

## AZ ORVOSI MŰLT MÉRFÖLDKÖVEI A hazai orvosi igazgatás története

Dr. Kapronczay Károly

### I.

A hazai egészségügyi-orvosi igazgatás első formái a középkorban alakultak ki, elsősorban városokban és sűrűbben lakott településeken, ahol az igazgatási testületek az általuk, a tisztaságra, a járványok elhárítására életre hívott hivataillal a feladatokat végrehajtották. Ezek akár kényszerrel is élhettek, bár tevékenységük igazán eredményessé akkor vált, amikor ezen testületek a gyógyításban is járatos és képzett emberek irányítása alá kerültek. Egyes adatok szerint már *Róbert Károly*, *I. Lajos* és *Zsigmond király* is kötelezte a városokat orvos alkalmazására, noha ezen királyi rendeleteket – részben az orvoshiányra való tekintettel – nem hajtották végre. Például a felvidéki bányavárosokban csak 1566-ban, Debrecenben és Pozsonyban csak 1711-től, Pesten pedig 1724-től alkalmaztak rendszeresen fizetett orvost. Az állam a közegészségügyet még nem emelte az igazgatás feladatkörébe, így az ilyen jellegű intézkedések megteremtése és végrehajtása a helyi igazgatási akarattól és szigortól függött.

A polgárosodás koráig hasonló volt a helyzet Európában is, csak a polgári közigazgatás kifermálódásával alakultak – az általános közigazgatás szerkezetén belül – olyan orvosi feladatkörök, amelyek egy adott területen működő beteggondozó intézmények (ispotályok, szegényházak), gyógyszerárak és az ott működő gyógyító személyzet (orvosok, sebészek, bábák, gyógyszerészek) végzettségét és tevékenységét ellenőrizték, adott helyzetben – járványok idején – a helyi igazgatási hatósággal együttműködtek, rendelkezéseit – például vesztgázr szervezésére – végrehajtották. Hazánkban lényeges változás csak a felvilágosult abszolútizmus korában következett be, amikor is maga az állam – a központosított irányítás formáin keresztül – teremti meg az orvosi-közegészségügyi igazgatás különböző szintjeit, helyi és országos központjait. Ezen terület valóban az állami közigazgatás részévé válik. Formálója az 1723-ban életre hívott Helytartótanács lett, amelynek keretén belül 1738-ban megalakult az állandó egészségügyi bizottság, amelynek feladata az addigi helyi intézkedésekkel szemben az egész ország területére kiterjedő széles horizontú egészségügyi politika megtervezése lett. A helyhatóságok intézkedései, gyakran a helyben élők csökkent áldozatkészsége miatt hiúsultak meg, bár e vonatkozásban – főleg a felvidéki, erdélyi és bányavidéki városokban – voltak kivételek. Az uralkodó csupán kezdeményezési joggal rendelkezett, az intézkedések végrehajtása nem volt kötelező. Így bukott meg 1714-ben *II. Károly* azon utasítása, hogy minden vármegye és város kötelező módon alkalmazzon orvost, létesítsen a szegények és a betegek befogadására ispotályokat. A vármegyék anyagi eszközökre hivatkozva sorra elhárították maguktól az ajánlatot, bár gyakran orvost ak-

kor sem tudtak volna alkalmazni, ha akartak volna, hiszen alig élt a magyar korona területén néhány.

A felvilágosult abszolútizmus magyarországi egészségügyi politikája szorosan kapcsolódik *Mária Terézia* és *II. József* közigazgatási központosítási törekvéseihez. Ennek egyik része a már említett állandó egészségügyi bizottság létrejötte, amelynek feladata nemcsak az időről időre jelentkező különböző járványok elleni védekezés megszervezése, hanem az orvosi és közegészségügyi, szegényellátási és ezekkel kapcsolatos kérdések megvitatása, a rendeletek előterjesztése és végrehajtása lett. E bizottság a Helytartótanács tanácsnoki rendszerén belül működött, elnöke a Helytartótanács egyik vezető tanácsosa (főtisztviselője) volt, aki szakmai kérdésekben a bécsi egyetem orvosi karának véleményét is kikérhette. Ezen bizottság először felmérte az adott állapotokat. Így született meg 1748-ban az a rendelet, amely számba vette az ország területén működő szakembereket (orvosokat, sebészeket, bábákat). Csak az általuk kijelölt orvosi bizottság előtt kellett a működő orvosoknak bemutatni oklevelüket, engedélyükkel lehetett orvosi-sebészi gyakorlatot folytatni. Az 1752-ben megjelent rendelet a vármegyei orvosi hivatalok megszervezéséről intézkedett. A vármegyéknek és városoknak egyaránt kötelezővé tette az orvos, valamint sebész tartását, az illetőnek az alkalmazási helyen kellett laknia. Az orvos feladata, hogy az adott terület közegészségügyi állapotát rendszeresen ellenőrizze, felügyelje a gyógyszerárakat, eljárója legyen a sebészeknek és bábáknak. Rendszeresen jelentenie kellett a megbetegedések számát, a születéseket és halálozásokat, járványok esetén megfelelő módon kellett intézkednie, a szegényeket – életveszély vagy járvány esetén – ingyen gyógyította. 1755-ben országosan szabályozták az orvosok és sebészek tevékenységét. A cél nemcsak az volt, hogy a gyógyító munkát szakmailag ellenőrizzék, hanem, hogy a kuruzslókat vagy a bizonytalan oklevéllel rendelkezőket kiszorítsák az orvosi gyakorlatból.

Ugyancsak a vármegyei és városi orvosok, járási sebészek felügyelete alá helyezték a kórházakat, az ispotályokat, amelyek megkapták azon jogot is, hogy a gyakorló bábákat levizsgáztassák, általuk adott írásos engedéllyel működhessenek. Az 1750-ben és a következő években kiadott rendeletek csak a keretet adták az egészségügyi igazgatás kialakításához. Végleges formát e rendszer az 1770. évi *Generale Normativum Sanitatis* nevet viselő rendeletgyűjteményben kapta meg. Ezen rendeletgyűjteményt 1773-ban, 1787-ben és 1831-ben pótrendeletekkel egészítették ki.

Valójában ez az első országos érvényű közegészségügyi és igazgatási jogszabályrendeletünk. Pontosan meghatározta az országos és a helyi igazgatási formákat, az adott szervezetek és vezetőik feladatait. A rendkívül nagy

orvoshiány pótlására 1769-ben a nagyszombati egyetemet orvosi karral egészítették ki, amelyen ötéves orvos- és hároméves sebészképzést szerveztek. Ez az orvosi kar szakmai és képzési vonatkozásban felügyeleti és véleményezési jogkörrel rendelkezett, az előzményekben említett egészségügyi bizottság tanácsadó szervezete lett, átvette a bécsi egyetem orvosi karának addig gyakorolt feladatait. Az bizonyos, hogy az 1770. évi rendelet egységes rendszert teremtett a hazai egészségügyi-orvosi igazgatásban, amelyet kiegészítő intézkedések tettek még hatékonyabbá. Ezek sorába tartozik a kórházügyet támogató alapítvány, amelyet 1755-ben *Mária Terézia* hozott létre közalaplól épülő kórházak támogatására, illetve ennek hiányában az állam vállalta magára az építési és fenntartási költségeket. A vármegyék és a városok egészségügyi bizottságaikon keresztül folyamodhattak segítségért az alapítványhoz, a támogatás mértékét az egészségügyi – helytartótanácsi – bizottság határozta meg. Ennek nyomán indult meg hazánkban a 18. század második felében az úgynevezett első kórházépítési program, épült fel e programban – többek között – a pesti Szent Rókus Kórház is.

Az imént vázolt rendszert *II. József* intézkedései tökéletesítették, így 1783-ban a Helytartótanácsban belül megszűnt a bizottsági rendszer. Az egészségügyi bizottság szerepét külön osztály vette át, melynek élére az akkor életrehívott országos főorvos került. Az országos főorvos ellenőrizte a vármegyei és városi orvosi hatóságokat, felügyelője lett az orvosképzésnek, elnöke azon közalaplaknak, amely valójában a beteg- és szegényellátást segítette. *A II. József* által kiadott, a szerzetes rendeket feloszlató rendelet nyomán desecularizált vagyont közalappá szervezte, ehhez csatolta a *Mária Terézia* által 1755-ben létesített „kórházépítési” alapot, s az új közalaplakból iskolákat, kórházakat, árvaházakat lehetett létesíteni, építésüket támogatni. Ennek egyik felügyelője (elnöke) lett az országos főorvos.

A felvilágosult abszolutizmus központosított törekvései nyomán a magyar orvos-egészségügyi igazgatás formái egységes szervezetté váltak és ez a minisztériumi rendszer bevezetéséig, a kiegyezés koráig lényegesen nem módosult.

E rendszertől függetlenül – lényegében hasonló szervezettel – működött *Erdély* orvos-egészségügyi igazgatása, élén az erdélyi főorvossal. Kiemelt szerepet kapott az egészségügyi osztály, amely nemcsak az országos adatokat összesítette – betegstatisztikák, orvos-sebész, gyógyszerész nyilvántartások, járványügyvel kapcsolatos adatok, ellenőrzések tapasztalatai és jegyzőkönyvek stb. –, hanem előkészítette az országos intézkedéseket, kapcsolatot tartott a különböző birodalmi hivatalokkal, ellenőrizte az utasítások végrehajtását. Hasonló szerepet töltöttek be a vármegyei orvosi hivatalok, felügyelve nemcsak az egész vármegye területét, de irányítva a járásokban működő sebészeket. Az országos főorvos háborúk idején a nemesi felkelők főorvosi teendőit is ellátta – erre csak egyszer, a napóleoni háborúk idején került sor –, gondoskodnia kellett ezen sereg orvosi és táborigazgatói ellátásáról. Hadgyakorlatok vagy a császári hadsereg kü-

lönböző, az országon belüli felvonulásai idején biztosította a polgári beteggondozó intézményekben a katonaság ellátását stb.

## II.

*A múlt század derekán* következett be a változás, mikor is ez az igazgatási forma már nem felelt meg a korszerű követelményeknek. 1845-ben *Bugát Pál* egy új egészségügyi törvény megfogalmazását, az orvosi igazgatás teljes átszervezését szorgalmazta. E reformterv felölelte az orvosképzés, az intézményi rendszer fejlesztését, az egészségügy és a szegényügy szétválasztását, az orvosi és szakmai érdekvédelem formáinak kialakítását. Leglényegesebb vonatkozása az volt, hogy az állam ne csak a betegek gondozásáról, hanem a prevencióról, az állampolgárok egészségvédelméről is gondoskodjon. Lényeges kérdés volt az állam és az orvos viszonyának a rendezése, hiszen a vármegyék, a városok és a járások vonatkozásában az adott hatóság – függetlenül a törvény alkalmazásának kötelezőségétől – a maga feltételei szerint alkalmazta, erősen eltérő mértékben fizette a hatósági orvosokat. Az orvosok és sebészek valójában gyakorlatukból éltek, díjszabásaikat a Helytartótanács határozta meg. Vita abból keletkezett, amikor a szegényellátásért az orvosnak járó összegeket az őt alkalmazó helyhatóságok vitatták.

*A márciusi forradalom után* lehetőség nyílt az országos egészségügyi kormányzás átformálására, az országos főorvosi teendők szétválasztására és az egységes feladatköröknek megfelelő országos hivatalok kialakítására, az önálló hazai egészségügyi kormányzás megvalósítására. A magyar orvostársadalom aktivitását jellemzi, hogy még a Batthyány-kormány hivatalba lépése előtt, 1848. április 23-án „Az álladalmi közegészségügyi és orvosi ügyekről hazánkban” címmel javaslatot fogalmazott meg, amely részletesen szövegezte az orvosképzés reformjáról, a különböző hivatalok kialakításáról. Ettől függetlenül a kormány első intézkedései között szerepelt az egészségügyi kormányzás új formáinak kialakítása. 1848. április 29-én a kormány szétválasztotta az orvosképzési ügyeket az általános igazgatási kérdésektől. E feladatkört a Vallás- és Közoktatásügyi Minisztérium felügyelete alá rendelte, a polgári egészségügy irányítását a Földművelés-, Ipar- és Kereskedelmi Minisztériumban életre hívott egészségügyi osztályra ruházta, mely intézkedés ésszerűségét sokan megkérdőjelezték. Jobbnak látták volna, ha a Belügyminisztérium feladatkörébe tartoznának, mivel az egészségügyi szakigazgatása szorosan fonódik a közigazgatáshoz. Ettől függetlenül az új osztályon minden feladatkörre külön-külön – tanácsosi rangban levő – szakembert állítottak, míg az alsóbb szinten – a vármegyéknél, járásoknál és városoknál – lényegi változás nem következett be.

A polgári egészségügyet átformáló intézkedéseket csakhamar háttérbe szorították a hadsereggel kapcsolatos gondok, valamint az országban fellépő kolera- és tífuszjárvány kezelésének feladatai. Az előbbi leküzdésére megszervezték az Országos Koleraügyi Választmányt (1848 június), amely országos érvényű rendeleteket hozott a járványok elszigetelésére. Ez a választmány (bizott-

ság) bizonyos értelemben „utóda” lett a Helytartótanács egészségügyi osztályán belül működött járványügyi bizottságnak, amelyet az országos főorvos felügyelt, feladata a járványok elleni intézkedések megtétele, vesztégyrak megszervezése, biztosítása stb. volt.

A nemzetország orvosi szolgálatának kialakításában még a régi elvek érvényesültek: az országos főorvos – mint a polgári egészségügyet intéző misztériumi osztályvezető – gyakorolta a kinevezési és szervezési jogokat, de a Jellasich felett aratott győzelem után az Országos Honvédelmi Bizottmány erőteljes ütemben létrehozta a honvédséget, amely a polgári egészségügytől független honvédorvosi kart és szolgálatot szervezett meg. Átmeneti „megoldásként” *Stáhlly Ignácot*, a polgári egészségügyet irányító osztály vezetőjét, tábori főorvossá nevezték ki, de a két terület szétválasztása lényeges kérdéssé vált. A Honvédelmi Minisztériumban külön egészségügyi osztályt szerveztek, így a két területet teljes egészében szétválasztották. A hadi események viszont a katonai területet helyezték előtérbe, *Stáhlly Ignácot* nevezték ki ezen osztály élére, tették meg a szervezés alatt álló honvédorvosi kar főnökének. *Stáhlly Ignác*, majd 1849 januárjától *Flór Ferenc* valóban magas színvonalú, igen jól működő katonaeegészségügyi szervezetet alkotott, intézményi hálózata valóban 1849 tavaszán a hadi sikerek egyik biztosítéka lett. Személyi állománya – közel nyolcszáz orvos és sebész – magas színvonalú és állhatatos munkája a hazai orvostörténelem lényeges fejezete.

A honvédség ellenőrzése alatt álló területeken a polgári egészségügyet is a katonai célokra rendelték alá, így közvetlen irányításuk a Honvédelmi Minisztérium egészségügyi osztálya feladata lett. 1849 májusában, a győztes tavaszi hadjárat és Buda visszavétele után került sor a polgári- és a katonegészségügy szétválasztására, s az előbbi irányítására a Belügyminisztérium megszervezték az egészségügyi osztályt, amely tényleges tevékenységét alig kezdte meg, amikor a magyar szabadságharc elbukott.

### III.

*A világosi fegyverletétel után* hazánk egész területén katonai közigazgatást vezettek be, amely véget vetett a függetlenségéért végsőkig küzdő magyar állam orvosi-egészségügyi irányítási formáinak. Az osztrák kormány az új kormányzati rendszert vezetett be, létrehozta a főkormányzóságokat, amelyeket öt (pesti-budai, soproni, pozsonyi, kassai és nagyvárad) kerületi egységre osztott. Az egész rendszert a bécsi hadügyminisztérium felügyelte, amely 1850-ben Budán felállította a Helytartóságot. Ennek felügyelete alá tartozott a már említett öt igazgatási kerület. Ehhez igazodott az egészségügyi kormányzat is, melynek központi irányítását a bécsi belügyminisztérium, illetve a bécsi Állandó Egészségügyi Bizottság hatáskörébe utalták. Az 1852. október 20-án megjelent birodalmi belügyminiszteri rendelet értelmében a polgári egészségügyi közigazgatás vezetőit az öt helytartósági kerületben felállított egy-egy egészségügyi hivatal irányította. Ennek munkáját a melléjük rendelt egészségügyi bizottsá-

gok segítették. Ezen bizottságok tagjainak felét részben a megyei főorvosok, gyógyszerészek, másik felét az igazgatási tisztviselők adták. Az adott kerület minden orvosi állását kinevezéssel töltötték be, de az új rendszerben megmaradtak a vármegyei és járási főorvosi tisztségek és hivatalok. Ekkor rendelték el a kötelező kör- és községi orvosi intézményt, amely az adott település lélekszámához igazodott. Ötezer lakosra legalább egy orvosnak kellett jutnia, illetve a kisebb településeken körorvost alkalmaztak. Fizetésüket a kincstár elvállalta, bár az alacsony fizetés miatt kevesen pályáztak ezen állásokra. Az új igazgatási forma jelentős intézkedéseket eredményezett: megszigorította az orvosi gyakorlat lehetőségeit, drasztikusan fellépett a kuruzslás ellen, bevezette az orvosi díjszabást, megalkotta a gyógyszerési ügyrendet, szabályozta a köz-ápolást és a kórházügyet, de szétválasztotta a kórház- és szegényügyet, a kórházi ápolással kapcsolatban kötelező pénzügyi normákat állított fel. Az egész ország területére kiterjedő kórházépítési programot dolgozott ki, amelyet az állam finanszírozott. A kincstári, közalapok és állami pénzügyi források mellett az állami sorsjáték bevételeinek jelentős részét is erre a célra átemelte. E diktatorikus és erősen központosított rendszernek köszönhetően hazánk területén ezekben az években 4000 betegágygal bővült a kórházügy.

E rendszerben jelentett változást az 1860. évi *Októberi Diploma*, amely visszaállította hazánk területén az 1848. évi alkotmányos állapotokat, a vármegyék autonómiáját, a helytartósági kerületek helyett a Helytartótanácsot. Itt megszervezték az 1786-ban elrendelt egészségügyi osztályt, amely ismét felszámolta az 1852-ben kialakított rendszert. Viszont nem számolták fel az ekkorra már teljesen kiépített községi és körorvosi rendszert, hasznosnak minősítve beépítették a visszaállított orvosegészségügyi igazgatási rendszerbe. A Februári Patens kiadása után a birodalmi centralizáció visszatérő kormányzati rendszere megtartotta a Helytartótanácsot, így az egészségügyi igazgatási rendszer már elég elavult rendszerét.

### IV.

*A kiegyezés után* az orvosi-egészségügyi közigazgatás – az 1849 májusi helyzetnek megfelelően – a Belügyminisztérium feladatkörébe került, az orvosképzést pedig a Vallás- és Közoktatásügyi Minisztériumba helyezték át. Az illetékes minisztériumok tevékenységét segítette az Országos Közegészségügyi Tanács, mint e terület legmagasabb tanácsadó testülete, véleményezési és kezdeményezési jogkörrel felruházva. A végleges formákat az az 1876. évi Közegészségügyi Törvény rendezte, amely a korabeli Európa legkorszerűbb ilyen jogalkotása lett.

Az 1876. évi Közegészségügyi Törvény – az igazgatás vonatkozásában – kimondta, hogy ez állami feladat, de annak végrehajtása is maradtéktalanul jogkörébe tartozik. A Belügyminisztérium illetékes osztálya összegzi és irányítja a szakterületet, az első (járási) és másodfokú (vármegye, város) hatóságok nemcsak végrehajtók, hanem működési területükön felügyelik a közegészségügyi állapotokat,

megelőző és végrehajtó intézkedéseket tesznek. Az első- és másodfokú hatóság munkáját segíti a helyi Közegészségügyi Bizottság, amelynek tagjai csak erre képesített szakemberek (orvosok, gyógyszerészek és az ott működő katonaság kijelölt orvosai, stb.) lehetnek. A törvény különbséget tesz közegészségügyi és törvényszéki ügyek között, az utóbbi véleményező országos testülete az Országos Igazságügyi Orvosi Tanács (1891). Az orvosi és gyógyszerészeti tevékenységet végzettséghez kötötték, működésre engedélyt az elsőfokú hatóság kezdeményezésére a másodfokú hatóság adhatott. Az orvostartást 6000 lélekszámhoz kötötték, kisebb települések körorvost voltak kötelesek alkalmazni. A községi (hatósági) orvosok tevékenységüket díjazás ellenében végezték, a szegényeket ingyen kezelték, aminek költségeit a törvényhatóságok, később a biztosítók megtérítették. Kötelmeik közé tartozott a járványok elhárítása, a rendőrorvosi teendők végzése, a halottkémlelés, a közegészségügyi állapotok figyelemmel kísérése, felügyelése. Felettesük a járási orvos, de a járási, vármegyei és városi főorvosoknak tisztiorvosi vizsgát kellett tenni. Minden 1500 lakos után 1 vizsgázott bábát voltak kötelesek tartani, aki az elsőfokú hatóság fegyelmi és szakmai felügyelete alá tartozott. A kórházak és gyógyintézetek létesítését a belügyminiszter engedélyezte, az alapítás feltételeiről a Közegészségügyi Törvény megfelelő fejezete rendelkezett. Külön rendeletben szabályozták az elmebetegre vonatkozó és a gyógyszerügyi ügyeket, s a törvény kiterjedt az ipar- és munkaegészségügyre, a közlekedési, a mezőgazdasági, s más tárcákat is érintő köz- és egészségügyi feladatokra. E törvény egyik lényeges hiányossága, hogy résztvevőit az adott helyhatóság (törvényhatóság) alkalmazta (nevezte ki), de tisztségük nem felelt meg a köztisztviselői jogállásnak. Ezen az 1908. évi törvénymódosítás annyiban változtatott, hogy a hatósági orvosok nyugdíjképes tisztviselők, bár a hivatalokba beosztottak kinevezési (választási) joga továbbra is az illetékes törvényhatóság jogkörében maradt.

E rendszer változatlan maradt 1945-ig, bár 1920–1932 között a felügyeleti és országos irányítási feladatkör átkerült a Népjóléti- és Munkügyi Minisztériumba, gyakran ellentétet okozva a közigazgatást irányító Belügy- és szakmai közigazgatást végző Népjóléti Minisztérium között. Ugyancsak bizonyos sűrűlődést okozott a biztosítási rendszerben működő orvosok és a szakmai igazgatás között, de egy dinamikusan fejlődő, európai színvonalat képező rendszer formálódott ki. A századforduló éveitől e szakigazgatási területen is érvényesült az ún. köztisztviselői paradigma, ami az egyes állások, feladatkörök betöltéséhez szükséges végzettséget, közigazgatási ismereteket szélességét és szakszerűségét kívánta rendezni. Ez ugyan kevésbé okozott feszültséget az orvosi igazgatás vonatkozásában, hiszen ez orvosi diplomához, tisztiorvosi vizsgához volt kötve, de általános közigazgatási ismeretek bővítését (külön vizsgáztatását) kívánta ezen állások betöltőitől. Más kérdés volt a fegyelmi felügyelet kérdése: az általános közigazgatási alárendeltségben működő közegészségügyi-orvosi szakigazgatás legfelső vezetője a főszolgabíró, az alispán és a főispán volt, akik általában nem voltak ezen a területen szakem-

berek, orvosi kérdéseket nem tudtak megítélni. Éppen ezért fontos szerepet kaptak a Közegészségügyi Bizottságok, az Országos Közegészségügyi, valamint az Országos Igazságügyi Orvosi Tanács, de elindítója lett a kamarai gondolatnak, hogy egy érdekvédelmi testületbe tömörülő orvosok szakmai vétségeit ennek etikai és szakmai bizottságai véleményezzék, őket illesse meg a fegyelmi döntés joga.

#### V.

1945-ben az egészségügyi kormányzás a Népjóléti Minisztériumhoz került, felügyelete alá kerültek az orvos-egészségügyi, illetve a közegészségügyi igazgatási szervezetek. Ezt tükrözte a minisztériumi főosztályi rendszer (egészségügyi-igazgatási, anyagbeszerzési, egészségvédelmi és betegellátási); a helyi végrehajtó szervek a megyei tisztiorvosi hivatalok lettek. A Népjóléti Minisztérium a rendkívüli helyzetre való tekintettel az egészségügyi igazgatás átmeneti decentralizálását rendelte el: az országot hat egészségügyi felügyelői kerületre (Budapest, Debrecen, Miskolc, Pécs, Szeged, Szombathely) osztotta, vezetőik a járványügyet, a megelőzést és a védekezést irányították. Ezen munka legfőbb szakmai irányítója az Országos Közegészségügyi Intézet. Az 1940-es évek végén megkezdődött az egészségügyi közigazgatás teljes, szovjet mintára történő átalakítása: 1951-ben megalakult az Egészségügyi Minisztérium, amely nemcsak az igazgatás, a megelőzés, a betegellátás és az ezekkel való gazdálkodás kérdéseit irányította, hanem ide került az orvos- és a különböző szintű szakképzés feladatköre. 1949-ben a tanácsai rendszer bevezetése idején az első- és másodfokú egészségügyi hatóságokat, a tisztiorvosi hivatalokat önálló osztályonként besorolták a helyi, a járási és megyei tanácsok apparátusába, amelyek szakmai felügyelője ugyan az Egészségügyi Minisztérium maradt, segítőkük viszont a helyi-területi alapon szervezett járványügyi-közegészségügyi állomások lettek. A betegellátás területén nemcsak az jelentett változást, hogy magánkórházakat és megszüntetett biztosítótársaságok, valamint a felosztott szerzetesrendek kórházait, továbbá a protestáns beteggondozó intézményeket besorolták az egységes kórházi rendszerbe, de költségvetési szempontból különbséget tettek az állami és a megyei (városi, járási, fővárosi és tényleges megyei) kórházak között, míg a szociális ügyeket áthelyezték a Minisztertanács Hivatalába. Az általános biztosítási rendszer valóban nagyobb terhet rótt az egészségügyre, a betegellátásra, fokozottabb figyelmet az egészségügyi közigazgatásra, amelyen belül erős szakosodást, a különböző szakfeladatok elvégzésének finomabb szervezeti formáinak kialakulását hozta. Valójában e rendszer változatlan maradt a rendszerváltozásig, bár tapasztalati alapon egyes önálló rendszereket – például a kórházi ellátást és a rendelőintézeti tevékenységet – összevontak vagy egészen közeli együttműködésre készítették.

#### VI.

A rendszerváltoztatás alapvető változásokat eredményezett az egészségügyi igazgatás területén: az orvoskép-

zés és a felsőfokú- és középfokú szakmai oktatás irányítása átkerült a Közoktatásügyi (Oktatásügyi) Minisztériumba, bár ezek szakmai felügyeletét az Egészségügyi Minisztérium látja el. Az első- és másodfokú szakmai igazgatást kiemelték a tanácsok helyébe lépő önkormányzatok hivatali rendszeréből: az akkor életre hívott Állami Tisztiorvosi Hivatal, mint országos szervezet, helyi irányító és végrehajtó intézményei lettek, felügyeletük alá kerültek a járványügyi-közegészségügyi állomások, amelyek az előbbi szervezet egységeiként tevékenykednek tovább. A szakmai irányítás országos központja az Országos Közegészségügyi Intézet. A magánkórházak, a magánbiztosítók és a visszaadott egyházi kórházak ugyan színessé tették a betegellátást, de a társadalombiztosítás új formáinak életbeléptetése finanszírozási zavarokat eredményezett, amelyből kiutat semmiképpen sem jelen-

tett a betegágyak tervezett leépítése. Az egészségügy egyes területeinek, a beteg- és járóbetegellátás kisebb egységeinek privatizálása elindult, végleges és teljes megvalósulása időigényes.

#### IRODALOM

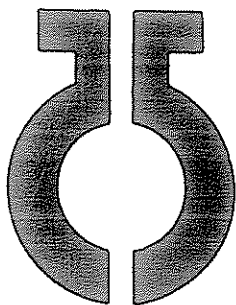
1. Demó K.: Az orvosi rend története. Bp. 1894. – 2. Gortvay Gy.: Az újabbkori magyar orvosi művelődés és egészségügy története. Bp. 1953. – 3. Győri T.: Az orvostudományi kar története. Bp. 1936. – 4. Kapronczay K.: Az egészségügyi igazgatás XVIII. századi reformja. Orv. Hetil. 1981. 124. évf. – 5. Kapronczay K.: Egészségügyi igazgatás a szabadságharc bukása után. Orv. Hetil. 1988. 129. évf. – 6. Szumowski, W.: Az orvostudomány története. Bp. 1939.

K. Kapronczay: *Milestones of the medical history. History of the administrative organisation of the public medical service in Hungary.*

*Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, könyvtár és levéltár, Budapest, Török u. 12. – 1023*

### GYÓGYSZERÉSZEK, EGÉSZSÉGÜGYI INTÉZMÉNYEK

**Legolcsóbban a gyártótól!**



- Gyógyszertári porcelán, állvány és raktári üvegedényzet teljes választéka
- Az edényzetek szignálása
- Laboratóriumi porcelán és üvegeszközök
- Porcelán és üveg díszműáru
- Konyha felszerelés

Gyártó cégünk termelői áraival várja kedves vevői megrendeléseit. A 20–50–100 e Ft feletti vásárlóinkat különböző mértékű árengedményben részesítjük.

A hirdetés felmutatóit vásárlás esetén további engedményben részesítjük.

Minden kedves vevőnket megajándékozunk.

**WITEG-KŐPORC KFT.**

1106 Budapest, Tárna u. 4. „B” épület

Telefon: 262-6363; 06 (30) 921-4261 • Tel./fax: 262-6296