
A magyar egészségügy a nagy háború után

Az első világháborút lezáró fegyverletételi egyezmény pillanatában a királyi Magyarország közigazgatási rendszere az összeomlás szintjére került: a még hivatalosan nem létező, de már működő utódállamok hadseregei fokozatosan foglalták el a történelmi Magyarország részeit. A csehszlovák hadsereg a Felvidéket és Kárpátalját, a román hadsereg december elejétől Erdélyt, míg a szerb királyság csapatai Bácskát, Bánátot, Vajdaság területeit szállták meg, katonai közigazgatást vezettek be. Szerb hadsereg szállta meg Pécs városát, Szeged és környéke francia ellenőrzés alá került. A megszállt területeken gyakorlatilag megszűnt a magyar közigazgatás, Erdélyben a román királyság, a Délvidéken a szerb királyság közigazgatási törvényeit érvényesítették. A Felvidéken a Csehszlovák Nemzeti Tanács közigazgatási rendeleteit és rendszerét vezették be. A magyar közigazgatás alkalmazottait az új államhatalomra vonatkozó eskü letételére kötelezték és megkivánták tőlük a nyelvismeretet.

Magyarországnak a békeszerződés értelmében – a területi elcsatolások mellett – anyagi jóvátételt kellett fizetni. Az utóbbi nagysága a világháborút megnyerő szövetségeseknek a háborúra fordított kiadásai összege volt, amelyet a vesztes országok között arányosan felosztottak. Ezt Magyarország vonatkozásában 1923-ban állapították meg, ami 20 év alatt fizetendő 200 millió arany márkát jelentett. Ahhoz, hogy ezt teljesíteni lehessen, előbb stabilizálni kellett az inflálódó magyar valutát. Ez valamikor az 1940-es évek végén fejeződött volna be.

Hatalmas volt az emberveszteség. A véglegesnek és hitelesnek tekinthető 1927. évi statisztikai jelentés szerint 661 ezer magyar katona esett el, a tartósan sebesültek létszáma 743 ezer katona volt, fogságba esett 734 katona, ez összesen 2 millió 138 ezer fő volt, a hadsereg 1914–1918 közötti létszámának 56%-át tette ki. A távlatokban a minősített hadirokkantak ellátásáról, az özvegyek és hadiárvaik támogatásáról gondoskodni kellett: folyamatosan kiépült az infrastruktúra (rokkantkórházak, gondozóintézetek, árvaházak stb.). A hadigondozottak megsegítésére folyamatos gyűjtéseket szerveztek. A trianoni békeszerződés után újjá kellett szervezni az egész hadigondozó rendszert. 1918 őszén a magyar kormány arról nyilatkozott, hogy a magyar állam területén működő közös hadsereg katonakórházaiban fekvő nem magyar katonák ápolási költségeit nem képes vállalni.

A világháborút követő két esztendőben a szomszédos államok hadseregei zavartalanul birtokba vettek minden magyar tulajdont, amelyekért kártérítést nem fizettek, ezeket később sem lehetett „beszámolni” a jóvátételi összegekbe. A megszállt volt magyar területeken – mint már említettük – a közegészségügy teljes infrastruktúrája az utódállamok ellenőrzése alá került. Az ott dolgozó magyar szakszemélyzet egy részét (orvosokat, betegápolókat, adminisztratív erőket) egyszerűen – mint a pozsonyi orvosi kar tanárait – kiutasították. Ebben a román királyság járt az élen. A magyar egészségügyi szakszemélyzet zöme Magyarországra menekült.

(Az egészségügy előtt álló feladatok) Az 1918 őszétől bekövetkezett menekültáradat elhelyezési, élelmezési, iskoláztatási problémákat hárított a magyar kormányra. A betegellátással kapcsolatban bővíteni kellett a rendelkezésre álló kereteket, a hatósági orvosi szolgálatot, álláshelyeket keresni a menekült magyar orvosoknak, a biztosítással nem rendelkezőknek természetesen ingyenes ellátást kellett nyújtani.

A világháborút követő időszak magyar kormányaira hárult a magyar közegészségügynek a világháború éveiben „félbemaradt” fejlesztési programjának befejezése. Ennek lényege a vidék közegészségügyének fejlesztése, a vidéki betegellátó hatósági orvosi hálózat növelése, a megbiztosítás – megbiztosítási társasági formák szervezésével – minden vidéki lakosra történő kiterjesztése, a közegészségügyi állapotok (ivóvíz-, szennyvízrendszer kiépítése) javítása. Ehhez a programhoz tartozott a csecsemő- és gyermekvédelem, a terhesgondozás és az anyavédelem megszervezése. A programot a Stefánia Szövetség (1915) fogalmazta meg. Központi kérdéssé vált a betegápoló és védőnőképzés „államosítása”, új orvosképző egyetemek kiépítése (Pécs, Debrecen és a Szegedre települt kolozsvári egyetem), infrastruktúrájuk megszervezése. Felvetődött egy egységes egészségügyi-közegészségügyi minisztérium felállítása, amely egységes szempontok szerint kezeli és irányítja a közegészségügy-betegellátás területeit. Ehhez csatolták a szociális ellátást, amelynek megoldására a háborúval együtt járó szegénység sürgetett.

A kormányzat kitartott a háború előtt elhatározott közegészségügyi, vidékfejlesztési programok végrehajtása mellett, kész volt újragondolni a közegészségügy-irányítás meglévő formájának átszervezését is. Tervek születtek a volt közös hadsereg tulajdonát képező kórházaknak a polgári egészségügy rendelkezésére adására. A tervezetek megvalósítására a Belügyminisztérium már alkalmatlan volt, így előtérbe került az önálló Egészségügyi Minisztérium felállításának lehetősége. Ez vezetett végül a Népjóléti és Egészségügyi Minisztérium megszervezéséhez.

(Az új irányítási forma kialakítása) Az 1918. évi IV. sz. néptörvény kimondta a Munkaügyi és Népjóléti Minisztérium felállítását. A törvény szerint: „... a munkaügyi és népjóléti miniszter hatáskörébe tartozik a munkaügy egész terjedelmében az összes termelési és foglalkozási ágakra nézve, továbbá a munkásbiztosítás és általában a kisebb jövedelmű néposztályok biztosítási ügye, a közsegélyezés ügye, a hadigondozás, nevezetesen a rokkantak, a hadiárvák és hadiözvegyek gondozása, a munkaügyi és népjóléti statisztika.” A kormány az 1919. január 21-én kelt 6625/1918. M. E. Sz. rendeletével részletesen kialakította az új minisztérium hatásköreit. Viszont az egészségügyi teljes irányítása, a közegészségügy és az orvosi kérdések továbbra is a Belügyminisztérium feladatkörében maradt, csak a szociálpolitikai vonatkozások kerültek az új minisztérium feladatkörébe.

Az új minisztérium szervezése 1919 márciusának végéig csak a tervezés szintjéig jutott el: tervek születtek a nép- és munkaegészségügy kiszélesítésére, ehhez kellett a pénzügyi kereteket biztosítani. A Tanácsköztársaság egészségügyi-szociális kormánya az előbbi programokat átvette, saját ideológiai nézeteinek megfelelően „áthangolta”, ebből akarta az igazgatás alsó, közép- és felső szintjét átszervezni. A Munka- és Népjóléti Népbiztosság általános és ingyenes betegellátást, ingyenes orvosi-kórházi kezelést ígért mindenkinek. Ellentmondásos helyzet alakult ki: a betegellátás általános kérdéseivel a még nem működő Munka- és Népjóléti Népbiztosság, az egészségügyi közigazgatással viszont a Belügyi Népbiztosság foglalkozott. Ezt az ellentmondást volt hivatott feloldani az 1919. július 1-jével megalakult Népjóléti és Közegészségügyi Népbiztosság, amely az egészségügy, a közegészségügy, a betegellátás és biztosítás egész területére kapott felhatalmazást. Ennek rendelték alá az első- és másodfokú egészségügyi hatóságokat, ez irányította volna országosan a megelőző és végrehajtó tevékenységet, sőt ide csatolták a szakmai képzés (orvosképzés) területét is. Minden a tervezés szintjén állt, amikor megbukott a Tanácsköztársaság.

(Népjóléti és Munkaügyi Minisztérium) A Tanácsköztársaság bukása után működött kormányok az egészségügyi kormányzást elválasztották a Belügyminisztériumtól, 1919. december 7-én előbb a Népegészségügyi Minisztériumhoz, majd 1920. évi I. tc. szerint a Népjóléti és Munkaügyi Minisztérium hatáskörébe utalta. Ide sorolták – a kereskedelemügyi, a pénzügy és földművelésügyi minisztériumtól – a munkásbiztosítást, a Miniszterelnökségtől a hadigondozást, a Belügyminisztériumból az egészségügyi igazgatást és a gyermekvédelmet, a közjóléti és alapítványi ügyeket, a Honvédelmi Minisztériumtól a nem hivatásos állomány (hadirokkantak, hadiözvegyek és árvák) ellátását, az Igazságügyi Minisztériumból a lakásügyet és menekültügyet. 1921-ben pedig ide csatolták az Országos Tisztviselői Betegsegélyező Alapot (OTBA). 1922-ben viszont a mezőgazdasági munkások biztosításának kérdéseit ismét a Földművelésügyi Minisztérium hatáskörébe helyezték vissza. A minisztérium felső és az alsó szintekig irányítója lett az egészségügynek, egy tárcán belül kezelte a szociálpolitikát.

Az új minisztériumon belül az egészségügyet (egyben az orvosi szakigazgatást is) Fáy Aladár, Scholtz Kornél, végül (1924-től) Johann Béla államtitkár vezette. 1922-ben Fáy Aladár államtitkár felállította az ország négy közegészségügyi felügyelőségét, a másod- és elsőfokú igazgatási hatóságoknál külön részlegek foglalkoztak a köz- és járványügy kérdéseivel. A kerületi közegészségügyi felügyelőségek hatáskörébe került a közegészségügy irányítása, a járványügy ellenőrzése, a helyi intézkedések megtétele.

A központi irányító és végrehajtó minisztériumon belül általános szakigazgatási osztályok foglalkoztak az egyes területekkel, amelyeknek vetülete megtalálható volt a másod- és elsőfokú egészségügyi hivatalokban. Ugyanakkor lépések történtek a minisztérium keretein kívül szervezett, de annak alárendeltségében működő intézmények felállítására is, amelyek a hivatali ügyintézés megkötöttségei nélkül közvetlenül irányították és ellenőrizték a rájuk bízott szakterületeket. Ez az intézmény az 1925. évi XXXI. tc. által létrehozott Országos Közegészségügyi Intézet lett, amelynek alárendeltségében vidéki – területi – állomások működtek. Tevékenysége kiterjedt a járványügy ellenőrzésére, az oltóanyaggyártásra, a vidéki ivóvízellátásra, vidéken fiókállomásokat szervezett, felügyelte a tisztiorvos-, ápolónő- és védőnőképzést, a gyógyszerellenőrzést és törzskönyvezést, az egészségvédelem és felvilágosítás rendszerét. Meg kell jegyezni, hogy tevékenysége nem terjedt ki a fővárosra, itt e feladatot a Fővárosi Közegészségügyi Intézet teljesítette, kerületi alközpontok segítségével.

1932-ben a Belügyminisztérium vette át a Népjóléti és Munkaügyi Minisztérium egészségüggyel és szociális gondozással kapcsolatos összes feladatkörét, amit önálló államtitkár irányított. A belügyminiszter (illetve a szakmai államtitkár) tevékenységét segítette az Országos Közegészségügyi Tanács, míg a szakmai-etikai kérdések elbírálásában és minősítésére, életre hívták az Országos Orvosi Kamarát (1936), kamarai tagság nélkül nem lehetett orvosi gyakorlatot folytatni, magánpraxist kezdeni.

(Kórházügy) A Népjóléti Minisztérium az 1920-as években – a fizetőképes és biztosított lakosság szükségleteinek megfelelően – az állam kórházfejlesztési programot dolgozott ki, amelynek során 1921 és 1930 között a hazai betegápoló és gyógyintézetek száma 183-ról 233-ra, az ágyak száma 26 451-ről 39 821-re emelkedett. Ez az emelkedésben tízezernél több betegágyat és 4-5 épületet jelentett, hiszen a Magyarországon található katonai egészségügyi intézmények egy részét – tekintettel a hadsereg korlátozott létszámára – átengedték a polgári egészségügynek. A kórházügy alaprendeletei nem változtak, a két világháború között alapvető módosító intézkedéseket nem adtak ki, az állam teljes mértékben fedezte a szegény betegek ápolási költségeit, a teljes költségterítés helyett

bevezették az általános átalánytérítést. Az állami hozzájárulások miatt egyre szükségesebbé vált a kórházi munka gazdaságosságának és a pénzügyi normák újragondolásának kérdése, amelynek érdekében szakképzési formákat alakítottak ki.

A két világháború között zajlott le hazánkban az ún. második kórházépítési program, amelynek első szakaszában felépültek a vidéki orvosi karok klinikai telepei, központi épületei Szegeden és Debrecenben, illetve Pécsen jelentős átalakításokkal régebbi intézeteket formáltak át oktatási és gyógyítási célokra. Felépült gyermekgyógyászati intézményeink többsége, így például a budapesti Madarász utcai csecsemő- és gyermekkórház, jelentősen kibővült a Kék Kereszt (Heim Pál Gyermekkórház) intézménye, az állami gyermekmenhelyek gyógyító részlegei, a gyermekszanatóriumok rendszere és speciális gyermekintézetek (pl. a nyomorék gyermekek otthonai, gyógyító részlegei, a vakok és siketek állami intézményei stb.).

Egyre nagyobb szerepet kapott a kórházfejlesztésben a biztosító intézetek gyógyító intézeteinek fejlesztése: megépült a MÁV Kórház és szanatóriumi hálózata (Budakeszi, Mátraháza stb.), az OTI Uzsoki utcai Kórháza. Az 1930-as években zajlott le Budapesten a második jelentős kórházépítési program, ennek során felépült a mai Bajcsy-Zsilinszky Kórház (Horthy Miklós Kórház – 1932), a SOTE Gyakorló Kórháza (akkor OTBA, 1992-ig Központi Állami Kórház – 1933), a MABI Kórháza (Péterfy Sándor utcai Kórház), a Tétényi úti Kórház első szakasza (Szent Imre Kórház), az Országos Traumatológiai Intézet (Magdolna Baleseti Kórház – 1936). Hasonló folyamat játszódott le vidéken is, így épült fel a berettyóújfalui, a ceglédi, a kiskunhalasi, a mátészalkai, a nyíregyházi, a kaposvári, a veszprémi kórház, új épülettel bővült a szombathelyi, a szekszárdi, a nagykanizsai, a kecskeméti, a bécscsabai, a gyulai kórház.

A hazai kórházak hálózata 1939-ben 304 gyógyintézettel és 46 922 betegágygal rendelkezett, 10 ezer lakosra mintegy 47 ágy jutott, így az országos betegágylétszámon belül mintegy 9 ezer ágyat a tbc-s betegeknek biztosítottak. Az országos betegágylétszámon belül jelentős arányt képeztek – 10 134 betegágygal – a magánkórházak (54 gyógyintézetre elosztva), míg a biztosítótársaságok teljes ágylétszáma mintegy 15 ezer volt. A pesti és a vidéki egyetemi klinikák ágylétszáma 8441 volt, de a nyolc bábaképző intézet szülönői ágyszáma is 980-at tett ki.

Állami támogatásban részesültek az egyházi kórházak és gyógyintézmények: a szerzetesrendek betegágylétszáma 4561 volt, de ebbe a számba nem tartozott bele a közel 3 ezer szociális-beteg gondozói férőhelyeik száma. A protestáns felekezetek is jelentősen növelték gyógyintézeteik számát és férőhelyeiket, közülük is kiemelkedett a Református Egyház Bethesda Gyermekkórháza. 1938–1940-ben – a területi visszacsatolások után – a hazai kórházi ágylétszám 13 100-zal, az intézmények száma 38-cal növekedett. Ezek közül több már 1918 előtt is működött, de többségük új építmények voltak a román és a csehszlovák állam részéről. A visszacsatolt területeken jelentős volt a magánkórházi szám (20), a betegágyak száma e vonatkozásban 4990 volt.

(Orvostársadalom) Az I. világháború komoly vérvesztéssel járt a magyar orvostársadalomra nézve, a frontokon és hadifogságban 694 orvos vesztette életét. A hátszínben rendkívüli nagy tehervállalást jelentett a katonai szolgálatra behívottak helyettesítése. A gondok csak fokozódtak a háború befejezése után: a csehszlovák, a román és a szerb hadsereg által megszállt magyar területekről nemcsak a magyar közigazgatás, hanem az egészségügyi szolgálat alkalmazottjai is elmenekültek, amelynek újabb hulláma következett be a trianoni békeszerződés megkötése után.

Az utódállamok közigazgatása mindenkitől megkövetelte az állam hivatalos nyelvének ismeretét, ebben nem adott haladékot senkinek. Így nemcsak a magyar lakosság jelentős része, hanem a magyar hivatalnoki kar – elsősorban ez a réteg – keresett menedéket és megélhetést Magyarországon. A trianoni békeszerződést követő első népszámlálás (1920) adatai szerint a trianoni Magyarország területén 7,5 millió lakosból 4324 orvos volt. Az ország lakossága 1926-ban megközelítette a 9 millió főt, az orvosok létszáma 6068 lett. Az orvoslétszám növekedése több mint 1500 fő lett, miközben a magyar egyetemekről kikerült orvosok létszáma meg sem közelítette az utóbbi 1500 főt. A különbözetet inkább az elcsatolt területekről elmenekült vagy áttelepült orvosok adták. Az 1926. évi adatok szerint a Magyarországra menekült közel 1,5 millióra tehető magyar állampolgár az elcsatolt területekről érkezett. Országosan 1 orvosra 1394 beteg jutott, az orvosok 43%-a Budapesten működött, ahol 1 orvosra 356 lakos jutott. Budapesten 2609 orvos élt (a valós igény az előbbi számadat felét sem tette ki), míg a többi városban (50) 1665 orvos, amely vidéki városokban az ország lakosságából 1,7 millió ember élt. Vidéken 1814 orvos működött, ahol a lakosságból 5,7 millió ember élt. A legjobb orvos-lakos arányt Pécs (1:406), Kaposvár (1:627), Baja (1:660) és Szeged (1:889) mutatta, míg a legrosszabb átlag a következő helyeken volt: Hódmezővásárhely (1:1382), Kecskemét (1:1850), Hajdúszoboszló (1:2677), Hajdúnánás (1:2603). A legrosszabb a falusi és a tanyai lakosság orvos ellátásában volt. Legjobban Békés megye volt ellátva, mert itt egy orvosra 2254 fő jutott. Legrosszabb volt a helyzet Baranya megyében, ahol a falvakban egy orvosra 4590 lakos betegellátása hárult. Budapesten, a belső területeken 1000 lakosra 4 orvos jutott, a peremvárosokban: Újpesten 1, Budafokon 0,8, Kispesten 0,6, Pesterzsébeten és Rákospalotán 0,4 volt az arány. Éppen ezért a főváros kormányzatának számolni kellett a letelepedő menekült orvosok megélhetési lehetőségeivel, adminisztratív eszközökkel befolyásolta a hatósági orvosi állások szervezését, az orvosi lakások biztosítását, az orvosi magánygyakorlat engedélyét is az előbbiekhöz kötötte. Az egészségügyi kormányzat az előbbi elv megvalósítását javasolták a vidéki kormányzati szerveknek is, 1926-tól országosan megindult az orvoslakás-építési program, amelynek következtében az orvos nélküli községek állami költségvetésből biztosított pénzalapokból orvoslakásokat építettek, ezzel is igyekeztek befolyásolni az orvosok vidéki letelepedését.

Már az első világháború előtt is központi kérdés lett az általános betegbiztosítás kialakítása, amelynek középpontjába a betegbiztosítási társaságok megalakítása került. Ebben a rendszerben a munkaadók és a biztosítottak által befizetett alapból formálódtak ki a tényleges betegellátás formái: a járóbeteg- és kórházi ellátás, a táp-pénz és betegszabadság területei. Szinte foglalkozási ágazatonként alakultak meg a betegbiztosítók, amelyek saját orvosi hálózattal, rendelőintézetekkel és kórházakkal rendelkeztek. A Népjóléti Minisztérium kedvezően befolyásolta ezt a folyamatot: a biztosítási jogszabályok egyesítése (1923), az 1927. évi XXI. tc. (az ún. Biztosítási törvény) megszületése valóban szélesítette a biztosítási betegellátás kereteit, jelentős számú orvost vont be főfoglalkozásúként e tevékenységbe. Viszont a mezőgazdasági lakosság biztosításának megoldatlansága (mintegy 1,3 millió lakos) nem javította a vidék orvos- és betegellátását, sőt élesebb formákat öltött a város-vidék ellátási különbsége területén. Az ellátási gondok ellenére növekedett a hazai orvosok létszáma: az 1938. évi statisztika szerint a 10 590 orvosból 5866 vidéken, illetve vidéki településen dolgozott, ők az orvostársadalom 58,2%-át jelentették. Budapesten, illetve városban élt 4734 orvos, az orvostársadalom 44,3%-a. Budapesten 2043 orvos működött, az orvostársadalom 19%-a.

A vidéki betegellátás érdekében, hogy minden községben legyen orvos, a Népjóléti Minisztérium vidéki orvoslakás-építési programot hirdetett, ennek eredményeként változott a vidék-város orvossal való ellátási arány, bár a vidéki orvosi állások (községi és körorvosi) 10,3%-a még betöltetlen maradt. Ez utóbbin próbáltak segíteni a körorvosi állások helyettesítéssel történő betöltésével vagy a körzetek ideiglenes átrendezésével (a községi orvosok körorvosi megbízással való kiegészítésével). A felmérések szerint a városokban 25%-os orvos felesleg mutatkozott, ez a fővárosban, Budapesten 35%-os volt, itt átlagban 630 állás nélküli orvos élt. Kórházban működött (főállásban vagy megbízással) 3456 orvos, az orvostársadalom 36,9%-a. Jelentős lett a magyar orvosok külföldre vándorlása, eleinte az európai országokba, majd az Egyesült Államokba és Dél-Amerikába, elsősorban Brazíliába, Argentínába. Az 1930-as évek elején orvosi túlprodukcióról beszéltek, sok volt az állás nélküli orvos, akik ingyen dolgoztak a kórházakban. Elhangzott olyan javaslat is, hogy csökkenteni kell a hallgatók létszámát az orvosképzésben. Az 1936. évi felsőoktatási kongresszuson ennek ellenkezőjét bizonyították a hazai orvostársadalom képviselői, sőt az Országos Társadalombiztosítási Intézet is az egészségtelen orvoselosztásról szólt, s a körorvosi állások (2317) növelését tartotta szükségesnek. Ezzel egy időben szélesíteni kívánták a szakorvosi képzést, amely valójában az 1920-as évektől vált általánossá, 1926-tól kórházi állást csak szakképesítéssel lehetett betölteni. Ennek érdekében emelték a szakorvosi tanfolyamok számát és létszámát. (Egy 1940-ben végzett felmérés szerint jelentős lett a kórházi szakorvosok hiánya, ennek tudatában könnyítették a szakorvosi képesítés feltételeit.) Az akkori felmérés szerint egy kórházi orvosra átlagban 40 beteg jutott, amin a háborús felkészülés miatt javítani nem lehetett.

A magyar orvostársadalom szociális érzékenysége és létszáma ellenére a magyar parlamentben jelentéktelenül képviseltette magát. Igaz, részt vett a különböző politikai pártok tevékenységében, politikai jellegű szervezetei viszont (akár bal-, akár jobboldali jellegűek voltak) az ország politikai életében erőteljesebben és jelentéktelenebben bizonyultak. (Például a Magyar Orvosok Nemzeti Egylete [MONE], amely mindössze kb. 500 taggal rendelkezett, hasonló létszámmal bírtak más – Magyar Orvosok Védegylete [MOVE] – szervezetek is.) Direkt, vagyis érdekképviselettel csak a felsőházban rendelkezett, ez is főméltóságra emelt orvost jelentett, illetve az egyetemekről delegáltak képezték. Az 1920. évi ún. Alkotmányozó nemzetgyűlésben 4, az azt követő ciklusban 5, majd általában 4-5 orvosi diplomával rendelkező képviselőt választottak be az alsóházba.

(Egyetemi ügyek) Az első világháborút követő évek egyik legnagyobb feladata a vidéki magyar egyetemek elhelyezése, illetve működtetése. A kolozsvári Ferenc József Tudományegyetem még 1918 utolsó hónapjában Szegedre menekült, ahol az 1930-as évek elején felépült egyetemi negyed megvalósulásáig is jó elhelyezéssel rendelkezett. A századforduló éveitől Szeged városa tudatosan készült (és pályázott) egy új egyetem megvalósítására, igaz az ún. „harmadik egyetem” Pozsonyban és Debrecenben (1912) valósult meg. A kolozsvári egyetem nem sokat gondolkodott a Szegedre való költözésről, hiszen egykori épületeit a román államhatalom elfoglalta, falai között megalapították a román állami egyetemet. Debrecenben 1917-ben indult meg az oktatás, amelyet a református oktatási intézményekben, illetve a városi-megyei kórházban helyeztek el. A megyei kórház egyes osztályait klinikákká minősítették át. Természetesen ez az egyetem is új építésű kampuszt igényelt, Szeged és Debrecen vonatkozásában a magyar állam biztosította az egyetemi működést, gőzerővel indult meg az új épületek felhúzása, melyek 1927-re készültek el.

Gondot a pozsonyi egyetem jelentett, alig indult meg az oktatás, amikor menekülni kellett, hiszen az egyetem épületeit a csehszlovák katonaság megszállta. Más választás nem volt, mert a megszállók vagy hűségesküre, vagy távozásra szólították fel a tanszemélyzetet. A pozsonyi egyetem először a fővárosban keresett menedéket, csak 1921-ben települt (fokozatosan) Pécsre. Az orvosi karral kapcsolatban merült fel a gondolat, hogy csatlakozzon a pesti egyetem orvosi karához, s alkossa az egyetemi klinikai rendszer második vonalát. Végül Pécsen az orvosi kart a helyi városi kórház, a volt helyőrségi kórház, a hadapródiskola és a tisztképző fogadta be, a hiányzó épületekre pályázatot írtak ki, építési költségnek 100 millió koronát adtak. Pekár Gyula orvoskari dékán tervei alapján azonnal megindultak az átalakítások, így a főreáliskola épületében és még kilenc volt katonai épületben kialakították az egyetem klinikai telepét, ezenkívül volt iskolákból, városi kórházból, használaton kívül helyezett középületekből alakították ki a további klinikákat, elméleti intézeteket, végül az építkezések 1924–1925-ben befejeződtek. A debreceni és a szegedi egyetem tömbjei valóban a legnehezebb gazdasági helyzetben épültek fel, Európa legkorszerűbb oktatási feltételeit nyújtották.

(Az ápolónőképzés reformja) Már az első világháborút megelőző évek egyik központi kérdése lett az ápolónőképzés: a Nemzetközi- és a nemzeti Vöröskereszt az 1870-es években háromszintű (hathetes, három hónapos önkéntes és a kétéves hivatásos) nővérképzést szervezett, amely nemcsak a vöröskeresztes szempontok szerint szerveződött, de ez lett az alapja a kórházak nővérellátásának is. Magyarországon – a képzett nővérek iránti kereslet miatt – a Magyar Vöröskereszt 1881-ben indította el az előbbi képzési formát, az 1905-ben alakult Magyar Betegápolók és Ápolónők Egyesülete a már kórházban dolgozó, képzés nélküli ápolók, munka melletti oktatását. Ez a képzési lehetőség viszont nem volt képes biztosítani a betegellátás igényeit, így 1913-ban a Bp-i Királyi Orvosegyesület éves nagygyűlésén Dollinger Gyula professzor az egész képzési rendszer államosítását indítványozta. Az első világháború ezen a téren szükséghelyzetet teremtett, minden képzési formát egyenjogúsított, sőt nagyszámban hathetes vöröskeresztes tanfolyamok indultak a katonaegészségügy segítésére. Az első világháborút követő, az egészségügyet megreformáló tervekben központi helyen szerepelt az ápolónőképzés, amit csak részben lehetett államosítani. 1920-ban a négy orvosi kar mellé felállították a nővér- és védőnőképző intézeteket, ahol – az orvosi karok felügyelete mellett – kétéves nővér- és védőnőképzés indult meg, az oklevelet az Oktatásügyi Minisztérium hivatalosan elismerte. A felvétel követelménye érettségi bizonyítvány lett. A Magyar Vöröskereszt az addigi képzési formát átalakította, kétéves képzésben szociális munkatársakat, hivatásos nővéreket, később ifjúsági nővéreket képzett, 1929-ben megindította a csecsemő- és gyermekápolónő-képzést. A keresztény felekezetek megalapították a Mártha Ápolónő Egyesületet, amely a már alkalmazásban levő ápolónőket kétéves elméleti és gyakorlati képzésben részesítette. Ehhez hasonló volt a protestáns Diakonissza Ápolónőképző Intézet, ahol a képzési idő ugyancsak két év volt. A Magyar Betegápolók és Ápolónők Országos Egyesülete 1922-ben felújította képzési formáját. A képzést színesítette a Fehér Kereszt Kórház kétéves csecsemő- és gyermekápolói szakosított tanfolyamával, e képzésében részesültek Heim-nővéreknek is nevezték. (Dr. Heim Pál maga is tanította a nővéreket.)

A sokféle és eltérő színvonalú nővérképzést mindenképpen egyesíteni kellett: az egységes tanterv és követelményrendszer kidolgozásával az Országos Közegészségügyi Intézetet (1926) bízták meg, ennek végrehajtásával pedig az Állami Ápoló- és

Védőnőképző Intézetet (1929), az itt kiállított oklevelet mindenhol elfogadták és elismerték. Ezután a Magyar Vöröskereszt mindössze három hónapos tanfolyamon házi betegápoló, önkéntes csecsemő- és gyermekgondozói, elsősegélynyújtó tanfolyamokat szervezett. Közvetlenül a második világháború kitörése előtt megindította a mütősnői tanfolyamot.

IRODALOM

- Bartók Imre: A közegészségügy államosításának kérdéséhez. *Gyógyászat*, 1919. 15. sz.
- Bezerédy dr. Hertelendy Magdolna – Zalányi Sámuel: *Évszázados küzdelem hazánk egészségügyéért*. Bp., 1967.
- Czetler Jenő: *Magyar mezőgazdasági szociálpolitika*. Bp., 1914.
- Goldzieher Miksa: A magyar közegészségügyi reform első lépése. *Egészség*, 1917. 10–11. sz.
- Steinkogler Miksa: Közegészségügyi Minisztérium. *Egészség*, 1917. 10–11. sz.
- Barta Gábor: A háborúból való átmenet közegészségügyi intézkedések tervezete. *Egészség*, 1918. 1. sz.
- Kapronczay Károly: *Fejezetek 125 év magyar egészségügyének történetéből*. Bp., SOMKL, 2001.
- Scholtz Kornél: *Az egészségügyi viszonyaink alakulása a világháborút követő évtizedekben*. Bp., 1942.

