

X 242089

# Háborús hétköznapiak hadszíntéren, hátszágban 1939–1945



Szerkesztette

GYARMATI GYÖRGY ÉS PIHURIK JUDIT

X 242089

Magyar Történelmi Társulat  
Kronosz Kiadó  
Állambiztonsági Szolgálatok Történelmi Levéltára

Budapest–Pécs, 2015

SZTE Klebelsberg Könyvtár



J001181635

A kötet megjelenését támogatta:

nka

Nemzeti Kulturális Alap



SZTE Klebelsberg Könyvtár  
Egyetemi Gyűjtemény  
2.

HELYBEN  
OLVASHATÓ

Névmutató: Erőss Zsolt  
Korrektúra: Czeferner Dóra

A borító Hollós Endre *Népgázálarc* (1938) című plakátjának  
felhasználásával készült  
Országos Széchényi Könyvtár, Kisnyomtatványtár, PKG.1938/A4

A hátsó borítón látható kép:  
*A magyar visszavonulás Csernyigovban, 1943*  
Oroszországi Föderáció Állami Levéltára (Moszkva)  
R-7021 opisz 128. gyelo 180.

X 242089

ISBN 978 615 5497 52 0

© Szerzők  
© Szerkesztők  
© Magyar Történelmi Társulat  
© Kronosz Kiadó  
© Állambiztonsági Szolgálatok Történelmi Levéltára

# Tartalom

Előszó .....	7
<b>GYARMATI GYÖRGY</b>	
Tevőleges és mulasztásos embertelenség. Hol kezdődnek, milyenek, és meddig tartanak a világháborús hétköznapiak? .....	13
<b>GYÁNI GÁBOR</b>	
A háborús napló mint kordokumentum. Kemény Simon és Fenyő Miksa önvallomásai .....	37
<b>SZÉCHENYI ÁGNES</b>	
Illyés Gyula hétköznapi hadszínterei és hátországai 1939–1945 .....	61
<b>A. SAJTI ENIKŐ</b>	
„A mai napon megszűnt a szabadság szeplőtelen fogantatása”. Várady Imre hétköznapijai a Bánátban 1941–1945 .....	77
<b>KARSAI LÁSZLÓ</b>	
Zsidó hétköznapiok Endre László alispán vármegyéjében 1938–1943 .....	91
<b>CORA ZOLTÁN</b>	
Közegészségügy és szociálpolitika Magyarországon a második világháború idején, 1939–1945 .....	99
<b>CSEERNUS SÁNDOR</b>	
Francia hadifoglyok hétköznapijai Magyarországon, 1940–1945 .....	121
<b>GICZI ZSOLT</b>	
Az evangélikus egyház szerepvállalása Magyarország háborús propagandájában .....	143
<b>OLASZ LAJOS</b>	
Frontvonal a hátországban. A polgári légoltalom a második világháború éveiben, 1939–1945 .....	153
<b>KISS GÁBOR FERENC</b>	
Értékmentés vagy zabrálás. Kerékpáros katonák tisztázatlan normaszegése 1941-ben .....	169

PIHURIK JUDIT	
„Megfagyni nem volt tilos”. Mindennapok a Don mentén .....	181
SZAKÁLY SÁNDOR	
Tábori lapok, levelek a frontról és a frontra. Györki István honvéd és felesége levélváltásai 1942–1943-ból .....	199
SIMON ATTILA	
A felvidéki szellem és az úri Magyarország találkozása. A reintegráció Janus-arca a szlovákiai magyar értelmiség első generációjának szemével .....	211
MOLNÁR JUDIT	
Zsidók és csendőrök a gettókban, gyűjtőtáborokban 1944-ben .....	229
ORMOS MÁRIA	
1944. szeptember – 1945. március. Bocskai út 9. ....	243
HARSÁNYI IVÁN	
Czégér István romeltakarító vállalat .....	251
PALASIK MÁRIA	
„A világtörténelem szemtanúí”. Magyar egyetemisták az összeomló náci Németországban .....	261
ZOMBORI ISTVÁN	
A katolikus egyház és a szovjet hadsereg, 1944–1945 .....	285
RIGÓ RÓBERT	
Kecskeméti hétköznapiak 1944–1945 fordulóján .....	295
Névmutató .....	315
A kötet szerzői .....	323



CORA ZOLTÁN

## Közegészségügy és szociálpolitika Magyarországon a második világháború idején, 1939–1945\*

A magyar állam két kiépülőben levő jóléti programja – a kötelező társadalombiztosítás és a produktív szociálpolitika – összességében nem változott a második világháború idején. A produktív szociálpolitika fő exponensének tekinthető ONCSA építkezései a háború idején is folytatódtak: főképp a visszacsatolt területek tekintetében hoztak érdemi előrelépést. 1944-ben – miután az ország hadműveleti zónává vált – nem indulhatott új jóléti tevékenység. A kormányok többnyire csak a juttatások szintjének inflációkövetéséről, illetve a háborús állapotoknak megfelelő szociális szükségintézkedések meghozataláról gondoskodhattak. Ugyanakkor a második világháború szociálpolitikája számos ponton már az 1945 utáni jóléti expanzió során megvalósuló programok kidolgozásába kezdett.<sup>1</sup> A tanulmány ezen belül a korszak magyarországi közegészségügyi politikáját vizsgálja, mely a hátrország hétköznapjait alapvetően befolyásolta. A magyar közegészségügyben 1920 után egyre inkább elterjedtek a széles körű állami szubvenciók és programok, melyek azonban területileg és társadalmi rétegek szerint nagy eltéréseket mutattak.<sup>2</sup> 1920 és 1944 között az orvosok száma két és félszeresére nőtt, a kórházak száma pedig megduplázódott. E fejlődés értelmezéséhez azonban meg kell vizsgálnunk a mögöttük meghúzódó egyenlőtlenségeket és egészségpolitikai megfontolásokat is.

\* A kutatás a TÁMOP 4.2.4.A/1-11-1-2012-0001 azonosító számú „Nemzeti Kiválóság Program – Hazai hallgatói, illetve kutatói személyi támogatást biztosító rendszer kidolgozása és működtetése országos program” című kiemelt projekt keretében zajlott. A projekt az Európai Unió és Magyarország támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósult meg.

<sup>1</sup> Igen lényeges volt a brit Beveridge-terv recepciója. A kötelező mezőgazdasági társadalombiztosítás és a körzeti orvosi rendszer kiépítésére vonatkozó tervek már a háború folyamán napvilágot láttak, jóllehet a magyarországi gazdasági lehetőségek szűkösége általában korlátozta rövid távú megvalósításukat.

<sup>2</sup> Papházi Tibor: *Egyesületek, társadalom, egészségügy. Fejezetek az egyesületek szociológiájának köréből.* Nonprofit Kutatások 6., Budapest, 1997. 97–125.

Az 1930-as évek második felében Magyarország közegészségügyi helyzete nem sokban tért el az első világháborút követő viszonyoktól. A városi (ipari) munkások életkörülményei igen rosszak a korban: a legtöbben a létminimum határán éltek, gyakori élelmezési és lakhatási problémákkal küzdve. Egy átlagos munkásbér nem haladta meg a havi 50–60 pengőt, a létminimum határa a korban pedig több számítás szerint is 100 pengő körül alakult.<sup>3</sup> A korszakban meghatározó iparfelügyelet hiányosan látta el feladatát, mivel alkalmazottainak nagy része nem rendelkezett megfelelő egészségügyi képzettséggel, s a kormányok e téren nem indítottak meg szociálpolitikai programot.<sup>4</sup> Ez főként azzal magyarázható, hogy a hagyományos iparfelügyelet – a 19. századi liberális társadalom- és gazdaságfilozófia továbbéléseként – elsősorban a munkaadók és a termelés érdekeit tartotta szem előtt.<sup>5</sup>

Az ipari munkásokéihoz hasonlóan alacsonyan alakult az 1930-as évek második felében a falusi agrárszegények életszínvonala is, mely az 1920-as évekhez képest a gazdasági világválság következtében tovább romlott.<sup>6</sup> Az 1930-as évek-re ugyanis a 10 holdas kisbirtokos családok megélhetése a gazdasági cselédek életszínvonalához közelített. Az 1930-as években a mezőgazdasági munkások évi átlagos bére 300 pengő körül mozgott (havi 25 pengő), mely messze a létminimum szintje (havi 100 pengő) alatt maradt. Ugyanakkor az ipari munkásokkal szemben az agrármunkásokra nem terjedt ki a kötelező társadalombiztosítás, így az élet és a munkavégzés kockázatai elleni védelem mellett a biztosítás egészségügyi szolgáltatásaiból sem részesülhettek, megbetegedés esetén a gazdával kötött szerződés volt az irányadó. A magyar falu egészségügyi elhanyagoltságának további jellemzője, hogy az 1930-as években az egészségvédelmi célokra for-

<sup>3</sup> 1937-ben Budapesten például az üzemek 18,6%-ában volt mosdó, rendszeres orvosi rendelés viszont már csak 1,1%-ukban. Egy 1935-ben készült OTI képességvizsgálat pedig arról számolt be, hogy a munkásgyermekek 25–30%-a szenvedett valamilyen betegségben. A gyermek és női munkavégzés törvényi szabályozása még 1936-ra sem valósult meg. A 100 pengős határ mind az agrárszegények, mind pedig a városi pauperek esetében érvényes volt. Ugyancsak szerény méreteket öltött az 1930-as évek végén a szociális munka. 1938-ban a városok költségvetésük átlagosan 7,7%-át fordították szociális munkára (összesen 17,25 millió pengőt). Az országban mindössze 15–20 városban működtek rendszeresen napközis, iskolai jótékonyossági intézmények és népkonyhák. Pik Katalin: *A szociális munka története Magyarországon, 1817–1990*. Hilscher Rezső Szociálpolitikai Egyesület, Budapest, 2001. 224–225.; Lukács Ödön: *A mai magyar város élete*. In *Mai magyarságunk életrajza*. Nemzetismeret. Szerk. Hóman Bálint. Csitáry G. Jenő Könyvnyomdája, Székesfehérvár, 1939. 74–75.

<sup>4</sup> Csak az 239/1939. B.M. sz. rendelet irt elő Általános Balesetelhárítási Óvőrendszabályokat, s az OTI által végzett vizsgálatokat kötelezővé tette. Bikkal Dénes: *Magyar szociálpolitika. A dolgozó társadalom szociális védelme Magyarországon*. Danubia Könyvkiadó, Budapest, 1943. 69–70.

<sup>5</sup> Pik, *A szociális munka...* 227–231.

<sup>6</sup> Gyáni Gábor – Kövér György: *Magyarország társadalomtörténete a reformkortól a második világháborúig*. Osiris Kiadó, Budapest, 2004. 321.



dított közteher mértéke jelentősen eltért Budapesten (4 pengő/fő/év) és a magyar falvak átlagában (65 fillér/fő/év).<sup>7</sup>

Az 1930-as évek magyarországi szociálpolitikai diskurzusában a népesedéspolitika fokozott érvényesülése elsődleges nemzeti érdek, mivel a természetes szaporodás üteme folyamatosan csökkent a századforduló után. Sőt, a környező országokhoz viszonyítva a népesedés növekedési aránya még alacsonyabb volt. Így a „nemzetest újratermelése és védelme” a korszakban domináns keresztény szociálpolitikai gondolkodásnak megfelelően egy lehetséges háborút megelőzően stratégiai feladatot is jelentett.<sup>8</sup> A korabeli szakpolitikusok e tekintetben nem Nyugat-Európa, Csehszlovákiához, vagy Lengyelországhoz hasonlították Magyarországot, hanem déli és keleti szomszédjaihoz.<sup>9</sup> A balkáni országoktól eltérően a magyarországi születési arányszámok az 1930-as, 1940-es években viszont magasabbak voltak, mint a nyugat-európai átlag.<sup>10</sup>

Ugyanakkor a magyar családpolitikusok a népesedéspolitika tekintetében nyugati mintákat is alkalmaztak, hiszen a liberális államot felváltó „teljes nemzetállam” kidolgozásánál a korporatív állameszmével párhuzamosan német, olasz és portugál megoldásokat tanulmányoztak.<sup>11</sup> A korszak családvédelmi szakemberei a családvédelmet három fő ágra bontották: morális, szociális és fajnemesítő.<sup>12</sup> A faji szempontnál szociálpolitikai értelemben fontosabb, hogy

<sup>7</sup> Ferge Zsuzsa: *Fejezetek a magyarországi szegénypolitika történetéből*. Magvető, Budapest, 1986. 135.

<sup>8</sup> Az alacsony születésszám korabeli fő okai: 1) *veneriás megbetegedések*, 2) *születésszabályozás*, 3) *agráregyke*. Doros Gábor: *Családvédelem. Küzdelem a születéscsökkenés ellen*. A Magyar Családvédelmi Szövetség Kiadványa, Budapest, 1938. 5–65.

<sup>9</sup> A népesedéspolitikai optimumot tehát csak növekvő natalitással lehet pozitív irányban befolyásolni. 1935-ben a nyers születési arányszámok a térség országaiban a következőképp alakultak: Magyarország 21,2‰, Oroszország: 40‰, Románia 30,7‰, Jugoszlávia 31‰. Doros Gábor: *Az egészséges magyar népszaporodás feltételeinek biztosítása*. MONE *Orvostársadalmi Szemle* 16 (1939: 5. sz.) 77.; Johan Béla: *Az egészségügyi és szociális gyermekvédelmünk bírálata*. Stephaneum Nyomda, Budapest, 1942. 1–3.; Meskó Zoltán: *A magyar orvosi rend célkitűzései*. MONE *Orvostársadalmi Szemle* 15 (1938: 3. sz.) 38–39.

<sup>10</sup> Tomka Béla: *Családfejlődés a 20. századi Magyarországon és Nyugat-Európában: konvergencia vagy divergencia?* Osiris Kiadó, Budapest, 2000. 17–29., 111.

<sup>11</sup> Csik László családpolitikus megfogalmazásában: „A nemzeti organizmus tudatos életfunkcióinak kerete az organikus rendszer, amelyben a vezérelv a tudatosan ellenőrzött és irányított minőségi és mennyiségi népszaporodás és a munkával elérhető minél magasabb és igazságosabb életszínvonal. [...] A nemzeti szervezet egészségügyi rendszere kidolgozza a teendőket a magyar népfaj védelméhez, a magyarság mennyiségi és minőségi szaporodásához és megerősödéséhez, továbbá folyamatosan gondoskodik a nemzet minden tagjának egészségéről a fogamzástól a halálig.” Csik László: *A teljes magyar nemzeti állam egészségügyi rendszere a MONE megvilágításában*. MONE *Orvostársadalmi Szemle* 16 (1939: 4. sz.) 53–54.

<sup>12</sup> Fajnemesítés alatt elsősorban pozitív eugéniát értettek, melynek érdekében kívánatosnak tartották egy fajkutató és eugenikai intézet felállítását. A fajvédelem egyrészt a faji erők fejlesztését jelentette egy lehetséges katonai konfliktus esetére, s így létezett egy technikai, az antiszemitizmussal össze nem függő értelmezése is. Másrészt a területi revízió nyomán a magyar nemzet he-



olyan egészséges népszaporodást biztosító politikát teremtsenek, mely az erkölcsi-társadalmi nevelést egy modern jóléti program keretébe képes integrálni. E családpolitikai diskurzusban azonban nem csupán a fajvédelmi retorika jelent meg, hanem például az önálló szociális szakminisztérium gondolata, vagy a társadalmi elit alsóbb néprétegekkel szembeni felelősségét hangsúlyozó érvelések is felbukkantak.<sup>13</sup> Ezzel összhangban fogalmazódott meg az egészségvédelmi forrásnövelés, s a mezőgazdasági társadalombiztosítás kiterjesztésének szükségessége is. Továbbá felmerült, hogy a Belügyminisztériumon belül minden egészségüggyel kapcsolatos irányítási funkciót össze kell vonni.<sup>14</sup>

E centralizálási és regulációs törekvések következtében a közegészségügy a két világháború közötti időszakban állami feladattá vált, s bár az 1916-tól 1940-ig működő Országos Stefánia Szövetség nem volt állami intézmény, mégis a korszakban jórészt állami hozzájárulásokból volt csak képes fenntartani magát.<sup>15</sup> Mivel a fertőző betegségek elterjedtségének leküzdése, mely 1941-ig csekély eredményeket hozott, eleve csak egy átfogóbb állami program keretében volt lehetséges, ezért az 1925. évi XXXI. törvénnyel létrehozták az Országos Közegészségügyi Intézetet (OKI).<sup>16</sup> Az intézet élére a kiváló felkészültséggel rendelkező Johan Bélát nevezték ki, aki az egészségvédelmen és gondozáson belül elválaszthatatlannak tartotta a családi és a társadalmi gondozást, valamint más szociális tevékenységek összehangolását. Johan számtalan alkalommal felhívta a kormány és a társadalom figyelmét a falvak súlyos egészségügyi állapotára és halaszthatatlan javításának szükségességére. Ő volt az első egészségügyi politikus, aki a legkomolyabb nemzeti feladatnak tekintette a tömeges járványok egyenkénti felszámolását, szemben a korábbi liberális felfogással, mely mindig a környezeti ártalmak kiküszöbölésére helyezte a hangsúlyt. Johan meggyőződése volt, hogy elsősorban jól képzett egészségügyi személyzetről kell gondoskodni, ezért létrehozta az OKI húsz fiókállomását, megindí-

---

gemóniájának biztosítására, egyfajta kultúrfölény népesedési alátámasztására vonatkozott. Csík, *A teljes magyar...* 55.; Doros, *Az egészséges magyar...* 79–80.; Meskó, *A magyar orvosi rend...* 39–40.

<sup>13</sup> Meskó, *A magyar orvosi rend...* 38.; Teleki Pál: A „vezetés”. In *A mai magyar egészségügyi közszolgálat*. Szerk. Keresztes-Fischer Ferenc – Mártonffy Károly. Belügyminisztérium, Budapest, 1942. 1–13.; Johan Béla: Mit várhatunk a mai magyar közegészségügyi munkától. In *Mai magyarságunk életrajza...* 84–85.

<sup>14</sup> *Belügyminisztériumi iratok*. 1940. június. Magyar Országos Levéltár (a továbbiakban: MOL) K-153/4.

<sup>15</sup> A Stefánia Szövetséget 1940-ben államosították. Botos János: *Fejezetek a Belügyminisztérium történetéből 1848–1938*. BM Kiadó, Budapest, 1994. 42.

<sup>16</sup> Az OKI a népbetegségek elleni küzdelem mellett szakemberképzéssel és hatósági közegészségügyi munkával foglalkozott. A Horthy-korszak legerjedtebb és legsúlyosabb népbetegségei: tuberkulózis, másként gümőkór, valamint a különféle nemi betegségek. 1938-ig 77 tüdőbeteg-gondozó állomás létesült, ugyanakkor területi eloszlásuk igen egyenlőtlen volt, mivel a magyarországi járások kétharmadát egyáltalán nem érintette. 1938-ban még csak 11 nemibeteg-gondozó létezett. Gyáni-Kövér, *Magyarország társadalomtörténete...* 373–374.



totta a fertőzőbeteg-jelentési rendszer működését, megreformálta a tisztiorvos képzést, valamint a védőnők (Zöldkeresztes Egészségvédelmi Szolgálat) tagjainak képzését is bevezette. 1935-ben Kozma Miklós Johant belügyi államtitkárrá nevezte ki. Főként ez tette lehetővé, hogy a Minisztérium és az OKI tevékenységét össze tudták hangolni.<sup>17</sup>

Johan munkássága mellett Keresztes-Fischer Ferenc belügyminiszter tevékenysége járult hozzá, hogy az 1930-as évek elejétől a közegészségügy kiemelt szerepet kapjon a Belügyminisztérium munkáján belül. 1931 és 1935 között, Keresztes-Fischer első minisztersége idején előtérbe került a magyarországi közigazgatás egyszerűsítése és racionalizálása, melynek részét képezte a gyermekszociális és egészségügyi ellátás fejlesztése is. Keresztes-Fischer elgondolása szerint ezt a szubszidiaritás elve alapján kell végrehajtani, azaz a szociális problémák megoldása során az autonómiára kell építeni.<sup>18</sup> Ugyanakkor kétségtelen, hogy a társadalom fölött növekvő köztisztviselői befolyás a szociálpolitikát uralmi formaként is felhasználta: a szociális kezdeményezések ezért kiterjesztésükkel párhuzamosan a patriarchális-tekintélyelvű rendszer alapján épültek ki.

Ennek szellemében bővítették országos méretűvé 1933-ban az 1927-ben létrejött Zöldkeresztes Egészségvédelmi Szolgálatot. A Zöldkereszt fő feladata a falusi higiéniai ellátás javítása volt, melynek keretében orvoslakásokat hoztak létre, egészségházakat építettek, s a szegények körében tej- és cukorakciókat szerveztek. A Szolgálat 1938-ig 215 egészségvédelmi kört, 342 anya- és csecsemővédelmi intézetet, 54 bölcsődét és óvodát hozott létre a trianoni Magyarország területén. A 6000 fő feletti településeken az egészségvédelmi munkát azonban 1940-ig a Stefánia együttműködésével végezte.<sup>19</sup>

Habár 1933-ban tízéves közegészségügyi tervet dolgoztak ki, melyben a teljes lakosság egészségvédelmi lefedettségét szerették volna elérni, a Zöldkeresztes Szolgálat 1938-ig mintegy 1,5–2 millió embert tudott tevékenységi körébe von-

<sup>17</sup> 1936-ban a hatósági orvosi tevékenység egységes irányítására a Belügyminisztérium létrehozta a tisztiorvosi szolgálatot (1936: IX. tc.). Később a közegészségügyi (körorvosi és védőnői) szolgálatot is államosították, valamint rögzítették a foglalkozási betegségeket is. 7.600/1936. B.M. sz. r. foglalkozási betegségek felsorolása. Bikkal, *Magyar szociálpolitika...* 70.; Nagy Péter Tibor: A társadalompolitika új elemei az 1930-as évek Magyarországon. *Világosság* 42 (2001: 7–9. sz.) 99–103.

<sup>18</sup> Keresztes-Fischer Ferenc új közigazgatási és közegészségügyi reformkoncepciójának azonban több fő akadálya is volt: a gazdasági világválság teremtette kedvezőtlen pénzügyi feltételek, a konzervatív politikai gátak, valamint Keresztes-Fischer személyes ellentéte Gömbös Gyulával. Ez utóbbihoz hozzájárult, hogy belügyminiszter alig titkoltan az angolbarát politika híve volt, s támogatta a titkos választójog bevezetését is. Botos, *Fejezetek a Belügyminisztérium...* 41., 43.

<sup>19</sup> A Stefánia Szövetség 1930-ban 169 védőintézetet és 70 tüdőbeteg-gondozót üzemeltetett – főként nagyvárosokban. 1938-ig 3,5 millió pengő gyűlt össze egészségházak építésére. A Zöldkereszt 1939-ben 257 intézményt működtetett, mely 448 orvost foglalkoztatott 678 községben, s 1 852 467 lakost látott el. A Stefánia Szövetség ekkor 316 védőintézettel rendelkezett, 599 orvost és 728 védőnőt alkalmazott, s a lakosság 50%-át látta el. 1930-ban az OKI-n belül működő Állami Ápolónő és Védőnőképző Intézetben megkezdtek a védőnők tömeges és szakszerű képzését. Csík, *A teljes magyar...* 57.



ni, mely a falusi népesség kevéssel több, mint egyharmadát érintette.<sup>20</sup> A terv további megvalósítása során a tisztiorvosi állásokat államosították (1936. évi IX. tc.), majd az Országos Közegészségügyi Intézet igazgatójának, Johan Bélának a támogatásával Keresztes-Fischer Ferenc belügyminiszter megszervezte az Országos Egészségvédelmi Szövetséget (1940. évi VI. tc.).<sup>21</sup> A törvény kimondta, hogy egész Magyarország területét el kell látni egészségvédelmi intézményekkel, még a társadalombiztosítással nem biztosított személyek esetében is, tehát magánkórházak is bevonhatók a rendszerbe.<sup>22</sup>

Átlagosan 6000–8000 lakosra jutott egy védőnő, ez épp egy átlagos egészségvédelmi kör hatékony működési határának (6000–7000) felelt meg.<sup>23</sup> E tekintetben külön „kísérleti terepet” jelentett a gödöllői járás, ahol Endre László főszolgabíró Johannal közreműködve egyszerre vezette be a Zöldkeresztet és az egészségügyi tanfolyamokat. 1938-ra a mintajárás sikeresnek bizonyult, mivel a felnőtt- és gyermekhalálozás csökkent, a szociális adakozószellem pedig nőtt. A mintajárás a kiterjesztések egyik alapjává vált.<sup>24</sup>

A közegészségügy legfelső szintjén álló kórházakat tekintve az egészségvédelemhez hasonló expanzió következett be. A kórházépítések tulajdonképpen az 1930-as éveket és az első világháború utáni néhány esztendő t lezárta dinamikus növekedtek, a kórház modern intézménnyé vált, s elvesztette szegényház jellegét. Az első világháború pusztításait, az amortizációt és a technikai fejlesztések hiányát az 1920-as évek közepére sikerült helyreállítani és pótolni.<sup>25</sup>

<sup>20</sup> Kontra László: A zöldkeresztes egészségvédelmi munka. In *A mai magyar egészségügyi közszolgálat*. Szerk. Keresztes-Fischer Ferenc – Mártonffy Károly. Belügyminisztérium, Budapest, 1942. 435–436.

<sup>21</sup> Az OESZ 1941. január 1-jétől az addig létező összes magyarországi egészségvédelmi szervezet és tevékenységet egyesítette (888/1940. és 1000/1940. B.M. sz. r.) s a háború alatti egészségügy alapszervezetévé vált. Minden város és járás területén kötelezővé tették a tüdőbeteg- és nemibeteg-gondozó intézetek létesítését, melyeket állami, városi és társadalombiztosítási intézmények szanáltak. Az OESZ feladata: az egészségügyi, egészségvédelmi tanácsadás, oktatás, anya- és csecsemővédelem, szülészeti vándorszák, csecsemőkelengye, iskolás gyermekek védelme, élelmiszerakciók, TBC és nemibetegség elleni küzdelem, magatehetetlenek gondozása, nemibeteg-gondozás. Az egészségvédelmi körökben állami alkalmazott tanácsadó orvos és védőnő dolgozott. Bikkal, *Magyar szociálpolitika...* 71–74.; Johan, *Az egészségügyi és szociális...* 5–6.; Kontra, *A zöldkeresztes egészségvédelmi...* 436–439.

<sup>22</sup> *A magyar társadalombiztosítás ötven éve: 1892–1942*. Országos Társadalombiztosító Intézet, Budapest, 1943. 126–132.

<sup>23</sup> Keresztes-Fischer Ferenc: Közegészségügyi politikánk irányelvei. In: *A mai magyar egészségügyi...* 18.

<sup>24</sup> Vitéz Endre László és a falu egészségügye. *MONE Orvostársadalmi Szemle* 15 (1938: 2. sz.) 22–23.

<sup>25</sup> A korszakban számos új – s elhíresült – magyar egészségügyi intézmény létesült: a Lipótmezei Kórház, a Mátrai Magyar Királyi Horthy Miklós Gyógyintézet (Mátraháza). Szintén 1926-ban alakult meg a Városok és Vármegyék Mentőegyesülete, mely 1938-ig 70 mentőállomást állított fel. Kiss László: Az ispotálytól a modern kórházig. *Kórházak Magyarországon a 19. század végétől a második világháborúig*. *Századvég* 10 (2005. 3. sz.) 49–67.



Az 1930-as évek centralizációja a kórházrendszert is érintette. Ugyanakkor a kórházak fejlesztési és bővítési dinamikája ezzel párhuzamosan lelassult, mivel – a gazdasági világválságot követően – az OTI, a MABI és a közkórházak pénzügyi egyensúlya csak 1937–1938-ra állt helyre. Mindazonáltal a kórházak kiépítésénél – a területi revízióra való tekintettel – az országhatár mentén helyezték el a fontosabb és jobban felszerelt intézményeket, így az ország közelebbi területei, és általában a falvak az 1930-as években gyéresebb ellátottságban részesültek.<sup>26</sup>

A kórházak és a kórházi ágyak száma azonban a korszak végére még így is több mint kétszeresére emelkedett. Míg 1922-ben a megmaradt ország területén 187 kórház üzemelt 27 159 ágygal, addig 1934-ben 274 kórház működött, 1938-ban pedig már 304 kórház, valamivel több mint 47 000 ágygal. 1942-ben a visszacsatolt területekkel együtt 426 kórház fogadott beteget több mint 68 ezres ágyszámmal – az 1940. évi VI. tc. a kórházi ágyak növelését írta elő.<sup>27</sup> A legdinamikusabb növekedés tehát az 1922 és 1934 közötti periódusban ment végbe, s jelentősebb gyarapodás csak az 1940-es évek elején következett be ismét. Ekkor azonban már a kórházakra jutó népességszám is nagymértékben nőtt, mely a 100 000 főre jutó ágyszámok térbeli egyenlőtlenségeit tovább növelte: Budapesten például az arányszám 1942-ben 1029,6, Kelet-Magyarországon 393,3, a Székelyföldön viszont csak 160,3.<sup>28</sup> A visszacsatolt területek közegészségügye külön problémát képezett 1938 és 1941 között, mivel a román és a csehszlovák egészségügyi rendszer alacsonyabb fejlettségi szinten állt, mint a magyar. A kiürítések során az egészségügyi ingóságok nagy részét a kivonuló közigazgatás elszállította. A kórházak esetében igen gyakran még a kórházak egyes épületrészeit is lebontották s építési anyagként a megmaradt csehszlovák illetve román területekre szállították.<sup>29</sup> Ennek megfelelően Johan egy átfogó beruházási programot dolgozott ki, melyben az egészségügyi rekonstrukcióval és

<sup>26</sup> A falusi és tanyasi lakosság esetében 100 000 főre csupán 250 kórházi ágy, tehát az országos átlag fele jutott. 1937-ben a kórházak 46,5%-a Budapesten volt. A helyzetet súlyosbította, hogy a társadalombiztosítás kiterjesztése következtében hirtelen megnövekedett a kórházi látogatások száma, amire a Belügyminisztérium úgy reagált, hogy további díjszabásokat vezetett be, s szigorította a szegények betegalapból finanszírozott bekerülési lehetőségeit. Ugyanakkor a nagyobb kórházakba összpontosultak a nagyobb ágyszámok is, így a Belügyminisztérium tervbe vette a vidéki betegszállítás fejlesztését, melynek az 1926-ban létesített országos mentőszolgálat adta az alapját, mely valamelyest enyhítette a falvak előnytelen helyzetét. Johan, *Mit várhatunk...*, 88–90.; Kiss, *Az ispotálytól...* 69–74.

<sup>27</sup> 1942-ben a trianoni országterületre 52 752-es ágyszám jutott. E tanulmányban a korszakban kiadott statisztikai forrásokat vettük alapul. Korabeli forrásadatokhoz lásd Csík, *A teljes magyar...* 57.; Keresztes-Fischer, *Közegészségügyi politikánk...* 18.; Lukács, *A mai magyar város...* 70.; Mészáros Gábor, *Kórházügy*. In *A mai magyar egészségügyi...* 212–222.

<sup>28</sup> Északnyugat Magyarország: 261,6; Nyugat-Magyarország: 346,5; Dél-Magyarország: 343,2; Északkelet Magyarország: 380,2; Erdély (átlagban: 250). Kiss, *Az ispotálytól...* 75.

<sup>29</sup> I. m. 78.



fejlesztéssel kapcsolatban az orvosok magyarországi eloszlási egyenlőtlenségeinek enyhítésére is felhívta a figyelmet.<sup>30</sup>

Az ország területének gyarapodása növekvő költségvetési tételekkel járt. A kórházaknak 1941-re kétmillió pengős államadóssága halmozódott fel, mely Johan szerint úgy jött létre, hogy az ország 1940-es egészségügyi költségvetésének összegét, 11,3 millió pengőt, a revíziókat követően 1941-ben nem növelték meg 1,6 millió pengővel. Az 1941-es költségvetésben újra 11,3 millió pengős kiadási keret jelent meg, s a különbözetet a kórházak tartozási tételeiként számolták fel. Csak az állami kórházaknál 1,5 millió pengő számlaadósság gyűlt össze. A teljes csőd elkerülése végett 1941 tavaszán a költségvetési keretet csupán annyival egészítették ki, hogy a kórházaknak ne kelljen további hiteleket felvenniük.<sup>31</sup>

Johan elkészítette azokat a közvetlen javaslatokat, melyek elsősorban a felvidéki és az erdélyi kórházak rekonstrukcióját és ágyszámbővítését szolgálták. Egy 15–20 éves fejlesztési programot dolgozott ki a Belügyminisztériumon belül, melynek keretében 78,3 millió pengőt fektettek volna be, amely számításai szerint az akkori gazdasági növekedést és inflációt figyelembe véve, fedezte volna a trianoni Magyarország – 35 millió pengő – és a visszacsatolt területek – 43,3 millió pengő – egészségügyi hálózatának teljes renoválását és fejlesztését. A leg-sürgősebb pénzüsszeget (3,7 millió pengő) viszonylag hamar, már 1941 tavaszán sikerült előteremteni.<sup>32</sup> Johan korabeli számításainak pontosságát igazolták a későbbi vizsgálatok is. Kiss László kutatásai alapján 1939 és 1941 között alig egy tucat új kórház épült fel – messze elmaradva a korábbi fejlődés ütemétől –, miközben 1 millió pengőt költöttek felújításra évente.<sup>33</sup> Erre azért volt szükség, mivel a Felvidék és Észak-Erdély elmaradottabb közegészségügyi viszonyai gyors rekonstrukciós program beindítását tették szükségessé 1938 végétől. A renoválásra fordított éves összeg Johan számításaiiban 900 000 pengő, mely csak 100 000 pengővel maradt el a Kiss által rekonstruált összegtől.<sup>34</sup> Ezzel párhuzamosan a Johan-féle fejlesztési program megindulása is igazolható: Kiss László számítá-

<sup>30</sup> Belügyminisztériumi iratok. Johan Béla: *A közegészségügyi szolgálatunk krízisének okai, különös tekintettel az orvoskérdésre. Javaslatok ennek megoldására vonatkozólag*. 1941. május 11. Semmelweis Orvostörténeti Könyvtár és Levéltár (a továbbiakban: SOL) 119. f.

<sup>31</sup> Kórházi beruházásokra Johan számításai szerint 1939 és 1941 között 1,5 millió pengőt irányoztak elő, ebből azonban évente 300 000 pengő (azaz összesen 900 000 pengő) csupán az azonnal szükséges javításokra és karbantartási munkákra kellett. A csehszlovák kormányzat saját állami intézményei és egészségügyi rendszerének kiépítése során elhanyagolta a dél-szlovákiai, valamint a kárpátaljai magyarlakta területek egészségügy fejlesztéseit. A román kormányzat – Johan szerint – hasonló egészségügyi politikát követett Erdély tekintetében. Johan, *A közegészségügyi szolgálatunk krízisének okai...* SOL 119. f.

<sup>32</sup> 1 millió pengőt a pénzügyi és honvédelmi tárcáktól csoportosítottak át. Belügyminisztériumi iratok. 1941. árpilis. MOL K-28/61.

<sup>33</sup> Kiss, *Az ispotálytól...* 78.

<sup>34</sup> Johan, *A közegészségügyi szolgálatunk krízisének okai...* SOL 119. f.



sai szerint 1942-ig az új kórházépítési program keretében 8000 új ágy létesült. Ugyanakkor a közegészségügyi kiadások az országos költségvetésen belül igen kis növekedést mutattak a korszakban, 1925-ben 0,3%-át, 1941-ben 0,4%-át, míg 1942-ben és 1943-ban 0,56%, illetve 0,87%-át adták. Ez tehát 1941–1943 között a Johan-féle program ellenére szűkösségre utal.<sup>35</sup>

Mindazonáltal Johan elemzéseiben a kórházi rekonstrukcióval párhuzamosan két további fontos kérdés is felmerült, mely szorosan kapcsolódott az egészségügyi hálózat fejlesztéséhez: az orvosok létszámának szükségzerű emelése és az orvosi állások területi eloszlásának kiegyenlítettebbé tétele. Mivel körzeti orvosi rendszer nem létezett az 1930-as években, így az OTI-n belül számos orvos foglalkozott a vidéki népesség átfogó és rendszeres orvosi ellátásának kérdésével. Mihályhegyi (Musitz) Géza OTI-szemorvos szerint – akinek nézeteit az OTI orvosainak többsége osztotta<sup>36</sup> –, a hiányzó körzeti orvosi rendszert annak állami kiépítéséig az egyházi karitás orvosi szolgálata pótolhatná, mivel az egyház rendelkezett az egész ország területére kiterjedő szociális intézményhálózattal.<sup>37</sup> Mihályhegyi a vidéki orvosi ellátás alacsony színvonalát, az agrárlakosság társadalombiztosítási és az ipari és alkalmazotti rétegekkel szembeni szociális elhanyagoltsága kapcsán élesen rámutatott a főváros és a vidék közt húzódó különbségre is. Ezzel összefüggésben fogalmazta meg a két alapproblémát: hangsúlyozta a vidéki lakosság egészségügyi ellátásának alacsony szín-

<sup>35</sup> 1941 végén 488 kórházban 68 425 ágy állt rendelkezésre, kihasználtságuk viszont csupán 70–80%-os volt. 1940-től a Magyar Kórházszövetség is bekapcsolódott a fejlesztési programba, koordinálását pedig a második világháború idején az Országos Közegészségügyi Tanács és a Belügyminisztérium látta el. Kiss, *Az ispotálytól...* 75., 78.

<sup>36</sup> Mihályhegyi Géza elgondolásai a szélesebb orvosi közvéleményt képviselték, mivel a Budapesti Szent Erzsébet Karitás Központ tagja, s aktív publicistája volt, illetve közismerten az OTI-nál dolgozó keresztény orvosok meghatározó személyiségei közé tartozott. Fentiekre levelezéséből, illetve felesége posztumusz dokumentumaiból lehet következtetni. Mihályhegyi Géza szociálpolitikai esszéi. SOL 308.f.

<sup>37</sup> Mihályhegyi elképzelése szerint a jelenleg hiányzó állami, illetve társadalombiztosítási infrastruktúrát (rendelőintézetek, kezelők, orvosi lakások stb.) az egyház pótolhatná. A rendelőket egyházközségi házakban és vidéki iskolákban lehetne felállítani. Előbbi természetesen mindenhol volt, utóbbi pedig a klebelsbergi bővítés óta majdnem mindenhol létezett a trianoni Magyarországon. A gyakorlati megvalósítás tekintetében Mihályhegyi szerint napi 1–2 óra „mobil” rendeléssel lehetne számolni kezdetben, a műszereket pedig az orvos szállítaná. A kezelések pénzügyi költségeit az Országos Betegápolási Alap fedezné, míg az orvosi diszpenzációk másik részét az érintett egyházközség vállalná. Ha kórházi ápolásra lenne szükség, akkor azt a központi orvosi tanácsadó iroda szerveznék, mely a megfelelő igazolással ellátott betegek kórházba jutásáról is gondoskodna. Mihályhegyi a fővárosi egészségügyi színvonalat szerette volna kiterjeszteni a vidéki területekre. E bővülés folytán a kor egyik legnagyobb orvostársadalmi problémáját, a fiatal orvosok állásnélküliségét is enyhíteni szerette volna, hiszen így rengeteg új állás létesült volna. Mihályhegyi (Musitz) Géza: Szervezzük meg a katolikus beteggondozást. *Nemzeti Újság*, 1932. április 17.; Mihályhegyi Géza szociálpolitikai esszéi. SOL 308.f.

vonulat és az agrárnépesség kötelező társadalombiztosításának hiányát.<sup>38</sup> A vidéki orvosi ellátás alacsony szintjéhez kapcsolódóan Johan pontos belügyi statisztikákat készíttetett, melyek az orvoshiányt több tényezőre vezették vissza. A három legfontosabb tényezőt a betöltetlen orvosi állások magas aránya, az orvosok népességhez viszonyított alacsony száma, valamint az orvosi állások területi eloszlásának egyenlőtlensége jelentette (1–2. táblázat).

1. táblázat: *Betöltetlen orvosi állások Magyarországon, 1941. január 1.*

Orvosi hivatások típusa (1941. jan. 1.)	Maximálisan betölthető állások száma	Betöltetlen orvosi állások száma
Tiszti főorvos és orvos	352	12
Városi orvos	174	32 (Erdély nélkül)
Községi orvos és körorvos	1414	103
Erdély	302	72
Al- és segédorvos	628	78
Kisegítő orvos	169	111
Erdélyi kisegítő személyzet	97	52
Összesen	3136	460

Forrás: Belügyminisztériumi iratok. *Johan Béla*: A közegészségügyi szolgálatunk krízisének okai, különös tekintettel az orvoskérdésre. Javaslatok ennek megoldására vonatkozólag. 1941. május 11. SOL 119. f.

2. táblázat: *Az orvosok száma Magyarországon, 1930–1939*

Év	100 000 lakosra jutó orvosok száma	
	Magyarország*	Budapest
1913	31	n.a.
1921	45	n.a.
1930	94	343
1931	97	343
1932	96	353
1933	100	382
1934	103	384
1935	105	385
1936	112	412
1937	112	420
1938	117	422
1939	115 (79/52)**	453

<sup>38</sup> Mihályhegyi tulajdonképpen egy orvosi grémium, elsősorban a társadalombiztosításnál tevékenykedő orvostársai véleményének is hangot adott. Mihályhegyi Géza szociálpolitikai esszéi. SOL 308.f.



\*A magas magyarországi arányszámot az magyarázza, hogy a budapesti adatot is magába foglalja.

\*\* A 79-es arányszám a budapesti adat leszámításával országos átlagban. Az 52-es arányszám a zsidótörvények végrehajtása után kizárólag keresztény orvosokkal betöltött állások számát jelöli 1940-től.

Forrás: A táblázat 1930-as évekre vonatkozó adatait belügyi iratokból rekonstruáltuk. *Ormos Mária*: Magyarország a két világháború korában 1914–1945. Csokonai Kiadó, Budapest, 2006. 158.; Belügyminisztériumi iratok. *Johan Béla*: A közegészségügyi szolgálatunk krízisének okai, különös tekintettel az orvoskérdésre. Javaslatok ennek megoldására vonatkozólag. 1941. május 11. SOL 119. f.; Belügyminisztériumi iratok. 1941. árpilis. MOL K-28/61.

A két táblázat alapján az orvosok és orvosi állások egyenlőtlen területi eloszlására következtethetünk. 1941 elején az összes orvosi állás körülbelül 15%-a betöltetlen maradt (1. táblázat). A vidéki orvosi állások számának gyarapodása kisebb volt, mint a budapesti állásoké (2. táblázat), mivel a vidéki státuszok betöltésére az orvosok kevésbé vállalkoztak. Az orvoskérdés a korabeli sajtóban közismerten erőteljes ideológiai színezetben jelent meg.<sup>39</sup> Ennek ellenére tíz év alatt még így is tekintélyes volt az emelkedés (2. táblázat): 100 000 főre 1930-ban 94 orvos jutott, míg 1939-ben már 115. A kórházi statisztika alapján 1940-ben 40 000 állami és közkórházi ágyra 883 orvos és 7000 ápoló jutott.<sup>40</sup> A közkórházakban így egy-egy orvos 45–46 beteget látott el, szemben a vidéki betegellátással, ahol 1940-ben átlagosan körülbelül 885 beteget gyógyított egy-egy orvos. (2. táblázat)

Ekképp belátható, hogy a kötelező mezőgazdasági megbiztosítás hogyan javította volna a falusi vagy tanyasi szegényparasztok egészségügyi és orvosi ellátását. A terv azt irányozta elő, hogy a társadalombiztosítás révén a mezőgazdasági munkavállalók a kórházakban ingyenes kezelést kapjanak, ezáltal pedig jobb ellátásban részesüljenek. Ugyanakkor ezek az adatok viszonylagosak. Ha a budapesti adatot arányosan leszámítjuk, országos átlagban megközelítőleg 79-es arányszámot kapunk. (2. táblázat) Ez a budapesti átlagos arányszám azonban nemzetközi viszonylatban 1939-ben már kevésbé kedvező: Svájc, Nagy-Britannia, Ausztria, Németország, Olaszország és Dánia is megelőzte Magyarországot. A nyugat-európai átlag 90 és 120 között mozgott. Ugyanakkor a balkáni országok átlagánál még a Budapest nélküli magyarországi arány is

<sup>39</sup> A sajtóvélemények vizsgálata nem tartozik szorosan e tanulmány vizsgálati céljaihoz. Erről azonban maga Johan államtitkár is beszámol Keresztes-Fischernek készített igen vaskos jelentésében: „Eddig is már sokat írtak ezekről a kérdésekről, de inkább csak általános impressziók alapján, esetleg bizonyos célok szolgálatában. Így például a zsidó érdekeltségek állandóan cikkeznek az orvoshiányról, mert így remélik, hogy a zsidó orvosok munkához, esetleg álláshoz juthatnak, viszont a keresztény sajtóban a cikkek – éppen ellentétes céllal – azt törekedtek bizonyítani, hogy elég az orvos.” Johan, *A közegészségügyi szolgálatunk krízisének okai...*, SOL 119. f.

<sup>40</sup> Gyáni-Kövé, *Magyarország társadalomtörténete...* 374.

magasabb.<sup>41</sup> A bővülést jócskán visszavetette az ország-gyarapodás, főképp az egészségügyi viszonyait tekintve is elmaradott keleti területek visszacsatolása. Az orvosok számának változását ugyancsak befolyásolta az 1938. évi XV. tc., valamint az 1939. évi IV. tc., mely a zsidó származásúak munkavállalását korlátozta, a keresztényeket pedig elősegítette.<sup>42</sup>

Tulajdonképpen az orvosi állások számának tekintetében Budapest az 1930-as években tovább növelte előnyét a vidék rovására. A területi differenciáltság szintén megmaradt, egyes térségekben pedig még emelkedett is.<sup>43</sup> Ez főként azzal magyarázható, hogy az új orvosi szakágak magas önköltségük és technikai szükségleteik miatt az urbanizáltabb központokba, elsősorban pedig a fővárosba összpontosultak. Így a modernizálódó közegészségügy sok tehetséges fiatal orvosnak nyújtott álláslehetőséget, viszont a frissen végzett orvosok zöme, különösképp a zsidó származású medikusok, szinte kizárólag Budapesten helyezkedtek el, noha vidéken még számos körorvosi állás maradt betöltetlenül. Ez azzal magyarázható, hogy a vidéki munkahelyek egy jól jövedelmező fővárosi gyógyászati praxishoz képest gyengén fizettek, valamint a kikeresztelkedések, kitérések és helyi születések elmaradása, továbbá a zsidó értelmiség főváros felé mozgása következtében ezek az álláshelyek nem voltak preferáltak.<sup>44</sup> Igazi előrelépés a vidéki orvosellátás tekintetében tehát az orvosok önálló vidéki munkavállalásának hiányában, valamint a zsidó származású orvosok munkavállalásának korlátozása miatt az 1930-as évek végéig aligha következett be.

A zsidótörvényekből adódó politikai konzekvenciák alapján Johan a már említett 79-es arányszámból kiindulva a trianoni országterületre 52-es arányszámot kalkulált. (1. táblázat) Ugyanakkor az egész ország területére nézve a zsidó orvo-

<sup>41</sup> Egresi Katalin: *Szociálpolitika Magyarországon. Nézetek, programok és törvények 1919–39.* Napvilág Kiadó, Budapest, 2008. 302.

<sup>42</sup> A zsidóság visszaszorítása a korabeli orvosi szakma diskurzusában az egyik legfontosabb problémája volt. 1939-ben a keresztény orvosok munkavállalásának elősegítése, s a zsidóság arányszámának csökkentése érdekében konkrét javaslatok is elhangzottak több, meghatározó orvosi fórum részéről. A rekvizitumok között a következő elemek szerepeltek: a betegeket ne utalják zsidó illetőségű intézményekbe, nem zsidó egészségügyi intézménynek nem lehet zsidó vezetője, közalkalmazott orvos nem lehet zsidó, az Orvosi Kamarából tiltassanak ki a páholytagok, s a „rendes” zsidó tagság is legfeljebb 6%-ot tehet ki, valamint az egészségügyi és társadalombiztosítási intézményeknél is 6%-ban maximálják arányukat. Ezek a javaslatok 1939 elején születtek, s bekerültek a II. zsidótörvény klauzuláiba is (1939: IV. tc.). A keresztény-nemzeti „követelményekhez” lásd például Petres József: A zsidó kérdés orvosi és társadalmi szempontból. *MONE Orvostársadalmi Szemle.* 16. (1939. 1. sz.) 1–3.

<sup>43</sup> Ormos Mária e térségek közé sorolja a dél-alföldi tanyavilágot, és Kelet-Erdély vármegyéit. Ormos Mária: *Magyarország a két világháború korában, 1914–1945.* Csokonai Kiadó, Debrecen, 2006. 158.

<sup>44</sup> Részletesed adatokkal lásd: Jehuda Don: *A magyarországi zsidóság társadalom- és gazdaságtörténete a 19–20. században.* MTA, Budapest, 2006. 29–34.; Ungváry Krisztián: *A Horthy-rendszer mérése. Diszkrimináció, szociálpolitika és antiszemitizmus Magyarországon 1919–1944.* Jelenkor Kiadó – OSZK, Pécs–Budapest, 2012. 20–38.



sok aránya 40% körül mozgott,<sup>45</sup> így legfeljebb 62-es arányszámú keresztény orvosgárdát vehetett alapul a trianoni országterületen. Az országos arányt viszont különösen rontotta Észak-Erdély, ahol körülbelül húsz orvos jutott 100 000 lakosra.<sup>46</sup> Emiatt Johan Béla közvetlen célja a 80-as arányszám elérése lett, ami 2500 új keresztény orvos kiképzését igényelte. Az egyetemekre évente átlagosan 300 orvost vettek fel, tehát elgondolása szerint nyolc évre lett volna szükség ahhoz, hogy Magyarország elérje a nyugat-európai átlagot. A hallgatói létszám feltételezett csökkenése miatt viszont úgy vélte, hogy ez csak 12–14 év alatt oldható meg.<sup>47</sup>

A betöltetlen vidéki állások inkább a szegénységgel, az infrastrukturális hiányokkal, s a probléma felszámolására vonatkozó – az Imrédy-kormány hivatalba lépéséig hiányzó – valódi kormányzati akarattal magyarázhatók. Keresztes–Fischer elképzeléseinek megfelelően az Imrédy-kormány Falu Szociális Alapot hozott létre, melynek forrásaiból 1939 és 1941 között 166 egészségháza és 101 orvosi lakást építettek az ország területén.<sup>48</sup> Johan a kórház-stabilizációhoz hasonlóan grandiózus beruházási tervvel állt elő. Úgy gondolta, hogy a vidéki körzeti orvosi ellátásához a korábbi évek építkezéseit meg kell háromszorozni: öt év alatt 323 új orvoslakás épült volna meg tízmillió pengőből. A költségek fedezetére a korban rendhagyó forrásallokációt gondolt el: a szolgáltatási és luxuscikkekét kívánta megadóztatni. Az 1939–1941 közötti beruházások és építkezések jelentősége tehát, hogy az ország orvosi infrastruktúrahálózatának egynegyede ekkor épült ki.

A vidéki orvosi egzisztenciák megteremtése érdekében Johan a budapesti orvosi szolgálatokat és magát a társadalombiztosítási rendszert is alárendelhetőnek vélte. A budapesti klinikai orvosok számát (egy orvos/4,9 ágy) a vidéki kórházak (egy orvos/40–45 ágy) javára kívánta korlátozni, mégpedig úgy, hogy közben a szakorvosi képzés csökkenjen, a körorvosi pedig növekedjen.<sup>49</sup> Figyelemre méltó

<sup>45</sup> Kovács Alajos: *A csonkamagyarországi zsidóság a statisztika tükrében*. Nemzeti Liga, Budapest, 1938. 18–19., 64–65.

<sup>46</sup> Johan 1941-ben 7243 keresztény orvost regisztrált az országban, ebből Budapesten 3055-öt. A trianoni ország területére – a főváros nélkül – így 4188 jutott, s ennek alapján számolta ki az 52-es arányszámú reálértéket. Lásd részletesen a 2. táblázatot. Johan, *A közegészségügyi szolgálatunk krízisének okai...*, SOL 119. f.

<sup>47</sup> Ez 1955-re következett volna be. Tervei szerint ezt a „szellemi befektetést” úgy kellett „felgyorsítani”, hogy az orvosképzést „dúsítják”, ami azt jelentette, hogy a tudósorvoslást visszaszorítják a szakorvosi képzés javára. A kórházakban a gyakornoki évet (hatodik egyetemi év) alorvosi állássá fejlesztik, s ezzel párhuzamosan az orvosok katonai szolgálatát két évről egy évre csökkentik. Johan, i. m.

<sup>48</sup> A lakásviszonyok fejlesztése a legfontosabb, hiszen ha nincs biztosítva a lakás és az egzisztencia, az orvos otthagya a falut. Johan, i. m.

<sup>49</sup> A tisztiorvosi szolgálatot az addigi törvények szerint egy orvos csak 34 évesen kezdhette meg, s a visszacsatolások miatt legfeljebb a VIII. fizetési osztályig juthatott. A tisztiorvosi állást Johan fizetésemeléssel kívánta vonzóbbá tenni. A körzeti és tisztiorvosi fizetési osztályokat a szolgálat betöltésének kezdetétől fogva IX-ről és VIII-ről VII-re kell felemelni, mivel egy közjegyző vagy



tó, hogy Johan az átszervezések és a vidéki orvosi pálya vonzóbbá tétele kapcsán a körzeti orvosi rendszer társadalombiztosítástól független, állami megszervezését is felvetette. Az OTI és a MABI összevonásával orvosai igen magas budapesti arányszámát csökkenteni lehetne, így száz orvosi állás felszabadíthatóvá válik, melyeket át lehetne csoportosítani vidékre. A vidéki körzeti orvosi rendszer és az egységes egészségügyi szolgálat megteremtésének elképzelése mögött az állami népbiztosítás igen korai – nemcsak elvi szinten megfogalmazott – gondolatára bukkanhatunk. Tíz, igen eltérő szolgáltatásokkal és felépítéssel működő társadalombiztosító intézet fenntartása – összesen 90 millió pengős éves költségvetéssel – Johan szerint túl nagy többletkiadást jelent a magyar szociálpolitikának, s aligha fogadható el egy egységes jóléti rendszer szempontjából.<sup>50</sup>

Johan Béla javaslatai tehát kettős célt szolgáltak. Elsősorban egy modernizációs – a nyugat-európai színvonalhoz közelítő – „felzárkóztató programot” kívánt megvalósítani. Ebbe a Magyarországhoz visszakerült felvidéki és erdélyi egészségügyi rendszert is be kívánta kapcsolni. Mindemellett a vidéki betegellátás problémájából kiindulva az állami népbiztosítás koncepciójáig – az 1945 után kiépülő jóléti állam gondolatáig – is eljutott.<sup>51</sup> Johan tehát a hazai fejlődés sajátosságaiból kiindulva – a keresztényszociális eszmekör premisszáinak konzekvens alkalmazásával – dolgozta ki a magyar jóléti állam egy lehetséges jövőbeli modelljét, jóllehet ez a modell kétségtelenül tartalmazott antiszemita jegyeket, melyek már a korszak viszonyait is tükrözték. Az állami közegészségügyi szolgálat fejlesztéséhez s a körzeti orvosi rendszer kiépítéséhez a társadalombiztosítási rendszer szolgált mintául. Egy szellemiségében mindenképp konzervatív, de gyakorlati megközelítésében már a korábbi paternalista szemlélettől eltérő, szélesebb körű, demokratikus elemeket is tartalmazó egészségügyi és szociálpolitika lehetőségei körvonalazódtak. A kormány az egészségvédelmet 1942-től nemzetstratégiai célként fogalmazta meg, s több forrást investált a prevencióba, mint az azt megelőző években. 1942 és 1945 között az orvosi helyzet rendezése, egészségügyi prevenció és betegbiztosítás, pronatalizmus és családvédelem, valamint a kórház- és körzeti orvosi rendszer kiépítése kerültek a közegészségügyi politika homlokterébe.

---

egy iskolaigazgató is ebben a fizetési osztályban szerepelt. A fizetésemelést egészítette ki a pótlékok és kiküldetési díjak emelése, melyet a 7.000/1925. sz. M.E. r. egyébként belügyi hatáskörben lehetővé is tett. Johan, i. m.

<sup>50</sup> Első lépésben az OMBI már meglévő, ám rendkívül korlátozott mezőgazdasági biztosítását ki kell bővíteni, s már eleve az új központi szervbe kell integrálni. Ezzel az új körzeti orvosok társadalombiztosítási munkája könnyebbé válhatna, s a mezőgazdasági biztosítás és a körzeti orvosi rendszer együttes kiépítésével ezen orvosi státuszokat még jövedelmezőbbé is lehetne tenni. Johan, i. m.

<sup>51</sup> Johan reformgondolatának jelentőségét tovább növeli, hogy a háború alatt elkészült brit jóléti paradigma, a Beveridge-terv csak e jelentés elkészültét követően egy évvel, 1942 végére készült el. Cora Zoltán: A Beveridge-terv recepciója a magyarországi szociálpolitikában a második világháború idején. *Múltunk*, 25 (2013. 2. sz.), 106–126.



A jóléti szolgáltatások kiterjesztése mellett Johan elsősorban az orvosok státuszát tartotta kulcsfontosságúnak. A hadiállapot miatt a háborús évek fokozottabb munkát és feladatokat róttak a magyar orvosokra, ugyanakkor a kormányok nem hagyhatták figyelmen kívül e többletterhelés lehetőség szerinti ellentételezését. Így került napirendre anyagi és természetbeni juttatásaik növelése – ezzel összefüggésben jogaik bővítése –, valamint a társadalmi felvilágosítás kiterjesztése.<sup>52</sup> A kormány a háborús erőfeszítésekre összpontosító költségvetéshez képest rendeletekkel próbálta kedvezőbbé tenni az orvosi státuszok anyagi helyzetét. 1944. január 1-jétől eltörölték az OTI és a MABI szerződéses orvosainak jövedelemadóját, melyet 1943-ra visszamenőlegesen is módosítottak.<sup>53</sup> Az orvosi díjak valorizálása 1944-ben következett be, amikor a pótdíjak összegét átlagosan háromszorosára emelték. A valorizáció tehát az inflációval párhuzamosan növelte az orvosi díjakat, egyúttal azonban megszüntette az orvosi kategóriák közötti különbséget is.<sup>54</sup> A díjazási diszkriminációnak korábban a körorvosokra nézve az anyagiakon túl más káros hatásai is voltak, hiszen alacsonyabb fizetségeik például társadalmi előítéleteket hívtak életre. 1944-ben az orvosok anyagi helyzetét tovább stabilizálták azáltal, hogy ha a biztosított nem intézeti orvost vett igénybe, akkor annak az orvosnak az Orvosi Kamara 75%-os térítési díjat fizetett.<sup>55</sup> A 238.910/1944. B.M. sz. rendelet értelmében pedig a biztosítók orvosainak nem társadalombiztosítási megbízás alapján való igénybevétele esetén a szokásos díjak 75%-át térítette meg az Orvosi Kamara, a költségeket pedig a biztosító és a megbízó intézet rendezte.<sup>56</sup> Az egységes díjazás révén tehát nemcsak az orvosok fizetését valorizálták, hanem a díjazási diszkriminációt is felszámolták.

<sup>52</sup> Metz Ferenc: Az orvos, a tisztviselő, meg a biztosított. *Jó egészséget! MABI Tudósító*. 1. (1942. 8. sz.) 191–192.

<sup>53</sup> Az 1943. évi 220/302. VII. sz. pénzügyi körrendeletben biztosított mentességet 1944 márciusában az összes biztosító orvosra kiterjesztették, valamint az orvosi díjazást is növelték. Eredetileg az 54.313/1925. N.M. sz. r. szabályozta a pénztári orvosok, az 55.580/1927. sz. N.M. r. pedig a magánorvosok pótdíjait, melyeket sürgős orvosi elsősegélynyújtás esetén kellett fizetni. Az 1927-től 1941-ig bekövetkezett tudományos-technikai fejlődés – például a röntgenkészülékek szolgálatba állítása – kisebb díjak sokaságát hívta életre, így az eredeti rendeleteket modernizálni, a díjakat pedig valorizálni kellett. Már 1942 folyamán 100%-os pótdíjat állapítottak meg az 54.313/1925. N.M. sz. r. alapján, amely a rendeletben megszabott rendelési, látogatási és műtéti díjakat egészítette ki. *Országos Orvostkamrai Közlöny*, 8 (1944. március 5.) 120–122.

<sup>54</sup> A 236.600/1944. B.M. sz. rendelet az 1925-ös 15 P-s, illetve az 1927-es 21,6 P-s pótdíjakat egységesen 63,36 pengőre emelte. Ezzel párhuzamosan a 80.346/1944. FM. sz. rendelet a vidéki orvosok pótdíjait – főként OMBI orvosok díjszabásáról volt szó – az 1942-ben megállapított 100%-os emeléshez képest újabb 100%-kal emelte. A komolyabb vizsgálatok, például a röntgenvizsgálatok, esetén előbbi rendelet az 1925-ös pénztári 36,96 P-t és az 1927-es magánorvosi 45,44 pengőt egységesen 131,84 pengőre emelte. *Országos Orvostkamrai Közlöny*, 8. (1944. március 5.) 123.

<sup>55</sup> 237.000/1944. B.M. sz. rendelet.

<sup>56</sup> Ugyanakkor már az 1900. évi XVI. tc. kötelezte a körorvosokat, hogy ha mezőgazdasági önkéntes baleseti biztosított ellátását nem vállalná el más orvos, akkor ezt nekik kell ellátniuk. *Országos Orvostkamrai Közlöny*, 8. (1944. május 6.) 58.



A népbetegségek leküzdése, az egészségvédelem és a rokkantság megelőzése kiemelt fontosságú szociálpolitikai feladattá vált.<sup>57</sup> A tüdőbeteg gondozó intézetek száma 1938 és 1944 között 77-ről 134-re, míg a nemibeteg-gondozóké 11-ről 73-ra nőtt.<sup>58</sup> Az 1933-as tízéves egészségvédelmi terv keretében 1938-ig nem sokkal több, mint 400 körzet épült ki, viszont 1944-ig a körzetek száma elérte a 800-at.<sup>59</sup> Jóllehet ekkor a városokban átlagosan 6000 ember jutott egy-egy körzetre, a falvakban az egészségvédelmi körzetek kiépítése messze elmaradt a városi átlagtól.<sup>60</sup> 1938-ban a falvakban 215 körzetről tudunk, melyeknek száma 1944-ig 270-re emelkedett csupán. Következésképp 1944-ben 800 körzetből továbbra is több mint 500 a városokra jutott.

A háborús részvétel az egészségügyi prevenciót és betegellátást is érintette. 1936-ban jelent meg az Egészségvédő és Gyógyítóeljárás Rendtartás, melyet az Egészségvédelmi Szövetség dolgozott ki. Tulajdonképpen már az 1928. évi XL. tc. 86. §-a rendelkezett egészségvédő és gyógyító alap létrehozásáról, melyet a várományfedezeti rendszerbe folyó nyugdíjjárulékokból levont összeg-részből finanszíroztak. Az 1930-as évek első felében azonban a kis járulékalap miatt számottevő összeg nem folyhatott be az egészségvédő alapba, tehát tőkegyűjtésről aligha lehetett szó. Az Egészségvédő és Gyógyító Alap összegei csak az 1940-es évek elejére érték el azt a szintet, amelyből már finanszírozni lehetett egészségügyi prevenciós feladatokat.<sup>61</sup> Általában a biztosítási jogosultság megszűnését követő további szükséges kórházi kezeléseket finanszírozták általa. A betegségi biztosításban a kötelező biztosítási szolgáltatásokon túl az alap több kedvezményt is biztosított:<sup>62</sup> 1) betegségi biztosítás meghosszabbítása, ha a jogosultsági idő lejártá után a biztosított ezt nem tudta fedezni, 2) tüdőszűrő-állomások és védőnői szolgálat költségeinek fedezése, 3) egy éven felüli tüdőszanatóriumi kezelés finanszírozása, 4) prevenciós üdültetés elsősorban kezdeti stádiumban lévő gümőkóros betegek részére.<sup>63</sup> Az Alap fontosságát csak csekély mértékben csökkentette, hogy a 7.200/1942. B.M. sz. rendelet a

<sup>57</sup> Keleti József: Egészségvédő és gyógyító alap. *Jó egészséget!* MABI Tudósító, 1. (1942: 2. sz.) 29.

<sup>58</sup> Gyáni-Kövér, *Magyarország társadalomtörténete...* 374.

<sup>59</sup> A 10 éves terv végső célja az volt, hogy átlagosan 6000 ember jusson egy-egy körzetre. Ezt 1944-ig sikerült teljesíteni a városokban. Johan, *Mit várhatunk...* 92.

<sup>60</sup> Ugyanakkor a háború alatt az OKI és a Zöldkereszt folytatta munkáját. Vidéken az 500 orvost és 900 védőnőt foglalkoztató Zöldkereszt 1944-ben több mint kétmillió ember ellátásáról gondoskodott. Bikkal, *Magyar szociálpolitika...* 73–74.

<sup>61</sup> Az Alap tőkájének növelésére az összes nyugdíjjárulék 6%-át használták fel. Bogdán Alajos: *Mi lesz azután? Jó egészséget!* MABI Tudósító 3. (1944: 9. sz.) 256.

<sup>62</sup> A betegségi biztosítás a következő szolgáltatásokat nyújtotta: ingyenes vizsgálat és kezelés – tüdőszanatóriumban vagy kórházban legfeljebb egy évig a biztosított számára –, hozzátartozóknak legfeljebb egyhavi kezelés, keresőképtelenné vált biztosítottaknak egy évig táppénz, hozzátartozóknak ugyanennyi időre fél táppénz, valamint ingyenes gyógyszerellátás.

<sup>63</sup> Keleti, *Egészségvédő és gyógyító alap...* 30.



biztosítottak és családtagjainak ingyenessé tette a gyógykezelést a biztosítás teljes időtartama alatt, mivel ennek a kiterjesztésnek az anyagi háttérét épp az Alap jelentette.<sup>64</sup>

A szűkös pénzügyi forrásokat figyelembe véve racionális döntésnek tekinthető, hogy a nyugdíjak tartalékalapjának kamatozó forrásainak egy részét a betegségi ágazat szolgáltatásainak bővítésére csoportosították át, mivel a nyugdíjalapok esetében jóval nagyobb tőkerészekről volt szó. Noha az OTI-nál a betegbiztosítottakra vonatkozó pótszolgáltatások a vidéki biztosítottakra is kiterjedtek, ez vidéken főleg prevenciót jelentett, tehát a betegségi biztosítást nem pótolhatta. E tekintetben viszont az Alap fontos szerepet töltött be, ugyanis olyan idős vidéki gazdasági biztosítottakra – például gazdatisztekre – is kiterjedt, akik 1938 óta rendelkeztek ugyan nyugdíjbiztosítással, viszont betegségi biztosítással nem. Az Egészségvédő Alap szolgáltatásai révén azonban már 1942-ben megvalósult egyfajta igen korlátozott, a biztosított számára feltétel nélkül igénybe vehető (kötelező) mezőgazdasági társadalombiztosítás.<sup>65</sup> Ezt az egészségvédelmi tevékenységet egészítette ki 1942-től a MABI családvédelmi programja. A MABI szerződést kötött az Országos Egészségvédelmi Szövetséggel, valamint Budapest Székesfőváros Szociálpolitikai Osztályával. Ennek értelmében új anya- és csecsemővédelmi szolgáltatásait ezután országos és fővárosi betegellátó szervein keresztül biztosította. Tehát már a Johan-féle elképzelés részleges megvalósítására tettek kísérletet, hiszen az egészségvédelmi és biztosítási szervek működését összehangoltan látták el.<sup>66</sup> Ugyanakkor a MABI akciója korlátozott maradt, mivel csak a biztosított magántisztviselő tagokra és azok családtagjaira terjedt ki. A kezdeményezés a vidéki, elsősorban a tanyákon és falvakban élő lakosság egészségügyi prevencióját nem érintette, jóllehet a zsúfolt vagy elhanyagolt városnegyedeken kívül éppen ezeken a területeken pusztítottak a legelterjedtebb népbetegségek.

A háborús pronatalista szociálpolitika további intézkedése volt a házassági kölcsön intézménye (1.100/1941. B.M. sz. r., 1941. évi XV. tc.). Azok a házaspárok igényelheték, akiknek együttes jövedelme nem haladta meg a havi 300 pengőt, és a kölcsönt már a házasságkötés előtt igényelték. Az egyszeri kamatmentes kölcsönösszeg felső határát 1000 pengőben állapították meg, törlesztéséből pedig gyermekenként 10% kedvezmény járt. 1942-ben házassági kölcsönökre 4 millió pengőt fizettek ki, s körülbelül 6000–7000 házaspár részesült benne, átla-

<sup>64</sup> Laczkó István: *A magyar munkás- és társadalombiztosítás története*. Táncsics, Budapest, 1968. 149.

<sup>65</sup> Ezek az igényjogosultak korábban legfeljebb az Országos Betegápolási Alap igen alacsony szintű szolgáltatásait vehették igénybe.

<sup>66</sup> Főként a prevenció szolgáltatások körébe tartozott a negyedik hónaptól igényelhető ingyenes terhességi egészségvédelmi szolgálat – védőnő, szülészeti tanácsok, stb. –, a díjtalan szülészeti vándorfelszerelés, a tejpótló akciók és a térítésmentes csecsemőkelemlénye. Keleti József: *A biztosítottak egészségvédelme*. *Jó Egészséget!* MABI Tudósító 1. (1942: 3. sz.) 68–69.



gosan 600–700 pengő kölcsönösszegben.<sup>67</sup> A házassági kölcsön folyósításának fő szerve a magyar családtámogatás fő programja, az ONCSA volt, mely – a korabeli német és olasz családvédelmi rendszerekhez hasonlóan – a népesedéspolitikai célokhoz kapcsolta a kölcsönt. A produktív szociálpolitikai érvelés szerint az „általános közjólét” a magyarság erőteljes szaporodásán nyugszik.<sup>68</sup> Az ONCSA így a „családi tűzhely” és a sokgyermekes családi egzisztencia kialakításához nyújtott hitelei mellett házassági kölcsönt is folyósított az „igazolt házaspároknak”, mellyel a „házasságkötéstől a 4. gyermekig tartó úton” kívánt segíteni a gyermeknevelésben.<sup>69</sup> Ugyanakkor az Imrédy-kormány által 1938-ban megkezdett, s a területi visszacsatolások és kisebb valorizációk után 1942-ben újra megerősödő népesedéspolitika egyik szociálpolitikai formájának is tekinthetjük ezt a programot.

Erdély kapcsán már utaltunk rá, hogy Magyarország vidéki, főképp tanyasi és falusi körzeteiben, mint például a Dél-Alföld, vagy Székelyföld, a városi átlagos szinthez képest a betegellátás fejletlenebb maradt. Johan a társadalombiztosítás kiterjesztésének igényét épp a körzeti orvosi rendszer kiépítésének szükségességével hozta összefüggésbe. Bár már 1941 előtt is életbe léptek egyes betegellátást javító intézkedések, s az egy orvosra jutó munkaórák száma is emelkedett, ez nem hozott számottevő javulást.<sup>70</sup> A munkaórák és orvosok szá-

<sup>67</sup> E családtámogatási forma az 541.000/1944. B.M. sz. rendelettel módosult. Házassági kölcsönt azok a házaspárok is kaphattak, akik még nem töltötték be 32. életévüket, s együttes keresetük nem haladta meg a havi 500 pengőt. A kölcsönt továbbra is az illetékes törvényhatóság folyósította az igényléstől számított egy hónapon belül, legfeljebb 2000 pengő végösszegig. A kamatmentes törlesztési haladékot a rendelet értelmében gyermekáldás nélkül is igénybe lehetett venni. Ugyanakkor gyermekek születése után egy évig szünetelt a törlesztés, valamint gyermekenként kumulatív módon 10% kedvezmény járt, ami azt jelentette, hogy egy gyermek esetén még csak 10%-át engedték el a törlesztésnek, két gyermek esetén viszont már összesen 30%-át, és a negyedik gyermek megszületését követően pedig már az egész összeget. A kifizetéseket minden esetben az adott törvényhatóság első embere engedélyezte, s azt is meghatározták, hogy „a kölcsönt a férj kezéhez kell folyósítani”, viszont a törlesztés egyetemleges házastársi felelősség maradt, tehát valamelyest diszkriminálta a házasságban élő nőket. A keresztény-konzervatív szociálpolitikai gyakorlatnak megfelelően zsidók nem kaphattak házassági kölcsönt. Kerék Mihály: *Milliók a milliókért. Új magyar szociálpolitika*. Hungária Nyomda, Budapest, 1942. 58–61.

<sup>68</sup> A nemzeti gyarapodás „a nemzet helyét és hatalmi súlyát megszabó feltétel. [...] Kölcsönt csak olyan házaspárok kaphatnak, akik tisztiorvosi bizonyítvánnyal igazolják, hogy házasságkötésük sem egymás, sem születendő gyermekeik egészsége szempontjából nem esik kifogás alá.” Bikkal, *Magyar szociálpolitika...* 28.

<sup>69</sup> Az intézkedések meghozatalában nyilvánvalóan szerepet játszott Magyarország háborús szerepvállalása. Bikkal, *Magyar szociálpolitika...* 28–29.; Karvázy János: A házassági kölcsön. *Nép- és Családvédelem*, 2 (1942. 2. sz.) 41–44.

<sup>70</sup> Önmagában a munkaórák számának nagyobb emelkedése azt jelentette volna, hogy egy orvos több időt fordít betegeire. Az adott időszakban viszont a betegforgalom csupán 11%-kal nőtt, míg a társadalombiztosító orvosok száma 38%-kal, munkaóráik mennyisége pedig 82%-kal. A betegforgalom körülbelül évi 1,1 millió főt tett ki. 1942-ben tehát egy betegre naponta átlagosan 15–20 perc jutott. Keleti József: Javul a betegellátás. *Jó egészséget!* MABI Tudósító 1. (1942: 1. sz.) 3–4.



mának növekedése a rendelőintézetekre korlátozódott, így ez a vidéki betegellátást szinte alig érintette. 1941 áprilisáig 12 új körzetet szerveztek 18 körzeti orvosi állással, viszont ezek nagy része Budapesten és környékén jött létre. Johan adatai szerint 1942-ben az orvosi ellátás az 1939-es szinthez képest nem javult, a visszacsatolt területekkel együtt országos átlagban 100 000 főre 120 orvos jutott.<sup>71</sup> Ugyanakkor a már meglévő körzetekben arányosítást hajtottak végre. Ahol kevés biztosított jutott egy orvosra, ott bővítették, ahol pedig sok, ott szűkítették a körzethatárt. A területi eloszlás egyenlőtlensége azonban 1942 végéig nem módosult lényegesen.<sup>72</sup> Ezen csak kis mértékben változtatott az egészségügyi infrastruktúra bővülése.<sup>73</sup> 1942 végéig tehát csupán az intézeti betegellátás területén történt csekély javulás, a vidék orvosi ellátása azonban változatlanul alacsony színvonalú maradt.

A magyar parlament egészségügyi bizottsága 1943 végén beszámolót készített az egészségügy állapotáról, melyben külön hangsúlyt kapott a visszacsatolt területek egészségügyi integrálása. E dokumentum és néhány hozzá kapcsolódó irat alapján megállapítható, hogy 1943 végéig mi is valósult meg Johan Béla egészségügyi elképzeléseiből.<sup>74</sup> A bizottsági jelentés a honvédelmi szempontok előtérbe helyezésével kiemelte a prevenció terén tett előrelépéseket.<sup>75</sup> Ezen túlmenően azonban 1943 végéig nem említett lényeges egészségügyi fejlesztéseket. Ez alól csupán a kórházi rekonstrukciós program jelentett kivételt. A jelentős hadikiadásokkal terhelt magyar költségvetési forrásokból számos kórházat sikerült rekonstruálni a visszacsatolt és trianoni területein is. Ugyanakkor az országos orvoshiányból kifolyólag a kórházi orvosok száma is meglehetősen alacsony maradt.<sup>76</sup> Az alacsony orvosszámot részben az elfogadott zsidótörvé-

<sup>71</sup> Johan, *Mi várható a szervezett...* 41.

<sup>72</sup> 100 000 lakosra ekkor Budapesten átlagosan 500 orvos jutott, a trianoni Magyarország területén 120, Erdélyben 40, míg Kárpátalján csupán 20. Keresztes-Fischer, *Közegészségügyi politikánk...* 19.

<sup>73</sup> A fizioterápiás kezelések, röntgenállomások, tüdőgondozók és nemibeteg-gondozók építése lassan haladt, s főképp a már jó infrastruktúrával rendelkező helyekre összpontosult. Fő céljuk szintén a munkaerőszám emelkedésével sem enyhülő zsúfoltság megszüntetése volt. Az alapvető hiányokat – kevés orvos, kisszámú rendelő és intézeti tömegrendelések – azonban ez sem szüntette meg. Hindy Zoltán: *Mit akarunk? Jó egészséget!* MABI Tudósító 1. (1942: 1. sz.) 2.

<sup>74</sup> Ez a bizottsági anyag az 1944-es évre tervezett költségvetési vitaanyagok között található, összeállítására pedig 1943 decemberében történt meg. Erre abból lehet következtetni, hogy a szöveg több utalást tesz Imrédy Béla és Kállay Miklós miniszterelnök parlamenti „nyilvános kibékülésére” 1943. december 16-án. Meskó Zoltán parlamenti felszólalása. *Országos Orvostársaságok Közlönye*, 8 (1944. január 15.); Parlamenti közegészségügyi tájékoztató. *Országos Orvostársaságok Közlönye*, 8 (1944. június 15.); Az Országgyűlés Felsőházának Anyagai. Az 1944-es költségvetési vita. A költségvetési bizottság jelentése. SOL 338. f.

<sup>75</sup> Az Országgyűlés Felsőházának Anyagai. Az 1944-es költségvetési vita. A költségvetési bizottság jelentése. SOL 338. f.

<sup>76</sup> A magyar kórházakban 1942-ben átlagosan 40 betegre egy orvos jutott. Johan, *Mi várható a szervezett...* 42.

nyek is magyarították (2. táblázat), ugyanakkor a kórházak esetében a legnagyobb problémát a finanszírozás jelentette.<sup>77</sup> Mivel a hadba lépés újabb katonai kiadásokkal járt, ezért az egészségügyi intézmények feltőkésítésének tervét Keresztes-Fischer és Johan elvetették. 1943 elejétől a széles körű közegészségügyi reformprogram az anyagi nehézségek és fokozódó hadikiadások következtében nem folytatódhatott, s 1943-ra a visszacsatolt területeken indított szociális gyűjtőakciók is kimerültek.<sup>78</sup> Ebben a pénzügyi helyzetben egyetlen lehetőség maradt csupán: bizonyos számú kórház államosítása.<sup>79</sup> A költségvetési iratok alapján azt is megállapíthatjuk, hogy bár a korábbi adósságok törlesztése sikerült, fejlesztésekre és bővítésekre azonban 1943 folyamán nem tellett.<sup>80</sup> Habár a társadalombiztosítók kórházainak pénzügyi gazdálkodása is csupán az inflációhoz igazított szolgáltatásokat volt képes szavatolni, az univerzális társadalombiztosítás hiánya miatt a vidéki lakosság többsége csak díjak ellenében részesülhetett a társadalombiztosító intézetek kórházi szolgáltatásaiban.<sup>81</sup> Ugyanakkor fontos fejlemény, hogy a kórházak nehéz anyagi körülményei további érvet szolgáltatottak a nagyobb állami szerepvállalás, illetve az egységesítés megvalósítása számára. 1941-es belügyi jelentéséhez hasonlóan Johan 1942-ben újból megfogalmazta: a fertőző betegségek közegészségügyi kezelését a jövőben csak centralizált rendszer segítségével lehet hatékonyan megszervezni.<sup>82</sup>

A bizottsági jelentés a betegellátás kérdéseivel is foglalkozott. Az orvosok hiányát a jelentéskészítők elsősorban az orvosok aránytalan országos eloszlásának tulajdonították, melynek fő oka a budapesti orvosi praxisok országos átlaghoz viszonyított magas száma volt.<sup>83</sup> A vidéki orvosi utánpótlás költséges, hosszadalmas és bonyolult struktúrája, valamint az orvosi praxis kedvezőtlen vidéki feltételei nem segítettek elő a vidéki orvosi állások gyors betöltését. A közel fél évvel később született orvosi kamarai beadvány által megfogalmazott kritikák is ugyanezeket a problémákat hangsúlyozták, így a fenti érveket erősí-

<sup>77</sup> Többségük gazdálkodása, főképp a visszacsatolt területeken, még mindig deficitesnek bizonyult. *Országos Orvoskamrai Közlöny* 8 (1944. június 15.)

<sup>78</sup> Botos, *Fejezetek a Belügyminisztérium... 47.*; Johan, *Mi várható a szervezett... 43.*

<sup>79</sup> Korábban ugyanis szinte az összes kórházat vagy a törvényhatósági jogú város, vagy a megye tartotta fenn. Ezek viszont képtelenek voltak megoldani finanszírozási gondjaikat, így a modern felszerelések többségét – röntgen, új orvosi eszközök – szinte alig vagy egyáltalán nem tudták beszerezni. Az állam a kvóták s a költségek részleges vagy teljes átvállalásával viszont kiegyensúlyozhatta ezt a deficitet. Az Országgyűlés Felsőházának Anyagai. Az 1944-es költségvetési vita. A költségvetési bizottság jelentése. SOL 338. f.

<sup>80</sup> Mivel 1943 végétől, 1944 elejétől a háborús front közeledtével minden forrást a honvédelemre összpontosítottak, ezért 1944 során kórházfejlesztésekre nem maradt fedezet. Uo.

<sup>81</sup> *Országos Orvoskamrai Közlöny* 8 (1944. június 15.)

<sup>82</sup> Johan, *Mi várható a szervezett... 44.*

<sup>83</sup> Az Országgyűlés Felsőházának Anyagai. Az 1944-es költségvetési vita. A költségvetési bizottság jelentése. SOL 338. f.



tették.<sup>84</sup> Az egészségügyi rendszer 1942 és 1945 közötti nehézségei alól csupán az iparegészségügy jelentett kivételt. A nagyipari vállalatok jó részénél ekkorra épültek ki a gyermekvédelmi intézmények.<sup>85</sup>

A közegészségügy, a népesedéspolitika és a családvédelem összefüggései a vizsgált periódusban tulajdonképpen a produktív szociálpolitika elképzeléseihez kapcsolhatóak, mivel a munkaképes, önálló, erkölcsében megerősített társadalom előmozdítására törekedtek. A közegészségügy és szociálpolitika viszonyában a szociális jogok fejlődése nem csupán az élet- és munkavégzés kockázatai ellen nyújtott védelmet, hanem a biztosítottak kórházi ellátását is garantálta. Így a több mint hárommillió biztosított és családtagjaik nagy része a kötelező biztosításon keresztül jutottak alapvető közegészségügyi szolgáltatásokhoz, melyeket korábban nem tudtak volna megfizetni.<sup>86</sup> Ugyanakkor a mezőgazdasági munkavállalók elégtelen egészségügyi ellátása részben éppen a kötelező társadalombiztosítás hiánya miatt vált tartóssá a korszakban, mely egyben további érvekkel szolgált a kötelező agrár-társadalombiztosítás fejlesztésének szükségességéhez.

Az orvosok és kórházi ágyak számának bővülése, az egészségvédelem fejlődése a második világháború előtt kétségtelenül fontos anyagi és intézményi bővülést jelentett, ám a hozzájutás esélyeinek társadalombiztosításon keresztül történő javulása legalább olyan lényeges tényezőnek tűnt a korszakban. Ezt támasztja alá a körzeti orvosi rendszer és társadalombiztosítás összekapcsolását előrevetítő, Johan Béla által elgondolt jóléti program is. Utóbbi egyben az 1945 előtti magyar szociálpolitika igen fontos állomása: a két világháború közötti periódus és háború alatti szociálpolitika egyik fő kontinuitási pontja.

Összefoglalóan megállapítható, hogy 1938 után a visszacsatolt területek egészségügyi intézményeinek anyagi konszolidációja nagy összegeket igényelt. Ezek a kiadások 1941-ig az egészségügy forrásainak jelentős részét lekötötték, így a szükségessé váló vidéki fejlesztés számára csak kisebb összegek juthattak, melyeket elsősorban az egészségügyi prevenció és a pronatalista családpolitika előmozdítására fordítottak. Egyfajta mezőgazdasági társadalombiztosításként így kaphattak például a betegségi biztosításnak megfelelő szolgáltatást az 1938-ban nyugdíjbiztosítást nyert idős gazdatisztek, valamint családtámogató ked-

<sup>84</sup> Az orvosi rendelőket az orvos és a község tartotta fenn, ezért a kamarai orvosok feliratban fordultak a belügyminiszterhez, melyben azt kérték, hogy az orvosi rendelő bérleti díja fele részben a biztosítót terhelje. Ezt egy kérelem is kiegészítette, miszerint az orvost ugyanolyan lakásjogok illessék meg, mint a köztisztviselőt. Bakács György és vitéz Csik László orvosok aláírásával, *Országos Orvoskamrai Közlöny* 8 (1944. június 15.)

<sup>85</sup> Meskó Zoltán részletesen beszámol a magyarországi nagyipari létesítmények modern egészségügyi állapotáról. Meskó Zoltán felszólalása a parlamentben. *Országos Orvoskamrai Közlöny* 8 (1944. január 15.)

<sup>86</sup> Petres József: Társadalombiztosítás és közegészségügy. In: *A mai magyar egészségügyi közszolgálat...* 398–406.

vezményeket a gyermeket vállaló házaspárok. A háborút viselő Magyarország kötött egészségügyi költségvetéssel rendelkezett. 1942–1943 folyamán az egyre növekvő háborús kiadások miatt nagyobb volumenű egészségügyi kiadásokra nem kerülhetett sor, így a körzeti orvosi rendszer vidéki kiépítése sem valósult meg. A vidéki népesség egészségügyi ellátása ennek következtében tehát alig javult. Másrészt a bővítést az is befolyásolta, hogy a konzervatív kormányzati szociálpolitika a kiterjesztéseknél a lehető legmagasabb színvonalat kívánta biztosítani, tehát nem fogadott el olyan nivellálási javaslatokat, melyek a kevés forrás még kedvezőtlenebb elosztása mellett az általános színvonal eséséhez vezettek volna. Ugyanakkor a korabeli társadalombiztosító-orvosok nagy része nem támogatta a gyors, szakmailag nem megfelelően előkészített egészségügyi bővítést. Mindennek vitájára azonban 1944-ben már nem kerülhetett sor, mivel a háborús front hazánk területét is elérte.