

## MAGYAR MILLENNIUM

Gyógyyszerészet 44. 625–628. 2000.

## Gondolatok a hazai kórházügy történetéhez

Dr. Kapronczay Károly

Hazánk területén – nem tekintve a római kor valentudináriumait – a kereszténység felvétele után az első beteggondozó házakat a Szent Benedek-rend kolostoraiban létesítették, ahol a környék magányos szegényeit is gondozták. A XI. században a betelepülő betegápoló lovagrendek (johanniták, lazarusok) alapították az első – nem kolostor falai között működő – kórházakat. A Szent János-lovagrendnek a XI–XII. században mintegy negyven ilyen kórháza volt, s az akkor betelepülő ciszterciek, premonstreiek és ferencesek szintén foglalkoztak beteggondozással, bár ez sok szempontból inkább szociális tevékenység volt, mint gyógyító munka. Különben ez jellemezte a XII. századtól a felvidéki és erdélyi gazdag polgárság által alapított városi ispotályokat is, amelyeket a helyi adókból és adományokból tartottak fenn. A formálódó magyar – mai szóhasználattal – kórházügynek azonban a török megszállás és védelmi harcok útját állták. Csak Erdélyben és a Felvidéken maradtak fenn kórházak, ott viszont a katolikus beteggondozó intézmények mellett megjelentek a hasonló protestáns alapítványok is, s hasonló módon tartották fenn őket.

A XVII. század első évtizedeiben körvonalazódott a zsoldoshadseregek katonasebészi és beteggondozói szolgálata, amely nemcsak a hadvezetés fontos része, hanem a stratégiai tervek eleme is volt. Nagy hadműveletek mozgósították az adott terület polgári sebészeit, igénybe vették a városi ispotályokat, s az egyház ideiglenes tábori kórházakat szervezett. Például 1685-ben *Kollonich Lipót* esztergomi érsek városában katonai kórházat alapított, amelyet 1799-ben végleg Budára helyeztek, s ez lett a későbbi helyőrségi kórház „jogelődje”. III. Károly 1714-ben arra buzdította a vármegyéket, hogy alapítsanak kórházakat, ám ezt pénztelenségre hivatkozva igyekeztek elodáztatni. A felvilágosult abszolutizmus azonban – az oktatásügygel együtt – az állam egyik fontos feladatának tekintette az egészségügyet, s nemcsak orvos-egészségügyi közigazgatást, törvényteret és önálló magyar orvosképzést teremtett, hanem 1756-ban olyan országos közalapítványt létesített, ahonnan a városok és a vármegyék kórházépítési kölcsönt vagy kiegészítő összegeket igényelhetek. Ezt a közalapot egyesítette 1786-ban II. József azzal a közcélú pénzalappal, amelyet a felosztott szerzetesrendek vagyonából létesített, iskolák, árvaházak és kórházak építésére. Valójában ebből finanszírozták az első hazai kórházépítési programot: felépült a pesti Szent Rókus Kórház (1786), s támogatták a gyógyító rendek (irgalmasok, Erzsébet-apácák) magyarországi letelepedését, valamint kórházuk felépítését. Az akkor épült beteggondozó intézmények – kivéve a szerzetesrendi kórházakat – általában tíz-húsz ágyas beteggondozó otthonok voltak,

ahol a kórházi és szegénygondozás egymás mellett működött, s nem volt kivétel a kétszáznegyven ágyas pesti Rókus és a száz férőhelyes pozsonyi Irgalmas Kórház sem. A XIX. század elején felgyorsult a hazai kórházfejlesztés: az 1840-es nyilvántartás szerint a történeti Magyarország területén 92 – elég csekély ágyszámú – kórház működött, körülbelül háromezer betegágygal. Ekkor viszont már elég szép számban voltak magánkórházak, például Nagyváradon a Grósz Frigyes-féle szemkórház (1830) vagy Pesten *Schöpf-Merei Agoston* Orthopédiai Intézete (1838), amelyet a nevezetes árvíz elmosott, s helyébe az alapító gyermekkórházat létesített, ennek „jogutódja” a mai budapesti I. számú gyermekklinika.

A *neoabszolutizmus időszakában* (1850–1867) a bécsi kormányzat Magyarországon is érvényesítette a birodalmi egészségügyi elveket, így nemcsak a meglévő intézményekben választotta el a kórházügyet a szegénygondozástól, hanem pénzügyi eszközökkel is ösztönözte új kórházak felépítését.

Fontos intézkedésnek számított, hogy a kórházi orvos sem hatósági, sem közigazgatási feladatot nem vállalhatott, így tevékenysége csak a kórházi munkára összpontosult. A kórház valóban a gyógyítómunka színtere lett. 1863-ban felépült a négyszáz ágyas pozsonyi Állami Kórház, 1868-ban a lipótmizei Országos Tébolyda (elme-gyógyintézet), s 1865-ben állami támogatásban részesítették a magánkórházakat, ha hatóságilag igazolt szegényeket is gyógyítottak. 1867-ben 44 gyógyintézet (két országos, 28 városi és szerzetesrendi kórház, 2 tébolyda, 8 szemkórház és 4 „bujasenyvi” intézet) működött 4484 betegágygal, ekkor tízezer lakosra mindössze 3 betegágy jutott.

A *kiegyezés (1867) után* alapvető igazgatási reformot hajtottak végre nemcsak a közegészségügy, hanem a kórházügy területén is. A teljes egészségügy – mint közigazgatási kérdés – a belügyminisztérium felügyelete alá került, amely nemcsak szakmai és gazdasági ügyeit irányította, hanem elég gyors ütemű fejlesztési tervet is kidolgozott. A kórházak fenntartásának anyagi alapja az állam által átengedett adószázalékokból, az állami költségvetésből adott összegekből tevődött össze, s ezt alapítványokból, magán- és jótékonyági közadományokból egészítették ki, amelyeknek a felhasználására kötelező normákat szabtak meg. Pontosán meghatározták az egy betegágyra jutó ellátási minimumot, amelyet a fizetőképes beteg, illetve a fenntartó helyhatóság a kórházban kiegészíthetett. Az állami részvétel és a már működő biztosítók részaránya abban az 1898-ban létesített Országos Betegápolási Alapban öltött végleges szervezeti formát, amelynek felállítását az 1898. évi XXI. törvénycikk írta elő.

A hazai kórházügy tényleges rendezését az 1876. évi *XIV. törvénycikk*, az úgynevezett közegészségügyi törvény tartalmazta. Ez nemcsak az állami, a köz- és magánkórház „kategóriáit” állapította meg, hanem az alapítás feltételeit, felügyeletét, szakmai követelményeit, a személyzettel szembeni kívánalmakat és a kinevezési jogköroket is, és ismét megerősítette az 1875. évi III. törvénycikket, amely részletezte a kórházi ellátás térítési rendjét, a költségek beszedési módjait, a működési alapszabályzat kérdését stb. Valójában ez a törvény határozta meg a hazai kórházügy múlt század végi rohamos fejlődését. A törvényhatóságokat szinte kötelezték új kórházak építésére, a meglévők fejlesztésére és a törvény által előírt feltételek megteremtésére. 1878-tól a kórházügy külön költségvetési tételként szerepelt az ország éves pénzügyi programjában. 1877-ben kórházépítési normákat állapítottak meg, s az új kórházépület tervezését szigorú építészeti feltételekhez kötötték, követve az európai követelményrendszert. (Meghatározták az egy betegre jutó légköbméret, az osztályok elkülönítését, a műtők és kezelők elhelyezkedését, a fűtés, a szellőztetés módjait stb.) A tömbépületek helyett az ún. pavilonrendszert ajánlották. Az építkezést az államháztartás nagymértékben támogatta. A főváros 1884-ben nagyszabású tervet dolgozott ki, amely szerint a Duna jobb partján háromezer, a bal partján kétezer betegágyat (és kórházakat) kellett létesíteni. E tervnek megfelelően épült fel még abban az évben a Magyar Vöröskereszt Erzsébet Királyné Kórháza (a mai Sportkórház), a Szent István Kórház (1885), a Szent László Kórház (1895), az Új Szent János Kórház (1895), bővítették a Szent Rókus Kórházat, felépült Óbudán a Szent Margit Kórház (1898), s harminc fölé emelkedett a magánkórházak száma. Felépült az orvosi kar két klinikai telepe, s a feltételeknek megfelelően kellett a szerzetesrendi intézményeket is átalakítani. Ennek látványos épülete a budai Irgalmas Kórház lett 1907-ben (a mai ORFI). Hasonló ütemű építkezések, változások voltak vidéken is, ezt jól tükrözik a statisztikai adatok: 1885-ben 258 kórház működött tízezer betegágygal, 1914-ben pedig 426 kórház negyvennégyezer betegágygal. Ez tízezer lakosra 25 betegágyat jelentett, ami európai szinten sem volt lebecsülendő. A legfejlettebb ellátás Angliában volt, ott tízezer lakosra 51 betegágy jutott. A betegforgalom egy évben 450 ezer körül mozgott.

A világháborút lezáró *trianoni békeszerződés után* Magyarország területén igen súlyos helyzet alakult ki a kórházügyben is. 1920-ban a hazai betegellátást 183 kórház szolgálta 26 ezer betegágygal, tízezer lakosra összesen 11 betegágy jutott. A gazdasági nehézségek ellenére a kormány nagyszabású kórházépítési programot valósított meg, amelynek legfontosabb eleme nemcsak a meglévő intézmények bővítése, korszerűsítése és növelése lett, hanem a tervezet keretében épültek fel a debreceni, a szegedi és a pécsi klinikai telepek és az újabb megyei kórházak. Ennek következtében 1930-ban 233 betegápolási és gyógyintézetünk volt, 39 821 ágygal. A kórházügy alaprendeletei nem változtak, de 1931-től az állam teljes mértékben fedezte a szegény-betegellátást, s az ún. fejpénz helyett általános általánytérítésben részesítette a kórháza-

kat. Ezzel csökkent az állami támogatás, így a kórházi gazdálkodást ésszerűsíteni kellett. Az állam az 1930-as években kiemelkedően fontosnak tartotta a kórházi ellátást. Az ún. második kórházépítési program keretében – a nagy gazdasági válság idején – épült fel a fővárosban 1932-ben a mai Bajcsy-Zsilinszky Kórház, az OTBA (ma a SOTE Gyakorlókórháza), 1933-ban a MABI (ma a Péterfy Sándor utcai Kórház), 1934-ben a Szent Imre Kórház (Tétényi) első néhány épülete, majd 1936-ban az Országos Traumatológiai Kórház. Hasonló folyamat játszódott le vidéken is, így 1939-ben 304 kórház és 46 922 betegágy volt hazánkban, ez tízezer lakosra 47 férőhelyet jelentett. Ebből az ágyszámból kilencezer a tébécés betegek szanatóriumi és kórházi helye volt, az 54 magánkórház 10 134, a biztosítótársaságok 15 000, az egyetemi klinikák 8441, a bábaképzők 980, a szerzetesrendek 4561 betegágygal rendelkeztek. Az utóbbiak még kb. 3000 szegénygondozói betegágyat is fenntartottak. Ebben az időszakban erősödtek meg az irgalmasok kórházai és a más egyházak által fenntartott gyógyintézetek, így a Református Egyház Bethesda Gyermekkórháza, valamint a Zsidó Kórház és gyógyintézmény-hálózata.

Az 1938–1940. évi területi visszacsatolások után a hazai betegágyszám 13 000-rel, az intézmények száma pedig 38-cal növekedett, bár ezek többsége már 1918 előtt is létezett. Itt kell megjegyeznünk, hogy e területen 20 magánkórház is működött 4990 betegágygal. Az 1940. évi statisztika szerint Magyarországon 25.000 katonakórházi betegágy volt, elkülönülve a polgári egészségügytől, de a honvédségi mozgósítási tervek alapján ez kb. százezerre volt bővíthető különböző polgári intézmények (iskolák, kollégiumok stb.) igénybevételeivel. A magán- és biztosítótársasági kórházakban – ahol 1945 előtt a fizetőképesség és igény szerint működtek egyágyas szobák – a kórház működőképességéhez igazodva növelték az ágyszámot.

*1945 után* valóban válságos állapot uralkodott a hazai kórházügy területén: kb. 20 000 betegágy, illetve ennek megfelelő kórház súlyos károkat szenvedett, jelentős kórházi felszerelést nyugatra hurcoltak. Az újjáépítési program keretében valóban az épületkárokat lehetett helyrehozni, a biztosítótársaságok államosítása után ezen intézményeket is bekapcsolták az egységes állami kórházügy rendszerébe. A magánkórházak államosításával ugyancsak állami intézményekként működtek tovább. Valójában az egészségügy – ezen belül a kórházügy – ún. államosítása nem feltétlenül jelentett volna elhibázott intézkedést, de az 1950-es évek legelején a kórházi betegágyszám megduplázása, figyelmen kívül hagyva a kórházi infrastruktúra lehetőségeit, a régebbi kórházi normákat, alapvető torzulást jelentett. Ugyancsak torzulást okozott, hogy a mintegy tizenötezer beteggel foglalkozni képes egyetemi klinikai rendszert bekapcsolták a közkórházi ellátásba, s drasztikusan növelték az ágyszámot, pedig ezek az intézmények – a beteggyógyítás mellett – elsősorban az orvosképzés feladatait szolgálták. A klinikai orvosoknak egyre kevesebb ideje maradt a medikusok oktatására, bár itt a kórházi körülmények sokkal jobbak voltak.

A helyzet ellentmondásosságát jellemzi, hogy a kór-

házi körülmények romlása mellett az egészségügyi kormányzat kiváló szanatóriumi hálózatot épített ki, aminek köszönhető például a tuberkulózis leküzdése. Európai színvonalú szakmai centrumok épültek, így az Országos Kardiológiai Intézet, az ORFI, a fürdőügy országos hálózatának megteremtése európai szempontból sem lebecsülendő teljesítmény. Történt ez annak ellenére, hogy az egészségügyről, így a betegellátásról is gyakran említették, hogy a költségvetés „maradékából” működtették. Ebben sok igazság van. Az új kórházi normarendszer egységesen közepes színvonalú ellátást nyújtott, ami valóban dicséretesnek minősült, amiben mindenkit az állam részesített. Csak éppen az alanyi jogon járó betegellátásban voltak eltérések kórház és kórház között. Elkülönült az „elit” kórház (például a Központi Állami Kórház, a fegyveres testületek kórházai) és a mindenki által igénybe vehető kórház. Ugyancsak torzulást szenvedett az egészségügyiek bérezése, ami valóban a paraszolvenciára épült, bár ezt így senki nem fogalmazta meg.

Az 1960-as évek kórházfejlesztési programja a vidék egészségügyének, azon belül kórházügyének fejlesztése volt. A mezőgazdaság teljes kollektívizálásával a teljes falusi lakosság is alanyi jogon igénybe vehette a beteg- és kórházi ellátást, de ehhez kevésnek bizonyult a vidéki kórházak és férőhelyek száma. A harmadik kórházépítési program az 1960-as években zajlott le: ekkor épült a szolnoki (1960), a dunajvárosi (1961), az orosházi (1965), a salgótarjáni (1967), a siófoki (1968), a hatvani (1969), a dombóvári (1970) stb. kórház. Ezek részben egy-egy zsúfolt és korszerűtlen épületet váltottak ki, részben pedig valóban új kórházként épültek. Az építkezésekkor már „belépett a képbe” a házgyári sorozatterv, például a váci, a zalaegerszegi, a kiskvárdai, a ceglédi, a kecskeméti kórház esetében. A legnagyobb szabású kórházépítési program az 1970-es évek elejétől az 1980-as évek derekáig bontakozott ki Magyarországon, ami nemcsak azt jelentette, hogy a régi épületet felváltotta az új, hanem a kórházépítés és tervezés valóban a modern európai követelményeket és gazdaságossági szempontokat követte, s ezt gyorsította fel a sorozatterv és a házgyári elemekből való építés. Költségvetési pénzből emelték a kazincbarcikai, a nagyatádi, a kecskeméti és a veszprémi kórházakat, a Dél-pesti kórházat, valamint az Országos Kardiológiai Intézetet, 18 megyei és városi kórház rekonstrukcióját hajtották végre. A rekonstrukció lényege nemcsak az épület felújítása és átépítése volt, hanem a valóban két-három évtizedes zsúfoltság felszámolása is. A tíz-husz ágyas kórtermeket megszüntették, s három-hat ágyas betegszobákká alakították át. Ezt azonban nem mindenütt hajtották végre, hiszen az ország gazdasági helyzetének rohamos romlása miatt az 1980-as években előbb lelassult, majd megállt a fejlesztés. Az ágyszámhoz – már politikai okokból sem – nyúltak, tudva azt, hogy hazánknál területileg és lélekszámban egyaránt kisebb országokban (például Belgiumban és Ausztriában is) sokkal több betegágy van, mint nálunk, ami a gyógyítómunka egyik feltétele.

Az 1990. évi statisztikai adatok szerint hazánkban akkoriban 90 234 betegágy volt, tízezer lakosra 99,1 férőhely jutott. 1994-ben az utóbbi arány változott, viszont az

ágyszám – elsősorban az 1990-től alakult magánintézmények miatt – 104 000-re növekedett. A látványos intézményi fejlődés ellenére súlyos gondok kísérték a kórházügyet. Annyi biztos, hogy a központosított elosztási rendszernek voltak bizonyos előnyei, bár ez egyéb pénzügyi források hiányában elég nagy közepszerűséget teremtett a gyógyintézetekben. A piacgazdálkodásra való átálláskor robbanásszerűen törtek a felszínre az évtizedek óta cipelt gondok, az torzulásokból eredő problémák. Az 1950-es évektől jól nyomon követhető volt az az egyensúlyi zavar, hogy a kórházi költségvetésekben nem tettek éles különbséget a gyógyító és a gondozóágyak között. Az „elfekvők” (krónikuságyak) az 1950-es évektől léteznek a hazai kórházügyben, viszont fenntartásuk mindig azonos összeget jelentett a gyógyító részlegekével, így egy adott kórházon belül jogos igény volt a gyógyító részleg erősítése, a krónikus ágyak másodlagossá váltak. Itt kell megjegyezni, hogy az 1945 előtti magánkórházak nemcsak „exkluzív” gyógyító ellátásra törekedtek, hanem a tízezer ágylétszámuk kb. egyharmada – térítés vagy különleges biztosítás ellenében – az ápolásra szoruló betegek rendelkezésére állt. Ugyanilyen célokat szolgált az országos betegágyzámban nem szerepeltetett egyházi gondozóintézmények kb. háromszáz férőhelye. Talán erőltetett „matematikai okoskodás”, hogy az ágyszám arányos növekedésében a gondozói ágyak száma is törvényszerűen több lett, s így „keletkezhetett” az kb. 30–35 ezres ágyszám, amelyen nem nagyon fokozódott vagy változott a betegforgalom. Ennek finanszírozását különítette el elsőnek a társadalombiztosítás. Speciális beteggondozó kórházak szervezését indítványozta, ugyanakkor a magánintézmények területén is megnövekedett igény jelentkezett.

A rendszerváltozás után fontos kérdéssé vált a kiskórházak ügye, amelyek sokszor nagyobb városok körzetében működtek, működtetési költségeit soknak találták. Már a századforduló éveiben is működtek kisebb városokban vagy nagyközségekben 20–30 ágyas – általában belgyógyászattal, sebészet-szülészettel, esetleg gyermekgyógyászattal rendelkező – kórházak, amelyek fenntartója a helyhatóság volt, kiegészítő költségei a biztosítóktól és az állami szegényellátásból eredtek. Ugyancsak általánossá vált – főleg az Alföldön és a Duna-Tisza közén – a hatósági orvos rendelő épületében berendezett 4–6 ágyas betegszoba, ahol betegmegfigyelést, vagy szülések levezetését végezték. (Az 1920-as évektől az Országos Stefánia Szövetség mozgalmat szervezett vidéki szülőotthonok létesítésére, hogy csökkentsék a szülési katasztrófákból eredő gyermekhalandóságot, kivédjék a szakszerűtlen szüléslevezetésből eredő károsodásokat. Ezen szülőotthonoknak a kezelője a hatósági orvos és a baba volt. Ezek a „kórházak” sohasem működtek teljes létszámmal, az egy betegágyra eső forgalom nagy hullámzást mutat, speciális problémákkal a betegeket azonnal a jobban felszerelt városi kórházakba irányították. A kórházügyön belüli helyüket jelezte, hogy nevükben viselték a „községi” nevet, amely a támogatás minőségére is utalt. 1945 után megszűnt ez a különbség, s minden gyógyintézmény egyéletes finanszírozási rendszerbe került. Természetesen az „életben maradt” községi kórházakban is figyelmen kívül

hagyták az ágylétszám növelésekor az infrastruktúra lehetőségeit, viszont ezek lettek a helyi betegellátás és gondozás legfontosabb bázisai. Egységes törekvésnek bizonyult, hogy minden helyi tanács harcolt a kórházáért, helyben kívánta megoldatni a betegellátás kérdéseit, így a helyi lehetőségeknek megfelelően többet költöttek rájuk, mint városi társaikra. A helyi lakosság is támogatta a községi kórházakat, hiszen nem kellett messzire utazni, sőt az 1970-es évektől megvalósított integrációs rendszerben ezekre épült a kórházi-rendelőintézetű összekapcsolt intézményi hálózat.

Ezért érthető, ha az 1990-es évek közepén a városok és települések harcoltak kórházaikért, még akkor is, ha „luxus” volt a nagyvárosoktól néhány kilométerre fenntartani ezeket az intézményeket, hiszen ott jobb és korszerűbb feltételek mellett eredményesebben lehetett gyógyító munkát végezni.

Ezen áttekintés után milyen megoldást lehetne javasolni? A legjobb megoldás, természetesen, új kórház építése lenne, ám erre a jelen helyzetben nem sok lehetőség

nyílik. A kórházak átszervezésének igen sok logikus szempontja van, de minden körülmény között ügyelni kell arra, hogy ne vezessenek színvonaltalanságra vagy az állami és a magánkórház között beláthatatlan különbségekre.

#### IRODALOM

1. A magyar egészségügyi és orvosi rendeletek gyűjteménye. 1872–1937. I–IV. köt. Bp. 1896–1937. – 2. *Bezedéryné dr. Hertelendy M., Hencz, A. Zalányi S.*: Évszázados küzdelem hazánk egészségügyéért. Közgazd. és Jogt. Kiad., Bp. 1967. – 3. *Guszmán, F.*: A régi szent János Kórház története. Bp. 1944. – 4. *Győry T.*: Az Orvostudományi Kar története. Bp., 1936. – 5. *Magyar-Kossa Gy.*: Magyar Orvosi emlékek. I–V. Bp. 1929–1944. – 6. *Mayer Kolos F.*: Az orvostudományi története. Bp., 1927. – 7. *Putaky, K.*: Az irgalmas rend magyarországi története. Bp., 1879. – 8. *Somogyi, Z.*: A Bethesda budapesti betegápoló és diakonisszaképző intézet története. Hornyánszky, Bp. 1885. – 9. *Somogyi Z.*: A középkori Magyarország szegényügye. Bp., 1941.

K. Kapronczay: *Thoughts on the history of the Hungarian hospital system.*

*Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, könyvtár és levéltár, Budapest, Török u. 12. – 1023*