

## Ispotályoktól a modern kórházakig II.

Horváthné Csolák Erika, Miskolci Egyetem Gazdaságtudományi Kar

*Tisztelt Olvasóink cikkünk I. részét, a szerző bemutatását, az absztraktokat és az irodalomjegyzéket előző lapszámunkban találják.*

### XIX. -XX. SZÁZAD

A XIX. században a kórházak bizonyos mértékű specializálódása indult meg. Elkezdtek külön elhelyezni a szülő nőket, gyerekeket, fertőző betegeket, elme és nemi betegeket. Hoztak létre önálló szemkórházat (Nagyvárad, 1830), gyermekkórházat (Pest, 1839). A kórházak nagy ütemben gyarapodtak a XIX. század első felében. A kórházi ágyak száma közel megduplázódott a század elejéhez képest, 92 kórházban közel 3000 kórházi ágyról beszélhetünk 1848-ban [8].

A szabadságharc leverése után az egészségügy központi irányítása Bécsbe került, és csak 1860-ban, az Októberi Diploma után kerül vissza a megújított Helytartótanácsához. Ezzel együtt átalakult az egészségügyi szabályozás rendszere. Az országot 5 helytartósági területre osztották, és mindegyikben működött egészségügyi hivatal. Előírták, hogy 5000 lakosonként orvost kell foglalkoztatni a településeknek, akiknek alacsony bérét a Kincstár fizette. A kórházak számára meghatározták, hogy akár helybeli, akár külföldi betegeket el kell látniuk, de mindezt ápolási díjat kérhetnek. Továbbá megkülönböztették a köz és magánkórházakat, lehatárolták ezek kritériumait. Határozottan szétválasztották egymástól a szegényházakat és a kórházakat. Épp ezért az 1850-es állapot szerinti 90 kórház a profiltisztítás után 1867-re 46-ra csökkent [1].

A Kiegészítést követően létrejött Országos Közegészségügyi Tanács megbízásából felmérés készült a kórházak helyzetéről, állapotáról, előkészítve a közegészségügy rendezéséről szóló 1876. évi XIV. törvénycíkket. Míg a kortárs törvények csak járványügyi szempontból szabályoztak, ez a jogszabály egységes szemléletben határozta meg az egészségügyi rendszer működését minden vonatkozásban. Anyagi forrásokat, térítési módokat, szükséges ellátói személyzetet, gyermekek kötelező gyógykezelését, közegészségügyet, börtönegészségügyet, iskola- és foglalkozás-egészségügyet, mentésügyet, elmebetegek ellátását. Ezt a szabályozást tovább finomították egy 1877-es rendelettel, amelyben a kórházépítési követelményeket rögzítették a legmodernebb európai normáknak megfelelően. Ezen jogszabály hatására terjedt el a pavilon rendszerű elhelyezés a tömbkórházak helyett. Fontos volt, hogy ezek a szabályok vonatkoztak a szerzetesrendek által működtetett kórházakra is. Ezen jogszabály alapján építve 1907-ben adták át az irgalmasok budai központi épületét, ami a főváros korának legmodernebb kórháza lett. A törvénycikk egyértelműen meghatározott elvei a magyar kórházi struktúra fejlődését és működését a II. világháborúig befolyásolták [1, 16, 18].

Az 1898. évi XXI. törvénycikk alapján létrejött az Országos Betegápolási Alap a nyilvános betegápolás költségeinek fedezésére. Bevételeit egy 3 %-os betegápolási pótdadó jelentette, amit az egyenes államadók (földadó, házaadó, keresetadó, vállalatok és egyletek adója, bányaadó, tőkekamat és járadékadó) után fizettek. Ebből finanszírozták azon betegeknek az ellátását, amit nem lehetett mástól követelni. Ezeknek a jogszabályoknak és finanszírozási szabályoknak a lefektetése lehetővé tette egy intenzív kórházépítés megvalósulását. Az OBA is hozzájárult az általa nyújtott hitelekkel a kórházfejlesztések megvalósulásához, mely hitelek törlesztőrészelei és kamatai, az intézményt illető ápolási díjakból kerültek levonásra [1, 16, 17].

Az 1800-as évek végén már elkezdődött a nagyobb ágyszámú kórházak alapítása. A fővárosban a Péterfy utcai kórház 1890-ben 210 ágygal, a Szent László járványkórház 208 ágygal, 1899-ben a nyíregyházi 180 ágygal létesült [8]. A Révai Nagy Lexikona 1915-ös megjelenésű kiadványában [13] a századforduló egészségügyi helyzetét úgy jellemzi, hogy a kórházi ágyak számának növelése indokoltá vált a nyilvános kórházak ellátását igénylő néprétegek szaporodása miatt. Több mint duplájára kellett volna növelni az ágyak számát az 1907-es állapotot nézve, hogy teljesüljön az az elvárás, hogy 1000 lakosra 5 betegágy jut. A nagy Magyarország kb. 20 000 000 lakosára a 100 000 ágy helyett csak közel 38 000 betegágy állt rendelkezésre. Az 1. táblázat foglalja össze a kórházak kapacitására vonatkozó adatokat.

Évek	Kórházak száma (db)	Ágyak száma (db)	Orvosok száma (fő)	Népesség (e fő)	Egy ágyra jutó népesség (fő)	Egy kórházra jutó népesség (fő)	100 ezer főre jutó ágyak száma
1800	34	1 590	...	10 477	6 589	308 147	15,2
1869	92	4 074	2 004	13 579	3 333	147 598	30,0
1900	395	24 877	5 073	16 838	677	42 628	147,7
1915	427	45 590	5 350	18 811	413	44 054	242,4
1920	183	26 451	4 489	7 990	302	43 661	331,1
1935	291	46 495	9 376	8 944	192	30 735	519,8
1940	335	54 885	11 657	9 316	170	27 809	589,1
1945	204	33 162	7 240	9 015	272	44 191	367,9
1950	287	52 326	10 229	9 378	179	32 676	558,0
1955	178	62 729	13 204	9 767	156	54 871	642,3
1975	178	90 180	23 588	10 501	116	58 994	858,8
1990	148	105 097	32 883	10 375	99	70 101	1013,0
1995	172	92 603	34 634	10 337	112	60 099	895,8
2000	178	83 430	30 695	10 222	123	57 427	816,2
2005	184	79 605	32 563	10 098	127	54 880	788,3
2010	174	71 216	33 943	10 014	141	57 552	711,2
2015	167	68 613	35 854	9 856	144	59 018	696,2

1. táblázat  
Kórházkapacitási adatok, 1800-2015  
Forrás: saját szerkesztés KSH [19] és Ágoston adatai [1] alapján

A kórházfejlesztések ellenére a századforduló éveiben még mindig működtek igen nagy számban tagozatlan, kis ágyszámú (nem ritkán 6-30 ágyas) kórházak. Sok kis település többféle ellátást is biztosító kórházat nem tudott finanszírozni, de az önellátásra törekedve, lakosaik érdekében létre-

hozták a kis ágyszámú, egyszerű intézményeket, melyek a II. világháború után indultak fejlődésnek. Az időszakra jellemző volt a tbc kórházak és szanatóriumok alapítása. Ezt a fertőző betegséget még nem tudták legyőzni. A századfordulóra ismerték fel, hogy ezeket a betegeket ugyanúgy el kell különíteni, mint más fertőző betegeket. Az 1869-es 92 kórház helyett 1915-re 427 kórház működött. A kórházi ágyak száma ugyanezen időszak alatt 4074-ről 45590-re nőtt. Nagyobb iparvállalatok ipari munkásaik gyógyítására kisebb-nagyobb kórházakat hoztak létre a századforduló környékén: Salgótarjánban (1870), Diósgyőrben (1901), Dorogon (1908), Csepelen (1913) [8].

Ezt az egyre kedvezőbb képet mutató állapotot az I. világháború és az azt lezáró trianoni békeszerződés megszüntette. A háborúban sok kórházat ért támadás, és részben vagy teljesen használhatatlan lett. De a legnagyobb veszteség az elcsatolt területekkel érte az országot, amelyeken nagyon sok kórház és kórházi ágy működött. A kórházak közel 60%-át elcsatolták az országtól. Klinikákat, országos intézeteket, újonnan épült állami kórházakat veszített el az ország (például Nagyszében, Pozsony, Kassa, Kolozsvár, Marosvásárhely, Arad, Szabadka). A Pozsonyi Klinikát Pécsre, a Kolozsvári Klinikát Szegedre menekítették át [1, 8, 16].

1920-ban mindössze 183 kórház és 26451 kórházi ágy működött a mai Magyarország területén. Különösen az ország keleti részén maradtak nagy területek fekvőbetegellátó intézetek nélkül [1, 17]. Az első világháború után az igényeknek megfelelően és az orvostudomány fejlődése által elindult a kórházi osztályok tagozódása. A 300 és ennél nagyobb ágyszámú kórházakban már 10 orvosi szakma osztálya volt megtalálható: belgyógyászat, sebészet, szülészet-nőgyógyászat, szemészet, gyermekgyógyászat, bőr- és nemi betegségek osztálya, elme- és ideggyógyászat, orr-fül-gégegyógyászat, fertőző betegségek és tüdőbetegek osztályai. Egyes nagyobb kórházakban, Budapesten és Kolozsvárott még megtalálható volt urológia, ortopédia, tuberkulózis-sebészet, sztomatológiai sebészet, baleseti sebészet és betegségmegállapító osztály.

A korábbi sebészeti és belgyógyászati tagozódáshoz képest ez jelentős fejlődés volt, de a mai állapotokhoz viszonyítva, mikor is legalább minden megyei kórház rendelkezik ezekkel az osztályokkal, jól látszik a következő évtizedek fejlődési iránya [8].

A gyógyító szakmák fejlődése mellett egyre nagyobb hangsúly helyeződött a diagnosztikai szakmákra is. Egyre jobban kiemelték a kórbonctanok és laboratóriumok fontosságát, és szorgalmazták azok terjedését, a hiányzó diagnosztika orvosok képzését [8]. 1923-ra hivatalosan is megszüntették a betegápolási pótadót, ami a háború óta már nem működött. Az állam vállalta fel a szegények ellátását, majd 1926-ban egy új pótadót vezettek be, amely a nyilvános betegápolási és állandó gyermekgondozási pótadó volt [1, 4].

1927-ben jött létre az Országos Társadalombiztosítási Intézet (OTI), de a világválság miatt csak a 30-as évek végére állt helyre a pénzügyi egyensúlya konszolidáció következtében. A köztes időszakban az állam a kórházi ápo-

lási költségek egy részét az OTI-ról a fenntartókra hárította, de legtöbbször a kórházak nem jutottak az ellátásaik ellenértékéhez [1, 4, 6]. 1925 és 1930 között számos kórházfejlesztés valósult meg. A gyógyintézetek száma 205-ről 233-ra nőtt, a kórházi ágyak száma pedig 29802-ről 39821-re emelkedett. Ekkor jött létre a Madarász utcai csecsemő és gyermekkórház Budapesten és több vidéki kórház, főleg a Dunától keletre (Berettyóújfalú, Cegléd, Kiskunhalas, Mátészalka). De újjáépült és bővült a szombathelyi és a szekszárdi kórház is. A biztosító intézetek is bekapcsolódtak a kórházfejlesztésekbe. Ennek köszönhetően jött létre a budapesti MÁV kórház, az OTI Uzsoki úti kórháza. Nagy múltú kórházakban bővítések történtek, és több magánszanatórium is épült [4, 16, 17].

Magyarországon átlagosan a százezer főre jutó ágyak száma 330-350 között mozgott a 20-as évek közepén, míg ez az érték a szomszédos Ausztriában a duplája, Németországban 828, Svédországban 741 volt. Bár a szomszédos országok mind mögöttünk álltak (például Románia 174, Csehszlovákia 267). A két világháború között végbemenő II. kórházépítési programnak köszönhetően 1934-re Magyarországon 500-ra emelkedett a százezer főre jutó kórházi ágyak száma, de a regionális különbségek megmaradtak. A vidéki átlagos érték csak 250 volt [4].

A kórházak korábban már említett fejlődése ellenére a kórházállapotok tragikussá váltak a 20-as évekre. A kórházak kihasználtsági, finansziális és infrastrukturális problémákkal küzdöttek. Noha a századfordulós állapotokhoz képest javultak az ellátás feltételei (kevésbé zsúfolt kórtermek, higiénia javulása), ennek ellenére voltak problémák. Biztosítás hiányában a szegényebb betegek nem tudtak kórházba menni, míg a tehetősebb betegek inkább a magánintézményeket választották. A szegényebb betegeket nem nagyon akarták ellátni a kórházak, mert az államtól nagyon hosszadalmasan jutottak az ellátás ellenértékéhez [4].

A 20-as években az egy betegre jutó átlagos ápolási idő 33,6 nap volt, 1940-re ez 22 napra csökkent. Ez a drasztikus és pozitívan értékelendő csökkenés több tényezővel is magyarázható: elsősorban a szociális ellátásként kórházban fekvő ápoltak kiszorultak a kórházakból, másrészt a gyógyító eljárások, a technológia fejlődése révén hatékonyabb gyógyítás valósult meg, és nem utolsósorban a növekvő kereslet is az osztályvezetőket nagyobb betegforgási sebességre ösztönözte [8].

Az állami kórházak száma a II. kórházépítési programnak köszönhetően megduplázódott 1922-ről 1932-re (14 lett), de még így is messze elmaradt a nem állami közkórházak (40) és a magánkórházak (nyilvános 35, nem nyilvános 86) mellett. Másfélszeresére nőtt a klinikák és bábaképzők (21-ről 33-ra) száma [4]. A klinikák fő feladata abban az időben nem a gyógyítás volt, inkább csak annyi és olyan beteg ellátását vállalták, amely az oktatáshoz szükséges volt. Közel duplájára emelkedett a nyilvános jellegű magánintézmények száma. Ezek az intézmények a feltételek hiányában közkórházzá nem minősíthető, de nagyobb, jobban felszerelt magánkórházak voltak. Nem voltak kötelesek minden bete-

get felvenni, ápolási díjaikat is saját maguk határozhatták meg. A szegény betegek ápolása esetén viszont ezek az intézmények igényt tarthattak költségeik megtérítésére az államtól. Noha kisebb mértékű, de emelkedés látszik a nem nyilvános magánkórházaknál is [4].

Az 1939-es ágyszám adatok működtető szerinti megoszlását megvizsgálva a biztosítótársaságok (32%) és a magánintézmények (21%) által működtetett kórházak több mint a felét képviselik az intézményeknek. Ezen kívül jelen voltak még a klinikák, állami intézetek, szerzetesrendek, mint fenntartók [16]. 1935 és 1940 között egy nagyobb növekedés látható az ágyak számát tekintve. Ez részben a trianoni békeszerződés 1938-1940 között végbement felülvizsgálatából adódó területi visszacsatolásokból ered. Ennek eredményeként 38 kórházzal, 13 000 férőhellyel nőtt az ország egészségügyi kapacitása. A II. világháború a másik fontos tényező, mely hozzájárult a növekedéshez. 25 000 katonakórházi és 90 000 légó kórházi betegágygal nőtt a kapacitás. Mindezen okok mellett jelen voltak a kórházstruktúra fejlesztésére irányuló törekvések is. A háború ugyanakkor nem csak növelte az ágy számot a rendszerben. A harcok révén jelentős károkat szenvedtek a kórházak. Korabeli felmérések szerint körülbelül 28 000 kórházi ágy volt használható a háború végére. Az épületkárok átlagosan 30-40% körüliek voltak, de nem egy kórházban ennél jóval nagyobb volt a kár, például a budapesti Szent János kórház 60%-a, a gyulai kórház 70%-a semmisült meg. Hozzájárult az 1945-ös alacsonyabb értékhez a korábban visszacsatolt területek újbóli elvesztése is [1,16].

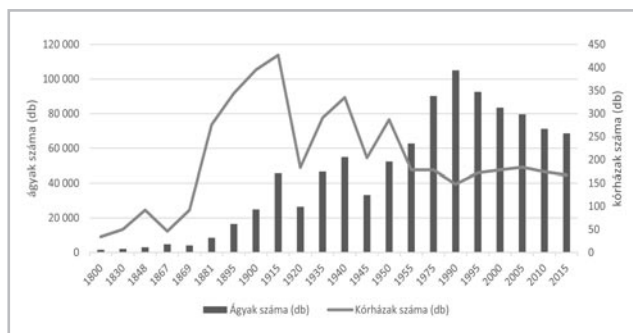
A háború kárainak enyhítésére és a helyzet mielőbbi normalizálása érdekében elhagyott épületeket alakítottak át kórházi ellátásra alkalmasnak, illetve a katonai kórházak kaptak új, polgári funkciót. Az első hároméves terv egyik feladata volt a kórházak mielőbbi helyreállítása, valamint új kórházak létesítése akár más céllal létrehozott épületek átalakításával [1, 16]. Így például a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórházat 1958-ban adták át, noha épületét eredetileg katonai iskolának szánták [20].

Az I. világháborúhoz képest a II. világháború során sokkal nagyobb veszteségeket szenvedett el az ország. Magyarország területe hadszíntér volt a háborúban, ez fokozta az elszenvedett anyagi károk mértékét. Az 1945. évi kár felvétel alapján 22 milliárd pengő volt a veszteség [12]. Az ember veszteségek a jelenlegi országterületre számítva megközelítették az egymillió főt. 1945-ben a magánkórházak, alapítványi intézmények közül több is felszámolta önmagát [1]. A Szovjetunió befolyása révén, az 1949-es alkotmányban deklarálták, hogy az ország államformája „Népköztársaság”, elkezdődött az államszocializmus. A korra jellemző, a Tervgazdasági Tanács és az Országos Tervhivatal által működtetett tervgazdaság később erősen meghatározta az egészségügyi intézmények működését, gazdálkodását is [7].

A kiépülő új állami egészségügyi rendszer 1947-ben a még működő, elsősorban nagyobb ágy számú gyógyintézeteket államosította, így jött létre például a Szabadsághegyi Állami TBC Szanatórium, Gyermek TBC Szanatórium és a

vidéki tbc szanatóriumok. 1948-ban a biztosítótársaságok államosítása is megtörtént (Országos Tisztviselői Betegsegélyező Alap – OTBA, Magánalkalmazottak Biztosító Intézete – MABI [10], MÁV, Posta, hajózási biztosítók.) Vagyonuk, ellátórendszerük az Országos Társadalombiztosítási Intézet (OTI) kezelésébe került. Ezáltal megszűntek az ellátási helyek közötti különbségek. A társadalombiztosítással lefedettek körének bővülése magyarázatot ad a kórházak, de főként az ágyak számának rohamos növekedésére. A régi intézményekben sokszor elviselhetetlen állapotokat teremtve az ágy szám egyszerű megkészszerzése történt [6, 16].

Korábban már említésre került, hogy az I. világháborút lezáró béke következményeként drasztikusan visszaesett mind a magyarországi kórházak, mind az ágyak száma. Ezt jól szemlélteti a 2. ábra. A második csökkenés a II. világháború után látható.



1. ábra  
1800-2010 között néhány kiemelt évben a kórházi ágyak és a kórházak számának alakulása Magyarországon (Horvát-Szlavón ország nélkül) Forrás: Saját szerkesztés, KSH [19] és Ágoston [1] alapján

Meg kell említeni, hogy noha jelentős károk érték az egészségügyi intézményeket, ezek mértéke elmaradt más ágazatok veszteségétől. 1938-as értéken számolva az egészségügyi, népjóléti és kulturális intézmények vesztesége az összkár mindössze 2,6%-át tette ki [12].

1950-ben a 139/1950 MT rendelet [9] alapján indul meg az államosított egészségügyi rendszer kiépítése és egységes irányítás alá vonása az országban. A rendelet négy progresszívítási szintet határoz meg, mely szerint az országos intézetek és egyetemi klinikák az Egészségügyi Minisztérium alá tartoznak, míg a megyei és városi intézetek fenntartói a megyei, illetve városi tanácsok. Ezáltal az OTI megszűnt. Megmaradt feladat körét a Szakszervezetek Országos Tanácsa (SZOT) alatt működő Szakszervezeti Társadalombiztosítási Központ (SZTK) vette át. Mindezekhez az anyagi feltételeket a munkavállalók keresetének 3%-os levonásából biztosították. Ezért cserébe a munkavállaló beteg- és baleseti ellátásban, kórházi ellátásban és meghatározott idő után nyugdíjellátásban, esetleg rokkantsági járulékból részesülhetett [6].

Az 50-es évek elején az államosított vidéki kastélyokból sok helyen szanatóriumot hoztak létre (például Hegyfalu, Doba, Deszk), illetve több helyen épült gyógyvízre alapozva gyógyfürdő és reumatológiai intézet (Hévíz, Balf, Balatonfüred). Az 50-es évek másik tendenciája volt, hogy az álla-

