

CORA ZOLTÁN^{ID}

Szegedi Tudományegyetem
Bölcsészeti- és Társadalomtudományi Kar
Angol Tanszék
e-mail: corazoltan@gmail.com

Johan Béla és a modern magyar közegészségügy kiépítése

A tanulmánnyal tisztelni szeretnék doktori disszertációm egykori opponense és egyben barátom, Sipos József emlékének.

A második világháborút általában vízválasztónak tartják Kelet-Közép-Európa történelmében. A Horthy-korszak (1920–1944) és a háború utáni időszak, különösen a kommunista kor kapcsolata azonban figyelemre méltó folytonosságot mutat, ha társadalomtörténeti szempontból vizsgáljuk. A tanulmány ezeknek a kapcsolatoknak az értelmezéséhez járul hozzá azáltal, hogy az 1930-as és 1940-es évek magyar egészségügyét vizsgálja, különös tekintettel a nemzetközi transzferek és az útfüggőség kapcsolatára az egészségügyi reformok kidolgozásában a gazdasági válság sújtotta 1930-as évek elejétől 1944-ig. A tanulmány amellett érvel, hogy a kommunisták által az 1950-es években az egészségügy és a jóléti állam területén elért eredményeket, amelyeket a szocializmus vívmányainak tartottak (univerzális egészségügy és társadalombiztosítás, átfogó kórházi rendszer stb.), már az 1930-as és 1940-es években megtervezték és kidolgozták, és csak az 1940-es évek elejének szigorú háborús költségvetése miatt nem hajtották végre. A Magyar Nemzeti Levéltár Országos Levéltárában és a Semmelweis Orvostörténeti Levéltárban található belügyminisztériumi iratok, közegészségügyről szóló értekezések és hivatalos statisztikák alapján bemutatom, hogy még ha a kommunisták a két világháború közötti időszak szociálpolitikáját „fasisztának és imperialistának” nevezték is, az ún. produktív szociálpolitika által formált közegészségügyi rendszer folytonosságokat mutatott a háború utáni időszakokkal. Sőt, az 1930-as és 1940-es évek elejének szociálpolitikusi, különösen olyan személyiségek, mint Johan Béla, Keresztes-Fischer Ferenc vagy Kovrig Béla, a háború utáni időszakra is jóléti és egészségügyi reformokat terveztek a már meglévő magyar programok kidolgozásával és külföldi jóléti modellek szelektív adaptálása révén (a bismarcki modell

^{ID} orcid.org/0000-0001-7421-8772

vagy a Beveridge-terv). A fenti problémakörön belül a tanulmány elsősorban Johan Béla munkásságára és az egészségügyi transzferek kérdésére összpontosít. A kutatás hozzájárul a 20. századi európai egészségügyi ellátórendszerek fejlődésének jobb megértéséhez is, ami segít azonosítani a hasonlóságokat és különbségeket fejlődésükben, valamint felmérni a társadalmi kihívásokra adott különböző politikai megoldások lehetséges pályáját, ideértve az egészségügyi ellátást is.

A magyar állam két kiépülőben levő jóléti programja – a kötelező társadalombiztosítás és a produktív szociálpolitika – nem változott lényegesen a második világháború idején. A 'produktív szociálpolitika' a korban használatos elnevezés, amelyen azt értették, hogy a szociálpolitikai ellátórendszer reformja, valamint az új jóléti szolgáltatások bevezetése erkölcsileg és fizikailag ép, hasznos munkát végző („produktív”) egyének megteremtéséhez, társadalmi integrációjához vezet. Ez a program a Darányi-kormány által megkezdett szociálpolitika folytatására vállalkozott. Imrédy Béla és Teleki Pál társadalompolitikájában azonban új vonások is feltűntek. Imrédy úgy kívánta átalakítani a magyar társadalmat és gazdaságot, hogy a radikális változást eredményező „csodás forradalmon” belül a szociálpolitika „technikai”, modernizációhoz kapcsolódó problémát jelentett. A modernizált gazdaság optimális működéséhez tehát szükség van modern jóléti rendszerre és közegészségügyre. A produktív szociálpolitika koncepcióját Pécs polgármestere, Esztergár Lajos dolgozta ki, s az a jóléti állam fogalmának (a német *Sozialstaat* mintájára) magyarországi meghonosodásával párhuzamosan zajlott, ugyanakkor Prohászka Ottokár, Giesswein Sándor és Kovrig Béla egyes elgondolásait is beépítették. A passzív segélyezés helyett olyan segítséget szerettek volna nyújtani, ami azt hivatott elérni, hogy a rászorulóknak minél könnyebben legyenek képesek integrálódni a munkaerőpiacra. 1940-ben Magyarországon a produktív szociálpolitika vált a legfőbb nemzeti szociális programmá, ami olyan széles körű tevékenységeket foglalt magában, mint például az Országos Nép- és Családvédelmi Alap (ONCSA), amely 25 000 új otthon felépítését célozta meg a rászoruló szegény családok részére az 1940-es évek elején. Az ONCSA az elszegényedés ördögi körét épp azáltal törte meg, hogy saját lakóteret biztosított számukra. Ezenfelül az Alap számos anyagi, közegészségügyi és kulturális segítséget is nyújtott.¹

A produktív szociálpolitika fő exponensének tekinthető ONCSA építkezései a háború idején is folytatódtak: főképp a revizionista törekvések² nyomán visszaszerezett területek tekintetében hoztak érdemi előrelépést. Ugyanakkor a kormányok és jóléti intézmények többnyire csak a juttatások szintjének inflációkövetéséről,

¹ Cora Zoltán: *Kovrig Béla és a produktív szociálpolitika Magyarországon: korszakváltás vagy korforduló?* In: Buhály Attila et al. (szerk.): *Falak és választóvonalak a történelemben: A Nyíregyházi Főiskola Történettudományi és Filozófiai Intézete által 2012. november 29–30-án rendezett társadalomtudományi konferencia előadásai.* Nyíregyháza, 2014. 193–207.

² A revizionizmus olyan meghatározó politikai áramlat volt, hogy mindegyik magyarországi politikai párt és kormány támogatta, különösen azon elcsatolt területek esetében, ahol többségben maradt a magyar etnikum. Európai kontextusában lásd Thomas Ambrosio: *Irredentism: Ethnic Conflict and International Politics.* London, 2001. 112–113.

illetve a háborús állapotoknak megfelelő szociális szükségintézkedések meghozataláról gondoskodhattak 1941 után. 1944-ben pedig, miután az ország hadműveleti zónává vált, már nem indulhatott új jóléti tevékenység.

A tanulmányban amellet érvelek, hogy a háborús Magyarország szociálpolitikusai már olyan jóléti programokat dolgoztak ki a háború utáni időszakra, amelyek a jóléti állam 1945 utáni kiépítését alapozták meg (s amelyeket a későbbi kommunista kormányzat hamisan a saját eredményeinek tartott a rivális kapitalista jóléti rendszerrel szemben). Ennek egyik aspektusa a bismarcki típusú jóléti berendezkedés (kötelező társadalombiztosítási rendszer) folyamatossága, a másik pedig a brit Beveridge-terv *szelektív és adaptív* átvétele 1942 után. Az utóbbit elősegítette, hogy a háború alatt és annak hatására Magyarországon is felerősödött a szolidáris és egyetemes szociális viszonyulás a társadalom tagjai között (főképp az elitek alacsonyabb társadalmi csoportok irányában tanúsított felelősségvállalása).

Ha a magyar közegészségügyet úgy értelmezzük, mint a posztimperialis egészségügyi reform lehetséges terepét, ahol különféle nemzetközi trendeket építenek egybe, akkor hatékony eszközt kaphatunk a 20. századi európai jóléti államok történetén belül annak megértéséhez, hogy a különböző társadalmi kihívásokra milyen lehetséges válaszokat adhatott (és milyen következményekkel járt) a szociálpolitika. Továbbá a teljes népességre (különösen az agrárnépességre) kiterjedő kötelező társadalombiztosítás, valamint az új körzeti orvosi rendszer tervei is megszülettek már a háború alatt; mindazonáltal a magyar gazdaság nem hadicélú ráfordításainak akkori szűkössége többnyire meggátolta ezen tervek rövid távú megvalósítását. Ennek tükrében a tanulmányban azokat a közegészségügyi és szociálpolitikai változásokat vizsgáljuk, amelyek a közegészségügyi rendszer fejlődésével álltak összefüggésben.

A magyar közegészségügyben 1920 után egyre inkább elterjedtek a széles körű állami szubvenciók és programok. 1920 és 1944 között az orvosok száma két és félszeresére nőtt, a kórházak száma pedig megduplázódott. Ugyanakkor ez a fejlődés jelentős területi eltéréseket mutatott, és súlyos társadalmi egyenlőtlenségeket tükrözött.³ Ezek megértéséhez elemeznünk kell a változásokat előidéző társadalmi egyenlőtlenségeket és problémákat, valamint a korszak egészségügyi politikáit. A tanulmány forrásanyagát a Magyar Nemzeti Levéltár Országos Levéltárában és a Semmelweis Orvostörténeti Levéltárban található belügyminisztériumi iratok, közegészségügyről szóló értekezések (különös tekintettel Johan Béla írásaira), korabeli sajtóanyagok (orvosi szakfolyóiratok, társadalombiztosítási lapok) és hivatalos statisztikák alkotják. Míg a szöveges források a magyarországi közegészségügy politikai és szakmai diskurzusának megértéséhez és vizsgálatához elengedhetetlenek, addig a statisztikai források értéke a folyamatok empirikus feltárásához és elemzéséhez nélkülözhetetlenek. Ennek megfelelően a főbb kutatási módszerek a kritikai szövegelemzés, történeti forráskritika, valamint a statisztikai elemzés.

³ Papházi Tibor: *Egyesületek, társadalom, egészségügy: fejezetek az egyesületek szociológiájának köréből*. Budapest, 1997. 97–125.

1990 után gyors növekedésnek indult a magyarországi közegészségüggyel és a szociálpolitika történetével foglalkozó munkák száma. A kommunista időszak historiográfiája számára a szociálpolitika elsősorban ideológiai kérdés volt, és a kommunista történészek a jóléttel kapcsolatos kérdéseket érdektelennek tekintették a szocializmus fejlődése szempontjából. Hosszabb összefoglaló munkák részeként és önálló tanulmányokban több kutató is foglalkozott már a magyarországi szociálpolitika és közegészségügy kapcsolatának 20. századi történetével, ideértve Hámori Pétert, Bódy Zsombort és Kiss Lászlót. Több történeti összehasonlítás is született már a szociálpolitika és jóléti állam témakörében, elsősorban Tomka Béla tollából, aki a 20. századi trendeket kelet–nyugati és kelet–keleti összehasonlításokban vizsgálta. Ugyanakkor a szociálpolitikát illetően Tomka hosszú távú perspektívában és főképp statisztikai forrásbázison nyugvó elemzései számos kérdést megválaszolatlanul hagytak, mint ahogy más kutatók sem választották meg azt a kérdést, hogyan értelmezhető a közegészségügy története az 1930-as évektől az 1950-es évekig, egy olyan időszakban, ami különböző politikai és társadalmi berendezkedéseken ível át (a Horthy-korszak utolsó harmada, a második világháború, az újjáépítés és demokratizáció, majd pedig a kommunista diktatúra létrejöttének időszaka). A politikai változások hozták magukkal a jóléti modellek változásait is, vagy éppen hogy folyamatosság látható, amely keresztülszeli a politikai felfordulások egymásutánját? Tükrözik-e ezek a változások a nyugat-európai fejleményeket? Konvergált-e Magyarország a Nyugathoz?

Az 1930-as évek második felében Magyarország közegészségügyi helyzete nem sokban tért el attól, amilyen az első világháborút követően volt. A városi (főként ipari) munkások életkörülményei igen mostohák ebben az időszakban: a legtöbben a létminimum határán éltek, gyakori élelmezési és lakhatási problémákkal küzdve. Egy átlagos munkásbér nem haladta meg a havi 50-60 pengőt (P), a létminimum határa a korban pedig több számítás szerint is 100 P körül alakult.⁴ A korszakban meghatározó iparfelügyelet hiányosan látta el feladatát, mivel alkalmazottainak nagy része nem rendelkezett megfelelő egészségügyi képzettséggel, s a kormányok nem indítottak szociálpolitikai programokat e hiányosságok orvoslása érdekében. Csak a 239/1939. B.M. sz. rendelet írt elő Általános Balesetelhárítási Óvórendszabályokat, s az OTI által végzett vizsgálatokat kötelezővé tette.⁵ Ez a hiányosság főként azzal magyarázható, hogy a hagyományos iparfelügyelet a 20. század első felében is tovább élő 19. századi liberális társadalom- és gazdaságfilozófia nyomán elsősorban a munkaadók és a termelés érdekeit tartotta szem előtt.⁶

Az ipari munkásokéihoz hasonlóan alacsonyan alakult az 1930-as évek második felében a falusi agrárszegények életszínvonala is, mely az 1920-as évekhez

⁴ Lukács Ödön: *A mai magyar város élete*. In: Hóman Bálint (szerk.): *Mai magyarságunk életrajza*. Nemzetismeret. Székesfehérvár, 1939. 74–75.; Pik Katalin: *A szociális munka története Magyarországon, 1817–1990*. Budapest, 2001. 224–225.

⁵ Bikkal Dénes: *Magyar szociálpolitika. A dolgozó társadalom szociális védelme Magyarországon*. Budapest, 1943. 69–70.

⁶ Pik: *A szociális munka története*, 227–231.

képezt a gazdasági világválság következtében tovább romlott.⁷ Az 1930-as évekre ugyanis a 10 holdas kisbirtokos családok életszínvonala a gazdasági cselédek életszínvonalához közelített. Az 1930-as években a mezőgazdasági munkások évi átlagos bére 300 P körül mozgott (havi 25 P), jócskán a létminimum szintje (havi 100 P) alatt. 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. Ha megbetegedtek, akkor kezelési költségeiket a gazdával kötött szerződés alapján tudták megtéríteni (a kötelező társadalombiztosításban való lefedettség helyett), ami Kelet-Közép-Európa országaiban nem volt egyedülálló.⁸ A magyar falu egészségügyi elhanyagoltságát tovább súlyosbította, hogy az 1930-as években az egészségvédelmi és megelőzési célokra fordított források és közteher mértéke jelentősen eltért Budapesten (4 P/fő/év) és a magyar falvak átlagában (65 fillér/fő/év).⁹

Az 1930-as évek magyarországi szociálpolitikai diskurzusában a népesedéspolitika fokozott érvényesítését elsődleges nemzeti érdeknek tekintették, mivel a természetes szaporodás üteme folyamatosan csökkent a századforduló után. A korszak egyik szociálpolitikusa, Doros Gábor szerint az alacsony születésszám korabeli fő okai az agráregyke, a születésszabályozás és a venerás megbetegedések voltak.¹⁰ Sőt, a környező országokhoz viszonyítva a népesedés növekedési aránya még alacsonyabban alakult. Ugyanakkor a népesség növekedési arányának csökkenése más okokkal is magyarázható, mint például a bővülő női munkavállalás és iskolázottság, az életformák erősödő individualizációja vagy a fogyasztási és szabadidős tevékenységek számának növekedése. Így a „nemzettest újratermelése és védelme” a korszakban domináns keresztény szociálpolitikai gondolkodás számára stratégiai feladatot jelentett egy lehetséges háborút megelőzően.¹¹ A korabeli szakpolitikusok e tekintetben nem Nyugat-Európához, Csehszlovákiához vagy Lengyelországhoz hasonlították Magyarországot, hanem déli és keleti szomszédjaihoz. A népesedéspolitikai optimumot csak növekvő natalitással lehet pozitív irányban befolyásolni. 1935-ben a nyers születési arányszámok a térség országaiiban a következőképp alakultak: Magyarország 21,2‰, Oroszország: 40‰, Románia 30,7‰, Jugoszlávia 31‰.¹² A balkáni országokhoz viszonyítva a magyarországi születési arányszámok alacsonyabban voltak az 1930-as és 1940-es években,

⁷ Gyáni Gábor – Kövér György: *Magyarország társadalomtörténete a reformkortól a második világháborúig*. Budapest, 2004. 321.

⁸ Grombir, Frank – Doyle, Barry – Hibbard, Melissa – Szélinger, Balázs: *Hospital Provision in Interwar Central Europe: A Review of the Field*. *European Review of History*, vol. 28. (2021) No. 5–6. 740–764.

⁹ Ferge Zsuzsa: *Fejezetek a magyarországi szegénypolitika történetéből*. Budapest, 1986. 135.

¹⁰ Doros Gábor: *Családvédelem. Küzdelem a születéscsökkenés ellen*. Budapest, 1938. 5–65.

¹¹ Doros: *Családvédelem*, 5–65.

¹² Doros Gábor: *Az egészséges magyar népszaporodás feltételeinek biztosítása*. MONE Orvostársadalmi Szemle, 16. évf. (1939) 5. sz. 77.; Johan Béla: *Az egészségügyi és szociális gyermekvédelmünk bírálata*. Budapest, 1942. 1–3.; Meskó Zoltán: *A magyar orvosi rend célkitűzései*. MONE Orvostársadalmi Szemle, 15. évf. (1938) 3. sz. 38–39.

a nyugat-európai átlaghoz viszonyítva azonban magasabbak.¹³ Az eugenika tehát igen jelentős hatást gyakorolt a korszak szociálpolitikájára (ez szintén párhuzamba állítja Magyarországot a térség más országaival).¹⁴

Ugyanakkor a magyar családpolitikusok a népesedéspolitika megtervezésekor nyugati mintákat is alkalmaztak, hiszen a liberális államot felváltó „teljes nemzet-állam” koncepciójának kidolgozásakor a korporatív állameszme német, olasz és portugál variáció mellett azok szociálpolitikai gyakorlatait is tanulmányozták.¹⁵ Ugyanakkor a magyar családpolitika fasiszta államok megoldásait is beépítette.¹⁶ A korszak családvédelmi szakemberei a családvédelmet három fő ágra bontották: morális, szociális és fajnemesítő. A fajnemesítés elsősorban pozitív eugenikát jelentett, melynek előmozdítása érdekében eugenikai kutatóintézeteket hoztak létre. A fajvédelem egy lehetséges háború esetén a faj (rassz) potenciális fejlesztését szolgálta, ezáltal pedig egy antiszemitizmustól független technikai szempontot jelentett. Másrészt a magyar nemzet hegemoniáját kívánta elősegíteni az 1938 után visszacsatolt területeken, ezáltal a népesedéspolitika pedig kiegészítette a vele párhuzamosan kibontakozó, kultúrfölény megvalósítását célzó politikát.¹⁷ A faji szempontnál szociálpolitikai értelemben fontosabb volt, hogy 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, s a társadalmi elit alsóbb társadalmi rétegekkel szembeni felelősségét hangsúlyozó érvelések is felbukkantak.¹⁸ Ezzel összhangban fogalmazódott meg az egészségvédelmi forrásnövelés s a mezőgazdasági társadalombiztosítás kiterjesztésének szükségessége is. Továbbá felmerült, hogy minden egészségüggyel kapcsolatos irányítási funkciót össze kell vonni a Belügyminisztériumon belül.¹⁹

E centralizálási és regulációs törekvések miatt a közegészségügy a két világháború közötti időszakban állami feladattá vált, s nem csak Magyarországon. Habár az 1916-tól 1940-ig működő Országos Stefánia Szövetség (amely részben a vidéki egészségügyért is felelt) nem volt állami intézmény, mégis jórészt állami

¹³ Tomka Béla: *Családfejlődés a 20. századi Magyarországon és Nyugat-Európában: konvergencia vagy divergencia?* Budapest, 2000. 17–29., 111.; Tomka Béla: *A Social History of Twentieth-Century Europe*. London, 2013. 13–21.

¹⁴ Turda, Marius: *Modernism and Eugenics*. Basingstoke, 110–117.

¹⁵ Csik László: *A teljes magyar nemzeti állam egészségügyi rendszere a MONE megvilágításában*. MONE Orvostársadalmi Szemle, 16. évf. (1939) 4. sz. 53–54.

¹⁶ Bryant, David: *Franco's Internationalists. Social Experts and Spain's Search for Legitimacy*. Oxford, 2019.

¹⁷ Csik: *A teljes magyar nemzeti állam*, 55.; Doros: *Az egészséges magyar népszaporodás*, 79–80.; Meskó: *A magyar orvosi rend célkitűzései*, 39–40.

¹⁸ Meskó: *A magyar orvosi rend célkitűzései*, 38.; Teleki Pál: *A „vezetés”*. In: Keresztes-Fischer Ferenc – Mártonffy Károly (szerk.): *A mai magyar egészségügyi közszolgálat*. Budapest, 1942. 1–13.; Johan Béla: *Mit várhatunk a mai magyar közegészségügyi munkától*. In: Hóman (szerk.): *Mai magyarságunk életrajza*, 84–85.

¹⁹ *Belügyminisztériumi iratok*. 1940. június. Közegészségügyi iratok. Magyar Nemzeti Levéltár Országos Levéltár (a továbbiakban: MNL OL) K-153/4.

hozzájárulásokból volt csak képes fenntartani magát.²⁰ A közegészségügyi szolgáltatások terén jelen lévő kevert gazdaság igen elterjedt volt a korabeli Európában. Olyan szervezetek tartoztak ide, mint például a Vöröskereszt vagy a keresztény egyházak, amelyek széles körben vettek részt a szolgáltatások megszervezésében, olykor még az állami szerepvállalásnál is nagyobb mértékben. Mivel a fertőző betegségek elterjedtségének leküzdése eleve csak egy átfogóbb állami program keretében volt lehetséges, az 1925. évi XXXI. törvénnyel létrehozták az Országos Közegészségügyi Intézetet (OKI). Az OKI fő célja tehát a járványok leküzdése és országos közegészségügyi reformok kidolgozása volt, de a népbetegségek elleni küzdelem mellett szakemberképzéssel és hatósági közegészségügyi munkával is foglalkozott. A Horthy-korszak legelterjedtebb és legsúlyosabb népbetegségei a tuberkulózis (gümőkór) és a különféle nemi betegségek voltak. 1938-ig 77 tüdőbeteg-gondozó állomás létesült, ugyanakkor területi eloszlásuk igen egyenlőtlen volt, mivel létrehozásuk során a magyarországi járások kétharmadát egyáltalán nem vették figyelembe. Sőt 1938-ban csak 11 nemibeteg-gondozó létezett.²¹

JOHAN BÉLA ÉS A KÖZEGÉSZSÉGÜGYI REFORMOK KEZDETE

Az OKI élére a kiváló felkészültséggel rendelkező szakembert, Johan Bélát²² nevezték ki, aki az egészségvédelmen és közegészségügyön belül elválaszthatatlannak tartotta a családügyi és szociális gondoskodást, valamint úgy gondolta, hogy a szociálpolitikai tevékenységeket össze kell hangolni. Johan számtalan alkalommal felhívta a kormány és a közvélemény figyelmét a falvak keserves közegészségügyi állapotára és a halaszthatatlan javítás szükségességére. Ő volt az első

²⁰ A Stefánia Szövetséget 1940-ben államosították. Botos János: *Fejezetek a Belügyminisztérium történetéből 1848–1938*. Budapest, 1994. 42.

²¹ Gyáni-Kövr: *Magyarország társadalomtörténete*, 373–374.

²² Dr. Johan Béla (Pécs, 1889 – Budapest, 1983) orvos családból származott, édesapja tisztifőorvos volt. 1912-ben orvosdoktori oklevelet szerzett a Budapesti Egyetem Orvosi Karán, és figyelme az első világháború alatt fellépő járványok hatására a bakteriológia felé fordult. Johan közreműködött a hadseregnek gyártott kolera és hastífusz oltások készítésében. 1925-től az OKI igazgatója. Rockefeller ösztöndíjjal az Egyesült Államokban és több európai országban tanulmányozta a központi közegészségügyi intézmények rendszerét. Meggyőződésévé vált, hogy a magyarországi falvak súlyos egészségügyi helyzetét elsősorban jól képzett egészségügyi személyzet kiképzésével lehet enyhíteni, ezért létrehozta az OKI 20 fiókállomását, és az OKI több későbbi programja is neki köszönhető. 1935-től belügyi államtitkár, később a tisztiorvosi és közegészségügyi szolgálat államosításának fő végrehajtója. 1942-ben az MTA levelező tagjává választották. 1944-ben a német megszállást követően megfosztották beosztásaitól, majd internálták. 1945 után nem jutott már komoly pozícióhoz, mivel a háború után az amerikai szakemberek vele vették fel a kapcsolatot, és hozzá juttatták el azt a penicillintörzset, amely a hazai gyártás alapját képezte. Ez a kapcsolata ugyanis később gyanúsnak minősült, ezért Kistarcsára internálták. Szabadulása után a Kőbányai Gyógyszertárban helyezkedhetett el, és a hazai B12 vitamin kutatásában szerzett elvülhetetlen érdemeket. 1972-ben rehabilitálták. Egészségügyi koncepciója időtállóan bizonyult. 1989-ben, születésének 100. évfordulóján az MTA visszaállította akadémiai tagságát.

egészségügyi politikus, aki egyenesen állami feladatnak tekintette a tömeges járványok felszámolását, szemben a korábbi liberális felfogással, mely mindig a környezeti ártalmak kiküszöbölésére helyezte a hangsúlyt. Johannak az volt a meggyőződése, hogy ennek eléréséhez elsősorban jól képzett közegészségügyi szakemberekről kell gondoskodni, ezért létrehozta az OKI 20 fiókállomását, felállította a fertőzőbeteg jelentési rendszert, megreformálta a tisztiorvosi képzést, valamint védőnőképzést indított (Zöldkeresztes Egészségvédelmi Szolgálat).²³

A Rockefeller Alapítvány ösztöndíjának jóvoltából Johan 1922–1923-ban az Amerikai Egyesült Államok egészségügyi rendszerét, továbbá 1923 és 1925 között a nyugati-európai államok vakcina-előállítási intézményrendszerét és a közegészségügyben alkalmazható laboratóriumi kutatás szervezeti kérdéseit tanulmányozta. Így tehát nem csupán zseniális szervezői képességeit tudta kamatoztatni, hanem ő maga vált a nyugati kulturális és tudástranszfer egyik fő megtestesítőjévé Magyarországon. Johan reformjai az USA-ban, Spanyolországban és más nyugati országokban alkalmazott menedzselési elvek magyarországi bevezetését eredményezték a 20. század első harmadában.²⁴ Továbbá az amerikai közegészségügyi reformról szerzett tapasztalatai alapján szervezték át a kórorvosi képzést, a kórházszervezést, valamint a kórházi standardizációt. Ez jól mutatja, hogy a két világháború közötti időszakban többféle mintázat érvényesült az egészségügyi változtatások és reformok terén, mely mintázatok elősegítették Magyarország közelését a nyugat-európai és amerikai megoldásokhoz.

1935-ben Kozma Miklós²⁵ belügyi államtitkárrá nevezte ki Johant, ami elősegítette a Minisztérium és az OKI tevékenységének összehangolását. 1936-ban a hatósági orvosi tevékenység egységes irányítására a Belügyminisztérium létrehozta a tisztiorvosi szolgálatot (1936: IX. tc.). Később a közegészségügyi (kórorvosi és védőnői) szolgálatot is államosították, valamint rögzítették a foglalkozási betegségeket is (7.600/1936. B.M. sz. r.).²⁶

Johan munkássága mellett Keresztes-Fischer Ferenc²⁷ belügyminiszter is tevékenyen hozzájárult ahhoz, hogy az 1930-as évek elejétől a közegészségügy kiemelt szerepet kapjon a Belügyminisztérium tevékenységén belül. 1931 és 1935

²³ Johan Béla: *A Zöld Kereszt és a társadalom*. Zöld Kereszt, 2. évf. (1941) 25–29.

²⁴ A közegészségügyi rendszerek szisztematikus összehasonlítása Magyarország és más kelet-közép-európai országok bevonásával egy másik tanulmány témája lehetne, mindenestre a nemzetközi szakirodalomban már rendelkezésre állnak tanulmányok elsősorban nyugat-európai államok vonatkozásában. Lásd: Fernández-Pérez, Paloma: *The Emergence of Modern Hospital Management and Organisation in the World 1880s–1930s*. Bingley, 2021.; Fernández Pérez, Paloma: *How to Evaluate the Capacity of Hospital Systems in a Very Long-Term International Comparative Perspective? Hospital Beds per Inhabitant in Catalonia 1900s–2010s*. *Journal of Evolutionary Studies in Business*, vol. 6. (2021) No. 1. 182–226.

²⁵ Kozma Miklós 1935. március 4. és 1937. február 3. között volt Magyarország belügyminisztere.

²⁶ Bikkal: *Magyar szociálpolitika*, 70.; Nagy Péter Tibor: *A társadalompolitika új elemei az 1930-as évek Magyarországon*. *Világosság*, 42. évf. (2001) 7–9. sz. 99–103.

²⁷ Keresztes-Fischer Ferenc 1931. augusztus 24. – 1935. március 4., valamint 1938. május 13. – 1944. március 22. között volt Magyarország belügyminisztere.

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.²⁸ A belügyminisztérium új közigazgatási és közegészségügyi reformkoncepciójának megvalósítását azonban több tényező is akadályozta: a gazdasági világválság teremtette kedvezőtlen pénzügyi feltételek, a konzervatív politikai gátak, valamint Keresztes-Fischer személyes és politikai konfliktusa Gömbös Gyulával 1933-ban és 1934-ben. Ez utóbbihoz hozzájárult, hogy a belügyminiszter alig titkoltan az angolbarát politika híve volt, s támogatta a titkos választójog bevezetését is, míg Gömbös a német orientáció híve volt, és tekintélyelvű politikai nézeteket vallott.²⁹ Ugyanakkor kétségtelen, hogy a társadalom fölött növekvő köztisztviselői befolyás a szociálpolitikát uralmi formaként is felhasználta: a szociális kezdeményezések ezért kiterjesztésükkel párhuzamosan patriarchális-tektélyelvű rendszer alapján épültek ki.

1933-ban ennek szellemében bővítették országos méretűvé az 1927-ben létrejött Zöldkereszt Egészségvédelmi Szolgálatot. A Zöldkereszt fő feladata a falusi higiénias ellátás javítása volt, melynek keretében orvoslakásokat hoztak létre, főleg a kisebb településeken, egészségházakat építettek, s a szegények körében tej- és cukorakciókat szerveztek. A Szolgálat 1938-ig 215 egészségvédelmi kört, 342 anya- és csecsemővédelmi intézetet, valamint 54 bölcsődét és óvodát hozott létre a trianoni Magyarországon területén. A 6000 fő feletti településeken az egészségvédelmi munkát azonban 1940-ig a Stefánia Szövetséggel karöltve végezte.

A Stefánia Szövetség 1930-ban 169 védőintézetet és 70 tüdőbeteg-gondozót üzemeltetett – főként nagyvárosokban. 1938-ig 3,5 millió P gyűlt össze egészségházak építésére. A Zöldkereszt 1939-ben 257 intézményt működtetett, melyek 448 orvost foglalkoztattak 678 községben, s 1 852 467 lakost láttak el. A Stefánia Szövetség ekkor 316 védőintézettel rendelkezett, 599 orvost és 728 védőnőt alkalmazott, s a lakosság körülbelül 50%-át látta el. 1930-ban az OKI-n belül működő Állami Ápolónő és Védőnőképző Intézetben megkezdtek a védőnők tömeges és szakszerű képzését.³⁰ Ennek megfelelően a magyarországi közegészségügyi rendszer vegyes gazdasági és intézményi megközelítéssel (*mixed economy approach*) működött, s ez hasonló mintázatot mutatott a korabeli Franciaországgal, és bizonyos mértékben tükrözte Rockefeller elképzeléseit és Johan hatását. Ez a vonás a magyar közegészségügyet az amerikai és francia közegészségüggyel állítja párhuzamba az 1920-as, 1930-as években.

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

²⁸ Botos: *Fejezetek a Belügyminisztérium történetéből*, 41–43.

²⁹ Botos: *Fejezetek a Belügyminisztérium történetéből*, 41., 43.

³⁰ Csík: *A teljes magyar nemzeti állam*, 57.

ami a falusi népesség kevéssel több mint egyharmadát érintette.³¹ A terv további megvalósítása során a tisztiorvosi állásokat államosították (1936. évi IX. tc.), majd Johan Béla támogatásával Keresztes-Fischer belügyminiszter megszervezte az Országos Egészségvédelmi Szövetséget (1940. évi VI. tc.).³² A törvény kimondta, hogy az egészségvédelmi intézmények lefedettségét az egész országra ki kell terjeszteni, még a társadalombiztosítással nem biztosított személyek esetében is, tehát magánkórházak is bevonhatók a rendszerbe.³³ Johan ez esetben spanyol megoldásokat is alkalmazott, ugyanis nagyon hasonló rendszert állítottak fel Spanyolországban az 1940-es években.³⁴

Átlagosan 6000–8000 lakosra jutott egy védőnő, ez épp egy átlagos egészségvédelmi kör hatékony felső működési határának (6000–7000) felelt meg.³⁵ 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 mintajáras sikeresnek bizonyult, mivel a felnőtt- és gyermekhalálozás csökkent, a szociális adakozószellem pedig nőtt (annak ellenére, hogy ekkor a Zöldkeresztet már jórészt az állam finanszírozta). A mintajáras az országos újítások egyike alapjává vált.³⁶

A közegészségügy legfelső szintjén álló kórházakat tekintve az egészségvédelmi és megelőzési intézményekéhez hasonló expanzió következett be. A kórházépítés szinte megszakítás nélkül haladt előre a korszakban, az 1930-as évek első felét és az első világháború utáni néhány esztendőig leszámítva a kórházak száma dinamikusan növekedett, a kórház pedig modern intézménnyé vált, s végképp elvesztette ’szegényház’ jellegét. Az első világháború pusztításait, az amor-

³¹ Kontra László: *A zöldkereszt egészségvédelmi munka*. In: Keresztes-Fischer Ferenc – Mártonffy Károly (szerk.): *A mai magyar egészségügyi közszolgálat*. Budapest, 1942. 435–436.

³² Az OESZ 1941. január 1-jétől az addig létező összes magyarországi egészségvédelmi szervezetet 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 vándorzsák, csecsemőkezelés, iskolás gyermekek védelme, élelmiszerakciók, tbc és nemibetegség elleni küzdelem, magatehetetlenek gondozása, valamint nemibeteg-gondozás volt. Az egészségvédelmi körökben állami alkalmazott tanácsadó orvos és védőnő dolgozott. Bikkal: *Magyar szociálpolitika*, 71–74.; Johan Béla: *Az egészségügyi és szociális gyermekvédelmünk bírálata*. Budapest, 1942. 5–6.; Kontra: *A zöldkereszt egészségvédelmi munka*, 436–439.

³³ *A magyar társadalombiztosítás ötven éve: 1892–1942*. Budapest, 1943. 126–132.

³⁴ Vilar-Rodríguez, Margarita: *Competition and collaboration between public and private sectors: the historical construction of the Spanish hospital system, 1942–86*. *The Economic History Review*, vol. 72. (2019) No. 4. 1384–1408.

³⁵ Keresztes-Fischer: *Közegészségügyi politikánk irányelvei*, 18.

³⁶ *Vitéz Endre László és a falu egészségügye*. MONE Orvostársadalmi Szemle, 15. évf. (1938) 2. sz. 22–23.

tizációt és a technikai fejlesztések hiányát az 1920-as évek közepére sikerült el-
lensúlyozni, illetve pótolni.³⁷ 1927 után az egészségbiztosítás csak az ipari mun-
kások többségére terjedt ki, és a munkások járuléka jóval alacsonyabb volt, mint
a munkáltatók és az állam hozzájárulásai. Továbbá Németországgal ellentétben a
bismarcki típusú társadalombiztosítási törvényhozás Magyarországon a két világ-
háború közötti időszakban nem tartalmazott ösztönzőket jelentős számú új ma-
gánegészségügyi központ létrejöttéhez. Ennek következtében a magánegészség-
ügy eltörpült az állam által finanszírozott közegészségügyi rendszer mellett (mivel
a közegészségügy deklaráltan állami feladattá vált az első világháború után). To-
vábbá a gazdasági válság is jelentős mértékben meggyengítette a már korábban is
alulfinanszírozott egészségügyi rendszert az 1930-as évek elején.

Az 1930-as évek centralizációja a kórházrendszert is érintette. Ugyanakkor a
kórházak fejlesztési és bővítési dinamikája ezzel párhuzamosan lelassult az 1930-
as évek elején, mivel – a gazdasági világválságot követően – az OTI, a MABI és
a közkórházak pénzügyi egyensúlya csak 1937–1938-ra állt helyre. Mindazonáltal
az új kórházak kiépítésénél – a területi revízióra való tekintettel – az országhatár
mentén helyezték el a fontosabb és jobban felszerelt intézményeket, így az ország
középső területei és általában a falvak az 1930-as években gyéribb ellátottságban
részeseültek.³⁸ A falusi és tanyasi lakosság esetében 100 000 főre csupán 250 kór-
házi ágy, tehát az országos átlag fele jutott. 1937-ben a kórházak 46,5%-a Buda-
pesten működött. A helyzetet súlyosbította, hogy a társadalombiztosítás kiterjesz-
tése következtében hirtelen megnövekedett a kórházi látogatások száma, amire a
Belügyminisztérium úgy reagált, hogy további díjszabásokat vezetett be, s szigo-
rította a szegények betegalpból finanszírozott bekerülési lehetőségeit. Ugyanak-
kor a nagyobb kórházakba összpontosultak a nagyobb ágyszámok is, így a Bel-
ügyminisztérium tervbe vette a vidéki betegszállítás fejlesztését, melynek az 1926-
ban létesített országos mentőszolgálat adta az alapját, ami valamelyest enyhítette
a falvak előnytelen helyzetét.³⁹ Más szavakkal, a peremterületeken végbement na-
gyobb kórházfejlesztések miatt az ország központi területei és a határvidékek kö-
zötti területi egyenlőtlenségek nőttek.

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, valamivel több mint 47 000 ágygal. 1942-ben a visszacsatolt
területekkel együtt 426 kórház fogadott betegeket több mint 68 000-es aktív ágy-
számmal – az 1940. évi VI. tc. a kórházi ágyak növelését írta elő.⁴⁰ A legdinami-

³⁷ Kiss László: *Az ispotálytól a modern kórházig. Kórházak Magyarországon a 19. század
végétől a második világháborúig.* Századvég, 10. évf. (2005) 3. sz. 49–67.

³⁸ Kiss: *Az ispotálytól a modern kórházig,* 69–74.

³⁹ Johan: *Mit várhatunk,* 88–90.

⁴⁰ 1942-ben a trianoni országterületre 52 752-es ágyszám jutott. Csík: *A teljes magyar nem-
zeti állam,* 57.; Keresztes-Fischer: *Közegészségügyi politikánk irányelvei,* 18.; Lukács
Ödön: *A mai magyar város élete.* In: Hóman (szerk.): *Mai magyarságunk életrajza,* 70.;

kusabb 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, ami tovább növelte a 100 000 főre jutó ágyszámok térbeli egyenlőtlenségeit: Budapesten például az arányszám 1942-ben 1029,6, Kelet-Magyarországon 393,3, a Székelyföldön viszont csak 160,3.⁴¹

KÖZEGÉSZSÉGÜGYI REFORMOK ÉS REVÍZIÓ: 1938–1941

A párizsi békeszerződések következtében az Ausztria-Magyarország egykori területén létrejövő utódállamok keretein belül a Habsburg birodalmi közegészségügyi struktúrák különféle ösvényeken fejlődtek tovább. Ugyanakkor többnyire megtartották az 1918 előtti időszakból örökölt hagyományait, aminek következtében a posztimperiális közegészségügy jelentős kontinuitásokat mutatott Kelet-Közép-Európa ezen országaiban.⁴² Ez különösen fontos szempont, mivel az 1938-tól végbement revíziók során a Magyar Királyság visszaszerezte elveszített területeinek egy részét, s a posztimperiális közegészségügyi szervezetek, intézmények és programok integrációjának sikerességét jelentősen befolyásolta a posztimperiális folyamatosság mértéke.

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 kiűritések során az egészségügyi ingóságok nagy részét a kivonuló közigazgatás elszállította. A kórházak esetében igen gyakran még egyes épületrészeket is lebontottak, s építési anyagként a megmaradt csehszlovák, illetve román területekre szállítottak.⁴³ Ennek megfelelően Johan átfogó beruházási programot dolgozott ki, melyben az egészségügyi rekonstrukcióval és fejlesztéssel kapcsolatban az orvosok magyarországi eloszlási egyenlőtlenségeinek enyhítésére is tervet készített.⁴⁴

Az ország területének gyarapodása növekvő költségvetési tételekkel járt. A kórházaknak 1941-re 2 millió P-s adóssága halmozódott fel az állam felé, mely

Mészáros Gábor: *Kórháziügy*. In: Keresztes-Fischer Ferenc – Mártonffy Károly (szerk.): A mai magyar egészségügyi közszolgálat. Budapest, 1942. 212–222.

⁴¹ Északnyugat-Magyarország: 261,6; Nyugat-Magyarország: 346,5; Dél-Magyarország: 343,2; Északkelet-Magyarország: 380,2; Erdély (átlagban: 250). Kiss: *Az ispotálytól a modern kórházig*, 75.

⁴² Grombir–Doyle–Hibbard–Szélinger: *Hospital Provision in Interwar Central Europe*, 740–764.; Doyle, Barry – Grombir, Frank – Hibbard, Melissa – Szélinger Balázs: *The Development of Hospital Systems in the New Nations: Central Europe between the Two World Wars*. In: Gorsky, Martin – Vilar-Roigüez, Margarita – Pons-Pons, Jeronia. (eds.): *The Construction, Funding and Management of Public and Private Hospital Systems*. Huddersfield, 2020. 137–180.

⁴³ Kiss: *Az ispotálytól a modern kórházig*, 78.

⁴⁴ 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.

Johan szerint úgy jött létre, hogy az ország 1940-es egészségügyi költségvetésének összegét, 11,3 millió P-t 1941-ben, a revíziókat követően nem növelték meg 1,6 millió P-vel. Az 1941-es költségvetésben újra 11,3 millió P-s kiadási keret jelent meg, s a különbözetet a kórházak tartozási tételeiként számolták fel. Csak az állami kórházaknál 1,5 millió P 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 (a kórházak eladósodása a világválság után, az 1930-as évek elején indult meg).⁴⁵ Kórházi beruházásokra Johan számításai szerint 1939 és 1941 között 1,5 millió pengőt irányoztak elő, ebből azonban évente 300 000 P-t (azaz összesen 900 000 P-t) csupán az azonnal szükséges javításokra és karbantartási munkákra használtak fel. A csehszlovák kormányzat saját állami intézményeinek és egészségügyi rendszerének kiépítése során elhanyagolta a dél-szlovákiai, valamint a kárpátaljai magyarlakta területek egészségügyi fejlesztéseit. A román kormányzat – Johan szerint – hasonló diszkriminatív egészségügyi politikát követett Erdély tekintetében.⁴⁶

Johan elkészítette azokat a közvetlen javaslatokat, melyek elsősorban a felvidéki és az erdélyi kórházak rekonstrukcióját és ágyszámbővítését szolgálták. Tizenöt-húszéves fejlesztési programot dolgozott ki a Belügyminisztériumon belül, melynek keretében 78,3 millió P-t fektettek volna be, amely számításai szerint az akkori gazdasági növekedést és inflációt figyelembe véve fedezte volna a trianoni Magyarország – 35 millió P – és a visszacsatolt területek – 43,3 millió P – egészségügyi hálózatának teljes renoválását és fejlesztését. A legsürgősebb pénzüsszeget (3,7 millió P) viszonylag hamar, már 1941 tavaszán sikerült előteremteni.⁴⁷ Johan korabeli számításainak pontosságát igazolták a későbbi vizsgálatok is. Kiss László kutatásai szerint 1939 és 1941 között alig egy tucat új kórház épült fel – messze elmaradva a korábbi fejlődés ütemétől –, miközben 1 millió P-t költöttek felújításra évente.⁴⁸ Erre azért volt szükség, mivel a Felvidék és Észak-Erdély elmaradottabb közegészségügyi viszonyai 1938 végétől gyors rekonstrukciós program beindítását tették szükségessé. A renoválásra fordított éves összeg Johan számításaiban 900 000 P, mely csak 100 000 P-vel maradt el a Kiss által rekonstruált összegtől.⁴⁹ Ezzel párhuzamosan a Johan-féle fejlesztési program megindulása is igazolható: Kiss László számításai szerint 1942-ig az új kórházépítési program keretében 8000 új kórházi ágy létesült. Ugyanakkor a közegészségügyi kiadások az országos költségvetésen belül igen kis növekedést mutattak a korszakban, 1925-ben annak 0,3%-át, 1941-ben 0,4%-át, míg 1942-ben és 1943-ban 0,56%, illetve 0,87%-át adták.⁵⁰ Ez tehát 1941–1943 között a Johan-féle program ellenére relatív szűkösségre utal. 1941 végén 488 kórházban 68 425 ágy állt rendelkezésre, ki-

⁴⁵ Johan: *A közegészségügyi szolgálatunk krízisének okai*, SOL 119. f.

⁴⁶ Uo.

⁴⁷ 1 millió P-t a pénzügyi és honvédelmi tárcáktól csoportosították át. *Belügyminisztériumi iratok*. 1941. április. Közegészségügyi iratok. MNL OL K-28/61.

⁴⁸ Kiss: *Az ispotálytól a modern kórházig*, 78.

⁴⁹ Johan: *A közegészségügyi szolgálatunk krízisének okai*, SOL 119. f.

⁵⁰ Kiss: *Az ispotálytól a modern kórházig*, 75., 78.

hasznátságuk viszont csupán 70–80%-os volt. 1940-től a Magyar Kórházszövetség is bekapcsolódott a fejlesztési programba, a koordinációt pedig a második világháború idején az Országos Közegészségügyi Tanács és a Belügyminisztérium látta el.⁵¹ Habár nem minden egészségügyi kezdeményezést finanszírozott az állam, Kelet-Közép-Európa országaiban mégis vezető szerepet töltött be a közegészségügyi programokban a magánegészségügyi kezdeményezések relatív szükségessége miatt, ami főleg a források és az ösztönzők hiányából fakadt.

Mindazonáltal Johan elemzéseiben a kórházi rekonstrukcióval párhuzamosan két további fontos kérdés is felmerült, mely szorosan kapcsolódott az egészségügyi hálózat fejlesztéséhez: (1) az orvosok létszámának szükségszerű emelése és (2) az orvosi állások területi eloszlásának kiegyenlítettebbé tétele. Mivel az 1930-as években nem létezett körzeti orvosi rendszer, főképp az OTI által foglalkoztatott orvosok végezték a vidéki népesség átfogó és rendszeres orvosi ellátását.

Mihályhegyi (Musitz) Géza OTI-szemorvos szerint – akinek nézeteit az OTI orvosainak többsége osztotta⁵² – 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.⁵³ 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. Ezzel összefüggésben fogalmazta meg a két alapproblémát: hangsúlyozta a vidéki lakosság egészségügyi ellátásának alacsony színvonalát és az agrárnépesség kötelező társadalombiztosításának hiányát.⁵⁴ Az OTI Mihályhegyi vezette keresztény orvosainak javaslataitól is vezérelve és a vidéki orvosi ellátás alacsony szintjéhez kapcsolódóan Johan pontos belügyi statisztikákat készített, melyek az orvoshiányt több tényezőre vezették vissza. A három legfontosabb tényezőt (1) a betöltetlen orvosi állások magas aránya, (2) az orvosok népességhez viszonyított alacsony száma, valamint (3) az orvosi állások területi eloszlásának egyenlőtlensége jelentette. (Lásd az 1–2. táblázatot.)

A két táblázat alapján az orvosok és orvosi állások jelentős hiányára és egyenlőtlen területi eloszlására következtethetünk. 1941 elején az összes orvosi állás körülbelül 15%-a betöltetlen maradt (1. táblázat). A vidéki orvosi állások számának gyarapodása kisebb mértékű volt, mint a budapesti állásoké (2. táblázat), mivel a vidéki státuszok betöltésére az orvosok kevésbé vállalkoztak. Az orvoskérdés a korabeli sajtóban erőteljes ideológiai színezetben jelent meg. A sajtóvélemények vizsgálata nem tartozik szorosan e tanulmány vizsgálati céljaihoz. Ugyanakkor a

⁵¹ Kiss: *Az ispotálytól a modern kórházig*, 75., 78.

⁵² Mihályhegyi Géza elgondolásai a szélesebb orvosi közvéleményt képviselték. *Mihályhegyi Géza szociálpolitikai esszéi*. SOL 308.f.

⁵³ Mihályhegyi elképzelése szerint a hiányzó állami, illetve társadalombiztosítási infrastruktúrát (rendelőintézetek, kezelők, orvosi lakások stb.) az egyházi intézményekkel lehetne időlegesen pótolni. Mihályhegyi (Musitz) Géza: *Szervezzük meg a katolikus beteggondozást*. Nemzeti Újság, 1932. április 17.; *Mihályhegyi Géza szociálpolitikai esszéi*. SOL 308.f.

⁵⁴ *Mihályhegyi Géza szociálpolitikai esszéi*. SOL 308.f.

vita intenzitásáról maga Johan államtitkár is beszámol Keresztes-Fischernek készített 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.”⁵⁵

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

Orvosi hivatások típusa (1941. január 1.)	Maximálisan betölthető állások száma	Betöltetlen orvosi állások száma
Tiszti főorvos és orvos	352	12
Városi orvos	174	32 (Erdély nélkül)
Községi orvos és kórorvos	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.

Ennek ellenére tíz év alatt így is tekintélyes volt az emelkedés (2. táblázat): 100 000 főre 1930-ban 94 orvos jutott, míg 1939-ben már 115. A kórházi statisztika már nem adott okot hasonló optimizmusra. 1940-ben 40 000 állami és közkórházi ágyra 883 orvos és 7000 ápoló jutott.⁵⁶ 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 betegbiztosítás hogyan javította volna a falusi vagy tanyasi szegényparaszatok egészségügyi és orvosi ellátását, főképp azért, hogy kórházi ellátáshoz jutottak volna. A terv azt irányozta elő, hogy a társadalombiztosítás révén a mezőgazdasági munkavállalók a kórházakban ingyenes kezelést kapjanak, ezáltal magasabb színvonalú ellátásban részesüljenek. Erre azért is volt szükség, mivel a képzett orvosok területi eloszlása rendkívül egyenlőtlen volt Magyarországon, így a színvonalas ellátás is esetlegesnek

⁵⁵ Johan: *A közegészségügyi szolgálatunk krízisének okai*, SOL 119. f.

⁵⁶ Gyáni–Kövér, *Magyarország társadalomtörténete*, 374.

bizonyult. Ugyanakkor ezek az adatok viszonylagosak. Ha a budapesti adatot arányosan leszámítjuk, országos átlagban megközelítőleg 79-es arányszámot kapunk (2. táblázat). Az 1939-es budapesti átlagos arányszám nemzetközi viszonylatban kedvező: Svájc, Nagy-Britannia, Ausztria, Németország, Olaszország és Dánia is alacsonyabb átlagokkal rendelkezett. Az országos átlag (79) azonban elmaradt a nyugat-európai országok átlagaitól, amelyek 90 és 120 között mozogtak. Ugyanakkor a balkáni országok átlagánál még a Budapest nélküli magyarországi arány is magasabb volt.⁵⁷ A bővülést és Magyarország Nyugat-Európához viszonyított konvergenciáját jócskán visszavetette az ország területi gyarapodása, főképp az egészségügyi viszonyait tekintve is elmaradt keleti területek visszacsatolása.

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

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

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

Forrás: A táblázat 1930-as évekre vonatkozó adatait belügyi iratokból rekonstruáltam. Ormos Mária: *Magyarország a két világháború korában 1914–1945*. 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. április. Közegészségügyi iratok. MNL OL K 28 61/1941.

⁵⁷ Egresi Katalin: *Szociálpolitika Magyarországon. Nézetek, programok és törvények 1919–39*. Budapest, 2008. 302.

Az orvosok számának változását ugyancsak befolyásolta az 1938. évi XV. tc., valamint az 1939. évi IV. tc., mely a zsidó származásúak munkavállalását korlátozta, a keresztényekét pedig elősegítette. A zsidóság visszaszorítása a korabeli orvosi szakma diskurzusának egyik legfontosabb problémája volt. 1939-es II. zsidótörvényt figyelembe véve a keresztény orvosok is elfogadták, hogy a betegeket nem utalhatták zsidó illetőségű intézményekbe, nem zsidó egészségügyi intézménynek nem lehetett zsidó vezetője, közalkalmazott orvos nem lehetett zsidó, az Orvosi Kamarából kitiltották a páholytagokat, s a „rendes” zsidó tagság sem haladhatta meg a 6%-ot a közegészségügyi és társadalombiztosítási intézményeknél.⁵⁸ Az 1930-as években Európában és Magyarországon felerősödő antiszemitizmus olyan tényezőt jelentett, amely a közegészségügy fejlődését is befolyásolta, hiszen relatíve magas számú zsidó származású orvos praktizált Magyarországon. Mindazonáltal a keresztény orvosok pozitív diszkriminációjának voltak más, specifikus okai is, mint például a nemzeti-keresztény orvostársadalom kiépítése vagy a keresztény orvosok számának növelése.

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 növekedett is.⁵⁹ 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 orvosi állás maradt betöltetlenül. A vidéki munkahelyek egy jól jövedelmező fővárosi gyógyászati praxishoz képest gyengén fizettek, valamint a kikeresztelkedések és kitérések elmaradása, és a helyi születések alacsony száma, továbbá a zsidó értelmiség főváros felé mozgása következtében ezek az álláshelyek nem voltak olyan vonzóak.⁶⁰ Igazi előrelépés a vidéki orvosellátás tekintetében tehát az orvosok önálló vidéki munkavállalásának hiányában, valamint a zsidó származású orvosok munkavállalásának korlátozása következtében az 1930-as évek végéig nem következett be.

A zsidótörvényekből adódó politikai és társadalmi konzekvenciákat figyelembe véve Johan a már említett 79-es arányszámból kiindulva a trianoni országhatárra 52-es arányszámot kalkulált (1. táblázat). Ugyanakkor az egész ország

⁵⁸ Petres József: *A zsidó kérdés orvosi és társadalmi szempontból*. MONE Orvostársadalmi Szemle, 16. évf. (1939) 1. sz. 1–3.

⁵⁹ Ormos Mária e térségek közé sorolja a dél-alföldi tanyavilágot és Kelet-Erdély vármegyéit. Ormos Mária: *Magyarország a két világháború korában, 1914–1945*. Debrecen, 2006. 158.

⁶⁰ Don, Jehuda: *A magyarországi zsidóság társadalom- és gazdaságtörténete a 19–20. században*. Budapest, 2006. 29–34.; Ungváry Krisztián: *A Horthy-rendszer mérlege. Diszkrimináció, szociálpolitika és antiszemitizmus Magyarországon 1919–1944*. Pécs–Budapest, 2012. 20–38.

területére nézve a zsidó orvosok aránya 40% körül mozgott,⁶¹ így legfeljebb 62-es arányszámú keresztény orvosgárdát vehetett alapul a trianoni országterületen. Az országos arányt viszont különösen rontotta Észak-Erdély, ahol körülbelül 20 orvos jutott 100 000 lakosra.⁶² 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. Tervei szerint ezt a „szellemi befektetést” úgy kellett „felgyorsítani”, hogy az orvoscépzést „dúsítják”, ami azt jelentette, hogy a tudósorvoslást visszaszorítják a szakorvosi képzés javára. A kórházakban a gyakornoki évet (6. egyetemi év) alorvosi állássá fejlesztik, s ezzel párhuzamosan az orvosok katonai szolgálatát két évről egy évre csökkentik.⁶³ Továbbá úgy látta, a betöltetlen vidéki állások inkább a szegénységgel, az infrastrukturális hiányokkal, valamint azzal magyarázhatók, hogy az Imrédy-kormány hivatalba lépéséig hiányzott a kormányzati akarat a probléma felszámolására.

Keresztes-Fischer elképzeléseinek megfelelően az Imrédy-kormány (amely a jóléti állam demokratikusabb és modern felfogását képviselte már) 1938-ban jóval több forrást biztosított a közegészségügyi programokra. Falu Szociális Alapot hoztak létre, melynek forrásaiból 1939 és 1941 között 166 egészségházat és 101 orvosi lakást építettek az ország területén.⁶⁴ Johan a kórház-stabilizációhoz hasonlóan grandiózus beruházási tervvel állt elő. Úgy gondolta, hogy a vidék körzeti orvosi ellátásához a korábbi évek építkezéseit meg kell háromszorozni: öt év alatt 323 új orvoslakás épült volna 10 millió P-ből. A költségek fedezetére a korban már ismert forrásallokációt irányított elő: a szolgáltatási és luxuscikkeket kívánta megadóztatni (melyeket később el is fogadtak).⁶⁵ Az 1939–1941 közötti beruházások és építkezések jelentősége tehát az volt, 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 átalakíthatónak vélte. A budapesti klinikai orvosok számát (1 orvos / 4,9 ágy) a vidéki kórházak (1 orvos / 40–45 ágy) javára kívánta korlátozni, mégpedig úgy, hogy közben a szakorvosi képzés csökkenjen, a körzeti orvosi pedig növekedjen.⁶⁶ Figyelemre

⁶¹ Kovács Alajos: *A csonkamagyarországi zsidóság a statisztika tükrében*. Budapest, 1938. 18–19., 64–65.

⁶² 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 (2. táblázat). Johan: *A közegészségügyi szolgálatunk krízisének okai*, SOL 119. f.

⁶³ Uo.

⁶⁴ Uo.

⁶⁵ 1920 óta szinte az összes kormány használta a luxusadó fogalmát, vagy legalábbis hivatkozott rá.

⁶⁶ Johan: *A közegészségügyi szolgálatunk krízisének okai*, SOL 119. f.

méltó, 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 Magánalkalmazottak Biztosító Intézete (MABI) összevonásával orvosaik igen magas budapesti arányszámát csökkenteni javasolta, úgy 100 orvosi állás szabadulna fel, melyeket át lehet csoportosítani vidékre. A vidéki körzeti orvosi rendszer és az egységes egészségügyi szolgálat megteremtésének elképzelése mögött az állami népbiztosítás igen korai – nem csak 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 jelentett a magyar szociálpolitikának, s úgy látta, aligha fogadható el egy jövőbeli egységes és demokratikus jóléti rendszer szempontjából. 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 jövedelmesebbé és a fiatal orvosok számára vonzóbbá lehetne tenni.⁶⁷

Johan Béla javaslatai tehát kettős célt szolgáltak. Elsősorban egy modernizációs – a nyugat-európai színvonalhoz közelítő – „felzárkóztató programot” kívánt megvalósítani. Ebbe a programba 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. Johan reformgondolatának jelentőségét tovább növeli, hogy a háború alatt elkészült brit jóléti paradigmát, a Beveridge-tervet csak e jelentés elkészültét követően egy évvel, 1942 végére dolgozták ki.⁶⁸ A tervet gyorsan és széles körben átvették Magyarországon, további érvként használva az univerzális jóléti rendszer melletti érvként.⁶⁹

Johan tehát a hazai fejlődés sajátosságaiból kiindulva – a keresztényszociális eszmekör premisszáinak konzekvens alkalmazásával, a bismarcki modell folytatásaként – dolgozta ki a magyar jóléti állam egy lehetséges jövőbeli modelljét, jóllehet ez a modell kétségtelenül tartalmazott antiszemita jegyeket, melyek a korszak kelet-közép-európai politikai és társadalmi viszonyait is tükrözték. A tervet tanulmányozva egy szellemiségében mindenképp konzervatív, de gyakorlati megközelítésében már demokratikusabb egészségügyi és szociálpolitika lehetőségei körvonalazódtak. Johan hatása óriási volt, a kormány az egészségvédelmet 1942-től nemzetstratégiai célként fogalmazta meg, s ez nem csupán a háborús részvétel miatt alakult így, hiszen több forrást investált a prevencióba, mint az azt megelőző években. 1942 és 1945 között az orvosi helyzet rendezése, az egészségügyi prevenció és betegbiztosítás, pronatalizmus és családvédelem, valamint a kórház-

⁶⁷ Uo.

⁶⁸ Cora Zoltán: *A Beveridge-terv recepciója a magyarországi szociálpolitikában a második világháború idején*. Múltunk, 25. évf. (2013) 2. sz. 106–126.

⁶⁹ A tanulmány keretei miatt itt nem tárgyalom a Beveridge-terv magyarországi recepcióját és annak hatását.

és körzeti orvosi rendszer kiépítése állt a közegészségügyi politika homlokterében. Ezek a tendenciák azt mutatták, hogy e tekintetben előtérbe kerültek a posztimperiális tényezők, és az 1938 és 1941 között végbement revíziók lehetővé tették Magyarország számára posztimperiális státuszának elfogadását szociálpolitikai értelemben is.

A népbetegségek leküzdése, az egészségvédelem és a rokkantság megelőzése kiemelt fontosságú szociálpolitikai feladattá vált.⁷⁰ A tüdőbeteg gondozó intézetek száma 1938 és 1944 között 77-ről 134-re, míg a nemibeteg-gondozóké 11-ről 73-ra nőtt.⁷¹ 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. A tízéves terv végső célja az volt, hogy átlagosan 6000 ember jusson 1-1 körzetre. Ezt 1944-ig a városokban sikerült teljesíteni.⁷² Jóllehet ekkor a városokban átlagosan 6000 ember jutott egy-egy körzetre, a falvakban az egészségvédelmi körzetek kiépítése messze elmaradt a városi átlagtól. Ugyanakkor a háború alatt az OKI és a Zöldkereszt folytatta munkáját. Vidéken az 500 orvost és 900 védőnőt foglalkoztató Zöldkereszt 1944-ben több mint 2 millió ember ellátásáról gondoskodott.⁷³ 1938-ban a falvakban 215 körzetről tudunk, melyek száma 1944-ig 270-re emelkedett csupán. Következésképp 1944-ben 800 körzetből továbbra is több mint 500 a városokra jutott.

ÖSSZEFOGLALÁS

Megállapítható, hogy 1938 után a visszacsatolt területek egészségügyi intézményeinek anyagi konszolidációja nagy összegeket igényelt. Ezek a kiadások 1941-ig 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 kedvezményeket 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 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

⁷⁰ Keleti József: *Egészségvédő és gyógyító alap. Jó egészséget! MABI Tudósító*, 1. évf. (1942) 2. sz. 29.

⁷¹ Gyáni-Kövér: *Magyarország társadalomtörténete*, 374.

⁷² Johan: *Mit várhatunk a mai magyar közegészségügyi munkától?* 92.

⁷³ Bikkal: *Magyar szociálpolitika*, 73–74.

színvonal eséséhez vezettek volna. Éppen ezért gyakran visszafogták a közegészségügyi rendszer demokratikus átalakítását célzó törekvéseket. Ugyanakkor a korabeli társadalombiztosító-orvosok nagy része nem támogatta a gyors és szakmailag nem megfelelően előkészített egészségügyi bővítést. 1938 után a magyarországi szociálpolitika irányítását azonban egy új generáció vette át, akiket olyan, reform iránt elkötelezett miniszterelnökök támogattak, mint például Imrédy Béla, akik nyitottságot mutattak egy demokratikusabb és szolidárisabb közegészségügyi és jóléti rendszer kiépítésére, amit olyan transzferek is elősegítettek, mint például a Beveridge-terv recepciója.

Habár a magyarországi társadalombiztosítás és közegészségügyi rendszer strukturálisan nem tért el a bismarcki mintától, az 1930-as és 1940-es évek fejleményei mégis azt mutatták, hogy a magyarországi közegészségügyi rendszer bizonyos elemei konvergáltak Nyugat-Európa egyes országaihoz, különösen Franciaországhoz és Spanyolországhoz, sőt az Egyesült Államokhoz is, főként az egészségmenedzsment, a kórházi ágyak szisztematikus bővítése, az egészségközpontok és -klinikák fejlesztése terén, valamint az ipari nagyvállalatoknál az elzászi séma alkalmazását illetően a gyermekgondozó intézmények esetében. Ezekon a területeken Johan Béla személye egyfajta katalizátorként működött, személyesen is nagymértékben hozzájárult a transzferek sikeréhez. Ugyanakkor a területi visszacsatolások valamelyest lassították ezt a konvergenciát a visszacsatolt területek relatíve fejletlenebb egészségügyi szolgáltatásai és intézményei miatt. Továbbá a magyar közegészségügy posztimperialista karakterét erősítette, hogy az utódállamokban a poszt-Habsburg közegészségügyi intézmények és szolgáltatások kontinuitása következtében a visszacsatolások után ezeket könnyebben lehetett integrálni az anyaállami rendszerbe. Mindazonáltal eme széles körű mintázatok mellett voltak olyan tényezők is, amelyek nem a közegészségügyi rendszer belső sajátosságainak történeti alakulásából fakadtak. Ezek közé tartozik a nagy számú zsidó származású orvos eltávolítása, valamint a magyar vidék háttérbe szorítása a városok javára. Mindezek parlamenti vitájára, illetve korrekciójára azonban 1944-ben már nem kerülhetett sor.

Béla Johan and the Establishment of Modern Hungarian Healthcare

The relationship between the Horthy era (1920–1944) and the communist era shows continuities if it is examined from a social historical perspective. The paper contributes to the reinterpretation of these relations by looking at Hungarian health care in the 1930s and 1940s with a focus on the relationship between international transfers and path dependency in forging health care reforms. I argue that the achievements communists regarded as inventions of socialism in health care and the welfare state had already been developed thoroughly in the 1930s and 1940s. It was only because of the strict wartime budget of the early 1940s that these welfare reforms had not been realised. With the help of internal affairs documents, essays on health care, and official statistics records in the National Archives of Hungary and the Semmelweis Library and Archives of Medical History in Budapest as well as press material, I demonstrate that, even if communists depicted the

interwar period as “fascist and imperialist”, the health care system of the so-called “productive social policy” showed continuities. Moreover, social policy makers of the 1930s and early 1940s, such as Béla Johan, Ferenc Keresztes-Fischer and Béla Kovrig, also designed welfare and health care reforms for the post-war period by both developing already existing Hungarian programmes and selectively adapting foreign welfare models (American management principles, the Alsace scheme, and the Beveridge Plan). The study investigates Hungarian health care in view of the theory of path dependency and the macrohistorical convergence thesis developed by Béla Tomka (on the question of East-West convergence). It is within this framework that the paper addresses the issue of health care transfers to better understand the development of 20th-century European health care systems by identifying similarities and differences in their development as well as to speculate on the trajectory of various political solutions to social challenges, including health care.