

Magyar egészségügyi hatósági igazgatás szervezeti modelljei a XVIII. századtól napjainkig

Structural models of the Hungarian health authorities from the 18th century to the present

Dr. Feith Helga Judit¹, Dr. Balázs Péter² - Semmelweis Egyetem, Népegészségtani Intézet
feith@se-etk.hu

Initially submitted Juny05. 2012; accepted for publication July0 7, 2012

Abstract:

Tailored by political aims of the central government, the structure of Hungarian public health authorities has changed substantially since the 18th century. Recently the Government Decree 323/2010. (XII.27.) has restructured the former National Public Health and Medical Officer Service (NPHMOS). Under the National Public Health Officer's Center, the Regional Public Health Institutes as Public Health Administration Offices of Budapest and the Counties were integrated to the Government's General Public Administration Offices in the same administrative units.

Based on analysis of past legislation (Parliamentary Acts and Decrees) - the aim of our study is to present the structural patterns of specific historic periods by interrelations of professional public health pressure groups and the state authorities. Finally, we emphasize the significance both of new ideas and historic continuity of the present model that came into force on 1st January 2011.

We strongly believe that looking back into the past and using in-depth analysis, all historic events and actual changes may be traced back to a reasonable compromise of professionalism and local and state administration.

Kulcsszavak: egészségügyi igazgatás, az egészségügyi igazgatás szakemberei, egészségügyi hatóság szervezete, történelmi nézőpont, Magyarország

Keywords: public health administration, professionals of health administration, structure of health authorities, historical view, Hungary

¹ Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Társadalomtudományi Tanszék

² Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Népegészségtani Intézet

Bevezetés

A mindenkori hatalom politikai céljainak megfelelően, a magyar közegészségügyi hatósági feladatokat ellátó szervezet markáns változásokon ment keresztül a XVIII. század óta. Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ) szervezetrendszerében, amely az 1989-es rendszerváltozás eredményeként jött létre, a 323/2010 (XII.27.) Korm. rendelet nyomán az eredeti szerkezetet lényegileg megváltoztató átalakulás ment végbe. A korábbi 19 megyei és fővárosi intézetből a kormányzat a 2006-2010 közötti ciklusban regionális intézeteket hozott létre. Ezekből alakultak ki a megyei kormányhivatalok szakigazgatási szerveiként az új megyei szervek (18 megye), illetve a fővárosi és a Pest megyei szervezet.

Jelen tanulmányunk célkitűzése, hogy jogtörténeti aspektusból vizsgáljuk az egyes történelmi korszakokat jellemző strukturális sajátosságokat, a mindenkori egészségügyi hatóság/hatósági feladat területi ellátása és az államhatalom viszonylatában. Ennek megfelelően összehasonlító módszerrel mutatjuk be a stratégiai jogszabályok ilyen irányú rendelkezéseit.

Meggyőződésünk, hogy történelmi visszatekintéssel és a mindenkori jelenségek mélyebb elemzésével magyarázatot nyerhetünk a szervezeti problémák tér- és időbeli összefüggéseire.

Magyar központi egészségügyi igazgatás történeti fejlődése négy lépésben

Az önállóan megjelenő szakmaiság a központi egészségügyi igazgatásban mintegy 205 éves múlttal rendelkezik. Figyelembe véve az ezt megelőző időszakot is, négy, markánsan elkülönülő történelmi szakaszra lehet bontani a magyar egészségügyi igazgatás, az egészségügyi szervezeti rendszer, s az ezekhez kapcsolódó egészségügyi szabályozás történeti fejlődését.

I. szakasz

A XVIII. századot megelőzően a túlnyomórészt vertikális, s kevésbé horizontális tagozódást mutató, elsődlegesen rendészeti jellegű közigazgatás központi igazgatásra, valamint az erre épülő helyi igazgatásra különült el. Az állam által felvállalt ügyek száma elenyésző volt a modern államok ügyviteléhez képest, ilyen formán sokáig az egészséggel/betegséggel kapcsolatos ügyek is tipikusan a magánszféra, majd később a helyi hatalom kérdéskörébe tartoztak. Ennek következtében a XVIII. századot megelőző évszázadokban az egészségügy területein hiányzott az állami szerepvállalás, vagyis nem létezett egészségügyi igazgatási, valamint az egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó, állam által működtetett szervezeti rend. Átfogó társadalmi szintű jogi normák hiányában pedig az egészségügyi tevékenységet végző személyek munkáját sem szabályozták. Magyarországon a képzett gyógyítók alacsony száma hosszú időn keresztül állandó problémát jelentett, becslések szerint pl. 1720 táján az egész ország területén mindössze 37 orvosdoktor és kb. 120 gyógyítással foglalkozó borbély, érvágó stb. működött, ráadásul szélsőségesen egyenlőtlen területi megoszlással. (Kapronczay, 2007) Ezt az alapproblémát, s az ebből származó hátrányos következményeket igyekezett orvosolni később Mária Terézia (1740-1780) egészségügyi programja.

II. szakasz

A XVIII. századtól kezdődően az állam egyre több, elsődlegesen nem rendészeti jellegű közügyet (pl. oktatásügy, egészségügyi ellátás) vállalt fel és vett át, főként egyházi vagy karitatív szervezetektől. Ebben a században önálló egészségügyi szakigazgatás azonban több ok miatt sem jöhetett létre. Az 1723-ban életre hívott pozsonyi székhelyű, általános hatáskörű,

belügyi igazgatással foglalkozó Helytartótanács keretén belül, először 1738-ban állandó magyar egészségügyi bizottságot alakítottak (Balázs, 2008). Ettől függetlenül az érdemi döntések továbbra is Bécsben, de még ott sem a Magyar Kancellárián születtek. Mária Terézia egészségügyi programja nem kívánt változtatni a megörökölt egészségügyi igazgatás rendjén, felvilágosult abszolutizmusának elsődleges célkitűzése az volt, hogy a személyes egészségügyi ellátás tárgyi és személyi feltételeit egységesítse, a szakmai felkészültség színvonalát megemelje, valamint javítsa az egészségügyi szolgáltatások hozzáférhetőségét. Jogszabályi szinten, kódexszerűen a program a Generale Normativum in Re Sanitatis (GNRS) című királyi rendeletben, 1770-ben jelent meg.

„Anyai gondoskodásaink közepette, amellyel királyságaink és örökös tartományaink sértetlensége és épsége felett örködünk, elsőrendű az a törekvésünk, hogy alattvaló népeink egészségét megőrizzük, továbbá az egyes tartományokban létesített és feladatukat hasznosan ellátó magisztrátusok, illetve a közjóra nyilvánosan fordított sokféle kiadásaink anyai gondoskodásunkat bőségesen bizonyítják.” (A GNRS bevezetője)

Ezt megelőzően az első érdemi szabályozást az uralkodó 1752-ben adta ki. Mária Terézia, mint magyar királynő elrendelte, hogy minden nemesi vármegye jól képzett orvost foglalkoztasson, aki a megyeszékhelyen él és a szegényeket ingyen látja el. Két év múlva (1754-ben) kiadott normája szerint szigorúan büntették azokat a személyeket, akik gyógyító tevékenységet folytattak anélkül, hogy erre vonatkozólag diplomájukat előzetesen bemutatták volna az illetékes hatóságnak. Ugyancsak ebben az évben Mária Terézia kórházépítési alapot létesített. A korabeli Magyarország területén csak szórványosan, néhány városban találunk „kórházról” említést, amelyek legfeljebb néhány szobából álltak, és leginkább szegény betegek kezelésével foglalkoztak. (Kiss, 2005)

1769 végén Mária Terézia korábbi rendeleteivel összhangban, a hazai egészségügy fejlesztésének céljából, engedélyezte a nagyszombati egyetem orvosi karral történő kibővítését.

A XVIII. században az újkori egyetemi struktúra és állami oktatásigazgatási rendszer kialakítását és megszilárdítását követően a gyógyító, ápoló és egyéb egészségügyi szolgáltató tevékenységet végzők képzése hármas jelleget öltött. (1) Az egyetemi diplomához kötött orvosképzés, (2) az orvosi fakultás szakmai felügyelete és vizsgáztatási rendje alatt álló sebészek, bábák, patikusok, valamint (3) az egyetemi szférán kívül álló, gyakorlati tudást átadó, legtöbbször tanfolyamjelleggel sem bíró (borbély-sebészek, fürdősök, ápolók, stb.) hagyományos iparos jellegű „képzések”. Ezek a képzések együttesen biztosították az akkori hivatásos egészségügyi szektor utánpótlását. (Helman, 2003) S végül az uralkodó a fentiekben már említett GNRS kiadásával 1770-ben újkori történelmünk során elsőként szabályozta átfogó módon a hazai egészségügy helyzetét. (Balázs, 2004)

A GNRS hatályba lépését követően Magyarországon is jelentős lendületet vett a közegészségügyi igazgatás kialakítása, de az általános közigazgatási hatósági szervezeten belül önálló hivatali szervezet nem jött létre.

III. szakasz

Amikor 1848-ban az első független felelős minisztérium (akkor minisztériumnak nevezték az egész kormányt) megalakult (1848. évi III. tv.), az egészségügyi szakterület először a Klauzál Gábor vezette „Földművelés, ipar és kereskedelem” nevet viselő tárcához, majd 1849 tavaszán a belügyi tárcához került. Ez az állapot azonban csak rövid ideig tartott, mert az 1848/49-es forradalom és szabadságharc bukása után a restaurációs politikát folytató Habsburg abszolutizmus az 1848 előtti közigazgatási rendet állította vissza. Az 1867-es

Kiegészítést követően, az ismételt felállított önálló magyar minisztériumi struktúrában az egészségügy központi irányítása újra a belügyminisztériumhoz tartozott, az orvoscépzés a vallás- és közoktatási minisztérium felügyelete alá került.

Ebben a korszakban már kétség sem fért az egészségügyi szektorban az állami szerepvállalás szükségességéhez:

„Európa művelt államaiban mindenütt visszahangzik a kívánság egészségügyi reformok életbeléptetése után. A közegészségügy kezdi elfoglalni a társadalomban azon helyet, mely őt megilleti, ma már nem egyedül az orvosok azok kik érdeklődnek iránta, annak fejlesztését óhajtják de a közvélemény is, a népek s kormányaik is.” (Fodor, 1873: VII.)

Az 1876. évi XIV. törvénycikk az első, országgyűlés által alkotott közegészségügyi törvény Magyarországon, s elsőként deklarálta: „I. § A közegészségügy vezetése az állami igazgatás köréhez tartozik.” (1876. évi XIV. tv.).

Már a törvény hatályba lépését megelőzően folytatott szakmai vitákban felmerült az önálló, egészségügyi szakminisztérium felállításának gondolata, erre azonban mégsem került sor. (Pálvölgyi, 2006) Az I. világháborút követően, 1920-ban a Népjóléti Minisztérium, a munka- és szociális ügyek irányítása mellett átvette a Belügyminisztériumtól az egészségügy teljes feladatkörét, azonban a szakmai irányítás csak államtitkári szinten valósult meg. Újabb átszervezés nyomán, 1932-ben az egészségügy-közegészségügy irányítása ismét visszakerült a belügyminisztérium hatáskörébe. Amikor 1944 decemberében Debrecenben megalakult Ideiglenes Kormány, annak elhatározásából az egészségügy irányításának feladatát ismét a Népjóléti Minisztériumba telepítették.

IV. szakasz

A minden más ágazattól független Egészségügyi Minisztérium először 1950 végén jött létre (1950. évi IV. tv.), mint ahogyan 1951-ben születik meg az első önálló egészségügyi hatóság is (173/1951. (IX.16.) MT rend.). Magyarország első egészségügyi minisztere Ratkó Anna (1903-1981) volt, aki egyszersmind az első női miniszter volt a magyar történelemben. Az Egészségügyi Minisztérium megalakulásával nemcsak a klasszikus értelemben vett köz- és egészségügyi irányítási, megelőzési feladatok kerültek a tárcához, hanem az orvoscépzés és egészségügyi szakképzés intézményei, a fürdő- és szanatóriumi feladatkörök is. E hatalmas terület irányítását a minisztérium számos osztállyal, speciális feladatokat ellátó országos igazgatóságokon és országos intézmények hálózatán keresztül látta el, amelyek alárendeltségében megyei, járási, városi igazgatási és irányítási szintek működtek. Lényegében a struktúra a fenti módon működött három évtizeden keresztül, azonban az 1980-as évek közepétől a minisztérium elnevezésében és szerkezetében is számos változás következett be. Jelenleg az egészségügy irányítását ellátó csúciszerv az Emberi Erőforrások Minisztériuma Egészségügyért Felelős Államtitkársága.

Szervezeti modellek a magyar egészségügyi hatósági munka jogi szabályozásának történetében

A XVIII. század folyamán létrejött első központi „hatósági” modellben, az egészségügy körébe tartozó igazgatási feladatokat az ország belügyeit irányító Helytartótanácson belüli egészségügyi osztály irányította, az országos főorvos (protomedicus) szakmai közreműködésével. Ennek előtörténete II. József uralkodása idején kezdődött, amikor a Helytartótanács átszervezett bizottsági rendszerében a testületek helyébe osztályok léptek (így alakult meg az egészségügyi osztály is), majd 1786-ban alapították az országos főorvosi

tisztséget, az ún. protomedicusai állást (Helytartótanácsi határozat Nr. 37656 1786). Elsőként Vezza Gábor, az időközben Nagyszombatból átköltöztetett egyetem orvosi karának igazgatója töltötte be ezt a posztot (Pálvölgyi, 2006). A korabeli protomedicus legfontosabb feladata az orvospérezés, valamint a nyilvános kórházak feletti felügyelet és igazgatás volt. Ebben a modellben a helyi feladatokat a vármegyei és a szabad királyi városi, úgynevezett physicus-doktorok látták el. A physicusok eseti vagy állandó megbízás alapján látták el a hatósági munkát, ennek megfelelően stratégiai szerepük volt, de csupán a hatóság szakközegeként működtek, tehát hatósági jogosítványokkal nem rendelkeztek.

Egy 1778-ból származó helytartótanácsi határozat (Helytartótanácsi Határozat, № 6394, 1778) értelmében a működési engedéllyel bíró physicus-doktorok kinevezése uralkodói hatáskörbe került, ezt azonban rendkívül sértőnek találták a nemesi vármegyékben választott közgyűlések. A többi között ennek a sérelemnek a kiküszöbölésére jó példa az alábbi, 1793-as jogszabálytervezet, amelyet a Magyar Országgyűlés egyik szakkbizottsága a GNRS felváltására készített.

„II. Fejezet I.§ Gondoskodás a közösség egészségéről

1-ször, minden Törvényhatóság a jövőben, meghatározott fizetéssel, saját fizikust köteles alkalmazni.

2-ször, ezek a fizikusok a Magyar Királyság határán belül vagy kívül bármely egyetemen szerzett doktorátussal rendelkezzenek, és mindezeket túl, hitelt érdemlő működési engedélyük is legyen.

3-ször, mivel a szakmai tudás önmagában nem elég az ellátandó kötelezettségek teljesítéséhez, a kiadandó működési engedélyek tekintetében nemcsak a szorgalmat, hanem az erkölcsi alkalmasság fokát is messzemenően figyelembe kell venni.

4-szer, midőn a bizalom már fennáll az orvosok személyét és gondosságát illetően, a Törvényhatósági orvosokat nem erőszakkal és a felsőbb hivatalok tekintélyére támaszkodva, hanem egyetértéses alapon és maguknak a Törvényhatóságoknak a jóváhagyásával, ide értve a Rendekkel való egyeztetést is, a Főispánnak vagy az Alispánnak kell kineveznie...”
(Egészségügyi rendészeti szabálytervezet-1793)

A fenti gondolatmenettel összhangban, ugyancsak ebben az 1793-as tervezetben jelenik meg először az a felvetés, hogy pusztán szakmai kérdésekben a physicus-doktorok közvetlenül a protomedicushoz fordulhassanak, a Helytartótanács szakmailag nem illetékes hivatali apparátusának megkerülésével.

Egy másik 1793-as jogszabálytervezetben jelenik meg először a physicusi és bármilyen közhivatali tisztség vállalása közötti összeférhetetlenség. Ez az úgynevezett Erdélyi tervezet az akkor külön kormányzott Nagyfejedelemségben ugyancsak hatályos GNRS korszerűsítésének céljából készült.

„Az orvos a Városokban, vagy a Vármegyékben, illetve a Székekben vagy a Kerületekben ez idő szerint más szenátori vagy ülnöki közhivatalt csakúgy mint magánhivatalt sem viselhet, amennyiben azonban ezt mégis elvállalná, köteles lemondani physicusi tisztségéről. „
(Egészségügyi jogszabály tervezet az Erdélyi Nagyfejedelemség részére 1793.)

A fenti tervezeteket végül nem vette napirendjére sem a Magyar Királyság, sem az Erdélyi Nagyfejedelemség országgyűlése. Érdemi jogszabály-előkészítés, az akkor már valóban korszerűtlen GNRS felváltására csak a XIX. század második felében kezdődött. A mai fogalmaink szerint is modern értelemben vett magyar egészségügyi igazgatás kialakításakor stratégiaileg két közegészségügyi igazgatási modell/irány fogalmazódott meg: (1)

önkormányzatra épülő, decentralizált modell, (2) központi, centralizált közegészségügyi igazgatási modell.

„Fontos azon kérdés, a közigazgatási – nevezetesen az egészségügyi szervezetről a selfgovernment rendszernek adassék-e az elsőség, vagy az államkormányzati rendszernek? Előbbi többé-kevésbé Angliában, Amerikában-, s Magyarországon is az életben levő, míg utóbbi Francia, Németországban, Ausztriában. - Mindkettő mellett s ellen számos elméleti érv hozott már fel; a kérdés azonban még nem döntethetett el... A többség úgy látszik az államigazgatási rendszernek adja az elsőséget. Elméleti szempontból talán igaza lehet; nekem azonban úgy tetszik, és pedig személyes helyszíni tanulmányozás alapján, nevezetesen azonban Angolország példája nyomán, hogy a Selfgovernment gyakorlatilag gyümölcsözőbb. S ez természetes is. A helyi hatóság leginkább képes felismerni a jólétét fenyegető veszélyt, hiányokat, - s legtöbb érdeklődéssel is bír azok elhárítására. A Selfgovernment alapján működés által férfiasodik a népesség, - ébred a közszellem, - s leginkább ekkor hajlandó a cselekvésre. A Selfgovernment az egyedüli kormányzati alak, mely megfér az emberi méltósággal, - a szabadságérzettel.” (Fodor J. 1873: 203-204.)

A Kiegyezés utáni Országgyűlés szakbizottságában folyó szakmai viták lezárására a választ az első közegészségügyi törvény adta meg azzal, hogy deklarálta, hogy a közegészségügy állami irányítás alá tartozik, vezetése az államigazgatás feladatkörébe sorolandó. Az 1876. évi XIV. tv. egy, a kor színvonalán álló közegészségügyi szakigazgatást igyekezett létrehozni. A részletes szabályozás a szervezeti és igazgatási szempontokat egyaránt figyelembe vette. A közegészségügy irányítását a belügyminiszter látta el, a minisztériumi struktúrában elkülönült, ún. Közegészségi Osztály segítségével. A belügyminiszter a törvény által hatáskörébe utal ügyekben felügyeletet gyakorolt, intézkedési jogköre volt, rendeleteket bocsátott ki, engedélyeket adott ki, közegészségi ügyben a végrehajtás végett kormánybiztosokat küldhetett ki. A belügyminiszter évente egyszer köteles volt az országgyűlésnek átfogó beszámolót készíteni az ország közegészségi viszonyairól. A közegészségügy elsőfokú hatóságai a községek (kis-és nagy községek, rendezett tanácsú városok) voltak, a szegényügyi teendők pedig a szolgabíróra hárultak. Másodfokon a szakigazgatási hatóság funkcióját a törvényhatóságok (vármegyék, szabad királyi városok, egyéb nevesített városok, területek) látták el, az ekkor már „tisztiorvos”-nak nevezett hatósági szakközeg támogatásával. Hatósági szinteknek megfelelően elkülönült hatósági jogkörök, s az azt támogató egészségügyi szakközegek jellemezték a rendszert (1. táblázat).

1. táblázat Dualizmus kori hatósági igazgatási modell

HATÓSÁGI SZINT	HATÓSÁGI JOGKÖRÖK	EGÉSZSÉGÜGYI SZAKKÖZEGEK
Elsőfokú hatóság	Község (szolgabíró) Rendezett tanácsú város (polgármester vagy helyettese) Törvényhatósági jogú városok (rendőri hivatal) Budapest (kerületi elöljáróság tagja)	Járásorvos, tisztiorvos, kerületi orvos
Másodfokú hatóság	Község, rendezett tanácsú város (alispán) Törvényhatósági jogú városok, Budapest (városi tanács)	Tiszti főorvos
Harmadfokú	Kormány	Belügyminiszter

hatóság		
---------	--	--

Angol mintára, a közegészségügy fejlesztése céljából az 1876-os törvény intézkedett a helyi hatóságok melletti, ún. egészségügyi bizottmányok felállításáról. Nagyobb járványok esetén a bizottmányok járványbizottmányokká alakultak át, hogy a járvány leküzdéséhez és/vagy elkerüléséhez szükséges feladatokat ellássák.

Annak ellenére, hogy hosszú évtizedes vita került nyugvópontra az első közegészségügyi törvénnyel, a bevezetett egészségügyi közigazgatási modellt ezután is sokan támadták, illetve kérdőjelezték meg, mint ahogyan ezt egy XX. század eleji írás is jól jellemzi: „...a közegészségügy ma a helyhatóságok kezében van, és helyi ügy gyanánt kezeltetik.” (Balogh, 1904:177.)

A községek rendezéséről szóló 1871. évi XVIII. tvc. értelmében a hatósági feladatot is ellátó orvost a községek típusától függően három vagy hat évre, közvetlenül a választójogosultak vagy közvetett módon a képviselő testület választotta meg. Az 1886. évi XXII. tvc. 68-69. § azonban módosította a korábbi rendelkezést azzal, hogy az orvosokat élethossziglani időtartamra, a képviselő testület választotta.

Míg az 1870. évi XLII. tvc. 65. §-a szerint a törvényhatóság alkalmazásában álló orvosokat a törvényhatóság bizottsága határozott időre (hat évre) választotta meg, addig az 1886. évi XXI. tvc. 80. §-a megváltoztatta az orvosok választására vonatkozó szabályozást. Ezen norma hatálybalépésétől kezdődően a törvényhatósági főorvost, a járási és kerületi orvosokat a főispán nevezte ki élethossziglan, vagyis nem választással töltötték be a funkciót. Az 1908. évi XXXVIII. tvc. részben módosította a kinevezési, választási rendszert, ugyanis a főispáni kinevezési hatáskörben kizárólag a törvényhatósági főorvos maradt, az összes többi tisztiorvos (a városi törvényhatósági bizottság általi) választással töltötte be a tisztségét.

A törvényhatósági tisztviselők, így az orvosok az alábbi kötelező hivatali esküt tették:

„86. § A tisztviselők a következő esküt teszik le:

Én N. N. esküszöm, hogy a királyhoz hű leszek, az ország törvényeit megtartom, hivatali előljáróimnak engedelmeskedem . . . hivatalommal járó kötelességeimet lelkiismeretes pontossággal teljesítem és a hivatali titkot megőrzöm. Isten engem úgy segítjen.

Ha a megválasztott azt nyilvánítaná, hogy az eskü vallási meggyőződésével ellenkezik, a következő fogadalmat kell letennie:

Én N. N. ünnepélyesen fogadom, hogy a királyhoz hű leszek, az ország törvényeit megtartom, hivatali előljáróimnak engedelmeskedem . . . hivatalommal járó kötelességeimet lelkiismeretes pontossággal teljesítem és a hivatali titkot megőrzöm. (1886. évi XXI. tvc.)

1883-ban a köztisztviselők minősítéséről szóló törvény vezette be a magyar egészségügyi közigazgatás rendszerébe az ún. tisztiorvosi, valamint a törvényszéki orvosi vizsgát, előbbi a „köztörvényhatósági és rendőrségi orvosokra” (1883. évi I. tvc. 9. §).

A fenti markáns változások ellenére a korabeli források szerint a dualizmus kori közegészségügyi „hivatali rend” számos nehézséggel nézett szembe. (1) Az orvoshiány, vagyis a betöltetlen községi és körorvosi állások okozta nehézség Magyarország kedvezőtlenebb adottságú területein még ebben a korszakban is fennmaradt. Az orvosellátottság nagy területi egyenlőtlenségeket mutatott, így 1893-ban a 10.000 lakosra jutó orvosok száma a vármegyék területén 2,06 volt, míg a városokban 9,7. (Varga, 1962: 97) (2) A pénzügyi gondokkal küzdő önkormányzatok nem minden esetben tudták folyamatosan biztosítani az egészségügyi szakközeg működését. Ráadásul az orvosi fizetések nagyságrendje között megmutatkozó különbségek miatt a kisebb teljesítőképességű önkormányzatoknál nagy volt a fluktuáció. (3) Sok esetben az orvosok a gyógyító munka terhei mellett nem tudtak

kellő időt fordítani a hatósági orvosi tevékenységükre való felkészülésre (pl. precízen megismerni a tevékenységükkel kapcsolatos jogszabályokat, azok változásait nyomon követni), ezáltal időnként szakmai felületesség jellemezte munkájukat. (4) Az önkormányzatoktól való, pénzügyi értelemben vett függelem, valamint a helyi viszonyok, személyes kapcsolatok miatt keletkező szűk mozgástér szintén rontotta az orvosok egészségügyi szakközegként való működését. (Varga, 1962; Pálvölgyi, 2006)

Az 1908-as, fentebb említett törvény igyekezett a problémák egy részét orvosolni. (1) A közszférában dolgozó orvosok illetményrendszerét a magyar egészségügyi igazgatás történetében először szabályozta állami szinten, olyannyira, hogy a községi és körorvosok törzsfizetését ettől fogva már az államkincstár fedezte. (2) A községi- és körorvos a hivatali kötelesség sérelme nélkül magánorvosi tevékenységet ugyan folytathatott, de fizetéssel járó más állást csak külön engedéllyel vállalhatott. (3) Az orvosok hatósági-orvosi és igazságügyi-orvosi feladatköreit igyekezett pontosabban körülhatárolni. (4) A községi- és körorvosok nyugdíjrendszerét elsőként vetette fel (az 1913. évi állami költségvetésben jelenik meg először községi- és körorvosok nyugdíjához állami hozzájárulás).

Az 1936. július 1-jén hatályba lépett törvény (1936. évi IX. tvc.) újraszabályozta a hatósági orvoslást. Hatósági orvosi tevékenységet a magyar királyi tiszti főorvosok (továbbiakban tiszti főorvosok), a magyar királyi tiszti orvosok (továbbiakban tiszti orvosok), valamint a városi és községi orvosok, s a körorvosok láthattak el. A tárgyalt jogszabály lényeges újítása volt, hogy (1) törvényi szinten deklarálta a tiszti főorvosok, valamint a tiszti orvosok állami tisztviselői rangját, és (2) egyúttal megtiltotta, hogy a továbbiakban orvosi magángyakorlatot folytassanak. A magángyakorlatot ebben az értelmezésben az orvosi rendtartásról szóló 1936. évi I. tvc. határozta meg. Ennek értelmében a közszolgálatban álló vagy törvény által létesített intézményekben működő orvos hivatali kötelességén kívüli, orvosi végzettséghez kötött tevékenysége magángyakorlatnak minősült. Ezzel a hivatkozott jogszabály a magyar egészségügyi igazgatás történetében először, élesen elválasztotta a hatósági orvoslást és a gyógyító orvosi tevékenységet.

A fenti két újítás hatályba lépése teremtette meg a modern értelemben vett tisztiorvosi rendszer alapjait. Ugyanakkor a tárgyalt korszakban a tiszti főorvosok, illetve a tiszti orvosok továbbra is egészségügyi szakközegként működtek. Következésképpen önálló, általános rendészettől elkülönülő közhatalmi jogosítványokkal továbbra sem rendelkeztek.

Hasonlóan a napjainkban működő, megyei egészségügyi hatósági igazgatás rendszertani logikájához,

(1) az akkori tiszti főorvosok és tiszti orvosok felett fegyelmi ügyekben a - kormányhivatalok 1950 előtti történeti jogelődjének számító - főispán és a közigazgatási bizottság járt el (napjainkban a kormányhivatalt vezető kormány megbízott gyakorolja a tiszti főorvosok felett a munkáltatói jogköröket),

(2) a tiszti főorvosok, valamint a tiszti orvosok szakmailag a működési területükön szolgálatot teljesítő hatósági orvosokat irányították (napjainkban a megyei népegészségügyi szakigazgatási szerv látja el, a területén működő kistérségi (helyettük a rövidesen létesítendő járási) népegészségügyi intézetek szakmai tevékenységét).

A magyar egészségügyi igazgatás történetében az első önálló, egészségügyi hatósági jogkörrel rendelkező államigazgatási szervezeti modellt a 173/1951. (IX.16.) MT (Minisztertanácsi) rendelet hozta létre. Az országos hatáskörű Állami Közegészségügyi Felügyelet (ÁKF), illetve a később létrehozott helyi Közegészségügyi és Járványügyi Állomások (az ún. KÖJÁL-ok) a szovjet tanácsi rendszer szervezeti modellje alapján működtek, a rendszer egészét szigorú centralizált hierarchia jellemezte. Az új jogszabály felszámolta a tisztiorvosi rendszert, és helyette az állami közegészségügyi-járványügyi felügyelők rendszerét vezette

be. Jóllehet, a továbbiakban már nem egészségügyi szakközegként működtek a hatósági-orvosi tevékenységet végző közegészségügyi-járványügyi felügyelők, és az ÁKF-nek hatósági jogosítványai voltak, azonban a jogalkotó a széles értelemben vett szakmai autonómiát csak a rendszerváltozás után, az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ) létrehozásával teremtette meg. Az 1991. évi XI. tv. szerint, a szervezet egésze egységes és szakmai alapú irányítás alatt állt, élén az országos tisztifőorvossal. Ebben a szervezeti modellben az Országos Tisztifőorvosi Hivatal (OTH) centralizált szervként, az ÁNTSZ megyei, illetve fővárosi intézetei pedig helyi, de a helyi önkormányzatoktól független decentralizált közigazgatási szervekként jelentek meg. Az országos tisztifőorvost, illetve a megyei (fővárosi) tisztifőorvost az illetékes miniszter, ugyanakkor a városi, illetve fővárosi kerületi tisztifőorvost pedig a megyei (fővárosi) tisztifőorvos nevezte ki. A korábbi közegészségügyi járványügyi felügyelői rendszerről az új jogszabály visszatért a tisztiorvosi rendszerre.

2006 végén egy újabb területi szervezeti modell jelenik meg az egészségügyi igazgatás hatósági szervezetben. Az újdonságot a tradicionális, (vár)megyei besorolású közigazgatási modelltől idegen elem, a regionális területi beosztás jelenti. A 362/2006. (XII.28.) kormányrendelet értelmében a korábbi megyei (fővárosi) intézetek helyére az ún. regionális intézetek, élükre pedig a regionális tisztifőorvos került. A kistérségi, illetve a fővárosi kerületi intézetek az ÁNTSZ helyi szerveiként jelentek meg. A vizsgált korszak másik nagy változása, a közegészségügyi hatósági munka korábban szakmailag egységes szerkezetének megbontása volt. A szakma kifejezett tiltakozása ellenére számos, hagyományosan az egészségügyi hatóság feladatkörébe tartozó ügycsoportot vontak el az ÁNTSZ-től. A területi államigazgatási szervek felosztásának új koncepciója és néhány hatáskör elvétele ellenére, a helyi ÁNTSZ szervek megőrizték a decentralizált helyzetüket, és továbbra is fennmaradt az egységes irányítás és vezetés az ÁNTSZ egészében.

A hatályos szervezeti modell a 323/2010. (XII. 27.) kormányrendelettel épült ki. A regionális intézetek helyett, ismételten a megyei területi tagozódású intézetek jelentek meg, vagyis ebben az értelemben a kormányzat visszatért a hagyományos területi elvek szerint felépülő szakigazgatási rendszerhez. Ugyanakkor „új” elemként jelent meg a megyei szintű egészségügyi szakigazgatási szervek kormányhivatalok alá történő besorolása. Ennek következtében a korábbi területi ÁNTSZ intézetek elveszítették az évtizedek óta fennálló egységes szervezeti vezetést. Bár szakmailag továbbra is az országos tisztifőorvos irányítása alatt állnak, az egészségügyi hatóság második szintjén a munkáltatói jogkört a kormányhivatal élén álló kormány megbízott gyakorolja, vagyis ezen a szinten - a hatékony szervezeti működés szempontjából nem túl szerencsés - kettős vezetés valósul meg.

Összefoglalóan megállapíthatjuk, hogy a jelenleg működő hatósági szervezeti modell nem idegen az egészségügyi igazgatás történelmi hagyományaitól, hiszen

- (1) megyei területi besorolású,
- (2) tisztiorvosi rendszerre épülő,
- (3) erősen központosított,
- (4) a megyei szint a központi hatalmat kiszolgáló, általános hatáskörű, decentralizált államigazgatási szerv alá került besorolásra, és
- (5) az egyes hatósági szintek vezetőinek kinevezése, a munkáltatói jogok gyakorlása, valamint a szakmai irányítás régmúltban gyökerező hagyományokra épül. Természetesen a struktúra minden egyes rendszernek csak az egyik fő elemét adja. A lényeges kérdés az, hogy ebben a szerkezetben mennyire lesz eredményes a hatóság működése.

Irodalom

- BALÁZS, P.: *Generale Normativum in Re Sanitatis 1770. Szervezett egészségügyünk 1770-es alaprendelete*. Piliscsaba-Budapest, Magyar Tudománytörténeti Intézet, 2004.
- BALÁZS, P.: *Népegészségügy Magyarországon a XVIII. század és a belátható jövő között*. Egészségtudomány 52, NO. 2. (2008): 14-28.
- BALOGH, P.: *Közegészségügyi minisztérium*. Egészség XVIII. 1904. 177.
- FODOR, J.: *Közegészségügy Angolországban tekintettel az orvosügyre, orvosi rendészetre és törvényszéki orvosi ügyre, valamint a hazai viszonyokra*. Budapest, Athenaeum, 1873.
- HELMAN, C.G.: *Kultúra, egészség és betegség*. Budapest, Medicina, 2003.
- KAPRONCZAY, K.: *Orvosi művelődés és egészségügyi kultúra a XVIII. századi Magyarországon*. Budapest, Semmelweis, 2007.
- KISS, L.: *Az ispotálytól a modern kórházig. Kórházak Magyarországon a XIX. század végétől a második világháborúig*. Századvég, 37, (2005): 53-87.
- PÁLVÖLGYI, B.: *A magyar közegészségügyi közigazgatás intézményrendszere (1867-1914)* Ph.D disszertáció 2006. Letöltés ideje: 2012. április 20. URL <http://ajkold.elte.hu/doktoriiskola/ajk/fokozatosok/Palvolgyi%20Balazs%20-%20Disszertacio.pdf>
- VARGA, L.: *A közegészségügy rendezése és helyzete hazánkban a múlt század utolsó negyedében*. Budapest, Medicina, 1962.

Felhasznált jogszabályok, jogszabálytervezetek

Generale Normativum in Re Sanitatis 1770.

1848. évi III.tvc.

Helytartótanácsi Határozat, Nr. 6394, 1778.

Helytartótanácsi Határozat, Nr. 6394, 1778.

Helytartótanácsi határozat Nr. 37656, 1786.

Ordines politici in negotio sanitatis projectati. (Egészségügyi rendészeti szabálytervezet), készült 1793-ban, az 1790/91. évi Országgyűlés LXVII. törvénycikke által létrehívott Közigazgatási Rendszeres Bizottság munkájának eredményeként. Nyomtatott kiadásban megjelent: Opus excelsae Deputationis Regnicolaris in Publico-Politicis quoad objecta Articulo 67. Anni 1791. Regnicolariter sibi delata elaboratum. Tomus II. Posonii, Typis Ludovici Landerer de Fűskút, 1826.

Opinio in Re Sanitatis (Egészségügyi jogszabály tervezet az Erdélyi Nagyfejedelemség részére 1793.) MOL, F-120 Cista Diplomatica, Vegyes normalia-gyűjtemények, 9. egészségügy, 14. kötet.

1870. évi XLII. tv. A köztörvényhatóságok rendezéséről

1871. évi XVIII. tv. A községek rendezéséről

1876. évi XIV. tv. A közegészségügy rendezéséről

1883. évi I. tv. A köztisztviselők minősítéséről

1886. évi XXI. tv. A törvényhatóságokról

1886. évi XXII. tv. A községekről

1908. évi XXXVIII. tv. A közegészségügy rendezéséről szóló 1876: XIV. tv. II. rész I. fejezetének (Közegészségügyi szolgálat a községeknél) módosításáról

1936. évi IX. tv. A hatósági orvosi szolgálatról és a közegészségügyi törvények egyéb rendelkezéseinek módosításáról

1950. évi IV. tv. a Magyar Népköztársaság Alkotmányának módosításáról

173/1951. (IX.16.) MT rend. Az állami közegészségügyi felügyelet szervezéséről

1991. évi XI. tv. Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatról

362/2006. (XII.28.) Korm. rend. Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat és a gyógyszerészeti államigazgatási szerv kijelöléséről
323/2010. (XII.27.) Korm. rend. Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatról, a népegészségügyi szakigazgatási feladatok ellátásáról, valamint a gyógyszerészeti államigazgatási szerv kijelöléséről