

---

## ÉLET-TUDOMÁNY-TÖRTÉNET: TUDOMÁNYOK HATÁRAIN: MÓDSZERTANI PERSPEKTÍVÁK

### Közegészségügyi kérdések XVIII. századi (jog)források tükrében

### Public health issues according to 18th century legal sources

Dr. Feith Helga Judit Ph.D.<sup>1</sup>, Dr. Balázs Péter MD; Ph.D.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Társadalomtudományi Tanszék, Budapest

<sup>2</sup> Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Népegészségtani Intézet, Budapest

[feith@se-etk.hu](mailto:feith@se-etk.hu)

*Initially submitted October 10, 2016; accepted for publication november1, 2016*

---

#### Abstract

Concerning the development of Hungary's health system, the 18<sup>th</sup> century was a pre-eminent historic era by the first evolving activity of the state administration. The aim of this study, while completing the traditional historic approach of social and natural sciences, is to analyse comprehensively the health legislation and law enforcement in the 18th century using the legal documents at national and local levels together with legislations under preparation supported or criticised by opinions of the medical profession.

Following the majority of public health specific 18<sup>th</sup> century legal sources we discuss the law enforcement features of devastating epidemics however we concern also the problems of food security, of settlement hygiene and environmental health issues. We firmly believe that the research of historic legal sources contributes substantially to the more sophisticated scientific approach of public health policy and health services of the past centuries in terms of social and natural sciences as well. Nevertheless legislation provides a special point of view through the practice of day-to-day law enforcement while creating an alternative picture to the only medical reproduction of the past circumstances.

**Kulcsszavak:** közegészségügy, XVIII. század, egészségügyi történeti (jog)források

**Keywords:** public health, 18<sup>th</sup> century, historical health

---

#### Bevezetés

Napjainkban az egyik legdinamikusabban fejlődő jogág az egészségügyi jog. A jelenleg hatályos egészségügyi tárgyú jogi normák, különösen a betegjogi szabályok értelmezési vitákat, az egészségügyi szolgáltatók felől pedig sokszor ellenérzéseket váltanak ki, miközben érvényességük megkérdőjelezhetetlen. Jóllehet csaknem húsz év telt el azóta, hogy hatályba lépett az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény, még mindig igen magas a betegjogi panaszok és a jogsértések miatt indult peres eljárások száma. (OBDK, 2016; Weborvos, 2013) A probléma háttérben egyértelművé kell tennünk a szerves és egyenes vonalú jogfejlődés hiányát, valamint ezzel összefüggésben az egészségügyi szolgáltatók, a betegek és hozzátartozók jogtudatosságának gyakori elégtelenségét. Több korábbi tanulmányunkban

elemeztük a XVIII-XIX. századi egészségügyi jogfejlődés egyik lényeges szegmensét, a mindenkori hivatásos egészségügyi szolgáltatók (orvosok, sebészek, bábák, patikusok és a XIX. század második felétől már az ápolók) és a betegek jogi normákban szabályozott jogviszonyát, jogait és kötelezettségeit. (Feith HJ, Balázs P, Gradvohl E. 2014:34; Feith HJ, Gradvohl E, Váczi A, Balázs P. 2014: 9.; Feith HJ, Gradvohl E, Balázs P. 2015: 11)

Jelen tanulmányunk célkitűzése az, hogy az egészségügyi jogfejlődés egyik kiemelkedően fontos korszakának, a XVIII. század utolsó harmadának jogi vonatkozású dokumentumait a korabeli közegészségügyi kérdések szempontjából elemezzük és hasonlítsuk össze.

Mária Terézia uralkodása (1740-1780) a hazai egészségügy fejlődése szempontjából kitüntetett korszak, amennyiben az egyre fokozódó állami szerepvállalás évszázadokon átívelő történelmi fejlődésének kezdeti állomása. Ekkor indult el a hazai egyetemi orvospképzés; először szabályozták kódexszerű jogi normákban a korabeli állam által elismert hivatásos egészségügyi szektorban tevékenykedők jogait és kötelezettségeit; átfogó és társadalmi szintű járványügyi szabályok jelentek meg; valamint körvonalazódott az állami és helyi szintű egészségügyi igazgatási/rendészeti tevékenység feladat- és hatásköreinek összehangolása. Ezt a fejlődést támogatta számos, kiemelten fontos XVIII. századi egészségügyi tárgyú jogforrás hatályba lépése (Feith, Balázs 2012: 4).

### **Anyag és módszer**

Történeti jogforrások és a kapcsolódó dokumentumok közegészségügyi tematikáját követve, kiemelten járványügyi, de élelmiszerbiztonsági, valamint település- és környezet egészségügyi (talaj, víz, levegő, lakóépületek, köztisztasági) kérdések jogi szempontú vizsgálatára is sort kerítünk, elsődlegesen a korabeli egészségügyi szakközeg kötelezettségein, s mulasztás esetén a jogkövetkezményeken keresztül.

Elemző munkánk középpontjába három XVIII. századi jogszabályt, illetve jogszabály előkészítő tervezetet, szakvéleményt állítottunk (továbbiakban összefoglalóan történeti források):

- Generale Normativum in Re Sanitatis, vagyis „Az egészség ügyének általános szabályzata”, továbbiakban GNRS (Balázs P. 2007: 109-161.)
- Ordines Politici in negotio sanitatis projectati, vagyis Közigazgatási szabályok tervezete az egészség ügyében, továbbiakban magyar tervezet (Balázs P. 2016: 124-157)
- Opinio in re sanitatis, vagyis Vélekedés az egészség ügyéről, továbbiakban erdélyi előkészítő tervezet (Balázs P. 2016: 158-246.)

Az első két történeti forrás a Magyar Királyság, a harmadik pedig az Erdélyi Nagyfejedelemség részére készült. Ez utóbbi valójában egy igen terjedelmes és alapos, pontos hivatkozásokkal 1793-ban összeállított szakvélemény volt, mely alapján akár egy jogszabály tervezetet is lehetett volna készíteni az erdélyi rendi gyűlés számára. Amíg a GNRS 1770-ben hatályba lépett jogszabály volt, az 1793-ban készült magyar és erdélyi előkészítő tervezetek közvetlen felhasználásával hatályos jogszabály a későbbiekben soha sem készült.

Hangsúlyozottan a történeti forrásokban megjelenő szabályok vizsgálatát célozva, nem vállalkozunk arra, hogy a korabeli egészségügyi szolgáltatókra, valamint a társadalomra gyakorolt hatásokat is elemezzük. Vagyis jelen tanulmányban nem vizsgáljuk – hatályba lépett közegészségügyi szabályok esetében sem – a szociológiai értelemben vett

érvényességet. Így azzal sem foglalkozunk, hogy a GNRS-ben megjelenő címzett személyek a megfogalmazott kötelezettségeiket közvetlen kényszer alkalmazása nélkül is követték volna vagy sem. Célunk, hogy a XVIII. századi egészségügyre vonatkozó, alapvetően természettudományos (egészségtudományi) megközelítésű vizsgálatokat kiegészítsük a történeti forrásokban megjelenő szabályok elméleti jellegű, összehasonlító elemzésével.

Az összehasonlító forráselemzést a társadalmi normákat jellemző három, nélkülözhetetlen logikai elem szempontjából végezzük el, nevezetesen megvizsgáljuk

- a szabályozott közegészségügyi magatartások leírását, annak korabeli megfogalmazásait, a címzettek körét;
- a közegészségügyi magatartások minősítését (tilos, kötelező, megengedő); valamint
- a jogkövetkezményeket, azok jellegét, kikényszeríthetőségét.

Meggyőződésünk, hogy a történeti forrásokban megjelenő, egyes szakmákhoz kapcsolódó feladatleírások tájékoztatást adhatnak a mindenkori egészségügyi szakszemélyzet képzettségének jellemzőiről (esetleges hiányosságairól), illetékességeiről; a tiltó szabályokon keresztül következtethetünk a jogellenesen folytatott korabeli tevékenységekre; a jogkövetkezményeken keresztül pedig az elkövetett magatartás súlyosságának megítéléséről kaphatunk az eddigi ismereteinkhez képest többlet információkat. Gondolatmenetünk alátámasztására példaként említhető, hogy a XVIII. századi jogforrásokban a sebészek belgyógyászati jellegű tevékenységének tilalma főszabályként jelent meg, azonban a jogalkotó, valamint a szakvélemény készítője mindezt a szigort úgy enyhítette, hogy kivételesen a sebészek is alkalmazhattak ilyen gyógymódot. Ehhez két (történeti forrástól függően változó) konjunktív feltételt rendelt: (1) nem volt a közelben orvosi végzettségű személy; valamint (2) vagy csak enyhébb szereket adhatott a betegnek (GNRS szövegében), vagy csak akkor kezdhetette meg a kezelést, ha az halaszthatatlanná vált (magyar tervezet és erdélyi előkészítő tervezet szövege).

*„Kisvárosokban, falvakban és olyan szabad királyi városokban, ahol physicus nem áll alkalmazásban, megengedhető, hogy a sebészmeister közismerten gyógyhatású enyhébb szereket adjon a betegeknek.”* (Balázs, 2007: 118.)

*„Sebészek, hacsak doktori diplomájuk nem volna, olyan helyen, ahol orvos is letelepült, semmilyen belső kezelést ne merészljenek vállalni. Physicust nélkülöző helyeken, ahol elsődlegesen a szükséghelyzet miatt a segítség megadása a legcsekélyebb halasztást sem tűri, magiszteri képesítésű sebészek is megkezdhetik a belső kezeléseket...”* (Balázs, 2016: 139.)

*„... olyan esetekben viszont, amikor az orvos távoli helyen tartózkodik, de a betegség kezelése nem tűri halasztást... vagy a falvakban, a mezővárosokban vagy a városokban is, ahol orvos nem áll rendelkezésre, lehetséges belső kezeléseket vállalni, vagy enyhébb belső szereket alkalmazni”*. (Balázs, 2016: 179.)

Ezek a szabályok is arra utalnak, hogy a XVIII. századi Királyi Magyarország és Erdélyi Fejedelemség területén az orvos nem mindenütt volt elérhető a betegek számára. Ezt a történelmi ténytet számos királyi rendelet és vármegyei jelentés is igazolja. Mária Terézia 1752-ben ugyan elrendelte, hogy minden vármegye legalább egy hivatali orvos állítson szolgálatba,

de még 1770-ben a GNRS hatályba lépésének évében is például Máramaros, Bereg, Ung és Zemplén vármegye azt jelezte, hogy jelentkező híján nem képesek a rendelet végrehajtására (Balázs 2016, 87. o.).

### **A történeti források jogi környezete, szerkezete**

A XVIII. századi Magyar Királyság és Erdélyi Nagyfejedelemség területén, a modern értelemben vett kontinentális (írott) jogforrás rendszerével szemben, ekkortájt még mindig a szokásjogi normák jelentkeztek jellemző normatípusként. Ugyanakkor a modernizálás és az állami feladatok horizontális bővülése elkerülhetetlenné tette, hogy egyre nagyobb számban jelenjenek meg jogszabályok és egyéb jogi normák: országgyűlés által alkotott törvények vagy azokhoz kapcsolódó uralkodói rendeletek, kancelláriai, helytartótanácsi rendeletek, illetve helyi jogszabályok (pl. vármegyék statútumai), valamint egyéb, valamilyen előírást, kötelezettséget tartalmazó jogi normák (pl. insrukciók, protomedicusai körlevelek). Az egészségügy területén – ahogyan azt már korábban említettük – Mária Terézia uralkodása adott lendületet a jogalkotási folyamatnak, azzal a külön megjegyzéssel, hogy uralkodásának utolsó két évtizedében, egészen pontosan 1765 után rendeleti úton történő kormányzást vezetett be a Magyar Királyság, majd az Erdélyi Nagyfejedelemség területén is. Ez nyilvánvalóan súlyosan sértette a rendi alkotmányt. Ezt a jogsérelmet kiküszöbölendő, a II. Lipót (1790-1792) által összehívott 1790/91-es országgyűlésen a magyar rendek akaratával egyezően, törvénybe foglalták az uralkodói rendeletkiadás tárgyi hatályának szűkítését, vagyis azt, hogy az uralkodók csak a törvények végrehajtására vonatkozó rendeleteket adhatnak ki (1791: 12. tc.).

Ebben az új jogszabályi környezetben tehát érthető volt, hogy az egyébként mindössze csak két évtizede hatályban levő, de többszöri kiegészítés ellenére elavultnak semmiképpen nem tekinthető, közjogi viszonyokat alapvetően szabályozó, emiatt a rendek által sérelmesnek tekintett királynői rendelet helyett egy új, a korabeli törvényhozó testületek (Magyar Királyság területén az országgyűlés, az Erdélyi Fejedelemség területén az erdélyi rendi gyűlés) által alkotott jogszabályt kellett volna hatályba léptetni. Ennek előkészületeként született meg az 1793-as magyar királysági, valamint az erdélyi tervezet. A Magyar Királyság előkészítő munkálatai jól bizonyítják a korabeli közegészségügyi kérdések jelentőségét, hiszen az országgyűlés által kijelölt bizottság a feladatot kiemelten kezelte, így a legfontosabb közpolitikai ügyek tárgykörében a negyedik helyre rangsorolta. (Balázs, 2016)

Jelen tanulmányban vizsgált történeti források átfogó szerkezeti elemzése alapján megállapítható, hogy a klasszikus vagy teljes szerkezetű szabályok mellett számos részleges szerkezetű is előfordult. Igen sok helyütt lehet találkozni ún. feladat-meghatározásokkal, amelyekben a jogtételelől hiányzott a jogkövetkezmény, így az csak a magatartás-előírás bizonyos elemeit tartalmazta. Sőt, különösen az erdélyi előkészítő tervezetben, olyan jogtételek is szerepelnek, ahol maga a szöveg megfogalmazója utalt más hivatkozott jogtételekre.

Ezek a közegészségügyi szabályok leginkább kötelezések voltak, de az anyagi jogi szabályokon túl alaki jogi, vagyis eljárásjogi szabályokat is tartalmaztak. Amennyiben tehát a történeti forrásokat tárgyi szempontok szerinti osztályozzuk, kiderül, hogy egyazon történeti forrásban a regulatív szabályok mellett eljárási szabályok is megjelentek.

### **Közegészségügyi vonatkozású magatartás leírások**

A korabeli epidemiológiai állapotok alapján érthető, hogy a közegészségügyi magatartások közül a legfontosabb és a legrészletesebben szabályozott kérdések a járványügyi intézkedések körébe tartoztak. Ezen belül is a leglényegesebb terület a járványügyi határvédelem volt, hiszen ennek biztosítása jelentette a legnagyobb kihívást a korabeli társadalom számára. A GNRS-ben, illetve az erdélyi előkészítő tervezetben igen részletes, és a téma súlyához mérten kifejezetten szigorú szabályok találhatóak. Ugyanakkor az 1793-as magyar tervezetből ez a fejezet már hiányzott, miután Galíciát 1772-ben, illetve Bukovinát 1775-ben a Habsburg birodalomhoz csatolták, így a Magyar Királyság belső területté változott, tehát nem volt kötelezettsége a birodalom külső határainak védelmében. Vagyis ezt követően hazai vonatkozásban a belső, nem határmenti területek járványügyi szabályozása vált releváns kérdéssé, így például a vérbajosok és a pestises göcök egészségrendészeti kezelése.

A korabeli járványügyi ismeretek ekkortájt még távol álltak a XIX. század orvosi felfedezéseitől, de a mindennapos, hétköznapi tapasztalatokra alapozva, a gyakorlatban – jóllehet számos szükségtelen elemet is tartalmazva – mégis eredményesnek bizonyultak. Pestis elleni küzdelemben az alábbi példa talán a leginkább jellemző ebből a szempontból, amelynek mai tudásunk szerint egyetlen érdemi eleme a levelekbe zárt „veszélyes fertőző anyagok” kezelése. Kereskedelmi levelezésben a borítékok a többi között fonó- és szövőipari alapanyagokat és szövetmintákat is tartalmazhattak – mai tudásunk szerint a bennük esetleg rejtőzködő és a pestist terjesztő fertőzőtt bolhákkal együtt.

*XI.§ A vesztegzárba behozott pénzerméket a vesztegzáron belüli szolgálk forró, sós vízzel (a legalacsonyabb veszteglési időtartam esetén), illetve megnövekedett veszély esetén forró ecetes vízzel tisztítsák meg, a levelek és irományok pedig, amikor is a legtávolabbi a veszély, és a periódus csupán 21 napos, a szokásos módon megfüstölendők, hosszabb veszteglési időtartam elrendelése esetén viszont, mielőtt kiadásra kerülnének, azokat forró ecet fölött kell átgőzölni, feltéve, hogy a levelek semmilyen veszélyes fertőző anyagot nem tartalmaznak, ellenkező esetben ugyanis magát a levelet a már említett módon kell kezelni, az abból eltávolított dolgok viszont a többi hasonló vesztegzári áruval együtt kezelendők. (Balázs, 2007: 135-136.)*

A fenti példából is jól látható, hogy a jogalkotó igen részletes, korabeli szakmai alapon levezetett eljárási szabályok betartását is előírhatta a közegészségügyi rendeletekben. A közegészségügy szabályozandó kérdéseinek tudományos háttérismereteiben 1770 és 1793 között nem volt számottevő változás, ugyanakkor az egyre gazdagodó empirikus ismeretek birtokában az 1793-as erdélyi előkészítő tervezetben már mellőzték az ilyen és ehhez hasonló aprólékos eljárási metodikákat. Ennek ellenére még mindig a szigorú jogkövetkezményekkel járó rendészeti jellegű (s nem szakmai) szabályok sokaságát találjuk ebben a forrásban.

A járványok kezelése, valóban hatásos orvosi eszközök hiányában, természetesen szigorúan rendészeti kérdés maradt, ugyanakkor kifejezetten szenzitív kérdés volt ezzel kapcsolatosan a polgári és a katonai igazgatás együttműködése. Egyértelmű volt, hogy pestises járványveszély esetén a jelenséget közvetlenül és először tapasztaló polgári igazgatásnak kell elsőbbséget adni, ha segítséget kér a katonai szervektől, és nem kell tétlenül várakozni a felsőbb katonai parancsnokságok engedélyének megérkezéséig.

A közegészségügyi, azon belül is különösen a fertőző betegségek megelőzését vagy leküzdését célzó szabályok természetüknél fogva általános érvényűek, vagyis egyformán és



különbségtétel nélkül vonatkoznak minden természetes személyre. Ez az általános szabály jól tetten érhető a történeti forrásokban is, ugyanakkor mind a pestis, mind a vérbaj esetében társadalmi rétegek szerinti különbségtételekkel is találkozhatunk.

*„Midőn egyeseket a vérbaj olyan mértékben hatalmába kerített, hogy a társaságuk másokat is megfertőzhet, az ilyen betegeket és környezetüket, ha magasabb társadalmi állásúak, a sebész és a physicus tapintatosan győzze meg, hogy húzódjanak vissza a többi ember társaságától.”*  
(Balázs, 2016: 146.)

*„A tisztulásra rendelt helyek körül közelebb lakóknak, mindenek előtt azonban az élelmet árusítóknak és kocsmárosoknak és más, szálláshelyeket fenntartó személyeknek két esztendőnk elfolyásáig vasra verve végzendő közmunkák terhe mellett, vagy ha nemesek vagy más szabadsággal élők volnának, 200 forint, vagy az ily módon okozott kár súlyosságának megfelelő másféle, bírói úton kiszabott törvénycikkbeli büntetés terhe mellett, nyomatékosan tilalmas befogadni és szálláshelyet adni az idegen, kétséges és ismeretlen személyeknek...”*  
(Balázs, 2016: 219.)

Nevesített betegségként mindhárom történeti forrásban megjelent a pestis, mint a korszak legrettegettebb betegsége, ugyanakkor elsősorban a GNRS szigorú szabályozásának következtében a XVIII. század utolsó harmadában a járvány betörését a keleti és déli határokon az egészségrendészet sikeresen megakadályozta. Nem csekély mértékben ennek volt köszönhető – elsősorban külkereskedelmi gazdasági érdekek nyomására – hogy enyhült a korábbi szigor, hiszen a vesztegzár időtartamát az 1793-as történeti forrásokban jócskán lerövidítették (1. táblázat).

VESZTEGZÁR IDŐTARTAMA	1770-ben	1793-ban
Járványmentes időszakban	21 nap	0 nap
Pestis járvány gyanúja esetén	28 nap	10 nap
Pestis járvány esetén	42 nap	20 nap

1. táblázat: Vesztegzári időtartamok változása 1770-1793 között.

Szemben a pestissel, a vérbaj, amely a GNRS szabályai közül teljesen hiányzott, csak az 1793-as történeti forrásokban jelent meg. A betegség orvosilag természetesen évszázadok óta ismert volt, azonban közpolitikai kérdésként csak akkor kerülhetett előtérbe, amikor a százezres nagyságrendű haláleseteket követelő pestis járványok megszűnése ezt a betegséget is a felszínre hozta.

Az anyagi jogi normák mellett igen részletes eljárás jogi jellegű normák is megjelentek a járványügyi kérdések szabályozásánál. Például igen szigorú értesítési kötelezettséget fogalmaztak meg, a hivatali utak pontos betartásával. A physicusok, vagyis a vármegyei hatósági orvosok (akinek viszont a sebészek voltak kötelesek jelenteni) ebben az eljárási rendben dedikált és különös jelentőséggel és felelősséggel bíró feladatot kaptak, hiszen az ő kötelezettségük volt a hatóságok felé jelenti a járványos megbetegedést. Közvetlenül azonban a legnagyobb sürgősség esetén sem értesíthették a királyi kormányzókat, mint a legfőbb

hatóságot, vagyis jelentésük csak a vármegyei önkormányzat helyhatóságán (magisztrátusán) keresztül juthatott el a Helytartótanácshoz.

A GNRS időszakában még nem létezett a protomedicusi tisztség, azt ugyanis 1786-ban hozták létre a Magyar Királyság területén. Az 1793-as tervezetekben a járványügyi kérdések szakmai felügyelete és igazgatása már egyértelműen a protomedicushoz tartozott. A physicusok tisztán szakmai kérdésekben, a hivatali út megkerülésével, közvetlenül fordulhattak a protomedicushoz. Párhuzamosan ez a gyakorlat megjelent a seborvosok és patikusok körében is, de később a Helytartótanács egyértelműen megtiltotta.

Általában ugyan kezdetleges volt az egészségügy igazgatási rendje és a hozzá kapcsolódó járványügyi rendszer, mégis magán viselte a korszak abszolút monarchiáiban kibontakozó egészségügyi hatósági munka közigazgatási szakszerűségét. A Magyar Királyságban ez a rendszer a vármegyei helyi önkormányzatiság miatt inkább egy decentralizált egészségügyi igazgatásra hasonlított, hiszen nem volt olyan államigazgatási szerv, amely közvetlenül alárendelt területi végrehajtó szervein keresztül egy központi hatóságot működtethetett volna. A magisztrátusok tehát kitüntetett szerepet kaptak az egészségügyi igazgatási kérdésekben, de a szakmaiságot nem ez a hatósági feladatokkal ellátott szerv, hanem a vármegye alkalmazásában álló physicus biztosította, aki viszont semmilyen hatósági jogkörrel nem rendelkezett.

A GNRS-ben még nem jelentek meg az élelmiszerbiztonság körébe tartozó közegészségügyi szabályok, azonban az 1793-as történeti forrásokban már találkozunk ezekkel: így az egészségre ártalmas (a romlott, nem átsütött vagy éretlen) élelmiszerek árusításának vagy a magyar tervezetben a réz és ólom edények használatának tilalmával. Az ezekhez kapcsolódó hatósági feladatok magisztrátusi, illetve a területileg annak alárendelt szolgabírák hatáskörébe tartoztak.

Ugyan általános megfogalmazásban, de megjelentek település- és környezet-egészségtani kérdések is az 1793-as történeti forrásokban, a physicusok szakmai illetékességébe utalva. A kötelezően előírt területi szemleutak leginkább a megelőzést szolgálták, s ebben a tekintetben érdemi előrelépést jelentettek a GNRS-hez képest, hiszen a korabeli természettudományos ismeretek szintjét tükröző, egészségre ártalmas környezeti tényezőket vették számba. Tilalmakat, jogkövetkezményeket nem tartalmaztak, tehát a fentebb említett ún. feladat-meghatározó szabályok körébe tartoztak.

*„Physicusok és kötelezettségeik*

*1.) nemde bár a meleg vagy a hideg, netán a megromlott vagy megüledett levegő a betegségek okozója?*

*2.) a romlás oka honnan eredeztethető?*

*3.) milyen eszközök szükségesek a lakosság oltalmazására a levegő által okozott viszontagságoktól?*

*4.) a víznyerő helyek egészséges ivóvizet szolgáltatnak-e mind az embereknek, mind az állatoknak, és vajon minden ilyen hely egészséges, vagy külön kell egyeseket evégből kijelölni? Amennyiben pedig*

*bármelyik valóságos veszélyt jelentene, milyen módon lehetséges azokat egészségessé tenni?*

- 5.) veszélyeztetné-e bármi is a legeltetésre kijelölt helyeket, és amennyiben igen, milyen módon lehet beavatkozni?  
6.) a helyben használatos öltözékek, vagy  
7.) a szokásos életmód nem ártalmas-e az egészségre?  
8.) vajon a helybéli földeken előfordulnak-e mérgező és halált okozó növények, továbbá hogyan lehet azokat kiirtani, vagy ha ez nem lehetséges, milyen eszközök használhatók hatásaik kivédésére?  
9.) a lakóházak megfelelnek-e vagy sem az egészségügyi szabályoknak, és ha nem, akkor milyen alapon és hogyan lehet beavatkozni?  
10.) találhatók-e ásványvizek, vagy gyógyforrások, azok mennyire hatékonyak, és milyen betegségekben hasznosíthatók?” (Balázs, 2016: 134-135.)

Hasonlóan az élelmiszerbiztonsági kérdésekhez, amennyiben hatósági intézkedések váltak szükségessé, ezek a kérdések is szolgabírói, illetve magisztrátusi hatáskörbe tartoztak, azzal a megkötéssel, hogy a physicusok sajátos megelőző, ellenőrző szerepe és szakértelme nélkül – ahogyan fentebb már említettük – a hatóságok egy lépést sem tehettek volna.

### Közegészségügyi tárgyú magatartások normatív minősítése

A jogi normákban megjelenő magatartások normatív minősítése háromféle lehet: tilos, kötelező vagy megengedett. A történeti források közegészségügyi szabályainak ilyen irányú elemzése alapján megállapíthatjuk, hogy leginkább tilos vagy kötelező minősítéssel találkozunk. Ez egyértelműen következik a szabályozott jogterület jellegéből, hiszen túlnyomórészt rendészeti jellegű szabályozásra volt szükség a társadalom tagjainak egészségét vagy akár életét veszélyeztető tevékenységek büntetése miatt, vagy megelőzésük érdekében. Egyes magatartásokat (pl. járványügyi elkülönítés és jelentéstételi kötelezettség; halál esetén halottszemle tartása) mindhárom történeti forrás ugyanolyan módon szabályozott. Az alábbi 2. táblázat néhány, a történeti forrásokból vett példát mutat be a magatartások normatív minősítése alapján.

MINŐSÍTÉS	GNRS	MAGYAR TERVEZET	ERDÉLYI ELŐKÉSZÍTŐ TERVEZET
TILOS...	vendégül látni azt, aki tilalom alatti tartományból érkezik és nincs bizonyítványa a vesztegzár letöltéséről.	egészségre ártalmas élelmiszer árusítása.	
		48 órán belül halottat eltemetni	a ragályos betegségben elhunytakat nyitott koporsóban szállítani a temetőbe.
KÖTELEZŐ...	járvány esetén a betegek elkülönítése; jelentéstételi kötelezettség.		
	halottszemle physicus vagy annak hiányában sebészmeister által.		



	a vesztegintézetben, pestisben meghalt betegeket 12 lábnyi mélységben, mésszel leöntve, földdel eltakarva eltemetni.	szemletartás környezet-egészségügyi kérdésekben.	3 napot várni az eltemetés-sel, és min. 8 láb mélyre temetni a halottat.
--	--	--	--

2. táblázat Példák a magatartások normatív minősítésére a történeti forrásokban

### Közegészségügyi tárgyú jogellenes magatartások jogkövetkezmenyei

Ahogy fentebb említettük, a történeti források mindegyikében találkozunk jogkövetkezmény nélküli feladat-leírást tartalmazó jogtételekkel. Jogi normákban a jogkövetkezmenyek, vagyis a joghatások sok esetben a szankciók körébe tartoznak. A vizsgálat alá vont történeti források közegészségügyi szabályainak többségét is ez jellemzi. Találkozunk azonban olyan kivétellel is, amelyben a joghatás egyértelműen pozitív, vagyis nem szankció jellegű.

*„Azok, akik bármilyen dolgot vagy portékát pestis idején elrejtenek vagy annak múltával azokat kiássák, és ezen közben őket rajtakapják, rögtönítelő bíraskodással halálra ítéltessenek. Másfelől azonban azok, akik az ily módon elrejtett dolgokat kiásó, azokat átvevő, vagy másoknak közvetítő embereket feljelentik, részesüljenek 3 arany jutalomban az államkincstárból kiutalva.”* (Balázs, 2016: 230-231.)

A szankciók többféle csoportosítása lehetséges. Lehetnek személy elleni szankciók, melyek tipikusan a büntetőjogi és szabálysértési törvényekben jelentkeznek, de lehetnek anyagi jellegűek is, ezek jórészt a polgári jogi törvényekben, de természetesen a büntető, a szabálysértési szabályokban is megjelenhetnek. Történeti forrásainkban mind a személy elleni, mind az anyagi jellegű szankciókra találunk példákat. Társadalmilag súlyos következményekkel járó járványügyi szabályok megszegése inkább személyi jellegű, míg az enyhébb következményekkel járó egyéb közegészségügyi szabályok (pl. élelmiszerbiztonsági szabályok) megszegése anyagi jellegű szankciókat vont maga után.

Egy másik csoportosítás szerint a szankció lehet a normasértés előtti helyzetet visszaállító, ún. reparatív jellegű, valamint kifejezetten büntető, vagyis represszív jellegű jogkövetkezmény. A korabeli közegészségügyi szabályok megsértéséhez leginkább represszív természetű szankciókat rendeltek, számos esetben azonban a feudális társadalmi berendezkedésnek megfelelően, a büntetés mértékét az adott személy társadalmi státuszához igazították.

*„Vagy ha nemesek vagy más szabadsággal élők volnának és bűncselekményt követnének el, az elkövetett bűn súlyosságával arányos súlyos büntetést szenvedjék el, bírói úton, azonban rögtönítelő eljárással.”* (Balázs, 2016: 220.)

A 3. táblázat a vagyoni értelemben vett hátrányokozás, a testi szankciók, a jogok korlátozásával járó szankciók, valamint a halálbüntetés kiszabása szerint csoportosítja az egyes szabályokat, a vonatkozó történeti forrás alapján.

Jogkövetkezmény	JOGELLENES MAGATARTÁS (XVIII. SZÁZADI TÖRTÉNETI FORRÁS)
Vagyonhiány	<ul style="list-style-type: none"> <li>ártalmasnak ítélt élelmiszer elkobása és az eladási ár értékében pénzbüntetés kiszabása (Erdélyi előkészítő tervezet)</li> </ul>
Testi büntetés (pl. botozás)	<ul style="list-style-type: none"> <li>élelmiszerbiztonsági szabályok megszegése (Magyar tervezet)</li> <li>a fertőzött vagy a környezete nem jelenti a bujakórt (Erdélyi előkészítő tervezet)</li> </ul>
Jogok korlátozása	<ul style="list-style-type: none"> <li>járványos területről érkező személy meghatározott időre történő vesztézárl alá vonása (mindkét történeti forrás)</li> </ul>
Halálbüntetés	<ul style="list-style-type: none"> <li>pestises beteg eltitkolása (GNRS)</li> </ul>

3. táblázat: Jogkövetkezmények típusa az egyes történeti forrásokban

### Összegzés

Meggyőződésünk, hogy az egészségügyi tárgyú történeti (jog)források kritikai alapú, jogi elemzésével további ismereteket szerezhetünk a korabeli közegészségügyi állapotokról, ehhez kapcsolódóan a tudományos ismeretek szintjéről, és az esetleges hiányosságokról.

Jelen tanulmányban vizsgált történeti források, a XIX. század második felében létrejövő, modern értelemben vett egészségügyi ellátás, valamint egészségügyi államigazgatás szervezeti és eljárási rendjének kiinduló alapját, előzményét jelentették, ezért történelmi szerepük megkérdőjelezhetetlen.

Egyértelműen megállapítható, hogy a XVIII. század egészségügyi jogalkotását, különösen a közegészségügyi kérdések szabályozását, teljességében uralta a pestis-járványoktól való félelem. Ennek következménye volt a járványügyi szabályozás empirikus alapon történt egyre fokozódó rendszeti típusú szigorítása, amelyben csekély szerepe volt az ekkortájt még jellemzően igen hiányos tudományosan megalapozott orvosi szakmai ismereteknek. A GNRS-hez képest a XVIII. század végi történeti jogforrásokban, a közegészségügy (*sanitas publica*) tárgyának bővülésével, kifejezetten település- és környezet-egészségügyi kérdések is megjelentek, azonban a személyes szolgáltatások körét (*sanitas privata*) illetően a jogalkotó a beteg és a szolgáltató kapcsolatát változatlanul a magánjog területére utalta. A szocialista egészségügy időszakában (1949-1989) a trend 180-fokos fordulatot vett, vagyis az egészségkultúra terén minden közügynek számított. Az újabb szélsőséges irányváltást csak hatályos egészségügyi törvényünknek, vagyis az 1997. évi CLIV. törvénynek sikerült elkerülnie a betegek és a szolgáltatók jogainak kodifikálásával.

### Irodalom

BALÁZS P. Mária Terézia 1770-es egészségügyi alaprendelete I-II. Magyar Tudománytörténeti Intézet, Piliscsaba–Budapest, 2007.

BALÁZS P. Az egészségügyi szabályozás körképe I-II. Magyar Királyság és Erdély. Magyar Tudománytörténeti és Egészségtudományi Intézet, Budapest, 2016.

FEITH HJ, BALÁZS P. (2012) Magyar egészségügyi hatósági igazgatás szervezeti modelljei a XVIII. századtól napjainkig. Kaleidoscope 3. (4): 119-128. ISSN: 2062-2567

<http://www.kaleidoscopehistory.hu/index.php?subpage=cikk&cikkid=94>

FEITH HJ, BALÁZS P, GRADVOHL E. (2014) Betegjogok a régmúltban? Normativitás az orvosi munkában a XIX. századig, különös tekintettel az első átfogó magyar egészségügyi

uralkodói rendeletre. Orvosi Hetilap, 155 (34): 1368-1373.

<https://doi.org/10.1556/oh.2014.ho2499>

FEITH HJ, GRADVOHL E, VÁCZI A, BALÁZS P (2014) Betegek jogi helyzete a paramedikális dolgozók XVIII-XIX. századi szabályozásában. Kaleidoscope (online folyóirat) 9. szám <https://doi.org/10.17107/kh.2014.9.102-116>

<http://www.kaleidoscopehistory.hu/index.php?subpage=kotet&kotetid=33>

FEITH HJ, GRADVOHL E, BALÁZS P. (2015) Az orvosok kötelezettségei, a betegek jogai a dualizmus korában hatályos egészségügyi jogszabályok alapján. Lege Artis Medicinae; 25 (10):454–460.

OBDK 2015. évi beszámoló (2016)

[http://www.obdk.hu/UserFiles/obdk\\_2015\\_evi\\_beszamolo.pdf](http://www.obdk.hu/UserFiles/obdk_2015_evi_beszamolo.pdf) Letöltés ideje: 2016. szeptember 15.

Weborvos (2013) 378 kártérítési per folyik az államosított kórházakban.

[http://weborvos.hu/egeszsegpolitika/378\\_karteritesi\\_per\\_folyik/202496/](http://weborvos.hu/egeszsegpolitika/378_karteritesi_per_folyik/202496/) Letöltés ideje: 2016. szeptember 15.