

Száz éve tovább bővült a gyakorlati orvosképzés hazánkban

Ralovich Béla dr.

Az 1922–23-as tanév elejétől lépett életbe az az új szigorlati szabályzat, melyet Horthy Miklós 1922. szeptember 5-én hagyott jóvá. Ennek lényege, hogy minden orvosjelöltnek 10 eredményesen lezárt félév után 1 év kötelező orvosi gyakorlatot kellett sikeresen teljesítenie egyetemi klinikán vagy egy 3 évenkénti időtartamra alkalmasnak ítélt kijelölt kórházban – ez a jelenlegi szigorlóév – ahhoz, hogy a diplomáját megkaphassa.

A diplomát elnyert minden frissen végzett orvos jogosult volt orvosi gyógyító és megelőző tevékenységet vagy orvosi diplomához kötött, nem gyógyító munkát végezni, ha előtte a területileg illetékes orvosi kamara a tagjai közé fogadta.

Az orvos tevékenykedhetett mint magánorvos vagy mint közszolgálati alkalmazott. Ahhoz, hogy minden orvos jogszerűen működhessen, ismerniük kellett azokat a kötelezettségeket és specifikus magatartási szabályokat, amelyek rájuk nézve iránymutatók voltak. Ezek egy része adminisztratív jellegű volt, míg másik részük a gyógyító tevékenység végzését szabályozta.

A közszolgálatot teljesítő orvosok lehettek nem hatósági munkát végzők – kórházi, biztosítási intézeti és törvény alapján létesített egyéb intézeti orvos – vagy hatósági munkát végzők: tisztiorvos, városi vagy községi, illetve körorvos. A hatósági orvosok működését az 1876. évi XIV. törvény szabályozta 1936-ig.

Az orvosok posztgraduális képzése mindig is fontos, a tudásukat fejlesztő és az általuk végzett munka színvonalát emelő lehetőség volt, amelyre az alábbi formákban kerülhetett sor:

1. Lehetőség volt önkéntes klinikai vagy kórházi gyakorlat végzésére a nagyobb tudás megszerzése céljából.

2. 1936-ban szakorvosi címet lehetett szerezni a jogszabályban előírt 18 klasszikus orvosi szakmában. A jelöltnek egy kijelölt intézményben le kellett töltenie a szakmától függően előírt hosszúságú gyakorlati időt, és sikeresen kellett vizsgáznia az Országos Szakorvosképesítő Vizsgabizottság előtt.

3. Azoknak az orvosoknak, akik „gyakorlatra nem jogosított” minősítést kaptak, egy kijelölt intézményben további, maximum kétéves tanulási időt írtak elő.

4. Egy 1934-ben megszületett belügyminiszeri rendelet lehetőséget teremtett ún. vármegyei orvosgyakornoki állás betöltésére a tiszti főorvosi hivatalban, amely

megfelelő hosszúságú gyakorlat után egyenértékű volt az 5 éves községi, illetve körorvosi működéssel.

5. 1933-tól vizsgálták a községi, illetve körorvosi továbbképzés lehetőségét, amelyet 1936-tól kötelezően előírtak minden hatósági orvosi állást betöltő számára.

Mivel az oktatott tananyag többkomponensű, érdemes megvizsgálni, milyen összetevői vannak. Az oktatás gerincét nyilvánvalóan az általános klasszikus ismeretek és elvek teszik ki a legújabb felismerésekkel együtt. Ezek mellett jelentős befolyásoló hatása van az adott ország társadalmi és gazdasági állapotának, egészségügyi, közegészségügyi ellátórendszere fejlettségének, a közegészségügyi és a népegészségügyi viszonyoknak, a lakosság általános műveltségének és kulturáltságának is. Hazánk a múlt század első harmadában a különböző európai paraméterek tekintetében sok szempontból az utolsók között foglalt helyet, vagy a legutolsó volt, például fertőző betegségek, csecsemőhalandóság, ivóvízproblémák, csatornázatlanság, a vidék gyenge orvos- és babaellátottsága, az átlagéletkor alacsony volta, a közegészségügyi ellátás gyengeségei stb. Ezért ezek a tények döntően meghatározták az egyetemi és a posztgraduális orvosképzés hangsúlyos irányait.

Orvosaink évszázadok óta végeztek közegészségügyi munkát. A közegészségügyi munka területén nagy előrelépést jelentett a már említett 1876. évi XIV. közegészségügyi törvény, melynek korszerűségét az a tény igazolta, hogy hosszú évtizedeken keresztül érvényben maradt. Szakembereink ennek megjelenését követően is a további fejlődést szorgalmazták, de mindig közbeszólt valami – az I. világháború, a forradalmak, a trianoni békeszerződés, a gazdasági világválság stb. Az 1925-ös év azonban fordulópontot jelentett, mert akkor törvénybe iktatták a Rockefeller Alapítvány nagylelkűségét, amely lehetőséget biztosított a hazai közegészségügyi rendszer modernizálására, a közegészségügyi posztgraduális képzés beindítására, valamint elsősorban a népegészségügyi gondok, azon belül is a falugészségügyi problémák felmérésére és a bajok orvoslásának megkezdésére. A Scholtz Kornél (1871–1962) és Johan Béla (1889–1983) által irányított, több mint 10 éves előkészület után, melyet a mindenkori kormány erőteljesen támogatott – közben 1927-ben elkészült a közegészségügyi munka és oktatás központi intézménye, a Magyar Királyi

Országos Közegészségügyi Intézet, és annak vidéki fiók-állomásait is elkezdtek szervezni –, a problémák nagyságának felmérésére és az egyes beavatkozások sikerességének megítélésére ún. egészségügyi mintajárásokat alakítottak ki. 1936-ban jelent meg a IX. törvény, mely megújította a közegészségügyi szolgálat működését. Államosították a tiszti főorvosi hivatalt és a tisztiorvosi szolgálatot, és modernizálták a tisztiorvosok képzését, amely egységesen 9 hónap lett. Előírták, hogy tisztiorvos csak az lehet, aki előtte legalább 5 évig városi vagy községi, illetve körorvosi állást töltött be. Tiszti főorvosnak csak azt lehetett kinevezni, aki előtte legalább 5 évig tisztiorvos volt. Meghatározták a tisztiorvosok feladatait, s megtiltották, hogy az illetők gyógyító munkát végezzenek.

Közben megindult az orvoslakások, az egészségházak, a tüdőbeteg-gondozók, a napközi otthonok, az egészséges vizet adó kutak létesítése. Beindult a falusi iskola-fogászat szervezése, és folyt a Zöldkeresztes Egészségvédelmi Szolgálat működésének segítése, kiteljesítése stb.

1936 után a községi és a körorvosokat a belügyminiszter nevezte ki a korábbi helyi választás helyett, amelynek eredménye az összefonódások miatt nem mindig szolgálta a település igazi egészségügyi érdekeit. A kinevezés során ugyanis az illetékesek a kötelező, de változó hosszúságú tanfolyam elvégzése után mindig azokat a frissen végzett orvosokat választották ki a községi, illetve körorvosi munkára, akik az egyetemi évek alatt, majd pedig a községi orvosi vizsga alkalmával a legjobb tanulmányi eredményt mutatták fel. Az idősebb orvosok közül pedig azok kerültek előnybe, akik a diploma megszerzése után kórházi gyakorlaton voltak, és továbbképezték magukat, mivel Johan Béla felismerte – amivel mi is egyetértünk –, hogy a falvakban mindig a legnagyobb, legszélesebb és legáltalánosabb tudású orvosokra van/lenne szükség. Ezért abban az időben a fiatal diplomások nagy része már arra törekedett, hogy a diploma megszerzése után egy megfelelő intézményben kapjon helyet a kellő tapasztalat vagy a szakorvosi cím megszerzése érdekében. A kialakult új rendszer eredményesen működött, amit egészségstatisztikai adataink igazoltak.

A II. világhégés után döntő változások következtek be. Mindegyik orvosi kart kivették a klasszikus egyetemi struktúrából, és önálló egyetemmé szervezték, s ezek az egészségügyi miniszter fennhatósága alá kerültek. Autonómiájukat megnyirbálták csakúgy, mint a szakorvos- és tudományos képzésben játszott szerepüket. Az új rend-

szer egyik pozitív döntésének az tartható, hogy az 1950–60-as években nekünk már kötelezően előírták, hogy körzetbe csak az a frissen végzett orvos mehet, aki előtte kétéves kórházi gyakorlatot teljesített. (E döntés bölcs voltára csak utólag jöttem rá, mert a tartalékos tiszti tanfolyamon közvetlenül a végzés után kellett részt vennem. Gyógyítási gyakorlatomat a pécsi Honvéd Kórházban kellett teljesítenem, ahol nem mérlegeltek semmit, és bedobtak a mély vízbe. Akkor jöttem rá, mennyire kevés a tapasztalatom, és mennyire zöldfülű vagyok, holott az évfolyam 13 legjobb végzőse közé tartoztam.) Véleményem szerint a háziorvosi tevékenység elkezdésének engedélyezésekor hasonló szempontokat kellene figyelembe venni, mert a kétéves kórházi munka során a pályázók kellő mértékben el tudnák sajátítani a mindennapos akut diagnosztikát. Ez a gyakorlat azért is szükséges, mert a körzetekben sok esetben sajnos nem is mindig a legalaposabb tudású diplomások óhajtanak állást kapni.

Az orvusképzés restaurációja is a rendszerváltozás után következett be. Visszaállt a klasszikus egyetemi kritériumoknak megfelelő intézményrendszer. A szakorvos- és a tudományos képzés, valamint a fokozatadás is visszakerült az őket megillető helyre. Jelenleg az 1997. évi CLIV. törvény (Egészségügyi törvény) és a 2000. évi II. törvény, illetve azok felhatalmazása alapján készült alacsonyabb rendű jogszabályokban előírtak a mérvadók. A megújuló szakorvusképzés még kiforratlan, amit az is igazol, hogy a szaklapokban sok az e témával foglalkozó írás és vita.

Felhasznált irodalom

- Johan B. The Hungarian village is healing. [Gyógyul a magyar falu.] A M. Kir. Országos Közegészségügyi Intézet Közleményei 1939; 7. szám. [Hungarian]
- Tóth L. Explaining collection of medical legislation. [Az orvosi jogszabályok magyarázatos gyűjteménye.] Novák Rudolf és Társa, Tudományos Könyvkiadó Vállalat, Budapest, 1941. [Hungarian]
- Ralovich B. Contribution to the history of education and research knowledge related to microbiology. Volumes I–III. [Adatok a mikrobiológiával kapcsolatos ismeretek oktatás- és kutatástörténetéhez. I–III. kötet.] TSR Kft., Keszthely, 2011; 2014; 2018. [Hungarian]
- Bereczki D. Practical manual of postgraduate medical training at the Semmelweis University. [A szakorvusképzés gyakorlati tudnivalói a Semmelweis Egyetemen.] Budapest, Semmelweis Egyetem, 2014. [Hungarian]

(Ralovich Béla dr.,
e-mail: ralovich.b@gmail.com)