



A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓRENDSZER A KÉT VILÁGHÁBORÚ KÖZÖTT

SZABÓ KATALIN PhD, főmuzeológus
Semmelweis Orvostörténeti Múzeum
E-mail: szabokatalin@semmelweis.museum.hu

DOI 10.23716/TT0.24.2020.05

Absztrakt

Az egészségügyi ellátásról egy országra vonatkozóan egységben, rendszerben, hálózatban gondolkodni nem igazán régi gondolat és csak a 19. században teremtődött meg a feltétele annak, hogy a gondolat a megvalósítás fázisába érjen. Magyarországon BALASSA János (1814–1868) nevéhez fűződik a modern egészségügyi törvény kidolgozása, bár korai halála miatt nem érhetett meg, hogy az elképzeléseiből született tervezet törvényerőre emelkedjen. Elkötelezett kollégája FODOR József (1843–1901) megvalósította elképzeléseit.

Kulcsszavak: kórház, egészségügyi ellátás, megelőzés, gondozás, rendelőintézet, egészségpolitika

A modern magyar egészségügyi rendszer kiépülése

Az első, struktúrát képező, az ellátást a maga komplexitásában láttató, a területi, népességi és egészségügyi szükségleteket szem előtt tartó hálózat az egészségügyben a kórházi ellátóhálózat volt. Kiépítését a BALASSA János által megfogalmazott indokok alapján létrejött 1876. évi törvény tette lehetővé. „...azon kár, amelyet az eltávolítható, vagy megelőzhető okokból eredő betegeskedés, halál a nemzet vagyonán ejt, semmi arányban sem áll azon költséggel, mely annak elhárítására megkívántatik”¹ — írta Balassa. Ez a törvény Európában egyike volt az elsőnek és modernitását a benne megfogalmazott irányelvek bizonyították. Erénye volt, hogy a betegek ellátását egy országra vonatkozóan, rendszerben látta, ugyanakkor az emberek egészségét gazdasági tényezővé emelte. Így a megelőzés, az egészség helyreállítása és a rehabilitáció is felértékelődött és arra ösztönözte a

¹BALASSA Jánosnak a belügyminiszterhez intézett emlékirata 1868-ban.

törvényalkotókat és a végrehajtókat, hogy eleget tegyenek ezen követelményeknek. A törvény mindig annyit ér, amennyi megvalósul belőle. E modern törvény megvalósítása elsősorban az ország anyagi lehetőségein múlott, így csak 1895-ben kezdődhettek meg a nagy kórházi beruházások. Az 1895 és 1915 között eltelt húsz évben az intézményes betegellátás megerősödött, a kórházi és más gyógyhelyek száma megháromszorozódott. Az 1914-es statisztikai adatok szerint Magyarországon Fiumével és Horvát-Szlavóniával együtt 461 kórház működött, melyből Magyarország területére 425 esett és ez 43 819 kórházi ágyat jelentett. Ugyanakkor sorban alakultak a megelőzést és a védelmet nyújtó szervezetek is, segítve például az alkoholizmus-, vagy a tbc elleni küzdelmet. Legjelentősebb mégis a szervezett anya- és csecsemővédelem volt, az 1906-ban alakult Országos Gyermekevédő Ligával, majd az 1915-ben alapított Országos Stefánia Szövetséggel.

Ahhoz, hogy az intézményekben a megnövekedett munkát el tudják látni, megfelelő személyzetre is szükség volt. Az említett időszakban a budapesti mellett még három egyetem létesült, ahol orvosokat is képeztek, Kolozsvárott 1881-ben, Debrecenben 1918-ban, Pozsonyban pedig 1914-ben indult meg az oktatás.

Az egészségügyi ellátás hálózata jellemzően mindig egy meghatározott ország igényeinek és adottságainak megfelelően jön létre, szem előtt tartva a lakosság egészségügyi állapotát, a betegségek és a lakosok területi megoszlását, a földrajzi jellemzőket. Ehhez mérten építi ki az ellátórendszer bázisait, jelen esetben a kórházakat, ehhez a rendszerhez mérten képezi ki az egészségügyi személyzetet és szervezi meg a gyógyító munkát. Ezt a felépített rendszert, az erre méretezett képzési struktúrát és az erre a rendszerre megszervezett munkát döntötte romba 1920-ban a trianoni békediktátum.

Az egészségügy veszteségei 1920-ban

Nagyon ritkán, de inkább soha nem esik szó azokról a veszteségekről, melyek az egészségügyben érték Magyarországot 1920-ban, pedig ennek is óriási jelentősége volt mind a népesség, mind pedig a nemzetgazdaság szempontjából, akár a kórházi, akár a balneológiai, ásványvízi értékekre, akár a felépített egészségügyi ellátás rendszerére, vagy az egészségügyi szakszemélyzet képzésére gondolunk. Az egészségügy egy tipikusan olyan terület, ahol nemcsak anyagi javak, kórházak, klinikák, fürdők, ásványvíz palackozók maradtak határon kívül, hanem komoly szellemi tőkét képviselő, jól működő szakmai közösségek, szervezetek bomlottak meg.

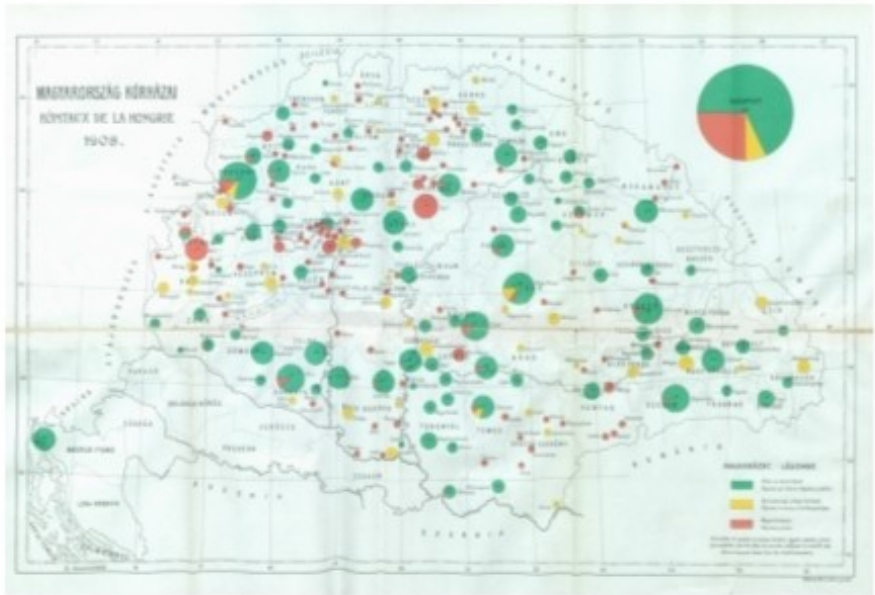
Hogyan nézett ki ez számokban? A 425 kórházból 183 maradt a megcsonkított országban. A fürdőknél sokkal elképesztőbb a szám: a 204

fürdő- és klimatikus helyből 46 maradt az ország határain belül és az újonnan alapított egyetemek közül kettő is kívül esett az új határokon. Ugyanakkor az orvosok eloszlásában és számában is traumatikus változások következtek be. A statisztikák szerint 1895-ben 4424 orvos tevékenykedett Magyarország területén, míg 1913-ban már 5758. Ez azt jelentette, hogy míg előbb 100 ezer lakosra 27,9 orvos, utóbbi esetben 30,9 orvos jutott. A trianoni békediktátum után megmaradt területeken — mivel a peremterületek orvos-ellátottsága rosszabb, míg a központi területek orvos-ellátottsága jobb volt — fordított arány érvényesült. Az orvosok száma abszolút értékben — az ország-
csonkításból adódóan — csökkent ugyan az 1917-es adathoz viszonyítva, a lakosságra vetített arányát tekintve azonban nőtt, hiszen százezer lakosra hirtelen 56 orvos jutott. Ezzel és a további növekedéssel a megmaradt terület orvos-ellátottsága a nyugat-európai országok ellátottságának színvonalát érte el. 1921–22-ben százezer lakosra Franciaországban 62, Németországban 73, Magyarországon 58, a kirurgusokkal együtt 68, Dániában 60, Norvégiában 40 orvos jutott. Eloszlásuk hihetetlen aránytalanságot mutatott, hiszen Budapesten élt az orvosok több mint 44 %-a. Ugyanakkor az 1922-ben meglévő 468 közegészségügyi kör közül 17-ben egyáltalán nem volt körorvos. Az orvosok nagy számban áramoltak be a megszállt területekről is; egy 1930-as felmérésből kiderül, hogy a Budapesten működő orvosok 28,5 %-a a megszállt területeken született. A menekültekre és a vagonlakókra vonatkozó statisztikai adatok szerint az elszakított területekről 1918. október 30-tól 1924. június 15-ig 280 orvos, illetve gyógyszerész érkezett.²

A trianoni békediktátum életbelépése után egy megtépázott ellátórendszer, ellátás nélkül marad régiók, háború után leromlott egészségi állapotú lakosság, romokban heverő orvos és szakemberképző rendszer jellemezte a magyar egészségügyet. Ahogyan 1939-ben SCHOLTZ Kornél (1871–1962) népjóléti államtitkár visszaemlékezésében írta: *„Elszomorító és lehangoló kép tárult azok elé, akik a háború befejeztével számon vették a megcsonkított ország egészségügyi helyzetét. Az Alföld peremén álló nagy kultúrájú, hatalmasan fejlődő városaink elszakadásával elvesztettük a pozsonyi egyetem klinikáit, az újonnan épült kassai állami kórházat, az ungvári, munkácsi, beregszászi, nagyszöllősi, szatmárnémeti, nagykarolyi, nagyváradi, aradi, temesvári, szabadkai nagy közkórházakat, az ottani gyermekmenhelyeket, bábaképző és egyéb egészségügyi intézeteket, amelyeknek azelőtt legalább felerészben az alföldi magyarság vette hasznát.”*³

² PETRICHEVICH HORVÁTH Emil: *Jelentés az Országos Menekültügyi Hivatal négyévi működéséről*, Budapest, 1924, 7–9

³ SCHOLTZ Kornél: Szolgálati emlékek és tapasztalatok, *Népegészségügy* 20, 1939, 1, 10–21



1. kép: Magyarország kórházai 1908-ban⁴

1920-ban az ország mind egészségét, mind pedig egészségügyi ellátórendszerét illetően is lehangoló képet mutatott. Ezt a képet kellett megváltoztatni, ebből kellett valami újat létrehozni. A Balneológiai Egyesület 1922-ben tartott kongresszuson ezt a következőképpen foglalta össze: „összeszorított néma ajakkal és ökölbeszorított kézzel kell újból munkába állnunk, hogy a semmiből valamit teremtsünk”.

Az egészségügyi ellátórendszer újjáalakítása a két világháború között

A háborús halálozások, betegségek és a rokkantság, valamint a határmódosítással megcsappant lakosságlétszám miatt az emberélet és az egészség felértékelődött. A háború után olyan egészségügyi rendszert kellett létrehozni, melyet hozzáigazítottak az újonnan létrejött határokhöz, népesedési jellemzőkhöz, a gazdasági lehetőségekhez, és nem utolsósorban az ország egészségi állapotához. A két világháború között az egészségügy szakmai irányításának az államtitkári pozíció biztosított stabilitást. FÁY Aladár (1898–1963) 1919 és 1925 között, SCHOLTZ Kornél (1871–1962) 1925 és

⁴ KERÉKES Pál: La Hongrie charitable: l'assistance publique et les hôpitaux en Hongrie, Magyar Királyi Állami Nyomda, Budapest, 1909.

1932 között, JOHAN Béla (1889–1983) pedig 1935-től 1945-ig látta el az államtitkári feladatokat. Az első időben a szociális higiénére és a népesedéspolitikára helyezték a hangsúlyt, majd a kórházi ellátórendszer, a betegség megelőzését szolgáló rendszer és az egészség megőrzését támogató hálózat kiépítése állt a munka homlokterében, végül a közegészségügyi reform falura való kiterjesztése következett.

A háború után megmaradtak az egészségvédelmi szervezetek töredékei, mint a bakteriológiai intézet, a nemibeteg gondozás intézményei, tbc-s gondozás, a Stefánia, stb. és ugyanígy a civil kezdeményezések is, mint a jótékonyági szervezetek, szegénygondozás, de ezek munkája nem volt összehangolva. Ezek összehangolására, egy modern ellátórendszer kiépítésére és működtetésére, a gyakorlati feladatok ellátására és ehhez az elméleti és tudományos alapok megalkotására volt szükség.

A kórházak a történeti Magyarország területén az iparilag fejlett vidékekre és a nagyvárosokra koncentrálva jöttek létre, az ország középső részén, a nem túl népes, nagyvárosokkal nem rendelkező középső régió ellátását a peremvidék nagyvárosainak kórházai tették meg. A trianoni döntéssel ezekben a régiókban a lakosság kórházi ellátás nélkül maradt, ugyanakkor előállt az a paradox helyzet is, hogy a határ innenső oldalán maradt a kórház, de a betegbázis, melynek ellátására létrehozták, határon kívül rekedt. Így a kórházi struktúra újragondolására és modernizálására is igény mutatkozott. Kórházak tekintetében 1921-ben a megmaradt gyógyító intézmények száma 183 volt; ez a szám 1938-ra 308 lett; ez azt jelenti, hogy 17 év alatt 121 kórházat építettek meg, a betegágyak száma ebben az időszakban 26 451-ről, 48 898-ra nőtt. Ezzel Magyarország európai összehasonlításban a középmezőnybe tudott jutni. Az ellátórendszer modernizálásának eredménye megmutatkozott az ezer lélekre eső halálozások arányának csökkenésében is. Míg 1921-ben az utolsó előtti helyen állt az ország a 21,20 ezrelékkal, addig 1937-ben 14,20-ra csökkent ez a szám, és az összehasonlításban ezzel a 9-dik helyre lépett elő az ország ami az elhalálozást illeti. Ekkor az európai listát Németország vezette 11,81-gyel; az ezer lakosra eső halálozási szám Angliában 12,42, Csehszlovákiában 13,27, Franciaországban 15,32 volt.⁵

A kórházépítések nem csak az ellátóhelyek számának emelését jelentették, hanem a háború alatt elmaradt kórházmodernizáció ideje is ekkor jött el. A háború előtt a kisebb kórházak ugyanis csupán belgyógyászati és sebészeti osztályra tagozódtak, amiket fokozatosan tovább kellett bővíteni elsősorban szülészeti és nőgyógyászati-, valamint fertőző- és gyermekosztályokkal. A nagyobb kórházaknak ezeken kívül tüdő-, bőr- és nemibeteg gondozó,

⁵ SCHOLTZ Komél: Az egészségügyi szolgálat eredményei. *Népegészségügy* 22, 1941, 13, 15–27

szemészeti-, orr-fül-gége gyógyászati, valamint ideg- és elmeorvosozásos osztállyal is kellett rendelkezniük. De ugyanígy fontos részét képezte a nagyobb kórházaknak a prospektúra és a laboratórium is.

A megnövekedett orvoslétszámon az első időben úgy próbáltak segíteni, hogy az egészségügyi szakszolgálatot javították: ahol csak lehetett közzhatósági orvosi állások szervezését indították meg; később a fejlődő kórházügy adott kenyeret a növekvő számú orvostársadalomnak, „*az orvosok nagy tömegei pedig az 1927. és 1928. években nagyarányúvá kifejlesztett társadalombiztosító intézményeknél igyekeznek a létminimumhoz szükséges keresethez jutni.*”⁶ Ez azonban csak időleges megoldás lehetett, hiszen az ország belsejébe költözött, immár négy egyetem tovább képezte az orvosokat, így a statisztikusok az orvosok számának további növekedését várták. A budapesti Pázmány Péter és a debreceni egyetem mellett a két „menekült” egyetemen is folyt oktatás. A kolozsvári egyetem Szegeden, a pozsonyi alapítású először Budapesten, majd Pécsen kezdte meg a munkát. Így vált lehetségessé, hogy a 1923/24-es tanévben már több mint négyezer orvostanhallgató tanult a négy orvosi fakultáson, bár ezt megelőzően 5000 körül volt a hallgatók száma.

Az egészségvédelem hálózatszerének kiépülése a két világháború között

Magyarországon a szervezett közegészségügyi munka kiépítését a már említett 1876-os egészségügyi törvény iniciálta. Ez az az időszak, amikor a szervezethez nemzetközi szinten is egyre inkább követelménnyé vált. 1851-ben a Párizsban megszervezett első ilyen igényekkel fellépő konferencia a fertőző betegségek terjedésének akadályozását célozta, bár nem volt túlságosan sikeres, hiszen a kidolgozott egyezményt a résztvevő államok elenyésző része ratifikálta. Az első sikeresnek mondható ilyen kezdeményezés az 1892-es velencei egyezmény megalkotása volt, majd ezt követte az 1903-ban Párizsban a Nemzetközi Egészségügyi Hivatal megalapítása.

Magyarországon FODOR József (1843–1901), a közegészségtan első magyarországi egyetemi tanára 1874-ben javasolta először egy „Központi Észlelde” megalapítását, melynek a feladata az adatok gyűjtése, a járványok megfigyelése és az ellenük való védekezés megszervezése lett volna. Az Észlelde azonban csak Fodor utódának RIGLER Gusztávnak (1868–1930) a működése alatt jött létre. A modern közegészségügyi ellátás központi intézménye azonban az Országos Közegészségügyi Intézmény lett.

⁶ SCHOLTZ Kornél: Magyarország egészségügyi helyzetéről és felkészültségéről, *Orvosi Hetilap*, 1933, 957–975.



2. kép: Orvosi vizsgálat Mezőkövesden az 1930-as években (Magángyűjtemény)

A Magyar Közegészségügyi Intézet 1927-ben nyitotta meg kapuit, mely nemcsak a laboratóriumi és tanító munkára szorítkozott, hanem — eltérően a külföldi gyakorlattól — szorosan együttműködve bekapcsolódott a kormányzat vezetése alatt álló preventív munkába is. A fertőző betegségek elleni küzdelem, a betegségleyező pénztárak szerkezete, az anya- és csecsemővédelem mind olyan területek voltak, melyek Trianon után részben átalakulásra kényszerültek, részben pedig olyan struktúrává nőttek ki magukat, melyeknek hatása a statisztika számaiban, nemzetközi összehasonlításban is megmutatkozott. Az Országos Közegészségügyi Intézet a kórházon kívüli ellátás szervezője és az ellátóhálózat kiépítője lett, aktívan bekapcsolódott a preventív munkába. A cél az volt, hogy ne csak kutatásokra szorítkozzon a munka, hanem a modern közegészségtan eredményeit átültesse a gyakorlatba.

Ennek a törekvésnek a legkézzelfoghatóbb intézményrendszere a Zöldkeresztes Mozgalom volt, mely a falusi lakosság egészségügyi állapotának javítását tűzte ki célul. Munkájukat, a családi egészségvédelmi munkát hármass feladatkör jellemezte: az anya- és csecsemővédelem, az óvodás- és iskolásgyermek egészségvédelme és a tuberkulózis elleni küzdelem. Azokban a falvakban, ahol mód volt rá, Egészségháznak nevezett rendelőintézeteket hoztak létre és megerősítették a körorvosi és a védőnői ellátórendszert.

A fertőző betegségek közül a 19. század végére a tbc népbetegséggé vált Magyarországon. A betegség legyőzését célzó szervezett munka már ekkor elindult. Mégis, a modern értelemben vett tbc betegeket ellátó hálózat kiépítése a Magyar Közegészségügyi Intézethez köthető.

A tbc elleni küzdelem hálózatának kiépülése

„A tuberculosis a legérdekesebb, a legtanulságosabb orvosi kérdések egyike. A tuberculosis sohasem egy embernek, sohasem egy betegnek a problémája. A tuberculosis tanít reá arra, hogy a jó orvos munkájában a *therápia* és a *preveccio* gondolatának egymással egyesülniük, egymást kiegészíteniük kell”⁷ — mondta JOHAN Béla, az Országos Közegészségügyi Intézet megalapítója az 1939. január 1-jén KORÁNYI Frigyes (1827–1913) tiszteletére tartott emlékelőadáson a Budapesti Királyi Orvosegyesületben.

Hazánkban a tbc-t 1850 óta követik nyomon az adatelemzések. Robert KOCH (1843–1910) felfedezése után 12 évvel vezették be a Koch-féle gyógymódot, a szervezett tbc elleni küzdelem pedig 1894-ben vette kezdetét. A háború és a háború utáni évek rendkívül rossz halálozási statisztikákat eredményeztek, a harmadára fogyatkozott lakosság körében húszezer fölött volt folyamatosan a tbc-ben elhaltak száma.⁸ A húszas évek elejétől nagy hangsúlyt fektettek a tuberkulózis területi elterjedésének feltérképezésére, így nagy részletességű felmérések születtek. Ebből kiindulva lehetett megfigyelni a betegség területi megoszlásának változásait is. Míg Budapest mindig vezette a halálozási statisztikákat, a 30-as évek végére az ország más területeiről a fertőzések gócpontja a Duna–Tisza közére helyeződött át. Erre a nagyon összetett társadalmi, gazdasági, szociális és kulturális vetülettel is rendelkező, ugyanakkor a populáció tetemes részét érintő betegségfajtára kellett egy modern ellátóhálózatot létrehozni az országban, ahol a két világháború között a várható beteglétszám 60 000 fő körül mozgott.

A tuberkulózis elleni küzdelem központját a tüdőbeteg gondozó intézet képezte, ahogyan a maga korában nevezték, a *dispansaire*. Ennek az intézménynek a feladata volt a betegség felismerése, azaz a szűrés, majd a betegek gyógyítása, illetve ellátásuk szervezése. Az ellátást nagyban befolyásolta az a tény, hogy a tuberkulózis egyszerre fertőző betegség, ugyanakkor szociális kérdés is. Így a tüdőbeteg ellátás csak akkor lehetett hatékony, ha a szakszemélyzet az orvos és az egészségügyi védőnő magasan képzett volt, ha a betegség felismeréséhez és kezeléséhez rendelkezésre álltak a megfelelő eszközök. Ezen túl követelmény volt az is, hogy az orvos a beteget a megfelelő ellátóintézménybe, szanatóriumba tudja utalni, illetve kapcsolatba lépjen azokkal a szervezetekkel, melyek a szociális támogatást elő tudták teremteni. 1939-re az országban 83 tüdőbeteg gondozó intézet

⁷ JOHAN Béla: A tuberculosis-kérdés és a tuberculosis elleni küzdelem hazánkban, *Orvosi Hetilap*, 83. évfolyam, 1939, 5, 101–107.

⁸ Az 1919–1925. évi népmozgalom, *Magyar Statisztikai Közlemények*, 74. kötet, 1929, 146–151.

működött, melyből 10 a budapesti betegeket látta el. A szakemberek úgy látták, hogy a megnyugtató ellátásához a járási székhelyek mindegyikén létre kellene hozni ellátóhelyeket, ami még 80–85 tbc-s rendelő felállítását jelentette volna. Kisebb helyeken azonban nem volt gazdaságos megoldás külön tüdőbeteg ellátó intézményt létrehozni.



3. kép: A tüdőbeteg-gondozó hálózat Magyarországon 1930-ban⁹

Ezekben a településeken egy másik meglévő és sikeresen működő hálózat, a Zöldkeresztes Egészségvédelmi Szolgálat munkatársai látták el a tüdőbetegek szűrését és később a gondozását. Ha a betegség gyanúja felmerült, a beteget a legközelebbi járási tüdőbeteg gondozóba utalták, ahol a hozzáértő szakemberek állapították meg a betegséggel kapcsolatos további teendőket. Az ellátóhálózat központja az Országos Közegészségügyi Intézetben volt. Ide gyűltek be az országos adatok, illetve innen irányították a tüdőbeteg gondozók munkáját, a szakszemélyzet képzését. Itt dönt el az is, hogy a dispansairekból érkező javaslatok alapján melyik beteg, melyik kórházban, melyik szanatóriumban gyógyulhatott tovább.

⁹ SCHOLTZ Komél: Magyarország egészségügye 1921-től 1930-ig, *Népegészségügyi Értesítő*, 1931. Klny.

A tüdőbetegek ellátásának hálózatát képezték tehát a kórházi és a szanatóriumi elhelyezések, gyógyítások is. 1939-ben kb. 60000-re becsülték a tbc-s betegek számát. Ennyi beteg kórházi ellátására nem volt szükség, de nem is lett volna lehetőség. Ahogyan JOHAN Béla megjegyezte, „*egy ország tuberculosis elleni küzdelmének kb. annyi intézeti ágyra van szüksége, ahány ember az illető országban egy év alatt meghal. Ez a szám most nálunk kb. 12500.*”¹⁰ Azonban ennek a mennyiségnek nagyjából a fele állt rendelkezésre. Az ágyak megoszlása a következő volt: a kifejezetten a tbc-s betegek ellátására előkészített kórházi ágyak száma 2679, a szanatóriumi elhelyezésben 2593 ágy állt rendelkezésre, míg 470 volt a gyógyiskolai férőhelyek száma.

Érdemes megemlíteni, hogy a szociális hiányosságok enyhítésére és az érintett családok segítésére igyekeztek a helyi segítő szervezeteket is bevonni, így tulajdonképpen egy civil hálózatot is létrehozva a tbc-s betegek ellátásán belül.

A szervezett közegészségügyi munka eredményei a két világháború között három területen mutatkozott meg. Mindhárom területnek összefogó és irányító intézménye az Országos Közegészségügyi Intézet volt. A hatókörébe tartozó szakemberek képzése közül kiemelendően fontos volt az ápolók, illetve a védőnők felkészítése. Munkájuk megszervezése, egyes feladatok központi, más feladatok regionális irányítása és elvégzése a feladatok milyenségének függvényében valósult meg. A legfigyelemreméltóbb és leglátványosabb eleme a szervezett közegészségügyi munkának az ellátóhálózat kiépítése volt. Ez a hálózat máig érzékelhető nyomot hagyott az ellátórendszer szerkezetében. A közegészségügyi munka hatékonyságát a halálozási mutatók igazolták. Mégis, ennek a munkának, az ellátóhálózat kiépítésének és működtetésének a végső célja az volt, hogy a halálozási mutatók javulása mellett a megbetegedések száma is csökkenjen.

Hungarian Health Care System between the Two World Wars

The hungarian healthcare system took its form at the beginning of the First World War. Because of the Trianon peace treaty and the territorial realignment this system almost completely broke down. In my presentation I will try to enlighten the basis of the considerations upon which the system was rebuilt between the two world wars, how the health policy managed to develop the clinic system specialised in prevention, curation and follow-up care of

10 JOHAN Béla: A tuberculosis-kérdés és a tuberculosis elleni küzdelem hazánkban, *Orvosi Hetilap*, 83. évfolyam, 1939, 5. 101–107.

diseases, and also the development of maternity-, infant- and family-protection systems.

Keywords: hospital, health care, prevention, follow-up care, clinic, health policy

Irodalom

Az 1919–1925. évi népmozgalom, *Magyar Statisztikai Közlemények*, 74. kötet, 1929, 146–151.

BALASSA Jánosnak a belügyminiszterhez intézett emlékirata 1868-ban.

BUDAY László: *A megcsonkított Magyarország*. Budapest, 1921.

FÁY Aladár: A szociális higiéné statisztikai és biológiai alapjai. In: *A hatósági orvos. Vezérfonal a socialhyiénével foglalkozók: tisztiorvosok, gondozó orvosok, rendőrorvosok stb. számára*, Budapest, 1926.

JOHAN Béla: A tuberculosis-kérdés és a tuberculosis elleni küzdelem hazánkban, *Orvosi Hetilap*, 83. évfolyam, 1939, 5, 101–107.

JOHAN Béla: *Beszámoló a Magyar Királyi Országos Közegészségügyi Intézet első öt évének munkájáról*, Budapest, 1933.

KEREKES Pál: *La Hongrie charitable: l'assistance publique et les hôpitaux en Hongrie*, Magyar Királyi Állami Nyomda, Budapest, 1909.

KOVÁCS Alajos: A háború hatása népesedési és közegészségügyi viszonyainkra, *Statisztikai Szemle*, 2. 1924, 11–12. sz.

PETRICHEVICH HORVÁTH Emil: *Jelentés az Országos Menekültügyi Hivatal négyévi működéséről*, Budapest, 1924, 7–9.

SCHOLTZ Kornél: Szolgálati emlékek és tapasztalatok, *Népegészségügy* 20, 1939, 1, 10–21.

SCHOLTZ Kornél: Az egészségügyi szolgálat eredményei, *Népegészségügy* 22, 1941, 13, 15–27.

SCHOLTZ Kornél: Magyarország egészségügyi helyzetéről és felkészültségéről, *Orvosi Hetilap*, 1933, 957–975.

SCHOLTZ Kornél: Magyarország egészségügye 1921-től 1930-ig, *Népegészségügyi Értesítő*, 1931. Klny.

SCHOLTZ Kornél: *Az egészség gondozása Magyarországon*, Budapest, 1928.

SZÉL Tivadar: *Egészségügyi statisztika*, Budapest, 1930.

VÁMOSSY Zoltán: A magyar fürdők és ásványvizek, illetve vállalatok magyar nemzeti érdekeinek védelme, *Magyar Balneológiai Értesítő*, 11. 1918, 12. sz.