

PÁLVÖLGYI BALÁZS: *A magyar közegészségügyi közigazgatás intézményrendszere (1867-1914).*

Kiépülésének és működésének vizsgálata a kolera-, a himlő-, a trachoma- és a tbc- elleni küzdelem, valamint az elmebetegügy fejlődésének tükrében.
- című doktori értekezés
tézisei

Budapest, 2006

Témavezető: DR. MEZEY BARNA

I. A kitűzött kutatási feladat összefoglalása

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.

II. Az elvégzett vizsgálatok, elemzések rövid leírása, a feldolgozás módszerei

A forrásanyag

A vizsgált terület és az általam választott megközelítési mód egyaránt rendkívül széles körű forrásanyag feldolgozását 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, tisztiorvosi 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 egyéb okokból 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 közegészségügyi kapcsolatos hírek jelentek meg, a szakmai lapok híryananyagában speciális területekhez kapcsolódó információk is helyet kaptak.

Irodalom

Ebbe a csoportba a következő anyagok tartoznak:

1. egykorú anyagok

- a. önálló szakmunkák
- b. a folyóiratanyagban megjelent szakmunkák
- c. szakmai szervezetek, egyletek ülésein, konferenciáin elhangzott előadások, vitaanyagok
- d. visszaemlékezések

2. modern irodalom

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

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

III. A tudományos eredmények rövid összefoglalása, azok hasznosítása illetve a hasznosítás lehetőségei

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 (Generale Normativum in Re Sanitatis), 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.

Az államosítás kérdése

Az igazgatási rendszer átalakítására a központosítás (hatékony igazgatás), illetve a decentralizációhoz való visszatérés, illetve annak megtartása (a megyei hagyományok eszméje) eldöntésének kérdése nyomta rá bélyegét, s a kiegyezéskori politikai atmoszféra egy progresszív, centralizált igazgatási rendszer megalkotása helyett a két modell közötti, kompromisszumos megoldást tett lehetővé. Így az

önkormányzatiság intézményei továbbra is őrizték politikai jogaik maradványát, és ami a legfontosabb: végrehajtásban betöltött szerepeket. 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 lélegzetvételnél 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 szerveinek működése, majd a századforduló után a megyei tisztikar függésének további erősödése jelzik a

Szapáry-kísérlet után hangosan többé ki nem mondott szándékok végrehajtását.

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

Végül sor kerülhetett olyan szakigazgatási reformokra, melyeket egy-egy egészségügyi esemény, jellemzően járványügyi kérdés föl-

merülése 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 törvénycikkek megalkotására.

A közegészségügy reformjára ható tényezők

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

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

kat 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.

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 újrászabályozása tehát az igazgatási rendszer egészének reformjai során valósulhatott meg (ld. az 1886-os és 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).

A közegészségügy hiányos működésének strukturális okai

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.

A végrehajtási rendszer közép- és alsó szintje

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

A szorosabb megyei kontroll alatt működő kis- és nagyközségek alapvető viszonyain nem lehetett gyorsan változtatni, s a végrehajtás személyi és anyagi feltételei éppen ott, ahol arra talán a legnagyobb szükség lett volna, nem álltak rendelkezésre. Ezen túl a rendszer működését ezen a szinten már nyilvánvaló strukturális hibák nehezítették meg. A járási- és a községi (kör) orvosok hatáskörének nem túlságosan szerencsés meghatározása, a hatósági orvosi teendők köz-

ségi 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 mozgásterét nagyobb maradt, szélesebb adóztatási jogkörük, a rendezett tanácsú városok relatív függetlensége a megyétől és a biztosabb anyagi alapok látványosabb fejlesztéseket, az önálló városi személyzet, az orvosok, bábák „városszeretete” miatti jobb orvos- és egészségügyi személyzeti ellátottság az egészségügyi igazgatás és az ellátások gördülékenyebb és kiegyensúlyozottabb működését tették lehetővé. Az orvosok választottsága, a fizetési viszonyok-, valamint az ellátórendszerben rejlő különbségek azonban a városok közegészségügyi helyzetét is nagymértékben befolyásolták.

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 ellenállása, tudatlansága, a különböző előítéletek megléte és a kuruzslás, illetve a laikus orvoslás széles körben elterjedtsége.

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

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

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

temény megjelenéséig gondot okozott az, hogy nem állt rendelkezésre áttekinthető egészségügyi jogszabály-gyűjtemény.

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 rendeletet.)

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

Adós maradt ugyanakkor a korszak az önálló minisztérium, a társadalombiztosítás létrehozásával, a kórház-ügy átfogó rendezésével,

valamint olyan kapcsolódó területek megfelelő szabályozásának kidolgozásával, mint amilyen pl. az illetőség intézménye, és olyan fogalmak jogszabályi meghatározásával, mint amilyen pl. a szegénység volt.

Az eredmények hasznosításának lehetőségei

Munkám eredményei két területen hasznosulhatnak. Mivel közvetlen összehasonlítást a jelenkor közegészségügyi rendszerével nem végeztem, munkám elsősorban jogtörténeti és orvostörténeti érdeklődésre tarthat számot. Mindkettőre, mivel a magyar igazgatástörténet dualizmuskori fejezetének egy szakigazgatási ág aspektusából való, primer forrásokon nyugvó feltárását végeztem el, ugyanakkor a gyakorlat vizsgálatával éppen a primer források földolgozása olyan értékes tényekkel gazdagíthatja korszakról alkotott képünket, mely elemek és eredmények orvostörténeti szempontból sem elhanyagolhatóak.

A tudományos eredmények második lehetősége kapcsolódhat a jelenkor reformterveinek kidolgozásához. Ma, amikor – sok más ellátórendszer mellett – éppen az egészségügyi rendszer átalakítása is napirendre került, amikor heves szakmai viták tárgya a magyar egészségügyi rendszer jövője, talán nem haszontalan a múlt tapasztalatainak megismerése, az 'állami' egészségügy létrejöttének vizsgálata.

IV. A munka témaköréből készült publikációk jegyzéke

A himlő elleni védekezés megszervezése Magyarországon. (Fiatal Oktatók Tanulmányai, Győr, 2002)

Tervek, szándékok és a gyakorlat – a lipótmezei tébolyda születése 1868. (Jogtörténeti Szemle, 2003/2)

„A kolera egyike az emberiség legnagyobb jótévőinek”. (Jogtörténeti Szemle 2005/3)

A megyei törvényhatóságok közegészségügyi közigazgatási feladatköre Magyarországon. (1867-1914) (Fiatal Oktatók Tanulmányai, Győr, 2006 – megjelenés alatt)

A Belügyminisztérium és az Országos Közegészségügyi Tanács helye a közegészségügyi igazgatás működésében Magyarországon (1867-1914). (2006, ELTE ÁJK, MÁJT, megjelenés alatt)