabályozásban negyedévente tett jelentést az illetékes hatóságnak az egészségügyről, valamint az esetleges hatósági orvosi és igazságügyi orvosi vizsgálatokról (1876/XIV. 145.§).)

6.2. Községi orvos alkalmazásának kötelezettsége, orvosi körök

Az 1908-as szabályozás tehát jóval pontosabban határozta meg a városi és községi (kör)orvos feladatait. Az új törvény előírta, hogy minden 5000 főnél nagyobb lélekszámú község orvost tartani köteles. (2.§) Az indoklás szerint ekkor már több olyan község létezett, mely a korábbi törvényben megállapított nagyságnál (6000 fő) kisebb és mégis tart orvost, ugyanakkor a már kialakult orvosi körök miatt az új szabályozás meghagyta annak lehetőségét, hogy egy orvosi körbe beosztott, de 5000 főnél nagyobb település körorvosi rendszerben lássa el közegészségügyi feladatait. Az új beosztáshoz át kellett tekinteni a községek lélekszámát. Erre a végrehajtási rendelet szerint az 1900. évi népszámlálási adatok figyelembe vételével került sor.³⁰⁹ A szabályozás szerint a járási főszolgabírók a járási orvos meghallgatásával javaslatot készítettek a körök beosztására és azt beterjesztették az alispánnak. Az alispán ezt ellenőrizte, majd a megyei tiszti főorvos meghallgatása után külön-külön jegyzékbe foglalva a községi orvos tartására kötelezett községeket, a listákat a törvényhatósági bizottság elé terjesztette. A régi orvosi körben maradás feltétele volt tehát, hogy a vármegyei törvényhatósági bizottság a községi képviselőtestület, a főszolgabíró és a vármegyei tiszti főorvos meghallgatása után engedélyezze a régi orvosi kör fönntartását, s ezt az engedélyt a miniszter jóváhagyja. Erre azért volt szükség, mert, egy orvosi kör felbomlása – ismerve a vidék orvos-ellátottságát – az esetek többségében azt eredményezhette volna, hogy az orvosi körből kivált, önállóan orvost tartani szándékozó községek legnagyobb része végül orvos nélkül maradt volna. A tények ismeretében tehát a fenti rendelkezés nem sok hatással bírt. Az 5000 főnél kisebb lélekszámú községeket a törvényhatósági bizottság a tiszti főorvos és a főszolgabíró meghallgatása után orvosi körbe osztotta. (Az új szabályozás pontosabb, t.i. a korábbiakban csak annyi szerepelt, hogy a törvényhatóság a 6000 főnél kisebb lélekszámú községeket orvosi körbe osztja - 1876/XIV.tc.142.§.) Az orvosi körök alakítására nézve a végrehajtási rendelet előírta, hogy a lakosság számon kívül figyelemmel kell lenni a helyi (pl. közlekedési) viszonyokra is, valamint ahol nagyobb bányák, vagy gyermekmenhely-telepek vannak, illetve ahol a trachoma nagyon elterjedt, ott kevesebb községet kell beosztani egy körbe. Az 1908-as törvény megváltoztatta az orvosi körre vonatkozó szabályokat. A közegészségügyi törvény (1876) előírásai szerint a körorvos lakhelyét az érintett községek képviselőtestületei és a járási tisztviselő meghallgatása után az alispán döntötte el.

³⁰⁹ BM 1908/132.100 1.§

(144.§) Az új törvény szerint azt, hogy a közegészségi körhöz tartozó községek közül melyik legyen a kör székhelye, a községek meghallgatásával a közigazgatási bizottság állapította meg.³¹⁰ A kör székhelyét csak kivételesen és közérdekből lehetett módosítani, az orvosnak a kör székhelyén kellett laknia, azon orvosoknak pedig, akik nem ott laktak, egy év állt rendelkezésükre, hogy átköltözzenek köri székhelyére, melynek megtörténtét a főszolgabíró ellenőrizte. Ha a gyógyszerész helye indokolta, a kör községei többségének kérésére, a közigazgatási bizottság meghallgatása után a belügyminiszter kivételesen megengedhette, hogy az orvos a körön kívüli községben lakjék. (8.§)

Az orvos tartására nem kötelezett kis községek a bizottság engedélyével alkalmazhattak önállóan is községi orvost, vagy azokat a bizottság – a korábbi megoldásnak megfelelően – a szomszédos, rendezett tanácsú (így orvost kötelezően tartó), vagy más külön orvost tartó községhez csatolhatta. (5.§) Új elemként jelent meg az 1908-as törvényben (és értékelendő abból a szempontból, hogy a városi és a községi orvosokat ezentúl az állam fizette), hogy a r.t. város és a külön orvost alkalmazó község több orvost is tarthatott, ha a belügyminiszter azt a vármegyei törvényhatósági bizottság javaslata, vagy a bizottság és az érdekelt község meghallgatása nyomán elrendelte. Ha az adott településen több orvos működött, akkor a végrehajtási rendelet szerint választhattak, hogy fölosztják az adott területet, és ott minden feladatot egyedül látnak el, vagy feladat szerint osztják meg a munkát. Azon településeken, (r.t. városok, községek), ahol több községi orvos működött, a képviselőtestület ügyvezető orvost jelölt ki, kinek feladata az orvosi szolgálat összehangolt működésének biztosítása volt. Ennek keretében:

- a. átvette, nyilvántartotta és elintézte a közegészségügyre vonatkozó hozzá érkező rendeleteket, megkereséseket és egyéb beadványokat
- b. átvette a nem ügyvezető orvosok hatáskörében észleltekről kelt jelentéseit, és azokat eljuttatta a városi tanácshoz, vagy a járási orvoshoz
- c. szakvéleményt adott a községi eljárásnak közegészségügyi kérdésekben
- d. vezette az előírt nyilvántartásokat (BM 1908/132.100, 4.§).

Ilyen esetben az alispán feladata volt, hogy erre a tisztségre a lehető leghamarabb, azaz a következő közgyűlésen kijelöljék a megfelelő személyt.³¹¹ Ugyanakkor – tekintettel az orvos-tartás kincstári vonatkozásaira – a törvény rendelkezett arról, hogy a törvényt megelőzően fölállított több orvosi állás szükségességét a miniszter vizsgálja felül. (Döntést a törvényhatósági bizottság, a tisztí főorvos és a főszolgabíró meghallgatása nyomán hozott.) Azon állások, melyeket a vizsgálat nyomán a miniszter nem ítélt szükségesnek, mégis fennmaradhattak abban az esetben, ha azt véglegesen betöltötték, és addig, míg az adott orvos szolgálatban maradt. (4.§) A miniszter elrendelhetette, hogy egy adott városban/községben a korábinál több orvost kell alkalmazni. Ekkor természetesen az orvos fizetése állami

³¹⁰ A közigazgatási bizottság tagja volt a törvényhatóság közgyűlésének 10 választott tagján kívül a főispán – a fővárosban a főpolgármester – az alispán, illetőleg a polgármester, a főjegyző, a fővárosban e helyett az első alpolgármester, a tisztí ügyész, az árvaszék elnöke, ahol külön elnök nincsen, ott a közgyűlés által kijelölt tag, a főorvos, a királyi adófelügyelő, a királyi államépítészeti hivatalnak a törvényhatóságban lévő első hivatalnoka, a tanfelügyelő, a királyi ügyész, a posta és táv-írdai kerület igazgatója. – 1876/VI. tc. 1.§

³¹¹ BM 1908/132.100, 3.§

forrásból történt, az orvos működésére (és az ügyvezető orvoshoz való viszonyára, aki a régebb óta helyben működő orvos volt) vonatkozó szabályrendeletet akkor is meg kellett alkotnia a törvényhatóságnak.³¹²

6.3. A községi orvosi állás betöltése

Az orvosi állások betöltésének feltételeiről és rendjéről e szabályozásig a községekről szóló 1871/XVIII. tc., a közegészségügy rendezéséről szóló 1876/XIV. tc., a köztisztviselők minősítéséről szóló 1883/I. tc., valamint a községekről szóló 1886/XXII. tc. szolt. A községi orvosi állások betöltésének feltétele az 1871-es községi törvény szerint a magyar államban érvényes orvosi oklevél és egy év gyakorlat megléte volt. (74.§) A községi orvosok a törvény szerint községi előljáróság tagjai voltak, s így nagyközségekben három, rendezett tanácsú városban hat évre választották őket. A törvény szerint kis- és nagyközségekben kijelölés alapján történt a választás, azaz a pályázók közül a képviselő-testület három jelentkezőt jelölt ki, és rájuk voltak szavazatok adhatók.(78.§) Az orvost kis- és nagyközségben a választásra jogosultak választották. (69.§)

Rendezett tanácsú városokban legalább 10 városi képviselő ajánlata kellett a választhatósághoz (78.§), és a képviselő-testület választotta az orvost. (69.§) Az 1876-os közegészségi törvény enyhítette a megválasztás kritériumait. A törvény megengedte, hogy csupán sebészi oklevéllel rendelkezők is megpályázzák a községi orvosi állást, számukra azonban háromévi gyakorlat meglétét írta elő, valamint a pályázat során előnyben részesítette az orvosi oklevéllel rendelkezőket. A másik változás, hogy a községi orvos állását kivette a többi előljáróval együtt választott státuszok közül. A törvény hatályba lépése után választott orvosok hivatala állandóvá vált, (143.§) az állások betöltésének rendjében a törvény szerint megalakult közegészségügyi bizottságnak véleményezési jogköre lett. (149.§, 152./c §) A köztisztviselők minősítéséről szóló 1883-as törvény nem változtatott a közegészségi törvény által meghatározott követelményeken. Az 1908-as szabályozás minden községi orvos számára előírta, hogy tudnia kell községe lakosainak nyelvén. A nyelvtudás hiánya nem volt akadály a orvos megválasztásának, de ilyen esetben az alispán felszólította az orvost, hogy „záros határidőben” az illető nyelvet tanulja meg. (7.§)³¹³ Végül a rendezett tanácsú városok tisztviselőinek megválasztásukhoz rendelkezniük kellett kétévi gyakorlattal, és az 1883/I. tc. szerinti tisztviselői vizsgát kellett tenniük.

6.3.1. Az orvosválasztás kérdése

Az 1886-os községi törvény megerősítette az 1876-os közegészségi törvény községi orvosok választásáról szóló szabályozását. A községi előljáróságról szóló rész rendszerébe foglaltan megjelent, hogy a községi orvosokat a tisztújító szék keretében egyszerű többséggel, kijelölés után, élethosszig választják (77.§, 81.§), valamint pontosította a körorvosok választásának rendjét, több pontban megváltoztatva az 1871-es szabályozást. A községi- és körorvosi állás üresedése esetén a főszolgabíró (kis- és

³¹² BM 1908/132.100, 2.§

³¹³ Nyelvtudás hiánya miatt elvileg az általános fegyelmi szabályok alapján lehetett eljárni az orvos ellen.

nagyközségek), illetve az alispán (r.t. városok) írta ki a pályázatot, melyet első lépcsőben a törvényhatóság területén, ha azonban szükséges volt, a szomszédos törvényhatóságok, vagy az egész ország területén nyilvánosságra kellett hozni.(82.§) A beérkezett pályázatok után kijelöléssel kellett legalább három jelöltet fölmutatni. A kijelölési rendszer tehát továbbra is megmaradt, de a kijelölés jogát a kis- és nagyközségekben a tisztújító szék elnöke (a főszolgabíró, vagy az általa megbízott szolgabíró, akadályoztatásuk esetén az alispán által kirendelt helyettes (72.§)), rendezett tanácsú városokban egy kijelölő választmány gyakorolta. A választmány tagjai a tisztújító szék elnöke (az alispán, vagy akadályoztatása esetén a törvényhatóság által kiküldött helyettes (72.§)), a képviselő-testület által tagjai közül választott két tag, valamint a tisztújító-szék elnöke által a képviselő-testület tagjai közül meghívott két tag voltak. A törvény a korábbiakhoz képest megváltoztatta az orvos választását annyiban, hogy a nagyközségekben (ha volt külön orvos) és a rendezett tanácsú városokban az orvost a képviselő-testület választotta (68.§). Az 1908-as szabályozás tehát részben megtartotta az 1886-os megoldást. (1.§ e), 6.§) A körorvost az érintett községek együttes közgyűlése választotta, mely a községek képviselőiből és előjáróiból, valamint a képviselőtestületek és a járási tisztviselő meghallgatása után az alispán által meghatározott számban a képviselőtestületekből megválasztott megbízottakból (1876/XIV. 144.§) állt, és a főszolgabíró elnöklete alatt, a közegészségi kör székhelyén ült össze (1886/XXII. 83.§). A körorvos választására vonatkozó szabályokat az új törvény néhány pontban megváltoztatta, illetve pontosította. Így a körorvost a kör székhelyén a községek képviselő-testületeinek kiküldötteiből (minden község a képviselő-testületéből 1000 lakosig egy, minden további 500 lakos után további egy-egy kiküldöttel), valamint az alispán által kiküldött, a községi küldöttekkel egyező számú vármegyei bizottsági tagból, egyszerű többséggel, a kijelölés jogát gyakorló főszolgabíró elnökletével összeülő együttes gyűlés választja (6.§). Arról, hogy az együttes gyűlésbe az egyes községek hány tagot küldjenek, az utolsó népszámlálás adatainak figyelembe vételével a főszolgabíró intézkedett és kötelessége volt erről jelenteni az alispánnak, hogy az a megfelelő számú vármegyei tag kiküldéséről intézkedni tudjon.³¹⁴

6.4. A községi (kör)orvosok fizetésének rendezése

A rendezetlen fizetési rendszer miatt igen nagy aránytalanság alakult ki az ország egyes részei között a községi orvosi fizetések tekintetében, amin az 1900-as, gazdasági munkás- és cselédsegélypénztárról szóló törvény rendelkezései sem segítettek számottevően. Ekkor t.i. csak annyi változás történt, hogy a pénztár fizetett a községi(kör) orvosnak olyan munkáért (ha az egyben a pénztárorvosi teendőket is ellátta), melyek korábban külön díjazás nélkül kellett ellátnia.³¹⁵ A községi- és körorvosok 1904-es kongresszusán elfogadott javaslat mintegy megelőlegezve a kormányzati reformlépéseket, konkrét megoldási javaslatként az 1600 koronás minimálbért, a négyszer 200 koronás korpótlékot, a fizetések-

³¹⁴ BM 1908/132.100, 6.§

³¹⁵ A törvény szerint azon munkaadók gazdasági cselédei (tehát mezőgazdasági munkásai), akik után a munkaadó hozzájárulásra köteles, rendkívüli pénztártagként jutnak pl. baleseti ellátáshoz, mely után az orvos némi jövedelemre számíthatott. (1900/XVI. 23.§)

nek az adóhivatal útján történő folyósítását, a nyugdíjügyek rendezését, a természetbeni lakás, vagy lakáspénz biztosítását, valamint a fuvarkérdés rendezését fogalmazta meg.³¹⁶

Az új törvény indoklásában szereplő adatok szerint a községi orvosok átlagos fizetése 1178 K, a legalacsonyabb 100, a legnagyobb 4800 K volt. Még rosszabb volt a helyzet a körorvosi fizetésekkal. Az átlagos fizetés 1102 K, a legalacsonyabb 180, a legnagyobb 3200 K. A fizetések rendezése tehát elkerülhetetlen volt.³¹⁷

Az új szabályozás a községi (kör)orvosi fizetések és egyéb juttatások rendezését egyfajta vegyes rendszerrel kívánta megoldani. A törvény szerint a községi (kör)orvos javadalmazása a következő elemekből állhatott. 1) törzsfizetés, 2) korpótlék 3) helyi pótlék 4) személyi pótlék. Ezt egészítette ki a lakáspénz (vagy a lakás biztosítása), a fuvarpénz (vagy a fuvar biztosítása), a beteglátogatási díjak szabályozása, a nyugdíj, valamint a szabadság rendezése. Az 1)-3) pontban megjelölt juttatások biztosítását az állam vállalta. A korábbi megoldás szerint a községi (kör)orvosi fizetések meghatározása nem tartozott a minisztérium hatáskörébe, a fizetések szintje az adott község, vagy községek teljesítő-képességéhez igazodott. Nyilvánvalóvá vált, hogy a fizetések emelése a minimum meghatározásával a gyakorlatban nem oldhatja meg a helyzetet, mivel szegényebb vidékeken nem csak az egyes községek, hanem maguk a törvényhatóságok is súlyos anyagi gondokkal küszködtek.

Az új szabályozás részletei szerint a községi (kör)orvos törzsfizetése 1600 K, nem ügyvezető, azaz második (harmadik, stb.) orvos fizetése 1400 K (ha ez utóbbi működését a miniszter szükségesnek látta) (10.§) volt. Ezt egészítette ki a korpótlék, mely ötévenként 200 K fizetés-kiegészítést jelentett (legfeljebb azonban 800 K lehetett), nem járt azonban, ha a (kör)orvos a törzsfizetésének és személyi pótlékának összege elérte vagy meghaladta törzsfizetésének és törvényes korpótlékának összegét (15.§). További kiegészítést jelentett a – legfeljebb 1200 Koronás – helyi pótlék, amit viszont csak olyan területeken folyósítottak, melyek szegénységük miatt nem voltak alkalmasak magánpraxis folytatására, vagy egyéb kiegészítő jövedelem szerzésére. (16.§) Ezek voltak az állam által vállalt kiadások.

A község, illetve a kör viselte az orvosok fizetésének esetleges negyedik elemét, a személyi pótléket, mely azon területeken létezett, melyek korábban magasabb fizetést biztosítottak annál, mint amit az új szabályozás irányozott elő. A személyi pótlék jogalapját, tehát azt, hogy a törvény életbe lépésétől kezdve az illetményből mit is kell pontosan rendes fizetésnek tekinteni, a községi szervezési szabályrendeletek, a pályázati hirdetések és egyéb okiratok alapján a törvényhatósági bizottság állapította meg. (A rendes fizetésbe bele kellett számítani az esetleges földhasználatot és a terményjárandóságot is.³¹⁸) Fő szabályként a fizetés 1600, illetve 1400 K feletti részét az illető község(ek) személyi pótlék címén fizették ki annak az orvosnak, aki a törvény hatályba lépésekor az adott községben (körben)

³¹⁶ *Községi és körorvosok congressusa*. Gyógyászat, 1904, 348.

³¹⁷ Egyes szerzők nem vártak sokat a készülő reformtól: „A mostani 500-600 forint helyett kap majd a körorvos 800 forint évi fizetést, ennek fejében egy csomó új hivatalos dolgot és jövedelem-megkurtítást sóznak majd a nyakába és az állapot lehetőleg rosszabb lesz, mint volt.” – STEINER M.: *A körorvosi intézmény reformja*. Gyógyászat, 1904, 409-412. 410.

³¹⁸ BM 1908/132.100, 12.§

dolgozott, addig, míg az adott állásban maradt, s a távozó orvos után munkába álló orvosok számára is sor kerülhetett személyi pótlék kifizetésére. Ha községi orvos pótlékáról volt szó, akkor a község képviselő-testülete, ha körorvoséról, akkor a főorvos, a főszolgabíró és a községek meghallgatásával a törvényhatósági bizottság állapíthatta meg a következőképpen. A pótlék az adott község beleegyezése nélkül nem lehetett nagyobb, mint amit az orvos elődje kapott, vagy ha új körről volt szó, illetve ha addig nem kapott személyi pótléket az orvos, nem lehetett nagyobb, mint a törvényhatóságban folyósított személyi pótlékek átlaga. (12-13.§) Orvosi körben fizetett személyi pótlék esetében az egyes községek hozzájárulását a községekben fizetett egyenes adó nagyságának arányában a közigazgatási bizottság állapította meg. (14.§) Ha a vidék szegénysége miatt a magánpraxis lehetősége teljesen kizárt, és a helyi pótlékkal együtt sem volt biztosított az orvos megélhetése, ezen esetben a törvény lehetőséget adott a törvényhatósági bizottságnak, hogy a főorvos és a főszolgabíró meghallgatása után rendkívüli évi segélyt állapítson meg a vármegyei orvosi alap kamatainak terhére.³¹⁹ (16.§) A javadalmazás egyes elemei a helyi pótlék kivételével az új szabályozás által megteremteni célzott orvosi nyugdíj alapjába beleszámítottak.

A törvény gondoskodott a javadalmazás folyósításának biztosításáról. Az egyes vármegyei törvényhatóságoknak orvosi alapot kellett létesíteniük, melyhez csatolták a már esetlegesen létrejött körorvosi alapokat. A törzsfizetés, a kor- és a helyi pótlék összegét, ami a minisztérium költségvetésében szerepelt, ebbe az alapba fizette a minisztérium, évente egyszer, egy összegben. A községek (esetleg a vármegye) által fizetett összegek (lakáspénz, személyi pótlék és úti átalány) negyedévenként (előre) kellett hogy megérkezzenek az alapba. A főszolgabíró ellenőrizte, hogy a községek, melyek képesek a fizetésre, azt pontosan teljesítsék. Az orvosok javadalmazásuk államtól származó részét havonta, a többi negyedévente kapták az illetékes állampénztárból/adóhivatalból. (18-19.§)

6.4.1. Az községi- (kör)orvosi nyugdíjintézet megteremtése

A törvény előírta, hogy hatályba lépését követő év folyamán a miniszter a községi (kör)orvosok számára országos nyugdíjintézet létrehozataláról gondoskodjék. (26.§) A nyugdíjkérdés hosszabb ideje foglalkoztatta a szakmai köröket. A nyugdíj biztosításának egyik útja lehetett volna az önszerveződés, azaz az egyesületi megoldás, de ez az 1908-as rendezésig nem jelentett igazi alternatívát, mivel a lassan kiterjesztett nyugdíjképesség ernyője alól kiszorult községi (kör)orvosok nem mutattak elég hajlandóságot a szerveződésre.³²⁰ Az 1908-as törvény 26§-a úgy rendelkezett, hogy a belügyminiszter

³¹⁹ Melyről azonban a végrehajtási rendelet így szólt: „Ilyen segély az orvosi alap terhére csak a legritkább esetekben és akkor is arra való különös figyelemmel állapíttassék meg, hogy az orvosi alap sem eredeti rendeltetésében, sem egyéb közegészségügyi hivatásában kárt ne szenvedjen” – BM 1908/132.100, 14.§ „Ilyen segély az orvosi alap terhére csak a legritkább esetekben és akkor is arra való különös figyelemmel állapíttassék meg, hogy az orvosi alap sem eredeti rendeltetésében, sem egyéb közegészségügyi hivatásában kárt ne szenvedjen”

³²⁰ „A nagyobb szabású nyugdíjintézetekkel, bármennyire üdvös volna fennállhatásuk, a céljt nem igen érhetjük el, különösen azért nem, mert míg azelőtt néhány kincstári orvost kivéve a hivatalos orvosok legnagyobb része semmiféle nyugdíjigénnyel nem birt, ma már az összes törvényhatósági tisztviselő orvosok nyugdíjképesek s ezek kerek számmal az összes hazai orvosok egy tizedét képezik. Nyugdíjra bir igényvel a kórházi orvosok legnagyobb része, s hisszük és reméljük, hogy talán már nincs nagyon messze az az idő, midőn a községi és körorvosok is nyugdíjképesek lesznek s ekkor mintegy egy

a törvény életbe lépésétől egy éven belül gondoskodjon a nyugdíjintézet felállításáról, s a végzett munkáról az Országgyűlésnek jelentést tegyen. A szövegezés nyitva hagyta a kérdést, hogy vajon az állam (esetleg a törvényhatóságok) által támogatott pénztárról van-e szó, avagy a nyugdíjkérdés ügyét teljes egészében maguknak az orvosoknak kell megoldaniuk. A miniszter 1909 februárjában értekezletet hívott össze, melyen megvitatták a lehetőségeket.³²¹ Az első, nagy vihart kavart elképzelések szerint az érintett orvosok saját erejükből hozhatnák majd létre nyugdíjintézetüket.³²² A nyugdíjintézet tárgyában tartott értekezleten azonban gyorsan kiderült, hogy az elkészült tervezet szerint túl nagy terheket kellene az orvosoknak vállalniuk, s a megfelelő megoldás csak úgy képzelhető el, ha az orvosok nyugdíjintézetét közpénzből támogatják. Megindultak a tárgyalások arról, hogy egyáltalán biztosítható-e állami támogatás, és ha igen, akkor milyen mértékben, milyen módon állapítsák meg a nyugdíj-jogosultságot és mekkora legyen annak mértéke.³²³ Az állami támogatás mértékének kiszámításához végül 1912-ben megindult az adatgyűjtés³²⁴, a Pénzügyminisztérium pedig első lépcsőként a közhivatali alkalmazottak nyugdíjmegoldását vette alapul. (1885/XI.tc) Mivel azonban ezt a tervek szerint éppen átdolgozás alá vették volna, kérdésessé vált, hogy érdemes-e erről az alapról kiindulni. (A Pénzügyminisztérium ezzel kapcsolatos munkája mindenestre biztató jelnek számított, mivel az 1885-ös törvényhez képest számos ponton jóval kedvezőbb helyzetet teremtett)³²⁵ A tárgyalások eredményeképpen végül a felek megegyeztek abban, hogy a nyugdíjintézet létrehozatala nem várható, más megoldás híján akár a régi szabályozás alapulvételével is, de mielőbb tető alá kell hozni. Ebben a felfokozott légkörben született meg a községi (kör)orvosok nyugdíjintézetéről szóló rendelet, mely végül megszemélyesen figyelembe vette az orvosok igényeit.³²⁶

A rendelet³²⁷ szerencsésen nem tükrözte a pénzügy eredeti szándékait, s az állam jóval nagyobb arányban viselte a községi orvosi nyugdíjak költségeit, mint az érintettek: az orvosok javadalmazásuk 7%-át fizették, az állam minden fennmaradó költséget, ami a számítások szerint az orvosi javadalmazás 18,5%-ának megfelelő összegre rúgott. A rendezés szerint a nyugdíjjogosultság alsó határa 5 szolgálati év megléte volt, mely után az illetmény 40%-ának, míg 35 éves szolgálat után az illetmény 100%-ának megfelelő nyugdíj járt. Az orvosi nyugdíjrendszer ezen kívül ismerte a lakbér-nyugdíj intézményét, a munkaképtelenség esetére folyósított végkielégítést, valamint az özvegyi nyugdíjat is. Első ízben az 1913. évi költségvetésről szóló 1912. évi LXVI. tc-be került bele 350.000 koronával a községi és körorvosok országos nyugdíjintézetének felállításához való hozzájárulás tétele.

negyede az összes orvosoknak s azok családja legalább a véginség ellen biztosítva lesz.” – CHYZER KORNÉL: A Zempléni vármegyei Orvos-Gyógyszerészi Segélyező Egyesület története. Budapest, 1903, Schmidl ny. 45.

³²¹ BM 1908/137.414/VII-b – az értekezletre már elkészültek a nyugdíjintézet létrehozatalához szükséges számítások.

³²² Egyes vélekedések szerint az orvosok legnagyobb része nem venné igénybe a nyugdíjat, egyrészt a haláláig való praktizálás általános orvos-szokása miatt, másrészt pedig azért, mert az érintettek egyébként is igen korán (50-55 évesen) halnak. – POLGÁR KÁROLY: *Megjegyzések a községi (kör) orvosi nyugdíjtervezethez*. Közegészségügy, 1909. feb.1.

³²³ A Pénzügyminisztérium ragaszkodott ahhoz, hogy a kifizetett állami támogatás nem lehet nagyobb, mint a nyugdíjintézet tagjainak hozzájárulása. – *A községi és körorvosok nyugdíjintézte*. Közegészségügy, 1912. szept. 15. 194-195.

³²⁴ BM 1912/12.3657

³²⁵ *Az állami nyugdíjjavaslat*. Közegészségügy, 1912. okt. 1. 206.

³²⁶ *A nyugdíj*. Közegészségügy, 1913. szeptember 15.

³²⁷ BM 1913/147.000

6.4.2. Községi orvosok lakáskérdése

Az új szabályozás rendezte a korábban többször panaszolt községi (kör)orvosi lakáskérdést is. A korábbiakban a lakás biztosítása nem volt kötelessége a községeknek, így az nem is vált teljesen általánossá. Az 1908-as megoldás kötelezővé tette a községeknek az állami fizetésben részesülő orvosok számára lakás biztosítását. Ez kétféleképpen történhetett. Vagy lakáspénzt fizetett a község, vagy pedig, ha az illető községben egyáltalán nem állt rendelkezésre megfelelő lakás az orvos számára, kötelezettségét annak megépítésével teljesíthette.³²⁸ Orvosi kör esetén a kör székhelye fizette a lakáspénz felét, illetve viselte az építési költségek felét. (17.§)

6.4.3. A fuvarkérdés rendezése

A fuvarkérdés újraszabályozása is elkerülhetetlen volt. Az 1908-as törvény meghatározta, hogy az orvos milyen célból tarthat igényt fuvarra. Általános szabály, hogy a két kilométernél nagyobb távolság esetén, ha az orvosnak lakást a község biztosított, a lakástól, ha lakáspénz járt az orvosnak, akkor pedig a település központjától járt a fuvar. Ha a körorvos az orvosi körön kívüli településen lakott, akkor a közigazgatási bizottság döntötte el, hogy honnan kezdve lehet igénye az orvosnak a fuvarra. A törvény szabályozta továbbá, hogy mely esetekben fizette (vagy biztosította) a község, mely esetekben magánszemély a fuvardíjat vagy a fuvar. Így az a községet terhelte, ha annak célja:

- a) Az időszaki látogatások és rendelések teljesítése,
- b) általános közegészségügyi szolgálat végzése;
- c) szegény betegek látogatása,
- d) himlőoltás és újraoltás végzése volt.

Minden más esetben a fuvar költségeit az orvos segítségét igénybe vevőnek kellett fizetnie, vagy biztosítania. A fuvar az orvos kérelmére vagy beleegyezésével a községek úti átalánnyal is megválthatták, melyhez a körorvosi székhely községének csak abban az esetben kellett hozzájárulnia, ha voltak két kilométernél távolabb eső külterületei. A fuvardíj, a fuvar természetben való biztosítása, illetve a fuvarátalány kérdéseiben a községi képviselő-testületek, a főszolgabíró és a főorvos meghallgatása után a törvényhatóság szabályrendeletben döntött. (21.§) A fuvar költség viselésének rendezése azonban csak részben jelentett megoldást az ezzel kapcsolatos számos problémára. A tágran megszabott orvosi körök és az orvoshiány miatt – főleg szegény vidékeken – a rendezés csupán azt a kérdést döntötte el, hogy kinek kell fizetni a fuvarért, azon nem segített, hogy a körorvos gyorsabban jusson el a beteghez.³²⁹

³²⁸ A rendelet szerint 3 szoba, 1 rendelőszoba, és az illető vidéken szokásos kert járt az orvosi lakáshoz. - BM 1908/132.100, 15.§

³²⁹ „A jelenlegi rendszer mellett a körök túlnyomó többségében a körorvos minden két hétben egyszer tartozik egy-egy községet meglátogatni, mondjuk pl. a 1-én és 15-én. Nagy János, moharosi iparos, kinek kocsija, lova nincs, a hó 5-én megbetegszik. Egy-két napig várnak, de minthogy a betegség rosszabbra fordul és a hó 15-ike még távol, 8-án fuvarost fogadnak, ki egy forintért vállalkozik, hogy elmegy a doctorért és elhozza. Reggel 7 órára odaér, de már nem találja otthon a körorvost, elment Kis-Keresztesre és előreláthatólag 11-12 óra előtt nem fog hazajönni. A fuvaros vár 9-10 óráig, akkor haza megy.

6.4.4. A beteglátogatási díjak rendezése

Végül sor került a beteglátogatási díjak rendezésére. Korábban a beteglátogatási díjak – az adott község, illetve törvényhatóság teljesítőképességétől függően – igen alacsonyak lehettek. Ahogy a kortárs megállapította: „*A beteglátogatásokért hatóságilag megállapított díj sok helyütt 40-60 fillér. Már jó állás az, ahol 80 fillér – 1 K.*”³³⁰ A közegészségügyi törvény rendelkezései szerint a községi orvos munkájáért járó díj mértéke a község és az orvos közti megállapodás tárgya volt. (1876/XIV. 145.§ 1.) Az 1908-as szabályozás szerint, a törvényhatósági joggal rendelkező városokban a bizottság, a rendezett tanácsú városokban a képviselőtestület, a nagy- és kisközségekben a községi képviselőtestületek és a tiszti főorvos meghallgatásával a vármegyei törvényhatósági bizottság állapította meg szabályrendeletével. A beteglátogatási díj legkisebb mértéke nappal 1, éjjel 2 K volt, melynek a fele járt hét évnél fiatalabb gyerek gyógyításakor. Orvosi kör esetén, a nem székhelyen történő rendelés, látogatás után, vármegyei szabályrendeletben meghatározott távolsági díj is járt az orvosnak, melyet azonban nem lehetett fölszámítani, s a díjat ez esetben a minisztérium viselte, a törvényben meghatározott időszaki látogatás³³¹ és rendelés, a szegény betegek gyógyítása, himlőoltás és újraoltás, valamint az általános közegészségügyi szolgálat végzése esetén, illetve ha a járványellenes védekezés során a hatóság gyakoribb beteglátogatást írt elő. A törvény csak a beteglátogatási díjat szabályozta, a rendelési díjat nem. Erre nézve a végrehajtási rendelet irányadása szerint: „*a dolog természetéből folyik, hogy ez utóbbi aránylag mindenestre mérsékeltebb legyen*”³³²

A törvény szabályozta a községi (kör)orvosok szabadságának kérdését is, előírva az évi háromheti szabadság lehetőségét, melyet a főszolgabíró és a vármegyei tiszti főorvos meghallgatásával az alispán engedélyezett.³³³ (1908/XXXVIII. tc. 24.§) Ennek indoka az orvosok továbbképzésének biztosítása volt. Mivel ekkorra kialakult, hogy a két egyetem orvosi kara nyári orvosi továbbképző-tanfolyamokat tartott, a főként erre a célra igénybe vehető szabadság törvénybe foglalása célszerű és indokolt volt. A szabadság esetén természetesen meg kellett oldani a helyettesítést is, mely szintén a fent nevezettek feladata volt. A szabadságát igénybe vevő orvost elsősorban a helységben lakó másik községi orvos helyettesítette, ha ilyen nem volt, akkor olyan magánorvost bízhatott meg az alispán, aki a szomszédos községben lakott, illetve ha erre sem volt lehetőség, akkor (orvosi kör esetén) a kört ideiglenesen föl-osztva más orvosi körök orvosaira bízhatta. A községi (kör)orvosok a helyettesítést díjtalanul voltak

persze a fuvarbért megfizetetti magának. Tehát már egy forint kiadás. Másnap reggel újra küldenek, ekkor már szerencsésében jár, otthon találja a doctort, elhozza. Ismét egy forint fuvarbér. Az orvos látogatási díja csekély egy forint, tehát már összesen három forint. De haza is kell vinni az orvost, ez újra egy forint fuvarbér. Tehát az összes kiadás négy forint, holott az orvos díja csak egy forint. És hányszor előfordul ilyen és még ennél czifrább eset.” – STEINER, 1904, 411.

³³⁰ TORDAY, 1902

³³¹ A látogatási időközt a közigazgatási bizottság állapította meg. Megállapította ezen kívül, hogy melyek azok a napok, melyeken nem székhelyén, a környékbeli településekről könnyen elérhető helységben rendeltetést teljesíteni köteles. Az időszaki látogatásokat közhírré kellett tenni. A körorvos feladata volt továbbá, hogy a kör minden községében megtalálható körorvosi naplót vezesse, mely alapján tevékenységét a járási főszolgabíró és a járási orvos ellenőrizte. – BM 1908/132.100, 20.§

³³² BM 1908/132.100, 22.§

³³³ 2-4 napos szabadságot a járási orvos meghallgatásával a járási főszolgabíró engedélyezhetett, akkor, ha a helyettesítés megoldott volt (végrehajtási rendelet 24.§)

kötelesek teljesíteni, a magánorvosok azonban természetesen nem. Ez utóbbi esetben a tiszteletdíjat az alispán állapította meg, és az orvosi alap viselte.

7. Orvos-ellátottság

7.1. Orvos-ellátottság területi aránytalansága

A törvényhatóságok rendezéséről, a községek rendezéséről szóló, valamint a közegészségügy rendezéséről szóló törvény – már a kortársak szerint is – kellő részletességgel szabályozta a közegészségügyi közigazgatás kérdéseit. A fent ismertetett rendszer lényegében csak papíron működött, a hazai közegészségügy működése azonban a gyakorlatban nem volt megfelelő. Az első, és a vizsgált korszakban mindvégig fennálló problémát az orvosok alacsony száma jelentette. Az országban dolgozó orvosok, illetve egészségügyi személyzet száma 1872-ben: 1606 orvos, 878 sebészmester, 461 polgári sebész, összesen 2945 orvos. A korszak végén, 1909-ben kb. 5203, a Hajnik Emil által szerkesztett orvosi évkönyv adatai szerint, így minden 3436 lakosra 1 orvos, 100.000 lakosra 29,1 orvos jutott. Az orvosok alacsony számánál nagyobb gondot jelentett, hogy az egészségügyi személyzet egyenlőtlen területi eloszlásban dolgozott: az összes orvos közül 1350 Budapesten, 831 az ország törvényhatósági jogú városaiban, 908 a rendezett tanácsal bíró városokban, 2114 a községekben. Az orvosok 60%-a tehát városban (vagy városi funkciót betöltő településen) dolgozott, de még itt is nagy különbségek alakultak ki: a 25.000 lakosú Hajdúböszörménynek 4 orvosa, a 8.000 lakosú Balassagyarmatnak 9 orvosa volt (az előbbi város, az utóbbi nagyközség). 1872-ben Bakabányán egy városi sebészmester és egy bába, Libetbányán 1 sebész és egy szülésznő, ugyanakkor Pécsen 13 orvos, 3 sebészmester, 3 polgári sebész, 5 okleveles gyógyszerész, 2 okleveles gyógyszerértári segéd, 2 állatorvos és 13 bába dolgozott.³³⁴ Budapesten 600 emberre, Liptószentmiklóson 375 emberre, Liptóújváron pedig 233 emberre jutott egy orvos.^{335 336}

7.2. A községek orvos-ellátottsága

Már a kortársaknak is föltűnt, hogy a falu sok esetben gyakorlatilag orvos nélkül maradt. Az orvosi körök egy részébe szinte képtelenség volt orvost találni, ezek hosszú ideig ellátatlanok voltak. Jellemző volt továbbá, hogy az orvosi körök számottevő részében nagyon gyorsan cserélődött az orvosi személyzet: *„Ismerek egy collegát, a ki mint borsódmegyei születésű ott kezdte pályafutását, mint körorvos, majd Heves – s Bihar, Arad s Pest megyék, aztán Erdély több köreiben próbált szerencsét, végre is az alföldre lyukadt, hol már két éve van. Ami nagy szó oly emberről, ki körülbelül 10 év alatt 14*

³³⁴ A miniszter 1871/34.229 sz. rendeletével az egészségügyi személyzetre vonatkozó adatokat kért. A beérkezett kimutatók az orvosi személyzet egyenetlen eloszlását mutatják. – MOL K150-1872-IV-1-23

³³⁵ BARS JENŐ: *A magyar orvosok eloszlása és az ország egészsége*. Budapest, 1909, Franklin ny. 9, 12. továbbá DUBAY MIKLÓS: *A közegészségügy felvirágzásának alapföltételei hazánkban*. Budapest, 1875, Franklin ny.

³³⁶ Orosz Éva alacsonyabbra teszi a városban dolgozó orvosok arányát. Adatai: 1900-ban az okleveles orvosok 41,1%-a a törvényhatósági jogú városokban, ezen belül 26,4% Budapesten dolgozott, 1914-ben ez az arány 43,8% - 27,4%. ld.: OROSZ ÉVA: *Egészségügyi alapellátás – területi különbségek (1876-1954)*. OK 113-114., 1986, XXXII., 61-71., 63.

körnek volt orvosa.” Azok az orvosi körök, melyekben az állást hosszú távon sikerült betölteni, természetesen a gazdag, fizetőképes vidékeken voltak.³³⁷ Alapvető probléma volt, hogy a körorvosi fizetések minimumát nem állapította meg a törvény, így még azok az orvosi körök, melyek községei nagyobb összeget is ki tudtak volna fizetni, igen visszafogott fizetésekkal hirdették meg az orvosi állásokat. Ráadásul a legkisebb fizetésekkal éppen azok a körök hirdettek meg orvosi állásokat, melyekbe sok község volt beosztva. Így a 200-300 Ft-os fizetéssel állást hirdető, olykor 15-20 községből álló körök csak a sorozatosan eredménytelen pályázatokat tudták fölmutatni, körorvost nem.³³⁸ Az állam pedig 1908-ig, tehát a vizsgált korszak végéig nem nyújtott segílyt az orvos-tartáshoz. Ennek következményeként 11.105 község maradt orvos nélkül még a századfordulón is, melyben az ország lakosságának 55,6%-a élt – állapította meg Molnár Antal.³³⁹ Ezen túl rendszerint az orvosi látogatások díját sem állapították meg a községek, és a gyakorlat azt mutatta, hogy sok esetben sem a később kialakított díjat, sem a rendes fizetést nem, vagy csak késedelemmel kapta meg az orvos.³⁴⁰ Nem csoda, hogy – annak tudatában, hogy vannak vidékek, ahová nemigen lehetett orvost találni –, a közegészségügyről szóló törvény lehetővé tette, hogy szükség esetén sebészek lássák el a körorvosi feladatokat.

Annyi tehát biztos, hogy az ország orvos-ellátottsága nem volt megfelelő, és látszik az is, hogy a rendszer fölépítése alapvető hibákat hordozott. Elhibázottnak mondható az orvosi körök szervezésének rendszere, mivel általában akkora orvosi köröket hoztak létre, hogy gyakorlatilag nem volt biztosított minden település orvos-ellátottsága. A belügyminiszteri jelentésekben – egyébként szintén nem kedvezően – ábrázolt helyzet³⁴¹ ezért a valóságban sokkal rosszabb volt.

8. Egyéb egészségügyi személyzet

8.1. Az ápoló-kérdés

Lényegében nem volt megoldott sem az ápolószemélyzet képzése, sem utánpótlása.³⁴² Nagyobb járványok idején napidíjasként mindenkit fölvettek ápolónak, de hasonló megoldással, azaz napidíjasok alkalmazásával járványmentes időben is találkozunk szinte mindegyik kórházban. Az ápolószemélyzet

³³⁷ Sok esetben a korábbi uradalmi orvosok váltak községi orvosá. „Vagy mint a bánáti vagyonos német községek ezelőtt is tartottak orvost vagy letelepedve volt köztük ilyen, a törvény alkotás után egy vagy két rácz, oláh falut hozzácsatoltak a szomszédból, s lett körorvos a községből.” – *Közegészségügyi törvényünk a gyakorlatban – saját tapasztalatai alapján megírta Dr. Paracelsus redivivus.* [BURTIK GYÖZŐ] Szeged, 1887, Várnai ny. 8-9.

³³⁸ A községek elvileg 10.000-es lélekszámig képezhettek egy orvosi kört, aminek tehát az lett az eredménye, hogy helyenként óriási területet kellett volna bejárnia az orvosnak. Így – ha éppen még sikerült is betölteni az állást – lényegében nem oldotta meg az ellátás kérdését. (1876/XIV. 142§)

³³⁹ MOLNÁR ANTAL: Az egészségügyi közigazgatás szervezése. In: *A milleniumi közegészségi és orvosügyi kongresszus tárgyalásai.* (szerk.) Frank Ödön, Budapest, 1897, Pallas ny. 96-107. 102.

³⁴⁰ „Fizetését nem kapja, a mi keveset nagy kunyorálásra megkap forintoként, azt is csupán személyes összeköttetéseknek köszönheti.” – DR. SZÉLL LAJOS: *A közegészségi törvény végrehajtásának akadályai.* Gyógyászat, XVII., 1877, 790-792., 791.

³⁴¹ 1877-ben az orvostartásra kötelezett községek száma 171 volt, ezek közül volt orvos 158-ban, 13-ban nem volt, önként orvost tartó községek száma 289. Közegészségi körök száma 1877-ben 928, ezek közül orvosa 455-nek volt, 473-nak nem, 1878-ban az orvostartásra kötelezett községek száma 218, nem volt orvos 7-ben. 1132 közegészségi körből, 489-ban nem volt orvos. – *Tisza Kálmán miniszterelnök mint belügyminiszter jelentése a törvényhozás mindkét házához az ország közegészségi viszonyaira vonatkozólag az 1877-ik év második felére és az 1878-ik évre.* Budapest, 1882, 89. 90. (a fenti adatok hiányosak, 17 törvényhatóság nem terjesztett be adatokat)

³⁴² A közegészségügyi törvény nem kötötte szakképzettséghez az ápolói munka végzését.

többsége csekély előképzettséggel állt munkába.³⁴³ A századforduló utáni években is teljesen általánosnak számított, hogy az ápolószemélyzetet a budapesti munkás-közvetítő hivatal, jobb esetben az Ápolók Országos Egyesülete közvetítette a kórházakba. Ezen ápolóknak többnyire teljesen ellenőrizhetetlen volt a szakmai előéletük, mivel – ha volt – munka-könyvük, abban korábbi munkahelyükre adatokat nem lehetett találni, így nem derült ki, hogy milyen képzettséggel bírtak, miért távoztak korábbi munkahelyükről.³⁴⁴ A szervezett képzés megteremtése volt tehát a kulcskérdés az ápolásügyben, ám a korszakban csak az alapok lerakása történt meg.

1881-ben ugyan megalakult a Magyar Vöröskereszt Egylet³⁴⁵, mely saját kórházában, a budapesti Erzsébet Vöröskeresztes Kórházban (1884-től), betegápolónői intézeteiben és közkórházakban, helyőrségi kórházakban (az Erzsébet Kórház megnyílásáig), később a vidéki központokban létrehozott kórházakban gondoskodott a képzésről s az alapszabály értelmében az ápolónők szolgálatra kiküldéséről, de közkórházakba viszonylag ritkán jutottak állandó vöröskeresztes ápolók.³⁴⁶ Mégis, a vöröskeresztes intézményi keretek között folyó képzés a világi ápolóképzés mintájává vált.³⁴⁷ Annál is inkább, mivel ebben meghatározó szerepet vállalt Babarcsi Schwartzter Ottó is, aki később az ápolóegylet munkájában is részt vállalt.³⁴⁸

A helyzet megoldatlanságára – főképp a századforduló körüli években – a szakmai fórumok is (közülük az OKT) szép számmal föl hívták a minisztérium figyelmét.³⁴⁹ A helyzet valóban súlyos volt. Korányi megjegyezte, hogy midőn a Klinika megnyitása időszerűvé vált, Kovács professzor, a Klinika vezetője, nem tudott 12 megfelelően képzett ápolót alkalmazni, ezért a paulai Szt. Vince ápolórend grazi intézetéből kértek személyzetet.³⁵⁰

A betegápolókkal szembeni szakmai követelmények biztosításának előmozdítására 1902-ben Babarcsi Schwartzter Ottó védnökségével alakult meg a Magyarországi Betegápolók és Ápolónők Országos Egyesülete³⁵¹, mely célul elsősorban a képzés kérdéseinek megoldását tűzte ki.³⁵² Az egyesület

³⁴³ „Kevés kivétellel általában erkölcsileg megromlott, elzülött emberek ezek, kik csupán azért vállalkoznak ideig óráig a betegápolásra, mert más alkalmazást – épen saját hibájuk folytán – már nem találnak.” – SASSY JÁNOS: *A vidéki közkórházak működése*. Különlenyomat a „Gyógyászat” 1891. évi számaiból. 6.

³⁴⁴ RÓNA DEZSŐ: *Betegápolói tanfolyamokról*. Közegészségügy, 1910. jan. 15., aki megjegyezte, hogy legrosszabb, ha szűkségből munkanélküli iparossegédet kénytelenek alkalmazni a kórházak, mert „nincs az a galádság, mit ezek el ne követnének. Egymás holmiját, a beteg tárgyait, ruháját, pénzét ellopják, egymást lázítják, elmeosztályokon, a fegyelmet állandóan veszélyeztetik”. Róna a megoldást a kórházi keretek között folyó ápolóképzésben látta volna.

³⁴⁵ CSEKONICS ENDRE- BABARCZI SCHWARTZTER OTTÓ: *A Magyar Szent Korona Országai Vöröskereszt Egyletének története*. Budapest, 1904, Hornyánszky ny. 14.

³⁴⁶ KAPRONCZAY KÁROLY-SZEMKEŐ ENDRE: *A magyar ápolónők képzés kezdetei*. OK 102-104. (1983) 183-198., 159., meg kell jegyezni, hogy a vöröskeresztes képzéseken a minisztériummal történt megállapodás alapján helyet biztosítottak az állami kórházakban elhelyezkedni kívánó, valamint a rendi ápolók számára is. – KAPRONCZAY, 2005, 66.

³⁴⁷ 1881-ben az egylet Budapesten, Kolozsváron és Pozsonyban létesített betegápolónői intézetet. A vizsgát tett tanulók lakást, teljes ellátást kaptak az intézetben, és innen küldték ki őket kórházakba (Budapesten) és magán személyekhez. Közkórházi kiküldés esetén az ápolónők munkájáért nem, csak a fölmerült költségeket kellett a kórháznak kifizetnie. – CSEKONICS- BABARCZI SCHWARTZTER, 1904, 176.

³⁴⁸ A képzéshez kapcsolódó vizsgát 1886-után a minisztérium képviselőinek részvételével felállt vizsgabizottság előtt kellett letenni. – BM 1886/18.988

³⁴⁹ A Tanács 1907-ben kifogásolta néhány fővárosi betegápoló-egylet működését, melyek nem biztosítják megfelelően az ápolók képzését. Az OKT szerint megfelelően működő egyesületek a Gondviselés, és a Vöröskereszt Egylet voltak. – CSATÁRY LAJOS – TÓTH LAJOS: *Az Országos Közegészségügyi Tanács ötven évi működése 1868-1918*. Budapest, 1918, Franklin ny. 87.

³⁵⁰ DR. KORÁNYI FRIGYES: *A betegápolásról*. Jó Egészség, 1907/10, 112-116.

³⁵¹ HAHN, 1960, 64.

lapjának hasábjain megállapították, hogy az országban elég képzett ápoló nincs és csak a betegápoló rendek tagjaira (akik nem minden esetben kapnak képzést)³⁵³, a Klinika, valamint a Vöröskereszt Egylet által képzett ápolókra lehet számítani.³⁵⁴ Valóban, a képzés rendezése képezte a legnehezebb kérdést, illetve talán inkább az, hogy az ápolást legalább lelkiismeretesen végző személyeket egyáltalán megtalálják. Az ápolásüggyel foglalkozók szerint ugyanis a szakma elismertsége igen gyenge, és nagyon sokan csak átmeneti megoldásként csapnak föl ápolónak.³⁵⁵ A kevés jól képzett ápoló legnagyobb része eleinte külföldről érkezett, ami viszont nyelvi problémákkal súlyosbította a gondokat. A századfordulóra ugyan a virágkorát élő egyesületi élet keretében létrejöttek olyan, képzést is biztosító intézmények, mint pl. amilyen a Vöröskereszt Egylet, vagy a Gondviselés Egylet volt, s a szakmailag többé-kevésbé képzettnek tekinthető, legalább lelkiismeretesen dolgozó ápolók többsége a fent említett egyletek által képzett, valamint rendi betegápolók közül került ki.³⁵⁶

A századforduló után annyi előrelépés történt azonban, hogy már a Betegápolók Egyesülete is indított fakultatív képzést tagjai részére.³⁵⁷ A képzések megszervezését a kórházigazgatók is sürgették, különböző megoldási javaslatokat kidolgozva.³⁵⁸ A korszak végéig azonban csupán az történt, hogy az Országos Közegészségi Tanács is elkezdett foglalkozni a betegápolás ügyével, mivel a kórházügy szempontjából különösen fontosnak tartotta az ápolásügy rendezését. Foglalkozott a képzés kérdésével is, s a kidolgozott javaslat szerint a képzési ügy rendezését az ápolói egyesületek ellenőrzésével, azaz annak ellenőrzésével, hogy az egyes egyesületek végzik-e az alapszabályban lefektetett ápoló-képzési tevékenységet, vagy sem.³⁵⁹ A reformanyag két munkára támaszkodott. Az egyik a Magyar Sebész Társaság anyaga, a másik a minisztérium által felhívott 23 közkórház felterjesztésére alapuló munka volt.³⁶⁰ Kiindulópontként a Tanács véleményében kimondta, hogy mindenképp változtatni kell azon, hogy pusztán a betegápoló-egyleti tagság jogosít a közkórházi alkalmazásra. A megoldást – tekintettel a Vöröskereszt-egylet túlterheltségére – az jelentette volna, hogy a vidéki közkórházak gondoskodnak

³⁵² *Emlékirat a Magyarországi Betegápolók és Ápolónők Országos Egyesületének 25 éves fennállásának alkalmából.* Budapest, 1927.

³⁵³ SASVÁRI LÁSZLÓ: *Magyarországi egyházi betegellátó intézetek és testületek a XIX. század második felében.* OK 97-99 (1982.) 209-218.

³⁵⁴ *A betegápoló.* A betegápoló, 1903. jan.1.

³⁵⁵ Főképp a vidéki kórházigazgatók panaszkodtak arra, hogy jobb híján kénytelenek olyanokat is fölvenni, akik megeszik a betegek ételadagjait, vagy éppen lopnak tőlük.

³⁵⁶ A képzési rendszer megteremtését sürgetők ugyanakkor elismerték, hogy az ápolás alacsony társadalmi presztízse miatt az erre hivatást érzők inkább rendi keretek között kezdenek dolgozni. – VAY-IBRÁNYI ALICE: *A betegápolás ügyének fejlesztéséről.* (A magyar orvosok és természetvizsgálók XXXV. vándorgyűlésén Miskolcson előadta) *Közegészségügy*, 1910, szept. 1. 177-179. SASVÁRI LÁSZLÓ: *Szerzetesnővérek betegápoló és szociális tevékenysége Magyarországon (1867-1918).* OK, 1986 (113-114.) 121-128., CSESZKONÉ KUKUSKA KATALIN: Adalékok Eger város egészségügyéhez a kiegyezés után. In: *Múltból a jövőbe.* Tanulmányok. Budapest, 1997, ELTE BTK, Újkori Magyar Történeti Tanszék. 52-62.

³⁵⁷ A képzés később kötelezővé vált – BALÁZS FLÓRA: *Rövid visszapillantás a Magyarországi Betegápolók és Ápolónők Országos Egyesületének három évtizedes működésére (1902-1932) Adatok a világi betegápolómozgalom történetéhez.* *Betegápolásügy* 1932/9, 8-13, 9.

³⁵⁸ *Vidéki kórházak igazgatóinak értekezlete.* *Közegészség*, 1909. ápr. 15.

³⁵⁹ A Tanács vizsgálatában megállapította, hogy kórházi ápolók képzését megfelelően csak a Vörös Kereszt Egylet végzi (1909), a Gondviselés Egylet inkább az otthoni ápolási feladatokra készíti föl hallgatóit. Bekerült a javaslatba az a megoldás is, mely szerint az itt kiképzett ápolóknak a „hivatalosan képesített ápoló” címet adja. Az ápolóhiányon a vidéki kórházak intézményen belül évente 4-5 ápoló képzésével kívántak segíteni - *A betegápolók képzése.* (Az Országos Közegészségi Tanács 1909. évi január 7-iki üléséből) előadó: Janny Gyula. *Közegészségügy*, 1909. feb.1.

³⁶⁰ BM 1909/16.9630

ápoló-képzésről. A Sebész Társaság a kórházakban folyó bentlakó-képzést tartotta megfelelőnek, a kórházigazgatók nyilatkozataiból viszont kiderült, hogy nagyobb részük nem vállalkozott volna ilyen indítására.^{361 362} Az ápolásügyet érintő számtalan kezdeményezés ellenére 1914-ig a helyzet alapvetően nem változott, a magyar nem egyházi fenntartású kórházakban tehát 1) képesítés nélküli, 2) rendi³⁶³ 3) képzett világi ápolók egyaránt dolgoztak.

³⁶¹ Az ápolóképzés és ápolókérdés ügye. (Az Országos Közegészségi Tanács 1913. évi április hó 17-én tartott üléséből, előadó: Dr. Magyarevics Mladen) Közegészségügy, 1913. júl. 1.

³⁶² Az önkéntes betegápolónői tanfolyamok szabályzata és tanítási programja. Budapest, 1914.

³⁶³ Nem egyházi fenntartású kórházakban dolgozó rendi ápolók:

hely	létszám	rend	megjegyzés
Anina	4	Vincés	
Aranyosmarót	5	keresztes	
Baja	12	Isteni Megváltó Leányai	
Balassagyarmat	10	vincés	
Bártfa	3	IML	
Beregszász	6	szatmári	
Budapest			
Angyalföldi elmek.	13	vincés	
Árok utcai kórház	4	vincés	
Bethlen téri kórház	12	vincés	
Homeopata kórház	7	vincés	
János kórház	38	vincés	
István kórház	103	vincés	
Klinikák	48	vincés	
Kőbányai kórház	6	vincés	
László kórház	22	vincés	
Lipótmező	25	vincés	
Margit kórház	11	vincés	
Rókus kórház	102	vincés	
Stefánia kórház	18	vincés	
Vöröskereszt kórház	17	szatmári	
Dicsőszentmárton	6	ferences	nagyszebeni rendtartomány
Eperjes	4	vinncés	
Eperjes	5	IML	
Érsekújvár	5	vincés	
Esztergom	13	szatmári	
Gyöngyös	29	vincés	(az iskolai személyzettel együtt megadva)
Gyula	5	vincés	
Kaposvár	14	vincés	
Kiscell	5	ferences	
Kassa	14	vincés	
Királyhelmece	7	szatmári	
Kolozsvár	50	ferences	nagyszebeni rendtartomány
Köpcsény	5	keresztes	
Kőszeg	5	vincés	
Léva	4	szatmári	
Losonc	6	ferences	nagyszebeni rendtartomány
Lupény	3	ferences	nagyszebeni rendtartomány
Magyaróvár	5	szatmári	
Máramarossziget	21	szatmári	
Munkács	9	szatmári	
Nagybecskerek	11	vincés	zágrábi rendtartomány
Nagykálló	7	vincés	
Nagykanizsa	12	vincés	
Nagyszeben	6	vincés	
Nagyszentmiklós	9	ferences	
Nagyszombat	13	vincés	(3 kórházban)
Nagytapolcsány	10	vincés	
Nagyvárad	22	vincés	

8.2. Bábák a közegészségügyi rendszerben

A bábák a rendes községi közegészségügyi személyzethez tartoztak, ami azt jelentette, hogy a községeket törvény kötelezte szülésznő tartására, ennek megfelelően az egészségügyi politikában helyet kapott a bábaképzés, a baba fizetések rendezésének kérdése éppúgy, mint a szülésznői feladatok pontos tisztázása is.

A bábákkal kapcsolatos első szabályokat az 1770-es, Mária Terézia nevéhez fűződő Generale Normativum in Re Sanitatis tartalmazta, mely előírta a bábai működéshez szükséges vizsga letételét.³⁶⁴ Ekkortól a képzési feladatokat a nagyszombati egyetem látta el, majd 1775-től a kolozsvári Orvos-Sebész Tanintézetben³⁶⁵, 1809-től pedig a nagyszombati képzőben is folyt oktatás. 1873-ig mindössze ebben a három intézetben volt bábaképzés úgy, hogy 1870-ig a szülészet nem tartozott a kötelezően oktatott tárgyak közé az orvosi karon.³⁶⁶ A kevés képzési hely miatt tehát a közegészségügy rendezésének idején a legtöbb bábai gyakorlatot folytató személy képzésben nem részesült, (a szakiroda-

Nyitra	19	vincés	a városi és a rendi kórház együtt
Pancsova	8	vincés	zágrábi rendtartomány
Pécs	28	vincés	
Petrozsény	6	ferences	nagyszombati rendtartomány
Pozsony	40	keresztes	
Pozsony	3	vincés	
Pozsony	6	IML	Gyermekekórház
Resicabánya	4	vincés	
Rimaszombat	10	vincés	
Salgótarján	4	ferences	nagyszombati rendtartomány
Selmecbánya	4	szatmári	
Sopron	6	IML	
Szabadka	25	IML	
Szatmár	4	szatmári	
Szekszárd	23	vincés	
Szigetvár	5	IML	
Szombathely	4	vincés	
Tata	9	vincés	az iskolai személyzettel együtt
Tatabánya	7	ferences	
Tótmegyer	3	ferences	
Trencsén	8	vincés	
Ungvár	15	szatmári	
Váradolaszi	14	ferences	a mallersdorfi anyaházból
Veszprém	4	vincés	
Zsombolya	8	keresztes	
Zirc	6	ferences	

SASVÁRI, 1982, 213-215., továbbá ld.: SASSY JÁNOS: *Közkórházaink működése 1889-1895.* é.n., h.n., k.n.

³⁶⁴ Újabb kiadása: BALÁZS PÉTER: *Generale Normativum in Re Sanitatis 1770 – Szervezett egészségügyünk 1770-es alaprendelete.* Piliscsaba-Budapest, 2004, Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár, Levéltár.

³⁶⁵ Az első években ugyanakkor gondot okozott, hogy az oktatás latinul és németül folyt, valamint, hogy a vizsgadíjakat is a tanulóknak kellett volna előteremteniük.– DEÁKY ZITA: *A baba a magyarországi népi társadalomban (18. század vége – 20. század közepe).* Budapest, 1996, Centrál-Európa Alapítvány. 135.

³⁶⁶ 1873-tól Pozsonyban és Nagyváradon is megindult a képzés. – FEKETE SÁNDOR: *A babaoktatás története Magyarországon.* OK 55-56, Budapest, 1970, 175-190. OH, 1873/3, 43-54. TAUFFER VILMOS: *A baba-ügy állása hazánkban az 1897. évben. Javaslatok a baba-ügy átmeneti megjavítása érdekében.* Budapest, 1899, Eggenberger. 30.

lomban) ú.n. parasztbábának nevezett bába volt. 1875-ben a bábaképzés a Vallás- és Közoktatási Minisztérium felügyelete alá került, s a miniszter rendeletben szabályozta a legfontosabb kérdéseket.³⁶⁷

Kevés valóban képzett bába működött az országban, ehhez igazodva az 1876-os közegészségi törvény megengedte a bármilyen jogcímen szülésznői gyakorlatot folytató személyeknek a gyakorlat folytatását³⁶⁸, ugyanakkor úgy rendelkezett, hogy a jogcím nélkül működő bábáknak egy éven belül szülésznői oklevelet kell szerezniük, mégpedig egyetemről, vagy bábaképzőtől 75 km-nél közelebb élőknek az előbbi intézményekben, azoknak, akik ennél távolabb laktak, továbbra is szerezhettek oklevelet a tiszti főorvos által vezetett tanfolyamokon, ezek a „cédulás bábák” viszont nem kerülhettek törvényhatósági alkalmazásba és a közegészségi törvényben előírt községi alkalmazás esetén hátrányban voltak a bábaképzőkben végzett bábákkal szemben.^{369 370} Ugyanakkor annak ellenére, hogy a képzési és alkalmazási feltételekről szükségből láthatóan engedékenyen rendelkezett a közegészségügyi törvény, egyes területeken képzett bábákból bábahiány alakult ki.

A bábahiányon a közegészségügyi törvény az orvosokra vonatkozó megoldáshoz hasonlóan igyekezett segíteni, tehát az 1500 fő alatti lakosságszámú községeknek megengedte a közös bábaállítást, azaz az orvosi körhöz hasonló módon próbálta kezelni a helyzetet. A bába állása ugyanakkor – leszámítva a kétfajta oklevél létéből adódó megoldást – állandó volt.

A bábahiány azonban változatlan maradt, és a nem csökkenő gyermekhalandóságra a szakmai körök is felfigyeltek. Szalárdy Mór a budapesti Orvosegyesületben 1878-ban ismertette a tényeket, s az előadás után megmozdult az orvostársadalom. 1883-ban megszervezték a Puerperális Bizottságot, mely egyrészt a dajkaságba adott gyermekek ügyével, másrészt a szüléssel kapcsolatos kérdésekkel foglalkozott.³⁷¹ Tauffer Vilmos szülész orvos az egyetemen, illetve a bábaképzők keretein kívül folyó képzést látta fejlesztendőnek, tehát a közegészségügyi törvényben is szabályozott „cédulás bábák” tömeges képzésének beindításával látta megoldhatónak a leküzdhetetlen bábahiányt.³⁷² Ezzel együtt a közegészségügyi törvény bábákra vonatkozó rendelkezéseinek végrehajtása is vontatottan haladt.³⁷³ A minisztérium 1887-ben elrendelte az egyes törvényhatóságok területén működő bábák okleveleinek vizsgálatát, illetve a gyakorlatra nem jogosított bábák foglalkozástól eltiltását.³⁷⁴ A bábák fizetésének

³⁶⁷ VKM 1875/27.912 – olyan fontos döntés született, mely előírta pl. a tanulók írni-olvasni tanítását, valamint, hogy a képzővel lehetőség szerint szülésznői osztályt is létre kell hozni, a rendelet továbbá meghatározta a bábaképzők szervezetét, lényegében az igazgató orvos és az intézeti bába közös irányítása alá helyezve az intézményt.

³⁶⁸ Bábák 1787-től a megyei főorvos által tartott tanfolyam alapján is juthattak oklevélhez. – DEÁKY, 1996, 161.

³⁶⁹ Hozzá kell tenni, hogy a kihágási btk. is csak akkor rendelte büntetni a képesítés nélkül végzett bábai tevékenységet, ha az adott községben a szülésznő nincs akadályoztatva tevékenységében. – 1879/XL. 92§ 1.

³⁷⁰ Az esetleges versenyhelyzet miatt a tiszti orvos és a képzők által képesített bábák között konfliktusok alakulhattak ki a biztosabb megélhetést nyújtó településeken: Horváth Erzsébet hódmezővásárhelyi bába panaszt tett, hogy a tiszti főorvos néhány órai képzés után oklevelet ad, ezért követelte, hogy a „pórbábákat” tiltsák el a gyakorlattól. – MOL K150-1301-1885-IV-3-51252

³⁷¹ RAICS JENŐ: *Tauffer Vilmos mint szülésznői miniszteri biztos*. OK, 89-91 (1980), 137-156.

³⁷² TAUFFER VILMOS: *A szülésznői ügyének (bábaügy) állása hazánkban mint a gyermekek és a gyermekágyasok nagy halálózásának egyik tényezője. (javaslatok a szülésznői intézmények fokozatos fejlesztésére)*. Budapest, 1886, Athenaeum ny.

³⁷³ Fejér megyében pl. a törvényhatóság 1887-ig nem alkotta meg a bábák működésére vonatkozó szabályrendeletet. – ERDŐS FERENC: *Alispáni jelentések 1872-1890*. Fejér megyei történeti évkönyv 24.

³⁷⁴ BM 1887/ 29.432/VIII.a, s ennek megfelelően Somogy vm. jelentette, hogy a vizsgálat után fölhívta az engedély nélküli működőket, hogy január 31-ig szerezzenek képesítést, vagy hagyjanak föl a bábai gyakorlattal. – tehát megfelelő jogosítvány nélkül működő bábák 11 évvel a közegészségügyi törvény szentesítése után is működtek – MOL K150-1325-1888-IV-6-

rendezése, pontosabban a kifizetés módja sem történt meg kellő időben. A községi orvosokat érintő szabálytalanságokhoz hasonló méltánytalanságok érték a bábákat is, ezért a minisztérium 1891-ben rendeletben hívta föl a községeket arra, hogy a községi alkalmazásban lévő személyzet fizetését föl kell venni a községi költségvetésbe.³⁷⁵ Jóllehet 1898-as a betegápolási költségek viselésének rendezéséről szóló törvény szerint a bábaképzőkben ápolt szegények költségeit az állam viselte, mivel leginkább az otthoni szülés volt jellemző, áttörés nem következett be. Leginkább tehát a községi bábák helyzetét kellett megváltoztatni. Tauffer a törvény végrehajtásának tapasztalatait is földolgozó jelentést készített 1899-re, s ebben megállapította, hogy a bábák – az orvosokhoz hasonlatosan – szegény- és kisközségekben nem szívesen telepednek meg, vagyis a bábahiány bizonyos területeket sújtó jelenség, mindezek alapján ismételten hangsúlyozta a „cédulás-bábák” szerepének fontosságát.³⁷⁶ A kormányzat elismerve a helyzet rendezetlenségét, kormánybiztosként megbízta Tauffer Vilmost, hogy mérje föl a helyzetet és tegyen javaslatokat a bábaügy rendezésére.³⁷⁷ Az elkészült jelentésből kiderült, hogy csak a megyék kisebb részében megoldott a bábaügy, a legtöbb helyen az 1876-os törvény rendelkezéseit sem hajtották végre, azaz főképp a kistelepüléseken nem alkalmaztak községi bábát. Ennek alapján létesültek az ú.n. másodrendű bábaiskolák, a megyéket beosztották bábaiskolai körbe³⁷⁸, s a rendezés kapcsán megszületett a bábautasítás, valamint a másodrendű bábák számára kidolgozott utasítás, mely a bábák működésének szakmai és részben igazgatási kereteit is rögzítette.³⁷⁹ ³⁸⁰

A közegészségügyi törvényt módosító 1908-as tc. megváltoztatta a községi bábái gyakorlatra vonatkozó szabályokat is, melyet a századfordulótól beinduló másodrendű bábaképzés, valamint a községi bábák helyzete indokolt. Az új szabályozás már minden 800 főnél nagyobb lélekszámú városnak és

29432, sőt Tauffer 1896-os megállapítása szerint: „Szomorú, de való, hogy a cédulás bábák és a kuruzslók az ország összes szüléseinek több mint felét tartják kezükben, és hogy a szülés körül való segédkezés ma épp oly primitív, mint akár 200 évvel ezelőtt.” – idézi RAICS, 1980, 136.

³⁷⁵ BM 1891/28.096

³⁷⁶ TAUFFER, 1899. Hozzá kell tenni, hogy a szakmai köröket megosztotta a cédulás bábák működésének, képzésének kérdése: Chyzer fölmérve a valós helyzetet támogatta a megoldást (ld.: CHYZER KORNÉL: *Néhány szó a bábaügy rendezéséről*. OH, 1891. 612-613.), ugyanakkor Dirmer Gusztáv a budapesti Bábaképző Intézet és Mann Jakab a szegedi bábaképző igazgatója ellene foglalt állást: „A cédulás bábák intézményének jövőre hatályon kívül helyezését tartom szükségesnek nemcsak az egységes minősítés elvi szempontjából, hanem főleg azon oknál fogva, minthogy a cédulás bábák képzettsége – a mint tudva van – alig nagyobb a parasztbábáéknál, és minthogy azon esetben, ha az illető nem nyeri el a nép bizalmát, értéktelen, ha ellenben a közönség pártolását bírja, veszedelmesebbnek tartom – mint a ki „képesítettségénél” fogva mindenféle kuruzslásra tartja magát jogosítottnak és vállalkozik is – az ő szülészeti működését bármely parasztbába segédkezésénél.” – MANN JAKAB: *A szegedi M. Kir. Bábaképezde 1884-1894*. Szeged, 1895, Bába ny. 25., továbbá *Értekezlet a bábaügy országos rendezése tárgyában*. OH, 1891,(49.) 613-615., *A bábaügy országos rendezése*. OH, 1891, (49.) 600-602. Dirmerre: DEÁKY ZITA – KRÁSZ LILLA: *Minden dolgok kezdete (A születés kultúrtörténete Magyarországon (XVI-XX. század))*. Budapest, 2005, Századvég. 349. Hozzá kell tenni továbbá, hogy a bábaügy rendezéséhez hozzákapcsolódott a lelencügy rendezése, t.i. az 1901/VIII. tc. a bábaképzők székhelyén rendelte fölállítani a gyermekmenhelyeket.

³⁷⁷ BM 1900/23.609

³⁷⁸ Tauffer állami segítséggel látta megvalósíthatónak a kisközségek bábatartrási feladatát, valamint fölvetette az 1000 fő alatti községeknek 2 hónapos tanfolyammal kiképzett ideiglenes bábakkal való ellátását. - *A bábaügy országos rendezéséről. Jelentés, melyet nagyméltóságú duka- és szentgyörgyvölgyi Széll Kálmán a Belügyministerium vezetésével id. megbízott M. Kir. miniszterelnök úrnak eddigi működéséről benyújtott Dr. Tauffer Vilmos, a bábaügy országos rendezésével megbízott kormánybiztos*. Budapest, 1902. Schmidl ny.

³⁷⁹ BM 1902/95.000 – a rendelet a bábákat közvetlen a vármegyei, járási vagy községi hatóságnak rendelte alá, előírta az orvosok ellenőrzési kötelezettségét (az ellenőrzési könyvek vezetését), a „*Magyar bábakönyvet*” adta meg tankönyvnek és pontosan meghatározta a bábái kötelezettségeket. A bábaügyet szabályozó korábbi rendeletek hatályukat veszítették: 1882/8824 VKM-BM, BM 1882/31.438, VKM 1889/2771, VKM 1895/65.766, BM 1893/96.846 (hivatkozva az 1902-es bábautasítás)

³⁸⁰ BM 1903/765.000

községnek előírta szakképzett községi bába tartásának kötelezettségét.³⁸¹ Az 1876-os szabályozásból nem derült ki, hogy a bábát a község képviselőtestülete, avagy közvetlenül a választók választják, az 1908-as tc. már pontosan meghatározta, hogy a községi képviselőtestület (th. városokban a bizottság) – kijelölés alapján – választja a lakosság számának megfelelő számú bábát. Végül a tc. meghatározta a bábai fizetések megállapításának módját a lakosság száma alapján megállapított minimumfizetéssel úgy, hogy azt a helyi adottságoknak megfelelően a közigazgatási bizottság előterjesztése alapján a belügyminiszter pótlékkal egészíthette ki.³⁸² A gyakorlatban azonban továbbra is lényeges különbségek mutatkoztak még a városokban alkalmazott bábák lakosságszámhoz viszonyított arányszámában is.³⁸³ Az 1908-as szabályozás sem változtatott azonban azon, hogy képzettség és alkalmazás szerint többféle bába dolgozhatott: 1) a bábaképző intézetekben képzett 2) 1900-tól a másodrendű képzőkben tanult 3) az orvos által képzett, melyekhez csatlakozott a már említett, képesítés nélküli, 4) parasztbábáknak nevezett csoportja, illetve 1) állami (bábaképzőben alkalmazott) 2) vármegyei 3) városi (az 1908-as tc. a th. városokra is vonatkozik) 4) községi 5) magán (hivatalos) 6) parasztbába. Szülésznői/szülészeti szempontból tehát igen tarka képet mutatott az ország, ráadásul az ellátottság gondjait az új törvény sem tudta megoldani, mivel a falvak alapvetően ellenérdekeltek maradtak az állandó okleveles bábák alkalmazásával szemben. Mivel a kis fizetéssel meghirdetett szülésznői állásokért továbbra sem tolongtak a jelentkezők, a megoldást a szülésznői ismereteket képzőkben elsajátítani kívánók jelenthették volna. Megfigyelhető volt azonban, hogy egyes helyeken a bábatanfolyamra jelentkezőket, a faluközösség „lebeszélte” annak elvégzéséről. Így minden maradt a régiben: a község költségvetését nem terhelte a bába fizetése, az érintettek továbbra is a parasztbábának járó – részben természetbeni – szolgáltatásokat teljesítették.³⁸⁴

8.3. Egyéb személyzet

8.3.1. Halottképek

³⁸¹ A 800 fő alatti lélekszámú települések alkalmazhattak cédulás bábákat, illetve törvényhatósági engedéllyel közösen tartottak bábát.

Nagyobb településen nem csak községi alkalmazásban álló bábák dolgozhattak egy-egy településen, hanem a magánorvosokhoz hasonlóan telepedhettek le bábák is (oklevélbemutatói kötelezettséggel). Ugyanakkor Gyula r.t. város olyan szabályrendeletet alkotott, melyben a város a nem községi alkalmazásban álló bábák díjának megfizetését vállalta szegény szülő nők esetében, tehát a községi bábai feladatok egy részét itt a nem községi alkalmazásban állók is elvégezhették. – MOL K150-2604-1895-VI-31-73145

³⁸² Korábban előfordult, hogy a bábátartásra kötelezett községek indokolatlanul alacsony bábai fizetéseket határoztak meg, mely rendelkezést a törvényhatóság változtatott meg, mint az történt Komárom vm. esetében, melynek bizottsági közgyűlése duplájára emelte az 50 Ft-os fizetéseket Udvard községben. – MOL K150-2604-1895-VI-31-81045

³⁸³ Az 1912-ben napvilágot látott jelentés szerint míg Marosvásárhelyen 23.728 lakosra 1, Győr esetében 42.589 lakóra 6 bába jutott. A javaslat szerint az ország területének szülészeti körzetekre osztása és egészségügyi felügyelő alá rendelése jelenthetett volna megoldást, kerületi szülész főorvosok alkalmazásával. (*A babaügy országos rendezéséről. Második kormánybiztosi jelentés, melyet nagyméltóságú Lukács László, a Belügyministerium vezetésével id. megbízott m. kir. miniszterelnök úrnak benyújtott Dr. Tauffer Vilmos, a babaügy országos rendezésével megbízott kormánybiztos.* Budapest, 1912. Schmidl ny.), s ezt az elgondolást támogatta az Országos Közegészségi Tanács is: *A babaügyi kormánybiztos jelentésével kapcsolatos javaslatok (az Országos Közegészségi Tanács 1912. okt. 31-én tartott üléséből, előadó: Dr. Klasz Pál).* Közegészségügy, 1912. dec. 15., kiemelve, hogy a bábautasítás azon rendelkezése, mely a bábák ellenőrzését az összes hatósági orvos feladatává tette, alapjaiban elhibázott.

³⁸⁴ FILEP GYULA: *Az 1908:XXXVIII. t.-c. és a babaügy.* Közegészségügy, 1909. jún.1.

A halottkém-ügy szabályozását a közegészségügyi törvény a belügyminiszterre bízta. Rendeleti szinten nyert tehát szabályozást még a törvény szentesítésének évében.³⁸⁵ A halottkém-tisztség betöltése képesítési feltételekhez kötött volt. Halottkém lehetett tehát 1) az az orvos, vagy sebész, aki az ország területén orvosi gyakorlatra volt jogosított, 2) aki halottkém vizsgát tett, 3) aki a rendeletet megelőzően – képesítés nélkül – két évig mint halottkém működött, és feladatát el tudta látni. A rendelet a halottkém munkát azokban a községekben, melyben orvos volt, halottkém hiányában, az orvosra bízta, viszont a körorvosnak csak a kör székhelyén kellett ellátnia a feladatot. Egyébként a községi (kör) orvos tanította be azokat, akik halottkém munkára vállalkoztak, a kötelező vizsgát pedig a körorvos és a járásorvos előtt kellett letenni. A halottkém községi alkalmazottként működött, és a községnek be kellett jelentenie a törvényhatóságnak, ha halottkémet alkalmazott.

8.3.2. Fertőtlenítők, betegszállítók, egészségügyi örök

A fertőtlenítés végrehajtásának kérdésére, a személyzet helyzetének rendezésére, illetve az intézet kiépítésére a járványos betegségek, – főképp a kolera elleni – hatósági cselekmények kapcsán került sor. Fertőtlenítéssel megbízott személyzete sem a törvényhatóságoknak, sem a községeknek nem volt kezdetben, tekintettel arra, hogy a kérdés valóban csak a járványok alkalmával merült föl egyáltalán.³⁸⁶ A fertőtlenítési feladatokat tehát a helyi adottságoknak megfelelően végezték a község egészségügyi közegei. Ha voltak kapitánysági közegek, akkor esetleg ezek, ha volt halottkém, akkor ő, ha csak a községi, vagy körorvos volt, akkor az előjáróság gondoskodhatott a fertőtlenítés végrehajtásáról, melyet az orvos ellenőrizhetett.

Mérete és járványügyi jelentősége miatt nem véletlen, hogy Budapesten épült ki először a szervezett fertőtlenítői szolgálat, s nem sokkal később a fertőtlenítő-intézet. Budapest tehát, párhuzamosan a belügyminiszteri rendeletekkel, szabályrendeletekkel is rendezte a fertőtlenítés kérdését és a fertőtlenítői szolgálatot. 1884-ben minden kerületi orvos mellé alkalmaztak egy fertőtlenítőt, akik immár elvileg folyamatosan, nem csak a hivatalosan megállapított járvány idején voltak szolgálatban. A kiadott szolgálati utasítás szerint a fertőtlenítők a kerületi előjáróság, mint elsőfokú hatóság alá rendelve, a kerületi orvos és a halottkém utasításai szerint jártak el. Munkájuk részét nem csak a bejelentett ragályos betegek környezetének fertőtlenítése képezte, hanem az általános tájékoztató, a kerület fertőző gócainak föltárása, az azokról való jelentés is.³⁸⁷ Ugyan az 1886-os kolerajárvány idején a sajtó nem fukarkodott a kritikákkal, t.i. hogy a fertőtlenítők nem állnak helyzetük magaslatán, pedig ekkor már szabályzat alapján, formálódó rendszerességgel végezték munkájukat.³⁸⁸ Jóllehet az 1886-os járvány

³⁸⁵ BM 1876/31.025, *A halottkém-i szolgálat kézikönyve. A képesített és a hatóságilag megbízott, orvostudori vagy sebész oklevéllel nem bíró halottkémekek használatára. Az 1876. XIV. t.c.z. és a nagyméltóságú m. kir. belügyminiszter úr által kiadott 31.025/1876. számú szabályrendelet értelmében.* Budapest, 1887, Athenaeum.

³⁸⁶ Annál is inkább, mert a kolera-rendeletek voltak azok a jogforrások, melyek előírták a járvány idején teljesítendő fertőtlenítési eljárást.

³⁸⁷ *Budapest Székes-Főváros Központi Fertőtlenítő Intézetének évkönyve az 1892-1893. évről.* (Közli DR. BUKOVSKY GYÖRGY) Budapest, 1894, Pesti ny.

³⁸⁸ Ld. – PH 1886. okt. 23.

idején már fölmerült a központi, állandó fertőtlenítő-intézet gondolata,³⁸⁹ ennek megvalósulása a következő, 1892/93-as járványig váratott magára. Ekkor az intézet már differenciált hivatali rendben, noha ideiglenes szervezettel kezdte meg működését, így keretein belül a fertőtlenítőkön és a vezetőkön kívül írnok, gépész is dolgozott. A végleges szervezeti szabályzatot 1895-ben kapta, mely meghatározta a fertőtlenítés rendjét és 300 Ft-ig terjedő bírsággal fenyegette azt, aki akadályozta eljárását.³⁹⁰ Az intézet a későbbiekben betegszállítási feladatokat is végzett (1900-ig a fertőző betegek szállítását a Rókus kórház, illetve különleges esetben a B.Ö.M.E. munkatársai is végezték)³⁹¹, illetve vidéki kiküldetéseket is teljesített.³⁹² Munkaviszonyukat tekintve (1892-ben) voltak állandó és napidíjas fertőtlenítők, tehát hasonlóan a korábbiakhoz, a járványos időszak jelentette többletmunkát napidíjas rendszerben fölvevett közegekkel végeztette a főváros.³⁹³ A budapesti fertőtlenítési rendszert használta föl a minisztérium a vidéki fertőtlenítő-szolgálat kiépítésére, illetve megfelelő szakmai színvonalának megteremtésére. Már az 1893-as kolera idején is végeztek vidéki munkát a fővárosi fertőtlenítők, majd 1907-ben a minisztérium a fővárossal közösen megszervezte az országos fertőtlenítői tanfolyamot, melyet aztán évente megismételtek.³⁹⁴

Betegszállítói feladatokat – ha volt rá lehetősége, járványmentes időben – az illető kórház alkalmazottai, vagy baleset esetén a mentéssel megbízott közegek (tehát a kapitánysági közegek, a tűzoltóság, a rendőrség, esetleg külön mentő-egyletek tagjai) teljesíthettek, járvány idején pedig a község/törvényhatóság fertőtlenítéssel megbízott közegei, illetve a ragályos beteg szállítására föl jogosított betegszállító.

A fővárosban az 1893-as kolera alkalmával a VIII. kerületben több tömegszállítás járványügyi biztosítására alkalmaztak ideiglenes őrséget, melynek feladata a városi hatóság által meghatározott lakószám ellenőrzése, illetve a kiköltöztetett lakók visszaköltözésének megakadályozása volt. A fővárosi kezdeményezés nyomán a diftéria-járvány kapcsán hasonló megoldást előíró rendelet is született³⁹⁵. 1898-ban pedig 28 főből álló közegészségügyi őrséget szervezett a főváros.³⁹⁶

B. Kórházi ellátórendszer

³⁸⁹ PH 1886. okt. 18. – Kresz Géza, az V. kerület orvosa arról írt, hogy a fertőző betegségek terjedésének megállítására fertőtlenítő-intézetet kellene fölállítani.

³⁹⁰ *Budapest székes főváros központi fertőtlenítő intézetének szabályzata és személyzetének szolgálati utasítása.* Budapest, 1895.

³⁹¹ HAMMER, 1909.

³⁹² HAMMER DEZSŐ: *Négy év (1908-1911) a budapesti fertőtlenítő intézet működéséből.* Bp, 1913, Pesti Lloyd ny.

³⁹³ BFL IV-1403.o-12

³⁹⁴ HAMMER DEZSŐ: *A fertőtlenítés ügye hazánkban.* Közegészségügy, 1911. feb.15. 38-40., képzett fertőtlenítőre: *Polgármesteri jelentés Jászberény rendezett tanácsú város 1908-ik évi közigazgatási állapotáról.* Mezőtúr, 1909.

³⁹⁵ *Előterjesztés a budapesti lakásviszonyok rendezése tárgyában. A lakásügyi bizottság megbízásából Gerlőczy Károly, kir. tanácsos, első alpolgármester, a lakásügyi bizottság elnöke.* Budapest, 1898, Pesti Könyvnyomda-Részvény-Társaság. 184, BM 1893/10.395/VI-II.

³⁹⁶ FORBÁT IMRE: *A lakáskérdés és Budapest jövője, megjegyzések a Székesfőváros községi politikájához.* Budapest, 1906, Grill. 31., szolgálati utasítás: 510/1898. ky., BM 1899/58.741, MELLY JÓZSEF: *Az egészségügyi intézmény keletkezése és kialakulása Magyarországon.* Különlenyomat a Városi Szemle XXVIII. évfolyamából. Budapest Székesfőváros Házinyomdája.

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 fertőzőes 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 időszerrűvé 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.³⁹⁷

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.³⁹⁸ 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,³⁹⁹ a rendelet az engedély megadásának feltételül szabta, hogy mind a megépítendő kórház, mind annak környezete feleljen meg a modern követelményeknek.⁴⁰⁰

³⁹⁷ Miskolcon például az első kórház egy katonai ispotályban volt, mely két év múlva túlszúfolttá 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 költöztetésére. – *100 éves a miskolci Erzsébet – Semmelweis kórház.* (Szerk. DR. SALLAI ZSOLT), Miskolc, 2000, Semmelweis Kórház. 15. SINGER HENRIK (szerk.): *A miskolczi közkórház története (1856-1900)*, Miskolc, 1900.

³⁹⁸ BM 1876/51.661 sz. r. (nov.21.)

³⁹⁹ 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 egyetemesei 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.

⁴⁰⁰ 2§: „az építési terv és leírás, valamint a berendezésre vonatkozó tervrajz bemutatandó, továbbá okmányilag kiderítendő, hogy azon hely és talaj, melyre a létesíteni szándékolt intézet felállítatik, úgyszintén környéke a

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.”⁴⁰¹ – 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 fenn.

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 betagozódott a rendes kórházi rendszerbe, kapcsolódott egy kórházhoz, annak rendes osztályát képezve, mely pl. a trachomakórházak esetében volt megfigyelhető.⁴⁰² A kép tehát meglehetősen bonyolult volt. A köz- illetve magánkórházi státusz 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.

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.”

⁴⁰¹ MOL K150-1868-IV-9-15537

⁴⁰² 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 felemelését azzal, hogy ha ezt az ismételt kérést nem teljesíti a minisztérium, akkor a vidékiek előtt kénytelen lesz a város bezárni a 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 régiből, mely azonban nagyon gyorsan ugyanolyan gondokkal kellett küzdi, mint az ország számos más kórháza.

1.1. A kórházak igazgatása

1.1.1. Az állami kórházak igazgatása

Az állami kórházak tehát, minden esetben közkórházként működtek. Az intézet felügyeletét minden esetben a Belügyminisztérium gyakorolta. Az egyes gyógyintézetek igazgatását külön-külön kiadott „alapszabályok” rendezték.⁴⁰³ A pozsonyi kórház esetében például az igazgatót, az orvosokat, valamint a teljes személyzetet a miniszter nevezte ki, illetve ő határozott az illetményekről és az alkalmazás véglegességéről is. A tébolydák felügyeletét hasonlóképpen oldották meg a rendeletek, a gazdasági ügyek vitelére gondnokot, az általános ellenőrzési feladatok végrehajtására ellenőrt nevezve ki. Az állami kórházak személyzete fizetési osztálybesorolás⁴⁰⁴, fegyelmi viszonyok⁴⁰⁵ és nyugdíjjogosultság tekintetében állami hivatalnoknak számított.

1.1.1.1. Speciális állami kórházak és gyógyintézetek – tébolydák, bábaképzők, egyetemi klinikák, Pasteur Intézet

Az állami kórházak között a rendes kórházi rendszerbe illeszkedő közkórházi jellegű intézményeken túl speciális intézmények is megtalálhatók voltak. Az elmebetegügy rendezésekor, még a hatvanas években létrehozott tébolydák voltak az első ilyen intézmények.⁴⁰⁶

1875-ben a bábaképzés a Vallás- és Közoktatásügyi Minisztérium irányítása alá került, ami egyrészt érintette a – főképp az egyetemek mellett működő – bábaképzőket, másrészt azt jelentette, hogy a bábaképzők kialakítása a közkórházi rendszerre támaszkodva, azok mellett, viszont a VKM felügyeletével és fenntartásával történt.

A fenntartót tekintve hasonlóan speciális helyzetben voltak az egyetemi klinikák, melyek felügyelete szintén a Vallás- és Közoktatásügyi Minisztérium feladatkörébe tartozott.⁴⁰⁷ Az 1880-as évektől

⁴⁰³ A nagyszabedni Országos Tébolyda Erdélyi Főkormányshék 1862/24.044 sz. rendeletével kiadott alapszabályai, Alapszerkezet a pozsonyi m.kir. országos kórház számára, 1875 (*Az egészségügyre vonatkozó törvények és rendeletek gyűjteménye*. I-V., Budapest, 1895-1905, Dobrowsky és Franke. I. k. 42-45.), BM 1892/38.845 – Alapszerkezet a budapesti lipótmezei m.kir. országos tébolyda számára, BM 1884/70.123/83 – alapszerkezet az angyalföldi m.kir. országos elmebeteg ápolóda számára, s hozzá kell tenni, hogy a pozsonyi Állami Kórház alapszabálya minta-alapszabályként szolgált.

⁴⁰⁴ Ld.: *A Magyar Kir. Belügyminisztérium tiszti személyzetének 1907. évi december hó 31-ikén lezárt rangsorozati névjegyzéke közegészségügyi személyzet*. Kiadja a M. Kir. Belügyminisztérium. Budapest, 1908, Pesti Könyvnyomda-Részvénytársaság.

⁴⁰⁵ BM 1876/50.301. rendelet meghatározta a fegyelmi eljárás lehetőségét, melyet a miniszter, illetve a kórház székhelye szerinti közigazgatási bizottság rendelhetett el.

⁴⁰⁶ A tébolydák rendszeréről ld. alább. Az elmeegógyintézeteki orvosok fizetésének kérdéséhez: *Az elmeegógyintézeteki orvosok helyzetének javítása*. (Az Országos Közegészségügyi Tanács 1911. évi május hó 11-iki üléséből, előadó Dr. Moravcsik Ernő Emil), *Közegészségügy*, 1911. jún. 1. 123-124.

⁴⁰⁷ Az egyetemi klinikák kiépítése a kiegyezés utáni időszakra maradt. Pozsonyban oktatási célokra a városi kórházat használta az egyetem, Pestre költözésekor az egyetem épületében, emeletenként helyezték el a klinikákat. (1884-ig) Utána kiépültek az egyetemi klinikák. – HÖGYES ENDRE: *Emlékkönyv a Budapesti Királyi Magyar Tudomány Egyetem Orvosi Karának múltjáról és jelenéről*. Budapest, 1896, Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat. GYÖRY TIBOR: *Az orvostudományi kar története 1770-1935*. Budapest, 1936, Kir. Magyar Pázmány Péter Tudományegyetem. illetve részben oktatási célokra egyetemi tanárok járóbeteg-rendelőintézetet hoztak létre 1882-ben, mely a későbbiekben alapítványi formát öltött (ERŐSS GYULA: *A poliklinika alapításának és fejlődésének vázlatos összefoglalása*. In: *Jubileumi dolgozatok a Poliklinika huszonöt éves fennállásának alkalmából*. Budapest, 1908, 1-15. Lichtenberg Kornél: A budapesti Poliklinikának alapítása és fejlődése 1883-1895. In: *A budapesti általános Poliklinika jelentése az 1892., 1893. és 1894. évekről.*, Budapest, 1895. 1-6., GRÓSZ EMIL: *Klinikák születése, élete és halála*. PN 1937. márc.28, 63. NAGY IVÁN: *Kolozsvár egyetemi klinikái*. Magyar Kórház, 1941. 201-210.

épültek ki Budapesten és Kolozsváron az egyetemi központi oktatási épületei mellett a karok klinikai telepei.^{408 409} Az egyetem mellett – annak intézményeként – jött létre a budapesti Pasteur Intézet. A veszettség kezelésére 1885-1888-között Párizsban kerülhetett sor, ami rendkívül nehézkes, és drága megoldás volt.⁴¹⁰ 1886-ban Pasteur jelezte, hogy fogadja az orvosi kar által kiküldött szakembert. 1888-ban őszén Hőgyes bemutatta az új módszert az Akadémia őszi ülésén, majd a következő évben javaslatot tett az oltás külön intézetben való végzésére.⁴¹¹ A vallás- és közoktatásügyi miniszter, Csáky Albin az oltóintézetet – mely 1890. ápr. 15-én kezdte meg működését – a budapesti egyetem általános kórtani intézetébe helyezte⁴¹², és vezetésével Hőgyest bízta meg.⁴¹³ Jóllehet a Belügyminisztérium körrendeletben tájékoztatta a törvényhatóságokat az új intézmény működéséről, s arról, hogy mostantól Budapestre küldjék a megmaradt betegeket⁴¹⁴, Szabolcs vármegye párhuzamosan a központi lépésekkel, a Pasteur Intézet létrehozásáról, a kényszergyógyítás lehetőségéről és a szegények ingyen oltásáról 25 törvényhatóság csatlakozásával felirattal fordult a minisztériumhoz.⁴¹⁵ Az oltás iránti igény hatalmas volt, az intézet keretei szűknek bizonyultak.⁴¹⁶ A minisztérium 1900-ban döntött egy

⁴⁰⁸ KAPRONCZAY KÁROLY: *Az ápolás-, ápolóképzés és kórházügy történet Magyarországon*, Budapest, 2005, Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár. 47.

⁴⁰⁹ A BM 1902/35.000 számú kórházi szabályrendelet BM 1907/140.000 rendeletével módosított 5.§-a szerint az egyetemi klinikák állami kórháznak minősültek, azzal a különbséggel, hogy betegeket oktatási célra is föl lehetett venni. Ha nem kizárólag oktatási céllal vették föl a beteget, akkor fennállt a hozzátartozók fizetési kötelezettsége. – KB 5146/911. K. sz. ítélet

⁴¹⁰ 1885-től már megindultak itthon is a kísérletek, melyeket először az Akadémia finanszírozott, 1887-től a pedig az Országgyűlés segítségével az egyetemen folytatódtak. – *A budapesti Pasteur-intézet első három évi statisztikája 1890. ápr. 15-1893. ápr. 14-éig*. Egészségügyi Értesítő, 1894, 147.

⁴¹¹ AJTÓS E. IMRE: *A magyar Pasteur-intézet 50 éve*. OH, 1940/15. 194-196.

⁴¹² A Vallás- és Közoktatásügyi miniszter 1890. februárjában leiratában tájékoztatta a fővárost arról, hogy az egyetem központi épületében – az egyetem tanácsának előterjesztésére – megengedte, hogy ideiglenesen oltóintézet kezdje meg működését. A miniszter utasította a fővárost, hogy jelölje ki egy, arra alkalmas közkórházát a vidékről oltásra érkezők elhelyezésére. (Ez az Üllői úton lévő Szt. István kórház lett.) – FK 1890. feb. 21. A fővárossal történt megállapodás után a rendezték az oltásra érkezők útiköltség- és ápolási díj-ügyét is: ha tehát valakit veszett eb harapott meg (erről orvosi igazolás volt szükséges), és vagyontalan volt (erről hatósági igazolást kellett bemutatni), akkor a kórházban ingyen elhelyezésben és ellátásban részesült az oltások ideje alatt (12-14 nap) a gyermekeket kísérővel kellett a fővárosba szállítani, őket szintén el kellett helyezni a kórházban, úgy, mintha betegek lennének, költségeiket pedig az 1875-ös tc. alapján kellett rendezni. – BM 1890/32.047, VKM 1890/13.768. Az oltásra érkezőknek különböző vasúti kedvezmények jártak: a minisztérium értesítette a törvényhatóságokat, hogy a hazai kamatbiztosítást élvező vasutak, a gölnitzvölgyi, a nagyikinda-beckerekéri és torontáli helyi érdekű vasutak díjmentes, a mohács-pécsi vasút az önkezelési áron és a budapesti helyi érdekű vasút félárú kedvezményt biztosítanak. – BM 1890/34.929 A szállítással kapcsolatos feladatokat pedig a Kereskedelemügyi miniszter rendezte, mérsékelve a vasúti igazgatók értekezletén született javaslatok túlzott elővigyázatosságát. – MOL K150-1892-IV-4-71316

⁴¹³ VKM 1890/57.405

⁴¹⁴ BM 1890/32.047, majd pedig megszületett a veszett ebek által megmaradt egyének szállításának rendjéről szóló BM-KM rendelet – KM 1892/54.298

⁴¹⁵ A megyei aktivitást magyarázza, hogy addig főképp megyei adakozással kerülhettek ki Párizsba az oltásra szorulóak. A feliratot az OKT megkapta véleményezésre, javaslati után hozzáfűzve, hogy az intézmény tulajdonképpen már működik, ezért a felirattal kapcsolatban különösebb feladata nincs is a minisztériumnak. – MOL K150-1894-IV-4-4187. A kényszergyógyításról szóló szabolcsi javaslattal hosszabban foglalkozott a minisztérium és az OKT. A megyei javaslat – miután a minisztérium elutasította a kényszergyógyítás lehetőségét –, melyhez több törvényhatóság is csatlakozott, tájékoztatta a minisztériumot arról, hogy a veszettség kezelésében a kuruzslás és a babona igen megnehezíti a hatóságok dolgát, nemkülönben az a tény, hogy az oltási kérdéseket szabályozó rendelet kétértelmű fogalmazása miatt az érintettek tartanak attól, hogy a költségeket meg kell téríteniük. A megyei javaslat tehát megfogalmazza azt, hogy kívánatos lenne a kérdés törvényi szintű rendezése, azaz a közegészségügyi törvénybe kellene beilleszteni a veszettség elleni oltás-ügyet is. Az OKT véleményében – elfogadva a szabolcsi javaslatot – kifejtette, hogy kívánatosnak ítélné, ha az oltások költségét az állam viselné – hasonlóan a bujakórosok ápolási költségeihez, és megjegyezte, hogy új intézet építésére lenne szükség. – MOL K150-1894-IV-4-4193

⁴¹⁶ Hőgyes panasolta, hogy Európa más országaiban már több intézet is működik, addig Magyarországon csak egy, s az is igen szűkös körülmények között, ezért szorgalmazta, hogy új épületet kapjon az intézet. – *A budapesti Pasteur-intézet 1897. évi működése*. (Hőgyes Endre rt. február 14-én előterjesztett jelentése) Akadémiai Értesítő (AÉ), Budapest, 1898. 135-137, 136.

új épület emeléséről, melyben már más kísérletek végzésére is volt lehetőség.⁴¹⁷ 1902-ben indultak az építkezések, az átadás 1904-ben történt meg. Az új intézetben már 8 kórterem, ápoló- és fürdőszobák, mellékhelyiségek voltak, nem volt szükség többé arra, hogy a beoltottakat a Szt. István kórházban helyezték el.^{418 419}

A speciális gyógyintézetek közé lehet sorolni a nemibeteg-kezelő intézeteket, a trachomakórházat, illetve a szemkórházat (1907) is, azonban ezek gyakorlati elhelyezése és működése sokkal inkább szükségkórházi jelleget mutatott, s mivel a későbbiekben a rendes kórházi rendszerbe osztályrendszerben betagozó ellátási formákról volt szó, ezért ezek az osztályok kiépülését megelőző időszakban a szükségkórházak közé sorolandók.

1.1.2. A közkórházak igazgatása

A közkórházaknak a kórházi szabályrendeletbe foglalt szakmai követelményeknek kellett megfelelniük, s ez meghatározta a szervezet alapvető elemeit is, ugyanakkor előírta, hogy az egyes kórházakat a helyi viszonyoknak megfelelő szabályrendelettel kell ellátni.

Minden közkórház élén igazgató állt, a rendeletben meghatározott feladatkörrel, akit az alapszabályban meghatározott személy nevezett ki (Budapesten pl. a főpolgármester). Az egyes osztályok élén osztályvezető orvosok, ezeknek alárendelten másod-, illetve segédorvosok dolgoztak. A közkórházak működésével összefüggő irányítási, felügyeleti feladatokat a kórházi bizottság látta el. Ez volt az a szerv, mely elkészítette a költségvetést, felügyelt az élelmezésre, az épületre, évente kétszer ellenőrizte az intézmény pénztárát, illetve a pénztár kezelésével, a számadások elkészítésével megbízott intézeti gondnokot. A kórházi gazdasági feladatok ellátásában részt vett a kórházi biztos, aki az ápolási díjak beszedésével kapcsolatos feladatokat végezte.⁴²⁰ A kórházi személyzet pontos feladatait a fenntartó (általában törvényhatóság, illetve r.t. város) a kórházi alapszabályban határozta meg, az alapszabályban kapott helyet az intézet berendezésére és felügyeletére vonatkozó szabályozás is.⁴²¹ Az 1898-as kórházi szabályrendelet pontosabban meghatározta a kórházi bizottság tagjait, ezek: a kórházra illetékes első fokú egészségügyi hatóság főnöke és orvosi szakközege, a kórház igazgatója, illetve az alapszabályban meghatározott többi tag.⁴²² Az 1902-es kórházi szabályrendelet pedig az intézmény helyzetére tekintettel határozta meg a bizottság tagjait: így mindenképpen tag volt az igazgató (ebben változás nem történt), tag volt, ha a vármegyei kórház a megye székhelyén volt az alispán és a vármegyei főorvos, ha a vármegyei kórház járási székhelyen volt, a főszolgabíró és a járási orvos, ha a járási székhely egyben rendezett tanácsú város, a polgármester és a város orvosa, ha olyan rendezett tanácsú

⁴¹⁷ HÖGYES ENDRE: *A budapesti Pasteur-intézet 1900. évi működése*. AÉ, Bp, 1902, 128-132.

⁴¹⁸ AJTÓS, 1940, 195. HÖGYES ENDRE: *A budapesti Pasteur-intézet 1902. évi működése*. AÉ, Bp, 1904, 26-30., 30.

⁴¹⁹ A fölmerült ápolási költségekre az 1898/XXI. tc. rendelkezései voltak alkalmazandók. – KB 5633/906 K.sz. ítélete.

⁴²⁰ A kórházi biztos nem feltétlenül szerepelt a kórház alapszabályzatában, mivel a törvényhatóság/község hozhatta létre hivatalát, ezért tisztéről a szervezési szabályrendelet rendelkezhetett.

⁴²¹ Budapest közkórházainak kórházi bizottságainak tagja volt: elnökként: az egészségügyi osztályt vezető városi tanácsnok, alelnök a kórház igazgatója, tagok: 6 fővárosi bizottsági tag, a kórházi fő- és rendelő orvosok, a tisztí főorvos, a főszámvevő, a főmérnök, vagy ezek megbízottai, és a kórházi gondnok, és ellenőr. – *Budapest fő- és székváros közkórházainak alapszabályai és a kórházi személyzet ügyköreire és teendőire vonatkozó szabályok*. Budapest, 1892

⁴²² BM 1898/133.000

városban, mely nem járási székhely, a polgármester és a város orvosa. Törvényhatósági városi kórháznál a városi polgármester és a főorvos. 1902-ben rendelet zárta ki a kórházi bizottsági tagságból azokat, akik üzleti kapcsolatban álltak az intézménnyel.⁴²³ A közkórházak gazdálkodása, annak ellenőrzése tehát a fenntartóhoz kötődött, ami egyrészt azt jelentette, hogy a törvényhatóság költségvetésében külön tétellel, vagy elkülönített alap formájában jelent meg a kórház, másrészt azt, hogy a napi pénzkezelés ellenőrzését is a törvényhatósági (pénzügyigazgatás mellé rendelt), illetve a városi számvétség ellenőrizte.^{424 425}

1.1.3. A magánkórházak igazgatása

A magánkórházak szervezetét a fenntartó határozta meg, azonban már az 1876-os kórházi szabályrendelet meghatározta a kórházigazgatás alapelemeit, előírva az igazgató meglétét, illetve a kórházi alapszabály megalkotását. A későbbiekben tovább differenciálódott a kórházak beosztása, az 1898-as rendelet már megkülönböztette a nyilvánossági jelleggel felruházott kórházakat és a magánkórházakat. A betegfelvétel és az ápolási költségek elszámolása alapján két kategória jött létre. Az elsőben, tehát azon esetekben, melyekben a kórház a szegény betegek ápolási költségeit – egyéb fizetésre kötelezett híján – az országos alapból megkaphatta, a kórháznak minisztériumi közegek ellenőrzése mellett a szakmai követelmények teljesítésén túl meg kellett felelnie igazgatási kritériumoknak is, így ezen kórházak belső felépítése közelített a közkórházak felépítéséhez, míg a második kategóriába tartozó, a magánkórházak esetében a fenntartó szerepe maradt meghatározó szervezeti kérdésekben is.

2. A kórházak működési nehézségei

A kórházak működésében már a kezdeti időszakban zavarok mutatkoztak. A szegényügyi rendelet és a községi törvény által bevezetett rendszer kevésbé volt tekintettel a gyakorlat által támasztott követelményekre.⁴²⁶

Bihar vármegye például a helyzetet értékelve egyenesen arra tett javaslatot a minisztériumnál, hogy a korábbi ápolási-díj beszedési gyakorlatához térjenek vissza, tekintettel arra, hogy a kiadott rendelet „*gyakorlati kivitele számtalan akadályba ütközik s a végrehajtására hivatott közegeknek legjobb igye-*

⁴²³ BM 1902/35.000

⁴²⁴ A BM 1902/35.000, a BM 1907/51.981, majd az 1907-es kórházi szabályrendelet is rögzítette, hogy a kórházak nagyobb kiadásait is a fenntartó házipénztárából fizették ki, míg a kisebb kiadásokra a gondoknak ellátmányt ad, melyet a kórház házi pénztárában kezelnek. Ugyanakkor nagyobb törvényhatósági és községi kórházaknak a miniszter engedélyezhette, hogy a tőkét és a bevételeket a saját házipénztárban kezelje. – BM 1907/140.000, 67§

⁴²⁵ Hozzá kell tenni, hogy a kórházak helyzetének további rendezését várták a szakmai körök. – Ld.: BOGDÁN ALADÁR: *Jelentés a kórházügy országos rendezéséről. A vidéki kórházigazgatók 1909 évi szeptember hó 1-én tartandó III. országos értekezlete számára.* Balassagyarmat, 1909, Balassagyarmai ny.

⁴²⁶ A miskolci közkórház igazgató választmányja például szorult helyzetében így tájékoztatta az alispánt a kórházi beszerzésekkel kapcsolatban: „520 darab vékony és 100 darab vastag lepedő a teljesen felszerelt 100 ágyra egyáltalában nem elég, és hogy e részben és más fehérművekben olly nagy a hiány, hogy a kórházban megkívánandó tisztaságot feltartani lehetetlen, a' mennyiben az ágy és egyéb fehérműveket változtatni csak is akkor lehet, midőn a mosóné a' ruhát kimosva visszahozza – mi télen három hetet, sőt egy hónapot igényel.” s a választmány azt kérte az alispántól, hogy a fehérmű beszerzését a kórházi alaptőkéből engedjék beszerezni, ha az ápolási költségek megemeléséből nem lehetne azt fedezni.– MOL K150-1872-IV-9-35652

*kezete s buzgalma daczára sem képes a nagy s folytonos kiadásokkal terhelt gyógyintézetek követeléseinek, a gyógyköltéseknek kellő időbeni behajtását biztosítani, miből folyólag meg kellett győződnünk arról is, hogy kórházunk pénztárának annyira aggasztó helyzetét, hogy jelenleg még a havi rendszer kiadásoknak sem képes megfelelni, csakis az említett körülmény idézte elő.”*⁴²⁷

A községi törvény kissé elnagyolt szabályozása után a szegényügyi rendelet sem oldotta meg kellő körültekintéssel a költségek viselésének rendszerét. Lényegében sem a kórházak, sem a törvényhatóságok nem voltak fölkészülve az új szabályozás által teremtett feladatok kezelésére, de ezen túl, maga a rendszer sem volt igazán alkalmas arra, hogy a kórházak igényeinek megfeleljen. Bihar vármegye szerint a községek, mivel fizetni egyáltalán nem akarnak, a betegek illetőségét nemigen akarják elismerni, de legalábbis az illetőségi ügyeket meglehetősen lassúsággal intézik, így – ha egyáltalán sikerül – az ügyben lépni, hónapokba telik. *„Midőn pedig a gyógyköltés befizetésére kerül a sor, az illetőségi községek a kórház követelésére nézve azon ellenvetést teszik, hogy a községek költésgelőirányzatában ily cím alatt semmi összeg nincs felvéve, avagy az e czímen előirányzott összeg már kimerítettet, a község pénztára üres és fizetni képtelen.”*⁴²⁸ A kórház a községekkel szemben – ha azok a vármegye területén fekszenek – még el tud járni, de ha azok más törvényhatóság területén vannak, az ügy általában teljesen reménytelen. A forrás szerint az idegen törvényhatóságok az ügyet hónapokra félreteszik, és a hivatal *„többszöri megkeresés nélkül talán évek múlva sem válaszol.”* A vármegye által kifogásolt rendelet (BM 1872/23.144) arról is rendelkezett, hogy ha a megkeresett hatóság 15 nap alatt sem válaszolna, akkor az ápolási költséget a közalap terhére lehet elszámolni. Ezt a lehetőséget azonban nem tudták kihasználni, mert ehhez az illetőség igazolása kellett volna, ezt pedig csak igen vontatottan végezték el a községek. Ezek alapján a vármegye arra az álláspontra helyezkedett, hogy az eddigi gyakorlat megtartása lett volna célszerű, azaz az országos közalaphoz kellett volna előlegezni a költségeket, minden évnegyedben az utólagos behajtás kötelezettségével. Persze a régebbi megoldás sem működött megfelelően, mivel a negyedévente összeállított jegyzéknek ugyanúgy tartalmaznia kellett az ápolt illetőségi és vagyoni viszonyaira vonatkozó igazolásokat. Az aradi közkórházi bizottmány elnöke, a vármegye másodalispánja, 1870-ben kelt levelében panaszolta, hogy a kórházi gondnok csak igen nagy nehézségek árán juthat hozzá a megfelelő igazolásokhoz, mivel az általa megkeresett hatóságok *„megkereséseit vagy éppen nem veszik figyelembe, vagy azoknak csak több hetek, sőt hónapok után tesznek eleget”*.⁴²⁹ Azzal a kézenfekvő javaslattal állt elő tehát, hogy egyrészt ne kelljen a negyedévi jelentéshez csatolni a fent megjelölt iratokat, másrészt az alispáni hivatal utasítsa a megyei fő- és kerületi szolgabírókat, hogy a kórházi gondnok megkereséseinek a legnagyobb gyorsasággal feleljenek meg.

Az egymásnak részben ellentmondó, részben egymást kiegészítő értékelésekből világosan kiderül, hogy az egymástól nem sokban különböző szabályozások nyomán világos tendencia figyelhető meg a

⁴²⁷ MOL K150-1873-IV-9-27093-353

⁴²⁸ MOL K150-1873-IV-9-27093-353

⁴²⁹ MOL K150-86-1870-IV-9-5304

korszak kórházainak életében: az ápolási díjaknak a kórházak rendes működését veszélyeztető kése-delmes, illetve elmaradt kifizetése miatti eladósodás.⁴³⁰ Megállapítható, hogy a kórházi ápolási költsé-gek befizetése elmaradásának egyik oka az illetőségi és vagyoni igazolások nehézkes beszerzése volt. A kórházi választmányok ebben a helyzetben nemigen tehettek mást, mint hogy intézkedtek arról, hogy a hátralékos díjakat „nagyobb eréllyel” hajtsák be,⁴³¹ azaz sürgették az illetékes hatóságokat a szükséges igazolások időben való kiadására, a végrehajtás foganatosítására, illetve fölhívták az egyes törvényhatóságokat a díjak rendezésére.

2.2. Kórházakra vonatkozó előírások

A fenntartók különbözősége, azok anyagi lehetőségei és a korábbi idők öröksége miatt egyes kórhá-zak felszereltsége és személyi állománya nagyon különböző lehetett. A közegészségügyi törvény vo-natkozó szakaszai sem igazítanak el kellőképpen a követelményekről. A 62. § kimondja, hogy minden köz- és magánkórháznak megfelelő számú orvossal és ápolóval kell bírnia, az 56. § pedig azt, hogy kórházakat csak a belügyminiszter engedélyével lehet alapítani. A kórházakra vonatkozó részletes elő-írásokat az 1876-ban született kórházakról szóló rendeletben találjuk.⁴³² A rendelet szerint a kellő számú orvosi és ápolói személyzetten túl – ami már a törvényben is megjelent – minden kórháznak rendelkeznie kellett halotti szobával, boncteremmel, jégveremmel, műtétekhez, életmentéshez, bonco-láshoz és tűzoltáshoz szükséges eszközökkel, valamint fürdőhelyiséggel (3§).⁴³³ Ami a működést ille-

⁴³⁰ A kórházak működését a kórházi választmányok rossz pénzügyi döntései is veszélybe sodorhatták (A pécsi kórház eseté-ben például a kórházi tőkéből nyújtottak kölcsönöket magánszemélyeknek, de mikor szükség lett volna pénzre (2210 Ft tőke és 1168 Ft kamat), kiderült, hogy a követelések behajthatatlanok. Vizsgálatok indultak, de ez sem segített, úgyhogy a tisztai ügyész kártérítési kereset megindítását határozta el a kölcsönadókkal szemben.– MOL K150-179-1872-IV-9-331-52985), sőt olykor a minisztérium rendelkezései is akadályozhatták, mint az pl. Arad vármegye közkórházának esetében történt: Arad vármegye a kórházi költségvetés miatt került összeütközésbe a minisztériummal. A minisztérium ugyanis a kórházi költség-vetést korrigálta, de a törvényhatóság szerint nem vette eléggé figyelembe a kórház érdekeit és a helyi viszonyokat. A kórhá-zi személyzet fizetését már többször kívánta emelni a törvényhatóság, de ezt a minisztérium eddig megakadályozta, pedig az orvosok nem folytathattak magánpraxist. A cselédség évi 2520 Ft-os fizetését a minisztérium leszállította 1980 Ft-ra azzal az indokkal, hogy ennyi fizetés elég, mivel a cselédek a kórházban ingyen étkezhetnek, ami pedig nem volt igaz, mert a bizottság éppen azért kívánta a cselédek fizetését 5 Ft-tal megemelni, mert a számítások szerint ez lett volna az olcsóbb megoldás. A minisztérium az anyagi költségekre a tervezett 2246 Ft helyett mindössze 671 Ft-ot állapított meg, és így a szükséges javít-ások sem voltak fedezhetők. A kórházi bizottság ezért megállapította, hogy ha ezt a tételt nem lehet rendezni, akkor – mivel az ágynemű és egyéb fehérnemű beszerzése válik lehetetlenné – a jövőben a betegfelvétel korlátozására kényszerülne az intézmény, ami természetesen leginkább a szegény betegeket érintené hátrányosan.– MOL K150-179-1872-IV-9-332-38482

⁴³¹ GYVL Tan/1873/2129, jún. 27.

⁴³² BM 1876/51.661

⁴³³ A törvényi feltételeknek nehezen tudtak megfelelni az intézmények: Temesvár kórházában az igazgatói emlékirat (1881) tanúsága szerint a használatba vett új kórházi épületben a levegő bűdös, az udvar nem volt csatornázva, emiatt az alsó helyi-ségek vizesek, ugyanezért a kútvíz ihatatlan. A kúttól 2 m-re helyezkedett el a halottaskamra, és az árnyékszék. A 16,2 m²-es, szellőzés, világítás, vízvezetés nélküli pincetorok csak kamrának volt használható, de itt történtek az orvosrendőri és a kórházi boncolások is. A folyosók mindössze 1,55 m szélesek, ami azt jelenti, hogy nem lehetett ágygal megfordulni, de ezen túl, a földszinti folyosók zártak és bűdösek, az emeletiek fája pedig elkorhadt, ezért életveszélyes volt. A kémények régi szerkezetűek, ezért gyakran füstöltek a kemencék a kórtermekben. A kórterem padlója helyenként rothadt és megvetemed-tett, ezért tisztításakor a víz lecsorog a padlóba. A személyzet elhelyezése sem volt megoldott: az egyik másodorvosnak és a kapusnak nem volt szállása, ápolói szobák sem voltak. Nem voltak ápoló-konyhák sem, az edények tisztítása sem volt meg-oldott. Mivel a konyha a közös árnyékszékkel és a halottaskamrával volt egy udvarban, ezért igazán nem volt alkalmas az étel kiosztására, s ezen kívül mosogatásra sem volt igazán lehetőség. Nem volt vízvezeték. A fürdőben két kád volt, de eze-ket lényegében csak a frissen fölvert betegek megfürdetésére használták, mert a fűthetetlen folyosón nem lehetett a betegeket odavinni. A betegek elkülönítése nem volt megoldott. Sem kor, sem nem, sem kór szerint nem lehetett elkülöníteni a betege-ket. Ezért például a rühösök a csöndes elmebetegekkel együtt voltak. Az elkülönítés egyetlen lehetősége a himlősök és a tífuszosoké, akik részére fönntartottak egy 4 ágyas szobácskát. A csendes elmebetegek a többi beteggel egy helyiségben voltak, de a dühöngők elkülönítését nem lehetett fűthető szobákban megoldani, és a fűtésen kívül semmilyen műszaki feltétel

ti, a rendelet előírta, hogy minden kórházban biztosítani kell a nem szerinti, a ragályos betegek elkülönítését, a ragályos betegek által használt ruha, fehérnemű és használati tárgyak hasznosítás, vagy értékesítés előtti fertőtlenítését, a betegek megfelelő étkezésére való felügyeletet és a tisztaság fenntartását⁴³⁴(24§).

A rendelkezések megszületésének idején az ország kórházai igen tarka képet mutattak. Általánosan elmondható, hogy a korábban épült kórházaink a „vegyes funkcióból”, azaz a szegényház-aggápolda-kórház funkcióból származó gondokkal és a nem megfelelő felszereltség gondjaival küzdöttek.⁴³⁵ Egy részük még őrizte a szegényárpolda-hagyományokat⁴³⁶, és fordítva, egyes aggápoldákban és dologházakban is találkozhatunk olyan lakókkal, kik inkább kórházi, vagy elmeegógyintézeti elhelyezést igényeltek volna.⁴³⁷ Ezen túl, az egyes kórházak működésében, még akkor is, ha már tulajdonképpen tisztán kórházként működtek, tetten érhető ezen örökség nyoma. Az esetlegesen nem kellően differenciált

nem állt rendelkezésre a feladathoz. – DR. PARÁCSI BÉCSI GEDEON: *Igazgatói emlékirat a Temesvár városi közkórház épületének célszerűtlen állapotáról*. Benyújtott 1881. dec. 31-én Temesvár sz. kir. város törvényhatóságához. Temesvár, Uhrmann ny.

⁴³⁴ Nemzetközi összehasonlításban az egyik legnagyobb hazai kórház, a budapesti Szt. Rókus kórház nem is befogadóképességével marad le a többitől, hanem az egy betegre jutó alapterületével:

kórház	hány beteg fölvetelére van berendezve	összterület m ²	egy betegágy utáni terület m ²
Szt. Rókus	700	11.606	16,58
Hôtel Dieu	500	22.000	44
St. Thomas	588	32.600	55,5
Ménilmontant	587	56.566	96,36
Budapest (új kórház)	656	60.000	91,60
Tempelhof	500	61.277	122,55
Drezda	606	79.643	131,42
Friedrichshain	600	94.000	157
Lipcse	550	86.500	157,45
Wiesbaden	234	38.000	163
Drezda, Carola ház	200	43.600	198

Forrás: HAUSZMANN ALAJOS: *Kórházépítési tanulmányok*. Budapest, 1881, Klny. Magyar Mérnök- és Építész-Egylet Közölnye.

⁴³⁵ Ld.: KÖNYVES TÓTH KÁLMÁN: *Budapest községi népjólét- és kórházügyének története 1686-tól napjainkig*. Budapest, 1929, Légrady ny. Szekszárdon az alapítványi és állami támogatásban részesülő kórház sem volt jobb helyzetben. A kórház, melynek vonzaskörzete a megyére is kiterjedt, több sikertelen kísérletet tett a közkórházi, illetve állami státus elérésére. Az 1871-es bővítések nyomán tágasabbá vált intézmény azonban 1873-ban fizetéseképtelenné vált, hitelekből sem tudta működését biztosítani. Itt ekkor 150 férőhely volt, de a betegek elkülönítését nem lehetett megoldani. A stabilizálódó helyzetet jelzi, hogy 1886-ban a kórházi alapítvány házat tudott vásárolni a tébolydának, ugyanakkor az 1890-es évek bővítései ellenére még a századforduló után is visszaszűkült állapotok uralkodtak. Jóllehet az állandó zsúfoltság foka valamelyest enyhült, de az 1900-as években az új 370 férőhelyes épületben is 400 fölött volt az ápoltak száma, így mindig a szegények kórháza szerepet töltött be, nem volt lehetőség olyan magasabb színvonalú kórtermek berendezésére. Ez természetesen hatott a kórház felszerelésének fejlesztésére is: a villanyt csak 1901-ben vezették be és vízőblítés WC még 1911-ben sem volt. Ekkor „zárt rendszerben” működött a vízellátás és a csatorna: a kórház saját kútját használta, a szennyvíz pedig az emésztőbe távozott. – *Szekszárd város történeti monográfiája* I. kötet, Szekszárd város tanácsa, é.n., – de ezen túl a kórház jogi helyzete sem volt tisztázott, t.i. annak ellenére, hogy alapítvány által jött létre, a megye választotta felügyelő-bizottságot és a választmányt, ezért elhúzódtott a kórházi alapszabály megalkotása is. – TANÁRKY ÁRPÁD: *A szekszárdi Ferenc Közkórház évkönyve 1896-1905*. Szekszárd, 1907, Molnár ny. 13.

⁴³⁶ A kórház-szegényház funkcióhoz ld. pl.: Buda város kórház- és szegényház-gondok utasítását (1754. jún. 10.) In: *Pest-Budai hivatali utasítások a XVIII. században*. (szerk.) BÓNIS GYÖRGY, Budapest, 1974, Budapest Főváros Levéltára Forráskiadványai VI. 84-87. ZÁDORNÉ ZSOLDOS MÁRIA: *A jászberényi „Erzsébet” kórház története (1845-95)*. Zounek 12. – A Jász- Nagykun- Szolnok Megyei Levéltár évkönyve 12., Szolnok, 1997, 159-188. A budapesti Szt. János kórházban működő szegényházat pl. csak 1864-ben telepítették ki. – DR. BALOGH JÁNOS: *Az Új Szt. János Kórház keletkezésének főbb adatai*. *Communicationes ex bibliotheca historiae medicae hungarica* 30, 1964, 61-77. 67.

⁴³⁷ A fővárosi dologház jelentésében ez olvasható: „jelenleg a fővárosi kórházakban több olyan egyén (néha évekig is) ápoltatik, kik mint gyógyíthatatlanok tulajdonképpen a Szegény házba valók, s így az ottani sokkal olcsóbb kórosztályon nyerhetnék elhelyezésüket.” – *Budapest főváros „Erzsébethez” címzett aggápoldája és kényszer-dologházában 1876-ik évben ápolott betegekről szóló orvosi jelentés*. Gyógyászat, XVII. Budapest, 1877, 482.

ellátást nyújtó kórházak – kimondatlanul – esetenként megmaradhattak a szegényebb rétegek által igénybe vett intézményeknek. A közegészségügyi törvény, valamint az első kórházi rendelet által támasztott követelményeknek megfelelő, modern kórházak nagyjából nem a régi intézmények bővítésével, hanem teljesen újak építésével jöttek létre az 1880-as évek második felétől.⁴³⁸

3. Szükségkórházak

Az állandó kórházak mellett időről-időre részét képezték a kórházi rendszernek az ideiglenes, vagy szükségkórházak. Legfontosabb megkülönböztető jegyük, hogy egy meghatározott feladat ellátására, leginkább természetesen a járványok alkalmával, azok leküzdésére állították fel ezeket. Mivel a vizsgált korszak egészen áthúzódik a járványellenes védekezés munkája, ezzel kapcsolatban található a legtöbb szükségkórházat érintő forrás is. A járványok idején kialakított kórházak mellett azonban a szükségkórházak alkalmanként más feladatot is elláttak. Olyan esetben ugyanis, mikor egy kórház valamilyen ok miatt nem felelt meg feladatának, elavulttá, vagy túlszűfolttá vált, sor kerülhetett valamilyen szükségkórház fölállítására, illetve községi kötelezettség volt az otthon el nem különíthető, vagy átutazó, illetve hajléktalan betegek kórházi elhelyezése, melyre szintén a járvány-kórházként használt épületben kerülhetett sor.⁴³⁹ A szükségkórházak a korszak elején általában más célra emelt épületek, melyeket járvány idején kórház céljára vettek igénybe. Lehetek akár a törvényhatóság, a város, a község tulajdonában is, azonban erre nem volt szabály.⁴⁴⁰

3.1. Szükségkórházakkal kapcsolatos gyakorlati kérdések

3.1.1. Budapest, kolerakórház

Az 1872-73-as kolera idején Budapesten is nagy gondot okozott a betegek megfelelő elhelyezése. Jóllehet a főváros kórházzal ellátottsága sokkal jobb volt, mint az ország legtöbb helységében, az elkülönítés megoldása itt is állandó feladatot rótt az orvosi személyzetre és a városi járványbizottságra

⁴³⁸ Ezek a század utolsó harmadában már elterjedt modern kórházépítési elveknek megfelelő pavilon-rendszerben épültek (Korábban a kórházak U, E és négyzet alaprajzzal rendelkeztek. Ezt hívták „Bloch”-, vagy „kaszánya”, később „corridor”-rendszernek, mivel az egyes osztályokat folyosókon lehetett megközelíteni. A század utolsó harmadában megjelent új kórházépítési formák az elkülönítés szabályának megfelelően a pavilon-rendszeren alapultak, azaz az egyes osztályok külön épületben helyezkedtek el. Később a pavilonokat összekötötték folyosókkal, ezt kombinált rendszernek hívták. – Ld.: DR. CSABAY GÉZA: *A kórház-tervezés alapvonalai – kapcsolatban Kecskemét th. város közkórházának egyik tervezetével*. Kecskemét, 1905.), és rendelkeztek mindazokkal a technikai feltételekkel, melyeket nem találunk a fent bemutatott kórházak szintje egyikében sem. Persze egy kórház állami segítséggel való felépítése általában hosszú tárgyalássorozat eredménye volt, melyben törvényszerűen ütköztek a helyi és a központi elképzelések. A kecskeméti közkórház építéskor például az egyik tervet azért utasította el a minisztérium, mert a 350 főre tervezett intézményben sok lett volna az egy betegre jutó hely és az elmebetegosztálynak központi fekvésű folyosója lett volna. Az új terv már csak 220 beteggel számolt, és a korábbi szanatóriumhoz hasonló épület helyett pavilon-rendszert képzelt el. – *A kecskeméti közkórház építésének végleges programja tervvázlattal*. Írta CSABAY GÉZA DR., tiszti főorvos. Kecskemét, 1911, Sziládi.

⁴³⁹ A BM 1894/78.571 sz. rendelet az 1000 főnél nagyobb lélekszámú községek számára írta elő az ilyen helyiségek berendezését. – Ld.: THIM JÓZSEF: *Az egészségügyi közigazgatás kézikönyve különös tekintettel a gyakorlati eljárásra. Hatóságok, községek, hatósági, községi, kör-, pálya, kórházi, egyleti, magánorvosok, gyógyszerészek, tanintézetek stb. számára*. I-II. k. Budapest, 1897, Franklin. 229.

⁴⁴⁰ Bérelt épületről volt szó Győr esetében, ahol az 1872-73-as kolerajárvány alkalmával a járványkórház céljára a Nádorvárosban béreltek egy épületet 1873. júl. 10- Szent Mihály napjáig 150 Ft-ért azzal, hogy ha Szent Mihály napja után is szükség volna a kórházra, akkor egy havi felmondás mellett havi 60 Ft bérért továbbra is megtartható lesz. – GYVL Tan /1873/2899

is. A kolera ügyében kiküldött nagybizottmány elhatározta ambuláns kórházak fölállítását a leginkább veszélyeztetett belső kerületekben, a Lipót-, a Ferenc- és a Terézvárosban.⁴⁴¹ A bizottság ülésén Halász főorvos javaslatára később döntés született arról is, hogy kolerást nem a Rókus-, hanem csak a fölállított szükségkórházba lehet vinni.⁴⁴² A járványkórház elhelyezésekor szinte kivétel nélkül a helyi lakosság heves ellenállásával, de legalábbis ellenérzésével kellett számolnia a hatóságnak. Nem volt ez másképp a főváros esetében sem. Mikor a lapok tévesen tájékoztatták a közönséget arról, hogy a budai kolerakórház a Rudas-fürdőben lesz, elszabadultak az indulatok. Szerencsére néhány nappal a téves közlés után a sajtó helyreigazította az információt: sem a Rudas, sem a Sáros-fürdőt nem fenyegette az a veszély, hogy szükségkórházzá váljon, mert a Sáros-fürdő alatti katonai kórházban rendezik be a kolerakórházat Budán.⁴⁴³ A következő nagyobb kolerajárvány idején az események megismétlődtek. A város vezetése bizottságot küldött ki a kórház megfelelő elhelyezésének előkészítésére. Két helyszín került szóba: a II. kerületi régi lövölde területe, illetve az Aszalay-laktanya. Mindkét megoldás ellen heves tiltakozásokra került sor, ezért újabb megoldások kerültek szóba. Az egyik szerint a Retek utca végében lévő bérbe adott városi szőlő területe lett volna a megfelelő, a másik szerint a németvölgyi temetőnél lehetett volna fölállítani a kórházat. Mivel a bérbe adott szőlő esetében nem lehetett pontosan tudni, hogy meg lehet-e egyezni a bérlővel, és hogy mennyi időt venne igénybe a szükséges infrastruktúra biztosítása, a bizottság a második megoldás mellett döntött.⁴⁴⁴ Az építkezések megkezdődtek. Ekkor a Vöröskereszt-egylet kórházának igazgatója tiltakozott a kórház elhelyezése ellen, és időközben érkezett egy miniszteri leirat, mely megtiltotta a kolera-kórház németvölgyi elhelyezését, és előírta, hogy a kórházat lakott területtől távol kell fölépíteni. Újabb bizottság ült össze. Az idő sürgetett, mert a kolerával párhuzamosan himlőjárvány is kibontakozóban volt, és a szükségkórház hiánya miatt a Szt. János kórházból himlős betegek föl vételét kellett elutasítani.⁴⁴⁵ Az elhúzódozó huzavona után a budai kórház helyét végül a Mészáros utca külső felénél, a Balajthy-teleknél jelölték ki. Ez a hely megfelelő volt, mivel távolabb volt a lakott helyektől. Egyetlen hibája: a kórház megfelelő használatához 400 m hosszú utat kellett használható állapotba hozni.⁴⁴⁶

3.1.2. Bujasenyvi kórház elhelyezésének kérdése

Nem csak a legintenzívebb járványok alkalmával kerülhetett sor szükségkórház fölállítására. Szepes megye 1869-ben fordult a minisztériumhoz azzal, hogy a megyében nagy számban élő bujasenyves beteg részére kívánna kórházat fölállítani Késmárkon és Ófalván, és elhelyezésére az ófalui volt harmincad-hivatal épületét szemelte ki. A szükségkórház fölállításához ezen kívül 2000 Ft segélyt kért, ismerve azonban a helyi viszonyokat, a megye megjegyezte, hogy „[...] *e kór gyökeres kiirtása a' legczélravezetőbben az által volna eszközölhető, ha a' fővárosból egy e' betegségben teljesen járatos*

⁴⁴¹ PN 1872. okt. 29.

⁴⁴² PN 1872. nov. 2.

⁴⁴³ PN 1872. nov. 3.

⁴⁴⁴ PH 1886. szept. 21.

⁴⁴⁵ PH 1886. szept. 22.

⁴⁴⁶ PH 1886. szept. 23.

szakorvos (:specialista:) küldetne megyénkbe ki a felállítandó kórházakat a' szükséghez képest felszerelvén azokban nem csak a' felügyeletet gyakorolja, hanem az ott elhelyezett betegeket is személyesen gyógykezelné."⁴⁴⁷ – tehát valószínű, hogy a megyében nem volt olyan orvos, akire rá lehetett bízni egy bujasenyves szükségkórház vezetését. A megye kérelme végeredményben egy teljes egészségügyi programot kívánt a kormányzat kezébe adni. Ismerve azonban a közegészségügyi kiadásokat a lehető legtakarékosabb módon kezelő minisztériumot, a válasz nem volt meglepő: „a közalap kötelességszerű kímélése szempontjából” nem lehet orvost küldeni. Ami azonban a szükségkórház elhelyezését illeti, a minisztérium legalább tett lépéseket (melyek azonban nem vezettek eredményre).⁴⁴⁸ A megye, belátva azt, hogy a minisztérium hathatós segítségére ebben az ügyben valószínűleg nem számíthat, önálló szervezésbe kezdett: első lépésként egy bizottságot küldött ki a bujasenyvi-kórház elhelyezésének megvizsgálására. A bizottság jelentése alapján Szepes-Béla városában találtak megfelelő helyet a kórház berendezésére. Szerződést is kötöttek Greb Alberttel a kórház elhelyezésére, de ez ellen meg a városi tanács tiltakozott, így azért, hogy az esetlegesen elhúzódó pereskedéssel ne húzódjon el a kórház elhelyezése, miután kiderült, hogy Ófalván mégiscsak van hely, „a már kötött szerződéssel felhagyva”, itt helyezték el a kórházat.⁴⁴⁹ Az így berendezett intézmény 38 beteg befogadására volt képes, az élelmezést a korszak gyakorlata szerint vállalkozó biztosította, naponta, fejenként 28 kr-ért.

3.1.3. Trachomakórház

A korszak második felében oly sok gondot okozó trachoma leküzdésére az érintett törvényhatóságok is megpróbálták igénybe venni a szükségkórház intézményét. 1892-ben a betegség által különösen fenyegetett Csongrád megye kereste meg a minisztériumot. Mivel a betegség különösen a mezőgazdasági idénymunkásokat sújtotta s kezelésére a legalkalmasabb időszaknak a téli időszak számított, a törvényhatóság erre az időszakra kérte az állami támogatást, hogy a trachoma által különösen érintett három község, Horgos, Dorozsma és Mindszent trachoma-járványorvost, a megye pedig államköltségen trachoma-kórházat kapjon.⁴⁵⁰

A szükségkórházak tehát leggyakrabban a nagy járványok idején kerültek a figyelem középpontjába, mivel az elhelyezési és elkülönítési gondokkal küzdő közegészségügy nagy tömegű beteg gyors elhelyezésére egyáltalán nem volt fölkészülve. Még akkor sem, amikor egy-egy járvány kitörésével lehetett is volna számolni. Látható, hogy a visszatérő kolerajárványok idején újra és újra országos szintű problémát jelentett a szükségkórházak elhelyezése és berendezése. A szükségkórházak másik csoportját az olyan járványkórházak tették ki, melyek a helyi szinten jelentkező, látványos halálozási

⁴⁴⁷ MOL K150-1869-IV-11-3218-23738

⁴⁴⁸ A pénzügyhöz tartozó harmincadhivatali épület ügyében Lónyay pénzügyminiszter tájékoztatta Rajnert, hogy az épületben a helybeli adóhivatal és pénzügyőrség működik, ezért üres hely nincs.– MOL K150-1870-IV-11-3218

⁴⁴⁹ MOL K150-3218-1870-IV-11-5373

⁴⁵⁰ A bírságolások és a kórházi kezelések ellenére ugyanis nem mutatkozott eredmény, mert a kórházból az érintettek többségét 2-3 hét múlva, mikor a javulás legkisebb jele mutatkozott, hazaküldték azzal, hogy otthon kezeljék magukat, amit a betegek persze nem tettek meg. A törvényhatóság nézete szerint a kérdést nem helyi, hanem országos problémaként kellene kezelni, mivel a betegek széthurcolják a bajt.– MOL K150-1892-IV-16-80823

mutatókat nem produkáló járványok kezelésére próbáltak berendezni. Ezek elhelyezése hasonlóan nagy gondot jelentett, mint az első csoporté, azaz az érintettek ugyanúgy tiltakoztak az ilyen kórházak elhelyezése ellen, csakhogy ezen esetek többségében még a hathatós állami támogatással sem igen lehetett számolni. Azt azonban, hogy nem lehet szükségkórházak nélkül elképzelni a magyar közegészségügyi rendszert, a minisztérium is elismerte.⁴⁵¹ A szakmai körök azonban igen hamar rámutattak arra, hogy nem lehet várni a szükségkórháznak valóban megfelelő, könnyen és gyorsan fölépíthető, „Gondviselés”-típusú kórházak tömeges építésére, ha a kormányzat ezt csupán rendeletekben szorgalmazza, de ahhoz semmiféle anyagi támogatást nem nyújt. Pedig sok támogatásra nem is lett volna szükség. A milleniumi közegészségügyi és orvosügyi kongresszus egyik előadója már 10%-os támogatástól látható eredményeket várt volna.⁴⁵²

A szükségkórházakhoz hasonló helyzetben voltak az ú.n. bujasenyvi, azaz a nemi betegeket gondozó kórházak, melyek általában ideiglenes kórházként, három évre jöttek létre. A korszak elején ilyen volt a még 1867-előtt létrehozott négy bujasenyvi kórház, melyek felszerelését a közalap biztosította.⁴⁵³

4. A kórházi költségek viselésének rendszere az 1875-ös szabályozásig

4.2. 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.⁴⁵⁴ 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 szepeltek 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 közigazga-

⁴⁵¹ A milleniumi kiállítások egyik száma egy berendezett kis kórház volt, melyet a nagyobb kórházat építeni nem tudó községek számára terveztek. A kiállítással idején a minisztérium a tervrajzokat szétküldte a törvényhatóságoknak azzal, hogy a kórház csak 7097 Ft 63 kr-ba kerül, tehát megépítése jó megoldást jelenthet a kisebb községeknek is. – BM 1896/53.183

⁴⁵² RUFFY PÁL: Az egészségügyi közigazgatás szervezése. In: *A milleniumi közegészségi és orvosügyi kongresszus tárgyalásai.* (szerk.) Frank Ödön, Budapest, 1897, Pallas ny. 128-146.

⁴⁵³ Lugos, Krassó vm., a Helytartótanács 1830/16373 r. alapján, 30 ágy, Szilágycsehi, Közép-Szolnok, Helytartótanács 1862/55603, 20 ágy, Szinyér-Váralja, Szatmár, Helytartótanács 1863/89631, 40 ágy, Máramarossziget, Helytartótanács 1865/30689, 40 ágy.

⁴⁵⁴ 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.

tási megoldásként hozták létre az ú.n. Országos Alap-rendszert⁴⁵⁵, az egyenes adó után szedett pótlékból. A betegápolási költségeket is ebből fizették.⁴⁵⁶ 1852-ben a Helytartóság a cs. kir. pénzügyigazgatóságához küldött átiratában előírta, hogy a kórházakban, az elmeógyógyintézetekben felmerült költségeket csak akkor lehet utalványozni, ha az illető ápolott igazolja szegénységét.⁴⁵⁷ Az 1855-ben kiadott rendelet előírta, hogy azokat az ápolási költségeket, melyeket nem lehet az illető ápolttól, vagy annak fizetésre kötelezett rokonaitól beszedni, annak a koronaországának, 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 kormányzóknak, hogy vizsgálják meg, mely kórházakat lehet közkórháznak tekinteni, azaz mely intézmények részesedhetnek az alapból vagyontalanok ápolásáért.⁴⁵⁸ 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 rendelkezne, a kórház orvosának vizsgálata alapján – rászorul.⁴⁵⁹ 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.⁴⁶⁰ Ebben az időszakban a közkórházak vagyontalan ápolott után felmerült költségeikhez továbbra is az országos alapból 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.

4.3. 1872/75-1898

4.3.1. 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 községi illetőséggel bírnak egy adott községben.⁴⁶¹ A kórházi

⁴⁵⁵ Ld.: cs.kir. BM 1852/33.009, magy. kir. udv. kancellária 1863/3244 – MOL K150-1867-17-IV-12-3833

⁴⁵⁶ 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 Köbölkút pl. laktanya-építésre kaptak előleget az alaptól – MOL K150- 17-1867-IV-12-5567), vagy különböző útpítések. Az Alap az egyenes adó után szedett pótlékból jött létre. – GRÓSZ LIPÓT: *Emlékirat a hazai betegápolási ügy keletkezése, fejlődése s jelenlegi állásáról, különös tekintettel a betegápolási költségekre*. Buda, 1869, Egyetemi ny. 11.

⁴⁵⁷ A Helytartóság 1852/22.999 (okt. 22.) átirata a Cs. Kir. Pénzügyigazgatóságához. Ismerteti Grósz Lipót, 1869, 15.

⁴⁵⁸ 1855/6382 (márc. 6.) cs.kir. BM, ismerteti Grósz Lipót, 1869, 16.

⁴⁵⁹ 1856/26.641 (dec.4.) cs. kir. BM, ismerteti Grósz Lipót, 1869, 19.

⁴⁶⁰ 1863/10240. (feb. 15.) Helytartótanács, ismerteti Grósz Lipót, 1869, 39.

⁴⁶¹ 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

ápolási költségek viselése szempontjából azonban nem a már meglévő, „biztos” községi illetőség alapján fizetendő esetek az igazán érdekesekek, hanem azok, melyek a frissen megszerzett, vagy megszerzeni 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 megsze-

kérdést, akkor az illető megszerezte a községi illetőséget kétévi otthagással és adófizetéssel (ha ezt a szabályt nem lehetett alkalmazni (pl. az adófizetés elmaradása miatt), akkor a szülők, ill. az anya illetősége döntött, lelenek, vagy olyanok, kiknek születési helye ismeretlen annak a községnek az illetőségét szerezték meg, melyben őket megtalálták, vagy ahol legtöbbet tartózkodtak. Hadseregben szolgált, vagy szolgált olyan személyek, kiknek nem lehetett megállapítani illetőségét, annak a községnek az illetőségét szerezték 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 otthagás 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 hasonló volt a korábbi szabályozásban megismerthez. 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 büntetett, 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 felételre az illetőséget megszerzeni 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 fenntartani 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) lelenek, melyben megtalálták, 5) hadseregben szolgált/szolgált, 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 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 ahogy 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 lépéseire példa: *Polgármesteri jelentés Karczag rendezett tanácsú város 1900. évi közigazgatási állapotról*. Karczag, 1902, Szódi S. ny.

rezerhetőségének 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 utolsósorban a rendszerben rejlő bizonytalanságok tisztázására a Belügyminisztérium körrendeletet adott ki, meghatározva, hogy mi is tartozik a szegényügy körébe.⁴⁶² Első helyen szerepelt a vagyontalan betegekről való gondoskodás, mely a rendelet értelmében történhetett a községen belül és történhetett más intézetekben is.⁴⁶³ Az illetőségi község – ha saját eszközeivel megoldani nem képes – tehát gondoskodhatott szegény betegeiről úgy is, hogy kórházban ápoltatta 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 betegek), szembetegekért, katonai kórházban, sorozás alkalmával, megfigyelés céljából elhelyezett személyekért és elmebetegekért fizetniük.⁴⁶⁴ 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 jótékonyági intézmény működne, illetve egyes magánszemélyek adománya lehetővé tenné, akkor ezek.⁴⁶⁵ 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

⁴⁶² BM 1872 /8803 – megjegyzendő, hogy a rendelet által megállapított ápolási költség fizetésére köteles körben nem szerepel az egyleti kör, tehát az ápolott, a rokoni kör, illetve a község fizeti az ápolási díjakat.

⁴⁶³ Hozzá tartozott továbbá az esetlegesen egészségügyi vonatkozású, szülházakban elhelyezett szegény sorsú anyák, és gyermekek, valamint a vagyontalan szülőjű lelencek ápolása.

⁴⁶⁴ BM 1872/23.144 (elmebetegek alatt értve a közveszélyes elmebetegeket)

⁴⁶⁵ A munkaadók fizetési kötelezettségéről: BM 1868/21.740

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.⁴⁶⁶

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.

4.3.2. Az ápolási költségek rendezésének gyakorlati problémái (1872)

A gyakorlatban a községi törvény közegészségügyi szabályainak és a törvény nyomán kiadott szegényügyi rendeletnek egyáltalán nem volt könnyű megfelelni. Az iratok áttekintése nyomán az a kép

⁴⁶⁶ 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 kölcsönösség 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 ápoltak után a községi előjárásnak, 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 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 alából 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 (Vence 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, GRÖSZ LIPÓT, 1869, 84.

alakult ki, hogy vagy a törvényhatóságok nagy része nem volt kellőképpen felkészülve az új feladatok végrehajtására, vagy a kormányzat siette el a rendelet kiadását. Nagyvárad pl. feliratában kérte a minisztériumot, hogy ne „tulajdonítsa visszaható erőt” a rendeletnek, azaz annak az 1872-es viszonyokra való alkalmazását nem csak méltánytalannak, hanem visszaható hatályú alkalmazásnak is találta.⁴⁶⁷ A minisztérium ugyanis betegápolási díjaknak az 1872. évben történő megfizetését már az említett rendelet alapján képzelte el.⁴⁶⁸ A miniszter ugyan kialakította a végrehajtáshoz szükséges belső eljárási rendet, azaz kijelölte a IX. ügyosztályt a nyilvántartások vezetésére és a VII. osztályt az illetőségi ügyek vitelére, s intézkedtek arról, hogy a minisztérium számvevősége utalványozásán keresztül történjék azon gyógyköltségek előlegezése, melyek iránt az adott község már két ízben megkereste a fizetésre kötelezhető községet vagy törvényhatóságot.⁴⁶⁹ A törvényhatóságok azonban tömegesen jelezték, hogy a jogszabályt nem tudják végrehajtani. Általános kifogás volt tehát a szabályozás bevezetésével szemben annak elsietett volta.⁴⁷⁰

A törvényhatóságok másik része nem csak a rendelet elsietett kiadását kifogásolta, hanem az alkalmat megragadva sietett szorult helyzetére hivatkozva segílyt is kérni a kormányzattól. A Selmec- és Bélabánya közgyűlésén megfogalmazott felirat a rendelet egy évre való felfüggesztését kérte, arra hivatkozva, hogy a városnak nincs ilyen alapja és az az 1872-es költségvetésbe sem került bele. A város, – szölt a kifogás, – ha a rendeletet mégis végre kellene hajtania, nagy zavarba kerülne. A közgyűlés hivatkozott arra, hogy az új feladat ellátására nem lehet új adót kivetni, mert már ekkor 20%-os pótdadó terheli a polgárokat, ráadásul a lakosság többsége szegény. A város anyagi lehetőségei is igen korlátozottak, tekintettel a gyengén teljesítő bányára (így még azt sem tudják, hogyan biztosítják a következő évre a bányabirtokot).⁴⁷¹ Mintegy fél évvel a kelt felirat után a város egy újabb, immár kétségbeesett feliratot intézett a minisztériumhoz, melyben tájékoztatta arról, hogy mivel lakosságának $\frac{2}{3}$ -a szegény államkincstári bányász, $\frac{1}{6}$ -a pedig „államtisztviselő”, akik a városi terhek alól törvényesen fel vannak mentve, a rendelet végrehajtása csak még nagyobb szegénységet hozna a bányavárosra. Selmec magát a rendelet rendszerét is támadta. Álláspontja szerint ugyanis a jelenlegi rendszer – a kormány minden jóakarata ellenére – nem hozhat addig megoldást, míg az illetőségi ügy törvényi szinten nem kerül rendezésre. Az általános illetőségi törvény hiánya miatt a törvényhatóságok nem ellenőrizték elég szigorúan a lakosság mozgását, így az illetőségi helyüktől távol megbetegedettek sok esetben méltánytalanul terhelték saját községeiket ezért *„mindezek meggátlása 's a beteg ápolással igen bensően összefüggő költözködés ellenőrzése szempontjából e városok közönsége szükségesnek 's indokoltnak véli, miszerint általán kötelezőleg azon országos intézkedés a magas kormánynál kieszközöltessék, mely*

⁴⁶⁷ MOL K150-1872-IV-9-8803-26711

⁴⁶⁸ A szegényügy rendezése tárgyában kiadott rendelet 1872. július 6-án látott napvilágot, a szegényügyi eljárásról szóló pedig aug. 30-án, s az említett rendeletek az ápolási díjak általuk meghatározott rendszer szerinti kifizetését 1872. jan. 1-től keletkezett ápolási költségekre írták elő (a lelelenc- és szülházi költségekre).

⁴⁶⁹ MOL K150-1873-IV-9-353-1344-23144

⁴⁷⁰ Győr vármegye összességében ugyan jónak tartotta a szegényügyi rendeletet, de jelezte, hogy az alapján 1872-ben még nem tudja ellátni feladatait, mivel nincs elkülönített alapja, ezért javasolta, hogy még a régi rendben történjenek a kifizetések.– MOL K150-1872-IV-9-8803-28866

⁴⁷¹ MOL K150-1872-IV-9-8803-26226

szert körrendeletileg kimondatnék, hogy azon egyének után, kik a községben szabályszerű 's érvényes igazolások nélkül tartózkodnak, ha netaláni megbetegedésük következtében gyógykezelés alá esnek és vagyontalanok, azon község pénztára a betegápolási költségeket fedezni köteles, mely megengette, hogy a gyógykezelés alá helyezett egyén igazolás nélkül a községben tartózkodjék.”⁴⁷² Ung megye arról tájékoztatta a minisztériumot, hogy nem csak hogy a szegényügyi rendelet által megállapított rendszer bevezetése fog késedelmet szenvedni, hanem még a községek szervezése sem ért a végére. Erre hivatkozással kérte a minisztériumot, hogy 1872-ben is járuljon hozzá az állam a közsegélyen ápoltak kiadásaihoz.⁴⁷³

A törvényhatóságok harmadik része magát a rendeletet támadta. Heves és Közép-Szolnok vármegye például nem tudta értelmezni a minisztérium azon tájékoztatását, mely szerint a költségeket elsősorban a község szegényügyi pénztára állja, és ha ez erre nem képes, a törvényhatóság szegényügyi pénztára lépne majd be, amit viszont úgy kellene létrehozni, hogy a községek szegényügyi pénztárait vonnák össze. A megyék szerint így teljesen lehetetlenné válna a községi szintű ellátás. Heves szerint a kérdést úgy lehetne megoldani, hogy a törvényhatóság adóztatási jogával élve teremti majd meg a szegényalapot, de amíg ez nem lehetséges, addig a törvényhatóság területén lévő összes község, – kivéve a rendezett tanácsú városokat – szegényügyi pénztára évi maradványát a zárszámadás elkészítése után átadná a megyének, és ebből állna ideiglenesen a megyei alap. Ami pedig a rendezett tanácsú városokat illeti, azért tenne kivételt a megye (megjegyzendő, a rendelet szintén példaként említi a thj. és r.t. városok háztartását), mert ezekben már eddig is működött a szegényügy. Kifogásolták a megyék azt is, hogy a fizetésre kötelezhető rokon kört a rendelet túlságosan szélesen határozta meg. Végül – a többi vármegyéhez hasonlóan – bejelentették, hogy mivel a megyének csak 1874-től lesz szegényügyi pénztára, nem tudják végrehajtani a rendeletet, és kérik a minisztériumot, hogy a feladatok ellátására utalványozzon.⁴⁷⁴ A minisztérium a törvényhatóság kérését elutasította. Az újabb fölriratban ismét fölhívta a kormányzat figyelmét arra, hogy a községi szegényügyi pénztárak maradéka csak 1873 végén, vagy 1874 elején juthat a megye pénztárába, s ezeken a kereteken nem lehet változtatni. Erre tekintettel ismételten kérte a kormányzati támogatást.⁴⁷⁵

4.3.3. 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.⁴⁷⁶ Az

⁴⁷² MOL K150-1872-IV-9-8803-3263

⁴⁷³ MOL K150-1872-IV-9-8803-36493

⁴⁷⁴ MOL K150-1872-IV-9-8803-30938

⁴⁷⁵ MOL K150-1872-IV-9-8803-43494

⁴⁷⁶ „[...] vajon mi czélből 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, úgy 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

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.⁴⁷⁷

4.3.3.1. Az ápolat, illetve a rokoni kör fizetési kötelezettsége

A törvény részletesen és pontosan meghatározta a fizetésre kötelezhető kört: ha az ápolat 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 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 bízta⁴⁷⁸, aki adott esetben személyesen ellenőrizte a fölvetett adatok hitelességét. Fontos volt a fölmerülő kérdések gyors tisztázása, így a biztosnak minden nap meg kellett jelennie a kórházban és a megbízatásokat 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 ápolat illetősége szerinti törvényhatóság volt köteles fizetni. Ha az ápolat a kórház székhelye szerint bírt illetőséggel és a biztos nem tudta beszédni az ápolási díjat 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 közböns, kormányunk pedig egészen mellözi a dolgot, mintha semmi fontossággal, semmi, a nemzet jövőjére és erejére befolyó hatással nem volna, úgy tekinti ezt, mintha semmi szükség sem is volna reá, mindenre van inkább ideje, csak a közegészségügyi intézmények javítására, célszerű törvények hozatalára nincs [...] az oly betegségek, melyek egész nemzedéket nemcsak egyes helységekbén, de egész kerületekbén és egész megyékben elkorcsosítanak, egészségtelenné és állampolgári funkciók teljesítésére képtelenné teszik, ezeket, még ha áldozat árán is elhárítani és az erre szükséges intézkedéseket istápolni, elősegíteni kell.” – tette szóvá 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.

⁴⁷⁷ 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 eszközözi, s az ebből származó tehernek méltányosabb felosztása által azt elviselhetőbbé teszi, midőn az ügy egy jelentékeny részének a törvényhatóságok tevékenysége, felelőssége és ellenörködő 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 eszközözi, hogy a közsegély csak ott vétessék igénybe, hol az valóban szükséges, s az államkincstár az eddig viselt betegápolási költség egy bizonyos részétől megkönnyítessék, 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.

⁴⁷⁸ 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.§)

fizetésre kötelezettekől, akkor a törvényhatóság kifizette a díjat a kórháznak, és a továbbiakban intézkedett a végrehajtásról.⁴⁷⁹

Ilyen esetben tehát a törvényhatóság volt az, mely utalványozott a kórháznak, s az ápoló, vagy a költségek viselésére kötelezett a törvényhatóságnak fizette ki az ápolási díjat. Ha a fizetésre kötelezett nem teljesített, akkor elindulhatott egy hosszabb végrehajtási eljárás, melynek útján a törvényhatóság hozzájuthatott az ápolási díjakhoz.⁴⁸⁰

4.3.3.2. 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) behajtásához⁴⁸¹ is – általános végrehajtási kódex híján – a pénzügyi végrehajtási jogot kellett alkalmazni. A végrehajtást tehát a községek 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 rendezték⁴⁸². 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)⁴⁸³, a (kör)jegyzővel, a városi adóhivatalok⁴⁸⁴, 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.§)⁴⁸⁵ 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.

⁴⁷⁹ A végrehajtás annak a törvényhatóságnak a feladata volt, amelyiknek a területén a fizetésre kötelezettek vagyontárgyakkal rendelkeztek. Az ingatlanon végrehajtásnak bírói úton kellett történnie (BM 1874/41.355), a tiszti ügyész közreműködésével.

⁴⁸⁰ A gyakorlatban a végrehajtást kérése akár közvetlenül az illető kórház gondnoki, vagy egyéb, a pénzkezeléssel megbízott hivatalától, akár a minisztériumtól érkezhettek: – a pesti Szt. Rókus kórház gondnoki hivatala az ápoló vagyontárgyából kérte a városi tanácstól a végrehajtást egy győri ápoló esetében. A tanács az ügyet kiadta az újjvárosi hadnagyának, azzal, hogy szükség esetén azok ingatlanvagyonát is végrehajtás alá vonhatja. – GYVL Tan./1873/1500. Ugyanebben az évben a belügyminiszter egy, a temesvári köz-kórházban, állítólag győri illetőségű ápoló után keletkezett ápolási díjhátralék rendezésére hívta fel a várost, azzal, hogy vagy az ápolótól, 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.

⁴⁸¹ 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

⁴⁸² A PM 1883/73.662 rendeletének E-melléklete részletesen szabályozza a végrehajtási eljárást.

⁴⁸³ 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.

⁴⁸⁴ Budapesten az 1893/XXXIII. tc. alapján fölálltak a városi adóhivatal kerületi osztályai, s ezek teljesítették a kerületi eljárásához kapcsolódó végrehajtási teendőket. (23.§)

⁴⁸⁵ Budapesten a főváros által fenntartott kórházakban ápolók ápolási költségeinek behajtását 1894. jan. 1-től a központi számvétség végrehajtói hajtották be, a vidéki, illetve a fővárosi, de nem a fővárosi fenntartású kórházakban ápolók költségeinek végrehajtásáról a kerületi adószámviteli osztályok gondoskodtak. – *Szolgálati utasítás Budapest kerületi eljárásainak részére.* 43.810/1899. 256.§

A végrehajtási eljárást elsősorban készpénzre, majd ingóságokra kellett lefolytatni, ha ez nem vezetett volna eredményre, akkor következett az ingatlanokra történő végrehajtás^{486 487}, mely azonban már bíróság közreműködését feltételezte.⁴⁸⁸

A visszkereseti jog intézményét megtartotta a törvény. A következő szinten fizetésre kötelezett – ha az ápolat 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 ápolat után, 4) illetve abban az esetben, ha az ápolat illetősége nem volt megállapítható.⁴⁸⁹

4.3.3.3. 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 híján⁴⁹⁰), az illetőségi község⁴⁹¹ szerinti törvényhatóság, bizonyos esetekben pedig az állam volt fizetésre kötelezett. A törvényhatóságoknak betegápolási alapot kellett létrehozniuk, melyet szükség esetén az egyenes adók⁴⁹² után kivetett pótdadóval tölthettek föl.

A törvény alapján a kórház a fölvétel után azonnal értesítette az illető törvényhatóságot, mely (elvi- leg) azonnal tárgyalást indított a beteg vagyoni állapotának és illetőségének megállapítására. A kórház a számlát a beteg elbocsátása esetén, de legalább háromhavonta elküldte a törvényhatóságnak, mely

⁴⁸⁶ 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

⁴⁸⁷ A végrehajtási eljárással kapcsolatban fölmerült a követelés teleggönyvi biztosításának kérdése. A szolgabírói gyakorlatban előfordult ugyanis, hogy ha az ingókra folytatott végrehajtás nem vezetett 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 előljáróságot a végrehajtással. Ha ez eredménytelen volt, akkor az iratok visszakérültek 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 tisztii ügyészhez, aki az illetékes polgári bíróságtól kérte a végrehajtás elrendelését. Ha ez megtörtént, csak utána kerülhetett sor a teleggönyvi bejegyzésre, ami valóban lehetővé tette az ingatlan végrehajtás alóli elvonását.

⁴⁸⁸ Gyakran előfordult, hogy a bíróság megtagadta a határozatok foganatosítását, mivel azokat nem az illetékes hatóság hozta. – BM 1891/82.131

⁴⁸⁹ 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.§

⁴⁹⁰ 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 fönn. 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.§

⁴⁹¹ 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.

⁴⁹² 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.§)

(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 kötelezetti körhöz, mivel az 1875-ös törvény már rendelkezett az egyleti, pénztári kötelezettségről.

5. Gyakorlat az 1875-ös rendezés után

A kórházak működését pénzügyi helyzetük határozta meg. A fenntartáshoz szükséges összegek jelentős része a betegápolási díjakból származott. A működés szempontjából kulcsfontosságú 1875-ös törvény rendezte a betegápolási költségek viselésének rendszerét, a helyzet azonban sok szempontból nemigen változott. Az illetőséghez kötött fizetési kötelezettség következménye a mérhetetlenül fől-szaporodott, kezelhetetlenné váló illetőségi ügy és a fizetési hátralékok tömege, valamint az egyre-másra kilátástalan helyzetbe kerülő kórházak küszködése volt. A képet a törvényhatóságok eltérő stratégiája (mely az állandó kérvényezéseken keresztül az illetőségi ügyek altatásáig terjedt) tette teljessé. A minisztérium iratanyagában föllelhető – a törvényhatóságok által az illetőség eldöntését célzó – ügyekből kontúrosan kirajzolódnak azok az alapproblémák, melyek lényegében az 1875-ös rendszer elhibázottságát bizonyítják.⁴⁹³

Bars megye például a budapesti Rókus kórházban ápoló Krausz András bérkocsis ápolása fejében előzetesen kifizetett 70 ft 68 kr díjat próbálta Budapesten behajtani. A főváros azonban nem ismerte el az ápoló illetőségét. A vizsgálat során kiderült, hogy Krausz 30-32 éve élt már akkor Budapesten, szü-leivel költözött át a megyéből. Mivel a szülők már 1854-55-ben telepedtek le, az akkor érvényben lévő 1849-es községi pátens alapján négyéves ott-lakással budapesti illetőségűek lettek. A város azonban ezt nem akarta elismerni. Az ápolóval fölvevett jegyzőkönyvből kiderült, hogy ő adót is fizetett Budapestnek, sőt, katonai szolgálatra is innen vonult be.⁴⁹⁴ Nyitra vármegye az ugyancsak a budapesti Rókus kórházban ápoló Timkó Béla budapesti illetőségének megállapítását kérte a minisztériumtól, arra hivatkozással, hogy az ápoló apja már régebb óta a városban lakott, és 1887-ben az adózók közé is fel-

⁴⁹³ Amin az iratok tanúsága szerint az 1876/V. tc. azon rendelkezései sem segítettek, melyek az illetőségi kérdések rendezését szolgálták úgy, hogy pontosabban meghatározták az illetőség keletkezésének eseteit, kizárva a kettős illetőséget. A községi illetőségi szabályok megváltoztatásában – az indoklás szerint – szerepe volt a betegápolási költségekkel kapcsolatos negatív tapasztalatoknak.

⁴⁹⁴ MOL K150-1653-1888-IV-23-26567

vették és hogy fia már Budapesten született. Hivatkozott továbbá a vármegye arra, hogy nincs törvényes támpont arra nézve, ami után meg lehetne állapítani, hogy Timkó Béla még mindig a nyitrai Salghóban bír illetőséggel. A minisztérium mindezek ellenére megállapította, hogy az ápolttal még mindig nyitrai illetőségű, ezért nem adott helyt a vármegye kérésének.⁴⁹⁵ Nem csak Nyitra járt így a Budapesten adózó, de illetőséggel a megyében bíró ápolttal. Somogy a Budapesten ápolttal Czinderi Rózára vonatkozó iratokat terjesztette föl a minisztériumba. Az apa kihallgatásakor kiderült, s ezt a fővárosi adóhivatal is igazolta, hogy Budapesten már többször fizetett adót. A minisztérium az 1886. XXII. 6§-ára hivatkozva az ápolttal marcali illetőségét állapította meg.⁴⁹⁶ Hasonló ehhez az esethez a Sáros vármegye által kezdeményezett ügy. Kupferstecher Istvánné, (sz. Poraczkai Teréz) férjéről kiderült, hogy már 1864-óta lakott Budapesten, sőt, más néven már adózott is, ezért budapesti illetőségű lett, így feleségét is budapesti illetőségűnek lehet tekinteni.⁴⁹⁷ Somogy vármegye Zwillinger Róza ügyében fordult a minisztériumhoz. A Rókus kórházban ápolttal ugyanis apja illetősége alapján nem lehetett megállapítani, de az bebizonyosodott, hogy Budapesten született, így erre hivatkozással kérte a megye, hogy ismerjék el budapesti illetőségűnek. A vizsgálatok során kiderült – érvelt a megye –, hogy az apa, mint törvénytelen távollévő szerepelt a hadkötelesek listáján, de már 40 éve Budapesten élt és valószínűleg közterhet is viselt, erre tekintettel őt is és a lányát budapesti illetőségűnek kell elismerni.⁴⁹⁸ Özv. Rozs Gáborné (sz. Pap Erzsébet) ügyében Somogy vármegye próbálta az ápolttal zalai illetőségét megállapítani. A történet bonyolult volt. Az ápolttal férje ugyanis korábban Budapestre települt, iparossegédként tevékenykedett, de illetőséget nem szerzett. Mivel nem volt világos az illetősége, Zalaegerszegen jegyzőkönyvet vettek föl annak megállapítására. Kiderült, hogy fia születése után azonnal Zala vármegyébe ment és ott uradalmi fővadászként szolgált, később, mint nyugdíjas Csáktornyára költözött. Ezek alapján Somogy vármegye bizonyítottan vélte a zalai illetőséget. Ez azért is fontos, mert az időközben több alkalommal a Rókus kórházban ápolttal felesége követte Zalába férjét. Zala ezzel szemben nem volt hajlandó elismerni az ápolttal helyi illetőségét. A minisztérium végül a születési hely alapján döntötte el a kérdést, kedvezve ezzel Zalának.⁴⁹⁹ Obertik Mária illetőségi ügyében Trencsén vármegye és Pozsony város ütköztek össze. A hétéves ápolttal apja ugyanis már 1867-óta Pozsonyban lakott és ott adót is fizetett 1876-tól. Pozsony azonban nem ismerte el az ápolttal és apja illetőségét, annak ellenére, hogy Pozsonyban fizetett adót, Zayugrócon pedig nem. A minisztérium ebben az esetben megállapította a pozsonyi illetőséget.⁵⁰⁰

Az illetőségi ügyekben megjelenő problémakör világos. Megfigyelhető, hogy a korszakban intenzívebbé váló népességmozgásnak az ápolási díjak behajtására is hatása volt. Tipikusnak mondható az az eset, melyben a vidékről a fővárosba költöző személyek illetősége nem volt kellőképpen rendezett. Jelenti ez egyrészt azt, hogy nem minden alkalommal világos, hogy vajon az illető születési helyén,

⁴⁹⁵ MOL K150-1653-1888-IV-23-6987

⁴⁹⁶ MOL K150-1653-1888-IV-23-6913

⁴⁹⁷ MOL K150-1653-1888-IV-23-1774

⁴⁹⁸ MOL K150-1653-1888-IV-23-1854

⁴⁹⁹ MOL K150-1755-1889-IV-9-340

⁵⁰⁰ MOL K150-1755-1889-IV-9-460-18853

vagy ahol korábban illetőséggel bírt, fönntartotta-e illetőségét, másrészt azt, hogy az újabb lakóhelyén szerzett-e illetőséget. Megfigyelhető továbbá a főváros törekvése a költségektől való szabadulásra. Mivel ebben a korszakban valóban Budapest rendelkezett a legnagyobb kórházi befogadóképességgel, nem csoda, hogy a betegek jó része, ha már Budapesten lett beteg, igyekezett kihasználni a fővárosi lehetőségeket. Ez természetesen azzal a nem kívánt hatással járt, hogy a szegényebb és szegény munkakerőt kibocsátó területek törvényhatóságainak – fizetve a tetemes ápolási díjakat – nem elhanyagolható terheket kellett viselniük.

Az illetőségi elven nyugvó fizetési rendszer nehézkes működésén túl azonban számos más kérdés tette még inkább tehetetlenné a kórházakat. Olyan eldöntetlen kérdések, hogy például ki fizessen az öngyilkossági kísérlet miatt kórházban ápoltak után⁵⁰¹, vagy ha valaki tévedésből került kórházba, (például az orvos hibájából), akkor ki kötelezhető a kórházi ápolási költségek viselésére.⁵⁰²

Arra, hogy az 1875-ben hosszú időre rögzített rendszer mennyi belső ellentmondással bírt, jelzészerű az 1880-as évektől egyre gyakoribb, a kérdést megoldani kívánó, vagy éppen a törvényhatóságok figyelmét az egyes visszasságokra fölhívni kívánó rendeletek megjelenése.⁵⁰³ Az ápolási költségek viselése szempontjából oly nagy jelentőséggel bíró szegénységi bizonyítványok, felvételi adatlapok kitöltése azonban az egész vizsgált korszakban meglehetősen nagyvonalúsággal zajlott. Olyannyira, hogy az egyik, kórházigazgatókhoz írt körrendelet leszögezte: *„ha a gyógyköltség a felvételi jegyzőkönyvben foglalt adatok hiányossága miatt behajtható nem lesz s e miatt az államnak kára származik, az ily hiányból származó kár az illető mulasztón fog megvéteni”*⁵⁰⁴. Komárom vármegye alispánjának jelentésére kiadott körrendelet tájékoztatta a kórházak igazgatóit, hogy a gyakorlat szerint a betegfölvétel alkalmával nem töltik ki a felvételi lapokat, hanem vagy három hónap után, vagy ha a beteg ápolása nem tart három hónapig, akkor a számlával együtt, elbocsátáskor töltik ki a felvételi íveket. Ezek hanyag kezelése miatt előfordul, hogy a három hónapot meghaladó kezelésre engedélyt nem kaptak esetében is a költségek utalványozását kérik.⁵⁰⁵ Az adatlapok pontos kitöltése mellett az illetőségi községek időben való értesítése sem tartozott – főleg a magánkórházak – erősségei közé.⁵⁰⁶ A szegénységi bizonyítványok kiállításának hanyag kezelése is állandó gondok forrása maradt. Az ápolási költségek viselésének szempontjából különös fontosságú okirat pontatlan kiállítása hosszú évekre elhúzhatta, esetleg teljesen lehetetlenné tette a kórházi költségek kiegyenlítését. A szegények mozgá-

⁵⁰¹ 1878-ban Hont megye érdeklődött az iránt, hogy az öngyilkossági kísérlet miatt kórházban ápoltak után, ha azok vagyontalanok, akkor köteles-e a megyei, vagy a községi betegápolási alap fizetni. A minisztérium válaszában tájékoztatta a megyét, öngyilkosok esetében is a rendes eljárást kell követni. – MOL K150-696-1878-IV-9/a-49471

⁵⁰² Baranya megye intézett kérdést a minisztériumhoz arról, hogy a budapesti Rókus kórházban ápolta Lutz Fülöp után, aki az orvos hibájából szükségtelenül került kórházba, ki viselje az ápolási díjat. – MOL K150-696-1878-IV-9/a-26399

⁵⁰³ Mint az a fenti esetekből kiderül, az illetőségi ügyek nem elhanyagolható részét képezték azok az ügyek, melyeknek tárgya a nők férjük utáni illetőségének megállapítása. A minisztérium – rátapintva a kérdés egyik nagyon fontos pontjára – a hiányos, nem körültekintő adatfelvételben vélte fölfedezni a megnövekedett állami kiadások okát. A költségek viselése alól a legegyszerűbben úgy lehetett kibújni, ha minél pontatlanabb adatokat szolgáltatott az érdekelt. A rendelet előírta, hogy a nők illetőségének nehézkes megállapíthatósága miatt a férj illetőségi viszonyait is alaposan meg kell vizsgálni. – BM 1880/24.482 (júl. 11.)

⁵⁰⁴ BM 1883/3748

⁵⁰⁵ BM 1885/8989 (márc. 3.)

⁵⁰⁶ BM 1895/59.682. (aug. 3.) – fölhívja a magánkórházak igazgatóit, hogy a fölvevő vagyontalan betegekről küldjenek jelentést az érintett községeknek

sának nyilvántartása, az adatok pontos fölvétele tehát nem csak a kórházakban, hanem már a községekben sem történt meg.⁵⁰⁷ Nem csoda, hogy a központi költségvetést egyre nagyobb mértékben igénybe vevő kifizetések miatt rendelet született arról, hogy a minisztérium csak abban az esetben utalványozza az ápolási költségeket, ha az igazolást a megfelelő személy állítja ki és az abban szereplő tényeket a járási szolgabírók is igazolják.⁵⁰⁸

Az ápolási költségek viselésének 1875-ben bevezetett rendszere lényegében megoldhatatlan feladat elé állította a törvényhatóságokat, a községeket, a minisztériumot és a kórházakat egyaránt. A szereplők mindegyike a többi „ellenfelévé” vált. A törvényhatóságok és községek érdeke az volt ugyanis, hogy a költségeket lehetőség szerint maguk az ápoltak, vagy azok hozzátartozói, vagy ha ez nem lehetséges, akkor legalább valamely más törvényhatóság viselje.⁵⁰⁹ A szegénységi bizonyítványok kiállításának elvileg az ezekért folyamodókkal szemben kellett volna következetesen eljárniuk, ugyanakkor velük szemben a törvényhatóságok foglaltak állást. A minisztérium pedig nem volt képes ellenőrizni a pontos adatszolgáltatást, magyarul a kedvezmények jogos igénybevételét. Nem is beszélve arról, hogy a VII. ügyosztályt elárasztották az igen nehezen elintézhető illetőségi ügyek, melyekben az érintettek – a kormányzatot kivéve – abban voltak érdekeltek, hogy ha már más nem lehetséges, legalább azt lehessen elérni, hogy ne legyen megállapítható az illetőség. Ebben a rendszerben pedig a kórházak jártak a lehető legrosszabbul, – annak ellenére, hogy bizonyos értelemben maguk is hibásak voltak az áldatlan állapotok miatt – mivel szinte soha nem jutottak időben az ápolási díjakhoz.

6. Az 1898-as reformot megelőző lépések – A segélypénztárak beillesztése a költségviselési rendszerbe

6.1. Az ipari munkásság biztosítási rendszere

A költségek viselésének rendszerében már a korszak elején fölmerült az ápolási díjak különböző egyletek, testületek általi viselésének lehetősége. Jóllehet a vizsgált időszak egészében jelen vannak a legkülönbözőbb, szakmai, vagy éppen vallási alapon szerveződő segélypénztárak, az ipari munkások segélypénztárai a közegészségügyi rendszer hivatalos részévé csak közvetlenül a századforduló előtt váltak, talán azért is, mivel az 1875-ös megoldásban a gyárak, nagyobb vállalatok, vasutak tulajdonosai visszkereseti joggal fizetésre kötelezettek voltak. Az 1884-es ipartörvény rendelkezett arról, hogy bizonyos feltételek teljesülése esetén ipartestületek alakuljanak.⁵¹⁰ Ennek egyik célja segélypénztár

⁵⁰⁷ BM 1889/1422. (jan. 6.)

⁵⁰⁸ BM 1887/16.601. (márc. 17.)

⁵⁰⁹ Hozzá kell tenni, hogy emberbaráti okokból a községek olykor kiállítottak szegénységi bizonyítványokat úgy, hogy az ápolat rendelkezett ingatlannal, tehát ebben az esetben a községek – ha az illetőséget nem tagadták meg – a megye betegápolási alapját, a törvényhatóság pótdadíjait vették igénybe a költségek rendezéséhez. – Ld.: THIM JÓZSEF: *A szegény betegek gyógyításáról*. Gyógyászat 1896, jan. 12. 24-25.

⁵¹⁰ A szabályozás szerint törvényhatósági és rendezett tanácsú jogú városokban, valamint olyan községekben, ahol az adott a képesítéshez kötött mesterséget űző iparosok száma meghaladja a százat, az iparosok kétharmadának kívánságára, az illetékes iparkamara meghallgatásával, a törvényhatóság hozzájárulásával voltak alakíthatók ipartestületek az iparhatóság által. Az ipartestületek – Budapest kivételével – nem szakmák szerint jöttek létre, s ha létrejöttek, akkor minden képesítéshez kötött iparos annak tagja lett. – 1884/XVII. tc. 122-124.§

létesítése, melynek a segédek és gyári munkások is tagjaivá váltak.⁵¹¹ Az 1884-es törvény már megelőlegezte a segédek és gyári munkások betegsegélyezési ügyének törvényi szintű rendezését, s ennek ideiglenességét mi sem mutatta jobban, mint hogy az ekkor létrehozott rendszer, annak ellenére, hogy a kötelező tagság egyes elemei fölbukkantak a szabályozásban, alapvetően mégis az önkéntesség elvén nyugodott. A következő rendezést az 1891/XIV. tc. valósította meg, mely az „ipari és gyári alkalmazottak” kötelező segélypénztári tagságnak rendszerén keresztül változtatott az eddigi rendszeren. A változtatásnak több oka is volt. Noha valóban megfigyelhető volt a segélyegyletek szaporodása, de a biztosított munkások aránya még a századfordulóhoz közeledve is 40%-körül maradt.⁵¹² Ezen túl pedig, az 1875-ös ápolási költségekről szóló tc. megoldása, azaz a munkaadó visszeresettel biztosított költségviselési kötelezettsége nem jelentett megnyugtató megoldást, elég biztosítékot a költséget a törvény előírásai szerint álló tulajdonosnak.

Az 1891-es megoldás lényege tehát a munkaadó számára kétségtelenül nagyobb biztonságot, a munkavállaló számára pedig esetenként több szolgáltatást biztosító kötelező segélypénztári tagság volt. A törvény szerint kötelező a segélypénztári tagság az ipartörvényben szereplő foglalkozások esetén, a bányákban, nagyobb építkezéseken, vasútnál, hajózásnál, fuvarozással, szállítmányozással, raktározással foglalkozó vállalatoknál, valamint a kereskedelmi pincéknél dolgozó munkavállalóknak, ha keresetük napi 4 kr-nál kevesebb, munkaviszonyuk 8 napnál hosszabb (2.§). (A tanoncok, a gyakoronokok szintén munkavállalónak számítottak.) A kötelező tagsági kör mellett a törvény lehetőséget adott az önkéntes tagságra azoknak is, akik 4 kr-nál többet keresnek, vagy 8 napnál rövidebb időre szerződtek, önálló- és a házi iparosok, mezőgazdasági vállalatok munkavezetői és munkásai, tagságra kötelezettek családtagjai, valamint azok, kiknek belépését a segélypénztár alapszabálya lehetővé tette (4.§). A belépési kötelezettség nem érintette azon állami, törvényhatósági, községi vagy közalapítványi vállalatoknál végleges alkalmazásban levőket, akik betegség esetén 20 heti ellátásra számíthatnak.⁵¹³ A tagsággal járó járulékfizetési kötelezettséget a munkaadó teljesítette, $\frac{1}{3}$ - $\frac{2}{3}$ -ad arányban a saját forrás, illetve a munkavállaló fizetésének terhére.

A betegsegélyező pénztár által nyújtott ellátás legfontosabb eleme az orvosi ellátás biztosítása volt, melyet az adott vállalat által alkalmazott orvosokkal teljesített, azonban a törvény szerint volt lehetőség a kórházi ellátás biztosítására is (12.§), mely ponton kapcsolódott tehát a segélypénztárak rendszerre az általános közegészségügyi ellátórendszerhez.⁵¹⁴ A betegsegélyező pénztár továbbá gyógyszerrel és gyógyászati segédeszközzel láthatta el tagját.⁵¹⁵

⁵¹¹ A segélypénztár irányításában az iparosok és a segédek egyaránt részt vettek, és az iparos köteles volt segédei segélypénztári tagdíjához hozzájárulni. 142-143. 145.§

⁵¹² Ld. a tc. indoklását.

⁵¹³ Szakolczai azt a szabályozás hiányosságaként értékeli, álláspontja szerint t.i. ezen az időn túl a munkás az általános szegényellátásra van utalva. – SZAKOLCZAI ÁRPÁD: *Magyarország szociális törvényhozása*. MJÉ, XIV. köt. 2. füz. Budapest, 1897, 125., továbbá v.ö.: FRIEDRICH VILMOS: *A betegsegélyező pénztárakról*. H.n., é.n. [1898], Pallas ny.

⁵¹⁴ Nem volt kellően tisztázott azonban hogy a pénztárnak milyen fizetési kötelezettsége van. Ezért rendeleti szinten került szabályozásra az, hogy a pénztári tagok után azok olyan betegsége esetén (trachoma, bujakór, közveszélyes elmebetegség) is fizetési kötelezettség terheli a pénztárat, mely egyébként tagság híján az ápoltság vagyontalansága esetén az állam által megtérítendő kategóriában van. – BM 1893/103.409 De általánosságban is ki kellett mondani, hogy a pénztárak nem tehetik függővé költségviselésüket a betegség jellegétől. – BM 1896/32.434 Végül pedig ismételt pontosításra szorult, hogy társládák kórhá-

Az ipari és kereskedelmi alkalmazottak betegség és baleset esetére való biztosításáról szóló 1907/XIX. tc. átrendezte a pénztári rendszert, föloszlatva az ipartestületi és a kisebb egyesületi pénztárakat (196.§), s létrehozva az országos pénztárat, illetve az országos és helyi szervek fölötti felügyeletet gyakorló Állami Munkásbiztosító Hivatalt.⁵¹⁶ A biztosítási rendszer alapelvei ugyanaz maradt, bizonyos kérés alatt kötelezővé vált a törvényben felsorolt területeken dolgozók betegségi- és balesetbiztosítása, a biztosított kör azonban szélesebb lett.⁵¹⁷ A fizetendő járulékokat ezen túl már fele-fele arányban viselték a munkavállalók és a munkaadók.⁵¹⁸ (41.§) A biztosítási jogviszony alapján a biztosítottak betegség esetén a pénztár orvosa által végzett ingyen orvosi kezelésre, valamint ingyen gyógyszerre, gyógyászati segédeszközre húsz hétig (50.§), illetve négyheti, az utolsó kategóriában biztosított kórházi ápolásra fertőző betegség, vagy az otthoni ápolás megoldhatatlansága esetén voltak jogosultak. (58-59.§)⁵¹⁹ A törvény újítása volt továbbá a szolgáltatások családtagokra való kiterjesztése.

6.2. A mezőgazdasági munkásság biztosítási rendszere

Másképp alakult a (nem cseléd státuszú) mezőgazdasági munkások betegsegélyezési ügye. A cseléd és gazda közötti jogviszonyt rendező 1876/XIII. tc. nem foglalkozott a mezei munkások és napszámosok betegápolási költségviselésével. Ők tehát betegség esetén az általános szabályok szerint viselték az ápolási költségeket. Az 1898/II., a munkaadók és mezőgazdasági munkások közötti jogviszonyról szóló törvénycikk már előírta, hogy az idegen illetőségű munkások gyógyításáról nyolc napon keresztül a munkaadónak kell gondoskodnia, s ha a betegség a nyolc napot meghaladja, köteles értesíteni a községi elöljáróságot. (33.§) Lényegében tehát a mezőgazdasági vándormunkásokról való gondoskodás igénye jelent meg a rendelkezésben.

A mezőgazdasági munkások helyzetében változást hozott az 1900/XVI. tc. által létrehozott „Gazdasági munkás- és cselédsegélypénztár”, mely önkéntességi alapon szerveződő elkülönült központi és helyi szervezettel rendelkező intézményként jött létre. Elsősorban – neve szerint is – a segélyezés volt tekinthető fő feladatának, de a betegápolási költségek viselésében is megkerülhetetlen szerepet kapott, s az általa teljesített kifizetésekkel hatással volt a községi orvosok vagyoni viszonyaira is. A pénztári

zaiban ápolott trachomás, bujakóros betegek ápolási költségeit nem téríti az országos alap – BM 1901/16.016, illetve, hogy a bujakóros, trachomás és elmebeteg pénztári tagok házi ápolási költségeit sem viseli az állam. – KM 1903/12.585. Ha nehezen is, de tisztázódott, hogy a pénztári tagság minden esetben azt jelenti, hogy az ápolási költségeket az illető pénztár viseli.

⁵¹⁵ A segélypénztárak által nyújtott, törvényben szabályozott minimum-ellátáscsomag: ingyen orvosi ellátás, táppénz, gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök, gyermekágyi segély, halálzási segély. – Hozzá kell tenni, hogy egyes vélemények szerint a törvény nem volt kellően kidolgozott, nem volt meg a megfelelő összhang a törvény, illetve a kapcsolódó rendeletek között. – BÁNÓCZY GYULA: *Reflexiók a betegsegélyező-pénztári törvény revíziója alkalmából*. Betegsegélyező, 1902. máj. 12. 2-3.

⁵¹⁶ Az új törvény a korábbi decentralizált rendszer bevaltott felszámolását vitte végbe úgy, hogy vállalati pénztárakat már a korábbi 100 tag helyett 300 taggal lehetett létrehozni. – MOL K148-322-1907-20-322

⁵¹⁷ A biztosított kör a törvény jóval részletesebben határozta meg, mint a korábbi, s biztosított lehetett a korábbi kör tagján kívül a kereskedelmi szféra alkalmazottai köre, a házi ipari keretek között vállalkozóként, megrendelés alapján dolgozó iparos, illetve mezőgazdasági feldolgozóipari alkalmazott is.

⁵¹⁸ A baleset-biztosításra kötelezett alkalmazottak biztosítási járulékait a munkaadóknak kellett fizetniük. (43.§)

⁵¹⁹ A kórházi ellátás költségeinek pénztár általi viselése feltétele a pénztár és a kórház közötti megállapodás megléte volt. Ennek hiányában – a sürgősséget kivéve – az ellátást igénybe vevő viselte a költségeket. (59.§)

tagság tehát – ellentétben az ipari munkásokkal – nem volt kötelező úgy, hogy ugyanakkor a munkaadó hozzájárulási kötelezettségéhez kapcsolva a „rendkívüli tagoknak” járó szolgáltatások bizonyos részét teljesítette nem tagok számára is. 1902-től (1902/XIV.tc.) a munkaadó kötelező tagdíjfizetésével a cséplő- és szecskavágógépnél dolgozók kötelező rendkívüli tagokká váltak.

A pénztár bevételei négy forrásból származtak: 1) a tagok befizetéseiből, 2) a munkaadók kötelező hozzájárulásából (ez azt jelentette, hogy minden gazdasági cseléd után 120 fillér évi hozzájárulást kellett fizetni, 7.§) 3) az állami hozzájárulásból (ezt a törvény évi 100.000 K-ban határozta meg 7, 9§§), végül 4) esetleges adományokból. A pénztár baleset esetén viselte az orvosi kezelés költségeit, illetve a gyógyszerek, kötszerek és egyéb dologi kiadásokat. Ha a baleset munka közben következett be, akkor a munkaadó viselte a költségeket, de ha nem az ő hibájából következett be a baleset, akkor ezeket a költségeket a pénztár megtérítette. (13-15.§). A pénztár a költségek viselésének sorrendjében az 1898-ban létrehozott országos betegápolási alap után állt, azaz ha a költségek egy, az országos alapból megtéríteni rendelt esetben merültek föl, akkor a pénztár nem térítette meg a költségeket az országos alapnak. (38§) A pénztár-orvosi teendőket a törvény a községi(kör), illetve ezek hiányában a járási orvosra bízta, azaz az ellátási formát a meglévő ellátórendszerre telepítette⁵²⁰, lényegében tehát a pénztár létrehozatala nem hozott létre új, párhuzamosan működő rendszert, hanem a fent leírt források segítségével biztosabbá kívánta tenni az ellátórendszer működését.⁵²¹

7. Az 1875-ben kialakított rendszer reformjának szükségessége

Az egészségügy egészét átfogó reformtervek visszatérő gondolata az egészségügy államosításának terve volt. Az 1870-es évek közepén kialakított egészségügyi rendszerről már teljesen eltérő véleményeket fogalmaztak meg: Oláh Gyula például az akkor kialakított rendszert, a törvényeket alapvetően pozitívan értékelte, mondván, hogy a jó törvény, mint alapfeltétel megvan. Hozzátette azonban, hogy „1876-ban, midőn a municzipalizmus elveit vallotta úgy a törvényhozás, valamint a közvélemény nagy többsége – ekkor csak ezen elveknek megfelelő törvényt lehetett alkotni...”⁵²², azaz az akkor kialakított rendszer figyelembe vette a törvényhatóságok érzékenységét, aminek köszönhetőek a működési zavarok. A millenniumi közegészségi és orvosügyi kongresszuson elhangzott összefoglaló azonban rámutatott, hogy a rendszernek alapvető hiányosságai voltak.⁵²³ Míg 1875-előtt ugyanis a község fizetett a vagyontalan, helyi illetőséggel bíró ápolóért, 1875-után a törvényhatóság feladata lett, úgy, hogy a

⁵²⁰ A pénztár helyi bizottságaiban tehát ezért kapott szerepet a községi elöljárósággal együtt a községi (kör) orvos. (28.§)

⁵²¹ Megjegyzendő, hogy az 1902/XIV. tc. 28.§-a az állami hozzájárulás évi összegét 150.000 K-ra emelte föl.

⁵²² OLÁH GYULA: *A közegészségügy államosításáról*. KSz, 1890, 370.

⁵²³ A negatív tapasztalatok ellenére, a betegápolási törvényjavaslat tárgyalása idején újra fölbukkantak a régi félelmek, azaz újra megfogalmazódott az önkormányzatiság védelmének eszméje. Heltai Ferenc fővárosi képviselő indítványozta, hogy a törvény hatályát ne terjesszék ki a törvényhatósági jogú városokra, hanem a területükön dolgozó napszámosok és cselédek biztosítására városi betegápolási pénztárakat állítsanak föl. – *A betegápolási javaslat*. PH 1898 máj 25., Heltai később tovább ment: álláspontja szerint nem az állam, hanem a községek és törvényhatóságok feladata a betegekről való gondoskodás. Véleménye szerint a rendszer zavarait pusztán az illetőségi kérdés rendezésével meg lehetne oldani, mégpedig úgy, hogy a város területén dolgozó munkások egy heti tartózkodással már illetőséget szerezhetnek volna. – *Az új betegápolási törvény*. PN 1898 jún 2.

vármegyei pótdából erre a célra alapot hozott létre. Az 1875-előtti rendszer hibája az volt, hogy miután községi szinten túl nem volt az ápolási költség megfizetésére kötelezhető személy, a községek eladósodása mellett megfigyelhető volt, hogy a községek – megakadályozandó az eladósodást – inkább nem engedték szakszerű ápolás alá betegeiket vagy nem ismerték el az illetőséget.⁵²⁴ Az új rendszer a létrehozott alap segítségével megyei szinten egyenlítette ki a különbségeket. Ennek rövidtávon talán pozitív hatása volt, de országos szinten mindenképp egyenlőtlené vált a közegészségügyi terhek elosztása, minek az lett a következménye, hogy lassan eladósodtak a szegényebb törvényhatóságok.⁵²⁵ A megyénként 0-5%-os pótdából fönntartott rendszert leginkább a „*buzakenyér, szalonna = kis pótdadó, zabkenyér, krumpli = nagy pótdadó*”⁵²⁶ megállapítás fémjelzi. Azaz a szegényebb törvényhatóságokat sújtják a nagyobb pótdadók, míg a gazdagabbaknak nincs szükségük bevételpótléokra. Az egyes törvényhatóságok közötti különbségeket a következő adatok meggyőzően illusztrálják: Bács-Bodrog, Békés, Brassó, Csanád, Csongrád, Fogaras, Háromszék, Krassó-Szörény, Nagy-Küküllő, Temes, Torda-Aranyos, Udvarhely és Zólyom vármegyéék betegápolási pótdója 1%, vagy ennél kevesebb, illetve külön betegápolási pótdót egyáltalán nem vetnek ki, viszont Árva, Nyitra, Pozsony, Szabolcs és Turóc vármegyéekben 4%, Bereg és Ung vármegyéekben 5%, Ugocsában 6%, Trencsénben 6,5% a kilencvenes évek végén a kivetett pótdadó.⁵²⁷

Az 1875-ben megalkotott rendszer működési zavarai egyre általánosabb és egyre nagyobb méretet öltöttek, a kilencvenes évekre nyilvánvalóvá vált, hogy azt a főnálló jogi-pénzügyi konstrukció hosszú (vagy nem is olyan hosszú) távú összeomlása fenyegeti. A költségviselési rendszerből és az ország gazdasági fejlődéséből adódó aránytalan teherviselés pont azokat a törvényhatóságokat sújtotta leginkább, melyek a legszegényebbek voltak, megterhelve ugyanakkor azokat a törvényhatóságokat is, melyeknek a szegényebbek nem tudtak fizetni. E jelenségre a legszembetűnőbb példa Budapesté, melynek közkórházai komoly hátrányt szenvedtek a törvényhatóságok által ki nem fizetett ápolási díjak miatt.⁵²⁸

Ugyanakkor a munkaerő-elvándorlással, szegénységgel, a nem megfelelő infrastruktúra minden hátrányával sújtott, főképp felvidéki megyék és közkórházak háztartása is egyre aggasztóbbá vált. Ezen törvényhatóságok gazdagabb vidékeken munkát kereső népessége, megbetegedve a munkavállalás helyszínén, tipikusan a nagyvárosokban, természetesen helyben került kórházba. Az illetőség szabályozása miatt azonban az utóbbi helyen illetőséget nem szereztek – a tisztázatlan illetőség miatt –,

⁵²⁴ HEGEDŰS JÁNOS: *A nyilvános betegápolás ügye*. Nagy-Becskerek, é.n., Pleitz Ferenc Pál Kiadása.

⁵²⁵ Ezen túl az 1875-ös rendezés a trachoma és a bujakór kezelése után felmerülő költségeket vagyontalanság esetén az államra terhelte, de a ragályos betegek költségeit a törvényhatóság és a község viselte, ami indokolatlan csoportosítás volt, ugyanakkor a törvényhatósági alapok létrehozatala csak a kórházaknak jelenthetett valamelyes könnyebbséget, a törvényhatósági-községi szinten nem jelentett megoldást. – ld. *A nyilvános betegápolási ügy rendezéséről*. MK 1897. nov. 14.

⁵²⁶ RUFFY, 1897

⁵²⁷ 1898. évi XXI. törvénycikk indokolása a nyilvános betegápolás költségeinek fedezéséről, általános indoklás.

⁵²⁸ 1898-ban, tehát a rendezés évében a törvényhatóságok 1.800.000 Ft-tal ki nem fizetett ápolási díjjal tartoztak a fővárosnak. Ebből ekkor 90.000 Ft esett Liptó vármegyére, 15.000 Ft pedig Selmechányára. A főváros szerint a bajokat csak tetézte a minisztérium azzal, hogy a Budapest által megállapított ápolási díjakból lefaragott, így minden egyes beteg, akár fizetett érte valaki, akár nem, kiadást jelentett a városnak. A közgyűlés ugyanakkor megállapította, hogy a fővárosi kórházakban ápoltnak csak 17%-a helyi illetőségű, tehát a budapesti kórházügy, s vele az ápolási díjak viselésének rendezése országos jelentőségű. – *A budapesti kórházak (közgyűlésből)*. PN 1898. márc. 11.

akarva-akaratlan hosszan elhúzódó ügyekkel terhelték meg a törvényhatóságok ügyintézését. A megoldást erre a problémára végül az 1898-ban megalkotott törvény jelentette.

8. Az 1898-as rendezés

8.1. 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.⁵²⁹ A törvény ugyanis fenntartja a fizetésre kötelezettek sorrendjén alapuló költségviselési megoldást. Az első szintet (ha erre van a betegnek jogosultsága) a betegsegélyező pénztár, társláda, vagy a cseléd tartó gazda, egyes esetekben az állam, majd az ápolott, ennek vagyontalansága esetén a rokoni kör képviseli, végül pedig az országos alap, illetve az állam (az 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 házastársi 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 költségeit⁵³⁰ (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 fizetőképességére 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 rokoni kör már nem vált kötelezetté, a betegsegélyező-pénztár, egyesület viszont igen. Végül viselte a hontalanok szállítási és ápolási költségeit, illetve azon külföldi állampolgárok

⁵²⁹ 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 kivételére alapul, tehát az állam nem illeszti az ápolási költségek terheit a korábbi költségvetési keretekbe, hanem – ráadásul ügyelve arra, hogy az egyenesadókat 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

⁵³⁰ A havi kimutatás alapján, a Belügyminisztérium fizette ki az illető kórháznak.

után felmerült költségeket, melyek megtérítése alól a viszonyosság nemzetközi szerződés, vagy a kialakult gyakorlat mentesítette az adott államot.

8.2. 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 kirovársra került), nyilvános számadásra kötelezett vállalatok és egyesület adója, bányaadó, a tőkék kamatai és járadékok után járó tőkekamat- és járadékadó) után kivetett póttadó jelentette. A póttadó – hasonlóan a megyei betegápolási póttadóhoz – az adó meghatározott százaléka (az 1898-as rendszerben legfeljebb 3%-a, melyet a minisztérium évről évre állapított meg) volt.⁵³¹ 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 költségeit⁵³²
- c) a kolera és a pestis kivételével a fertőző betegségek elleni védekezés, és a védekezést szolgáló intézmények fenntartási költségeinek felét
- d) a talált, illetve a hatóságilag elhagyottnak nyilvánított gyerekek gondozási, nevelési, ápolási költségeit 7 éves korukig⁵³³
- 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 segédeszkö-

⁵³¹ BM 1899/61.051

⁵³² 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 valótlan 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.

⁵³³ Ehhez kapcsolódva az 1901/VIII. tc. alapján létrejöttek az állami gyermekmenhelyek, melyek fenntartási költségeit, valamint az ott elhelyezett gyermekek ápolási költségét az országos betegápolási alap viselte.

zöket. 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 fizetéseképtelensége, azaz a községi pénztár, illetve a törvényhatóság betegápolási alapjának kimerülése esetén volt lehetőség az állami segély igénybevitelére. 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 községek és törvényhatóságok költségvetését, s egy-egy járvány kitörése után rövid idővel megérkeztek a minisztériumba a segélyt 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.⁵³⁴ Az 1891-ben született törvény szerint betegsegélyező-pénztárhoz, illetve társládához (bánya-betegsegélyezési ládák) tartozók⁵³⁵ 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 esetét: 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).⁵³⁶

⁵³⁴ KM 1899/90.186/1898.

⁵³⁵ 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, ugyancsak kőfejtő-, homok-, kavics- és agyagtermelő telepeknél; c) nagyobb építkezéseknél (57. §.); d) a vasuti üzemeknél és ezek gyáraiban és műhelyeiben; a postánál, távirvánál, 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.”

⁵³⁶ 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

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 napi működésükhöz nem ritkán tőkájüket voltak kénytelenek használni.⁵³⁷ 1897-re a törvényhatóságok összesen közel 650.000 Ft-tal tartoztak a közkórházaknak⁵³⁸, 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 pótdadó 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 elmeorvosi intézeti 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 színlelt betegséggel, a betegápolási alapot jogosulatlanul igénybe vevők ellen már korábban is létezett a kórházból kitiltás intézménye.⁵³⁹ 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.⁵⁴⁰ 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.⁵⁴¹ A minisztérium a Belügyi Közlönyben tette közzé a kitiltottak listáját⁵⁴², mely listákat minden kórháznak lefűzve megőriznie, s min-

hibájából történt, akkor a pénztár megtéríti a munkaadó költségeit és ezen felül a munkavállaló betegségének tartamára, legfeljebb 60 napra napi 1 Koronát fizet. (15.§)

⁵³⁷ Ld. feljebb a pécsi közkórház pénzügyeit (1872), vagy a miskolci kórház lepedőbeszerzését (1872).

⁵³⁸ 1898/XXI tc. részletes indoklás a 15§-hoz.

⁵³⁹ 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 ingyeneélok*. A betegápoló, 1903. júl. 1. 6.

⁵⁴⁰ 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.

⁵⁴¹ BM 1893/46.641

⁵⁴² Kitiltási hirdetés: „A m. kir. belügyminister a horvát-szlavon-dalmát kir. országos kormány átirata folytán elrendelte, hogy Klanjaes kerület ravnegorei illetőségű Fuchs Miksa 41 éves róm. kath., nőtlen, péksegéd, ki különféle betegségek ürügye alatt az ország különböző kórházaiban ápoltatja magát, mi által illetőségi törvényhatósága betegápolási alapjának nagymérvű kiadásokat okoz, a hazai kórházakban csak is halaszthatatlanul közkórházi ápolást igénylő betegséggel vétessék fel,

den egyes betegfölvételkor ellenőriznie kellett.⁵⁴³ 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*”⁵⁴⁴, ezért előírta a kitiltottak kórházakban és törvényhatóságokban történő nyilvántartását is.

8.3. Az új kórházi szabályrendelet

A törvény 14.§-a alapján, mely fölhatalmazta a belügyminisztert, hogy az ápolási költségekkel, a kórházi felvétellel kapcsolatos eljárásról, a szegény betegek számára gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök rendelésének módjáról, a magánszemélyeket terhelő ápolási költségek behajtásának módjáról, a községi közsegélyezésről, valamint a külföldiekkel kapcsolatos költségekről rendeletben intézkedjen, került sor a rendezéshez kapcsolódó kórházi szabályrendelet kiadására.⁵⁴⁵ A kórházi költségviselési, valamint a betegsegélyező-pénztári rendszer átalakítása indokoltá tette a kórházakra vonatkozó szabályok módosítását. Mivel az ápolási költségek viselésének rendszere teljesen átalakult – a hangsúlyosabb állami szerepvállalás miatt is – nem lehet csodálkozni azon, hogy az új kórházi szabályrendelet jóval részletesebb, mint az 1876-os.

A rendelet világosabb szerkezetben tárgyalja az egyes kórháztípusokat. E szerint léteznek:

- a) *állami kórház*: mely az illető miniszter által megállapított saját szervezettel rendelkezett, s a Belügyminisztérium felügyelete alá tartozó közkórházként működött
- b) *közkórház*: mely a kórházak létesítésére és működésére vonatkozó általános követelmények teljesítésén túl külön sebészeti-, belgyógyászati- és nemibeteg-osztállyal, valamint az elmebetegek ideiglenes elhelyezésére 2 cellával kellett rendelkezzen. A közkórház a miniszter által megállapított ápolási díjat számolt föl.
- c) *nyilvánossági jelleggel fölruházott magánkórház*: ezen a kórházak nyilvánossági jellegét a miniszter (a tulajdonos kérelmére vagy beleegyezésével) ismerhette el, ha a közkórházakra vonatkozó feltételeknek megfelelt. A szedett ápolási díj megállapításának módja kétféle lehetett. Azon betegek részére, kik felvételére a kórház saját szabályzata alapján került sor, a kórház állapította meg az ápolási díjat. Kikét pedig az országos betegápolási alap, vagy az állam fizette, a belügyminiszter a kórház fenntartójának meghallgatásával állapította meg. A nyilvánossági jelleg megszűnhetett akkor, ha 1) a kórház fenntartója a továbbiakban nem kívánta a nyilvánossági jelleget, 2) az országos betegápolási alap, valamint az állam által fizetendő ápolási díj mértékéről a fenntartó és a

különben pedig elutasítsassék, s illetőségi helyére leendő eltolonczoltzatása végett az illetékes hatóságnak adassék át. (31167/96. sz.)” MK 1896, 2. sz. 56.

⁵⁴³ BÉKÉSY, 1902, 41.

⁵⁴⁴ BM 1899/9.192.

⁵⁴⁵ BM 1898/133.000

Belügyminisztérium közötti tárgyalások nem vezettek eredményre, valamint 3) ha a kórház nem felelt meg a nyilvánossági jelleg minőségi követelményeinek.

- d) *magánkórház*: mely a kórházakra vonatkozó általános feltételeknek megfelel, de az országos alaptól történő térítésre nem tarthat igényt. Ezek az intézmények – ismerve a vagyontalan betegek ápolási költségeivel kapcsolatos ügyeket – lényegében nem vettek részt szegény betegek ellátásában.

A rendelet a kórházak vezetésének rendjére, (különösen a közkórházakéra) nagy hangsúlyt fektetett. Ezen belül a kiadási és a bevételi oldal tételeinek meghatározásával részletes szabályozást nyert a kórházak könyvelése, valamint a kórházak gazdálkodása, melynek ellenőrzésére végső soron a belügyminiszter volt jogosult.

A másik lényeges pont a betegfölvétel volt.⁵⁴⁶ A korábbi gyakorlat megmutatta, hogy a kórházak sok esetben maguk is éppoly hibásak siralmas anyagi helyzetük kialakulásáért, mint a hanyagul, vagy egyáltalán nem fizető kötelezettek. Megfigyelhető volt ugyanis, hogy a betegfelvétel során sok esetben nem vették föl kellő pontossággal a szükséges adatokat, melynek a kezelhetetlenné váló illetőségi, valamint ápolási költséggel kapcsolatos ügymeg lett a következménye. Ezért a szabályrendelet előírta, hogy a felvételkor a beteg családi viszonyaira pontos információkat kell szerezni, valamint, hogy az ápolat, illetve a fizetési kötelezettek vagyoni igazolásait be kell szerezni.⁵⁴⁷

8.3.1. Az ápolási költségek behajtásának rendszere

A magánszemélyeket terhelő ápolási költségek behajtásáról helyben lévő fizetésre kötelezettek esetén a kórház, illetve annak fenntartója intézkedett. A behajtáshoz a kórház igénybe vehette a beteg fölvétele alkalmával megőrzésre átadott értékesebb vagyontárgyait, azonban kisebb összegek és kis értékű tárgyak esetén ezt nem lehetett megtenni, nehogy a végrehajtás létfenntartásában veszélyeztessen az ápolat.⁵⁴⁸ Nem helyi betegekkel szembeni végrehajtáshoz a kórház minden esetben a törvényhatóságot vette igénybe, mely 15 napos határidővel felszólította az érintettet a teljesítésre, majd ha a határidő eredménytelenül telt el, akkor az általános végrehajtási szabályok szerinti végrehajtást fogantatosított azzal, hogy kis- és nagyközségben, a tartozás összegétől függetlenül, a főszolgabíró volt illetékes.

Az országos alap megszervezésével a költségek viselésével kapcsolatos korábbi problémák már nem jelentettek gondot, azonban ez nem jelenti azt, hogy az ápolási költségek megállapítása, behajtása és a

⁵⁴⁶ A felvételi jegyzőkönyvet betegség szerint kellett kiállítani, R – rendes beteg, B- bujakóros, T- trachomás, E- elmebeteg. – BÉKÉSY, 1902.

⁵⁴⁷ A rendelet a korábbiaknál sokkal pontosabban előírta, hogy fizetőképesség esetén csatolni kell a vagyon állagára, annak forgalmi és becsértékére, várható évi jövedelmére, illetve a telekkönyvbe bejegyzett adósságra vonatkozó bizonyítványt. Ezen túl meghatározta a szegénységi bizonyítvány kiállításának módját, a kiállító hivatalos személyek körével együtt. (43.§)

⁵⁴⁸ Ezzel elkerülendő a közsegély azonnali igénybevételét, t.i. a végrehajtással kapcsolatban már korábban megfogalmazódott, hogy tekintettel kellene lennie az adós vagyoni viszonyaira. – ld. DR. KISS MIHÁLY: *A betegápolási költségek behajtása*. MK 1891. dec. 6.

kórházi ügyintézés egyéb örökölt hibái eltűntek volna. Az 1902-es kórházi szabályrendelet⁵⁴⁹ úgy intézkedett, hogy a kórházi költségek behajtásának ingatlanból történő végrehajtását csak a közigazgatási bizottság rendelheti el és a tiszti ügyész, bírósági úton hajthatja végre.

Egyszerűsíteni kellett az ápolási költségek elszámolását is, a kórházak ugyanis 1905-ig havonta terjesztettek be költségkimutatásokat. Az új szabályozás szerint csak egy egyesített költségkimutatásra, és a minisztériumba negyedévenként beterjesztett eredeti értesítőre, fejlapra és szegénységi bizonyítványra volt szükség.⁵⁵⁰ A kórházi költségekkel kapcsolatos viták rendezésére az 1898-as szabályozás a közigazgatási bíróságot jelölte meg illetékes fórumként, ugyanakkor az ügyek eldöntése sok esetben azért húzódtott el, mert a középfokú hatóságok továbbra is hiányos adatokkal terjesztették föl az ügyeket. Az 1910-ben kiadott rendelet fölhívta a törvényhatóságok figyelmét arra, hogy az ügyeket megfelelően (már a betegfelvételi jegyzőkönyvben) tisztázva terjesszék föl, különös figyelemmel a cselédekre és a biztosításra kötelezettekre.⁵⁵¹ A díjak könnyebb behajtásának érdekében kiadott rendelet szabályozta, hogy az ápolási díjakat a kórház hosszan tartó ápolás esetében ne egyszerre, az ápolás végén, hanem több részletben számolja föl.⁵⁵² Ezzel elkerülhetővé vált a túlságosan nagy, behajthatatlan tartozások felhalmozódása.

A korszak végére tehát – elvileg – készen állt egy működőképes ellátórendszer, melynek fejlődése korántsem volt azonban lezártnak tekinthető. Az igazgatási rendszer meghatározó sajátosságai, az illetőségi szabályok megértek a gyökeres reformra, a biztosítási rendszer pedig további finomításra szorult, a szükséges korrekciókra azonban a háború miatt nem kerülhetett sor.

Az alábbiakban az egészségügyi ellátórendszert ért olyan kihívások áttekintésére kerül sor, melyek nyomán komolyabb reformlépésekre került sor, vagy feltárták a rendszerben rejlő hiányosságokat. A sort a magyarországi kolerajárványok egészségügyi-igazgatási aspektusból történő vizsgálata nyitja.

⁵⁴⁹ BM 1902/35.000 59§

⁵⁵⁰ BM 1905/ 8060

⁵⁵¹ BM 1910/61.057

⁵⁵² BM 1911/161.080, mely kiegészíti a BM 1910/42.700 sz. rendeletet.

II. „A kolera egyike az emberiség legnagyobb jótevőinek”⁵⁵³ – kolera elleni védekezés a XIX. századi Magyarországon

1. A kolera megjelenése és az első magyarországi kolera

1.1. A járvány megjelenése

A kolera Ázsiából érkezett 1831 nyarán.⁵⁵⁴ A híre persze megelőzte, és a kormányzat az egyéb járványok – különösen a pestis – alkalmával szokásos reflexek szerint cselekedett. Azaz egyetlen és legjobb védekezésnek a határzár, a vesztégzár és a lehető legteljesebb elzárkózás módszerét választotta.⁵⁵⁵ Növumként jelent meg a tudományos információszerzés, minthogy orvosokat küldtek ki Oroszországba, hogy tanulmányozzák az eseményeket és az addig teljesen ismeretlen betegséget.⁵⁵⁶ A végeredményként napvilágot látott utasítás, mely a szerzett ismeretek birtokában próbálta meg fölláttani a betegség esetleges betörésére a védekezés szervezetét.⁵⁵⁷

⁵⁵³ MARKUSOVSKY LAJOS: Egyesületek és a társadalom közreműködése az egészségügy előmozdítására. In: *Az 1885. évi Országos Orvosi és Közegészségügyi Congressus Tárgyalásai*. Budapest, 1885, 254-255. A XIX. század közegészségügyi gondolkodását mi sem rázta föl jobban, mint a kolera. Markusovszky, és vele azok, akik a XIX. század utolsó harmadában a hazai közegészségügy megújításán dolgoztak, valóban azt gondolhatták, hogy a kolera a közös ügy jótevője: „a kolerának fellépése mindig bizonyos közegészségügyi helyes eredményt idézett elő, mert a kolerától való rettegetés mondhatnám az egész országban az úgynevezett nagy mosást végeztette el.” – Ruffy Pál az országos betegápolási alapról szóló parlamenti vitában, KN (1896-1901) 1898 XVI.köt. 309.ülés. 292.

⁵⁵⁴ Elő-indiai területeken jelent meg a járvány 1817/18-ban, majd Ceylon és a Kelet következett: 1820-ban Kína, majd rá két évre Japán. 1821-ben az Arab-félsziget déli részén jelent meg, 1823-ban pedig Palesztinában. Az év májusában Tiflisben és Bakuban, majd ősszel már Asztrahánban bukkant föl. Ekkor még nem csapott át Európába. Kis szünet után 1827-ben a Gangesz-völgyben tört ki egy újabb járvány, mely a karavánokkal eljutott Perzsiába. 1829-ben Orenburgban bukkant föl, 1830-ban ismét Asztrahánban, majd pedig több déli orosz kormányzóságban. Ezek után Oroszország belseje felé húzódtott, majd a Keleti-tenger partján ütötte fel a fejét. Hozzánk lengyel területekről – Galíciából – érkezett. Ekkor ugyanis a lengyel felkelés leverésére, orosz-lengyel területekre az ország belső részeiről érkezett orosz haderő és hozta magával a kolerát. Tőlünk a járvány nyugat felé távozott: Ausztria, majd Németország és Anglia következett, 1832-ben Németalföld és Franciaország. 1833-ban egy angol hajó Portugáliába vitte el a betegséget, 1834-ben pedig Skandináviában jelent meg. 1835-ben Fiuméből megint Magyarországra érkezett, majd 1836-ban Itáliában pusztított. A kolera 1831 és 1836 között tehát minden európai területen pusztított, mindenhol hatalmas pánikot keltve úgy, hogy mindenhol szinte teljes tehetetlenséggel szemlélték a betegség lefolyását, kísérletezve a legkülönbélebb gyógymódokkal. – SCHUSTER JÁNOS: *A' keletindiai cholera*. Orvosi Tár (OT), 1831. I. k. 34-60. AUJESZKY ALADÁR: *A kolera magyarországi centenáriuma*. Különlenyomat a Természettudományi Közlöny 1931. évi június 15. számából. H.n., 1931, Kir. Magyar Egyetemi Nyomda.

⁵⁵⁵ Például az ekkor Galíciában állomásozó 4. huszárezredet is mozgósították, és a legszorosabb határláncot kellett kialakítania Brody-tól Hussiatyn-ig. 1831 áprilisától, a kolera galíciai megjelenésétől szeptemberig a védvonalból 72 katona esett a járvány áldozatául. Ld.: TREUFEST, GUSTAV RITTER AMON, VON: *Geschichte des k. u. k. Husaren Regiments Nr. 4. Arthur Herzog von Connaught und Strathearn*. Wien, 1903, Verlag des Regiments. 463-464.

⁵⁵⁶ *Oroszországi kolera tanulmányozása. - Dr. Spausta Ferencz' hivatalos tudósítása. Dr. Olexik Pálé. Dr. Zhuber Antalé.* OT, 1831. II. k. 100-117. 118-143. 216-251.

⁵⁵⁷ *Utasítás az Egészségre ügyelő Hivataloknak nem különben a' Pestimentő (Contumacia)- Intézeteknél felügyelő személyeknek számára hogy a' Cs. Kir. Austriai Tartományoknak határai a' Cs. Orosz Birodalomban dühösködő Járvány-Epekörságnak (Cholera morbus) berontása elől bátorságba tétessenek és beronthatása esetében elterjedése meggátoltasson.* Budán, nyomtatott a' Magyar Királyi Universitás betűivel, 1830, CSMH III/III, 448-498. – A négy fejezetre osztott utasítás első három fejezete a védekezésben résztvevő intézményeket és személyeket rendezi, azaz a védekezés legfőbb szerve a Helytartótanács, mely alá minden megyében megszervezett „Cholera deputatio” tartozna, mely működési területén teljes hatáskörrel bír. A járásokban a kolera-biztos a főszolgabíró, a városok és községek pedig kapnának egy megye által küldött személyt, aki a megye nevében utasítja az előjáróságot. A másik két fejezet az előjáróságról és az orvosokról szól, míg az utolsó a tisztításról.

A megelőző és a védekező intézkedések azonban teljesen hatástalanok voltak. A kór gyorsan terjedt.⁵⁵⁸ Br. Mednyánszky Alajos királyi biztos már július 21-én jelentette a nádornak, hogy a kolera Pesten is jelen van. Kitört a pánik. A betegségre még pontos nevet sem találtak. A nép hívta „*mirigynek*”, „*bélgörccsnek*”, „*epemirigynek*”, „*epekórnak*”. Az orvosok pedig „*hánytató vérhasnak*”, esetleg „*módosult reumás vérhasnak*”, „*nyálkórnak*”, „*hugykórnak*”^{559 560} – a betegség legfontosabb jellemzőit kiemelve.

A kolera megjelenése után a Helytartótanács lépéssorozatát a kapkodás és a tanácstalanság fémjelte: bezártatta az iskolákat, megtiltotta a vásárokat, orvosságokat osztott ki és kolera-orvosokat rendelt ki a fertőzött vidékekre, az onnan érkezőket vesztegzár alá rendelte és addig, míg ki nem derült, hogy teljesen hatástalan, fönntartotta a zárionalakat is.⁵⁶¹ Az országot húsz kolera-körzetre osztották, s mindegyikbe királyi biztost küldtek. Lenhossék Mihály országos főorvos pedig a Helytartóság nevében „Rövid Utasítást” adott ki, 1831. június 10-i dátummal, melyben a védekezés legfontosabb alapelveit is rögzítették.⁵⁶² Ebből tehát a legfontosabb – nevezetesen hogy tudtak a betegség fertőző voltáról –, kiderül. Azt azonban már nem tudták, hogy vajon mi is okozza a fertőzést, a fertőződés hogyan történik, és hogyan lehetne ellene védekezni. Az utasítás az érintkezést kívánja megakadályozni a betegek és az egészségesek között, és a kor tudományos ismereteinek megfelelő, biztos fertőtlenítési módot javasol.

Az első kolera idején jelentős társadalmi feszültségek miatt Európa-szerte lázadások törtek ki, s Magyarország sem volt kivétel. Nálunk, csakúgy, mint másutt, a szigorú zárlat, az elkülönítés inkább a városokban, míg a fertőtlenítés végrehajtása inkább a falvakban adott okot a lázadásra, s még a század második felében fellépő járványok idején is tapasztalható a feszültség egy-egy olyan szigorú intézkedés végrehajtásakor, mely akár a szabad mozgást, akár a vásárokat, az áruforgalmat akadályozta.⁵⁶³ Mivel a koleráról teljesen különböző vélemények kaptak szárnyra, a tömegjelentek hangadói nem késlekedtek kifejezésre juttatni a koleráról vallott nézeteiket, melyek alapján általában a hatóság esedékes intézkedéseit ítélték teljesen feleslegesnek.

⁵⁵⁸ AUJESZKY, 1931, 2.

⁵⁵⁹ U.o.

⁵⁶⁰ *A' cholera elnevezései nálunk*. OT, 1831. II. k. 106-107.

⁵⁶¹ A Helytartótanács intézkedéssorozatának adott esetben laikusok számára is nyilvánvaló tétovasága csak fokozta a járvánnyal sújtott vidékek lakosságának kétségbeesését. Fest Imre (1817-1883, hírlapíró, majd az osztrák-magyar bank egyik kormányzója, elnöke a Budapesti igazgatóságnak, tagja a központi főtanácsnak) így emlékszik vissza a szepességi eseményekre: „Az 1831. évi nyári szünet – ami októberig tartott – szomorúan emlékezetes időszak volt. A kolera, ez az új, borzasztó járvány könyörtelenül dühöngött, s szülővárosomban is megtizedelte a lakosságot. Egyik haláleset követte a másikat, és még a nyílt utcán is görccsök között estek össze a megbetegedettek. Még jó atyámnak is át kellett esnie egy erős rohamon, amely az erőteljes, mindig egészséges férfit ijesztő gyorsasággal letörte. [...] A hatóságok, különösen a királyi helytartótanács ennek az ismeretlen betegségnek láttán teljesen fejüket vesztették, és amikor egy helytartótanácsi rendelet egyszer azt parancsolta, hogy „lőjék le a háztetőkről a varjakat, mert ezek is terjesztik a járványt”, akkor mindenki tompa rezignációval ölébe tette a kezét, hiszen a világ vége látszott eljönni.” FEST IMRE: *Emlékirataim.*, Budapest, 1999, Universitas. 17.

⁵⁶² „Ha valaki epekórságban meg hal, azon holt Testhez senki ne nyúljon, annál kevesebbet azt ne tsókollya Ura, felesége, gyermeke, vagy más Rokonja. – A' kik véle bántak betegségében, vagy a' kik koporsóba teszik, azonnal Etzettel, vagy Chlór meszes vízzel mossák meg magokat, és ruhájokat is a' szerént tisztítsák ki.” idézi: SZÁLLÁSI ÁRPÁD: *Egy kolera-kiadvány 1831-ből*. OK 1979, 7-88.

⁵⁶³ Az 1886-os járvány idején pl. fegyveresen kellett megvédeni a kolerakórházat Győrben. – PETZ LAJOS: *A győri kolera-járvány 1886-ban*. Budapest, 1887, Magyar Orvosi Könyvkiadó Társ.

Az 1831-es kolera két lázadásról is nevezetes. A korábbi a pesti volt,⁵⁶⁴ a második, s nagyobb felkelés az ország északkeleti részén tört ki.⁵⁶⁵ Ennek több oka is volt. Mint már említettük, a kolera ismeretlen betegség volt Magyarországon, és itt is, mint máshol, jelentős riadalmat okozott. Az ismeretlen betegséget az ismert zárlat és kordon után ismeretlen intézkedések is követték, mint például a különféle fertőtlenítések és a hagyományos, halállal kapcsolatos szokások tiltása.

2. A védekezés eszközei

A kolera elleni védekezést lehetetlenné tette, hogy 1883-ig ismeretlen volt a kolera kórokozója, a vibrio cholerae. A vélemények tehát teljesen megoszlottak a teendőket illetően. Ami eredményt pedig föl tudtak mutatni, az inkább a szerencsének és a jó orvosi ösztönnek, mint a megalapozott ismereteknek volt köszönhető.⁵⁶⁶

A kolera terjedéséről a miazma-elmélet tartotta magát legtovább, s gyakran elfogadottabb volt, mint az a gondolat, amely szerint a kolera fertőző betegség. Az a tény, hogy nem csak a beteggel való közvetlen érintkezéssel, hanem a vízzel, vagy fertőzött tejtermék útján is terjed, tette olyan látványosan sikertelenné a kolera elleni védekezést az „emberről-emberre fertőzési elv” alapján. A miazma-elmélet az erre adott válasz volt, abból kiindulva, hogy bizonyos bomló anyagok fertőzik meg a levegőt, s ez okozza a járványt.⁵⁶⁷ Ezért viszont az a hasznos gondolat jelent meg, hogy a lakások tisztaságáról való gondoskodás csökkentheti a kolera kockázatát. Ami végső soron igaz is. A döngölt földpadló, a kút melletti trágyadomb nem hogy csak a szegényebb lakások, házak esetében volt általános, de a még a század második felének kórházai is hasonló adottságokkal rendelkeztek. „A’ szoba, sőt az egész ház

⁵⁶⁴ A hatóság, azaz az egészségügyi biztossá kinevezett Mednyánszky intézkedésére fölszedték a hajóhid Pest felőli részeit, megakadályozandó az átkelést. Az intézkedések ellen föllépő diákok (t.i. a hatóság éppen a vidéki diákok hazautazásának idején függesztette föl az elutazásra jogosító egészségügyi igazolások kiadását) 1831. július 17-én elkergetve az örséget, helyreállították a hidat, és a dunántúli diákok távoztak Buda felé. A híd körüli zavargásba kapcsolódtak bele a pesti alsóbb rétegek is, akik a kolerában – illetve a kolera elleni intézkedésekben – megélhetésüket veszélyeztető intézkedéseket láttak, melyek nyomán drágább lesz az élelmiszer és egyre kevesebb alkalmi munka adódik. A lázadást végül a katonaság bevetésével „rendezték”. A nádor engedélye után Werndardt tábornok gyalogos, lovas és tüzéralakulatokkal verte szét a romboló tömeget. Az összecsapások során több sortűz is eldőrdült, a halálos áldozatok száma hét volt. Ld.: HORVÁTH GYULA: *A pesti kolera-lázadás 1831-ben*. TBM X., Budapest, 1943, 219-234. 220. BARTA ISTVÁN: *Az 1831. évi pesti koleramozgalom*. TBM XIV. 1961, 445-470. PODMANICZKY FRIGYES: *Egy régi gavallér emlékei*. Válogatás a naplótöredékekből, 1824-1887. Budapest, 1984, Helikon. 21-22., továbbá SIPOS ANDRÁS: *Járvány, városi környezet és a közegészségügyi megszervezése*. TBM XXVIII. 1998, 51-60.

⁵⁶⁵ A koleralázadás 1831. július 25-én kezdődött Szécskeresztúron, ahol a megyei szolgabíró, aki szigorú intézkedéseket akarta végrehajtani, a parasztok elkergették. Ezzel megkezdődött az utolsó középkori típusú parasztlázadás Magyarországon. A lázadást végül a katonai erővel verték le.

⁵⁶⁶ DR. ECKSTEIN FRIDERIK: *A’ járványos cholera’ okai, különös tekintettel annak eredetére Pesten*. OT 1831, III. k. 148-170.

⁵⁶⁷ A miazma elmélet számos tudományos vitát váltott ki, mely elméletet így vetett el Korbélyi Endre 1867-ben: „Szabadjon még e helyen szülőföldemet Tatát a szomszéd Komárommegyéből fölemlíteni, hol is a kolera először a neustift-utcában üté föl a fejét egy munkáson, kiről állítatott, hogy Komáromban sánczásás közt betegedett meg, ki is csakhamar elhalt, utána egy pár a virrasztók közül s így tovább terjedt ugyanazon felén az utcának, míg a posgerjnek nagyobb foka és kiterjedése miatt a cholera is nagyobb mérvűvé vált, a sarokházból terjedt a szomszéd utcába s így tovább a nélkül, hogy a mocsáros lázgejres Tóvároson 3 hét lefolyta alatt csak egy cholera-eset mutatkozott volna, holott az öreg városon előbb fölkeresé ama magas fekvésű utcákat is, hol a talajvíz állása épen nem igazolja Pettenkofer gyanítványát. Ha ezeket elfogulatlanul átpillantjuk, kétségünk nem lehet, hogy a cholera-ürülék életművezetben nemzett, életművezetről életművezetre közvetve a posgerj által átszármazó hatány, nem pedig mint némelyek állítják, járványos ismeretlen légköri befolyás következménye.” KORBÉLYI ENDRE: *Az 1866-iki járványos cholera elméleti és gyakorlati ismertetése*. In: *A magyar orvosok és természetvizsgálók Rimaszombatban tartott 12. nagy gyűlésének munkálatai 1867*. Pest, 1868. 282-285, 283., a kérdéshez ld. *Pettenkofer elmélete a cholera és a hasi hagymáz terjedése felől*. Államorvos, 1871. aug. 26. 10. sz. 81-83., szept. 28., 11., 97-99.

füstölessen ki, vagy meszeltessen újonnan, és abban legalább 5 nap senki se lakjon.” – adta ki az utasítást Aradon, 1831. szeptemberben br. Orczy Lőrinc, a 19. kolera-körzet élére küldött királyi biztos.⁵⁶⁸ Gyógyszerként a legkülönbözőbb szereket alkalmazták. Ópiumot, kámfort ($C_{10}H_{16}O$), kalomelt (Cl_2Hg_2) és bizmutot, ezen kívül használtak klórmésszel ($CaCl(OCl) + H_2O$) kevert anyagokat, izzasztókat, forró ecetes borogatást, különböző bedörzsöléseket, de piócát és érvágást is.⁵⁶⁹ A megelőzésre is bámulatosan sokféle módszert, a gyomortájék fehér gyantával való bekenését, de még széles bőrv hordását is javasoltak.⁵⁷⁰

A későbbi járványok során is visszatérő gond volt a rendelkezések nehezen végrehajthatósága. A törvényhatóságok egyre másra szabták ki a bírságokat a későbbi járványok során is, a fertőtlenítési szabályok be nem tartásáért.⁵⁷¹ Ami nem csoda egy olyan járvány esetében, amely ellen a védekezésnek annyiféle formája volt tanácsolt és amely esetében a „hivatalos” védekezés intézkedései sem nyújtottak megfelelő védelmet.

3. Az 1873-as járvány

Az 1831-es járvány után a kolera a század középső harmadában is vissza-visszatért, bár ezek intenzitásukban és elterjedtségükben meg sem közelítették sem az 1831-es első, sem a nagy 1872/73-as járványt.⁵⁷² A védekezés technikája sem változott alapvetően, csak néhány ponton jutottak közelebb a megoldáshoz: fölismerték, hogy a lakások és a víz tisztasága fontos. A kiadványokban egyre hangsúlyosabban jelent meg a lakások újrameszelésének ajánlása, valamint az, hogy a kutak mellé nem célszerű pl. trágyadombot telepíteni és hasznos, ha időnként fertőtlenítik az árnyékszékeket is.⁵⁷³

3.1. Ajánlott fertőtlenítési eszközök

A Magyar Orvosok és Természetvizsgálók 1874. évi gyűlésén elhangzott, hogy a kolera ellen a legfontosabb védekezés a fertőtlenítés, és erre több módszer is ajánlottak, melyek már a járvány európai megjelenésétől kezdve ismertek voltak. A sokféle fertőtlenítő szer közül más használatát javasolta a gyűlés a ruha, mást a lakás, mást az ágynemű fertőtlenítésére. Így a vasgálic (Fe_2SO_4), a klórmész, a

⁵⁶⁸ Idézi: SZÁLLÁSI, 1979

⁵⁶⁹ A korabeli kémiai szaknyelvhez ld.: SZŐKEFALVI-NAGY ZOLTÁN: A magyar kémiai szaknyelv kialakulása. In: SZABADVÁRY FERENC, SZŐKEFALVI-NAGY ZOLTÁN: *A kémia története Magyarországon*. Budapest, 1972, Akadémiai Kiadó.

⁵⁷⁰ AUJESZKY, 1931, 4.

⁵⁷¹ Ez esett meg Steiner Klára, és Ruff Ferenc budai lakosokkal is, kik az 1866-os járvány idején éltek fellebbezéssel a kiszabott bírság ellen. – MOL K150-18-IV-1867-23-1581, MOL K150-18-IV-1867-23-1583

⁵⁷² Ld.: Járványok, fertőzések a szabadságharc idején. In: *A szabadságharc egészségügye és honvédorvosai. I.*, Gazda István (szerk.), Piliscsaba-Budapest, 2000, Mati-Semmelweis Orvostörténeti, Múzeum, Könyvtár és Levéltár. 199-263., koleráról: 199-254., továbbá „A kholera, melly egész hazánkat bejárta s mindenütt olly kiméltlen pusztitást tett, a hol csak megjelent, fővárosunk iránt aránylag még igen udvariasan viselte magát[...]” VÚ, 1854/35. (okt. 29.)

⁵⁷³ „Az árnyékszék károsan ható bűzének megsemmisítésére mészhalvagot vagy vasgáliczot vízben felolvasztva hintünk abba porlakban, vagy külön edénybe helyezve állítjuk fel ott.” – Dr. B.S. : *Mikép lehet a kolerajárvány lappangó mérgét kikerülni?* VÚ, 1855. aug. 26.

kénessav ($\text{H}_5\text{NO}_3\text{S}/\text{NH}_4\text{HSO}_3$), a karbolsav ($\text{C}_6\text{H}_6\text{O}/\text{C}_6\text{H}_5\text{OH}$) mind-mind használható volt.⁵⁷⁴ A fertőtlenítésnek más, nem vegyszeres módjait, nevezetesen a kolerás ürülék fűrészporral való elkeverését, és égetését is ajánlották. Ismertek voltak továbbá – már a kezdetek óta – a különböző, részben titkos összetételű szerek is. Ilyen volt például a „Süvern-féle” szer, mely kátrányt, meszet, szenet és ú.n. kersenyhalvagot (MgCl) tartalmazott.⁵⁷⁵

3.2. A kolera megjelenése – fölkészülés a járványra

Az 1872/73-as kolera is kelet felől érkezett.^{576 577 578} A kormányzat és a törvényhatóságok nem voltak megfelelően fölkészülve a járványra: a már létező tájékoztató anyagok kiküldése és megismertetése is nagy nehézségekbe ütközött. Annál is inkább, mert volt olyan vármegye, ahol nyelvi nehézségek is hátráltatták a koleraellenes tevékenységet. Liptó vármegye például panaszkolta, hogy ugyan megkapták az anyagot és tárgyalták a 28491/aug. 31-es rendeletet, mely a „nép oktatásáról” szól, de „*miután megyénk tót ajkú lakossága és a községi előljárók a magyar nyelvet nem bírják, de továbbá megyei jegyzőségünk fordító osztállyal nem bír*”, ezért kérték, hogy a minisztérium fordíttassa le a kérdéses anyagot, mert különben nem sok hasznát veszik a tájékoztatónak.⁵⁷⁹ A levél pedig 1872. szeptember 16-án kelt, akkor, amikor a kolera már az országban volt. A törvényhatóságok – a toloncolásokkal – olykor egymást is akadályozták a járvány elleni védekezésben.⁵⁸⁰

⁵⁷⁴ KÁTAI GÁROR: A fertőtlenítő szerek és fertőtlenítés értékéről. In: *A Magyar Orvosok és Természetvizsgálók 1874. augusztus 24-től augusztus 29-ig Győrött tartott XVII-ik nagygyűlésének történeti vázlatja és munkálatai.* (szerk.) Fehér Ipoly, Budapest, 1875, Franklin. 163-169. 165.

⁵⁷⁵ U.o.

⁵⁷⁶ Grósz szerint az első megbetegedés Máramarosban, Rahón történt - GRÓSZ LIPÓT: *Az 1872/3 évben uralgott cholera-járvány keletkezése, terjedése s lefolyása, valamint az ez alkalommal tett tapasztalatok.* Budapest, 1874, K.n.

⁵⁷⁷ Körösi szerint a járvány nem a keleti határvidéken jelent meg, hanem az ország közepén, a Győr vármegyében található Bezi községben, aztán a nagykikindai kerületben. Ld.: KÖRÖSI JÓZSEF: *A pestvárosi kolerajárvány 1872 és 1873-ban.* – különlenyomat a „*Pestváros halandósága 1872 és 1873-ban*” című munkából, Budapest, 1876. Ráth.

⁵⁷⁸ A sajtó korábbi kolera-szerű megbetegedésről is hírt ad: „Aug. 26-óta újabb betegülési eset nem mutatkozván, e kór, mely a hazánkban évenként előfordulni szokott cholera-nostras betegséggel azonos volt, a nevezett helyen megszűntnek tekinthető.” – *Cholera Magyarországon.* Pesti Napló, 1872. szept. 17.

⁵⁷⁹ MOL K150-182 -1872-IV-11-27722

⁵⁸⁰ Pest városának kolera-megelőzési bizottságából novemberben kelt jelentés, mely arról tudósít, hogy sok vagyontalan ember érkezik a városba és „eltoloncolásuk épen azért válik szükségessé, mert ennek hatóságát eltartásukra kötelezni saját polgáira való tekintettel nem lehet: úgy hisszük, nem szükséges fejtegetése annak, mennyire és mily méltánytalanul terhelhetnék Pest város házipénztára Esztergom megye alispánjának azon intézkedése által, hogy a felvidék és Bécs irányában eltoloncozandó egyének elszállítását Pestről megakadályozza.” – MOL K150-182 -1872-IV-11-36510 A város tehát nem képes ilyen feltételek mellett a járványellenes védekezés feladatait maradéktalanul teljesíteni. A toloncok tartásának terhet sem kívánja állni, és ezért azt kéri a minisztériumtól, hogy „ha ez közegészségi tekintetknél fogva a jelen járványos időkben teljesíthetőnek nem látszanék [t.i. az eltoloncolás- P.B.], intézkedni méltóztatnék, hogy a különben eltoloncozandó csapatok az állam költségén fenntartandó helyiségben nyerjenek szállást és ellátást.” - U.o. Nem csak a városi igazgatás nem volt kellően fölkészült a kolera-betegek elhelyezésére, illetve a tolonc-szabályok végrehajtására, a kolera nagy gondot jelentett a büntetés-végrehajtás számára is. A kolerás rabok elhelyezésére gyakran nem voltak meg a feltételek, s hiába próbálták a városi kórházakat fölhasználni erre a célra, ezek is túltelítettek lévén, kritikussá vált a helyzet. A pesti királyi főügyész tájékoztatta az igazságügy-minisztert arról, hogy a besztecebányai királyi ügyész megkereste a város hatóságát a kolera miatt, azzal, hogy a törvényszék börtönépületében nincs elég hely a kolerás rabok elhelyezésére, és ezért tegyék lehetővé, hogy a város által fölállított kolera-kórházba szállítsák át a rabokat. Ezt azonban a város kapitányi hivatala megtagadta, mondván, hogy még a rabok nélkül sem elegendő a kórház férőhelyeinek száma. Ezt az érvelést az Igazságügyminisztérium nem tartotta elfogadhatónak, és azzal fordult a Belügyminisztériumhoz, hogy járjon közben annak érdekében, hogy a rabokat „méltányos napi díj mellett” a városi kolera-kórházba szállítsák át. – MOL K150-260-1873-IV-11-485 Besztecebányához hasonlóan Balassagyarmat sem kívánt rabokat fogadni, és az Igazságügyminisztérium a város kérésére beszüntette a rabok átszállítását Budapestről, mivel a város szerint a vidék még egyelőre koleramentes volt. – MOL K150-260-1873-IV-11-1133, 1873. jan. 5-én.

3.3. Az orvosi személyzet hiánya

Ami pedig a kellő számú orvosi személyzetet illeti, általánosan elmondható, hogy az országban ekkor a szükségesnél jóval kevesebb orvos dolgozott. Ezek száma törvényhatóságokként természetesen változott, de járvány idején még a viszonylag jobban ellátott városok és megyék is nehéz helyzetbe kerültek. *„Járvány-kerületi orvosokról Patzek tr. megyei tisztí főorvos sürgölésére jókor gondoskodott a megye, de a mellett, hogy ilyenek kevesen voltak, sokszor csak is a megye úgynevezett járási orvosai valának kénytelenek ki-ki járni mások kerületébe is, kik vonakodva teljesítették a rájuk erőszakolt tisztet.”* – foglalja össze tapasztalatait az orvos Török János, hozzátéve: *„[...] bajos lesz egészen mellőzni járványok esetén, sőt egyébkor sem, például tömeges védhímlő-oltáskor, a közegészségügyi központi észlelde adatokkali ellátásánál, a magán orvosok közcéllrai fölhasználását [...]”*⁵⁸¹

3.4. A kolera-rendelet által előírt fertőtlenítés

A védekezés összehangolására több, a fertőtlenítés módját szabályozó rendelet került kiadásra.^{582 583} Az indoklásban ugyan fölfedezhető a különböző elméletek hatása – azaz, hogy a kolera megfertőzheti azt is, ami olyan helyen fekszik, ahová a beteget környező levegő eljuthat –, de maga az elképzelés és az ajánlás alkalmas volt arra, hogy védelmet nyújtson a kolera ellen. A ruha és az ágynemű fertőtlenítésére a következők használatát ajánlotta: kemencében hevítés, (115 C°-on), kénsavas cink (horgany)oldat, ezután forró vízzel való mosás, timanyhalvag (aluminium chloratum) és karbolsav (C₆H₆(OH))-oldat. Elrendelte ugyanakkor, hogy a fertőzött tárgyakat nem lehet elárverezni és árusítani.

3.5. A törvényhatóságok és a minisztérium, a miniszteri biztosi intézmény – Grósz Lipót Sátoraljajújhelyen

Látható, hogy a törvényhatóságoknak elég gondot okozott az, hogy saját lakosságuk betartsa a járványellenes intézkedéseket. Nem voltak igazán fölkészülve arra, hogy az idegen illetőségűek által jelentett feladatokkal megbirkózzanak.⁵⁸⁴ A védekezésben tapasztalható egyenetlenségek és hiányosságok miatt a minisztérium biztosok kiküldését határozta el⁵⁸⁵, így mintegy negyven miniszteri biztos

⁵⁸¹ TÖRÖK JÁNOS: Észleletek az 1872-73-ik évi cholera-járványról orvosgyakorlati és államorvosi megjegyzésekkel. In: *A magyar orvosok és természetvizsgálók 1874. aug. 24-aug. 29-ig Győrött tartott XVII. nagygyűlésének vázlatja és munkálatai*. Szerkesztette Fehér Ipoly. Budapest, 1874. Franklin ny. 213-228. 226.

⁵⁸² Az első utasításban a fertőtlenítés módszereiről még nincs szó. Újra felhívja a hatóságokat a BM 1871/20.583 sz. rendelet végrehajtására. A szöveg: *Óvintézkedés a keleti cholera ellen*. Gyógyászat, 1872/34. (aug. 17.) 551-552., BM 1872/26.289)

⁵⁸³ BM 1872/27.277, BM 1872/28.491, BM 1873/33.251

⁵⁸⁴ A törvényhatóságok egy része a minisztériummal szorosabban együttműködve próbált a járvány ellen küzdeni. Szepes vármegye például veszteg-intézetek fölállítását kérte, mivel Nyitra megye rendelkezése szerint azon preventív intézkedés, hogy „a Gácsországból érkező, járvány gyanús kóbor egyének a legközelebbi kórházba szállítván ott 8 napig orvosi figyelem alatt tartassanak” megfelelőnek tűnt. Azonban mivel Szepes megyében nincs a határ mellett kórház, csak Szepesváralján, de az túlságosan messze van, ezért „a Gácsországgal határos járáások szolgabíráit egyelőre oda utasítottam, hogy a nevezett országból érkező járvány gyanús kóbor egyének bejövetelét lehetőleg akadályozzák, és szigorúan őrködjenek a felett, hogy [...] cholera óvintézkedései [a BM-é – P.B.] mindenütt pontosan végrehajthassanak.”– MOLK150-182 -1872-IV-11-33690

⁵⁸⁵ MOL K150-1873-IV-11-28202

kiküldésére került sor.⁵⁸⁶ A miniszteri biztos kirendelése azonban korántsem váltotta ki az érintett törvényhatóságok rokonszenvét. Leginkább a belügyekbe való beavatkozásként értékelték s gyakran némi ellenszenvvel fogadták a helyszínre érkező szakembereket.⁵⁸⁷

3.5.1. Grósz Lipót működése Zemplénben

A Zemplénbe kiküldött miniszteri biztos, Grósz Lipót, Sátoraljaújhelyről kelt jelentése kiválóan mutatja be az ország egyes részeiben található siralmas állapotokat és a biztosi munka lényegét.⁵⁸⁸ Grósz 1872. december 11-én délben érkezett a városba. Megbeszéléseket folytatott Chyzer Kornél megyei orvossal, meggyőződött róla, hogy a megye minden minisztérium által előírt intézkedést megtett. Azaz megalkotta-e a szükséges szabályrendeleteket, *„melyek azonban nem mindenhol, sőt néhol nagyobb részt nem fogantatosítottak”*.

A városban viszonylag gyorsan kialakult a járvány, magasra szökött a halálozások száma. A szabályoknak megfelelően megalakult egy járvány-bizottság, mely 1872. november 27-én ülést tartott és szabályrendeletet adott ki, de *„az intézkedések túlnyomó része azonban a város által semmi irányban végre nem hajtottak”*. Ezt követően a város igazgatása és a járványellenes védekezés mindinkább kaotikus jelleget kezdett öltetni. A biztos megállapította, hogy a város adottságai rendkívül megnehezítik a védekezést, ugyanis a fertőtlenítés alapvető követelményének is csak nagy nehezen tudnak megfelelni. A város 1200 házából csak 400-ban van WC, de az árnyékszékekre előírt szabályok pontos betartását nem tudják felügyelni, mert szinte teljesen hiányzik az ellenőrző személyzet. A jelentésből ezek után a városi igazgatás teljes káoszának és csődjének képe bontakozik ki. A megyei alispán megvádolta a járási szolgabíró és a segédszolgabíró, hogy ők azok, akik miatt a súlyos helyzet kialakult, ők azok, akik nem felügyelik az intézkedések végrehajtását, és úgy bújnak ki a kötelességteljesítés alól, hogy egyszerűen beteget jelentenek. Ezért kénytelen az alispán a *„törvényes gyakorlat ellenére a városi hatósághoz közvetlenül és nem a szolgabíró útján intézni”*. Beteget jelentett továbbá a város bírása, kapitánya, valamint a főorvos, akinek betegségéről Grósz személyesen győződött meg. Nem voltak helyzetük magaslatán az orvosok sem. A betegek bejelentését nem végezték el, így lényegében nem lehetett tudni, hogy hány beteg volt, ráadásul 120 kolerást, akik a vasútnál dolgoztak, úgy temettek el, hogy még a nevüket sem lehet tudni.⁵⁸⁹ Grósz első lépésnek a működő járványbizottság létrehozását jelölte meg. Sikert ért az alispánból, a városi küldöttekből, a helyi orvosokból és lelkészekből egy állandó bizottságot létrehozni. A következő teendő a rendelkezések végrehajtásának ellenőrzése volt. Így a bizottság napidíjjal ellátva, a bizottság két orvosával együtt kiküldött két személyt, akik házról-

⁵⁸⁶ Például: Abaúj, Sáros, Csongrád, Bártfa, Kassa, Ung, Zemplén, Borsod, Jászkun kerület, Pest, Nagyvárad, Debrecen, Szamosújvár, Szék, Kolozsvár, Szatmárnémeti, Békés, Máramaros, Szatmár – MOL K150-260-1873-IV-11-28202-28387

⁵⁸⁷ Pest esetében például a kirendelt miniszteri biztos, Hoffmann Károly, (aki ugyanakkor a Rókus kórház igazgatója volt), megbízásáról nem is akart a bizottmány tudomást venni.

⁵⁸⁸ MOL K150-260-1873-IV-11-1993, a továbbiakban szereplő idézetek forrása is ezen levéltári hely.

⁵⁸⁹ A kolerás vasúti munkások gyakran szegényeknél vettek ki olcsóbb szobát, de itt a szükséges elkülönítő- és fertőtlenítő szabályokat nem tartották be, így a halandóság ezeken a helyeken még nagyobb volt: *„néhány házban egész család halt ki”*, s *„Az említett káros befolyások folytán a járvány a város egyéb részeire is kiterjedvén, különösen a szegényebb sorsú osztályt súlytotta.”* – állapítja meg a miniszteri biztos.

háza járva intézkedtek, majd 24 óra múlva visszatértek ellenőrizni a végrehajtást, s amennyiben az nem történt meg, kiszabták a mulasztási bírságot. A bizottság rendelkezett arról, hogy az orvosok teljesítsék a bejelentési kötelezettségüket, a lakosságot tájékoztassák a templomokban, valamint falragaszok és tizedesek útján. Rendelkezett arról is, hogy az elsősegélyt nyújtó orvos el legyen látva megfelelő gyógyszerekkel, és hogy ezeket a vagyontalanoknak ingyen adja ki. Grósz ellenőrizte a kórházakat is. A város első kolera-kórháza meglehetősen szűkös (négy főre tervezett) volt a járvány méreteihez képest. Az újabb kórházban viszont már külön szoba volt az „üdülőknek”: ez sokkal nagyobb volt, 17 férőhellyel, s a biztos kérdéseire az ellátásról is elismerően nyilatkoztak a betegek. Nagy volt tehát a különbség a régebbi kórház és az újabb között, a régiben: „*a betegek ugyanis a földön feküdtek, és a tisztaság sem volt eléggé fenntartva*”, míg az új megfelelt a miniszteri biztos elképzeléseinek.

Grósz további intézkedéseivel érintette a legveszélyeztetettebbnek tekinthető vasúti munkások és özvegyek, illetve árvák csoportját, indítványa alapján a bizottság elrendelte, hogy a vasúti vállalkozók gondoskodjanak a naponkénti orvosi vizsgálatról, illetve, hogy a kolera-árvák és özvegyek kapjanak ellátást, nehogy a legyengültségtől megbetegedjenek.

A miniszteri biztos gondoskodott arról, hogy a hatóság végrehajtsa a rendelkezéseket. Ez, jobban mondva a vonatkozó szabályok végrehajthatatlansága (vagy nehezen végrehajthatósága) volt a magyarországi koleraellenes, sőt általában a járványellenes védekezés Achilles-sarka. A kidolgozott védekezési technikák pontos betartása ebben a korszakban már komoly eredményeket hozhatott volna, még a kolera pontos kórokozójának ismerete nélkül is.

3.6. A járvány megismerésére tett lépések

A járvány alkalmat adott a betegség alapos megfigyelésre. Ugyan a kolerát már az 1831-es járvány alatt tanulmányozták, de kiváltképp okáról negyven évvel később sem tudtak többet, mint korábban. Magyarország két közegészségüggyel foglalkozó szervezete is készített tervezetet a kolera megfigyelésére.

3.6.1. Az Országos Közegészségi Tanács tervezete

Az OKT tervezetében egy központi „észlelde” és az ezzel összeköttetésben álló vidéki állomások szerepeltek. Az intézet fölállításának tervére augusztus 20-án érkezett meg a belügyminiszteri leirat, mely ezt elfogadta, és egyben fölszólította a tanácsot, hogy dolgozza ki részletesen a tervet. A cél egyértelmű: „*hogy a járványnak természete általában, s annak nálunk hatékony segéd okai megismertet-hessenek, hogy a járvány megfigyeléséből hasznot húzzunk a jövőre nézve [...] miszerint ezen intézkedések nem pusztán a cholera ellenében válnak értékessé, hanem valamennyi járvány, sőt mondhatni az összes közegészségügyre nézve.*”⁵⁹⁰ A Közegészségi Tanács tehát már távlatokban gondolkodott, a járványellenes védekezés reményt keltő nyugati eredményei gondolkodásra késztették a hazai szakembe-

⁵⁹⁰ MOL K150-260-1873-IV-11-3278-45385

reket. Ugyan a kolera kórokozóját majd csak a század nyolcvanas éveiben fedezi föl Robert Koch, de a köztisztasági intézkedések szigorú betartásával már ekkor is sikerült eredményeket fölmutatni. *„Bécs bizonyára szigorú és alapos fertőtlenítésének köszönheti, hogy oly csekély áldozattal szabaddult meg ez évben a choleraától.”*⁵⁹¹ – állapítja meg a fölírat, s valóban, e járvány idején már teljesen világos, hogy mennyit számít a fertőtlenítési szabályok pontos betartása. A tervezett vizsgálatok között a talaj és a légkör vizsgálata is szerepel, melyben a külföldi gyakorlat⁵⁹² és a miazma-elmélet hatását is fölfedezhetjük. Ami pedig talán a legfontosabb, hogy Gross Lajos az Országos Közegészségi Tanács 1873. október 16-i ülésén megfogalmazta, hogy szükség van a közegészségtan egyetemi szintű oktatására, azaz szükség van egy közegészségi tanszék föllállítására az egyetemen.⁵⁹³

3.6.2. A Budapesti Királyi Orvosegylet tervezete

A másik javaslatot a Budapesti Királyi Orvosegylet nyújtotta be. A belügyminisztérium BM 1872/39.015, december 9-én kelt leiratával elfogadta a megfigyelés szempontjait. A Bókay János és Stiller Bertalan nevéhez fűződő javaslat szerint vizsgálni kell a járvány mozgását, hogy kimutatható-e a ragályozás, továbbá vizsgálni kell – az OKT javaslatához hasonlóan – a talaj, a talajvíz, a csatornázás állapotát, valamint azt, hogy milyen gyógymódok bizonyultak sikeresnek a kórházakban. Megfigyelésre érdemes még, hogy milyen más járványok fordultak elő a kolerával párhuzamosan, és hogy milyen óvintézkedéseket tartottak be a házakban. Lényegében tehát kibontakozik előttünk a korabeli védekezés sötétben tapogatózó, bizonytalankodó harca, melyben a szakmai szervezetek is leginkább csak megfigyeléssel tudják bővíteni ismereteiket. A tervezetben szerepel szakértők kiküldése, mégpedig a fővárosba 1, vidékre 3-4, két-három hónapra, napi 10 Ft díjazással.⁵⁹⁴

Mindezek után és ellenére a minisztérium végzése szerint a megfigyelést az Országos Közegészségi Tanács bekapcsolásával, csupán 1 fővárosi és 1 vidéki megfigyelővel végeztették el.

3.7. A szegényebb törvényhatóságok támogatása

A kolera elleni védekezés részét képezte az egyes szegényebb vidékek, és törvényhatóságok támogatása. Mivel a korabeli megfigyelések és a tudomány elméleti nyomán különösen fontosnak tartották a megfelelő táplálkozás biztosítását, a minisztérium segélyeket folyósított a hátrányos helyzetű vidékeknek.

Szapáry belügyminiszter megfogalmazása szerint *„[...]Mind e mellett, s habár a helyesen és kellő időben alkalmazott óv- és gyógyintézkedések jó eredménye kétségen kívül van, a járvány terjedését meggátolni eddig sem sikerült. A beérkezett jelentések szerint ennek oka leginkább abban rejlik, hogy egyrészt a nép alsó osztálya, melynél a cholera leginkább dühöng, még mindig nem bír elég fogékonysággal és bizalommal a gyógyrendszabályok iránt, és e miatt, nem fordul orvosi segélyhez ideje*

⁵⁹¹ U.o.

⁵⁹² A tervezet angol és német példára is hivatkozik

⁵⁹³ MOL K150-260-1873-IV-11-3278-45385

⁵⁹⁴ MOL K150-260-1873-IV-11-3278

korán, másrészt, hogy e járványos kór különösen azon egyéneket támadja meg, kik a mult években uralgott lázas betegségek folytán testileg elsanyargatva, nagyrészt sem a kellő táplálkozás, sem pedig az időjárás viszontagságai ellen kellő védelemül szolgáló czélszerű ruházattal ellátva nincsenek, sőt, némely vidéken nyomorral és ínséggel küzdenek, ezen bajok pedig a legrendesebb viszonyok között is járványos betegségek előidézésére a legfőbb tényezőkül tekintethetők, járványok uralgása idején pedig a veszély fokozását eredményezi.”⁵⁹⁵

Tudvalevő, hogy éppen a nagy kolerajárvány idejére esett az a gazdasági válság, mely lezárta a ki-egyezés utáni gazdasági föllendülést, lassítva a gazdasági növekedést, mely érzékenyen érintette a társadalom alsó rétegeit. Ezen kívül az 1873-as termés sem volt különösebben jó és a kolera terjedését gátolni hivatott vásártartási korlátozások csak mélyítették a válságot. Az ország számos területén komoly élelmezési gondok léptek föl. Így érthető, hogy miért is volt olyan nagy szükség a kormányzat beavatkozására.

A kolera elleni védekezés megszervezésében a belügyminisztérium költségelölegezésekkel és segélyezésekkel is részt vett.⁵⁹⁶ Az így folyósított előlegből fedezték egyes községek azokat a kiadásokat, melyeknek viselése egyébként saját kötelességük volt. A kolera-kórházak felszerelése, a fertőtlenítés, és a fertőtlenítő szerek biztosítása, kolera-orvosok alkalmazása mind részét képezte az ily módon finanszírozott területnek. A minisztérium által biztosított keretek azonban nem voltak elegendők a költségek fedezésére.⁵⁹⁷ A miniszter a főispánokhoz fordult, hogy „magán-jótekonyságra” fölhívással próbáljanak újabb forrásokhoz jutni és „személyes befolyásukkal a társadalmi téren oda hassanak, miképp áldozatkész személyek, továbbá testületek és társulatok a szegény sorsú népnek gyámolítására felszólíttassanak.”⁵⁹⁸

4. Kolera a városokban

A járványos betegségek – így a kolera is – sokkal pusztítóbb hatást tudnak kifejteni a sűrűn lakott vidékeken, illetve helységeiben. A kolera elleni védekezés tehát sokkal inkább vált városi ügygé, mint a falu megoldatlan gondjává.⁵⁹⁹ Ezen túl – mint azt a kortársak is megállapították – sokkal inkább fenyegette a szegény, rosszul táplált, zsúfolt lakásban élőket, mivel a kolera kórokozója leginkább a szennyezett talajon keresztül jutott az ivóvízbe, legtöbbször a kútba, vagy a nem megfelelően működő

⁵⁹⁵ MOL K150-344-1874-IV-11-193

⁵⁹⁶ Így jutott támogatáshoz (1000 Ft) Gömör, Bereg, Szabolcs, Zaránd, Zemplén (2000 Ft) Krassó, Heves, Arad, (1700 Ft) Hunyad (2500 Ft) Szatmár (3000 Ft) Közép-Szolnok és több megye kisebb összeghez, MOL K150-344-1874-IV-11-2104-34729

⁵⁹⁷ „[...] azon összeg pedig, melyet a törvényhatóságoknak cholera kórházak felállítása, fertőtlenítési- és gyógyszerekre, továbbá a gyógykezelés költségeire, nem különben a szükölködők táplálására ez ideig előleg, vagy segélyként juttattam, már is tetemesen túlhaladja azon kórlátot, melyet e részben a költségvetési törvény élémbé szab.” – MOL K150-344-1874-IV-11-193

⁵⁹⁸ MOL K150-344 -1874-IV-11-2104-34729

⁵⁹⁹ Ugyan a ragályos betegségek általában veszélyesebbek a városban, a fertőzés különbözősége miatt vannak olyan betegségek, melyek – mint pl. a trachoma – közel hasonló veszélyességgel bírnak faluban, városban egyaránt.

csatornahálózatba.⁶⁰⁰ Az ivóvízellátás és a csatornázás megoldatlansága hozzájárult tehát leküzdhetetlenségéhez.⁶⁰¹ A megfigyelések alapján világossá vált, hogy a kolera összefüggésben áll a korabeli városképhez annyira hozzátartozó szemét- és trágyadombok, emésztők és – sokszor nyílt – csatornák világával.

A miazma-elmélet pedig, mely lényegében a kolera-kórokozó felfedezéséig tartotta magát, a betegség legfőbb okozójának az ártalmas kigőzölgeket tekintette, mely szintén összekapcsolható a városi szegény rétegek életmódjával és az általuk megtettesített higiéniai, és ezen keresztül közegészségügyi problémával.⁶⁰² A járványos betegségek és a szegénység kapcsolata világossá vált, így a közterületek szemétdombjai után a szegények alacsony higiénijú lakásai is kiváltották a hatósági intézkedéseket.⁶⁰³ A városi szegények kolera-halandóságának visszaszorítása is a figyelem középpontjába került. A már említett, – minisztérium által folyósított – segélyek mellett szükség volt a tehetősebb városi lakosság részvállalására is, melyet a kiadott rendeletek és körlevelek is hangsúlyoztak.

A járványellenes intézkedésekből a század utolsó negyedére egy komplex városfejlesztési munka bontakozott ki, melynek nyomán kialakult a modern közegészségügyi követelményeknek megfelelő városi infrastruktúra.

4.1. A városi hatóságok járványüggyel kapcsolatos problémái

Az 1872-73-as járvány idejére a kolera már ismert betegség volt tehát, és a védekezés bizonyos formái is kialakultak. A városi védekezés hatékonysága a helyi hatóságon, még inkább a városi orvoson múlott. Az egészségügyi bizottságnak figyelemmel kellett kísérnie a kolera mozgását és meg kel-

⁶⁰⁰ Plichta megállapítása jó példa arra, hogy a korszak orvostudománya milyen tapasztalatok alapján próbálta a védekezés hatékony módszereit megtalálni „Közvetlen ragályozást vagy choleras egyénektől származott szennyes ruha által való megbetegülést, szigoru kutatásom dacára sem fedezhettem fel, az constatált dolog, hogy egy és ugyanazon lakás több betegülési eseteket mutatott, és csak miután szigoru lefertőzés alá vétetett, szünt meg körzetében a betegülés.” – PLICHTA SOMA: Észleletek az 1873-ik évi cholera járványról Nógrád megyében. In: *A magyar orvosok és természetvizsgálók Győrött tartott 17. nagygyűlésének munkálatai*. 1874, 210-212. 211.

⁶⁰¹ Az ivóvíz kifogásolható minősége a nagy, 1872-73-as kolera idején az érdeklődés középpontjába került. A sajtóban megjelenő hatására jó példa a Bolond Miska című élclapban megjelent „hír”: „A kolera-bizottság kísérletet akart tenni egy patkányal, hogy a pesti vízvezeték nedűjétől megdöglik-e? Az értelmes poczok azonban természetes ösztöntől vezetve visszautasítja a gyilkos kísérletet.” – 1872, nov. 10.

⁶⁰² „Különben általában inkább a szegények közt pusztított a cholera nálunk is, péld. a zsúfoltan együtt lakó cselédség, cigányság közt [...] és pedig annál inkább, minél több mocsok közepette, minél nagyobb nyomorban éltek s ha a fáradalmaknak, átázás, átfázásnak is valának kitéve. A tudatlanság, értetlenség is elősegíteték a baj terjedését. Ezek a mindenütt újra meg újra megrendelt fertőztelenítés és a hasmenés ellen jókor ajált mielőbbi eljárás hasznos volta iránti kételyben, s azért mindkettőnek, valamint a betegápolásnak elhanyagolásában megfoghatatlan közönyösségben nyilvánultak, táplálva a majd minden járvány alkalmával tapasztalható előítéletektől, melyek úgy a hatóság, mint az orvosok ellenében csak növelték a bizalmatlanságot.” – állapítja meg TÖRÖK, 1874, 215.

⁶⁰³ „Ha nem akarsz kholerát kapni, kedves barátom, ügyelj a következő pontokra: Miután egészséges lakás az egészségnek igen egészséges, add fel szerény hajlékodat és bérelj magadnak tíz szobás utzalakást a biztosító társaság palotájának első emeletén 5000 forintért. Ez igen szellős, tágas és egészséges lesz. Miután a jó és egyszerű étkezés kholera-időkben nagyfontosságú, jó lesz minden nap Mihaleknél ebédelned és vacsorárod. És mert a sör nem tanácsolható, igyál jó bakatort, szamorodnit, tokajit és sampányert. Ettől igen jól fogod magadat érezni. Az éretlen gyümölcstől őrizkedjél s az uborkasalátától is, de egyél ezek helyett érett gyümölcsöt (például olasz barackokat és öt frtos sárga dinnyéket) és jó francia salátát. [...] Ha ilyenképpen rendezed be életedet, jót állok érte, hogy ha egyáltalán segítség van számodra, a kholera nem fog bántani. Ha azonban történetesen olyan szegény ördög találnál lenni, hogy ilyen életre nincsen elég pénzed, úgy vigyen el a manó, kapj kholerát! Magad léssz az oka!” – szöveg a Bolond Miska jó tanácsa, mely a korabeli megfigyelések alapján jó érzékkel mutatott rá arra a tényre, hogy a megfelelő lakásvizonyok között élő, jól táplált lakosságot kevésbé fenyegeti a kolera, mint a zsúfolt tömegszállásokon élő, rosszul táplált, így legyengült szegényeket, akik egyrészt lakókörnyezetükből is könnyebben kaphatták el a betegséget, másrészt ha már megkapták, akkor sokkal kevésbé voltak képesek annak ellenállni. – Bolond Miska 1871. szept. 10. 247.

lett tennie a szükséges megelőző intézkedéseket. A járvány kitörése előtt, 1871-ben a miniszter már fölhívta a törvényhatóságok figyelmét arra, hogy az ország határaihoz közel már megjelent a kolera.⁶⁰⁴ Ennek nyomán a bizottságok jelentettek a tanácsnak arról, hogy mennyire fenyegető a veszély⁶⁰⁵, illetve megelőző intézkedéseket léptettek életbe.⁶⁰⁶ A miniszteri felhívás nyomán Pesten bizottmányt jelöltek ki, mely a kolera elleni védekezést irányította. Ennek tagja volt a tiszti főorvos, a kórházigazgató, több kórházi orvos és a törvényhatósági bizottság néhány tagja, valamint a rendőrfőkapitány.⁶⁰⁷ Máshol a bizottmány elnöke lehetett a városi főorvos (tiszti orvos), a rendőrkapitány vagy akár egy tanácsstag.⁶⁰⁸

4.1.1. A kórházak zsúfoltsága, kolerakórház-kérdés

A városi hatóságoknak – annak ellenére, hogy a magyarországi városok igen eltérő feltételekkel rendelkeztek, – hasonló feladatokat kellett megoldaniuk. Különösen fontos, a megfelelő nagyságú kolerakórház berendezése. A kórházak túlzásfolttsága mindenhol gond volt, s ezen a helyzeten enyhíteni csak igen nagy anyagi áldozatokkal lehetett volna. Megfigyelhető, hogy a városi hatóság rendszerint akkor, amikor már lehetetlen volt halogatni, már a járvány folyamán rendezett be újabb kórházat. Mindemelllett a zsúfoltság nem csak annak köszönhető, hogy a járvány alatt megbetegedett helyi illetőségűek vették igénybe a kórházat. Azokról a területekről, ahol nem volt kórház, szintén érkeztek a betegek, mire a győri bizottság elnöke meg is jegyezte, hogy azokat a betegeket, kiket a megyéből küldtek a városi kolerakórházba, csak emberbaráti okokból nem utasítják el, s fölhívta a tanácsot, hogy ez ügyben keressék meg a megyét.⁶⁰⁹ A zsúfoltság enyhítésére szolgáló, szükségből fakadó intézkedések olykor heves ellenállást váltottak ki az érintettek közül. Győrben a kapitány, az egészségügyi bizottmány elnöke is jelezte, hogy nem lesz elegendő a kórházi férőhelyek száma, de a „magánosokkal folytatott tárgyalások” sem kecsegtetnek sok jóval. Végül a cs. királyi állomásparancsnokság engedett át egy épületet kolerakórház céljára.⁶¹⁰ Az adott környék lakói azonban nem vették jó néven, ha a bizottmány, vagy a városi tanács kolerakórházat telepített a közelükbe.^{611 612} Pesten sem ment zök-

⁶⁰⁴ MOL K150-1873-IV-11-42.29134/1871

⁶⁰⁵ GYVL Tan/1873/2589

⁶⁰⁶ Például – Pesten – szigorították az élelmiszerek ellenőrzését. Az árnyékszék rendszeres fertőtlenítésére pedig Győrben a miniszteri körrendelet vétele után lépéseket tettek a megfelelő mennyiségű fertőtlenítőszer – vasgálic – beszerzésére. – GYVL Tan 1873/218 (jan. 17.) – Megtiltották a vásár, és minden más olyan esemény megrendezését, mely várhatóan sok ember együttlétére ad alkalmat. Ezek az intézkedések sok esetben nem váltották ki az érintettek tetszését. Szegeden például a tiltás ellenére megrendezték az alsóvárosi búcsút. – PIROVITS ALADÁR: *Hazai városaink egészségügye a városcsatornázás és vízellátás tárgyában, különös tekintettel sajátos hazai viszonyainkra és a tudomány mai álláspontjára*. Bp, 1903, Szegedi Híradó, 1873. aug. 8.

⁶⁰⁷ HALÁSZ GEJZA: A Buda-Pesten uralgott járványos betegségek története, különös tekintettel a choleraára. In: GERLÓCZY GYULA- DULÁCSKA GÉZA (szerk.): *Budapest és környéke természetrajzi, orvosi és közművelődési leírása*. II. köt. Budapest, 1879, Egyetemi Nyomda. 115.

⁶⁰⁸ Győrben ekkor a rendőrkapitány lett az elnök, Pesten pedig egy tanácsnok.

⁶⁰⁹ GYVL Tan/1873/2633

⁶¹⁰ GYVL Tan./1873/2632

⁶¹¹ Mivel ekkor még nem lehetett tudni, hogy a kolera pontosan hogyan is terjed, nem lehet csodálkozni, hogy a győri nádorvárosi kolerakórház ellen az utcában lakók beadvánnyal fordultak a bizottsághoz, hogy a nevezett kórházat távolítsa el. Erre azonban – mivel az az utca végében állt, és közvetlen közelében sem volt ház, máshová telepíteni pedig nem lehetett, – nem volt lehetőség. – GYVL Tan/1873/3172, az egészségügyi bizottság jelentése augusztus 24-én.

kenő nélkül a kolerakórház elhelyezése. Amint a betegség megjelent a városban, a bizottság elhatározta az ideiglenes kolerakórházak fölállítását,⁶¹³ melyeket végül a Kerepesi úton lévő omnibusztelepen és az Üllői úti vámnál lévő barakképületben rendeztek be, összesen 160 ágygal.⁶¹⁴ Azért, hogy a kolerások ne fertőzzék meg a többi beteget, megtiltották, hogy a Rókus kórházba, – a város kórházába – kolerás beteget fölvegyenek.⁶¹⁵ Budán – noha a járvány először (okt. 18-án) a Duna jobb partján ütötte föl a fejét –, nem rendeztek be időben kolera-kórházat⁶¹⁶ és nem alkalmaztak járványorvosokat sem.⁶¹⁷ Az egyesítést közvetlenül megelőző időkben érdekes módon nem alakult ki a három város (Buda, Óbuda és Pest) között különösebb együttműködés. Annak ellenére, hogy a Pesti Naplóban már 1872. szeptember 17-én megjelent egy hír⁶¹⁸ a koleráról, a Buda és Pest nem keresett hivatalos kapcsolatot és csak októberben tette föl a pesti közgyűlésben Busbach Péter a kérdést, hogy vajon milyen közös lépéseket tett a két város. Az alpolgármester válaszában ekkor elismerte, hogy lényegében nincs együttműködés, csupán annyi, hogy Pest fertőtlenítőszeret ajánlott föl a fogytán lévő budai készletek pótlására.⁶¹⁹

4.1.2. Egészségügyi személyzet kérdése

A kórházak elhelyezésén és felszerelésén kívül meg kellett oldani, hogy megfelelő számú orvos és ápoló személyzet álljon rendelkezésre. A városok többségében nem volt nagyszámú, városi alkalmazásban dolgozó orvos. Pesten az állandó bizottmány a tiszti orvos javaslata nyomán 1872. november 7-én elfogadta, hogy a várost járványkerületekre osszák és napidíjas járványorvosokat alkalmazzanak.⁶²⁰ Győrben hasonló módon – napi három Ft-os fizetéssel – kirendeltek koleraorvosokat a különböző városrészekbe.⁶²¹ Szegeden városrészenként egy-egy orvost jelölt ki a bizottság, és városi költségen bérkocsikat is kaptak a betegek ellátásához.⁶²² A szegény betegeknek rendelt ingyen-gyógyszert Győrben meghatározott patikákban lehetett fölvenni úgy, hogy a patikusok utólag számoltak el a város

⁶¹² A kórházon kívül a halottak elhelyezéséről is gondoskodni kellett. A halottasházak nem voltak elegendőek, mind a régiek bővítése, mind újak építése szóba került, de pl. Győrben az építendő halottaskamra valóban átmeneti épület volt: „egy téglából felrakott, bevakolt s nádtetővel ellátott, 1 ½ öl magasságú és 20-24 koporsó elhelyezésére alkalmas halotti kamarának a temető valamely félreeső részén leendő ideiglenes felépítését” rendelte el a tanács.– GYVL Tan/1873/3175

⁶¹³ A sajtó híradása szerint az első megbetegedés 1872. okt. 28-án történt, amikor a pesti, lipótvárosi Tömő téren egy hajósal végzett a kolera – *Pesti Napló* 1872. okt. 28.

⁶¹⁴ PN, 1872. okt. 30.

⁶¹⁵ HALÁSZ, 1879, 77., PN 1872. nov. 2.

⁶¹⁶ A Pesten elterjedt hír szerint a budai Rudas fürdőben rendeztek be egy kolera-szükségkórházat. A sajtó néhány nappal később cáfolta a közölt hírt. Mindez azonban már a járvány kitörése után történt. Az utóbb közölt tájékoztatás szerint a budai kolera-kórház nem a Rudas, és nem is a Sáros-fürdő, hanem az az alatt található katonai kórház – ld. PN 1872. okt. 30., nov. 3.

⁶¹⁷ PN 1872.nov. 30.

⁶¹⁸ Igaz, hogy az említett hír a cholera nostras eltűnéséről tesz említést – PN 1872. szept. 17. –, de az Országos Közegészségi Tanács épp négy nappal később tárgyalta Pest város azon kérelmét, melyben a járványos országok határain veszteg-állomások felállítását javasolta, illetve azon tájékoztatását mely a rossz városi higiéniai viszonyokról tájékoztatta a miniszteriumot.

⁶¹⁹ PN 1872. okt. 30.

⁶²⁰ PN 1872. nov. 8. – (A kormány felhívása után) önkéntes orvosi munkát végeztek orvostanhallgatók is – KORÁNYI FRIGYES: *Az ázsiai hányáséletről (cholera asiatica)*. Budapest, 1873.

⁶²¹ GYVL Tan/1873/2900

⁶²² PIROVITS, 1903

felé.⁶²³ A betegszállítást pedig az egészségügyi bizottmány a kapitányi hivatal által fölfogadott napszámosokra bízta.⁶²⁴

4.2. A járvány hatása

Az 1872-73-as kolera határkövet képezett a hazai járványos betegségek és az ellenük való védekezés történetében. A magas halandósággal járó kolerajárvány tekinthető az utolsó középkori típusú járványnak, nem csak a halálozási arány, hanem a védekezés szervezettsége / szervezetlensége miatt is.⁶²⁵ Mint látható, nem egy törvényhatóság komoly nehézségekkel küzdött, mind anyagi eszközeit, mind a kolera-rendeletek végrehajtását tekintve. A kolera elleni védekezésben olykor – mint a fent említett példa mutatja – maguk a rendeletek végrehajtására kötelezett törvényhatóságok sem álltak helyzetük magaslatán. Ami pedig az általuk foganatosított intézkedések hatékonyságát illeti, szintén találhatunk súlyos mulasztásokat.

4.2.1. A statisztikai adatok kérdése

Az 1872-73-as kolera két hullámban támadott⁶²⁶, és nem csak ez volt az egyetlen járványos betegség ebben az időszakban. Kőrösi József egyenesen két különböző, párhuzamosan pusztító járványról, beszél.⁶²⁷ A kolera mellett Budapesten himlő-járvány volt, az ország számos részén pedig a váltóláz olykor már a kolerával egy időben⁶²⁸, vagy utána tört ki, ami a legyengült lakosságra végzetes hatással volt.⁶²⁹ A kifejlődő váltóláz-járvány ellen a belügyminiszter a már kirendelt koleraorvosok munkájára számított, és utasította a törvényhatóságokat, hogy erről, valamint a szegényeknek váltóláz ellen kiszolgáltatandó ingyen-gyógyszerről gondoskodjanak.⁶³⁰ A járvány áldozatainak számát, mivel hogy egymás utáni járványokról volt szó nehéz pontosan meghatározni. Nehéz továbbá, mert a tudományos módszerekkel dolgozó közegészségügyi statisztikai adatgyűjtés csak később indult meg, valamint azért is, mert minden ellenőrzés mellett sem ismert pontosan, hogy hányan haltak meg otthon⁶³¹ és hányan valóban kolerában, így a helyi adatok összesítésével sem kapunk pontos eredményt. Szapáry 1873. novemberi jelentésében szereplő számokat ezért csak közelítő adatoknak tekinthetjük: *„A járvány egész tartama alatt 138 törvényhatósághoz tartozó 6380 községben 8491861 összes lakosság között megbetegült 433295 meggyógyult – 247718, meghalt 182599 további ápolás alatt pedig maradt*

⁶²³ Némethy Pál, majd Kautz Ignác gyógyszerárában. – GYVL Tan/1873/2901

⁶²⁴ GYVL Tan/1873/2902.

⁶²⁵ Az 1872-73-as kolerajárvány volt az utolsó országos járvány. A későbbi járványok csak az ország egy-egy területét érintették. – DR. MÁDAI LAJOS: *Hat nagy kolerajárvány és a halandóság Magyarország dél-dunántúli régiójában a XIX. században.* Demográfia, 1990/1-2., 58-95. 60.

⁶²⁶ Szapáry Ferenc Józsefhez a kolera helyzetéről írt jelentésében is megemlítette, hogy a kolera egyes törvényhatóságokban kiújult (1873. végén): „Ellenben újabban ütött ki két törvényhatóság területén, és pedig Libetbányán és Fogaras vidéken.” – MOL K150-344-1874-IV-11-2104-49131

⁶²⁷ KÖRÖSI, 1876

⁶²⁸ „Később a himlő s váltóláz-járvány a cholera-val együtt dühöngött, egymásután még ugyanazon egyéneken is előjövén.” – TÖRÖK, 1874

⁶²⁹ „A járvány megszüntével igen makacs váltóláz lépett fel, mely utókövetkezményei által szintén számos halálozást termelt.” PLICHTA, 1874, 211.

⁶³⁰ BM 1873/33.814

⁶³¹ Kőrösi említi, hogy Pesten a 2500 kolerában meghaltból csak 1200 haltak meg kórházban.

2978 egyén. A fen kitett 6380 község közül ezidőleg cholerabeteg 5895 helységben nincsen, hatóságilag pedig végkép megszűntnek nyilvánított e járvány 90 törvényhatóság területén 3832 községben.”⁶³²

4.2.2. Változások a védekezés eszközeiben

Az 1873-as kolera demográfiai hatását tekintve kétségtelenül még évekig érezte hatását Magyarországon. Ami azonban ehhez a járványhoz köthető kedvező fejlemény, hogy – a Koch-féle fölfedezés előtti elméletek hatására – a hatóságok figyelme a védekezés során akaratlanul is olyan kérdések megoldására irányult, melyek korábban nem, vagy nem eléggé képezték részét a várospolitikának. A „túlnépes” lakások, egyáltalán az egészségtelen lakások, az ivóvíz-szolgáltatás kérdése, a csatornaügy ekkor került a városi közegészségügy látókörébe.

A fertőtlenítési szabályok betartatásának problémái a védekezés gyenge pontját képezték. Miként az a Magyar Orvosok és Természetvizsgálók gyűlésén is elhangzott, a fertőtlenítést elegendőnek tartották a védekezéshez, de – mint mondják – a rendelkezések betarthatatlansága miatt volt oly csekély az eredmény.⁶³³ Ebben nem csak az intézkedésekkel szembeni ellenállás és bizalmatlanság, hanem sok esetben az anyagi eszközök hiánya is szerepet játszott. Amit erről Gerlóczy Zsigmond 1890-ben megfogalmazott, az igaz az 1872-73-as kolerajárvány idején tett intézkedésekre is: *„Ellenben a betegség tartama alatt, ha el is rendelik a beteg ürülékeinek és szennyes fehérműüinek, ágyneműüinek pontos dezinficziálását, sokszor a beteg anyagi helyzeténél fogva képtelen az elrendelt költséges dezinficziálás eszközésére s így csak akkor végzi el a szükséges dezinficziálást, ha betegsége egész tartama alatt a hozzávaló anyagot ingyen kapja. Már pedig nagyon jól tudjuk, hogy a fertőző betegségek otthona azon néposztály körében van, a melynek nem csak hogy fertőtlenítőszerre, de kenyérre valója is alig van.”*⁶³⁴

5. Változások 1873-után

A kolera – annak ellenére, hogy az 1872-73-as járványhoz hasonló intenzitású és pusztítású nem fordult már elő Magyarországon – 1873 őszen nem tűnt el végleg. 1886-ban, 1892-ben tért még vissza, egyre gyengülve, hogy majd a századforduló után még néhány alkalommal, végül inkább csak a híre érkezzen el hozzánk. 1883-tól ismertté vált a betegség kórokozója, mely lassan véget vetett a kolera terjedése körül dúló vitáknak.⁶³⁵ A védekezés technikája pedig egy nagyszabású infrastrukturális fejlesztést generált – főképp a nagyvárosokban. Sorra épültek meg a városi vízművek, rohamléptekkel haladt a csatornázás, és – ami talán ugyanolyan fontos –, körvonalazódott egy tudatos szociálpolitika,

⁶³² MOL K150-344-1874-IV-11-2104-49131

⁶³³ KÁTAI, 1875

⁶³⁴ GERLÓCZY ZSIGMOND: *Védekezésünk a fertőző betegségekkel szemben.* KSz 39/I. 1890, 41.

⁶³⁵ Jóllehet még az 1892/93-as járvány után kiadott fővárosi tisztiorvosi jelentés is foglalkozik az egyes elméletek és a tapasztalatok összevetésével.

melybe a túlszűfolt lakások problémájától kezdve a szegények ingyen-étkeztetéséig sok minden bele tartozott. Ebben nagy szerepe volt az 1876-ra kidolgozott közegészségi törvénynek, mely a járványellenes védekezés alapelvein túl a megelőzés szempontjait is figyelembe véve fogalmazott meg olyan szabályokat, melyek fent említett szempontoknak is megfelelő, modern keretet biztosítottak a megelőzésnek.⁶³⁶ Ezért nem csoda, hogy a kolera nem jelentett már akkora veszélyt, mint korábban. A betegség ismert is volt tehát, de ez nem jelentette azt, hogy teljesen kizárhatóvá vált volna újabb fölbukkanása. A védekezés meggátolta, hogy hasonlóan pusztító járvány alakuljon ki, mint 1872-73-ban, azonban az 1886-os járvány során tapasztaltak újra rávilágítottak a véd-intézkedések végrehajtásának alapvető problémáira. A kolera- és más járványos betegségek elleni védekezés ugyanis nem csak akkor jelentett feladatot, amikor fölütötte fejét a betegség, hanem állandó készenlélet igényelt. Így tehát mindazon intézkedés, melyet a járvány ideje alatt nagy áldozatokkal hajtottak végre, súlytalanná, hajtástalanná válhatott, ha a munka járványmentes időben nem folytatódott. Ezen túl pedig általánosan igaz, hogy az egyes törvényhatóságok között nagy különbségek voltak az ott dolgozó orvosok számát illetően, járványok idején való alkalmazásra sok helyen sem hatósági orvosként, sem pedig napidíjas-ként nem állt kellő számú orvos rendelkezésre.⁶³⁷

A járványellenes védekezés pontos feladatai világossá váltak végrehajtási szinten is, a miniszter ugyanis szinte évente megújítva adta ki körrendeleteit a törvényhatóságoknak. Ezek – a betegség leírásán túl – részletes szabályozást tartalmaztak a védekezést illetően, mely alapvetően alkalmas lett volna megakadályozni a járvány kialakulását.⁶³⁸ A fő gond, hogy a végrehajtásnak alapvetően nem volt igazi gazdája: a járvány-ellenes teendők alapját a közegészségügy rendezéséről szóló 1876/XIV. tc. adta, mely egy általános megelőzési tevékenységnek is tekinthető feladatkört telepített a hatóságokra, nevezetesen, hogy az időszakonként szemléket és vizsgálatokat végezzen (3§). Ezt azonban az erre kötelezettek – a községekben – nem végezték kellő hatékonysággal, mert „*a községi hatóságot képező tanács úgy „in corpore” nem alkalmas executiv működésre, a teendők teljesítésére hivatott közigazgatási közeg pedig nincs a törvényben határozottan megjelölve.*”⁶³⁹ A nagyobb városokban sem volt sokkal jobb a helyzet. A közegészségi ellenőrzés „csak néhány hétre korlátozott” (Gerlóczy, 1890), nem csoda, hogy a hatékonysága az ily ellenőrzéseknek csekély volt. Megoldásként megfogalmazó-

⁶³⁶ Nem csak nálunk történtek meg ezek a változások, hanem a kor európai nagyvárosaiban szinte mindenütt. – Ld.: GERHARD MELINZ- SUSAN ZIMMERMANN: *Über die Grenzen der Armenhilfe – Kommunale und staatliche Sozialpolitik in Wien und Budapest in der Doppelmonarchie*. Wien, 1991, Europaverlag.

⁶³⁷ Számos orvosi kör volt ekkor és később is betöltetlen az országban. Járvány idején a helyzet rendezése természetesen sokkal fontosabb volt, mint máskor. 1884-ben – a Franciaországban kitört kolera hatására – a kormányzat fölhívta a törvényhatóságok figyelmét ezek betöltésére. Megoldásként azt az egyébként vitatható utat ajánlotta, hogy szükség esetén két szomszédos orvosi kört egyesítsenek, ami azért nem oldotta volna meg a problémát, mert ugyan az így nagyobb orvosi körben dolgozó orvos elvileg köteles lett volna ellátni körének betegeit, de az eddigi túlméretezett orvosi körökben sem juthatott el kellő gyakorisággal az orvos a betegekhez. – BM 40.181/1884

⁶³⁸ Oláh szerint ugyan: „Azon tapasztalat folytán, hogy ezen évenként megújított rendeletet az illetékes hatóságok csak nagyon hiányosan hajtják végre [...] most a Spanyolországban fellépett járvány folytán részletesebb és szigorúbb intézkedésekre van szükség.” – OLÁH GYULA: *A cholera*. KSz, Budapest, 1890. 157-166. 160.

⁶³⁹ OLÁH GYULA: *A községek feladatai a közegészségügyi szolgálat terén*. KSz, 1890, 12-32.

dott, hogy a községekben a képviselőtestületnek ki kellene jelölnie 1-2 embert egészségügyi biztossá, és ezek végeznék az ellenőrzéseket.⁶⁴⁰

A végrehajtás problematikája kettős volt. Bármilyen járványellenes intézkedés során az érintett lakosság ellenállásával lehetett számolni, másrészt gyakran maguk a törvényhatóságok sem voltak elég elszántak a megelőző intézkedések pontos végrehajtásában. Ami pedig korábban és később is megfigyelhető, a törvényhatóságok, ameddig lehetett, igyekeztek a járvány kitörésének bejelentését halogatni. 1884-ben a Belügyminisztérium tehát rendeletben hívta föl a törvényhatóságok figyelmét az elkülönítés betartására, és arra, hogy kolera esetén a minisztériumot rögtön értesítsék.⁶⁴¹

5.1. A városok az 1872-73-as járvány után

Mivel a járványos betegségek a sűrűn lakott helységekből járnak a legnagyobb pusztítással, a járványellenes védekezésben leginkább tehát városaink voltak érdekeltek. A korszakot fémjelző gyorsuló urbanizáció átformálta nem csak ezek képét, hanem hazánk népsűrűség-térképét is. A korszak leggyorsabban fejlődő városa, az 1873-ban egyesített Budapest, messze a legnagyobb lakosságú és a leg-sűrűbben lakott volt. A járványellenes védekezés újdonságait is jórészt itt állították szolgálatba először, ugyanakkor a védekezés – a város nagyságára tekintettel – olykor más megoldásokat is kikényszerített, mint amelyeket másutt alkalmaztak.

5.1.1. A városi infrastruktúra fejlesztése

Nem túlzás azt állítani, hogy az 1866-os, majd az 1872-73-as kolera nem csak a közegészségügy országos helyzetében, hanem a városi közegészségügy fejlődésében, fejlesztésében is fordulópontot jelentett. Mint az már kiderült, a kolera elleni védekezésben egészen az 1880-as évek közepéig a megfigyelés és az orvosi érzék volt a meghatározó. Ezek nagyon helyesen rámutattak a tiszta ivóvíz és az általános köztisztaság fontosságára. Mivel az egyre nagyobb lakosságot tiszta ivóvízzel biztonságosan ellátni csak jól szervezett, megfelelően kiépített, az egészségügyi szempontoknak megfelelő vízművek segítségével lehet, a korszak a városi vízművek kiépítésének nagy korszaka is.⁶⁴² Városaink szerencsésebb részében ekkor váltotta föl a kutakból és a folyókból mert vizet a vezetékes víz.^{643 644}

⁶⁴⁰ Ugyanígy Oláh is a kolera-rendelet ellenőrzésért egyénileg felelős személyek kijelölésében látja a helyes megoldást. OLÁH GYULA: *A cholera*. KSz, 1890, 157-166.

⁶⁴¹ BM 1884/39.921

⁶⁴² Az 1872-73-as járvány előtt, 1871-ben Budapest lakosságának kb. ötöde jutott hozzá a vezetékes vízhez. (Ld.: DÓKA KLÁRA: *Az első pesti vízvezeték építése*. Építés – Építészettudomány VII. k., 1975/3-4. 453-479. THIRRING GUSZTÁV: *Budapest közegészségi és közművelődési viszonyai. A VIII. Nemzetközi Közegészségi és Demografiai Congressus alkalmából*. Budapest, 1894, Pesti ny. 103-118.

⁶⁴³ A budapesti vezetékes vízzel szembeni aggályokra mutat rá a Borsszem Jankó 1885-es számában: „A fővárosi vízvezeték rendkívül tanulságos. Minden egyes vízcsőppben elmésen egyesítve van egy kis állatkert meg egy kis iparkiallítás. Ezen kis állatkertek némelyikében tudós buvárok állítása szerint egy-egy somali karavánka is látható strucz-nyargalással, hadi tánczokkal [...]” – Borsszem Jankó, 1885. okt. 11. Budapesti Kalauz, vidéki vízvezeték-építésre ld.: KALOCSAI PÉTER: *A dualizmus kori Szombathely*. Vasi Szemle 1997/5, 621-636.

⁶⁴⁴ De a helyzet a sok helyen még a XX. század elejére sem változott sokat: „Végigtekintve Magyarország városainak során, úgy találjuk, hogy a legtöbb felszínes vízü, ásott kutakból, vagy a város mellett elhaladó folyókból felezi vízszükségletét” - HANKÓ VILMOS: *Az ivóvíz Magyarország városaiban*. Egészség, 1904/10, 245.

Ugyanakkor a vízvezeték megépítése nem feltétlenül jelentette a probléma végleges megoldását, mivel a vízművek kiépítésében gyakran még nem sikerült a legmegfelelőbb szűrési módszert alkalmazni, sőt, egyes esetekben, mint például Budapesten a vezeték bővítésekor 1871-ben egyáltalán nem került szűrőberendezés a vezetékre, így a háztartások jó részében szüretlen Duna-víz folyt a csapból. Ám a folyamat már megállíthatatlan, s a vezetékes víz a századfordulóra kiszorította a háztartásokból a kétes eredetű és tisztaságú vizet. A vízvezeték megépítése modern csatornázást tett lehetővé és követelt meg, így – ami a koleraellenes védekezés szempontjából különösen fontos –, a vízöblítéses illemhelyek bevezetésének lehetőségét teremtette meg.⁶⁴⁵ A csatorna megújítására azonban mindenképp szükség volt, mert a régi hálózatot egyszerűen kinőtte a város.⁶⁴⁶ A rendeletanyagban is megjelent a víztisztítás fontosságának hangsúlyozása. 1884-ben Dél-Franciaországban kolerajárvány tört ki, és a kormányzat tartva egy esetleges járványtól, több alkalommal fölhívta a figyelmet a szükséges biztonsági szabályok betartására, illetve arra, hogy víztisztításra kavics-, homok-, vagy szénszűrőt használnak a törvényhatóságok.⁶⁴⁷

A járvány a köztisztaság biztosítására ösztönözte a városi hatóságokat. A szemétszállítás megszerzése a járványüggyel összefüggő feladattá vált. A szemét elszállítását a korszakban jórészt vállalkozók végezték, a járvány előtt háromnaponta szállítva a szemetet a városon kívülre. A járvány alatt végül a járványbizottság kötelezte a szállítót a naponkénti szemétszállításra.⁶⁴⁸ Az ellenőrzések alkalmával oly gyakran panaszolt gyatra köztisztasági állapot volt jellemző: a város területén mindenütt föllelhető szemétkupacok, a nyílt csatornákat eltömő hulladékok, dögök járványügyi szempontból kétségbeejtő képből mutatták városainkat.

6. Az 1886-os, és az 1892-es járvány a városokban

1872-73 után két nagyobb járvány alakult ki, melyek szerencsére kisebb pusztítást végeztek, mint a nagy járvány, de elég nagy riadalmat okoztak ahhoz, hogy a közegészségügyi rendszer továbbra is meglévő hiányosságaival foglalkozzanak az illetékesek.

6.1. Győr, 1886

6.1.1. A járvány megjelenése

⁶⁴⁵ A városi lakosság illemhelyhasználata sem igen felelt meg a közegészségügyi követelményeknek, gyakran használták az utcát szükségük végzésére: „Aztán meg közönségeinknek alig van hová betérnie, nem csoda, ha az utcára szokik, sőt az illemhelynek és szeméremnek is teljes hiával van.” – CSAPODI ISTVÁN: *Az utcák fertőtlenítése*. KSz, 1890, 290-294.

⁶⁴⁶ Természetesen heves viták övezték e technikai újítás meghonosítását is. A korabeli külföldi gyakorlat szerint az ürületet külön gyűjtötték (ú.n. hordó-rendszer) s trágyaként értékesítették. Az egységes budapesti városi csatornahálózat kiépítésekor e rendszer hívei a csatorna jelentette veszélyekre hívták föl a figyelmet, azaz arra, hogy a folyót így elszennyezheti a beömlő szennyvíz, ráadásul a trágyát sem lehet eladni. – Ld.: FODOR JÓZSEF: *Az árnyékszék rendszerekről tekintettel a hazai, és főleg a pesti viszonyokra*. Pest, 1869. Lampel.

⁶⁴⁷ BM 1884/40.182

⁶⁴⁸ PN 1872. nov. 29.

Győrben a helyben gyakorlatozó katonák között jelent meg a járvány.⁶⁴⁹ A hasmenéssel, kimerüléssel, majd gyors összeeséssel járó betegséget eleinte a nagy meleggél, illetve a gyakorlat fáradalmaival magyarázták. A fertőzés gócpontjának gyanújába a magtárak kerültek, mert itt a tilalom ellenére a folyóvíz által szennyezett vizet itták. Szeptemberre a polgári lakosság körében is megjelent a kolera.⁶⁵⁰ A hatóság viszonylag gyorsan reagált. A figyelem azokra a lakásokra irányult, melyekben a betegség megjelent. Nem meglepő, hogy ezek az első áldozat lakásához hasonlóan szintén túlszűfolt lakások voltak. A járvány továbbterjedésének megelőzésére – a kolerautasításnak megfelelően – végrehajtották a fertőtlenítéseket.⁶⁵¹ A kolera terjedését azonban nem tudták megállítani – mivel addig 21 megbetegedés, és 6 haláleset történt, így a közegészségi bizottság szeptember 12-én járványbizottsággá alakult.⁶⁵² Miközben az első polgári áldozatnak a betegség szempontjából fontos viszonyait (lakásviszonyait, életmódját) vizsgálták, a katonák között tovább terjedt a járvány. A megfigyelések szerint a katonák közül inkább azok kapták el a kolerát, akik tartalékosként, gyengébb fizikai állapotban voltak.

6.1.2. A védekezés megszervezése

Az előírt intézkedések egyrészt a szoros értelemben vett járványellenes intézkedések voltak: elkülönítés, fertőtlenítés, a kolerakórház berendezése, másrészt a megelőzést és a betegségnek ellenállni kevésbé képes szegény lakosság jobb ellátását célozták. Ennek keretében intenzívebbé vált a köztisztasági rendelkezések végrehajtása, mely jelentette az utcák söprését, a fertőtlenítés általános végrehajtását és a heti két személtszállítást. (Ez utóbbi rendelkezéstől inkább a külső területeken vártak javulást.) A lakosság lehetséges érintkezését, ily módon a fertőzés kockázatát a szórakozóhelyek és az egyéb nyilvános helyek számára előírt korábbi zárórával kívánták csökkenteni.

Külön fogat végezte a hulla- és külön a betegszállítást. Mindkettő esetében gondoskodtak a fertőtlenítésről. A betegszállítás gyorsabbá tétele érdekében a tűzoltóság telepén állítottak készenlétbe egy kettős fogatot, és a betegszállításra rendelkezésre álló hordágyak felét kizárólag a kolerabetegek szállítására vették igénybe.

Fa, szétszedhető járványkórházzal rendelkezett már a város, melyet még az 1884-es franciaországi kolera alkalmával vásároltak.⁶⁵³ A fölállított kolerakórház vezetését a tiszti orvos látta el, aki e feladata mellett a kapitánnyal a hatósági intézkedések végrehajtását is ellenőrizte. A tiszti alorvos a szegény

⁶⁴⁹ *Pesti Hírlap* 1886. szept. 13. – Az újság hírül adta, hogy a gyakorlatra vezényelt 5000 katona közül 5 betegedett meg kolerában.

⁶⁵⁰ PETZ LAJOS: *A győri kolerajárvány 1886-ban*. Pest, 1887, 6.

⁶⁵¹ U.o.

⁶⁵² U.o.

⁶⁵³ A járványkórház létesítését a közegészségügy rendezéséről szóló törvény (1876/XIV. tc.) még nem teszi kötelezővé, a későbbi rendeletek azonban – az elkülönítés előírásával - lényegében erre kötelezik a városokat és községeket. Az 1884-ben beszerzett kórházat kellett most összeszerelni, ami meg is történt, de történetesen, míg építették, addig meleg volt az idő, miután pedig kész lett a kórház, olyan hidegre fordult, hogy ki kellett párnázni a falakat. A járvány előrehaladtával pedig a kórház kicsinek bizonyult. A nagyobb kolerakórház berendezésére már Oláh Gyula közegészségi felügyelő megérkezése után került sor. A tiszti orvos, és a felügyelő közösen egy tégláégetőt szemeltek ki ideiglenes elhelyezésére. A nagyobb, immár téglapépületben egy nagyobb, hús ágvas kórterem és egy kisebb megfigyelő-terem kapott helyet. Az új kórházban a fertőtlenítés és a személyzet elhelyezése is megoldott volt. Halottaskamrának pedig a barakk anyagát használták föl.

betegek gyógyítását végezte, míg a segédorvosi teendőket szigorló orvosok látták el.⁶⁵⁴ A várost két járványkerületre osztották, munkába álltak a járványorvosok, kik között a járvány tetőződése alatt egy sebész is dolgozott. Az éjjeli orvosi ügyelet megszervezése teljes kudarcot vallott: a járványbizottság hiába hívta föl az összes győri orvost, hogy vegyenek részt ezen ügyelet munkájában, nem akadt elég jelentkező, végül a tisztí orvosok és a járványorvosok látták el a feladatot.⁶⁵⁵

A bizottság már működése kezdetén javaslatot tett a vásár elhalasztására. (Ezt egyébként a vonatkozó utasítás is előírta.) Ez megtörtént, de – mint várható volt – az intézkedés ellenállást váltott ki. Egyesek tagadni kezdték, hogy kolera volna a városban, és követelték a vásár megtartását. A kórházba szállítások olykor az érintettek ellenállását is kiváltották és a feszült hangulatra jellemző, hogy a járványkórházat karhatalommal kellett megvédeni a fölbőszült tömegektől.

Közegészségi felügyelői minőségben érkezett a városba Oláh Gyula. Indítványában főképp a köztisztaság javítását célozta. A talaj, és a levegő tisztaságának megóvása érdekében rendelte el a járványbizottság, hogy pl. az istállókat naponta fertőtleníteni kell. A városban végzett lakás-fertőtlenítés a kiadott rendeletben foglaltaknál intenzívebb és „találékonyabb” volt. Az eljárás keretében ugyanis fölszaggatták a helyiségek padlóját, (ha a lakás döngölt földpadlós, akkor a padló húsz cm mélyen történő fölsása következett), majd a falak bemázolása klórmésszel, végül különböző gázok fejlesztése 24 órán keresztül. Ezt a módszert ugyan a bizottság egy része is túlzónak ítélte, de annyi bizonyos, hogy az eljárás végrehajtásával, kiegészítve azt corrosiv-oldat szétlocsolásával, a kolera-baktériumnak nem sok esélye maradt.

Miután az utolsó esetet október 26-án regisztrálták, a bizottság három héttel később megállapította a járvány elmúltát, és föloszlott. A bizottság megállapította, hogy a hatósági intézkedések végrehajtása az ú.n. Cigánylapomon volt a legnehezebb, csaknem lehetetlen, és az itt található egészségtelen és túlszűfolt lakásokban élők között fordult elő leggyakrabban a kolera.

A bizottság értékelése szerint az 1886-os járvány abban különbözött leginkább az 1872-73-astól, hogy míg az a társadalom minden rétegére egyformán pusztítónak bizonyult, az 1886-os inkább a társadalom perifériáján élők számára jelentett igazán veszélyt. A hatósági intézkedések betartatása is ebben a csoportban volt a legnehezebb, ami szintén a kolera esélyeit javította. A rossz táplálkozás és a megfelelő ivóvíz hiánya pedig olyan hátrányt jelentett, melyet a kocsikon kihordott víz, a népkonyha föllállítása és a Vöröskereszt egylet által kiosztott élelmiszerjegyek sem tudtak kellőképpen ellensúlyozni. Mivel megfigyelhető volt a rossz vízellátású városrészekben a kolera gyorsabb terjedése, a bizottság javasolta a vízvezeték-hálózat kibővítését, annál is inkább, mert a járvány során a kútvizsgálatok után kútbezárások is történtek.

⁶⁵⁴ PETZ L., 1887.

⁶⁵⁵ Az 1876/XIV. 85§-a kimondja ugyan, hogy minden hatósági és minden magánorvos köteles teljesíteni a közegészségi hatóság rendelkezéseit, de ez ebben az esetben nem érvényesült.

A járványkórház szűkössége, illetve a fabarakkal kapcsolatban fölmerült kifogások miatt a tanács elhatározta egy, a célnak jobban megfelelő járványkórház fölépítését.⁶⁵⁶ A törzsvagyomból megvásárolt épület végül az 1886-ban járványkórháznak használt terület, a Grünwald-féle téglalehető lett.^{657 658}

6.2. Budapest, 1886

6.2.1. A járvány megjelenése

Már júniusban közölte a sajtó, hogy Temes vármegye alispánja megkereste a trieszti hadtestparancsnokságot azzal, hogy a kolera miatt ne küldjenek haza tömegesen szabadságra katonákat, és az egyes szabadságolásokról értesítsék a törvényhatóságot, hogy az a szükséges védekező rendelkezéseket megtehesse.⁶⁵⁹ Az alispán ugyanakkor fölterjesztéssel fordult a miniszterhez, hogy a Triesztből, a katonáktól érkező csomagokat az állomáson fertőtlenítsék.⁶⁶⁰ Júliusban a közlekedési miniszter értesítette Temes vármegye alispánját, hogy osztrák kollégájához fordul azért, hogy Triesztből használt ruhát ne lehessen behozni, és hogy azokat Fiumében ne fogadják.⁶⁶¹ A trieszti kolera-hírek hatására intézkedett a belügyminiszter is: elrendelte a fertőtlenítéseket és a trieszti utasok megfigyelését.⁶⁶²

A kolera a sajtó értesülése szerint június 24-én jelent meg a magyar koronához tartozó Fiumében.⁶⁶³ Júliusban az egészségügyi kormányzat Oláh Gyula egészségügyi felügyelőt küldte a járványsújtotta városba azzal, hogy tanulmányozza az egészségügyi intézkedéseket, a hiányzókra pedig tegyen javaslatot.⁶⁶⁴ A felügyelő több napi kalandos út után meg is érkezett⁶⁶⁵, ahonnan a következő tartalmú jelentést tette: a város minden lehetőt megtesz a sikeres védekezés érdekében, de a megfelelő köztisztasági feltételeket – a személyszállítási nehézségek és a csatornarendszer hiányosságai miatt – az óvárosban nem tudja maradéktalanul biztosítani.

A város elzáratta azokat a kutakat, melyekben szerves anyagot talált. A gyárak udvarán sem lehetett kútvizet inni, hanem nagy gőzgépekben forralt és lehűtött vizet mértek. A felügyelő továbbá szükségesnek tartotta, hogy a város csatornarendszerét megvizsgálják.⁶⁶⁶

⁶⁵⁶ A járvány elmúltá után a kórház ügye már nem tartozott a legnagyobb érdeklődésre számot tartó ügyek közé. A jelenlévők kis száma miatt több alkalommal nem tudtak semmiféle érdemi döntést hozni. Az erről döntő szavazáson végül a 84 bizottsági tagból és a 10 szavazásra jogosult tisztviselőből – az írásbeli meghívó ellenére – mindössze 33-an voltak jelen. - GYVL Kgy 1888/171

⁶⁵⁷ GYVL Kgy 1888/12/6tan./878

⁶⁵⁸ GYVL Kgy 1889/225

⁶⁵⁹ A kolera előzményeihez tartozik, hogy az Olaszországban előfordult koleraesetek miatt a Földművelés- Ipar- és Kereskedelmi miniszter jóváhagyása mellett a fiumei tengerészeti hatóság április 19-én elrendelte, hogy minden olasz adriai kikötőből érkező hajót hét napi megfigyelés alatt kell tartani, míg a többi olasz kikötőből érkező hajót orvosi vizsgálat és fertőtlenítés után lehet csak elbocsátani, a Brindisiben előfordult koleraesetek miatt. – MOL K150-1425-1886-IV-11-23581

⁶⁶⁰ PH 1886. jún. 26.

⁶⁶¹ PH 1886. júl. 5.

⁶⁶² PH 1886. jún. 20.

⁶⁶³ A híradások ekkor is kiemelték, hogy a betegség a szegényebb rétegeket érinti leginkább: „A járvány eddig az alsóbb néposztálynál fordult elő, miből azt lehet következtetni, hogy csakis a rendes életmódot és egészséges táplálékot nélkülözők voltak annak kitéve.” Ennek ellenére a városban pánik tört ki, Nicola Vince főgimnáziumi tanár legalábbis arról tudósított, hogy aki teheti, menekül, és még az egyesületi üléseket sem tudják megtartani. – PH 1886. júl. 13.

⁶⁶⁴ MOL K150-1886-IV-11-39680-39826

⁶⁶⁵ A menetrend miatt a felügyelő csak a vártnál később érkezett meg Fiuméba, ahonnan már több táviratban is érdeklődtek érkezése felől. – MOL K150-1886-IV-11-39680-40425

⁶⁶⁶ MOL K150-1886-IV-11-39680

Mivel az országba minden bizonnyal Fiume felől érkezett a kolera, a földművelés- ipar- és kereskedelemügyi miniszter 1886. januárjában utasítást adott bizonyos olasz kikötőkből érkező hajók 5 napi megfigyelés alá helyezésére.⁶⁶⁷ Majd augusztusban, a tengerészeti hatóság előterjesztésére a Közlekedési Minisztérium elrendelte a martinschizzai vesztegintézet teljes felszerelését és azt, hogy a fémpénzeket karbolsavas oldatban, a papírpénzeket füstöléssel fertőtlenítsék.⁶⁶⁸

A trieszti hírekre leggyorsabban a már említett temesvári törvényhatóság reagált. A város közegészségügyi bizottsága a városi kapitány elnöklete alatt ülést tartott, és döntés született arról, hogy a város határában három sátorkórházat állítanak föl a Triesztből hazatért katonák megfigyelésére.⁶⁶⁹

6.2.2. Az első intézkedések

Az országos események nyomán a budapesti előkészületek július 15-én kezdődtek meg. Az illetékes városi hatóságok a következő hiányosságokat állapították meg: a városban nem megfelelő a csatornatisztítás, sok a zsúfolt lakás (különösen a Rózsa, a Szondi és a Szív utcákban), és ezek kiürítése, – jóllehet történt már néhány intézkedés –, akadozott. A főorvosi hivatal javasolta már e zsúfolt lakások bezárását, de a helyzet lényegében mit sem változott. Végül orvosi körökben kifogásolták a nyílt koszikon való szemétkihordást és javasolták, hogy minden ház tartson két légmentesen zárható szemégyűjtőt. A kórházak – a fölkészülés jegyében – igyekeztek enyhíteni a zsúfoltságot. A Rókus igazgatósága például elrendelte, hogy a kórtermekben mindig egy beteggel kevesebb feküdjön, mint amennyi férőhelyet a kórterem ajtaján föltüntettek. A Rókus kórházba 32 orvosgyakornok jelentkezett, vállalva, hogy járvány esetén az ország más részeibe is kiküldjék őket.⁶⁷⁰ A járvány behurcolásának megakadályozását célzó intézkedések között ugyanakkor sajnálatosan későn, csak ősszel, már a járvány idején történt meg a vasúton érkezők vizsgálatát végző orvos kirendelése.⁶⁷¹

6.2.3. A járványbizottságok megalakulása

Július 17-én megalakultak a kerületi járványbizottságok. A városi tanács fölhívta a Szt. János és a Szt. Rókus kórházat, hogy amíg nagyobb számban nem fordulnak elő koleraesetek, egy-egy szobát készítsenek elő. A tanács fölhatalmazta a kerületi előjárók elnöklete alatt működő egészségügyi ellenőrző bizottságokat, hogy alakuljanak át járványbizottsággá. Ennek ellenére orvosi körökben égetően szükségesnek tartották, hogy mielőbb megalakuljon a fővárosi nagy járványbizottság, mert a kicsik a „*polgársággal némi tekintetben befolyásolt helyzetben vannak*”.⁶⁷² A város közönsége is kezdte átérezni a közeledő járvány jelentette veszélyeket. A lapok szerkesztőségeibe a védekezést lehetetlenné

⁶⁶⁷ MOL K150-1425-IV-11-11469, márciusban az osztrák társminisztérium az osztrák határ és Ancona közötti területről érkezőkre rendelt el hét napi megfigyelést. Hasonló magyar intézkedések ekkor nem születtek. – MOL K150-1425-IV-11-15573

⁶⁶⁸ PN 1886 aug. 21.

⁶⁶⁹ PH 1886 júl. 14.

⁶⁷⁰ PH 1886 júl. 15.

⁶⁷¹ Gerlóczy Károly, Budapest polgármestere szeptember 25-november 18-a között a Déli pályaudvarra érkező utasok megvizsgálására kirendelte Dr. Kovács Nagy Lajost. – MOL K150-1886-IV-11-1425-39680-70532

⁶⁷² PH 1886 júl. 17., a hatóság szereplőinek helyzetéről ld. alább.

tévő helyzetet ostromzó levelek érkeztek, s maguk a lapok is igyekeztek fölhívni a figyelmet a hiányosságokra.⁶⁷³ Július végén állítólag három koleraesetet jegyeztek föl a városban. Ekkorra újabb kérdések is a városvezetés elé kerültek. A kerületi orvosok és az előjárók Lung György tanácsos meghívására értekezletet tartottak, ahol áttekintették a feladatokat. Az elvégzendő munka egy részét a kormány írta elő a városvezetésnek. Így nem csak a betegeknek építendő barakkokról kellett gondoskodni, hanem a túlszűfolt lakásokból kitelepítettek elhelyezéséről is. A könnyebb megvalósítás oldalát támogatva az egyik résztvevő, dr. Krik Árpád álláspontja az volt, hogy a kilakoltatottaknak csupán három-négy napot kellene máshol eltölteniük, mert erre csak addig van szükség, amíg meg nem történik a fertőtlenítés. Mások azonban azt állították, hogy létezik olyan szállás, ahol egy ágyra négy lakó jut, így pedig aligha képzelhető el, hogy pusztán egy fertőtlenítés megoldaná a problémát.⁶⁷⁴

A járvány azonban a megelőző intézkedések ellenére erősödött. Szeptember 13-án három haláleset történt (kettő a rendőrség toloncházából egy a szegények menhelyéből), 14-én tizennégy betegből hét halt meg, s ekkor a tisztí főorvos javaslatot terjesztett be a polgármesternek a járványbizottság megalakítására⁶⁷⁵, mely a következő napon ült végül össze.^{676 677} Megállapítható, hogy az eltelt két hónap alatt szinte nem történt semmi, ami komolyabb eredménnyel járt volna. Kiderült, hogy a város nem tette meg azokat a lépéseket, melyek ilyen esetekben elengedhetetlenek a köztisztaság és az ivóvíz biztosítása terén. A kialakult helyzetet talán a következő beszámoló jellemzi a legjobban: *„Kolerában elhunytak fél napnál tovább maradtak a házakban, mivel a rendőrség a kerületi előjáróságtól, emez pedig amattól várta a hulla elszállítását. És kitűnik, hogy a kerületi előjáróságoknak hullaszállításra még csak kosaruk sincsen.”* 14-én a Pesti Napló esti kiadása már fehéren-feketén kimondta, hogy a járvány kitört.

Bakos János kir. tisztí ügyész helyettes utasította az alügyészeket, hogy vizsgálati fogságot csak a szükséges esetekben rendeljék el, és ha valamely foglyon a kolera jeleit vélnék fölfedezni, akkor azonnal különítsék el a beteget, szellőztessék gyakran a cellákat, stb.⁶⁷⁸

A kolera mellett – hasonlóan az 1872-73-as járványhoz, a himlő is terjedni kezdett: szeptember 3-10-között 103 himlőeset fordult elő a városban.⁶⁷⁹ Ilyen helyzetben került tehát sor a közegészségügyi bizottság ama ülésére, melyen az Gerlóczy Károly helyettes polgármester javaslatára átalakult járványbizottsággá. Patrubány Gerő főorvos – aki még szeptember 13-án (négy nappal az első kolerás haláleset után) kijelentette, hogy kolera kitörésétől nem kell tartani⁶⁸⁰ – beszámolójában igyekezett

⁶⁷³ „A kolera és a döglött cica

T. Szerkesztő úr! Valóságos szatírája a kolera elleni óvintézkedéseknek a Józsefváros nagy részének elhagyatottsága, szennyne. A népszínház és a Csokonay-utca sarkán már negyednapja, hogy fekszik egy döglött, már feloszlásnak indult macska, megmételvezve az egész környék levegőjét, anélkül, hogy eszébe jutna a t.c. rendőröknek eltakaríttatni onnét, holott naponta számtalanszor elhaladnak mellette. Budapest, jul. 16. Egy népszínház utcai lakó” PH 1886 júl. 17.

⁶⁷⁴ PH 1886 júl. 27.

⁶⁷⁵ BFL IV.1403.o.1.

⁶⁷⁶ PH 1886 szept. 14.

⁶⁷⁷ PH 1886 szept. 15.

⁶⁷⁸ PN 1886 szept. 14, esti kiadás

⁶⁷⁹ PN 1886 szept. 15 esti kiadás

⁶⁸⁰ PN 1886 szept. 13.

bizonyítani, hogy már áprilisban történtek a járvány elleni védekezésben elengedhetetlen lépések, pl. a csatornák tisztítására, a piacok ellenőrzésére, a zsúfolt szállások megszüntetésére szűrt ivóvízzel történő ellátására. (A főorvos szerint, ahol nem lehetett megoldani a folyamatos vízellátást, ott kísérletet tettek arra, hogy a nap valamely részében biztosított legyen az egészséges ivóvíz).⁶⁸¹ A járványbizottsággá alakulás után a bizottság Lung György tanácsost bízta meg, hogy gondoskodjon arról, hogy minden előjáróságnak legyen betegszállító kosara, fölhívta továbbá a közegészségügyi osztályt, hogy a két parton két-két pavilonról gondoskodjon. A bizottság javasolta szükség esetén népkonyhák föllátását. Az elemi iskolákban tanítási szünetet rendeltek el, a polgári iskolákban a látogatási időt a felére csökkentették.⁶⁸² Ami pedig a zsúfolt lakásokat illeti, dr. Adler javasolta, hogy hatalmazzák föl az előjáróságokat, hogy már a jövőbeni kilakoltatásokra tekintettel elkezdhessenek barakkokat építeni, és ezzel együtt – állapotára tekintettel – bontsák le az V. kerületi toloncházat.⁶⁸³ Lung György tanácsos, mint a járványbizottság elnöke utasította a jégársaságot minden kerületben állandóan működő jégeladási helyet berendezésére. Szczerbovszky Szaniszló tűzoltó főparancsnok előterjesztést tett arra, hogy minden házban helyezzenek el szemégyűjtőt, és hogy a szemetet már este szállítsák el. Ötlet-halmaz, kapkodó intézkedések tárulnak elénk tehát Budapesten a járvány kitörése idején.

Szeptemberben már egymás után jelentek meg azok a cikkek, melyek a kolerajárvány kitörésének felelősét keresték, illetve jelentek meg az olvasói levelek, melyek ostromozták a tehetetlen hatóságokat. A kerületi előjáróságokat a kolera kapcsán szinte egységesen elmarasztalták, holott az 1876-os közegészségügyi törvény alapján az előjáróság ugyan elsőfokú hatóság volt, kiterjedt egészségügyi-rendőri feladatokkal, azonban lényegi intézkedési jogkör nélkül.⁶⁸⁴ Ami például a zsúfolt lakások ügyét illeti, az előjáróság gyalogos ellenőrzéseket tehetett éjjel („mert a bérkocsi használatát a tanács hivatalos udvariassággal betiltotta”)⁶⁸⁵, a tapasztaltakról jelentést tehetett a tanácsnak, mely határozatot hozhatott, hogy hányan lakhatnak a házban. Ugyanakkor a tanács, mint fellebbezési hatóság gyakran – indokolatlanul – az elmarasztalt félnek adott igazat az előjárósággal szemben: „*Ha a dob utcában vagy Ábrahám kebelén vannak túlszúfolva a lakások, az a tekintetes főv. tanácsnak mindegy, midőn a mulasztásért egy teljesen megkötött kezű végrehajtó közeget lehet felelőssé tenni s felelősségre vonni.*”⁶⁸⁶

6.2.4. Himlő, és zsúfolt lakások ügye

⁶⁸¹ BFL IV.1403.o.1.

⁶⁸² BFL IV.1403.o.1.

⁶⁸³ PH 1886 szept. 15.

⁶⁸⁴ Az 1876/XIV.tc. 157§-a rendelkezik arról, hogy a közegészségi szabályok betartásáért a fővárosi tanács illetékes, azaz a fővárosi tanács hajtja végre és ellenőrzi azt. Az 1872/XXXVI. tc. 83§-a pedig fölsorolja a kerületi előjáróságok feladatait, és ebben a hiányokról a tanácshoz szóló jelentéstételi kötelezettséget jelöli meg, azaz különösebb mozgástérrel nem rendelkezik.

⁶⁸⁵ PH 1886. szept. 18.

⁶⁸⁶ PH 1886. szept. 18.

Szeptemberben a kolerán kívül a himlő is egyre nagyobb feladatokat rótt a városvezetésre⁶⁸⁷, mely ekkor, a járvány alatt kísérelt megoldani számos olyan kérdést, mely nyugalmasabb időkben is épp elég gondot jelentett volna. Szaporodtak a zsúfolt szállásokat földérítő vizsgálatok, egyre-másra előke-
rültek az ivóvízellátás problémái s a kolerások elhelyezésének kérdése is. Éjjeli vizsgálatokat tartottak a IV. és az V. kerületben, melyek elképesztő zsúfoltságot tártak föl több házban.⁶⁸⁸ A zsúfoltsággal együtt a tisztasági igények és követelmények elemi szinten sem érvényesülhettek: a kolera szempont-
jából különösen veszélyes pöcegödrök tele és természetesen nyitva voltak. A megdöbbentő tapasztala-
tok nyomán szabályrendelet született, mely egyrészt kimondta, hogy aki nagyobb számú embert kíván
befogadni, annak előbb orvosi szakvélemény alapján kiadható engedélyt kell kérnie rá az előjáróság-
tól, másrészt minden esetben pontosan meg kell határozni, hogy legfeljebb hány embert lehet befo-
gadni. A szabályrendelet előírta továbbá a tisztálkodó-szerek meglétét is. A járványbizottság egysze-
rűsíteni kívánva a zsúfolt lakások kezelését, hirdetményt tett közzé, melyben előírta, hogy annak, aki
hat embernél többnek kívánna szállást adni, szándékát be kell jelentenie a helyi járványbizottságnak.
A bizottság vizsgálat után csak akkor adja meg az engedélyt, ha az egészségügyi szempontoknak meg-
felel a szállás.⁶⁸⁹ A várható kilakoltatások miatt az előjáróságok sorra fordultak a tanácshoz: az V.
kerületi járványbizottság kérte, hogy a városi tanács 400 fő számára építsen barakkokat⁶⁹⁰, a VII. kerü-
leti járványbizottság 500 ember befogadására tervezett barakkot kért a központi járványbizottságtól.⁶⁹¹
Annak ellenére, hogy a kolera valóban a rossz higiénés körülmények között, zsúfoltan élők között
pusztított leginkább, a kerületi járványbizottságok nem voltak megelégedve sem a központi járványbi-
zottság munkájával, sem a város kilakoltatási elképzeléseivel. Októberben például Braun, VII. kerületi
esküdt támadta a központi járványbizottságot azzal, hogy csak a VII. kerületben 510 túlzúfolt lakás
van, melyből kb. 2500 embert kell kilakoltatni, és annak ellenére, hogy a legtöbb kolerás e kerületben
van, a központi bizottság egyre csak halogatja az intézkedéseket, a barakkok felállítását.⁶⁹² A kerületi
előjáróságok a kilakoltatásokkal kapcsolatos lanyha fővárosi intézkedések miatt Oláh Gyula időköz-
ben kirendelt kormánybiztoshoz fordultak, mivel általános gyakorlattá vált, hogy a kilakoltatottak
együtt költöztek volna a barakkokba, viszont akinek nem jutott hely, gyakran valamilyen épülő ház
pincéjében húzta meg magát, így a pincékben ismét nem kívánt zsúfoltság, járványveszély alakulha-
tott ki.⁶⁹³ Oláh Gyula kormánybiztos kiküldése után (október 20.) kissé javult a helyzet. A kormány-
biztos elrendelte a tömegszállások padlójának fertőtlenítését.⁶⁹⁴

A kilakoltatás rendszere, annak ellenére, hogy immár a főváros és a kormánybiztos is tett lépéseket,
nem működött megfelelően, a kilakoltatottak ugyanis a legkevésbé sem voltak együttműködők. A fő-

⁶⁸⁷ A Szt. János kórház előterjesztése szerint a himlőbetegek egyre nagyobb száma miatt 20 főre ideiglenes barakk építését kezdi meg. PH 1886. szept. 19.

⁶⁸⁸ A Tisza Lajos-féle házban öt szobában 140 ember lakott, míg a Deutsch-Bernát házak váltak dobogóssá: 7 szobában 89 ember, 1 szobában 98 ember, 3 szobában 45 ember, egy földszintes házban 349 ember lakott. PH 1886. szept. 19.

⁶⁸⁹ PH 1886. szept. 21.

⁶⁹⁰ PH 1886. szept. 20.

⁶⁹¹ PH 1886. szept. 24.

⁶⁹² PH 1886. okt. 16.

⁶⁹³ PH 1886. okt. 24.

⁶⁹⁴ PH 1886. okt. 27.

város által építtetett barakkok – mivel a rászorulóknak nemigen akartak beköltözni – lényegében üresen álltak.^{695 696 697}

6.2.5. Fertőtlenítés

A házak fertőtlenítésén kívül meg kellett oldani a ruha-fertőtlenítést is. Legegyszerűbb módszere az égetés volt, melyhez a városi tanács utasítása szerint a fővárosi tűzoltóságnak is ki kellett vonulni.⁶⁹⁸ Az utcák tisztántartását a tűzoltóságra bízta a tanács és utasította a kerületi előljáróságokat, hogy henteente egyszer kötelesek fölsöpörtetni az utcákat.⁶⁹⁹ Ami pedig a korszerűbb fertőtlenítést illeti, a VI. kerületi járványbizottság csak októberben tett előterjesztést a tanácsnak arról, hogy azokban a terézvárosi iskolákban, ahol nincs szűrt víz, Pasteur-féle vízsűrőket szereljenek föl.⁷⁰⁰ Kresz Géza, az V. kerület orvosa pedig arról írt ekkor, hogy a fertőző betegségek terjedésének megakadályozására fertőtlenítő-intézeteket kellene fölállítani.^{701 702}

A járvány elleni védekezésben a kolerás házak fertőtlenítésénél is nagyobb szükség volt a betegek elkülönített elhelyezésére, melyet a rendelkezésre álló kórházakban és az esetlegesen fölállított ideiglenes barakkokban lehetett volna megoldani. A város azonban a betegek elhelyezését nem oldotta meg kellő gyorsasággal. A budai járványkórház fölállítása elhúzódó viták forrása lett abban az időben, amikor valóban nagy szükség lett volna a gyors cselekvésre. Hosszas viták után a Németvölgy alsó részén, a temető melletti területet jelölte ki a bizottság, s az építkezések azonnal megkezdődtek.⁷⁰³ Majd a Vöröskereszt-egylet budai kórházának igazgatója tiltakozása, és egy, az építkezések folytatását a kijelölt helyszínen megtiltó a belügyminiszteri leirat alapján kiküldött új bizottság⁷⁰⁴ az új kolera-kórház helyét végül a minisztérium előírásának megfelelően a lakóházaktól távolabb eső részen jelölte ki.⁷⁰⁵

⁶⁹⁵ A Katona József utca egyik házában kolera ütött ki, az elrendelt fertőtlenítéssel egyidőben az V. kerületi járványorvos egy utalványt adott a lakóknak, mellyel igénybe vehették volna a barakkszállást. A ház lakói azonban nem jelentek meg a szálláson, hanem inkább a fertőtlenített ház udvarán húzták meg magukat, itt talált rájuk a kormánybiztos és a járványbizottság elnöke. – PH 1886. okt. 29.

⁶⁹⁶ Gregor Edét és családját a Nagytemplom utcai lakásukból szállásolták ki, de a családfő nem volt hajlandó a barakkszállásba menni. Családját a Rókus kórházba vitte, ő maga – elmondása szerint – pedig valamilyen ligeti bokorban húzta meg magát. – PH 1886. okt. 29.

⁶⁹⁷ A járványbizottság ülésén például Adler Zsigmond beszámolt arról, hogy a kilakoltatottak közül számosan a gyárakból kifolyó meleg vízben alszanak az egyre hidegebbre forduló időben. – BFL IV.1403.o.1.

⁶⁹⁸ PH 1886. szept. 21.

⁶⁹⁹ PH 1886. okt. 30.

⁷⁰⁰ PH 1886. okt. 17.

⁷⁰¹ „Jellemző a fővárosban uralkodó viszonyokra, hogy most, a járvány nyolcadik hetében még mindig tanácskoznak a dezinficziálás módja fölött. Eddig úgy tetszik a maguk tetszése szerint dolgoztak a dezinfektőrökké előléptetett lámpagyűjtő-gatók, a kiktől szakértelmet bizony senki sem várhat. Most legalább van utasításuk, a mihez kötelesek magukat tartani.” – PH 1886. okt. 23.

⁷⁰² PH 1886. okt. 18.

⁷⁰³ A kórház elhelyezésére kiküldött bizottság több helyszínt javasolt: a II. kerületi régi lövölde telkét illetve az Aszalay-laktanyát jelölték meg először. Ez ellen a környéken lakók tiltakoztak, erre a Retek utca végében található városi szőlők területe merült föl, azonban kiderült, hogy ezt bérbe adta a város, és víz sincs, ami miatt a barakk fölépítése két hetet is késlekedne. Fölmerült a németvölgyi temető is, mint lehetséges helyszín – PH 1886. szept. 21.

⁷⁰⁴ PH 1886. szept. 22.

⁷⁰⁵ PH 1886. szept. 23.

A kolerások elhelyezése októberben ismét nagyobb nehézségekbe ütközött, mivel ekkor már egyre több himlős elhelyezése is szükségessé vált. Új járványbarakkok átadása után a korábban kolerások által használt barakkokba érkeztek a himlősök, míg a kolerabetegeket az új, 120 főt befogadni képes barakkokba szállították át.⁷⁰⁶ A kórházak zsúfoltsága nem csak a betegség terjedésével volt magyarázható. A betegfölvételi gyakorlat szerint ekkor ugyanis a kolerára utaló legkisebb jel esetén már a kolera-barakkba szállították a jelentkezőt, akiről később akár az is kiderülhetett, hogy csak a gyomrát rontotta el. Erre a tényre már a járványbizottság szeptember 22-i ülésén Rózsaffy rendőrorvos is fölhívta a bizottság tagjainak figyelmét, kiemelve a Rókus kórház gyakorlatát,⁷⁰⁷ javasolva, hogy a kórházban állítsanak föl megfigyelőszobát. A bizottság ekkor ezt még elvetette, s csak szeptember 28-án adta hírül a sajtó, hogy elfogadták a megfigyelőszobák berendezésének tervét.⁷⁰⁸ A kórházak túlzásfóltságának enyhítésére a kerületi elöljáróságok is kidolgozhattak új eljárási rendet. A VI. kerületi járványbizottság például felhívást tett közzé, mely előírta, hogy az érintettek a kolera-megbetegedés bejelentésekor egyenesen a kerületi orvoshoz forduljanak, aki megvizsgálja a beteget, megállapítja hogy valóban koleráról van-e szó, a szakvéleményéről kis cédulát ad, mely alapján a kerületi elöljáróság intézkedik a beteg kórházba szállításáról.⁷⁰⁹

A városi járványbizottság nem csak a járványkórház elhelyezése, vagy a fertőtlenítés miatti kilakoltatás terén bizonyult lassúnak, tétovázónak. Csak októberben merült föl, hogy a fürdők tulajdonosait fölszólítják arra, hogy a fertőző betegségből lábadozók számára külön kádat tartsanak fönn⁷¹⁰, és csak novemberben született arról döntés, hogy a ragályos beteg lakta házak, lakások ajtajára az orvos által átadott figyelmeztető lapot kell – büntetés terhe mellett – kitenni.⁷¹¹ Ezzel együtt a központi járványbizottság többször is összeütközésbe került a védekezésben részt vevő orvosokkal és egyes esetekben a kerületi elöljáróságokkal. A legnagyobb visszhangot Lung György tanácsosnak, a központi járványbizottság elnökének működése váltotta ki, aki több esetben személyesen ellenőrizte a városi egészségügyi közegek éjjeli és nappali munkáját. Véleménye szerint az éjjeli szolgálat a IV. kerület kivételével egyik kerületben sem működött jól, s negatívan értékelt a barakkokban uralkodó állapotokat is.⁷¹² A Lung tanácsos által szóvá tett helyzet azonban korántsem csak az orvosok magatartása miatt vált ilyen súlyossá. Dr. Kelen József, a VIII. kerület orvosa hosszabb nyilatkozatban válaszolt Lung György megfigyelésére, ami már előrevetítette a városi járványbizottság élő lelkiismeretének számító Lung és

⁷⁰⁶ PH 1886. okt. 17.

⁷⁰⁷ BFL IV.1403.o.1.

⁷⁰⁸ A döntés a pesti oldalon 20-20, a budain 10 főre berendezett megfigyelőszoba föllállításáról rendelkezett – PH 1886 szept. 28.

⁷⁰⁹ PH 1886. szept. 28.

⁷¹⁰ PH 1886. okt. 27.

⁷¹¹ BFL IV.1403.o.1.

⁷¹² Szeptember 28-ról 29-re virradó éjjel 10-től 3 óráig járta a barakkokat és a járványállomásokat. A következőket tapasztalta: az I. kerületben egyáltalán nem volt éjjeli szolgálat, a II. kerületben lévőbe csak úgy jutott be, hogy a házmester előtt igazolnia kellett magát, az V. kerületben ugyanígy járt, de itt még a világítás is hiányzott, a VII. kerületben a hivatalnok éppen nem volt ott, mert vacsorázni ment, a VIII. kerületben a házmestert nem lehetett fölkeltetni, a IX. kerületben pedig nem tudták, hogy mi történt a 6-óra tájban fölvett betegekkel. A barakk-helyzetről: a VIII. kerületből például a barakk-kórházba vittek egy beteget, aki a tanácsos kérdésére előadta, hogy nem kapott azonnali orvosi segítséget, orvost beszállítása óta nem látott. A meghallgatott ápolónő bevallotta, hogy egyetlen egy orvos sem jelent meg akkor éjjel a betegek szobájában. – PH 1886. szept. 29.

a budapesti orvosok összeütközését. A VIII. kerület orvosa beszámolt ugyanis arról, hogy a szegény betegek ahhoz vannak hozzászokva, hogy az orvost nem az előjáróságon, hanem a kerületi orvosnál kell keresni, és hogy a szegény betegek segítségére még a halottkének is ajánlkoztak a járvány idejére. A nyilatkozat végén már kissé vitriolosan jegyezte meg az orvos, hogy ha lett volna energiája a tanácsosnak, hogy megkeresse őt, akkor találkozhattak volna, amint egy túlszűfolt lakást szemlélt meg, ahol arról tanakodtak, hogy hová helyezték a lakókat, mert a tanács még mindig nem nyitotta meg a kijelölt szállást az új vásártéren lévő raktárban.⁷¹³ Lung György éjjeli vizsgálatai nyomán kelt jelentése októberben kavart igazán nagy vihart, a járványbizottság október 18-i ülésén botrány tört ki, Lung tanácsos és dr. Gebhard Lajos kórházigazgató szólalkoztak össze.⁷¹⁴

Annyi azonban bizonyosnak látszik, hogy a városvezetés nehézkessége mellett Lung-Gebhard ügy is közrejátszott abban, hogy a minisztérium dr. Oláh Gyula személyében kormánybiztos kirendelése mellett döntött.⁷¹⁵ A Pesti Hírlap a kormánybiztos kinevezését kárörömmel és egyben szégyenkezve kommentálta: „*Gebhardt igazgatónak is el kell tűrnie, hogy a fővárosban nálánál is legyen nagyobb hatalmasság*”⁷¹⁶ – írta a lap, hozzátéve azonban, hogy tulajdonképpen nagy szégyen a városra, hogy kormánybiztost kapott, mivel biztos jele ez annak, hogy nem képes kezelni a közegészségügyi kérdéseket.

A kormánybiztos működése, kirendelése után szorosan kötődött a központi járványbizottság működéséhez. Oláh dinamikusan vette kezébe a védekezés irányítását, ügyelve arra, hogy lehetőség szerint ne kerüljön fölösleges összetűzésbe a városvezetéssel. Már október 22-én Patrubány és Lung jelenlétében helyszíni vizsgálatokat tartott, fertőtlenítéseket rendelt el. Oláh működése szerencsére nem nyúlt hosszúra. A kolerajárvány ugyanis a járványbizottság november 6-i ülésén tett bejelentéssel hivatalosan is véget ért. Oláh fölhívta ugyanakkor a járványbizottság és a városvezetés figyelmét arra, hogy a

⁷¹³ PH 1886 okt. 1.

⁷¹⁴ A sajtó kissé eltérő módon tudósított ugyan az ügyről, de annyi megállapítható, hogy a kórházigazgató az éjjeli ellenőrzések gyakorlatát sérelmezve vonta kétségbe Lung György azon állítását, mely szerint Libasinszky Gyula felvételi hivatalnoknak nem volt tudomása Guttmann Mária varrónő beszállításáról és a beteg nem kapott orvosi ellátást sem. A tanúvallomások alapján megállapította a bizottság, hogy a hivatalnoknak nem is volt kötelessége éjjeli ügyeletet adnia, a beteget pedig dr. Balázs Imre napidíjas segédorvos látta el, aki igaz ugyan, hogy mérgeződött, hogy egy nem kolerás beteg miatt fölkeltették, de ez még nem szabályszegés. Mivel Gebhard kórházigazgató a bizottság ülésén fölhívta a jelenlévők figyelmét arra, hogy Lung állítása, „melyhez a becsületszavát kötötte” nem igaz. – PN 1886 okt. 19. Erre Lungnak nem maradt más választása, párbajra hívta ki a kórházigazgatót. Ami pedig ebből az ügyből kerekedett, azt méltán tekinthetjük az 1886-os kolera a legszélesebb közönség érdeklődésére számot tartó eseményének. A párbajból ugyan nem lett semmi, az ügy ahhoz azonban elégségesnek bizonyult, hogy az egész vezetés alkalmasságáról vitatkozzon a sajtó: A párbaj-ügy a következőképpen folyt: Lung tanácsos segédeinek dr. Rózsaffy rendőrorvost, és dr. Schwartzert Ottót kérte föl. Gebhard, aki elfogadta a kihívást, dr. Ladányit, és dr. Laufenauer Károlyt, akik rögtön kifejtették, hogy szó sem lehet sem fegyveres, sem fegyvertelen elégtételadásról, mert a kórházigazgató nem követett el személyes becsületsértést. A sértett oldal természetesen elutasította ezt az álláspontot, és ragaszkodott az elégtételhez. Az igazgató megbízottai fölvetették a becsületbírság kérdését, mely eldönthető, hogy volt-e tulajdonképpen sértés. Ezt a megoldást is elutasította Lung. Gebhard segédei ekkor befejezettnek nyilvánították az ügyet. Ami a kórházigazgató belső támogatottságát illeti, a Rókus kórház orvosai spontán gyűlésükön egyhangúan bizalmat szavaztak a Gebhard Lajosnak. A városvezetéssel és a kórházakkal egyaránt elégedetlenek szócsove ekkor a Pesti Napló volt, mely szerint: „A ki elfogulatlanul vizsgálja meg az esetet és annak előzményeit, csak helyeselheti azt, a mit Lung György tanácsos tett, sőt kötelessége volt azt tennie. Általános volt a panasz a felett, (s még a mai napig sem szűnt meg) hogy a kolera-ügyben a hatóságok és bizottságok rendeletei és határozatai figyelembe sem vették, hogy azok végrehajtásáról senki sem gondoskodik.” – PN 1886. okt. 19., esti kiadás

⁷¹⁵ „A járvány ügyében még botrányos hanyagság is járul a rendes slendriánhoz, s így nagyon valószínű, hogy a belügyminiszter nemcsak fegyelmi vizsgálatokat rendel el, hanem egyszersmind a fővárosi egészségügy vezetését a kormánybiztos kezében fogja központossítani.” – PN 1886. okt. 21.

⁷¹⁶ PH 1886. okt. 21.

korábbiaknál jobban kell ügyelni a védekezésre.⁷¹⁷ A kolera igen, a járványveszély azonban nem szűnt meg ekkor Budapesten, arról nem is beszélve, hogy a kolera mellett megjelenő himlő ekkor ismét erősödött, ami az alapvető járványellenes célú köztisztasági jellegű intézkedések megtételét csak sürgette.

7. 1886-után

A minisztérium a kolerajárványok fenyegetését kihasználva próbálta a törvényhatóságokat a közegészségi törvény és a korábbi rendeletek betartására bírni. A közegészségügy korabeli állapota, melyet fémjelzett az egész korszakon átívelő orvoshiány, a lakosság kisebb-nagyobb ellenállása a közegészségügyi intézkedésekkel szemben, valamint a törvényhatóságok tehetetlensége vagy éppenséggel restsege, hatalmas feladat elé állította a közegészségügyi közigazgatást. Így például az 1884-ben Franciaországban fölbukkanó kolera kapcsán született rendelet a betöltetlen körorvosi állások betöltéséről⁷¹⁸, mely a megelőző intézkedések megtételére még a kolera megjelenése előtt hívta föl törvényhatóságokat. Ebben a járványkórházak kijelölése, a gyógyszerek beszerzése, a hullaházakról való gondoskodás szerepeltek.⁷¹⁹

1892-93-ban a kolera ismét megjelent az országban. A miniszter az előző rendelkezés (1884) óta történt változásoknak megfelelő új kolera-rendeletet adott ki⁷²⁰, melynek indokául az újabb, a célnak jobban megfelelő fertőtlenítő-szerek megjelenését, illetve az újabb fertőtlenítési eljárások kidolgozását jelölte meg.

7.1. Az 1892-es kolera-rendelet

Az utasítás pontos leírást adott a betegségről, és részletesen foglalkozott annak terjedési módjaival, így a védekezés legfontosabb része a szennyezett ruhadarabok, tárgyak eltávolítása, fertőtlenítése volt. Ugyanakkor meghatározta, a kolera terjedését elősegítő körülményeket.⁷²¹ Az ú.n. „egészségellenes ételmi szerek” árulását betiltotta, azaz tilos volt az éretlen gyümölcs, az állott hús, a romlott hal stb. árusítása. Pontos életmód-tanácsot nyújtott, mely részletesen meghatározta a fogyasztható italokat, az étkezések rendjét: („A vacsorát, mely bőséges ne legyen, néhány órával kell a lefekvés előtt elkölteni.” 10§), a ruházkodást és a testmozgást is, s hangsúlyt fektetett a lelki nyugalomra, a kiegyensúlyozott jókedvre.⁷²²

⁷¹⁷ PH 1886. nov. 6.

⁷¹⁸ „Az ország több részében számos közegészségi kör még mindig nincsen orvossal betöltve [...] sürgősen felhívom a törvényhatóságokat, hogy a hatósága területén üresedésben levő közegészségi köröknek orvosokkal leendő betöltése iránt mielőbb saját ügykörében intézkedjék, az annak eddig akadályaiul szolgált körülményeket pedig, akár a jobb fizetések megszbása, akár két szomszédos körnek ideiglenes egyesítése által elhárítani igyekezzenek.” – BM 1884/40.181

⁷¹⁹ BM 1884/37.061

⁷²⁰ BM 1892/78.771

⁷²¹ A tisztátalanság (levegőben, vízben, talajban, lakásban, ruházatban) (9§), a rossz táplálkozás, (ebben már nem csak az alultápláltság, hanem a túl sok étkezés, és a szeszes italok mértéktelen fogyasztása is szerepelt. A meghülés, mint kockázati tényező, pedig még az 1831-es orvosi véleményekben is fölbukkant.

⁷²² A rendelet szerint az aggodalom, a félelem csak növeli a betegség veszélyét. Ezek a rendelkezések a járványok alatt tett megfigyeléseken alapulnak, melyek azt mutatták, hogy a járvány alkalmával a szegényebbek, a legyengült fizikai állapotban lévők jobban ki vannak téve a kolera veszélyének, illetve, ha már elkapták a betegséget, nagyobb a valószínűsége, hogy nem

Ami a tudomány újabb eredményeit illeti, hangsúlyozta, hogy különösen a víz tisztaságának megőrzésére kell ügyelni.⁷²³ A víz-fertőtlenítésnek pedig több módját is ajánlotta: homok, illetve kavicsrétegen át történő szűréssel, forralással, vagy különböző anyagok belekeverésével (bor, pálinka, ecet, citromlé, sósav (!)) kellett a fertőtlenítést elvégezni. Előírta az utcák tisztán tartását: a nyílt csatornákat tisztítását és lakott területekről a szerves hulladék elszállítását.

Ami a hatósági intézkedéseket illeti, fölhívta a figyelmet a közegészségi törvényben foglaltak pontos végrehajtására, azaz hogy kolera esetén a járványbizottságok azonnal alakuljanak meg és kellő gonddal próbáljanak tudomást szerezni a kolera-esetekről, illetve, hogy figyelmeztessék az orvosokat, családfőket, vendéglősöket, stb., hogy jelentsék be az eseteket. *„Cholerabetegüléseket, különösen az első koleraeseteket eltitkolni nem szabad, mert az első esetek eltitkolása a cholera terjedését leginkább előmozdítván, az által a közegészség annyira veszélyeztetik, hogy a járvány elhárítására később a legnagyobb erőfeszítések és áldozatok sem elégségesek.”*(14§)- foglalta össze ennek indokát.

A járvány „kezelésének” legbiztosabb módja, ha kellő időben sikerül elszigetelni a járványgócot. Az elszigeteléshez leginkább kolera-kórházakra lett volna szükség, ezek pedig számos törvényhatóság esetében hiányoztak s nem csak az anyagi eszközök szűkös volta miatt. Gyakran nem fordítottak kellő figyelmet sem az ideiglenes kórház felszerelésének biztosítására, sem a kórháznak az elhelyezésére.⁷²⁴ A rendelet egyértelmű célja volt, hogy a betegek teljes elkülönítése megtörténjen, azaz a kolerások lehetőleg gyorsan kórházba kerüljenek. Ebben az esetben a máskor oly szigorú felvételi szabályokat is mellőzni kellett, azaz teljesen mindegy, hogy a beteg az adott településen illetékességgel bírt-e, vagy sem, s az sem volt érdekes, hogy a kolerás beteg, ha idegen, képes volt-e megtéríteni az ápolási költségeket, vagy sem. A betegszállításról a hatóságnak kellett gondoskodnia, külön erre a célra bérelt kocsikkal, de a nyilvános bérkocsiknak erre a célra való felhasználását meg kellett tiltani. (17§) Ezeknek az intézkedéseknek a szükségessége egyértelmű, ha elfogadjuk az ugyanebben az évben kiadott rendeletből nyilvánvaló tény, hogy a lakosság egy része körében ekkor még mindig nem elfogadott, hogy a betegség terjedése miatt be kell tartani az óvó-rendszabályokat.

A korábbiakhoz hasonlóan, ha nem volt elég hatósági orvos, akkor napidíjjal magánorvosokat kellett kirendelni. A járványorvosnak lakást kellett biztosítani és lakást megjelölni, hogy könnyebben meg lehessen találni. (így történt ez Pesten is az 1872-73-as járvány alkalmával, ld. fent) A szükségletnek megfelelő számú, a koleráról kellő ismeretekkel rendelkező ápolószemélyzetről szintén a hatóságnak kellett gondoskodnia.

7.1.1. Szociális kérdések a kolera-rendeletben

élik azt túl. A különösnek tűnő rendelkezések, vagy inkább ajánlások mögött tehát az 1831-óta felhalmozódott tapasztalatok állnak.

⁷²³ Azaz figyelni kell arra, hogy a „szemét, hulladék, ganajlé, árnyékszékék” közelében fakadó víz szennyezett lehet. (10§) A kutak tisztán tartása mellett előírja, hogy azokat, melyek csatornák közelében vannak, vagy melyek korábban már járványt okoztak, vagy okoznak, megvizsgálják, és ha szükséges, akkor tiltsák meg a használatát. (25§) A kutak védelme érdekében tilos saját edénnyel vizet merni, illetve a merítő eszközökből inni. Ennek betartására pedig szigorú felügyeletet rendelnek. (26§)

⁷²⁴ BM 1892/5615

Az „Utasítás”-ból egy bújtatott, de átfogó szociális program megvalósításának szándékát is kiolvashatjuk. A szegényebb rétegek járvány-halandóságának magasabb arányszámára már a korábbi járványok alatt is fölfigyeltek.⁷²⁵ Nem csoda, hogy az „Utasítás” is kitér a szegényekről való gondoskodásra. A „szegény, és ügyefogyott egyének” (28§) számára élelmiszerről való gondoskodás és az ideiglenes tartózkodási hely biztosítása a hatóság feladata lett. Ez túlmutat az eddigi intézkedéseken, melyek csak alkalmoszerű rendelkezéseket tartalmaztak az ínségben lévőknek szolgáltatott élelmiszerről. Az Utasítás a megelőzés magasabb fokát célozta meg, mely már nem elégszik meg a fertőtlenítés biztosításával, illetve ellenőrzésével és nem elégszik meg a szegényeknek kiszolgáltatott ingyen fertőtlenítő- és gyógyszerrel. Ezek természetesen szerepelnek a rendeletben, mégpedig úgy, hogy betegségbe esés esetén minden vagyontalan orvosi felügyelet alá kerüljön. Ez azt jelentette, hogy a hatóság által biztosított tartózkodási helyen történt megbetegedés az összes ilyen vagyontalan orvosi felügyelet alá kerülését vonta maga után. A rendelet kitért a lakáskérdésre is. A tisztántartás mellett, melybe a gyakori szellőztetés is beletartozott, figyelmet fordított az egészségtelen lakásokra. Ha valamely lakás „egészségellenes” (27§), azaz ha sokan betegedtek meg a kolerajárvány idején, akkor meg kellett vizsgálni egészségi szempontból a helyiségeket, és ha szükséges volt, be kellett tiltani a helyiség(ek) használatát. Ezen túl a túlszűfolttság megszüntetésére is kísérletet tett, ugyan meglehetősen gyengét, mivel az intézkedő hatóság mérlegelésére bízta, hogy a megszüntetésre van-e lehetőség. Mégis, a lakáskérdés fölbukkanása jelzi, hogy a közegészségügyi szakemberek már átfogó járványellenes védekezési stratégiában gondolkodtak. A főképp városi szegénység, mint járványügyi tényező a korszak egyik nagy „felfedezése” volt.

7.2. Budapesti kolera 1892-93-ban

Budapesten 1892-93-ban egy nagyobb, majd ezt követően egy kisebb kolerajárvány vonult át⁷²⁶. A betegség letalitása, azaz az esély a halálos kimenetelre nagyobb volt, mint az azt megelőző 1886-os járvány alatt volt megfigyelhető.⁷²⁷ Milyen intézkedéseket tett a város ezen járvány idején, illetve me-

⁷²⁵ Az elégséges táplálkozás, a nem zsúfolt lakás, a fűtött szobák mind-mind több esélyt adtak a túlélésre, ezért már az 1872-73-as járvány alatt föl hívta a belügyminiszter a törvényhatóságokat, hogy hassanak a lakosság tehetősebb csoportjainak adakozókedvére.

⁷²⁶ 1893. aug. 26- szept. 3- között a bécsi úti téglagyár munkásai között fordult elő 7 eset, a Ferenc József laktanya huszárai között 14, végül a X. ker. Gyömrői úti téglagyár munkásai között fordult elő néhány eset. – Ld.: *Tiszti Főorvosi Hivatal jelentése Budapest Székes Fővárosban az 1893. év második felében fellépett choléráról*. Budapest, 1894, 81-100.

⁷²⁷ 1886-ban 4273, 1892-93-ban 5614 volt a 10.000 betegre számított halálozási arány, ld.: KÖRÖSI JÓZSEF: *A hevenyfertőző betegségek statisztikája az 1881-91-es évekről*. Budapest Székes Főváros Statisztikai Hivatalának Közleményei XIX. Budapest, 1894. , a Tiszti Főorvosi Hivatal jelentése szerint a halálozási arány:

Halálozás%	1886	1892
I. ker.	33	54
II. ker.	25	38
III. ker.	70	38
IV. ker.	33	
V. ker.	47	62
VI. ker.	43	59
VII. ker.	50	60
VIII. ker.	46	53
IX. ker.	37	47

lyek voltak a kolera utolsó nagyobb előfordulása idején a védekezés hangsúlyos pontjai? Jellemző, hogy a fölkészülés során egy, a városi közgyűlésben elhangzott indítvány a múlt tapasztalatait összefoglalva kívánt hatékonyabb intézkedéseket végrehajtani. Ezek szerint 1) a városba érkező idegeneket már a pályaudvarokon fertőtleníteni kell⁷²⁸, 2) a budapesti mentőegylet javaslata alapján a város hozzon létre központi szállítási telepet, 3) szerezzen be mozgó fertőtlenítő-kocsikat és végül 4) gondoskodjon a hullák gyors elszállításáról és eltemetéséről. A javaslat – mint látható – részben a már kiadott kolera-rendeletek hatékonyabb végrehajtását célozza.⁷²⁹ A minisztérium körrendelete⁷³⁰ nyomán a törvényhatóságok, így a főváros is, augusztus 15-ig jelentést tettek a járvány elhárítását célzó lépéseikről⁷³¹. A polgármesteri jelentés szerint bizonyos intézkedésekre, tekintet nélkül a kolerára már májusban sor került.⁷³² A polgármester az oroszországi kolera-hírekre rendeletet adott ki, melyben az összes szállodatulajdonosnak és fürdőigazgatóságnak az Oroszországból érkezőkre bejelentési kötelezettséget írt elő.⁷³³ Továbbá okulva az ezt megelőző járványok tapasztalataiból, kellő számú kórházi férőhely kialakítására tett lépéseket: rendbe hozták a budai oldalon 1886-ban fölállított barakkot (ez a Mészáros utcában álló barakk volt, 30 ágygal), a pesti oldalon 204 pedig beteget tudtak fogadni.⁷³⁴ A főváros szerződést kötött újabb barakkok szükség esetén 8 napon belül történő fölállításáról. Ugyancsak a zsúfoltság megelőzése céljából a főváros a minisztérium intézkedését kérte arra nézve, hogy a környező falvak betegeit ne szállítsák a város kórházaiba.⁷³⁵ A mentőegyesület közreműködésével kolerások szállítására rendszeres szolgálat megszervezésére is történtek lépések.⁷³⁶ A kolerára való felkészülés során érdekes megoldással kívánta a városvezetés hatékonyabbá tenni a végrehajtó-apparátus működését. Egy 1892 augusztusában kiadott rendelet előírta, kerületenként a kerületi elöljáróság mellé, szükség esetén járványbizottsággá alakuló egészségügyi ellenőrző bizottság alakítását. Az ellenőrző bizottság tagjainak száma legalább 7, ezen felül minden bizottságnak tagja a kerület elöljárója, mint elnök, a kerületi orvos, az állatorvos és a halottkém. Minden kerületet a bizottság taglétszámának

X. ker.	34	64
Katona		30
hajón		45
Lakástalan	50	70
útról jött	41	37

Tiszti Főorvosi Hivatal jelentése a Budapest Fő- és Székvárosban 1892/93. évben fellépett choléráról. Budapest, 1893, 21.

⁷²⁸ Hivatkozva a 13.066/92. eln. sz. rendeletre, a tiszti főorvos helyettese fölhívta a kerületi orvosokat, hogy tegyenek jelentést arról, hogy érkeztek-e utasok Oroszországból, és ha igen, név szerint kik, és megvizsgálta-e őket. – FK 1892. aug. 5.

⁷²⁹ 1892, Budapest kgy., 837. dr. Ullmann Pál fővárosi bizottsági tag indítványa.

⁷³⁰ BM 1892/53.061, és 1892/50.092

⁷³¹ FK 1892. aug. 12.

⁷³² Elrendelte a szemétszállítás, az utcai csatornák tisztán tartásának valamint az előírt fertőtlenítés pontos végrehajtását és ezek ellenőrzését, az egészségre ártalmas lakások kiürítését, a zsúfoltság megszüntetését. (ezek végrehajtása a jelentés szerint folyamatos) Utasította a vásárigazgatóságot, a kerületi orvosokat és a vásárfelügyelőket, hogy a piaci rendészeti feladataikat vegyék komolyan, sőt az ezzel kapcsolatos intézkedések támogatására az állami rendőrséget is fölkérte. A vízvezeték igazgatóságot már májusban fölkérte, hogy ügyeljen a folyamatos vízszolgáltatásra, és hogy a csatornákat gyakrabban öblítse – 39.135/1892. máj. 20.

⁷³³ 13.066/1892 júl. 18. A kerületi elöljáróságoknak kellett bejelenteni az érkezett utasokat. A bejelentés után a kerületi orvos megfigyelte az illetőket.

⁷³⁴ *Tiszti Főorvosi Hivatal jelentése a Budapest Fő- és Székvárosban 1892/93. évben fellépett choléráról.* Budapest, 1893, 10. Új barakkokat építettek a Markotányos utcában és a III. kerületben.

⁷³⁵ U.o. 14.

⁷³⁶ BFL IV-1403.o-2.

megfelelően kisebb orvosi körökre kellett fölosztani, és ezekben a körökben egy-egy tag volt felelős az intézkedések végrehajtásáért. A bizottság tagjait igazolvánnyal látták el, feladatuk körzetük házainak ellenőrzése volt.⁷³⁷ Munkájukról a kerületi előljárásnak jelentést kellett tenniük, mely esetleg a kerületi orvos meghallgatása után határozatot hozott a további teendőkről. Ennek végrehajtását pedig szintén a bizottság tagjai ellenőrizték.⁷³⁸ Így tehát ez az „elő-járványbizottság” kikerülhetetlen láncszemet képezett a járványellenes intézkedések végrehajtásában.

Közegészségi szempontból a város nem sokkal volt könnyebb helyzetben, mint az előző járvány idején. A leginkább égető kérdést a zsúfolt lakások megoldhatatlannak látszó problémája jelentette (1886-ban és 1892-ben is figyelmeztetette a várost a járványbizottság a kialakult helyzetre.⁷³⁹) Az ellenőrző-bizottságok az 1892-93 telén tapasztalt kolera lefolyása után a budapesti járványbizottság döntése alapján munkájukat nem fejezték be, hanem azt a kerületekben szervezett helyi bizottságokban folytatták.⁷⁴⁰ A bizottság munkájával átfogó védekezési stratégia alapján dolgozott ki közegészségügyi programot.

A már kiadott rendelet és a hatályos törvény alapján a bizottság által fontosnak ítélt területeket is két nagyobb csoportra lehet bontani. Az elsőbe tartoztak azok, melyek az életkörülményeiknél fogva a ragályos betegségek veszélyeinek jobban kitett rétegek életkörülményeinek javítását célozták, a másodikba pedig azok, melyek „általános” járvány-megelőzési intézkedések közé tartoznak.⁷⁴¹

A lakosság jobb ellátásában – mint az előbbi példa mutatta – a népkonyhák rendszere volt meghatározó jelentőségű.⁷⁴² A városvezetés már 1892 tavaszán intézkedett arról, hogy járvány esetén a rászorultaknak a népkonyha-jegyeket ingyen osszák ki.⁷⁴³ A kolera kezdetén a járványbizottság intézkedett arról, hogy minden kerületben állítsanak föl népkonyhát, a X. kerületet kivéve, mert ott a gyárosok gondoskodtak munkásaik élelmezéséről.⁷⁴⁴

⁷³⁷ BFL IV-1403.o-2.

⁷³⁸ 13.519/1892 eln. sz. (aug. 15.)

⁷³⁹ A miniszter majd az 1893. feb. 4-i 10.432/III.5. sz. leiratával hívja föl a várost, hogy a zsúfolt- és pincelakásokat írja össze és tárgyaljon a megoldásról, a tanács ennek nyomán az 1893/4357. eln. sz. a. hozott határozatában elrendelte az összeírást, 20 összeíró egységet küldve ki. Mindegyik küldöttségben dolgozott egy mérnök és egy orvos. Az 1893. márciusában végzett összeírás szerint 5468 „túlnépes” lakás volt a fővárosban, de a később jóváhagyott lakásügyi szabályrendelet szerint ezek száma 2749, azaz ezekben a lakásokban nem jutott egy lakóra 10 m³ levegő.– *Előterjesztés a budapesti lakásviszonyok rendezése tárgyában. A lakásügyi bizottság megbízásából Gerlóczy Károly, kir. tanácsos, első alpolgármester, a lakásügyi bizottság elnöke.* Budapest, 1898, Pesti Könyvnyomda-Részvény-Társaság, 112.

⁷⁴⁰ Az 1892-es járványbizottság munkájába meghívták a fővárosi rendőrség főkapitányát, a cs. és kir. térparancsnokságot, valamint a m. kir. honvéd térparancsnokságot is. – BFL IV.1403.o.2.

⁷⁴¹ Így pl. az 13233/92. eln. sz.- alatti rendelet utasítja a vízvezetéki igazgatóságot, hogy az utcai csatornákat öblítse, és ezekről kimutatást készítsen. – FK 1892. júl. 29.

⁷⁴² A fővárosi népkonyhák szervezete a XIX. század közepétől kezdett formálódni. A legelső ilyen intézmények még kapcsolódtak a szegényházakhoz, s majd csak a század utolsó harmadában jött létre az új rendszer.(Ld.: HOLLÓ SZILVIA: *A hatósági népkonyhák szervezeteinek kialakulása.* TBM XXVII. *Egy nagyváros születése (Pest, Buda, Óbuda az egyesítés idején.* 85-91.), Bp, 1998.

⁷⁴³ *Tiszti Főorvosi Hivatal jelentése a Budapest Fő- és Székvárosban 1892/93. évben fellépett choleraéről.* Budapest, 1893, 15.

⁷⁴⁴ A konyhák működésében a jegy-rendszer kezelésében, az elszámolás egységességének biztosításában hiányosságok mutatkoztak. Ezért a bizottság fölhívta Lampl Hugót, hogy a jegyek elszámolásában vezessen be egységes rendszert, rendezze a kezelést, a könyveket nyissa meg, és azok vezetésére oktassa ki az illetékeseket. A felhívás után elkészített jelentést 1893. február 27-én mutatta be a tanácsnak (2772. sz. a.). – A számok Gerlóczy Károly (a bizottság elnöke) 1893-as kolera-jelentésében szereplő iktatószámok: *Gerlóczy Károly jelentése az 1893. évi koleráról.* Budapest, 1894, BFL IV.1403.o.2.

7.2.1. Zsúfolt lakások kérdése

A koleraellenes védekezésben – mint az eddigi járványok során mindig – a legnagyobb feladat a hatósági intézkedések végrehajtása, végrehajtatása maradt.⁷⁴⁵ A bizottságnak nem csak a lakosságot kellett a szigorú rendelkezések végrehajtására szorítania, hanem egyes esetekben az egyes kerületi elöljáróságok gyakorlatát is egységesítenie kellett. A kerületi elöljáróságokat tehát fölhívta az egészségügyi jelentések napi tárgyalására, a tárgyalás után az intézkedések kellő szigorral történő megtételére, valamint, az érdekelt felek tárgyaláson való részvétele esetén, az intézkedések fontosságáról való tájékoztatásukra. A Kbt. közegészségi kihágások esetén a házak és lakások közegészségügyi állapotával, részben pedig az utcákon tapasztalható visszasságokkal összefüggésben a lakás használatán kívül büntetni rendelte a főbérletet és a tulajdonost is⁷⁴⁶. Ehhez kapcsolódva rendelet írta elő a lak- és köztisztasági kérdésekről szóló jelentések soron kívüli fölterjesztését.⁷⁴⁷ A bizottság fölhívása alapján a tisztifőorvosnak utasítania kellett az ellenőrzést végző orvosokat arra, hogy még az elsőfokú közegészségi hatóság, – a kerületi elöljáróság – föllépése előtt lépjenek érintkezésbe a háztulajdonosokkal, vagy azok helyetteseivel és orvosolják a fennálló közegészségügyi problémákat. (1920. sz. a.) Ezzel összefüggésben javaslatot terjesztett fel a tanácshoz, a köztisztaság-ügy rendezésére, melyben a köztisztaságügy egységes szervezése, felügyelete, ellenőrzése szerepelt, valamint a belügyminiszterhez, a nyilvános árnyékszékek, vizeldék és a tanácshoz a házi árnyékszékek kérdésének megoldása érdekében. (2322., 2323. sz. a.) A javaslatok között szerepelt a szemétkihordás szabályozása. Mint Győr esetében kiderült, a szemét elszállításának rendezése a járvány-bizottságok egyik visszatérő intézkedése volt. Ott az 1886-os járvány kapcsán heti két szemétszállítást írtak elő. A budapesti bizottság viszont a házi szemét naponkénti elszállításának ellenőrzésére hívta föl a kerületi elöljáróságokat. (1973. sz. a.)

7.2.2. Fertőtlenítés végrehajtása

A fertőtlenítés végrehajtása állandó problémát jelentett: „*a fertőtlenítés igazi mivolta iránt való érzék még sem hatóságainknak, sem a közönségünknek tudatában ki nem fejlődött.*” – állapította meg Csapodi István 1904-ben⁷⁴⁸, s ami 1904-ben igaz volt, az igaz volt 1893-ban is. A fertőtlenítést az érdekeltek sokszor megalázzónak, szégyellni valónak érezték, és a helyzetet csak nehezítette, hogy gyakran nem ott történtek a fertőtlenítések, ahol tényleg szükség lett volna rá.⁷⁴⁹ Nem csoda, hogy végre-

⁷⁴⁵ A zsúfolt lakások kérdésével minden járvány alatt foglalkozott a város. Az 1892/93-as járvány után azonban – a belügyminiszter kezdeményezésére – Gerlóczy Károly elnöklétével lakásügyi vegyes bizottság alakult a fővárosban. A főváros, a közmunkatanács, a minisztérium és az államrendőrség képviselőiből összeült bizottság elsősorban az egészségtelen lakások kérdésével foglalkozott, s jelentésében átfogó fővárosi lakáspolitikai alapvetését foglalta össze. – *A budapesti lakásviszonyok rendezése céljából kiküldött lakásügyi bizottság üléseinek naplója*. Budapest, 1893, a kérdéshez ld.: THIRING GUSZTÁV: *A fővárosi szegény néposztályok lakásai. Adalék a nagyvárosi háztartások összetételének ismeretéhez*. Budapest, 1894, Pesti. KÖRÖSY JÓZSEF: *A túlnépes lakások befolyása a fertőző betegségek fellépésére*. Budapest székes főváros halandósága az 1886-1890-diki években és annak okai. Budapest, 1898, Grill. 69-73.

⁷⁴⁶ Ld. 1879/XL.tc., 124-125§

⁷⁴⁷ 9135/1892. eln. sz.r. FK. 1892. júl.29.

⁷⁴⁸ CSAPODI, 1890

⁷⁴⁹ „Az ilyen kutatások [t.i., hogy a beteg hol lakik – P.B.] alkalmával igen sokszor kitűnt, hogy a hivatalosan bejelentett lakások nem feleltek meg a valóságnak, úgy hogy csakis az ismerősök s az esetleg távol lakó rokonok felkeresése s kihallgatása után sikerült a tényleges lakást, úgy a beteg foglalkozását is megállapítani. Igen sokszor előfordult, hogy lakásul az a ház

hajtása ennek megfelelően nem ment zökkenőmentesen, a fertőtlenítők panaszkodtak arra is, hogy a lezárt lakásokba csak nagy idővesztéssel tudtak bejutni.⁷⁵⁰ A lakásfertőtlenítéssel kapcsolatosan Dr. Schermann tisztii főorvos-helyettes fölhívta a kerületi orvosokat, hogy vizsgálják meg a munkástelepeket, és egyben megküldte azon házak jegyzékét is, melyekben az előző, 1886-os járvány alkalmával koleraeset fordult elő. A kerületi orvosoknak nyilatkozni kellett arról, hogy tapasztaltak-e hiányosságokat a fertőtlenítési szabályok betartásában.^{751 752}

A betegek és a lakások fertőtlenítése hatékonyabbá vált, miután a budapesti fertőtlenítő-intézet 1892. október 3-án megkezdte működését. (Egészen 1893. januárjáig csak a koleraával kapcsolatos teendőket végzett.⁷⁵³ A bizottság 1893. február 27-én utasította a főszámvevőt, hogy miután az utolsó koleraeset február 8-án bocsátották el, a további költségeket ne koleraellenes védekezés címén számolja el. (Gerlóczy)) Az intézet munkájában ekkor 4 ideiglenes hivatalnok, 32 állandó, és 17 ideiglenes fertőtlenítő vett részt (köztük két nő, nők fürdetésére), akik közül a minisztérium rendelkezésére és költségére hat-nyolc ember vidéken tartózkodott. Az intézet rendelkezésére álló kocsik száma több volt, mint az elmúlt időben. A fertőzött holmik szállítására nyolc, a már fertőtlenítettekére három és fertőtlenítendőkére öt kocsit állt rendelkezésre. A megnövekedett kocsiparkhoz kibővítették az istállókat és a kocsiszínt is.

A fertőtlenítés idejére a lakókat szükséglakásba költöztették. A bizottság utasította az I., III., VI., VII., VIII., X. kerületi elöljáróságokat, hogy – a kerületi orvossal együtt – jelöljék ki azokat a helyiségeket, melyeket ilyen célra igénybe lehet venni. Ugyanakkor léteztek már korábban e célra létrehozott lakások⁷⁵⁴, és a városvezetés utasította a kerületi elöljáróságokat, hogy az itt lakóknak mondjanak föl, hogy ha még maradnának is, hogy szükség esetén azonnal ki lehessen üríteni a lakásokat.⁷⁵⁵ (Gerlóczy, 7478. sz. a.) A berendezett szükséglakások és pavilonok ugyanakkor nem voltak lakályosnak mondhatók. A bizottság, hogy a lakosság ellenérzéseit tompítsa, javaslatot tett arról, hogy a VIII. kerületi szükséglakásokat egy újabb pavilonnal bővítsék, és hogy a VII. kerületi, külső-Kerepesi úti pavilont kisebb részekre osszák, melyek jobban megfelelnek a beköltöző családok igényeinek. A fer-

vétetett fel, a mely előtt vagy a melynek kapujában az illető súlyos betegen találtatott, pedig lakása egészen más ellentétes irányú kerületben volt, sőt gyakran a valódi lakást nem is lehetett kipuhatolni. A betegre vonatkozó fontos felvilágosításokat pedig rendszeren nemcsak a beteg családtagjai vagy lakótársainak, hanem az ugyanazon ház lakóinak kihallgatása alapján volt lehetséges beszerezni.” – *Tisztii Főorvosi Hivatal jelentése a Budapest Fő- és Székvárosban 1892/93. évben fellépett choleraéről*. Budapest, 1893, IV.

⁷⁵⁰ BFL IV.1403.o.2.

⁷⁵¹ Hivatkozva a 13.066/92. eln. sz. rendeletre. – FK 1892. aug. 5.

⁷⁵² 1892. évi 13.231. eln. sz. polgm. rendelet. A lakosság a fertőtlenítés végrehajtásában – mint korábban is – olykor teljesen alkalmatlan eszközöket használt. Elterjedt volt például az úgynevezett „vörös por”, melyet a bérkocsi-állomások fertőtlenítésétől kezdve a házak fertőtlenítéséig mindenre használtak. Mivel a Petri-féle „vörös por” nem szerepelt az engedélyezett szerek között, a polgármester rendeletben hívta föl a közönséget, hogy ezzel a szerrel való bármiféle eljárás nem tekinthető fertőtlenítésnek, és hogy csak az előírt szerekkel lehet végrehajtani a fertőtlenítést.

⁷⁵³ Ld.: BUKOVSKY, 1904. Az orosz kolera-hírek hatására 1892. júl. 4-én fővárosi közegészségügyi bizottmányt hívtak össze, mely ülésen elhangzott, hogy a már tervbe vett fertőtlenítő-intézetet minél előbb be kell rendezni. Így a kolerajárvány adott végső lökést az intézet fölállításához. – *Tisztii Főorvosi Hivatal jelentése a Budapest Fő- és Székvárosban 1892/93. évben fellépett choleraéről*. Budapest, 1893, 9.

⁷⁵⁴ Az első fővárosi szükséglakások 1886-ban jöttek létre a VII. és a X. kerületben. A szükséglakások férőhelye 1902-ben 2.127., a közös hálótermeké 410. – KÖRÖSY JÓZSEF: *Budapest székesfőváros szegényügye az 1900-1902. években*. Budapest, 1905, Grill. 65.

⁷⁵⁵ *Tisztii Főorvosi Hivatal jelentése a Budapest Fő- és Székvárosban 1892/93. évben fellépett choleraéről*. Budapest, 1893, 14.

tőtlenítés olyan ellenérzéseket szült a lakosságból, hogy a fertőtlenítendő lakásokból gyakran még a fertőtlenítés előtt és elől kiköltöztek a lakók, így azt a helyükre beköltözők voltak kénytelenek elviselni. Ennek a jelenségnek a súlyosabb árnyoldala persze nem az volt, hogy a beköltözők, mint súlyos méltánytalanságot élték meg a fertőtlenítést, hanem hogy az esetleges fertőző góccok így továbbvándoroltak a városban. E jelenség megszüntetéséről több tanácsi határozat és rendelet is szólt⁷⁵⁶, kimondva, hogy a kerületi előljárásságok intézkedjenek a helyzet megoldásáról.

A fertőtlenítés nehéz végrehajtásának okait Bukovszky, az intézet későbbi igazgatója az alábbiakban látta: *„a helyzet komoly voltát csakis súlyosbította az a körülmény, hogy a társadalom legalsóbb osztályához tartozó emberekkel volt dolgunk, akik nyomorban tengődtek, s az intézkedések megtartására szoríthatók nem voltak.”*⁷⁵⁷

8. Az 1911-es kolera-utasítás

A koleraellenes védekezés, illetve a megelőzés technikája ezután már nem sokat változott a korszak végéig. A rendelkezéseket összehasonlítva megállapítható, hogy ami a lakosság magatartását illeti, lényegében ugyanazokkal a közegészségügyi gondokkal küzdött a közigazgatás, mint a korszak elején. Pl. még az 1911-es kolera-utasítás is rendelkezett az árnyékszékek fölállításáról.⁷⁵⁸ Az ennél kevésbé elfogadott rendelkezések végrehajthatósága pedig még inkább kétséges volt. Ezért kívánatosnak mondta a Szabályzat, hogy a papság a szószékről is tájékoztassa közegészségügyi feladataira a lakosságot.

A rendelkezés az egészséges személyek megfigyelésére szolgáló veszteglőhelyiség fölállítását és „váratlan lakásvizsgálatok” tartását is előírta. A járványellenes védekezésben különös figyelmet kaptak a társadalom perifériáján élők: a házalók, a foglalkozás nélküli csavargók, a vándorcigányok. A Szabályzat fehéren-feketén kijelentette, hogy leggyakrabban ezek az „elemek” hurcolják és terjesztik a kolerát. A kijelentés háttérében a nehezen ellenőrizhető csoportok közegészségügyi szempontból (is) kétes életmódja, valamint a védekező intézkedések körükben nehezebben megvalósítható végrehajthatósága állt. A házaló-kereskedelemben a rongyokkal, használt ruhával foglalkozó elemek pedig gyakran épp a járványos területeken szerezhették be áruikat⁷⁵⁹, mely tény kellő alapot szolgáltatott ahhoz, hogy a Szabályzat kimondja: *„[...] indokolt, hogy különösen a csavargók, vándorcigányok távoltartá-*

⁷⁵⁶ Pl.: 1893. évi 26.179. eln. sz. tanácsi határozat.

⁷⁵⁷ BUKOVSKY, 1904.

⁷⁵⁸ „Az egészségügyi viszonyok igen nagy hátrányára van az, hogy a falvakban ott sincs árnyékszék, hol annak felállítását a lakosság anyagi körülményei megengedik. Ez okból oly helyeken, hol egyszerűbb árnyékszékek felállítására a kellő eszközök megvannak, a hatóság a lakosságot az árnyékszékek fölállítására bírság terhe alatt kötelezze, hol pedig a nép szegénységénél fogva ez egyelőre ki nem vihető, legalább minden ház udvarának legyen e célra saját gödre.” – *Szabályzat az ázsiai kolera ellen való védekezésről*. 8§, (BM 1911/110.000 r. mell.)

⁷⁵⁹ A nagy járvány idején, 1873-ban, Pest arról tájékoztatta a minisztériumot, hogy – a rendeletnek megfelelően – nem árve-reznek el kórházban használt kolerás pokrócokat. Gyanítható azonban, hogy a lakosság kevésbé tájékoztatott, vagy éppen az intézkedések végrehajtásának makacsul ellenszegülő rétege épp ellenkezőképp járt el és nem tulajdonított nagyobb jelentőséget a fertőtlenítés szükségességének. – MOL K150-260-1873-IV-11-218-1536

sa érdekében koleraveszély idején szigorubb intézkedések foganatosíttassanak. Ragályfogó tárgyakkal [...] való házalást be kell tiltani.” (27§)

A szabályzat előírta ugyan a kolera-gyanús halálesetben a bakteriológiai vizsgálatot, de az intézkedések megtételéhez nem volt szükség a vizsgálat eredményére: a hatósági orvos a kolera tünetei esetén elrendelte az intézkedések megtételét. A bakteriológiai vizsgálatnak még akkor sem volt az elrendelt intézkedésekre közvetlen hatása, hogy ha nem állapított meg kolerát. Ebben az esetben ugyanis a hatósági orvos véleménye alapján akkor lehetett csak megszüntetni a védekező-intézkedések végrehajtását, hogy ha a betegség lefolyása igazolta a vizsgálat eredményét.

A betegség eltitkolása már a korábbi időszakokban is az egyik legnehezebben megoldható problémát jelentette a kolera elleni védekezésben. Az 1911-es szabályzat a kolera-betegek föl kutatását az erre a feladatra rendelt ellenőrökre bízta, gyökeresen más megoldást választva, mint a korábbi, bejelentésre hagyatkozó utasítások. A község/törvényhatóság járványkerületekre osztása már a korábbi szabályozásban (1892) is megjelent. E Szabályzat ellenőrök kiküldését rendelte, akik naponta kétszer, reggel és este végezték az ellenőrzést, úgy, hogy a házban az összes lakó egészségi állapotáról és tartózkodásáról tájékozódniuk kellett. A rendelet az ellenőrzés szigorúságára különös hangsúlyt fektetett. Az ellenőrzés pontos végrehajtása – amellet, hogy többször is kitért arra, hogy az intézkedéseket lehetőleg az érintettek kíméletével kell végrehajtani – az elsődleges szempont, így a csendőrség közreműködését is engedélyezte és rendelkezett arról, hogy a „háztüszgálatok végzésével szemben tanusított minden legcsekélyebb ellenállás is már csirájában elfojtassék.” (37§)

A betegek elkülönítését továbbra is elsőrangú feladatnak tekintette, de a betegek kímélete ebben az esetben hangsúlyosabban jelent meg a Szabályzatban. A kolerás beteget, ha az nem kívánt kórházba menni, csak a legszükségesebb esetben kellett elszállítani, s ha pedig sem elkülöníteni, sem a járványkórházba szállítani nem lehetett, akkor a hozzátartozókat, illetve a vele egy háztartásban élőket kellett veszteg-intézetbe szállítani. Ha az elkülönítésre otthon került sor, akkor a házat, lakást piros cédulával kellett megjelölni⁷⁶⁰ és a bejárat elé őrt kellett állítani. A járványőröket és egészségügyi biztosokat a járványorvosok, vagy a tisztiorvos javaslata alapján alkalmazta a hatóság, de ennek költségeit az állam viselte.(90§)

A rendelet fölelevenítette az első kolera idején tett intézkedéseket is. Nevezetesen, a kolerával fertőzött községeket zár alá kellett venni. Ennek végrehajtását a csendőrségre bízta úgy, hogy a községhez vezető utakra csendőr állítását rendelte, aki a kolerát terjesztő tárgyak és élelmiszer kivételét megakadályozta. A zárlat feloldása az utolsó beteg meggyógyulásától, vagy halálától és a fertőtlenítés végrehajtásától számított ötödik nap eltelte után volt lehetséges.

8.1. A fertőtlenítés költségeinek állam általi viselése

⁷⁶⁰ Hasonló rendelkezést találunk a törvényhatóságok gyakorlatában. Ilyet tartalmaz pl. a „Szolgálati utasítás Budapest szföv. ker. elöljáróságai részére” (43.810/899. polg. mesteri szám) is.

A fertőtlenítés végrehajtását a rendelet hasonlóképp írta elő, mint az ezt megelőzők. Két nagyon fontos változás viszont helyet kapott: a fertőtlenítést díjtalanul, állami költségen kellett végezni és az eljárás során keletkezett esetleges károkat meg kellett téríteni. A fertőtlenítést akadályozta, hogy az érintettek mély ellenszenvvel viseltettek a vagyontárgyaikban sokszor kárt okozó fertőtlenítéssel szemben. (63-64§) Ezért gyakran előfordult, hogy a fertőtlenítés előtt a féltett tárgyakat inkább eldugták. Ennek a következményei beláthatatlanok voltak és a visszafertőződés miatt a fertőtlenítés elfogadottsága még inkább gyengült.

A kolera elleni védekezés költségeit az 1898/XXI tc. 9§-a értelmében az állam viselte. Ez új helyzetet teremtett a korábbi szabályozáshoz képest, mikor még alapvetően a törvényhatóságok viselték a felmerült költségeket és az állam csak kivételes esetben, segély nyújtásával, de sokkal inkább a költségek előlegezésével vett részt a terhek viselésében. A költségek viselésének új rendszere a védekezéshez tartozó intézkedések pontos körülírását tette szükségessé, annál is inkább, mert a kolera elleni védekezés számos olyan területet érintett, melyek a törvényhatóságok és községek rendes kötelezettségeihez tartoztak.

A legfontosabb ilyen a köztisztaság biztosítása volt. Ez ugyanis a községek és városok olyan feladata volt, melyet a kolera idején más eszközökkel kellett biztosítani. Így a járvány idején a rendes kötelezettségből fakadó költségeket (csatornatisztítás, közutak tisztántartása, utcák tisztítása) nem lehetett a kincstár terhére felszámítani. Azonban, mivel járvány idején a tisztítást fertőtlenítéssel együtt kellett végezni (62§ 5-6.), a fertőtlenítő szerek költségeit az állam megtérítette.⁷⁶¹

A járványkórház biztosítása, valamint a kórházban ápolott betegek ápolási költsége is – mint a védekezéshez tartozó feladat – az államkincstárat terhelő költség volt. Ha a község, vagy város területén nem állt rendelkezésre megfelelő, községi, vagy városi tulajdonban álló épület, akkor a kórház céljára megfelelő épület bérleti díját és a fertőtlenítéssel kapcsolatos költségeket az állam viselte. (Az esetleges tatarozási költségeket már nem.) Ha bérlet útján nem lehetett gondoskodni az ideiglenes kolera-kórházról, akkor ideiglenes barakképületet kellett létesíteni erre a célra, melynek költségeit szintén az állam viselte, de úgy, hogy a járvány elmúltával az épület anyagának eladásából származó bevétel is az államot illette.

A költségek átvállalása, még ha azt a községeknek és városoknak meg is kellett előlegezniük, hatalmas lépés volt a kolera elleni védekezésben. A védekezés költségeinek állam általi viselése ugyanis valóban lehetővé tette a községeknek, hogy erről országos szinten kiegyenlítően gondoskodjanak, ami korábban korántsem volt elmondható.

9. Összefoglalás

⁷⁶¹ Az 1872-73-as járvány tapasztalatait foglalja össze Török János: „Hogy a fertőtlenítés nem köztörvényhatósági úton és költségre történt, hanem a bírák egyedüli felelőssége, első fokú fölügyelete mellett, az – miként nagyrészt a betegek rendszeres gyógyítása is, az egész köztisztaság eszközzésével együtt magukra a községekre hagyatott: nem volt célnak megfelelő intézkedés.” – TÖRÖK, 1874, 227.

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, 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.

III. A „kérdéses tehenészetet tehén himlőoltó intézetté alakítani egy kissé kényesnek tartom”⁷⁶² – a himlő elleni védekezés megszervezése Magyarországon (1867-1914)

1. A himlő elleni védekezés múltja

1872-ben a század második felének legnagyobb, utolsó középkori típusúnak mondott járványával, a kolerajárvánnyal párhuzamosan tomboló himlőjárvány kevésbé került az érdeklődés középpontjába. Pedig a himlő a század hasonlóan veszélyes, sok áldozattal járó járványos betegsége volt, mint a kolera.⁷⁶³ Mivel azonban már ismert betegség volt ekkorra, nem volt már olyan riadalmat keltő, mint az ismeretlenből előbukkanó kolera, az ellene való védekezés is lassabban indult meg, s megszervezése tovább is tartott, mint az ország demográfiai fejlődésén évekre nyomot hagyó kolera elleni hatékony intézkedések kidolgozása.

A himlő ellen létezett már hatásos védekezés – az oltás –, míg a kolera ellen nem. Bene Ferenc, a pesti egyetem tanára 1801-ben, alig néhány évvel annak angliai bevezetése után (1798) Magyarországon is gyakorlattá tette himlő elleni oltást,^{764 765} mely – a rendelkezések ellenére⁷⁶⁶ – mégsem terjedt el igazán széles körben⁷⁶⁷, mivel jóideig az orvostudomány sem képviselt egységes álláspontot hatásosságának kérdésében. Amiről pedig a hivatalos orvostudomány nem volt képes nyilatkozni, azt a kormányzati lépések sem támogatták feltétel nélkül.

2. Helyzet a rendezés előtt

⁷⁶² A „gödöllői uradalom Babathi majorjában van ugyan egy holland és egy magyar fajú tehenészet, melyek azonban leginkább a czélból létesítvék, hogy a legmagasabb udvarnak magyarhoni tartózkodása alatt úgy a budai, mind a gödöllői várkastélyok számára kellő mennyiségben jó tej termeltessek – minélfogva a legmagasabb udvarnak előleges tudta és beleegyezése nélkül a kérdéses tehenészetet tehén himlőoltó intézetté alakítani egy kissé kényesnek tartom.” az irat szerint, a Pénzügyminisztérium kezelésében csupán ez a tehenészer maradt, a többi – az átirat tanúsága szerint – ekkor haszonbérben van, tehát a Belügyminisztérium kérdése (1872. máj. 14-ről 10189 (16464) sz. alatti átiratára), t.i. hogy van-e olyan tehenészet a minisztérium kezelésében, melyet tehén-himlőoltóanyagtermelő intézetté lehetne alakítani, csak erre az intézetre vonatkozhatott. – MOL K150-182 -1872-IV-11-6418-10189-26889

⁷⁶³ „Nincs borzasztóbb betegség a himlőnél, mindazon tulajdonságokkal bír, melyek miatt egy nyavajától irtózni lehet. Járványos, ragályos, kínos, életveszélyes, ha nagy foku vagy rossz indulatu, a betegség tetőpontján a test a bőrön, nyákhártyákon kiütött összefolyó, fekete színű emelkedések, hólyagocskák által – egy sebbé válik. A büzt terjesztő sebzés az egész fejre, arcra, szemre, orra, fülre, szájra, lélekzési utakra kiterjeszkedik [...] Az élet halállal küzdő nem lát, nem hall s bár szomjtól gyötörtetik, nyelni, lélegezni alig bír, s ha megszabadul is szenvedéseitől, sokszor súlyos utóbj torzalak marad utána.” – HALÁSZ, 1879, 11.

⁷⁶⁴ Ld. GORTVAY, 1953, 12-16., *Magyar művelődéstörténet*. (Szerk. KÓSA LÁSZLÓ) Budapest, 1998, Osiris. 306.

⁷⁶⁵ Az első oltási kísérleteket Hell soproni és Riegler békési orvosok végezték még 1799-ben, majd Budán Bene és Cseh-Szombathy. – DEÉSI DADAY ANDRÁS: *Adatok a himlő-elleni küzdelem magyarországi történetéhez*. Betegápolásügy 1933/12. 200-203.

⁷⁶⁶ CSMH, III/II. (Concl. Cons. 1802/14.216.), 1527. sz., 24. (Concl. Cons. 1803/8862.), 1540.sz., 46.

⁷⁶⁷ 1826. április 29-én Lenhossék Mihály helytartósági tanácsos, országos főorvos elnöklete alatt megalakult a Himlőoltásügyi Központi Bizottság. E bizottság egyetlen célja az oltás ügyének előmozdítása volt. A bizottság egy tagja, Straub Frigyes által már 1825-ben megfogalmazott véleménye szerint az oltás ügyét mi sem mozdítaná elő jobban, mint ha a papok hívnák föl a figyelmet az oltás szükségességére. Emellett említi, hogy a különféle előítéletek is nagymértékben hátráltatják az oltás ügyét. Straub szerint a legsürgősebb feladat: 1) kellően felszerelt himlőoltó-intézetek létesítése, 2) a szegények ingyenes oltása, 3) a legkevésbé fájdalmas oltás alkalmazása, 4) a gyermekek sok ember jelenlétében történő beoltása, 5) írásbeli felhívások és ösztönzések az oltásra minden szülő részére 6) dícséret az oltásra minden szülő részére, akik beoltatják gyermeküket – látható, hogy az oltások megindulásakor már szinte ugyanazon feladatokat jelölték meg a szakemberek. Ld.: DADAY ANDRÁS: *Adatok a magyarországi himlőoltás történetéhez (1825-1835)*. OK 39, 151-157.

2.1. Az oltóanyag-termelő intézetek hiánya

A himlő a XIX. század első felében vezető halálok, melyre létezett gyógymód, de gyakorlatilag nem történt semmi változás: nem létezett ugyanis elegendő oltóanyag termelő-intézet.⁷⁶⁸ Ugyan volt oltás, csak éppen nem mindenkire kötelezően.⁷⁶⁹ Az 1871-es járvány alatt írja a pesti polgármester: „közegészségi szempontból szükséges és célszerű volna oly országos intézkedésre, hogy a himlő anyag időnként eredeti forrásból megújítatván, mindig a legjobb minőségben fenntartassék, és hogy az egész országban, azon helyekre, hol az hiányzik és szükség mutatkozik, a kellő mérvben kiszolgáltassék.”⁷⁷⁰ Röviden összefoglalva ez volt tehát az egyik óriási akadály, amit a himlő elleni országos védekezés megteremtéséhez le kellett küzdeni. A Budapesti Királyi Orvosegylet javaslata szerint (1872), a védőanyag biztonságos termeléséhez feltétlenül szükséges azt központi felügyelet alá helyezni, úgy, hogy a királyi tehenészetekből, vagy kincstári uradalmakban alakítanak ki oltóanyag termelő-intézeteket.⁷⁷¹ Ezzel a javaslattal Pest város tanácsával együtt a Pénzügy- valamint a Földművelésügyi Minisztériumhoz fordult, mely megegyezett az egylet által korábban kidolgozott megoldással: külföldi mintára a királyi tehenészeteket kellene fölhasználni oltóanyag-termelésre.⁷⁷² Ennek hiányában ugyanis – mint arra az Egylet egy korábbi javaslatában fölhívta a minisztérium figyelmét –, az oltóanyagot sok esetben külföldről szereztek be az oltóorvosok, melynek következtében viszont nem volt biztosított az, hogy az anyag kellően friss, azaz használható legyen.⁷⁷³

2.2. Az érintettek ellenállása

A himlő megfelelő kezelésének másik nagy akadályja volt, hogy a lakosság nem bízott az oltás sikerében, sőt, egyesek annak ártalmasságáról voltak meggyőződve.⁷⁷⁴ A szülők nem gondoskodtak gyermekeik oltásáról, amiről tájékoztat Pest főpolgármester-helyettesének 1871-es jelentése: „Továbbá miután tapasztaltatott az, hogy a szülék – kivált a téli időben – a gyermekek beoltását nemcsak hogy elhanyagolják, de ellenzik is, – ennélfogva felhívtak az összes hivfelekezeti lelkészi hivatalok, az elemi népiskolai igazgató és vezető tanítók, hogy a szülőket a himlőoltásra buzdítsák, és tegyék közzé annak egészség szempontbóli szükségességét és azon körülményt, miszerint a kerületi főorvosok és

⁷⁶⁸ Az első Védhimlő Intézet 1824-ben jött létre Gebhardt Ferenc vezetésével Pesten. Ugyanakkor a gyakorlatban az 1810-es évek föllendülését követően az oltási gyakorlat a későbbiekben visszaesett. – GORTVAY, I. k., 1953. 15.

⁷⁶⁹ Ld. SZÉKELY ÁDÁM: *A védhimlőoltásról*. Budapesti Orvosi Újság, 1904. ápr. 21. 328-331.

⁷⁷⁰ MOL K150-182-1872-IV-11-6418-32347

⁷⁷¹ MOL K150 – 182-1872-IV-11-6418-72-10189 Hozzá kell tenni, hogy kétféle oltóanyag-termelési lehetőség volt. Az első, és az 1890-es évekig használt módszer a karról-karra történő oltás, emberi oltóanyag használatával. A második, melyet a későbbiekben használtak a tehén-himlőoltóanyag alapuló oltás volt. Ehhez volt tehát szükség a tehenészetekre, illetve az oltóanyagtermelő-intézetekre.

⁷⁷² MOL K150-182 -1872-IV-11-6418-10189

⁷⁷³ MOL K150-182 -1872-IV-11-6418-10189, a Buda-pesti kir. orvosegylet 1871. dec. 2-án tartott üléséből kelt levél a BM-nek.

⁷⁷⁴ „A védhimlővel való beoltás sok ellenzőre talál még honunkban, a népnek felsőbb, még több a közép, legtöbb pedig alsó osztálya közt. Azon balhiedelemben vannak még sokan, miszerint a beoltás által sok kórányag elfojtatik, miktől különben himlőzés alkalmával kitisztult volna a gyermek. Különösen uralkodó azon balvélemény, mintha a védhimlő-oltás által a görvélyt kapnák meg a gyermekek. Ilyen és ehhez hasonló balvélemény csaknem teljes meggyőződésre érlelődött már a népben.” DR. KÚN TAMÁS: *A védhimlő beoltása*. VÚ, 1858. dec. 26.

*központi himlő oltó intézet télen is folytatván az oltást és viszontoltást, e tekintetben mindenkinek szívesen szolgálnak*⁷⁷⁵ Az oltással kapcsolatos ellenérzések később sem szűntek, s gyakran éppen azok nem segítették az orvostudomány modern eredményeinek fölhasználását, akik hatni is tudtak volna a lakosságra. Több oly panasz érkezett később is a minisztériumhoz, mint amit Hont vármegye alispánja küldött a vallás- és közoktatásügyi miniszternek, hogy t.i. a lelkészek nem nyújtanak elég segítséget az oltóorvosok munkájához, mivel a gyermekek anyakönyvi kivonatát nem hajlandók – még az orvos felszólítására sem – kiadni az oltást végző orvosnak, aki emiatt gyakran nem is tudja, hogy pontosan hány oltandóval kell számolnia.⁷⁷⁶ A lakosság himlőoltáshoz való viszonyát az általános elutasítás mellett leginkább az befolyásolta, hogy éppen volt-e járvány, avagy sem. Járványos időszakban ugyanis, mindig megugrott az oltások száma.⁷⁷⁷

3. Az első rendezés – vitás kérdések

A kialakult helyzetet csak egy átfogó, az ország minden lakójára kiterjedő szabályozás oldhatta meg⁷⁷⁸, így a himlő elleni védekezés kérdése a szakmai körök által régóta sürgetett közegészségügyi törvény tárgyalásakor is előkerült. Vita azonban nem csak a himlőoltás országos, általános bevezetése, hanem a himlőoltás hasznossága, létjogosultsága körül is folyt.

3.1. Parlamenti vita az oltás kötelezővé tételéről

A közegészségügy rendezéséről szóló törvény parlamenti tárgyalásán, 1875-ben tehát ismét előkerült a himlőoltás kötelező voltának kérdése. Ennek szükségességét az orvostársadalom már régóta megfogalmazta, de mint azt Patrubány Gergely, az országos központi védhimlő oltó-intézet igazgatójának a belügyminiszterhez írt levele bizonyítja, annak végrehajthatóságában nem igen hittek: *„bár annak szükségességétől át vagyok hatva, – mégis ez idő szerint annak keresztül vitelét sem törvényhozásilag sem társadalmilag nem tartom lehetőnek.”*⁷⁷⁹

A képviselők a legkülönbélekeppen érveltek az oltás kötelező voltának kimondása, vagy éppen ki nem mondása mellett. A jogász Hammersberg Jenő álláspontja volt talán a legkülönösebb. A himlőoltással kapcsolatos szülői véleményt a vallási meggyőződéshez hasonlította, melyet ezért – a korszak szellemének megfelelően – az államnak kötelessége tiszteletben tartani. Nézete szerint, ha egy szülő úgy gondolja, hogy az oltás káros gyermeke egészségére, akkor az állam nem tehet mást, mint ezt el-

⁷⁷⁵ MOL K150-182-1872-IV-11-6418-32347

⁷⁷⁶ MOL K150-85 -1870-IV-2-19031

⁷⁷⁷ FRANK ÖDÖN: *Himlő és védőoltás*. Egészség, 1887/1. 35.

⁷⁷⁸ „[...]ha van törvényjavaslat, t. ház, a melyre elmondhatom, hogy azt a szükségesség indokolja, úgy bizonyára ez a törvényjavaslat az: mert csak egy tekintet elmaradott közegészségügyi viszonyainkra, csak egy futó pillantás a legközelebbi járványok alatt szerzett tapasztalatokra és egy pillantás népesedési kedvezőtlen viszonyainkra mindenkit meggyőzhetnek arról, hogy e téren törvényhozásilag mielőbb tenni kell [...]” fogalmazta Gulner Gyula előadó a parlamentben (KN 1875-78, V. köt. 97. ülés. 134.) – A közegészségügyi törvény megalkotását egyértelműen a járványok kivédhetetlennek tűnő támadásai váltották ki.

⁷⁷⁹ MOL K150-182 -1872-IV-11-6418-10189

fogadva, tartózkodik a beavatkozástól.⁷⁸⁰ Vidliczkay József képviselő is Hammersberg véleményét osztotta, mint mondta, eleinte ő is hitt az oltás hatásosságában, de megváltoztatta véleményét, és ezért jobbnak látja, ha nem kerül bele a közegészségi törvénybe a himlőoltás kötelező voltának kimondása. A józanabb hangokat erősítette Knöpfer Vilmos, aki – mint 35 éve egészségüggyel foglalkozó szakember – állította, hogy a magyarországi magas gyermekhalandóság mellett, (állítása szerint a gyermekek ¼-e nem éri meg a felnőttkort), nem szabad megkockáztatni, hogy a himlőoltás fakultatívvá tételével az arány esetleg még rosszabb legyen. Ami pedig a himlőoltás elfogadottságát illeti, nemzetközi kongresszusokon – érvelt – már nagy többségben vannak azok, akik elfogadják a himlőoltás hasznosságát. Tisza László keményebben fogalmazott Hammersberg érveire: szerinte a szabadság addig terjed, míg másoknak nem okozunk kárt, márpedig ha a szülő nem oltatja be a gyermekét, akkor azzal kárt okoz.⁷⁸¹ A himlőoltás kötelező jellegét azonban az ellenvélemények érveivel szemben is elfogadta az országgyűlés.

A közegészségügy „államosítása” a korszak közegészségügyről gondolkodó szakembereinek visszavisszatérő követelménye, mely az elemzők nagy része szerint képes lett volna biztosítani az állampolgárok egyenlő esélyeit az egészségügyi ellátásban.⁷⁸² Olyan intézményről volt szó, mely a közegészségügy terén oly gyakran szembevető egyenlőtlenségeket lett volna hivatva – a lehetőségekhez képest – megszüntetni. Mivel a himlőoltás általánossá tétele nem tartozott a kifejezetten nagy költséggel járó egészségügyi feladatok közé, a törvény indoklásának bátor fogalmazásán nem lehet csodálkozni. Az oltás ügyének állami feladattá tétele s a feladathoz kapcsolódó olyan akkut problémák megoldása azonban, mint az oltóorvosok díjazása és fuvarjának biztosítása, illetőleg fuvar költségének megtérítése nem kevés kormányzati energiát és ügyességet igényelt.

3.2. A himlőoltás az 1876/XIV. tc-ben

Az oltás a törvény szerint tehát kötelezővé vált, de oly módon, hogy a kortársak is felfigyeltek végrehajthatatlanságára. Ugyan a törvény 93.§-a kimondja, hogy: „*A védhimlőoltás, esetleg a felnőttek újra-oltása, évenként minden községben teljesítendő. Szülők és gyámok, általában mindazok, kik gyermekekről gondoskodni tartoznak, kötelesek ezeket éltüknek első évében, a mennyiben valóságos himlőt ki nem állottak volna, beoltani.*” a 95.§ pedig, hogy „*A himlőoltás teljesítése s a himlőanyag szedése és megőrzése körül szükséges elővigyázat 1-10 forintig, esetleg 2 napi fogságig terjedhető büntetés terhe alatt pontosan megtartandó.*”, de a végrehajtást nagyban akadályozta az a fentebb jelzett körülmény, hogy az oltó orvosok gyakran nem is tudták, hogy kik a beoltandó gyermekek, mivel nem jutottak hozzá az anyakönyvekhez. Frank megállapítása szerint a himlőoltás jóformán fakultatív,

⁷⁸⁰ „e részben sem mehet az állam tovább, mint a vallási meggyőződéssel szemben és úgy a mint e tekintetben a jogi állam nem tesz egyebet, mint azt, hogy megengedi mindenkinek szabad vallási meggyőződését követni: úgy mi sem tehetünk erőszakot azon szülők meggyőződésén, kik a himlőoltást határozottan károsnak hiszik. Ebből kiindulva vagyok bátor a t. háznak ajánlani, hogy a 93§ mely a himlőoltás kötelező voltát kimondja, egyszerűen kihagyassék.” KN 1875-78., V. köt. 143.

⁷⁸¹ „én nem hiszem, hogy az államnak joga legyen oly vallást megtúrni, mely emberáldozatot kíván.” U.o., 155.

⁷⁸² Ld.: BALOGH, 1904,177-178., CSATÁRY LAJOS: *A közegészségügy államosítása, tekintettel a közigazgatási reformra.* Egészség 1889/6, 271-276. OLÁH GYULA: *A közegészségügy államosításáról.* KSz 1890/5, 370-383.

amit az állam ugyan elősegít azzal, hogy a sikeres oltásért az orvost 10 ½ kr- al jutalmazza, de a szülőt valójában nem lehet kényszeríteni a beoltatásra.⁷⁸³ Megoldásként javasolja, – külföldi példák alapján –, hogy, indirekt módon, ha az iskolai beiratkozáshoz oltás-bizonyítványra lenne szükség, lehetne a szülőket rávenni a gyermekeik beoltatására. Kiemelte, hogy Budapesten az évente beoltottak száma 2-3000, pedig ennél jóval többen, kb. 10.000-en lennének erre kötelezve.⁷⁸⁴

A törvény hiányosságait a Magyar Orvosok és Természetvizsgálók közegészségi törvényjavaslatának a törvény végleges szövegéből kimaradt rendelkezéseivel ki lehetett volna küszöbölni. Ebben ugyanis szerepelt, hogy az anyakönyvet vezető kötelesek lennének a beoltandók névsorát, illetve az anyakönyvi kivonatot az oltóorvosnak díjtalanul kiszolgáltatni (42§), valamint, hogy iskolába az oltási bizonyítvány nélkül tanulókat, az ipar-iskolába tanoncokat és 20 éves kor alatti cselédeket nem lehet fölvenni (44§).⁷⁸⁵

Ami pedig az orvos felelősségét illeti, az Orvosok és Természetvizsgálók tervezete és az elfogadott törvény szövege egyaránt kimondta az orvos felelősségét a műhibákért és az egészségkárosodásért. A törvény szövege részletezőbb: „*Ha a himlőoltás következtében az oltó-orvos eljárása miatt a beoltott egészségére káros következmény vagy veszély háramlanék, az ügynek szakértői megállapítása után, fenyítő eljárásnak van helye.*” (96. §), míg a tervezet egészen szűkszavú: a 45§ csak annyit mond ki, hogy az oltás során elkövetett műhibákért az oltó orvos a felelős.⁷⁸⁶

3.3. Oltóanyag-ellátás

Az 1876-os törvény indoklásában szerepelt, hogy az állam (a belügyminiszter) feladata a himlőoltóanyag ellátás figyelemmel kísérése, illetve kellő mennyiségű himlőnyirk-termelőintézet működésének biztosítása. A létező központi oltóanyag-termelő intézet 1874-ben megszűnt, feladatait a Bókay János vezette országos szegénygyermekkorház⁷⁸⁷ (majd Stefánia gyermekkorházi egyesület⁷⁸⁸) vette át. A rendelet szerint törvényhatósági szinten az ellátás a tiszti főorvos feladata lett és anyagért kifizetni csak rendkívüli esetben volt lehetséges. Az átszervezés azonban nem segített az országos helyzet rendezésén. Az oltóanyag-ellátás akadozott, és az orvosok gyakran arra kényszerültek, hogy a szükséges anyagot külföldről (Ausztriából) szerezzék be.⁷⁸⁹ Liptó vármegye panasza kiválóan ábrázolta az áldatlan állapotokat: „*megyénk közönsége a kért himlő nyirkot az országos védhimlő oltási intézet igazgatóságától megkapta, ugyan oly kevés mennyiségben, és oly rossz minőségben azonban, hogy még az egy részt már az oltás kezdetén elfogyott, más felül a' vele történt oltási kísérletek az ide csa-*

⁷⁸³ FRANK ÖDÖN: *Himlő és védő oltás*. Egészség, 1887/1.

⁷⁸⁴ U.o. 35.

⁷⁸⁵ *A magyar orvosok és természetvizsgálók Közegészségi törvényjavaslata*. Budapest, 1876.

⁷⁸⁶ A himlőoltás hibái egyrészt az oltóanyag hatástalanságából, fertőtlenítési hiányosságból, vagy az oltandók nem körültekintő megvizsgálásából fakadhattak. Olykor előfordultak oltási műhibák: 1880-ban pl. egy oltást végző helyettes járásorvos bujakórosokat oltott be, akik elkapták a himlőt az oltás nyomán. – MOL K150-898-1881-IV-2-8302

⁷⁸⁷ BM 1874/41.679 Ekkor már beindult a tehén-himlőnyirkre alapuló oltóanyag-beszerezés. A BM 1875/33.573 rendelet szerint természetes tehénhimlőanyag szolgáltatásáért a hatóság 5 Ft-ot fizetett.

⁷⁸⁸ BM 1885/21

⁷⁸⁹ „Oltó orvosaink Bécsből, Gráczból s más oltó intézetekből saját költségén védhimlő nyirkot hozattak és hasonló semleges eredménnyel felhasználták.” – MOL K150- 522 -1876-IV-2-14688-23427

tolt főorvosi jelentés szerint eredményre nem vezettek.”⁷⁹⁰ Az utánpótlás tehát egyáltalán nem volt biztosított, a szállítási nehézségek miatt viszont az oltó-anyag elvesztette hatóképességét, és ez végső soron az amúgy sem nagy bizalommal szemlélt oltás ellen hangolta a közvéleményt.⁷⁹¹

Az oltóanyag-ellátás helyzete a tehén-himlőoltóanyag termelő intézetek elterjedése, majd az állati oltóanyaggal való oltásra való teljes áttéréssel oldódott meg.⁷⁹² Az oltóanyagtermelő-intézetek létrehozása engedélyköteles volt. A létesítésre vonatkozó kérelmet az illető törvényhatóságon keresztül kellett a miniszternek elküldeni. A kérelemben igazolni kellett az oltóanyag-termelésben való jártasságot, valamint, hogy az intézet fölállítása a helyi viszonyok között szükséges, azaz közérdekű.⁷⁹³ Az oltóanyag-termelés tehát ellenőrzés mellett folytatható: a termelő csak saját maga árusíthatta az anyagot⁷⁹⁴, illetve abból ki voltak zárva a járási- és körorvosok, mivel ők – jóllehet szakmai felkészültségük alapján ennek akadályja nem volt – helyhez kötött foglalkozást nem űzhettek.^{795 796}

3.4. A végrehajtás hiányosságai

A helyzet az 1876-os rendezés ellenére nemigen változott, a várakozásokkal szemben a himlő nem tűnt el. A nagy kolerajárvánnyal egyidőben zajlott pesti járványon kívül (1872-73) Jász-Nagykun-Szolnok megyében, Trencsénben, Szepesben és Sárosban 1878-ban volt feltűnő a himlőhalandóság, 1879-ben Árva, Csanád, Heves, Pest, Szepes, Torontál megyék szenvedtek a járványtól. Kassán, Temesváron, Debrecenben és Vas megyében 1886-ban terjedt el a betegség.^{797 798} Az általános helyzet tehát nem felelt meg a közegészségi törvénytől vártnak. Az orvosok helyzete sem lett kedvezőbb a községekben, nem vált könnyebbé a törvény végrehajtása.

⁷⁹⁰ MOL K150- 522 -1876-IV-2-14688-23427

⁷⁹¹ Erre alapozva sürgette Liptó vármegye a minisztériumot a hatékonyabb védekezés szervezésére: „nehogy [...] köznépi körében, annak a' himlőoltás üdvös hatása iránt féligmeddig joggal táplált kételye a közegészségügy kárára még mélyebb gyökeret verjen.” U.o.

⁷⁹² BM 1875/33.573, BM 1881/10.281, BM 1894/51.423, s 1881-ben a központi oltóintézet igazgatósága kiadta a „Utmutatás a tehén-himlőnyirkkel való oltásra” – c. tájékoztatót. – MOL K150-898-1881-IV-2-10281

⁷⁹³ Békés megye közigazgatási bizottsága 1881. márciusában elhatározta, hogy tehénhimlő-intézetet állít föl, s a minisztériumtól szervezeti mintát kért. – MOL K150-898-1881-IV-2-31478, megjegyzendő, hogy az 1870-es évek hólyagos-himlőjárványának tapasztalatai alapján Békéscsaba város a helyi humán oltóanyagtermelő-intézetet kívánta fejleszteni, indokként fölhozva az addig használt oltóanyag silány minőségét. – MOL K150-1640-1888-IV-2-20797

⁷⁹⁴ Az oltások sikertelenségének egyik oka, hogy az oltóanyag – a rengeteg erőfeszítés ellenére – sokszor hagyott maga után kívánivalót. Ennek oka, hogy a himlőnyirk termelők gyakran – a tiltás ellenére – bizományos formában árusítják az oltóanyagot, melynek az a következménye, hogy az anyag elveszti hatóerejét. Ezért a minisztérium az Országos Közegészségi Tanács meghallgatása után a himlő-oltóanyag bizományban történő árusítását megtiltotta, 100 Ft-ig terjedő pénzbírsággal fenyegette, amit, mint kihágást, behajthatatlanság esetén elzárásra lehet változtatni.(1879. XL. 22§) – BM 1890/27.467

⁷⁹⁵ Amihez hozzá kell tenni, hogy a járásorvosok feladata volt az oltóanyagtermelő-intézetek ellenőrzése, tehát e miatt sem volt lehetséges a foglalkozás üzése. – BM 1893/15.362, BM 1893/32.088

⁷⁹⁶ A himlőanyagok beszerzése körül mutatkoztak egyéb problémák is. Néhány járási tisztviselő meg kívánta határozni, hogy az egyes községek honnan szerezzék be az oltóanyagot. Ezt a községek joggal kifogásolták. A himlőnyirk-termelő intézetek ugyanis állami ellenőrzés alatt álltak, és ezért az, hogy a községek hol, milyen intézettől szerzik be a szükséges mennyiséget, (ha az oltóanyag frissességét biztosítani lehetett) gyakorlatilag mindegy volt. – BM 1899/32.947. körr

⁷⁹⁷ Csatár Zsigmond interpellációt intézett Tisza Kálmán belügyminiszterhez a Soroksáron kitört himlőjárvány ügyében: „Soroksáron, Budapesttől egy órányira, a himlőjárvány eddig 110 egyént fosztott meg életétől, 22 egyént pedig az élet legdrágább kincsétől, a szeme világától. Ugyane veszélyes és ragadós betegség – mint értesülve vagyok – már Csepel községben is dül [...] Soroksáron, ugy tudom, hogy a közegészség ügyét, mint városi orvos, egy sebész intézi, még pedig évi fizetés 1 mond: egy öl fáért. Elképzelhető tehát, hogy ha itt megyei, vagy állami beavatkozás nem történik azonnal, a kár öregedni fog, s annál többen esnek áldozatul. Mivel eddig sem a vármegye, sem az állam tényleg fel nem lépett, kórházak felállítását által a betegek az egészségesektől el nem választattak, félni lehet, hogy e veszélyes baj nagyobb tért foglal, és irotzatottabb alakban fog működni.” Képv. Napl. 1878-81, XVI. köt. 329. ülés. 148.

⁷⁹⁸ FRANK, 1887, 31., 34., MOL K150-1425-1886-IV-11-19359

Mégis, leginkább talán nem is az egészségügyi ellátórendszer hiányosságai, hanem maguk a betegek és az oltandók akadályozták meg, hogy az 1876-os törvény után gyökeresen megváltozzon a hazai himlőhelyzet. Az oltással szembeni bizalmatlanság nem csökkent, de még inkább nehezítette a himlővel kapcsolatos munkát az – otthoni, sőt, sok esetben kórházi – elkülönítés lehetetlensége.⁷⁹⁹ A magyarországi lakáshelyzetet a XIX. század utolsó harmadában a hihetetlen ínség jellemezte – főképp a városokban –, ugyanakkor vidéken sem volt lehetőség annak biztosítására, hogy a fertőző betegek lehetőleg elkülönítve legyenek az egészségesektől. Ekkor a megfelelő megoldás a „közjó érdekében” (Csatár, i.h.) a további kórházépítés lett volna, ami ugyan rohamléptekkel folyt, de az új kórházak korántsem elégtették ki az igényeket.

4. A kötelező újraoltás bevezetése (1887) – a kérdés megoldása

A himlőoltás kérdését az 1887/XXII. tc., immár részletesen és a közegészségügyi törvényhez képest hatékonyabban újraszabályozta. Az 1887-es tc. hatályon kívül helyezte a közegészségügyi törvény 93. §-át, mely túlságosan rugalmasan írta elő az oltási kötelezettség teljesítését.⁸⁰⁰ Ennek helyébe sokkal rendszerezettebb és szigorúbb szabályozás lépett, melynek eredményeképp a himlő a századfordulóra lényegében visszaszorult, a XX. század eleji egészségügyi statisztikák már nem is említették halálózási okként és a rendeletanyagban is alig található himlőoltással kapcsolatos forrás.

A törvény 3. §-a – hasonlóképp az 1876-os törvény vonatkozó szakaszához – kimondja, hogy a gyermekeket a szülők és gyámok, gondozásra kötelezettek kötelesek beoltatni, kivéve, ha valóságos himlőn már átestek, azaz már nem fenyegeti őket a betegség. Ami viszont újdonság, hogy az új szabályozás nem elégszik meg azzal, hogy kimondja az oltás és esetleg az újra-oltás (az 1876-os tv-ben a felnőttekre) lehetőségét, hanem előírja, hogy az oltásnak eredményesnek kell lennie. Azaz, ha az oltás az oltóorvos véleménye szerint eredménytelen,⁸⁰¹ akár többször is meg kell ismételni. (2.§) Az új szabályozás egyes megoldásaiban visszanyúlik a Magyar Orvosok és Természetvizsgálók közegészségi törvényjavaslatára, annyiban, hogy az iskolai tanulók (valamint az ipartanoncok) felvételük alkalmával kötelesek igazolni vagy az oltást, vagy hogy már átestek a betegségen. A törvény bejelentési kötelezettséget telepített a tanítókra, akik ily módon a himlő-ellenes küzdelem fontos szereplőivé váltak. A többi, ehhez hasonló potenciális járványgócra vonatkozó rendelkezés: az „aggápoldákban”, a szegényházakban, az elmeorvosintézetekben, a büntetés-végrehajtási-intézetekben, azaz mindenhol, ahol „*egyének hosszabb ideig tömegesen tartatnak*” (6§), az igazgatót hatalmazta föl arra, hogy azokat,

⁷⁹⁹ Hiába érvelt Csatár, hogy „Ha a himlő csakugyan ragályos, akkor [...] oda kell hatni, hogy a betegek az egészségesek közeléből eltávolíttassanak, és gondos ápolásban részesíttessenek. Ezen intézkedések sem Soroksáron, sem Tökölön, sem Csepelen nincsenek keresztül vize.” – KN 1878-81, XVI. köt. 329. ülés. 148.

⁸⁰⁰ Hozzá kell tenni, hogy a közegészségügyi törvény himlőoltással kapcsolatos rendelkezéseit már a törvényelőkészítés során bírálták a szakmai körök. Ld.: *Néhány észrevétel a belügyminiszterium megbízásából készült közegészségügyi javaslat fölött.* Államorvos, 1873/18. 145-150.

⁸⁰¹ „Hova gyakrabban találkozik a' hivatal a panasszal, hogy a' megyénkben évente hatóságilag eszközöltetni szokott védhimlő oltásnak semmi vagy legalább igen csekély a foganatja, – minek oka egyesegyedül azon körülményben rejlik, hogy itt vidéken jó minőségű friss oltóanyagot nem kaphatván” – Liptó 1876-os jelentése a Belügyminisztériumnak (MOL K150-522 -1876-IV-2-14688-23427)

akik egyáltalán nem, vagy öt évnél régebben voltak beoltva, beoltassa, illetve újra oltassa. Ha pedig járvány törne ki az intézményben, akkor az igazgató – az intézet orvosának véleménye alapján – elrendelhetette az újraoltást. (6§)

Ezzel a szabályozással tehát egyrészt törvényi szinten sikerült rendezni azoknak a különösen veszélyes járványgócoknak a helyzetét, mint amilyenek például a tébolydák voltak, másrészt az iskolaigazgatók segítségével sikerült kellő nyomást gyakorolni a szülőkre a gyermekek beoltatása érdekében. Ezen túlmenően az Orvosok és Természetvizsgálók javaslatának megfelelően belekerült a törvénybe, hogy a cselédek kötelesek igazolni, hogy be vannak-e oltva. (10§)

Járvány esetén a törvényhatóság – a belügyminiszter beleegyezésével – a hatósági orvosok meghallgatása mellett az egész lakosságra, vagy arra a részére, mely lakásánál, életmódjánál fogva a leginkább ki volt téve a fertőzésveszélynek, a kötelező újra-, esetleg a kényszeroltást elrendelhetette. (10§)

802

Aki gyermekek beoltatására volt kötelezett és azt elmulasztotta, első esetben szóbeli megintésben részesült, másodszor 1-50 Ft, harmadszor pedig 300 Ft-ig terjedő pénzbírság sújthatta. (Ezek – a kihágási tv. alapján – elzárásra is átválthatók voltak. (11§)) Ugyanígy pénzbüntetést helyezett kilátásba a törvény azoknak az iskolaigazgatóknak, kik olyan tanulót vesznek föl, aki nincs beoltva, illetve azoknak a hatósági közegeknek, orvosoknak, akik hiányosan hajtják végre a törvény rendelkezéseit.

5. A végrehajtás – a BM 1887/40.180 sz. rendelete⁸⁰³

Az oltás végrehajtása a törvényhatóságok területén létrehozott oltókörök szerint történt. A tiszti főorvos készítette el az erre vonatkozó tervet, melyben nem csak az oltókörök meghatározása, hanem az oltó orvosok megjelölése is szerepelt. A javaslatról az illető törvényhatóság első tisztviselője döntött, megállapítva így az oltóköröket és az oltóorvosok személyét is. Az elsőfokú közegészségi hatóság értesítette a kijelölt oltóorvost és a vármegyékben a főszolgabírói járáshoz tartozó községek előljáróságait.

Az oltóorvosok a születési anyakönyvek alapján állították össze az oltandók listáját. Ugyanők, a helyi elsőfokú egészségügyi hatóság vezetőjével (törvényhatóságokban a tiszti orvossal) dolgozták ki az oltások pontos végrehajtásának tervét, figyelemmel a helyi viszonyokra, majd a javaslatot bemutatták a tiszti főorvosnak, aki a kidolgozott terven még változtathatott, majd a végleges változatot bemutatták a törvényhatóság első tisztviselőjének, aki végül is elrendelte az oltás végrehajtását.

Az oltás nyilvánosan, bizottság előtt történt. Tagjai:

- 1) az oltóorvos,
- 2) a városokban az elsőfokú egészségügyi bizottság vezetője, vagy ennek megbízottja,

⁸⁰² BM 1896/28.637

⁸⁰³ BM 1887/40.180 – Szabályzat a védhímlőoltást közelebről szabályozó 1887. évi XXII. törvénycikk végrehajtására vonatkozólag.

- 3) községekben a községi bíró, vagy helyettes bíró,
- 4) a tanács egy erre kirendelt tagja és a lelkész, vagy lelkészek.

Ha nem csak egy községből rendelték be az oltandókat, akkor minden község bírója, vagy helyettes bírója és minden községből egy tanácsbeli tagja volt a bizottságnak. Az ilyen végrehajtással mintegy teljes mértékben községi ügyé vált az oltás, és az, hogy a papok, illetve lelkészek is az oltóbizottság tagjai voltak, hogy a közösség életét meghatározó személyek részt vettek az oltás végrehajtásában, annak elfogadottságát is növelték.

A szabályozás lehetőséget biztosított arra, (már az 1876-os is), hogy magánorvos is beadhassa. Akik azonban ezzel a lehetőséggel kívántak élni, vagy már éltek, a hatósági oltást megelőzően, kötelesek voltak azt a bizottságnak – az oltási időpont megjelölésével – bejelenteni, illetve, ha már megtörtént az oltás, akkor az illető orvos által kitöltött oltási bizonyítványt bemutatni.

Ha az oltás az oltóorvos véleménye szerint nem sikerült, akkor azt az orvos rögtön megismételte (tehát még ugyanabban az évben), s csak akkor került sor az ismételt beoltásra a következő (esetleg a harmadik) évben, ha ez az oltás is sikertelen maradt.

Az oltást végezheték „karról-karra” módszerrel, ebben az esetben a himlőnyirkot olyan, 6 hó és 5 éves kor közötti egészséges gyermektől szedték, akinek szülei is egészségesek voltak. Az ilyen oltásnál az oltóorvosnak a himlőoltási jegyzőkönyvbe be kellett iktatnia az oltóanyag származását. A himlőoltásokról szóló jegyzőkönyvet október 1-jén kellett lezárni, s bemutatni az elsőfokú közegészségi hatóságnak. Ehhez csatolni kellett:

- 1) az oltást nem kaptak névsorát,
- 2) azok névsorát, akik egyéni indokból nem lettek beoltva,
- 3) és a magánorvosok által beoltottakat.

Az elemi iskolákba jelentkező, de még be nem oltott gyermekekről a tanító az elsőfokú egészségügyi hatóságnak a felvételtől számított 3 napon belül jelentést tett, s ennek vételétől számított 10 napon belül a hatóság intézkedett az oltás végrehajtásáról. A tanítók kötelesek voltak az újraoltást is figyelemmel kíséreni, így a 12 éves korukig újra nem oltott tanulók és iparos tanoncok névsorát az elsőfokú egészségügyi hatóságnak beterjeszteni, mely névsorból a hatóság összeállította az oltandók névsorát, ezt kiadta az oltóorvosnak, és az oltási eljárás tervét beterjesztette a törvényhatósági főorvosnak. Az újraoltás a községekben a szokásos módon zajlott, ekkor is bizottság előtt, az újraoltottakat ugyanúgy pontos jegyzékbe vették. Az újraoltást is végezhetette magánorvos, de ekkor – az első oltáshoz hasonlóan – a beoltott a magánorvos bizonyítványával volt köteles igazolni az oltás megtörténtét.

Az oltásokért az állam fizetett díjat, az elsőért ugyanúgy, mint az 1876-os rendezésben, a további oltásokért pedig oltásonként 5 kr-t, melyet a belügyminiszter utalt ki az oltóorvosoknak. Az utalás feltétele a törvényhatóság által vezetett újraoltási jegyzőkönyv pontos kiállítása és hitelesítése volt.⁸⁰⁴ Ma-

⁸⁰⁴ BM 1895/5071

gánorvosoknak az oltásokért nem járt állami díjazás, ugyanígy azokért az oltásokért sem, melyeket az újraoltásra nem kötelezettek végeztettek el önként.

6. Himlőhelyzet a század végén

Járványok a szigorú szabályok ellenére előfordultak, s a halálozási mutatók az egyes szigetszerű megbetegedéseken túl is a himlő-helyzet időszakonkénti rosszabbodását mutatták.⁸⁰⁵ „A fertőző betegségek elterjedéséről szerkesztett s a törvényhatóságokból ide beérkezett időszaki kimutatásokból azon feltűnő jelenség tapasztalható, hogy a hólyagos himlő az országban fokozatosan terjed s már olyan méreteket öltött, mely az előző évek viszonyaihoz képest határozott nagyfokú rosszabbodást jelent, pedig már az előző kedvezőbb években is a járvány oly mérvű volt, mely messze túlhaladta a himlő elterjedése ellen fogantatosított intézkedések tekintetében a mienkhez hasonló institúciókkal bíró művelt államokban felmerült halálozások számát.” – állapította meg Chyzer 1896-ban.⁸⁰⁶

A himlő terjedésére fölfigyelt miniszter megállapította – részben Chyzer munkája nyomán –, hogy: „e betegség folytán mutatkozó halálozások száma messze túlhaladja azon népesebb és művelt országokban mutatkozó halálozások számát⁸⁰⁷, melyekben a himlő elterjedésének meggátlására a mienkhez hasonló intézkedések vannak használatban és a hol a törvényes oltási kényszer kevésbé szigorú, mint nálunk”.⁸⁰⁸ Azaz valami elkerülte a közegészségügyi közigazgatás figyelmét, bizonyos okok hátráltatták Magyarországon a himlőellenes munkát. Ez pedig az oltások végrehajtásának tökéletlensége, a hatósági ellenőrzés elégtelensége, a különösen veszélyeztetett és a „nehezen elérhető” csoportok oltásának elmulasztása volt.⁸⁰⁹

6.1. Veszélyeztetett csoportok a társadalom periferiáján

Az oltás végrehajtása, bizonyos társadalmi rétegek körében gyenge lábakon állt még 1896-ban is. A kiadott rendelet szinte visszhangozta a Chyzer által megfogalmazottakat, és nyomatékosan fölhívta a törvényhatóságokat arra, hogy a himlőoltásokat a vonatkozó törvény és a rendelet szerint hajtsák végre. Ami pedig eddig még nem jelent meg a himlővel kapcsolatos védekezés eszköztárában, a kormányzat fölhívta a hatóságokat arra, hogy az oltást végző egészségügyi személyeket „eljárásukban esetleg karhatalommal is támogassa”.⁸¹⁰ A rendelkezés főleg a vándorcigányokra vonatkozott, kiknek

⁸⁰⁵ MOL K150-2693-1896-IV-2-28637

⁸⁰⁶ MOL K150-2693 -1896-IV-2-28637

⁸⁰⁷ Míg Németországban 100.000 lakosra 0,36, Magyarországon 4,61 a himlőben meghaltak száma.

⁸⁰⁸ BM 1896/28.637., a hólyagos himlő terjedésének meggátlása tárgyában.

⁸⁰⁹ Chyzer megfogalmazása szerint: „Semmi kétség nem forog fenn ugyanis aziránt, hogy e körülmény a hatósági eljárás könnyelműségében, felületességében, a törvényes intézkedések elhanyagolásában és a szükséges ellenőrzés hiányában leli magyarázatát. Micsém bizonyítja ezt egyebek között élénkebben, mint az, hogy a közigazgatási hatóságoknak a himlőben történt halálozásoknak csupán $\frac{1}{6}$ -od része jut tudomására, hogy a himlő leginkább kütelkeken, tanyákon mutatkozik, a melyek lakosságának beoltása több utánjárást és fáradságot igényel, hogy a ragályt legtöbb esetben cigányok hurcolják szét, kiknek lehető nyilvántartása és beoltásuk ellenőrzése érdekében a hatóságnak éber tevékenységet kell kifejteniök, de azt elmulasztják.” – MOL K150-2693 -1896-IV-2-28637

⁸¹⁰ BM 1896/28.637., ehhez kapcsolódva a BM 1896/93.610/VI.a. fővárosához címzett leirata nyomán született a 1136/896. k.gy. sz. alatt hozott határozat, mely elrendelte a város területén átvonuló vándorcigányok oltását.

esetében különösen nehéz, csaknem lehetetlen volt az oltás végrehajtása, tekintve, hogy az a nyomás, amit az elemi iskolába, vagy az ipartanintézetbe adáskor megkövetelt oltási bizonyítvány jelentett, e csoport esetében aligha fejtett ki különösebb hatást. A rendelet ezért nem késlekedett az egyetlen megoldást, az oltás erőszakos végrehajtását elrendelni. Ha tehát egy vándorcigánycsapat átvizsgálása során nem fedezték föl a himlőoltás nyomát, akkor minden további nélkül be kellett oltani az érintetteket, mégpedig akár a karhatalom segítségével.

A másik himlő által veszélyeztetett csoport a tanyasi lakosság volt. Míg az előbbi csoport egyértelműen mint betegségterjesztőként került a figyelem fókuszába, az utóbbi azért, mert ebben a körben a himlő-halandóság sokkal magasabb volt a megszokottnál. Ennek oka pedig az oltás hiányából fakadt, ugyanúgy mint a vándorcigányok esetében, itt arról volt szó, mint ahogy Chyzer írja, hogy az oltás végrehajtásával megbízott hatóság nem vette a fáradságot, hogy a helyszínen végezze az oltást. Más módon pedig – az életmódbeli okok miatt nem várható, hogy sikeres legyen az oltás ügye.

6.2. A bejelentés kérdése

A fertőző betegségek elleni küzdelem egyik alapja, a betegségek bejelentése sem történt a hatóságok szándéka szerint. Amint azt a rendelet és Chyzer megállapította, a himlő-halálesetek $\frac{1}{6}$ -a jutott a hatóságok tudomására⁸¹¹, annak ellenére, hogy a bejelentési kötelezettséget már az 1876-os szabályozás is tartalmazta. Márpedig, a járvány – a himlő esetében – megállítható úgy, ha kellő időben jut a hatóság tudomására és az újraoltás, illetve az elkülönítés eszközeivel lép föl. Ez utóbbi persze a kitört járvány esetén is alkalmazandó eszköz, azonban hasonlóképp egyes veszélyeztetett csoportok be – és újraoltásához, az esetek többségében ez is lehetetlennek bizonyult. Ebben nem csak a kor lakásviszonyai játszottak szerepet. Még azokban az esetekben is gondot jelentett az elkülönítés, amikor az nem az otthoni, azaz az ápolás idejére szóló elkülönítés, hanem az egyéb közösségi térben való elkülönítés lett volna. Jónéhány fürdőben nem volt elkülönített helyiség a fertőző betegek számára. Ugyan nem valószínű, hogy egy hólyagos himlőben szenvedő a fürdőt választaná gyógymódként, de mindenesetre az a tény, hogy rendeletben hívta föl a miniszter a fürdőbeli elkülönítés szükségességére az érdekelteket, élesen megvilágítja a hazai higiéniai viszonyok egy szeletét.⁸¹²

7. Összefoglalás

A himlőellenes intézkedések kidolgozása beleilleszkedik a magyarországi egészségügyi, közegészségügyi reformok XIX. század végi sorába. A himlő elleni védőoltás bevezetésének század eleji kísér-

⁸¹¹ „a történt betegedéseknek csak kis része, a halálesetek számának pedig alig a fele jut a bejelentések s az ezek alapján összeállítva ide felterjesztett kimutatásai által tudomásomra” – BM 1898/12.836, a közveszélyes fertőző betegségek bejelentésének pontos fogantatása tárgyában.

⁸¹² „a távoli vidékekről összejött fürdőközönség körében indokolt aggodalomra adtak okot, sőt, a fürdőközönség félénkebb részét a fürdő elhagyására bírták.” – BM 1899/28.821

lete 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 szolgáltathattak 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.⁸¹³ Ugyanakkor, amire az egyes forrásokból következtetni 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 közegészségügyi személyzete számára, s ez nem csoda. Akkor, amikor az oltóorvos fuvarozásának költségei kapcsán parázs viták kerekedtek a 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.

⁸¹³ 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.

IV. A trachoma elleni védekezés megszervezése Magyarországon (1884-1903)

A trachoma⁸¹⁴, vagy ahogy még hívták, a szemcsés kötőhártyalob, illetve egyiptomi szembetegség viszonylag új betegségként jelent meg Magyarországon. Egyiptomi szembetegség, mivel a megfigyelések szerint a napóleoni expedíciós hadsereg katonái kapták meg Afrikában és ők vitték haza Európába.⁸¹⁵ A betegség fertőző szembetegség tehát, mely az esetek kis részénél vakságot okozhat.⁸¹⁶ Elsősorban a hadseregek mozgásának köszönhetően gyors európai terjedését, így a francia után az angol hadseregben, majd közvetítésükkel az egész kontinensen széles körben elterjedt.⁸¹⁷

1. A trachoma megjelenése Magyarországon

Magyarországra is a katonaság közvetítésével érkezett a szembaj.^{818 819} A határőrvidéken az 1870-es évekig katonacsalládok laktak. Itt a katonák viszonylag rövid időközönként három-öt napra őrszobába vonultak, ahol általában nem cserélték az ágyneműt a megfelelő gyakorisággal, így szolgálatváltáskor könnyen fertőződtek az egészségesek. A behurcolt trachoma a határőrvidéki házközösségi életforma miatt gyorsan terjedt a helyi lakosság körében is, annál is inkább, mivel a katonáorvosok sem dolgoztak elég gondosan.⁸²⁰

A határőrvidék megszüntetése után a katonai sebészek polgári orvosokként folytatták munkájukat, így a helyzet változására nem lehetett számítani. Végül 1883-ban a pancsovai törvényszéki elnöknek föltűnt a tárgyalásokon megjelentek között gyakori szembaj⁸²¹, az ő jelentése nyomán a Belügyminisz-

⁸¹⁴ A trachoma szót Bendz dán katonáorvos terjesztette el 1858-ban – KERESKES PÁL: *A trachoma kór- s gyógytana*. Gyógyászat 1904, 405-408. 405.

⁸¹⁵ GRÓSZ ALBERT: *Jelentés a Nagyváradi Szemgyógyintézet működéséről 1872-1882*. Nagyvárada, 1883, Hollósy ny. 9. ZAJÁCSZ MAGDOLNA: *Bonaparte Napóleon szerepe a trachoma elterjedésében*. Debreceni Szemle II. évf. 4. sz. 1994. dec. 565-569.

⁸¹⁶ A betegség első stádiumában a kötőhártya megvastagodik, felületén csomók, ún. trachomacsomók képződnek. (Innen a „szemcsés kötőhártyalob” elnevezés.) Az esetek 5-10%-ban a betegség átterjed a szaruhártyára is, mely már egyre nagyobb fájdalmat okoz, és kezdi zavarni a látást is. Ekkor előfordulhat, hogy a szempillaszőrök a szemszög felé fordulva nőnek (ún. vadszőrök), gyulladást okozva. A betegség a beteg szem váladéka útján terjed. Ld.: *A trachoma-ügy Magyarországon 1883-1900*. közzéteszi a M. Kir. Belügyministerium, Budapest, 1900, 6. CSAPODI ISTVÁN: *A szem*. Egészség, 1887, 134-147. 139.

⁸¹⁷ GOLDZIEHER VILMOS: *A trachoma kórtana*. Budapesti Orvosi Újság, 1905. jún. 15. 497-508. 497.

⁸¹⁸ KERESKES PÁL: *A trachoma története*. Gyógyászat, 1904/ 9. 141-142, 10., 155-156, 11., 172-174., továbbá Friedrich Jaeger, akik szerint már 1832-33-ban igen erős trachomajárvány lépett föl a például a pétervárad határőr-ezred 2-ik és gradiskai ezred 1. és 2. zászlóaljában, ahol a legénység 74%-a volt beteg. – *Die ägyptische Augenentzündung*. Wien, 1840. hivatkozik FEUER, 1895.

⁸¹⁹ „Kalocsán a nép egész határozottsággal állítja, hogy szembajuk a 30 évvel ezelőtt ott állomásozó dzsidásoktól származik.” – FEUER NÁTHÁN: *A trachoma elterjedtsége Magyarországon és az ellene elrendelt hatósági eljárás*. (Az Orvosi Hetilap Tudományos Közleményei – különlenyomat- XXXIX. évfolyam, 1895. Szemészet 4-5.sz. 12.), FEUER: *Die Verbreitung des Trachoms in Ungarn*. Stuttgart, 1897.

⁸²⁰ A házközösség több család sajátos közös tulajdoni formákon alapuló közössége, melynek egyes elemei már a XVII. sz-ban megjelentek, majd a XVIII. sz-ban részletesebben szabályozták (Hildburghausen-statumum, 1737), s csak a XIX. sz. végén számolták föl. (1885/XXIV. tc.) – ld. STASSIK FERENC: *A volt határőrvidéki házközösségek*. Nagybecskerek, 1900, Pleitz.

⁸²¹ A pancsovai járáson kívül a szintén Torontál megyéhez tartozó alibunári és antalfai, valamint Temes megye kubini járása volt érintett. Torontál megyében készített felmérés szerint a megye 104631 lakosa közül 4949 volt trachomás, Temes megyében a betegek száma 77. – Ld.: 1886. évi V. törvénycikk indokolása a szemcsés köthártyalob (trachoma) terjedésének megállításáról.

térium elrendelte a helyzet törvényhatósági szintű, járásorvosok által végzett megvizsgálását, melynek nyomán kiderült, hogy észak-Magyarországon kisebb⁸²², a délvidéken nagyobb mértékben jelen van a trachoma.⁸²³

A jelentés Torontál megyére irányította a figyelmet, így minisztérium egy szemészt, – Feuer Náthánielt⁸²⁴ – küldte a helyzet megvizsgálására.⁸²⁵ Ő először a járási helyzetet mérte föl. Megállapította, hogy a betegség terjedésében a házközösségi életforma kulcsszerepet játszik, s a kezelés nehézségekbe ütközik. A betegek részéről tapasztalt ellenállás miatt javaslatára a megye közigazgatási bizottsága felhatalmazta a községi bírakat, hogy az ellenszegülő betegeket 1-1 Ft pénzbírsággal büntessék. A minisztérium a torontáli szemle alkalmával meghagyta neki, hogy vizsgálja meg Pancsovát is, mivel a jelentés szerint itt is voltak betegek, illetve, mert a helyzet kezelésére a közkórház mellett elkülönített szemészeti osztály berendezését tervezték, és tanácsokat vártak a kiküldött szakembertől.⁸²⁶ Feuer jelentésében beszámolt róla, hogy a trachoma széles körben elterjedt a tanulók között is, és javasolta, hogy az otthoni kezeléseknél ellenállókat a szemesztálynak föl kellene vennie kezelésre, illetve szorgalmazta, hogy az egyes eseteket jelentsék be a városi hatóságnál.⁸²⁷

Feuer fölismerte, hogy a trachomát a lakosság katonaként hurcolja haza Bukovinából, Krajnából és olasz területekről.^{828 829} Megállapította, hogy a megismert körülmények között a gyógyítás hosszan elhúzódó munka lehet. A szakvélemény megemlítette, hogy Ausztriában, Belgiumban, Olaszországban és Poroszországban nagy területek fertőzöttek már, de ott ennek ellenére lényegében nem születtek hatósági intézkedések.⁸³⁰

2. A trachoma elleni védekezés megindulása

A védekezés megindulása 1883-1884 telére tehető. Feuer jelentése nyomán az Országos Közegészségi Tanács több intézkedés megtételét javasolta. A Tanács megállapította, hogy a védekezés megszervezése (a katonaságra tekintettel) országos ügy. Az 1850-es években, trachomás katonák számára létesített „üdülőhely” mintájára hivatkozva szerepelt a javaslatban az „üdülési menházak” felállítása.

⁸²² A vizsgálat nyomán kiderült, hogy a trachoma már megjelent az északi vidékeken is. Nyitra vármegyében a rendelet (BM 1883/60.151) nyomán a járási orvosok által végzett vizsgálat szerint a privigyei járásban már néhányan fertőzöttek, minek okát az orvosok a rossz lakásviszonyokban jelölték meg. – MOL K150-1884-IV-16-893

⁸²³ Temes vármegye kubini járásának több községében volt jelen a trachoma, ezért a minisztérium a megyét részletes jelentéstételre hívta föl. (BM 1883/46.436) A járási orvos jelentésében két jelenségre hívta föl a figyelmet: egyrészt a betegek igyekeztek kivonni magukat a gyógykezelés alól, másrészt a katonaköteles korosztály tagjai megfertőzik magukat a szolgálat alóli fölmentés reményében. Ezek nyomán az alispán elrendelte a kényszergyógyítást a közegészségügyi törvény 82§-a értelmében, valamint a bejelentési pénzbüntetés terhe mellett kötelezettségről a községi elöljáróság útján tájékoztatta a lakosokat. – MOL K150-1883-IV-16-54317

⁸²⁴ Feuer ekkor honvédszászlóaljbeli ezredorvos volt – MOL K150-1884-IV-16-38845

⁸²⁵ BM 1883/47881/VIII

⁸²⁶ BM 1883/52495/VIII

⁸²⁷ MOL K150-1884-IV-16-33161

⁸²⁸ FEUER, 1895

⁸²⁹ Reizner állítása szerint Szegeden már 1878-ban, az újoncozásakor fölfigyeltek a trachomára, a hatóság felterjesztést is tett, de nem lett semmi következménye. – REIZNER JÁNOS: Szeged története I-IV. Szeged, 1899-1900, Kiadja Szeged Szab. Kir. Város Közönsége. III. k.185.

⁸³⁰ *A trachoma-ügy Magyarországon 1883-1900.* közzéteszi a M. Kir. Belügyministerium, Budapest, 1900. 9.

A szakmai grémium ezen túl szükségesnek ítélte a korábban már működött országos szemorvosi állás mintájára, a minisztérium központi állományában alkalmazandó szemorvosok munkába állítását. Végül megállapította, hogy a törvényhatósági keretek között működő kiküldött orvosok rendszere, már csak a napidíjak kifizetése körüli gondok miatt is, hosszú távon nem működőképes, illetve, hogy hasznos lenne, a trachoma gyógyításával is foglalkozó községi orvosokat külön, állami díjazásban részesíteni.⁸³¹

A szakvélemény nyomán Feuer a minisztériumtól megbízást kapott a trachomautasítás megfogalmazására.⁸³² Miután az OKT a tervezetet kedvezően véleményezte, 1884 márciusára elkészült az első trachomautasítás⁸³³, így lényegében 1884-et tekinthetjük a trachoma elleni átfogó védekezés kiindulópontjának. Az utasítás két részből áll. Az elsőben a lelkészek, tanítók és az érintettek számára a betegségről szóló egyszerű ismertetés, valamint a hatósági eljárás leírása található, míg a második az orvosoknak szól, a trachoma részletes leírásával. Az utasításból pontosan kiderül, hogy miért olyan fontos az állam számára a betegség elleni föllépés: *„A szemcsés kötőhártyalob (trachoma, egyiptomi szembetegség) hazánknak több részében mindjobban elharapódzik és valóságos átokká válik, mely a népet nemcsak mód nélkül károsítja nemzetgazdasági tekintetben, de egyszersmind annak véderő-képességét is csökkenti.”* – Azaz amint más esetben is, a hatósági intézkedés egyik indokává a gazdasági szempont, míg a másik meghatározó okká a katonai szolgálat teljesítéséhez fűződő állami érdek sérelme vált.

Az utasításból kiderül, hogy ekkor még az sem volt teljesen tisztázott, hogyan is terjed a betegség.⁸³⁴ Viszont tekintettel a katonai érdekekre, a gyógykezelés végrehajtását a lehető legszigorúbb eszközökkel igyekezett biztosítani. A betegek tehát kötelesek voltak a rendelést az orvos utasításai szerint látogatni. A mulasztókkal szemben pedig határozottan lépett föl: az intézkedések be nem tartása kihágásnak minősült, mely 5-100 Ft-ig terjedő pénzbüntetéssel, vagy 1-10 napig terjedő elzárással büntetendő, s lehetővé tette a kényszergyógyítást is: *„Az orvos által betegnek nyilvánítottak ugy saját, valamint polgártársaiknak érdekében, kikre nézve nyilvános veszélyt képeznek, a legnagyobb szigorral kényszerítendő, hogy magukat gyógykezeltessek.”* A mulasztó hatósági közegekkel szemben pedig fegyelmi eljárást helyezett kilátásba.

Hatósági intézkedésként az utasítás rendelkezett arról, hogy ha (kisebb helységben) sok beteg lenne egy területen, akkor külön rendelőt kell berendezni (a beszerzendő felszerelés pontos megadásával), nagyobb városokban ellenőrzést rendelt a tömegszállításokon, a hazatérő katonákra, iskolákra és a betegek családjaira, s az ellenőrzést végző orvosoknak jelentési kötelességük volt a városi tanácsnak. Ezen kívül, a trachomával érintett városokban egy szemosztály (szükség esetén ideiglenes) fölállítását

⁸³¹ MOL K150-1884-IV-16-6679, a Tanács jelentésében említi ugyanakkor, hogy már 1882-ben tettek javaslatot a kérdés megoldására, továbbá, hogy a védekezés megszervezésének egyik igen komoly akadálya a trachoma gyógyításához értő orvosok hiánya.

⁸³² MOL K150-1884-IV-16-25581

⁸³³ BM 1884/51.066, nemzetiségi nyelveken is – MOL K150-1310-1885-IV-16-22494

⁸³⁴ Azt ugyan helyesen állapította meg, hogy ennek a közös törülköző használata a leggyakoribb módja, de ezen túl fölvetette a levegő útján történő fertőződés lehetőségét is. Fölöslegesnek ítélte a korábbi gyakorlatot, mely szerint a trachomás beteg szobájának padlóját fölszedték, falát levakarták.

rendelte el, mely osztály orvosa köteles volt a vagyontalanoknak meghatározott időben ingyen rendelést adni.

A trachoma elleni védekezés első szakasza lényegében a közegészségügyi törvény rendszere alapján állt. Azaz a védekezés megszervezése az általános járványellenes védekezés rendszerébe illeszkedett, így a cselekvésre kötelezettek a községek és a törvényhatóságok voltak. Ezeknek kellett megszervezni az ellenőrzést, a rendelőt, illetve a szemosztály fölállítását és nekik kellett gondoskodni a gyógykezelés folyamatoságáról. A közegészségi törvény alapján rendelte el a minisztérium a kényszergyógyítás lehetőségét is.⁸³⁵

2.1. A külön szabályozás szükségessége

A kezdeti intézkedések tehát egyszerű és látszólag hatékony eszközökkel biztosíthaták volna a trachoma továbbterjedését. A valóságban azonban nagyon nehéz feladat elé került a hazai közegészségügyi igazgatás. Azon az általános akadályon túl, hogy nem állt kellő számú orvos rendelkezésre az országban, hogy a községek körorvos-ellátottsága igen egyenetlen volt az egész korszakban, valamint hogy a községek többsége – a járványsújtottak főleg – nem rendelkezett elegendő anyagi eszközzel a szükséges intézkedések végrehajtására⁸³⁶, a betegség természete is megnehezítette az ellene való hatékony föllépést. A trachoma ugyanis bizonyos stádiumig nem okoz különösebb panaszokat, főként nem olyanokat, melyek munkaképtelenné tennék a beteget. Ezért valósággal lehetetlen volt a korai stádiumban lévő betegek rendszeres kezelésének végrehajtása.

A védekezés, a járványorvosok alkalmazása, a szakkórházak fölállítása, megszervezése megterhelte a községeket, továbbá az érintettek körében megfigyelhető volt bizonyos ellenállás. A kezelés korántsem volt fájdalommentes⁸³⁷, annak rendszeressége gátolta a munkavégzést és *„máskülönben testileg bajuk nem lévén, azon tévhitben vannak, hogy teljesen egészségesek, - ellenszenvvel viseltetnek és igen gyakran csak kényszer alkalmazása mellett gyógyíthatók, és hogy mihelyt arról értesültek, hogy az e járvány alkalmából felmerülő költségeket a fennálló törvény értelmében a községeknek, tehát kirovás útján nekik maguknak kell megfizetniök, a betegséget eltitkolják, a gyógykezelésnek nagyrészt ellenszegültek, vagy legalább is az alól magukat minden kitelhető módon kivonták elannyira, hogy a kiküldött járvány-orvosokat is, miután eljárásuk a várt sikerre nem vezethetett, el kellett bocsátani.”*⁸³⁸ A trachoma terjedését nem sikerült tehát megállítani, a községek betegápolási alapja nem bírta az új feladat jelentette terhet, mivel azonban a trachoma a honvédelem érdekeit sértette, új, hatékony megoldást kellett találni a fölmerült problémára. A tapasztalatok nyomán került sor a „Szemcsés kötőhártyalob (trachoma) terjedésének meggátlásáról” szülő 1886. évi V. tc. megalkotására.

⁸³⁵ Járványellenes védekezés: 1876/XIV. 80-91§, kényszergyógyítás: 1876/XIV. tc. 82.§

⁸³⁶ Már 1884. májusában a megyei Ferenc József közkórház igazgatójának elgondolása nyomán Szeben megye javaslattal (Szeben megye th. bizottságának 1884. évi máj. 15-16-án kelt rendes kgy. jkv.) fordult a minisztériumhoz, mely szerint hatékonyabbá tehetné a védekezést, ha annak költségeit az állam állná, a bujakóros betegek gyógyköltségeihez hasonlóan. A miniszter egyetértett ezzel, ugyanakkor mivel a kérdést rendeleti úton nem lehetett rendezni, utasítást adott a VIII.a és a VIII.b ügyosztálynak, hogy kezdjék meg a törvényjavaslat kidolgozását. – MOL K150-1884-IV-16-36058

⁸³⁷ Ld.: SCHOLTZ KORNÉL: *A trachoma gyógyításának története*. Szemészet, 1902/ 4, 41-46. 5, 61-67.

⁸³⁸ 1886/V. tc. indoklása.

3. Az 1886/V. tc.

A törvénycikkkel az állam a közegészségi törvény által védekezésre kötelezett községek és törvényhatóságok mögé állva biztosította a trachoma-ellenes védekezés hatékonyabbá tételét. Az első és legfontosabb intézkedés a védekezés anyagi terheiről szólt. Mivel kiderült, hogy a községek, törvényhatóságok, azaz az arra kötelezettek nem képesek a vagyontalan betegek gyógyköltségeinek terheit viselni, az 1875/III. tc.-által a bujasenyves betegekkel kapcsolatos költségek rendezéséhez hasonlóan, az új törvény a vonatkozó rendelkezést a trachomásokra kiterjesztve: vagyontalanság esetén a gyógyköltséget is az államkincstárra terhelte. (1§)

Az ország orvos-ellátottsága, illetve az orvosok felkészültsége miatt szükséges volt ú.n. utazó szemorvosok kiküldéséről intézkedni, kiknek feladata elsősorban a járvánnyal komolyabban érintett területeken a védekezés szervezésén és a gyógyításon túl a helyi orvosok képzése volt.⁸³⁹ (2§) A törvény fölhatalmazta a belügyminisztert, hogy a hatósági-, a kör- és a községi orvosok számára továbbképzéseket szervezzen, gondoskodjon az orvosok tanfolyam idejére szóló segélyezéséről, valamint a különösen eredményes orvosok jutalmazásáról. (4§)

Végül rendelkezett arról is, hogy a műtétet igénylő esetek, és az olyan betegek, akik körül járványgócok alakulhatnak ki, valamint a kezelésben való részvételt megtagadók részére külön szemkórház fölállítása legyen lehetséges, vagy esetleg a már meglévő kórházakba történő elhelyezésük biztosított legyen.⁸⁴⁰ (3§) Mindezek költségét az állam viselte, ami pedig ezen kívül esett, arra a korábbi szabályozás maradt érvényben, azaz az állam csak az összes fizetésre kötelezett kiesése esetén viselte a költségeket.⁸⁴¹ (1875/III. tc. 10§)

3.1. A végrehajtási rendelet

Az ugyanebben az évben kiadott rendelet az egész országra kötelezővé tette a védekezést.⁸⁴² Ennek alapja az ú.n. általános szemvizsgálat lett, melyet iskolákban, gyárakban, tömegszállásokon, minden hazatérő katonán, cselédkönyvet kérő személyen, minden tanoncon és beérkezett iparos-segédén, hazulról távozó és hazaérkező munkáson, végül a sorozásokon végeztek összfel, a mezői munkák befejeződte után. A vizsgálatok eredményét a „szemvizsgálati jegyzőkönyvbe” kellett rögzíteni, amelyről és az esetleges intézkedésekről minden törvényhatóság félfelvéte (június és december végén) tett jelentést

⁸³⁹ Az indoklás megemlíti, hogy a minisztérium egyelőre két orvos kiküldését határozta el, de úgy, hogy illetményüket nem határozzák meg, azaz lényegében napidíjas rendszerben, adott kiküldetésben határozzák meg fizetésüket.

⁸⁴⁰ Az indoklás említi, hogy járványkórház berendezését nem tervezte a minisztérium, az intézkedés 3000 Ft-nyi összeg e célra való elkülönítésére szorítkozott, mivel a különösen érintett területeken (Nagybecskereken, Pancsován és Szabadkán) már fölálltak a helyi kórházakhoz kapcsolt járványkórházak. Így a kincstárt egyelőre csak a vagyontalan betegek ápolási költsége terhelte.

⁸⁴¹ A törvény a trachoma-ellenes védekezés során szolgáltatott előlegeket is az új szabályozás hatálya alá vonta, tehát a korábban fölvetett előlegeket már nem kellett visszafizetni a kincstárnak.

⁸⁴² BM 1886/63.668

a Belügyminisztériumnak.⁸⁴³ Ha a trachoma egy községben több esetben fordult elő, (2-300 lakos esetén 3-4 családban) akkor a teljes lakosságot meg kellett vizsgálni. A trachomások és a trachomagyánúsok külön jegyzékbe kerültek. A rendelőintézet berendezése után a jegyzékbe kerültek számára a kezelésen való részvétel, büntetés, vagy kórházba kerülés terhe mellett kötelező volt. A kényszergyógykezelés tényleges bevezetése elkerülhetetlen volt a fentiek ismeretében, és ahogy a szakma látta: „*A trachomás területeken a lakosságnak évenkénti megvizsgálása és abból kifolyólag a kényszergyógykezelés nagyon is üdvös intézkedése a magas kormányznak*”⁸⁴⁴ A trachomások és a trachomagyánúsok továbbiakban „ellenőrző-vizsgálatokon” vettek részt. Arról, hogy egy adott községben hogyan változott a trachomások száma, az ú.n. „tájékoztató vizsgálat” útján nyert információkat a hatóság. A „tájékoztató vizsgálat” során az iskolákat és családonként 2-3 embert ellenőriztek, majd az itt talált trachomások családtagjait a vizsgálat után fölkeresték. Ilyen vizsgálatok elvégzése természetesen csak a községekben volt lehetséges, a városokban csak ellenőrző vizsgálatokra került sor.^{845 846}

4. Gyakorlat 1886-után

Az 1886-os lépések sem oldották meg a trachoma-kérdést. A törvény valóban könnyebbé tette ugyan a védekezést a községek és törvényhatóságok számára a vagyontalan szegények gyógyköltségeinek állami kifizetésével, de nem szabadította meg minden többletköltség viselése alól. Hatályban maradt ugyanis a betegápolási költségek viseléséről szóló törvény 10. §-a, mely szerint az óv- és gyógyintézkedések terhét elsősorban a község volt köteles viselni. Azaz az esetleges elkülönítés végrehajtása, a járványorvosok díja, fuvarozása, a vizsgálatok és nyilvántartások többletköltségei valamint a rendelők berendezése mind az adott törvényhatóságot vagy községet, pótadó formájában a lakosságot terhelte.

4.1. Területi sajátosságok

A trachoma két területet sújtott különösen. Egyik a már említett déli terület (Torontál és Temes, majd ettől északabbra Csongrád, Bács-Bodrog vármegye), a másik észak-Magyarország, (Nyitra, Bars, Trencsén, Turóc vármegye).⁸⁴⁷

⁸⁴³ BM 1887/17.346.

⁸⁴⁴ BOKROS HENRIK: *A trachoma Szeged külterületén*. KSz Budapest, 1890, 696-703. 700.

⁸⁴⁵ FEUER, 1895, 7.

⁸⁴⁶ A városi trachoma-ellenes védekezés kereteit a megjelent rendeleteknek tartalmukban megfelelő szabályrendeletek adták. Pozsonyban például előírták, hogy minden gyári munkást, iparos alkalmazottat, minden 15 főnél több személyt foglalkoztató vállalkozás alkalmazottait, az összes óvodát és iskolát évente kétszer meg kell vizsgálni. A betegek ellenőrző könyvet kaptak, s a bejelentési kötelezettségen túl, minden trachomás köteles volt magát kezeltetni, melyet ha elmulasztott, akkor kötelező kórházi kezeléssel hajtottak végre. – *Pozsony módosított trachoma-szabályrendelete*. MOL K150-1896-IV-16-1470-28232

⁸⁴⁷ A trachoma lényegében az egész országban jelen volt, ezek a területek azonban különösen fertőzöttek voltak.



Forrás: FEUER, 1895, 37.

A szegény észak-magyarországi megyéknek egyébként is nagy megterhelést jelentett a közegészségügyi terhek viselése. Itt tehát a szegénység, valamint az érintett lakosság vándormunkás-életmódja jelentett problémát.⁸⁴⁸ Bars vármegye alispánja például állami segítséget kért, mivel két község, János-Lehota, és Kislehota nem tudták viselni az újabb költségeket. Ennek pedig súlyos következményei voltak, a községek lakosai ugyanis: „a terhökre és költséjükre kirendelendő járványorvos költségeitől remegve tömegesen szöknek a hegyeken és erdőkön át más vidékre, hová a szembetegséget elhurcolhatják”.⁸⁴⁹ Az adott terület orvos-ellátottsága nem volt elégséges, és a pótdótot kórházépítésre fordítani kívánó vármegye nem volt képes viselni a kirendelendő állami járványorvos költségeit.⁸⁵⁰ Így az alispán kérte a minisztert, hogy államköltségen rendeljen ki orvost. A megye súlyos helyzete azonban nem oldódott meg. A betegápolási alap teljesen kimerült, a rossz vagyonekezelés miatt fedezete sem volt biztosított. A megye anyagi helyzete miatt nem tudott ideiglenes kórházakat építeni, – az alispán megállapítása szerint – lényegében nem volt betegápolási alapja, így „miután a járványorvos tetemes összegű napidíjai a vármegye által viselendők s a vármegye ezeknek fedezésére alappal nem bír, a

⁸⁴⁸ Ezen kívül természetesen olyan, országszerte nagy gondot okozó problémákkal is meg kellett küzdeni, mint a betegek egészségesektől való elkülönítése az egészségtelen lakások kérdésével, a gyógykezeléssel szembeni – tudatlanságból fakadó – ellenállás.

⁸⁴⁹ MOL K150-2564-1895-IV-16-63668- 13728

⁸⁵⁰ Az állami járványorvossal kapcsolatban a Bars megye tisztiorvosa családottan írta az alispánnak 1887. aug. 30-án, hogy: „A kormány által kirendelt járvány orvosok díjazása tárgyában én –megvallom – azon hitben éltem: hogy azt az államkincstár fedezendő, azon meggyőződésből indulva ki, hogy édes mindnyájunkon kívül főleg az állam érdekében áll e baljóslatú ragálykór leküzdése, biztos kilátásban állván, hogy ha tovább is ily félrendsabályokkal védekezendünk ellene, legfeljebb 10 évek multával pénzért mutogathatunk egészséges szemű embert az országban” – MOL K150-2564-1895-IV-16-63668-43974-10692

*trachomával meglepett községek szegénysorsú [...] népe pedig inkább kész áldozatul esni a veszedelmes ragálynak, mint a gyógykezelés költségeinek elviselhetetlen terhét magára vállalni*⁸⁵¹ Ezért az alispán ismételten kérte a minisztériumot, hogy fizesse a járványorvos díját. Sok esetben a szakközégek sem voltak megfelelően tájékoztatva arról, hogyan is kellene a trachoma-ellenes intézkedéseket végrehajtani. Nyitra megye alispánja például a Privigyé és Miava járásbeli járvány ügyében kérte szakember kiküldését a minisztériumtól, ahol a trachoma-helyzet miatt a járási orvos és a főszolgabíró ellen eljárást kezdeményezett, mert – mint fogalmazott –: *„úgy látom, hogy közegészségügyi közegeink egy része alig bír olyan képességgel, minőt a baj gyökeres kiirtása feltételez”*.⁸⁵²

A felvidéki trachoma-helyzet összefüggött az érintett megyék lakosságának szegénységével. *„A kór terjedésének oka leginkább onnan ered, hogy a fertőzött két járás lakossága – szegénysége miatt – napszám aratási és más mezői munkákba, idegenbe, leginkább az alföldre, kénytelen vándorolni, hol 4-5 hónapon át a betegek az egészségesekkel zsufolt lakásokban lanyhább gyógykezelésben részesülnek, s így a betegen távozottak betegsége súlyosbodva, az egészségeseken távozottak közül pedig sokan azok által fertőzve érkeznek haza, mit azon körülmény bizonyít, hogy minden évnek őszén rendszerint foganatosított általános szemvizsgálat trachoma-beteg szaporulatot eredményez. Itthon ismét téli hónapokban szűk lakásokban élő, nyomorral küzdő lakosok, a trachomában szenvedő családtagok által fertőzöttek.”*⁸⁵³ – áll Bars megye alispánjának jelentésében, hozzátéve, hogy a helyzetet súlyosbítja, hogy a trachomás katonákat hazaengedik ahelyett, hogy katonai kórházban kezelnék őket.

4.2. Megoldási lehetőségek az idénymunkások kezelésére

Az idénymunkások általában családostul, külön munkavezetővel, 120-160 fős csoportokban vándoroltak.⁸⁵⁴ A csoportokban trachomások együtt vonultak az egészségesekkel, s mire a közel féléves idénymunka-szezonnak vége lett, sokan megfertőződtek. Többféle megoldási terv merült föl. Kísérlet történt arra, hogy a fertőző munkások névjegyzékét átküldjék a munkahelyen illetékes hatóságnak, mely gondoskodott volna a betegek elkülönített elhelyezéséről és gyógykezeléséről, de ez lényegében megvalósíthatatlannak bizonyult.⁸⁵⁵ Készült továbbá egy szabálytervezet, mely szerint az egészséges és a trachomás munkások külön vonultak volna idénymunkára, de a kísérlet során kiderült, hogy a birtokosok ugyan még fölfogadtak volna olyan csoportot, melynek 10-20%-a trachomás, de olyat, mely teljes egészében az, már nem. Ugyanakkor *„A trachomás munkások száma akkor, mikor a belügyminister ezen viszonyokat megtudta, már oly nagy volt, hogy ezeket otthon visszatartani és azon*

⁸⁵¹ MOL K150-2564-1895-IV-16-63668-76766

⁸⁵² MOL K150-2564-1895-IV-16-63668- 19349

⁸⁵³ MOL K150-2564-1895-IV-16- 74758

⁸⁵⁴ A vándormunkásokhoz ld.: MILHOFFER SÁNDOR: *A mezői munkás-viszonyok hazánkban*. Budapest, 1893, Athenaeum.

⁸⁵⁵ A vándormunkások elhelyezése általában nagy barakkokban történt, elkülönítésről tehát nem volt szó. Ezen túl nem volt megoldott az orvosi ellátás sem, nem volt kidolgozva az uradalmi orvosok tartásának rendszere, illetve a kezelési díjak fizetésének módja sem. – *A trachoma és a mezőgazdasági munkások*. MK 1897. jún. 20.

keresettől, melyből családostul az egész éven át élniök kell nem lehetett.”, tehát egyik megoldás – beleértve a kényszergyógyítás lehetőségét – sem volt megfelelő.⁸⁵⁶

A fölmerült megoldási javaslatok közül a leginkább megvalósítható talán a munkakönyv kiadásakor elvégzett kötelező vizsgálat lehetősége volt. Ezért a miniszter a fővárost is fölhívta arra, hogy ilyen alkalmakkor (más vizsgálatlal együtt) ne maradjon el a szemvizsgálat sem.⁸⁵⁷ Ezen túl pedig kötelezte a törvényhatóságokat arra, hogy a vándor mezei munkásokon szemvizsgálatot végezzenek⁸⁵⁸, (mely gyakorlat hatékonysága egyébként korántsem volt megfelelő).⁸⁵⁹ Az ellenőrzést követő esetleges kezelés pedig csak tovább bonyolította a helyzetet, mert emiatt a betegek illetőségi törvényhatósága került még nehezebb helyzetbe: „*minek folytán a kórházi számlák oly nagy mérvben érkeznek ki fizetés végett a megyéhez, hogy a megyei betegápolási alap a kórházi számlákat fedezni már most sem győzi s jelenleg is több mint 6000 frtnyi kórházi számla kifizetetlenül fekszik*” – panaszolta Bars megye az 1887-es kórházi zárszámadás fölterjesztése kapcsán.⁸⁶⁰

Az alföldi trachomás területeken már az első jelentések kiemelték az érintett területek mostoha lakásviszonyait és a kezelés mezei munkák jelentette akadályát. Sem az otthonokban, sem az iskolákban, sem a mezei munkák alkalmával nem lehetett megoldani az elkülönítést.⁸⁶¹ A már említett, sikertelen kísérleteken túl történtek más próbálkozások is a trachomások elkülönítésére. Szabolcs vármegye például jelentésében beszámolt arról, hogy a trachomás (felvidéki) mezei munkások elkülönítésére megtette a szükséges intézkedéseket. A még érkező nyitrai munkások várható nagy száma miatt azonban attól tart, hogy a trachoma tovább fog terjedni, így azt várta a minisztériumtól, hogy a munkások továbbvonulását tiltsa meg. A minisztérium válaszában kiemelte, hogy Nyitrában sok a trachomás, és őket munkától megfosztani nem lehet, így megoldásként mindössze fölhívta a törvényhatóságot, hogy a szalmát, melyen a munkások aludtak, a mezei munkák végeztével ellenőrzés mellett égessek el.⁸⁶² Az idény végén a vármegye beszámolt arról, hogy sikeresek voltak a járványellenes törvényhatósági lépések: „[...] vármegyénk területére ez év folyamán Nyitra vármegyéből mintegy 150 munkás érkezett, kik között több egyiptomi szembajban szenvedőnek találtatott. Miután azonban ezek elkü-

⁸⁵⁶ *A trachoma-ügy Magyarországon 1883-1900.* közléteszi a M. Kir. Belügyministerium. Budapest, 1900. 12.

⁸⁵⁷ BM 1889/78.229

⁸⁵⁸ BM 1887/17.346

⁸⁵⁹ „Vannak ugyan miniszteri rendeletek, a melyek a hatóságokat arra kötelezik, hogy az eltávozó vagy érkező trachomás munkásokról egymást értesítsék s a betegeket kezeljék, a hazaérkezett munkásokat rendszeresen kezeljük is, ha eltávoznak tavasszal, értesítjük erről az illetékes idegen hatóságot, a mely ezen értesítést vagy irattárba teszi vagy kiadja a járási és kör-orvosnak is, a ki, ha ideje megengedi, megnézi talán az idegen munkásokat, de többet nem tehet, mert ha rendszeresen kezelni, állandóan őket ellenőrizni akarná, először is nincs rá ideje, s másodsor, ha meg is volna az ideje reá, ugyan ki fizeti meg a fáradságát, és honnan vegye a fuvar? [...] inkább eltagadja vagy hazaküldi a trachomás munkásokat, a kik azután oly helyre mennek, a hol az ellenőrzés nem oly szigorú, a hol senki sem törődik velük s keresetükben nem lesznek háborgatva.” – POLLACSEK SIMON: *A trachoma terjedésének okai és az ellene teendő újabb intézkedések.* Szemészet, 1900/5. 68-70. 69.

⁸⁶⁰ MOL K150-2564-1895-IV-16-63668-48755

⁸⁶¹ „Szemügyre véve a külterületen lévő lakóhelyeket, bámolni fogjuk, hogy még a vagyonosabb családapa is a 8-10 tagból álló családjával egy nagyobb, vagy esetleg két kis szobában lakik...”, illetve az iskolákról: „Ép oly physikai akadályokba ütközik a külterületen az iskolákban előforduló trachomás tanulók elkülönítése, ugy hogy az idevágó miniszteri rendelet ama passzusának, mely szerint az iskolába járó nem ragályzó sadiumban lévő trachomásban szenvedők külön padokba ültetendők, érvényt szerezni egyelőre lehetetlenség [...]” – BOKROS, 697- 698.

⁸⁶² MOL K150-1893-IV-16-2184-52370

lönítése és gyógykezelés alá vétele iránt rögtön intézkedés történt⁸⁶³, a betegek egy része pedig kórházba szállított, ragályozás egyetlen egy esetben sem történt, sőt a betegek legnagyobb része fel is gyógyult.”⁸⁶⁴ Természetesen nem csak az északi idénymunkásokkal volt gond. A helyi lakosság ugyanolyan sok munkát adott a déli megyék hatóságainak. A mezei munkák befejeződése után kezdődött a trachoma „idény-gyógyítása”, azaz az egészségügyi szolgálat a rövid téli időszakban próbálta meg behozni azt a lemaradást, amit a tavasztól ősziig tartó munkaszezonban szenvedett a megkívánt kezelés. Persze a téli kezelés is alig leküzdhető nehézségekbe ütközött. Azon túl, hogy az érintettek ekkor sem vettek részt szívesen a fájdalmas kezeléssel, a téli útviszonyok is nagymértékben akadályozták az orvosokat. Csongrád megye jelentésében megállapította, hogy a járási főszolgabírók minden lehető eszközt felhasználtak az emberek gyógyíttatására, de az erőfeszítések viszonylag csekély eredménnyel jártak. A kezelést igénylő betegeket ugyanis kórházba küldték, ahonnan őket a javulás első jeleire nagyon rövid idő, 2-3 hét múlva hazaküldték azzal, hogy a kezeléseket otthon kell folytatni. Az érintettek számára ezzel pedig – minden büntetéssel való fenyegetés ellenére – lényegében be is fejeződött a kezelés. A törvényhatóság véleménye szerint tehát sokkal összefogottabb állami intézkedésekre lett volna szükség, trachoma-járványorvosok államköltségen történő kirendelésén keresztül trachomakórházak szintén állami költségen történő létrehozásáig.⁸⁶⁵

Az intézkedések hatékonyságát nagyban rontotta, hogy az orvos – fizetése révén – kiszolgáltatott volt a betegeknek, tehát a bejelentés nem működött elég pontosan, ugyanakkor a büntetéseket illetően még az esetlegesen kirendelt állami trachoma-orvosok sem voltak elég erélyesek. Így aztán a hatóságok elzántsága előbb-utóbb alább is hagyott a sok hiábavaló munkát adó fenyegetés és idézgetés miatt.⁸⁶⁶

4.3. Trachoma-kórház kérdés

A trachoma-kórház kérdése végigkísérte az intézkedéseket. Az már nagyon hamar világossá vált, hogy a betegek makacs viselkedése jelentette talán a legnagyobb akadályt a trachoma leküzdésében. A kórházi kezelés biztosíthatta volna ugyan a kezelés folytonosságát, viszont aránytalanul drága volt, ráadásul lehetetlenné tette, hogy a kezelt munkát végezhesen a kezelés alatt, ami a betegek és családjuk számára szintén rendkívüli terhelést jelentett volna. Ezt fölmérve maga a minisztérium sem szorgalmazta a kórházi kezelés erőltetését: „*A trachoma-betegek gyógykezelése [...] járólagosan történjék, mi ép oly jó eredménnyel, mint kevés költséggel jár, és a betegeket kenyérkeresetükben lényegesen nem gátolja.*”⁸⁶⁷, fönntartva a kórházi kezelést a súlyosabb esetek, valamint a notórius ellenszegülők

⁸⁶³ A vonatkozó rendelet szerint a trachomás beteget kórházi kezelésben kell részesíteni, ha különösen fertőző stádiumban van, és nem lehet megoldani az elkülönítését, ha nem vesz részt az otthoni járóbeteg-kezelésen, vagy ha műtétre van szüksége. – BM 1888/1923

⁸⁶⁴ MOL K150-1893-IV-16-2184-87715, s ezek az intézkedések nehezítették meg a felvidéki törvényhatóságok és községek feladatát.

⁸⁶⁵ MOL K150-1892-IV-16-80823

⁸⁶⁶ FEUER NÁTÁNIEL: *A trachoma elleni hatósági eljárásunk alapszmei.* (Különlenyomat a Gyógyászat 1898. évi 3. számából, 5.)

⁸⁶⁷ BM 1888/1923

számára. A szakmai körök és a (megyei, városi) hatóságok véleménye, azzal együtt, hogy természetesen tisztában voltak azzal, hogy a trachoma semmivel sem gyógyul gyorsabban kórházi körülmények között, mint otthon, az elkülönítés megoldhatatlansága, valamint a kezeléssel szemben tanúsított ellenállás miatt inkább – persze állami pénzen létrehozott és fenntartott – trachoma-kórházhálózat felállítását pártolta. A szakintézmények fölállítását, illetve a már meg lévő intézmények tevékenységének bővítése gyorsan megindult. Hódmezővásárhely törvényhatósági bizottsága például a gyorsan terjedő trachoma miatt már 1885-ben elhatározta, hogy magánkórházában szemosztályt állít föl a helyi szemész, Imre József vezetésével, aki már korábban is, saját eszközeivel és lakásán, díjtalanul gyógyította a főként vidéki betegeket. Az osztály működésének beindításához azonban a városnak nem volt elegendő anyagi eszköze. Így évi segélyt és az ápolási díj napi 62 kr-ban történő megállapítását kérte a minisztériumtól.⁸⁶⁸ Az osztályt felszerelték, 1888. június 1-én kezdte meg működését 4 szobával, 20 ágygal. A költségeket illetően a minisztérium engedélyezte, hogy három évre az egész kórház ápolási díjait megemeljék, a többletbevételből biztosítva az új osztály működését, és erre az időre megbízták Imre Józsefet az új intézmény vezetésével.⁸⁶⁹ Az osztály leginkább vidékieket fogadott a későbbiekben is, melyek után a város persze nem jutott hozzá a kiadásaihoz, s az állam ezeknek csak egy részét fizette. Ezért a város kérelmezte a közkórházi státuszt, azzal, ha nem változna a helyzet, akkor a továbbiakban nem fogadnak vidékieket.⁸⁷⁰ Zala vármegye, hasonlóképpen, s az említett okok miatt, a kórházi ellátásban látta a kiutat, hozzátéve ugyanakkor, hogy állami keretek között tudná elképzelni a megfelelő intézkedéseket, mivel a törvényhatóság betegápolási alapja a trachoma-ellenes védekezés terhei miatt kimerülöfélben van.⁸⁷¹ A megoldást tehát egy új, állami forrásból létrehozott, kirendelt járványorvos vezetésével működő barakk-kórház jelenthetné.⁸⁷²

Az alföldi tanya-világ problémája speciális megoldást igényelt trachoma-ügyben. A kórházlétesítés, sokáig mint egyetlen olyan eszköz, mely valóban hatékonyan csökkentheti a trachomások számát, természetesen fölmerült. Szegeden ezért lépések történtek trachoma-kórház berendezésére, de a város első kísérlete, szűkös anyagi viszonyai miatt, sikertelen volt. Később miniszteri leirat állami segítséget helyezett kilátásba,⁸⁷³ de ekkor nem állt megfelelő helyiség a város rendelkezésére. A kórház-ügyben miniszteri megbízott érkezett (Feuer).⁸⁷⁴ Az egy államkölcsönrel terhelt ház átengedésére vonatkozó

⁸⁶⁸ MOL K150-1887-IV-16-35874

⁸⁶⁹ MOL K150-1889-IV-16-11545

⁸⁷⁰ MOL K150-1892-IV-16-35874

⁸⁷¹ Zalában egyébként súlyos helyzet alakult ki, ezért a minisztérium trachomaorvost küldött ki. Az alsó-lendvai járásban igen nagy volt a trachomások száma. A kiküldött orvos két trachomaorvos munkáját tartotta volna szükségesnek, „ha csak is a trachomások gyógyításával foglalkoznak teljes oda adással s nem iparkodnak magán gyakorlatot is szerezni, úgy a siker reményével kezdenek meg működésüket.” Véleménye szerint elkerülhetetlen egy 40-50 ágyas szükségkórház létesítése, melyben a teljes gyógyulásukig maradhatnak a betegek. De „Bármily intézkedés történik különben a nm. magy. kir. belügyminisztérium részéről a trachomások érdekében, szükséges, hogy az minél előbb történjék, mert egyedül a járásban levő hivatalos állású orvosok a gyógyítást eszközölni és a trachoma terjedését megakadályozni nem tudják.” – fejezi be a jelentést a kiküldött szakember. – MOL K150-IV-16-1893-5495-54268

⁸⁷² MOL K150-IV-16-1893-5495-54268

⁸⁷³ BM 1892/22.191

⁸⁷⁴ MOL K150-1896-IV-16-8528-44829

eredménytelen tárgyalás után⁸⁷⁵, és Feuer írásos véleményével támogatva, végül egy magánszeméllyel kötött a város bérleti szerződést.⁸⁷⁶ A kórház fenntartásának költségeit (az épület bérleti díját, az orvos fizetését és az élelmezési költségeket) tehát az állam viselte.⁸⁷⁷ Miután a szegedi közkórház igazgatója az új intézmény vezetését ingyen vállalta,⁸⁷⁸ 1894. április 9-én, ingyenes járóbeteg-kezeléssel nyitották meg a trachoma-kórházat.⁸⁷⁹

A kórház létrehozása önmagában azonban nem oldhatta meg az alföldi trachoma-kérdést. Imre József, tiszteletbeli főorvos, Hódmezővásárhely városi magánkórház szemészeti osztályának vezetője a városi tanácshoz írt levelében nem sokkal később fölhívta a figyelmet arra, hogy mivel igen kevés beteget kezelt az elmúlt időszakban, az osztály működését alapvetően nem tartja sikeresnek. Mint leírta, a hatékony föllépés megkívánná, hogy beindítsák a járóbeteg-kezelést, mert az összes beteg kórházi elhelyezésére nincs lehetőség és túlságosan költséges megoldás lenne. Járóbeteg-kezelésre viszont a kórházi osztály keretei között nincs lehetőség, mivel túlságosan távol van az érintettektől. Véleménye szerint tehát vagy egy kihelyezett járóbeteg-szolgálatot kellene létrehozni a városon kívül, vagy az egész szemészeti osztályt kellene elköltöztetni.⁸⁸⁰

Szeged tisztii főorvosa is megállapította, hogy „több ezerre menő trachomás s trachoma gyanus betegek közül az egész óriási külterületen magát gyógykezeltetni egyetlen lélek sem jár”, és „sem a forma szerűleg végrehajtott kormányrendeletek, sem a város hatóságának kiadott rendeletei, sem a végrehajtásra hivatott egészségügyi és rendőri személyzet minden jó akarata és buzgalma sem elégséges arra, hogy ez az egész nagy apparatus csak egy gyógyult trachomást is produkáljon.”⁸⁸¹ A tisztii orvos álláspontja szerint a megoldást két intézkedés végrehajtása jelenthetné. Egyrészt a külterületek orvosellátottságát kellene megoldani úgy, hogy a minisztérium államköltségeken orvosokat rendelne ki (a javaslat 19 orvos kirendelését tartotta szükségesnek), akik állandóan úton lennének a kérdéses területen, másrészt a tanyai központoknál trachoma-kórház létesítése lenne célravezető. Ezekre azért lenne szükség, mert hiábavalónak tart minden intézkedést, ha az ellenálló trachomásokat nem lehet helyben kórházi kezelésre beutalni, másrészt a kórházak föllállítása a külterületen működő járványorvosok szálláskérdését is megoldaná. Az 1893-ban tett javaslat egy része végül megvalósult.⁸⁸² A kezdeti sikerek nyomán végül hat trachoma-orvos kiküldésére került sor. Mindegyik orvosra 60-70 család jutott, és ezeket egy esküdt kíséretében hetente kétszer keresik föl. A megoldás ugyanakkor, annak ellenére, hogy az addig alkalmazottaknál valamelyest eredményesebb volt, nem hozott áttörést, mert „*Eltekintve attól, hogy ezen eljárás mellett is a beteg kikerülheti a gyógykezelést, ha az orvost be nem várva*

⁸⁷⁵ MOL K150-1896-IV-16-8528-10561-22191

⁸⁷⁶ MOL K150-1896-IV-16-8528-44829-71581, a kórház elhelyezésére 1893. nov. 1-1899. okt. 31-ig kötöttek bérleti szerződést Nagy János szegedi lakossal - MOL K150-1896-IV-16-8528-25397

⁸⁷⁷ MOL K150-1896-IV-16-8528-44829-49949

⁸⁷⁸ MOL K150-1896-IV-16-8528-25397

⁸⁷⁹ MOL K150-1896-IV-16-8528-25397-30202, rendelés minden nap 9-10 óra között volt.

⁸⁸⁰ MOL K150-1892-IV-16-2060-24875

⁸⁸¹ MOL K150-1896-IV-16-8528-44829-49949, a jelentésben a tisztii orvos beszámol arról, hogy 1885-ben kezdték el a törvényhatóság területén a trachomások megvizsgálását és kezelését, még napidíjas orvosokkal. A vizsgálatot 1889-ben hatóságos orvosokkal megismételték, majd 1892-re befejezték a külterületi lakosság vizsgálatát.

⁸⁸² MOL K150-1896-IV-16-8528-50039

hazulról eltávozik, az orvost ezen a tanyákon általában nem szívesen fogadják, feleselnek vele és minden módon akadályozzák az alapos gyógykezelést, úgy, hogy az eredmény – ámbár valamivel jobb, mint a központokon történő gyógykezelésnél – még sem áll arányban a nagy költséghez, melyet annyi orvos díjazása és fuvarozása okoz.”⁸⁸³ Ez a megoldás valójában tehát csak kísérlet maradt, mivel azon túl, hogy túlságosan drága volt, azért sem lehetett az egész országban hasonló módon „házhoz vinni” az ellátást, mert egyszerűen nem állt rendelkezésre elegendő szakorvos. Az alföldi területek fő ellátóközpontjai így továbbra is a trachomakórházak (illetve kórházak keretén belül létrejött szemosztályok) maradtak.⁸⁸⁴

4.4. Községi orvosok által végzett trachoma-kezelés, trachoma-orvosok

A trachoma elleni föllépés hatékonysága tehát számos olyan tényezőtől függött, melyen a legjobb szándékkal sem tudott változtatni a kormányzat. Az első évek tapasztalataiból okulva két irányba mozdult el a trachomával kapcsolatos munka. Mivel kiderült az, hogy sem az állam, sem a törvényhatóságok nem képesek (és nem is kívánnak) annyi trachoma-kórházat berendezni, amennyi az összes kezelésnek ellenszegülő beteg elhelyezésére elegendő lenne (mely intézkedés mellesleg a már említett egyéb okok miatt sem volt megvalósítható), az eredeti, takarékosági szemléletnek megfelelően inkább a járóbeteg-rendelések fejlesztésében történt előrelépés.⁸⁸⁵ Hódmezővásárhely kórházának szemorvosa is beszámolt arról, hogy a kórház kihasználtsága – trachoma szempontjából – alacsony, ezért érdemes lenne járóbeteg-intézetet fölláttítani.⁸⁸⁶ Később pedig maga a város panaszolta a minisztériumnak, hogy a szemészeti osztály fölláttítása tulajdonképpen ráfizetést jelentett, mivel túl kevés trachomást kezelnek (mely betegek kezelési költségeit az állam állja), és az egyéb betegek költségeit az alacsonyan megállapított ápolási díjak mellett sem könnyű behajtani.⁸⁸⁷

A járóbeteg-kezelés alapvetően a községi- és körorvosok feladata maradt. Az 1886-os szabályozás célkitűzése, – ami megfelelt a kormányzat takarékosági szempontjainak is – hogy e feladatot lehetőleg a helyi orvosi személyzet oldja meg. Ez a személyes kapcsolat jelentette előnyön túl ugyanakkor hihetetlen terhet is jelentett a nehezen ellátható, nagy körök orvosainak, nem is beszélve arról, hogy mindennek költsége az egyes községek betegápolási alapját terhelte. A trachomával is foglalkozó községi- és körorvosokat ezért a kormányzat az 1886-os törvény alapján lehetővé vált jutalmazásokkal próbálta intenzívebb munkára serkenteni (1886/V.tc.4§).⁸⁸⁸ Az általános orvoshiány igen megnehezí-

⁸⁸³ *A trachoma-ügy Magyarországon 1883-1900.* Közzéteszi a M. Kir. Belügyministerium. Budapest, 1900, 19.

⁸⁸⁴ Ebben az időszakban az alföldi területen Szegeden, Hódmezővásárhelyen, Kalocsán, Szabadkán működött szakintézmény.

⁸⁸⁵ Bars megye tiszti főorvosa például szorgalmazta ugyan a kórházi kezelés alkalmazását, de a megye állásfoglalása szerint erre nincs szükség. Ezen vélemény alátámasztására több indok mellett megemlítette, hogy annyi megyében van trachoma, hogy úgy sem lehetne elegendő kórházat fölláttítani. – MOL K150-2564-1895-IV-16-63668-60008

⁸⁸⁶ MOL K150-1892-IV-16-2060-24875

⁸⁸⁷ Az 1891-ben a felvett 266 beteg közül csak 102 volt trachomás. – MOL K150-2169-1892-IV-16-8267

⁸⁸⁸ Melyre szükség is volt, mivel Feuer beszámolója szerint: „Hivatalos utazásaim alkalmával nagyon is gyakran kellett tapasztalnom, hogy a községekben úgy az orvos, valamint az előjáróság illetőleg a jegyző a trachoma iránti teendőikről egészen tájékozatlanok voltak, mivel állítólag a trachoma-ügyre vonatkozó rendeleteket velök nem közölték, vagy azok hivatali elődeik által elhanyagoltak.” – FEUER NATHANIEL m. kir. közegészségi felügyelő: *Trachoma-utmutató – A trachoma elleni hatósági eljárás, hatóságok és orvosok számára.* Budapest, 1900, ny n. 1.

tette a trachoma elleni föllépést is:⁸⁸⁹ „Még azon óvintézkedések is, melyek az egyén személyi szabadságának és kenyérkeresetének lényeges korlátozása nélkül el voltak rendelkezők, sok helyen részint a hatósági közegek hiányos figyelme, részint pedig az orvoshiány miatt csak tökéletlenül hajtatnak végre.”⁸⁹⁰ – állapította meg a trachoma-felügyelő. Bars megye oszlányi járásában sem töltötték be a körorvosi állást, s a trachoma kapcsán nem habozott az alispán a minisztérium segítségét kérni. Jelentése szerint a járási orvos az egyetlen orvos, aki viszont annyira elfoglalt, hogy nem képes a trachomásokkal is foglalkozni, ezért állami segítséggel fizetett ideiglenesen kirendelt orvost kért, mivel „az oszlányi járás szegény lakossága a körorvos, a körbába, a jegyző, a községi bírósági, a betegápolási és katona-beszállásolási pótdó, a megyei és községi közmunka, az országos és községi adók fizetését is csak a végső kényszer eszközök alkalmazása mellett fedezi.”⁸⁹¹ A helyzet máshol sem volt sokkal jobb, az egész országból érkeztek beszámolók arról, hogy nem elégséges az orvosi személyzet.⁸⁹² A kérdés megoldására a kormányzat az olyan szegényebb vidékek körorvosi állásainak betöltése érdekében, ahol sok volt a beteg, elvileg 400-1000 Korona ú.n. trachoma-pótléket biztosított a jelentkezőknek azzal a feltétellel, hogy kötelesek megtanulni a betegség szakszerű kezelését.⁸⁹³ Ahol pedig volt ugyan városi-, vagy körorvos, de nem tudta ellátni a beteget, oda államköltségen külön trachoma-orvosokat küldtek ki. Ezek a szakemberek kiküldetésük előtt a budapesti Szt. István kórházban, a szabadkai vagy a szegedi közkórházban gyakorolták a szembetegség gyógyítását.⁸⁹⁴ Az intézkedések jobb végrehajthatóságát biztosította, hogy 1898-tól a járóbeteg-ellátás költségeit, melyek eddig a törvényhatóság betegápolási alapját terhelték, ezentúl az állam viselte.

Az orvosok többsége nem volt megfelelően fölkészülve a trachoma gyógyítására, s nem is végezte szívesen. „A nyilvántartást, ellenőrzést és kezelést az orvos ingyen köteles végezni, némely orvos kap ugyan 200 frtnyi állami segélyt, de mily rengeteg munkát kell végeznie a sublimat-kezelés mellett, mely Magyarországon általában divatban van!”⁸⁹⁵ Feuer már első útján megállapította, hogy sokan nem is ismerik föl a betegséget, nem hogy annak szakszerű gyógyításáról bírnának ismeretekkel.⁸⁹⁶ Olyan területekre is küldött a minisztérium trachoma-orvosokat, ahol tehát volt orvos, csak valamilyen ok miatt nem tudta megoldani az új feladatot. Egyes esetekben azonban ott sem sikerült megfelelően kezelni a trachoma jelentette feladatokat, ahol elegendő orvos volt. A Privigyén kelt jelentés szerint elegendő ugyan az orvosok száma, de nincs jól megszervezve a munka, ezért kormánybiztos kiküldése

⁸⁸⁹ Egyes vélemények szerint az orvoshiány okozta gondokat lehetett volna enyhíteni azzal, ha a kezelést a lakosságra bízták volna azzal, hogy az orvosok ellenőrizték volna az otthoni kezelést, és csak szükség esetén vonták volna orvosi kezelés alá az érintetteket. – Ld.: NEDANOVICS LÁZÁR: *A trachomaügy a XII. nemzetközi orvosi kongresszuson*. Szemészet, 1897, 77-78.

⁸⁹⁰ FEUER, 1898, 4.

⁸⁹¹ MOL K150-2564-1895-IV-16-63668- 39153

⁸⁹² „[...] magától a betegség természetéből folyó és a belügyminisztérium által is a trachoma terjedése elleni óvintézkedésekre, valamint a gyógykezelésre vonatkozólag kibocsátott czélszerű rendeleteknek pontos és szigorú foganatosítása mellett sem vagyunk képesek a betegség terjedését meggátolni, mert számos oly káros tényező forog fenn, a melynek kiküszöbölésére physicalai erővel nem rendelkezünk, de ezenkívül még a gyógykezelő erők elégtelenségében is leli okát e szembaj rohamos tovaterjedése.” – BOKROS, 1890, 696.

⁸⁹³ *A trachoma-ügy Magyarországon 1883-1900*. közlése a M. Kir. Belügyminisztérium, Budapest, 1900, 15.

⁸⁹⁴ 1899-ben 42 állami trachoma-orvos működött, fejenként évi 2400 K évi díjazással. – U.o., 15.

⁸⁹⁵ NEDANOVICS 1897, 78.

⁸⁹⁶ Ld. a fent leírt nyitrai esetet.

lenne az egyedül célravezető.⁸⁹⁷ Bánffyhunyadon konkurenciaharc alakult ki az orvosok között. Itt a kirendelt trachoma-orvos, valamint a községi orvos és a főszolgabíró kölcsönösen megvádolták egymás azzal, hogy a másik nem látja el lelkiismeretesen feladatát. A kiküldött felügyelő megállapította, hogy a trachoma-orvos helyben fogad betegeket annak ellenére, hogy dolgozik a községben orvos, így talán igaz lehet a főszolgabíró állítása, hogy a kiküldött járványorvos magánpraxist is üz.⁸⁹⁸ Korántsem volt tehát elegendő fölkészült szakember, s emiatt elkerülhetetlenek voltak az ehhez hasonló konfliktusok.

Az eredményesebb gyógyítás érdekében az 1886-os törvény fölhatalmazta a belügyminisztert, hogy községi-, kör- és hatósági orvosok részére tanfolyamokat szervezzen, és az ezen részt vevő orvosoknak segélyt biztosítson. (1886/V. tc. 4§) Budapesten a minisztérium ezért 1887-áprilisában megbízta Ottava Ignácot, hogy a trachomáról és annak gyógyításáról ingyenes tanfolyamot tartson. A minisztérium szándékai szerint csak azokat küldte ki trachoma-járványorvosnak, akik a tanfolyam elvégzéséről igazolást kaptak.⁸⁹⁹ Ottava jelentése szerint minden iskolai évben két tanfolyam indult a budapesti egyetem szemészeti klinikáján, s annak vezetője, Schulek Vilmos engedélyével a résztvevők minden betegen gyakorolhatták a gyógyítás fogásait.⁹⁰⁰ Úgy tűnt, hogy hét év alatt sikerült elegendő orvosnak elvégeznie a tanfolyamot, mivel a minisztérium a továbbiakban csupán az egyetemi tanfolyamot támogatta.⁹⁰¹ Ugyancsak az orvosok jobb fölkészültségét volt hivatva elősegíteni az az intézkedés, mely 1893-ban a korábban bevezetett tisztviselői vizsga egyik tárgyává tette a trachomával kapcsolatos ismereteket.⁹⁰²

4.5. A trachoma elleni föllépés az elmebetegek és a katonák körében

A trachoma-ügy kezelésének speciális területét képezték a katonaságot, illetve az elmebetegeket érintő rendelkezések. Mint arról korábban szó volt, a kormányzat lépéssorozatát nagymértékben meghatározta a trachoma honvédelmi érdekeket veszélyeztető volta. A trachoma-vizsgálatok idejének és helyének meghatározásakor tehát kézenfekvőnek tűnt az ellenőrzés egyik alkalmának a sorozást megjelölni. A betegség kapcsán az első kérdést az jelentette, hogy a trachomás alkalmas-e katonai szolgálatra. Feuer szerint, ha a betegeket nem soroznák be, ahhoz vezetne, hogy a sorkötelesek igyekeznének kihasználni az ebben rejlő lehetőséget, azaz akik trachomával fertőzött vidéken laknak, igyekeznének fertőződni, esetleg imitálni a betegséget, azok pedig, akik valóban trachomások, valószínűleg nem vennének részt semmilyen kezelésen, nehogy gyógyultan alkalmassá váljanak. Az első kísérlet alkalmával a trachomás sorköteleseket polgári kórházakba szállították⁹⁰³, de hamar kiderült, hogy nem

⁸⁹⁷ MOL K150-2169-1892-IV-16-25209

⁸⁹⁸ MOL K150-1896-IV-16-1973-35302

⁸⁹⁹ BM 1887/25.001

⁹⁰⁰ MOL K150-IV-16-1893-24240 – a beszámoló szerint 1893. márciusáig 232-en végezték el a tanfolyamot.

⁹⁰¹ MOL K150-IV-16-1893-24240

⁹⁰² A vizsgát még az 1881. évi I., a köztisztviselők minősítéséről szóló tc. rendelte el.

⁹⁰³ A Honvédelmi miniszter rendelete szerint a trachomás sorkötelesek közül azokat, akiket gyógyíthatónak ítél a sorozóbizottság, polgári kórházba kellett küldeni, illetve, ha ez nem lehetséges, akkor hatósági felügyelet alatti orvosi kezelés alá kellett venni. A kezelés után a sorozáshoz kapcsolódó vizsgálatot megismételték. Azokban az esetekben, melyekben fölme-

volt elég férőhely számukra, s csak négy hónapig lehetett őket benntartani. Utána pedig már semmilyen büntetéssel nem sikerült rászorítani őket a rendszeres kezelésen való részvételre, ráadásul az időnyomkások gyakran más törvényhatóság területére mentek dolgozni, így kikerültek a hatóság látóköréből. 1885-ben azzal a javaslattal fordult a Belügyminisztérium a közös Hadügyminisztériumhoz, hogy őket katonai kórházakban helyezték el, de ezt a Hadügyminisztérium nem fogadta el. Fölmerült továbbá, hogy a trachomásokat külön elhelyezéssel, külön kiképzéssel sorozzák be.^{904 905}

Az évenkénti trachomavizsgálat tehát kapcsolódott a fősorozás időpontjához, s annak eredményéről a sorozóbizottság tájékoztatta a polgári hatóságot is.⁹⁰⁶ A szűrezen kívüli másik kérdés a katonai beszállásokhoz (azaz az elkülönítéshez) kapcsolódott. Ez az időszak a laktanyaépítések kora, tehát a katonaság elhelyezése egyre inkább a laktanyához kapcsolódott, azonban ez nem jelentette azt, hogy nem vették volna igénybe a beszállást. Ez itt is problémát jelentett, annál is inkább, mert hosszú fertőzési szakasszal lehetett számolni, s a betegek elkülönítése is sokkal nehezebben volt lehetséges. Rendelet született tehát arról, hogy a trachomás katonákat elvileg elkülönítve, a lakosságot figyelmeztetve kell beszállásolni, s az intézkedések gördülékenyebbé tétele érdekében a csapatparancsnokságnak érintkezésbe kellett lépnie a polgári hatósággal (mintaként a kolerával kapcsolatos formát ajánlotta – BM 1883/4.214).^{907 908}

Ami az elmebetegekkel kapcsolatos rendelkezéseket illeti, az országos tébolyda akkori igazgatója, Niedermann Gyula, azzal a javaslattal fordult a minisztériumhoz, hogy jó lenne, ha a betegeket intézetbe szállításuk előtt a helyi hatósági orvos megvizsgálná, mivel néhány trachomás megjelenésével rövid időn belül járvány alakulhatna ki az intézményben.⁹⁰⁹ A javasolt rendelet megszületett, mely előírta az elmebetegek megvizsgálását.⁹¹⁰ Igaz azt nem, hogy utána mit is kell velük pontosan tenni, amire többek között Nógrád megye alispánja hívta föl a minisztérium figyelmét.⁹¹¹ Az országos té-

rült, hogy színlelésről van szó, a pontos diagnózis megállapítására a sorköteleseket katonai kórházba kell szállítani. – HM 1887/4.200/VIII.

⁹⁰⁴ „A trachoma kaszárnyáktól való félelmet még esetleg azzal lehetne fokozni, hogy az ilyen hadköteleseket nem októberben, az általános bevonulás alkalmával, hanem azonnal a sorozás után, miután szembajuk a katonai kórházban is igazoltatnék, küldenék a trachoma kaszárnyákba. Ezen eljárás által még azt lehetne elérni, hogy minden védköteles esetleges trachomáját még a sorozás előtt kezelte, se semmi esetre sem lenne oka illetet szerezni, vagy szeméinek művi izgatásával a sorozóbizottságot félrevezetni.” – FEUER NATHANAEL: *A trachoma a hadseregben*. (Orvosi Hetilap tudományos közleményei – különlenyomat – 1897, Szemészet 2-4. sz., 8.)

⁹⁰⁵ Más vélemény szerint is be kell sorozni a trachomásokat és ott az altiszteknek kellene a kezelést végezniük. – NEDANOVICS, 1897.

⁹⁰⁶ 1887. évi 5803. eln. sz. polgármesteri rendelethez kapcsolódóan ld. BM 1887/17.346

⁹⁰⁷ BM 1887/18.646

⁹⁰⁸ Ez persze egyes esetekben nagy riadalomra adott okot. 1894-ben például elterjedt a hír, hogy a trachomás honvédeket a Lugos melletti sátoztáborban fogják elhelyezni és gyógyítás mellett kiképezni. A polgármester beszámolója szerint a sátoztábor a szőlőhegynél van, ami tele van mulatókkal, épületekkel, ahol az itt lakó vincellérek lányai szoktak ismerkedni a legénységgel, ami a polgármester szerint a fertőzés gyors terjesztéséhez vezet. „Már most ily viszonyok között méltón aggódik minden család apa hozzá tartozóiért, mert teljes bizonynyal állíthatjuk, hogy a trachoma első sorban női cselédeinket fogja ellepni mert a nemi ösztönt teljesen elfojtani nem képes senki, s itt is a criminalis statistikában oly nagy szerepet játszó „keresd az asszonyt” elve fogja romlásba dönteni városunkat s környékét”. Az ijedség olyan nagy volt, hogy a képviselőtestület rendkívüli küldöttség menesztését határozta el, a polgármester pedig könyörgőre fogva a dolgot, így írt a Belügyminiszternek: „Kegyelmes Urunk! Megújítva könyörgésünket esedezünk, miszerint eddig vészmentes területet ne méltóztassék azon veszélynek kitenni, hogy az megfertőztessék.” – MOL K150-2564-1895-IV-16-7280-25546

⁹⁰⁹ MOL K150-IV-16-1893-93687

⁹¹⁰ BM 1889/33.455/VIII

⁹¹¹ MOL K150-IV-16-1893-93687

bolyda biztonságára a későbbiekben is ügyelt a minisztérium. 1892-ben arra figyelmeztette az igazgatót, hogy az osztrák tébolydákban már kialakult egy járvány, ezért onnan csak ellenőrzés után, és csak abban az esetben vegyen át beteget, ha az rendelkezik trachoma-mentességéről szóló igazolással.⁹¹²

5. Az 1903-as trachoma-rendelet⁹¹³

Feuer kormánybiztosi munkáját Grósz Emil vette át.⁹¹⁴ Az ő nevéhez köthető az új trachoma-rendelet megalkotása, mellyel – már pusztán azzal, hogy az addig különböző forrásokban megtalálható intézkedések egy rendeletbe kerültek – átláthatóbbá vált a védekezés rendszere.⁹¹⁵ Programjának fontos részét képezte továbbá a szemkórházak és szemosztályok létesítése. Így Budapesten 112 ágyas, Szegeden és Brassóban 100-100 ágyas, Perlakon 45 ágyas állami szemkórház létesült, Nagyvárad, Miskolc, Pécs, Kaposvár, Újvidék, Nagybecskerek, Gyula közkórházai pedig állami segítséggel szemosztályokkal bővültek. A századforduló után így a három egyetemi szemklinikának 202, a négy állami szemkórháznak 319, a három régi trachomakórháznak 57, tizenhárom közkórház szemosztályain 647, összesen 1195 ágy állt a trachomások rendelkezésére.⁹¹⁶

Az új rendelet megalkotásának indokaként a miniszter a tudomány időközbeni fejlődését, valamint a szabályozás egyszerűsítését, annak átláthatóbbá tételét jelölte meg, hivatkozva az 1901/XX., a közigazgatási eljárás egyszerűsítéséről szóló tc.-re.

Az új szabályozás rendelkezett a trachomások bejelentéséről, nyilvántartásáról. Minden orvos, aki új trachomás beteggel találkozott, még az 1894-es rendelet alapján köteles volt Budapesten az illetékes kerületi elöljáróságnak, törvényhatósági jogú városban a rendőrkapitánynak, rendezett tanácsú városban a polgármesternek, kis- és nagyközségben a főszolgabírónak és a községi elöljárónak bejelenteni.⁹¹⁷ Az új trachomás betegről az orvosnak „Orvosi jelentést” kellett készítenie és azt a községi elöljáróságnak el kellett küldenie. Az első fokú közegészségügyi hatóság feladata volt a beérkezett jelentések alapján a trachomásokat nyilvántartásba vétele, és a betegek hozzátartozóinak is vizsgálata. A községi orvosok által összesített, bejelentésekből összeálló nyilvántartást a járásorvos ellenőrizte. Ha a bejelentés idegen illetőségű trachomásra vonatkozott, akkor a hatóság feladata volt az illetőség szerinti elsőfokú közegészségügyi hatóság megkeresése is.

⁹¹² BM 1892/26.084

⁹¹³ BM 1903/110.000

⁹¹⁴ Feuer halála után a VI. főosztály vezetője Grószot terjesztette elő a trachoma-felügyelői állásra. Az előterjesztést azzal indokolta, hogy Grósz már 1888-óta az egyetemi szemészeti klinikán trachomával foglalkozott és vállalta, hogy kurzusokat tart, vezeti a Szt. István kórház trachoma-osztályát, az állami trachoma-kórházakat évente egyszer megvizsgálja és szemműtéket végez, a minisztérium egészségügyi osztályában hetente egyszer, de ha kell, akkor többször is megjelenik, minden hozzá rendelt ügyben sürgős esetben 24 óra alatt, egyébként 8 nap alatt véleményes írásbeli jelentést tesz, valamint a trachoma-ügyről évente összefoglaló jelentést készít. A kinevezés mellett szövelt továbbá az, hogy míg Feuer a számára biztosított számos pótlékkal igen drága munkaező volt, Grósz alkalmazása kevesebb kiadással járna. – MOL K148-261-1903-20-734, Kinevezése után Grósz tanfolyamokat tartott az Üllői úton, melyen résztvevő orvosok útiköltséget, és 8 Kapidíjat kaptak. – Gyógyászat, 1904. (221), márc. 20.

⁹¹⁵ BIRINGER KÁROLY: *Trachoma elleni küzdelem a barcsi járásban 1884-1939-ig*. Népegészségügy, 1941/3, 132-146.

⁹¹⁶ GRÓSZ EMIL: *A trachomaellenes védekezés Magyarországon*. Közegészségügy, 1912/11, 112-113. 12, 122-123., 13. 139-141. 112.

⁹¹⁷ BM 1894/91.954

Az új rendelet részletesen előírta az elvégzendő szemvizsgálatok módját. Szemvizsgálat végzése minden iskolában, mindenhol, ahol emberek tömegesen dolgoznak együtt: gyárakban, nagyobb műhelyekben, árvaházakban, letartóztatási- és javító intézetekben, a vidék trachomával fertőzöttsége esetén félévente, mentessége esetén évente kötelező volt. Ezen kívül minden cselédkönyvet kérő cseléd szemét is meg kellett vizsgálni, s az új szabályozás szerint az elmeógyógyintézetekbe való felvételhez szükséges orvosi igazoláson föl kellett tüntetni, hogy az adott beteg trachomás volt-e, vagy sem.⁹¹⁸ A szemvizsgálatokat a rendelet a rendes orvosi személyzetre bízta, azaz ennek teljesítése elsősorban a községi (kör)orvosok, ennek hiányában a járásorvosok, ha azonban az adott körben kirendelt trachoma-orvos dolgozott, akkor a vizsgálatok elvégzése ennek feladata volt.⁹¹⁹ A hatóság a minisztériumnak félévente küldött jelentésében nem csak a betegség elterjedtségéről, annak változásáról, hanem az orvosi személyzet működéséről is beszámolt.

A rendelet a megelőzés terén – igazodva a korábbi gyakorlathoz – elsősorban az elkülönítést írta elő, azzal a változással, hogy általánosan csak az igen fertőző stádiumban lévő betegeket igyekezett távol tartani az egészségesektől, külön kitérve a vándor-munkások jelentette problémára. A trachomaközvetítőként is számontartott, főképp felvidéki munkások mozgását, még a trachomásokét sem kívánta korlátozni az új szabályozás, azonban előírta az elkülönítést és a vasárnapi gyógykezelést. Kitért a trachoma terjedését elősegítő népszokások tiltásának lehetőségére is (pl. a már említett szegedi menyasszonymosdatás szokása), valamint a vasúti betegszállítás kérdésére. Ugyan ez utóbbi a fertőző betegek szállításának kapcsán már szabályozást nyert⁹²⁰, a rendelet előírta, hogy vagyontalan trachomások szállítási költségeit az állam viseli, valamint, hogy a kísérők félárú kedvezményre jogosultak.

Külön szabályokat tartalmazott a trachomás katonákra, az újoncozás alkalmával végzett szemvizsgálatokra, a beszállásolásokra. A trachomás katonák problémája már korábban ismeretes volt. A szolgálatra való alkalmasság kérdése körüli viták, valamint az elkülönítési szabályok nehezen betarthatósága miatt megoldásként fölmerült a szolgálat alóli mentesség, illetve a trachomás egységek szervezésének gondolata is.⁹²¹ Az 1903-as szabályozás megtartotta a korábbi rendelet megoldását⁹²², azaz a trachomás katonák elkülönített beszállásolását írta elő. Bővebb volt viszont annyival, hogy az újoncozáskor esedékes szemvizsgálatok eredményét az általános trachoma-ellenes védekezés rendszerébe illesztette, azaz a hatóságokat az újonnan fölbukkanó esetekről jelentéstételre kötelezte. Arról, hogy mit is lehet kezdeni a trachomás hadkötelesekkel, végül az 1912. évi XXX. tc., Feuer és Grósz Emil törekvéseit tükröző 41.§ - a rendelkezett. E szerint a trachomás besorozottakat gyógykezelés céljából már az adott év október 1-je, vagyis a szolgálat szokásos megkezdése előtt állományba vették, és katonai kórházban gyógykezeltek.

⁹¹⁸ Korábban létezett már hasonló szabály, az 1892-es rendelet szerint trachomás elmebetegek felvétele nem volt lehetséges az intézetekbe – BM 1892/26.084

⁹¹⁹ Az állam által kirendelt trachoma-orvosok száma a századforduló után egyre kevesebb lett. Míg 1899-ben 42 trachoma-orvos dolgozott, 1906-ban 18, 1911-ben 12. – GRÓSZ, 1912, 122.

⁹²⁰ BM 1903/15.316.

⁹²¹ Már Feuer is fölvetette a trachomás századok szervezésének gondolatát, az új szabályozás kidolgozásának idején Szabadka javasolta a trachomás zászlóaljak létrehozását. – GRÓSZ E., 1912, 140.

⁹²² BM 1887/18.646

A kezelést illetően a leghatékonyabbnak tartott, és legolcsóbbnak bizonyult megoldást: elsősorban a járóbeteg-ellátást írja elő, a kórházi kezelést fönntartva a súlyos esetekre, illetve azok számára, akiket otthon nem lehet elkülöníteni, vagy akik a kezelési helytől távol laknak. A kezelést pedig főként a helyi lakosságot jobban ismerő községi (kör)orvosokra bízta a rendelet, trachoma-orvosok küldését ezen túl csak a betegek nagy száma indokolhatta, az orvos hozzáértésének hiánya nem. A többletmunkáért a községi (kör)orvosok elvileg a saját községüktől számíthattak külön átalányra, ott azonban, ahol ennek kifizetését nem tudták vállalni, a minisztérium biztosított többletjövedelmet átalány vagy jutalom formájában.

6. Összefoglalás

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.⁹²³ A határozott kormányzati lépések oka egyrészt az volt, hogy a trachoma veszélyeztette a katonai érdeket, 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 tetézett 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.⁹²⁴

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

⁹²³ A századforduló táján Feuer 30000-re teszi a trachomások számát, hozzátéve, hogy legtöbbször paraszt. – Ld.: FEUER, 1895, 15.

⁹²⁴ Szeged vidékén a már említett „menyasszonyosdatás” népszokását kellett külön rendeletben megtiltani, mert ennek keretében az esküvői vendégek közös tából mosdanak meg és közös törülközőt használnak. – BM 1897/1254

lehetett megoldani a trachomás tanulók elkülönítését.⁹²⁵ ⁹²⁶A katonaság természetesen meg tudta oldani a katonák elkülönítését és gyógykezelését is. Ugyanígy megoldható volt az elmebetegek szűrése, és a vasúti szállításban való elkülönítés is.⁹²⁷ A kényszergyógykezelés és az egyéb büntetések lehetősége sem segített sokat a trachoma-helyzetben. Az orvosok lényegében függtek 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 alapján lehet fizetni.⁹²⁸ Ugyanakkor, ha a körorvos a rendes bejárás időn túl látogatott el egy községbe, akkor a (fuvar biztosításán túl) fuvarköltséget az illető község viselte.⁹²⁹ 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 felhasználandó téli időszak elmúlik, mielőtt a betegek rendszeres orvosi kezelés alá jutnának, minek az a következménye, hogy míg sok helyen a betegek nagy része állandóan távol marad a rendelőstől, az első sorban ezen ellenszegülők elhelyezésére létesített állami trachoma kórházak részben üresen állanak.”⁹³⁰

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 szemesztály 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 felállítására felé tolt el a hangsúlyt.⁹³¹

⁹²⁵ „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, 1890, 698.

⁹²⁶ Ennek ellenére Németországban a végre nem hajtható magyar minta alapján rendelték el az iskolai szemvizsgálatokat. – ld. DR. FEUER NATHANEL: *A trachoma (egyiptomi szemhaj)* az iskolákban. (Ifjúság és egészség iskolaegészségügyi folyóirat különnyomata I. évfolyam 1898. máj. 15.), Budapest, 1898.

⁹²⁷ 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

⁹²⁸ BM 1890/ 35.978

⁹²⁹ BM 1891/ 23.559.

⁹³⁰ BM 1899/ 34.528.

⁹³¹ Ld. Hódmezővásárhely fent ismertetett esetét. – MOL K150-1892-IV-16-2060-24875

A kórházi ellátórendszer ezzel együtt specializálódott, létrejöttek a trachomakórházak, vagy a trachomával érintett vidékeken a közkórházak mellett szemosztályokat hoztak létre⁹³², 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, Privigye, Kalocsa, Zsolna, Alsó-Lendva, Perlak, Szeged.⁹³³

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.⁹³⁴ 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 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.

⁹³² Bár ezek némelyike kifogásolható állapotban volt – ld.: SOMOGYI ZOLTÁN: *Közlemény sz. királyi Debrecen város közkórháza szemészeti osztályának 3 ½ évi működéséről*. Orvosi Hetilap – Szemészet, Jubilaeumi szám, 1897, 18-20.

⁹³³ Ld.: *A trachoma-ügy Magyarországon 1883-1900*. közzéteszi a M. Kir. Belügyministerium, Budapest, 1900.

⁹³⁴ 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 XXXVII. tc.

V. A tébolydától az elmeógyógyintézetig - Elmebetegek Magyarországon a XIX. század utolsó harmadában

1. A kezdetek

Az elmebeteg-ellátásban az áttörést a Rajnától keletre a felvilágosult abszolutizmus, attól nyugatra a francia forradalom hozta meg. Addig az elmebetegek nagy része úgy élt, mintha börtönbüntetésre ítélt gonosztevő lett volna. Csak kisebb részük kapott helyet kórházban, mivel azonban az elmebetegségek nem képezték az egyetemi tananyag részét, nem létezett sem szakszerű kezelés, sem tudományos szintű szakirodalom.

A szemléletváltás megindulása Philippe Pinel munkájához fűződik, aki a Bicêtre kórház főorvosaként levetette betegeiről a láncokat.⁹³⁵ Száz évvel később Babarcsi-Schwartzter Ottó így értékelte munkásságát: „Pinel szelíd szelleme munkára serkentette a cultur nemzeteket, valóságos versengés fejlődött az elmeógyógyintézetek létesítése terén, mindenütt romboltak és újra alkottak, hisz évszázados mulasztások pótlásáról volt szó.”⁹³⁶ Ez tekinthető tehát a modern értelemben vett elmeógyógyászat megszületésének.⁹³⁷

A XIX. század elején már mindenhol megvolt az igény a változtatásra, az elmebetegek helyzetének túrhetetlen voltára egyre többen figyeltek föl.^{938 939} A meginduló reform-munka, főképp a gyógyítható és a gyógyíthatatlan elmebetegek elkülönítése, korántsem ment zökkenők nélkül.⁹⁴⁰

2. Magyarország az állami elmebetegügy előtt

Magyarország sem különbözött az európai államok többségétől. Nálunk sem létezett elmeógyógyászat, sem az egyetemen, sem a tudományos életben. Csakhogy nálunk még elmeógyógyintézetek sem épültek. Az elmebetegek többsége az utakon kóborolt, más részük börtönökben, szegényházakban és

⁹³⁵ Pinel mellett megemlíthető Tuke, Wagnitz és Reil neve. Munkájuk nyomán vált az elmeógyógyászat modern tudománnyá, s a tébolydákban a gyógyítás funkciója megjelent. Megjegyzendő azonban, hogy az elmebetegekkel való bánásmód egyes elemei továbbra is vitathatók maradtak. – Ld.: FOUCAULT, MICHEL: *Elmebetegség és pszichológia – A klinikai orvoslás születése*. Budapest, 2000, Corvina. 72., továbbá FOUCAULT, MICHEL: *A bolondság története a klasszicizmus korában*. Budapest, 2004, Atlantisz. 640.

⁹³⁶ BABARCSI-SCHWARTZTER OTTÓ: *Közigazgatási elmekörtan*. Budapest, 1897, Franklin. 208.

⁹³⁷ HORÁNSZKY NÁNDOR: A magyar elmeógyógyászat a XIX. században. In: *Az Országos Ideg- és Elmeógyógyintézet 100 éve*. (Szerk. BÖSZÖRMÉNYI ZOLTÁN) Budapest, 1968, Nyomdaipari Szakmunkásképző Int. ny. 37-53.

⁹³⁸ „ezeket a szerencsétlen lényeket bűnösneként kezeljük, és elhagyott börtönökben, ahova nem juthat el a humanista, szánakozó tekintet, megbilincseljük és hagyjuk őket elrothadni saját ürülékükben. Bilincseik leették a húst csontjaikról, sápadt, kiaszott arcuk várakozással tekint a sír felé, mely véget fog vetni nyomorúságuknak, és el fogja fedni saját szégyenüket.” – JOHANN CHRISTIAN REIL (1759-1813), idézi: KUN MIKLÓS, i.m.

⁹³⁹ „Az elmebetegek erős varácsolokkal, nehéz lakatokkal ellátott, gyilkos s rablók közös épületeket laktak. Bűzhödött légű, nedves, ronda tömlőcövekben töltötték rothadt szalmán heverve, kínteljes napjaikat. Nehéz, vas békók szoríták sebes tagjaikat. A szabad léget sohasem élvezték, hitvány és egészségtelen táplálékukat kis résen toltta be a kínzó ápoló, ajtajuk csak hullájuknak nyílt meg.” – jellemzi a magyarországi helyzetet NIEDERMANN GYULA: A tébolyda. In: *A Magyar Orvosok és Természetvizsgálók 1867. augusztus 12-től 17-ig Rimaszombatban tartott XII. nagy gyűlésének munkálatai*. Szerkesztették: Batiz József és Rónay József. Pest, 1868, Emich Gusztáv. 300-306, 300.

⁹⁴⁰ BABARCSI-SCHWARTZTER, 1897, 209.

kórházakban volt elkülönítve. Kizárólag elmebetegek részére fönntartott intézmény alapításáról szó sem volt. Az egyes kórházakban ugyan voltak elmebetegeknek fönntartott részlegek, de ez nem volt általános.⁹⁴¹ Elsőként az egri alapítványi kórház foglalkozott nagyobb számú elmebeteggel, egy negyven főre tervezett osztályt állítva föl, még a XVIII. században.⁹⁴²

A legközelebbi, szakellátást nyújtó intézmény a II. József által alapított bécsi „Narrenturm” volt. Előkelő és jobb módú betegek részére rendelkezésre álltak továbbá a bécsi magán-intézetek, szegényebbeknek pedig a városi intézet, melybe azonban a magyarországi honosságú elmebetegek fölvétele 1812-től, tekintve, hogy Magyarországon nem állt rendelkezésre hasonló intézmény, – és így nem lehet szó arról, hogy nálunk ausztriai elmebetegeket helyezzenek el –, nem volt lehetséges. Ezek után csak a fizetőkésesek számára álltak rendelkezésre a külföldi magán-intézetek.⁹⁴³

2.1. Az országos tébolyda terve

Országos tébolyda fölállításának terve már a XVIII. században fölmerült. A Helytartótanács, a végleges megoldásig – azaz az elmeügyintézetek megnyitásáig –, 1783-ban elrendelte, hogy az elmebetegeket föl kell venni a szegényházakba. II. József több rendeletet adott ki, melyek a szegény elmebetegek helyzetét kívánták rendezni, így 1784-ben az egyházi elmebetegek ellátásáról, 1788-ban az elmebetegek községi szintű statisztikai fölméréséről rendelkezett.⁹⁴⁴ Majd amikor bizonyos szerzetesrendeket föl szlatott, a rendek vagyonából alapot hozott létre *fundus confraternitatum* néven, mely más alapokkal történt összevonása után a nyilvános elmeügyintézet, azaz akkori elnevezéssel tébolyda létrehozását célozta.⁹⁴⁵ Ettől kezdve az országos tébolyda ügye állandóan napirenden volt.^{946 947}

⁹⁴¹ Állítólag a Pesti Invalidus Kórház Rostély utcai szárnya már 1727-ben az elmebetegeknek volt fönntartva. – Ld.: VIKÁR GYÖRGY: Az elmeápolás kezdete Magyarországon. In: *Az Országos Ideg- és Elmeügyintézet 100 éve*. Bp, 1968. 23-28.

⁹⁴² *Magyarország elmebetegügye az 1899. évben*. – közléteszi a M. Kir. BM. Bp, 1900.

⁹⁴³ HORÁNSZKY, 1968, 37.

⁹⁴⁴ VIKÁR, 1968, 26.

⁹⁴⁵ *Magyarország elmebetegügye az 1899. évben*. – közléteszi a M. Kir. BM. Bp, 1900, 1., továbbá: *A Magyar Királyi Belügyministerium kezelése alatt álló közalapok és magánalapítványok törzskönyve*. Budapest, 1909, M. Kir. Belügyministerium, Franklin ny.

⁹⁴⁶ A vármegyék is foglalkoztak a kérdéssel: Pest 1801-ben a nádort kereste meg azzal, hogy a helyzetet mindenképp orvosolni kell, mivel az elmebetegekről nem gondoskodnak, és így azok veszélyt jelentenek a társadalomra (mivel össze-vissza kóborolnak), vagy pedig börtönbe zárják őket, ami szintén nem megoldás, mert ott pedig rendkívül rossz körülmények közé kerülnek, javasolta, hogy a Szentendrén lévő kórház néhány kórtermét alakítsák át erre a célra. Ez végül nem valósult meg, mint ahogyan Pest város indítványa sem, mely szerint a II. József által építtetett hatalmas „Új épület” egyik szárnyát vennék e célra igénybe, úgy, hogy minden vármegye és szabad királyi város 1000 Ft-ot adna az elmeügyintézet céljára, s az így összegyűlő több mint 100.000 Ft-ból az elmeügyintézet berendezésén túl biztosítani lehetne az élelmezést is. – uo.

⁹⁴⁷ Pálffy gróf 1806-ban felhívta a Helytartótanácsot, hogy miután a rendek sérelmeit orvosolták, az elmebetegek ügyében készítsenek javaslatot. E felhívás eredményeképp készítette el Pfisterer Endre protomedicus 1809 elején a 70 beteg elhelyezésére elegendő tébolyda tervét. – GORTVAY, 1952, 133. – Alapítványok jöttek létre az országos tébolyda létrehozására: először Nádasdy Ferenc váci püspök, (HORÁNSZKY NÁNDOR, 1968,37.– a Nádasdy alapítvány alapítólevelét a BM 1872/32.398 (nov. 7.) intézvnyével írta alá, mely szerint a kalocsai káptalan a budai országos tébolydába az éves kamatjövedelemtől függően utalhat betegeket a minisztériumon keresztül.) majd kalocsai érsek, majd pedig Battyhány János gróf tett alapítványt (*Magyarország elmebetegügye az 1899. évben* – közléteszi a M. Kir. BM. Bp, 1900.). Az ekkor tervezett tébolyda az 1838-as árvíz miatt nem épült meg. E korszakban viszont már több kórház is foglalkozott elmebetegek elhelyezésével. (Az budai Irgalmas-kórházban 32 tébolydai szoba volt, Nagyváradon 20 cellából álló részleg volt elmebetegek részére, Pápán 1837-től működött egy kis, 10 cellából álló elmebeteg-kórház. Ezek azonban a kivételek, az említésre érdemes, előremutató kezdeményezések. A többi kórházban, legjobb esetben egy-két szobát különítettek el az elmebetegek számára. Ezek csak szükös elhelyezést biztosítottak, ráadásul a legtöbb esetben nem csak az elmebetegek használták ezeket, hanem más betegek is kerültek ide (pl. veszett állatok által megmegtak, és a nemi betegségben szenvedők), HORÁNSZKY, 39.)

Az első lépések között kell számon tartani Pólya József kísérletét, aki elmebetegek számára, mint a Rókus kórház orvosa, 1841-ben saját költségén elmeógyógyintézetet rendezett be, mely azonban két éves működés után megszűnt.

Az Országos Tébolyda létrehozásának gondolata a negyvenes években ismét előtérbe került.⁹⁴⁸ 1848-előtt már 400.000 korona állt rendelkezésre, és olyan szakemberek ajánlkoztak az új Országos Tébolyda munkájában részt venni, mint Schwartzter Ferenc. A történelmi események azonban elsodorták a közelinek tűnő megvalósulást. 1850-ben Schwartzter megalapította magánintézetét, mely előbb Vácon, majd néhány évvel később Budán működött.⁹⁴⁹ Az általános gyakorlat ebben az időszakban is az maradt, ami eddig, azaz az elmebetegeket jobb esetben a kórházakba utalták. Ez a megoldás azonban egyre kevésbé volt tartható.⁹⁵⁰ Az áldatlan helyzet javítása érdekében ugyan Schwartzter intézetében szegény betegek ellátására több alapítványi helyet is biztosított, de ez természetesen nem elégítette ki a hazai elmeógyógyintézet iránti egyre nagyobb igényt, így az elmeógyógyintézet megépültéig kórházakba kerültek azok az elmebetegek, akiket nem sikerül a kevés hazai és külföldi magánintézetben elhelyezni.⁹⁵¹

2.2. Tébolyda létrehozása Erdélyben

Érdekes módon Erdélyben, ahol a tébolyda-ügy önálló pályát futott be, korábban sikerült fölépíteni a tébolydát. 1811-ben merült föl létrehozásának gondolata, majd a rendek 1830-ban alapot hoztak létre. Végül az önálló tébolyda helyett a kolozsvári Karolina-kórházban jött létre nyolc ágyas elmebeteg-osztály.⁹⁵² Ez nem volt elegendő az egyre növekvő igény kielégítésére, így 1858-ban sorsjáték rendezésére kaptak uralkodói engedélyt, s az így befolyt összeg, (400.000 Ft) már elegendő volt ahhoz, hogy elkezdjék az önálló tébolyda építését.⁹⁵³ A tervezett Kolozsvár helyett azonban a Helytartótanács akkori székhelyén, Nagyszebenben építették meg az intézményt.^{954 955}

⁹⁴⁸ Ld. NIEDERMANN, 1868.

⁹⁴⁹ 17.031., majd a BM 1889/19.677 sz. engedélyező-okirattal átruházva Babarczi-Schwartzter Ottóra

⁹⁵⁰ „Hatósági Főorvos és kórházi igazgató jelenté, hogy utóbbi időben az elmeháborodottak, és ezek közül jobbadán idegenek, oly nagy számban hozatnak a Rókusi kórházba, hogy noha többen egy szobába helyezvék, a nevezett betegintézetben el nem férnek, és említett főorvos többeket, kik egy jó rendezett intézetben még meggyógyulhatnának, hely szűke miatt, elutasítani kénytelenítetik.

Nehogy tehát e szerencsétlen betegek orvosi segély hiánya miatt elveszenek, és a társas életben mind maguk, mind pedig másoknak ne árthassanak, ezennel bátorkodom Méltóságodat alázatosan felkérni, hogy miután e részben egy külön országos alap létezik, addig is, míg egy országos örültek háza fel fog állíttatni, a kellő intézkedéseket ideiglenesen megtenni méltóztassék, annál is inkább, minthogy a kebelbeli intézet nem felelhet meg az egész országból gyógyítás végett ide Pestre küldött, elmekórosak gyógyítására megkívánható szükségnek. Pesten 1850-ik július 10-én” – írta Koller Ferenc kerületi miniszteri biztosnak a Pesti főpolgármester. idézi: ZSAKÓ ISTVÁN: *Az egykori országos tébolyda keletkezésének története*. OTK I., 1956, (4.), 84.

⁹⁵¹ Erről tudósít a Vasárnapi Újság 1860-ban megjelent cikk: „(A miskolci közkórházban) főállása (1856) óta az összes beteg szám egy negyedét tébolyodottak képezik. Így eleinte 24 beteg közt 6, most pedig 100 közt 24 elmebeteg van gyógyítás vagy ápolás alatt. Azért a kórházhoz egy külön osztályt építettek 6 szobával, melyekben s a fűtető tornácson 32 elmebeteg elfér.” VÚ, 1860. nov. 25. (48. sz.)

⁹⁵² FISCHER JAKAB: *Az elmebetegügy Magyarországon*. Közegészségügy, 1890, 615-623. 680-690. 684.

⁹⁵³ *Magyarország elmebetegügye az 1899. évben*. – közzéteszi a M. Kir. BM. Bp, 1900, 3.

⁹⁵⁴ Az építkezés az államsorsjáték 1858-as megrendezése után 1859-ben kezdődött, és 1863-ban fejeződött be. A végleges tébolyda megépítéséig ideiglenes elmeógyógyintézetet hoztak létre, s ekkor megszűnt a kolozsvári elmebeteg-osztály, s ez az intézmény fölszerelését a nagyszebeni intézettől kölcsönözve, annak elkészültéig, 1864-ig működött. Az intézeti felvételről, az intézet céljáról szóló hirdetmény: Erdélyi kir. fő kormányzó 1863/32.412

⁹⁵⁵ Az intézet alapszabálya: Az Erdélyi kir. fő kormányzó 1862/24.044, az intézet átvételéről: MOL K150-57-1869-IV-20

3. Az Országos Tébolyda megszületése

Az Országos Tébolyda megépítését óriási várakozás előzte meg. A szakma már a század elejétől, a közvélemény pedig húsz-harminc évet várt a modern, minden igényt kielégítő állami elmeógyógyintézet megszületésére.

Elhelyezésére több helyszín is fölmerült. Miután a váci, Nádasdy-féle Ludoviceum épülete nem volt alkalmas az intézet céljaira, Schwartzter javaslatára alapján a budai tanács által már a század első felében följánlott budai terület került szóba.⁹⁵⁶ A Lipótmező telkének megvásárlásához 1853-ban érkezett meg az engedély, az építési munkák az anyagi feltételek híján csak hét évvel később indultak be. Ferenc József a budai palota építési alapjából 1857-ben adományozott az elmeógyógyintézet felállításának céljára 315.000 Ft-ot, majd 1860-ban jóváhagyta az építési terveket is, s egyben elrendelte a földmunkák megkezdését.⁹⁵⁷

Az intézet megépítése hatalmas előrelépést jelentett a magyar elmebeteg-ügyben, mivel 500 beteg elhelyezését tette lehetővé. (A tervekben eredetileg 800 elmebeteg szerepelt, de az anyagi eszközök szűkössége nem tette lehetővé az eredetileg tervezett méretű épület megépítését, s külön rendelet foglalkozott a tébolydai beszerzésekkel, mert bizonyos jelekből arra lehetett következtetni, hogy az eljárásban alkalmanként nem jártak el kifogástalanul.)^{958 959}

Megnyitásakor, 1868 decemberében az orvosi személyzet az igazgatón kívül két főorvosból és négy másodorvosból állt. (Ez a szám csak a XX. század elején változott.) Az adminisztratív tisztviselők száma öt volt.⁹⁶⁰ Az intézet „föltöltése” nagyon rövid idő alatt sikerült. Már a megnyitás előtt érkeztek elmebetegek elhelyezését kérelmező beadványok a Belügyminisztériumhoz.⁹⁶¹ Az első betegcsoport azonban csak 1868. december 6-án érkezett Bécsből, Pozsonyból, Klosterneuburgból és Ybbsből.⁹⁶²

3.1.1. Ápoló-kérdés

⁹⁵⁶ A „Lipótmezőt” a város 1828-ban ajánlotta föl, még ingyen, a szükséges építőanyagok egy részével együtt

⁹⁵⁷ A költségek a következőképp oszlottak meg. A társas alap, a *fundus confraternitatum* 707.696 Ft 15 kr-ral, a budai Várpalota építési alapjából a király 315.000 Ft-tal, a belügy 150.000 Ft-tal, az országos adópótlékból 575.000 Ft és vegyes bevételekből 19.515 Ft 34 kr-ral osztozott a költségeken. – FEKETE JÁNOS: Intézetünk megalapítása és működése 1900-ig. In: *Az Országos Ideg- és Elmeógyógyintézet 100 éve*. Budapest, 1968. 70.

⁹⁵⁸ Például a szakemberek megkérdezése nélkül rendeltek olyan ún. kényszerítő eszközöket (pl. vaskapcsos dühöngő asztal), melyek használatát az orvostudomány akkor már egyértelműen elutasította. Egyedüli kényszerítő eszköz a kényszerzubbony maradt, mely azonban korántsem volt olyan drága, mint azok a segédeszközök, melyek rögtön az intézet raktáraiba kerültek.

⁹⁵⁹ Továbbá a szóbeli ajánlattétel gyakorlata ellenőrizhetetlenné tette a beszerzéseket, ezért a minisztérium az írásbeli versenyzetetést írta elő, „mivel ezen rendszer alkalmazásával a gyakran észlelt összebeszéléseknek és megvesztegetéseknek elejét vétehetik, mely utóbbi visszaélés akképp gyakoroltatik, hogy a szóbeli versenyzők közül az, aki a szállítást csekély áldozat mellett olcsón kívánja elnyerni, a vele igénylőket kisebb-nagyobb összegek fizetése által (Schweiggeld) lekenyerezte, és az árlejtésben való részvételből visszaléptette, visszaléptük után azonban [...] az árakra a kincstár tetemes kárára a legnagyobb befolyást képes gyakorolni, mi az ajánlati árlejtés alkalmával nem történhetik.” – BM 1871/10.956

⁹⁶⁰ FEKETE, 1968, 74.

⁹⁶¹ Ilyen volt a bajai Patrács Péterné, (sz. Urbán Hermina), aki megőrült férjét kívánta már 1868. tavaszán elszállíttatni az országos tébolydába. – MOL K150-36-1868-IV-20-17570

⁹⁶² FEKETE, 1968, 74.

Az intézet igazgatója már 1869 elején sérelmezte, hogy mindössze 30 ápolót engedélyezett a minisztérium, jóllehet külföldi példák azt mutatták, hogy jóval nagyobb ápolószám lett volna kívánatos.⁹⁶³ A helyzet később sem rendeződött megnyugtatóan, s a tébolyda igazgatója kérelmek sorával árasztotta el a minisztériumot, beszámolva arról, hogy az intézet normális működéséhez szükséges ápolói kar nem áll rendelkezésre. Az ápolott elmebetegek száma folyamatosan nőtt, alig több mint egy évvel a tébolyda megnyitása után az igazgató már új osztály megnyitását tervezte.⁹⁶⁴ A minisztérium azonban a költségek lehető visszafogására helyezte a hangsúlyt, s az ápolók számának növelését csupán a lehető legkisebb mértékben volt hajlandó engedélyezni. Az a szakmai törekvés tehát, hogy lehetőleg az ápolottak számának növekedésével együtt arányosan növekedjen az ápolók száma⁹⁶⁵, nem talált kellő támogatásra a minisztérium részéről.⁹⁶⁶ Az ápolói gárda cserélődése szintén kényes pontja volt az intézetnek: az ápolók egy része a fölvétel után más feladatot látott el a tébolydában, más része viszont elhagyta az intézetet, így az utánpótlás biztosítása nem csak a minisztérium költség-visszafogó politikája, hanem azért is nehézkes volt, mert gyakorlattal rendelkező személyzet nem állt megfelelő számban rendelkezésre.⁹⁶⁷ Ennek ismeretében nem meglepő tehát, hogy a tébolyda igazgatója az ápolói helyzet miatt szinte kétségbeesve kérte, hogy: *„minden 6 beteg után járó 1 ápoló felfogadását kegyesen megengedni méltóztassék.[...] a legkomolyabb szerencsétlenségek elkerülése végett az ápolói személyzet nagyobbítása már a mai napon égő szükségé vált”*.⁹⁶⁸

4. A „tébolydai alapelvek”

A minisztérium nem sokkal a gyógyintézet megnyitása után tájékozódott, hogy milyen orvosi elvek érvényesülnek a nagy várakozás után, s a hazai elmebeteg-ügy megoldásának tekintett tébolyda működésében.⁹⁶⁹ Az Országos Tébolyda igazgatója a minisztérium felhívására az Országos Közegészségi Tanácsnak nyújtotta be az összefoglalót, melyből egy, a korszerű elveknek megfelelő elmebeteg-kezelés gyakorlata bontakozott ki.

⁹⁶³ „Az országos tébolydában jelenleg már 220 elmebeteg vagyon gyógykezelés alatt, az engedélyezett ápolók száma pedig 30. Ha vannak bár tébolydák, a melyekben már 4 ápolás alatt lévő elmebeteg után egy ápoló felfogadása engedélyezve legyen, (Tiroi grófsági Hall városában létező országos állami tébolydában már 4 elmebeteg után 1 ápoló vétetik föl) de rendesen és pedig az ausztriai birodalomban lévő többi tébolydákban [...] 6 elmebeteg után 1 ápolónak felvétele engedtetik meg.” – MOL K150-87-1870-IV-13-(2266)-7882

⁹⁶⁴ „A férfi osztályon a betegek száma oly annyira szaporodván, hogy egy új beteg osztálynak megnyitása mielőbb szükségessé válik, ennek folytán ezen osztály legalább is 3 ápolóval ellátandó lévén[...] mély alázattal kéretik a Nagy méltóságú ministerium, hogy az 1869dec. 10-én 2466 sz. alatti alázatos jelentéssel kért, továbbá nem halasztható ápolók szaporítását kegyesen megengedni méltóztassék.” – MOL K150-87-1870-IV-13-9129

⁹⁶⁵ Az intézet szakmai törekvése az volt, hogy az érvelésben elhangzott külföldi példáknál jobb feltételeket teremtsenek a tébolydában. Fölbukkan ugyanis a minisztériumhoz intézett kérelmekben az az igény, hogy minden 6 elmebeteg után lenne szükséges 1 ápoló fölvétele. – MOL K150-87-1870-IV-13-454

⁹⁶⁶ A minisztérium ezen felül nem reagált kellő gyorsasággal (az ápolott elmebetegek szaporodásának gyorsaságával). 1870-elején ugyanis mindössze 4 ápoló fölvételét engedélyezte, miközben ennél többre lett volna szükség. – MOL K150-87-1870-IV-13-454

⁹⁶⁷ Az igazgató beszámolója szerint a fölvétel előtt az ápolói személyzetből géphez került 3 ember, 36 pedig elment, így 36 ápolót kellett fölvenni. – MOL K150-87-1870-IV-11872

⁹⁶⁸ MOL K150-87-1870-IV-13-454

⁹⁶⁹ BM 1868/9129 (jún. 16.) r. – MOL K150-87-1870-IV-13-14103

Tudvalévő, hogy a korábbi időszakban a betegek kezelésében – szándék és lehetőség híján – főképp a passzív kezelési elvek domináltak, azaz gyakran, ha a betegség természete nem tett mást lehetővé, a többi betegre tekintettel a teljes elzárást választották. Ezen kívül sokféle kifejezetten kegyetlen módszer volt ismert, melyek egy része ugyan már nem volt elfogadott az orvostudomány szerint, de ezek alkalmazásának elkerülése még mindig fontos kérdést jelentett.⁹⁷⁰ Schnirch igazgató leszögezte, hogy: „*az ápolói személyzetnek a betegekkel való legemberségesebb bánásmód legszigorúbban meg van hagyva, minden ez irányban az igazgató tudomására jutott mulasztás, vagy egyes elhanyagolása mulhatatlanul és kérlelhetetlenül az illető ápoló elbocsáttatását vonja maga után, melynek folytán az ápolói személyzetben feltűnő módon történnek változások, mely körülmény a szolgálatra nézve felette nehezítőleg hat.*”⁹⁷¹ A kényszert, melynek alkalmazása a korábbi időkben teljesen általános volt az elmebetegekkel szemben, csak végső esetben, akkor, ha a beteg magának ártana, tartotta alkalmazhatónak. Az öngyilkossággal kísérletezők számára berendezett külön megfigyelőszoba állandó ápolói felügyelet tett lehetővé, s ezek a betegek „*csak is ezen célra kijelölt ápolók által figyeltetnek.*”⁹⁷²

A másik nagy kérdés, melyről a jelentés beszámolt, a betegek foglalkoztatása volt. Korábban számos külföldi példa vált ismertté a hazai közönség körében is arról, hogy milyen jó hatással van egyes betegekre a műhelyben való foglalkoztatás, a zene, vagy a képzőművészet.⁹⁷³ A betegek foglalkoztatása nem tartozott tehát a kevésbé ismert módszerek közé. Az intézetben több lehetőséget biztosítottak erre a betegeknek. A kézműves-munkától kezdve egészen az irodai munkáig. Külön kis cipész, szabó, asztalos, könyvkötő műhelyt rendeztek be, s ezen kívül kőművesmunkára is volt lehetőség. Aki nem volt tanult mester és tanítani sem igen lehetett, azt (ha erre alkalmas volt) a ház körüli munkára fogták be.⁹⁷⁴

Az igazgatói jelentésből egy korszerűen vezetett intézmény képe rajzolódott ki. A betegek bántalmazása szigorúan tilos volt, azokat az ápolókat, akik nem tartották be az erre vonatkozó utasításokat elbocsátották, és biztosított volt a betegek foglalkoztatása is. Az Országos Közegészségi Tanács értékelése mégis fölírta néhány hiányosságot: például nem számolt be az igazgató arról, hogy mikor teszik lehetővé a beteglátogatást, hogyan különítik el kór- és nem szerint a betegeket, milyen az épület besztása. A legfontosabb kérdés / megállapítás azonban már távolabbra mutat: „*nem mutatkozik-e annak szükségessége, hogy a gyógyíthatatlan elmebetegek számára külön intézet alkottassék, tekintettel az országos elmeegógyintézetnek már most nyilvánuló elégtelenségére*”⁹⁷⁵

⁹⁷⁰ „Az elmebetegek társas együttlétének tehát megmérhetelen haszna van azáltal, hogy egy időben mindannyinak szórakozást nyújt és elfoglaltatások által gyógyulásukra oly üdvös befolyást gyakorol. Szóval, ezen elv az elkülönzéssel kapcsolatban alapjául szolgál az általános tébolydai rendszernek s az egyéni gyógy mód, mely különben oly nehéz a nagy intézetekben, hol az orvos nem képes csupán csak felette csekély időt szentelni külön egyes betegeire, ezáltal igen megkönnyítetik.” BOLYÓ KÁROLY: Az elmebetegek társas élete s ennek erkölcsi gyógyelőnye jól rendezett tébolydák körében. In: *A Magyar Orvosok és Természetvizsgálók 1867. augusztus 12-től 17-ig Rimaszombatban tartott XII. nagy gyűlésének munkálatai*. Szerkesztették: Batiz József és Rónay József. Pest, 1868, Emich Gusztáv. 286-290, 288.

⁹⁷¹ MOL K150-87-1870-IV-13-14103

⁹⁷² MOL K150-87-1870-IV-13-14103

⁹⁷³ A Vasárnapi Újság is beszámolt arról, hogy a bécsi intézetben tartott koncert, „melly két óra hosszat tartott, igen jó hatással volt a szegény betegekre.” 1858. jún.13. (24. szám)

⁹⁷⁴ MOL K150-87-1870-IV-13-14103

⁹⁷⁵ MOL K150-87-1870-IV-13-14105

5. Az 1868-as „Alapszerkezet”⁹⁷⁶

5.1. A betegek felvétele

Az Alapszerkezet szerint az intézetbe csak gyógyítható, vagy gyógyíthatatlan, de közveszélyes elmebetegek vehetők föl. (1§) A szabályzat előnyben részesítette a magyarországi honosságú betegeket. A korábbi osztrák szabályozással szemben nem zárta ki a külföldieket, hanem, ha elég hely állt rendelkezésre, a magyar betegek után lehetőség volt nem magyar honosok föl vételére is. A betegfölvétel kérdését, mivel az intézmény iránt óriási volt az érdeklődés, szigorúan szabályozta a 8§: a felvételi okmányok között szerepelnie kellett egy közalkalmazásban álló orvos (ennek hiányában gyakorlatra feljogosított orvostudor) igazolásának arról, hogy a felvételért folyamodó valóban elmebeteg, egy kórrajznak, mely igazolta, hogy az elmebeteg gyógyítható-e, illetve ha nem, akkor közveszélyes-e. Szükség volt az illetőség hivatalos igazolására (honossági bizonyítvány, vagy más okmány formájában) és esetleg egy külön igazolásra arról, hogy az elmebeteg közveszélyes-e. Meg kellett nevezni a törvényszék által rendelt gondnokot is, ennek hiányában azt a személyt, aki az elmebeteg az intézettel szemben képviseli. A felvételi okmányok utolsó csoportját az ápolási díj megfizetésével kapcsolatos nyilatkozatok és egyéb okiratok képezték. Az ápolási díjat a betegeknek kellett megfizetniük. A kórházak egyik legnagyobb gondját a korszakban a behajthatatlan ápolási díjak képezték, nem lehet tehát csodálkozni azon az igyekezeten, hogy az ápolási díj megfizetését biztosítsák az intézet szabályzatában. Meg kellett jelölni tehát azt, hogy a beteg az ápolásért saját vagyonból fizet, hogy az ápolási díjat egészében a beteg viseli-e (más részét esetleg valamilyen egyesület vagy rokon), vagy esetleg más állja a költségeket, továbbá nyilatkozni kellett arról, hogy az ápolási költséget havonta előre fizeti meg az intézet pénztárába. A fizetésektelen és olyan elmebetegek után, akik helyett az ápolási költségek megfizetésére senki sem kötelezhető, az állam viselte az ápolás terheit.

Ezek után három formában történhetett meg a fölvétel. Azok esetében, akik maguk fizették meg az ápolási díjat, az igazgatóság döntése alapján, történt a fölvétel, azok esetében, akik után szegénységük miatt az állam viselte a költségeket, a minisztérium engedélye után történhetett meg a fölvétel, míg közveszélyes elmebetegek esetén a hatóság megkeresése után – ha a férőhelyek száma lehetővé tette – az igazgatóság döntése alapján. Ekkor, a sürgősségre tekintettel a felvételhez szükséges okmányok azonnali beadását sem követelte meg az Alapszerkezet, ezeket – az orvosi vélemény kivételével – később is lehetett mellékelni. A fölvételről – hogy a beteg elmebetegségét a hatóság meg tudja állapítani – 24 órán belül értesíteni kellett a hatóságot.(11§)

5.2. Díjosztályok, elhelyezés

⁹⁷⁶ *Alapszerkezet a budai országos tébolyda számára.* Buda, é.n. (BM 1869/29) A továbbiakban a hivatkozott §-számok is erre a forrásra vonatkoznak.

Az ápolás és a betegek elhelyezése díjosztályok szerint történt. Az Alapszerkezet három díjosztályt állapított meg. Az első és a második a fizető betegek osztálya volt, a harmadik azoké, akik ingyen-ápolásban részesültek. Az egyes osztályok között igen nagy volt a különbség.

Az első osztály betegei egyedül laktak szobájukban, sőt, ha az intézetnek erre lehetősége volt, egy második szobát is igénybe vehettek (melyért természetesen külön kellett fizetni). Ők – igazgatói engedéllyel – saját bútoraikat is bevihették szobájukba. Minden egyes első osztálybeli betegnek külön ápolója volt.

A második díjosztály betegei már közösen laktak, hárman-négyen egy szobában. Nekik ugyan nem volt saját ápolójuk, de a beteg-ápoló arány sokkal jobb volt, mint a harmadik osztály esetében. Ami az ellátást illeti, az első két osztály számára az Alapszerkezet is megállapította, hogy *„A táplálék ugy minőség, mint mennyiségre nézve, a betegek testi állapotának megfelelő leend, és az első és második osztályú betegek számára válogatottabb ételekből álland.”* (12§)

A harmadik osztályba tartozó betegeket pedig közösen helyezték el, *„figyelemmel a gyógykezelésre megkívántató térfogatra”*. (12§)

Az ápolási díjakat a minisztérium állapította meg. Az egyes osztályok közötti „átjárás” az igazgatóságnál tett jelentés után volt lehetséges volt. A fizető osztályokból akkor lehetett „lekerülni” a harmadik osztályba, hogy ha a fizetésre megszabott határidő eredménytelenül telt el. Az ápolásba az étellemezen kívül beletartozott a gyógyszer- és kötözőszer-ellátás, a ruhatisztítás (melyet a fizető osztályok betegei – saját költségükön – máshol is elvégeztethettek), illetve a cipőtisztítás is, melyet az ápolószemélyzet fizető betegeknek és azoknak a harmadik osztályú betegeknek végeztet el, akik nem voltak erre maguk képesek.

5.3. Elbocsátás

Az intézetből elbocsátásra három esetben kerülhetett sor:

- 1) a szabályzat előírta, hogy a gyógyultakat azonnal el kell bocsátani,
- 2) az igazgatóság elbocsáthatta azt az elmebeteget, aki gyógyíthatatlannak bizonyult, és nem közveszélyes,
- 3) végül a törvényes képviselő, vagy hozzátartozó kívánságára elbocsátható volt az elmebeteg, ha abba a gondnoki hatóság is beleegyezett, és a további ápolásról és őrzésről gondoskodtak.

5.4. A kezelés

A betegekről való gondoskodás kapcsán a 15§ kimondta, hogy *„A betegek gyógykezelése a tudomány és emberiség alapelvei szerint történik”*. Az emberséges bánásmód követelményének érvényesítése főképp az ápolókkal kapcsolatban jelentett állandó gondot. Mint az az igazgató jelentéseiből ismert, az ápoló-személyzet cserélődése – főképp a kezdeti időszakban – jelentős volt, melynek oka nem elhanyagolható mértékben éppen a fenti követelményeknek meg nem felelés volt. A legérzéke-

nyebb kérdést természetesen a kényszereszközök alkalmazása jelentette. A korábbi időszakban, részben az orvosi vélemények, részben az elkülönítés megoldhatatlansága miatt általános volt ezek használata. Az Alapszabály ezzel szemben komoly figyelmet fordított arra, hogy kényszerítő eszközöket csak „elkerülhetetlen szükségben” használjanak, sőt, hogy az ellenőrizhetőség teljes legyen, alkalmazukat az erre a célra vezetett szolgáló könyvbe rendelte följegyezni.

A betegek kezelésében alapelveként jelent meg a lehető legnagyobb szabadság biztosítása, melynek mértékét a kezelő orvos az egyes betegekre nézve betegségük természete szerint állapította meg. A szabad mozgás mellé az Alapszabályban lefektetett foglalkoztatás elve társult. Mivel a foglalkoztatás – az ismertett igazgatói jelentés szerint – főképp műhelyekben történt (valamint az arra alkalmasak számára lehetőség volt az irodai munkára is), fölmerült a végzett munka értékének beszámítása, illetve a termelt érték sorsa is. A szabályozás szerint a betegek munkájukért díjazásban részesültek, melynek mértékét – az igazgató javaslata alapján – a minisztérium állapította meg. Mivel pénzt nem volt szabad a betegeknek adni, és nem volt szabad maguknál tartani⁹⁷⁷, a szabályozás szerint: *„Az ezen díjak által befolyt összeg a betegeknek munkájukhoz arányos közös tulajdonuk, [...] melyből ekként azon szükségletek fedezhetők, melyek a betegek saját vagyonából vagy az intézet pénztárából rendszeresen nem fődözthetnek.”* (18§) Ami a szükségleteken felül megmaradt, azt az intézet kezelte, és ha a beteg távozott az intézetből, akkor kapta meg a neki járó részt. Az ápolat halála esetén akkor vált az intézet a munkadíjból az ápoltra eső rész tulajdonosává, ha a beteg ingyen-ápolásban részesült, vagy ha részletekben fizette ápolását, és erre a beteg kórházi költségeinek fedezése miatt szükség volt.

A betegek foglalkoztatása mellett az oktatás is helyet kapott az alkalmazott módszerek között. A fizető betegek az igazgató és az orvosok egyetértésével magántanítót is fogadhattak maguknak, míg a harmadik osztályon ápolat betegek az osztályos orvos által meghatározott keretek között részesültek művészeti és tudományos képzésben. A betegek napirendje szigorúan szabályozott volt.⁹⁷⁸

6. A közegészségügyi törvény (1876) elmebetegekre vonatkozó rendelkezései

⁹⁷⁷ A betegeknel talált pénz elhelyezése nem volt mindig egyszerű, a tulajdonos személyének tisztázása alkalmanként csak hosszas eljárás után dőlt el: Szabolcs vármegye alispánja 1896. április 9-én fordult a minisztériumhoz azzal, hogy Kói János közveszélyes elmebeteget helyezték el a tébolydába. A minisztérium a fölvetelt április 13-án engedélyezte. A megfigyelésre fölvetett betegnel azonban 590 Ft-ot találtak. Az összeget letétbe helyezték, de a tébolyda kérte a minisztériumot, hogy az összeg sorsáról rendelkezzen, mivel a fivér azt állította, hogy az övé, ugyanakkor a beteget kísérő bezdédi bírót azt, hogy a betegé. Végül a tébolyda a vonatkozó rendelet értelmében az összeget takarékpénztárban helyezte el, és bírósághoz fordult a tulajdonjog megállapítása iránt. – MOL K150-2716-1896-IV-26/a-34068-83496

⁹⁷⁸ Azoknak is, akik nem voltak foglalkoztathatóak. A Lipótmezőn az élet reggel 6 (téli 5) órakor kezdődött. Ezt követi a beágyazás, a cipők kitisztítása, majd a reggeliig a társalgóban töltenek néhány percet. A magatehetetleneket az ápolók öltöztetik. Hét óra előtt az ápolók néhány beteggel együtt elmennek a reggeliért. 7-től reggeli. A dühöngők csak pléh tányérokat kapnak, kést, villát pedig egyáltalán nem. ½ 8-kor befejeződik a reggeli, és ekkor a dolgozni képes betegek lemennek a műhelyekbe. 8 órakor az intézeti főápoló összegyűjti a kérelmeket, jelentéseket, és ezeket láttamoztatja. ½ 9-kor azokat a betegeket, akiket éjjel hoztak, elhelyezik az osztályokon. Ezek után következik a vizit, mely ½ 12 óráig tart. ½ 10-kor osztják szét a hírlapokat. 10- ¼ 12-ig tart a látogatás, miközben ¼ 11-kor fölszolgálják a tízórait. (a vagyontalan betegek ekkor egy szelet kenyert kapnak) ¾ 12-kor elkezdődik az ebédre készülődés, majd ebéd után, ½ 2-kor a munkás betegek visszatérnek a műhelyekbe. 3-órától 5 óráig ismét látogatási idő van. ½ 4-kor uzsonnát osztanak ki, majd a betegek 6 órakor visszatérnek a kertből az osztályokba. 7-kor vacsora, majd 9 óráig, a lefekvésig társasági élet következik. – ismerteti: DR. SZENTKIRÁLYI SÁNDOR: *Az elmebetegek körüli eljárás*. Nagykároly, 1906, Manyák és Tóth.

A közegészségi törvény meglehetősen szűkszavúan, mindössze hat szakaszban (71-76.§) rendezte a tébolydai ügyet. A törvény az elmeegógyintézetbe való bekerülés szempontjából rendelkezett az elmebetegekről. A betegeket négy csoportra osztotta: gyógyítható és közveszélyes, gyógyítható és nem közveszélyes, gyógyíthatatlan és közveszélyes, végül gyógyíthatatlan és nem közveszélyes betegekre. A tébolydába való bekerülés lehetősége attól függött, hogy a beteg melyik kategóriába esett. A törvény egyértelműen a közveszélyességet tekintette a legfontosabb indoknak, mely meghatározta és lehetővé tette az elhelyezést, kimondva, hogy mindazon gyógyítható és gyógyíthatatlan elmebetegek, kik a közbiztonságra veszélyesek, gyógyításra és „tartásra” helyezendők elmeegógyintézetbe. A gyógyíthatatlan, de nem közveszélyes elmebetegek tartása a hozzátartozókat, illetve, ezek hiányában a községeket terhelte. A tébolydába bekerüléshez szükség volt annak orvosi igazolására, hogy a felvételt kérő valóban elmebeteg. Ezt az igazolást „közalkalmazásban” álló, azaz a hatósági, vagy az elmeegógyintézet orvosa és ha van ilyen, akkor az az orvos, aki a beteget már kezelte, adta ki.⁹⁷⁹ A nem elmebetegek kiszűrését szolgálta a megfigyelési rendszer törvényi szintű beépítése a szabályozásba. A betegeket nem lehetett azonnal véglegesen fölvenni az (állami) intézetbe, hanem egy megfigyelési időszak alatt kellett meggyőződnie – a személyes felelősséggel tartozó – igazgatónak arról, hogy a beteg valóban elmebeteg, s ha ez bebizonyosodott, akkor a fölvelt leletet megküldte a beteg illetékes bíróságához. A magán-tébolydák esetében más volt a szabályozás. Az érkező betegeket addig nem lehet véglegesen fölvenni, amíg őket a bíróság elmebetegnek nem nyilvánította. Nem esett szó leletről, hanem csak arról, hogy megállapításához szükséges, hogy a magán-intézetekbe jelentkezőket bejelentse a bíróságnál, és az megállapítsa az elmebetegséget. A törvény lehetőséget biztosított a hozzátartozóknak, hogy ha az elmebetegségről kétségeik volnának, addig, ameddig a bíróság meg nem állapította az elmebetegséget, saját költségükre megvizsgáltathassák a beteget (73§).

Törvényi szinten volt szabályozott az elmebetegekkel való emberséges bánásmód követelménye: „személyes korlátozások és kényszereszközök csak szükség esetében a beteg és mások megóvására és csak orvosi rendelet folytán alkalmazhatók, a szükség elenyészttével azonban haladéktalanul megszüntetendők.” (75§). Utolsó rendelkezésként a meggyógyult, illetve az elmebetegnek nem bizonyult személyek azonnali elbocsátását írta elő a törvény.

7. A betegfölvétel, betegszállítás a gyakorlatban

7.1. Visszásságok a beszállítás körül

Az Országos Tébolyda megnyitásának híre gyorsan eljutott az ország minden részébe. A betegszám rövid idő alatt óriásira duzzadt, mivel a tébolydában az ingyen-gondoskodás intézményét látta a lakosság. A minden vidékről nagy számban a tébolydába küldött, ápolásra különféle okok miatt nem joga-

⁹⁷⁹ A törvény megfogalmazása nem pontos, a BM 1893/59.847/82 pontosította az orvosi igazolás kiállítására jogosultak körét. Így tehát minden közhivatalban lévő orvos, illetve közhivatalban lévő sebész, továbbá a szakorvosok, tiszteletbeli fő- és járásorvosok, kórházigazgatók (külföldi elmeegógyintézetek igazgatói is), továbbá a katonarvosok által kiállított, katonai személyekre vonatkozó igazolások voltak elfogadhatók.

sult betegek miatt kialakul helyzet rendezését kísérelte meg a miniszter egy 1871-ben kiadott rendelettel⁹⁸⁰, melyben a törvényhatóságokat hívta föl a lakosságnak a tébolydai fölvétel feltételeiről való tájékoztatására.⁹⁸¹

Az elmebetegeket gyakran szállították – a tébolyda szabályaival ellentétesen – rossz, rongyos ruhában az intézetbe. Erről tudósít az az 1871-ben keletkezett jelentés, melyből kiderül, hogy Leibinger János rongyos csizmában, tetvesen, Szatmári Sándor olyan rossz ruhában, hogy „fogai vacogtak”, Lovász Pál pedig egyenesen nadrág nélkül, gatyában, egy rossz felsőruhában érkezett ős végén vagy télen az intézetbe.⁹⁸² Az elmebetegeket akár nagy távolságról (Lovász Pál esetében Kecskemétről), leggyakrabban gyalog hozták. A gyakorlat – noha a vasúti elmebeteg-szállítás kedvezményessé tétele megtörtént – még a század nyolcvanas éveiben sem változott meg alapvetően, az elmebetegek gyakran leláncolva, sőt, „számos esetekben lajtorjás szekereken, annak oldalához kötözve”⁹⁸³ érkeztek meg a fővárosba. Nem csoda, hogy a tébolyda alkalmanként tele volt a szabályzat szerint föl nem vehető, de szánalomból és általános orvosi indokokból elszállásolt betegekkel.

A betegek tébolydába szállításának másik elterjedt módja, mely főleg akkor fordult elő, mikor a rokonok „szállították” be az illetőt a tébolydába, hogy az öntudatnál lévő betegeket mindenféle ürüggyel a tébolydába csalták, és ott átadták az ápolóknak. E módszer aztán sokféle nemkívánt hatással járt, igen gyakran a betegeknek az intézettel szemben táplált csekély bizalmát is szétfoszlatta: „*míg egyrészt csak arra alkalmas, hogy a betegnél téveszméit megerősítse vagy új téveszmék keletkezésére nyújtson alkalmat, addig a beteg megcsalásának, tébolydába való becsempészésének odiuma is a beteg családjára háramlik*”⁹⁸⁴ – foglalta össze tömören Konrád a gyakorlat hátulütőit.

7.2. A felvétellel kapcsolatos nehézségek

A betegek felvétele körüli visszás helyzet nem szűnt meg egyik napról a másikra. Az elmebetegeket gyakran nem látták el megfelelő bizonyítványokkal és nem a megfelelő helyre szállították őket.

A fővárosi rendőrkapitány 1886-os jelentéséből kiderül, hogy az elmebetegeket gyakran a hozzátartozók is orvosi igazolás nélkül kívánták a Rókus kórház megfigyelő osztályán elhelyezni, melyből több gond is származott. A kórház tébolydai osztályáról ugyanis a betegeket az iratok beszerzésére nem a tisztii orvoshoz, hanem a kapitányi hivatalhoz irányították, melynek azonban ilyen esetben nem volt feladata eljárni. A kapitány tehát joggal említette, hogy a rendőrség feladata csak azokkal kapcsolatos eljárás, akik „*az utcán vagy közhelyeken örületi rohamok által meglepetve, feltűnést vagy botrányt keltenek, és a miatt a rendőrség által a tébolydai osztályra küldetnek*”.⁹⁸⁵ A fővárosi rendőrség tennivalói az elmebetegekkel kapcsolatosan – a fővárosba szállított elmebetegek számának emelkedé-

⁹⁸⁰ BM 1871/31.000 sz.r. (dec.5.), ebben hivatkozik a 1870/16.431. sz. rendeletre, melyben a tébolydai felvételtől tájékoztatja a törvényhatóságokat.

⁹⁸¹ Gyakran rosszul felszerelve indítottak útnak elmebetegeket, akik tébolydai fölvételét emberbaráti okokból (t.i. télvíz idején nehogy a betegek a hazaúton megfagyjanak) aztán a minisztérium kénytelen volt ideiglenesen engedélyezni.

⁹⁸² MOL K150-133-1871-IV-20/a-928

⁹⁸³ BM 1888/63.673/1887. körr.

⁹⁸⁴ KONRÁD JENŐ: *Az elmekörtán gyakorlatilag fontos tétélei, tekintettel a közigazgatásra*. Budapest, 1915, Mai. 112.

⁹⁸⁵ 1888. évi 63.673./VIII. 1887. sz. BM leirat Budapest főv. közönségéhez.

sével – folyamatosan nőttek. A rendőrség sok esetben volt kénytelen „elhelyezést biztosítani” az iratokkal nem kellően felszerelt vidéki elmebetegeknek.^{986 987}

A vidékről a budapesti Rókus kórház tébolydai osztályára minden engedély nélkül szállított elmebetegek miatt a miniszter körrendeletet intézett a törvényhatóságokhoz, mivel a tapasztalatok szerint a kialakult gyakorlatban, t.i., hogy a betegeket mindenféle szabályszerű megkeresést mellőzve egyenesen a Rókus Kórház tébolydai osztályára szállítják, a községek és hatóságok is hibáztathatók. A miniszter fölhívta a figyelmet arra, hogy az intézet elsősorban a fővárosi betegeket van hivatva ellátni, és a rendelet ellenére fölszállított elmebetegeket a beszállítást elrendelő község, illetve hatóság költségére vissza fogják szállítani.⁹⁸⁸

7.3. Beszállítás végrehajtása a fővárosban: a Budapesti Önkéntes Mentő Egylet (B.Ö.M.E.)

A fővárosi helyzet annak ellenére sem változott meg egy csapásra, hogy a Budapesti Önkéntes Mentő Egylet – mely a tébolydába szállításokat végezte – szolgálati utasításában szerepelt, hogy milyen okmányok kíséretében szállíthatnak elmebeteget tébolydai osztályba, vagy elmeógyógyintézetbe. A szabályozás szerint szükséges a tébolyda írásbeli nyilatkozata arról, hogy lesz helye a betegnek, az egyesülethez címzett szállítási felhívás, orvosi bizonyítvány, tébolydába szóló felvételi megkeresés és a tébolyda felvételi nyilatkozata (4§).⁹⁸⁹ Alig egy évvel később állapította meg a tanács, hogy az elmebetegek szállításakor előfordul, hogy a mentők csak a beteg nevét, (egy esetben még azt sem) tudják, „így számtalan betegnek illetőségét csakis hónapok eltelte után, de igen sok esetben egyáltalán megállapítani nem lehet”.⁹⁹⁰ Ezért a tanács fölhívta a kerületi előljáróságokat, hogy utasítsák a tisztii orvosokat arra, hogy a tébolydai elhelyezést kérők adatait pontosan jegyezzék föl, és küldjék meg a Szt. János kórház megfigyelési osztályának.

A törvényhatóságok által beszállított elmebetegek helyzete sem volt sokkal jobb. Míg azok, akiket hozzátartozóik kísértek be, a hosszas hivatali eljárást és a hiányzó iratok beszerzésének viszontagságait élték át, a törvényhatóságok által szállított betegek – gyakran ezek mellett – még a rossz, vagy szakszerűtlen bánásmódot is kénytelenek voltak elviselni.⁹⁹¹ Már az első szabályozásban megtalálható volt az elmebetegekkel való kíméletes bánásmód követelménye, de – mint azt a források mu-

⁹⁸⁶ A kialakult helyzetet jól jellemzi a korszak vezető élclapjában, a Borsszem Jankóban 1888-ban megjelent cikk, mely a fővárosi rendőr figurájával mondatja ki a kemény ítéletet a visszás állapotokról: „Mi is lönne a világból, ha én nem vónék, mikor még így is, hogy vagyok, oan nagyon bomlik. Annyi mán a bolond, hogy a Rókusba se fér, halom u' szaladgál az utcán. Hát minap egy ien futó bolond gyün hozzánk kisírójével, hogy aszongya, aggyunk neki éczakára kovártélt, mer hogy nem tud hova lönnyi ebben az idegöny városba. [...] Hát akkor mi lönne a mi tulajdon, saját benső m.k. csirkebetjárjainkkal, tán kitögyem őket az utcára, hummi gyütt-ment futóbolondér?” – Borsszem Jankó, 1888. aug. 5., 4. Mihaszna András m.k. rendőr szemlélődései.

⁹⁸⁷ Mely ellen a rendőrség tiltakozott is. – *A Budapest fő- és székvárosi állami rendőrség 1895. évi működése.* 183.

⁹⁸⁸ BM 1888. feb. 24. 63.673/1887. körr.

⁹⁸⁹ *Elmebetegek szállítása.* (Kivonat a B.Ö.M.E. igazgatóságának Szolgálati utasításából. Jóváhagyta a székesfőváros tanácsa 22.638/1895. eln. sz. alatt.)

⁹⁹⁰ 1896. évi 33.060. eln. sz. tanácsi határozat.

⁹⁹¹ A hatóságok sok esetben szabálytalanul jártak el: mindenféle igazolás és bizonyítvány nélkül rendelkeztek az elmeógyógyintézeti beszállításról. – BM 1895/102.463, mivel az állami elmeógyógyintézetekben állandósult a zsúfoltság, a BM 1899/31.708 úgy rendezte a kérdést, hogy az igazolások meglétéén túl a törvényhatóságok kötelessége volt – hogy valóban lehetséges-e a beszállítás – az illető elmeógyógyintézet igazgatójával kapcsolatba lépni.

tatják – a betegek éppen a modern orvosi szempontokat szem előtt tartó intézménybe utaztak alatt élték át meglehetősen kellemetlen élményeket. A törvényhatóságok számos esetben a csendőrséget vették igénybe az elmebetegek tébolydába szállításához. A belügyminiszter föl is hívta a törvényhatóságok figyelmét arra, hogy az „*Elmebetegek bekísérése oly egyénekre bízandó, kik az ily betegekkel való bánásmódban gyakorlottsággal és szakképzettséggel bírnak.*”⁹⁹² Ennél talán méginkább meglepő, hogy a központban is történt hasonló eset, mikor a két fővárosi elmeegógyintézet közötti betegszállításban katonaság vett részt.⁹⁹³

Ennek ellenére a korszakban történt előrelépés az elmebetegek szállítása ügyében. A betegek Lipótmezőre történő szállítását a községek fizették. Az Országos Tébolyda igazgatójának javaslatára a Belügyminisztérium megkereste a Közlekedési és Közmunkaügyi Minisztériumot, azzal, hogy az elmebetegek szállítása valamilyen kedvezményes rendszerben történjen. A vasutak igazgatói a kezdeményezés nyomán 1885. februárjában tárgyalásokat folytattak, melyek után kidolgozták az elmebetegszállítás új rendszerét. E szerint, ha az elmebetegséget és a szegénységet hatóságilag igazolták, akkor a beteg és kísérője III. osztályon fél áron utazhatott. Ha azonban külön kocsiszakaszt kellett biztosítani a szállításhoz, akkor egész díjat kellett fizetni.^{994 995}

7.3.1. A beszállítást szabályozó 1903-as rendelet

A miniszter 1903-ban új, az elmebeteg-szállításhoz kapcsolódó kérdéseket egységesen szabályozó rendeletet adott ki az elmebeteg-szállítás körül megfigyelhető hiányosságok kezelésére.⁹⁹⁶ Ismételten leszögezte, hogy elmeegógyintézetbe csak gyógyítható, vagy gyógyíthatatlan, de közveszélyes elmebeteg lehet elhelyezni. Ez nem jelentett változást a korábbiakhoz képest. Ami azonban előremutató, hogy pontosan meghatározta, hogy kik adhatják ki az elmeegógyintézeti fölvelélhez szükséges igazolást.⁹⁹⁷ A korábbi szabályozásokban ugyanis általában csak hatósági, vagy közhivatalban lévő orvos igazolásáról volt szó. (Ezen kívül a kezelőorvos igazolásáról is, mely kelleket e rendelet is megkövetelt.) Elmeegógyintézetbe fölvehető volt tehát – a korábbiaknak megfelelően – az, aki az ápolási díjat legalább két hónapra előre megfizette, közveszélyes beteg a közigazgatási hatóság megkeresésére, illetve a rendkívül közveszélyes elmebeteg, a közhivatalban lévő orvos bizonyítványa alapján.⁹⁹⁸ A

⁹⁹² BM 1885/5845.

⁹⁹³ „A k.u.k., illetve akkor csak kk. Trainkommando a hadtestparancsnokságról azt az utasítást kapta, hogy a magyar belügyi kormány megkeresése értelmében szállítson kétszáz örültet a Lipótmezőről az Angyalföldre, aminek az katonai pontossággal és imponáló karhatalommal tett eleget. Kürtszó hangzott, vezényszavak pattogtak: „Ergreif den Säbel! Eskardon Schrittschritt!” és megindult a hosszú convoi, minden kocsis előtt 4-4 lóval. Olyan formán képzeltek akkor ezt a feladatot, mintha fellázadt fegyenceket, veszélyes gonosztevőket kellett volna valami deportáló helyre szállítani.” – OLÁH GUSZTÁV: *Emlék-foszlányok az angyalföldi állami elme- és ideggyógyintézet keletkezésének idejéből.* In: *A Budapesti Angyalföldi Elme- és Ideggyógyintézet Emlékkönyve 1883-1933.* (szerk. DR. ZSÁKÓ ISTVÁN) Budapest, 1933, Attila ny.

⁹⁹⁴ BM 1885/11.234.

⁹⁹⁵ Hozzá kell tenni, hogy az elmebetegszállításban részt vett az elmeegógyintézetek ápolószemélyzete is. A kirendelt ápolószemélyzet szabálytalan költség-elszámolásának, valamintapidíjkérdésének rendezésére 1891-ben került sor. – BM 1891/86.165, BM 1891/91.690 – tehát a szállításban résztvevő ápolók 3, a betegek ételmezésére 1 Ft-ot számolhattak el.

⁹⁹⁶ BM 1903/10.583

⁹⁹⁷ Megtartva a BM 1893/59.847/92 sz. r. szabályozását

⁹⁹⁸ Hozzá kell tenni, hogy a beszállítások körüli visszásságok nem szűntek meg az új szabályozással. Néhány év múlva a miniszter fölhívta a törvényhatóságokat a rendelet betartására, mivel fönnállt az a gyakorlat, hogy az elmebetegeket minden

rendelet értelmében közhivatalban lévő orvosnak volt tekintendő minden tiszti, községi és körorvos, egyetemi tanár, magántanár és tanársegéd, az országos közegészségi tanács és az igazságügyi orvosi tanács tagja, ha elmeorvosként foglalkozott, tiszteletbeli fő- és járásorvosok, nyilvános kórházak igazgatói, fő- és osztályos orvosai, törvényszéki orvosok, fegyintézeti és fogházi orvosok. Külföldi orvosok igazolása csak a vezetésük alatt lévő intézetből hazabocsátandókra nézve volt figyelembe vehető, illetve a katonasághoz tartozó orvosok igazolásai csak a tényleges szolgálatban álló honvédekre és katonákra volt elfogadható.

A felvételhez egy igen részletes adatlap kitöltésére volt szükség. Az összes személyi adaton túl, melyek pontos ismerete elengedhetetlen volt a majdani ápolási költségek behajtásához, a betegség okai-ként számításba vehető összes tényezőre vonatkozóan tett föl kérdést.⁹⁹⁹ A részletes adatlap az elmebetegség és a szükséges gyógymód megállapításán túl, az intézet többi betegének védelmét is szolgálta, tekintve, hogy kiemelten a trachomára és egyéb fertőző betegségekre is tartalmazott kérdést. A magyarországi kórházakban a XIX. század során előforduló járványok elővigyázatossá tették az egészségügyi szakembereket.¹⁰⁰⁰

Az új, 1903-as szabályozás szerint az elmebeteg beszállításához csendőrséget egyáltalán nem, rendőrséget pedig csak civil ruhába öltözött rendőr kíséretével lehetett igénybe venni. Az állami költségen beszállítandókra a legrövidebb és legolcsóbb szállítást írta elő. A betegeknek az élelmezésre, – ha az utazás a hat órát meghaladta – két koronát lehetett fordítani, míg a kísérő napidíja három korona volt.

7.3.2. 1903-as elbocsátási szabályok

Megváltozott viszont az elmebetegek elbocsátásának feltételrendszere. A nem veszélyes elmebetegeket a hozzátartozó nyilatkozatával arra, hogy olyan körülmények közé viszi, ahol nem lesz veszélyes, saját felelősségére kiadták. Ez nem változott. Korábban a veszélyes elmebetegeket is kiadták hasonló nyilatkozat ellenében, ez azonban megváltozott, mégpedig úgy, hogy az 1898-ban kiadott, a büntető-eljárás alatt állt elmebetegek elbocsátásának eljárását vették alapul.¹⁰⁰¹ A vonatkozó rendelet szerint az intézet igazgatója nem bocsáthatta el a beteget, arról csak az erre kijelölt, területi alapon megalakult bizottság dönthetett. A beosztás szerint egy bizottság a budapesti, egy az itteni köz- és magánkórházak elmebeteg-osztályai, egy a nagyszombati, egy a nagykállói, egy a pozsonyi elmeorvosintézetek, valamint egy a többi kórházi elmeosztályok betegeinek ügyében döntött.¹⁰⁰² Az intézet igazgatója, akinek intézetéből kívánták a beteget elbocsátani, a bizottság elnökének ezt bejelentette, aki

előzetes tájékoztató nélkül elszállították a fővárosba, majd amikor kiderült, hogy helyhiány miatt nem lehetséges az elmeorvosintézeti felvétel, akkor szabadon engedték az utcán. Így az utcán bolyongó elmebetegeket a rendőrségnek kellett beszállítani. – BM 1911/75.369

⁹⁹⁹ Így az anya esetleges terhesség alatti betegségétől az elmebeteg esetleges alkoholizmusáig. – Korábban külön rendeletben szerepelt: BM 1874/12.747

¹⁰⁰⁰ A szükséges vizsgálatok nem megfelelő elvégzése miatt figyelmezteti például a miniszter a tébolydák igazgatóit, tekintettel az ausztriai tébolydákban kialakult trachomajárványra. – BM 1892/26.084 – a rendelet igazolás hiányában határozottan megtiltja az elmebetegek felvételét.

¹⁰⁰¹ BM 1898/75.804

¹⁰⁰² A bizottságok meghatározó személye volt Niedermann Gyula, Oláh Gusztáv és Blum Ödön. A bizottságok tagjai voltak az intézeti igazgatók, esetleg orvosok, valamint a vármegyei tiszti orvosok.

két héten belül összehívta a bizottságot. Ha egyhangú döntés született, akkor az rögtön jogerőssé vált, ha azonban nem, akkor föl kellett terjeszteni az ügyet a belügyminiszternek.

8. Az Országos Tébolyda 1892-es módosított „alapszerkezete”¹⁰⁰³

Az 1892-es alapszerkezet követte az 1868-as szabályzat rendszerét. Változást jelent, hogy az igazgató kinevezésének jogkörét a szabályzat már nem az uralkodónak, hanem a belügyminiszternek tartotta fenn. A miniszter erős ellenőrzési és felügyeleti joga egyebekben nem módosult.

8.1. Felvétel

A felvételi eljáráshoz szükséges okmányok köre nem bővült, az ápolási költségről szóló nyilatkozatban azonban azt is megkívták, hogy az azt aláíró a temetési költségek megtérítését is vállalja magára. A felvételi eljárás, a felvétel engedélyezése nem változott. A fizetőképes betegek felvételéről az igazgatóság, az ingyen-ápolásban részesülő betegek felvételéről a minisztérium határozott. (9§)

A betegek fölvetelét egy felvételi főkönyvbe kellett vezetni, és arról az ideiglenes gondnok kirendelése miatt az illetékes árvaszéket kellett értesíteni. A megfigyelés után az igazgató küldte meg a véglegesen fölvetett beteg leletét az illetékes bíróságnak, hogy a gondnokság alá helyezésről gondoskodni tudjon.

8.2. Ápolási osztályok

A betegek ápolásának rendszerében is történtek változások. Eddig az ápolás három osztályban történt. Az első kettő volt a fizető betegek osztálya, míg a harmadik az ingyen-ápolásban elhelyezetteké. Az 1892-es rendszer négy ápolási osztályt állapított meg. Az első osztályon felül létrejött az ú.n. „külön” osztály, ami az intézeti ápolás és ellátás legmagasabb színvonalát jelentette.¹⁰⁰⁴ Az öt forint napi ápolási díj fizetésével „külön” osztályon ápolott betegek egy kényelmesen berendezett szobát, külön ápolót kaptak. Az ő ételmezésük megegyezett az első osztályon ápoltakéval, azaz reggelire kávéval, ebédre négy tál ételt, uzsonnára kávéval, este két tál ételt.

A napi három forintért első osztályon ápolott betegek elhelyezése egy kicsit romlott a korábbiakhoz képest. Ők ugyanis szintén külön szobát kaptak azzal, hogy ha nincs lehetőség az ilyen elhelyezésre, akkor egy nagyobb szobát kapnak, ahol ketten, vagy hárman lakhatnak, közös ápolóval. Egyebekben, tehát ami a fűtést, a világítást, az ágyneműt, és az ételmezést illeti, ugyanolyan ellátásban részesültek, mint a „külön” osztályon ápolott betegek.

Az 1 forint 50 krajcáros második osztály betegei legalább ketten, legfeljebb négyen voltak egy szobában. Ellátásuk azonban már különbözött az első két osztályétól. Az ápoló közös volt, – ugyanúgy,

¹⁰⁰³ BM 1892/38.845

¹⁰⁰⁴ Az Angyalföldi és a Nagykállói Elmeógyógyintézetben csak másod- és harmadosztály, míg a Nagyszébeni intézetben a lipótmezeihez hasonlóan négy osztály található.

mint azoknál az első osztályú betegeknel, akik többen voltak egy szobában, – de ebédre csak három tál, este csak egy tál ételt kaptak.

A harmadik osztályt két részre osztották. Azok, akik ebben az osztályban 80 krajcárt fizettek, reggelire levest is kaptak. Egyébként a két alosztály ellátása megegyezett. Ezen osztály betegei többen laktak egy szobában (az egy szobára jutó ápoltak száma nem volt meghatározva), ágyneműt (de nem „finom” ágyneműt, mint a többi osztályon) ebédre két, vacsorára egy tál ételt kaptak.

9. Az Angyalföldi M. Királyi Országos Elmebeteg-Ápolda és a kórházi tébolydai osztályok

9.1. Angyalföld

A lipótmezei tébolyda nem sokkal a megnyitás után zsúfolttá vált. A helyzet megoldatlanságának oka részben a gyógyíthatatlan elmebetegek elhelyezéséből fakadt. Már az 1870-es évek elején fölmerült, hogy az Országos Tébolyda mellett hamarosan szükség lesz újabb tébolydára.¹⁰⁰⁵ A helyzet megoldására több megoldás kínálkozott. A nem közveszélyes elmebetegek elhelyezésére legalkalmasabbnak a családi ápolási rendszerben való elhelyezés látszott. A közveszélyes betegek ápolását pedig új, csak erre a célra épített intézményben lehetett a legjobban megoldani.

9.1.1. Új intézet közveszélyes elmebetegeknek

Az új intézet anyagi fedezetének megteremtésében ismét szerepet vállalt a főváros és az uralkodó, akinek engedélyével az 1877-ben megrendezett VI. magyar királyi államsorsjáték bevételeit a közveszélyes elmebetegek számára építendő tébolydára fordíthatták.¹⁰⁰⁶ A kiválasztott hely annak a kívánságnak megfelelt, hogy a tébolyda kellő távolságra legyen a várostól.¹⁰⁰⁷ Több szempontból azonban nem volt szerencsés a választás. Az angyalföldi terület korábban mocsaras vidék volt, ezért nem volt megfelelő ivóvíz.¹⁰⁰⁸ Csontszénszűrőket kellett felszerelni, s mivel korlátozott volt az egy betegre jutó vízmennyiség, a tisztálkodás is csak minden tizedik napon volt lehetséges. Az 1884-ben megnyílt, 254

¹⁰⁰⁵ Ld. a családi ápolási telepek ügyében összehívott értekezlet jelentését. Miután az értekezlet zárójelentése a zárt rendszerű elhelyezés mellett foglalt állást, tárgyalások indultak a Vallás- és Közoktatásügyi Minisztériummal, a vallás- és tanulmányi alap tulajdonát képező kastélyok egyikének tébolydai célú igénybeviteléről. Mivel azonban a szoba került lehetőségek sem anyagi, sem szakmai szempontból nem voltak megfelelőek, döntött úgy a belügyminiszter, hogy az intézetet Budapesten kell létrehozni. – MOL K150-1205-1884-IV-22-1124 Az angyalföldi tébolyda építésének előkészületeikor úgy tűnt, hamarosan megépülhet a következő, közveszélyes és gyógyíthatatlan elmebetegek elhelyezésére szolgáló intézet. Székesfehérvár ezért tárgyalásokat kezdett az újabb tébolyda elhelyezésének lehetőségéről. – MOL K150-1205-1884-IV-22-45124, MOL K150-1205-1884-IV-22-44238

¹⁰⁰⁶ A főváros biztosította a telket. – MOL K150-822-1880-IV-21-41281, az államsorsjátékra: ZSAKÓ ISTVÁN: A Budapest-angyalföldi m. királyi állami elme- és ideggyógyintézet története. In: *A Budapesti Angyalföldi Elme- és Ideggyógyintézet Emlékkönyve 1883-1933.* (szerk. DR. ZSAKÓ ISTVÁN) Budapest, 1933, Attila ny., 1881/XII. tc., majd pedig az intézet felszerelésére póthitelt szavazott meg az országgyűlés. (1883/XVI. tc., ennek indoklása: MOL K150-1098-1883-IV-22-1453)

¹⁰⁰⁷ Mint azt Oláh Gusztáv, az intézet igazgatója leírja: „Az Angyalföldi igazgatói állás helyzete u.i. 50 év előtt inkább egy vidéki gentrynek életformája volt. Gazdaság, tehenészet, kutyák, lovak, és teljes elszakítottság a városi kultúrától.” – OLÁH GUSZTÁV, 1933, 5.

¹⁰⁰⁸ A talajvizsgálatról ld.: *A gyógyíthatatlan elmebetegek ápoló intézete.* Közegészségügyi Kalauz, 1881/5.(márc. 1.) 1-2., az építkezésről ld.: MOL K150-909-1881-IV-22, MOL K150-1005-1882-IV-22, MOL K150-1098-1883-IV-22

férőhelyes intézetet csak az 1890-es évek második felében kötötték rá a vízvezeték- és a csatornaháló-
zatra.¹⁰⁰⁹

9.1.2. Az Angyalföldi alapszabály

Az új árpolda gyógyíthatatlan és közveszélyes elmebetegek gyógyintézete lett. (1§) Gyógyítható be-
tegeket tehát az 1884-es alapszabály szerint nem lehet elhelyezni Angyalföldön. Az intézet felügyelet-
ét a Belügyminisztérium látta el, csakúgy, mint az országos tébolydáét, és a személyzeti viszonyok is
hasonlóak voltak.

9.1.3. Felvétel, beszállítás

A betegfelvételhez (8§) szükséges volt egy közhivatalban lévő orvos igazolása a beteg gyógyíthatat-
lan, és közveszélyes elmebetegségről. Az alapszabály nem tette lehetővé – mint az Országos Téboly-
da 1868-as szabályzatához hasonlóan –, hogy közhivatalban nem álló (csak gyakorlatra jogosított)
orvos állítson ki igazolást a felvételhez szükséges tényekről. Másodszor szükséges volt a beteg keze-
lőorvosa által kiállított kórrajza, s ebben szerepelnie kellett a betegség legfontosabb tüneteinek, a fel-
vétel indokainak és a beteg „nationale”-jának is. A szabályozás itt tehát már lehetővé tette, hogy nem
közhivatalban álló orvos is bekapcsolódjék a felvételi eljárásba. Nem tiltotta ugyanis, hogy ilyen orvos
által készített kórrajz alapján adja ki az arra jogosult az igazolást a közveszélyességről és a gyógyítha-
tatlanságról. Szükséges volt továbbá a beteg illetőségének hivatalos igazolása, honossági igazolvány,
vagy más okirat alapján s ezen kívül hivatalos bizonyítvány vagy hatósági jegyzőkönyv arról, hogy az
illető gyógyíthatatlan és közveszélyes. A közveszélyesség hatósági igazolása ugyanakkor nem feltét-
lenül jelentett több biztosítékot, mint ha csak a közhivatalban álló orvos igazolását kívánták volna meg
a felvételhez. Az esetek döntő többségében ugyanis a hivatalos igazolás kiadása is a hatósági orvoshoz
volt kötött. A felvételhez szükséges volt nyilatkozatot adni arról, hogy az ápolási díjakat ki viseli, és
hogy a beteg melyik ápolási osztályba kíván fölvételt nyerni. A fizetőképességet hivatalosan igazolni
kellett, és ha a felvételt kérő külföldi állampolgár volt, akkor szükséges volt egy belföldi személy ke-
zességvállalása is. Azoknak, akik teljesen, vagy részben fizetésektelenek voltak, szegénységi bizo-
nyítványt kellett csatolniuk. Az ingyen ápoláshoz miniszteri engedély volt szükséges, míg a többi
esetben, az okmányok bemutatása után az igazgatóság döntött a fölvetelről. Okmányok hiányában
csak sürgős esetben volt lehetőség fölvetelre, de ebben az esetben is szükség volt az orvosi igazolás
bemutatására.

Az országos tébolyda alapszabályához hasonlóan az angyalföldi árpolda alapszabálya is előírta, hogy
a betegek beszállításáról a fölvetelt kérők gondoskodnak, és hogy a betegnek megfelelően fölöltözve
kell az intézetbe érkeznie. (10§) A betegeket csak ideiglenesen vették föl, megfigyelés alá helyezték, s
csak ez után kerülhetett sor a végleges felvételre.

¹⁰⁰⁹ Magyarország elmebetegügye az 1899. évben. – Közzéteszi a M. Kir. Belügyministerium. Budapest, 1900, Schmidl ny.

9.1.4. Díjosztályok

Az alapszabály szerint három osztályban történt az ápolás, azonban az alapszabály kiadásakor úgy rendelkeztek, hogy ideiglenesen csak a harmadik osztályt hozzák létre, s csak később, az igazgató és a belügyminiszter rendelkezése szerint lehet majd magasabb osztályt igénybe venni. Az osztályok által nyújtott szolgáltatás az Országos Téboldáéhoz igazodott. (12§) Az első osztályon ápolott betegek laktak külön, a második osztályon ápolottak hárman-négyen egy szobában, míg a többiek többen, közös termekben, betegségük természetére figyelemmel. Az intézettől fehérműt és egyéb ruhát csak az állami ápolásban lévő betegek kaptak, a felső két osztálybeli betegekről a hozzátartozók, a gondnok, vagy a fizetéssel megbízottak gondoskodtak. A cipő- és a ruhatisztítást és a szobák takarítását a fizető betegeknél az ápolók végezték, a többieknél csak abban az esetben, ha orvosi okokból el voltak tiltva ettől. Az alapszabály megfogalmazása részletezőbb e tekintetben, mint az Országos Tébolda 1868-as alapszabálya. Az alapszabály egyenesen előírja, hogy a harmadik osztályon ápolottak maguk végzik ezeket a feladatokat.

9.1.5. Ápolási szabályok

Az ápolás szabályaiban érvényesültek a korábban megismert elvek. Ezek szerint a kényeszereszközök csakis a beteg, vagy a környezete érdekében, „elkerülhetetlen szükségben” voltak igénybe vehetőek.

A betegek foglalkoztatását és keresményük sorsát azonban az Országos Téboldától kissé eltérően rendezte az alapszabály. (18§) A foglalkoztatás még hasonlóan folyt, a betegek az intézet kertjében, tejjgazdaságában és műhelyeiben dolgozhattak, azonban a keresményüket nem az 1868-as szabályozáshoz hasonló bonyolult módon kezelték, hanem itt már az egyéni munka egyéni díjazásban részesült. A beteg által keresett összeg az ápolott tulajdonát képezte, tehát szó sem volt már a közös tulajdon olyan megoldásáról, mint amilyen az Országos Tébolda első alapszabályában szerepelt. A keresményt pedig, melyet a gondokság kezelt, a beteg szükségleteire kellett fordítani, s ami ezen felül maradt, kamatra kellett kihelyezni.

A betegeket, annak ellenére, hogy az intézetbe elvileg közveszélyes elmebetegek kerültek, az igazgató-főorvos engedélyével, az ezt kérelmező rokonok felelősségére szabadságra lehetett bocsátani. (21§) A szabályzat rendelkezett arról, hogy ha a beteg állapota „az intézet rendeltetésével” ellentétben áll, tehát ha a beteg többé nem közveszélyes, vagy gyógyíthatóvá válik, akkor el kell szállítani.

Az eredeti tervek szerint az intézet a közveszélyes és gyógyíthatatlan elmebetegek elhelyezését szolgálta volna, azonban amiatt, hogy a gyakorlatban nagy nehézségeket okozott annak megállapítása, hogy valójában ki tekinthető gyógyíthatatlan közveszélyes elmebetegnek, az eredeti elképzelés kissé

háttérbe szorult. Az „elmeógyintézet” elnevezést kapott intézet¹⁰¹⁰ zsúfolttá vált, és időszerű lett újabb tébolyda fölállítása.¹⁰¹¹

A szinte megoldhatatlannak látszó helyzetből csak egyetlen kiút látszott elfogadhatónak, mégpedig a kórházi tébolydai osztályok megnyitása. Az országos tébolyda megnyitása előtt az a kevés „szerencsés” elmebeteg, aki nem az utcákon kóborolt, kórházak tébolydai „osztályán” élt. Ekkor azonban már az újonnan kialakított, sok esetben teljesen új építésű kórházi tébolydai osztályok magasabb színvonalú ellátást tettek lehetővé.¹⁰¹² A vidéki közkórházak egy része kezdetben persze egyfajta „szűrőálmásként” működött, azzal a céllal, hogy megfigyelési osztályaikból az országos tébolydába vagy a családi ápolásba továbbítsa a betegeket.

9.2. Nagykálló

A Nagykállón 1896-ban, alapszabályként az angyalföldi országos elmebetegápoló szabályzatával¹⁰¹³ megnyílt új tébolyda a régi megyeházában nyert elhelyezést, 300 férőhellyel.¹⁰¹⁴

9.3. Klinikai tébolydai osztályok

A Szt. Rókus kórházban 1881-ben jött létre az elmebeteg-megfigyelő osztály, majd 1882-ben a budapesti egyetemen hozták létre az elmekór- és gyógytani tanszéket.¹⁰¹⁵ A fővárosi tanács hozzájárult, hogy egyetemi oktatásra a Szt. Rókus kórház elmebeteg-megfigyelő osztályának betegeit fölhasználják, így lényegében létrejött a klinika.¹⁰¹⁶ A kolozsvári egyetem mellett is működött megfigyelő-elmeosztály, ahonnan külön engedéllyel az országos tébolydába lehetett átszállítani az elmebetegeket.

10. Az ápoló-kérdés

Mint az korábban kiderült, már az Országos Tébolyda megnyitása után nem sokkal csendes küzdelem kezdődött az intézet igazgatósága és a minisztérium között. Valamennyi intézetben, – mert nem csak az Országos Tébolydát, hanem az ország valamennyi tébolydáját és tébolydai osztályát ebben a helyzetben találjuk – fölmerült az ápoló-kérdés. Az alacsony fizetés és a hivatás kevéssé megbecsült-

¹⁰¹⁰ 1897/XXXVI tc.

¹⁰¹¹ Hozzá kell tenni, hogy Magyarországon az elmebetegek továbbra is csak kis része nyert intézeti elhelyezést. (10,32%) – SCHWARTZER OTTÓ: *Az intézeten kívül levő elmebetegek és hülyék statistikája*. Különlenyomat a „Gyógyászat” 1887. 2-3. számából, 9.

¹⁰¹² Szekszárd esetében például a már korábban fennállt elmebeteg-osztály elavult épülete helyett az 1880-as években építettek egy modern osztályt, de hamarosan ez is szűknek bizonyult. A megyei törvényhatóság által fölvetett kölcsönből, és központi támogatásból épült egy nagyobb osztály, 100 betegre. 1904-ben választották le az elmebeteg-osztályt a sebészetről (ld. *Szekszárd város történeti monográfiája* I. kötet, Szekszárd város tanácsa, é.n.)

¹⁰¹³ Az épület átalakításának tervezetét részben Niedermann Gyula, az országos (lipótmezei) tébolyda igazgatója készítette el. – MOL K150-2716-1896-IV-26-6398, s a felszerelés egy része is az országos tébolydából érkezett. – MOL K150-2716-1896-IV-26-90067

¹⁰¹⁴ Az elhelyezésre: MOL K150-2716-1896-IV-26-81568

¹⁰¹⁵ OH, 1882/ 34. sz. (aug. 20.), 879.

¹⁰¹⁶ PISZTORA FERENC: *A 100 éves budapesti Pszichiátriai Tanszék és Klinika kezdeti időszaka Laufenauer Károly (1882-1901) és Moravcsik Ernő Emil (1902-1925) professzorsága alatt*. Ideggyógyászati Szemle 1983/ 36. 193-209.

sége miatt nem akadt elegendő szakszerű ápoló. Az 1902-ben tartott elmeorvosi értekezlet előadója beszámolt arról, hogy az elmebeteg-ápolást Európában jóformán mindenütt csak átmeneti foglalkozásnak tekintik. Nem csoda hát, hogy: „*Hivatásszerű elmebeteg-ápolókat minden elmeegógyító intézetben ujjainkon összeszámlálhatjuk*”.¹⁰¹⁷ Mivel ebben a korszakban ápolóképzés sem volt, az elmeorvosi értekezlet egyik neves résztvevője, Babarczi-Schwartzter Ottó is szorgalmazta megindítását, valamint az ápolói fizetések rendezését.¹⁰¹⁸ Ami képzést a korszakban találunk, az mind a tébolydai gyakorlathoz kapcsolódott, a szervezett oktatás majd csak a korszak végén, 1912-ben a lipótmezei tébolydában indult meg.¹⁰¹⁹

Az ápolók többsége nem csak hogy nem volt szakképzett, hanem az elhivatottság legkisebb jelét sem mutatta. Az ápolói karban sok paraszt, kocsis és iparos helyezkedett el, egy részük teljesen „kétes existenzia”, kiknek működése igen sok kívánnivalót hagyott maga után. Az ápolók legnagyobb része átmeneti állapotnak, ideiglenes megoldásnak fogta föl munkáját, s az alacsony fizetéseknek köszönhetően egy részük, – jóllehet tilos volt – szívesen fogadta a betegek hozzátartozóinak ajándékait, borralóját.¹⁰²⁰

Nem sokban változott tehát a helyzet az 1872-eshez képest, mikor az Országos Tébolyda első igazgatója panaszolta, hogy milyen nagy gondot jelent az ápolók cserélődése. Az ápoló-kérdés megoldása az elmeorvosi értekezleten elhangzott felvetés szerint átfogó cselekvési programmal lett volna lehetséges. Az anyagi feltételek javítását a progresszív fizetési rendszer, az öregkori nyugdíj és a kötelező takarékbetét-rendszer, a munka-feltételek javítását ezen kívül a kötelező baleset-biztosítás, míg a szakmai színvonal emelését a vizsgarendszer bevezetése biztosíthatta volna.¹⁰²¹ Az ápolói kar összetartozás-tudatát az egyesületek és a balesetbiztosítási-rendszer lettek volna hivatva kifejleszteni.¹⁰²² Jóllehet az ápoló-kérdésben a szakemberek többsége elismerte, hogy igen komoly feladatokkal kell megküzdeni, eltérő véleményeket fogalmaztak meg a lehetséges megoldásról. Salgó Jakab például az értekezleten kifejtette, hogy nem olyan nagy baj, ha cserélődik az ápolói gárda, „*Mert bizonyos hosszú ideig tartó szolgálat után az ápoló elkopik, öregszik, elgyengül, elfásul*.”¹⁰²³ A leghasznosabb javaslattal Epstein László, az Országos Tébolyda majdani igazgatója szolgált. Véleménye szerint ugyanis a legegyszerűbb mód az ápolói kar szakmai színvonalának emelésére az ápolói és a nem ápolói munka

¹⁰¹⁷ DÉCSI KÁROLY: Az ápoló kérdésről. In: *Az 1902. évi október 26-án és 27-én Budapesten tartott második országos elmeorvosi értekezlet munkálatai.* (szerk.) DR. EPSTEIN LÁSZLÓ, Budapest, 1903, Schmidl ny. 166.

¹⁰¹⁸ „Jó ápoló személyzet csak kellő iskolázottság: előkészület és megfelelő ellenszolgáltatás: jó díjazás kilátásba helyezése mellett nevelhető, de minthogy a mi viszonyaink között azoknak, akik az elmebeteg-ápolást életfeladatnak tekintik, eddigelé nincs módjukban szakképzettséget szerezni, erre nézve minősítési kelléket a tisztességes magaviseleten és az egészségen kívül sem a köz, sem a magánintézetben nem lehet felállítani” – DR. BR. BABARCZI-SCHWARTZER OTTÓ: *Az Elmebetegügyi Törvény tervezete.* Közegészségügy, II. évfolyam, 1. szám, 1910. jan. 1.

¹⁰¹⁹ EPSTEIN LÁSZLÓ: *A lipótmezei áll. elmeegógyintézet szerepe a magyar elmeegógyászat fejlődésében.* Gyógyászat, 1922, 399-401. 400. 418.

¹⁰²⁰ Még 1903-ban is foglalkozott e kérdéssel egy rendelet. Igaz, ez közönség figyelmét hívja föl arra, hogy az ápolóknak nem szabad (elbocsátás terhe alatt) borralalót elfogadniuk. – BM 1903/10.583, 12.§

¹⁰²¹ Az elmeegógyintézeti ápolók 1898-tól, 5 éves szolgálati idő után szerezhettek nyugdíj-jogosultságot. A személyzet cserélődése ettől kezdve valamelyest mérséklődött. – *Magyarország elmebetegügye az 1899. évben.* Közzéteszi a M. Kir. Belügyministerium. Budapest, 1900, Schmidl ny. 16.

¹⁰²² EPSTEIN, 1922

¹⁰²³ SALGÓ JAKAB hozzászólása Décsi Károly előadásához. In: *Az 1902. évi október 26-án és 27-én Budapesten tartott második országos elmeorvosi értekezlet munkálatai.* (szerk.) DR. EPSTEIN LÁSZLÓ, Budapest, 1903, 182.

szétválasztása. Az akkori megoldás szerint ugyanis az ápolók végezték a takarítási munkákat, a betegek cipőjének tisztítását, stb. Epstein szerint az, ha az intézetek külön „cselédeket” fogadnak az ilyen feladatokra, megkönnyítené a szakmai szempontból fölkészültebb ápoló személyzet kitermelődését.

Az ápolók működésében komoly szakmai hiányokat lehetett fölfedezni. Ennek orvoslására – az elmebeteg-osztállyal bíró kórházakban – a miniszter elrendelte az ú.n. „éjjeli ellenőrző járatok” megszervezését.¹⁰²⁴ A mindenkori ügyeletes orvos által vezetett ellenőrzések célja az ápolói mulasztások kiszűrése volt. Az éjjeli ellenőrző járatok egyszerre voltak tehát a betegek állapotát figyelemmel kísérni és az ápolói szabályszegéseket kiszűrni hivatott ellenőrzések. Az ellenőrzések eredményét az ellenőrzést vezető osztályos orvos az intézet igazgatójának jelentette, aki megtette a szükséges intézkedéseket. Figyelemre méltó, hogy ezen járatok megszervezését és végrehajtását a miniszter nem látta az összes intézményben bevezetendőnek. A rendelet csupán Budapesten az irgalmas rend perjelének, az egri irgalmas rend perjelének, Somogy, Tolna, Borsod, Bihar vármegyéknek, valamint Fiume kormányzójának szólt, ebből tehát arra lehet következtetni, hogy a legrosszabb helyzet az említett területeken elhelyezkedő intézményekben volt.

11. Új utak keresése – a családi ápolási rendszer, mint a községi ellátás alternatívája, a tébolyda mint gazdaság

Az Országos Tébolyda megnyíltával nem rendeződött megnyugtatóan az elmebetegek elhelyezésének gondja. Az országban az egész korszakban túl kevés intézet volt, s a meglévők sem nyújtottak sok esetben kielégítő megoldást. Az állandó zsúfoltságon túl ellátási és higiéniai problémákkal is találkozhatunk. Mivel a 70-es évekre föllállított tébolydai rendszert a kormányzat meglehetősen drágának tartotta, megindult az olcsóbb megoldások kidolgozása.¹⁰²⁵

A hazai tapasztalatokat a külföldi gyakorlattal kívánta összehasonlítani a kormányzat, ezért Dr. Niedermann Gyula királyi tanácsos, az lipótmezei Országos Tébolyda igazgatója és Dr. Chyzer Kornél miniszteri tanácsos, a Belügyminisztérium Közegészségi Osztályának vezetője külföldi tanul-

¹⁰²⁴ BM 1890/14.241.

¹⁰²⁵ A családi ápolásról a Magyar Orvosok és Természetvizsgálók 1866-os, XI. gyűlésén Bolyó Károly számolt be. (BOLYÓ KÁROLY: Miként lehetne hazánk szegénysorsu elmebetegeit jutányosan s gyógyápolási szempontból czélszerűen elhelyezni? In: *A Magyar Orvosok és Természetvizsgálók 1865. Augusztus 28-tól September 2-ig Pozsonyban tartott XI. nagygyűlésének történeti vázlatja és munkálatai*. Rózsay József közreműködésével szerkesztették Kanka Károly és Rómer Flóris. Pozsony, 1868, Wigand Károly. 111-114. 1871. január 28-án Gonda László a képviselőházban határozati javaslatot nyújtott be, mely szerint a minisztérium ú.n. gyarmat-rendszer alapján készítsen tervet az elmebetegügy gondjainak megoldására. (KN 1869-72. XII. köt. 273. ülés. 233- 235.) Az ülésen hozott határozattal a képviselőház utasította a belügyminisztert, hogy a tébolydai rendszereket megvizsgálja, és arról jelentést tegyen. A BM 1871/16.270 sz. rendelettel a miniszter hazai gyakorlati szakemberekből, valamint az OKT tagjaiból álló bizottságot küldött ki (tagjai: Balajthy Imre, Hollán Adolf, Schwartzer Ferenc, Wagner János, Schnirch Emil, Bolyó Károly, Niedermann Gyula, Grósz Lipót és Volenszki Frigyes), mely 1875-re készült el jelentésével. Képv. Ir. 1872-75. XXIII. 1009. sz. és Mell. 371-378.

Az 1873. májusában lefolyt albizottsági ülésen megfogalmazott jelentés elvetette a családi ápolási telepek létrehozását. A fölsorakoztatott érvek között szerepelt, hogy nem lehet megfelelően biztosítani a betegekkel való bánásmód folyamatos ellenőrzését, és ez komoly veszélyeket rejt magában. A közbiztonság romolhat, ami az egész rendszer hosszú távú működőképességét veszélyezteti, és ezen kívül a betegek is veszélynek vannak kitéve, nem csak azért, mert esetleg nem kapnak megfelelő ellátást, hanem azért is, mert a női betegek kiszolgáltatott helyzetével visszaélhetnek. A megfelelő megoldást többen a tébolydák mellé telepített gazdaságokban vélték fölfedezni. A betegek a bizottság által javasoltak szerint zárt rendszerben lennének lehelyezve, így biztosítható a szakszerű ápolás, és a terület közbiztonsága sem sýnylené meg a tébolyda föllállítását.

mányútra indultak, hogy a Lajtán túli birodalomrészbeli és egyéb nyugat-európai példákat összegyűjtve a tébolydai kérdések megoldásához javaslatokat dolgozzanak ki.¹⁰²⁶ A külföldön megfigyelt vizsázások ellenére két nagyon fontos megoldásra lettek figyelmesek. Az egyik, hogy sokkal jobban tudnak működni azok a tébolydák, melyek teljesen önellátóak, a másik, hogy több szempontból hasznos az úgynevezett családi ápolási telepek létrehozása. A tébolydák önellátása két formában valósulhatott meg. Az elsőben az intézet saját földjén, ehhez kapcsolódó gazdaságában dolgoznak a betegek. A másik, hogy a tébolydát alapvetően mezőgazdasági, a tébolyda által kínált munkaerőt foglalkoztatni képes területre telepítik. Ennek feltétele olyan, viszonylag elzárt település megléte, ahol az elmebetegekkel való bánásmódot, és esetleges gyógyulásukat viszonylag könnyen lehet ellenőrizni. A családi ápolási rendszer ettől annyiban tér el, hogy itt a betegek nem csak dolgoznak a gazdánál, hanem családoknál kapnak szállást is.

11.1. Hazai kísérletek

Az Országos Tébolyda kenyérszükségletéről a századfordulón már teljes egészében maga az intézet gondoskodott. Az angyalföldi intézetnek nagyobb tehenészete, míg sertéstenyészet, konyhakert és baromfiudvar minden tébolyda mellett megtalálható volt.¹⁰²⁷ Az egyes tébolydák önellátásának megvalósítása annál is inkább sürgetővé vált, mivel a korábbi rendszer, melyben a tébolydák (és a kórházak is természetesen) vállalkozókkal álltak szerződéses viszonyban, meglehetősen visszás helyzetet eredményezett. Az élelmezésre szerződött vállalkozók igyekeztek a lehető legnagyobb hasznot kitermelni a tébolydákból, ezért kicsit lefaragtak a szerződésben meghatározott porcióból. Ennek megfelelően a hazai tébolydák ellátása egy idő elteltével igen szomorú képet mutatott. Az önellátó-rendszerre való áttérés tehát egyszerre vetett véget az áldatlan ellátási helyzetnek, és teremtett új gyógyítási lehetőségeket.¹⁰²⁸

11.2. Zsúfoltság

A tébolydák megoldhatatlan gondját jelentette a zsúfoltság. Az egész korszakon végighúzódó, szinte kezelhetetlen kérdésről van szó. Már az országos tébolyda megnyitása után röviddel kiderült, hogy a férőhelyek száma kevesebb, mint az elhelyezni kívánt beteg. Chyzer Kornél tisztában volt az állami források szűkösségével, ezért – egyébként az elmeorvos-társadalom által mélységesen elutasított – megoldási programot, a közkórházak mellett működő tébolydai osztályok bővítését, és újabbak építését szorgalmazta. A meglévő rendszerben ugyanis a kórházak mellett működő tébolydai osztályok

¹⁰²⁶ *Elmebetegügy iszákosok menedékhelyei és védekezés a tiüdvész ellen*, jelentés, melyet külföldi tanulmányútkról Perczel Dezső Belügyminiszternek benyújtottak DR. NIEDERMANN GYULA királyi tanácsos, a lipótmezei országos tébolyda igazgatója, DR. CHYZER KORNÉL miniszteri tanácsos a BM közegészségügyi osztályának főnöke. kiadja a m.kir. Belügyminisztérium, Bp, 1897, 3., 6.

¹⁰²⁷ Lipótmezőn pl. 500 db yorkshire-i sertést tartottak 1899-ben. *Magyarország elmebetegügye az 1899. évben.* – közzéteszi a M. Kir. BM. Bp, 1900.

¹⁰²⁸ Ld: PÁNDY KÁLMÁN: Az elmebetegápolás jobb és olcsóbb rendszereinek magvalósításáról Magyarországon In: *Az 1900 évi október 28-29-én Budapesten tartott első országos elmeorvosi értekezlet munkálatai.* (szerk.) EPSTEIN LÁSZLÓ, Budapest, 1901, Pallas.

alapvetően megfigyelő-osztályok voltak, azaz céljuk nem az elmebetegek tartós ápolása és elhelyezése volt. A közkórházak mellett működő tébolydai osztályok – többségükben – nem voltak fölkészülve az elmebetegek tartós ápolására, sem megfelelő hely, sem megfelelő ápoló-személyzet nem állt készen ezen intézményekben e feladat megoldására. „Meggyőződésem az, hogy mindenütt ott, hol kórházat nagy elmebetegosztállyal összeépítettek, épen a többi osztályok fejlődését 100 esztendőre talán mindvégig kijavíthatatlanul visszatették”¹⁰²⁹ – jelentette ki az elmeorvosi értekezlet egyik résztvevője. Maga Chyzer is elismerte, hogy jogos az a tartózkodás, mellyel az orvos-társadalom eme bővítéseket fogadta, de állítása szerint, mivel hiába várja a hazai közönség az újabb állami tébolyda felépültét, nincs jobb megoldás, mint a meglévő lehetőségeket ilyen módon kihasználni.¹⁰³⁰ Ezzel a megoldással szemben megfogalmazott legfontosabb szakmai kifogások a következők voltak: 1) a kórházi elmeosztályokat gyakran nem elmeorvosok vezetik, 2) az ápoló-személyzet nem kellően fölkészült nagyobb tömegű elmebeteg kezelésére. (Az elmebetegek kezelésére nem fordítanak kellő figyelmet, így ritkán, de még az is előfordul, hogy egyes beszélni képtelen betegeket összecserélnek.) 3) Ami pedig a minisztérium által javasolt megoldás anyagi oldalát illeti, nem jár megtakarítással az elmebeteg-elhelyezés és ápolás ilyen megoldása, mert az állami elmeegógyintézetekben kerül a legkevesebbe a betegek elhelyezése.

11.3. Szabálytalan beteg-elbocsátások

Végül meg kell említeni a vidéki közkórházak elmebeteg-elbocsátási gyakorlatát, mely fontos közbiztonsági kérdéssé tette az elmebetegek elhelyezését. A nem kellő alapossággal végzett vizsgálatok nyomán több közveszélyes elmebeteg elbocsátottak az intézetekből¹⁰³¹, ugyanakkor több nem közveszélyes fölöslegesen tartottak benn az osztályokon.¹⁰³² A budapesti szabályozás szerint csak akkor voltak elbocsáthatók az ön- és közveszélyes elmebetegek, ha a hozzátartozók igazolták, hogy otthon megfelelő őrzésről tudnak gondoskodni, azaz hogy ezek a betegek veszélytelenek lesznek. Erről a tényről pedig az elsőfokú közegészségi hatóság – a kerületi elöljáróság győződött meg.¹⁰³³ A vidéken, – és olykor Budapesten is – nem kellő gondossággal elbocsátott elmebetegek, a közveszélyesség megállapításának elmulasztásával összefüggésbe hozható bűncselekmények a korszakban állandó témát adtak a sajtónak. „Alig van hónap, hogy napilapjainkban egy vagy több oly izgató esetet ne olvasnánk, melyben a főszerepet egy szegény elmebeteg játssza, ki a büntetőtörvénykönyvvel összeütközésbe

¹⁰²⁹ U.o. 202.

¹⁰³⁰ 1887-ben ugyan Tisza Kálmán a kijelentette, hogy annak ellenére, hogy az állami kiadásokat le kell faragni a költségvetési hiány miatt, szükség van, és kell is forrásokat biztosítani az újabb tébolyda fölépítésére. Ezek után azonban – noha az újabb intézmény építése többször szóba került – a kérdés nem került elő többet. (Ld.: FISCHER, 1890, 615-623, 680-690.)

¹⁰³¹ A BM 1897/94.293 sz. rendelet arra utasította a törvényhatóságokat, hogy tiltsák meg az elmebeteg-osztállyal rendelkező kórházak vezetőinek a közveszélyes elmebetegek elbocsátását. (Még gyámhatósági térítvevény ellenére is.)

¹⁰³² „Az ország ilyen kórházaiból több mint ezer elmebeteg lesz évente elmeorvosi ellenőrzés nélkül elbocsátva s körülbelül ugyanennyi visszatartva, s nem tudom elnyomni a félés érzetét, hogy míg az indokolatlan elbocsajtás a közbiztonságot veszélyezteti, a bentartottak nagy tömege életfogytiglani rabságban marad.” U.o. 195.

¹⁰³³ 1900. évi 56.009. sz. tanácsi határozat.

jött.”¹⁰³⁴ – állapította meg Fischer, rámutatva az elmebeteg-kérdés leginkább kérdéses pontjára, nevezetesen a közveszélyesség megállapításának kérdésére.¹⁰³⁵

11.4. Gyengeelméjűek

A Chyzer – Niedermann tanulmányút után a gyengeelméjűek kezelésének újabb megoldása került szóba. A két szakember nyugati útja során olyan elmeegógyintézeteket is meglátogatott, melyek egyben „hülyék nevelőintézetei” is voltak. Az ún. hülyék képzése eddig a Vallási- és Közoktatási Minisztérium feladatkörébe tartozott, jóllehet jó ideig az ellátórendszerben csak magánintézetet találunk. A hülyék budapesti intézetébe például 7-10 éves kor közötti, bizonyos feltételeknek megfelelő hülyéket vettek föl.¹⁰³⁶ A gyengeelméjűek kezelésének módszereire a Frim Jakab által alapított, Alkotás utcai intézet szabályzata világít rá. Frim egy olyan intézményt működtetett, melyben az olyan fiatalabb gyengeelméjűek nyerhettek elhelyezést, akik képzéséhez nem elegendő az iskolarendszer. A bentlakásos intézet célja alapvetően az volt, hogy fölkészítse ezeket a gyerekeket a felnőtt életre. Ugyanakkor, és ezzel párhuzamosan, lehetőséget biztosított azoknak az „idősb hülyéknek”, akik részben az intézetben nyertek képzést, hogy az itt kialakított műhelyekben dolgozhassanak, esetleg valamilyen kézműves-mesterséget tanulhassanak ki.¹⁰³⁷ A gyengeelméjűek kezelése tehát alapvetően oktatási (és nem mellékesen szociális) feladat volt. Mivel a korszakban a gyengeelméjűek kérdése nem került olyan mértékben a figyelem középpontjába, mint az elmebeteg-kérdés, nem is történtek olyan horderejű lépések, mint amilyenek az elmebeteg-ügyben. Chyzerék nyugaton a koloniális jellegű intézetek mellett, azokat figyelték meg alaposan, melyekben a hülyék intézete egy helyen működött a tébolydával. Nyugati példák nyomán a minisztérium kezdeményezésére csak 1902-re jött létre a Lipótmezőn, az elmeegógyintézet mellett a hülyék intézete.¹⁰³⁸

11.5. Családi ápolási rendszer kidolgozása

Nehezebben megoldható feladatnak bizonyult a több beteg elhelyezését lehetővé tevő családi ápolási rendszer kidolgozása. A tébolydák és tébolydai osztályok állandó zsúfoltsága egy nagyszabású elmeegógyintézet-építési programot követelt volna meg. Erre azonban nem álltak rendelkezésre megfelelő pénzeszközök. Mivel új tébolydát állami pénzből nem tudtak építeni, a kormányzat a nagyobb közkórházakat próbálta meg rávenni arra, hogy az esetlegesen meglévő, a későbbiekben megfigyelési

¹⁰³⁴ FISCHER, 1890, 617.

¹⁰³⁵ A BM 1899/124.388 rendelkezett arról, hogy a kórházak elmebeteg-osztályairól elbocsátott, közveszélyesnek nem minősült betegeket a hatóság – különösen akkor, ha a beteg korábban már elkövetett erőszakos cselekményeket – felügyelet alatt tartsa, illetve ha más törvényhatóság területére távozna, akkor az új tartózkodási helyén is gondoskodjanak a felügyeletről.

¹⁰³⁶ Ld.: VKM 1896/58.709.

¹⁰³⁷ BM 1881/16.962, hasonló módon működött az 1875-ös alapítású „Munka” nevelő- és ápolóintézet. – Ld.: A „Munka” nevelő – és ápolóintézet tervrajza ügyefogyott és hülye gyermekek számára Rákos-Palotán, Budapest mellett. Budapest, 1875, Vodiáner F. ny. FRIM JAKAB: A hülyeség és a hülyeintézetek, különös tekintettel Magyarországon. Budapest, 1884, Nyomatott Posner Károly Lajosnál. Gyermekvédő intézetek Magyarországon. A Budapesten 1899 ben tartott gyermekvédő kongresszus alkalmából szerkeszti és kiadja a kongresszust előkészítő bizottság. Budapest, 1899, Pesti ny.

¹⁰³⁸ EPSTEIN, 1922, 400.

osztályként működő elmebeteg-osztályok mellé, a betegek nagyobb tömegét befogadni képes elmebeteg-pavilonokat építsenek.¹⁰³⁹

Ezek mellett hozták létre a családi ápolási rendszert, mitől a szakmai körök nagy előrelépést vártak: „*elmebetegügyünk eddigelé csak a zárt rendszert ismeri, melynek – egyik legkiválóbb elmeorvosunk szavai szerint – a betegre, orvosra egyaránt degeneratív ható kaszárnyaélet, szükségszerű következménye.*”¹⁰⁴⁰ Mivel pedig az elmeegógyászat kortársak által is gyakran emlegetett, nagy lépései a korábbi évszázadban a betegek szabad(abb) mozgását tették lehetővé, a nyugaton megismert példa hazai meghonosításának lehetősége fölpezsdítette a szakmai köröket. Annak ellenére, hogy egyes vélemények szerint a családi ápolási rendszer Magyarországon nem honosítható meg sikeresen, mivel a „*magyar gazdákat nem lehet rávenni arra, hogy bolondot fogadjanak magukhoz*” – (Epstein), a több helyszínen létrejött családi ápolási telepek cáfolták a kételkedők várakozásait. Az 1908-tól létrejött családi ápolás elsősorban a vidéki, nem közveszélyes, gyógyíthatatlan és vagyontalan elmebetegek helyzetét kívánta rendezni. Az elmebetegek minősítésének és elhelyezésének legnagyobb problémája a közveszélyesség megállapításának nehézsége volt. A kérdés több szakmai vitán is fölmerült. A megoldás feltételezte azt, hogy a közkórházi elmebeteg-osztályok valóban csak az elmebetegek ideiglenes elhelyezését szolgálják. Az eredeti elképzelésben ugyanis ezek az osztályok csak addig nyújtottak volna elhelyezési lehetőséget a betegeknek, amíg vagy az állami tébolydába, vagy (közveszélyesség híján) haza nem kerülnek. Erre az elképzelésre tekintettel jött létre az a néhány családi ápolási telep, mely az elmebeteg-ellátásban a századforduló után a legnagyobb változást hozta.¹⁰⁴¹

11.6. Az elmebetegek családi ápolásának rendszere

A családi ápolás rendszerének megalkotása a századforduló utáni évekre maradt.¹⁰⁴² A betegek elhelyezésének állandó gondjai, az állandó zsúfoltság, az ápoló-hiány és a tébolydai rendszer költségei miatt az egészségügyi kormányzat kereste azokat a kiegészítő megoldásokat, amelyekkel le lehet szorítani a kiadásokat és több elmebeteg lehet elhelyezni. A külföldi példák nyomán a családi ápolási telepek létrehozásáról született döntés.¹⁰⁴³ Az új megoldás annál is inkább szükséges volt, mert a századfordulóra világossá vált, hogy az elmebetegek elhelyezési gondjai a közveszélyesség kérdéséhez is kapcsolódnak. Az elmeorvosok többsége ekkor már azt a véleményt osztotta, hogy a közveszélyesség viszonylagos, azt alapvetően a környezet határozza meg, ezért indokolt az elmebetegek elhelyezésének rendszerét is ennek megfelelően átalakítani. A rendelet megfogalmazta, hogy azon széles betegréteg, mely csak bizonyos körülmények között tekinthető közveszélyesnek, „*elmeórházban való tartása bizonyos kedvező körülmények között nem szükséges*”. Ez a rendszer feltételezte a könnyen elérhető

¹⁰³⁹ Ld.: KONRÁD JENŐ: *Az elmekórtan gyakorlatilag fontos tételei tekintettel a közigazgatásra*. Budapest, 1915, Mai.

¹⁰⁴⁰ PÁNDY KÁLMÁN: Az elmebetegápolás jobb és olcsóbb rendszereinek magvalósításáról Magyarországon. In: *Az 1900 évi október 28-29-én Budapesten tartott első országos elmeorvosi értekezlet munkálatai*. (szerk.): EPSTEIN LÁSZLÓ, Budapest, 1901, Pallas. 194.

¹⁰⁴¹ Balassagyarmaton, Nagyszebenben, Dicsőszentmártonban és Nyitrán jöttek létre telepek (ld. Konrád, i.m.).

¹⁰⁴² Annak ellenére, hogy már a rendelet megalkotása előtt létrejöttek családi ápolási telepek az ország több pontján.

¹⁰⁴³ BM 1909. évi 143.903/1908. sz. körr.

orvosi jelenlétet, ugyanakkor nem követelte meg a betegek olyan szigorú ellenőrzését, mely a tébolydai rendszer része volt.

A családi ápolási rendszer a rendelet indoklása szerint egyáltalán nem csak az elmebetegek érdekei miatt jött létre, hanem mert: „*az intézeteknek már hygiénikus szempontból is kifogás alá eső állandó zsúfoltsága ne szolgáltatson okot arra, hogy az állam újabb meg újabb építkezési befektetésekre kényszerítessék*”, azaz hogy az állami költségvetést lehetőleg minél kevésbé terhelje meg az elmebeteg-ellátás. A kívánt cél elérésére pedig az ú.n. családi ápolási telepek voltak a legalkalmasabbak.¹⁰⁴⁴ A rendszer két alaptípusba sorolható telepekből állt. Első a homofamiliáris rendszer, mely az elmebetegek saját családjánál való és a heterofamiliáris rendszer, mely más, idegen családnál való elhelyezését jelentette. Az államtól mindkét esetben juttatásban részesült az ápoló család.

Az országszerte mintegy öt helyszínen létrejött családi ápolási telepek a szakorvosi jelenlét követelménye miatt egy-egy kórházi elmeosztályhoz kapcsolódtak. A rendelet annyit mondott ki, hogy az ápolási telepnek elmebeteg-osztállyal kell bírnia, ez lényegében annyit jelentett, hogy a már meglévő elmebeteg-osztályok köré volt lehetséges ezen ápolási telepek létrehozása.

11.6.1. Felvétel

A nagyobb feladatot a kihelyezésre alkalmas betegek kiválasztása és a telepek felügyelete jelentette. Az állami elmeegógyintézeteknek negyedévente, az elmeosztállyal rendelkező, a családi ápolási telep központját képező kisebb kórházak igazgatóinak félévente kellett kimutatást készíteni a kiküldhető betegekről. A rendelet előírása szerint a kimutatások készítésénél figyelemmel kellett lenni arra, hogy a betegek közelében lakik-e gondnoka, vagy hozzátartozója, akit ilyen esetben értesíteni kellett arról, hogy a beteget családi ápolási telepre kívánják kiküldeni. A gondnoknak, illetve a rokonnak értesítés esetén 14 napos határidővel kellett nyilatkoznia arról, hogy esetleg magához kívánja-e venni a beteget. Ha erre igényt tartott, akkor a községi elöljáróság igazolásával (arról, hogy alkalmas a feladatra) jelentkezhetett a kórházban, és térítvevény ellenében magához vehette az elmebeteget.

Azokat, akiket gondnok, vagy rokon nem kívánt magához venni, ugyanolyan megfigyelés alá vették, mint azokat, akiket állami elmeegógyintézetekben kívántak elhelyezni: első lépésként az elmebetegeket a családi ápolási telep elmeosztályán helyezték el, és csak külön utasítással lehetett őket az ápolási telepre szállítani. Családi ápolási telepre kerülhettek azok a fizetőképes betegek, kiknek rokoni, vagy gondnoka kérte az elhelyezést, és a családi telepen való ápolásra alkalmasságát egy közalkalmazásban lévő elmeorvos hosszabb megfigyelési időszak alapján készített kórrajzzal igazolta.¹⁰⁴⁵

11.6.2. Elhelyezés

¹⁰⁴⁴ A családi ápolási rendszer – a megoldás mellett érvelők szerint – csökkenti a zsúfoltságot, és több elmebetegről való gondoskodást tesz lehetővé. – KONRÁD JENŐ: *Az elmebetegek családi ápolásának meghonosítása Magyarországon*. Az Orvosi Hetilap tudományos közleményei. Különlenyomat. XLVIII. évfolyam. 1904. Elme- és idegkórtan 4. szám, Budapest, 1904. Pesti Lloyd-Társulat könyvnyomdája.

¹⁰⁴⁵ Tbc-ben szenvedő elmebeteget nem lehetett családi ápolásra kiadni, illetve ha a családi ápolás alatt betegedett meg az ápoló, akkor vissza kellett szállítani a központba. – BM 1912/128.280

A betegek elhelyezésében is megfigyelhetők a biztonsági szempontok. A családi ápolási telepeken a tébolydákban megszokott nemek szerinti elkülönítés mellett előírta a rendelet, hogy minden elmebetegnek külön szoba jár, és hogy egy családnál legfeljebb két beteget lehet kihelyezni.

A beteg fogadására jelentkező ápoló családot kellőképp fel kellett készíteni és meg kellett vizsgálni.¹⁰⁴⁶ Az ápolásra jelentkezőnek a községi előjáróság igazolását kellett bemutatnia arról, hogy józan életű, megbízható és általában alkalmas a beteg fogadására és ápolására. Erről, valamint a lakás- és egyéb viszonyokról a telep vezető orvosa személyesen volt köteles meggyőződni.¹⁰⁴⁷ Ha a jelentkező alkalmas volt, akkor a telep orvosa megismertette a beteggel, tájékoztatta a betegség természetéről, s az átvételekor ápolói utasítással látta el. A beteg életkörülményeit, az ápolás minőségét rendszeresen ellenőrizték. Az elmebeteg testi egészségéről – a helyes ellátás révén – az ápoló gondoskodott, és az ő kötelessége volt az is, hogy az elmebeteg megbetegedése esetén értesítse a kórházi osztályt, s ha állapota indokolta, akkor ellátása a kórházi osztályon történt. A testi betegséggel kapcsolatos ápolási költségeket, attól függetlenül, hogy az elmebeteget a befogadó családnál, vagy a kórházi osztályon ápolták a központi kórház viselte, ugyanúgy, mint az elhunyt temetésének költségeit. Minden elmebeteget, tekintet nélkül arra, hogy testi betegségben szenvedett-e vagy sem, havonta egyszer be kellett szállítani a központi kórházba. Ha a beteg testi állapota az ápolás hiányosságainak betudhatóan nem volt elegendő, az intézet visszavehette a beteget. Ha az ápolat bevételére nem az ápoló hibája miatt került sor, az intézetnek rövid időn belül új beteg kiutalásáról kellett gondoskodnia. A családi ápolási rendszer egyes esetekben az ápoló család anyagi viszonyaihoz képest nem elhanyagolható bevételi forrásként jelent meg.

A betegekkel való bánásmódot a minden ápolónak eljuttatott utasítás írta elő. Röviden és könnyen érthető módon fogalmazta meg az elmebetegek családi ápolásának legfontosabb követelményeit. A legfontosabb, hogy a betegek ne fogyasszanak alkoholt, ne érje őket semmiféle támadás, ne kóboroljanak egyedül az utcákon, magukban és másokban ne tegyenek kárt.

A beteg ruházatáról szintén a központi kórház gondoskodott.¹⁰⁴⁸ A betegek foglalkoztatásáról lehetőség szerint gondoskodni kellett. Még az a megoldás is elképzelhető volt, hogy a betegeket idegen, nem az ápoló család foglalkoztatja.

A munkát a korszak elmeorvosainak többsége fontosnak ítélte a gyógyítás szempontjából, s a családi ápolási rendszer szabályozásában különösen fontos szerepet kapott a kérdés, mivel az ápoló családok túlnyomó többsége mezőgazdasági munkát végzett, és amellet, hogy az államtól ápolási díjat kapott, egyes esetekben nem elhanyagolható kiegészítő-munkaerőhöz jutott.

¹⁰⁴⁶ B. minta a BM 1908/143.903 sz. II. mellékletéhez

¹⁰⁴⁷ II. Melléklet a BM 1908/143.903 r.-hez

¹⁰⁴⁸ Férfiaknak: 2 ing, 2 gaty, 3 pár harisnya, vagy kapca, 4 zsebkendő, 1 téli, 1 nyári öltözet, fűvegekkel, 1 pár téli, 1 pár nyári cipő (csizma, bocskor), nőknek: 3 ing, 2 alsó szoknya, 3 pár harisnya, 4 zsebkendő, 1 téli, 1 nyári felsőruha, 2 fejkendő, 2 kötény, 1 pár téli, 1 pár nyári cipő, 1 téli nagykendő, 1 nyári szalmakalap a kiadandó ruházat. Ugyanígy rendelkezett arról is, hogy a dohányos férfi betegek számára, – ha azok nem dolgoztak – ha a megvonás miatt a beteg kedélyállapotának romlásától lehet tartani, az intézet biztosítja a megfelelő dohány mennyiséget. Azoknak a betegeknek, akik hasznát hajtó munkát végeztek, a családfő gondoskodott a dohányellátásáról.

A családi ápolási rendszer tehát egyfajta átmeneti megoldást kínált az intézeti ápolás, melynek fontosabb célja a gyógyítás és a közveszélyes betegek elkülönítése, valamint a községi ápolás között, melyet csak az egyáltalán nem közveszélyes elmebetegek vehettek igénybe. Az elmeorvoslás fejlődése és a gyakorlati megfigyelések alapján indokoltta vált az elmebetegek a korábbi szabályozásban kissé megegyező meghatározott csoportjainak differenciálása. A kitűzött célt azonban még a családi ápolási rendszer meghonosítása sem érte el, mivel az elmeorvosintézetek zsúfoltsága az egész korszakban nem enyhült.

12. A községi ápolás

A családi ellátás mellett fontos szerep jutott volna a községeknek is. A közegészségügy rendezéséről szóló 1876-os tv. 71§-ának rendelkezése szerint azokat az elmebetegeket, akik nem közveszélyesek és nincs tartásukra kötelezhető rokonuk, az illetőségi községük tartja el. Számos elmebeteg volt tehát a községek gondoskodására bízva, anélkül, hogy ehhez a kellő szakmai feltételek rendelkezésre álltak volna. A korszak egész magyar közegészségügyi helyzetét a vidéki orvoshiány jellemezte. A helyzetet még inkább súlyosbította a képzett elmeorvosok ennél is alacsonyabb száma. Ahogy a közkórházak elmeosztályaival kapcsolatban megállapítható, hogy vezetőik általában nem rendelkeztek elmeorvosi gyakorlattal, ugyanúgy a községi orvosok legtöbbszöréről is elmondható ugyanez. Nem lehet csodálkozni tehát azon, hogy a községi „ápolásba” került elmebetegek vannak talán a legrosszabb helyzetben a vizsgált időszakban.

Oláh Gusztáv, állami elmeorvosintézet-igazgatóként felhatalmazást kapott arra, hogy a törvényhatóságoknak kérdőívet küldjön ki, a felmérés nyomán meglehetősen pontos képet rajzolt a vidéki elmebetegek helyzetéről. Az alább közölt felmérési eredmény feldolgozásához tudni való, hogy nem mindegyik törvényhatóság válaszolt a fölött kérdésekre, illetve a szemérmesebb válaszok egy része nem alkalmas az adott törvényhatóságban lévő állapotok pontos megrajzolására.¹⁰⁴⁹

1049

vármegye neve	A) milyen eljárást követnek a törvényhatóság területén a községek oly gyógyíthatatlan, de nem közveszélyes elmebetegekkel akiknek nincsenek hozzátartozói?	B) vannak-e ilyen betegek idegen családok ápolásában, és milyen fizetési feltételek mellett?	C) Van-e valamilyen nyilvántartás az ilyen betegekről?	D) Volnának-e oly községek, amelyek ha veszélytelen elmebetegeik családi ápolási telepen helyeztetnének el, a költségek egy hányadát viselnék?	E) Mi a tisztí főorvos álláspontja általánosságban az elmebetegek községi ápolatásáról?
Abaújtorna vm.	koldusszámba mennek felügyelet nélkül	-	-	ki van zárva	kórházi elhelyezés volna a legjobb

Alsó-Fehér vm.	a községbeli lakosnál helyezik el	vannak, havonta 6-10 K-t fizetnek	1895-ben özszeírás volt	nincsenek	a gyerekek és a felnőttek mulatóságára az utcán kóborol, különböző bántalmazásoknak van kitéve, és nincs aki megvédelmezze őket
Arad vm.	felügyelet nélkül bolyonganak	-	-	-	-
Árva vm.	nem küldött adatokat	-	-	-	-
Bács-Bodrog vm.	ilyen betegek a vm. területén nincsenek	-	-	ha ily betegek volnának, azoknak másutt való elhelyezésének költségeit a községek szívesen viselnék	-
Baranya vm.	lakás a pásztorházban vagy a szegényházban, az élelmezés koldulás	nincsenek	-	igen	a községek idegenkednek az elmebajosoktól
Bars vm.	a vm-i két közkórház tébolydai osztályára helyezik el	-	-	a nagyobb községeknel igen, a kisebbeknel nem	a községi ápolás kivihetetlen
Békés vm.	valamennyien a községi szegényházban vannak, számuk 20-22	-	-	a községek annyit fizetnének, mint amennyit a szegényházban fizetnek	a törvényben előírt községi ápolást kiküszöbölendőnek véli
Bereg vm.	csak kevés ilyen beteg van, olyan gondozásban részesülnek, mint a közfelfogás szerint megérdemelnek és a közfelfogás a megye nagyobb részében igen szigorúan ítélt az ilyen betegek fölött	-	-	csak kevés község akadna	a törvényben előírt községi ápolást Beregben nem lehet végrehajtani
Beszterce-Naszód v.	nem küldött adatokat	-	-	-	-
Bihar vm.	Járásonként különböző, némely járásban mint a falu bolondjai élnek, míg meg nem fagynak. Másutt családoknak adatnak ki.	5-10 K	nincs	több járásban fizetnének	a községi ápolás általában rossz
Borsod vm.	három község van. egy nőért a község fizet 10 K-t, 2 ffi saját ingatlana után lesz gondozva	-	igen	-	-
Brassó vm.	Brassó városban az ilyen betegek a szinylóházban ápolatnak, a vármegye területén nincsenek	-	-	A vármegye minden községe szívesen viselné a terheket	-
Csanád vm.	vállalkozó családoknál és községekben	vannak 20-40 K-ig terjedő díjért	igen	jelenleg nincs	a telepen való elhelyezés jobban megfelelne
Csík vm.	koldulási engedéllyel látják el	-	igen	-	-
Csongrád vm.	szegényházban helyezik el, ahol ez nincs, magánosoknál	igen, 10-12 K-ért	-	nem	a nép babonás előítélettel van az elmebetegek iránt
Esztergom vm.	semmilyen eljárást	nincs	nincs	-	a községi ápolás nem vihető keresztül

Fejér vm.	Közszélegileg ápoltnak	nincs	van	nem	sok kívánnivalót hagy maga után
Fogaras vm.	-	megbízható községi lakosokhoz adatnak ki, a közs. szegény-alap terhére öt beteg 30 K havi tartásdíjért vagy ha a község szegény, a vm. szegény-alap terhére	-	a községek nagy része a szegény-alapból igen	A XX. sz. szegényfoltja, melynek eltüntetését apodictice követelni kell a közbiztonság, a közkerkölc és a gyermekevelés érdekében
Gömör-kishont vm.	szegényházakban vannak elhelyezve	-	van	nem	egyáltalán nem kielégítő
Győr vm.	a községi szegényházban tartják és házsorjában élelmeztenek	nincsenek	igen	mérsékelt arányban	jobb volna telepekre helyezni
Hajdu vm.	könyöradományokból tengődnek, a lakosság női része juttat nekik kenyeret, szalonnát, de lakást semmi esetre sem, a cigányok között húzónak meg. Böszörmény és Szoboszló szegényházban helyezik el őket	-	van	nem	megvetéssel és undorral tekintenek rá, és megtagadják a létezés jogosultságát, állatnál hitványabbnak tekintik
Háromszék vm.	valamelyik tébolydai osztályra szállítják	-	-	-	-
Heves Vm.	nincs ilyen beteg	-	-	egykes községek hozzájárulnának, ha ilyen betegük volna	-
Hont vm.	koldulnak	-	-	nem	inhumánus
Hunyad vm	ilyen betegek a megye területén nincsenek	-	-	-	-
Jász-N.-K.-Szolnok vm.	Az ártalmatlan betegek a vármegyei tébolydai osztályán helyeztetnek el	-	-	-	-
Kisküküllő vm	-	-	-	-	valamennyit telepen kell elhelyezni államköltségen
Kolozs vm.	könyöradományból élnek	-	a községeknél van	önként nem fognak fizetni	állami telepeken kellene őket elhelyezni és a költségek egy bizonyos hányadának viselésére a községeket kötelezni
Komárom vm.	koldulásból élnek	-	van	-	panaszok nem merülnek föl
Krassó-Szörény vm	vagy a szegényházban, vagy a közkórházban helyeztetnek el	csak ritkán	van	önként nem	ha az új közkórház tébolydai osztálya elkészül, akkor ezen kérdés rendezték
Liptó vm	a községi szolga gondozza. Rózsahegy városa pedig szegényházban tartja	-	-	nem	községi ápolás nem humánus

Máramaros vm	nem törődnek velük	-	-	-	ezen kérdés rendezése nagy fontossággal bír, mert most koldusok és csavargók
Maros-Torda vm	ilyen betegről semmi gondoskodás nincsen, ha 1-2 van, azok kóborolnak	-	-	-	Miután a köznép az Isten büntetését látja az ilyen betegben, a legtöbb helyen a gúny tárgya- a szegényüggyel együtt kellene rendezni
Moson vm.	vállalkozó családoknál, fizetés mellett	igen	-	57 közül 28 hajlandó	a községi ápolás nem megfelelő
Nagyküüllő vm.	nem küldött adatokat	-	-	-	-
Nógrád vm.	ha tébolydában nem helyeztetik el, koldulásra bocsátják. a községi orvosok nem törődnek velük	-	-	mindenesetre volnának	a községi ápolás végérvényesen beszüntetendő és a betegek telepen lennének elhelyezendők és a költségek negyede a községre volna háritandó
Nyitra vm	az ügy szabályozva nincs, koldulásból élnek	-	-	-	az államnak kellene megoldani a kérdést
Pest-Pilis-Solt Kiskun vm.	szegényházban vagy családnál	a község fizet értük	-	önként nem	csak családi ápolás volna megfelelő
Pozsony vm.	koldulásból élnek	vannak, 10-20 K fizetésért	-	-	a községi ápolás nem megfelelő
Sáros vm	Eperjes, Bártfa és Kísszeben városok és néhány nagyobb község szegényházakban helyezi el	-	van	hajlandók lennének	-
Somogy vm	vállalkozó családoknál vagy koldus engedéllyel	vannak olyan fizetés mellett, ahogy a bíró meg tud velük egyezni	-	nemigen	-
Sopron vm.	nem küldött adatokat	-	-	-	-
Szabolcs vm.	a község költségére családokhoz adatnak	jelenleg nincs	van	a nagyobb községek hajlandók volnának	a községekben ezen ápolás nem humánus, csak családi, vagy intézeti ápolásban volna ezen kérdés megoldható és a községeket fele költségek viselésére köteleznék
Szatmár vm.	részben családnál helyezik el, részben felváltva élmezik a lakosok	vannak tartásdíj mellett	van	nincsen	nem felel meg a kívánalmaknak
Szeben vm.	ilyen elmebeteg a vm. területén nincsenek	-	-	-	a községi ápolás mellőzendő volna

Szepes vm	esetleg szegényházban, részben koldulnak, némely községben senki sem törődik velük	igen, a költséget az árvaszék fizeti	nincs	néhány község hajlandó volna fizetni	hogyan milyen nálunk a községi ápolás, eléggé ismeretes, úton útfélen gúnytárgyai, a községi ápolás megszüntetendő volna
Szilágy vm.	házi ápolásba adják, a községi vagy a szegényalap terhére	vannak –15 K fizetés mellett	igen	nem	csak családi ápolás megfelelő orvosi felügyelettel
Szolnok-Doboka vm.	ilyen betegek a th-ban nincsenek	-	-	-	-
Temes vm	családoknál helyezik el	igen, 10-12 K havi fizetés mellett. van község, mely 300 K-t is szívesen fizetne, ha betegét valahol elhelyezhetné	-	a községek a költség egy hányadát viselnék	a tapasztalatok kedvezőtlenek
Tolna vm.	szegényházban helyezik el	-	-	csak hatósági kényszerrel	hiányos és inhumánus
Torda-aranyos vm.	adatokat nem szolgáltat	-	-	-	-
Torontál vm	szegényházban vagy szegény családoknál	vannak, Petre egy betegért 16 K-t, Szécsényfalva 2 betegért 20-20 K-t, Révújfalva egy betegért 30 K-t, Zombolya 4 betegért 30 K-t	-	-	családi ápolási telepeken kellene elhelyezni
Trencsén vm	a nagyobb községekben szegényházban, a falvakban koldulás	-	-	-	a község tréfát űz a koldus elemebetegekből, gyermekek gúnytárgya, ami a betegeket állandóan izgatja
Turócz vm	vállalkozó családokhoz adatnak ki	a vm területén csak egy van	-	-	-
Udvarhely vm.	megbízható egyénekhez adatnak ki	2 ilyen beteg van a vm területén, ahol a végzett munka fejében ápolatnak	van	nem járulnak hozzá	mezőgazdasági telephelyen kellene elhelyezni
Ugocsa vm	teljesen elhagyottak, Isten kegyelméből élnek	-	van, de nem kifogástalan	nem tudja	állami intézetben kellene elhelyezni, 1/3 a vm., 2/3 részben az állam költségére
Ung vm.	az összes ilyen betegek az ungvári kórház tébolyda osztályán vannak elhelyezve	-	-	-	-
Vas vm.	az eljárás gondozása alatt állnak	vannak mérsékelt díjazás mellett	van	igen, volnának oly községek	családi ápolási telepre kellene elhelyezni

A felmérés szerint vidéki elmebetegeink helyzete tehát jóval rosszabb volt a városi, hát még a fővárosi elmebetegek helyzeténél. Mint az a kérdőívből kiderült, a legtöbbjük a falu bolondjaként tengette az életét. Ha volt is néhány olyan község, ahol az elmebetegek családi ápolása megoldott volt, nem ez volt a jellemző. A törvényhatóságok közönségétől elkezdve a tisztí orvosokig minden szinten megfigyelhető egy meglehetősen konok ellenállás az elmebeteg elhelyezésével és a családi ápolási rendszerrel szemben. A törvényhatóságok egy részében a lakosság ellenállása miatt elképzelhetetlennek tartották a családi ápolási telepek létesítését. Középmezőnybe lehet sorolni azokat a törvényhatóságokat, melyekben az elmebetegek valamilyen módon részesültek községi ellátásban. Ez leggyakrabban a szegényházbéli elhelyezést jelentette, de kisebb helyeken, ahol erről nem lehetett szó, ennek tekinthető a kisebb közösség egyéni gondoskodása is.¹⁰⁵⁰ Az ellátás minőségére nem lehet következtetni a törvényhatóságok elhelyezkedéséből. Azaz nem lehet összefüggést felfedezni a centrumtól, alcentrumoktól való távolság, esetleg a nyugati határhoz való közelség és betegekkel való bánásmód között. Veszprémből például sokkal rosszabb kép tárul elénk, mint a szomszédos Győr vármegyéből. Ugyanígy Szabolcs és Csongrád megye között is óriási különbség volt.

Oláh felmérése rávilágított arra, hogy az ország az elmebeteg-ápolás terén tarka képet mutatott. A gyógyíthatatlan és nem közveszélyes elmebetegek helyzete nem volt megoldott, a községi orvosok egy része egyedül a tébolydai elhelyezést tekintette megoldásnak, és ez azt is jelentette, hogy amennyiben az elhelyezés nem járt sikerrel, a beteg sok esetben magára maradt. A családi elmebeteg-ápolás általános elterjedése éppen azoknak segített volna, akik még csak a nyilvántartásokba sem, nemhogy valamilyen biztonságot jelentő gyógyintézetbe, vagy szegényházba nem kerültek be.

A századforduló után sem változott meg lényegesen a helyzet. A szegény betegeket az állami elmeorvosintézetek elhelyezése esetén az állam költségén gyógyították, míg ha ez nem volt indokolt, akkor a községi ápolás rendszerében a költségek a községeket terhelték. Nem meglepő tehát a községek azon törekvése, hogy a költségeket lehetőleg az állam viselje. Ugyanakkor – mint azt láttuk – az állam is igyekezett kiadásait visszafogni, s az ápolási költségeket a községekre hárítani. Oláh Gyula, aki mint a Lipótmezei tébolyda igazgatója volt megbízva a családi ápolási telepek felügyeletével, megállapította,

Veszprém vm	városok szegényházaiban helyezik el, községekben koldulnak	-	igen	nem valószínű	embertelen, mert az éhenhalásnak és a megfagyásnak vannak kitéve
Zala vm.	a község terhére lesznek eltartva	igen községekben 8-10-16 K, városokban 20-25-30 K	igen	egy hányadát igen	nincs jól megoldva
Zemplén vm	koldulási engedély	-	-	igen	minden emberi érzéssel ellenkezik
Zólyom vm	legtöbbször pásztorok állnak	10 K-ért vállalkozó családnál	-	nem	a nép idegenkedik az elmebetegektől

Forrás: OLÁH GUSZTÁV: *Jelentés és javaslat a gyógyíthatatlan és veszélytelen elmebetegek községi ápolásának rendezéséről.* Budapest, 1912, k.n.

¹⁰⁵⁰ Jóllehet a községi gondoskodás intézményi hátterének kialakítását rendelet írta elő a községeknek.

hogy az intézetek többsége nem teljesítette jelentési kötelezettségét, s így nehéz figyelemmel kísérni, és összefogni a családi ápolási telepre utalható betegek mozgását. A körrendeletből kitűnt, hogy annak ellenére, hogy az intézetek nem jelentették be a családi ápolásra alkalmas betegeket, Oláh, mint megbízott felügyelő kiszállásai alkalmával „*a beteganyag átvizsgálása folyamán csaknem mindig talál be nem jelentett, de ily ápolásra alkalmas betegeket.*”¹⁰⁵¹ A családi ápolási telepek nem nyerték el tehát az elmeógyógyintézetek vezetőinek rokonszenvét. Az orvostársadalom egy része a családi ápolási telepekben kockázatos kísérletet láthatott, mely nem tette lehetővé az elmebetegek megfelelő felügyeletét.

A községi orvosok ugyanakkor többnyire a községek érdekeit képviselték, és az elmebetegek veszélyességéről szóló igazolás kiadásával, megnyitották az utat az állami elmeógyógyintézetekbe. Az orvosok legnagyobb része persze nem volt szakképzett elmeorvos, így a községi érdeken kívül a szakmai felkészültségük is meghatározta a rendszer működését. Az igazolások egy része így fölösleges óvatosságból, más része pedig a községek költségkímélési gyakorlata miatt keletkezett. „*Csak a minap volt alkalmam oly hatósági orvosi bizonyítványt látni, melyben az illető elmebeteg „nagy mérvű közveszélyessége” azzal volt igazolva, hogy látták őt egy üzletbe bemenni, a hol két fillérért gyufát vásárolt.*”¹⁰⁵² – állapította meg az elmeorvosi értekezlet egyik résztvevője. A községi ápolás tehát egyáltalán nem töltötte be azt a szerepet, amit eredetileg szántak neki. Valaminek mégis megfelelt. Az állam kiadásoktól mentesült a községi ápolás rendszere révén, a községi „ápolásba” került, gyakran kóborló elmebetegeknek ez csak annyit jelentett, hogy éjszakára esetleg lekötözték, vagy leláncolták őket.

13. Reformtervek

13.1. Babarczi-Schwartzter tervezete

A századforduló körül a közegészségüggyel foglalkozó szakemberek és az elmeorvosok körében is megszorodtak azok a vélemények, melyek a terület gyökeres reformját sürgették. A reformtervekkel jelentkezők közül többen a jogszabályok nagyszabású módosításában, vagy önálló törvények kidolgozásában látták a megoldást. Az elmeorvosi értekezleten hangzott el először Babarczi-Schwartzter Ottó előadása az elmebetegügyi törvénytervezetről, mely a korszakban készült legátfogóbb tervezet.

A szerző felkészültségét nem lehet vitatni. Babarczi a korszakban a főrendiház és az Országos Közegészségi Tanács tagja, a tisztviselői vizsgák országos bizottságának alelnöke. Az elmebetegüghöz pedig nem csak saját, hanem apja, Schwarzter Ferenc munkája is kapcsolta. Elmebetegügyi törvénytervezetét 1902-ben készítette el, mutatta be az elmeorvosi értekezletnek¹⁰⁵³, majd pedig 1904-ben terjesztette be Tisza István miniszterelnök-belügyminiszternek. Az Országos Közegészségi Tanács reformbizottsága a közegészségügyi törvény átalakítása kapcsán őt bízta meg az előadói tervezet elkészítésével. Az elkészült tervezetet a bizottság engedélyével bemutatta az elmeorvosi értekezletnek,

¹⁰⁵¹ BM 1912/10.184

¹⁰⁵² BLUM ÖDÖN: A házi és a községi ápolásról. In: *Az 1900. évi október 28-29-én Budapesten tartott első országos elmeorvosi értekezlet munkálatai.* (szerk.) EPSTEIN LÁSZLÓ, Budapest, 1901, 149.

¹⁰⁵³ Megjelent: *Az 1902. évi október 26-án és 27-én Budapesten tartott második országos elmeorvosi értekezlet munkálatai.* (szerk.) DR. EPSTEIN LÁSZLÓ, Budapest, 1903, Pallas.

mely azt elfogadta. Ezek után a reformbizottság tárgyalta, melynek olyan neves tagjai voltak, mint Raisz Gedeon, Hőgyes Endre, Chyzer Kornél és Csatóry Lajos. Babarczy a tervezetet féltette attól, hogy különböző politikai okok miatt lekerül a törvényhozás napirendjéről. Két szempontból látta lényegesnek megszületését: egyrészt kevesellte a közegészségügyi törvény ilyen irányú szabályozását, mondván, hogy a pszichiátria az eltelt időszakban fejlődött annyira, hogy az 1876-os törvény néhány szakaszos rendelkezése szűkösnek és elégtelennek bizonyuljon, másrészt, véleménye szerint az eltelt időszak fejleményeit azért sem lehet pusztán rendeleti úton szabályozni, mert az elmebetegügy szabályozása kapcsolódik a személyi szabadság kérdésköréhez, ennek rendezése pedig törvényi szintre tartozik.

Az elkészült javaslat alapvetően az elmebetegek közigazgatási jogviszonyaival foglalkozott, nem szabályozta a magán- és a büntetőjogi kérdéseket.

A 102§-ból álló, terjedelmes tervezet 11 címre oszlott. Részletesen szabályozta az elmebetegügy olyan kérdéseit, melyeket a közegészségügyről szóló törvény nem is említett, s melyek eddig részben rendeletekben, részben a tébolydai szabályzatokban kaptak helyet.

A tervezet az elmebetegügyet állami feladatként jelölte meg (1§), melynek alapvető indoka az volt, hogy csak az állam rendelkezik az ellenőrzés és végrehajtás megfelelő anyagi és szervezeti eszközeivel, és egyedül az állam képes összefogni az elmebetegügy részét képező valamennyi részfeladatot. Babarczy kijelentette, hogy az elmebetegség tartalmának nincs jelentősége a tervezet szempontjából, jóllehet „Az elmebetegség fogalmának törvényi meghatározása kétségtelenül egyöntetűséget hozna az elmebetegség megállapításába. [...] A némely törvényekben előforduló meghatározások azonban – mint láttuk – nélkülözik a kellő szabatosságot és mivel a pszichiátriának sem sikerült eddigelé az elmebetegség fogalmát a jogtudomány szempontjából szabatosan meghatározni, azt a törvényben mellőzni ajánlatos.”¹⁰⁵⁴ ¹⁰⁵⁵

¹⁰⁵⁴ BABARCZI-SCHWARTZER, 1910, 11.

¹⁰⁵⁵ A tervezetben az elmebetegek elhelyezésére vonatkozóan megtartja a régi rendszert, azaz a közveszélyes beteget rendeli intézeti ápolásra, míg a nem veszélyes családi vagy községi elhelyezésbe. Annak ellenére, hogy külföldi példák alapján céllá válhatna az elmebetegek minél nagyobb számú intézeti elhelyezése, Babarczy, szembesülve a hazai lehetőségekkel ilyen arányt nem lát megvalósíthatónak, ugyanakkor említi, hogy a statisztikák szerint az összes elmebeteg mintegy $\frac{1}{3}$ -ánál szükséges (lenne) az intézeti elhelyezés. Ez azonban – tekintettel a hazai elmebetegek számára – teljességgel lehetetlen volt. Ugyanakkor fölhívta a figyelmet arra az elmeorvosi nézetre, mely szerint a közveszélyesség megállapítása meglehetősen nehéz, mi több, lényegében minden elmebeteg többé-kevésbé veszélyes önmagára és a környezetére.

A betegek elhelyezésére szolgáló valamennyi helyiség, ha nem az azt fenntartó családjához tartozó beteget ápolnak, elmeorvóintézetnek tekintendő. (5§) Ez azt jelenti, hogy megszűnik a (jogi) különbség a korábban megállapított számtalan kategória között. A tervezet ugyanis felsorolja, hogy mi mindennel kell rendelkeznie egy elmeorvóintézetnek. Az eddig rendeleti szinten szabályozott követelmények ezzel törvényi szintre kerültek volna. Nagy hangsúlyt kapott volna a nemek és betegségek szerinti elkülönítés. A tárgyi feltételek meghatározása mellett az elmeorvóintézetek személyi feltételeit is részletesen szabályozta a tervezet. Mint a fentiekből kiderült, az ápoló-kérdés állandóan fölmerült a szakmai fórumokon. Ennek oka nem csak az ápolók képzettségének hiánya és az ebből fakadó visszasságok, hanem a szinte állandósult ápoló-hiány is volt. A tervezet tehát, azzal, hogy törvényi szinten kívánta szabályozni az ápoló-beteg arányt, elejét kívánta venni a minisztérium és az egyes intézetek közötti állandó vitának, ily módon az intézetek bizonyos értelemben kiszolgáltatottságának is. Az ápolók száma a tervezet szerint minden tíz beteg után lett volna egy. Ugyanígy a betegszámhoz kívánta meghatározni az orvosok számát, mely minden száz beteg után egy orvos lett volna. Ezen túl rendelkezett arról, hogy az ápolók, és legalább egy orvos az intézetben lakjon. (23-24§) A felvétel két lépcsőben történt volna, csak éppen az első szakaszban, a megfigyelési idő alatt a beteg befogadásáról volt szó, amit a bírósági döntés nyomán született felvétel követhetett. A befogadást kezdeményezhette a hatóság, vagy a hozzátartozó is, de a felvételtől csak a királyi járásbíróság dönthetett. A felvétel szakaszainak ilyen megkülönböztetése élesebb határvonalat húzott volna az elmeorvóintézetbe bekerülés szakaszai közé. A tervezet szerint a felvételhez szükséges orvosi igazolás belföldiek esetében nyolc, külföldiek esetében 24 napnál nem lehetett régebbi. Ez a megol-

dás vitatható. Maga a szerző is elismerte ugyanis, hogy a rövid határidő megszabásának indoka, hogy az elmebetegségek esetében viszonylag rövid idő alatt jelentős változás állhat be a beteg állapotában. Erre tekintettel született meg a belföldiekre vonatkozó nyolc napos határidő, melyet – tekintettel arra, hogy a külföldiek az ilyen igazolásokat valószínűleg nem tudják benyújtani – hosszabbítottak meg. Ez azonban a szakmai körök véleményével szemben képvisel olyan eljárási megoldást, melynek nem kívánt hatásai is lehettek volna. Az elmeügyintézetből való elbocsátás szigorúságát lényegében egyetlen tényezőtől tette függővé a tervezet. Nevezetesen, veszélyes-e az elmebeteg, vagy sem. Mint az kiderült, a korábbi időszakban is időről-időre visszatérő szenzációnak számított egy-egy veszélyes elmebeteg szökése, nem átgondolt elbocsátása, vagy föl nem vétele az intézetekbe. Babarcsi az elbocsátás szerinte megoldatlan kérdését az elbocsátás szigorításával vélte megoldani, ugyanakkor fenntartotta az a garanciális megoldást, mely a felgyógyult elmebetegek azonnali elbocsátását írta elő.(43§) A nem veszélyes betegek esetében az elbocsátást a hozzátartozó kívánságára rendelte. Ezek mellett bekerült a tervezetbe, hogy amely elmebeteg esetében a bíróság rendelte el a fölvételt, bíróságnak kell az elbocsátást is elrendelnie. Nem veszélyes elmebetegét törvényes képviselőjének, ennek megbízottjának, vagy ezek híján annak kell kiadni, aki a befogadást kérte. Végül, ha a nem veszélyes beteg elbocsátásáról az igazgató nem határozhat, a beteget ideiglenesen, meghatározott időtartamra házi ápolásba adhatja, s ekkor, ha ez az időtartam anélkül telik el, hogy sem a hatóság, sem a hozzátartozók nem kérik a visszafogadást, akkor a beteget véglegesen elbocsátottnak kell tekinteni.(51§)

A veszélyes elmebetegekkel kapcsolatos szabályozás-tervezet sokkal szigorúbb, mint az akkori rendelkezések. Már a betegek másik intézetbe való átszállításához is szükséges a fogadó intézet igazolása arról, hogy a biztonságos átszállítást igazolják. Babarcsi nem tartotta helyesnek a BM 1892/125.000 és a BM 1902/35.000 rendeletek megoldását, melyek lehetővé tette a veszélyes betegek hazaszállítását abban az esetben, ha a hozzátartozó igazolja, hogy otthon a beteg kellő orvosi ellátásban részesül, mert mint mondja: „Nem helyes ennek a megengedése nemcsak azért, mert az intézeti elhelyezésre nézve irányadó fentebb felállított alapelvvel ellenkezik, hanem különösen azért, mert ilyent hitelesen igazolni alig lehet és e mellett a társadalom biztonsága sincs megóva, a házi ápolás, ahol a begyakorlott ápolói személyzet, az állandó orvosi felügyelet rendszerint, de különösen az intézeti rend és fegyelem mindig hiányzik, ilyen biztosítókat nem nyújthat.” – (BABARCSI, 1910, 56.) Tehát ez a rendelkezés azzal az elvvel ellenkezik, hogy a veszélyes elmebetegeknek elmeügyintézetben a helyük. Ismerve a hazai viszonyokat, a tervezet kidolgozójának aggályai jogosak. A házi ápolás keretei valóban nem nyújthatnak megnyugtató megoldást akkor, amikor még a nagy, állami gyógyintézetek ápolókérdését sem sikerült rendezni. Természetesen nem zárható ki az a lehetőség, hogy tehetősebb családok képesek megbízható szakmai színvonalat képviselő ápolásról gondoskodni, de általánosságban nem lehet bízni ennek eshetőségében.

A szökött beteggel kapcsolatos eljárásban is jelentkezik ez a kettősség. A veszélytelen szökevényekkel kapcsolatosan kifejezetten engedékeny a tervezet. Ha a veszélytelen beteg ismert helyen tartózkodik, és a visszaszállítását nem kívánja sem a hatóság, sem a hozzátartozó, akkor annak nincs is helye. A megoldás igen hasonló tehát a házi ápolásba küldött betegekkel kapcsolatos eljáráshoz. Minden szökésről kell azonban a rendőrséget értesíteni, azzal, hogy a szökött beteg veszélyes-e, vagy sem. A hatóság visszaszállítási joga hat hónap múltán szűnik meg. Ez után tehát új eljárásnak van helye, s mivel a tervezet minden esetre előírja a jogvesztést, a veszélyes elmebeteg esetében is új eljárásnak lett volna helye. Veszélyes betegeket az igazgató szükség esetén tehát a rendőrséggel szállíthatja vissza. Ugyanakkor nem tartalmaz rendelkezéseket arra, hogy mi történjék akkor, ha a hatóság visszaszállítási joga megszűnt, de veszélyes elmebetegről van szó. A gyakorlatban persze a halaszthatatlan esetekre nézve már működő eljárás alakult ki, de ez a megoldás magában hordozta azt, hogy ekkor a teljesen előlről megindított eljárást kellett volna ismét végigjárni.

A meggyógyult és a szökött betegek mellett a szerző szólt azokról is, akik még nem gyógyultak ugyan meg, de gyógyulásukhoz a kezelés alapján szükség van a szabadságra. Mivel az elmebetegek egészséges életbe való visszavezetése az elmeügyászati alapvető célja, vita bontakozott ki arról, hogy van-e, és ha igen, mennyire az elmebetegek szabadságolására. Babarcsi kijelenti, hogy a noha szükség lenne a szabadságolásra, de ennek pontos meghatározását nem lehet törvényi szinten rendezni, mivel az egyedi esetek sokfélesége nem teszi azt lehetővé. Megoldásként javasolta tehát, hogy az igazgató szakvéleménye döntsön arról, hogy az adott beteg bocsátható-e, és mennyi időre, szabadságra.

Különösen fontosnak tartja a felügyelet kérdését, mivel nézete szerint az országban nincs igazán megoldva sem a helyes felügyelet, sem az intézeteken kívüli ápolás sem. Az elmeügyintézetek túlszűfolttsága megakadályozza ezek normális működését, ugyanakkor ezen állapot megszüntetésére – véleménye szerint – nincs igazán lehetőség, mivel a kiegészítő megoldásként kínált és kidolgozott községi, illetve házi ápolás nem képes betölteni feladatát. A jól működő felügyeleti rendszer lenne a záloga annak, hogy azok, és akkor kerüljenek be az elmeügyintézetbe, akik arra tényleg rászorulnak. A felügyeletet községi szinten első fokon továbbra is a községi- és körorvost terhelné, amit kiegészítene a főszolgabíró és a járási orvos felügyeleti joga. Másodfokú hatóságként az alispán a vármegyei tisztii főorvossal, harmadfokként a törvényhatóság közigazgatási bizottsága. A közigazgatási bizottságon belül lennének megalakítandók az elmebetegügyi bizottságok, melynek tagja lenne a közigazgatási bizottság elnöke, a tisztii főorvos és egy tag a bizottság választott tagjai közül. Rendezett tanácsú városokban elsőfokú hatóság a polgármester a tisztii orvossal, másodfokú az alispán a tisztii főorvossal, harmadfokú a városi közigazgatási bizottság. Törvényhatósági joggal bíró városban elsőfokú hatóság a főkapitány, másodfokú a polgármester a városi tisztii orvossal, harmadfokú a városi közigazgatási bizottság. Az első- és másodfokú hatóság feladatkörébe elsősorban az intézeteken kívüli elmebetegek felügyelete, míg a harmadfokúaké az intézeteken kívülieké, és az intézetek főfelügyelete. Legfelsőbb felügyeleti szervként, a tervezet természetesen megtartja a minisztérium felügyeleti jogkörét, azzal, hogy tanácsadó szervként az Országos Közegészségügyi Tanácsot állítja mellé, melyen belül megalakítandó az elmebetegügyi bizottság. (56-59§)

Az elmebetegek bejelentése, és az esetleges intézkedések megtételére az elsőfokú hatóság köteles. Az elmebetegség bejelentésére egyébként első sorban az köteles, aki családjában a betegről gondoskodni köteles. Azonban ha az erre kötelezett ezt nem tenné meg, akkor az elsőfokú hatóság teszi meg a szükséges intézkedéseket, melyek lényegében az esetleges intézeti beszállításra kellőképpen lehetnek. (a szükséges vizsgálat elvégzése, a beszállítás kezdeményezése a hatóságnál, stb.) A tervezet tehát gondot fordít tehát arra, hogy a környezet, és a beteg is biztonságban legyen. A bejelentési kötelezettség esetleges elmulasztása nem eredményezheti tehát azt, hogy a beteg rossz helyzetbe kerülne, mert a közközltségen való beszállítás esetén például a családtag választhatja meg, hogy melyik intézménybe kerüljön a beteg.

13.2. Pándy Kálmán tervezete¹⁰⁵⁶

Babarczy átfogó reformterve mellett megemlítendő Pándy Kálmán, alapvetően két problémakörrel foglalkozó tervezete. Egyrészt az elmebetegügy központi igazgatását kívánta újabb szervekkel megerősíteni. Elképzelésében a szakmai csúcsszerv egy új szerv, az Országos Elmeorvosi Tanács lenne. Fölállításának indokául említette, hogy az elmebetegügy igazgatását a legkiválóbb szakemberekre kell bízni, és ez véleménye szerint az akkori rendszerben nem teljesült. Elképzelése szerint a tanácsnak két, – külföldi példák nyomán – tízéves gyakorlattal bíró elmeorvos tagja lenne. A tanács tagja lenne az Igazságügyi és a Vallás- és Közoktatásügyi Minisztérium egy-egy képviselője is, mellettük – póttagként egy fővárosi és egy vidéki szegény elmebeteg-gyógyintézeti igazgató. Ez a tanács végezné tehát az elmeüggyel kapcsolatos összes munkát, az újabb tébolydák építését megelőző „igényfelméréstől” az elmeegógyintézeti orvosok kinevezéséig. A tanácsnak széles körű ellenőrzési jogköre lenne, mely az egyes intézmények látogatását is magába foglalja. A legújabb szakmai eredmények átvételét pedig azon szabály betartása garantálná, mely a tanács tagjainak háromévenkénti külföldi tanulmányútját írja elő. Az intézetek helyzete is más lenne az elképzelés szerint. Nem az egyes városok és vármegyék, hanem a városokból és vármegyékből összeállított kerületek lennének az elmeegógyintézetek fenntartói. Pándy az elmebetegügy egyik legnagyobb gondját jelentő állandó zsúfoltság megoldását az elmebetegek helyben, saját kerületükben történő ellátásában látta. Mivel a főváros, mint elmeegógyintézeti központ az országban élő elmebetegek közel kétharmadát látta el, nem csoda, hogy állandó volt a zsúfoltság a budapesti elmeegógyintézetekben. Ugyanakkor a főváros tehermentesítésével egyidejűleg az államot is tehermentesíteni kellene, mégpedig úgy, hogy a betegekről az adott város gondoskodjon.¹⁰⁵⁷ A tervezet tehát a korszak elején fölállított, és az elmeorvosok többsége által képviselt elvvel, – az elmebetegügy egészének állami feladatként való megjelölésével – szemben az elmebetegügyet inkább kivonni kívánta az állami feladatok közül.

14. Összefoglalás

Az elsőfokú felügyeleti hatóság szakközegével negyedévente, a másodfokú hatóság évente vizsgálja meg területén az elmebetegeket. A vizsgálatoknak előre be nem jelentettnek kell lenniük. Ezen kívül lehetőség lett volna további, rendkívüli vizsgálatok végzésére, melyet hatóság kérelemre, vagy hivatalból folytathat le.

A tervezet igen részletes felügyeletről szóló rendelkezését Babarczy a hatályos szabályozás kidolgozatlanságával indokolja. Véleménye szerint a felügyeletet ugyan a törvények kötelezővé teszik, de ez csak általános rendelkezés, s „Ennek következménye az, hogy a gyakorlatban jóformán semmi hatósági felügyelet sincsen.” – (Babarczy, 1910, 71.) Rendeleti szinten ugyan történtek intézkedések (lásd az ápolói tevékenység ellenőrzését), de a kérdés törvényi szabályozása sokkal inkább megfelelő megoldás lehetett volna.

¹⁰⁵⁶ PÁNDY KÁLMÁN: *Gondoskodás az elmebetegekről más államokban és nálunk*. Gyula, 1905, Vértesi Arnold „Corvina” Könyvnyomdája.

¹⁰⁵⁷ „Kívánatos, hogy valamennyi culturállam példájára a székesfőváros is maga gondoskodjék elmebetegeiről s ezeknek polgárait joggal megilletőleg ép úgy mintaintézeteket emeljen, mint amilyen elsőrangú kórházai más betegek részére vannak. – Azon kénytelenségből felállított tétellel, hogy az elmebetegéről az állam gondoskodik, épenilyen kénytelenségből szakítani kell.” – PÁNDY, 1905, 444.

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 háttérben találjuk az elmekórtan robbanásszerű fejlődését. Az elmebetegek és betegségek megfigyelése mellett elsőként meg kellett küzdeni a beteghelyezés szánalmas és méltatlan körülményeinek megváltoztatásáért. Az elmebetegügy 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 magántérbolydái után, nem kis részben éppen a magántérbolydában tevékenykedő szakemberek hatására 1868-ra készült el az Országos Térbolyda, 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 Schwartz Ottó nevével fémjelzett tervzet 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 elmeegógyintézetekben. 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 térbolydák, elmeegógyintézetek túlzásfoltossága. Ez a jelenség több okra vezethető vissza. Nem kétséges, hogy ekkor a térbolydába bekerülni kívánczók, illetve azok száma, akiket itt kívántak elhelyezni, megsokszorozódott. A helyzetet valamelyest javított az újabb térbolydák fölépítése, az ország más részein. Azonban a finanszírozás akkori rendszeréből fakadt, hogy szinte „kódolva” volt a térbolydák ismételt túltelítődése. Az állami fönntartású elmeegógyintézetbe fölvetett fizetésképtelen elmebeteg utáni ápolási költségeket ugyanis az állam viselte. Ennek az volt a következménye, hogy a községek szabadulni akarván elmebetegeiktől, igyekeztek országos térbolydába 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 működőképpé. 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.

VI. A tüdővész elleni védekezés megszervezése (1898-1914)

1. A nyugati megoldások

1.1. A kezdetek

A tüdővész korántsem volt ismeretlen betegség a XIX. század második felében. 1865-ben tudományos bizonyítást nyert, amit addig is lehetett sejteni: a tüdővész fertőző.¹⁰⁵⁸ Mivel azonban nem volt kellően „látványos”, azaz pusztítása nem volt a kolerához, vagy a himlőéhez fogható, melyek jóval rövidebb lefolyású és gyorsan terjedő betegségek voltak, a közegészségügyi igazgatás érdeklődése csak a század végén, Korányi Frigyes tekintélyének hatására fordult irányába. A tbc elleni küzdelem ekkorra már kézzelfogható eredményeket hozott olyan országokban, ahol a szervezett védekezés korábban megindult.¹⁰⁵⁹ ¹⁰⁶⁰ Poroszországban már 1884-ben rendelkezés született a fogházakban és a börtönökben végrehajtandó elkülönítésről, 1889-ben a félig folyadékkal töltött köpödények alkalmazásáról, valamint a tbc-sek leszereléséről. Már 1887-ben előírták a tbc-s betegekkel kapcsolatba került tárgyak kötelező fertőtlenítését. Ennek mintájára egyes osztrák tartományok és városok is adtak ki hasonló szabályrendeletet. (Morvaország 1891-ben, Roznaura, Meran 1890-ban, Gleichenberg 1891-ben)¹⁰⁶¹

1.2. Az első európai gyógyintézetek

Az első európai tüdőgyógyintézetnek az 1814-ben létrejött angol tüdőkórház tekinthetjük, s azt, hogy ekkor is volt tapasztalatcsere, bizonyítja, hogy a londoni tüdőbeteg-kórház egy orvosának a betegségről 1834-ben írt könyve két évvel később magyar fordításban is megjelent.¹⁰⁶² Az angliai kórház születése európai mércével is igen korai volt, de a század második felétől már több nyugat-európai állam is elkezdett foglalkozni a kérdéssel.¹⁰⁶³ Végül elsőként a két valóban karitatív jellegű, szorosan

¹⁰⁵⁸ DR. FRIEDRICH VILMOS: *Tuberkulózis és az ellene való védekezés*. Budapest, 1916, Népszava. 2. Villemin kísérlettel igazolta, hogy elő lehet idézni tüdő-tbc-t oltással – ld. még: S.A. KNOPF: *Küzdelem a tuberculosissal ellen*. Budapest, 1904, Mai.

¹⁰⁵⁹ A legelső tbc-elleni intézkedésnek egy 1712-es szicíliai rendeletet tekinthetünk, mely igen szigorúan előírta az orvos jelentési kötelezettségét, (ennek első elmulasztása 300 arany bírságot, másodszeri 10 év száműzetést jelenthetett), valamint elkülönítési és fertőtlenítési rendelkezéseket tartalmazott, melynek keretében a vagyontalan beteget kórházba kellett szállítani, a ruhaneműt, a bútort, az ajtót és az ablakokat elégetni, a szobát pedig ki kellett meszelni. – DR. MASZÁK ELEMÉR: *A tüdővész terjedésének korlátozását célzó hatósági intézkedések*. Egészség, 1898. 210- 220.

¹⁰⁶⁰ S.A. Knopf lényegében ugyanilyen tartalmú 1872. nov. 20-án kelt nápolyi rendeletről számol be, ez előírta a tbc-s halálos eset után füstöléssel, ecettel, borszesszel vagy citromlével végrehajtott fertőtlenítést, melynek nem teljesítését gályarabsággal vagy várfogsággal szankcionálta. ld. KNOPF, 1904, 8.

¹⁰⁶¹ A kisebb német államok, mint például Mecklenburg-Schwerin, Szász-Koburg-Gotha, Hamburg, Lübeck követve a porosz példát adtak ki hasonló rendeleteket. Ami pedig Ausztriát illeti, itt lényegében minden olyan rendelkezést megtalálunk, melyet Poroszországban. – MASZÁK, 1898, 212.

¹⁰⁶² *A' tüdővész gyógyítható* vagy azon folyamatnak kifejtőzése melyet a' természetnek és művészetnek kell választani ezen nyavalyának meggyógyítására, egy új és egyszerű gyógymódnak ajánlása mellett D. Ramadge Hopkins Ferencztől F.L.S. a' Londoni tüdőorvosok kórháza első orvosától, angolból fordított Dr. Hohnbaum Károly által, Pest, 1836., igaz ugyan, hogy Francis Ramadge Hopkins doktor még úgy gondolta, hogy a tüdővész nem fertőző betegség: „Jóllehet meg vagyok abban győződve, hogy a' tüdővész nem ragályos, mégis rosszul értetődne, ha azt gondolnák, hogy én az egésségeknek a' tüdőorvosoktól való elválasztását ellenzeni akarnám, ellenkezőleg jóvaslok mind a' szenvedők személyes kellemetességök mind az isméthelyreállítások előmozdítása végett, ezen tekintetben minden lehetséges fölfigyázatot, a' mit az ész és embertársunk eránti szeretet csak belénk önthetnek.” 10.

¹⁰⁶³ OKOLICSÁNYI-KÜTHY DEZSŐ: *A magyar tuberkulózis elleni küzdelem első évtizede*. Budapest, 1934, Wesselényi ny. 3.

vett tüdőgyógyintézet egy évben nyílt meg Oroszországban és Németországban 1892-ben.¹⁰⁶⁴ A magyarországi tbc-ellenes védekezés módszerei tehát nagymértékben támaszkodhattak a külföldi, alapvetően nyugat-európai példákra.

A nyugati megoldások közül a német és a belga-francia gyakorolt meghatározó hatást a magyar fejlődésre. Látványosabb társadalmi mozgalmat indított a német példa, ugyanakkor a tüdővész elleni küzdelemben a belga-francia megoldás bizonyos értelemben hatásosabb, s ezért megkerülhetetlen szerepet játszott.

1.2.1. Németország

A szanatórium-mozgalom, mely a legfeltűnőbb eredményeket produkálta, német hatásra jelent meg Magyarországon. A XIX. század végére Németországban már jelentős szanatórium-hálózat jött létre, melynek meghatározó alakjává Dettweiler és Leyden professzorok váltak, akik közül az előbbi 1892-ben magánszanatóriuma mellett megnyitotta az ország első, 28 ágyas népszanatóriumát. Dettweiler kezdeményezése ellenére a döntő fordulatot, a „Hansa városok rokkantsági és aggsági munkásbiztosító-intézetének” nagyobb anyagi támogatása jelentette, 1895-ben. A biztosító igazgatója fölsímelte ugyanis, hogy pénzügyi szempontból sokkal kedvezőbb a pénztárnak, ha a szanatóriumok megépítését támogatja elsősorban tetemesnek látszó összegekkel, mintha a betegeknek járó támogatást fizeti. A Hansa-városok intézetének akciója nyomán mintegy nyolc év alatt 33 millió márkát fordítottak szanatórium-építésre, 35 milliót ezek üzemben tartására, és 178 millió márkát kölcsönöztek alacsony kamat mellett községeknek szanatórium-építési célra. A kezdeményezés pénzügyi várakozásait igazolta az a tény, hogy a kezelték 30%-a a szanatóriumból való távozás után nem szorult támogatásra. A kezdeményezés élénk társadalmi visszhangját jelzi, hogy 1895-től egyre-másra alakultak a német tüdővész ellenes és szanatórium-egyesületek¹⁰⁶⁵, melyek szintén jelentékeny összegekkel járultak hozzá a szanatórium-építési és az egyéb védekezési formák¹⁰⁶⁶ költségeihez.¹⁰⁶⁷

1.2.2. Franciaország

Franciaországban a védekezés hasonló formái mellett¹⁰⁶⁸ egy, a későbbiekben Magyarországon is meghonosodott intézmény fejlődött ki. A lényegében tüdőgondozónak tekinthető intézmény megteremtése Calmette, lyoni orvos nevéhez köthető. A korszakban dispensaire-nek nevezett intézmény a szanatórium-hiánnyal küzdő országok nagy reményévé vált.

¹⁰⁶⁴ DR. GRÓSZ MENYHÉRT: *A tuberculosis elleni küzdelem módjai*. Nagyvárad, 1906, Sonnenfeld. 32.

¹⁰⁶⁵ Csak a legnagyobbak: „*Volkshelstättte vom Roten Kreuz*” – 1895, „*Berlin-Brandenburgi sanatorium egyesület*” – 1895 és a mozgalom zászlóshajója, a „*Deutsches Central-Comite für Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke*” – ld. DR. GRÓSZ MENYHÉRT, 1906.

¹⁰⁶⁶ Pl. az ú.n. erdei üdülőtelepek létrehozásához: ld. OKOLICSÁNYI-KUTHY DEZSŐ: *Erdei üdülőtelepek a gümőkór elleni küzdelemben*. Különlenyomat a Társadalmi Múzeum Értesítőjéből. É.n.

¹⁰⁶⁷ Az 1905-ben a „*Deutsches Central-Comite für Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke*”-ből alakult „*Deutsches Central-Comite zur Bekämpfung der Tuberkulose*” pl. 1.364.700 márkával támogatta a szanatórium-építést. Ld. u.o.

¹⁰⁶⁸ Franciaországban 1890-ben nyílt meg Nizza mellett az első szanatórium, *Sanatorium israelité de Cimiez* – néven, mely még meglehetősen kicsi, mindössze 20 ágyas intézmény volt. Az első nagyobb (110 ágyas) szanatórium nem sokkal a magyarországi előtt, 1900-ban nyílt meg Hauteville-ben.

Az 1901-ben Lille-ben megnyílt dispensaire egyemeletes, hat szobás épület volt, melyben minden nap 10-11 óra között két orvos rendelt, és az eredeti elképzelések szerint a tbc-s betegek kiszűrése, a járóbeteg-kezelés és a betegek kioktatása betegségük fertőző természetéről volt az elsődleges feladata. Calmette eredeti tervei szerint minden városban, esetleg kerületenként kellett volna létesíteni dispensaire-t, melynek munkatársai a gyárak vezetőivel együttműködve jutottak volna el a tüdőbeteg munkásokhoz. A francia modellben a szanatóriumok és a dispensaire-ek mellett fokozottabb szerepet kaptak az olyan társadalmi felvilágosító munkát végző szervezetek, mint például az 1891-ben alakult *Ligue française contre la tuberculose*, melynek tagjai a személyes felvilágosító munkán kívül felolvasásokat, előadásokat és kurzusokat szerveztek.

A tuberkulózis elleni küzdelem a XIX. század legvégére életre hívta nemzetközi szervezetét is: 1899-ben, Berlinben a nemzetközi kongresszus nyomán megalakult az *Internationales Central-Bureau* berlini székhellyel, majd az 1905-ös párizsi kongresszus létrehozta az *Internationale Vereinigung gegen die Tuberkulose* szervezetét.

Mire a szakemberek a magyarországi védekezés lehetőségeit fontolgatták, külföldön létezett már kialakult intézményi rendszere a tbc-ellenes harcnak: működött a szanatórium-rendszer, ekkor alakították ki a kórházak tüdőbeteg-osztályait, és nem sokkal később létrehozták a dispensaire-rendszert is.

2. A tüdővész elleni védekezés kezdete Magyarországon

2.1. Az első lépések

A tuberkulózis elleni hatékonyabb fellépés a XIX. század végére időszerűvé vált tehát, mivel a tbc, mint halálok toronymagasan vezetett, és úgy látszott, nincs mi megállíthatná a betegség terjedését. A tbc-halálozások száma több elemző szerint magasabb volt, mint az összes fertőző betegségé együttvéve, és Magyarország az európai tbc-statisztikákban is igen rosszul szerepelt: „*Reibmayr már az 1894. budapesti higiéniai kongresszuson hangoztatta, hogy Magyarország azoknak az európai államoknak a sorában szerepel, a hol a tuberkulózis leginkább dühöng. Mert míg Angliában, Portugalban, Görög- és Olaszországban, Belgiumban, Hollandiában, Dániában és Németország egy-egy részében csak 1-2,5 ezrelék a gümőkóros halálozás, míg Svájcban Francia- és Spanyolországban, Skandináviában és Németország másik részében is csak 2,5-3,5 ezrelék addig Magyarországon, Ausztriában, Szerbiában, Romániában, Törökországban és Oroszország területén 3,5-5 ezrelék.*” – jegyezte meg Kuthy 1899-ben.¹⁰⁶⁹

Az első magyarországi hatósági intézkedés 1891-ben a Koch-féle tuberkulin oltással¹⁰⁷⁰ kapcsolatban keletkezett.¹⁰⁷¹ Ez az oltás a gyakorlatban számtalan veszélyt hordozott, a rendelet ezért pontosan

¹⁰⁶⁹ KUTHY DEZSŐ: *Tüdőbeteg-szanatóriumokról*. (előadta az Orsz. Közegészségügyi Egyesületnek 1899. évi november 22-ikén tartott felolvasó ülésén), 18.

¹⁰⁷⁰ Az oltás 1890-ben jelent meg. Berlinben kezdték alkalmazni elsőként, mely ezért néhány évre valósággal a tbc-sek által megszállt várossá változott. A fertőzésveszély miatt a berlini rendőrfőnök utasítást adott ki, mely szerint minden nyilvános helyiségben kötelező a fertőtlenítés a tbc-sek után, ugyanígy minden halálozás után is.

előírta, hogyan is kell használni, valamint, hogy „*Köteles minden gyakorló orvos a dr. Koch-féle folyadék alkalmazása közben előfordult haláleseteket a hatóságnak haladéktalanul bejelenteni.*”

1893-ban a Belügyminisztérium megbízásából Osváth Albert rendőrorvos népszerű ismertetést írt a betegségről „*Hogyan óvakodjunk a tüdővérsztől?*” címmel. Ezt a munkát a minisztérium körrendelettel küldte szét a törvényhatóságoknak, a vasúti egészségügy terén pedig a kereskedelemügyi miniszter a belügyminiszter megkeresésére elrendelte, hogy a fürdőévad alatt Budapesttől Geichenbergig közlekedő vonatokhoz közvetlen vagonokat kapcsoljanak az elkülönítésre. Szeben vármegye alispánja a tbc terjedésének meggátlására azt ajánlotta az oktatási intézmények vezetőinek, hogy lehetőség szerint nedves söprűvel végezzék a tantermek tisztítását, hogy a por ne szálljon föl, minden tanteremben helyezzenek el köpödényt, valamint, hogy a köhögő tanulókat figyeljék a tanítók.¹⁰⁷²

2.2. A tbc-elleni intézkedések kidolgozása

1894-ben Budapesten járt a neves német orvos, Ernst Leyden, aki szeptember 7-én a Nemzeti Múzeumban nagy hatású előadást tartott a németországi eredményekről.¹⁰⁷³ Kitért arra, hogy hazájában már kiépült a szanatórium-rendszer, (50 szanatórium 5000 férőhellyel), s 1888-óta működnek a tüdővész-ellenes egyesületek is. Az előadáshoz Korányi Frigyes szólt hozzá, állítva, hogy már itthon is sikerült az illetékesek figyelmét fölkeltenie a probléma iránt.¹⁰⁷⁴ Leyden professzor látogatása, Korányi fölszólalása lendítette igazán előre az ügyet, annak ellenére, hogy korábban már voltak a témával foglalkozó előadások, illetve jelentek meg cikkek.¹⁰⁷⁵ ¹⁰⁷⁶ Korányi 1896 áprilisában a Pester Lloyd hasábjain, majd május 8-án a főrendiházban szállt síkra a tüdővérszesekért.¹⁰⁷⁷ A neves orvos fölszólalása után a kormányzat fölhívta az Országos Közegészségi Tanácsot, hogy az országos védekezés alapelveit dolgozza ki. Lényegében ezzel indult meg a tbc elleni összehangolt védekezés, ami eddig történt, tulajdonképpen nem volt több ötletszerű és szórványos akciónál. A Tanács munkája, alapját képezve a Belügyminisztérium tervének, a következő évre készült el. Ezzel együtt a minisztérium fölkérte a társmisztériumokat is, hogy saját területükre vonatkozóan dolgozzák ki a tbc-ellenes védekezés alapvonalait.¹⁰⁷⁸

2.3. A „tbc-rendelet” (1898)

¹⁰⁷¹ BM 1891/94.486, Megjegyzendő, hogy az ú.n. tuberkulin-oltás nem váltotta be a hozzá fűzött reményeket. A kísérletekről ld.: UJFALUSSY LAJOS: *A Koch-féle szerrel tett kísérletek eredményéről a debreczeni közkórházban.* OH, 1891. (11. szám) márc. 15. 126-128. (12. szám), 140-142.

¹⁰⁷² DR. MASZÁK ELEMÉR, 1898, 210- 220.

¹⁰⁷³ TAUSZK FERENC: *A gümőkór-ellenes mozgalom története Magyarországon 1908-ig.* Budapest, é.n.

¹⁰⁷⁴ KOVÁTS FERENC: *A gümőkór elleni küzdelem Magyarországon.* Communicationes ex bibliotheca historiae medicae hungarica 27, 1963, 37-55, 39.

¹⁰⁷⁵ Okolicsányi-Kuthy maga is megemlíti pl., hogy ebben az évben tartott már előadást „Házasság és tuberkulózis” címmel - OKOLICSÁNYI-KUTHY, 1934, 4.

¹⁰⁷⁶ SZÉKELY ÁGOSTON: *Gyógyintézetek szegény tüdővérszesek számára.* OH, 1893.

¹⁰⁷⁷ Korányi eme beszédében nagyon jó orvosi érzéssel mutatott rá arra, hogy a jövő nagy közegészségügyi feladata immár nem a kolera vagy a himlő elleni, hanem a tüdővész elleni küzdelem: „a legközelebbi századnak a signatúráját közegészségügyi tekintetben a tüdővész elleni küzdelem fogja képezni.” – FN, 1892-97, CI. országos ülés. 90-94. 93.

¹⁰⁷⁸ *A magyar királyi kormány tevékenysége a tuberkulózis ellen való védekezés terén 1898-1907.* Közzéteszi a m. királyi belügyi ministerium. Budapest, 1909, Állami ny.

A „gümőkóros tüdővész (*tuberculosis*) ellen való védekezés tárgyában”¹⁰⁷⁹ kiadott rendelet tekinthető a koncepciózus kormányzati intézkedések nyitányának, mely nagy vonalakban tartalmazta azokat a hangsúlyos pontokat, melyek a későbbiekben is vissza-visszatértek az intézkedésekben. Kiemelte a tbc-halálozások magas számát, (az összes halálozás mintegy 10%-ában jelölve meg) rámutatva arra, hogy ez a legveszélyesebb, mert szemben a többi járványos betegséggel, melyek csak bizonyos időszakokban jelennek meg, a tüdővész állandó halálozási ok.¹⁰⁸⁰ Kiemelte, hogy – mint az eddigi közegészségügyi tevékenység kapcsán mindig – nem csak a betegséggel, hanem a betegek és a környezet tudatlanságával is meg kell küzdeni.¹⁰⁸¹ Ami azonban a legfontosabb, rámutatott arra, hogy a tüdővész elleni küzdelem nem csak szűk értelemben vett orvosi feladat, azaz nem csak a beteg tüdőket kell meggyógyítani, hanem a siker érdekében meg kell változtatni az érintettek környezetét is. Fölhívta tehát a figyelmet a lakásviszonyok javításának szükségességére, mind a cselédlakás-helyzetre, mind a városi lakáshelyzet megoldására, de ezen kívül arra is, hogy szükséges a megfelelő számú park, kirándulóhely megléte is a lakókörnyezetben. Kiemelte, hogy az általános tisztaság mellett a tbc-ellenes küzdelemben figyelemmel kell lenni az alkoholizmus és a tbc kapcsolatára¹⁰⁸², arra, hogy a tbc-s betegeket bizonyos tevékenységtől, (pl. tehénfejéstől) távol kell tartani, végül hogy a fertőzés legfontosabb útja, a köpködés szokása ellen is föl kell lépni: „[...] mindazon nyilvános helyiségekben, melyekben jelentékenyebb az ember-forgalom: mint szállodákban, vendéglőkben, kávéházakban, társas-körökben, kaszinókban, a közönség számára nyitva levő hivatalhelyiségeiben a kellő tisztaság [...] állandóan fenntartassék, és hogy mindezen helyiségekben a padlóra való köpdösés lehetőleg korlátoztassék” – írta elő, köpöedény beszerzésre szorítva a közzintézményeket.

1898-ban a minisztérium ismételten megtiltotta, hogy tbc-s betegek tehénistállóban munkát vállaljanak, illetve tartózkodjanak.¹⁰⁸³ A gyakorlat az ország egyes részeiben t.i. az volt, hogy a tbc-s betegek abban a hitben, hogy a tehenek kigőzölgései jótékony hatással vannak bajukra, szívesen időztek az istállóban, mi több, egyes helyeken az éjszakát is tehénistállóban töltötték. Így természetesen nagy volt a veszélye annak, hogy megfertőzzék a tejet és az ott dolgozó egészségeseket. Ugyancsak ebben az évben jelent meg az első „népszerű” füzet a tbc-ről, melyre külön rendelet hívta föl a törvényhatóságok figyelmét.¹⁰⁸⁴ A tüdővészről készült ismertető füzet, rendeltetése az volt, hogy az érdeklődők számára hozzáférhetővé és megismerhetővé váljanak a legfontosabb védekezési módszerek, illetve, hogy a különféle egészségügyi egyesületek előadásokat szervezzenek a tbc megismertetésé-

¹⁰⁷⁹ BM 1898. jan. 26. 49.851/1897

¹⁰⁸⁰ Korányi 1896-ban évi 70.000 főre tette a tbc-ben meghaltak számát, ami néhány év alatt jóval nagyobb veszteséget jelent, mint az 1872-73 kolerajárvány kb. 200.000 áldozatának száma

¹⁰⁸¹ „A tüdővész ellen való sikeres védekezésnek egyik főakadálya a köztudatban gyökeret vert azon föltevés, hogy ez a betegség gyógyíthatatlan, hogy ellenében minden küzdelem reménytelen s ezért fölösleges, ez a föltevés bizonyos fatalisztikus megnyugvásra és szerfölött káros közönyre vezetett.” – Korányi a későbbiekben többször, több fórumon is hangsúlyozta, hogy lehetséges a tbc gyógyítása: *A londoni tuberculosis-congressus és feladataink a tüdővész leküzdése körül Magyarországon*. Budapest, 1902, Pesti Lloyd ny. *A tüdővész elleni küzdelemről*. Budapest, 1909, Pesti Hírlap ny.

¹⁰⁸² Ld. *Elmebetegügy iszákosok menedékhelyei és védekezés a tüdővész ellen*. NIEDERMANN – CHYZER, 1897

¹⁰⁸³ BM 1898/76.453

¹⁰⁸⁴ BM 1898/61.213

re.¹⁰⁸⁵ Tájékoztató arról, hogy a tüdővész azokat fenyegeti jobban, kiknek családjában, közvetlen lakókörnyezetében található tbc-s beteg. Az ilyeneknek azt ajánlotta, hogy ügyeljenek a jó táplálkozásra, arra, hogy lehetőség szerint sokat tartózkodjanak friss levegőn, és válasszanak megfelelő foglalkozást maguknak. Megfelelő táplálkozás az ismertető füzet szerint bőségesen tartalmaz szalonnát, kenyeret, húst és túrót, jó foglalkozás pedig a földművelésen és a kertészségen kívül a mészárosok és a hentesek is. A kissé sajátos csoportosítású „rossz foglalkozás” oldalán egyébként érthetően olyan foglalkozások szerepelnek, mint a bányászat, a kőfaragás, a szabómesterség és a vasúti szolgálat. A tüdővészesek számára ajánlott életforma lényegében azonos volt a veszélyeztetetteknek ajánlottal, kiegészítve a köpködés veszélyeire való fölhívással.

2.3.1. Felvilágosítás

A „népszerű füzetet” a következő évben kiegészítette az „oktató tábla”, melyet forgalmasabb hivatali helyiségekben, illetve várótermekben függesztettek ki.¹⁰⁸⁶ Nyilvánvaló, hogy a népszerűsítő füzetben és az első tbc-rendeletben fölvázolt védekezési mód, az ajánlott életforma elméletileg hasznos védekezés, de a gyakorlatban átültethető nem volt, a pályaválasztáshoz és a táplálkozási szokások megváltoztatásához nyilvánvalóan kevés volt egy ilyen ajánlás. Nem csoda tehát, hogy az egy évvel későbbi rendelettel kiadott oktató-tábla már letisztultabban a tüdővész terjedéséért leginkább felelős tbc-s köpetekre összpontosít.¹⁰⁸⁷ Célja bevallottan az, „*hogy az ilyen köpöedények használatának czélszerűsége lassanként köztudattá, közszükségletté váljon, s mint közszokás megmaradjon és lehetőleg népszokássá válva általánosíttassék.*”

Az 1898-as belügyminiszteri rendeletet egészítette ki az elkülönítés követelményét a felügyelt intézményekben előíró igazságügyi miniszteri és honvédelmi miniszteri rendelet. Míg a honvédelmi miniszteri rendelet szűkszavúan a tüdővészesek elkülönítését írta elő¹⁰⁸⁸, az igazságügyi miniszteri rendelet már előírta az orvosi vizsgálatot a börtönökben, és csak ez után rendelt elkülönítést, illetve rendelkezett a köpöcsésze-beszerzésről.¹⁰⁸⁹ A királyi főügyészeknek szóló rendeletben a tartóztatott tbc-

¹⁰⁸⁵ *A tüdővéstől való óvakodásról.* – kiadta a m. kir. belügyministerium 1898. évben magyar, német, tót, orosz, román, szerb, horvát és olasz nyelven, Schmidl ny.

¹⁰⁸⁶ Az évről-évre kiadott tábla lényegében a földre-köpködés szokásának veszélyére hívta föl a figyelmet, ajánlva a köpöcsésze használatát, tájékoztatva ugyanakkor ennek helyes tisztításáról. ld. *Figyelmeztetés* – fali oktató hirdetemény, kiadta a posta- és táviráda vezérigazgatóság 1903-ban

¹⁰⁸⁷ BM 1899. márc. 30. 34.529.

„Figyelmeztetés

1. Az ember sok betegségnek veheti elejét, ha idejekorán megtudja, hogy mihez tartsa magát.
2. A tüdővész [...] sok embert tesz betegg és viszen a sírba.
3. Ezeknek az embereknek a köpésében van a betegség csírája.
4. Hogy ettől a betegségtől magunkat oltalmazzuk, saját jó példaadással szoktassuk rá köhögős vagy köpködő embertársunkat, hogy ne köpjön a lakás, a hivatal, a műhely s egyéb tartózkodó hely [...] padlójára vagy a padló nélkül való helyiségek földjére, hanem a köpöedénybe.
5. A köpöedény olyan legyen, hogy alaposan tisztogatni lehessen, különben veszedelmes volna.
6. Az is szükséges, hogy úgy magunkat, mint a ruházatunkat, élelmünket, lakásunkat s ennek környékét, úgyszintén minden helyet, a hol tartózkodunk, tisztán tartsunk, mert a tisztaság maga is sok bajtól, betegségtől megóvja az embert.”

¹⁰⁸⁸ HM 1898/12760

¹⁰⁸⁹ IM 1898/10.793

sek elkülönítésén túl előírta, hogy a tbc-seket olyan munkára kell beosztani, mely állapotukon nem ront.¹⁰⁹⁰

3. A szanatórium-rendszer létrejötte, működése és a párhuzamos megoldások

A tüdővészellenes intézkedések és mozgalom már a kezdetek kezdetén összekapcsolódott a szanatóriumok létrejöttéért szerveződő mozgalommal, olyannyira, hogy némiképp leegyszerűsítve azt is mondhatjuk, hogy a tbc-ellenes mozgalom erőteljesen a szanatórium-mozgalomban jelent meg, melyet aztán a kormányzat kellőképpen támogatott. Így röviddel a XIX-XX. század fordulója után létrejöhettek a szanatóriumok, valamint ezt kiegészítve a kórházi tüdőbeteg-osztályok.

A tbc-ről kiadott rendelettel párhuzamosan társadalmi mozgalom bontakozott ki az első hazai szanatórium felépítéséért. Jókai felhívást tett közzé¹⁰⁹¹, majd ezt követően nagy összegek érkeztek az építkezés költségeire¹⁰⁹², s az 1897-ben megalakult „Budapesti szegénysorsú tüdőbetegek szanatórium-egyesülete”¹⁰⁹³ öt éves gyűjtés után nekikezdhetett az építkezésnek.¹⁰⁹⁴

A fent már említett Erzsébet szanatórium mellett¹⁰⁹⁵, sorra jöttek létre a tüdőbetegeknek szánt intézmények, illetve intézményt létrehozni kívánó egyesületek.¹⁰⁹⁶ A legtöbb szanatórium-egyesület

¹⁰⁹⁰ IM 1898/10.793

¹⁰⁹¹ „Teljes elismeréssel viseltem az orvosi tudomány minden gyógyszerrei és szérumai iránt, [...] de mind azoknál hathatóbb az istenáldotta tiszta lég. [...] Ezt az áldást kívánja megadni a fölállítandó sanatorium a szenvedő emberiségnek Magyarországon. [...] Ezen sanatorium fölállításához szükséges összeg előteremtésére szólítjuk föl nemes érzésű közönségünket. Én magam, ki őseimtől nem örököltem nagy birtokot, kinek a szerencse nem osztott kincseket, ki folytonos munkám után élek: ezer koronával járulok a szent cél eléréséhez. [...] Budapest, 1899 szept. 12. Dr. Jókai Mór” – a teljes szöveget idézi: TAUSZK FERENC: *Tíz év a tüdővész elleni küzdelemből*. Budapest, 1908, Budapesti Hírlap ny. 340.

¹⁰⁹² Ld. KOVÁTS, 1963.

¹⁰⁹³ Az egyesület a hasonló célú egyesületek zászlóshajójaként jött létre. 1898. október 24-én maga az uralkodó fogadta az egyesület igazgatótanácsát, elvállalva a fővédnöki tiszteletet, s ekkor engedélyezte, hogy a megépülő szanatórium az elhunyt királyné tiszteletére az Erzsébet nevet kapja. – ld. TAUSZK FERENC: *A tüdővész elleni védekezés Magyarországon*. Budapest, 1904, May K. 50.

¹⁰⁹⁴ Az építkezés szervezője, Okolicsányi Kuthy Dezső választotta ki azt a telket, ami Korányi véleménye alapján is alkalmas volt szanatórium számára és az egyesület nevében Budapest városhoz folyamodott kérvénnyel. A város ez alapján 1899. jún. 21-én megszavazta, hogy az „I. kerületi 2-ik erdődűlőben a Pozsonyi hegy és Budakesz község között fekvő területből a kért részletet 24.000 négyszögöl terjedelemben s ezt az Erzsébet királyné szanatórium céljaira használatul átengedvén, nemcsak fényes példát adott az ország összes municípiumainak, hanem lovagias előzékenységet is tanúsított az egyesülettel szemben, a mennyiben adományát megszerezte, még egy nem is kért ráadással. Elvállalta önként, az ügy iránti jóindulatból és lelkeseedsből, a szanatórium út- és vízvezeték-építési költségeinek egy részét is, 54,832 K erejéig.” – *A Budapesti Szegénysorsú Tüdőbetegek Szanatórium-Egyesületének II. évi jelentése 1899*. Budapest, 1900, 10.– A tervek elkészítésére két építész tag is ajánlkozott, végül az egyesület egészségügyi bizottsága 1899. nov. 23-án elfogadta a programkészítő albizottság tervezetét, és a tervek elkészítésére Czigler Győző műegyetemi tanárt kérte föl. – U.o. 13. – A hiányzó anyagi források biztosítására a Belügyminisztérium szeptember 10-én engedélyezte az országos gyűjtés tartását. A jelentős állami segítséggel (500.000 K) és magánszemélyek adományából fölépült legnagyobb hazai – egyébként igen modern, villanyvilágítással, elektromos lifttel felszerelt – TAUSZK FERENC, 1904, 53. – tüdőszanatórium, melynek összköltsége 929.311 K 18 f volt, 1901. novemberében nyílt meg 116 ágygal. – KOVÁTS FERENC, 1963, 48.

¹⁰⁹⁵ Nem az Erzsébet szanatórium volt az első kifejezetten tüdőbetegeknek épült intézmény. Már 1897-ben megnyílt Szentendrén 15 ágygal egy kis munkás-sanatórium. Igaz ugyan, hogy szakmai szempontból inkább pihenő-üdülőhely, mely kezdődő tbc-vel fogadott betegeket. – *A Magyar Királyi Kormány tevékenysége a tuberkulózis ellen való védekezés terén 1898-1907*. Közzéteszi a M. Kir. Belügyi Ministerium. Budapest, 1909, 11.

¹⁰⁹⁶ 1900-ban Szegeden Müller Vilmos és Regdon Károly, Nagyváradon Gerő Sándor kezdeményezésére jött létre egyesület. – TAUSZK, 1904, 54. – Mintegy fél évvel az Erzsébet szanatórium megnyitása előtt Békés vármegye alispánja, Lukács György egy, az Alföldön létesítendő szanatóriumért kezdeményezett mozgalom. 1901. május 30-án Gyulán, majd december 12-én Hódmezővásárhelyen mondott beszédet, melyben fölhívta a szanatórium-építés fontosságára a vármegye figyelmét. Végül december 16-án megalakult a József főherceg Szanatórium-Egyesület. – OKOLICSÁNYI-KUTHY, 1934, 10. – Az építkezés anyagi alapját részben az alispán által megszavaztatott megyei pótdadó adta. – TAUSZK, é.n. – Nyitra vármegye 1901. má-

azonban nem volt elég anyagi eszköz birtokában ahhoz, hogy az igen költséges sanatórium-építkezéseket finanszírozni tudja, ezért működésük célja sok esetben néhány év után megváltozott. A szerencsésebbek ugyan valamilyen véletlen folytán valamit megvalósíthattak eredeti tervükből, de a legtöbb a járó tüdőbeteg-gondozás körében talált új feladatot.¹⁰⁹⁷

A sanatóriumi rendszer a kortársak megállapítása szerint is inkább a szegényebb középosztály tagjainak számára jelenthetett megoldást, akiket a sanatóriumi tartózkodás miatti jövedelem-kiesés nem lehetetlenített el. Az azonban megállapítható, hogy még így is óriási volt a sanatóriumok iránti igény. Annál is inkább, mert úgy tűnt, csak ez a módszer vezethet tényleges gyógyuláshoz.¹⁰⁹⁸ A sanatóriumi helyekre várakozók száma állandóan igen magas volt, s a várakozási idő hosszú, olykor a 2-3 hónapot is elérte s gyakran megesett az is, hogy a hely megnyíltával a már nem is jelentkeztek a betegek, mert esetleg betegségük még rosszabb stádiumba lépett, elfogyott a sanatóriumi kezelésre kivett szabadságuk, vagy egész egyszerűen a kedvük ment el a kezeléstől.¹⁰⁹⁹ Sokan már akkor visszaléptek, mikor tudomást szereztek a várakozási idő hosszáról. A szegényebb betegekről általában elmondható, hogy későn kerültek a sanatóriumba. Jellemző magatartás volt egyrészt a tüdővész – lehető legtovább – titkolása, illetve a betegség alatti munka, mivel a szegényebbek nemigen engedhettek meg maguknak munkaszünetet és a költségekkel járó sanatóriumi tartózkodást. A szegényebbeket kezelő orvosok maguk is próbálták figyelembe venni betegeik egyéb érdekeit, mikor igyekeztek inkább otthon

jusában Thuróczy Vilmos elnöklete alatt 83.000 K-t szavazott meg egy sanatórium megépítésének céljára, mely összegből végül a nyitrai kórházban külön tüdőbeteg-pavilont építettek. A sanatóriumépítési kedv néhány évig valóban nagy volt, olykor azonban a kellő alapok, vagy a kellő szakmai ismeretek nélkül is vállalkoztak volna egyes törvényhatóságok az építkezésre. A minisztérium például egy alispáni javaslatot, mely szerint a kórházakban alakítsanak ki sanatóriumot a tüdővészesekeknek, utasított el azzal a szakmai indokkal, hogy sajnos egy igazi sanatóriumhoz sokkal több kell, nevezetesen képzett személyzet, megfelelő környezet.– BM 1898/129.992. (1899. ápr. 17.)

¹⁰⁹⁷ Ilyen kivételnek számít a nagyszabású egyesület, mely a Sánta-havason akart tüdőbeteg tanulóknak pihenőházat építeni, miután azonban erre – az időközben elnyert 12.000 koronás támogatás ellenére sem volt lehetősége –, élve az alkalommal megvásárolta a feleki Bruckenthal-kastélyt, és ott rendezett be intézetet. - *A Magyar Királyi Kormány tevékenysége a tuberkulózis ellen való védekezés terén 1898-1907*. Közzéteszi a M. Kir. Belügyi Ministerium. Budapest, 1909, 11. – Az 1901-es az I. világháború kitörése közötti rövid időszakban meglóduló építkezések eredménye volt – az Erzsébet sanatórium 1910-es bővítésén kívül – a Gyulán és Debrecenben 1907-ben – *Magyarország közegészségügye 1907-ben* Közegészségügy, 1909. márc. 15.–, a Rózsahegyen és Mátraházán épült sanatórium, melyhez már a háború alatt csatlakozott a Weiss Manfréd által 1915-ben épített 124 ágyas sanatórium, valamint az 1916-ban épült Fodor-sanatórium.– KOVÁTS, 1963. 48.

¹⁰⁹⁸ „Mert az eddigi gyógyszeres kezelés mellett – bizony valljuk be őszintén – nem volt módunkban és tehetségünkben a betegséget haladásában, terjedésében feltartóztatni. Illusztrálja ezt a tényt azon még mindnyájunknak élénk emlékezetében álló világraszóló esemény, a midőn legkiválóbb bacteriológusunk Koch Róbert a tuberculin feltalálásával a tüdőbetegek százezreit, millióit csődítette Berlinbe, - sajnos, mint a tapasztalatok mutatták, eredménytelenül- s azt hiszem mindenki látott már Kreosot szedése mellett is tüdőbeteget meghalni.” – DR. FÁI MÁTYÁS MIKLÓS: *A tüdővész sanatóriumi gyógykezeléséről különös tekintettel az új-tátrafüredi sanatoriumra*. (előadott 1900. június 19-én a szepesmegyei orvosegyesület tavaszi közgyűlésén), Igló, 1900. 6.

¹⁰⁹⁹ Az Erzsébet sanatóriumbeli helyekre 1905-ben például így alakult a várakozók száma:

1905. jan.25.	26 férfi	17 nő	
február 24.	18	29	47
március 28.	31	28	59
április 13.	39	38	77
május 26.	40	62	102
június 30.	41	49	90
július 19.	41	53	94
szeptember 1.	33	59	92
október 4.	36	42	78
november 21.	36	47	83
december 1.	25	50	75

Jelentés az Erzsébet Királyné-Sanatorium 1905. évi működéséről. Budapest, 1906, Pesti Lloyd ny. 1.

kezelné ezeket a pácienseket, mivel a szanatóriumi tartózkodás időtartama szükségképpen hosszú volt.¹¹⁰⁰

A fent említett okokból egyre világosabbá vált, hogy nem elegendő a szanatórium-rendszer fejlesztése. Többféle megoldás, a hazai gyakorlatban igazán elterjedni nem tudó ún. erdei üdülőtelep-rendszer, valamint a kórházi elhelyezés került szóba. Az első német kezdeményezés volt. Ott is felismerték, hogy a szanatóriumok sok esetben nem nyújtanak megfelelő megoldást, és ezért szegények számára nappal igénybe vehető intézmény rendszerét dolgozták ki. Az ötlet nyomán már 1899-ben megalakult a berlini Vörös Kereszt népszanatórium-egyesület külön üdülőtelep osztálya. A létrehozott telepek között 1902-ben már külön gyermek üdülőtelep létesült Schönholzban. Ezek mintájára nyugaton is, a belgiumi Monsban, Bécsben, de Franciaországban és Angliában is létesültek hasonló intézmények.¹¹⁰¹

A másik kézenfekvő megoldás a tüdővészések kórházban való elhelyezése volt. Ez ugyan nem feltétlenül szolgálta a beteg közvetlen érdekét, tudvalevő ugyanis, hogy a kórházak többsége nem olyan helyen épült, mely szanatórium működésére alkalmas lett volna, de a kórházakban az orvosi felügyelet, az elkülönítés biztosított volt, ami nem csak a beteg, hanem a környezet számára is fontos lehetett.¹¹⁰² A tbc-ellenes mozgalom beindulása után nem sokkal a klinikán már létesült és 1900-ban a Szt. János kórház is fölépítette a maga külön tüdőosztályát.¹¹⁰³ Annak ellenére, hogy a minisztérium jelentékeny összegekkel támogatta az épülő osztályokat és pavilonokat¹¹⁰⁴, a tüdőbetegek kórházi elhelyezése nem volt megfelelő. Mivel a kórházak egyébként is igen zsúfoltak voltak, az új feladatnak és elvárásnak lényegében alig néhány közkórház tudott elfogadhatóan megfelelni. „A súlyos gümőkóros betegeket a kórházakban rendszeren a legfélreesebb és jobb célra használhatatlan szobákban helyezik

¹¹⁰⁰ 1905-ben nemenként így alakult az ott eltöltött idő:

1-4 hét	43 férfi	21 nő
5-8	68	41
9-12	86	53
13-16	72	49
17-20	26	18
21-24	16	11
25-28	6	5
29-32	2	8
33-36	1	3
37-40	2	3
41-44	1	2
47-48	-	2
65	1	-
82	1	-
Összesen	325	216

Jelentés az Erzsébet Királyné-Sanatorium 1905. évi működéséről. Budapest, 1906. 10.

¹¹⁰¹ Ld.: OKOLICSÁNYI-KUTHY DEZSŐ: *Erdei üdülőtelepek a gümőkór elleni küzdelemben.* különnyomat a Társadalmi Múzeum Értesítőjéből, é.n.

¹¹⁰² Ld. pl.: BR. KORÁNYI SÁNDOR DR.: *A tuberkulózis elleni védekezés rendszere.* (A Tuberkulózis Elleni Küzdelem Országos Bizottsága Kiadványai 12.) Budapest, 1917, Budapesti Hírlap Ny.

¹¹⁰³ KOVÁTS, 1963, 48.

¹¹⁰⁴ Így jutott 1907-ben 45.000 K adományhoz a szombathelyi Fehérkereszt egyesület gyermekkórháza, 50.000 K-hoz pedig a töröci nőegylet mely a Túrócszentmártoni közkórház mellett kívánt külön pavilont létesíteni. – Ld.: *A Magyar Királyi Kormány tevékenysége a tuberkulózis ellen való védekezés terén 1898-1907.* Közzéteszi a M. Kir. Belügyi Ministerium, Budapest. 1909.

el.” – jegyzi meg Plesch.¹¹⁰⁵ Kuthy Dezső – egyetemi magántanár, az Erzsébet királyné szanatórium igazgató-főorvosa – 1903-ban nagyszabású felmérést végzett. Mintegy 250 kórház igazgatóságának küldött szét kérdőívet, melyek segítségével a tbc-s betegekkel kapcsolatos körülményekről, ezen belül a betegek kórházon belüli elkülönítéséről kívánt tájékozódni. A kérdőívben kitért arra, hogy vajon van-e valamiféle speciális felszereltség a tbc-s betegek osztályán, vagy pavilonjában. A 250 kiküldött ívre mindössze 97 értékelhető válasz érkezett. Ezek 34 megyei, 30 városi, 29 magán, 4 állami kórház adatai. A 97 kórházban évente mintegy 4400 tbc-st kezeltek, elkülönítve csupán 36-ban, melyhez hozzászámolhatunk két kórházat, melyben csak nagyobb ágytávolságot tartottak. 35 kórházban egyáltalán nem volt elkülönítés, így 2167 tüdővészest kezeltek elkülönítetten.¹¹⁰⁶ A kórházi helyzet egyáltalán nem volt tehát megfelelő. „Minden kórháznak egy bizonyos részét tuberculitikusok foglalják le, elfoglalván más, gyorsabban gyógyítható betegek elől a helyet, anélkül, hogy ők maguk célszerű kezelésben részesülhetnének.”¹¹⁰⁷ – foglalja össze a probléma lényegét Plesch. Valóban. Ez a megoldás a csupán az egészségesek számára jelenthetett valamelyes védelmet, a betegeknek nem volt megnyugtató megoldás. Még a korszak végén, 1913-ban sem voltak megfelelőek a kórházi állapotok. Az ekkor kiadott rendelet¹¹⁰⁸ megállapította, hogy még a tbc-pavilonnal rendelkező kórházak sem tettek eleget a tüdővész-rendelet előírásainak. „Sőt számos kórháznál az a helytelen eljárás volt észlelhető, hogy a tüdőbetegekkel szemben más, pl. sebészeti betegeket különös előnyben részesítettek s a tuberkulózisban szenvedő betegek, akiknek legelső sorban van szükségük bő levegőjű, jól szellőzött és világos szobákra, épen e tekintetben a legmostohább elbánásban részesülnek.” Ezért a miniszter a tbc-elleni küzdelem országos bizottságának javaslatára újból kiadta a rendeletet, és előírta, hogy amely kórházban külön tuberkulózis osztály nem lenne, ott is legalább egy-egy szobát kell fönntartani a férfiak illetve a nők számára. Ahol ez teljesen lehetetlen, a többi betegtől távolabb kell őket elhelyezni, ügyelve arra, hogy legyen köpöcsészéjük, és hogy az evőeszközeiket fertőtlenítsék. Előírta, hogy a betegek távoztával fertőtleníteni kell, valamint hogy lehetőség szerint az ápoló személyzet is megosztott legyen, azaz a tüdővészesekkel foglalkozók más betegekkel ne érintkezzenek. Számos probléma rajzolódik ki tehát a betegek kórházi elhelyezése kapcsán. Nem meglepő, hogy a szakmai körök megoldási javaslata a külön tbc-kórházépítés volt¹¹⁰⁹, melyhez azonban nem álltak rendelkezésre a megfelelő anyagi eszközök.

¹¹⁰⁵ DR. PLESCH JÁNOS: *A német tuberculosis congressus és ahhoz fűzött megjegyzések*. Budapesti Orvosi Újság 1905. jan. 12.

¹¹⁰⁶ Legjobb helyzetben a Szabolcs vármegyei Erzsébet köz-kórház, és a nyitrai köz-kórház voltak, melyekben külön tbc-s pavilon volt. A kézdivásárhelyi Rudolf kórházban, Torontál megyében, Nagybecskerekén a központi József köz-kórházban és a nagyszöllősi Perényi köz-kórházban külön épületben helyezték el ezeket a betegeket úgy, hogy fertőző pavilon egyes terméit állandó jelleggel használták, a bártfai városi köz-kórházban pedig külön épületszárnyban, a dévai kórházban pedig a folyosó végén volt a tbc-s szoba. Ami pedig kórházak egyéb felszereltségét illeti, a kép ugyanolyan tarka, mint a tüdővész osztályok tablója. Keramit, márvány, mettlachi-lemezes padló éppúgy található, mint festetlen és festett puhafából készült (ez utóbbiból több), emailozott fém köpöcsésze ugyanúgy, mint csupaszbádó (ez utóbbiból több), központi ugyanúgy, mint kályhafűtés (ez utóbbiból több). – A kérdőíves felmérés eredményét közli: KUTHY DEZSŐ: *A tüdővészesek elhelyezése Magyarországon kórházaiban*. Budapesti Orvosi Újság, 1905. máj. 11. 385-389.

¹¹⁰⁷ PLESCH, 1905,29.

¹¹⁰⁸ BM 1913/42.818/VII-b

¹¹⁰⁹ Ld. Korányi, Plesch, Kuthy vonatkozó munkáit.

Összefoglalóan elmondható, hogy a szanatóriumi rendszer megfelelő lett volna, de a költségek és az életmódjuk miatt a legszegényebb rétegek lényegében nem juthattak itt ellátáshoz, tehát ez az ápolási forma maradt a középosztály szegényebb rétegéé, melynek nem okozott megoldhatatlan problémát a távollét, a szanatóriumi tartózkodás költségeit viselni tudta. A kórházi ápolási forma pedig, mely alapvetően a gyógyíthatatlan stádiumban lévők ellátási formája volt, a kórházi infrastruktúra hiányosságai miatt nem jelenthetett megnyugtató megoldást.

3.1. A dispensaire-rendszer

Főképp az első megoldás hibái – valamint annak magas költségei – miatt fordult a figyelem a francia-belga eredetű tüdőgondozó (dispensaire) felé. Gr. Andrássy Gyula belügyminiszter az első tüdőgondozót a főváros VIII. kerületében kívánta berendezni, ezért a Kistemplom u. 6. sz. alatt vásárolt épületet.¹¹¹⁰ Az intézmény létesítésének minden anyagi terhét (80.000 K) a minisztérium vállalta magára, a működtetés biztosítását a Budapesti Szegénysorsú Tüdőbetegek egyesületére bízta, évi 40.000 Korona állami támogatással.¹¹¹¹ A dispensaire-ek népszerűségét mutatja, hogy egy évvel később Budapesten már kettő, Szombathelyen, Szegeden, Nagyváradon, Hódmezővásárhelyen egy-egy gondozó működött.¹¹¹²

Kaposváron egyesületi kezdeményezésre jött létre gondozó. Dr. Szaplony Manó tiszti főorvos indítványára a vármegye 1908. februári közgyűlésén elhatározta, hogy 25 női, 25 férfi tagból álló bizottságot küld ki a somogyi Tüdővész Ellen Védekező Egyesület megalakítására.¹¹¹³ A megalakult egyesület kívánta létrehozni a gondozót, melynek tervét a belügyminiszter is támogatta és évi 5000 Korona segélyt biztosított, azzal a kikötéssel, hogy ebből csak 1000 Koronát használhat föl az intézmény az adminisztratív költségeinek fedezésére, a többit a betegek segélyezésére kell fordítania.¹¹¹⁴ A minisztérium a pénzbeli juttatáson kívül azzal is fölkarolta a gondozó működését, hogy fölhatalmazta annak vezetőjét, hogy az országos betegápolási alap terhére (azoknak, akik valamely betegsegélyező pénztár tagjai, csak az adott pénztár terhére) gyógyszereket rendelhet.¹¹¹⁵ A dispensaire felszerelését a már feloszlott Somogy vármegyei Közegészségügyi Egyesület adományozta úgy, hogy 2000 Korona készpénzt adott át, melyből lényegében teljes egészében berendezték az intézetet.¹¹¹⁶

A tüdőgondozók létrehozásában találkozott tehát a minisztérium, a szakma és a társadalmi szervezetek elképzelése. Olyan ellátási formára volt szükség, mely hatékonyabban jut el a rászorultakhoz mint

¹¹¹⁰ *Centenáriumi emlékkönyv 1901-2001. Az Erzsébet Királyné Szanatóriumtól az Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézetig.* (szerk. AJKAY ZOLTÁN – BÖSZÖRMÉNYI NAGY GYÖRGY) H.n., 2001, Országos Korányi és Tbc és Pulmonológiai Intézet. 33.

¹¹¹¹ A gondozó épületének tatarozási munkálatai miatt azonban mégsem ez lett az ország első gondozója, hanem a szombathelyi, melyet 1907-ben nyitottak meg. Kováts korábbra teszi az első gondozó megnyitását – ld. KOVÁTS, 1963.

¹¹¹² *A Magyar Királyi Kormány tevékenysége a tuberkulózis ellen való védekezés terén 1898-1907.* Közzéteszi a M. Kir. Belügyi Ministerium. Budapest, 1909, Állami ny. 12.

¹¹¹³ *A kaposvári tüdőbeteggondozó (dispensaire) jelentése 1908-1911.* közli dr. CSURGÓ JENŐ. Kaposvár, 1912, Somogy vármegye ny. és lapkiadó rt.

¹¹¹⁴ BM 1908/90.401, a támogatás összege később emelkedett 7000, majd 8000 K-ra (BM 9957/1909 és 1911/43639/VII.b.)

¹¹¹⁵ BM 1908/12.2011/VII.

¹¹¹⁶ *A kaposvári tüdőbeteggondozó (dispensaire) jelentése 1908-1911.* 3.

amilyen lehetőséget a szanatórium jelent, és alkalmazkodik a betegség természetéhez, azaz ahhoz, hogy a tüdővész sokáig munkaképes marad, így a hosszas kórházi tartózkodásra nincs szükség a betegség első szakaszában.

3.2. Az egészségesek védelmének kérdése

A gondozók bevallottan az egészségesek védelmét is szolgálták.¹¹¹⁷ A tbc terjedésének egyik legfőbb okaként a kortársak az egészségtelen és túlszűfolt lakások nagy számát jelölték meg. A tüdőgondozók eljárási rendje tükrözte a célkitűzéseket. A betegfelvételi jegyzőkönyvbe a szokásos adatokon kívül a beteg lakásviszonyai is igen részletesen bekerültek: bejegyezték, hogy a lakásban milyen bútorok vannak, hogy hány fekvőhely van, és hányan alszanak a beteggel egy ágyban. Ezen kívül – tekintettel a kezelés sikerében játszott szerepére – a beteg vagyoni viszonyait is rögzítették.¹¹¹⁸

A legfontosabb feladat a betegek környezetének leghatékonyabb védelme volt. Ennek érdekében azokat, akiknél megállapították a tbc-t, részletesen kitanították, hogyan előzhető meg a fertőzés, köpőüveget és tájékoztató füzetet kaptak¹¹¹⁹, a gondozó dolgozói pedig ellenőrizték a lakásokat.

Mivel a lakásvizsgálat egyre nagyobb terhet jelentett, Budapesten függetlenítették a rendelésektől, és külön lakásvizsgálót alkalmaztak. A lakás-ellenőrzés és a betegek esetleges lakóhelyváltoztatásának ellenőrzése a fővárosban kiemelt fontosságúvá vált. A feladat hatékonyabb végrehajtására a gondozó tárgyalásokat folytatott a Székesfővárosi Bejelentő Hivatallal, és a létrejött megállapodás alapján a hivatal segítségével a gondozó számára nem bejelentett helyre költözött betegeket is megtalálhatták. Így arról a betegről, aki az intézetben elsőként megjelölt lakásából úgy költözött el, hogy nem értesítette az intézetet, ú.n. figyelőlapot állítottak ki és azt a bejelentő hivatalban helyezték el. A figyelő-lap alapján a hivatal a beteg haláláig, vagy vidékre költözéséig állandóan közölte a lakásváltozást. Ha pedig valamilyen oknál fogva nem lehetett megállapítani az új lakóhelyet, akkor a hivatal saját hatáskörben nyomozással próbált annak nyomára bukkanni.¹¹²⁰ A tbc-s betegek bejelentésének kérdését csak a korszak vége felé, 1912-ben sikerült megfelelően rendezni. A kötelező bejelentést eddig nem rendelték el, és lakásfertőtlenítés is csak az érdekeltek kérésére történhetett, pedig

¹¹¹⁷ „Az intézet programját múlt évi jelentésünkben megjelöltük akkor, amidőn kifejtettük, hogy a Tüdőbeteggondozó-Intézet ne rendelő intézet legyen tüdőbajban szenvedő emberek számára, hanem elsősorban szolgálja azt a célt, hogy megvédje a még nem tüdőbeteg egyéneket a megfertőzés lehetőségétől, azután szolgálja csak azt a célt, amely a már megbetegedett emberek megsegítésére irányul, amely utóbbi ténykedésben úgy a jótékonyág gyakorlásának, mint a mindenkitől elhagyott szegény tüdőbetegek istápolásának [...] tág tere jut.” – *Jelentés a Tüdőbeteggondozó-intézet 1912. évi működéséről*. Budapest, 1913, Hírlap ny. 2.

¹¹¹⁸ *A kaposvári tüdőbeteggondozó (dispensaire) jelentése 1908-1911.*

¹¹¹⁹ Ingyen kapták a betegek a „Tudnivalók” c. füzetet, majd ehhez csatlakozott az Országos Közművelődési Tanács által kiadott „vasárnapi füzetek”, melyben egészségügyi tanácsok voltak. – a kaposvári gondozó jelentésében megjegyzi, fölhívják a figyelmet arra, hogy a fertőző betegek a füzetet elégethetik olvasás után.

¹¹²⁰ „Egy betegünk volt múlt év folyamán, aki egyenesen rossz indulattal viseltetvén az intézetben alkalmazott védekezési eljárásokkal szemben, nemcsak hogy nem követte az ajánlott utasításokat, de sőt minden módot megragadott arra, hogy a maga fertőző baját másokra átruházza. Az illető albérlő volt és mint ilyen heti 3 koronát fizetett lakásáért, e csekély összegért veszélyeztette azt a családot, melyben több apró gyermek is volt. A beteg első lakását fertőtlenítettük, környezetét kitanítottuk, mire az az egyén más lakásba költözött, hogy magát intézetünk felügyelete alól kivonja. A rendőrség azonban a beadott figyelő-lap alapján egymásután tudatta velünk a beteg megváltoztatott lakását, úgy hogy a beteget nyomon követhettük és így módon, bár akarata ellenére, környezetét a ragályozástól megfelelő eljárásokkal megóvtuk.” – *Jelentés a Tüdőbeteggondozó-intézet 1912. évi működéséről*. Budapest, 1913, 13.

többször is fölmerült, hogy – követve például az amerikai mintát, ahol már korábban kötelező volt a bejelentés és a fertőtlenítést hivatalból rendelték el akkor, ha a tüdővész meg halt, vagy ha máshová költözött – szigorúbbá kellene tenni az ellenőrzést, a bejelentést és a fertőtlenítést.¹¹²¹ A lakásváltoztatás kérdése, azaz a kötelező bejelentés és nyilvántartás kiépítés hiányában a gondozók működési lehetőségei is viszonylagosan korlátozottak maradtak.

Az elsődleges feladat, a lakásfertőtlenítés ebben az időszakban azonban korántsem ment gördülékenyen. Nem létezett ekkor egységes szabályozás: a főváros például hiába mondta ki, hogy fertőzött lakásba fertőtlenítés előtt nem költözhet új lakó, ennek végrehajtása a legnagyobb nehézségekbe ütközött, mivel az érdekeltek a legritkább esetben működtek együtt a fertőtlenítő-intézettel.¹¹²² Ugyanakkor gyakran a végrehajtott fertőtlenítés sem hozott eredményt, mert a fertőzött bútorokat sokszor még az eljárás előtt kicsempézték a lakásból.¹¹²³ Ha pedig végrehajtották a főváros rendelkezését, akkor is csak a dolog egyik fele oldódott meg, mert azt nemigen lehetett ellenőrizni, hogy milyen úton jut el a fertőzött holmi az egyik lakásból a másikba. Azt pedig, hogy a kerületi előjáróságok intézkedjenek arról, hogy a fertőtlenítés előtt ne költözhesse ki a lakók, talán még a főváros sem gondolta komolyan.¹¹²⁴

3.3. A tbc bejelentési kötelezettségének kimondása

Az egészségügyi kormányzat végül 1912-ben tette meg azt a lépést, melyet a szakmai körök már évek óta sürgettek: a bejelentendő ragályos betegségek közé sorolta a tuberkulózist. „*A tüdő- és gége-tuberkulózis súlyos eseteinek a hatóság tudomására hozatala tehát bizonyos körülmények között feltétlenül szükséges ahhoz, hogy a közönséget fenyegető veszedelem kellő intézkedésekkel elhárítható, vagy legalább is nagyban csökkenthető legyen.*”¹¹²⁵ – foglalja össze az intézkedés legfontosabb okát a rendelet. Az új szabályozás az 1876/XIV. tc. 80.§-ában megjelölt betegségek közé sorolta a tbc-t – a bejelentés elmulasztását kihágásnak minősítve. Kötelezővé vált a bejelentés minden községben, ha a tüdő-, gége- vagy nyílt csont- és „mirigy”-tbc-ben szenvedő meghalt. A törvényhatósági jogú és a rendezett tanácsú városokban, járási székhelyeken és minden községben, melyeknek közalkalmazásban álló orvosa volt, a bejelentés kötelező volt a haláleseten kívül akkor is, ha a betegek lakást változtattak, ha a lakásból kórházba, vagy egyéb gyógyintézetbe mentek. Kötelező volt továbbá akkor is, ha egy helyiségben lakó társait veszélyeztette, illetve intézetekben, internátusokban, szegényházakban vagy más- hol, ahol többekkel együtt lakott, együtt étkezett, végül vendégfogadóknak, kávéházakban, ételme- szerületben volt alkalmazott és veszélyes volt környezetére. Kiemelten szerepelt a rendelkezésben, hogy kötelező a bejelentés, ha ilyen eset iskolákban, akár tanuló, akár tanár esetében fordulna elő. Ab-

¹¹²¹ FRIEDRICH, 1916

¹¹²² „A legtöbb ember nem törődik azzal, hogy szomszédja, ismerőse a szükséges fertőtlenítésről nem gondoskodik, pedig a szomszéd lakásából az ő otthonába is behurcolhatják a betegséget, ha a fertőtlenítést elmulasztják.[...] Hihetetlennek látszik, de sokszor volt módomban tapasztalni, hogy a ragályos betegséget sok esetben szegénynek tartják, a fertőtlenítést pedig bizonyos fokú megbélyegzésnek tekintik.” – BUKOVSKY GYÖRGY, 1904

¹¹²³ BÍRÓ GYULA: *A lakások fertőtlenítésének értéke*. Egészség, XVI. könyv, 1902, 175-176.

¹¹²⁴ 1893. évi 26.179. eln. sz. tanácsi határozat.

¹¹²⁵ BM 1912/191.049/VII-b.

ban az esetben, ha a beteg meghalt, a halottkém kötelessége a bejelentés, melyet kis- és nagyközségben az előljáróságához, törvényhatósági jogú és rendezett tanácsú városban az elsőfokú egészségügyi hatósághoz kellett megtenni. A beteg lakásváltoztatása esetén a bejelentésre a kezelő orvoson kívül a beteg háztartásának feje, a háztulajdonos, vagy a lakás bérlője is köteles volt. Végül, ha meghatározott intézetben lakott, az orvoson kívül az intézet vezetője is kötelezett volt a bejelentésre.

A rendelet pontosan meghatározta a hatósági feladatokat is. Az első két esetben, azaz a halál, illetve a beteg elköltözése esetén a fertőtlenítés minél gyorsabb és hatékonyabb végrehajtása volt a legfontosabb cél. A harmadik esetben, azaz akkor, mikor a beteg több emberrel lakott együtt, olyan helyen dolgozott, ahol betegségével másokat is veszélyeztetett, a cél kettős volt. Elsődleges az egészségesek védelme, ennek eszköze, hogy a tüdővész beteget minél gyorsabban elkülönítsék, másrészt cél a beteg védelme. A beteg kitanítása, köpöcsészével ellátása után a továbbiakat az orvos, a gondozó és esetleg az intézet igazgatója határozta meg. Hatósági támogatásban részesíthette a beteget, és adott esetben dönthettek úgy, hogy rá kell venni a beteget arra, hogy vonuljon kórházba. Akármelyik megoldást választották is, a beteg elkülönítése kötelező volt, azaz annak ágját a többiekétől messzebb kellett helyezni, illetve bizonyos munkákat nem végezhetett az egészségesek védelme miatt. A rendelet előírta, hogy abban az esetben, ha az elkülönítés miatt a beteg családja kereseti forrás nélkül maradt, akkor a hatóság feladata újat találni, illetve a keresésben segíteni.

3.4. Az egészségtelen lakások problémája

A tüdővész terjedésében – s ez már a kortársak számára is nyilvánvaló volt – meghatározó volt az egészségtelen, illetve túlszűfolt lakások hatása. A lakásprobléma különösen két területen várt sürgős hatósági és állami beavatkozást igénylő megoldásra: a nagyvárosi munkásság, illetve az uradalmi cselédség körében. Annak ellenére, hogy az 1876-os, közegészségügy rendezéséről szóló törvény 10§-a előírta a hatóságoknak, hogy akadályozzák meg a zsűfolt lakások fennmaradását, az eltelt mintegy húsz évben nem sok előrelépés történt. Ami a zsűfolt lakások megszüntetését illeti, – amit a törvény előír, mégpedig akár kényszer alkalmazásával is – a hatóságoknak egyszerűen nem volt kellő apparátusuk a végrehajtásra. Megoldást tehát – és ez egyre világosabbá vált, – nem a tiltással és a korlátozó intézkedések végrehajtásával lehetett elérni, hanem egy olyan átfogó program megvalósításával, mely egyszerre enyhít a lakáshiányon és teremt egészséges lakásviszonyokat.¹¹²⁶

Az egészséges lakás és a tüdővész kérdésének komplex kezelését 1906-ban készítette elő belügyminiszteri rendelet.¹¹²⁷ Az új szabályozás egyik nagy érdeme, hogy összekötötte a tüdővész elleni küzdelmet a lakásegészségügy rendezésével, egységesítve a törvényhatóságoként eltérő módon szabályozott túlszűfolt lakás fogalmát. Az új szabályozás szerint, mely alapján a törvényhatóságoknak meg

¹¹²⁶ Ezen túl a belügyminisztérium az egyik egészségügyi felügyelő személyében megfigyelőt küldött az 1902-ben Düsseldorfban rendezett nemzetközi lakásügyi kongresszusra a nemzetközi tapasztalatok megismerésére. – *A Magyar Királyi Kormány tevékenysége a tuberkulózis ellen való védekezés terén 1898-1907*. Közzéteszi a M. Kir. Belügyi Ministerium, Budapest, 1909. Állami ny.

¹¹²⁷ BM 1906/63.107/IV-b

kellett alkotniuk saját szabályaikat is, túlszűfoltnak tekinthető az a lakás, melyben egy felnőttre 10 m³-nél kevesebb levegő és 4 m²-nél kisebb terület jut. Eddig a lakások kezelésének kérdése nagyrészt a helyi hatóságok körében maradt, tehát az adott községtől, ill. törvényhatóságtól függött, hogy milyen lakásügyi programot hajtott végre.¹¹²⁸

3.4.1. A főváros

A határozott állami föllépés viszonylag későn jelent meg, jóllehet az 1897-ben kiadott belügyminiszteri rendelet már a tbc kapcsán is fölhívta a figyelmet az egészségtelen lakások problémájára, a megoldást sokáig a törvényhatóságoktól várta.¹¹²⁹ „*Belügyi igazgatásunk, melynek munkakörébe e teendőik tartoznak, a legújabb időkhöz teljes közönyt tanusított, a mit hangosan bizonyít az a tény, hogy fővárosnak a lakásviszonyok javítását célzó azon szabályrendeletét, melyet a közgyűlés 1885. évi márczius 5-ikén elfogadott és fölterjesztett a belügyminisztériumhoz, csak a jelenlegi belügyminiszter hagyta jóvá 1892. december 30-án.*”¹¹³⁰ – marasztalta el a lakások kérdésében hosszú ideig passzív-
nak mutakozó kormányzatot Fenyvessy. Várospolitikai szinten a túlszűfolt lakások problémája az 1880-as években, jelent meg¹¹³¹, míg a lakásépítés kérdése – tehát a gyakorlati megoldás a kolerajárványokkal kapcsolatban merült föl először. Az 1886-os járvány idején Budapesten például négy telep épült és a következő, az 1892-es járvány idején ismét négy. Ekkor a kormányzat is utasította a várost, hogy foglalkozzon a lakásüggyel, és ezután a budapesti költségvetésben szükségbarakkok építésére 70.000 Forintot szántak, ami – annak ellenére, hogy nem kizárólag a lakásínség enyhítését célozta, reménykeltő kezdeménynek értékelhető.¹¹³²

¹¹²⁸ A kérdéshez ld.: *Előterjesztés a budapesti lakásviszonyok rendezése tárgyában. A lakásügyi bizottság megbízásából Gerlóczy Károly, kir. tanácsos, első alpolgármester, a lakásügyi bizottság elnöke.*, Budapest, 1898, Pesti Könyvnyomda-Részvény-Társaság. FERENCZI IMRE: *A községi lakáspolitika feladatai Budapesten. Különlenyomat a „Közgazdasági Szemle” 1909. decz. számából.* FERENCZI IMRE: *Községi lakáspolitika és lakásügyi intézmények. Javaslatok Budapest székesfőváros lakás- és telekpolitikájához.* Budapest, 1910, Kilián Frigyes utóda kiadása. FERENCZI IMRE: *A székesfővárosi VI. kerületi népszálló.* Budapest, 1912, Különlenyomat a Városi Szemle 1911. évi 12. (December) számából, GOMBOS EDE: *A lakásnyomor és leküzdésének módjai.* É.n., Pécsi Irodalmi és Könyvnyomdai Részvénytársaság. GYÁNI GÁBOR: *Lakáshelyzet és otthonkultúra a munkásság körében a századfordulón.* Századok, 1990/3-4, 355-382. GEML JÓZSEF: *Temesvár lakáspolitikája. Tanulmány a munkáslakások kérdéséhez.* [Temesvár], 1906, Kiadja Temesvár sz. kir. város tanácsa, Uhrmann ny. HELMÁR ÁGOST: *Néhány adat a kislakások kérdéséhez továbbá a városi telek- és lakáspolitikához.* Pozsony, 1910, Angermayer Károly könyvnyomtató intézete. *Jelentés a budapesti lakásügy tárgyában. A fővárosi lakbizottság megbízásából írta DR. NEMÉNYI AMBRUS.* Budapest, 1883, Pesti Könyvnyomda-Részvény-Társaság. TASNER DÉNES: *Pesti lakás-reform.* Pest, 1870, Pesti Könyvnyomda-Részvény-Társaság. THIRRING GUSZTÁV: *Budapest lakásviszonyai új világlátásban. Az 1906. évi népszámlálás eredményei alapján.* h.n., é.n., ny.n.

¹¹²⁹ „különös figyelmet fordítván gazdasági és uradalmi cselédlakások egészségi viszonyainak javítására, a városi törvényhatóságok, s ezek között első sorban a székes-főváros feladata pedig általában a lakásviszonyok javítása mellett különösen a mindennemű családi és laktanyaszerű munkás-hajlékok egészségi viszonyainak javítása” – BM 1898. jan. 26. 49.851/1897 körr., a gümőkóros tüdővész (tuberculosis) ellen való védekezés tárgyában.

¹¹³⁰ FENYVESSY JÓZSEF: *A budapesti lakásnyomor.* – különlenyomat a Budapesti Szemle 1895. januári számából, 64.

¹¹³¹ Id. BRÓDY ERNŐ: *A budapesti lakáskérdés.* VSZ, 1909, 2. sz., 141-156., *Előterjesztés a budapesti lakásviszonyok rendezése tárgyában. A lakásügyi bizottság megbízásából Gerlóczy Károly, kir. tanácsos, első alpolgármester, a lakásügyi bizottság elnöke.* Budapest, 1898, Pesti Könyvnyomda-Részvény-Társaság.

¹¹³² A barakkokat a város bérbe adta, és így a – lényegében befektetésként kezelt – lakások évi 7%-os hasznot hoztak. – FENYVESSY, 1895, 71.

Az első gyakorlati eredmények az egyesületi keretek között megfogalmazott tervek és a városi lakáspolitikai összefogása nyomán születtek meg.¹¹³³ A főváros tehát a Hajléktalanok Menhelye Egylet munkájára számítva telket biztosított azzal a feltétellel, hogy az Egylet legalább 100 család számára házakat épít.¹¹³⁴ Elsődleges cél volt az egészséges környezet kialakítása, ezért „*az árnyékszékek vízárós készülékkel, a csatornanyílások pedig bűzelzárófedlappal látandók el, a lépcsőkorlátok karfái akként készítenők, hogy azokon a lecsuszkálás meg legyen akadályozva*” abban a négy egyemeletes házban, melynek a Soroksári utca – Kén utca sarkán fölépítésére az engedélyt a tanács még 1897-ben megadta. A fővárosi lakáshelyzet problémái már a korábbi járványos időkben is nem kevés feladatot adtak a városi hatóságoknak. A tüdővész terjedésének megakadályozása kapcsán a kérdéskör tehát ismét a figyelem középpontjába került. Az 1898-as miniszteri rendelet kapcsán kiadott fővárosi határozat konkrét cselekvési programot vázolt föl.¹¹³⁵ A tbc-kérdés kapcsán városi feladatnak ismerte el nem csak a szükséglakás-építést, (mely többek között azt a célt szolgálta volna, hogy amíg a lakásfertőtlenítés zajlik, az ideiglenesen kiköltöztetettek ne az utcán, vagy egy másik fertőzött és esetleg túlszűfolt lakásban lakjanak) hanem a munkáslakások építésének feladatát is. A munkáslakás-kérdés rendezéséhez járult hozzá a kereskedelemügyi miniszteri rendelet mely – illeszkedve a meginduló tüdővész-ellenes küzdelemhez – előírta a munkásházakban a tbc-s munkások elkülönítését és a helyiségekben a gyakori szellőztetést.¹¹³⁶ Az 1898-ban fölvázolt merész tervek nemcsak a fenti, igen egyértelmű és konkrét egészségügyi következménnyel járó beruházásokat jelölték meg városi feladatként, hanem az egészséges lakókörnyezet megteremtését is, mely igen szerteágazó nagyberuházásokat várt el a fővárostól. Így kiemelten szerepelt a tervben a fásítási és olyan köztér-alkotási program elindításának szükségessége, mely megfelelő pihenőhelyeket teremtené a város közönségének.

Jóllehet a századforduló körül beinduló fővárosi építkezések csupán kis mértékben enyhítettek az évtizedek óta tapasztalható katasztrofális lakáshiányon¹¹³⁷, a beruházásoknak közegészségügyi szempontból értékelhető hatása volt. Az első világháború előestéjén például az V. kerületi szükséglakások lettek kissé levegősebbek, miután a korábban nagyobb számban ott lakó munkások az újpesti rakparton épült házakba költöztek.¹¹³⁸

¹¹³³ Budapest székesfőváros tanácsa a Hajléktalanok Menhelye Egyletnek írt levelében így fogalmaz: „A székesfővárosi lakásviszonyok rendezése, s különösen a munkások lakviszonyainak javítása céljából mindinkább előáll annak szüksége, hogy a székesfőváros területén munkásházák létesítenek, melyekben a munkásosztály számára, olcsó és egészséges lakások rendelkezésre álljanak. Minthogy azonban [...] ily munkásházaknak magán vállalkozás útján való létesítése iránt már korábban tartott nyilvános pályázat eredményre nem vezetett [...] beállott annak szüksége, hogy ily munkásházák a hatóság részéről létesítenek.” – *A budapesti munkáslakások kérdéséhez.* – Hajléktalanok Menhelye Egylet, Budapest, 1897, k.n. 1.

¹¹³⁴ Viszonylag gyorsan megszületett egy határozat arról, hogy a IX. kerület külső részén épüljenek föl az egészséges lakókörnyezetet biztosító házak. 3868/97-VI, 23/97 kgy.

¹¹³⁵ 1898. évi 6066. eln. sz. tanácsi határozat

¹¹³⁶ KM 1898/55.189 (szept. 27.)

¹¹³⁷ Az 1880-as évek vége és a századforduló között lényegesen nem változtak a viszonyok. „[...] minden negyedik férfi ágyrajáró, tehát olyan, kinek sem szobája, sem butora, de még saját ágya sincs.” – írja Pikler Gyula 1902-es jelentésében. – idézi BRÓDY ERNŐ, 1909, 147.

¹¹³⁸ DEUTSCH ERNŐ: A gyermekkori gümőkóróság leküzdésére szükséges sociál-higiénés intézkedések. In: *A magyar orvosok tuberkulózis-egyesületének munkálatai.* I. nagygyűlés. Budapest, 1913. április 11-12. Szerk. Ország Oszkár – Geszti József. Budapest, 1913, Franklin ny. 197-220.

3.4.2. Cselédlakások

Ami a cselédlakások problémáját illeti, egy 1897-es rendelet rögzítette a tbc-elleni védekezés főbb vonalait, a törvényhatóságoknak szabályrendelet alkotását írva elő a kérdésben.¹¹³⁹

A törvényhatóságok közül leggyorsabban Szabolcs vármegye – ahol a legmagasabb volt az uradalmi cselédek száma – teljesítette az 1897-es rendelet szabályrendelet alkotásra kötelező előírását. Ez – a minisztérium által 1898-ban megerősített rendelet – birtokosoknak és bérlőknek a családok cselédek számára külön szoba biztosítását írta elő. A rendelet megalkotásával azonban a vármegye darázs-fészekbe nyúlt. A parlamentben helyi birtokosok tiltakoztak a szabályozás ellen, így végrehajtását fölfüggesztették és csak 1904-ben, módosított formában került ismét a megyei közgyűlés napirendjére.¹¹⁴⁰ A cselédlakásokban uralkodó tarthatatlan állapotokat alátámasztották a szakmai körök megfigyelései és a statisztikai adatok is. A megfigyelések szerint ugyanis – a nyugati tapasztalatokkal szöges ellentétben – éppen a 10.000 lakosnál nagyobb városainkban volt legalacsonyabb a tbc-halálozások száma, melyet a rendezett tanácsú városok köre követett, míg a legrosszabb mutatókkal azok a mezőgazdasági területek rendelkeztek, ahol épp a szabad levegőn való tartózkodás miatt arányaiban a legkevesebb halálozás lett volna várható.¹¹⁴¹ „*A fenti anomália valószínű okai: silány lakás, silány élelmezés, a szervezetnek kimerültsége, korai és túlzott testi munka, okatlan népszokások, nőknél: a terhes állapotban való erős munka, a rövid gyermekágy, hiányzó pihenés és rossz táplálkozás.*”¹¹⁴² – állapította meg Fáy, s valóban, a kérdés rendkívül összetett volt, melynek csak – egyébként nem elhanyagolható – szeletét képezte a lakások kérdése. A szakember megállapítása szerint a tüdővész elsősorban lakásbetegségként terjedt, így legelsőképp a rossz lakáshasználati szokásokon kellett változtatni, mivel ezek pénzbe nem kerültek, viszont hasznosságuk szinte azonnal megmutatkozott volna. Hogy nem csak a szegény, túlszűfolt lakásokban élöket fenyegette a tüdővész, a közegészségügyi felügyelő a következő megfigyelést tette mosoni útján: „*A módos sváb család saját házában lakik, van a konyhán kívül két-három minden tekintetben kifogástalan szobája, deszkapadlós, nagy ablakos, magas, világos és száraz helyiségek. Ebből azonban rendszerint csak egyet használnak, ha nyolcan vannak, mind a nyolcan ott alusznak, az ablakokat nyáron zsákszövettel, ronggyal teljesen befödik, a meleg és a legyek ellen. [...] Télen az állapot még rosszabb. Az ablakot sosem nyitják ki, jó, ha be nem ragasztják, azonkívül a takaréktűzhely is bekerül a szobába [...] Köpőládájuk nem igen van, a szobába behordott kis földrakásra köpnek, azt persze a lábukkal lassan szertehurcolják a padlón.*”¹¹⁴³

¹¹³⁹ BM 1897/49.851

¹¹⁴⁰ Igaz, hogy a minisztérium által 1905-ben jóváhagyott újabb rendelet már nem csak a cselédek és dohánykertészek családok lakásáról, hanem a fertőző betegek elkülönítéséről, az árnyékszékekről valamint az lakásra alkalmatlan szállások átalakításának 10 éves türelmi idejéről is rendelkezett. – Ld. SÁPI VILMOS: *A tbc elleni küzdelem és a cselédlakások problémája a kapitalizmus kori Magyarországon*. OK (48-49), 107-129. 1969, 111.

¹¹⁴¹ Ld. CHYZER KORNÉL: *La lutte contre la tuberculose en Hongrie*. Budapest, 1908, Athenaeum. 4.

¹¹⁴² FÁY ALADÁR: A tuberkulózis elterjedése Magyarországon In: *A magyar orvosok tuberkulózis-egyesületének munkálatai, II. nagygyűlés*. Budapest, 1914. április 20-21. (Szerk. Ország Oszkár – Geszti József) Budapest, 1914, Franklin. 295- , 303.

¹¹⁴³ Fáy Aladár m. kir. közegészségügyi felügyelő jelentése a tüdővész okainak kutatása tárgyában Moson vármegyében teljesített vizsgálata eredményéről. In: *A Magyar Királyi Kormány tevékenysége a tuberkulózis ellen való védekezés terén 1898-1907*. Közvetteszi a M. Kir. Belügyi Ministerium. Budapest, 1909, 135-172. 148.

Egészséges lakások megfelelő számban való építésére sem az anyagi feltételek, sem a kellő elszántság nem voltak meg. Ami uradalmi szinten talán megoldhatónak tűnt rendeletekkel, majd az állami támogatási rendszer kidolgozásával, országos szinten már nem volt megvalósítható. Márpedig a tüdővész szempontjából – a statisztikák szerint – kiemelt jelentőségű ügyről volt szó. Két említésre méltó megoldás is született.

Az egyik a hagyományos járványellenes pedagógiai módszereket helyezte a védekezés középpontjába. Fáy Aladár, közegészségügyi felügyelő a mosoni vizsgálatok kapcsán kifejtette, hogy *„A tuberkulózis ellen való sikeres védekezés nehézségei pedig e téren [t.i. a rossz szokások terén – P.B.] még nagyobbak, mint a közvetlen küzdelemnél, egyrészt mert ezen előkészítő helyi okok úgyszólván községenként változnak s így azokat csak a helyi viszonyokkal ismerős lelkiismeretes szakember derítheti ki, másrészt pedig, mert ezek a praedisponáló körülmények nem egészségügyi, hanem szociális tényezők s így azokat egészségügyi rendeletek kibocsátásával megszüntetni nem is lehet. Társadalmi úton, tanítás, nevelés által lehet csak pl. a megrögzött népszokásokat abba hagyni vagy megváltoztatni s ezen a téren a jó pap, jó tanító és értelmes jegyző többet tehet minden egészségügyi rendeletnél.”*¹¹⁴⁴ Fáy tehát – aki másokhoz hasonlóan fölismerte, hogy a tbc terjedése nagyban függ a lakásvizonyoktól – a megoldást a helyi (nem orvos) értelmiség közreműködésével látta megvalósíthatónak. A helyzet ismerős. A kellő természettudományos műveltséggel nem rendelkező népesség körében a helyi viszonyokat ismerő, az érintettekkel kapcsolatot napi szinten tartó értelmiségi szava – még ha nem is orvosról volt szó – gyakran többet nyomott a latban, mint a törvényhatóság bármilyen rendelete.

A zsúfolt lakások kérdésének megoldását célozta az 1906-os rendelet, mely meghatározta a zsúfolt lakás fogalmát, előírva a törvényhatóságoknak a tárgyban szabályrendelet alkotását. További lépésként, – mivel pusztán a zsúfoltság meghatározásától s az esetlegesen kilátásba helyezett szankciókról nem sokat lehetett várni – az 1907/XLVI. tc. lehetőséget biztosított a törvényhatóságok vagy községek által épített cselédlakások állami támogatására (mely jelentette egyrészt építési tervek szolgáltatását, másrészt a megvételhez állami garanciát, vagy a kamattámogatást, vagy bérleti díj támogatást). Az állami cselédlakás-építési program célja tehát a túlszúfolt lakások fölszámolása, az egészséges lakások megteremtése volt, mely szorosan kapcsolódott a tbc elleni küzdelemhez.

3.5. Az elkülönítés

A másik elképzelés Korányi Sándor nevéhez fűződik. A neves orvos fölismerte, hogy az eddig egyetlen igazán hatásosnak bizonyult gyógy mód, a szanatóriumi kezelés – drágasága miatt – elérhetetlen a legveszélyeztetettebb csoport számára, ráadásul ide leginkább azok a betegek valók, kiknek baja még nem előrehaladott. A tüdővész egy stádiuma után már a szanatóriumi kezelés is értelmetlen. Korányi szerint ugyanakkor nem csak a menthetetlen betegeket kell kizárni a szanatóriumi kezelésből,

¹¹⁴⁴ Fáy Aladár m. kir. közegészségügyi felügyelő jelentése. 1909, 157.

hanem azokat a szegényeket is, kiknek életkörülményeik a visszaesés miatt értelmetlenné teszik a drága kezelést. A kialakított rendszer másik eleme, a tüdőgondozó, a városi lakosságnak jelent segítséget, ahol leginkább tanáccsal próbálják ellátni az érintetteket, hogy azok ne jelentsenek akkora veszélyt környezetükre. Ami a falusi lakosságot illeti, Korányi kijelentette, hogy: „*A falusi nép számára, mondjuk ki nyíltan, tüdővész-gyógyítás számbajövő mértékben nincsen és ha belőle egyes szerencséseket sikerül nagy áron megmentenünk, kiadjuk azt a pénzt, amelyet az egészségesek sokkal nagyobb számának megóvására költhetnénk.*”¹¹⁴⁵ Tekintettel arra, hogy a statisztikák szerint a tüdővészen meghaltak 10%-a 7 éven aluli gyermek, a megoldást hosszú távon a gyermekek fertőződésének megakadályozása jelenthetné. Korányi a dán és a mezőhegyesi kísérletek eredményeire mutatott rá, melyek az egészséges és beteg tehének elválasztásával értek el számottevő eredményt. Nyilvánvaló probléma volt, hogy emberek között az ilyen elválasztás igen kényes, és rengeteg olyan problémát szül, mellyel az állatkísérletek esetében nem kell számolni. Franciaországban nagy gyermektelepeket hoztak létre veszélyeztetett gyermekek számára, és e példából merítve dolgozta ki Korányi a hazai viszonyokra alkalmazhatónak vélt módszerét. Radikálisnak tekinthető rendszerét így foglalja össze: „*Ha rajtam állana, minden faluban vagy egymáshoz közel fekvő falvak kis csoportjában, minden nagyobb uradalomban, minden nagyobb gyári munkástelepen fölállítanék egy kis parasztházat. Úgy építeném, úgy rendezném be, ahogy azt építené és berendezné az odavaló földműves vagy munkás. Csak ablakait szabnám nagyobbra, arról gondoskodnám, hogy tisztán tartsák, szellőzzék, süssön bele a nap. Ebben a házban gyűjteném össze azokat a gyermekeket, akiket tüdővészes beteg környezetében egészségeseknek találtam és ott tartanám addig, míg a beteg halálával és a lakásnak egyszerű kitakarításából, kiszellőzéséből és meszeléséből, a fertőzött ruhaneműeknek kifőzéséből álló dezinficiálásával a szülői lakásban a veszedelem meg nem szűnt.*”¹¹⁴⁶ A fölállított házak vezetésére a terv szerint egészséges parasztházaspárokat fogadnának föl, hogy az elkülönített gyermekek a lehetőség szerint a legkevésbé szakadjanak ki a megszokott környezetükből. Korányi az ekkor fönálló ellátórendszerhez kívánta csatolni az elkülönítő-telepeket. Véleménye szerint a magánszanatórium a vagyonos betegek intézménye, a jótékonyági intézmények által fönntartott szanatórium a szegény középosztálybeliek és esetleg a városi munkások gyógyulását szolgálhatják, míg az általa fölvezetett új intézmény javíthatna a falusi lakosság helyzetén. A tervezet kimondta, hogy a tüdővész elleni küzdelmet annak eredeténél kell elkezdeni. A megvalósítás a lehető legjobban figyelembe venné az ország lehetőségeit, nem táplált hiú reményeket a falusi lakosság számára elérhető szanatóriumrészerről, nem sürgetett nagyszabású lakásátépítési programot. A javaslat teljesen racionálisan számolt a tbc-s szülők elhalálozásával, és a helyzet javítását az elkülönítéssel néhány nemzedék alatt elképzelhetőnek tartotta. Az elkülönítésnek nem csak Korányi volt híve. Chyzer a tüdőbeteg anyák gyermekei állami gondozásba vételének lehe-

¹¹⁴⁵ BR. KORÁNYI SÁNDOR DR.: *A tuberkulózis elleni védekezés a falusi nép körében.* (A Tuberkulózis elleni küzdelem országos bizottságának 1912. március 3-án tartott alakuló közgyűlésén előadta) A Tuberkulózis Elleni Küzdelem Országos Bizottságának Kiadványai I. Budapest, 1912, Budapesti Hírlap ny. 10.

¹¹⁴⁶ U.o. 13.

tőségét vetette föl.¹¹⁴⁷ A sok vitás elemet hordozó gondolatot azonban az egészségügyi kormányzat nem karolta föl, így a vizsgált korszakban a falusi lakosság ellátása lényegében nem változott.

3.6. Tisztasági szabályok betartatása

3.6.1. Köpetvizsgálat

A tüdővész elleni küzdelemben kulcsszerepet játszott a köpködés szokásának kezelése. A tbc-terjedését ugyanis elősegítette a köpetben található kórokozó, mely fertőzőési képességét a kortársak szerint nem veszítette el a kiszáradással, hanem a porral tovább terjedt. Ezért számos olyan intézkedéssel találkozunk, melyekkel a köpködés szokását próbálták visszaszorítani, vagy pormentes környezetet kívántak teremteni. Már a tbc-ellenes föllépés nyitányaként értékelhető 1898-as rendelet utalt a köpködés szokásának káros voltára (ld. fent), és az ennek nyomán megalkotott fővárosi határozat is megemlítette, hogy a készülő új köztisztasági szabályrendelet kiterjesztené köpködés – ebben az időben még csak közlekedési eszközökön meglévő – tilalmát a vendéglőkre és a többi nyilvános helyre.¹¹⁴⁸ A tbc-korai szakaszában fontos a köpetvizsgálat, mely tisztázni tudja, hogy a tbc-gyanús illető valóban beteg-e, vagy sem. Ezért a Belügyminisztérium ingyenesen igénybe vehető, ideiglenesen a Bakteriológiai és Egészségtani Intézet keretein belül működő köpetvizsgáló állomás létrehozása mellett döntött.¹¹⁴⁹ Az intézet orvosok által porcelán tégelyben vagy üvegben akár postán is beküldött minták elemzésével foglalkozott^{1150 1151}, de e mellett a legtöbb közkórház is elvégezte a köpetvizsgálatot. A tüdővész elleni védekezésben figyelemre méltó, hogy abban – Andrássy belügyminiszter kezdeményezésére – nem csak a belügy-, hanem más minisztériumok is részt vettek. Az egyes minisztériumok közötti együttműködésre ugyan (főképp járványügyi feladatokkal kapcsolatban) már korábban is volt példa, de hét minisztérium együttműködése a tbc elleni küzdelemben mindenképp megemlíten-dő. Épp a köpködés szokása elleni föllépés, illetve az érintettek számára köpöcsésze biztosítása volt az, melyben a belügy jó együttműködést tudott kialakítani más minisztériumokkal. Az 1890-es évek végén sorra születtek meg az egyes miniszteri rendeletek a köpködés tilalmáról, illetve a köpöcsészek használatának bevezetéséről. A Pénzügyminisztérium 1898-ban például rendeletben küldte szét a pénzügyigazgatóságoknak az alkalmazandó tisztasági rendszabályokat¹¹⁵², valamint ajánlást a köpöcsésze-beszerezésre.¹¹⁵³ Ugyanezt megtaláljuk a Közlekedésügyi Minisztérium rendeletanyagában is, melyet a vasút-igazgatóságoknak küldött szét, előírva a váróhelyiségekben a szellőztetést és a köpö-

¹¹⁴⁷ Az elképzelés szerint a gyerekek 7 éves korukig lettek volna állami gondozásban. – ld. CHYZER BÉLA: *A tuberkulózisban szenvedők anyagi támogatása az állam részéről*. Egészség, 1904/2. 38-42. 42.

¹¹⁴⁸ 1898. évi 6066. eln. sz. tanácsi határozat

¹¹⁴⁹ BM 1907/43.205/VII-a.

¹¹⁵⁰ BM 1907/74.386-VII-a

¹¹⁵¹ Az intézet fél év alatt 166 orvos megkeresésére 381 vizsgálatot teljesített, (ebből 35 pozitív, 246 negatív eredménnyel zárult) – *A Magyar Királyi Kormány tevékenysége a tuberkulózis ellen való védekezés terén 1898-1907*. Közzéteszi a M. Kir. Belügyi Ministerium. Budapest, 1909, 25.

¹¹⁵² PM 1898/15.372

¹¹⁵³ A minisztérium szerint a legjobb minőségű és legolcsóbb köpöcsészet a budapesti Hüttl Tivadar cs. és kir. udvari szállítónál lehet beszerezni, mely két darabból készült porcelán, és mindössze 75 kr-ba kerül. – PM 1898/44.123

csészek beszerzését, illetve kihelyezését.¹¹⁵⁴ A köpködés szokása elleni küzdelembe a közoktatásért felelős tárca is bekapcsolódott, s rendelettel hívta föl a tanítók és tanárok figyelmét arra, hogy szoktassák rá a tanulókat a köpöcsésze használatára, valamint hogy az erősebben köhögő tanulókat a köpöcsésze mellé ültessék.¹¹⁵⁵ A köpöcsészek használatának előmozdításán kívül fontos feladat volt a portmentesítés. Mérésekkel támasztották alá azt a vélekedést, mely szerint a kórokozók a napsütésben hamarabb elpusztulnak, de napfénytől és levegőtől elzárt térben sokáig megőrzik fertőzőképességüket. Ezért egyrészt a köpöcsészek nedvesen tartása volt fontos, hogy innen ne kerülhessen ki a légtérbe a fertőzés, másrészt a nagyobb forgalommal bíró helyiségek padlójának portalanítása.¹¹⁵⁶

3.6.2. Padló-tisztítás

A padlótisztítás kapcsán a rendeletekben megjelent a nedves ronggyal való fölmosás előírása, illetve a nedves fűrészporral való tisztítás (az iskolákban előírták a padló söprése előtt annak nedves fűrészporral fölszórását, majd a söprés utáni elégetését). A porral járó egészségi kockázatok csökkentésére a fővárosi Bakteriológiai intézetben 1909-óta kísérleteket folytattak az utak olajjal való öntözésére.¹¹⁵⁷ Az utak tisztán tartására ugyanitt 1911-ben megkísérelték a géppel való mosást. 1912-ben beszerettek elektromos aszfaltmosót és seprőgépeket. Rendszeres volt az utak locsolása (nyáron naponta 2-6 alkalommal), melyet tömlővel, vagy locsolókocsival végeztek. Érdekesebb megoldás volt viszont a makadám utak olajozása. Az egyértelműen egészségügyi indokokból választott drágább megoldás egy nyár alatt három alkalommal végzett olajozást jelentett.¹¹⁵⁸

3.6.3. Társminisztériumok a tbc-elleni védekezésben

A köpöcsésze-beszerzés kérdésén túl az egyes minisztériumok irányításuk, vagy felügyeletük alá tartozó szervezetekkel kapcsolatosan kidolgozták saját tbc-ellenes lépéseiket.¹¹⁵⁹

A Pénzügyminisztérium irányította a pénzügyi hivatalokon kívül az állami vállalatokat, melyek közé a bányauzemek, vas- és dohánygyárak, dohánybevéltő hivatalok tartoztak. A minisztérium ezek számára előírta a padló nedves tisztítását a köpöcsészek elhelyezését, de az alapvető egészségügyi szabályok betartásán kívül egyéb, az irányított szervezetek helyzetének megfelelő speciális szabályokat is életbe léptetett. A dohánygyárakban nagyszámú vizes köpöcsészt helyeztetett el, valamint szel-

¹¹⁵⁴ KM 1899/24670/V. Ez a rendelet háromfajta köpöcsészt ajánlott, mindhármát a zólyombrezói kincstári zománcoló gyár kínálatából. A legolcsóbb kék, fehér zománccal 50 kr-os áron, a drágább fehérre zománcolva 60 kr-ért kapható, míg a luxuscsésze díszített, 1 Ft 20 kr-os áron.

¹¹⁵⁵ VKM 1898/62.986, VKM 1905/56.000 körr.

¹¹⁵⁶ Ennek végrehajtása korántsem volt tökéletes. A postákon például nem végezték mindig kellő körültekintéssel és ami még fontosabb, kellő gyakorisággal a csészek tisztítását, ezért az igazgatóság 1903-ban újból felhívást tett közzé a megelőző rendszabályokról. – *Védekezzünk a tüdővész ellen* – oktató felhívás, kiadta a posta- és távirda vezérigazgatóság, 1903.

¹¹⁵⁷ A Stefánia út egy meghatározott részén vízzel tisztították az utat, majd egy másik részén olajat locsoltak. A kísérlet során az előbbi szakaszon 2240, míg az utóbbiban 144 baktériumot számoltak a levegő egy bizonyos rétegében. – *Budapest székesfőváros közigazgatása és közállapotai az 1909-1912. években.* – a székesfőváros közigazgatási évkönyveinek VII. kötete, Budapest, 1914, 155.

¹¹⁵⁸ A Bakteriológiai intézet vizsgálatai szerint ennek a megoldásnak sokkal jobb porkötő hatása volt, mint bármilyen más módszernek, és ráadásul az utat is tartósabbá tette.

¹¹⁵⁹ *A kormány tevékenysége a tuberculosis elleni védekezés terén.* Közegészségügy, 1909. aug. 15.

lőző berendezéseket szereltetett föl, illetve a munkások felvételekor is szigorúbb vizsgálatokat végeztetett. E szerint nem csak tüdővészeseket, hanem tüdővészre hajlamosokat sem vettek föl, a föl vétel után megbetegedett munkást elkülönítették, illetve az előrehaladottabb szakaszban lévő t elbocsátották.¹¹⁶⁰ Több gyárban munkás-ruhatárakat és munkás-fürdőket létesítettek, minden munkás számára külön ivópoharat biztosítottak és megtiltották, hogy közvetlenül az ivóvíztartókból igyanak. Hasonló intézkedésekkel jelentkeztek a bányai igazgatóságok is. A nagybányai igazgatóság például szintén nem vett föl tbc-re hajlamos munkásokat, a már megbetegedettekről nyilvántartást vezettek, de nem bocsátották el, hanem a kezdeti stádiumban lévőket gyógyfürdőbe utalták, a súlyosabb betegeket a bányakórházban külön szobában ápolták. Az intézkedéseknek köszönhetően a bányai igazgatóságoknál kevesebb volt a tüdővészesek száma.¹¹⁶¹ A Pénzügyminisztérium bekapcsolódott a szanatóriumépítésbe, illetve fönntartásba is. A minisztérium felhívására a zalatnai főbányahivatal a Zsil völgyi társaspénztár ból a József királyi herceg szanatórium egyesület gyulai szanatóriumánál 10.000 koronás ágyalapítványt tett a bányá- és kohómunkások, valamint ezek családtagjai részére.¹¹⁶² 1906-ban kezdte el a minisztérium építtetni az algyógyi szanatóriumot, miután Lukács László miniszter tudomást szerzett arról, hogy az állami vasgyárak munkásai körében végzett orvosi vizsgálat szerint a munkások 12%-a tbc-s. Így az erdélyi, Hunyad megyei Algyógy és Csigmó közelében, az EMKE tulajdonában lévő tölgyesből szereztek 44 holdnyit, és itt két év alatt kétágyas szobákkal, 100 főre tervezett modern szanatóriumot építtetett.¹¹⁶³

A tüdővész terjedése elleni társmisztériumok által jegyzett intézkedések közül végül meg kell említeni a Földművelésügyi Minisztérium által beindított, a tbc-vel fertőzött tehenek tejtermeléséből történt kiiktatását célzó programját. 1906-ban a tbc terjedése miatt az egész országra terjedő védekezés kidolgozására a Belügyminisztériumban értekezletet tartottak az érintett tárcák képviselői. Az állati tbc terjedésének megakadályozására született rendelkezés arról, hogy a külsőre is láthatóan tbc-s tehenek vasúti szállításra föl vételének tilalmáról. A minisztérium intézkedett arról, hogy ahol nyugati típusú szarvasmarha-tenyésztés folyik, ott (a szopós borjak kivételével) alkalmazzák a tuberkulin-oltást a tenyészállatokra¹¹⁶⁴, illetve arról, hogy az állami kezelésben lévő telepek oltási költsége külön tételként jelenjen meg azok költségvetésében.¹¹⁶⁵

1907-ben az oltások alkalmazásán (ami az állami tenyészeteket érintette) és a vasúti szállítások tilalmán túl újabb eszközt talált a minisztérium.¹¹⁶⁶ Az elképzelés szerint a tbc-s teheneket – miután az állatorvos a helyszínen megvizsgálta – megveszi, méghozzá a piaci árak figyelembevételével, teljes

¹¹⁶⁰ Hasonló rendelkezéseket tartalmazott a kereskedelemügyi miniszter egyéb ipartelepekre kiadott KM 1898/55.189 sz. rendelete

¹¹⁶¹ Rosszabb volt a helyzet a selmeci igazgatóság területén, mert a széles körben elterjedt alkoholizmus, a rosszabb lakásvi-szonyok és a munkások javíthatatlan vigyázatlansága miatt az intézkedések kevésbé hatásosak és kevésbé lehet betartani őket.

¹¹⁶² *A Magyar Királyi Kormány tevékenysége a tuberkulózis ellen való védekezés terén 1898-1907.* Közzéteszi a M. Kir. Belügyi Ministerium. Budapest, 1909, 30.

¹¹⁶³ U.o.

¹¹⁶⁴ FM 1904/599

¹¹⁶⁵ FM 1904/75.395.-IV.3

¹¹⁶⁶ FM 1907/115800.III./4.

áron. A felek egyezséget köthettek, hogy a levágás után a hasznosítható részeket a korábbi tulajdonos kapja meg, és ekkor az árból ezt le kellett vonni. Ha a tulajdonos nem egyezett bele az adásvételbe, akkor a tehén tejelésből kizárásáról az állatorvosnak az első fokú hatóságnál kellett előterjesztést tennie. A rendelet nyomán hét vármegyében és nyolc városi törvényhatóság területén indult meg a tőgygümőkóros tehének irtása.

4. Összefoglalás

Összefoglalóan elmondható, hogy a tüdővész elleni védekezés eszközrendszere 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.

VII. Összegzés

I.

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 maradékát, 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 szűkössé vált. Az állami utalványozás rendszerének megtartása, a pénzügyigazgatás középszintű szer-

veinek működése, majd a századforduló után a megyei tisztikar függésének további erősödése jelzik a Szapáry-kísérlet után hangosan többé ki nem mondott szándékok végrehajtását.¹¹⁶⁷

2. 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 fizikusait, 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 elkerülhetetlenné 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.

II.

1. 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

¹¹⁶⁷ A községek, illetve a törvényhatósági jogú városok helyzete ugyanakkor más. A nagyobb adóztatási szabadság birtokában, s főképp a helyi közegek megmaradásával a községek, városok igazgatási mozgástere is nagyobb.

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.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).

III. A közegészségügy hiányos működésének strukturális okai

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.

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 igazgatótól. 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” miatt 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.

IV. 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 fémjelzte 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 el-

lenállása, 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 rendezettség. 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.¹¹⁶⁸

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).

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 ki-

¹¹⁶⁸ 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

dolgozásával, mint amilyen pl. az illetőség intézménye, és olyan fogalmak jogszabályi meghatározásával, mint amilyen pl. a szegénység volt¹¹⁶⁹.

¹¹⁶⁹ Hozzá kell tenni, hogy alacsonyabb színű jogszabályok megkísérelték az egészségügyi ellátások szempontjából oly fontos szegénység-fogalom meghatározását. – Ld. pl.: *A sopron-városi szegény-ápolódnak alapszabályai*. Sopron, 1873, Romwalter Károly. 17.§

I.

Das Nachdenken über das öffentliche Gesundheitswesen bzw. die staatliche Engagement waren bereits vor 1867 präsent in Ungarn: die erste übergreifende Regelung entstand 1770; danach waren es vor allem die Fragen des Seuchenwesens und die um die einzelnen Rollenträger des Versorgungssystems, in denen es (weitere) Fortschritte gab. Der Periode nach 1867 gebührt jedoch ein besonderes Augenmerk. Einerseits weil die damalige Entwicklung der Medizin bis heute wirkende und gültige Lösungen auf lange Zeit nicht handhabbare Probleme hervorgebracht hat. Andererseits weil die Herausbildung des Versorgungssystems, die medizinische Ausbildung, die Bestimmung und die Interpretation der Richtlinien der Finanzierung sowie jener Rollen, die die einzelnen Rollenträger im Verwaltungssystem bekleideten, bis zum ersten Jahrzehnt des 20. Jahrhunderts ein zumindest funktionierendes, wenn auch nicht fehlerfreies öffentliches Gesundheitssystem entstehen ließen.

1. Die Frage der Verstaatlichung

Die Neuordnung des Verwaltungssystems wurde durch das Dilemma Zentralisierung (wirksame Verwaltung) kontra Rückkehr zur bzw. Beibehalten der Dezentralisation geprägt und die politische Atmosphäre des Ausgleichs machte statt des Ausbaus eines progressiven, zentralisierten Verwaltungssystems eine kompromisshaften Lösung zwischen den beiden Modellen möglich. Die Institutionen der Selbstverwaltung bewahrten so die Reste ihrer politischen Rechte und vor allem ihre Rolle in der Verwaltungsausführung. Die Möglichkeit, ein professionelles Verwaltungssystem der mittleren und unteren Ebene auszubauen, war damit gegangen. Was danach kam war – grob formuliert – eine Reihe geglückter bzw. missglückter Versuche der Systemkorrektur. Die erste „Korrektionsperiode“ ist mit dem Namen von Kálmán Tisza verbunden, der im Jahre 1875 seine Regierung bildete. In der Tisza-Ära begann die 'Verstaatlichung' des Verwaltungssystems. Die Schaffung eines Verwaltungskomitees, das neue Gesetz über die Gemeinden sowie Komitate und Städte mit Munizipalrecht (ungar.: törvényhatóságok), die Sanierung der Finanzen der Komitate, die Regelung der Verantwortungsrelationen und der Klassifizierung von Beamten, die Gründung der Gendarmerie waren die Ecksteine jenes Prozesses, der die Akteure der Verwaltungsausführung mittlerer und unterer Ebene mit einer immer beschränkteren Bewegungsfreiheit in den Rahmen des Staatsverwaltungssystems drängten. Mit der Abdankung von Tisza nahm die Tendenz der Verstaatlichung kein Ende. Der berühmteste Versuch, die 'Lex Szapáry' scheiterte zwar, doch die Staatsverwaltung im engeren Sinne drang immer mehr in die Sphäre der einst so viele Rechte besitzenden Selbstverwaltung ein. Um die Jahre der Jahrhundertwende ist der Endpunkt dieses Prozesses bereits sichtbar: durch die konzeptionale Gesetzgebung wurde das rechtliche Umfeld des auf Selbstverwaltung basierenden Wirkens der Komitate ziemlich eingengt. Das Beibehalten des Systems staatlicher Auszahlungen, das Wirken der Organe mittlerer Finanzverwaltung und die verstärkte Abhängigkeit des Komitat-Beamtenkörpers zeugen von der Ausführung der nach dem Szapáry-Versuch unausgesprochenen Absichten.

2. Die Anpassung des Gesundheitswesens an die Reformperioden des Verwaltungssystems

Die Reihe der Verwaltungsreformen des Dualismus zeigt in die Richtung der Verstaatlichung. In diese Tendenz fügt sich auch die Entwicklung des öffentlichen Gesundheitswesens ein. Die Grundvoraussetzungen dazu waren teils schon zum Zeitpunkt des Ausgleichs vorhanden: das Gesundheitswesen hatte einen Verantwortlichen in der Zentralverwaltung; es gab bereits medizinische Ausbildung in Ungarn; die Komitate zahlten ihre 'Physiker', die für sie regelmäßig Berichte verfassten, und auch in manchen Gemeinden, die es sich erlauben konnten und die auch über Aspiranten verfügten, gab es bereits Ärzte.

Die Gesundheitsverwaltung hatte gleichzeitig enorme Aufgaben zu bewältigen. Darum und wegen des Wunsches nach Systemumbau wurde die Durchführung der Reformen unausweichlich. Die Änderungen knüpften einerseits an die Reformperioden des Verwaltungssystems als Ganzes (solche waren typischerweise die Zeitspanne zwischen 1875-76 und nachher die Periode, in der die Regelung der Gemeinden bzw. der Komitate und Städte mit Munizipalrecht erfolgte). Andererseits waren die Änderungen teilweise mit der Regelung einzelner Teilbereiche verbunden; dies geschah zum Beispiel in den Perioden, als das Versicherungssystem ins Leben gerufen wurde bzw. als die Lage und die finanziellen Verhältnisse des Personals in den Komitaten und Gemeinden geregelt wurden.

Schließlich kam es zu Fachverwaltungsreformen, die durch einzelne Ereignisse des Gesundheitswesens, charakteristischerweise durch das Auftauchen von Fragen des Seuchenwesens bedingt waren. In diesem Sinne beschleunigte die Cholera vom Jahre 1872/73 die Verabschiedung des Gesundheitsgesetzes (1876), und – was auf eine noch engere Verbindung verweist – so wurden auch die Gesetze über Schutzimpfungen gegen Trachom und Pocken (Variola) herbeigeführt.

II.

1. Faktoren, die die Reform des Gesundheitswesens beeinflussten

Die Regelung des Gesundheitswesens war von diversen Faktoren abhängig und die Durchführung einzelner bahnbrechender Maßnahmen benötigte ein glückliches Zusammenspiel der Umstände, d. h. der politischen Umgebung, der wirtschaftlichen Situation, der synergischen Wirkung aktueller Probleme des Gesundheitswesens, des Wirkens bedeutender Fachpersönlichkeiten und in einigen Fällen der artikulierten Äußerung eines gesellschaftlichen Willens.

Es ist festzustellen, dass nur ein geringfügiger Teil der Öffentlichkeit sich mit den Fragen des Gesundheitswesens befasste. Laut Presseberichte bzw. den parlamentarischen Materialien konnte das Gesundheitswesen als solches zwar in den Mittelpunkt des Interesses rücken, doch nach der Lösung des aktuellen Problems war weder die Öffentlichkeit, noch die politische Elite an der Frage interessiert, wie das Gesundheitswesen geregelt werden könnte. In der Fachliteratur wurde schon des Öfteren festgestellt, dass das Gesundheitsgesetz vom Jahre 1876 zwar eine großartige Leistung war, das zeitgenössische Ungarn jedoch nicht auf dem entsprechenden Entwicklungsniveau stand, um es ausführen zu können. Im Grunde entspricht diese Behauptung der Wahrheit, man muss jedoch hinzufügen, dass

nicht nur die allgemeine Entwicklung des Landes, d.h. insbesondere die wirtschaftlichen Verhältnisse und die Attitüde der Bevölkerung gegenüber den Fragen des Gesundheitswesens Mängel aufwiesen. Auch das Verwaltungssystem des Landes war für die Annahme bzw. Ausführung eines solchen Gesetzes unvorbereitet.

Das Gesetz existierte, und im Lichte dessen ist es verständlich, warum man damals keine zwingende Angelegenheit in der Regelung des Gesundheitswesens sah. Dennoch: diejenigen, die sich mit dem öffentlichen Gesundheitswesen befassten (s. die Kongresse der Gemeindeärzte), erkannten bald, dass das Gesetz trotz seiner Tugenden unausführlich war. So entfachte parallel zu den Reformen des Verwaltungssystems der Kampf um die Reform des öffentlichen Gesundheitswesens.

2. Verknüpfungen zwischen den Korrekturen

Ein Teil der Grundfragen des Gesundheitswesens – die Verantwortungsverhältnisse, das Lohnsystem, das Verhältnis zwischen staatlicher und komitatlicher/städtischer Funktionsträger – war eng mit der Regelung der Fragen des Verwaltungssystems verbunden. Die Korrektur dieser Grundfragen wurde daher im Verlauf der Reformen des Verwaltungssystems als Ganzes möglich (s. die Änderungen von den Jahren 1886 und 1893) und warf ähnliche Fragen wie die allgemeinen Reformen auf.

Eine zweite Gruppe der korrektionsbedürftigen Elemente des Systems bildeten die gesundheitlichen Fragen im engeren Sinne, die sich zum Teil mit altbekannten Problemen beschäftigten, zum Teil aber durch die Entwicklung der Medizin in die Reformpakete gelangten. Die Regelung des Impfwesens vom Jahre 1887, die eine bereits vorhandene Methode in die Praxis umsetzte, ist in die erstere Kategorie einzuordnen, wobei der Entwurf des Programms zur Trachombehandlung (1884) letztere Kategorie veranschaulicht.

III. Die strukturellen Gründe des mangelhaften Funktionierens des Gesundheitswesens

1. Die Frage des Zentrums

Das öffentliche Gesundheitswesen wurde von Anfang an einer Sonderabteilung des Innenministeriums zugeordnet, mit den Fragen des Gesundheitswesens beschäftigten sich jedoch auch andere Ministerien, die während der Ausübung ihrer gesundheitsrelevanten Aufgaben, bei der Formulierung von Gesetzen und Verordnungen und im Zusammenhang mit der Führung von Institutionen mit dem Innenministerium konsultierten. Die zentrale Führung des Gesundheitswesens erwies sich dadurch nicht einheitlich genug. Darum und in der Hoffnung einer besseren Interessenvertretung wurde der Wunsch nach der Gründung eines unabhängigen „Gesundheitsministeriums“ schon recht früh geäußert. Tatsache ist, dass der Aufgabenbereich des Innenministeriums während der Epoche fast kontinuierlich am Umfang zunahm, wobei die wichtigste Abteilung – die Abteilung für Gesundheitswesen – nur eine unter mehreren blieb. Der Wunsch nach dem unabhängigen Ministerium scheint also gerechtfertigt zu sein, besonders da es sich ausgezeichnet nachvollziehen lässt, wie die ministerielle Arbeit beim Auftreten einzelner engagierter Führungskräfte oder Experten intensiver wurde.

2. Die mittlere und untere Ebene des Ausführungssystems

Sowohl die Komitate und Städte mit Munizipalrecht als auch die Gemeinden wurden Teil jener Verwaltung, deren Grundlagen in den siebziger Jahren gelegt worden waren. Die Ausführung mittlerer und unterer Ebene war im Hinblick auf die finanziellen Mittel nur teilweise, im Hinblick auf den Personalbestand noch weniger von der Zentralverwaltung abhängig. Zwar wurde ein bedeutender Teil der Betriebskosten der Komitate vom Staat entrichtet, gerade die Schaffung des Gesundheitsversorgungssystems war zu hohem Grade von der finanziellen Belastbarkeit der einzelnen Komitate abhängig. Dadurch entstand eine Situation, in der es bezüglich der Administration immer geringere Unterschiede zwischen den Komitaten gab und auch das Bildungsniveau und die finanzielle Lage der Beamten immer ausgeglichener wurde, die gesundheitlichen Investitionen und der nicht vom Staat finanzierte Teil der Aufgabenerfüllung zeigten jedoch ein ziemlich gemischtes Bild. Ziel der Regierung war es, mit der Umstrukturierung der Umstände der Komitate eine professionelle Verwaltung mittlerer Ebene zu schaffen, welches Ziel im Grunde bis zur Jahrhundertwende in Erfüllung gegangen ist. Dies bedeutete jedenfalls nicht (gerade wegen der finanziellen Voraussetzungen), dass in Sachen Gesundheitswesen auch die Ausführung professionell geworden wäre.

Die grundsätzlichen Verhältnisse der Klein- und Großgemeinden unter strengerer komitatlicher Aufsicht konnten nur langsam geändert werden und die menschlichen und materiellen Voraussetzungen der Ausführung waren gerade dort nicht vorhanden, wo sie vermutlich am nötigsten gewesen wären. Darüber hinaus wurde das Funktionieren des Systems auf dieser Ebene durch offensichtliche strukturelle Fehler erschwert. Die unangemessene Bestimmung des Kompetenzbereiches von Bezirks- und Gemeindeärzten, die Zuweisung der amtsärztlichen Aufgaben den Bezirks- und Gemeindeärzten, jenes Lohn- und Wahlsystem, das einen ungünstigen Einfluss auf das Verhältnis von den Gemeinden und ihren Ärzten hatte und die Unvollkommenheiten der komitatlichen Verwaltung standen einer funktionierenden Gesundheitsverwaltung und Gesundheitsversorgung lange Zeit im Wege.

Die Städte mit Munizipalrecht und die unter komitatlicher Führung konnten eine größere Bewegungsfreiheit beibehalten. Ihr breiteres Besteuerungsrecht, die relative Unabhängigkeit der unter komitatlicher Führung existierenden Städte von dem zuständigen Komitat und die verlässlicheren finanziellen Grundlagen machten anschaulichere Entwicklungen möglich; das selbständige städtische Personal und jene "Stadtliche" der Ärzte und Hebammen, die eine bessere personelle Ausstattung zu Folge hatte, ermöglichten, dass die Gesundheitsverwaltung und die Gesundheitsversorgung problemfreier, ausgeglichener funktionierten. Die Tatsache, dass die Ärzte gewählt wurden, die Lohnverhältnisse, sowie die Differenzen bedingt durch das Versorgungssystem beeinflussten jedoch stark auch die Lage des öffentlichen Gesundheitswesens in den Städten.

IV. Weitere Gründe der unvollkommenen Verwaltungsausführung

1) Die Ausführung wurde durch die schlechte ärztliche Ausstattung, die unverhältnismäßige Verteilung der Ärzte bzw. des medizinischen Personals und die schnelle Fluktuation unter den Gemeindeärzten erschwert. Die ganze Ära wurde durch das Streben der Ärzte in die Städte gebrandmarkt; Regierungsmaßnahmen erfolgten erst aufgrund eines Gesetzes aus dem Jahre 1908, das die gemeindeärztlichen Löhne regelte – davor hing der Lohn eines Gemeindefarztes ausschließlich von den Leistungsmöglichkeiten seiner Gemeinde ab.

2) Bei den Maßnahmen, die das Gesundheitswesen, vor allem das Seuchenwesen (Absonderung, Desinfektion, öffentliche Reinlichkeit), die Geburtshilfe und die Lebensmittelsicherheit betrafen, wurde die Ausführung stark durch den Widerstand und die Unwissenheit der Beteiligten, das Vorhandensein verschiedener Vorurteile und die allgemeine Verbreitung der Kurpfuscherei bzw. der Laienmedizin gehindert.

3) Die Vielfalt der einschlägigen Rechtsquellen, in einigen Fällen die ungenaue Formulierung und die teilweise schwere Deutbarkeit der Regelungen bzw. die unzulängliche Klärung deren Verhältnisses zu den benachbarten Bereichen bereiteten ebenfalls Schwierigkeiten bei der Ausführung. Die Wurzeln des Problems sind weit verzweigt. Die Rechtsmaterie entstammt aus mehreren Quellen, so dass sie Gesetze, Verordnungen und Statute beinhaltet.

a) Der gesetzliche Hintergrund änderte sich mehrmals in der besprochenen Ära, bestimmte Begriffe wurden jedoch unterschiedlich verwendet; das Versäumnis der Vereinheitlichung erschwerte die Anwendung (wie es bei der ungenügenden Klärung des Begriffes der Kurpfuscherei geschah).

b) Das nächste Problem im Zusammenhang mit der Rechtsmaterie resultierte aus der in der Regelung manchmal zu beobachtenden Asynchronie, was so zu verstehen ist, dass die Erweiterung der einschlägigen Rechtsmaterie, d.h. die Veränderung der Aufgabenbereiche der Rollenträger, die Modifizierung ihrer Stellung im System sich in den Grundkodizes nicht widerspiegeln bzw. dass die Aufgabenbereiche teilweise auch nicht genau voneinander abgrenzen lassen. (Siehe dazu die Regelung der Situation der ((Hauptstadt-))Polizei, die Regelung bezüglich der Bezirke, die Kontrollbefugnis der Munizipalärzte oder die Regelung vom Rettungswesen.) Bis zur Erscheinung der Chyzerschen Gesetzsammlung bereitete es Schwierigkeiten, dass keine übersichtliche Rechtsquellensammlung im Bereich Gesundheitswesen existierte.

c) Als Hindernis bei der Ausführung können die Zweckmäßigkeit und die Rechtsquellenkonzipierung betreffende Verfehltheit bzw. Mangelhaftigkeit der Regelung einiger verknüpfter Bereiche (s. die Regelung der Gemeindegehörigkeit oder der Zahlung von Pflegekosten) bzw. das Nichtvorhandensein einer solchen Regelung angesehen werden (z.B. die Sonderregelung des allgemeinen Ausführungsprozesses).

d) Als Mangel kann man die Uneinheitlichkeit bewerten, die bei der Verfassung von der Gesamtheit der Verordnungen erkennbar ist (die ungenaue, nicht eindeutige Formulierung, auf die ich bereits bei den Gesetzen hingewiesen habe, und die später zur Klärung einzelner Elemente führte), sowie die unterschiedlichen Konstruktionsprinzipien, die in einigen Fällen vorhanden sind. (Siehe dazu die Ver-

ordnungen vom Jahre 1872 über die Regelung des Armenwesens, und der Regulierung des Verfahrens, das im Armenwesen zu befolgen ist.)

Mit der Anwendung der jüngsten Ergebnisse der Medizin durchlief das System der Gesundheitsverwaltung und der Gesundheitsversorgung eine enorme Entwicklung während des Dualismus. Es entstand ein funktionierendes Basisversorgungssystem und in einigen Bereichen ein funktionierendes Fachversorgungssystem; es gab wichtige Schritte in Richtung einer besseren ärztlichen Ausstattung, die Zahl der Krankenhausbetten vervielfachte sich und schließlich wurde die Sache des Gesundheitswesens auf allen Ebenen zu einer – wenn oft auch auf ambivalente Weise – anerkannten Aufgabe des Staates.

Andere Errungenschaften wie ein unabhängiges Ministerium, die Schaffung der Sozialversicherung, die umfangreiche Regelung des Krankenhauswesens, die Ausarbeitung einer entsprechenden Regulierung der angrenzenden Bereiche wie z.B. der Institution der Gemeindegehörigkeit sowie die rechtliche Bestimmung von Begriffen wie z.B. Armut konnte die Ära jedoch hervorbringen.

Források és irodalom

Levéltári források:

MOL: Magyar Országos Levéltár

BFL: Budapest Főváros Levéltára

GYVL: Győr Város Levéltára

MTA KK: Magyar Tudományos Akadémia, Könyvtár és Kézirattár

Nyomtatott források:

A "Munka" nevelő – és ápolóintézet tervrajza ügyefogyott és hülye gyermekek számára Rákospalotán, Budapest mellett. Budapest, 1875, Vodiáner F. ny.

A bábaügy országos rendezéséről. Jelentés, melyet nagyméltóságú duka- és szentgyörgyvölgyi Széll Kálmán a Belügyministerium vezetésével id. megbízott M. Kir. miniszterelnök úrnak eddigi működéséről benyújtott Dr. Tauffer Vilmos, a bábaügy országos rendezésével megbízott kormánybiztos. Budapest, 1902. Schmidl ny.

A bábaügy országos rendezéséről. Második kormánybiztosi jelentés, melyet nagyméltóságú Lukács László, a Belügyministerium vezetésével id. megbízott m. kir. miniszterelnök úrnak benyújtott Dr. Tauffer Vilmos, a bábaügy országos rendezésével megbízott kormánybiztos. Budapest, 1912. Schmidl ny.

A Budapest fő- és székvárosi állami rendőrség 1895. évi működése. Budapest, 1896, Kiadja a Főkapitányság, Pesti Lloyd-Társulat Könyvnyomdája.

A Budapest székesfővárosban és környékén állami költségen létesítendő munkástelepek. Budapest, 1911, M. Kir. Állami Nyomda.

A budapesti fő- és székvárosi M. Kir. rendőrség működése 1894. évben. Budapest, 1895, Kiadja a főkapitányság, Pesti Lloyd-Társulat Könyvnyomdája.

A budapesti I. kerületi általános közjótékonyági egyesület (I. ker. Attila körút 41. sz.) évkönyve az 1910-11. és 1911-12. évekről. Budapest, 1912, May János ny.

A budapesti kerületi elöljárók értekezleteinek jegyzőkönyvei az 1906. évről és a ker. elöljárósági szolgálati utasítás 17-ik §-a értelmében kötelező használatul kiadott nyomtatványok jegyzéke. Budapest, 1907, Budapest Székesfőváros Házinyomdája.

A budapesti kerületi elöljárók értekezleteinek jegyzőkönyvei az 1907. évről és a ker. elöljárósági szolgálati utasítás 17-ik §-a értelmében kötelező használatul kiadott nyomtatványok jegyzéke. Budapest, 1908, Budapest Székesfőváros Házinyomdája.

A budapesti kerületi elöljárók értekezleteinek jegyzőkönyvei az 1908. évről és a ker. elöljárósági szolgálati utasítás 17-ik §-a értelmében kötelező használatul kiadott nyomtatványok jegyzéke. Budapest, 1909, Budapest Székesfőváros Házinyomdája.

A budapesti kerületi elöljárók értekezleteinek jegyzőkönyvei az 1909. évről és a ker. elöljárósági szolgálati utasítás 17-ik §-a értelmében kötelező használatul kiadott nyomtatványok jegyzéke. Budapest, 1910, Budapest Székesfőváros Házinyomdája.

A budapesti kerületi elöljárók értekezleteinek jegyzőkönyvei. 1900.-1904. Budapest, 1905, Székesfővárosi Házinyomda.

A budapesti lakásviszonyok rendezése céljából kiküldött lakásügyi bizottság üléseinek naplója. Budapest, 1893. k.n.

A budapesti m. kir. államrendőrség szervezetének és működésének rövid ismertetése. Budapest, 1913.

A budapesti munkáslakások kérdéséhez – Hajléktalanok Menhelye Egylet. Budapest, 1897, k.n.

A Budapesti Szegénysorsú Tüdőbetegek Szanatórium-Egyesületének II. évi jelentése 1899. Budapest, 1900, Pesti Lloyd ny.

A főváros egyesítésére vonatkozó okmányok gyűjteménye. A negyvenedik évforduló alkalmából kiadja Budapest Székesfőváros közönsége. Összeállította dr. Gárdonyi Albert. Budapest, 1913, Székesfővárosi Házinyomda.

A főváros szervezési előmunkálatainak elkészítésére, az 1872-ik XXXVI. t.cz. 134. §-a értelmében alakított 34-es küldöttség javaslatai. [Budapest, 1873, k.n.]

A fővárosi rendőrség főorvosi hivatalának az 1882-ik évről szóló jelentése. Összeállította RÓZSAFFY ALAJOS rendőri főorvos. Budapest, 1883, Idősb. Podolini Ede és Társa ny.

A fővárosi m. kir. államrendőrség Főorvosi Hivatalának jelentése az 1883-87. évről. Budapest, Rudnyánszky A. Könyvnyomdájából.

A fővárosi népkonyhák szervezete. Budapest 1885 ,(994/kgy.- 1885)

A fővárosi tanács előterjesztése Budapest főváros törvényhatósági bizottsága tekintetes közgyűléséhez a főváros szervezetének felülvizsgálása tárgyában. Budapest, 1879, k.n.

A fővárosi törvény tárgyalása az országgyűlésen. Gyorsírói jegyzetek nyomán. Megtoldva a központi bizottság jelentésével és a szentesített törvényekkel. Pest, 1872, Légrády Testvérek.

A kaposvári tüdőbeteg gondozó (dispensaire) jelentése 1908-1911. közli dr. CSURGÓ JENŐ. Kaposvár, 1912, Somogy vármegye ny. és lapkiadó rt.

A Magy. Kir. Belügyministerium tisztii személyzetének 1907. évi december hó 31-ikén lezárt rangsorozati névjegyzéke közegészségügyi személyzet. Kiadja a M. Kir. Belügyministerium. Budapest, 1908, Pesti Könyvnyomda-Részvénytársaság.

A Magyar Királyi Belügyministerium kezelése alatt álló közalapok és magánalapítványok törzskönyve. Budapest, 1909, M. Kir. Belügyministerium, Franklin ny.

A magyar királyi kormány tevékenysége a tuberkulózis ellen való védekezés terén 1898-1907. Közzéteszi a m. királyi belügyi ministerium. Budapest, 1909, Állami ny.

A Magyar Szent Korona országainak 1901-1915. évi gümőkórhalálózása. Szerkeszti és kiadja a Magyar Kir. Központi Statisztikai Hivatal. Budapest, 1925, Pesti ny.

A magyar városok országos kongresszusának iratai I. Az I. rendes egyetemes ülés naplója. (Szerk. HARRER FERENC.) Budapest, 1909, Budapest Székesfőváros Házinyomdája.

A magyarországi községi- és körorvosok országos értekezletéből felterjesztett kérvény a nm. belügy-miniszter urhoz. Közegészségügyi Kalauz, 1879/21 (nov. 1.), 1-2.

A marosvásárhelyi m.kir. állami kórházban 1906. évben ápolt betegeknek kimutatása. Közli Dr KOZMA JENŐ. Marosvásárhely, 1907, Kossuth ny.

A Tisza Kálmán miniszterelnök mint belügyminister által a közigazgatás érdekében 1880. novemberhó 21-dikére egybehívott enquête tárgyalásai. Budapesten, 1880, A Magyar Királyi Állami nyomdából.

A Tiszti főorvosi Hivatal jelentése a Budapest fő- és székvárosban 1892-93. évben fellépett cholera-ról. Budapest, 1893, Pesti ny.

A trachoma ügy Magyarországon 1883-1900-ig. Közzéteszi a m. királyi belügyministerium Budapest, 1900, Schmidl ny.

A tüdővéstől való óvakodásról. – kiadta a m. kir. belügyministerium 1898. évben magyar, német, tót, orosz, román, szerb, horvát és olasz nyelven, Schmidl ny.

Adatok a járványos betegségek és óvintézkedések kérdéséhez. Különös tekintettel a vörhenyre. Budapest Székesfőváros Statisztikai Közleményei. 49. Budapest, 1913, Budapest Székesfőváros Házinyomdája.

Az Első pozsonyi városi népkönyha XXXII. évi jelentése az 1907. évről. Pozsony, 1908, Eder István könyvnyomdájából.

BARTHA JÁNOS: *Kolozsvár szab. királyi városban 10 év alatt (1894 – 1903) görvély- és gümőkórban elhaltak kimutatása kor, nem, foglalkozás, és topográfia szerint, összehasonlítva az 1884-1893 évi halálózással.* In: *Dolgozatok Purjesz Zsigmond negyedszázados tanári működésének emlékére.* Budapest, 1906, Magyar Orvosi Könyvkiadó Társ. 9-20.

BARTHA JÁNOS: *Kolozsvár szab. királyi városban 20 év alatt (1874 – 1893) görvély- és gümőkórban elhaltak kimutatása kor, nem, foglalkozás, és topográfia szerint.* Kolozsvár, 1898, Gombos ny.

BÉCSI GEDEON: *Igazgatói emlékirat Temesvári városi közkórház épületének czélszerűtlen állapotáról.* Temesvár, 1881, Uhrmann ny.

BERKES SÁNDOR: *Jelentés Békés vármegye közkórházainak 1904, 1905, 1906, 1907-ik évi működéséről.* Gyula, 1908-13, Corvina ny.

BOGDÁN ALADÁR: *Jelentés a kórházügy országos rendezéséről.* Balassagyarmat, 1909, Balassagyarmati ny.

BOGDÁN ALADÁR: *Jelentés a Nógrád vármegyei Mária Valéria közkórház 1905-1909 évi működéséről.* Balassagyarmat, 1910, Hollosy ny.

Budapest székesfőváros közigazgatása és közállapotai az 1909-1912. években. – a székesfőváros közigazgatási évkönyveinek VII. kötete, Budapest, 1914, Szföv. Háziny.

Budapest Székes-Főváros Központi Fertőtlenítő Intézetének évkönyve az 1892-1893. évről. Közli DR. BUKOVSKY GYÖRGY. Budapest, 1894, Pesti ny.

Budapesti Önkéntes Mentő-Egyesület Évkönyv az 1887. évről. (szerkesztette Dr. Kresz Géza) Budapest, Pesti ny.

DR. RÓZSAY JÓZSEF: *Budapest főváros „Erzsébethez” címzett aggáfpoldája és kényszer-dologházában 1876-ik évben ápolt betegekről szóló orvosi jelentés.* Gyógyászat, XVII. Budapest, 1877/31. 482.

Fáy Aladár m. kir. közegészségügyi felügyelő jelentése a tüdővész okainak kutatása tárgyában Moson vármegyében teljesített vizsgálata eredményéről. In: *A magyar királyi kormány tevékenysége a tuberkulózis ellen való védekezés terén 1898-1907.* Budapest, é.n., Állami ny. 135-172.

GERLÓCZY KÁROLY: *Jelentése az 1893. évi koleráról.* Budapest, 1894, Pesti ny.

GERLÓCZY ZSIGMOND: *A kiütéses typhus Budapesten 1908-ban.* Az Orvosi Hetilap Tudományos Közleményei – Különlenyomat – 1910. LIV. évfolyam 8-14. sz. Budapest, 1910.

GÖNCZY BÉLA: *Jelentés Esztergom szab. kir. város közkórházának 1899-00, 1902. évi működéséről.* Esztergom, 1901, Lasinszky ny. (1899, 1903), Esztergomi Lapok ny. (1900, 1901)

GRÓSZ ALBERT: *Jelentés a Nagyváradi Szemgyógyintézet működéséről 1872-1882.* Nagyvárad, 1883, Hollósy ny.

GRÓSZ ALBERT: *Jelentés a nagyváradi szemkórház utolsó 10 évi működéséről.* Szemészet 1893/6, 64-65.

Jelentés a Temesvári Néphivatal tevékenységéről 1904-1907. Temesvár, 1908, Uhrmann ny.

Jelentés a Tüdőbeteggondozó-intézet 1912. évi működéséről. (Dr. Kentzler Gyula, igazgató). Budapest, 1913, Hírlap ny.

Jelentés az állami gyermekmenhelyeknek 1903.-ik évi munkásságáról. Budapest, 1905, Schmidl Sándor ny.

Jelentés az Erzsébet Királyné-Sanatorium 1905. évi működéséről. Budapest, 1906, Pesti Lloyd ny.

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. Budapest, 1875, Rudnyánszky ny.

Jelentés Budapest főváros vegyészének működéséről 1874-1883-ban. (Szerk. BALLÓ MÁTYÁS, fõv. vegyész.) Budapest, 1885, Pesti ny.

Jelentése a nagyváradi lakásügyi bizottságnak a nagyváradi alsó néposztályok lakásviszonyairól. A bizottság nevében beterjesztik: DR. ÁGOTSON PÉTER és DR. MÁRTONFFY MARCZEL. Nagyvárad, 1909, Boros Jenő Ny.

Kammermayer Károly polgármester jelentése a főváros közigazgatási szervezetének reformja ügyében véleményadásra kiküldött bizottmányhoz a főváros törvényhatósága kebelében az 1875. év óta folyamatban volt szervezési tárgyalások eredményéről. Budapest, 1889, Pesti ny.

KÖRÖSI JÓZSEF: *A pestvárosi kolerajárvány 1872 és 1873-ban.* – különlenyomat a „Pestváros halandósága 1872 és 1873-ban” című munkából, Budapest, 1876, Ráth, Franklin ny.

KÖRÖSY JÓZSEF: *Budapest székesfőváros halandósága az 1886-90-diki években és annak okai.* Budapest, 1898, Grill.

KÖRÖSY JÓZSEF: *Budapest székesfőváros szegényügye az 1900-1902. években.* Budapest, 1905, Grill.

MANN JAKAB: *A szegedi M. Kir. Bábaképezde 1884-1894.* Szeged, 1895, Bába ny.

Népszerű oktatás a tüdősorvadásról és a többi gümős betegségről – Az országos közegészségi tanács bírálata alapján a belügyminister által jutalmazott pályamű. Kiadja a magy. kir. belügyministerium. Budapest, 1907, Schmidl ny.

PARÁCSI BÉCSI GEDEON, DR.: *Igazgatói emlékirat a Temesvár városi közkórház épületének czélszerűtlen állapotáról.* Benyújtott 1881. dec. 31-én Temesvár sz. kir. város törvényhatóságához. Temesvár, Uhrmann ny.

Perczel Dezső magyar királyi belügyminister jelentése az ország közegészségügyi viszonyairól az 1896-ik évben (Bp. 1897) és az 1897-ik évben. Budapest, 1898

PETZ LAJOS: *A győri kolera-járvány 1886-ban.* Budapest, 1887, Magyar Orvosi Könyvkiadó Társ.

Plachy Gyula és társai emlékirata, melyben Hontmegye közigazgatásának betegségeit feltárják és orvoslást kérnek a nagyméltóságú Belügyminister Urhoz. Budapest, 1889, Wodianer ny.

SCHWARTZER OTTÓ: *Az intézeten kívül levő elmebetegek és hülyék statistikája.* Különlenyomat a „Gyógyászat” 1887. 2-3. számából

TAUFFER VILMOS: *A bába-ügy állása hazánkban az 1897. évben. Javaslatok a bába-ügy átmeneti megjavítása érdekében.* Budapest, 1899, Eggenberger.

TAUFFER VILMOS: *A szüléset ügyének (bábaiügy) állása hazánkban mint a gyermekek és a gyermek-ágyasok nagy halálozásának egyik tényezője. (javaslatok a szülésetnői intézmények fokozatos fejlesztésére).* Budapest, 1886, Athenaeum ny.

Tisza Kálmán miniszterelnök mint belügyminister jelentése a törvényhozás mindkét házához az ország közegészségügyi viszonyaira vonatkozólag az 1881-ik évre (Bp. 1884) és az 1882-ik évre. (Bp. 1885.)

Országgyűlés nyomtatványai:

FN: Főrendiházi Napló

KN: Képviselőházi Napló

Képv. Ir.: Képviselőház Irományai

Sajtó:

KSz: Közegészségügyi Szemle

OH: Orvosi Hetilap

PN: Pesti Napló

PH: Pesti Hírlap

FK: Fővárosi Közlemények

MK: Magyar Közigazgatás

VÚ: Vasárnapi Újság

Irodalom:

[Salacz Gyula – Pongray Lajos:] *Arad sz. kir. város közegészségi művei és műveletei*. Arad, 1894, Gyulai István ny.

[Toldy István]: *Öt év története 1867-1872*. Pest, 1872, Ráth Mór.

„A tettetésnek minden mesterségeiben jártasok...” – *koldusok, csavargók, veszélyeztetett gyerekek a modernkori Magyarországon*. (szerk. LÉDERER PÁL, TENCZER TAMÁS, ULICSKA LÁSZLÓ). Budapest, 1998, Új Mandátum.

100 éves a debreceni közkörház. Emlékkönyv 1893-1993. Hajdú-Bihar megyei Önkormányzat Kenézy Gyula rendelőintézet, Debrecen. Debrecen, 1993, k.n.

100 éves a miskolci Erzsébet – Semmelweis kórház. (szerk. DR. SALLAI ZSOLT), Miskolc, 2000, Semmelweis Kórház.

A 60 éves magyar rendőrség 1881-1941. (szerk. BORBÉLY ZOLTÁN, DR. KAPY DEZSŐ), Budapest, 1942. Halász, Pesti Lloyd ny.

A bábaügy országos rendezése. OH, 1891 (49.) 600-602.

A Budapesti Angyalföldi Elme- és Ideggyógyintézet emlékkönyve 1883-1933. (Szerk. ZSAKÓ ISTVÁN). Budapest, 1933, Attila ny.

A budapesti kir. orvosegylet üléséről. *Gyógyászat* XVII. 1877/8. 121.

A Budapesti Királyi Magyar Pázmány Péter Tudományegyetem I. számú szemklinikájának munkássága az 1904-1929-ig terjedő negyedszázad alatt. Közli Grósz Emil. Budapest, 1930. GRÓSZ EMIL: *A magyar orvosok és természetvizsgálók 1846-iki és 1847-iki vándorgyűlésein szemkórházak létesítése érdekében tett indítvány*. *Szemészet* 1899/5, 87-89.

A Budapesti Önkéntes Mentő-Egyesület 10 éves története rövid kivonatban. Budapest, 1897, Kálmán ny.

A budapesti szeretetházak szervezeti szabályai. Budapest, 1877, Pesti Könyvnyomda-Részvénytársaság. - egyesületi, normális árváknak

A budapesti szünidei gyermekegyesület alapszabályai. Budapest, 1909, k.n.

A csavargók foglalkoztatásáról. Budapest, 1889, Fanda József Könyvnyomdájában.

A főváros 120 éve. 1873-1993. [Készítette: NOVOTNYNÉ PLETSCHER HEDVIG] Budapest, 1995, Központi Statisztikai Hivatal Budapesti és Pest Megyei Igazgatósága.

A fővárosi kőbányai kerületi orvosi állomás. *Tárca. Gyógyászat* XVII, 1877/28, 428-429.

A fővárosi közegészségügyi szakbizottság ajánlási joga. *Gyógyászat*, XVII, 1877/41, 626-627.

A fővárosi rendőrség története 1914-ig. (Szerk. KOLLÁR NÓRA) Budapest, 1995, Budapesti Rendőrfőkapitányság.

A gyógyíthatatlan elmebetegek ápoló intézete. *Közegészségügyi Kalauz*, 1881/5.(márc. 1.) 1-2.

A halottkémi szolgálat kézikönyve. A képesített és a hatóságilag megbízott, orvostudori vagy sebészi oklevéllel nem bíró halottképek használatára. Az 1876. XIV. t.c. és a nagyméltóságu m. kir. belügy-

miniszter úr által kiadott 31.025/1876. számú szabályrendelet értelmében. Budapest, 1887, Athenaeum.

A közegészségügy a képviselőházban. Egészség, 1899/4. 103-106.

A közegészségügy államosításáról. Budapesti Orvosi Újság, 1903/20 (aug. 6.) 382-383.

A községek egészségügyi szolgálatának új rendje. Az 1876:XIV. t.-c. II. rész I. fejezetének (közegészségügyi szolgálat községeknél) módosításáról szóló 1908: XXXVIII. t.-c. magyarázata. Összeállította és a magyarázatokat írta Dr. KAMPIS JÁNOS m. kir. belügyministeri osztálytanácsos. Budapest, 1911, Pesti ny.

A községi és a körorvosok nyugdíjintézete. A községi és a körorvosok, valamint azok özvegyeinek és árváinak ellátásáról szóló 147.000 – 1913. B.M. számú szabályrendelet és a községi és a körorvosok országos nyugdíjalapjának pénzkezeléséről és számviteléről szóló 174.000 – 1913. B.M. számú utasítás magyarázata. Összeállította: Dr. KAMPIS JÁNOS, m. kir. belügyministeri osztálytanácsos. Budapest, 1913, Pesti.

A M. Kir. csendőrség története. (Különlenyomat a Csendőrségi Lapok 1933. évi 4. számából.) Budapest, 1933, Stádium.

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.

A magyar orvosok és természetvizsgálók közegészségi törvényjavaslata, 1876. In: *A Magyar Orvosok és Természetvizsgálók 1875. augusztus 27-től september 5-ig Előpatakon tartott XVIII. Nagygyűlésének történeti vázlatja és munkálatai.* (Szerk. DR. GERLÓCZY GYULA, DR. DULÁCSKA GÉZA.) Budapest, 1876, Egyetemi ny. 198.

A munkás- és betegégyezési törvény módosítása. A kereskedelemügyi miniszter kiadása. I-II. Budapest 1905.

A nagyszabeni m. kir. állami Elmeógyógyintézet. (L. a stereoscop-szekrényt.) kn.hn.én.

A nem közveszélyes elmebeteg ápolása községeinkben. MK 1895/25.

A sopron-városi szegény-ápolódnak alapszabályai. Sopron, 1873, Romwalter Károly.

A szegényjog és a község rendezés. MK 1894/12

A Székesfehérvári Árvaház alapszabályai. Székesfehérvár, [1873], „Vörösmarty” ny.

A székesfővárosi m. kir. állami rendőrség rendőrorvosi intézményének ismertetése. Budapest, 1894, M. Kir. Államrendőrség Főorvosi Hivatala.

A székesfővárosi önkormányzati rendőri büntető bíraskodás kézikönyve. (Összeállította és jegyzetekkel ellátta VASZY GYÖRGY.) Budapest, 1914. Szföv. Háziny.

A tébolydai szolgálat vezérfonala. Budapest, 1893, Kiadja az Angyalföldi M. Kir. Orsz. Elmebeteg Ápolda. Athenaeum ny.

A vármegyei tisztviselők helyzetéről. Külön lenyomat Nagy László Szatmár vármegye alispánjának féléves jelentéséből. Kiadja a tisztikar. Nagy-Károly, 1898, Róth Károly ny.

A' cholera elnevezései nálunk. OT, 1831. II.k. 106-107.

A' tüdővész gyógyítható vagy azon folyamatnak kifejtőzése melyet a' természetnek és művészetnek kell választani ezen nyavalyának meggyógyítására, egy új és egyszerű gyógmódnak ajánlása mellett D. Ramadge Hopkins Ferencztől F.L.S. a' Londoni tüdőorvosok kórháza első orvosától. angolból fordítottatott Dr. Hohnbaum Károly által. Pest, 1836.

Adalékok a százéves nyíregyházi kórház történetéhez. (szerk. NAGY FERENC) Nyíregyháza, 1999, Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei Jósa András Kórház.

AJTÓS E. IMRE: *A magyar Pasteur-intézet 50 éve.* Orvosi Hetilap 1940/15, 194-196.

Alapszerkezet a budai országos tébolyda számára. Buda, é.n.

Általános szolgálati határozványok a Magyar kir. Csendőrség számára. Budapest, 1887, Pesti.

AMBRÓ JÁNOS: Némely észrevételek Nagykun-Kisújszállás és környékének betegségi és halálozási viszonyairól. In: *A Magyar Orvosok és Természetvizsgálók 1868. aug. 21-től 29-ig Egerben tartott XIII. nagygyűlésének történeti vázlata és munkálatai.* Rózsay József közreműködésével szerkesztették Kátai Gábor és montedégói Albert Ferencz. Egerben, 1869, Érseki Lyceum ny. 178.

ÁNGYÁN BÉLA: *A cholera gyógyítása.* Budapesti Orvosi Újság, 1906/1 (jan. 4.), 3-12.

ÁNGYÁN BÉLA: *Az egyesület történetének vázlata.* A budapesti kir. orvosegyesület 1887-iki évkönyve, Budapest, 1888, Khór és Wein ny. Függelék 22-43.

ANTAL GÉZA: *A vidéki városok helyzete.* 1896., Ev. Ref. Főisk. ny. (Különnyomat a Pápai Lapokból)

ARÁNYI LAJOS: Azon előítéleteknek és babonai gyógyítási fogásoknak elősorolása, melyek a visegrádi és nagymarosi német ajku lakosságnál megrögzöttek. In: *A Magyar Orvosok és Természetvizsgálók 1871. augusztus 28-tól szeptember 2-ig Aradon tartott XV. nagygyűlésének történeti vázlata és munkálatai.* Szerkesztette Rózsay József. Pest, 1872, Athenaeum ny. 172.

AUJESZKY ALADÁR: *A kolera magyarországi centenáriuma.* Különnyomat a Természettudományi Közlöny 1931. évi június 15. számából. H.n., 1931, Kir. Magyar Egyetemi Nyomda.

Az 1848-49-es szabadságharc egészségügye és honvédorvosai I. (Szerk. GAZDA ISTVÁN), Piliscsaba-Budapest, 2000, Mati-Semmelweis Orvostörténeti, Múzeum, Könyvtár és Levéltár.

Az egészségügyi felügyelői szolgálat reformja. (Az Országos Közegészségi Tanács 1910. november hó 3-án tartott üléséből.) Közegészségügy, 1910/23. (dec.1.) 243-246, 1910/24, (dec. 15.) 253-254.)

Az egészségügyre vonatkozó törvények és rendeletek gyűjteménye. I-V. Budapest, 1895-1905, Dobrowsky és Franke.

Az elmebeteg elhelyezésének kérdése. Irta és az országos képviselőház figyelmébe ajánlja két emberbarát. Budapest, 1899, A páholy sajátja.

Az elmebeteg jogvédelméről. Dr. Oláh Gusztáv előadása, Dr. Salgó Jakab felszólalásával. Magyar Jogászegyleti Értekezések. 144. XVI. köt. 2. füz. Budapest. 1898, Franklin ny.

Az elmeegógyintézet ápolói szolgálat vezérfonala. Kiadja az Angyalföldi M. Kir. Áll. Elmeegógyintézet. Budapest, 1909, Ifj. Kellner Ernő Kő- és Könyvnyomdája.

Az Erzsébet királyné Sanatorium. Tervezte Czigler Győző. H.n., é.n., Pátria ny.

Az Erzsébet Királyné Szanatóriumtól az Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézetig – Centenáriumi Emlékkönyv 1901-2001. H.n., 2001, Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet.

Az országos és pestvárosi rendőrügyi szabályrendeletek. Gyűjtötte és az időközben történt változások, megtoldások és közrendészeti vezérfonállal az alsóbb rendőrség tisztviselői és közegei számára ellátta KEDVESSY GYÖRGY. Pest, 1872, Első Magyar Egyesületi Könyvnyomda.

Az Országos Közegészségügyi Tanács ügyrendje. Államorvos, 1877/4, 31-32.

BABARCZI SCHWARTZER OTTÓ: *A magánorvoslás díjazásának kérdése a bíróság előtt.* OH, 1901. (22. sz.) 368-370.

BABARCZI-SCHWARTZER OTTÓ: *Közigazgatási elmekórtan.* Budapest, 1897, Franklin.

BACHÓ LÁSZLÓ: *A Gyöngyösi Önkéntes Tűzoltó- és Mentőegyesület története (1890-1940),* Gyöngyös, 1941, Herzog ny.

BÁCSKAI VERA – GYÁNI GÁBOR – KUBINYI ANDRÁS: *Budapest története a kezdetektől 1945-ig.* Budapest, 2000, k.n.

BALASSA JÁNOS- JENDRÁSSIK JENŐ- KORÁNYI FRIGYES- MARKUSOVSKY LAJOS: *Emlékirat a közegészségi és orvosi ügy rendezése tárgyában.* 1868. In: CSATÁRY LAJOS: *Az Országos Közegészségi Tanács 25 évi története 1868-1893,* Budapest, 1893, Országgyűlési Értesítő ny.

BALÁZS FLÓRA: *Rövid visszapillantás a Magyarországi Betegápolók és Ápolónők Országos Egyesületének három évtizedes működésére (1902-1932). Adatok a világi betegápolómozgalom történetéhez.* Betegápolásügy 1932/9. 8-13.

BALÁZS PÉTER: *Generale Normativum in Re Sanitatis 1770 – Szervezett egészségügyünk 1770-es alaprendelete.* Piliscsaba-Budapest, 2004, Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár, Levéltár.

BALLA JENŐ: *Az állami segítés és a rendezett tanácsú városok.* Városi Szemle, 1910, 109-121.

BALOGH JÁNOS, DR.: *Az Új Szt. János Kórház keletkezésének főbb adatai.* Communicationes ex bibliotheca historiae medicae hungarica 30, 1964, 61-77.

BALOGH PÁL: *Közegészségügyi minisztérium. Egészség /XVIII. 1904/6, 177-178.*

BÁNÓCZY GYULA: *Reflexiók a betegsegélyező-pénztári törvény revíziója alkalmából.* Betegsegélyező, 1902. máj. 12. 2-3.

BÁRÓ MADRASSY-BECK GYULA: *A városok hitelügye.* In: *A magyar városok országos kongresszusának iratai.* Az I. egyetemes ülés naplója. (szerk. HARRER FERENC) Budapest, 1909, Szföv. Háziny. 175-230.

BARSI JENŐ: *A magyar orvosok eloszlása és az ország egészsége.* Budapest, 1909. Franklin ny.

BARTA ISTVÁN: *Az 1831- évi pesti koleramozgalom.* Tanulmányok Budapest múltjából XIV. Budapest, 1961, Akadémiai. 445-470.

BARTA LÁSZLÓ: *A községi jegyző hivatása közigazgatásunk és társadalmunkban.* Budapest, 1892, Hornyánszky Viktor Könyvkereskedése.

- BARTA LÁSZLÓ: *A községjegyzői intézmény története Magyarországon, tekintettel hazánk helyhatóságainak szervezetére. Közigazgatási tanulmány három kötetben.* Budapest, 1882, Szerző, Wilckens és Waidl ny.
- BARTH LÁSZLÓ: *Budapest Főváros szegényügye.* Budapest, 1877, Franklin.
- BARTHA JÁNOS: *Harminc évi tapasztalat a gümőkóros halandóságról Kolozsvárt.* Tuberkulózis, 1909/6, 45-46.
- BÁTHORY ALADÁR: *Tuberkulózis elleni kormányintézkedések a múltban.* A vármegye, 1933/20, 5-6., 1933/4, 6.
- BAYER ISTVÁN, DR. – DÖRNYEI SÁNDOR, DR.: *A hatósági gyógyszerellenőrzés kialakulása és fejlődése,* Különlenyomat a Gyógyszerészet c. folyóiratból, Budapest, 1989-1990-1991.
- BÉCSI GEDŐ: *Temesvár városi közkórház.* Temesvár, 1884, Magyar ny.
- BÉKÉSY GÉZA: *A nyilvános betegápolás szabályai.* Budapest, 1902, Országos Központi Községi Nyomda Rt.
- BÉKÉSY GÉZA: *Hatósági eljárás a heveny fertőző betegségek s egyéb közveszélyes bántalmak korlátozása körül.* Budapest, 1899, Községi ny.
- BELUSZKY PÁL: Magyarország városhálózata 1900-ban. In: TÓTH JÓZSEF (szerk.): *Tér-Idő-Társadalom. (Huszonegy tanulmány Enyedi Györgynek.)* Pécs, 1990, MTA Regionális Kutatások Központja, 92-133.
- BENCZE JÓZSEF: *A diphteria története hazánkban.* Orvostörténeti Közlemények 38/39-40. 1966, 107-119.
- BENKÓ ALBERT: *A vármegyei közigazgatás reformjának irányelvei.* Budapest, 1911, Kilián.
- Besztercebánya sz.kir. város egészségügye különös tekintettel az utolsó évszázadbeli assanáló munkálatokra.* [DR. RAITSITS LAJOS] Besztercebánya, 1896, Machold.
- BEZERÉDYNÉ HERTELENDY MAGDOLNA – HENCZ AURÉL – ZALÁNYI SÁMUEL: *Évszázados küzdelem hazánk egészségügyéért.* Budapest, 1967, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó.
- BIRINGER KÁROLY: *Trachoma elleni küzdelem a barcsi járásban 1884-1939-ig.* Népegészségügy 1941/3, 132-146.
- BÍRÓ GYULA: *A lakások fertőtlenítésének értéke.* Egészség, XVI. könyv, 1902, 175-76.
- BLUM ÖDÖN: A házi és a községi ápolásról. In: *Az 1900. évi október 28-29-én Budapesten tartott első országos elmeorvosi értekezlet munkálatai.* (szerk. EPSTEIN LÁSZLÓ), Budapest, 1901, Pallas ny. 147-155.
- BÓKAY JÁNOS: *A közegészségügyi felügyelők és a gyermekvédelem ellenőrzése.* (Az Országos Közegészségi Tanács 1911. évi március hó 9-iki üléséből). Közegészségügy, 1911/7 (ápr. 1.), 75.
- BOKROS HENRIK: *A trachoma Szeged külterületén.* Közegészségügyi Szemle 1890, 696-703.
- BOLYÓ KÁROLY: Az elmebetegek társas élette s ennek erkölcsi gyógyelőnye jól rendezett tébolydák körében. In: *A Magyar Orvosok és Természettudósok 1867. augusztus 12-től 17-ig Rimaszombatban*

tartott XII. nagy gyűlésének munkálatai. Szerkesztették: Batiz József és Rónay József. Pest, 1868, Emich Gusztáv. 286-290.

BOLYÓ KÁROLY: Miként lehetne hazánk szegénysorsú elmebetegeit jutányosan s gyógyápolási szempontból célszerűen elhelyezni? In: *A Magyar Orvosok és Természetvizsgálók 1865. Augusztus 28-tól September 2-ig Pozsonyban tartott XI. nagygyűlésének történeti vázlata és munkálatai.* Rózsay József közreműködésével szerkesztették Kanka Károly és Rómer Flóris. Pozsony, 1868, Wigand Károly. 111-116.

BÓNIS GYÖRGY, DR. – DEGRÉ ALAJOS, DR. – VARGA ENDRE, DR.: *A magyar bírósági szervezet és perjog története.* Zalaegerszeg, 1996, Zala Megyei Bíróság és a Magyar Jogász Egylet Zala Megyei Szervezete.

BOROVICZÉNY NÁNDOR: *A szociális tevékenység kézikönyve.* Budapest, 1907, Stephaneum ny.

BR. BABARCZI- SCHWARTZER OTTÓ, DR.: *Az Elmebetegügyi Törvény tervezete.* Közegészségügy, II. évfolyam, 1. szám, 1910. jan. 1. (Az Országos Közegészségi Tanács Hivatalos lapja, Szerk. DR. KLASZ PÁL, DR. DÓCZI IMRE)

BR. KORÁNYI SÁNDOR DR.: *A tuberkulózis elleni küzdelem módszerei.* Mosonmagyaróvár, 1914, A tuberkulózis ellen védekező Mosonvármegyei Egyesület.

BR. KORÁNYI SÁNDOR DR.: *A tuberkulózis elleni védekezés a falusi nép körében.* (A Tuberkulózis elleni küzdelem országos bizottságának 1912. március 3-án tartott alakuló közgyűlésén ülésén előadta.) *A Tuberkulózis Elleni Küzdelem Országos Bizottságának Kiadványai 1.* Budapest, 1912. Budapesti Hírlap ny.

BR. KORÁNYI SÁNDOR DR.: *A tuberkulózis elleni védekezés rendszere.* (A Tuberkulózis Elleni Küzdelem Országos Bizottsága Kiadványai 12.) Budapest, 1917, Budapesti Hírlap Ny.

BREUER ÁRMIN: *Az egészségügyi közigazgatás szervezése.* In: *A milleniumi közegészségi és orvosügyi kongresszus tárgyalásai.* (szerk. FRANK ÖDÖN) Budapest, 1897. Frankin ny. 72-96.

BRÓDY ERNŐ: *A budapesti lakáskérdés.* Városi Szemle, 1909/2. 141-156.

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.

Budapest Egyesülésének jubileuma. 50 év. (Szerk. SCHRANZ VILMOS.) Budapest, 1923, Szeredai Leó ny.

Budapest és környéke természetrajzi, orvosi és közművelődési leírása. 1-3. (szerk. GERLÓCZY GYULA és DR. DULÁCSKA GÉZA) Budapest, 1879, Egyetemi ny.

Budapest fő- és székváros közkórházainak alapszabályai és a kórházi személyzet ügykörére és teendőire vonatkozó szabályok. Budapest, 1892, Pesti ny.

Budapest Székesfőváros szociálpolitikai, közjótékonyági és közművelődési közigazgatásának kézikönyve. (Szerkesztették: VENCZELL GEYZA, DR. MEDRICZKY ANDOR, a bevezetőt írta: LIBER

ENDRE) [Budapest, 1930], Budapest Székesfőváros Szociálpolitikai, Közjótékonyági és Közművelődési Közigazgatásának Kiadóhivatala.

BUDAY LÁSZLÓ: *A magyar korona országainak betegsegélyező pénztárai 1898-ban*. Magyar Statisztikai Közlemények. Új folyam XXV. köt. Budapest, 1901.

BUKOVSKY GYÖRGY: *A fertőtlenítés országos szabályozásáról*. Egészség, 1904/3, 61-70.

BUKOVSKY GYÖRGY: *A jó fertőtlenítés feltételei, a fertőtlenítő gépek és a fertőtlenítés eredményei székes fővársunkban*. - A nemzetközi közegészségügyi és demografiai congressusnak Budapesten tartott ülésében-. Budapest, 1894. Pesti ny.

BUZINKAY GÉZA: *Közegészségügyünk és orvostársadalmunk a kiegyezés utáni élcclapokban 1867-1875*. Orvostörténeti Közlemények (78-79.) 1976, 175-187.

BÜCHLER DÁVID: *Orvosi műhiba és kártérítés*. Pécs, 1941. Pécsi Irodalmi és Könyvnyomdai Rt.

Centenárium emlékkönyv 1901-2001. Az Erzsébet Királyné Szanatóriumtól az Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézetig. (Szerk. AJKAY ZOLTÁN – BÖSZÖRMÉNYI NAGY GYÖRGY) H.n., 2001, Országos Korányi és Tbc és Pulmonológiai Intézet.

CHYZER BÉLA: *A tuberkulózisban szenvedők anyagi támogatása az állam részéről*. Egészség, 1904/2, 38-42.

CHYZER KORNÉL: *A magyar orvosok és természetvizsgálók vándorgyűléseinek története 1840-től 1890-ig*. Sátoraljaújhely, 1890, Zemplén ny.

CHYZER KORNÉL: *A Zemplénnémeti Orvos-Gyógyszerészi Segélyező Egyesület története*. Budapest, 1903, Schmidl ny.

CHYZER KORNÉL: *Az önfenntartásról*. Sátoraljaújhely, 1888, Zemplén ny.

CHYZER KORNÉL: *Emlékirat az 1876-ki XIV-ik t. cz. értelmében rendszeresített járásorvosi és körorvosi intézmény tárgyában*. Sátoraljaújhely, 1882, Zemplén ny.

CHYZER KORNÉL: *La lutte contre la tuberculose en Hongrie*. Budapest, 1908, Athenaeum ny.

CHYZER KORNÉL: *Néhány szó a bábaügy rendezéséről*. Orvosi Hetilap, 1891. 612-613.

CHYZER KORNÉL: *Orvosügy a községekben. A körorvosi intézmény hiányai*. (- referáló előadás, melyet az Országos Orvosi és Közegészségügyi Congressuson Budapesten 1885-iki szeptember hó 3-ikán tartott Dr. Chyzer Kornél Zemplénnémeti főorvosa). Sátoraljaújhely, 1885. Zemplén ny.

CONCHA GYÖZŐ: *A közigazgatási enquête*. (Különlenyomat a „Magyar Igazságügyből”) Budapest, 1881, Zilahi Sámuel.

CONCHA GYÖZŐ: *A közigazgatási javaslatról*. Budapest, 1891, Ajtai Albert ny.

CONCHA GYÖZŐ: *A rendőrség természete és állása szabad államban*. Budapest 1901, MTA.

CSABAY GÉZA, DR.: *A kórház-tervezés alapvonalai – kapcsolatban Kecskemét th. város közkórházának egyik tervezetével*. Kecskemét, 1905, Sziládi ny.

CSABAY GÉZA: *A kecskeméti közkórház építésének végleges programja*. Kecskemét. 1911, Sziládi.

CSABAY GÉZA: *Kecskemét közegészségügyi szabályrendeletének előadói tervezete*. Kecskemét, 1909, Sziládi.

- CSAPÓ CSABA: *Csendőrség és közigazgatás (1881-1914)*. Századok 1999/3, 497-518.
- CSAPODI ISTVÁN: *A szem*. Egészség, 1887, 134-147.
- CSAPODI ISTVÁN: *Az utcák fertőtlenítése*. Közegészségügyi Szemle 1890, 290-294.
- CSATÁRY LAJOS – TÓTH LAJOS: *Az Országos Közegészségi Tanács ötven évi működése 1868-1918*. Budapest, 1918, Franklin ny.
- Csatáry Lajos előadása a fertőző betegségek elhárítása tárgyában. In: *A milleniumi közegészségi és orvosügyi kongresszus tárgyalásai*. (Szerk. Frank Ödön) Budapest, 1897, Franklin ny. 374-380.
- CSATÁRY LAJOS: *A közegészségügy államosítása, tekintettel a közigazgatási reformra*. Egészség, 1889/6, 271-276.
- CSATÁRY LAJOS: *Az Országos Közegészségi Tanács 25 évi története 1868-1893*. Budapest, 1893, Országgyűlési Ért. ny.
- CSEKONICS ENDRE- BABARCZI SCHWARTZER OTTÓ: *A Magyar Szent Korona Országai Vöröskereszt Egyletének története*. Budapest, 1904, Hornyánszky ny.
- CSEREY ZSIGMOND: *Néhány szó a pór-lakások hygieniájáról*. Közegészségügyi Szemle, 1890, 100-108.
- CSÉRI JÁNOS: *Budapest fő- és székváros prostitúció-ügye*. Budapest 1893, Grill, Brünauer ny.
- CSESZNOKNÉ KUKUSKA KATALIN: Heves vármegye egészségügye 1867-1910 között. In: *Egri Történelmi Évkönyv II*. Eger, 2000, Historia Nostrae Alapítvány, EKTF. 235-256.
- CSESZNOKNÉ KUKUSKA KATALIN: Adalékok Eger város egészségügyéhez a kiegyezés után. In: *Múltból a jövőbe. Tanulmányok*. Budapest, 1997, ELTE BTK, Újkori Magyar Történelmi Tanszék. 52-62.
- CSIKVÁRI JÁKÓ: *Tisztviselői mozgalmak története (1867-1908)*. Budapest, 1909, Franklin ny.
- CSIZIK GYULA: *Budapest székesfőváros múltjából és jelenéből*. Budapest, 1913, Lampel, Franklin ny.
- CSIZMADIA ANDOR: A „közigazgatási bizottság” a polgári állam szervezetében. In: *Jogtörténelmi Tanulmányok II*. Budapest, 1968, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 117-138.
- CSIZMADIA ANDOR: A községi jegyző jogállása és magánmunkálatainak értékelése a polgári korban. In: *Jogtörténelmi Tanulmányok VI*. Budapest, 1986, Tankönyvkiadó. 81-96.
- CSIZMADIA ANDOR: *A magyar közigazgatás fejlődése a XVIII. századtól a tanácsrendszer létrejöttéig*. Budapest, 1976, Akadémiai.
- CSIZMADIA ANDOR: *A magyar városi jog. Reformtörekvések a magyar városi igazgatásban*. Kolozsvár, 1941, k.n.
- CSIZMADIA ANDOR: *A szociális gondoskodás változásai Magyarországon*. Budapest, 1977, MTA Állam- és Jogtudományi Intézete.
- CSIZMADIA ANDOR: *A városi közigazgatás egyszerűsítése*. Statisztikai Közlemények 97. Budapest, é.n.
- CSIZMADIA ANDOR: Az esküdtbírótság Magyarországon a dualizmus korában. In: *Jogtörténelmi Tanulmányok I*. Budapest, 1966, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 131-148.

- CSIZMADIA ANDOR: *Bürokrácia és közigazgatási reformok magyarhonban*. Budapest, 1979, Gondolat.
- CSORNA KÁLMÁN: *A szegénygondozás Budapesten*. Statisztikai Közlemények 62. kötet 1. szám. (Szerk. Illyefalvi I. Lajos) Budapest, é.n., Budapest Székesfőváros Statisztikai Hivatala.
- DADAY ANDRÁS: *Adatok a magyarországi himlőoltás történetéhez (1825-1835)*. Orvostörténeti Közlemények 40, 1966, 151-157.
- DARVASY KÁROLY: *Budapest csatornázása*. Budapest, 1914, k.n.
- DEÁKY ZITA – KRÁSZ LILLA: *Minden dolgok kezdete. (A születés kultúrtörténete Magyarországon (XVI-XX. század))*. Budapest, 2005, Századvég.
- DEÁKY ZITA: *A bába a magyarországi népi társadalomban (18. század vége – 20. század közepe)*. Budapest, 1996, Centrál-Európa Alapítvány.
- DÉCSI KÁROLY: Az ápoló kérdésről. In: *Az 1902. évi október 26-án és 27-én Budapesten tartott második országos elmeorvosi értekezlet munkálatai*. (Szerk. DR. EPSTEIN LÁSZLÓ), Budapest, 1903, Schmidl Sándor ny. 166-181.
- DEÉSI DADAY ANDRÁS: *Adatok a himlő-elleni küzdelem magyarországi történetéhez*. Betegápolásügy 1933/12. 200-203.
- DEMKÓ KÁLMÁN: *A magyar orvosi rend története tekintettel a gyógyászati intézmények fejlődésére Magyarországon a XVIII. század végéig*. Budapest, 1890, Dobrowsky és Franke.
- DEUTSCH ERNŐ: A gyermekkori gümőkóróság leküzdésére szükséges sociál-hygiénés intézkedések. In: *A magyar orvosok tuberkulózis-egyesületének munkálatai*, I. nagygyűlés, Budapest, 1913. április 11-12. 197-220.
- DEUTSCH ERNŐ: *Közlemények a gyermekvédelem és a gyermekhygiene köréből*. Budapest 1912, Posner.
- DÓKA KLÁRA: *Az első pesti vízvezeték építése. Építés – Építészettudomány VII.k. 1975/3-4. 453-479.*
- DÓKA KLÁRA: *Közegészségügyi viszonyok Pesten az 1866. évi kolerajárvány idején*. Orvostörténeti közlemények (80.) 1976. 49-60.
- DÓKUS GYULA: *Adatok a közigazgatás szervezéséhez*. Sátoraljaújhely, 1900, Zemplén ny.
- DUBAY MIKLÓS, DR.: *A közegészségügyi törvényjavaslathoz*. Bp, 1876, Franklin.
- DUBAY MIKLÓS: *A közegészségügy felvirágzásának alapföltételei hazánkban*. Budapest, 1875, Franklin ny.
- ECKSTEIN FRIDERIK, DR.: *A' járványos cholera' okai, különös tekintettel annak eredetére Pesten*. Orvosi Tár 1831, III.k.148-170.
- EDVI ILLÉS KÁROLY: *A kihágásokról szóló magyar büntető-törvények és az azokra vonatkozó eljárási szabályok magyarázata*. Budapest, 1892, Singer – Wolfner. Hornyánszky ny.
- EDVI ILLÉS KÁROLY: *A rendőri büntetőbírótság zsebkönyve*. Budapest, 1911, Grill. Révai – Salamon ny.

EDVI ILLÉS LÁSZLÓ: *A munkásbiztosítás bajai*. Különnyomat a Budapesti Építőmesterek, Kőműves-, Kőfaragó- és Ácsmesterek Ipartestületének 1915-ki évkönyvéből., Budapest, 1915., Kiadja a Bpesti Építőmesterek, Kőművesmesterek és Építési vállalkozók Szövetsége.

EDVI ILLÉS LÁSZLÓ: *A szegénykérdés*. Vác, 1874, Spitzer Miksánál.

Egészségügyünk a képviselőházban. Egészség, 1888/3-4, 117-130.

EGYED ISTVÁN: *Államfelügyelet az önkormányzat felett*. Különnyomat a Jogállamból. Budapest, 1913, Franklin ny.,

EGYED ISTVÁN: *Az alsófokú közigazgatási bíráskodás*. Különnyomat a „Városi Szemle” 1916. évi 5-6. számából

EGYED ISTVÁN: *Karhatalom az önkormányzatokban*. Különnyomat a Városi Szemléből. Budapest, 1912, Szfőv. Háziny.

EGYED ISTVÁN: *Választás vagy kinevezés? A törvényhatósági tisztviselői jog reformjához*. Különnyomat a Katholikus Szemle 1911. évfolyamából. Budapest, 1911, Stephaneum ny.

EHRENREICH LAJOS: *A malária betegségek kórtani, oktani, gyógytani szempontból, különös tekintettel Magyarországra*. Budapest, 1890, Grimm.

Elmebetegsegélyező Egylet alapszabályai. Budapest 1913, Pesti Könyvnyomda-Részvénytársaság.

Előterjesztés a budapesti lakásviszonyok rendezése tárgyában. A lakásügyi bizottság megbízásából Gerlóczy Károly, kir. tanácsos, első alpolgármester, a lakásügyi bizottság elnöke. Budapest, 1898, Pesti Könyvnyomda-Részvény-Társaság.

EMBER GYŐZŐ: *A m. kir. Helytartótanács ügyintézésének története 1724-1848*. Budapest, 1940, Országos Levéltár.

Emlékkönyv a nagyszombati m.k. állami elmeorvosintézet ötven éves fennállásának évfordulójára. (dr. Pándy Kálmán szerk.) Nagyszombati, 1914, Haiser György ny.

ENDRŐDY GÉZA: *Magyarország rendőrsége az államosítás előtt*. h.n., 1898, Dobay J. ny.

EPSTEIN LÁSZLÓ: *A lipótmézai áll. elmeorvosintézet szerepe a magyar elmeorvosászat fejlődésében*. Gyógyászat, 1922, 399-401.

ERDŐS FERENC: *Alispáni jelentések 1872-1890*. Fejér megyei történeti évkönyv 24.

EREKY ISTVÁN: *Tanulmányok a vármegyei önkormányzat köréből*. Budapest, 1908, Grill Károly.

ERNYES MIHÁLY: *Pécs város rendőrsége az államosításig*. Pécs, 1999, James és James Bt.

ERŐSS GYULA: *A poliklinika alapításának és fejlődésének vázlatos összefoglalása*. In: *Jubileumi dolgozatok a Poliklinika huszonöt éves fennállásának alkalmából*, Budapest, 1908, 1-15.

FABINYI RUDOLF: *A Lipótméz 50 esztendő*. Orv. Hetil. 1922. 66, 24. 249.

FABÓ BEÁTA: *A budapesti vámvonalrendszer változása a XIX-XX. században*. Tanulmányok Budapest Múltjából XXV. 1996, 61-84.

FABRITIUS ÁGOSTON: *A királyi országos szemkórház Brassóban*. In: *Adatok Brassó szabad királyi város monográfiájához. A magyar orvosok és természettudósok XXVI. vándorgyűlése alkalmából a*

vándorgyűlés tagjainak emlékül felajánlja Brassó város községe. Brassó, 1892, „Közművelődés” Részvénytársaság Nyomdája. 1-10.

FÁBRY SÁNDOR, DR.: *A közegészségügy reformjáról*. Kiadja a Magyar Orvosok és Természetvizsgálók Központi Választmánya, Budapest, 1906, 6-7.

FÁI MÁTYÁS MIKLÓS, DR.: *A tüdővész sanatóriumi gyógykezeléséről különös tekintettel az új-tátrafüredi sanatoriumra*. (előadatott 1900. június 19-én a szepesmegyei orvosegyesület tavaszi közgyűlésén), Igló, 1900.

FARAGÓ TAMÁS: A főváros népe: sokszínűség és beolvadás. In: *Az egyesített főváros. Pest, Buda, Óbuda*. (Szerk. GYÁNI GÁBOR.) H.n., 1998, Városháza. 75-110.

FARKASS KÁLMÁN: *A közegészségügyi mérnöki szolgálat*. Budapest, 1902, Pallas ny.

Fáy Aladár: A tuberkulózis elterjedése Magyarországon. In: *A magyar orvosok tuberkulózis-egyesületének munkálatai*. II. nagygyűlés. 1914. április 20-21. (Szerk. ORSZÁG OSZKÁR – GESZTI JÓZSEF) Budapest, 1914, Franklin.

FÁY ALADÁR: *Az új orvosi díjszabás és az orvosi szolgálat díjazására fennálló szabályok*. Budapest, 1901, Országos Központi Községi Nyomda Részvény-Társaság.

FEJÉRVÁRY SZILASSY LAURA: *Egyéni népgondozás*. Társadalmi Múzeum Kiadványai 37. szám. Budapest, 1918, Posner és fia.

FEKETE JÁNOS: Intézetünk megalapítása és működése 1900-ig. In: *Az Országos Ideg- és Elmeógyógyintézet 100 éve*. (Szerk. BÖSZÖRMÉNYI ZOLTÁN) Budapest, 1968, Nyomdaipari Szakmunkásképző Int. ny. 67-82.

FEKETE SÁNDOR: *A bábaoktatás története Magyarországon*. Orvostörténeti Közlemények 55-56, Budapest, 1970, 175-190.

FELEKI BÉLA: *A pártfogó-ügy Az elhagyott és az erkölcsi veszélyben forgó gyermekek és fiatalkorúak társadalmi és hatósági védelme*. Budapest, 1911, Országos Ismeretterjesztő Társulat.

FELHŐ IBOLYA – VÖRÖS ANTAL: *A helytartótanácsi levéltár*. Budapest, 1961, Akadémiai.

FELSZEGHY BÉLA: *A községi illetőség. Az 1886. évi XXII. t.-c. (községi törvény) 5-18. és 164.§§-ai, az 1896. évi XXVI. t.-c. 23., 24.§§-ai (közig. bír. panaszjog), a horvát- és szlavon-, továbbá a fiumei illetőség, az összes általános érdekű kormányrendeletek, min. és közig. bir. határozatok, elvi döntések stb. Gyakorlati használatra – bevezető (elméleti) résszel írta Felszeghy Béla dr. vm. aljegyző, tb. főszolgabíró*. Beszterce, é.n., Csallner Károly.

FENYVES MIHÁLY: *Pécs város rendőrsége az államosításig*. Pécs, 1999, James és James.

FENYVESSY JÓZSEF: *A budapesti lakásnyomor*. – különlenyomat a Budapesti Szemle 1895. januári számából.

FERDINANDY GYULA: *A falu szociális szervezeti kérdései*. Kassa, 1917, Szent Erzsébet ny.

FERDINANDY GYULA: *Az önkormányzati alkalmazottak fegyelmi felelőssége*. Kassa, 1912, Vitéz ny.

FERDINANDY GYULA: *Vármegyék reformja*. Kassa, 1910, Kassai ny.

FERENCZI IMRE: *A községi lakáspolitikai feladatai Budapesten*. Különlenyomat a „Közgazdasági Szemle” 1909. decz. számából.

FERENCZI IMRE: *A lakásügy állása és haladása Magyarországon az utolsó 3 évben. A Hágai 10. Nemzetközi Lakásügyi Kongresszus számára készült jelentés*. (Klly. a Városi Szemléből) Budapest, 1913, Szföv. Háziny.

FERENCZI IMRE: *A munkáslakás kérdés. Különös tekintettel Budapestre*. Budapest, 1906, Kilián.

FERENCZI IMRE: *A székesfővárosi VI. kerületi népszálló*. Budapest, 1912, Különlenyomat a Városi Szemle 1911. évi 12. (December) számából.

FERENCZI IMRE: *Községi lakáspolitikai és lakásügyi intézmények. Javaslatok Budapest székesfőváros lakás- és telekpolitikájához*. Budapest, 1910, Kilián Frigyes utóda kiadása.

FERGE ZSUZSA: *Fejezetek a magyar szegénypolitika történetéből*. Budapest, 1998, Kávé Kiadó.

FEST IMRE: *Emlékirataim*. Budapest, 1999, Universitas.

FEUER NÁTÁNIEL: *A trachoma elleni hatósági eljárásunk alapeszméi*. Különlenyomat a Gyógyászat 1898. évi 3. számából.

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.

FEUER NATHANAEL: *A trachoma a hadseregben*. Orvosi Hetilap tudományos közleményei – különlenyomat-, 1897, Szemészet 2-4. sz.

FEUER NATHANEL, DR.: *A trachoma (egyiptomi szemhaj) az iskolákban*. (Ifjúság és egészség iskolaegészségügyi folyóirat különlenyomata I. évfolyam 1898. máj. 15.) Budapest, 1898.

FEUER NATHANIEL m. kir. közegészségi felügyelő: *Trachoma-utmutató – A trachoma elleni hatósági eljárás, hatóságok és orvosok számára*. Budapest, 1900. ny. n.

FEUER: *Die Verbreitung des Trachoms in Ungarn*. Stuttgart, 1897, Enke.

Figyelmeztetés – fali oktató hirdetemény, kiadta a posta- és távirda vezérigazgatóság 1903-ban.

FILEP GYULA: *Az 1908:XXXVIII. t.-c. és a bábaiügy*. Közegészségügy, 1909/11.(jún.1.) 92.

FILEP GYULA: *Az egészségügyi szolgálat reformálása*. Közegészségügy, 1910/19. (okt. 1.), 199-200.

FILEP GYULA: *Megjegyzések a ragályos betegségekről szóló törvényjavaslat tervezetéhez*. Közegészségügy, 1909/16. (aug. 15.) 129-130.

FISCHER JAKAB: *Az elmebetegügy Magyarországon*. Közegészségügyi Szemle 1890/8-9, 615-623, 680-690.

FLAXMAYER JÓZSEF - MEDRICZKY ANDOR: *A kerületi elöljáróságok szerepe Budapest székesfőváros közigazgatásában*. Statisztikai Közlemények, 64. kötet 3. szám, Budapest, é.n., Kiadja Budapest Székesfőváros Statisztikai Hivatala.

FLAXMAYER JÓZSEF: *Budapest közigazgatási szervezete és alkalmazottai 1686-tól 1872-ig*. Statisztikai Közlemények 79. kötet 4. szám. Budapest, é.n., Budapest Székesfőváros Statisztikai Hivatala.

- Fodor József előadása a lakások egészségügye községekben címmel. In: *A milleniumi közegészségi és orvosügyi kongresszus tárgyalásai.*(Szerk. FRANK ÖDÖN) Budapest, 1897, Franklin ny. 429- 431.
- FODOR JÓZSEF: A budapesti Királyi Magyar Tudományegyetem ujjaalakításának CXV. évfordulója alkalmából MDCCCXCV. évi május hó 13-án mondott beszéd, cím: *A tudományok, az egyetemek és a közjólét.* Acta Reg. Scient. Universitatis Ung. Anni MDCCCXCIV-XCV.
- FODOR JÓZSEF: *A közegészségügy haladása.* Egészség, 1883, 3-4. 117-130.
- FODOR JÓZSEF: *A lakásviszonyok befolyása a cholera és typhus elterjedésére. Értekezések a természettudományok köréből.* Kiadja a Magyar Tudományos Akadémia. Tizennegyedik kötet. A III. osztály rendeletéből szerkeszti Szabó József. Budapest, 1885, MTA, 1-23.
- FODOR JÓZSEF: *A tiszti-orvosi képzés és a minősítés reformja tekintettel az egészségügy és a közegészségügy igényeire.* Budapest, 1898, Eggenberger.
- FODOR JÓZSEF: *Az árnyékszék-rendszerekről tekintettel a hazai, és főleg a pesti viszonyokra.* Pest, 1869, Lampel.
- FODOR JÓZSEF: *Az egészségügyről.* Egészség, 1887/1-2, 3-8.
- FODOR JÓZSEF: *Közegészségügy Angolországban.* Budapest, 1873. Magyar Orvosi Könyvkiadó Társ.
- FORBÁT IMRE: *A lakáskérdés és Budapest jövője, megjegyzések a Székesfőváros községi politikájához.* Budapest, 1906, Grill.
- FORBÁTH TIVADAR: *Adatok a magyar szegényügy rendezéséhez.* Budapest, 1908, Márkus S. ny.
- FOUCAULT, MICHEL: *A bolondság története a klasszicizmus korában.* Budapest, 2004, Atlantisz.
- FOUCAULT, MICHEL: *Elmebetegség és pszichológia – A klinikai orvoslás születése.* Budapest, 2000, Corvina.
- FÖLDES BÉLA: *Újabb adatok hazánk halandósági és közegészségi viszonyairól.* Budapesti Szemle 1884/95, 257-290.
- FÖLDI ISTVÁN: *A községi és körjegyzők társadalma és mozgalmi Nógrád megyében 1873-1950.* Adatok, források és tanulmányok a Nógrád Megyei Levéltárból 32. Salgótarján, 2001.
- Frank Ödön előadása a fertőző betegségek elhárításáról. In: *A milleniumi közegészségi és orvosügyi kongresszus tárgyalásai.*(Szerk. FRANK ÖDÖN) Budapest, 1897, Franklin ny. 380-393.
- FRANK ÖDÖN: *Hazai irodalmi mozgalom a tüdővész leküzdése ügyében.* Egészség, 1898, 221-227.
- FRANK ÖDÖN: *Himlő és védőoltás.* Egészség, 1887/1, 35.
- FRANK ÖDÖN: *Közegészségügyi mozgalmak.* Egészség, 1891/4, 125-138.
- FRIEDRICH VILMOS, DR.: *Tuberkulózis és az ellene való védekezés.* Budapest, 1916, Népszava, Világosság ny.
- FRIEDRICH VILMOS: *A betegségleyező pénztákról.* H.n., [1898], Pallas ny.
- FRIM JAKAB: *A hülyeség és hülyeintézetek, különös tekintettel Magyarország hülyéire.* Budapest, 1884, Nyomtatott Posner Károly Lajosnál.
- GALAMBOS SÁNDOR: „JÓT S JÓL...” (A jótekonyság egyes formái Nyíregyházán a dualizmus korában.) In: *Ünnepek és hétköznapiak a történelemben.* A Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Levéltár

Kiadványai IV. Füzetek, 3. Nyíregyháza, 1999, Kiadja a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Önkormányzat Levéltára, 49-58.

GÁRDONYI ALBERT: *Ötven esztendő Budapest székesfőváros történetéből (1873-1923)*. Budapest, 1925, Szföv. Háziny.

GEML JÓZSEF: *Temesvár lakáspolitikája. Tanulmány a munkáslakások kérdéséhez*. [Temesvár], 1906, Kiadja Temesvár sz. kir. város tanácsa, Uhrmann ny.

Gerard Kearns – W. Robert Lee – John Rogers: Politikai és gazdasági tényezők kölcsönhatása a városi közegészségügy fejlődésében. In: *A modern város történeti dilemmái*. (Válogatta és szerkesztette: Gyáni Gábor) Debrecen, 1995, Csokonai, 127-157.

GERHARD MELINZ- SUSAN ZIMMERMANN: *Über die Grenzen der Armenhilfe – Kommunale und staatliche Sozialpolitik in Wien und Budapest in der Doppelmonarchie*. Wien, 1991, Europaverlag.

GERLÓCZY GYULA: *A közegészségügy szerepe a nemzetgazdaságban*. Budapest, 1891, Lampel.

GERLÓCZY KÁROLY: A lakások egészségügye városokban. In: *A milleniumi közegészségi és orvosügyi kongresszus tárgyalásai*. (Szerk. FRANK ÖDÖN) Budapest, 1897, Franklin. 432-445.

GERLÓCZY ZSIGMOND: *Védekezésünk a fertőző betegségekkel szemben*. Közegészségügyi Szemle 1890

GERŐ LEÓ: *A törökbecsei járásban 1911. évben fellépett kolerajárványról*. Közegészségügy, 1912/4, 30-31.

GIDÓFALVY ISTVÁN: *Kolozsvár és társadalmának szociális kötelezettségeiről*. Kolozsvár, 1913, Ajtai K. Albert ny.

GOLDZIEHER VILMOS: *A trachoma kórtana*. Budapesti Orvosi Újság, 1905/24. (jún. 15.), 497-508.

GOMBOS EDE: *A lakásnyomor és leküzdésének módjai*. H.n., é.n., Pécsi Irodalmi és Könyvnyomdai Részvénytársaság.

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

GORTVAY GYÖRGY: *Az újabbkori orvosi művelődés és egészségügy története*. I.k. Budapest, 1953, Akadémiai.

GORTVAY GYÖRGY: *Kuruzslás és laikus orvoslás*. Anya és csecsemővédelem 1941/6, Különlenyomat.

GRÓSZ ALBERT: A vakok száma és állapota Magyarországon. In: *A Magyar Orvosok és Természetvizsgálók 1871. augusztus 28-tól szeptember 2-ig Aradon tartott XV. nagygyűlésének történeti vázlatja és munkálatai*. Szerkesztette Rózsay József. Pest, 1872, Athenaeum ny. 127.

GRÓSZ EMIL: *A trachomaellenes védekezés Magyarországon. Az 1886/V. tc. huszonöt éves évfordulója alkalmából*. Szemészet 1912/1-2, 1-12., Közegészségügy 1912/11, 112-113, 1912/12, 122-123., 1912/13, 139-141.

GRÓSZ FRIGYES: A szegényebb sorsú szembetegek és gyógyítható vakok tömérdek nagy számáról, mely leginkább egyesületek és több helyen felállítandó szegény vakok gyógy- és ápoló intézetei által

elhárítandó. In: *A Magyar Orvosok és Természetvizsgálók Kassa-Eperjesen tartott hetedik nagygyűlésének történeti vázlatja és munkálatai. A Nagygyűlés megbízásából kiadta Halász Gejza.* Pesten. Walzel, 29.

GRÓSZ FRIGYES: *Terv a magyar és erdélyországi földművelők közt gyakran előforduló szembetegségek és gyógyítható vakok számára több vidéken egyesületek által alakítandó ingyen gyógyító és ápoló intézetekről. A nagyváradai vakok gyógyintézetének rövid vázlatával (MOT. VIII. 29-31.)*

GRÓSZ LAJOS: *Az Országos Közegészségi Tanács elé terjesztett vélemény és tervezet az orvosrendőri és ezzel együtt a kéjelgési ügy szabályozásáról.* Államorvos, 1877, 113-118.

GRÓSZ LAJOS: *Évi jelentés az Országos Közegészségi Tanács 1868/69. évi működéséről.* Buda, 1869, Egyetemi ny.

GRÓSZ LAJOS: *Orvosi rendőrség.* Pest, 1863, Engel és Mandello.

GRÓSZ LIPÓT: *Az 1872/3 évben uralgott cholera-járvány keletkezése, terjedése s lefolyása, valamint az ez alkalommal tett tapasztalatok.* Budapest, 1874, k.n.

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

GRÓSZ MENYHÉRT, DR.: *A tuberculosis elleni küzdelem módjai.* Nagyvárad, 1906, Sonnenfeld.

GUSTAV RITTER AMON VON TREUENFEST: *Geschichte des k. u. k. Husaren Regiments Nr. 4. Arthur Herzog von Connaught und Strathearn.* Wien, 1903, Verlag des Regiments.

GYALÓKAY LAJOS: *Belügyi rendőri igazgatás a községi közigazgatási tanfolyamok számára.* Budapest, 1902, Pallas.

GYÁNI GÁBOR – KÖVÉR GYÖRGY: *Magyarország társadalomtörténete a reformkortól a II. világháborúig.* Budapest, 2001, Osiris.

GYÁNI GÁBOR: *Család, háztartás és a városi cselédség.* Budapest, [1983], Magvető.

GYÁNI GÁBOR: *A szociálpolitika múltja Magyarországon.* História Könyvtár. Előadások a történettudomány műhelyeiből 4. Budapest, 1994, História – MTA Történettudományi Intézete.

GYÁNI GÁBOR: *Az utca és a szalon. Társadalmi térhasználat Budapesten (1870-1940).* Budapest, 1999, Új Mandátum.

GYÁNI GÁBOR: *Bérkaszárnya és nyomortelep. A budapesti munkáslakás múltja.* Budapest, [1992], Magvető.

GYÁNI GÁBOR: *Könyörületesség, fegyelmezés, avagy a szociális gondoskodás genealógiája.* TSz 1999/1-2. 57-84.

GYÁNI GÁBOR: *Lakáshelyzet és otthonkultúra a munkásság körében a századfordulón.* Századok 1990/3-4. 355-382.

Gyermekvédő intézetek Magyarországon. A Budapesten 1899 ben tartott gyermekvédő kongresszus alkalmából szerkeszti és kiadja a kongresszust előkészítő bizottság. Budapest, 1899, Pesti ny.

Győr megye és város egyetemes leírása. (FEHÉR IPOLY szerk.) Budapest, 1874, Franklin.

GYÖRY TIBOR: *Az orvostudományi kar története 1770-1935*. Budapest, 1936, Kir. Magyar Pázmány Péter Tudományegyetem.

Gyulafehérvár sz. kir. rend.tanácsu város összesített szabályrendeletei. Gyulafehérvár, 1906, Papp ny. (Ebben: Alapszabályzat Gyulafehérvár városi nyilvános jelleggel felruházott kórház részére (Sz. 83-1900/kg.) 169-179., Szabályrendelet Gyulafehérvár sz. kir. város közönsége által az 1898. évi XXI. t. cz. 8. §-a A. és B. pontja értelmében gyakorlandó közsegélyezés módjáról és mérvéről (89-96.)

HAHN DEZSŐ: Tuberkulózis és foglalkozás. In: *A magyar orvosok tuberkulózis-egyesületének munkálatai III. Rózsahegy, 1917. máj. 26-28*, Franklin ny. 311-320.

HAHN GÉZA, DR.: *A magyar egészségügy története*. Budapest, 1960, Medicina.

Hajléktalanok Menhelye című jótékony-egylet alapszabályai. Budapest, 1881, Fanda ny.

HALÁSZ GEJZA: A Buda-Pesten uralgott járványos betegségek története, különös tekintettel a choleraára. In: GERLÓCZY GYULA- DULÁCSKA GÉZA (szerk.): *Budapest és környéke természetrajzi, orvosi és közművelődési leírása*. II. köt. Budapest, 1879, Egyetemi Nyomda.

HALÁSZ GÉZA: A pesti himlőjárványról. In: *A Magyar Orvosok és Természervizsgálók 1872. szeptember 16-tól szeptember 21-ig Herkules Fürdőben tartott XVI. Nagygyűlésének történeti vázlatja és munkálatai*. Szerkesztette Horváth György., Budapest, 1873, Franklin, 139.

HAMMER DEZSŐ: *A fertőtlenítés ügye hazánkban*. Közegészségügy, 1911/4, (feb.15.) 38-40.

HAMMER DEZSŐ: *Budapest Székesfőváros Központi Fertőtlenítő Intézetéről*. Budapest, 1909, Székesfőváros Házinyomdája.

HAMMER DEZSŐ: *Négy év (1908-1911) a budapesti fertőtlenítő intézet működéséből*. Budapest, 1913, Pesti Lloyd ny.

HANKÓ VILMOS: *Az ivóvíz Magyarország városaiban*. Egészség, 1904/10. 245.

HARRER FERENC: *A modern városigazgatás problémái*. Városi Szemle 1911/10. 665-686.

HARRER FERENC: *A városi törvény*. Városi Szemle 1912/1. 1-52.

Hatásköri összeütközések eseteiben hozott minisztertanácsi határozatok rendszeres gyűjteménye. Összeállította: Dr. KAMPIS JÁNOS. Budapest, 1903, Országos Központi Községi Nyomda Részvénytársaság.

HAUSZMANN ALAJOS: *Kórházépítési tanulmányok*. Budapest, 1881, Klny. Magyar Mérnök- és Építész-Egylet Közlönye.

HAVASS REZSŐ, DR.: *A Rókus*. (Különlenyomat a Budapesti Hírlap 1904. április 28. számából.) Budapest, 1904

HEGEDŰS JÁNOS: *A nyilvános betegápolás ügye*, Nagy-Becskerek, é.n., Pleitz Ferenc Pál Kiadása.

HEGEDŰS JÁNOS: *Belügyi igazgatás. Az érvényben levő törvények és rendeletek alapján a m. kir. ministeriumoknak elvi jelentőségű határozatainak feldolgozásával közig. tisztviselők, községi jegyzők, községi közigazgatási tanfolyamhallgatók számára*. II. rész. Közegészségügyi igazgatás. Nagybecskerek, 1902, Szerző.

HELMÁR ÁGOST: *Néhány adat a kislakások kérdéséhez továbbá a városi telek- és lakáspolitikához.* Pozsony, 1910, Angermayer Károly könyvnyomtató intézete.

HENSZELMANN ALADÁR: *Chyzer Kornél dr. emlékezete (1836-1909).* Különlenyomat a „Népegészségügy” 1943. évi 1. számából. Budapest, 1943, Stádium.

HOLLÓ SZILVIA: *A hatósági népkonyhák szervezetének kialakulása.* Tanulmányok Budapest múltjából XXVII. Egy nagyváros születése (Pest, Buda, Óbuda az egyesítés idején) 85- 91.

HOLLÓS ISTVÁN: *A lipótmezei állami elmeegógyintézet 40 évi betegforgalma 1868-1908.* Elme- és Idegkórtan 1909, 6, 2-3, 75-83.

HOLLÓS ISTVÁN: *Az elmeegógyintézeti therapia múltja és jövője.* Gyógyászat, 1914/7, 102-106.

HOLLÓS ISTVÁN: *Búcsúm a Sárga Háztól: Doktor Pfeiflein Telemach különös írása az elmebetegnek felszabadításáról.* Budapest, 1990, Cserépfalvi. (Budapest, 1927, Genius)

HOLLÓS ISTVÁN: *Száz év előtti tébolydákról.* Gyógyászat 1909/48. 806-807. 1909/49. 822-823.

HOLLÓS ISTVÁN: *Vizsgálódások a lipótmezei állami elmeegógyintézet harminchét évi betegfelvétele körül.* Közegészségügy, 1907/7. 79-80, 1907/8. 88, 1907/9. 98.

HONTI JÓZSEF, DR.: *Az 1876. évi XIV. tc. és előzményei: az Országos Közegészségügyi Tanács (1868), az Országos Közegészségügyi Egyesület (1886) és az Igazságügyi Orvosi Tanács (1890).* Orvosi Hetilap 1997/16. 1009-1011.

HOÓR KÁROLY: *A kolozsvári szemészeti klinika 50 éves története.* Szemészek Lapja 1903/3. 5-9.

HORÁNSZKY NÁNDOR: *A magyar elmeegógyászat a XIX. században.* In: *Az Országos Ideg- és Elmeegógyintézet 100 éve.* (Szerk. BÖSZÖRMÉNYI ZOLTÁN) Budapest, 1968, Nyomdaipari Szakmunkásképző Int. ny. 37-53.

Horvát János tanácsnoknak, mint a Közjótékonyági ügyosztály vezetőjének javaslata a fővárosi szegényügy rendezése iránt. Budapest, 1892, Pesti ny.

HORVÁTH FERENC: *Szombathely város képviselőtestülete és bizottságai 1860-1944.* In: *Tanulmányok a magyar helyi önkormányzat múltjából.* (Szerk. BÓNIS GYÖRGY) Budapest, 1971, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó. 335-364.

HORVÁTH GYULA: *A pesti kolera-lázadás 1831-ben.* Tanulmányok Budapest Múltjából X. Budapest, 1943, Budapest Szföv. kiadása. 219-234.

HÓGYES ENDRE: *A budapesti Pasteur-intézet 1900. évi működése.* Akadémiai Értesítő, 1902, 128-132.

HÓGYES ENDRE: *A budapesti Pasteur-intézet 1902. évi működése.* Akadémiai Értesítő, 1904, 26-30.

HÓGYES ENDRE: *Emlékkönyv a Budapesti Királyi Magyar Tudomány Egyetem Orvosi Karának múltjáról és jelenéről.* Budapest, 1896, Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat.

Igló kir. Korona- és Bányaváros szabályzatai. Igló, 1899, Schmidt József ny. (Igló kir. korona- és bánya- rendezett tanácsú város szervezeti szabályzata. 1976/a. sz./kig. 98., 1-32., Igló kir. korona, stb. város Kórház-szabályzata. 1990. szám/kig. 898. (54-57.), Igló r.t. kir. korona- és bányaváros szabályrendelete a városi illetőségről, a városi kötelékbe való felvételről, illetőségi törzskönyvről és letelepülésről. (73-76)

- IMRE JÓZSEF: *Kimutatás Hódmező-Vásárhely város Erzsébet-szemkórházának 13 évi működéséről.* Szemészet 1904/1, 40-65.
- Jelentés a budapesti lakásügy tárgyában. A fővárosi lakbizottság megbízásából írta DR. NEMÉNYI AMBRUS.* Budapest, 1883, Pesti Könyvnyomda-Részvény-Társaság.
- Jelentés a gyöngyösi alapítványi nyilvános közkórháznak 1888-ik évi működéséről.* Közli: DR. KOLLER JÁNOS. Gyöngyös, 1889, Herzog Ernő Ármin ny.
- JELLINEK ARTHUR: *A törvényhatósági tisztviselők, segéd- és kezelő-személyzet elleni fegyelmi eljárásról.* Magyar Jogászegyleti Értekezések. XXIX. III. kötet, 2. füzet. Budapest, 1886, Franklin ny.
- Jósa András előadása a fertőző betegségekről. In: *A milleniumi közegészségi és orvosügyi kongresszus tárgyalásai.* (Szerk. Frank Ödön.) Budapest, 1897, Franklin, 393-413.
- KABDEBO GYULA: *Budapest Székesfőváros kislakás- és iskolaépítkezései.* Budapest, 1913, Pátria ny.
- KÁDÁR ZOLTÁN: *Az orvosi műhibákról.* Magyar Jogászegyleti Értekezések, 1912. nov., 38. füzet.
- KAJTÁR ISTVÁN: *Magyar városi önkormányzatok (1848-1918).* Budapest, 1992, Akadémiai.
- KALOCSAI PÉTER: *A dualizmus kori Szombathely.* Vasi Szemle 1997/5, 621-636.
- KAMPIS JÁNOS: *A községi közigazgatási tanfolyamok.* Budapest, 1900, Községi ny.
- KAMPIS JÁNOS: *A tisztviselő-kérdés.* Budapest, 1902, Országos Központi Községi Nyomda Részvény-Társaság.
- KAPRONCZAY KÁROLY, DR.: *A százéves Róbert Károly kórházról.* Orvosi Hetilap 1985/12. 721-722.
- KAPRONCZAY KÁROLY, DR.: *Magyar orvosi társulások története.* Orvosi Hetilap 1991/16. 871-872.
- KAPRONCZAY KÁROLY: *A hazai orvosképzés kezdetei.* Valóság, 2004. dec. XLVII. évfolyam 12. szám.
- KAPRONCZAY KÁROLY: *A hazai vízszabályozások hatásai a magyar közegészségügyi állapotra.* Orvostörténeti Közlemények 188-189. (2004), 5-31.
- KAPRONCZAY KÁROLY: *Adatok a hazai iparegészségügy fejlődéséhez.* Lege artis medicinae 1993/2. 198-200.
- KAPRONCZAY KÁROLY: *Adatok a himlőoltás magyarországi elterjedéséhez.* Egészségtudomány 1994/3. 260-267.
- KAPRONCZAY KÁROLY: *Adatok az 1848/49. évi szabadságharc egészségügyéről.* Orvosi Hetilap 1998/12. 708-710.
- KAPRONCZAY KÁROLY: *Adatok Közép- és Kelet-Európa orvosképzésének átforgalmazásához a 18-19. században.* Comm. Hist. Artis. Med. 158-165. (1997-98), 249-261.
- KAPRONCZAY KÁROLY: *Az ápolás-, ápolóképzés és kórházügy története Magyarországon.* Budapest, 2005, Szechenyi Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár.
- KAPRONCZAY KÁROLY: *Az orvosképzés gyökerei hazánkban.* Egészség 1997/5. 16-19.
- KAPRONCZAY KÁROLY: *Az orvoslétszám alakulása 1841-1989 között.* Orvosi Hetilap 1996/8. 442-424.
- KAPRONCZAY KÁROLY: *Gondolatok a hazai kórházügy történetéhez.* Kórház 2000/3

KAPRONCZAY KÁROLY: *Katonaorvosi szolgálat a kiegyezés után*. Orvosi Hetilap 1996/14. 759-760.

KAPRONCZAY KÁROLY-SZEMKEŐ ENDRE: *A magyar ápolónőképzés kezdetei*. Orvostörténeti Közlemények 102-104. (1983) 183-198.

KAPRONCZAY KATALIN, DR.: *Az orvosok érdekvédelmi törekvései a 19. századi Magyarországon a korabeli szaksajtó alapján*. Orvostörténeti Közlemények 41-42. (1995-1996) 165-181.

Karánsebes rend. tanácsu város közbiztonsági, közegészségi, közlekedési és rendészeti szabályrendelete. XII-4144. szám. (BM 1897/24428) 1897.

KARDOS KÁLMÁN: *Az igazságügyminisztériumi levéltár*. Budapest, 1993, Magyar Országos Levéltár.

KARIKA ANTAL: Győrvidéken honos kóralakok. In: *A Magyar Orvosok és Természetvizsgálók 1882. aug. 23-tól aug. 27-ig Debreczenben tartott XXII. vándorgyűlésének történeti vázlata és munkálatai*. A szerkesztő bizottság: Dr. Szabó József, Frivald János, Dr. Staub Móricz, Dr. Dulácska Géza, Mocsáry Sándor, Dr. Hochhalt Károly, Dr. Báron Jónás. Budapest, 1883, Rudnyánszky A. 194.

Kassa szab. kir. város összes, érvényben lévő szabályrendeletei. Sajtó alá rendezte Kossuth Lajos. Kassa, 1898, Werfner Károly ny., 300.155 (egészségügyi szervezet: Kassa szab. kir. város törvényhatóságának szervezete. 224/7600 kgy, 245/7742. kgy, BM 1891/58914/VII-5 jóváhagyott, 1-51.)

KASSAI BÉLA – SZŐKE SÁNDOR: *Az orvos felelőssége*. Budapest, 1938, Grill.

KÁTAI GÁROR: A fertőtlenítő szerek és fertőtlenítés értékéről. In: *A Magyar Orvosok és Természetvizsgálók 1874. augusztus 24-től augusztus 29-ig Győrött tartott XVII-ik nagygyűlésének történeti vázlata és munkálatai*. szerk. FEHÉR IPOLY, Budapest, 1875, Franklin. 163-169.

KATUS LÁSZLÓ: *A demográfiai átmenet kérdései Magyarországon a 19. sz-ban*. Tsz 1980/2, 270-288.

KATUS LÁSZLÓ: Budapest népesség-növekedésének forrásai a 19. században. In: SOMOGYI ÉVA(szerk.): *Polgárosodás Közép-Európában. Tanulmányok Hanák Péter 70. születésnapjára*. Budapest, 1991, MTA TTI.

KELEN JÓZSEF: A roncsoló toroklob Budapest főváros területén. In: *A Magyar Orvosok és Természetvizsgálók 1882. aug. 23-tól aug. 27-ig Debreczenben tartott XXII. vándorgyűlésének történeti vázlata és munkálatai*. A szerkesztő bizottság: Dr. Szabó József, Frivald János, Dr. Staub Móricz, Dr. Dulácska Géza, Mocsáry Sándor, Dr. Hochhalt Károly, Dr. Báron Jónás. Budapest, 1883, Rudnyánszky A. 112.

KELETI KÁROLY: *Magyarország népesedési mozgalma 1864-73-ban és a cholera*. Budapest, 1875, MTA.

KELLER IMRE: *Hatvan év a Kassai Önkéntes Tűzoltó és Mentő Egyesület történetéből*. Kassa, 1932, Grafika ny.

KEMÉNY JÁNOS: *A közigazgatási bizottságok feladatkörének változásai 1876-1914 között*. Levéltári Szemle 1991/3 6-30.

KEREKES LÁSZLÓ: *Pest és Buda közegészségügyi helyzete és az itt „uralgott” járványos betegségek történelme az egyesítés idején*. Orvostörténeti Közlemények 78-79. (1976) 189-198.

- KEREKES PÁL: *A trachoma kór- s gyógytana*. Gyógyászat 1904, 405-408.
- KEREKES PÁL: *A trachoma története*. Gyógyászat, 1904/9, 141-142. 1904/10, 155-156. 1904/11, 172-174.
- KISS GÁBOR: *Megfigyelőállomások és sebesültszállítmányt kísérő osztagok tevékenysége az első világháborúban*. Orvostörténeti Közlemények 188-189. (2004), 69-85.
- KISS GYULA: *Milyenek nálunk a kolerajárványok eshetőségei a jövőben*. Városi Szemle 1909, 808-814.
- KISS MIHÁLY, DR.: *A betegápolási költségek behajtása*. MK 1891/49. (dec. 6.)
- KLASZ PÁL: *A központi bakteriológiai és közegészségi vizsgáló-állomás szervezete*. Közegészségügy, 1912/13. 133-135.
- KMETY KÁROLY: *A magyar közigazgatási jog kézikönyve*. Budapest, 1900, Politzer Zsigmond könyvkereskedő kiadása.
- KMETY KÁROLY: *A magyar pénzügyi jog kézikönyve*. Budapest, 1902, Politzer.
- KNOPF, S.A.: *Küzdelem a tuberculosis ellen*. Budapest, 1904, Mai.
- Kolozsvár sz. kir. város törvényhatóságának rendőri kihágásokat érintő szabályrendeletei*. Hivatalos kiadás. Kolozsvár, 1882, Stein J. ny. (Kolozsvár sz. kir. város szabályrendelete a közegészség, köztisztaság, testiépség, közbiztonság, közcsend és rend, közszemérem és tulajdon elleni rendőri kihágások tárgyában. 31-1881., 208-1881. vár. biz. szám., BM 54477/1882, 101-106.)
- Komárom szab. kir. város rendőrségének szervezeti és szolgálati szabályzata*. Komárom, 1894, Spitzer Sándor ny.
- KONRÁD JENŐ: *Az elmebetegek családi ápolásának meghonosítása Magyarországon*. Az Orvosi Hetilap tudományos közleményei. Különlenyomat. XLVIII. évfolyam. 1904. Elme- és idegkórtan 4. szám, Budapest, 1904, Pesti Lloyd-Társulat könyvnyomdája.
- KONRÁD JENŐ: *Az elmekórtan gyakorlatilag fontos tételei, tekintettel a közigazgatásra*. Budapest, 1915, Mai.
- KONRÁDI DÁNIEL: *A kolozsvári önkéntes mentő-egyesület története*. Kolozsvár, 1902, Gombos ny.
- KOPASZ GÁBOR: *A városi rendőrség államosítása és a thj. városok elsőfokú hatósága*. Baranyai helytörténetírás 1972. A Baranya Megyei Levéltár Évkönyve. Pécs, 1973, 335-376.
- KORÁNYI FRIGYES, DR.: *A betegápolásról*. Jó Egészség, 1907/10. 112-116.
- KORÁNYI FRIGYES: *Az ázsiai hányászékelésről (cholera asiatica)*. Budapest, 1873, Eggenberger.
- KORBÉLYI ENDRE: *Az 1866-iki járványos cholera elméleti és gyakorlati ismertetése*. In: *A magyar orvosok és természetvizsgálók Rimaszombatban tartott 12. nagy gyűlésének munkálatai*. Pest, 1868. 282-285.
- KOVÁCS SEBESTÉNY ALADÁR: *A városi szennyvizek elvezetése*. Városi Szemle 1908, 774-785.
- KOVÁSZNAY MARCELL: *A községi rendőrség szervezése*. MK 1908. okt. 4.
- KOVÁTS FERENC: *A gümőkór elleni küzdelem Magyarországon*. Communicationes ex bibliotheca historiae medicae hungarica 27, 1963, 37-55.

KOVÁTS FERENC: *A gümőkór elleni küzdelem Magyarországon*. *Communicationes ex bibliotheca historiae medicae hungarica* 27, 1963, 37-55.

KOZÁRI MÓNKA: *A dualista rendszer*. Budapest, 2005, Pannonica.

KOZÁRI MÓNKA: *Tisza Kálmán és kormányzati rendszere*. Budapest, 2003, Napvilág.

KOZÁRI MÓNKA: Tisza Kálmán, mint belügyminiszter 1875-ben. In: *Nemzeteken innen és túl. Tanulmányok Diószegi István 70. születésnapjára*. (Szerk. ERDRÖDY GÁBOR, PÓK ATTILA) Budapest, 2000, Korona. 105-135.

KÖNYVES TÓTH KÁLMÁN: *Budapest községi népjólét- és kórházügyének története 1686-tól napjainkig*. Budapest 1929. Légrády ny.

KÖRMÖCZI EMIL, DR.: *A Budapesti Önkéntes Mentő Egyesület rövid története és szervezete*. Budapest, 1927, Pesti ny.

KÖRMÖCZI KATALIN: *A fővárosi lakáshelyzet és a "Wekerle" állami munkástelep 1908-45*. *Folia Historica* 1980, 123-165.

KÖRÖSY JÓZSEF: A túlnépes lakások befolyása a fertőző betegségek fellépésére. In: *Budapest székes főváros halandósága az 1886-1890-diki években és annak okai*. Budapest, 1898, Grill.

Közegészségügy a Főrendiházban. *Egészség*, 1902/11. 284-286.

Közegészségügyi szolgálat. Gyakorlati útmutató közalkalmazásban levő orvosok részére. Kézirat gyanánt kiadta a „Közegészségügyi Kalauz”. Budapest, 1901, Hornyánszky V. ny.

Közegészségügyi törvényünk a gyakorlatban – saját tapasztalatai alapján megírta Dr. Paracelsus redivius. [BURTIK GYÖZŐ] Szeged, 1887, Várnai ny.

Községi szeretetház alapszabályzata. 426/1884. közgy. sz., BM 39041/V.a., Budapest 1884.

KRESZ GÉZA: *A Budapesti Önkéntes Mentő-Egyesület 1887-1893*. Budapest, 1894, Pesti ny.

KUBINYI ÁGOSTON: A tisztaságról. In: *A Magyar Orvosok és Természervizsgálók 1872. szeptember 16-tól szeptember 21-ig Herkules Fürdőben tartott XVI. Nagygyűlésének történeti vázlata és munkálatai*. Szerkesztette Horváth György. Budapest, 1873, Franklin. 182.

KUN MIKLÓS: A pszichiatria kezdetei Európában. In: *Az Országos Ideg- és Elmegyógyintézet 100 éve*. (Szerk. BÖSZÖRMÉNYI ZOLTÁN) Budapest, 1968, Nyomdaipari Szakmunkásképző Int. ny. 13-22.

Kun Tamás indítványa az egészségügyi képviselő tárgyában. In: *A magyar orvosok és természetvizsgálók 1865. augusztus 28-tól szeptember 2-ig Pozsonyban tartott XI. nagygyűlésének történeti vázlata és munkálatai*. Szerk. KANKA KÁROLY és RÓMER FLÓRIS, Pozsony, 1866, Wigand Károly. 55-56.

KUN TAMÁS: *A megyei főorvos tiszti köre*. Miskolc, 1861, Nyomtatott Rácz Ádám Könyvnyomdájában.

KUN TAMÁS: *Magyarország közegészségügyi közigazgatásáról*. Budapest, 1890, Pesti ny.

KUN TAMÁS: *Vademecum. Miskolc városa egészségügyi közigazgatásának gyökeres rendezése*. 1890, Forster ny.

KUTHY DEZSŐ: *A tüdővézesek elhelyezése Magyarország kórházaiban*. *Budapesti Orvosi Újság*, 1905/19.(máj. 11.) 385-389.

- KUTHY DEZSŐ: *Tüdőbeteg-szanatóriumokról.* (előadta az Orsz. Közegészségügyi Egyesületnek 1899. évi november 22-ikén tartott felolvasó ülésén)
- LADIK GUSZTÁV: *A közszolgálati alkalmazottak jogviszonyai.* Budapest, 1908, Pesti ny.
- LADIK GUSZTÁV: *Közigazgatásunk fejlődése 1867-óta.* Budapest, 1932, Fővárosi Könyvkiadó, Fővárosi ny.
- LAKOS JÁNOS: *A közigazgatási reform ügye a Szapáry-kormány minisztertanácsa előtt 1890-1892.* Levéltári Szemle 1998/3. 3-18.
- LAKY DEZSŐ: *Az albérlők és ágybérlők szociális és gazdasági viszonyai Budapesten.* Statisztikai Közlemények 1929. 58. kötet 4. szám. Budapest Székesfőváros Statisztikai Hivatala.
- LAUFENAUER KÁROLY: *Budapest székesfőváros elmebetegügye.* In: *Az 1900. évi október 28-29-én Budapesten tartott első országos elmeorvosi értekezlet munkálatai.* (Szerk. EPSTEIN LÁSZLÓ) Budapest, 1901, Pallas ny.
- LÉDERER PÁL – TENCZER TAMÁS – ULICSKA LÁSZLÓ (szerk): *“A tettetésnek minden mesterségeiben jártasak” koldusok, csavargók, veszélyeztetett gyerekek a modernkori Magyarországon.* Budapest, 1998, Új Mandátum.
- LÉNÁRD BÉLA: *A Hatvani Önkéntes Tűzoltó és Mentő Egyesület 50 éves története,* Hatvan és Járása, 1935/32. 1-2. 33. 1-2.
- LESZNER RUDOLF: *A közegészségügyi szolgálat államosítása.* Egészség, 1903/2, 39-43.
- LICHTMANN SAMU: *A szabad orvosválasztás kérdése.* Bp, 1905 (Budapesti Orvosi Kaszinó orvostársadalmi könyvtára 2.)
- LINCZBAUER FERENC: *Irányszemlék „Az egészség-ügy szabályozása tárgyában” az országgyűlés huszonegyes bizottmányának kilences albizottsága által f. é. jan. 26-án tett indítvány szellemében.* Államorvos, 1874/6, 69-79.
- LINZBAUER XAVÉR FERENC: *A magyar korona országainak nemzetközi egészségügye, az egyes igazgatási tárgyak fejlődésének történetével – hivatalos adatok nyomán.* Pest, 1868, Kugler.
- LINZBAUER XAVÉR FERENC: *Néhány szó a magyar kormányhoz és a parlamenthez a közegészségügy szabályozása tárgyában a municípiumok autonóm igazgatása alapján.* Budapest, 1874, Egyetemi ny.
- LINZBAUER: *Das System der Gemeindeärzte in Oesterreich, vom Gesichtspunkte „der freien Entwicklung und inneren Verwaltung der Gemeinden,” beleuchtet von Dr. Linzbauer.* – Separat-Abdruck aus der Allgemeinen Wiener medizinischen Zeitung. der DDr. Kraus und Pichler. Wien, 1857.
- LÓNYAY MENYHÉRT: *Államköltségvetés 1868-ra. Lónyay Menyhért nevezetesebb országgyűlési beszédei,* Pest, 1870, Ráth. 158-199.
- LUKÁCS HUGÓ: *Az idioták és imbecillisek védelme.* In: *Az 1900. évi október 28-29-én Budapesten tartott első országos elmeorvosi értekezlet munkálatai.* (Szerk. EPSTEIN LÁSZLÓ), Budapest, 1901. Pallas ny. 224-232.
- LUKÁCS LAJOS: *Pest-Buda az 1867-es kiegyezés idején.* Budapest, 1996, Akadémiai.

- LUKÁCS ÖDÖN: *Városaink háztartásának rendezése*. Városi Szemle, 1909, 457-485. 579-624. 474-475.
- MÁDAI LAJOS, DR.: *Hat nagy kolerajárvány és a halandóság Magyarország dél-dunántúli régiójában a XIX. században*. Demográfia 1990/1-2. 58-95.
- Magyar művelődéstörténet*. (Szerk. KÓSA LÁSZLÓ) Budapest, 1998, Osiris.
- Magyarország elmebetegügye az 1899. évben*. Közzéteszi a M. Kir. Belügyministerium. Budapest, 1900, Schmidl ny.
- Magyarország városainak háztartása az 1910-es évben*. Budapest 1916, Központi Statisztikai Hiv.
- MANDELLÓ GYULA: *Sociálpolitikai program*. Budapest, 1905, Pesti ny.
- MARBERGER SÁNDOR: A nép szociál- higiénés igényének fejlesztése tekintettel a tuberkulózisra. In: *A magyar orvosok tuberkulózis-egyesületének munkálatai III. Rózsahegy*, 1917. máj. 26-28, 320-330.
- MÁRFFY EDE: *A magyar városok háztartásának joga*. Budapest, 1914, Szerzői kiadás.
- MÁRFFY EDE: *A városi adók és illetékek*. Budapest, 1908, Szföv. Háziny. Különnyomat a Városi Szemléből.
- MARKÓ LÁSZLÓ: *A millenium emlékére építsük fel az új kórházat*. Miskolcz, 1895.
- MARKUSOVSKY LAJOS: Egyesületek és a társadalom közreműködése az egészségügy előmozdítására. In: *Az 1885. évi Országos Orvosi és Közegészségügyi Congresszus Tárgyalásai* Budapest, 1885. 254-255.
- MARKUSOVSKY LAJOS: Emlékirat a közegészségügyi és orvosi ügy rendezése tárgyában (Orvosi Hétlappal 1868), In: *Markusovszky Lajos válogatott munkái. Összegyűjtötte és sajtó alá rendezte Marikovszky György dr.* Budapest, 1905, Franklin ny. 177-193.
- MASZÁK ELEMÉR, DR.: *A tüdővész terjedésének korlátozását célzó hatósági intézkedések*. Egészség, 1898, 210-220.
- MÁTHÉ GÁBOR: *A magyar burzsoá igazságszolgáltatási szervezet kialakulása 1867-1875*. Budapest, 1982, Akadémiai.
- MATLEKOVITS SÁNDOR: *Magyarország államháztartásának története 1867-1893*. (1-2.) Budapest, 1894, Állami ny.
- MELLY JÓZSEF: *A székesfőváros tuberculosis halandóságának alakulása 1874-től 1927-ig*. OH 1929/40, 1014-1016.
- MELLY JÓZSEF: *A tisztiorvosi kar megszervezése Budapesten*. Különnyomat. Gyógyászati Közlemények, 1943/12-13.
- MELLY JÓZSEF: *Az egészségőri intézmény keletkezése és kialakulása Magyarországon*. Különnyomat a Városi Szemle XXVIII. évfolyamából. Budapest Székesfőváros Házinyomdája.
- METZL JÁNOS: *A soproni kórház építésének előzményei*. Soproni Szemle 46, 1992/3, 258-265.
- MEZEY BARNA: *Törvény-előkészítés a dualista Magyarországon (A kormány szerepe a törvényalkotásban)* In: *Jogtörténeti Tanulmányok V*. Budapest, 1983, Tankönyvkiadó. 169-179.

MEZNERICS IVÁN –TORDAY LAJOS: *A magyar közigazgatás szervei 1867-1937*. Budapest 1937, Magyar Közigazgatástudományi Intézet No.21.sz., Szfv. Háziny.

MILHOFFER SÁNDOR: *A mezei munkás-viszonyok hazánkban*. Budapest, 1893, Athenaeum.

MOLLAY KÁROLY: *Adatok a soproni ispotály történetéhez*. 1942, Röttig-Romwalter ny.

MOLNÁR ANTAL: Az egészségügyi közigazgatás szervezése. In: *A milleniumi közegészségi és orvosügyi kongresszus tárgyalásai*.(Szerk. FRANK ÖDÖN) Budapest, 1897, Pallas ny. 96-107.

MORAVCSIK ERNŐ EMIL: *A gyakorlati elmeorvosnás vázlat. Különös tekintettel az elmebetegre vonatkozó hazai törvényeinkre s ministeri rendeletekre*. Budapest, 1888, Franklin.

MORAVCSIK ERNŐ EMIL: *Gyakorlati elmeorvosnás*. Budapest, 1897, Franklin.

MÜLLER KÁLMÁN: *A fővárosi kórházügy jövője*. Közegészségügy és Törvényszéki Orvostan, 1889/2, 13-24.

NAGY IVÁN: *Kolozsvár egyetemi klinikái*. Magyar Kórház, 1941, 201-210.

NAGY LÁSZLÓ: *A vármegyéről*. Nagy-Károly, 1900, Róth Károly ny.

Nagyszében. Emlékkönyv a M. K. Nagyszébeni Állami Elmeorvosintézet ötven éves fennállásának évfordulójára. (Szerk. PÁNDY KÁLMÁN.) 1914, Haiser ny.

NEDANOVICS LÁZÁR: *A trachomaügy a XII. nemzetközi orvosi kongresszuson*. Szemészet, 1897, 77-78.

NEMÁK TITUSZ: *A rendőri büntető bíraskodás kézikönyve*. Trencsén, 1911, Szerző, Körjegyzői ny.

NÉMETHY FERENC: *A m. kir. csendőrség szervezete, szolgálata és viszonya a közigazgatási hatóságokhoz II-III*. Közigazgatási Könyvtár, Budapest, 1900, Községi ny.

NÉMETHY KÁROLY: *A közigazgatási eljárás egyszerűsítése*. 1-2. H.n., 1903, Pesti ny.

NIEDERMANN GYULA- CHYZER KORNÉL: *Elmebetegügy, iszákosok menedékhelyei, és védekezés a tüdővész ellen*. Budapest, 1897, M. Kir. Belügyministerium.

NIEDERMANN GYULA: A tébolyda. In: *A Magyar Orvosok és Természetvizsgálók 1867. augusztus 12-től 17-ig Rimaszombatban tartott XII. nagy gyűlésének munkálatai*. Szerkesztették: Batiz József és Rónay József. Pest, 1868, Emich Gusztáv. 300-306.

NOVÁK ENDRE: *A közegészség mint közgazdasági tényező az államéletben*. Ungvár, 1893, Székely-Illés ny.

NOVÁK KÁROLY: *Egy fejezet a Vöröskereszt „Erzsébet” kórháza történetéből*. Orvostörténeti Közlemények 38-39, 1966, 209-243.

Nyomorék gyerekek menhelye. Budapest 1902., Nyom. Károlyi György tv-nél.

OKOLICSÁNYI-KUTHY DEZSŐ: *A magyar tuberculosis-elleni küzdelem története hazánkban I. a kezdetektől a világháborúig*. Tüdőbetegd. és Tuberk. 1935. 27, 2, 17-23.

OKOLICSÁNYI-KUTHY DEZSŐ: *A magyar tuberkulózis elleni küzdelem első évtizede*, Budapest, 1934, Wesselényi ny.

OKOLICSÁNYI-KUTHY DEZSŐ: *Erdei üdülőtelepek a gümőkór elleni küzdelemben*. különnyomat a Társadalmi Múzeum Értesítőjéből, [1911], Posner.

- OLÁH GUSZTÁV: *A gyógyíthatatlan és veszélytelen elmebetegek községi ápolásának rendezéséről.* Közegészségügy 1912/5. 45-46.
- OLÁH GUSZTÁV: *Az elmebetegápolás különös tekintettel Magyarország elmebetegügyére.* Budapest 1889, Pesti ny.
- OLÁH GUSZTÁV: *Az elmebetegek colonialis elhelyezése mellett és ellen* In: *Az 1900. évi október 28-29-én Budapesten tartott első országos elmeorvosi értekezlet munkálatai.* (Szerk. Epstein László), Budapest, 1901, Pallas ny. 143-144.
- OLÁH GUSZTÁV: *Emlékfoszlányok az angyalföldi állami elme- és ideggyógyintézet keletkezésének idejéből.* In: *A Budapesti Angyalföldi Elme- és Ideggyógyintézet Emlékkönyve 1883-1933.* (Szerk. DR. ZSAKÓ ISTVÁN.) Budapest, 1933, Attila ny. 3-8.
- OLÁH GUSZTÁV: *Jelentés és javaslat a gyógyíthatatlan és veszélytelen elmebetegek községi ápolásának rendezéséről.* Budapest 1912, Schmidl ny.
- Oláh Gyula felszólalása. In: *A milleniumi közegészségi és orvosügyi kongresszus tárgyalásai.* (Szerk. FRANK ÖDÖN.), Budapest, 1897, Pallas ny. 156-157.
- OLÁH GYULA: *A cholera.* Közegészségügyi Szemle 1890, 157-166.
- OLÁH GYULA: *A közegészségügy államosításáról.* Közegészségügyi Szemle, 1890, 370-383.
- OLÁH GYULA: *A közigazgatási reform és a közegészségügy.* Közegészségügyi Szemle 1891/3, 161-184.
- OLÁH GYULA: *A községek feladatai a közegészségügyi szolgálat terén.* Közegészségügyi Szemle 1890, 12-32.
- ORBAY ANTAL: *Népgyógyászat, kuruzsolás a Jászságban.* In: *A Magyar Orvosok és Természetvizsgálók 1874. aug. 24- aug. 29-ig Győrött tartott XVII-ik nagygyűlésének vázlatja és munkálatai.* Szerkesztette Fehér Ipoly., Budapest, 1875, Franklin. 278.
- OROSZ ÉVA: *Egészségügyi alapellátás – területi különbségek (1876-1954).* Orvostörténeti Közlemények 113-114. (1986) 61-71.
- Oroszországi kolera tanulmányozása. – Dr. Spausta Ferencz' hivatalos tudósítása, Dr. Olexik Pálé, Dr. Zhuber Antalé* OT, 1831. II. k. 100-117. 118-143. 216-251.
- ORSZÁGH OSZKÁR: *A tuberculosis elterjedése Magyarországon.* OH 1912/20. 381-387.
- ORSZÁGH OSZKÁR: *Az Erzsébet királyné Sanatorium huszonöt éves története. 1901-1926.* Budakeszi, 1927, Franklin ny.
- OSVAI LÁSZLÓ: *Az esztergomi Kolos Kórház Építéstörténete 1892-1902.* Esztergom, é.n., Pulmo-Dent Bt.
- OTROBÁN NÁNDOR: *Az Erdélyben 1870-73-ig uralkodott roncsoló torokklob-járvány.* In: *A Magyar Orvosok és Természetvizsgálók 1874. aug. 24- aug. 29-ig Győrött tartott XVII-ik nagygyűlésének vázlatja és munkálatai.* Szerkesztette Fehér Ipoly., Budapest, 1875, Franklin. 231.
- PÁLOS ÖDÖN: *A magyar szegényügy rendezésének terve.* Esztergom, 1912, Buzárovits Gusztáv Könyvkereskedése.

- PÁNDY KÁLMÁN: Adatok a nagyszzebeni magyar királyi állami elmeógyógyintézet történetéhez. In: *Emlékkönyv a nagyszzebeni m.k. állami elmeógyógyintézet ötven éves fennállásának évfordulójára*. Nagyszzeben, 1914, Haiser. 7-144.
- PÁNDY KÁLMÁN: Az elmebetegápolás jobb és olcsóbb rendszereinek magvalósításáról Magyarországon. In: *Az 1900 évi október 28-29-én Budapesten tartott első országos elmeorvosi értekezlet munkálatai*. (Szerk. EPSTEIN LÁSZLÓ) Budapest, 1901, Pallas ny.
- PÁNDY KÁLMÁN: *Gondoskodás az elmebetegekről más államokban és nálunk*. Gyula, 1905, Vértesi – „Corvina” ny.
- PÁNDY KÁLMÁN: *Hogyan lehetne elmebetegeink intézeti elhelyezését megkönnyíteni?* In: *Közegészségügy* 1913, 60-61.
- PAPP GÁBOR: *A nem állami kórházak személyzetének helyzete*. *Közegészségügy* 1910, 164-165.
- PARÁDI FERENC: *A Szolnok-Doboka vármegyei „Rudolf” közkórház 1904. évi állapotrajza*. Dés, 1905, Demeter és Kiss.
- PARÁDI FERENC: *A Szolnok-Doboka vármegyei „Rudolf” közkórház alapszabályzata*. Dés, 1913, Demeter és Kiss.
- PARASSIN JÓZSEF: *A székesfővárosi központi tüdőgondozó története*. Budapest, 1918, Háziny.
- PÁSZTOR MIHÁLY: *Az eladósodott Budapest*. (2. kiadás) Budapest, 1907, Márkus Samu ny.
- PATRUBÁNY GERGELY: *Budapest főváros közegészségügyi közigazgatása*. Budapest, 1879, Egyetemi ny.
- PATRUBÁNY GERŐ: A roncsoló toroklob Budapest főváros területén. In: *A Magyar Orvosok és Természetvizsgálók 1882. aug. 23-tól aug. 27-ig Debreczenben tartott XXII. vándorgyűlésének történeti vázlatja és munkálatai*. A szerkesztő bizottság: Dr. Szabó József, Frivald János, Dr. Staub Móricz, Dr. Dulácska Géza, Mocsáry Sándor, Dr. Hochhalt Károly, Dr. Báron Jónás. Budapest, 1883, Rudnyánszky A. 103.
- PERTÓK GYULA: *Illetőség, elhagyottá nyilvánítás, közsegélyezés*. Kaposvár, 1909, Szerző, Szabó ny.
- Pest-Budai hivatali utasítások a XVIII. században*. (Szerk. BÓNIS GYÖRGY) Budapest, 1974, Budapest Főváros Levéltára.
- PETŐ PÁL: *A munkaközvetítés és a népjóléti hivatalok szervezése a vidéki városokban*. Budapest, 1918, Jókai-Löbl ny.
- PETRÓK GYULA: *Illetőség, elhagyottá nyilvánítás, közsegélyezés*. Kaposvár, 1909, Szerző, Szabó Lipót ny.
- PETZ ALADÁR: *Győr szabad királyi város Szentháromság Közkórházának multja és jelene (1749-1928)*. Győr, 1929, Győr Egyházmegyei Alap ny.
- PETZ LAJOS: *Közkórházunk érdekében*. Győr, 1888, Surányi ny.
- PIKLER J. GYULA: A népesség. In: *A negyven éves Budapest. Értekezések a városi közigazgatás köréből*. A Városi Szemle jubiláris száma. [Budapest, 1913, k.n.] 33-144.

PIKLER J. GYULA: *Az 1911. évi budapesti lakásszámlálás főbb eredményei.* Városi Szemle 1911/9. 577-609. 1911/10. 687-714. 1911/12. 849-898.

PIROVITS ALADÁR: *Hazai városaink egészségügye a városcsatornázás és vízellátás tárgyában, különös tekintettel sajátos hazai viszonyainkra és a tudomány mai álláspontjára.* Budapest, 1903, Műszaki Irod. Rt.

PISZTORA FERENC: *A 100 éves budapesti Pszichiátriai Tanszék és Klinika kezdeti időszaka Laufenauer Károly (1882-1901) és Moravcsik Ernő Emil (1902-1925) professzorsága alatt Ideggyógyászati Szemle 1983/36. 193-209.*

PISZTÓRY MÓR: *Pozsony. Közgazdasági, közművelődési és közegészségügyi állapotok ismertetése.* Külön lenyomat a „Nemzetgazdasági Szemle” 1887. évi XI. évfolyamának 5. 6. és 7. füzetéből. Budapest 1887, Athenaeum ny.

PLICHTA SOMA: *Észleletek az 1873-ik évi cholera járványról Nógrád megyében.* In: *A magyar orvosok és természetvizsgálók 1874. aug. 24- aug. 29-ig Győrött tartott XVII.-ik nagygyűlésének vázlata és munkálatai.* Szerkesztette Fehér Ipoly. Budapest, 1875, Franklin ny. 210-212.

PODMANICZKY FRIGYES: *Egy régi gavallér emlékei.* Válogatás a naplótöredékekből, 1824-1887. Budapest, 1984, Helikon.

PÓK ATTILA: Birodalmi egység és magyar szuverenitás a dualizmus kori magyar közigazgatás politikumából. In: Nemzeteken innen és túl, tanulmányok Diószegi István 70. születésnapjára. Budapest, 2000. 137-148.

POLGÁR KÁROLY: *Megjegyzések a községi (kör) orvosi nyugdíjtervezethez.* Közegészségügy, 1909/3. (feb.1.), 29-30.

Polgármesteri jelentés Karczag rendezett tanácsu város 1900. évi közigazgatási állapotáról. Karcag, 1902, Szódi S. ny.

POLLACSEK SIMON: *A trachoma terjedésének okai és az ellene teendő újabb intézkedések.* Szemészet, 1900/5. 68-70.

POLYÁK ANDREA: *A IX. ügyosztály. Szegénysorsok Budapesten a XIX. század végén.* In: *A mesterség iskolája. Tanulmányok Bácskai Vera 70. születésnapjára.* Budapest, 2000, Osiris, 390-405.

POMOGYI LÁSZLÓ: *Cigánykérdés és cigányügyi igazgatás.* Budapest, 1995, Osiris.

POMOGYI LÁSZLÓ: *Szegényügy és községi illetőség a polgári Magyarországon.* Budapest, 2001, Osiris.

POOR IMRE: *Célszerű volna-e Közegészségügyi Ministeriumot felállítani?* Államorvos 1874/15. 149-150.

PÖLÖSKEI FERENC : *A városok jogállása a kiegyezés után.* LSz 1992/2 18-26.

PÖLÖSKEI FERENC: *A rendezett tanácsú városok kialakítása Magyarországon a polgári korban.* In: *Társadalomtörténeti tanulmányok a közeli és a régmúltból. Emlékkönyv Székely György 70. születésnapjára.* (Szerk. Sz. JÓNÁS ILONA) Budapest, 1994, ELTE BTK. 172-178.

- PÖLÖSKEI FERENC: *Közigazgatás és önkormányzat a polgári Magyarországon*. Budapest, 1993, ELTE BTK.
- PREISZ HUGÓ: *Gümőkór kongresszus Párizsban (1898. júl. 27-aug. 2., IV.)*. Egészség 1898, 204-210.
- PRESZLY LÓRÁND: *A m.kir. csendőrség története 1881-1918*. Budapest, 1920, Honvédelem, Budapesti Hírlap ny.
- RÁDÓCZY GYULA: *A legújabb kori magyar pénzek (1892-1981)*. Budapest, 1984, Corvina.
- RAICS JENŐ: *Tauffer Vilmos mint szülészeti miniszteri biztos*. Orvostörténeti Közlemények 89-91. (1980) 137-156.
- RAISZ GEDEON: *A közegészségügyi közigazgatás szervezése*. In: *A milleniumi közegészségi és orvosügyi kongresszus tárgyalásai*. (Szerk. FRANK ÖDÖN) Budapest, 1897, Pallas ny. 107-128.
- RAITSITS EMIL: *A veszettség régi ismerete és orvoslásának története*. Közegészségügyi Értesítő 1931/5. 74-79.
- RAPOS JÓZSEF: *Lelencház-e vagy teljes köznevelde? vagyis Alapszabály-javaslat melyet a lencházi bizottmánynak 1864-ik május 2-án tisztelettel előterjesztett Rapos József*. Pest 1866, Fanda és Társa.
- RÁTH ZOLTÁN: *Magyarország statisztikája*. Bp, 1896, Athenaeum.
- RÁTH ZOLTÁN: *Népszaporodásunk kérdése a XX. század küszöbén*. Budapest, 1901, MTA.
- RÁTH ZOLTÁN: *Népünk korviszonyai és halálozási statisztikánk*. Budapest, 1893, Pesti ny.
- RATZINGER GYÖRGY: *Az egyházi szegényápolás története*. 1-2.k. Budapest, 1886-1887, Buschmann ny.
- RÉDEY MIKLÓS: *A rendőri szolgálat vezérfonala*. Budapest, 1916, Pátria ny.
- RÉDEY MIKLÓS: *Alaki eljárások a rendőri hatóságok előtt*. Budapest, 1902, Községi ny.
- REIZNER JÁNOS: *Szeged története I-IV*. Szeged, 1899-1900, Kiadja Szeged Szab. Kir. Város Közönsége.
- REJTŐ SÁNDOR: *A csecsemőhalandóságról*. Katholikus Szemle 1908/10. 1141-1153.
- RÉNYI JÓZSEF: *A helyi önkormányzat és a felette gyakorolt állami felügyelet elve és jogrendszere, különös tekintettel a kormányhatósági felügyeletre*. Budapest, 1896, Franklin.
- RÓKA JÓZSEF: *Adókiivetés a városokban és a községekben. Földadó, házadó, I-II. oszt. keresetadók, általános jövedelmi pótdó és fegyveradó ismertetése*. Budapest, 1900, Községi ny.
- RÓNA DEZSŐ: *Betegápolói tanfolyamokról*. Közegészségügy, 1910/2 (jan. 15.), 26-27.
- RÓZSAFFY ALAJOS, DR.: *Az egészségügyi szolgálat a fővárosban*. Közegészségügyi Kalauz 1879/1. (jan. 1.), 2-4.
- RÓZSAY JÓZSEF: *Az 1866-i cholera-járvány a Sz. Rókusi Fiókkórházban Pesten*. Pest, 1868, Emich.
- RUFFY PÁL: *A közegészségügy katonái*. MK 1891/50. (dec. 13.)
- RUFFY PÁL: *Az állami gyermekvédelemről*. Budapest, 1906, Franklin.
- RUFFY PÁL: *Az egészségügyi közigazgatás szervezése*. In: *A milleniumi közegészségi és orvosügyi kongresszus tárgyalásai*. (Szerk. FRANK ÖDÖN) Budapest, 1897, Franklin. 128-146.

- SÁPI VILMOS: *A tbc elleni küzdelem és a cselédlakások problémája a kapitalizmus kori Magyarországon*. Orvostörténeti Közlemények 48-49. (1969) 107-129.
- SÁRKÁNY ÁRMIN: *A közigazgatási hatóságok elé utalt kihágások*. Budapest, 1902, Politzer.
- SARLÓS BÉLA: *Közigazgatás és hatalompolitika a dualizmus rendszerében*. Budapest, Akadémiai, 1976.
- SÁRY ISTVÁN: Községi képviselőtestületek a dualizmus korában (Gyórsziget község képviselőtestületének működése 1872-1904-ig). In: *Tanulmányok a magyar helyi önkormányzat múltjából*. (Szerk. BÓNIS GYÖRGY) Budapest, 1971, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó. 395-427.
- SASSY JÁNOS: *A vidéki közkórházak működése*. Különlenyomat a „Gyógyászat” 1891. évi számaiból.
- SASVÁRI LÁSZLÓ: *Magyarországi egyházi betegellátó intézetek és testületek a XIX. század második felében*. Orvostörténeti Közlemények 97-99 (1982.) 209-218.
- SASVÁRI LÁSZLÓ: *Szerzetesnővérek betegápoló és szociális tevékenysége Magyarországon (1867-1918)*. Orvostörténeti Közlemények, 1986 (113-114.) 121-128.
- SCHÄCHTER MIKSA – LAKITS FERENC – PROCHOW JÓZSEF – KERÉKES PÁL: *A magyar orvosok és természetvizsgálók vándorgyűléseinek története 1890-1910-ig*. Budapest, 1910, Franklin.
- SCHÄCHTER MIKSA: *Az Igazságügyi Orvosi Tanácsról*. Magyar Jogászegyleti Értekezések 132. XIV. kötet, 9. füzet. Budapest, 1897.
- SCHÄCHTER MIKSA: *Az orvosi beavatkozás jogáról és az orvos felelősségéről*. Magyar Jogászegyleti Értekezések 202. XXIV. köt. 2. füzet. Budapest, 1902.
- SCHNEIDER MIKLÓS: Szentérendezett tanácsú város képviselettestülete. In: *Tanulmányok a magyar helyi önkormányzat múltjából*. (Szerk. BÓNIS GYÖRGY) Budapest, 1971, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó. 365-394.
- SCHOLTZ KORNÉL: *A trachoma gyógyításának története*. Szemészet, 1902/4. 41-46, 5., 61-67.
- SCHÖN LEO: *Egy hang vidékről*. Államorvos, 1874/6. 80-82.
- SCHREYER LAJOS: A városok közegészségi állapotának javítási eszközeiről. In: *A Magyar Orvosok és Természetvizsgálók 1874. augusztus 24-től augusztus 29-ig Győrött tartott XVII-ik nagygyűlésének történeti vázlatja és munkálatai*. (Szerk. FEHÉR IPOLY), Budapest, 1875, Franklin. 240-243.
- SCHULER DEZSŐ: *A hajléktalanság kérdése a székesfővárosban*. Stat. Közl. 76. Budapest, 1935, Szföv. Háziny.
- SCHULER DEZSŐ: *A hatósági nyílt szegénygondozás Budapesten*. Stat. Közl. 75. Budapest, 1935, Szföv. Háziny.
- SCHULPE GYÖRGY: *Városi szociálpolitika*. Pozsony, 1909, Stener.
- SCHULTHEISZ EMIL – MAGYAR LÁSZLÓ ANDRÁS: *Orvosképzés a Nagyszombati Egyetemen 1769-1777*. Piliscsaba, 2005, Magyar Tudománytörténeti Intézet.
- SCHUSTER JÁNOS: *A' keletindiai cholera*. Orvosi Tár, 1831. I. k. 34-60.
- SCHÜTZENBERGER ENDRE: *A községi és körorvosokról*. Közegészség 1907, 158-161.

- SCHÜTZENBERGER ENDRE: *Az egészség- és gyógyításügy helyes szervezése községek számára – különös tekintettel a jelen viszonyokra, s az egészségügyi szolgálat államosítására.* Budapest, 1894, Neuwald ny.
- SCHÜTZENBERGER ENDRE: Előadás a közegészségügyi közigazgatásról. In: *A milleniumi közegészségi és orvosügyi kongresszus tárgyalásai.* (Szerk. FRANK ÖDÖN) Budapest, 1897, Franklin. 146-155.
- SERLI SÁNDOR: *Megjegyzések a közegészségügyi törvényjavaslat pár cikkére.* *Államorvos* 1874/12. 129-132.
- SÍK FERENC: A vármegyei önkormányzat szerepe a dualizmus idején. In: *Jogtörténeti Tanulmányok II.* Budapest, 1968, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó. 139-156.
- SIKLÓSY GYULA: Járványos köthártyalob. In: *A Magyar Orvosok és Természervizsgálók 1872. szeptember 16-tól szeptember 21-ig Herkules Fürdőben tartott XVI. Nagygyűlésének történeti vázlatja és munkálatai.* Szerkesztette Horváth György. Budapest, 1873, Franklin. 176.
- SILBERSTEIN DEZSŐ: *A magyar városok egészségügye.* *Szocializmus* 1914/5. 237-240.
- SINGER HENRIK: *A miskolci közkórház története (1856-1900).* Miskolcz, 1900.
- SIPOS ANDRÁS: A kolerajárvány, és ahogy a város válaszol. In: *Az egyesített főváros. Pest, Buda, Óbuda.* Gyáni Gábor (szerk.) h.n., 1998, Városháza. 111-138.
- SIPOS ANDRÁS: *Járvány, városi környezet és a közegészségügyi megszervezése.* *Tanulmányok Budapest Múltjából* XXVIII. 1998, 51-60.
- SIPOS ANDRÁS: *Városgazdálkodás és közszélesítési politika Budapesten 1890-1914.* *Történelmi Szemle* XXXVIII. (1996) 2-3, 229-275.
- SIPOS ANDRÁS: *Várospolitikai és városigazgatás Budapesten 1890-1914.* Budapest, 1996, BFL.
- SOMOGYI ZOLTÁN: *Közlemény sz. királyi Debrecen város közkórháza szemészeti osztályának 3 ½ évi működéséről.* *Orvosi Hetilap – Szemészet, Jubilaeumi szám.* 1897, 18-20.
- SPITZER ISTVÁN: *Szegényügyi kérdések.* Budapest 1912, Országos Központi Községi Nyomda Rt.
- STASSIK FERENC: *A volt határőrvidéki házközösségek.* Nagybecskerek, 1900, Pleitz.
- STEINER M.: *A körorvosi intézmény reformja.* *Gyógyászat,* 1904, 409-412.
- STIPTA ISTVÁN: *A magyar bírósági rendszer története.* Debrecen, 1997, Multiplex Media – Debrecen University Press.
- STIPTA ISTVÁN: *A pénzügyi közigazgatási bíráskodás hazai előtörténete.* *Acta Jur. et Pol.* Szeged Tomus LII. Fasciculus 9. Szeged, 1997, Kiadja a szegedi József Attila Tudományegyetem Állam- és Jogtudományi Karának tudományos bizottsága.
- STIPTA ISTVÁN: *A vármegyei szervezet átalakítása Tisza Kálmán miniszterelnöksége idején,* Szeged, 1995, JATE.
- STIPTA ISTVÁN: *Adalékok a pénzügyi közigazgatási bíróság működésének történetéhez (1884-1885).* *Acta Jur. et Pol.* Tomus LVII. Fasciculus 9. Szeged, 1999, kiadja a szegedi József Attila Tudományegyetem Állam- és Jogtudományi Karának tudományos bizottsága.

STIPTA ISTVÁN: Intézménytörténeti adalékok az 1870/XLII tc. végrehajtásához. In: *Emlékkönyv Dr. Cséka Ervin egyetemi tanár születésének 70. és oktatói munkásságának 25. évfordulójára.* (szerk. TÓTH KÁROLY) Szeged, 1992. Kiadja a szegedi József Attila Tudományegyetem Állam- és Jogtudományi Karának tudományos bizottsága. 481-494.

STIPTA ISTVÁN: Megyei elképzelések a törvényhatóságok rendezéséről. In: *Jogtörténeti Tanulmányok V.* Budapest, 1983, Tankönyvkiadó. 305-319.

STIPTA ISTVÁN: Parlamenti viták a területi önkormányzatról (1870-1886). In: *Hatalommegosztás és jogállamiság.* (Szerk. MEZEY BARNA) Budapest, 1998, Osiris. 77-94.

STIPTA ISTVÁN: *Törekvések a vármegyék polgári átalakítására.* Budapest, 1995, Osiris.

STRIHÓ GYULA: *A Budapesti Önkéntes Mentő-Egyesület története 1887. évi május hónap 8.- 1897. évi május hónap 8.* Budapest, 1897, Pesti ny.

SURÁNYI EDE: *A VI-ik kolera-világjárvány.* Közegészség, 1911 (márc. 1.) 53-58.

Szab. királyi Kolozsvár városának szolgálatban levő rendőrök számára ideiglenes utasítás. Kolozsvár, 1874, Papp Miklós ny.

Szabályzat Budapest főváros kerületi elöljáróságai, kerületi orvosai és gyógyszerészei számára a fővárosi kerületi szegényeknek ingyen kiszolgáltatandó gyógyszereknél követendő eljárásról. (465/kgy.1881), BM 35.655/1881) Budapest, 1881, Pesti.

Szabályzat szab. kir. Székesfehérvár város kapitánysága, kerületi orvosai és gyógyszerészei számára a városi kerületi szegényeknek ingyen kiszolgáltatandó gyógyszereknél követendő eljárásról. 106/3923 kgy., BM 48999.szám/VI/11 Székesfehérvár, 1891.

SZABÓ DÉNES: *Az ingyenes orvosi segítségnyújtás.* Gyógyászat 1896. nov. 1. (44) 543-546., nov. 8. (45) 555-558., nov. 15., (46) 567-569., nov. 22., (47) 578-580., nov. 29.,(48) 592-594., dec.6. (49) 603-605., dec. 13.(50) 617-618., dec.20.(51) 627-628., dec.27. (52) 641-642., 1897. jan.3.(1), 9-11.

SZABÓ DÉNES: Ingyenes orvosi segítségnyújtás. In: *A milleniumi közegészségi és orvosügyi kongresszus tárgyalásai.* (Szerk. Frank Ödön) Budapest, 1897, Franklin. 313-370.

SZABÓ SÁNDOR: *A közegészségügy fejlesztése.* Városi Szemle, 1914, 13-27.

Szabó Sándor: *A közegészségügy.* In: *A negyven éves Budapest. Értekezések a városi közigazgatás köréből.* A Városi Szemle jubiláris száma. [Budapest, 1913, k.n.] 484-523.

SZABÓ SÁNDOR: *Drezda közegészségügyi közigazgatása.* Egészség, 1904/11. 269.

SZAKOLCZAI ÁRPÁD: *Magyarország szociális törvényhozása.* Magyar Jogászegyleti Értekezések 125. XIV. köt. 2. füz. Budapest, 1897.

SZALAY MIHÁLY: *A szegényügy. Adatok és tervek Budapest székesfővárosa szegényügyének végleges rendezéséhez.* Budapest, 1901, Singer és Wolfner.

SZÁLLÁSI ÁRPÁD: *Egy kolera-kiadvány 1831-ből.* Orvostörténeti Közlemények 87-88. (1979), 307-311.

SZANA SÁNDOR: *Az állami gyermekvédelem fejlesztéséről.* Temesvár, 1903, Uhrmann ny.

SZAPLONCZAY MANÓ: *A közegészségügyi közigazgatásról*. Kaposvár, 1896, Özv. Jancsovits Gy-né ny.

SZARVAS ANDRÁS: *A rossz szokások és a kuruzslás szerepe a tuberculosis elterjedésében az Alföldön*. Népegészségügy, 1932/1. 18-32.

SZEGEDY-MASZÁK ELEMÉR: *A tüdővész terjedésének korlátozását célzó hatósági intézkedések*. Egészség 1898/6. 210-220.

SZÉKELY ÁDÁM: *A védhímlőoltásról*. Budapesti Orvosi Újság, 1904/16. (ápr. 21.), 328-331, 328-329.

SZÉKELY ÁGOSTON: *A budapesti Pasteur-intézet 25 évi statisztikája, kapcsolatban a veszettségre vonatkozó gyakorlati kérdésekkel*. OH. 1915/ 40. 535-539, 41. 550-552.

SZÉKELY ÁGOSTON: *Gyógyintézetek szegény tüdővészeseinek számára*. Orvosi Hetilap, 1893.

SZÉKELY VERA: *A Belügyminisztérium tisztviselői (1867-1885)*. Levéltári Közlemények 1974, 573-591.

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.

Székesfehérvár sz. kir. város köztisztasági szabályrendelete. Székesfehérvár, 1911, Debreczeni István ny. (70/1385 kgy), BM 69338/1910/VI-a.

Székesfehérvár szab. kir. város szabályrendelete a bordélyházakról és kéjnékről. Székesfehérvár, 1904, Számmer Imre ny. (296/20430 kgy.) BM 52709/III.b./1904.

Székesfehérvár szab. kir. város szabályrendelete a szegények segélyezéséről. Székesfehérvár, 1898, Számmer Imre ny. (258/13848 kgy.) BM 103.991/1895.

Székesfehérvár tvh. szabályrendelete, 1902, 631.497

SZÉLL LAJOS, DR.: *A közegészségi törvény végrehajtásának akadályai*. Gyógyászat, XVII. 1877/53. 790-792.

SZEMKEŐ ENDRE: *Az Országos Közegészségügyi Tanács helye a közegészségügyi szakigazgatásban, és nemzetközi kapcsolatainak jelentősége Magyarország közegészségügyének fejlődésében 1868-1918 között*. Bölcsészdoktori disszertáció, 1980.

SZENTKIRÁLYI SÁNDOR: *Az elmebetegek közüli eljárás*. Nagykároly, 1906, Manyák és Tóth.

SZENTPÁLI ISTVÁN: *Törvényjavaslat a városok állami segélyezéséről*. Városi Szemle, 1910, 103-108.

Szervezeti és szolgálati utasítás a m.kir. csendőrség számára. Budapest 1881,87

SZIGETI GUSZTÁV: *Az orvoslási díjak fejlődéstörténete*. OH, 1901/6, Melléklet a 6. számhoz.1-4.

SZIRTES GYULA: *Lipótmező fejlődése 1900-1945 között*. In: *Az Országos Ideg- és Elmegyógyintézet 100 éve*. (Szerk. BÖSZÖRMÉNYI ZOLTÁN) Budapest, 1968, Nyomdaipari Szakmunkásképző Int. ny. 83-96.

SZITA JÁNOS: *Tolna vármegye költségvetési gazdálkodása a dualizmus első éveiben (1867-1870)*. In: *Tanulmányok Tolna megye történetéből V*. Szekszárd, 1974. 319-342.

SZMOLLÉNY NÁNDOR: *Magyarország közjótékonyága*. Szeged, 1900, Endrényi ny.

SZŐKEFALVI-NAGY ZOLTÁN: A magyar kémiai szaknyelv kialakulása. In: SZABADVÁRY FERENC, SZŐKEFALVI-NAGY ZOLTÁN: *A kémia története Magyarországon*. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1972.

T. MÉREY KLÁRA: *A településhálózat változása és ennek okai a Dél-Dunántúlon. (1850-1914)*. Századok, 1994/3-4. 650-673.

TANÁRKY ÁRPÁD: *A szekszárdi Ferenc Közkórház évkönyve 1896-1905*. Szekszárd, 1907, Molnár ny.

TASNER DÉNES: *Pesti lakás-reform*. Pest, 1870, Pesti Könyvnyomda-Részvény-Társaság.

TAUSZK FERENC: *A gümőkór-ellenes mozgalom története Magyarországon 1908-ig*. Budapest, é.n., Korvin ny.

TAUSZK FERENC: *A tüdővész elleni védekezés Magyarországon*. Budapest, 1904, May K.

TAUSZK FERENC: *Tíz év a tüdővész elleni küzdelemből – Budapesti Szegénysorsu Tüdőbetegek Sanatorium-Egyesületének tízéves fennállása alkalmából*. Budapest, 1908, Budapesti Hírlap ny.

TEGZES FERENC: *Baranya vármegye közigazgatási bizottságának megalakulása és működésének kezdetei a dualizmus időszakában*. Baranyai Helytörténetírás 1982. A Baranya Megyei Levéltár Évkönyve Pécs, 1983. 123-162.

TEGZES FERENC: *Baranya vármegye Közigazgatási Bizottságának „különleges alakulatai” a dualizmus időszakában*. (I. rész) Baranyai Helytörténetírás 1987/88, Pécs, 1988. 225-250.

TELEKI GÉZA: *A lelencügy rendezése*, Budapest, 1896, Országgyűlési Értesítő Kö- és Könyvnyomdája Rt.

Temesvár szab. kir. város területén építendő új városi közkórház előmunkálatai. Temesvár, 1896, Kiadta a Városi Tiszti Főorvosi Hivatal..

Testi és szellemi fogyatkozásban szenvedőket gyámolító országos egyesület alapszabályai. Budapest, 1896, Bichler I. ny.

THEWREWK ISTVÁN: *A lipótmezei állami elmegyógyintézet negyvenéves fennállása*. Alkotmány, 1909/14, 212, 10-12.

THIM JÓZSEF: *Az egészségügyi közigazgatás kézikönyve különös tekintettel a gyakorlati eljárásra. Hatóságok, községek, hatósági, községi, kör-, pálya, kórházi, egyleti, magánorvosok, gyógyszerészek, tanintézetek stb. számára*. I-II. k. Budapest, 1897, Franklin.

THIM JÓZSEF: *Egészségügyünk jelen viszonyai és a reform*. 1-3.r. Budapesti Szemle 1895, 219-221, 383-399, 49-77, 227-246.

THIRRING GUSZTÁV: *A fővárosi szegény néposztályok lakásai. Adalék a nagyvárosi háztartások összetételének ismeretéhez*. Budapest, 1894, Pesti ny.

THIRRING GUSZTÁV: *A vándormozgalom jelentősége Bp. népességének alakulásában*. Különlenyomat a Földrajzi Közlemények 1925. évi IX-X. füzetéből.

THIRRING GUSZTÁV: *Budapest főváros demográfiai és társadalmi tagozódásának fejlődése az utolsó 50 évben*. 1-2. Budapest, 1935-37, Szföv. Háziny, Stat. Közl. 70. 2-3.

THIRRING GUSZTÁV: *Budapest közegészségi és közmívelődési viszonyai. A VIII. Nemzetközi Közegészségi és Demográfiai Congressus alkalmából*. Budapest, 1894, Pesti ny.

- THIRRING GUSZTÁV: *Budapest lakásviszonyai új világításban. Az 1906. évi népszámlálás eredményei alapján.*H.n., é.n. ny.n.
- THIRRING GUSZTÁV: *Budapest székes főváros a millennium idejében.* Budapest, 1898, Pesti ny.
- THIRRING GUSZTÁV: *Városaink népességének alakulása 1787-től 1910-ig.* Városi Szemle 1911/7-8. 465-492.
- TILKOVSKY LÓRÁNT: *Az 1831. évi parasztfelkelés.* Budapest, 1955, Művelt Nép.
- TISZA MIKSA: *Magyarország rendőrségének története. A legrégebb időktől 1912-ig. A közbiztonság hajdan és most. A betyárvilág alakjai.* Igló, 1925, Szepesi Lapok ny.
- TORDAY FERENC, DR.: *A közegészségügy államosítását sürgető közgazdasági viszonyok.* Magyar Orvosok Lapja 1902. okt 2.
- TORDAY FERENC: *Adatok a gyermekkor tuberculosisához.* Az Orvosi Hetilap tudományos közleményei, különlenyomat, közlemény a Budapesti Stefánia Gyermekkorházból, Budapest, 1897.
- TÓTH JÓZSEF: *A pesti szemészeti kóroda hajdan és most.* Orv. Hetil. 1857/25, 388-392.
- TÖRÖK JÁNOS: *Észleletek az 1872-73-ik évi cholera-járványról orvosgyakorlati és államorvosi megjegyzésekkel.* In: *A magyar orvosok és természetvizsgálók 1874. aug. 24-aug. 29-ig Győrött tartott XVII. nagygyűlésének vázlatja és munkálatai. Szerkesztette Fehér Ipoly.* Budapest, 1874. Franklin ny. 213-228.
- TÖRÖK JÁNOS: *Észrevételek a közegészségügy rendezéséről szóló új törvényjavaslatra.* Államorvos 1874/2. 25-29.
- TRENCSENY LAJOS: *Babonák az alföldről. III. Szembajok gyógyítása.* Ethnographia 1890/7. 345-350.
- TURCSÁNYI IMRE: *Lelenczek és lelenczházak.* Budapest, 1901, Werbőczy ny.
- TURTSÁNYI GYULA: *Kuruzsolás.* Közegészség, 1910. ápr. 1. 83-85.
- UJFALUSSY LAJOS: *A Koch-féle szerrel tett kísérletek eredményéről a debreczeni közkórházban.* OH, 1891. (11) márc. 15. 126-128. (12) 140-142.
- Utasítások a Magyar Királyi Csendőrség számára.* Budapest, 1887, Pesti.
- Utasítások a Magyar Királyi Csendőrség számára.* Budapest, 1912, k.n.
- Választás vagy kinevezés.* Közegészségügyi Kalauz, 1880./23 (dec.1.), 1.
- VARGA ISTVÁN, DR.: *Az újabb magyar pénztörténet és egyes elméleti tanulságai.* Budapest, 1964, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó.
- VARGA LAJOS, DR.: *Az Országos Közegészségi Tanács kiemelkedő orvos tagjai (1868-1893).* Communicationes ex bibliotheca historiae medicae hungarica, supplementum No.2., 1964
- VARGHA DEZSŐ: *Baranya vármegye községeinek helyzete az 1891 és 1899 közti községvizsgálati jegyzőkönyvek alapján.* In: *A Dunántúl településtörténete XI-XIX. század.* A MTA Veszprémi és Pécsi Bizottságainak VI. Konferenciája, 1984. ápr. 16-17., 1986. 325-338.
- VÁSÁRHELYI GYULA: *Rendészet. Rendőri büntető bírászkodás. A rendőri hatóságok és közegek részvétele a bűnügyi nyomozásban. Rendőri igazgatás.* Budapest, 1911, Grill.

VAY-IBRÁNYI ALICE: *A betegápolás ügyének fejlesztéséről.* (A magyar orvosok és természetvizsgálók XXXV. vándorgyűlésén Miskolczon előadta) Közegészségügy, 1910/17., (szept. 1.) 177-179.

Védekezünk a tüdővész ellen – oktató felhívás, kiadta a posta- és távirda vezérigazgatóság 1903.

VERUBEK GUSZTÁV: *A budapest-lipótmezei m. k. állami elmeagyógyintézet 40 évi története (1868-1908).* Gyógyászat, 1909/34, 571., 39, 654, 40, 669-671., 41., 685-687., 42, 702-704., 53, 721-723.

VIKÁR GYÖRGY: Az elmeápolás kezdete Magyarországon. In: *Az Országos Ideg- és Elmeagyógyintézet 100 éve.* (Szerk. BÖSZÖRMÉNYI ZOLTÁN) Budapest, 1968, Nyomdaipari Szakmunkásképző Int. ny. 23-28.

VISZNEKY BÉLA, DR.: A „*hatósági orvos*” szó értelmezése. Közegészségügy, 1911/17. (szept. 1.) 172.

VISZNEKY BÉLA: *A magyar község egészségügye.* Közegészségügy, 1913 (feb. 1.), 29-30.

VITA EMIL: *A községi illetőség.* Magyar Jogászegyleti Értekezések, 1912. szept., 36. füzet, Pfeifer.

VITA EMIL: *A magyar állampolgárságra, községi illetőségre és az idegeneknek Magyarországon való tartózkodására nézve fennálló jogszabályok. A nagyközönség, közigazgatási tisztviselők és ügyvédek használatára.* Budapest, 1908, Athenaeum.

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

VÖRÖS KÁROLY: *Egy világváros születése.* Budapest, 1973, Kossuth Kiadó.

WALDMANN FÜLÖP, DR.: *A közegészségügy a parlamentben.* Magyar Orvosok Lapja 1902. ápr. 3.

WESZELOVSZKY KÁROLY: A gyermekek halandósága Magyarországon és Európa országainak népesedési mozgalma. (MOT. XXI. 120.)

WESZELOVSZKY KÁROLY: *Közegészségügyünk állapotáról és annak megjavításáról.* Közegészségügy és Törvényszéki Orvostan 1889/1, 1-8.

WESZELOVSZKY KÁROLY: *Statisztikai tanulmányok hazánk közegszségi állapota felett.* Budapest 1875, A M. Tud. Akadémia Könyvkiadó-hivatala.

WILDNER ÖDÖN, DR.: *A főváros közigazgatásának története a kiegyezéstől a milleniumig.* Statisztikai Közlemények (szerk. Illyefalvi I. Lajos) 91. köt. 4. szám, é.n., Kiadja Budapest Székesfőváros Statisztikai Hivatala.

WILDNER, EDMOND DE: *Les institutions sociales de Budapest. Conférences faites au VII^e Cours Internat. d'Expansion (sic!) Commerciale.* Budapest, 1913, k.n.

WLASSICS GYULA: *Önkormányzat és felügyeleti jog.* Különlenyomat a „Jogállam” XIII. évfolyamának 1. füzetéből, Budapest, 1914.

ZÁDORNÉ ZSOLDOS MÁRIA: *A jászberényi “Erzsébet” kórház története (1845-95)* Zounuk 12. – A Jász- Nagykun- Szolnok Megyei Levéltár évkönyve 12., Szolnok, 1997, 159-188.

ZAITZ LÁSZLÓ: *Budapest csatornázása.* Statisztikai Közlemények 82. kötet 3. szám. (Szerk. Illyefalvi I. Lajos) é.n., Budapest Székesfőváros Statisztikai Hivatala.

ZAJÁ CZ MAGDOLNA: *Bonaparte Napóleon szerepe a trachoma elterjedésében.* Debreceni Szemle II. évf. 4. sz. (1994. dec.) 565-569.

- ZBORAY BERTALAN: *Adatok a magyar oltóanyagtermelés történetéhez.* Communicationes ex bibliotheca historiae medicae hungarica 36. 1965, 161-178.
- ZOLNAY JENŐ: *A nyilvános betegápolás költségeinek behajtása.* MK 1892/22. (máj. 29.)
- ZSAKÓ ISTVÁN: A Budapest-angyalföldi m. királyi állami elme- és ideggyógyintézet története. In: *A Budapesti Angyalföldi Elme- és Ideggyógyintézet Emlékkönyve 1883-1933* (szerk. DR. ZSAKÓ ISTVÁN), Budapest, 1933, Attila ny. 9-60.
- ZSAKÓ ISTVÁN: *Az egykori országos tébolyda keletkezésének története.* OTK 1. 1956, (4.), 84.
- ZSEMLYE JÁNOS: *Az 1831-es kolerajárvány Abonyban.* Orvostörténeti Közlemények 102-104, 1983, 115-136.
- ZSENDOVICS JÓZSEF: Eger városa tudományos és jótékony intézetei. In: *A Magyar Orvosok és Természetvizsgálók 1868. aug. 21-től 29-ig Egerben tartott XIII. nagygyűlésének történeti vázlata és munkálatai.* Rózsay József közreműködésével szerkesztették Kátai Gábor és montedégói Albert Ferencz. Egerben, 1869, Érseki Lyceum ny. 208.
- ZSIGOVITS EDIT: *Járványveszély? Elfelejtett betegségek. Kolera, pestis, torokgyík.* Budapest, 1994, Kossuth.