

# Orvos-egészségügyi igazgatás a két világháború között

Kapronczay Károly

Az első világháború után – az összeomlott pénzügyi rendszer szanalásának idején – hazánkban is előtérbe került a kérdés: hogyan lehet a közigazgatást modernizálni és racionalizálni. A XX. század követelményei megváltoztak. Az állami adminisztrációban addig a jogszerűség, a vezető hatalom kiemelése volt a lényeg, a közigazgatási apparátus annyira felduzzadt, hogy méretei meghaladták a törvényhozás és az igazságszolgáltatás méreteit és jelentőségét. Ez már akadályozta a végrehajtó hatalom eredményességét és az ügyintézés belátható időpontjait is veszélyeztette. A magyar közvélemény a múltban is gyakran bírálta a túlbujánzó adminisztrációt, a bürokráciát, amelynek oka gyakran nem az ügyintézésben részt vevők létszáma, hanem a szakmai alulképzettség volt. Egyre jobban kiszélesedett azonban a választók tábora, akik magukénak tekintették az államot, s a korszerűsítését is szorgalmazták. Olyan új – állami és helyi, szakigazgatási – közigazgatási adminisztrációra volt szükség, amely gyorsan és felelősséggel intézi az ügyeket, s amelynek alkalmazottai általános és szakirányú képzettségük alapján képesek a speciális kérdések eldöntésére. A trianoni béke után elcsatolt magyar területekről jelentős számú tisztviselő és értelmiségi került át Magyarországra, többségükre sem a közigazgatásban, sem addig üzőtt foglalkozásukban nem volt szükség. Ez a helyzet készítette a kormányzatot arra, hogy – az európai folyamatokat is figyelembe véve – felülvizsgálja az ország közigazgatását, kiszűrje előbb az igazgatás és végrehajtás párhuzamosságait, új állami és helyi közigazgatási formákat hozzon létre, erősítse a szakirányú igazgatás módozatait, egyszerű és világos ügyintézészt vezessen be. Új követelményeket állított fel a köztisztviselőkkel és közalkalmazottakkal szemben, növelte a „helyben való döntés” köreit, ezzel együtt kiterjesztette és szigo-

rította a tisztviselői kar felügyeleti és fegyelmi hatóságainak területét.

A hozott törvények sorából kiemelkedik az, amely 1924-ben életre hívta az Országos Takarékosági Bizottságot, ez a testület nemcsak az állami költségvetésben meghatározott tételek és összegek felett gyakorolt felügyeletet, de feladata lett az állami és helyi közigazgatás egyszerűsítésének előkészítése, javaslatának részletes kidolgozása stb.

A közigazgatás reformjának igen lényeges területe lett az egységes tisztviselői kar kialakítása, pontosan elhatárolva a köztisztviselőket a közalkalmazottaktól, ami nemcsak fizetési különbséget, hanem felelősségi kérdéseket is jelentett. A kiegyezés utáni államigazgatásban már pontosan elhatárolódtak azok a feladatkörök, amelyekhez felsőbb iskolai végzettség (jogi diploma, pénzügyi, gazdasági magasabb végzettség) vagy speciális oklevél (orvosi, gyógyszerészi, mérnöki, tanári stb.) lett a kinevezés alapkövetelménye. 1905-ben nemcsak a követelményeket, hanem a jogokat is rendezték, az úgynevezett „közszolgálati paradigma” szigorú rendeletekkel lett körülbástyázva.

Erre épült a közszolgálati jogszabály, amely nemcsak a megfelelő iskolai végzettséget határozta meg, de megszabta a kinevezés rendjét, pályázati feltételeit, fizetési osztályait, előléptetési időhatárait stb. E törvényt egészítette ki az az 1929-ben kelt törvény, amely a köztisztviselők és közalkalmazottak elméleti és gyakorlati kiképzéséről szólt, az államigazgatás szempontjait figyelembe vevő szakvizsgák rendjét és feltételeit határozta meg. Ez a képzés és a posztgraduális továbbképzés egyensúlyát is kialakította, a szakirányú továbbképzésnek pontos rendszert kívánt, valamint kialakította a vizsgabizottságok intézményeit is.

A hazai egészségügy számára a leglényegesebb az volt, hogy kiépítse a szakmai képesítések rendsze-

rét, illetve érvényre juttassa azt a szakigazgatás terén. Az 1770. évi egészségügyi rendeletgyűjtemény már pontos előírásokat tartalmazott az egészségügyi-orvosi igazgatásról, előírta a megyei fizikusok, járási sebészek alkalmazásának rendjét, az állásokat orvosi vagy sebészi oklevélhez kötötte, az egyetemi okleveleket tekintve már 1738-tól működött a Helytartótanács vizsgabizottsága, amely elsősorban a külföldön szerzett oklevelek valódiságát és tulajdonosuk felkészültségét ellenőrizte. Ilyen felhatalmazásokkal rendelkeztek a megyei főorvosok a működési területükön alkalmazott orvos-, sebész- és gyógyszerészjelöltek felett, továbbá kötelességük volt levizsgáztatni a bábákat, és kiképezni a kórházak ápolói személyzetét. Ezen az állapoton az 1848/49-es egészségügyi kormányzat sem változtatott, majd az 1876. évi közegészségügyi törvény (XIV. tc.) a közegészségügy, a betegellátás és a gyógyszerügy terén konkrét rendelkezéseket tartalmazott: pontosan megjelölte azokat a helyeket, állásokat a közigazgatásban, a közegészségügyi igazgatásban, ahol orvosi képeztést kellett figyelembe venni, míg az állami és helyi (önkormányzati) igazgatásban részt vevő orvosok alkalmazásában az általános állami rendelkezések voltak érvényben. A megyei, járási, városi tisztiorvosok pályázathoz és az alkalmazó testület anyagi erejéhez méretezett fizetést kaptak, nem voltak nyugdíjképes állami alkalmazottak, ami sok feszültséget és elégedetlenséget okozott. Ebben a helyzetben lévők voltak a körorvosok, a hatósági orvosok, akiknek alkalmazását az állam tette kötelezővé, a feladatkört képeztetéshez kötötte, míg a szakigazgatás terén még rendezetlen maradt az orvos és az állam kapcsolata.

Más volt a helyzet a Belügyminisztériummal, amely – mint közigazgatási feladatkört – ellátta az egészségügy, a kórházügy, a közegészségügy, a járványügy szakigazgatási feladatkörét. Az állami (országos) igazgatásban részt vevők (orvosok, gyógyszerészek) mai értelemben köztisztviselőknek számítottak, rájuk az általános rendelkezések vonatkoztak.

A kórházügy területén működőket érintette az 1908. évi – az 1876. évi XIV. tc. bővítését is jelentő – közegészségügyi törvénymódosítás, amely a közegészségügy területén orvosi képeztetéshez kötött állásokat akart szervezni, illetve a kórházügyi részek módosításánál már megjelenik a szakképesített szakorvos alkalmazása, amely valójában a szakorvosi rendszer bevezetését, illetve a szakvizsgák szükségességét ismerte el. A szakképesítési rendszer kiépítéséhez tartozott az ápolónőképítés megszervezése. Az állam ekkor még nem vállalta ezt magára, csak elismerte fontosságát, és szükségesnek tartotta ennek beépítését a kórházi ellátásba. Az erre vonatkozó végleges rendelkezések a két világ-

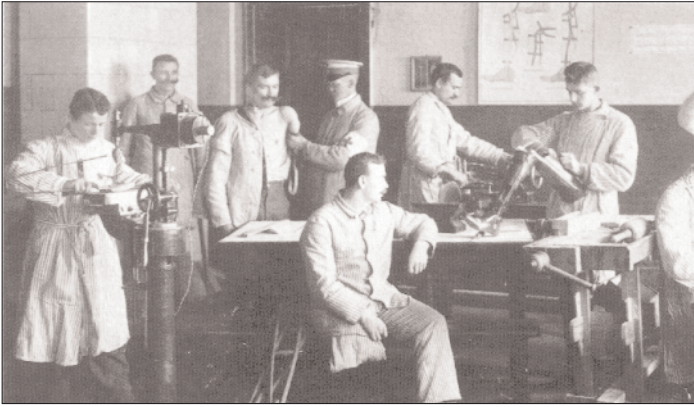


A védőnőknek nagy szerep jutott a többgyermekes családok szociális gondozásában

háború között születtek meg. Éppen a közigazgatás modernizálására és racionalizálására tett általános rendelkezések következményeként államosították részlegesen az ápolónőképítést, államilag elismerték a védőnőképítést, felépítették és megszervezték a képzőhelyeket, míg 1924-től a vezető tisztségek betöltését szakképesítéshez kötötték. A szakorvosi rendszer kialakítása is ezekben az években történt.

A tárgyalt időszakban épült ki a szociális gondozás szervezete, amely 1932-ig a Népjóléti Minisztérium feladatkörébe tartozott, de 1933-ban visszaállították az 1920 előtti állapotokat, ismét a Belügyminisztérium irányította ezeket a területeket. A szociális gondozás végső soron mindig érintkezett az egészségügyi területtel, hiszen az e gondozási formába vontak többsége orvosi ellátást is igényelt: vagy koránál fogva (öreg, illetve gyermek), vagy egészségügyi állapota miatt (rokkant, elaggott, testi hibás stb.) került ebbe a kategóriába. Az 1934-es években a szegénygondozás terén óriási jelentőséggel bírt az úgynevezett egri norma, azon ellátási és gondozási elv, amely szerint az állami támogatást és a helyi erőt nemcsak pénzösszegek kiosztására kellett felhasználni, de munkahelyeket teremteni, alkalmazni a ki- vagy átképzés lehetőségét, kialakítani a segélyezés formáit (egyszeri, többszöri, rendszeres, gyermeket segítő, beiskolázást javító stb.).

Mindenütt programot dolgoztak ki a munkavállalási rendszerre, a szakmai átképzésre, az új szakmák elsajátítására. Erre is külön szakembereket alkalmaztak, s e célra 1922-ben megindult – előbb a Vöröskereszten belül, majd az ápoló- és védőnőképző intézetekben is – a szociálisnővér-képzés. E szociális gondozási rendszerbe bevonták a védőnőket, akiknek alkalmazását az 1931. évi kiegészítő törvény minden településre kötelezően előírt. A védőnőknek rendkívül nagy szerepük lett a többgyermekes és szegény, gyermekes családok gondozásában, szociális ellátottságuk javításában. Bevezet-



A hadirokkantak rehabilitációja is a szociálpolitika előterébe kerül

ték az úgynevezett gyermeknevelési pótlékot (1938), amelyből 1941-ben kiépült az úgynevezett családi pótlék, ennek odaítéléséhez a védőnőktől és a szociális nővérektől kértek javaslatot, környezet-tanulmányt.

Az egészségügyi szakigazgatás végleges kiépítését és elismerését jelképezte, hogy 1932-től a Belügyminisztériumhoz visszacsatolt közegészségügy (beleértve a kórházügyet, a helyi egészségügyi és közegészségügyi közigazgatás felügyeletét is) irányítását orvosi végzettségű államtitkárra bízta, akinek feladatköréhez tartozott a szociális gondozás is. Az orvos-közegészségügyi államtitkár felügyelte és közvetlen irányítása alá tartozott az általános egészségügy, az egészségügyi igazgatás, az egészségvédelem és járványügy, a betegellátás, a szakoktatás és a gyermekvédelem. A belügyminiszter a közegészségügyi szolgálatra vonatkozó felügyeleti jogát a helyi (megyei, városi, járási, köz-

ségi) közegészségügyi felügyelők (általában orvosok) útján gyakorolta, ami a szakigazgatási rendszer továbbépítését, annak a helyi viszonylatokban azonnali intézkedési joggal való felruházását jelentette. Ezen felügyelők intézkedési köre kiterjedt a helyi egészségügyre, gyermekvédelemre, egészségvédelemre, a prevenciót és veszély esetén az elhárítás helyben történő azonnali megszervezését is jelentette. Felhatalmazási köre széles volt, a helyi vagy területi tisztiorvossal együttműködve intézkedéseik azonnali és általános érvényre emelkedhettek.

A belügyminisztert illetve meg a legmagasabb intézkedési jog, akinek döntési munkáját nemcsak a területet irányító államtitkár segítette, hanem szakmai kérdésekben az Országos Közegészségügyi Tanács, a gyermekvédelem területén az Országos Stefánia Szövetség, a Zöldkereszt Egészségvédelmi Szolgálat, az Országos Közegészségügyi Intézet, a közegészségügyi közigazgatás középfokú szervezetei (közegészségügyi állomások, intézetek) és a törvényhatóságok szakági képviselői, a tisztiorvosok és intézményrendszereik. A szakigazgatási rendszer teljes elismerését jelentette, hogy az 1936. évi 9. számú tc. megszüntette a közegészségügy területén a betegellátás területi és kórházi vonatkozásában az úgynevezett „orvosválasztási” rendszert, az orvosok kinevezett állami tisztviselők lettek, nyugdíjképes fizetési osztályokba sorolták javadalmazásukat.

Ezzel valójában lezárult a majdnem százszázéves küzdelme, amely az orvos és az állam viszonyát volt hivatva rendezni, amelynek középpontjában nemcsak a „nyugdíjképeség” elnyerése, hanem e szakterület teljes állami elismerése is állt.

#### FRANCIA ÖSZTÖNDÍJAK

A francia állam meghirdette a 2001-2002-es tanévre szóló orvosi ösztöndíjait. Az ösztöndíjas számára lehetőség nyílik arra, hogy a szigorlóév egy részét párizsi kórházban töltsse, illetve a végzés után egy évvel néhány hónapot–egy évet francia kórházban vagy egyetemen tölthet a sikeres pályázó.

Kutatási ösztöndíjakat és csereutazásokat is hirdetnek.

A francia nyelv nem megfelelő ismerete nem akadály. A sikeres pályázóknak a Francia Intézet ingyenes, intenzív nyelvtanfolyamot biztosít.

Az ösztöndíjkérvények beadási határideje: 2001. február 27. A jelentkezési lapok a francia nagykövetség kulturális osztályán, az ösztöndíjirodában szerezhetők be (Budapest, I. Fő u.).

Felvilágosítással, a kérdőív kitöltésében tanáccsal dr. Wenger Tibor egyetemi tanár készséggel áll az érdeklődők rendelkezésére (Simmelweis Egyetem, Humánmorfológiai Intézet).