

A magyar egészségügy állapota és feladatai az első világháborút követő években

Az első világháborút lezáró fegyverletéti 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 történeti 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 vezették be. A magyar közigazgatás, jogszolgáltatás, oktatás- és közegészségügyi rendszer alkalmazottait az új államhatalomra vonatkozó eskü letételére szólították fel, valamint megkívánták tőlük a nyelvismeretet. A megszállás a magyar hadsereg feloszlását jelentette, amely védtelenné tette az országot. Ellenpéldaként kell említeni Törökországot, amely éppen olyan megsemmisítő vereséget szenvedett, mint hazánk, csak Kemal Atatürk nem engedte szélnek a hadsereget, ennek segítségével új békeszerződést erőszakoltak ki.

Magyarországnak, mint vesztesnek, a békeszerződés értelmében – a területi elcsatolások mellett – anyagi jóvátételt kellett fizetni. Az utóbbi nagysága a világháborút megnyerő szövetségeseknek a háborúra fordított kiadásaik összege, amelyet a vesztes országok között arányosan állapítanak meg. Ezt Magyarország vonatkozásában 1923-ban állapították meg, ami 20 év alatt fizetendő 200 millió aranymárkát jelentett. Ahhoz, hogy ezt teljesíteni lehessen, előbb stabilizálni kellett az inflálódó magyar valutát. Igaz, a nagy gazdasági válság idején újabb infláció következett be, az időmódosítás szerint a törlesztés valamikor az 1940-es évek végén fejeződött volna be.

Hatalmas volt az embervesztés. 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 ezer katona, ez összesen 2 millió 138 ezer fő volt, s a hadsereg 1914–1918 közötti létszámának 56%-át tette ki. A távlatokban a minősített hadirokkantak ellátásáról, az özvegyek és hadiárvaik támogatásáról gondoskodni kellett: ezért folyamatosan kiépült az infrastruktúra – rokkantkórházak, gondozóintézetek, árvaházak stb. A hadigondozó intézményrendszer 1915-től folyamatosan épült ki, de már a kezdetkor a pénztelenség volt jellemző. A hadigondozottak megsegítésére folyamatos gyűjtéseket szerveztek, és a trianoni békeszerződés után újjá kellett szervezni az egész rendszert. 1918 őszén a magyar kormány arról nyilatkozott, hogy a magyar állam a területén működő közös hadsereg katonakórházaiban fekvő, nem magyar katonák ápolási költségeit nem képes vállalni.

A világháborút követő két esztendőben: az antant több magyar kormányt (köztük a Károlyi Mihály vezette kormányt, vagy a Tanácsköztársaságot) nem ismert el, miközben a szomszédos államok hadseregei zavartalanul birtokba vettek minden magyar tulajdont, amelyért kártérítést nem fizettek, ezeket később sem lehetett „beszámolni” a jóvátételi összegekbe.

A megszállt volt magyar területeken a közegészségügyi, betegellátási és kórházi infrastruktúrák is az utódállamok ellenőrzése alá kerültek, az ott dolgozó magyar szak személyzetet (orvosokat, betegápolókat, adminisztratív erőket), mint a közigazgatási sze-

replőit vagy eskütételre kötelezték, vagy egyszerűen – mint a pozsonyi orvosi kar tanárait – kiutasították. Ebben a román királyság járt az élen. A Fel- és Délvidéken, az erősen vegyes lakosságú területeken az új államhatalom valamivel „szelídebb” lett. A magyar szakszemélyzet zömében Magyarországra menekült, ahol már orvos- és egészségügyi szakszemélyzetből „felesleg” mutatkozott. A gondokat csökkentette, hogy az elcsatolt területekről közel kétmillió magyar menekült el. Azt is figyelembe kell venni, hogy a trianoni magyar állam területén – az első világháború előtt – eredetileg csak 6 millió lakos volt, amelyhez igazodott a közigazgatás és a közegészségügy infrastruktúrája. Ezt tekintve még inkább érthető, hogy orvos és betegellátás tekintetében hiány mutatkozott.

(Az egészségügy előtt álló feladatok) Már az 1917. évi román támadás egyik következménye lett a kelet-erdélyi menekültáradat, amely először Erdély középső és nyugati területeit érintette, s már előre vetítette egy nagyobb – ez 1918 őszén következett – menekültáradat lehetőségét, akiket elhelyezni, élelmezni, iskolázni kellett. A betegellátással kapcsolatban bővíteni kellett a rendelkezésre álló kereteket, a hatósági orvosi szolgálatot, álláshelyeket keresni a menekült magyar orvosoknak, a biztosítással nem rendelkezőknek ingyenes ellátást kellett nyújtani.

A világháborút követő időszak magyar kormányaira hárult a magyar közegészségügy a világháború éveiben „félbe maradt” programjának befejezése. Ezt a fejlesztési programot még a századforduló éveiben fogalmazták meg. Ennek lényege a vidék közegészségügyének fejlesztése, a vidéki betegellátó hatósági orvosi hálózat növelése, a betegbiztosítás – betegbiztosítási társasági formák szervezésével – minden vidéki lakosra történő kiterjesztése, a közegészségügyi állapotok (ivóvíz biztosítása, szennyvízrendszer kiépítése) javítása. Ebbe a programba tartoztak a csecsemő- és gyermekvédelmi intézkedések, a terhesgondozás és anyavédelem megszervezése, a védőnői tevékenység kiterjesztése, amelynek programot a Stefánia Szövetség fogalmazott meg.

Ugyancsak központi kérdéssé vált a betegápoló- és védőnőképzés „államosítása”, új orvosképző egyetemek kiépítése (Pécs, Debrecen és a Szegedre települt kolozsvári egyetem), infrastruktúrájuk megszervezése és működési, pénzügyi alapjainak biztosítása. Természetesen felvetődött egy egységes egészségügyi-közegészségügyi minisztérium felállítása, amely egységes szempontok szerint kezeli és irányítja a közegészségügy-betegellátás területeit. Ehhez csatlakozott a szociális ellátás problémája, amelynek megoldása egyre fontosabbá vált, hiszen a háború okozta szegénység egyre súlyosabbá vált.

A fenti program megvalósítását az első világháború kitörése megakasztotta, a magyar egészségügyi kormányzat – bár felkészült a még nem látható következményekre – kiktartott a háború előtt elhatározott közegészségügyi, vidékfejlesztési programok mellett, kész volt újragondolni a meglévő közegészségügy irányításának formáját, amelyekre betegellátási rendszere épült. Tervek születtek a volt közös hadsereg tulajdonát képező kórházaknak a polgári egészségügy rendelkezésére adására. A helyzetet nehezítette a lakosság súlyos szociális helyzete, a két nagy terület, a betegellátás és a szociális ügyek együttes kezelésének kényszere. Ezt a Belügyminisztérium nehezen tudta volna teljesíteni, így előtérbe került az önálló Egészségügyi Minisztérium felállításának kérdése. Ez lett végül az alapja a Népjóléti és Egészségügyi Minisztérium megszervezésének.

(A irányítási új formájának kialakítása) Az I. világháborút lezáró polgári demokratikus forradalom és a Tanácsköztársaság egészségügyi igazgatása lényegében nem változtatott az 1876-ban kialakult szakigazgatási formán, bár 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 egészségügy teljes közigazgatása, 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 pénzügyi kereteket biztosítani. A Tanácsköztársaság egészségügyi-szociális kormánya az előbbi programokat átvette, saját ideológiai nézeteknek megfelelően „áthangolta”, ebből megkísérelte átszervezni az igazgatás alsó, közép- és felső szintjét. Az Országos Közegészségügyi Tanács feladatkörét az Országos Egészségügyi Tanácsra ruházták át. A Munka- és Népjóléti Népbiztosság révén általános és ingyenes betegellátást, orvosi-kórházi kezelés biztosítását remélték mindenkinek. Elég 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. Valójában a tervezés és a szervezés szintjén mozgott a Munkaügyi és Közegészségügyi Népbiztosság felállítása, amikor megbukott a Tanácsköztársaság. A látványos, „iránymutatónak” tartott intézkedések valójában csak a demagógia részei voltak, a látványos rendelkezéseket – az előkészítés hiányában – végrehajtani nem lehetett. A Tanácsköztársaság ún. közegészségügyi programja az előkészítésre váró, még az első világháború előtt megfogalmazott indítványok összessége volt, minden látványos kiegészítések nélkül is – teljesen ingyenes orvosi ellátás, táppénz és betegszabadság – jól hangzottak, de nem rendelkeztek még szakmai és pénzügyi alapokkal.

A Tanácsköztársaság bukása után működött kormányok az egészségügyi kormányzást elválasztották a Belügyminisztériumtól, 1919. december 7-én előbb a Népegészségügyi Minisztériumhoz, majd a nemzetgyűlés az 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 András, Scholtz Kornél, végül (1924-től) Johann Béla államtitkár vezette. 1922-ben Fáy András 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.

Kormányprogram foglalkozott a hazai kórházügy átszervezésével, a területi elcsatolások miatt beállt kórházi ágylétszám pótlására, a kórházügy területén tapasztalható aránytalanságok és hiányok helyreállítására. Ennek keretében új megyei kórházakat emeltek, felépítették a debreceni és szegedi klinikai telepeket, megszervezték a pécsi orvosi kar betegellátási infrastruktúráját. Jelentős intézkedések születtek az iskola-egészségügy kiépítésére, a gyermekvédelem fejlesztésére, a szanatóriumi rendszer kiépítésére, a biztosítási rendszer kiterjesztésére, az ipar- és munkaegészségügy törvényes és gyakorlati rendszerének kiterjesztése. 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, vidéki 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 Minisztériumon keresztül 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 költségtérítés 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 gyermek-kórház, jelentősen kibővült a Kék Kereszt (Heim Pál Gyermekkorház) intézménye, az

állami gyermekmenhelyek gyógyító részlegei, a gyermekszanatóriumok rendszere és a speciális gyermekintézetek (pl. a nyomorék gyermekek otthonai, gyógyító részlegei, a vakok és siketek állami intézményei stb.).

Egyre nagyobb szerepet kaptak a kórházfejlesztésben a megbiztosító társaságok 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 S. u. 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 békéscsabai, 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 volt.

Állami támogatásban részesültek a felekezeti kórházak és gyógyintézmények: a szerzetesrendek betegágy száma 4561 volt, de ebbe a számba nem tartozott bele a közel 3 ezer szociális-beteg gondozói férőhelyek száma, ahol elsősorban szegény gondozottakat és gyógyíthatatlanokat ápoltak. 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 és intézmények száma 13 100-zal, illetve 38-cal növekedett. Ezek közül több már 1918 előtt is működött, de többségük a román, illetve a csehszlovák állam által emelt új építmények voltak. A visszacsatolt területeken jelentős volt a magánkórházi szám (20), a betegágyak száma ebben a vonatkozásban 4990 volt.

(Betegbiztosítás) Az 1770. évi egészségügyi törvény (Codex Sanitatis) is megismételte az előző évszázadokban elfogadott jogi gyakorlatot, hogy az állam gondoskodik az igazoltan szegény betegek ellátásáról, valamint a 10 éven aluli gyermekek orvosi ellátásáról. Ez az alapelv nem változott az 1876. évi, a közegészségügy rendezéséről szóló XIV. törvénycikkben sem, csak annyi kiegészítés történt, hogy a gyermekekre vonatkozó ellátási kötelezettséget kiterjesztették a 16. évet betöltött gyerekekre, illetve addig, amíg a gyermek tanulmányokat folytat. 1872-től kötelező lett a balesetbiztosítás, amelynek teljes összegét előbb a munkaadók vállalták, valamint olyan betegbiztosítást vezettek be, ahol a munkaadó a befizetési összeg kétharmadát, a munkavállaló az egyharmadot fizette. A tartós sérülés esetén a munkaadónak minden költséget (a kiesett fizetést, az orvosi kezelést és esetleg a kórházi költségeket) vállalni kellett. Ezt megerősítette az 1881. és 1884. évi ún. ipari törvény. Az államnak is érdeke lett, hogy minden munkavállaló betegbiztosítással rendelkezzen, így a baleset- és a betegbiztosítás két külön fogalom lett. A munkabiztosítás és a betegsegélyezés XIX. századi formája hazánkban is magánkezdeményezésből alakult ki. Első szervezett intézménye az 1870-ben megalakult Általános Munkás-, Betegsegélyező- és Rokkantpénztár volt, amely már rendelkezett

orvosi rendelővel, orvosi és beteggondozási hálózattal. Igaz, nem ennek köszönhető, hogy az 1872. évi VIII. tv. külön rendelkezett bizonyos egészségügyi kérdésekről. Ennek 69. szakasza a munkaadók figyelmébe ajánlotta a saját költségen történő egészségügyi biztosítást. Meg kell jegyeznünk, hogy ekkor a munkásság alig egyharmada rendelkezett betegbiztosítással. A közalkalmazottak a Ferenc József Kórház mellett szervezett betegbiztosítóhoz csatlakozhattak. Az 1881. és 1884. évi ipari törvényeket újabb betegbiztosítási „hullámok” követték. Ekkor veszik be a biztosítási szerződésbe a munkaképtelenség vagy halál utáni kártérítést, a meghatározott ideig tartó táppénzfizetést, a munkavédelmi rendelkezések rendszeres ellenőrzését. A heti egy nap pihenőnap elrendelése, a gyermekmunka tiltása, az éjszakai munka korlátozása stb. azok az újabb kötelek, amit a betegbiztosításoknál figyelembe kellett venni. Kiépültek a biztosítótársasági rendelők, orvosi hálózatok.

Az 1876. évi közegészségügyi törvényben még nem tisztázódott a betegbiztosítás egy napra első alapdíja, bár az 1875. évi ún. kórházi törvény még úgy rendelkezett, hogy a kórház működésének pénzügyi alapja az állami hozzájárulás, a betegek által befizetett összegek, valamint a biztosítótársaságoktól – megegyezés szerinti – kapott pénzügyi összegek. Kérdéses volt az utóbbinak egy főre és egy napra eső mértéke. Az 1898-ban életre hívott kórházi betegalap pontosan ezt tisztázta, betegségenként meghatározta az orvosi beavatkozás díját, a betegágy fenntartásának összegét (élelmezés, gyógyszerelés, orvosi vizit, ágyneműhasználat, takarítás stb.). Ez lett az az alapdíj, amellyel a betegbiztosítók szerződéseket köthettek. Természetesen ennek lettek kategóriái, amit a befizetési összegek tükröztek. Például kórház esetén különszoba, külön ápolónő, első-, másod- és harmadosztályú élelmezés. A biztosítótársasági orvosnál fizetési díj, vizitpénz, a beteg otthonában való felkeresés díja, gyógyszerkedvezmény (ingyenes vagy bizonyos százalékos árcsökkenés meghatározása) stb. Ehhez járult hozzá a betegellátás összege. A századforduló éveiben hozták létre az Állami Munkásbiztosító Hivatalt, mint a biztosítópénztárak állami felügyeleti szervezetét. Ennek hatására hatalmas fejlődés indult be a betegbiztosítás szervezeti formáiban, 1909-ben már közel 3500 orvos állt rendelkezésre, a 15 rendelőintézet 70-re emelkedett. Munkaegészségügyi kutatólaboratóriumok szerveződtek, a munkaegészségügy központi kérdéssé vált. 1907-ben módosították a baleset- és betegbiztosítási törvényt.

A betegbiztosítási társaságok tevékenysége az eső világháború éveiben változatlan maradt, bár egyre sürgetőbbé vált a biztosítási rendszer kiterjesztése, a mezőgazdasági területeken történő kiépítése. A Tanácsköztársaság idején felállították az Országos Munkásbiztosító Pénztárat, de még szervezés alatt állt, amikor 1919 augusztusában felüggesztették tevékenységét. Az 1920-as évek elején nem változott a betegbiztosítás és a nyugdíjpénztári ügyek, de felügyeletük a Népjóléti Minisztérium hatáskörébe került. 1924-ben elkezdtek az 1927-ben elfogadott XXI. – A betegségi és baleseti kötelező biztosításról – törvény kidolgozását. Ennek lényege, hogy új szervezeti forma lépett életbe: az Országos Munkássegélyező és Balesetbiztosító Pénztár feladatkörét az Országos Munkásbiztosító Intézet vette át, amelynek központi és helyi szervezeteinek irányítását munkaadókból és munkavállalókból (fele-fele arányban) álló választmány intézte. Az elnököt a kormányzó nevezte ki. A tisztviselői és alkalmazotti réteg biztosítási ügyeit a Budapesti Kereskedelmi Betegségi Biztosító Intézet intézte. Az 1928. évi XL. törvény-cikk a betegségi és baleseti biztosítást kiterjesztette az öregségre, rokkantságra, valamint az árvákra és özvegyekre. Viszont az a módosítás lépett életbe, hogy az Országos Munkásbiztosító Intézetet átnevezték Országos Társadalombiztosító Intézetnek (OTI), a Budapesti Kereskedelmi Betegségi Biztosító Intézetet pedig Magánalkalmazottak Biztosító Intézetének (MABI). A betegbiztosítás azonban továbbra is erősen tagolt volt,

mert az OTI és a MABI mellett vagy 50 más – különböző színvonalú és kedvezményeket nyújtó – betegbiztosító intézet működött. Mindegyik biztosító kiépítette a maga kórházi, rendelőintézeti hálózatát, külön figyelmet szenteltek a tbc-s betegekre, akiknek ápolását három évig az állam magára vállalta.

Az előbbi rendszer csak a lakosság 45%-át ölelte fel, de a vidéki, elsősorban falusi, lakosság semmiféle vagy csak alkalmi betegbiztosítással rendelkezett. Éppen a közegészségügyi állapotok (csatornázás, ivóvízellátás stb.) javítása mellett bizonyos korosztályokról – gyermek-, anya-csecsemővédelem, iskolások orvosi ellátása stb. – történő gondoskodást jelentett. A terhesgondozást vagy karitatív szervezetek, vagy a Stefánia Szövetség látta el, ezért ingyenes szülőházi rendszert építettek ki. Ez az ellátási forma csupán a lakosság kisebb részének nyújtott segítséget.

(Hadigondozás) Az első világháború idején a katona-egészségügyi tevékenység nemcsak a közvetlen harctéri munkára terjedt ki, hanem hátországi tevékenységben a tartósan sebesültek, a rokkantak gondozására. A szerbiai fronton egyre nagyobb számú végtagsérült került kórházba, akiknek valamelyik végtagját csonkolni kellett, s leszerelés után a legjobb esetben sem lettek munkaképesek. Szerencsésebb esetben is művégtaggal kellett ellátni őket, hogy ennek segítségével valahol munkát találjanak a civil életben. A világháború kirobbanása után, a keleti orosz és a déli frontról egyre több ilyen sérült került a hátszágba, 1915 tavaszán mintegy 25 ezer rokkant várt segítségre, akikről szervezeten kellett gondoskodni. Tisza István miniszterelnök az uralkodótól kért segítséget és a rokkantügy a közös hadsereg költségeiből kapott segítyt. A kormány 1915 szeptemberében felállította a Magyar Királyi Rokkantügyi Hivatalt, amelyet a Csonkított és Béna Katonákat Gondozó Bizottság 1915 áprilisában tartott rokkant-számlálás adatai alapján szerveztek meg. Az előbbi számlálás során 20 ezer magyar katonát találtak – a horvát és szlovén katonákat nem számolva –, akik közül 12 ezer volt béna és 6 ezer a csonkolt katona. Égetően sürgős volt tehát a bénák számára utókezelő gyógyintézetek, a csonkoltak részére pedig mesterséges testrészeket előállító műhelyek megszervezése – írta Klebelsberg Kuno, a magyar királyi Rokkantügyi Hivatal ügyvezető alelnöke 1916-ban. Ezt pedig az orvosi rehabilitáció részeként kellett kezelni. Klebelsberg így folytatta: „A rokkantak korábbi foglalkozásuk folytatására vagy azzal rokon könnyebb foglalkozásra, sőt egészen új mesterségre is megtaníthatók.” Ez utóbbi pedagógiai rehabilitációt jelent. „A szakszerű munkaközvetítés a csökkent keresetképességű számára is megtalálja a neki való helyet a gazdasági életben, [...] Azok pedig, kik magán munkaadónál célszerűen el nem helyezhetők, kereseti telepeken és műhelyekben találnak munkát és megélhetést. Aránylag csekély azoknak a gyógyíthatatlanoknak és munkaképtelenek a száma, kik egészen a haza hálájára lesznek utalva.” Ezek rokkantnyugdíjat és járulékot kaphatnak. A rokkantat addig nem bocsájtják el a hadsereg kötelékéből, míg nem részesül orvosi kezelésben, míg nem kapott mesterséges testrészt, vagy még nem részesült a lehetőségeihez képest gyakorlati oktatásban. Négy ilyen utókezelőt hoztak létre, kettőt Pesten, egyet-egyet Pozsonyban és Kolozsvárott. Minden katona állami költségen két művégtagot kapott: egyet munkára, egyet pedig a „társasági” életre.

A folyamatos gondozásba vett, tartósan rokkant (100, 75, 50 és 25%-os mértékű) katonákat, az elesettek özvegyeit és árváit rendszeres pénzbeli ellátásban kellett részesíteni. A rehabilitáció – végtaggal történt ellátás – után gyakorlati képző iskolákba kerültek, módot adtak számukra az esetleg félbemaradt iskolai tanulmányok befejezésére, a rokkant tiszteknek pedig felsőbb iskolákba történő beiratkozásra. Megállapítható, hogy 1915-ben rendkívül korszerű, az átfogó rehabilitáció valamennyi területét érintő, a terü-

leti közigazgatásba is beágyazott, haladó és színvonalas rokkantügyi szervezet létesült Magyarországon. 1918-ra befejeződött a „szakmai rehabilitációs program” kidolgozása, amely minden rokkant katonára vonatkozott.

Különös gondot fordítottak a művétagokkal való élet begyakorlására. Erre a Révész utcai kórházban, részben a Pozsonyi úti barakk-kórházban került sor. A művétaggyár csak 1916 áprilisáig működött az Ipariskolában, innen a Mátyás tér 6. szám alatt a Rokkantügyi Hivatal által bérelt épületbe költöztek. Itt már 238 alkalmazottal folyt a művétaggyártás. Ezt egészítette ki 1916 tavaszától a csonkoltak számára – a Timót utcában – szervezett 600 ágyas kórház, amelyet Dollinger Béla vezetett. Csak akkor kezdték meg a művétag gyártását, ha már biztosan begyógyultak azok a csonkok, amelyre a művétagot „építették”. Igaz, a csonkolt felületről előbb gipszintát készítettek, hogy a művétag pontosan „illeszkedjen” a kritikus felülethez. A művétaggyártás programját 1915 áprilisában a parlamentben Tisza István miniszterelnök ismertette. Itt jelezték már, hogy Pozsonyban és Kolozsvárott is hasonló műhelyt és kórházakat létesítenek. E városokban körülbelül ezer fő ellátására alkalmas intézmények létesültek. Ekkor már 12 ezer sérült vált segítségre. Ezzel egy időben született meg az 1915. évi XV. törvény, amely rendezte a rokkantak – nyugdíjjellegű – segélyezését. Sorra alakultak a „Rokkantbizottságok”, amely már jelezte, hogy az állam vállalja magára a rokkantak gondozását. E rehabilitációs programban szakembereket küldtek külföldi tanulmányutakra. Az egész területet az 1915 tavaszán megszervezett Csonkított és Béna Katonákat Gondozó Bizottság fogta össze, amely a sérültek szakszerű gyógyítását és a csonkított katonák művétaggal való ellátását tűzte célul. A program része lett egy utókezelő 1200 ágyas fürdőgyógyintézet felállítása a Császárfürdő környékén, amit egy ipariskola egészített volna ki. Végül egy 88 ágyas fizioterápiás kezelőhely nyílt meg. A 330-1915. miniszterelnöki rendelettel megalakult a Magyar Királyi Rokkantügyi Hivatal, amely országosan koordinálta a különféle intézmények tevékenységét, vezette a rokkantak országos nyilvántartását. Ezt a tevékenységet vette át 1917. márciusban az Országos Hadigondozó Hivatal. Ez már nem bővítette az intézmények rendszerét. A régi rendszerből 1917 szeptemberéig 6941 gyógyult, 11 649 segédszolgálatra alkalmas és 22 310 rokkant távozott. A művétaggyártó műhelyeket gyárrá szervezték át, amelyek felett kereskedelemügyi minisztérium gyakorolt felügyeletet. A Tanácsköztársaság idején a proletárhatalom erőszakkal elfoglalta a hivatal helyiségeit, elűztek mindenkit, aki addig ott dolgozott.

Az 1927. évi utólagos statisztika szerint 743 ezer súlyosan sérült közül 68 197 volt 100%-ban rokkant (vétagcsonkolt, megvakult stb.) 100 272 fő volt 25–50%-ban rokkant, továbbá 72 324 elhunyt özvegyét és 101 224 elhunyt személy árváját gondozták. A rokkantak számadatainak nyilvántartása 1918 novemberében elpusztult, a nyilvántartásokat 1920-ban ismét összeállították, a becslések szerint közel félmillió lehetett a 25–100%-os súlyosságban rokkantak száma. Ezek az adatok csak a trianoni határon belül gondozottakra vonatkoznak, a történelmi Magyarország vonatkozásában jóval magasabbak voltak a számarányok: kb. 60%-kal kell megemelni valamennyi adatot.

Az 1924-ben közzétett hivatalos statisztikáknál figyelembe kell venni a természetes elhalálozás százalékát, s a 25%-ban rokkantak hároméves ellátással történt végkielégítését is. Az Országos Hadigondozó Hivatalnál még évekkel később is folyamatosan jelentkeztek igényjogosultak, állandó volt a rokkantság súlyosbodását megállapító felülvizsgálat. 1924-ben a gondozottak 49%-a 30 éven aluli, 21%-a 30–40 éves, a többi 40 év feletti korban volt. A hadigondozottak 35%-a a háború első két évében sebesült meg, a többi 1917 után, a legtöbb az orosz fronton.

A hadigondozottak ellátása a két világháború között folyamatos volt, ami nem csak anyagi támogatást jelentett. Az 1920–1921. évi földosztásnál a hadigondozottak nagy számban jutottak földbirtokhoz, a városokban pedig nagy arányban kaptak dohányárudát, italmérést és más hasznos kereskedelmi engedélyt. A gondozottak – függetlenül a sérülés nagyságától – folyamatosan részesültek ingyenes orvosi ellátásban, családjukkal együtt. A 100%-ban sérültek kórházi ellátásban, gondozóintézeti elhelyezésben vagy művétagellátásban részesültek.

(Az orvostársadalom) Az I. világháború komoly vérvesztéssel járt a magyar orvostársadalomra nézve, a frontokon és hadifogságban 694 orvos vesztette életét. A hátszágban rendkívüli nagy tehervállalást jelentett a katonai szolgálatra behívottak helyettesítése. A gondok csak fokozódtak a háború befejeződése 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 népszámlás (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 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 helyzet a falusi és a tanyán élő lakosság orvosellátásában volt. Legjobban Békés megye volt ellátva, mert itt egy orvosra 2254 fő jutott. A 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 számolnia kellett a letelepedő menekült orvosok megélhetési lehetőségeivel, ennek megfelelően 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 alapról formálódtak

ki a tényleges betegellátás formái: a járóbeteg- és kórházi ellátás, a táppénz és betegszabadság területei. Szinte foglalkozási ágazonként alakultak meg a megbiztosítók, 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 főfoglalkozásuként 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 orvusból 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 orvosfelesleg 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 Braziliába, 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 orvosok egészségtelen elosztásáról szolt, 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 alig észrevehető mértékben képviseltette magát. Igaz, részt vett a különböző politikai pártok tevékenységében, politikai jellegű szervezetei viszont (akár bal-, akár jobboldali jellegűek voltak) az ország politikai életében erőtlennek és jelentéktelennek bizonyultak. (Például a Magyar Orvosok Nemzeti Egylete [MONE], amelynek mindössze kb. 500 tagja volt, közvetlen képviselettel csak a felsőházban rendelkezett, s ez is csak egy főméltóságra emelt orvost jelentett. 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) állt fel. 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 Pécssett 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 orvostudományi 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 noha 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 nővérrellátásának is. Magyarországon – a képzett nővérek iránti kereslet miatt – a Magyar Vöröskereszt 1881-ben indította el az előbbi képzési formát, az 1905-ben alakult Magyar Betégápolók és Ápolónők Egyesülete a már kórházban dolgozó, képesítés 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 szükség-helyzetet teremtett, minden képzési formát egyenjogúsított, sőt nagyszámban hathetes vöröskeresztes tanfolyamok indultak a katona-egészségügy 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 meg-

alapították 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, majd közvetlenül a második világháború kitörése előtt megindította a mütősnői tanfolyamot.

IRODALOM

- Barta Gábor: A háborúról a békére való átmeneti közegészségügyi intézkedések tervezete. *Egészség*, 1918. 130–136.
- Bartók Imre: A közegészségügy államosításának kérdéséhez. *Gyógyászat*, 1919. 15. sz. 322–340.
- Bezerédyné, dr. Hertelendy Magdolna – Hencz Aurél – Zalányi Sámuel: *Évszázados küzdelem hazánk egészségügyéért*. Bp., 1967.
- Czetler Jenő: *Magyar mezőgazdasági szociálpolitika*. Bp., 1914.
- Goldzieher Miksa: A társadalomegészségügy. *Egészség*, 1918. 143–145.
- Goldzieher Miksa: Mi legyen a közegészségügyi reform első lépése? *Egészség*, 1917. 10–11. sz. 273–275.
- Kapronczay Károly: *Fejezetek 1125 év magyar egészségügyének történetéből*. Bp., 2001, SOMKL.
- Scholtz Kornél: *Magyarország egészségügyi viszonyainak alakulása a világháború óta eltelt évtizedekben*. Bp., 1942.
- Steinkogler Miksa: Közegészségügyi Minisztérium. *Egészség*, 1917. 10–11. sz. 259–267.