

# A KÓRHÁZI KAPACITÁSOK ÉS SZABÁLYOZÁSUK FEJLÉSTÖRTÉNETE

Doktori (Ph.D.) értekezés

Dr. Ágoston István



*Az Egészségtudományi Doktori Iskola vezetője:*

*Prof. Dr. Bódis József Ph.D., D.Sc.*

*Az Egészségtudományi Doktori Iskola programvezetője:*

*Prof. Dr. Kovács L. Gábor Ph.D., D.Sc.*

*Az Egészségtudományi Doktori Iskola témavezetője:*

*Prof. Dr. Boncz Imre Ph.D.*

*Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar*

*Egészségtudományi Doktori iskola*

*Pécs, 2013*

## 1. Tartalomjegyzék

1. Tartalomjegyzék .....	2
2. Bevezetés .....	3
3. Célkit zések.....	4
4. Egészségügyi kapacitások szabályozásának szakirodalmi áttekintése a nemzetközi gyakorlatban.....	5
5. A magyarországi ispotályok kialakulásának és fejl désének történelmi áttekintése a XI. – XVIII. század kezdete közötti id szakban .....	25
6. A magyar kórházi ellátórendszer fejl déstörténete a felvilágosult abszolútizmustól a II. világháború végéig a jogszabályi környezet változásainak tükrében .....	49
7. A hazai kórházi ellátórendszer fejl dése a II. világháború végét l napjainkig .....	69
8. A magyar egészségügyi kapacitások törvényi szabályozásának változásai a rendszerváltástól napjainkig terjed id szakban .....	74
9. Megbeszélés.....	87
10. Új eredmények, gyakorlati hasznosítás összefoglalása .....	91
11. Köszönetnyilvánítás.....	93
12. Publikációs jegyzék .....	94
13. Mellékletek .....	100

## 2. Bevezetés

Napjaink egészségügyének egyik legnagyobb kihívása hazai és nemzetközi viszonylatban egyaránt egy olyan egészségügyi ellátórendszer kialakítása, amely képes biztonságos és költséghatékony módon megfelelni a betegek szükségletei által támasztott elvárásoknak, nyomon követve az egészségtudomány fejlődésének legújabb eredményeit. Az egészségügyi ellátórendszer legnagyobb szegmensét a kórházi ellátórendszer alkotja, ezért kiemelt figyelmet kell fordítanunk a fekvő beteg ellátórendszer fejlődéstörténetének vizsgálatára, a kórházi ellátórendszer felépítését, a működését befolyásoló jogszabályi környezet feltárására.

A fekvő beteg ellátórendszer fejlődésének történelmi szempontú vizsgálata segít annak megértésében, hogy milyen körülmények tették szükségessé az ispotályok, kórházak létrehozását, milyen tényezők játszottak szerepet fejlődésükben, illetve a jogszabályi környezet változásai hogyan befolyásolták fejlődésüket. A korabeli ispotályok létrejöttéhez összefonódik a szegényellátással és a kereszténység megjelenésével, azonban az évszázadok során a szerzetesek és egyházak által működtetett ispotályok gyógyító tevékenységét felváltják a városi polgárság, majd az állam által fenntartott, kizárólag a betegellátással foglalkozó kórházak. Az állam előírja a kórházak alapításának követelményeit, meghatározza a működésükhöz szükséges feltételeket párhuzamosan az egészségügyi közigazgatás kialakításával. A tanulmány bemutatja a kórházi ellátórendszer legfontosabb mutatószámainak alakulását, valamint az egészségügy fejlődését befolyásoló jogszabályok hatását.

A történelmi eredmények tanulmányozását követően a mai fekvő beteg ellátórendszer egyik legfontosabb problémakörére fordítjuk figyelmünket, a fekvő beteg ellátás kapacitásainak átfogó szabályozására. A kapacitástervezés egy olyan folyamat, amely a meglévő egészségügyi ellátórendszer adottságain túl kiterjed az új egészségügyi szolgáltatások befogadására, figyelembe veszi a technológiai fejlődésből fakadó változásokat. Bemutatjuk a kapacitásszabályozás elvi lehetőségeit, nemzetközi kitekintés keretében ismertetjük más országok által alkalmazott kapacitásszabályozási technikákat, valamint jogszabályi összehasonlítás segítségével bemutatjuk a rendszerváltás óta hazánkban bekövetkezett szabályozási változásokat és hatásait.

### 3. Célkit zések

A disszertáció elkészítése során, felhasználva a történelmi dokumentumok elemzéséb l, a jogszabályok összehasonlító vizsgálatából szintetizált eredményeket, az alábbi célok elérését és kérdések megválaszolását, kifejt bemutatását t ztük ki magunk elé.

1. A tanulmány keretei között be kívántuk mutatni a magyarországi ispotályok és kórházak kialakulását, fejl désük történetét az államalapítástól napjainkig, feltárva azokat a tényez ket, amelyek áthatották az ispotályok helyének, szerepének alakulását, figyelemmel a mai kórházi rendszer felépítésére gyakorolt hatásaira.
2. Az államalapítástól a felvilágosult abszolutizmusig terjed id szakban törekedtünk egy olyan átfogó, ellentmondásoktól mentes adatbázis megalkotására, és vizuális bemutatására, amely tartalmazza a korabeli ispotályok alapításának helyét, id pontját, segítséget nyújtva a kés bbi tudományos kutatásokhoz.
3. A tanulmányok elkészítése során létre kívántunk hozni egy olyan adatbázist, amely strukturált módon tartalmazza a kórházak alapításához kapcsolódó legfontosabb adatokat a felvilágosult abszolutorium kezdetét l napjainkig.
4. Céljaink között szerepelt a kórházi ellátórendszer fejl déstörténetének bemutatása a felvilágosult abszolutizmustól egészen napjainkig, nyomon követve az adott korszak meghatározó jogszabályainak változását és bemutatva egyfel l annak kiváltó okait, másfel l az egészségügyi ellátórendszerre gyakorolt hatását.
5. Feltett szándékunk volt, hogy összegy jtjük, rendszerezzük és bemutadjuk a kórházi ellátórendszer m ködééhez kapcsolódó mutatószámok változásait, különös tekintettel a Központi Statisztikai Hivatal és jogel d intézményeinek létrejöttét megel z id szakokra vonatkozóan.
6. A nemzetközi tapasztalatok segítségével összegezni kívántuk a kapacitásszabályozás eszközrendszerét, módszertanát, támpontot szolgáltatva a hazai kapacitásszabályozási törekvések elmélyítésének tekintetében.
7. Összehasonlító elemzésben szeretnénk felhívni a figyelmet a rendszerváltást követ en létrejött, a hazai egészségügyi ellátórendszer kapacitásait szabályozó legfontosabb jogszabályok er ségeire, gyenge pontjaira, ezáltal el segítve az új kórház rendszer kapacitásainak kialakításával kapcsolatos szakmai vitákat.

## 4. Egészségügyi kapacitások szabályozásának szakirodalmi áttekintése a nemzetközi gyakorlatban<sup>1</sup>

### Összefoglalás

**Célkitzés:** Tanulmányunk célja a nemzetközi szakirodalom áttekintésével és kritikai elemzésével bemutatni az egészségügyi kapacitások meghatározásának lehetséges módszereit, a szabályozás során alkalmazott nemzetközi gyakorlatot.

**Adatok és módszerek:** A tanulmány megírása során a hazai és nemzetközi szakirodalom áttekintést és kritikai elemzést hajtottunk végre, amely a kapacitákszabályozás elvi lehetőségeinek bemutatásán túlmenően kiterjedt néhány ország egészségügyi- és kapacitákszabályozási rendszerének ismertetésére.

**Eredmények:** Bemutattuk 4 európai ország egészségügyi rendszerét, az egészségügyi kapacitások szabályozási eljárásokat, azok részleteit és a kapacitákszabályozás során alkalmazott egyeztetési mechanizmusokat, az egyes központi illetve regionális szereplők bevonásának mértékét és módját, különös tekintettel a folyamatok centralizáltságára/decentralizáltságára. A nemzetközi kapacitákszabályozási módszerek alkalmazása során a kérdésként merül fel az, hogy a bemutatott módszerek közül milyen technikákat alkalmaznak, milyen prioritásokat határoznak meg a tervezés során, illetve legmilyen célokat tűznek ki a rendszer működéséhez. A bemutatott országok esetében egyaránt több szereplő, az érintett partnerek együttműködésére épülő kapacitákszabályozási eljárást ismerhetünk meg. Minden rendszerben kérdésként jelenik meg a központi kormányzat és a decentralizált szereplők közötti feladatmegosztás, amely a hazai egészségügy szabályozásának egyik nagy kérdése, a másik a kapacitások meghatározásának szükséglet alapú megközelítése.

**Következtetés:** A nemzetközileg elfogadott és alkalmazott egészségügyi kapacitákszabályozási módszerek közül számos átvételre került a hazai kapacitákszabályozásba. Az egészségügyi kapacitások tervezésénél a szükséglet alapú megközelítést, az érintettek bevonását a döntéshozatalba és a kiszámítható jogi szabályozást hangsúlyozzuk.

---

<sup>1</sup> Jelen fejezet a következő közlésre elfogadott, megjelenés alatt álló publikáció alapján készült: Ágoston I, Vas G, Endrei D, Zemplényi A, Molics B, Lampek K, Boncz I. Egészségügyi kapacitások szabályozásának szakirodalmi áttekintése a nemzetközi gyakorlatban. Egészségakadémia, 2013(in press)

## **Bevezetés/célkit zések**

A nemzetközi viszonylatban m köd állami fenntartású egészségügyi rendszerek esetében nagy kihívást jelent a betegek szükségleteinek megfelelel , az ellátás biztonságát garantáló egészségügyi kapacitások megtervezése. A kapacitástervezés egy dinamikus tevékenység, hiszen az ellátási kapacitások meghatározása egy folyamat része, amely a meglév egészségügyi ellátórendszeren túlmen en figyelembe veszi az új szolgáltatók befogadását az ellátórendszerbe, és lépést tart a technológiai fejl désb l fakadó változásokkal. Végs célja egy olyan hatékony m köd egészségügyi ellátó rendszer kialakítása, amely a rendelkezésre álló forrásokat hatékonyan használja fel egy magas színvonalú és biztonságos ellátás megteremtése érdekében.

A kapacitásszabályozás nemzetközi eszköztára számos módszert ismer és alkalmaz. Meghatározhatja az adott lakosságszámhoz viszonyítva a rendelkezésre álló kórházi ágyak számát egy adott földrajzi területen. Korlátokat állíthat fel az ellátórendszerben foglalkoztatható orvosok létszámára, illetve meghatározhatja az ellátások minimális és maximális mennyiségeit, illetve szabályokat állíthat fel az egyes szolgáltatások elérhet ségének id beli vagy földrajzi kritériumaira. Továbbá szabályozhatják a nagy költségigény technológiák telepítésének, m ködtetésének sarokszámait éppúgy, mint az új egészségügyi szolgáltatók befogadásának feltételeit. A kapacitásszabályozási eszközök meghatározott kombinációjának alkalmazásával kialakítható egy hatékony egészségügyi rendszer, meghatározható a lakossági szükségletek kielégítéséhez szükséges kórházi ágyak száma és megtervezhet a rendszerben m köd egészségügyi intézmények száma és elhelyezkedése.

A nemzetközi viszonylatban felhasznált kapacitásszabályozási módszerek alkalmazása alól nem vonhatja ki magát egyetlen modern egészségügyi ellátórendszert m ködtet ország sem. A kérdés els sorban az, hogy milyen összetételét alkalmazzák az egyes országok a felsorolt szabályozási módszereknek, milyen célokat és prioritásokat határoznak meg a rendszer m ködéséhez. A hazai szakirodalom számos aspektusát tárgyalja a kapacitásszabályozásnak [1, 2, 3, 4, 5], azonban az elvi, módszertani kérdések áttekintése nem jellemz . Korábbi tanulmányunkban áttekintettük a hazai egészségügy fejl déstörténetét és jelenlegi kapacitásszabályozási gyakorlatot [6, 7, 8], ennek hatásait az ellátórendszerre [9, 10, 11]. Jelen értekezésünk célja bemutatni az egészségügyi kapacitások meghatározásának módját a nemzetközi gyakorlatban.

## **Adatok és módszerek**

Az egészségügyi kapacitások szabályozására alkalmazott módszerek az két alkalmazó országok hagyományaitól, társadalmi és földrajzi felépítését l, gazdasági tehervisel képességét l függ en rendkívül eltér ek lehetnek. Tanulmányunk elkészítése során olyan országok kapacitásszabályozási rendszerét tekintettük át, amelyek hasonló történelmi hagyományokkal, földrajzi elhelyezkedéssel rendelkeznek, hasonló a társadalmi, politikai rendszerük, gazdasági fejlettség és egészségügyi rendszereik eredményessége sem tér el lényegesen egymástól. A görcs alá vett 4 ország (Németország, Franciaország, Olaszország és Hollandia) az Európai Unió egymással szomszédos, azonos kultúrkörben található országai. Gazdasági szerepük az Európai Unióban és a világgazdaságban is meghatározó, egészségügy rendszereik az Unió élvonalába tartoznak a Health Consumer Powerhouse (HCP) által készített Euro Health Consumer Index (EHCI) alapján.

A tanulmány megírása során szakirodalmi áttekintést alkalmaztunk, amely kiterjedt az adott országok egészségügyi kapacitásszabályozási rendszerére vonatkozó hazai és nemzetközi szakirodalomra. Bemutattuk a kapacitásszabályozás eljárás résztvev it és egyeztetési mechanizmusait, az egyes központi illetve regionális/tartományi szerepl k bevonásának mértékét és módját, tekintettel a folyamat centralizáltságára illetve decentralizáltságára. Elemeztük, hogy az egyes országok a kapacitásszabályozás nemzetközi eszköztárából milyen módszereket, technikákat használnak fel a különböző egészségügyi és egészség gazdaságtani céljaik megvalósításához, valamint azt, hogy milyen kiindulási adatokat, el re rögzített módszertanokat, képleteket illetve meghatározott követelményeket használnak fel a tervezés során.

Vizsgáltuk, hogy az alkalmazott kapacitásszabályozási eljárás a kórházi kapacitásokon túlmen en hogyan érinti a járóbeteg ellátás kapacitásait, a pszichiátriai betegek ellátására felhasználható kapacitásokat, valamint a nagy költségkihatású egészségügyi technológiák kapacitásainak szabályozását illetve az új szolgáltatók befogadási feltételeinek meghatározását. Els dleges forrásunk Ettelt és munkatársai által készített tanulmány, melynek áttekintésére és kritikai elemzésére vállalkozunk [12]. Az elemzésben szerepl információk a 2006-2007. körüli állapotokat tükrözik, melyben azóta az egyes országokban történhetett változás.

## **Eredmények**

### **Franciaország**

A francia egészségügyi rendszert a társadalombiztosítás finanszírozza (Securité Sociale) a kénnt járulékokból és az állami adóbevételek bevonásával, amely kiterjed minden állampolgára. Az egészségügyi rendszer az állami és a magánszolgáltatók bevonásával biztosítja az egészségügyi szolgáltatásokat, beleértve járóbeteg ellátást. A kórházak magán vagy állami tulajdonban vannak; az állami kórházak általánosak, regionálisak vagy helyiek, méretük és szakmai kompetenciájuk szintjét a függ en.[13, 14, 15, 16]

Az egészségügyi rendszer a ködtetését fokozatosan decentralizálják regionális szintre, kiemelten a kórházi ellátást és a közegészségügyet, beleértve annak finanszírozását, amely így átkerül a központi kormányzattól a régiókhoz. A legfontosabb tervezési tevékenységet az Egészségügyi Minisztérium átengedte a regionális hatóságoknak, jelenleg a 22 Regionális Egészségügyi Hatóság (agences régionales d'hospitalisation) felel s a kórházak finanszírozásáért. A decentralizáció nem terjed ki a járóbeteg ellátásra, bár vannak tervek arra vonatkozóan, hogy kiterjessék a regionális egészségügyi hatóságok hatáskörét, így biztosítva, hogy azok felügyelhessék a teljes egészségügyi szektort az adott régióban. Az Egészségügyi Minisztérium meghatározza azon ellátásokat, amelyet a régiók kötelesek biztosítani, azon aggodalmak miatt, hogy a decentralizáció növelheti a regionális egyenl tlenéseket.

Az egészségügyi rendszer a ködését biztosító kapacitások és források tervezésének feladatait a kormányzat megosztja az Egészségügyi Minisztérium és a regionális egészségügyi hatóságok között, bevonva más szerepl ket, mint a magán és állami kórházak szövetségei, szakmai szervezetek, egészségbiztosítási alapok és az állampolgárok képvisel i. Az Egészségügyi Minisztériumnak a folyamatban irányító szerepe van, azáltal, hogy létrehozza az egészségügyi szolgáltatások jegyzékét, amely tartalmazza a f szolgáltatási területeket. A jegyzék az igények országos szint beclésén, valamint az országos szakmai és egészségpolitikai prioritásokon alapul. A regionális egészségügyi konferenciák (conférences régionales de santé) résztvev i meghatározzák a regionális egészségügyi szükségleteket, megvitatják és eldöntik a szolgáltatásnyújtási és megvalósítási stratégiák regionális prioritásait. Minden régióban tartanak ilyen egyeztetéseket, amelyek eredményeit beillesztik a regionális tervezési eljárásba. Ezek tájékoztatják az országos egészségügyi konferenciát és az Egészségügyi Minisztériumot a regionális prioritásokról és az egészségügyi ellátási igényekr l.



Az aktuális stratégia végrehajtása a Regionális Stratégiai Egészségügyi Terven (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire) keresztül történik, amelyet a regionális egészségügyi hatóságok alakítanak ki, egyeztetve a fenti szereplőkkel. Ez a legfontosabb eszköz a regionális tervezésben; és főként a fekvő beteg ellátási kapacitások tervezésére, valamint a nagy költségigényű kezelésekre és technológiákra koncentrál. A tervben kidolgozzák az egészségügyi ellátás átfogó stratégiai céljait, meghatározzák a prioritásokat, a mennyiségi célokat és az egészségügyi intézmények eloszlását egy régióon belül. 2003 óta a Regionális Stratégiai Egészségügyi Tervek magukba foglalják a korábbi „Országos Egészségtudományi Térképet” (Carte Sanitaire). Az egészségügyi térkép az Egészségügyi Minisztérium mennyiségi tervezési eszköze volt, mely arra szolgált, hogy minden egyes régiót egészségügyi ellátási szektorokra, valamint pszichiátriai szektorokra osztsanak fel, és normatív ágy/lakosság arányokat határozzanak meg a főbb diszciplínákhoz egy adott földrajzi területen belül. Ez egy országos átlagértéken alapult és tartalmazta az adatokat a nagy költségigényű diagnosztikai és terápiás beavatkozásokhoz alkalmazott eszközökről, amelyeket a kórházakban használtak, valamint a rehabilitációs tevékenységről. Az országos tervezési normatívákkal ellentétben, a regionális stratégiai egészségügyi terv célja, hogy a helyi lakosság igényeihez alkalmazkodva jobban átalakítsa az egészségügyi ellátást. A stratégiai terv azt várja el a regionális egészségügyi hatóságoktól, hogy megbecsüljék a lakosság egészségügyi ellátási igényét, a regionális egészségügyi ellátás igénybevételére vonatkozó, valamint demográfiai adatokból kiindulva, a mortalitásra és morbiditásra koncentrálva. Minden egyes régió statisztikai adatait analizálták és összehasonlították azokat más régiók adataival, azért, hogy meghatározzák az igényeket és a túl- vagy alul ellátottságot. Független szakértők segítségével felmérték a jövőbeni igényeket és technológiai változásokat, amelyeket figyelembe vesznek a tervezéseknél. A Regionális Ellátási Terv szükséglet alapú tervezést kíván megvalósítani, annak harmadik generációja már kifejezett célja a vállalkozó orvosok tevékenységének szervezése is, a kórházi ellátással összhangban. [17]

Franciaországban a kórházak működését a társadalombiztosítás finanszírozza, feltéve, hogy azok rendelkeznek az Egészségügyi Minisztérium engedélyével. A regionális egészségügyi hatóságok felelősek az ellátások tervezéséért és annak engedélyezéséért, hogy a kórházak a társadalombiztosítás által finanszírozott szolgáltatásokat nyújthassanak. Ezen túlmenően felügyelik a legkisebb változásokat is a már meglévő kórházi infrastruktúrában, beleértve a kórház átalakításokat és egyesüléseket is. Kivételt

képez ez alól az új kórházak és a baleseti, sürgősségi központok létrehozása, amelyeket az Egészségügyi Minisztérium engedélyez. Ahogy korábban jeleztük, a regionális stratégiai egészségügyi tervek kulcshelyeszközök a kórházi tervezésben, hiszen meghatározzák az egészségügyi teljesítményeket és az egyes egészségügyi intézmények számát az egyes régiókban az összes ellátási terület vonatkozásában. Meghatározzák továbbá az egyes ellátások volumenét olyan mutatószámokkal, mint a betegek száma, helyszín, a kórházi tartózkodás hossza, elvégzett beavatkozások. A tervezésen inkább a szolgáltatások volumenén alapul, mintsem az ágy/lakosság arányokon (mint az el z országos egészségtudományi térkép esetében), így korlátozva a túlkínálatot, amelyet jelentős problémának tartanak az egyes régiókban.

Eltételezve attól, hogy a költségek ellenőrzésének eszköze, a szolgáltatás volumenén alapuló tervezés az ellátók teljesítményén túl fejleszteni akarja a szolgáltatások minőségét is. A regionális stratégiai egészségügyi tervek alapján megkötött megállapodások megteremtik ennek szerződéses alapját (contrats d'objectifs et de moyens) a kórházak és a regionális egészségügyi hatóságok között. Ezek a megállapodások meghatározzák minden egyes kórház ellátási felelősségét, és elírják az elvégzendő szolgáltatások volumenét. A megállapodások általában 3-5 éves periódust ölelnek fel; és megkötésükhöz szükséges, hogy a kórházak rendelkezzenek a regionális egészségügyi hatóságtól az általuk ellátható szolgáltatásokra vonatkozó engedéllyel. A megállapodásokat a Kórházszövetség bírálja el, azzal, hogy meglátásunk szerint a szolgáltatás volumenének meghatározása korlátozza a kórházak rugalmasságát, azok reagálását az igények változására.

## **Hollandia**

A holland egészségügyi rendszer nagy átalakuláson ment keresztül a 2006-os reformot követően, amely minden állampolgár számára kötelezővé tette az egészségbiztosítási rendszerben való részvételt. Az új rendszer alapelveinek megfelelően minden állampolgár köteles arra, hogy egy alapvető szolgáltatásokat tartalmazó csomagot vásároljon egy magán egészségbiztosítási pénztártól. Ezen túlmenően az állampolgároknak lehetőségük van önkéntes alapon, kiegészítő egészségügyi szolgáltatások vásárlására is. Az egészségügyi ellátást általában magán, hagyományosan non profit szolgáltatók biztosítják a kórházi szektorban. A 2006-os reform óta profitorientált módon működő magán szolgáltatókat is beengedtek a piacra, amelyek kiegészítő szolgáltatásokat nyújtanak a betegek részére. [18, 19, 20]

Az utóbbi id ben létrejöttek multidiszciplináris járóbeteg klinikák és független ellátó központok (2009 ben 198 ilyen központ m ködött), amelyekben az ellátás 20 százalékkal olcsóbb, mint a kórházakban. [21]

A holland rendszer egyik fontos jellemzője az erős decentralizáltság az egészségügyi ellátás szervezésében is. A Kormány meghatározza a jogszabályi kereteket, azonban az egészségügyi ellátást érint legtöbb döntés az érintettek között zajló tárgyalás eredménye, amelyben részt vesznek az egészségügyi szakma képviselői, a biztosítók- és a betegek érintett szervezetei. Hollandia a szabályozott egészségügyi ellátás piacának egy különleges típusát alakította ki, amelyben a Kormányé a teljes felelősség az egészségügyi rendszer m ködtetéséért, azonban az egészségügyi ellátás megszervezését a piacra hagyja, habár a felügyelet a Kormányé és annak alárendelt szerveié (pl. az Egészségügyi Ellátó Intézmények Holland Bizottsága, College Bouw Zorginstellingen). A 2006-os reform lehetővé tette az egészségügyi szolgáltatók és biztosítók autonómiájának bővítését, erősítését, az egészségügyi ellátás szervezésében. A Kormánynak lehetősége van felülbírálni a piaci szereplők döntéseit, amennyiben az egészségügyi ellátó rendszerben hibát észlel.

A kapacitástervezés az 1970-es évekre központi kérdéssé vált, amit egyfelől a szociális ellátórendszerek kiadásainak növekedése miatti aggodalom indukált, másrészt azon lakossági visszajelzések, hogy a rendelkezésre álló erőforrások elosztása rosszul történik.[22]. Erre reagálva a Kormány részletes egészségügyi terveket dolgozott ki, főként a fekvőbeteg-ellátási szektorban, amelyek olyan normákon alapulnak, mint a szakterületenkénti ágyszámok. Az 1980-as évek közepe óta úgy tekintettek a tervezésre, mint ami gátolja a fejlesztéseket és az innovációt az egészségügyi szektorban. A kapacitástervezést fokozatosan felváltja a piacorientált megközelítés, elterjedt helyezés a piaci szabályozást, a hagyományos felülről-lefelé történő tervezéssel szemben. Napjainkban az országos tervezés rendkívül korlátozott, csak néhány területre terjed ki: például az új kórházak építéséhez szükséges hivatalos engedélyezés. Az egészségpolitikában bekövetkező változás tükröződik abban, hogy alakult az Egészségügyi Minisztériumnak a szabályozásban betöltött szerepe, amely a közvetlen irányításról elmozdult a stratégiai irányelvek meghatározásának, a szabályozásnak és a felügyeletnek az irányába. Az Egészségügyi Minisztériumnak az egészségügyi kapacitástervezésben betöltött aktív részvételét felváltotta a teljesítményértékelés és a minőségbiztosítás, amelyet az Egészségügyi Felügyeleten (Inspectie voor de Gezondheidszorg) keresztül valósít meg.

Korábban az egyes régiók voltak a felelősök a kórházi ellátás terveinek kidolgozásáért: minden egyes ilyen terv tartalmazott egy kimutatást a meglévő épületekről/szolgáltatásokról és körvonalazta a szolgáltatást nyújtó szervezeteket egy tervezési periódusra. Az Egészségügyi Ellátók Engedélyezéséről szóló 2006-os törvény kidolgozta a tervezés folyamatát, amely a regionális egészségügyi ellátó szervezetekre vonatkozik, amiktől elvárták, hogy a biztosítókkal együttműködve dolgozzák ki az akut kórházi ellátás terveit. A terveket ezután a Kormánynak kellett jóváhagynia. A kórházfejlesztés és átalakítás az Egészségügyi Minisztérium engedélyéhez kötött és ez a folyamat egyre fontosabb szerepet játszik a fekvő beteg ellátást nyújtó intézmények szabályozásában. Az engedélyezési folyamatot egy egyeztetés követi, amelyen részt vesznek az érintett regionális szereplők. Minden beruházás a kórházi szektorban magánforrásból kerül finanszírozásra és általában az ellátóé a pénzügyi felelősség. Ez a kórházvezetők arra ösztönzi, hogy részletes üzleti terveket dolgozzanak ki, ami felvázolja a későbbi költetést, a kihasználtsági mutatókat és a beruházási igényeket. Az Egészségügyi Minisztériumnak és alárendelt szerveinek lehet segítségük a folyamatba beavatkozni, a gyakorlatban azonban nagyon ritkán élnek ezzel a lehetőséggel. A jövőben azonban várhatóan a központi szabályozás erejének erősödnie kell, mert ennek hiányában az egyre növekvő, magán egészségügyi ellátókon alapuló rendszer nem tud minőségi ellátást nyújtani gazdaságilag megengedhető és igazságos módon. Az egészségügyi technológiai fejlesztések nem központilag tervezettek, és kevés a korlátozás a kórházak esetében a nagy költségigényű technológiák beszerzésére vonatkozóan. A korlátozások egyike, hogy az olyan technológiákat, mint az új terápiák és gyógyszerek, engedélyeztetni kell az Egészségügyi Minisztériummal az állami finanszírozás megszerzése érdekében. Az engedély megszerzésében fontos szerepet játszik egy költséghatékonysági tanulmány, melyet az Egészségügyi Ellátás Finanszírozási Bizottság (College voor Zorgverzekeringen) készít, azonban nem ez az egyetlen kritérium, mivel más szempontok is (a lakosság véleménye, szakmai hozadék) befolyásolhatják a döntés végeredményét.

A 2000. évi Speciális Egészségügyi Ellátások Törvénye egyike azon ritka eseteknek, amikor a Kormány még olyan központi szabályozást alkalmaz a szolgáltatásoknak és egészségügyi technikák tervezése során, amelyet korábban az egészségügyi szolgáltatások egészére vonatkozóan használt. A kórházaknak szükségük van az Egészségügyi Minisztérium engedélyére olyan ellátások nyújtásához, mint a szerv- és szövetátültetés, a radioterápia, érsebészet, endoszkópos az in vitro megtermékenyítés.

## Németország

A német egészségügyi rendszert tekintve a szolidaritáson alapuló, kötelező társadalombiztosítás finanszírozza, amelynek gazdasági alapjait a munkaadók és a munkavállalók járulékaik biztosítják. A lakosság legnagyobb része a kötelező társadalombiztosításhoz, körülbelül 10%-a a kiegészítő magán egészségbiztosítási pénztárakhoz tartozik és kevesebb, mint 1%-a nem rendelkezik semmilyen egészségbiztosítással. A biztosítottak szabadon választhatnak fekvőbeteg szakellátást nyújtó szolgáltatót és elvileg egészségbiztosítási pénztárat is. [23, 24, 25, 26, 27, 28, 29]

A kórházak tulajdonosai és fenntartói többfélék, az államtól a profit orientált magán szolgáltatókig, beleértve a jótékonyági illetve vallási szervezeteket is. A profitorientált magánkórházak aránya egyenesen növekedett az utóbbi években. 2005-ben az összes kórház 26,6%-a volt profitorientált szervezetek tulajdonában, szemben 2002-vel, amikor ez az arány 23,7% volt, ugyanebben az időszakban a profitorientált magánkórházak ágyainak aránya 8,9%-ról 12,4%-ra növekedett [30]. Az állami és magántulajdonú kórházak fenntartható finanszírozásának kérdésében Németországban is komoly szakmapolitikai viták zajlanak [31, 32].

A döntéshozatal és a kapacitástervezés felelőssége az egészségügyi szektorban megoszlik a szövetségi kormányzat, a tartományok, és más testületi szereplők között a Szociális Törvénykönyvben (Sozialgesetzbuch) meghatározott szabályozási keretek között. A központi kapacitástervezés ritka, a legtöbb tervezési tevékenység tartományi szinten kapott helyet. A tervezési tevékenység a kórházi szektorban a legmeghatározóbb, míg a járóbeteg szakellátás általában nem tárgya a tervezésnek. 2012-től az ellátási struktúra átalakításáról szóló törvény kialakítja az ún. speciális ambuláns szakorvosi ellátási szintet a lakosság területeken átívelő ambuláns orvosi ellátásának biztosítás céljából, amivel a növekvő orvoshiányra és a demográfiai változásokra kívánnak reagálni. [33]

A szövetségi kormányzat meghatározza az átfogó törvényi kereteket, habár a szabályozás csak néhány speciális területen érvényesül, mint például a minőségbiztosítás. A legmagasabb döntéshozatali fórum a Szövetségi Közös Bizottság (Gemeinsamer Bundesausschuss), amely meghatározza az egyes beavatkozások minimális volumenét, amelyet minden finanszírozott kórházban biztosítani kell.

A szövetségi szabályozás alapján a kórházi tervezés felelőssége a tartományokat terheli. Az 1972. évi Szövetségi Kórház Finanszírozási Törvény értelmében minden tartománynak biztosítani kell a kórházi terv alapján területileg hozzá tartozó összes

kórház pénzügyi fenntarthatóságát, valamint azt, hogy az ellátók által nyújtott kórházi szolgáltatások elfogadható költségek mellett megfeleljenek a lakosság igényeinek. A Szövetségi Kórház Finanszírozási Törvény által bevezetett „kettős finanszírozás” alapelveinek értelmében a fekvő beteg ellátás beruházásainak költségeit a szövetségi kormányzat és a tartományok biztosítják, azonban a működési költségeket az egészségbiztosítási pénztárak biztosítják, vagy a magánbetegek fizetik meg, amelyet részükre a magán egészségbiztosítási pénztárak visszatérítenek.

A szövetségi szabályozás keretein belül minden tartomány kialakít egy kórház szabályozási keretrendszert, amely tartalmaz egy tartomány specifikus kórházi szabályozást, egy kórházi tervet és egy fejlesztési programot. Fontos, hogy a tervezés szoros kapcsolatban áll a kórházak finanszírozásával, és mind ilyen, minden olyan kórházra vonatkozik, amely a biztosítottak részére nyújt ellátást, függetlenül a kórházak tulajdonosától és státuszától. Minden olyan kórháznak, amely része a tartományi kórházi tervnek lehet sége van arra, hogy a tartományi kormányzat finanszírozza hosszú távú beruházásait. A kórházi tervben való részvétel akkor is el feltétel, amikor a kórház be kíván kerülni az társadalombiztosító által finanszírozott kórházak körébe, a finanszírozás mértéke azonban a tartományi kormányzat költségvetését és a politikai prioritásaitól függ. A kórházi ellátás szereplőinek általában aktív szerepük van a kórházi kapacitástervezési folyamatban, ezért a tervezés összetett és hosszú tárgyalások eredménye a tartományi hatóságok, a kórházak társulásai, az egészségbiztosítási pénztárak, az orvosok és a magán egészségbiztosítási pénztárak képviselői között.

A kórházi kapacitások tervezése Németországban tartományonként eltér módon valósul meg, jelen tanulmányunkban az Észak-Rajna Westfália tartomány szabályozását mutatjuk be. Az 1998-ban elfogadott Kórházi Törvény határozza meg a tartomány kórházfejlesztési tervének jellegét és területét, a kórházak státuszát és tervezett fejlesztését, valamint az ellátók képességeit a lakosság igényein alapuló, hozzáférhető és hatékony ellátás biztosítására. [34] A tartomány Egészségügyi Minisztériuma felelős a kórházi tervek kidolgozásáért, amelyet kétfévente felülvizsgálják, és amelyek meghatározzák a tervezés kereteit, egyeztetve az érintett szereplőkkel. [35]

A tartományi kórházi terv megállapítja a kórházi tervezés irányelveit, meghatározza a prioritizált területeket és fejlesztési modelleket, körvonalazza az általános tervezési alapelvek jogszabályi alapjait a kórházi ellátás valamennyi területére. A keretrendszer meghatározza a mennyiségi mutatókat, mint a regionális elosztás, a kórházi felvételek

száma, az ágykihasználtsági mutatók, a benntartózkodás id tartalma, mint a kórházi ágyszám meghatározásának alapjait.

A tervezési koncepció magába foglalja a Hill-Burton formula alkalmazását, amely az ágyszámok meghatározására szolgál, minden egyes szakterületen:  $(\text{lakosság} \times \text{felvételi/belépési arány} \times \text{átlagos benntartózkodási id} \times 100) / (\text{ágykihasználtsági arány} \times 100 \times 365)$ . Az aktuális ágyszám és ellátási kapacitás követelményeit a regionális tervezési modellekben írják le részletesen. A Hill-Burton formula érvényes a kórházi tervezés legtöbb területére, kivéve néhány különleges és drága kezelést, mint például a speciális perinatális és szülészeti ellátások, illetve a szerv- és csontvel transzplantáció. **A Hill-Burton formula esetleges alkalmazásának kérdése Magyarországon is felmerült a 2007. április 1-i kórházi kapacitás átalakítás el készítése során, de az akkori kórházreform módszertani kérdéseir l a törvény egyáltalán nem rendelkezett, és háttér információkat sem publikáltak.**

A kórházi terv is részletezi a szolgáltatók szervezeti felépítését az egyes kiválasztott prioritást élvez területeken, meghatározva az együttm ködés feltételeit egészségügyi és szociális terület között. Egy általános elmozdulás figyelhet meg a kórházi ellátás regionalizálásának irányába, fként olyan területeken ahol az új szövetségi törvény értelmében minimális szolgáltatási volumeneket határoznak meg az egyes elektív ellátást nyújtó szolgáltatóknak. A trendek a specializáció és a regionalizáció irányába tovább gyorsulnak, a homogén betegcsoportok bevezetésével. [36] A homogén betegcsoportoknak kórházi finanszírozásba történ bevezetését l azt várták, hogy hatással legyen a tervezési területek és eljárások fejlődésére a kórházi szektorban. Egy, a szakemberek által 2003-ban készített, a kórházi tervezésre vonatkozó tanulmányban a válaszadók jelent s része elrevetítette szolgáltatások átrendezését a régiókban, néhány kórház vagy kórházi osztály bezárását a verseny növekedése és a költségek csökkentésének eredményeként.

A kórházak egy hivatalos értesítést kapnak a tartományi adminisztrációtól arról, hogy benne vannak-e a kórházi tervben. Az értesítés meghatározza a szakterületenként szükséges ágyszámokat és kezelési kapacitásokat, valamint azon szolgáltatások skáláját, amelyeket a kórház köteles biztosítani, beleértve a kórház oktatási és gyakorlati kötelezettségeit. A kórház hivatalosan kifogással élhet az értesítésben szerepl feltételekkel szemben, de ha ezzel nem él, akkor az abban foglalt feltételek kötelezőek. Az értesítés alapján a tartománytól finanszírozás igényelhet a szükséges beruházásokhoz.

A tartományban az ellátások három szinten szerveződnek, amelynek működését a szülészet területének példáján keresztül mutatjuk be. Az ellátási szintek közül a legkevésbé szakosodott ellátást az alapellátó intézmények nyújtják, míg a terciér ellátást a regionális vagy tartományi szinten szervezik. Minden kórház köteles alapvető szülészeti ellátást nyújtani, a komplexebb ellátásokat azonban a 26 szülészeti és újszülött központ vagy a 16 újszülött központ egyike nyújtja. A szülészeti és újszülött központ legalább egy szülészeti osztályból és egy gyermekklinikából áll, ahol legalább 4 ágy van az újszülöttek intenzív ellátására és rendelkezik újszülött sürgősségi mentőszolgálat, hogy megfelelő időben átvehessék azokat az újszülötteket az alapellátásból, akik esetében komplikációk merülnek fel. Egy szülészeti és újszülött központnak minimum 3000 szülést kell ellátnia évente egy 50 kilométeres sugarú területen belül. Az újszülött központnak legalább 10 intenzív újszülött ellátására alkalmas ágygal kell rendelkeznie és a szolgáltatás engedélyezéséhez évente minimum 5000 szülésre van szükség, amelyek legtöbbjének esetében elvárt a magas kockázati szint. A háromszintű ellátási rendszert 1998-ban vezették be Németországban. A 2001-es kórházi terve szerint a háromszintű ellátó rendszer észrevehető javulást eredményezett az ellátásban. [37]

### **Olaszország**

Olaszország egészségügyi ellátását az állami és regionális adóbevételekből finanszírozzák az állami egészségügyi szolgálaton keresztül (Servizio Sanitario Nazionale). Az egészségügyi intézmények fenntartásának és finanszírozásának felelőssége a 19 önálló régió és 2 autonóm területen nyugszik. [38] Elmondható, hogy az északi régiók általában sikeresebbek a hatékony egészségügyi struktúra, és irányítás kialakításában, illetve az ellenkezésben, mint a déliek, kifejezve a két terület közötti kulturális különbségeket. [39, 40, 41, 42, 43, 44, 45]

A régiók növelik a közösségi szolgáltatásokra (beleértve az egészségügyet) felhasználható bevételeket a regionális adórendszeren és az ügyfelek hozzájárulásain keresztül. A fiskális kiegyenlítő mechanizmus lehetővé teszi az átvezetést a regionális alapokba (2006-ban 25,7% a nemzeti általános forgalmi adó bevételnek) támogatva azokat, amelyek nem képesek a megfelelő finanszírozás elteremtésére. A regionális egészségügyi hatóságok meghatározzák azokat a jogi kereteket, amelyekben belül az egyes ellátók működnek és ellenőrzik a működésüket a minőség- és a szolgáltatás nyújtásának hatékonysága szempontjából. Felelősek a lakosság egészségügyi



szükségeinek megállapításáért és a finanszírozáshoz szükséges és rendelkezésre álló források elosztásáért. A regionális alapok közötti elosztás egy komplex formulán alapul, amely figyelembe veszi a lakosság méretét, kor szerinti megosztását, megbetegedési mutatóit, azok régiók közötti hatásait, valamint az egészségügyi ellátások bekerülési költségeit. A régió belüli helyi egészségügyi egységek (Aziende Sanitarie Locali, továbbiakban ASL) felelnek az egészségügyi szolgáltatások legtöbbször megszervezéséért. [46] Az ASL nagyfokú önállóságot élvez az er források elosztásában és a szolgáltatások szervezésében, azonban létszámuk erősen csökkent (659-ről (1978-ban) 195-re (2007-ig.)) az adminisztráció hatékonyságának növelésének érdekében.

Az egészségügyi ellátások tervezési feladatai megosztásra kerültek a központi kormányzat és a régiók között. Az Egészségügyi Minisztérium meghatározza az alapvető kereteket és a fejlesztések irányait egy hároméves országos egészségtervben, amelyet az Egészségügyi Tervezési Hivatal készít el. Az alapsomag, amely az ország minden állampolgára számára elérhető, központilag meghatározott és rendszeresen felülvizsgált. [47] Az országos egészségterv meghatározza a nemzet egészségstratégiáját, az egészségügyi ellátás feltételeit, céljait és a beavatkozások indikátorait. Minden főbb célkitűzés le van bontva kisebb célokkra (elsősorban fejlesztendő területekre), amelyek megvalósítását a regionális hatóságok végzik. Sok cél kapcsolódik egy speciális mennyiségi indikátorhoz. Az egyes régiók is javasolnak speciális témákat és stratégiákat, amelyeket beleépítenek az országos egészségtervbe, amely elfogadását követően köti a regionális egészségügyi intézeteket.

A regionális egészségügyi intézetek az országos egészségterv alapján elkészítik a regionális egészségterveket. A régiók az országos keretek határain belül a saját szükségleteik alapján szervezik meg az ellátásokat és határozzák meg a saját céljaikat. Sokan aggódnak amiatt, hogy amióta nem minden országos célkitűzés megvalósítása kötelező, a regionális egészségügyi intézetek kiválasztanak néhányat az országos egészségügyi célok közül, és csak azokat alkalmazzák a saját regionális szükségleteiknek és a politikai iránymutatásoknak megfelelően. Az ASL-ek és az önálló kórházak igénylik, hogy a stratégiai fejlesztési tervek összhangban legyenek a regionális egészségtervekben körvonalazódó célokkal. Az ASL-ek és a kórházak egyeztetnek regionális egészségügyi intézettel, amely gondoskodik a szükséges fejlesztésekről, azért, hogy a stratégiai tervben meghatározott célok összhangban álljanak az elfogadott költségvetéssel. Az ASL-ek, együttműködve a regionális egészségügyi intézetekkel,

kiválasztják azt a szolgáltatót, amely rendelkezik az állami egészségügyi szolgálat akkreditációjával. A szerződéses megállapodások a kiválasztott szolgáltatók és az ASL-ek közötti tárgyalások után alakulnak ki, és meghatározzák a szolgáltatások volumenét, árát és minőségét, illetve tartalmazzák azt, hogy milyen szankció jár a megállapodott volumen túllépéséért.

A regionális egészségügyi intézetek tervezik meg a legfontosabb beruházásokat, a nagy költségigény egészségügyi technológiákat és ágykapacitásokat. A kórházi kapacitások tervezése magában foglalja az akkreditált köz-, és magán szolgáltatók kapacitásainak tervezését. A regionális egészségügyi intézetek két kritérium alapján engedélyezik az új szolgáltatók akkreditációját: egyrészt a szervezés, az irányítás és a szolgáltatók technológiai infrastrukturális minőségének, valamint az egészségügyi szakemberek képességeinek és gyakorlatának értékelése, másrészt az új szolgáltatóknak a szerződött ellátási csomagon és az elfogadott költségvetés keretein belül a régió ellátási képességéhez történő hozzáadott értékének elemzése alapján. A szolgáltató akkreditációja nem jelenti automatikusan azt, hogy a nyújtott szolgáltatásokat az állam finanszírozza. A járóbeteg ellátási szektor szolgáltatásainak kapacitásait általában nem tervezik meg, habár a regionális tervezés hatása a járóbeteg ellátásokra növekedhet.

### **Megbeszélés**

Az Európai Unió kiterjedése az élet számos területén alakított ki egységes elvek alapján működő rendszereket a tagállamokban, azonban a társadalombiztosítási és az egészségügyi rendszerek felépítése továbbra is a tagállamok hagyományainak, társadalmi felépítésének és gazdasági fejlettségének megfelelően alakul, nincs ez másként az egészségügyi kapacitások szabályozásánál, meghatározásánál sem. A tanulmány során nagy hangsúlyt fektettünk a modellként szolgáló országok szabályozásában fellelhető pozitív és negatív elemek, valamint a megfigyelhető tendenciák bemutatására, amelyek alkalmazása megfontolandó egy hazai szabályozás kialakításában.

A tanulmányban szereplő országok kapacitásszabályozási gyakorlatát megvizsgálva megállapítható, hogy egyre nagyobb hangsúlyt kap a tervezési folyamat során a decentralizáció. A kapacitások tervezése a központi kormányzati szintről átkerül a régiók (tartományok) szintjére, ezáltal a döntéshozatal jobban alkalmazkodik a helyi szükségletekhez, növekszik az érintettek közötti párbeszéd hatékonysága és gazdaságilag is kiegyensúlyozottabbá válik a rendszer működése. Mindazonáltal

megfigyelhet, hogy a központi kormányzat egyes területek kapacitásainak meghatározását saját hatáskörben tartja fent, különös tekintettel a nagy költségigény technológiák kapacitásainak meghatározását. A regionális tervezés a hazai gyakorlatban is megjelenik, azonban megfigyelhet, hogy a regionális egyeztetés (elre jósolható) eredménytelensége esetén a központi szabályozás kerül előtérbe, amely csökkenti az ellátórendszer alkalmazkodó képességét. Megfontolandó lenne a nagy költségigény technológiák beszerzésének és működési kapacitásainak tekintetében egy országos szintű engedélyezési eljárás bevezetésén elgondolkodni, így kerülve a felesleges presztízsbetűzésokból eredő, ki nem használható kapacitástöbblet kialakulását. A holland rendszer, amely talán az összes közül a legerősebben építi a központi szabályozás helyett a piac szabályozó erejére, külön törvényben szabályozza és a Kormány engedélyéhez köti a technológiák kapacitásainak meghatározását.

**Szintén általános trend, hogy az egyes államok meghatároznak egy olyan alapellátási csomagot, amelyet minden állampolgár (biztosított) igénybe vehet,** így teremtve meg a határvonalat a társadalombiztosítás és a kiegészítő biztosítások által nyújtott ellátások között, ezáltal szabályozva az egyes ellátások helyét, szerepét a lakosság egészségügyi ellátásában. Franciaország és Németország esetében megfigyelhet, hogy a kapacitásszabályozás során elkülönítetten kezelik a pszichiátriai kapacitások meghatározását, amely nem idegen a hazai gyakorlat számára, azonban meglátásom szerint meg kell fontolni azt, hogy a rendszer konvergenciájára nem jelent-e veszélyt egyes területek kiemelése a generális szabályozásból.

**A kapacitások meghatározására gyakran alkalmaznak módszertanilag megalapozott matematikai képleteket, amely objektívebbé teszi a tervezést, sz kíti a politikai lobby érvényesülésének lehet ségeit** a kapacitások meghatározása során. A képletben kiindulásként demográfiai, morbiditási és mortalitási adatok szerepelnek (Franciaország), illetve figyelembe veheti a képlet az átlagos bent tartózkodási időt, az ellátásban részt vevők számát és az ágykihasználtsági mutatókat (Németország) attól függően, hogy a szükségletek vagy a ténylegesen nyújtott ellátások oldaláról közelítjük meg a kapacitásszabályozás kérdéskörét. A nemzetközi tapasztalatok figyelembevételével kialakított, megbízható morbiditási és mortalitási adatokra alapozó és más releváns tényezőket figyelembe vevő matematikai képlet alkalmazása az egészségügyi kapacitások meghatározásában koherensé teheti az egyes szakterületi kapacitások meghatározását, figyelemmel a lakosság valódi igényeire. A képlet eredményeit összekapcsolva egy szakmailag megalapozott minimum és optimum

feltételrendszerrel egy jól strukturált, a betegek valós szükségleteit figyelembe vev intézményi struktúrát vetít az ország egészségtérképére. A kialakítandó minimum feltételeket az orvos szakmai követelményeken túlmenően tartalmazhatnak számszerűsíthető kritériumokat, mint az egyes szakterületi ágyszámok engedélyezésének lakosságszámhoz, illetve az igénybevevőkhöz kötése. A minőség fenntartását eredményezi a minimális szolgáltatási volumen meghatározása. Franciaország esetében láthatjuk, hogy önmagában a tervezés volumenének meghatározó kapacitásszabályozási eszközként való alkalmazása nem kedvez a minőségbiztosítási szempontoknak, azonban sikeresen ötvözhető a németországi ún. minimum mennyiségek katalógusának bevezetésével.

**A nemzetközi szabályozásokból kitűnik, hogy a legtöbb ország egészségügyi ellátórendszere szoros kontroll alatt tartja az új szolgáltatók, új technológiák befogadását.** A kapacitásszabályozás egyik eszköze egy átlátható, koherens, központosított befogadás politika, amely kialakítása, hatékonyabbá tételéhez hazánk esetében sem megkerülhető. A proaktív kapacitásszabályozás elé megy ezen kihívásoknak és már a tervezési eljárás során figyelembe veszi a jövőbeni igények és technológiai változások hatásait, amelynek eklatáns példáját nyújtja ebben a tárgykörben a francia kapacitásszabályozási rendszer. Hazánk esetében –figyelembe véve a francia tapasztalatokat – egy független, szakmailag elfogadott testület javaslataira kellene támaszkodni ezekben a kérdésekben. Az új intézmények alapításához szükséges engedélyek megadása és a támogatási rendszerbe történő befogadás központi illetve nagytérségi szinten valósulhatna meg, ahol a legfontosabb döntési szempont az adott régió egészségügyi ellátásához hozzáadott érték lenne.

**A hazai és a nemzetközi kapacitásszabályozás méltatlanul elhanyagolt területe a járóbeteg ellátás kapacitásainak szabályozása.** Amíg a legtöbb ország kiterjedt szabályozással rendelkezik a fekvőbeteg ellátás területén, addig a járóbeteg ellátás szabályozására jobbra csak Németország esetében látunk példát, ahol a járóbeteg ellátást nyújtó orvosok számát korlátozzák így gyakorolva kontrollt ezen terület felett. Meglátásunk szerint egy koherens kapacitásszabályozásnak mindkét területre ki kell terjednie, megtalálva azokat a módszereket, amelyek erre alkalmasak. Az egészségügyi ellátórendszer kapacitásainak tervezése nem szemlélhető önmagában, hanem szoros kapcsolatban kell állnia a finanszírozási rendszerrel és nem választható el a szociális ellátórendszer kapacitásainak tervezésétől. Hazánkban is megfigyelhető, hogy a szociális ellátórendszer elégtelenségéből fakadó ellátotti igények az egészségügyi

ellátások kapacitásait terheli indokolatlanul, amely probléma megoldható a két rendszer közös tervezésével és monitorozásával, amelyre Németországban találunk példákat.

A kapacitás szabályozás kérdése nemzetközi irodalomban már nem csupán országos egészségpolitikai szinten jelenik meg, hanem az egyes orvos szakmai területek is összehasonlító kutatásokat végeznek. Rhodes és munkatársai kimutatták az intenzív szakellátási ágyak számának nagyfokú eltérését az európai országokban. [48] További érdekes kérdéseket vetett fel a kapacitás szabályozás az átmenetileg megnövekedett igények (pl. influenza pandémia) kezelésében [49]. Ausztrál kutatások kimutatták, hogy a kórházi ágyszámok csökkenésében szerepet játszanak az olyan megváltozott ellátási formák, mint az egynapos sebészet és a lerövidült átlagos kórházi ápolási idő is [50]. Kimutatták, hogy az ágykihasználtság fokozása hozzávetőlegesen 85 %-os szint felett már kedvezőtlenül befolyásolhatja a megbízhatóságot [51].

A tanulmány elkészítése során olyan országokat választottunk, amelyek hasonló politikai, társadalmi fejlettséggel rendelkeznek, történelmi hagyományaik, földrajzi helyzetük hasonlóak, gazdasági szempontból az Európai Unió meghatározó szereplői. Számos hasonlóságuk dacára az egyes országok az egészségügyi kapacitások szabályozásának tekintetében a más-más módszereket alkalmazzák. Megállapítható tehát, hogy nincs egységes szabályzás az Európai Unión belül az egészségügyi kapacitások szabályozásának tekintetében, hiszen az egészségügyi rendszerek felépítése is országonként jelentős eltéréseket mutat, amely hatással van az alkalmazott kapacitásszabályozási módszerekre is. Rendkívül fontos azonban hazánk számára ez a szabályozási gyakorlatok megismerése, hiszen tanulhatunk azokból a pozitív példákból és esetleges hibákból, amelyek a gyakorlatban megfigyelhetők, lehetőséget teremtve hazánk számára arra, hogy minden ország szabályozási rendszeréből átvegye azokat a kiforrott módszereket és technikákat, amelyek a hazai viszonyokra alkalmazva egy tudományos megalapozottságú, hatékony kapacitásszabályozási rendszer kialakítását teszi lehetővé. Az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet kiváló tanulmányokat készített a kapacitás szabályozás témakörében. [52, 53]

„Egység a sokféleségben”. Az Európai Unió jelmondata kifejezi azt, hogy az Unió nem azért egyesíti az európaiakat, hogy Európa országai nemzeti hagyományait elfeledve, egységes gazdasági, társadalmi és politikai rendszert és szabályozást valósítsanak meg az élet minden területén, hanem azért, hogy együtt munkálkodjanak a közös célokért: a békéért és a jóléért, abban a hitben, hogy a különféle kultúrák, hagyományok és nyelvek sokféleségükkel gazdagabbá teszik a kontinentet.

## Irodalom

---

- 1 Rékassy B. „Egészségügyi ellátó rendszerek méretre igazítása”: A kapacitásszabályozás lényege. *Lege Artis Medicinae*. 1995; 5(11): 1030-1031.
- 2 Gárdos É. Az egészségügyi ellátó hálózat kapacitásai és szolgáltatásai, valamint ezek igénybevétele az 1990-es években. *Demográfia*. 1996; 39(1): 38-53.
- 3 Donkáné Verebes É. Fekv beteg-kapacitások 2000-ben. *Egészségügyi Menedzsment*. 2000; 2(2): 31-33.
- 4 Kincses Gy. A kórházi kapacitástervezés elvi problémái, lehetséges indikátorai. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*. 1995; 33(2): 153-160.
- 5 Bondár É. Mekkora a magyar egészségügyi kapacitás nemzetközi összehasonlításban? *Egészségügyi Gazdasági Szemle*. 2000; 38(6): 617-635.
- 6 Ágoston I, Vas G, Endrei D, Zemplényi A, Molics B, Szarka E, Cs. Horváth Z, Boncz I. A magyarországi ispotályok kialakulásának és fejlődésének történelmi áttekintése a XI. – XVII. század kezdete közötti időszakban. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 2012;50(4): 2-13.
- 7 Ágoston I, Vas G, Endrei D, Zemplényi A, Molics B, Szarka E, Cs Horvath Z, Boncz I. A magyar kórházi ellátórendszer fejlődéstörténete a felvilágosult abszolutizmustól a II. világháború végéig. *Egészségakadémia*, 2011; 8(4):272-285.
- 8 Ágoston I, Vas G, Imhof G, Endrei D, Betlehem J, Boncz I. A magyar egészségügyi kapacitások törvényi szabályozásának változásai. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*. 2009; 47(4): 3-7.
- 9 Vas G, Imhof G, Ágoston I, Vas B, Betlehem J, Kresák G, Endrei D, Zemplényi A, Boncz I. A 2007. április 1-i egészségügyi reform intézkedések hatása az összes kórházi ágyszámra. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*. 2009; 47(4): 5-11.
- 10 Vas G, Kóti Cs, Imhof G, Ágoston I, Vas B, Betlehem J, Kresák G, Boncz I. A kórházi ágyszámok alakulása Magyarországon 1990-2008. között. *N. vér*. 2009; 22(2): 31-37.
- 11 Vas G, Kóti Cs, Imhof G, Ágoston I, Vas B, Boncz I. Kórházi ágyszámok összehasonlítása nemzetközi viszonylatban. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*. 2008; 46(6): 39-43.
- 12 Ettelt S, Nolte E, Thomson S, Mays N. Capacity planning in health care A review of the international experience World Health Organization, Brussel (2008)
- 13 Gro Harlem B. et al. The World Health Report 2000: health systems – improving performance. World Health Organization, Geneva 2000.
- 14 Durand-Zaleski I. The health system in France. *Eurohealth*. 2008; 14(1): 3-4.
- 15 Imai Y, Jacobzone S, Lenain P. The changing Health System in France. OECD Economics Department Working Papers, Paris (2000): 269
- 16 Sandier S, Paris V, Polton D. Health care systems in transition: France. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, (2004)
- 17 Franck von Lennep et al. Le panorama des établissements de santé édition 2012 DREES Paris, (2012)

- 
- 18 van de Ven WPMM., Ellis RP. Risk adjustment in competitive health plan markets. In: Cuyler, A.J., Newhouse, J.P., ed. *Handbook of health economics*. Elsevier, Amsterdam (2000): 757–780.
- 19 van de Ven WPMM. The Netherlands. Health care reform. Learning from international experience. Open University Press Buckingham 1997; 87–103.
- 20 van Oers JAM. Health on Course?. The 2002 Dutch Public Health Status and Forecasts Report, Bilthoven, (2003)
- 21 Brabers, Anne E.M. et al.: The dutch health insurance system: mostly competition on price rather than quality of care. *Eurohealth* 2012 18(1): 30-36.
- 22 den Exter A, Hermans H, Dosljak M, Busse R. Health care systems in transition: The Netherlands. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen (2004)
- 23 Wörz M, Busse R. Structural reforms for Germany's health care system? *Euro Observer*. 2002; 4(4):1–3.
- 24 Busse R, Wismar M. Health target programmes and health care services-any link?: a conceptual and comparative study. *Health Policy*. 2002; 59(3): 209–221.
- 25 Huber M, Orosz E. Health expenditure trends in OECD countries, 1990–2001. *Health care financing Review*. 2003; 25(1): 1–22.
- 26 Busse R and Wörz M. Germany plans for “health care modernisation”. *Eurohealth* 2003;9(1): 21–24.
- 27 Saltman RB, Busse R, Mossialos E, eds. *Regulating entrepreneurial behavior in European health care systems*. Open University Press, Buckingham (2002): 3–52.
- 28 Abrahams D, Pennington A, Scott-Samuel A, Policy health impact assessment for the European Union. University of Liverpool. Liverpool (2004)
- 29 Busse R, Riesberg A. Health care systems in transition: Germany. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen (2004)
- 30 Statistisches Bundesamt. Grunddaten der Krankenhäuser 2005. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden (2006)
- 31 Augurzky B, Engel D, Schmidt CM, Schwierz C. Ownership and financial sustainability of German acute care hospitals. *Health Econ*. 2012;21(7):811-24.
- 32 Tiemann O, Schreyögg J, Busse R. Hospital ownership and efficiency: a review of studies with particular focus on Germany. *Health Policy*. 2012;104(2):163-71.
- 33 Thomson S, Osborn R, Squires D. *International Profiles of Health Care Systems: Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, and the United States*, The Commonwealth Fund: London (2011) pp: 57-64.
- 34 Weihrauch B. *The Interaction between Health Reporting and Health Targets in Germany – Conceptual Thoughts and Experiences from North Rhine-Westphalia* Robert Koch Institution. Berlin (2001)

- 
- 35 Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen. Gesundheitsbericht NRW. 10 Jahre Gesundheitsziele Nordrhein-Westfalen 1995-2005. Eine Bestandsaufnahme. Düsseldorf (2005)
- 36 Müller U, Offermann M. Krankenhausplanung im DRG-System. Expertenbefragung des Deutschen Krankenhausinstituts. Deutsches Krankenhausinstitut, Düsseldorf (2004)
- 37 Ministry for Women, Youth, Family and Health of the State of North Rhine-Westphalia (Ed.): Health Policy Concept. Düsseldorf (2001)
- 38 France G, Taroni F. Starting down the road to targets in health. The case of Italy. *European Journal of Public Health*. 2000; 10: 25–29.
- 39 Donatini A, Rico A, D’Ambrosio MG. Health care systems in transition: Italy. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen (2001)
- 40 Lo Scalzo A, Donatini A, Orzella L, Cicchetti A, Profili S, Maresso A. Italy: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2009; 11(6): 1-216.
- 41 Donia Sofi A. Management of the Italian national health system: complexity and perspectives of the new institutional set-up. CEIS health report Rome (2006);
- 42 Ferrera M. The rise and fall of democratic universalism: health care reform in Italy, 1978–1994. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 1995; 20(2): 275–301.
- 43 France G, Taroni F, Donatini A. The Italian health-care system. *Health Economics*. 2005; 14: 187-202.
- 44 Ministero della Sanita. Health in Italy in the 21st century. World Health Organisation, Rome (1999)
- 45 France G et al. The Italian health-care system. *Health Economics*. 2005; 14: 187-202.
- 46 Donatini A, Rico A, D’Ambrosio MG. Health care systems in transition: Italy. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems, 2001.
- 47 France G, Taroni F. The evolution of health-policy making in Italy. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 2005; 30(1–2): 169–187
- 48 Rhodes A, Ferdinande P, Flaatten H, Guidet B, Metnitz PG. The variability of critical care bed numbers in Europe. *Intensive Care Medicine*. 2012; 38(10):1647-1653.
- 49 Meites E, Farias D, Raffo L, Albalak R, Carlino O L, McDonald L C, Widdowson M A. Hospital capacity during an influenza pandemic Buenos Aires, Argentina, 2009. *Infection Control Hospital Epidemiologia*. 2011; 32(1): 87-90.
- 50 Wilson A, Fitzgerald GJ, Mahon S. Hospital beds: a primer for counting and comparing. *Medicinal Journal Australia*. 2010; 193(5): 302-304.
- 51 Keegan AD. Hospital bed occupancy: more than queuing for a bed. *Medicinal Journal Australia*. 2010;193(5): 291-293.
- 52 Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet Egészségügyi Rendszertudományi Iroda. Kapacitások meghatározása az egészségügyben. Budapest (2006)
- 53 Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet Járóbeteg szakellátás az EU tagországokban. Budapest (2012)



## 5. A magyarországi ispotályok kialakulásának és fejlődésének történelmi áttekintése a XI. – XVIII. század kezdete közötti idő szakban<sup>2</sup>

### Összefoglalás

**Célkitzés:** A tanulmányunk céljaként azt tűztük ki, hogy bemutassuk mindazon történelmi tényezőket, amelyek áthatották a hazai ispotály-, illetve kórházügy fejlődését az államalapítástól egészen a felvilágosult abszolútizmusig, kiemelve az ispotályok kialakulásának, a betegellátásban betöltött szerepének, fenntartóinak változásait, valamint ezek hatását a mai hazai kórházi ellátó rendszer felépítésére.

**Adatok és módszerek:** A tanulmányunk elkészítése során szakirodalmi áttekintés, dokumentumelemzést alkalmaztunk különös tekintettel a korszakra vonatkozó, átfogó jellegű történelmi áttekintésekre és statisztikai gyűjteményekre valamint az ispotályok fejlődésének témakörével foglalkozó kutatók átfogó jellegű munkáira, valamint a városmonográfiákra, egyháztörténelmi írásokra.

**Eredmények:** A tanulmányunkban a rendelkezésre álló források egybevetésével megkíséreltük összeállítani az ispotályok fejlődésére vonatkozó lehetséges képet. Tanulmányunk egyik eredményeként létrejött az adott korszak ispotályainak kialakulását, elhelyezkedését, alapítóit bemutató, kartogramok segítségével áttekinthetően dokumentált, teljességre törekvő adatbázisa. A szakirodalmi áttekintés segítségével bemutattuk a korabeli ispotályok fejlődéstörténetét, kiemelten foglalkoztunk a zarándokutak szerepével, valamint a szerzetes- és lovagrendek ispotály alapítói és fenntartói szerepének változásaira ható tényezők ismertetésével. A tanulmányban kitértünk a háborúk közvetlen és közvetett hatásaira, bemutattuk a járványok szerepét a differenciált ellátást nyújtó intézmények kialakulásában.

**Következtetés:** A hazai ispotályok rendszerének kialakulását befolyásoló tényezők vizsgálata során megállapítottuk, hogy a mai, hazai kórházi ellátórendszer fejlesztése számos olyan strukturális problémával szembesül, amelynek gyökerei évszázadokra vezethetők vissza, ezért célszerű megismerni és a döntéshozatal során figyelembe venni az ispotályok és kórházak fejlődéstörténetét.

---

<sup>2</sup> Jelen fejezet a következő megjelent publikáció alapján készült:

Ágoston I, Vas G, Endrei D, Zemplényi A, Molics B, Szarka E, Cs Horváth Z, Boncz I. A magyarországi ispotályok kialakulásának és fejlődésének történelmi áttekintése a XI-XVIII. század kezdete közötti idő szakban. Egészségügyi Gazdasági Szemle. 2012; 50(4):2-13.

## **Bevezetés/Célkit zések**

A magyar egészségügy egyik nagy kérdésköre a hazai kórházak szerepének, kapacitásainak újragondolása, racionalizációja, amelyhez meg kell ismernünk a kórházak létrehozásának okait, kialakulásuk történetét, amely több mint ezer esztend t ölel át. Az értekezésünkben bemutatjuk a kórházak szerepét a magyar történelem nagy korszakaiban, felelevenítjük az alapításuk körülményeit, illetve leg, hogy milyen szerepet játszottak a hazai egészségügy rendszerében. A kórházak kialakulásának gyökerei összefonódnak a kereszténység hazai meghonosodásával. Az évszázadok el rehaladtával a szerzetesek és egyházi személyek által végzett gyógyító tevékenység mellett megjelenik a polgári orvosok és ápolók munkája. A szerzetes- és lovagrendek illetve az egyház helyett az ispotályok fenntartóivá, a polgárok, a városok válnak, majd ezt a tevékenységet átveszi az állam, amely egyre szigorúbb szabályokat alkot a kórházakban folytatott gyógyító tevékenységgel kapcsolatosan. Ennek a fejlődési folyamatnak a fontosabb állomásait követjük végig az értekezésben, bemutatva mindazt, amely az ispotályok kialakulásával kapcsolatosan tudomásunkra jutott, kiemelt figyelmet szentelve az ispotályok kapacitásainak nagyságára, valamint az ispotályok alapítóinak, fenntartóinak, illetve leg annak a jogszabályi környezetnek, amelyben az egyes ispotályok m ködtek.

A tanulmány megírása során két kérdés megválaszolását, témakör kifejtését t ztük ki célul magunk elé. Egyfel l be kívántuk mutatni a magyarországi kórházügy fejlődését a XI. századtól egészen a XVIII század elejéig. Fel kívántuk tárni azokat a tényezőket, amelyek áthatották, alakították az ispotályok helyének, szerepének változását, megvizsgáljuk, hogy a történelmi el zmények milyen hatást gyakorolnak a mai kórházi rendszer felépítésére. Másfel l külön hangsúlyt kívántunk fektetni az ispotályok, fenntartóinak bemutatására, valamint arra, hogy milyen tényező k és tendenciák érvényesültek szerepük változásában.

Céljaink közt szerepel, hogy az olvasó számára vizuálisan is áttekinthet vé tegyük a hazai ispotályok rendszerének fejlődését, mind id ben, mind térben. A könnyebb áttekintés érdekében évszázadonkénti bontásban, táblázatok segítségével foglaltuk össze és egységes kartogramokon (amely tartalmazza a korabeli vármegyerendszert és hazánk jelenkori határait is) ábrázoltuk az ispotályok lehetséges alapítását, illetve színek segítik az egyes alapítók és fenntartók elhelyezését a hazánk kórház történelmi színterén.

## **Adatok és módszerek**

A tanulmány elkészítése során szakirodalmi áttekintés, dokumentumelemzést alkalmaztunk. A kórházak kialakulásával, fejlődésével, azok fenntartóival és kapacitásaival foglalkozó legtöbb kutatás kiinduló pontjául két nagy történelmi áttekintés és statisztikai gyűjtemény (Lizbauer F. X. (1852–1861) [1], Magyar-Kossa Gy. (1929–1933) [2], szolgált. A kórházi- és betegápolás történetének, a kórházak fejlődésének témakörével foglalkozó kutatók {Buda J. (2004) [3], Cervins M. (2003) [4], Józsa L. (2008) [5], Kapronczay K. (2008) [6]} munkái közül átfogó jellegű feldolgozásokat is alapul vettünk. A szerzetes-, lovag és polgári betegápoló rendek történelmében, a várak, templomok, kolostorok és ispotályok leírásaiban, valamint egyes adományleveleiben található információk tovább segítik munkánkat. Számos adata akadtunk a városi kórházak kialakulására és működésére vonatkozóan az egyes városmonográfiákban, valamint az egyes városok kórházainak történetét feldolgozó irodalmi munkákban, történelmi áttekintésekben. Az egyes hiányzó mozaikdarabkák pótlását segítette egy-egy kimagasló személy életrajzi adatainak megismerése, esetenként a szentek életútjának tanulmányozása [7].

Az értekezés elkészítését nehezítette, hogy a rendelkezésre álló források nehezen elérhetőek, a bennük található információk néhány esetben egymásnak ellenmondóak. A munkánk során igyekeztünk minden olyan adatot figyelembe venni, amely ebben a tárgykörben elérhető, megkíséreltünk a rendelkezésünkre álló dokumentumokban található adatokat egymással összevetni, ütköztetni, ez egyes szerzők következtetéseit megcáfolni, vagy elvetni, azonban minden igyekezetünk dacára számos olyan pont maradt, amely további kutatást, elemzést igényel a jövőben is. Számos esetben rendkívüli nehezen elkülöníthető egy ispotály alapítása, amely leggyakrabban a szándék nyilvánítását, a szükséges pénzügyi letétbe helyezését, a működéshez szükséges alapítvány létrehozását jelentette, az ispotály tényleges működésének megkezdését [8].

## **Eredmények**

### **Az ispotályok kialakulásának elzményei az ókorban**

Az orvoslás, és az ápolás története egyidős az emberiséggel, legrégebbi emlékeit a mai napig őrzik azok az írásos anyagok, amelyek között például számos gyógyult koponyatrepanáció nyomainak is fellelhetőek. Az ókori nagy civilizációk mindegyikénél megtaláljuk a gyógyításra, ápolásra vonatkozó emlékeket. [8] Az ókori Egyiptomban a

gyógyítás istene Serapis volt, templomait „*serapeion*”-oknak hívták, amelyeket tekinthetünk a kórházak seinek. Feljegyzések tanúbizonysága alapján az ókori Indiában már kiépített kórházi szervezet m ködik, olyan orvosokkal és ápolókkal, akik a legfels bb kaszthoz tartoznak. Ugyanakkor az ókori asszírok, babilóniaiak és zsidók, valamint az ókori kínaiak esetében a gyógyítás és ápolás els dleges területe a család és az otthon volt. Az ókori Görögországban Aszklépiosz tiszteletére emelt „*aszklepeion*”-ok voltak a mai kórházak el dei, amelyek fürd kkel, tornatermekkel és kezel helyiségekkel rendelkeztek, ahol papok végezték gyógyító tevékenységüket. Az ókori Rómában már különálló épületben, úgynevezett „*valetudinaria*”-ban kezelik és gondozzák az értékesebb rabszolgákat. A Római Birodalom hódító hadjárataiban a sebesültekr l való gondoskodás feladata a gyengélked táborkra, mozgó kórházakra maradt, amelyek közül az ásatások során olyan is feltárássra került, amely 200 f t is képes volt befogadni.

A Kárpát-medencében talált legels emlékek is ezekhez a római katonai kórházakhoz köt dnek. A budai ásatások során több katonao orvos síremlékére tárták fel, valamint a betegségükb l felgyógyult betegek fogadalmi emléktábláira is ráleltek. Az ásatások során el kerültek a II. segédlégió „*valetudinarius*”-nak az emlékei is a mai Miklós utca környékén: legjelent sebb Tiberius Martius a légió „*castrensis medicus*”-a által állított oltárk , valamint az ahelyütt talált és a „*valetudinarium*” szót egyértelm en tartalmazó fogadalmi tábla. El került két váza, amelyekben vasbélyegz vel égették bele a következ ket „*Immune in rat(ionem) val (etudinarii) leg(ionis) II. adi(utricis)*”, vagyis ezekben a hordókban a II. segédlégió kórháza számlájára szállított áru vámmentes. [9] A Római légiók a IV. században hagyták el Pannonia területét, ezt követ en egészen a honfoglalásig nem rendelkezünk információkkal a kórházak helyzetér l.

### **A középkori ispotályok és fenntartóik Európában**

A középkori ispotályok története szervesen kapcsolódik a kereszténység kialakulásához és elterjedéséhez. A kereszténység els századaiban a felebaráti szeretet nevében az elesettekkel, a szegényekkel és betegekkel való tör dés az ókeresztényi közösségek püspökeinek, papjainak feladatává vált. A papok tevékenységét segítették a szegény és beteggondozás területén a diakónusok (szerpapok) és a diakonisszák. A kereszténység ellentétben az ókori kultúrák én- központúságával a társadalmi szolidaritást helyezte a középpontba. Az üldöztetés évei alatt a keresztény egyház segítséget nyújtott a rászorulóknak, akik nemcsak lelki vigaszt, hanem orvosi ellátást is kaphattak, ezért a

papok egy része kitanulta az orvoslás tudományát. Az üldöztetés évei alatt keresztény ispotályokról nem beszélhetünk, azonban a szegényellátás részeként a diakónusi intézmény házi ápolást nyújtott a keresztényeknek otthonaikban, amely a kor követelményeinek megfelelt. A diakónusi intézmény gondoskodott továbbá az utazókról, az üldözöttekről, az árvákról és az elesettekről. A diakónusi intézmény működésének alapjait az önkéntes adományok biztosították.

Nagy Konstantin császár 313-as Milanoi Edictum-ával lehetővé tette a keresztények szabad vallásgyakorlását és uralkodása alatt a keresztény vallás egyesült az állammal. Mindez, valamint a szegénység elterjedése szükségessé tette, hogy kialakításra kerüljön egy elkülönített ház, a diakónia, amely betegellátó helyként is működött, azonban fennmaradt a korábbi házi ápolás intézménye is. Az üldöztetés megszűnését követően a keresztényi közösségek száma megnőtt, amely szükségessé tette a szegénygondozás központosítását és olyan új intézményi hálózat kialakítását, mint a szálláshelyek (*hospicium*) és a kórházak (*hospitale*), ahol a hajléktalanok és elaggottak részesültek ellátásban. Az általános jellegű intézményként működő kórházakon túl, külön kórházakat tartanak fent a ragályos betegeknek, a leprásoknak, bélpoklosoknak, valamint a vakok és elmebetegek számára. Az új intézményrendszer anyagi alapjainak biztosítása érdekében Szimplicius pápa bevezette az egyházi vagyon negyedelését, amelyből egynegyed a szegényellátásra kellett fordítani, majd 567-ban a II. Toursi Zsinat bevezette a tizedfizetést.

A diakónia intézmény a középkor folyamán fokozatosan visszafejlesztődött és átadta a helyét a szegénygondozás területén a szerzetesrendeknek. A szerzetesek olyan férfiak és nők, akik életüket az elesettek, a szegények és betegek gyámolítására tették fel, meghatározott szabályok szerint élnek és letették az engedelmesség, a tisztaság és a szegénység fogalmát. A következőkben röviden bemutatjuk a betegellátással foglalkozó szerzetes-, lovag- és polgári betegellátó rendeket, azért, hogy megismerhessük történetüket és szerepüket az ispotályok kialakulásában.

### **Szerzetesrendek**

A nyugati szerzetesrendek legtöbbje Szent Benedek „Ora et labora” szellemében élte életüket éppen ezért fontos a **Szent Benedek Rend** (Ordo Sancti Benedicti, *Bencések*), mint a nyugati szerzetesség anyaintézményének kialakulását és működését figyelemmel kísérnünk. A rendet Nursiai Benedek hozta létre, megalkotva a szerzetesek életének szabályozására szolgáló Regulát és 528-ban Monte Cassino hegyén megalapítva

kolostorát. A Regula világosan kimondja, hogy „infirmorum cura ante omnia et super omnia adhibenda est”, azaz mindenekelőtt a betegekkel kell gondoskodni, ezért a szerzetesek elsajátítják az orvoslási ismereteket is. A bencés rend a XII. században az akkori éra három világbirodalmának (Bizánc, Német-Római Császárság és az Iszlám Birodalom) találkozási pontján, a tengerparton álló, gyógyforrásokkal körülvett Salernóban alapított egy különösen jelentős kolostort, ahol a szerzetesek az iszlám orvoslás, az ókori orvostudomány és a letelepült népek orvoslási tapasztalatainak felhasználásával tökéletesítették gyógyító tudományukat. A kolostorba visszatérő és tudásukat kicserélő és továbbadó szerzetesek Salernóban létrehoztak ezáltal egy kizárólag orvoslást oktató studium particularet, ahol az oktatásban nemcsak a szerzetesek (Abela és Trotula) is részt vehettek.

Hazánk egészségügyének fejlődése szempontjából kiemelt jelentőséggel bír a **Ferences Rend** (Ordo Fratrum Minorum, *Ferencesek*), amelyet Assisi Szent Ferenc alapított 1209-ben, és amelyet 1223-ban megerősített III. Ince pápa. Magyarországon a rend első kolostorát 1224-ben alapították Esztergomban, kolostorait nemsokára külön rendi tartományra szervezték. A ferencesek fő feladatuknak tekintették a betegek ápolását, a szegények megsegítését, érdekesség, hogy a török hódoltság idején a törökök területén kizárólag a ferencesek végeztek lelkipásztori és gyógyító tevékenységet.

A nyugati szerzetesrendek egy másik része első sorban az elvonulást, szigorú, szemléletes életmódot részesítette előnyben, azonban egyes szerzők (Szűcs) [10] kutatásai alátámasztják, hogy hazánkban ezek közül az alábbi szerzetesrendek is bekapcsolódtak a betegellátásba. A **Domonkos Rend** (Ordo Fratrum Praedicatorum, *Domonkosok*) III. Honorius pápa által 1216-ban szentesített prédikáló- és koldulórend. A **Ciszterci Rend** (Sacer Ordo Cisterciensis, *Ciszterciek*) egy katolikus szerzetesrend, amelyet Szent Róbert 1098 alapított. Magyarországon az első ciszterci kolostor 1142-ben épült: a mai Bátaszék területén. A **Karthauzi Rend** (Ordo Cartusiensis, *Karthazi*) egy fél remete rend, amelyet Kölni Szent Brúnó 1085-ben alapított és 1170-ben III. Sándor pápa szerzetesrenddé nyilvánított, amely szintén foglalkozott gyógyítással.

Az új korban létrejönnek a kizárólag betegellátással foglalkozó szerzetesrendek, amelyek közül kiemelten jelentős, az 1550-ben Istene Szent János által alapította laikus férfi betegápoló szerzetesrend, a **Betegápoló Irgalmas Rend** (Ordo Hospitalarius, *Irgalmasok*), amelyet V. Piusz pápa 1572-ben hagyott jóvá. A rend a betegek testi-lelki gondozásán túlmenően kiemelt figyelmet fordított a szegény betegekre.

### ***Betegápoló lovagrendek***

A kórházügy fejlődését elremozdította a keresztes hadjáratok megindulása. A keresztes hadjáratokban megsérült, és/vagy beteg emberek ellátására kialakultak a betegápoló lovagrendek, amelyek közül hazánk szempontjából az egyik legjelentősebb a **János Lovagok Rendje** (*Militia Hospitalis Sancti Joannis, Johanniták*). A Szentföld elfoglalásakor a salernói kolostorból bencés szerzetesek érkeztek Jeruzsálembe és ott alapítottak ispotályt. A keresztes sereg fővezére Buillon Gottfried felajánlotta flandriai birtokait az ispotálynak, a felajánláshoz számos keresztes csatlakozott és ajánlotta fel vagyonát. Az anyagilag megerősödött ispotály 1112-ben egy önálló betegápoló rendet alapított, amelynek tagjai letették a hármasság fogadalmát. Ez a fogadalom kiegészült egy negyedikkel, a hitetlenek elleni harc fogadalmát, amellyel hadi betegápoló lovagrenddé alakultak át. A lovagrend Jeruzsálem elvesztésekor Akkon városába költözött át székhelyét, majd innen Ciprus szigetére illetve Máltára költözött.

A keresztesek egy Európában addig ritka betegséget hoztak haza a Szent Földről a leprát, amelyet más kifejezéssel bélpoklosságnak is említenek. A bélpoklosokat, a betegség súlyosságától függően elkülönítettek a részükre létrehozott házakban, majd ápolásukra a jános lovagok rendjéből egy külön lovagrend a **Szent Lázár Lovagrend** (*Fratres S. Lazari de Jerusalem, Lazariták*) alakult. A lazariták számos városban alapítottak leprosoriumot, amelyben nagy odaadással ápolták a betegeket. A XVIII. századra a lepra megszűnésével a lazariták jelentősége erősen csökkent, majd a lovagrend megszűnt, vagyonát a szegényházak fenntartására fordították. Hazánk történelmében szerepet játszott még a **Templomos Lovagrend** (*Militia Templi, Templomosok*), amely 1118-ban keresztes lovagokból szerveződött Hugues de Payens vezetésével. A kereszteseket hazánkban II. Géza király telepítette le a XII. század közepe táján és közel 70 kolostort hoztak létre az ország területén, amely mindegyik rendelkezett a világiak számára fenntartott betegházzal, azonban esetükben a betegellátási tevékenységet háttérbe szorították az egyéb lovagi teendők. A pápa a lovagrendet 1312-ben feloszlatta, vagyonát hazánkban a Szent János lovagrend veszi át. A **Jeruzsálemi Szentsír Lovagrend** (*Ordo Equestris Sancti Sepulchri Hierosolymitani, Szentsír*) egy egyházi lovagrend, amely már az 1103-as forrásokban is megjelenik, a pápa hivatalosan 1122-ben ismerte el, majd 1459-ben fel is oszlatta. A Szentsír Lovagrend tagjai hazánkban II. András idejében telepedtek le, és számos helyen voltak rendházaik.

Az egyetlen magyar alapítású betegápoló lovagrendet a **Szent István Lovagrendet** (Cruciferi Santi Stephani Regis, *Stefanniták*) 1150-ben hozta létre a II. Géza király a II. keresztes hadjáratban hazánkban átvonuló lovagrendek mintájára. A lovagrend Szent István királynak szentelt templomot és ispotályt tartott fent Jeruzsálemben és Akkonban. A stefannitákat III. Orbán pápa 1187-ben meger sítette és kiváltságokkal látta el, II. Géza király a rend székhelyéül Esztergomot jelölte ki, ahol a stefanniták ispotályt emeltek és abban ápolták a rászorultakat. A Szent István lovagrend tevékenysége els sorban a jeruzsálemi és esztergomi székházba összpontosult egészen az 1347-es pestisjárványig, amely olyannyira megritkította soraikat, hogy Nagy Lajos király megvonta t lük a hiteleshelyi pecsét használatának jogát, megfosztva a rendet legjelent sebb jövedelemforrásától. A stefanniták végül az 1440-es polgárháborúban enyésztek el. [3]

#### ***A polgári betegápoló rendek***

A XIII. századig a betegápoló rendek a püspök fennhatósága alá rendelten m ködtek, azonban egyre több nemes, majd a polgárság meger södésével egyre több város alapított önálló ispotályt, amelynek felügyeletét már nem a püspök, hanem az alapítók látták el. Ezekben az ispotályokban az ápolási feladatokat a szerzetesrendeken és a betegápoló lovagrendeken túl polgári betegápoló rendek végezték. Bár a polgári betegápoló rendek tevékenysége azonos volt az egyháziak tevékenységével és életüket k is a betegek ápolásának szentelték, azonban nem tették le a hármass fogadalmat. A hazánk szempontjából jelent s, egyik legrégebbi polgári betegápoló rend a XI. században, Franciaországban egy Gaston nev francia nemes által alapított és II. Orbán pápa által 1095-ben elismert **Szent Antal Rend** (Hospitalarii S. Antonii, *Antoniták*) volt. A Szent Antal rendhez, amely egészen a francia forradalomig m ködött, számos világi szolgáló testvér csatlakozott és ispotályaik hazánk területére is eljutottak. Meg kell említeni még a Montpellierben Guido nev polgár által 1145-ben a szegény betegek részére alapított **Szentlélek Rendet** (Ordo Hospitalarius SS. Spiritus, *Szentlélek*), amelyet III. Incze pápa 1198-ban er sített meg és közvetlenül a pápai székház alá helyezett 1204-ben. A szentlélek rend kórházai az ápoláson túlmen en hatást gyakoroltak az orvostudomány fejl désére is.

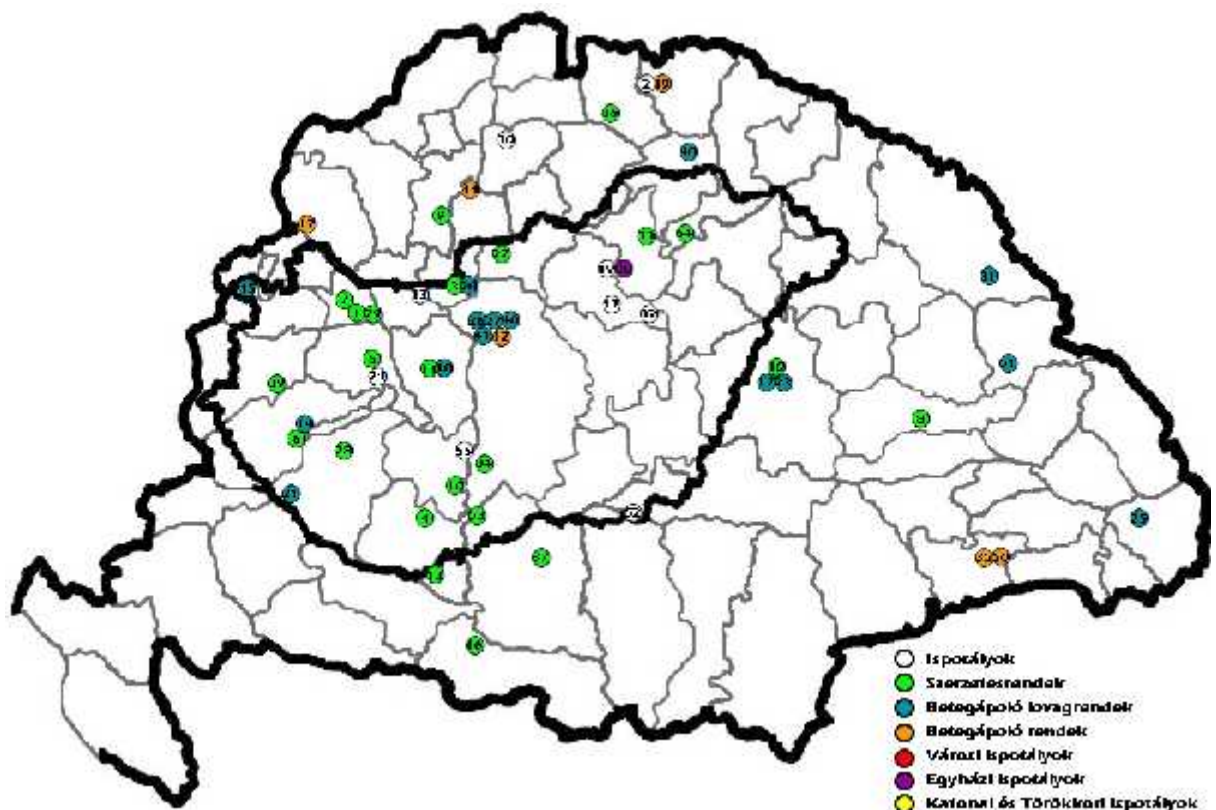


## **A középkori Magyarország ispotályainak fejlődés**

Nincsenek adataink arról, hogy a honfoglaló magyarok rendelkeztek szervezett egészségügygel és fekvő betegeket ellátó intézményekkel, azonban a sérültek ellátását gyógyítók végezték, akik meglepően jó, közel 85%-es túlélési aránnyal végeztek koponyatrepanációt [11]. Józsa (2008) [5] szerint már a X. században megtalálhatóak voltak a Kárpát-medencében a bizánci keresztény szerzetesek által alapított kolostorok, amelyek közül a marosvásárhelyi rendházban gyógyító tevékenység is folyt. Mindazonáltal a hazai kórházügy kialakulása és fejlődéstörténete a nyugati kereszténység felvételétől számítható.

### ***A hazai kórházügy fejlődése az államalapítástól a XIII. század végéig***

Géza fejedelem, majd Szent István király hívására megkezdődött a nyugati keresztény térítők és szerzetesrendek [12] beáramlása hazánk területére. Első sorban a bencés rend [13] gyógyító szerzetesei érkeztek meg és főként a Dunántúl területére telepedtek le és építették fel kolostoraikat. Első kolostorukat Pannonhalmán alapították, azonban bizonyíthatóan rendelkeztek kolostorral Pécsváradon. A pécsváradai kolostorról több forrás (Buda, Magyary-Kossa) is leírja, hogy négy betegápoló (*ministri infirmorum*) a betegek szolgálatára, valamint, hogy a kolostor rendelkezett vízvezetékkel is. A XI. században a bencés rend további kolostorokat alapított 1018-ban Bakonybélén, 1019-ben Zalaváron, 1075-ben Garamszentbenedeken és 1092-ben Tolnán. Egyetlen olyan bencés rendi kolostorról van tudomásunk, amely nem a dunántúli területen épült, ez pedig az 1061-ben Kolozsváron alapított ispotály, amely közel 900 esztendőn keresztül fogadta a betegeket. Magyarországon a XI. században még **élt a Szent Keresztes Rend, amelynek Pozsonyban volt betegháza, továbbá, meglátásunk szerint számos olyan betegház is, amelyet a források tévesen a János lovagoknak tulajdonítanak, ehhez a rendhez tartozhatott.** A tévedés alapja az lehet, hogy 1238-ban IV. Béla király ezeket a területeket a székesfehérvári ispotálynak adományozta. Ezek a betegházak 1031-ben Győrött, 1093-ban Székesfehérváron, valamint a XI. században Keszthelyen alapított betegházak lehettek, hiszen a források ugyan a János lovagok rendházaiként azonosították őket, azonban a János Lovagrendet csak a XII. században alapították meg. A XI. században betegházakat találunk még Baranyavár, Belgrád, Vukovár területén, azonban ennél nagyobb lehetett a számok, hiszen Józsa kutatásai szerint csak a bencések 22 kolostorukban gyógyítottak.



**5.1 ábra**

**Ispotályok Magyarországon a XI-XIII. században alapításuk dátuma és fenntartójuk szerint (lásd még 1. számú melléklet)**

A kolostorok és betegházak legnagyobb része azok mellé a zarándokutak mellé épült, amelyeket a kereszténység felvételekor Szent István király létrehozott. Amikor a király az 1020-as évek végére sikeresen stabilizálta az ország belső helyzetét hozzáfogott a zarándokutak kialakításához, amely azonban nem csupán ezeknek az utaknak a kiépítését és biztonságossá tételét jelentette, szükség volt a zarándokokat ellátó intézményhálózat kialakítására is. A zarándokutakhoz szükséges utak biztosítása érdekében Szent István Baranyavár mellett hidat veretett, Eszéknél átkelést kompot, a Száván rendszeres hajójáratot üzemeltetett, az utak mellett királyi várakat építtetett, amelyekbe állandó őrséget állomásoztatott és megszervezte az út mellett a piacok és étkezők helyét. A kor sajátosságainak megfelelően a létrejött kolostorok nem csupán a szerzetesek elhelyezését szolgálták, hanem ellátták a betegeket a kolostori betegszobában (*infirmatorium*) és a szegénygondozáshoz kapcsolódó feladatokból is kivették a részüket, illetve szállást és menedéket (*hospitale*) nyújtottak az utazóknak, és a zarándokoknak is.

A korabeli források szerint a Szentföld felé haladó zarándokút 19 napig tartott Magyarországon át az alábbi útvonalon: Győr, Székesfehérvár, Tolna, Baranyavár, Vukovár és Belgrád. A Rómába tartó zarándokút kiindulópontja Esztergom volt, majd Pannonhalmán, Bakonybélien, Zalaváron keresztül vezetett, látható, hogy minden jelentősebb állomásán találunk kolostorokat, kórházakat [14,15]. Szent István azonban nem csak a Magyarország területén gondoskodott a betegekért, hanem ispotályokat tartott fenn Jeruzsálemben, Konstantinápolyban és Rómában.

A XII. században számos, az ispotályokat érintő változás következett be. Felismerték, hogy a Dunántúlon megfelelő számban vannak ispotályok, ezért kevés új létesült közülük ezen a területen, Székesfehérváron 1138-ban, Csurgón 1163-ban, Veszprémben 1180-ban és Budán 1187-ben. A többi az ország peremkerületein és középső részein került alapításra, 1100-ban Pozsonyban, 1138-ban Nagyváradon, 1150-ben Egerben, 1163-ban Szentén és 1186-ban Olthévizen. A II. Keresztes Hadjárat alkalmával VII. Lajos francia király kíséretében vonultak át hazánkon az első betegápoló lovagrendek, akik megszerezték II. Géza királyunk támogatását, amely megnyitotta az országot a tevékenységük előtt. A korszak legnevezetesebb lovagrendje a Szent János lovagrend [16] volt, akik legjelentősebb ispotályukat a Szentháromság Kórházat Budán állították fel, amely Buda török kézre kerüléséig folyamatosan működött. Hazánkban a betegápoló lovagrendek közül a XII. században ispotályt alapított még a Templomos Lovagrend 1138-ban Székesfehérváron, illetve az egyetlen magyar alapítású betegápoló lovagrend a Szent István lovagrend 1150-ben Esztergomban. Érdekes, hogy az 1100-ban Pozsonyban létrejövő ispotály alapítását a polgári Szent Antal rendnek tulajdonították (Józsa L), azonban egy másik forrás a L. csei Krónika [17] szerint a Szent Antal Rend első kórháza az 1288-ban Sárosdarácon alapított ispotály volt. **A rendelkezésre álló források összevetéséből meglátásunk szerint megállapítható, hogy a pozsonyi ispotály volt a Szent Antal rend első hazai ispotálya.**

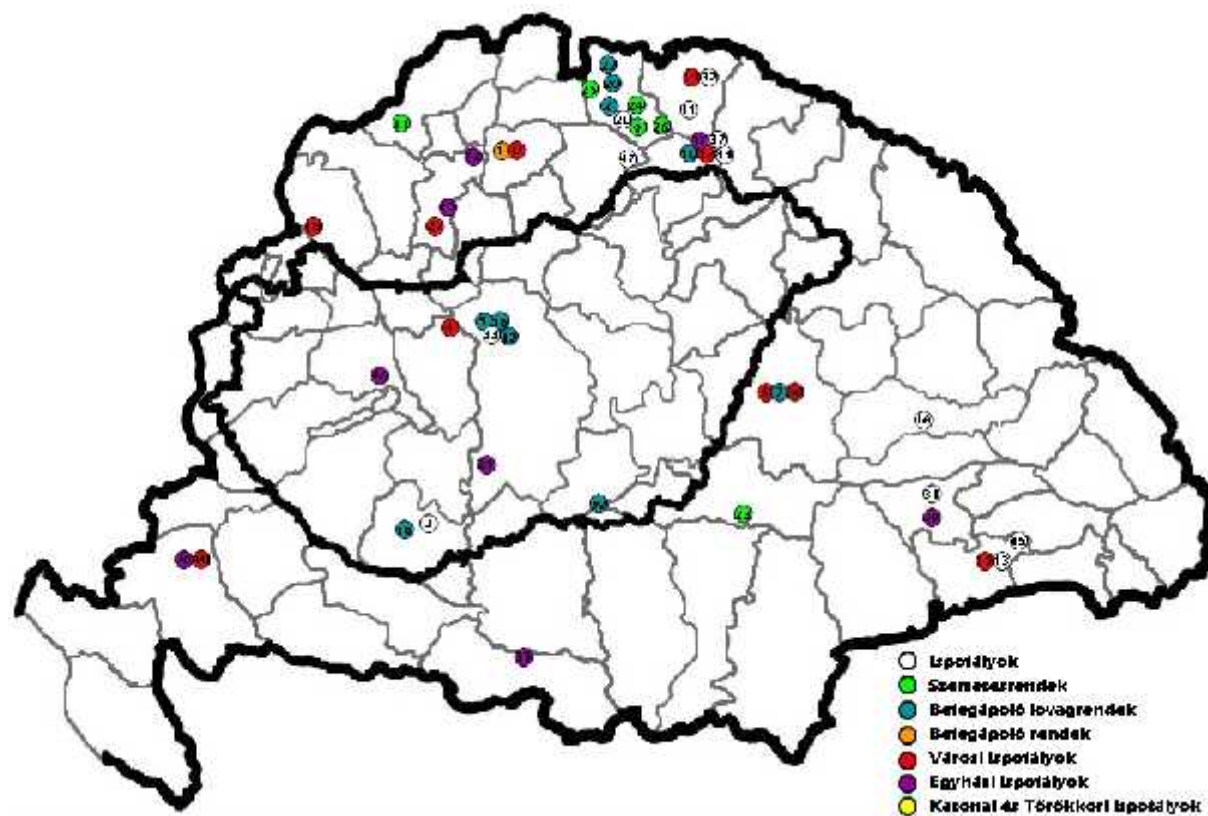
A XIII. században tovább folytatódik az ispotályok alapítása, közel harminc új ispotály alapul ebben az évszázadban. Dacára annak, hogy rendházainak nagy része megsemmisül a tatárjárás alatt a legtöbb ispotályt a János Lovagok Rendje alapítja, azonban számos betegápoló rend bekapcsolódik a hazai betegellátásba. Megalapítja 1221-ben Kalocsán első ispotályát a ciszterci rend, amelynek bizonyíthatóan alakulnak ispotályai Bácsón, Savnikban és Nagyváradon. Nagyszében városa 1292-ben a Szentlélek rendnek adományozza a régóta működő, feltehetőleg 1222-ben alapított ispotályát, amelyet akkor a világi hatóságok kezeltek.

A domonkos rend 1252-ben a Nyulak szigetén, a későbbi Margitszigeten rendelkezik kolostorral, amely betegszobájának leírását Boldog Margit szenté avatási eljárásának jegyzőkönyve is tartalmazza, továbbá megemlíti, hogy ebben az időben a domonkos rend tartományfőnöke Rudolf testvért nevezte ki a margitszigeti apácákhoz orvosnak. A domonkosok bizonyítottan rendelkeznek ispotállyal Selmecebányán, amelynek megalapításához V. István király elrendeli, hogy a város örökös nélkül elhunyt polgárainak vagyonát ez az ispotály kapja meg.

Ez a gyakorlat majd csak az erdélyi polgársággal rendelkező, XIV. századi felvidéki városokra lesz jellemző, a XIII. században az ispotályok fenntartása jellemzően a közadakozásból történik. **Az 1269-ben alapított füzeskürti kórház esetében bizonyítékot találunk az első világi alapítású és kezelésű ispotályra**, amelynek megalapítását a király, IV. Béla azzal is támogatja, hogy Saarföld hévízeit az ispotálynak adja. Az ispotályok a XIII. században jellemzően a Dunántúlon és az Alföldön alakulnak, nincs azonban számottevő betegellátást nyújtó intézmény a mai Kárpátalján, a mai Felvidék keleti és Erdély nagy részén, valamint a mai Szabolcs-Szatmár-Bereg, Hajdú-Bihar, Békés, Szolnok-Jász-Nagykun megye területén és mindezekig érezhetően nem sikerült felzárkóztatni ezeket a területeket, ami a kórházak számát illeti.

#### ***A hazai ispotályok fejlődése a XIV.- XV. században***

A XIV. században több mint 70 ispotályról van írásos bizonyítékunk, amelyek legnagyobb részét a bencés rend és a johanniták irányítják, azonban egyre jelentősebb a világi egyház és a városok szerepe az ispotályok alapításában. Létrejön 1339-ben Nagyváradon, 1386-ban Bártfán, 1386-ban Nagyszébenben és 1392-ben Pozsonyban a városi ispotály, azonban ez nem minden esetben jelenti új ispotály alapítását, például Nagyszébenben a Szentlélek Rend 1292-ben alapított ispotályának megalapítását veszi át a város, mert a betegápoló rend nem rendelkezett megfelelő anyagi forrásokkal annak fenntartásához.



5.2. ábra

**Ispotályok Magyarországon a XIV-XV. században alapításuk dátuma és fenntartójuk szerint (lásd még 2. számú melléklet)**

A szerzetesrendek szerepének fogyatkozása több okra vezethet vissza, amelyek közül kiemelkedik a szerzetesi hivatást választók számának fogyatkozása mellett az anyagi természetű okok. Károly Róbert óta kialakult szokás szerint a kolostorok védelmezket kaptak, akik ezen szolgálatokért cserébe a kolostori bevételek jelentős hányadát felélték, egész családjukkal a kolostorba költöztek, egész birtokrészeket tulajdonítottak el ezzel csökkentették a kolostorok működésének gazdasági alapjait. Az anyagi tényezők megteremtése a polgári betegápoló rendeknek is gondokat okozott, különösen, hogy ez egyes rendhez való tartozás feltétele egy meghatározott összeg kifizetése volt a rend központja számára. Például a Szent Antal rendjéhez tartozó segesvári ispotály évente 3, a pozsonyi évente 4,5 márkát volt köteles küldeni az anyakolostor rendfőnökének, illetve például a johanniták esetében a vránai prior által követelt egyre növekvő pénzüsszegek hozzájárultak a rend intézményeinek megszűnéséhez [18].

A XI. századra nagyjából egymillió lakosa lehet Magyarországnak, amely a XIV. század végére elérhette a kétmilliót. Egyes szerzők [19] m ve i alapján feltételezve, hogy a hazai ispotályokban átlagosan 10 f t gyógyíthattak egyszerre, így a XI. század végén 5500, a XIV. század végén 2500 lakos juthatott egy ispotályos fér helyre. Tekintettel arra, hogy az ispotályokban nyújtott ellátás nem volt magasabb szint és nem váltotta ki a házi betegellátást, ráadásul a lakosság nagyobb része otthonában gondozta családtagjait nagyjából a lakosság 15-20%-a tartott igény az ispotályok ellátásaira, így az ágybéli ellátottság megfelel nek mondható. Összehasonlítva azonban a francia ispotályok rendszerével [4], ahol a XIV. század vége felé 300 lakosra jutott egy ágy, és míg egy nagyobb francia városban 10-15 karitatív intézmény is m ködött, addig ez nálunk még Buda esetében sem haladta meg ennek a felét sem, és az ispotályaink befogadóképessége sem érte el a francia átlagot. Ellentétben a francia ellátórendszer, amely az orvosi és szociális értelemben is differenciálódott, addig a hazai ispotályok a lakosság szegény rétegeinek ellátására jöttek létre, kivétel képeznek ez alól a leprásokat ellátó intézmények.

Az európai országoktól eltér en hazánkban viszonylag kés n, a XV. században alakultak ki a leprásokat ellátó intézmények hálózata 1416-ban L csén, 1432-ben Budán és Bártfán, 1464-ben Eperjesen, majd 1475-ben Nagyszébenben épült ispotály (leprosorium) a leprások számára. A felsoroltakon túlmen en bizonyíthatóan alapítottak leprosoriumokat a XV. században Kolozsváron, Medgyesen, Rozsnyón és Zágrábban. A leprosoriumok alapítói ról és m ködtet ir l megoszlanak a szakirodalmi vélemények. Egyes szerzők (Cervins) meglátása szerint a világi egyház alapította és m ködtette ezeket, míg **más szerzők (Buda) szerint a betegellátó lovagrendek közül a lazariták végezték ezeket a feladatokat, amelyet az is alátámaszt, hogy Magyarország ezid tájt a lazariták önálló tartományát képezte.** Mindazonáltal elmondható, hogy míg a szerzetesrendek közül egyedül az ágoston rend alapított ispotályt 1400-ban Szepesváralján, a betegápoló lovagrendek közül a johanniták alapítanak ispotályt 1458-ban Szegeden és 1467-ben a mai Budapesten, addig jelent sen megn tt a világi egyházi alapítású ispotályok száma, hiszen 1418-ban Gyulafehérváron, 1431-ben Kassán, 1452-ben Újlakon, 1453-ban Zágrábban és 1458-ban Veszprémben kerül sor világi egyházi ispotályok alapítására.

A világi egyház [20] térnyerése természetes folyamodványa annak az egész Európában megfigyelhető válságnak, amely a betegápoló szerzetesrendeket folyamatos reformokra, önvizsgálatra készíti, és amelynek eredményeként a befelé fordulás, a szerzetesi életformához való visszatalálás erősödik meg a kifelé forduláshoz, a másokon való segítség eszméjéhez képest. A betegápoló szerzetesrendekhez tartozó ispotályok szerepének csökkenését jól példázza Cervins 1995-ös tanulmánya [4], amelyben bemutatja, hogy amíg a XIV. század elejéig a betegápoló szerzetesrendek az ispotályok közel felét, addig a XV. század végére már alig egy ötödét irányították. A szerzetesrendek fokozatos visszahúzódnak a betegekkel való gondoskodásból nem követi azonos ütemben a városi betegellátó intézmények fejlődése, ezért kerülnek előtérbe a világi egyház által fenntartott ispotályok. Ezt alátámasztja az is, hogy a XV. századi Magyarországon a városi polgárság csak egyetlen ispotályt alapít 1427-ben Nagyváradon (az 1402-es alapítási barsi ispotály inkább szegényház, mint kórház).

#### ***Az ispotályok helyzete a három részre szakadt országban***

A XVI. századi ispotályok fejlődését alapvetően befolyásolta egyfelől az 1526-os mohácsi csatavesztés és ennek következményeként az ország 1541-ben bekövetkező három részre szakadása, másfelől a 1517 utáni protestáns egyházi mozgalmak megerősödése. A speyeri zsinat időszakáig a XV. századnál ismert tendenciák közül folytatódott a világi egyházak előtérbe kerülése, amelynek eredményeként ispotályt alapított a római katolikus egyház 1507-ben Miskolcon, majd 1529-ben Győrött, azonban ezt követően a hangsúly áttevődik a protestáns egyházak tevékenységére. A protestáns egyházak [21] által alapított ispotályok jönnek létre 1530-ban Brassón és 1559-ben Kolozsváron és ezen túlmenően tudomással bírunk több fontos protestáns városban, Eperjesen, Kassán, Nagyenyeden és Sárospatakon alapított ispotályról is. Az ispotályalapítási tevékenységbe bekapcsolódik az izraelita hitközség is, amelynek eredményeként létrejön az első izraelita fenntartású ispotály 1526-ban Sopronban. A XVI. században polgári betegápoló rendek közül ispotályt egyedül a Szent Antal Rend alapít, mégpedig 1570-ben Segesváron.

A Felvidéken és Erdély területén már a XV. században megindult a városok fejlődése, gazdasági megerősödése, ezzel összhangban felerősödött a városi polgárság ispotályalapítási tevékenysége is. A folyamat Európában már korábban és erőteljesebben lezajlott, míg a hazai városi ispotályok fejlődése lassabb ütemű volt. Az ispotályok alapítását szükségessé tette, hogy a városokban felerősödtek a szegények

szociális problémái, mert a város fogadta be a jobbágysorból menekülteket, vándorló iparosokat, és más szegény embereket. Sorra alakulnak a polgárság által létrehozott ispotályok 1523-ban Selmecebányán, 1529-ben Debrecenben, 1530-ban Bártfán, Szakolcán és Újbányán és 1535-ben a mai Budapesten. **Különösen nagy jelentőség volt az 1580-ban Trencsénben létesített ispotály, amely az első megyei feladatokat is ellátó intézménynek tekinthető.**

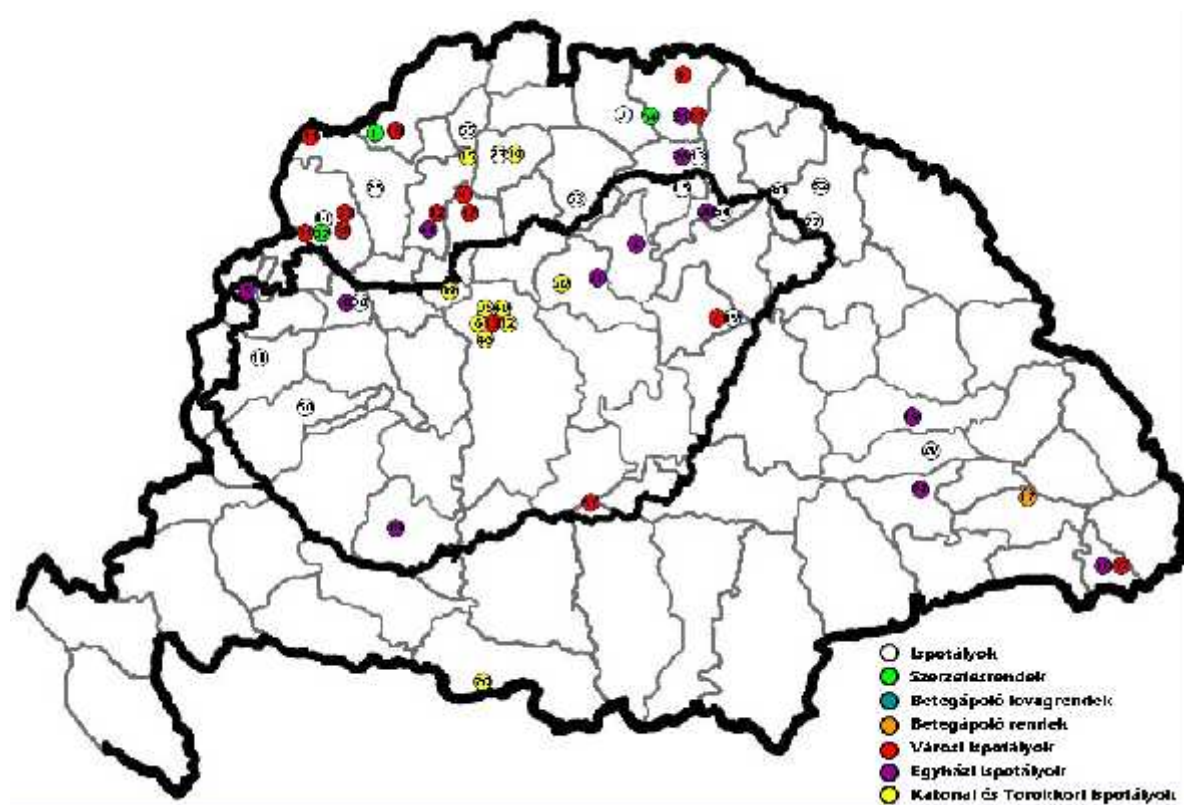
Az egyházi intézmények elvilágiasulásának részeként a városi tanácsok fokozatosan átvették a szerzetes- és polgári betegápoló rendek ispotályait, a rendek ugyanis képtelenek voltak fenntartani ezeket. Sajnálatos módon a XVI. századra a polgárság körében elhangzott olyan negatív vélemény is az egyház által irányított ispotályokkal kapcsolatban, amelyet az 1529-ben létesített debreceni ispotály (laikus) alapítója fogalmaz meg, mely szerint „azért nem kellene az intézmény irányítását papra bízni, hogy a kórház ne rohanjon a vesztébe”[22]. A városi polgárok jelentős anyagi támogatásaik eredményeként egyre nagyobb beleszólást harcoltak ki maguknak a világi egyházi intézmények irányításában. A XV. századtól kórházfelügyelőkké kerültek kinevezése, majd a XVI. századtól általánossá vált, hogy az ispotály vezetőjének a kinevezési joga az egyháztól a városokhoz került át. A világiasulási folyamatokkal összefüggésben átalakultak az ispotályok működésének gazdasági alapjai. A szerzetes-, lovag- és polgári betegápoló rendek az ispotályok fenntartására az egyházi vagyonnegyedét, valamint a részükre adományozott birtokok bevételeit használták fel, amelyet kiegészítettek a hívek adományai és az alamizsna. Temesvári Pelbárt ferences rendi szerzetes a szegények megajándékozását nagy erénynek tekintette és prédikációiban állhatatosan hirdette, hogy „inkább adjunk Istennek tetsző alamizsnát, minthogy testünket sanyargassuk”[23].

A városi fenntartású ispotályok finanszírozási alapjait a városi pénztárak bevételei, az alapítványok valamint a végrendeletek teremtették meg. A városok „statutum”-aikkban igyekeztek további forrásokat biztosítani az ispotályok működésére. Pozsony városa már 1376-ban úgy rendelkezik, hogy a nem szabályos súlyú kenyéret a városi kórház kapja. Hasonló rendelkezést tartalmaz Kassa városának 1572-es statútuma, amely a városi polgárok által befizetett büntetések felét a helyi ispotálynak rendeli. A végrendeletek vonatkozásában megfigyelhető, hogy a szegényebbek saját személyes holmijukat adományozták a kórháznak, addig a tehetősebbek ingyenes fürdők, ételmezési és más alapítványokat hagytak az ispotályokra.



Erre példa Drágffy János országbíró, aki a mohácsi mezen tett végrendeletében meghagyta a családjának, hogy „az ispotályra nagy gondot viseljenek, a szegények benne ne éhezzenek” ... „mert az én lelkemnek üdvössége ezekből lesz”. [3]

A XVI. és XVII. századi ispotályok helyzetét befolyásolta a török megszállás, és az ország három részre szakadása. A hódoltsági területekről elmenekültek a szerzetes-, lovag és polgári betegellátó rendek, ispotályaik megszüntek, illetve a törökök lerombolták ezeket. A törökök saját betegeik ellátására katonai kórházakat alapítottak a nagyobb katonai erődökben, így Pécsen, Temesváron és Szolnokon. Evlija Cselebi útleírásaiból [24] tudjuk, hogy a megszállt Budán két katonai kórház is volt, egy a janicsár kaszárnyában, és egy az Orta dzsámi környékén, amelyek az 1660-as években kerültek kialakításra. Kapronczay kutatásai megerősítik azokat az információkat, amelyek szerint a szultáni birtokként kezelt mezővárosokban szabadon működtek a keresztény (katolikus és protestáns) egyházak által fenntartott ispotályok. Különösen jelentős a szegedi ferences kolostor, ahol a szerzetesek között mindig volt betegellátáshoz értő rendtag, aki egyaránt ellátta a keresztényeket és a muzulmánokat is.



5.3. ábra

Ispotályok Magyarországon a XVI-XVIII. század elején alapításuk dátuma és fenntartójuk szerint (lásd még 3. számú melléklet)

A szerzetes-, lovag és polgári betegápoló rendek, valamint a városok által alapított ispotályok működése jórészt az alapítók anyagi erejétől függött, a központi szabályozás nem kötelezte ezeket a szervezeteket ispotályok létrehozására, nem voltak egységes feltételek és szabályok az ispotályok működtetésére. Az ehhez szükséges központi szándék először a katonai egészségügy [25] területén mutatkozik meg. A XVI–XVII. században kialakulnak Európában, így a Habsburg Birodalomban is az állandó hadseregek, amelyek működéséhez szükséges volt a megfelelő színvonalú egészségügyi ellátás biztosítására. Kezdetben ez az ellátás nagyon esetlegesen volt megszervezve, ami hadseregenként egy-egy sebész alkalmazását, végváranként egy-egy betegszobát jelentett, esetlegesen a civil fenntartású ispotályok igénybevételét jelentette.

Az első központi, katonai célú ispotályt 1527-ben Budán hozta létre I. Ferdinánd, más források (Cervin) szerint Szapolyai János. A Habsburg uralkodó igen sajátos formáját választotta az ispotályalapításnak, mert az egyházat kérte fel erre, így a katonai kórházak érseki, püspöki fennhatóság alá tartoztak. Ugyanebben az évben megfogalmazódik egy egységes katonai kórházi rendszer kialakításának gondolata, azonban felfüggesztették az anyagi feltételrendszer hiánya miatt, egészen Bécs 1683-as sikertelen ostromáig megvalósíthatatlan maradt. A török elleni háború fordulópontjaként említett bécsi ostrom fordulópontot jelentett a kórházügy fejlődésében is. A IX. Ince pápa által kivetett egyházi különadó felhasználásával Kollonits bécsújhelyi püspök és Buonavisi pápai nuncius ispotályt alapított Esztergomban, illetve Budán, ez utóbbit a török heves ellenállása miatt több alkalommal is át kellett költöztetni. Hasonló, az egyház által alapított ispotályokat találunk 1690-ben Körmöcbányán, valamint ide sorolhatók az 1596-ban Egerben és 1704-ben Pécsen alapított ispotályok is. A katonai egészségügy további katalizátorként szolgál majd a kórházügy fejlődéséhez a Rákóczi- valamint az 1848-49-es szabadságharc időszakában.

A katonai egészségügy fejlődésén túlmenően ebben a században tovább folytatódik a városi ispotályok alapítása, ennek eredményeként 1600-ban létrejön egy kimagaslóan nagy férőhellyel rendelkező ispotály Pozsonyban, további ispotályok alakulnak 1608-ban Brassóban, 1625-ben Nagyszombaton és 1672-ben Modoron. A XVII. században bekapcsolódik hazánk egészségügyi ellátásába a Betegápoló Irgalmas Rend, amely ispotályt alapított 1650-ben Szepesváralján, 1669-ben Pozsonyban, és amelynek rendkívül nagy szerep jut a hazai kórházhálózat kiépítésében a következő századok során. A XVIII. században jelentős változások figyelhetők meg a hazai kórházügy [26] területén.

A Helytartótanács létrehozásával az ispotályok alapítása fokozatosan a központi irányítás céljaival összhangban történik, kialakulnak a m ködtetésükhöz szükséges feltételrendszereket tartalmazó szabályozások, az intézmények fenntartásának anyagi alapjait javarészt az állam biztosítja.

### **Megbeszélés**

A hazai ispotályok történelmében barangolva igyekeztünk összefoglalni, rendszerezni és áttekinthet formában bemutatni a korabeli kórházügy fejl dését különös tekintettel az azt befolyásoló tényez kre. A hazai ispotályok története a nyugati-kereszténység felvételével kezd dött hazánkban, amelyet politikai szempontok motiváltak, azonban ezzel az ország ispotályainak fejl dési iránya is meghatározódott. A sok szempontból fejlettebb keleti keresztény ispotályok helyett a nyugati szerzetesrendek kolostorai lettek a korabeli ispotályok alaptípusai.

Az ispotályok kialakulását és földrajzi elhelyezkedését jelent s mértékben befolyásolták a Szent István király által kialakított zárandokutak, melyek fontosabb állomásain szinte kivétel nélkül egy-egy kolostor állt, amelyben a vándorok szállást, a szegények ellátást, a betegek gondos ápolást kaptak. Az ispotályok fejl dését alapvet en meghatározták a háborúk, akár közvetlenül sújtották hazánkat, akár közvetve vettük részt benne. A közvetlen érintettségre példa lehet, a tatárdúlás, amely során számos ispotály semmisült meg, a szerzetesrendeknek újra kellett kezdeni gyógyító tevékenységüket ezeken a helyeken. A török megszállás, az ország három részre szakadása is átformálta a hazai kórház-történelmet, egyfel l a harcokban számos ispotály semmisült meg, rombolódott le a törökök által és számos terület néptelenedett el. Másfel l, f ként a nagyobb hely rségekben a törökök építettek is ispotályokat, amelyekben f ként saját katonáikat ápták, de ismeretekkel rendelkezünk arról is, hogy szabadon m ködhetek a szultáni birtokokon álló mez városok kórházai [27], és a ferences rend szerzetesei is kifejthették gyógyító tevékenységüket a hódoltsági területeken.

A legnagyobb fejl dést azonban a török ellen felszabadító hadjáratok kapcsán szervez d katonai kórházak rendszere jelentette, amelyeknek egyfel l egységes irányítása és szabályrendszere volt, másfel l a fenntartásukat is központosított forrás, a pápa által kivetett különadó biztosította. Azok a háborúk is hatást gyakoroltak a hazai kórházügy fejl désére, amelyek t lünk több ezer kilométerre zajlottak, ennek eklatáns példáit láthatjuk a kereszties hadjáratokban. Hazánk közvetlenül nem, azonban, mint átvonulási területet érintet volt a kereszties háborúkban, ennek pozitív elemeként II. Béla

királyunk megismerhette az országon átvonuló betegápoló lovagrendeket, amelyek olyannyira nagy hatást gyakoroltak az uralkodóra, hogy később letelepítették az országban, jelentős birtokokat adományozott részükre, és mintájukra hazai, Szent Istvánról elnevezett lovagrendet is alapított.

A hazai kórházügy fejlődést meghatározták meg az országos sújtó járványos megbetegedések, amelyek közül kiemelendő a lepra szerepe. E súlyos betegségben szenvedők gyógyítását egy betegápoló lovagrend, a Szent Lázár Rend végezte, amely leprosoriumai a XV. századig jelentős számban jöttek létre az ország területén. A leprosoriumok megjelenése amúgy is novumnak számított a hazai kórházügy történeti fejlődésében, mert amíg nyugat-európai ispotályok már a korai szakaszban jelentős differenciálódást mutattak az egyes betegségek, vagy az ellátottak egyes csoportjai mentén, addig **a magyar intézményrendszerben egyedül a bélpoklosok ápolására alakultak különálló ispotályok, amely ahhoz vezetett, hogy az európai országokhoz képest kevesebb számú ispotály jött létre Magyarországon.** A lepra háttérbe szorulásával a leprosoriumok egy része általános kórházzá fejlődött, másik része a pestises, majd a szifilisz betegek gyógyítását végezte.

A honfoglalást követően, a nyugati kereszténység felvételével és az államalapítással párhuzamosan hazánkba érkező szerzetesrendek tevékenysége alakította ki a hazai ispotályok rendszerének alapjait. Az egész életüket a betegek ápolásának szenteltek szerzetesek kolostorai hosszú évszázadokra meghatározták nemcsak építészeti, hanem funkcionálisan is az ispotályok kialakítását. A szegény és idős gondozási feladatok és a betegek gyógyítása, ápolása a kolostorokban sem vált el egymástól és ennek az intézményi keretei is összeolvadtak. Egészen a XVIII. századig nem jelenik meg olyan intézménytípus, amely kizárólag a betegellátással foglalkozik, elmondható, hogy az egészségügyi ellátás és a szegény- illetve idős gondozás a mai napig sem választható el egyértelműen egymástól.

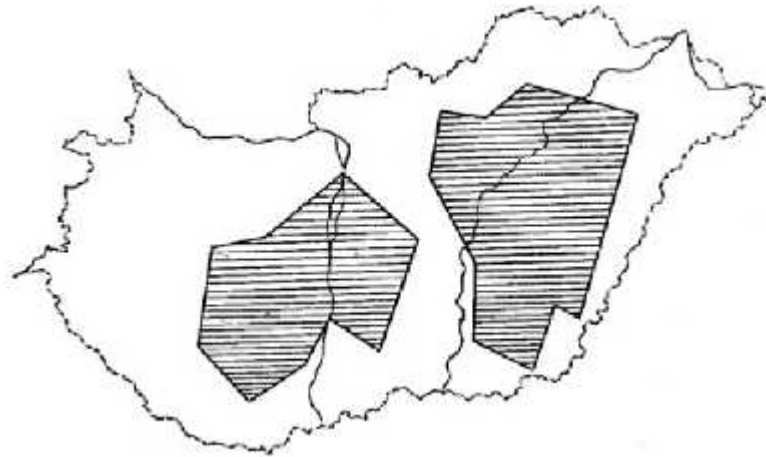
A szerzetesrendek tevékenysége a polgári betegápoló rendek tevékenységében folytatódik tovább, amelyek jelentősége az évszázadok elterjedésével folyamatosan növekszik, illetve új lendületet kap az újkorban a kizárólag betegellátással foglalkozó Betegellátó Irgalmas Rend XVII. századi megjelenésével, amely nagy hatást gyakorol a kórházügy újkori fejlődésére is. Meg kell emlékeznünk még a ferences rend tevékenységére, amely egyetlenként végzett betegellátó és prédikációs tevékenységet a törökök által megszállt országrészekben.

A betegápoló lovagrendek hazánkban hosszú ideig megtartották jelentőségüket az ispotályok alapítása, és ködtetése területén. Ennek okai közt szerepel, hogy a lovagrendek nemcsak a betegellátásban támogatták az uralkodót, hanem készek voltak fegyveres segítséget nyújtani részére, és részt vettek az ország védelmében is. A Szent János Rend példának okáért támogatta Károly Róbert a XV. század elején, a magyar korona megszerzésében, később csatlakoztak a török ellen vívott harcokhoz az ország határterületein. Mindezen szolgálataikat a király jelentős birtokadományokkal honorálta, amely az egyes feladatok ellátásához szükséges anyagi források elteremtését is megkönnyítették, tekintettel arra, hogy a földjáradék jellegű bevételek jelentősége hazánkban az európai trendekhez képest két évszázaddal később kezdett csökkenni. Mindezek eredményeként hazánkban a legjelentősebb betegápoló lovagrend a johanniták még a XV. században is alapított új ispotályokat.

A szerzetesrendek és a betegellátó lovagrendek tevékenységének háttérbe szorulásával megerősödött az egyházak jelentősége a kórházügy fejlődésében. A katolikus egyház által alapított ispotályok legnagyobb részben a püspökök tevékenységének eredményeként jöttek létre, a kanonokok szerepe hazánkban másodlagos volt. A katolikus egyház szerepét erősítette a katonai kórházak rendszerének kiépülése, köszönhetően annak, hogy az uralkodó a püspököket kérte fel a katonai kórházak létesítését. A protestáns egyházak szerepe is jelentős volt a kórházügy területén, különösen tekintettel a XVI. században alapított felvidéki és észak-magyarországi ispotályokra. A vallásosság azonban nemcsak az egyházi ispotályokban bírt jelentőséggel. A polgári fenntartású kórházak alapítói gyakran hangsúlyozták, hogy a kórházat lelkiük üdvözülése miatt alapították.

Hazánkban a városiasodás a nyugat-európai városfejlődéstől eltérően, több évszázaddal később és lassabb ütemben következett be. Ennek köszönhetően a korabeli Magyarországon a városi ispotályok fejlődése a XIV. század végén indul meg, azonban igazi lendületet a városiasodás utolsó szakaszában, vagyis a XV. század közepétől, kapcsolódásban a városokban kialakuló, demográfiai válsággal párosuló gazdasági visszaeséssel, amelynek következtében megnövekedett a rászoruló és a szegények száma, ezért a városoknak maguknak kellett gondoskodniuk a szegény- és betegellátásban megjelenő új típusú kihívások megoldásáról. Az ispotályok alapítását alapvetően meghatározta a városok teherbíró képessége, a kartogramokról is jól látható, hogy a gazdagabb felvidéki bányavárosok jeleskedtek az ispotályalapításban, amelyet a protestáns egyházak tevékenysége is megerősített.

A korabeli ispotályokat alapításának helyét ábrázoló kartogramok rávilágítanak arra is, hogy Magyarországon a kórházak fejlesztésében évszázados hátrányt szenvedtek a középső, legfőképpen a dél-dunántúli és alföldi területek, amely lemaradás hatása a mai napig is érződik a kórházellátottságában. A kartogramokról leolvasható az is, hogy történelmi Magyarország kórházi szempontból legjobban ellátott északi, felvidéki területei a trianoni döntést követően elkerültek hazánktól, amely további nehézségek elé állította a hazai egészségügyi döntéshozókat. A kartogramokat érdemes összevetni Nagy Géza [28] 1937-ben publikált tanulmányával, amelyben az ország kórházhiányos területeit mutatja be és látható, hogy ezen kórházhiányos területek kialakulásának alapjai és okai a hazai kórházak történelemében keresendők.



#### 5. 4. ábra

**Kórházhiányos területek Magyarországon 1937-ben. Forrás Nagy G.: A kórházak és az egészségügyi reformtörekvések. Magyar Kórház, (1937) 5. pp. 139–151.**

Megállapítható, hogy a hazai kórházügy hatalmas fejlődésen ment keresztül a XI. századi szerzetesi ispotályoktól egészen a XVII. század végi egyházi, polgári és katonai ispotályok megjelenéséig, és tovább kell folytatódjon napjainkban is. A fejlődés szükségességét mi sem támasztja jobban alá, mind az, hogy közel egy évezredes folyamatos megújulás dacára Gortvay György 1953-ban így írt a XIX. század eleji kórházakról: „a kórház, mint valami borzalom élt a nép tudatában. Olyan nagy volt a kórházaktól való idegenkedés, hogy a falusi ember nagyobb csapásnak tekintette kórházba jutását, mint magát a betegséget” [29].

## Irodalom

---

- 1 Lizbauer F. X. Codex sanitaro-medicinalis Hungariae. Buda (1852–1861)
- 2 Magyari-Kossa Gy.: Magyar Orvosi Emlékek. Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat. Budapest (1929–1933)
- 3 Buda J. A betegápolás története. Pécsi Tudományegyetem Egészségügyi F iskolai Kar (jegyzet), Pécs (2004)
- 4 Cevins MM. A szegények és betegek gondozása a középkor végi magyar városokban Korall (2003)11-12. pp. 47-74.
- 5 Józsa L. A kórházi ápolás kialakulása a 11-14. századi Magyarországon Debreceni Szemle (2008) 1. pp.10-22.
- 6 Kapronczay K. Az ápolás-, ápolóképzés és kórházügy története Magyarországon, Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár Budapest. (2005)
- 7 Vida M. Der Kosmas – und Damian-Kult in Ungarn im Spätmittelalter und im Program der Gegenreformation Orvostort Kozl 1993;39(1-4):63-81.
- 8 Buda J. Az orvoslás története Pécsi Orvostudományi Egyetem Egészségügyi F iskolai Kar (jegyzet) Pécs (1991)
- 9 Engländerné Brüll K. Orvosok és kórházak Pest-Budán, Novák Rudolf és társa Tudományos Könyvkiadóvállalat és Orvosi Könyvkereskedés Budapest (1930) pp. 5-9.
- 10 Sz cs J. A ferences rend a középkor végén. História. 1983; 5:13–17.
- 11 Papp I, Józsa L. A koponyasérülések gyakorisága, ellátása és gyógyulási arányai a 9-13. században Magyarországon. Honvédorvos. 1991; 32: 82-98.
- 12 Kapronczay K. Magyarországi gyógyító es beteggondozó szerzetesrendek. Lege Artis Medicinae Új Magyar Orvosi Hírmondó. 1999; 9 (12):990-992.
- 13 Baradlay J: A magyar bencések egészségügyi tevékenysége a királyság els évszázadaiban Magyar Kultúra. 1929; 16(7): 294-299.
- 14 Györffy Gy. Az Árpád-kori Magyarország történeti földrajza. Geographia historica Hungariae tempore stirpis arpadianae. Budapest (1963)
- 15 Neuman T. Várak, templomok, ispotályok. Tanulmányok a magyar középkorról. Argumentum Kiadó, Budapest–Piliscsaba (2004)
- 16 Reiszig E. A Jeruzsálemi Szent János lovagrend Magyarországon I-II. A Nemesi Évkönyv Kiadása Budapest (1925)
- 17 Hain G. Szepességi avagy I csei krónika és évkönyv a kedves utókor számára Magvet , Budapest, (1988)
- 18 Somogyi Z. A középkori Magyarország szegényügye Budapest (1941)
- 19 Józsa L. A honfoglaló és Árpád kori magyarság egészsége és betegségei. Gondolat Kiadó Budapest (1996) pp. 109-121.
- 20 Kubinyi A. F papok, egyházi intézmények és vallásosság a középkori Magyarországon. METEM Könyvek Budapest (1999) 22. pp. 253–267.

- 
- 21 Zsilinszky M.: A magyarhoni protestáns egyház története: A m vel t közönség számára. Athenaeum Irodalmi és Ny. Rt., Budapest (1907)
- 22 Pásztor L. A magyarság vallásos élete a Jagellók korában. Budapest (1940)
- 23 Pásztor L. Temesvári Pelbárt és Laskai Ozsvát az egyházi és világi pályáról. Regnum (1937) pp. 141–154.
- 24 Evlia Cselebi. Evlia Cselebi török világotató magyarországi utazásai: 1660-1664. Magyar Tudományos Akadémia Budapest (1904)
- 25 Kapronczay K. Katonaegészségügy a XVII. század végén. Orvosi Hetilap. 1986; 127 (20): 1207-1209.
- 26 Hahn G. A magyar egészségügy története. Medicina Kiadó Budapest (1960)
- 27 Kapronczay K. Magyar orvosok a török birodalomban a XIX. század közepén. Orvosi Hetilap. 1980; 121:581-583.
- 28 Nagy G. A kórházak és az egészségügyi reformtörekvések. Magyar Kórház. 1937; 5: 139–151.
- 29 Gortvay György. Az újabkori magyar orvosi m vel és egészségügy története. Budapest, Akadémiai Kiadó (1953)



## 6. A magyar kórházi ellátórendszer fejl déstörténete a felvilágosult abszolutizmustól a II. világháború végéig a jogszabályi környezet változásainak tükrében<sup>3</sup>

### Összefoglalás

**Célkit zések:** Tanulmányunk elkészítésének célja a hazai kórházak kialakulásának és fejl déstörténetének bemutatása, különös tekintettel a kórházi mutatószámok alakulására, a jogszabályi környezet változásaira, valamint a kórházak fejl dését befolyásoló tényez kre.

**Adatok és módszerek:** A tanulmány elkészítése során egyfel l szakirodalmi áttekintést alkalmaztunk, amely kiterjedt a kórháztörténeti szakirodalomra, másfel l jogszabáyelemzést hajtottunk végre, amely magába foglalta az 1770. évi Generale Normativum in Re Sanitatis, a közegészségügy rendezésér l szóló 1876. évi XIV. törvénycikk és a kapcsolódó jogszabályok elemzését. A tanulmányban alkalmazott indikátorok: a kórházak, az ágyak, és orvosok száma, ahol ezek rendelkezésre álltak.

**Eredmények:** A felvilágosult abszolutizmus id szakában kezd dött el a szegényügy és a kórházügy szétválasztásának folyamata, amely eredményeként létrejön a modern értelemben vett, kizárólagosan a betegek ellátásával foglalkozó kórház, mint intézmény. A kiegyezést követ en az 1876. évi XIV törvénycikkben szabályozásra került a kórházak helye és szerepe az egészségügyben. Mindezen tényez k eredményeként 1867-ban az országban található 44 kórház száma 1915-re 427-re b vül, tendenciáját tekintve csak a II. világháború utáni újjáépítés eredményez hasonló dinamikájú kórház és kórházi ágyszám növekedést. Az áttekintés során kitérünk az I. világháborút lezáró trianoni békeszerz dés hazánk egészségügyét érint hatásaira, amelyek azt eredményezték, hogy a kórházak száma a békeszerz dés után 183-ra csökken. Hasonló nagyságrend csapást a hazai kórházügy fejl désére a II. világháború mért, amelynek eredményeként a kórházi ágyak száma 1945-re 33 162-re csökkent.

**Következtetések:** A történelmi el zményekb l megállapítható, hogy a kórházügy fejl déséhez elengedhetetlenül szükséges a kórházak szerepének, m kódési feltételeinek egyértelm , jogszabályi meghatározása, és a kiszámítható finanszírozási feltételek megteremtése.

<sup>3</sup> Jelen fejezet a következ megjelent publikáció alapján készült:

Ágoston I, Vas G, Endrei D, Zemplényi A, Molics B, Szarka E, Cs Horváth Z, Boncz I. A magyar kórházi ellátórendszer fejl déstörténete a felvilágosult abszolutizmustól a II. világháború végéig. Egészség-Akadémia. 2011; 8(4): 272-285.

## **Bevezetés/célkit zések**

A hazai egészségügy kihívásai között kiemelten szerepel a kórházi ellátórendszer kapacitásainak racionalizációja, melynek szükségességét szakmapolitikai és gazdasági tényezők is indokolják. Meggy z déssel valljuk a Központi Statisztikai Hivatal jelmondatát, miszerint „a jelen a múltban gyökerezik”, ezért minden, a hazai kórházak helyzetét érint reform el tt érdemesnek tartjuk áttekinteni az elmúlt évszázadok azon történéseit, amelyek a kórházak létrejöttére, kapacitásaik alakulására hatással voltak. Korábbi tanulmányunkban áttekintettük a hazai kórházügy fejl dését az államalapítástól kezd d en egészen a felvilágosult abszolutizmus kezdetéig. A felvilágosult abszolutizmus korszakában kerül sor az egészségügyi közigazgatás kialakítására, így a vizsgálódásunk során annak fejl dését is érinteni fogjuk.

A tanulmány megírása során célkit zéseink között szerepel, hogy áttekinthet módon bemutassuk a kórházi ellátórendszer fejl désének több mint 300 esztendejét. Tanulmányunk célja, hogy történelmi korszakokhoz rendelve bemutassuk a kórházak szerepének, kapacitásaiknak változásait, mindazokkal a tényez kkel együtt, amelyek jelent s hatást gyakoroltak a kórházi kapacitásokra. A kórházi ellátórendszer fejl déstörténetének bemutatása során a történelmi korszakok tekintetében Hahn és Kapronczay által alkalmazott határokat vettük alapul, így azt a következ felosztásban tárgyaljuk: egyfel l a felvilágosult abszolutizmustól a szabadságharc kezdetéig (1711 - 1848), másfel l a szabadságharc végét l II. világháború végéig (1849 - 1945).

Céljaink közt szerepel, hogy választott indikátorok táblázatok és ábrák segítségével vizuálisan is áttekinthet vé tegyük a hazai kórházügy fejl dését. A tanulmányban alkalmazott indikátorok: a kórházak, a kórházi ágyak, és az orvosok száma, ahol ezek rendelkezésre álltak, ezen túlmen en az adott korszak demográfiai adatait is ismertetjük.

## **Anyagok és módszerek**

A tanulmány elkészítése során egyfel l szakirodalmi áttekintést alkalmaztunk, amely kiterjed az id szak adatainak (Lizbauer F. X. (1852–1861) [1], Magyary-Kossa Gy. (1929–1933) [2], vizsgálatára, amelyet f ként a XX. század vonatkozásában kiegészítenek Sinkovics M – Sandner Z. [3] kutatásai. A kórházi- és betegápolás történetének, a kórházak fejl désének témakörével foglalkozó kutatók {Buda J. (2004) [4], Hahn G. (1960) [5], Kapronczay K. (2008) [6]}} munkái közül átfogó jelleg

feldolgozásokat is alapul vettünk. Másfelől jogszabáyelemzést hajtottunk végre, amely magába foglalta az 1770. évi Generale Normativum in Re Sanitatis, a közegészségügy rendezéséről szóló 1876. évi XIV. valamint az ezt módosító 1908. évi XXXVIII. törvénycikk és kapcsolódó jogszabályok elemzését.

Munkánk során figyelembe vettük a népesedési, népmozgalmi adatokat, a hazai kórházügy fejlődését bemutató indikátorok közül kiemelkedő figyelmet fordítottunk a kórházak és a kórházi ágyak illetve az orvosok számára, ahol ezen adatok rendelkezésre álltak. Különösen a XX. századot megelőző idők vonatkozásában jelentett kihívást a releváns statisztikai adatok összegyűjtése a rendelkezésre álló szakirodalmi forrásokból, mivel maga a Központi Statisztikai Hivatal is csak 1867-ben alakult meg.

Az egyházi fenntartású kórházak fejlődésének nyomon követését segítették a fenntartó szerzetesrendek, egyházak történetével foglalkozó történelmi munkák. A városi kórházak történelméhez kapcsolódó adatokat már nemcsak a városmonográfiákból nyerhetünk, hanem egyre gyakoribb az egyes kórházak történetével kapcsolatos levéltári adat, illetve leggyakrabban helytörténeti munka is, amely nagy segítséget nyújtott a tanulmány elkészítése során. A rendelkezésre álló forrásanyagok könnyebb elérhetősége segítette munkánkat, azonban megjegyezni kívánjuk, hogy a forrásokban található információk továbbra is egymásnak ellentmondóak, ezért számos esetben szükséges volt ezeket az információkat kritikai elemzés során, egymással összevetni, illetve az egyes szerzői következtetéseket összehasonlítani egymással.

## **Eredmények**

### **Történeti eredmények**

A XII. századi Európában a korabeli városok fejlődése maga után vonta a szegények szociális problémáinak megjelenését a városi szinten. A szociális problémák megoldására a városok sorban alapítják és tartják fent ispotályait, amelyek a betegellátáson túlmenően a szegény, elaggott városlakók elhelyezését is szolgálják. Az ispotályok kialakítása leggyakrabban a korridor rendszerben történik, amely a legtöbb esetben sajnálatos módon nem elégíti ki a minimális higiénés feltételeket sem. Az ispotályok ágyszáma a XIII. századra átlagosan megnégyszereződött. Az ispotályokban a kiemelkedően magas zsúfoltság és a rendkívül rossz higiénés körülmények eredményeként nagyon magas volt a halálozási arány. A korabeli feljegyzések szerint [7] a párizsi Hotel Dieu-ban 1788-ban minden negyedik, a berlini Charité-ben minden hatodik beteg meghalt. Németországban a harminc éves háború egyik eredményeként

újra kellett szervezni a betegellátás rendszerét, amelyet III. Miksa császár az irgalmas rend letelepítésével rendezett [4]. A XVIII. század közepéig ezek az intézmények voltak a szegényellátás központi intézményei is. A francia XIV. Lajos differenciált ellátórendszert alakított ki különválasztva a szegényházat a kórházaktól. Az egyház a plébániákon alapított egyletek segítségével a házi szegényellátási teendők végzi. Angliában a szegénység elleni küzdelem részeként létrejönnek az ún. dologházak, amely elvi alapjaként az szolgálta, hogy az állam kötelessége munkát biztosítani a munkanélkülieknek, amelyért cserébe biztosítja a segélyeket. A kórházak helyzetének és a kórházi állapotok fejlődésének kiindulópontja is Anglia volt. [8] Howard John és Pringle tevékenységének eredményeként elkülönítésre kerülnek a fertőző betegek, gyakori szellőztetést vezetnek be a betegszobákban és lerakják a pavilonrendszer kórházak létrejöttének alapjait.

A XVIII. századi Magyarországon az ispotályok fejlődését súlyos történelmi körülmények [9] akadályozzák. A mohácsi csatavesztést követően a törökök általuk megszállt hódoltsági területeken nem alakítanak ki a keresztényeket ellátó szervezett egészségügyet, a betegápoló szerzetes és lovagrendek tagjai elmenekülnek, a törökök megsemmisítik a hódoltság területein lévő nagy múltú ispotályokat, ebből fakadóan a hódoltsági területre akadálytalanul áramlanak keletre az olyan járványos megbetegedések, mint a tífusz, a dizentéria, a malária, a himlő és a pestis, amelyek ellen ideiglenes karanténok segítségével védekeztek. [10] A török ellen folytatott felszabadító harcok során, a hódoltsági területeken katonai, táborig kórházakat találunk, amelyeket leggyakrabban az egyház tart fent. Az országban 1420 óta nincs szervezett orvosképzés, amelyet csak az 1769-es nagyszombati orvoskar alapítása változtat meg.

A hazai betegellátó rendszer újjáélesztésének első elemei a Rákóczi-szabadságharc [11] katonai meglepetéseinek eredményeiből fakadnak nemcsak a katonai, hanem a polgári kórházak tekintetében is. A korabeli katonai egészségügyre jellemző volt, hogy a csapatokat kísérő táborig kórházak látták el a sebesülteket, azonban később a sérült katonákat a polgári ispotályok gondjaira bízta, amelyek ellátásának költségét a fejedelem megtérítette az ispotályok részére. Ezzel vette kezdetét az államilag irányított kórházi rendszer kialakítása, amelynek fejlődéstörténetét követjük nyomon a következőkben. A Rákóczi-szabadságharc még egy területen hozott újdonságot a kórházak rendszerében. A lábadozó és rokkant katonák ellátására önálló intézmények, ún. rokkant-ispotályok felállításáról döntenek az 1707-es ónodi országgyűlésen, amelyek Munkácson, Sárospatakon, Stubnyafürdőn és Sümegyen alakulnak meg.

## **A hazai betegellátás intézményrendszerének fejlődése a felvilágosult abszolútizmustól a szabadságharc id szakáig**

A pozserováci békekötéssel az ország teljes egykori területe felszabadult a törökök uralma alól. A katonai gy zelmeket követ en a Habsburg Birodalom a nyugat-európai minták és tapasztalatok figyelembevételével elkezdte a hazai egészségügy szervezetének kiépítését. Ennek els elemekén III. Károly 1723-ben létrehozta a Helytartótanácsot, amely az ország általános hatáskör , központi államigazgatási szerve lett, tevékenységi körébe tartozott a szegény-beteg ellátás szabályozása is. A hódoltság területen az emberveszteség pótlására elindulnak a betelepítések, amelyet az uralkodó az ország benépesítésér l szóló 1723. évi CIII. törvénycikk rendelkezései szerint adómentességgel is támogat: „ *legszens. felsége jóságosan meg fogja engedni, hogy bármely szabad embert, hat éven keresztül, minden közadó fizetést l való mentesség feltétele mellett, az országba hívhassanak, és hogy e szabadságot országszerte kihirdethessék.*”

Ennek a folyamatnak az eredményekén a természetes népszaporulatot is figyelembe véve alig egy évszázad alatt az ország lakossága 4 millió f r l 9,5 millió f re emelkedik. A lakosság egészségügyi szükségleteinek biztosítására figyelemmel már III. Károly uralkodása idején királyi rendeletben szólították fel a vármegyéket, hogy létesítsenek a szegényeknek és a betegeknek kórházakat, különösen azokon a területeken, ahol erre a lakosság önállóan nem képes, ennek a rendelkezésnek az eredményeként ispotály alapul 1714-ben Szekszárdon, majd 1720-ban Pécsen. [12]

Az elnéptelenedett hódoltság területen a betegellátási feladatokba újból bekapcsolódnak a szerzetesrendek, amelyek közül kiemelked szereppel bír a hazai kórházi ellátórendszer kiépítése szempontjából az 1534-ben Spanyolországban alapított Betegápoló Irgalmas Rend (Ordo Hospitalarius S. Joannis de Deo), amely a 17. században alapított szepesváraljai ispotályán túlmen en sorban hozza létre, illetve b vítik ki ispotályait 1723-ban Pozsonyban, 1726-ban Egerben, majd a század folyamán Kismartonban, Szatmárnémetiben, Temesváron, Pápán. Az Irgalmas Rend tevékenységét talán jellemzi, hogy az ország egyik els kórházai közt alapított egri kórházban 20 év alatt közel 3700 beteget ápoltak, a halálozási arány 6% közelében volt [13]. Az ispotályos szerzetesrendek betelepülését az uralkodó kiemelten támogatta, erre utal például az 1723. évi XCVI. törvénycikk, amelynek címe szerint a „*verescsillagos-keresztes ispotályosok rendjét Magyarországba s az ahhoz kapcsolt részekbe, az alábbírt rendekkel együtt befogadják*”. A Szent Erzsébet N vérek rendjét II. József

telepíti le az országban, akik 1769-ben Pozsonyban, 1785-ben Budán saját tulajdonú és kezelés kórházaikban ápolják a n i betegeket, kórházaikra jellemz , hogy a betegellátás színvonala meghaladta a hazai kórházak átlagos színvonalát. [14]

III. Károly uralkodása alatt a felvilágosult abszolutizmusra jellemz népvédelmi intézkedései els sorban a szegénygondozásra helyezték a hangsúlyt. 1723-ban a Helytartótanács elrendeli, hogy a beteg születési helye szerinti városok és községek kötelessége gondoskodni az elid södött és elszegényedett betegek ápolásáról. Ezen rendelkezés eredményeként jönnek létre kórházak 1737-ben Somorján, 1740-ben Mosonmagyaróváron, 1745-ben Jászberényben és 1749-ben Gy rött. A Helytartótanácson belül 1738-ben létrejön az Egészségügyi Bizottság, amely éves jelentéseket kér a vármegyékt l az ispotályok valamint az ellátottak számáról. A vármegyékben kórházbizottságok jönnek létre, mint ellen rz és javaslattev szervek. 1744-ben életbe lép a „Birodalmi szegényházi és kórházi rendszabály” Magyarország területén, amely az ellátottak felügyeletét orvosokra bízza. 1752-t l a vármegyék részére rendeletben írják el , hogy kötelesek gondoskodni megyei orvosról, akinek feladatkörébe tartozik egyfel l a kórházak felügyelete, valamint a szegény betegek ingyenes gyógyítása. Ekkor kezd dik a kizárólag gyógyító tevékenységet végz medikus doktor, valamint a hatósági tevékenységben részt vev physicus doktor elkülönítése. 1775-ben a céheket kötelezik a beteg, illetve elszegényed mestereik, legényeik és családtagjaik eltartásáról és azok gyógyításáról való gondoskodásra. [15]

Mária Terézia uralkodásának id szakában a népvédelmi intézkedéseken belül a szegényellátásról a hangsúly áttev dik a betegellátás irányába. A kórházak építésének egyik komoly akadálya volt az anyagi feltételek hiánya. A központi hatalom felismerte, hogy a kórházak alapításához, fejlesztéséhez az egyes vármegyék, városok anyagi eszközei nem elégségesek, ezért annak központi támogatása válik szükségessé. Ennek els elemeként 1744-ben elrendelték, hogy a plébánosok és egyházi örökségek egyharmad részét a szegényeket gondozó ispotályok létrehozására kell fordítani. Mária Terézia az ispotályokat a kegyes alapítványok közé soroltatta és fejlesztésükhöz 1756-ban országos alapot hozott létre, amely megalapozta az els vármegyei kórházépítési programot. A programot II. József is folytatta, aki miután 1785-ban feloszlatta azokat a szerzetesrendeket, amelyek nem folytattak oktatási vagy betegellátási tevékenységet, meghagyta, hogy azok vagyonát egy egyesített közalapba helyezve ispotályok létrehozására kell fordítani. Az egyesített közalap létrejöttének eredményeként a kórházépítés anyagi alapjai biztosítására kerültek, ezért rohamos mérték növekedésnek

indult az ispotályok száma. Egyes szerzők szerint (Kapronczay, 2008) 1744-ben egy országos felmérés eredményei alapján 86 ispotályt számoltak össze, amelyek száma 1792-ra 181-re növekszik. Mindezeket az eredményeket azzal a kritikai megjegyzéssel kell elfogadnunk, hogy egyfelől ezeknek az ispotályoknak a jó része jellegét tekintve inkább szegényház jellegű volt, ahol a betegellátás szerepe marginálisabb jellegű volt, másfelől a történelmi Magyarország egészére terjedt ki a felmérés. **Saját kutatások alapján úgy látszik, összehangban más szerzők (Lafferton, 2003 [16]) eredményeivel, hogy a kórházi jellegű, a betegellátást elsődleges funkcióként tartó intézmények száma a századfordulón 34 közül lehetett, nagyjából 1590 fő befogadására alkalmas ágyszámmal.**

A kórházak létesítésének másik komoly akadálya volt a szakképzett orvosi személyzet hiánya. A török kiűzésével párhuzamosan a felszabadító hadakkal együtt orvosok érkeznek az ország területére, azonban felkészültségük nem mindig megfelelő, még a korabeli bécsi udvar is utal erre: „...másutt nem kellene, de elegendő tapasztalatuk nincsen, és Magyarországra jönnek, hogy itt sok temető megtöltése árán, gyakorlatilag tanuljanak valamit” [17].

A hazai szakemberek több alkalommal sürgették a hazai orvostudomány helyzetének megoldását. Perlitz János Dániel Nógrád megye tisztiorvosa már 1751-ben benyújtott felterjesztésében sürgeti egy orvosi iskola létesítését, rámutatva arra, hogy a hazai orvoshiány pótlására a külföldi orvosok azért sem képesek mert „nem értik a magyarok nyelvét, de még életkörülményeit sem, és csak gyászos eredmény kísérlet után tanulják meg, amire itthon szükség van” [1]. Hazai kezdeményezésként Markhot Ferenc megyei tisztiorvosként megalakította a „Schola Medicinalis” elnevezésű orvosi iskoláját Egerben. Az intézmény modern szemléletben oktató, az elméleti ismereteket gyakorlattal egészítették ki. Kezdetben 10 hallgatóval indult a képzés, azonban anyagi eszközök hiányában az intézmény hamarosan elcsúszott, amelyet tetézt az a tény is, hogy Mária Terézia megtiltotta az intézménynek, hogy oklevelet adjon ki a végzett hallgatók részére. A hazai orvostudomány megoldása érdekében Mária Terézia a nagyszombati iskolát orvosi karral egészítette ki 1769-ben, azonban nagyon rövid idő alatt kiderült, hogy a város nem megfelelő nagyságú az intézmény számára, ezért az Orvostudományi Kart 1777-ben Budára, majd 1786-ban Pestre helyezik át, mert Budán nem tudták biztosítani a gyakorlatokhoz szükséges kórházi háttérrel.

A kórházak építésének egyik fő motivációját a sorra ismétlődő járványok adták. A Szent János Kórház jogelőd intézményének, valamint a Lazarethum-nak a létrehozását okozati összefüggésbe hozzák a szakirodalmi források az 1709-13 közötti nagy pestisjárvánnyal, amely rádőbbsentette a bécsi udvart, hogy Magyarország fel semmi nem állja útját a járványok terjedésének. Az 1738-39-es pestisjárvány vezetett az Országos Egészségügyi Bizottság felállításához. Azonban nemcsak a pestis tizedelte országunk lakosságát, népbetegségnek számított a himlő és a szifilisz, amely utóbbi terjedését az is elősegítette, hogy Mária Terézia Magyarországra telepíttette az osztrák tartományokból kitoloncolt prostituáltakat. Az 1765-ös pestisjárvány és azt követő jobbágymozgalmak végül cselekvésre készítették az Udvart, amelynek eredményeként 1770-ben megszületett hazánk első, az egészségügyet átfogó módon rendező jogszabálya a „Generale Normativum in Re Sanitatis” (továbbiakban: Rendelet).

A Rendelet megítélése ellentmondásos a hazai történészek között. Vannak olyan nézetek, amelyek szerint az *”végső soron bürokrata rabszolgává züllesztette a XVII. században még szabad magyar orvost”* (Oláh A. 1986) [18], azonban a Rendelet szövegének tanulmányozását követően meglátásom szerint, egyetértve más szerzőkkel (Balázs 2003) [19], Mária Terézia rendelete nem valamiféle provinciális használatra szánt egészségügyi „elnyomást” közvetített, hanem a korabeli Európa egészségügyi államigazgatás élvonalát hozta hazánkba.

Tanulmányunkban a vonatkozó szakirodalom [20] alapján mutatjuk be a Rendelet tartalmát, és két részletének szövegszerű ismertetésével támasztjuk alá mondandónkat. A Rendelet két, egymástól jól elkülöníthető részből áll. Az I. rész *„I. Azokról az óvintézkedésekről, amelyek a tartományok szárazföldi részeinek egészségügyi ellátását érintik”*, szabályozza az egészségügyi ellátásokkal kapcsolatos területeket. Külön foglalkozik az orvosokkal, sebészekkel, patikusokkal és bábákkal, tartalmazza a rájuk vonatkozó hivatali eskümintákat is, valamint rendelkezés vonatkozik a magánszolgáltatások mellett nemcsak eseti, hanem állandó hatósági feladatokkal megbízott „physicus doktorokra” is. Ebben az időben az orvos nem önálló szakhatóság volt, hanem olyan szakértő, akinek a tudását a hatóság igénybe vette. A második rész *„II. Elvigyázatossági szabályok a közegészség védelmére az idegen országokkal szemben húzódó határokon”* a járványügyi igazgatási feladatokat, valamint a vesztegzáraknál szolgálatot teljesítő orvosok és sebészmesterek részletes munkaköri leírása tartalmazza.



A XVIII. századi felvilágosult abszolútizmus korában általánossá vált, hogy az állam köteles felelősséget vállalni a népesség egészségügyi ellátásáért. Erre utal a Rendelet következő része: „*Anyai gondoskodásaink közepette, amellyel királyságaink és örökös tartományaink sértetlensége és épsége felett örökönk, els rend az a törekvésünk, hogy alattvaló népeink egészségét meg rizzük, továbbá az egyes tartományokban létesített és feladatukat hasznosan ellátó magisztrátusok, illetve a közjóra nyilvánosan fordított sokféle kiadásaink anyai gondoskodásunkat b ségesen bizonyítják.*”

Kimondja, hogy a Magyar Királyság területén csak olyan orvos folytathat gyakorlatot, aki a Habsburg Birodalom valamely egyetemén oklevelet szerzett, vagy eredményes vizsgát tett. Kiemelten kezeli azokat az orvosokat, akik Bécsben szereztek diplomát, akik a Birodalom bármely területén dolgozhatnak, míg azok, akiknek nincs bécsi diplomája csak a Birodalom egyik vagy másik közigazgatási egységében. „*Köztudott, hogy a járatlan és tudatlan orvosok min és milyen sok bajt hozhatnak az emberi nemre, amiért is már több évvel ezel tt elrendeltetett, hogy országainkban és tartományainkban soha és senki ne juthasson másként engedélyhez ezen foglalkozás gyakorlására, csakis oly módon, ha doktori fokozatra méltatták az örökös tartományok valamely, orvosi fakultással is rendelkező egyetemén, vagy pedig m ködési engedélyét (a Magyar Királyság tekintetében) a Mi általunk el írt, vagy a jöv ben el írandó módon jóváhagyták.*” A Rendelet volt az els az újkori jogalkotásunkban, amely átfogóan szabályozta az egészségügyi ellátások rendszerét, valamint ez tekinthető a szakmailag elkülönül egészségügyi államigazgatás felé vezető út els állomásának. A Rendelet értelmezésének nehézségei szükségessé tették annak kiegészítéseit 1773-ben és 1786-ban.

A kórházépítés anyagi alapjainak megteremtésével, a jogi szabályozás egységesebbé válásával, a központi népvédelmi intézkedések el térbe kerülésével elhárul az akadály az els vármegyei kórházépítési program kiteljesedése el tt. Sorra jönnek létre a vármegyék kórházai: 1749 Győr, 1777 Szolnok, 1794 Eszék, 1804 Szekszárd, 1807 Székesfehérvár. Elkezdődik a tisztán betegellátási tevékenységet folytató kórházak leválasztása a szegényházakról, az újonnan alapított kórházaknál ezeket az elveket igyekeznek figyelembe venni. Az ezzel kapcsolatos els rendelkezések 1820-ban jelennek meg, azonban a tényleges folyamat még évtizedekig eltart, főként az anyagi eszközök elégtelensége okán. A XIX. században a kórházak bizonyos mértékben szakosodása indul meg, a szerzetesrendek által fenntartott kórházakban, ahol a szülőknek elkülönítették, a fertőző betegeket más épületbe helyezték el. Az Irgalmas Rend

1783-tól állami térítés mellett látja el az elmebetegek gyógyítását. Az 1798-ban átadott Szent Rókus Kórházban külön helyezik el a fertőzött betegeket, a gyermekeket és a „bujasenyvi” betegeket. A kórházi ellátórendszer differenciálódását jól példázza, hogy 1830-ban Grósz Frigyes Nagyváradon szemkórházat alakít, 1839-ben Pesten Schöpf-Mérei Ágoston megnyitja az első gyermekkórház kapuit, valamint 1841-ben létrejön az első tébolyda Pólya József alapításával. A kórházak fejlődésének üteme rendkívül dinamikus volt a XIX. század első felében, amelynek eredményeként közel 60 kórház alakult az ország területén. A kórházi ágyak száma ebben az időszakban nagyjából megduplázódott, és nagyságrendileg 3000 beteg befogadását tette lehetővé. Az 1840-es években a Helytartótanács, a II. vármegyei kórházépítési programot indítja el, ennek eredményeként jött létre többek között 1840-ben Kolozsváron, Brassóban, Nagyszébenben, Újvidéken a vármegyei kórház. Az 1848-49-es forradalom és szabadságharc egészségügyének eseményei, mindazon áldozatos szervezőmunka, amelyet a forradalom alatt végeztek el hazánk nagyjai, terjedelmi okokból nem képezi ezen tanulmány részét, annak bemutatására különálló tanulmány elkészítését látjuk szükségesnek, ehelyett csupán annak következményeivel foglalkozunk.

### **A kórházi ellátórendszer fejlődésének állomásai az 1848-49-es forradalom és szabadságharc végétől az II. világháború végéig**

A szabadságharc leverését követően a neoabszolutizmus évtizedeiben részben megmaradtak a szabadságharc ideje alatt hozott rendelkezések a megyei és városi igazgatás vonatkozásában. Az ország egészségügyének központi irányítását a bécsi székhely Állandó Egészségügyi Bizottság vette át, amelyet a Helytartótanács csak 1860-ban az Októberi Diploma kiadása után vesz vissza tőle. Számos tekintetben bevezetik a Habsburg Birodalom más területein működő szabályozásokat, amelyek eredményeként átalakul a hazai egészségügy irányításának, felügyeletének rendszere [21]. Az ország területét 5 helytartósági kerületre osztják fel, amelyekben az egészségügyi területet az egészségügyi hivatalok irányítják, amelyek mellett a megyei főorvosok részvételével tanácsadó testületként egészségügyi bizottság működik. Elírják, hogy 5000 lakosonként a községek kötelesek orvost foglalkoztatni, amely községben nincs ennyi lakos, ott több község együttesen köteles ennek a rendelkezésnek eleget tenni. Az orvosok fizetését a Kincstár vállalja magára, azonban ezek a bérek rendkívül csekélynek mondhatóak, ezért orvoshiány lép fel egyes községekben. Tovább

folytatódik a kórházépítési program, amelynek eredményeként több ezer kórházi ágygal b vül a hazai fekv beteg ellátórendszer kapacitása.

A kórházépítési program folyamatosságában közrejátszik a Magyar Királyi Orvosegyesület, amelynek tagjai Balassa vezetésével folytatják a szabadságharc ideje alatt megkezdett munkájukat. 1856-ban el írják a kórházak számára, hogy mind helybélieket, mind külföldieket köteles fogadni, azonban az ellátásért ápolási díjat szedhetnek. Elválasztják egymástól a köz- és a magánkórházakat, meghatározzák azokat a feltételeket, amelyek megléte esetén a kórház az országos állami alaphoz fordulhat költségeinek megtérítése céljából. Véglegesen meger sítik a szegényházaknak a kórházaktól történ elválasztását, amely rendelkezések eredményeként az 1850-ben felmért 90 kórház száma a kiegyezés évére ténylegesen 46-re mérsékl dik, amelyek összesen 4684 betegágygal rendelkeztek.

A Kiegyezést követ en az igazgatási reform részeként az egészségügy felügyelete a Belügyminisztérium hatáskörébe kerül át, amely utasításait a vármegyék egészségügyi osztályai hajtják végre. Létrejön az Országos Közegészségügyi Tanács, amelynek a megbízásából 1869-ben országos felmérés készül a kórházak helyzetér l, állapotáról, megalapozva a közegészségügy rendezésér l szóló 1876-os XIV. törvénycikket.

A kórházi fejlesztések egyik jelent s akadálya továbbra is a létrehozásukhoz és m ködésükhöz szükséges anyagi alapok biztosítása volt. A felvilágosult abszolútizmus évtizedeiben a korabeli szakirodalom [22] és számvev könyvek tanúbizonysága szerint a vármegyék feladata f ként a megyei fegyencek és szolgák betegellátási költségeinek fedezésére szorítkozott. 1850-ben ezt a gyakorlatot felváltotta az a rendelkezés, amely az egyes adónemek jövedékeib l biztosított bevételeket a kórházak számára. Ezen túlmen en felállításra került egy országos alap, amely *az ország különös érdekeinek el mozdítására szükséges intézkedések* megtételéhez szükséges, ilyenek voltak a közegészségüggyel, az elmebetegek ellátásával [23], kórházfejlesztésekkel kapcsolatos intézkedések. A korabeli elszámolási szabályok nehezen áttekinthet ek, s r n változóak és gyakran csak nagy nehézség árán megvalósíthatóak voltak.

A kórházfejlesztések el tt mindenképpen szükséges volt rendezni a kórházak m ködtetéséhez szükséges anyagi háttérrel, amely meg is történt a nyilvános betegápolás költségek fedezésér l szóló 1875. évi III. törvénycikk rendelkezéseiben. A törvénycikk kimondja, hogy: *„a betegellátás költségeit, amelyeket az ápoltak vagyontalanságuk miatt megtéríteni nem képesek, azokat gyermekei, szülei házastársai, munkaadói kötelesek viselni, ennek hiányában a törvényhatóság köteles megtéríteni, melynek*

területéhez az ápoltnak illet ségi községe tartozik”. Ezen túlmen en a törvénycikk tartalmazza, hogy az államkincstár téríti meg az ápolási díjat a bábaképz kben ápoltnak, a vagyontalan bujasenyvesek, az elmebetegek, illet leg az illetékességgel nem rendelkezők után. Ezen túlmen en kimondják, hogy a gyógyíthatatlan betegek ellátását, valamint a járványügyi intézkedések költségeit a községeknek kell fedezniük. Az első olyan állami kórházat, amely központi alapból épült, 1863-ban nyitották meg Pozsonyban [24], melynek alapszabályát a fenti törvénycikkkel egy időben vezették be a többi kórház számára, kötelezően alkalmazandó mintaként. Az alapszabályzat rendezte, hogy a kórház élén az igazgató áll, meghatározta alá-fölérendeltségének viszonyait, kitért a kórház osztályok szerinti tagolására, valamint a gazdálkodás szabályaira.

Mindezen el feltételek rendezését követően megszületett a közegészségügy rendezéséről szóló 1876. évi XIV. törvénycikk (továbbiakban: Törvénycikk), amely Európában egyedülálló módon egységes szemléletben szabályozta a korabeli egészségügy viszonyait. Kortársai, az 1874-ben elfogadott svéd, valamint az 1875-ben elfogadott angol jogszabályokként a járványügy területére koncentrált. A Törvénycikk megállapítja, hogy a közegészségügy állami igazgatási körbe tartozik. Elírja a gyermekek kötelező gyógykezelését, az iskolák közegészségügyi ellenőrzését. Kitér a mentésügy tárgyalására, valamint a börtönök egészségügyi viszonyaira. Szabályozza az orvosi gyakorlat folytatásának feltételeit, megtiltja a kuruzslást az ország területén, foglalkozik a foglalkozás-egészségügy kérdéseivel, valamint az elmebetegek helyzetével. A következőkben a Törvénycikk kórházakra vonatkozó rendelkezéseinek kiemelésével szeretnénk bemutatni:

„56. § *Köz- és magán-kórházak és gyógyintézetek az illet törvényhatóság meghallgatásával csak a **belügyminister engedélyével állíthatók fel.***

57. § *Oly kórház vagy gyógyintézet, mely rendszeres igazgatással van ellátva és akként felszerelve, hogy a helyi, esetleg a vidéki szükségleteknek kielégítésén felül még megfelelő számú idegen illet ség betegek befogadására is képes, **közkórházi jelleggel felruházható.***

58. § *Az ily jelleggel felruházott kórházak **kötelesek minden jelentkező beteget, legyen az helybeli vagy idegen illet ség, magyarhoni vagy külföldi, személy különbség nélkül ápolás és gyógyítás végett, míg a fekhely nem hiányzik, befogadni.***

59. § **Közkórházi jelleggel fel nem ruházott kórházak** és gyógyintézetek csupán oly betegek felvételére köteleztetnek, kikre nézve berendezettek és **idegen betegek befogadására, a rögtöni életveszély eseteit kivéve, nem szoríthatók.**

60. § Állami kórházak és gyógyintézetek közvetlenül a **belügyminiszter felügyelete és f igazgatása alatt állanak.** Ily kórházak és gyógyintézetek azonban - a f városban létez k kivételével - tisztasági, gazdálkodási s pénztári tekintetben a f ispán által bármikor vizsgálhatók. Minden egyéb köz- és magán-kórház és gyógyintézet felett az illet törvényhatóság a közigazgatási bizottság útján gyakorolja a közvetlen felügyeletet.

61. § A napi ápolási díjat állami és közkórházakban és gyógyintézetekben „...” a **belügyminiszter állapítja meg. ...**

Magán kórházak és gyógyintézetek ápolási díjait maguk szabják meg és a törvényhatóságnak bejelentik.

62. § **Minden köz- és magánkórháznak és gyógyintézetnek megfelel számú orvossal és ápolóval kell ellátva lenni.**

142. § Minden törvényhatósági joggal felruházott vagy rendezett tanácscsal ellátott város, a Királyföldön, a törvényhatóságok székhelyéül szolgáló **városok, továbbá minden község, mely 6000 lakossal bir, orvost tartani köteles.**”

Mindezek alapján összefoglalva megállapítható, hogy a közkórházak és a közkórházi jelleggel felruházott intézmények kötelesek voltak minden beteget ellátni, a magánkórházak pedig csak azokat, akikre nézve alapították ket, kivéve életmen beavatkozások esetében. A kórházak alapítása belügyminiszteri engedélyhez volt kötve, amelyet az a kórház kapott meg, amely megfelel számú orvossal és ápolóval volt ellátva, a feltételeket rendeletben tovább konkretizálták azzal, hogy a kórháznak halotti szobával, boncteremmel, jégveremmel, fürd szobával, valamint megfelel eszközökkel kell rendelkeznie. Ezeknek a rendelkezéseknek az érvényre juttatása érdekében 1877-ben kórházépítési normákat [25] határoztak meg, szakítva az eddigi létszám alapján meghatározott normával, európai standardok (egy betegre jutó légköbméter, szell ztetés, f tés, osztályok elhelyezése) alapján kerültek megtervezésre a kórházak. Mindezek alapján a 6.1. számú táblázatból is látható, hogy az újabban alapított kórházak tekintetében az európai középmez nybe kerültünk. 1891-ben a 48160 sz. belügyminisztériumi rendelet el írásai szerint a kórházban 120 ágyig egy épületben kell elhelyezni a betegeket, e fölött külön pavilonokat kell kialakítani, maximálisan 100 f befogadására.

Kórház neve	Betegágyak száma	Összterület (m <sup>2</sup> )	Betegágyra jutó terület (m <sup>2</sup> )
Szt. Rókus (Budapest)	700	11.606	16.58
Hotel Dieu (Párizs)	500	22.000	44.00
St. Thomas (London)	588	32.600	55.50
Szt. István (Budapest)	656	60.000	91.60
Drezda	606	79.643	131.42
Lipcse	550	86.500	157.45

### 6. 1. táblázat

**Az európai és hazai kórházak mutatószámainak összehasonlítása 1876-os adatok alapján (Forrás Pálvölgyi B. *A magyar közegészségügyi közigazgatás intézményrendszere* PhD értekezés 2006: 101 pp)**

A Törvénycikk megteremtette a kórházfejlesztés világos, egyértelmű, kiszámítható jogszabályi alapjait, rendelkezései egészen a II. világháború végéig meghatározták a hazai egészségügy szervezetét, szabályait és igazgatásának reformját [26]. A lakosság népesedési adatai rendkívül intenzív növekedést tárnak elénk, nagyjából elmondható, hogy az ország lakossága évtizedenként 10%-kal növekszik, még úgy is, hogy közel két millió ember vándorolt ki az ország területéről. A járványok tekintetében számottevő javulás figyelhető meg ebben az időszakban, jelentős eredményeket sikerült elérni a kolerajárványok megfékezésében, a védőoltások segítségével sikerült gátat szabni a himlő terjedésének, azonban a tuberkulózis esetében nem tudunk ilyen kedvező változásokról beszámolni. A kórházépítési programok megvalósítását a nehezen átlátható és minköz finanszírozási rendszer gátolja, azonban ennek orvoslására is sor kerül a nyilvános betegápolás költségeinek fedezéséről szóló 1898. évi XXI. törvénycikk keretei között, amely rendelkezések alapján Országos Betegápolási Alap kerül felállításra, amelynek bevételeit 3%-os mértékű országos betegápolási pótdadó kerül kivetésre. Az Alap fedezi mindazokat az ápolási költségeket, amelyek magyar állampolgárok után merülnek fel, és amelyek megtérítése betegsegélyező pénztártól, bányatársuládtól, illetve legközelebbi hozzátartozótól nem követelhető. Az Alap fedezi a hatóságilag igazolt szegények részére az orvos, a gyógyszerek, továbbá a szükséges gyógyászati segédeszköz ellátás költségeit.

A jogszabályi és finanszírozási feltételek átláthatóbbá válásával rendkívül intenzív kórházépítési hullám bontakozott ki, amelynek eredményeként az 1869-ben az ország területén található 92 kórházból 1915-re 427 kórház állt a betegek rendelkezésére, beleértve a bábaképzők és a börtönök kórházait is. A kórházi ágyak száma ugyanezen

id tartam alatt 4074-r l 45590-re, azaz több mint 11 szeresére emelkedett. [6] A kórházak számának intenzív növekedésében nagy szerepet játszott a magánkórházak fejl désén túlment en a szerzetesrendek és egyházak, valamint a biztosító intézetek kórházainak fejl dése is, amelyek közül a Munkássegélyez Pénztár nyitotta meg hazánk els tbc. szanatóriumát. [27] Az országos állami alap 1856-os megjelenését követ en b vítette kórházainak számát az ország területén az izraelita hitközség 1857-ben Baján, Gyöngyösön, 1859-ben Nyírlugason, Rohoncon, majd 1897-ben Budapesten [28]. A keresztény egyházak közül a protestáns egyházak alapítanak kórházakat 1862-ben Nagyszeben, 1866-ban Budapest, 1876-ban Kolozsvár székhellyel. Ebben az id szakban kezd dik meg a gyermekkórházak rendszerének fejlesztését is, amelynek eredményeit láthatjuk 1902-ben Szombathelyen, 1903-ban Szegeden valamint 1904-ben Veszprémben létrejöv gyermekkórházak esetében.

A kórházi rendszer fejl dését alapjaiban változtatta meg az I. világháború, a Tanácsköztársaság id szaka, valamint a trianoni békeszerz dés. A világháború hatalmas emberveszteséggel, a fert z betegségek elterjedésével, a polgári kórházi rendszer háttérbe kerülésével járt. A Tanácsköztársaság négy és fél hónapja alatt számos egészségügyi intézkedés került meghozatalra, amelyek közül a legfontosabb az egészségügyi ellátás ingyenessé tétele a lakosság jelent s részének, valamint az iskolaorvosi rendszer kiterjesztése. [5]

A trianoni békeszerz dés hatása Magyarországon a kórházügy területére vonatkozóan is súlyos helyzetet teremtett. Az ország elveszítette kórházainak közel 60%-át, 1920-ban mindösszesen 183 kórházban 26 451 kórházi ágy állt a betegek rendelkezésére, amelyet súlyosbított az a tény is, hogy az elcsatolások után az ellátandó lakosság száma 2 millió menekülttel növekedett meg. Elvesztettünk 56 közkórházat, 33 nyilvános jelleg magánkórházat, 3 szemkórházat.

Scholtz Kornél a trianoni békeszerz dés utáni helyzetet 1931-ben így jellemezte: *„Magyarország legnagyobb és legjobban berendezett gyógyintézetei azokban az alföldek peremén lev , magas kultúrájú, virágzó városaiban épültek, amelyeket az ország testér l leszakítottak. Elvesztettük ezzel a megcsonkítással az egyetemi klinikákká fejlesztett pozsonyi, a háború alatt épült kassai állami kórházakat, a szatmárnémeti, nagykárolyi, nagyvárad, aradi, temesvári és szabadkai nagy közkórházakat...”* [29]

A rendkívül súlyos kórházi helyzet rendezésére, az anyagi nehézségek ellenére is elindult a II. kórházépítési program, amelynek eredményeként 1935-re a kórházak száma 291-ra, míg a kórházi ágyak száma 46 459-re emelkedett. A rendkívül intenzív növekedésben szerepet játszott a katonai kórházak átállítása polgári ellátási célokra. A kórházépítési program első etapjában elkészültek a debreceni, szegedi és pécsi orvosképző karok klinikai tömbjei, ezt követően átalakult a főváros egészségügyi ellátórendszere, vidéken felépültek a berettyóújfalui, ceglédi, kiskunhalasi és mátészalkai kórházak. Tovább folytatódik a gyermekgyógyászati intézmények fejlesztése, amelynek eredményeként 1929-ben megnyitja kapui a Madarász utcai Gyermekkorház 180 ágyal. 1927-ben megkezdődött az első MÁV kórház és tovább folytatódik a tbc. elleni küzdelem jegyében a szanatóriumi rendszer kiépítése. Az 1930-as években elfogadott jogszabályok jelentősen átalakították az egészségügyet. A jogszabályok leszűkítették a közkórház fogalmát, megszigorodnak a közkórházi jelleggel felruházásra irányadó feltételek, amely intézmények a 1300/1932 NMM rendelet szerint a belgyógyászati, sebészeti, szülészeti és bujakóros osztállyal, az elmebetegek ideiglenes elhelyezésére legalább két cellával és a fertőző betegek az intézet összes férőhelyei legalább 10 százalékának megfelelő elkülönített osztállyal. A kórházak finanszírozási rendszere átalakult, amelynek változásait jól foglalja össze Kiss L. egyik átfogó munkájában [30]. Az I. világháború után 1923-ban megszüntették a betegápolási pótdót, a szegénybetegek ellátását az állam magára vállalja, azonban a bonyolult eljárási szabályok miatt nem volt ritka, hogy egyes kórházak ezekhez az összegekhez gyakran évekig elhúzódó procedúra után juthattak hozzá. 1931-től az állam már nem a teljes összegét fizeti meg az ellátási költségeknek, hanem az annál lényegesen alacsonyabb általános összeget. Az egységesül társadalombiztosításban az 1927-ben megalakult Országos Társadalombiztosítási Intézet a 30-as évekre anyagilag ellehetetlenült, ezért a kezelési költségek egy részét a kórházat fenntartó vármegyékre, városokra hárította át, akik szintén nem rendelkeztek elégséges anyagi eszközökkel. Ennek ellensúlyozásként a kórházak igyekeztek szabadulni a bizonytalansági tényezővé vált biztosított beteglétől. Az egységesül feltételrendszer és a finanszírozási kockázatok miatt a lakosság mind jobban igénybe vette a magánkórházak szolgáltatásait, amelyek fejlődését jól példázza az alábbi összehasonlító táblázat.



Kórház típus	1922	1927	1932
Állami kórház	5	10	10
Állami és magán-elmegyógyintézet	6	6	6
Klinika és bábaképz	21	34	33
Nem állami közkórházak	39	37	40
Nyilvános jelleg magánkórházak	19	33	35
Nem nyilvános jelleg magánkórház	64	64	86
Irgalmas rendi kórház	5	4	5
Börtönkórház	28	28	25

## 6.2. táblázat

### A hazai kórházak megoszlása típusuk szerint a két világháború közötti időszakban (Forrás: Kiss L. Az ispotálytól a modern kórházig)

A kórházak gazdálkodásának racionalizálási igénye hívta életre az 1931-ben megalakult Magyarország Klinikáinak és Kórházainak Szövetségét. A kórházi ellátórendszer hiányosságai már ebben az időszakban is megnyilvánultak, 1937-ben az összes kórházi férőhely 46,7%-a Budapesten koncentrálódott, elvetítve egy főváros centrikus kórházi ellátórendszer képét, azzal, hogy a vidéki kórházak zöme is inkább a határmenti területekhez kapcsolódott ellátási körzet tekintetében, így az ország középső részén hátrányosabb helyzetben volt az egészségügyi ellátás tekintetében. Az irodalmi adatok alapján [31] 1938-40 között lezajlott területi visszacsatolások után a hazai kórházak száma 38-cal növekedett, a kórházi férőhelyek számának emelkedése elérte a 13000-et, amelyből a magánkórházak betegágy száma közel 5000 volt, ez az ágyszám 20 intézmény között oszlott meg. Az 1939-es állapot szerint az ország mindösszesen 304 gyógyintézettel és 46922 betegágygal rendelkezett, amelyek közül 10134 betegágy 54 magánkórházhoz tartozott, míg a biztosítóintézetek kórházai ágyainak száma közel 15000 volt. A II. világháború szükségszerűen hozzájárult a katonai egészségügy fejlődéséhez, 25000 katonakórházi és 90000 légókórházi betegágy létrejöttével. A II. világháború végén a magyarországi kórházak helyzete rendkívül kedvezőtlen képet mutat. A harcok során a kórházi ágyak közel kétharmada elpusztult, a korabeli felmérések [3] alapján jó, ha 28000 betegágy volt használható állapotban, az épületkárok 30-40% közeliek voltak, azonban néhány kórház, így a budapesti Szent János Kórház esetében 60%, míg a gyulai kórház esetében 70%-os mértéket mutattak.



**6. 1. ábra**

**Magyarország kórházainak és kórházi ágyainak száma 1800 és 1945 között.**

### Megbeszélés

„Korányi Frigyes az 1890-es években úgy fogalmazott, hogy a magyar közegészségügy tulajdonképpen kórházügy.” [32]. Napjainkban ez mondás már nem teljesen fedti a helyzetet, kétségtelen azonban, hogy az egészségügy legnagyobb, legjelentesebb szelete mindig is a fekvő beteg ellátás rendszere, a kórházügy marad. A 6.1 számú ábrán igyekeztünk összefoglalni és bemutatni, amit a kórházak fejlődéséről a kutatás során megtudtunk. Az ábrát szemlélve elénk tárul az 1800-as évek utáni bizonytalanság, amit a kórházak és a szegényházak szétválasztására irányuló erőfeszítések alatt tapasztaltunk. Láthatóvá válik azonban jelentős fejlődés, amelyet a 1876. évi XIV. törvénycikk hatására kibontakozó kórházépítési program eredményezett a kórházi ellátórendszer fejlődésében. Az ábrából kiolvasható, hogy ebben az időszakban a kórházak számának nagyarányú növekedése nem vont maga után a kórházi ágyszámok azonos arányú növekedését, amely azzal magyarázható, hogy a neoabszolútizmus kórházai zömében kis ágyszámmal létrejött intézmények voltak. Az ábrából kitűnik az a hatalmas veszteség, amelyet az I. világháború és az azt követő trianoni békeszerződés okozott a hazai kórházügynek, mint ahogy láthatóak, a II. kórházépítési program eredményei is.

„*Historia est magistra vitae.*” A történelem az élet tanítómestere, tartja a réges-régi latin mondás. A munkánk során áttanulmányozott szakirodalom, jogszabályi környezet és a korabeli statisztikai adatok áttekintését követően világosan látható, hogy a kórházak fejlődéstörténetének kiugró időszakai akkor következtek be, amikor az állam egyértelműen meghatározta a kórházak szerepét, alapításuk és működésük feltételeit valamint világos, kiszámítható és átlátható finanszírozási környezet segítségével annak anyagi feltételrendszerét is megteremtette. A jogszabályi keretek kijelölésével a kórházügy minden szereplője számára egyértelmű helyzetet teremtve megvalósítható egy modern, a mai kor színvonalának megfelelő egészségügy kialakítása, amelynek megvalósítása napjaink egészségügyének kihívása. Az egészségügy évezredek történetének áttekintését követően azonban egyvalami megállapítható, hogy amíg él az a szemlélet, hogy az egészségügy maradványulven jut finanszírozáshoz, addig semmiféle ellátás-szervezési technika, okos reform önmagában nem lesz képes megoldani az ágazatban felhalmozódó problémákat.

## Irodalom

- 
- 1 Lizbauer F. X. Codex sanitaro-medicinalis Hungariae. Buda (1852–1861)
  - 2 Magyar-Kossa Gy. Magyar Orvosi Emlékek. Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat Budapest (1929–1933)
  - 3 Sinkovics M, Sander Z. A magyar kórházak évszázadai. MOTESZ Budapest (1989)
  - 4 Buda J. A betegápolás története Pécsi Tudományegyetem - Egészségügyi F iskola Kar Jegyzet Pécs (2004)
  - 5 Hahn G. A magyar egészségügy története. Medicina Budapest (1960)
  - 6 Kapronczay K. Az ápolás-, ápolóképzés és kórházügy története Magyarországon. Semmelweis Orvostörténeti Múzeum Budapest (2005)
  - 7 Szvitecz Zs. Az egészségügyi ellátórendszer statisztikája a kezdetektől a huszadik század közepéig. Központi Statisztikai Hivatal. Budapest (2004)
  - 8 Buda J. Szemelvények a szegénygondozás történetéből Pécsi Orvostudományi Egyetem Egészségügyi F iskola Kar Jegyzet Pécs (1999): 142-144
  - 9 Kapronczay K. Egészségi és katonae-gészségügyi állapotok a Rákóczi-szabadságharc idején. Valóság. 2008; 51(12):1-8.
  - 10 Kapronczay K. Gesundheitliche verteidigungsmaßnahmen: die Quarantäne. Orvostörténeti Közlemények. 2007;52(1-2):43-50.

- 
- 11 Balázs P. Magyarország egészségügyének európai jogharmonizációja a XVIII. Században. *Lege Artis Medicinae*. 2005;15(1):80-83.
  - 12 Kapronczay K. Krankenhäuser im Ungarn des 18 .Jahrhunderts. *Orvostört Kozl.* 2007; 52(1-2):83-9.
  - 13 Ringelhan B. Az egri megyei kórház el deinek vázlatos története. Eger (1960): 2–51.
  - 14 Szentkláray J. A Szt. Erzsébet Apácarend N i Kórháza Magyar Kórház. Budapest 1941; 10(11): 291.
  - 15 Kiss L. Az ispotálytól a modern kórházig Századvég Budapest 2009; (37): 50.
  - 16 George S. R. et al. Private Asylum to University Clinic: Hungarian Psychiatry, 1850–1908. *Framing and Imagining Disease in Cultural History*. 2003; 190–213.
  - 17 Gy ry T. Az orvostudományi kar története. Egyetemi Nyomda Budapest (1936)
  - 18 Oláh A. Új hold új király – a magyar népi orvoslás életrajza. Gondolat Kiadó Budapest (1986): 91.
  - 19 Balázs P.: Egy rendelet méltánytalan sorsa. *Lege Artis Medicinae* Budapest 2003; 13(4): 340-343.
  - 20 Balázs P. Szervezett egészségügyünk 1770-es alaprendelete Generale Normativum in Re Sanitatis. Magyar Tudománytörténeti Intézet Piliscsaba (2004)
  - 21 Kapronczay K. A magyarországi közegészségügy története. Magyar Tudománytörténeti Szemle Könyvtára Budapest (2008): 70-73.
  - 22 Grósz L. Emlékirat a hazai betegápolási ügy keletkezése, fejl dése, jelenlegi állásáról: különös tekintettel a betegápolás költségeire. *Magyar Királyi Tudomány Egyetem Nyomda Buda* (1869): 3-20
  - 23 Lafferton E. What the files reveal. The social make-up of public mental asylums in Hungary, 1860s-1910s. *Med Ges Gesch*. 2006;26:83-101.
  - 24 Antall J, Kapronczay K. A magyar egészségügy az abszolutizmus és a dualizmus korában. *Magyar Tudomány*, 1989; 34(96.): 904.
  - 25 Karnel C. Gazdálkodás az egészségügyben, különös tekintettel a kórházak gazdálkodására - PhD értekezés Sopron (2005)
  - 26 Kapronczay K. Die Reform des Ungarischen Verwaltungswesens und das Anforderungssystem den Beamten Gegenüber Zwischen den Zwei Weltkriegen *Orvostört Kozl.* 2007;52(1-2):51-59.
  - 27 Buda J. Betegségi biztosítás. Pécs PTE egészségtudományi Kar jegyzet (2001): 94.
  - 28 Malleier E. Short report: Jewish hospitals and nursing schools in Austria-Hungary, 1867-1918. *Nurs Hist Rev*. 2008;16:201-204.
  - 29 Szabadfalvi A.: A magyar kórházak elmúlt negyven éve. *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 2002; 40(4) 382- 387.
  - 30 Kiss L.: Az ispotálytól a modern kórházig Századvég 2009; (37): 69-72.
  - 31 Kapronczay K.: Fejezetek 125 év magyar egészségügyének történetéb l. *Semmelweis Orvostörténeti Múzeum Budapest* (2002): 121-122.
  - 32 Melly J. A kórházkultúra fejl dése. Szfv. Házinyomda. Budapest (1934): 329.

## 7. A hazai kórházi ellátórendszer fejl dése a II. világháború végét l napjainkig

A II. világháború végén a magyarországi kórházak helyzete rendkívül kedvez tlen képet mutat. A harcok során a kórházi ágyak közel kétharmada elpusztult, a korabeli felmérések alapján jó, ha 28 000 betegágy volt használható állapotban, az épületkárok 30-40% közeliiek voltak, azonban néhány kórház, így a budapesti Szent János Kórház esetében 60%, míg a gyulai kórház esetében 70%-os mértéket mutattak. [1] A kivonuló német csapatok magukkal vitték a kórházi felszerelések egy részét. A kialakult helyzeten a kormány úgy próbált úrrá lenni, hogy ideiglenesen elhagyott épületeket, illetve a megmaradt katonai kórházakat alakította át a polgári betegellátás céljaira. Ennek eredményeként az év végére közel 33 000 kórházi ágy áll rendelkezésre.

A szocialista társadalomszervezési elvekkel összhangban már 1945-ben megindult az egységes szemlélet , államilag irányított egészségügy kialakítása, és a magánkézben lév kórházak államosítása. A magánkórházak közül számos megsemmisült a harcokban, az alapítványok által fenntartottak legtöbbje 1945-ben felszámoltatta magát, esetükben az államosítás csupán formálisnak tekinthet . A vidéki magánkórházak egy része funkciót vált és csecsem - és szül otthonként m ködik tovább.[2]

1948-ban megkezd dött a biztosítótársaságok államosítása, vagyonuk az Országos Társadalombiztosítási Intézet kezelésébe kerül, intézményeik az állami egészségügybe olvadnak. Megsz nik többek között a Magánalkalmazottak Biztosító Intézete, az Országos Nyugdíjintézet, az Országos Tisztvisel Betegsegélyez Alap, végül a Magyar Posta Betegségi Biztosító Intézete. [3] Államosításra kerülnek a szerzetesrendek által fenntartott kórházak, ennek keretében nem sz nnek meg, hanem új funkciókat, új feladatokat látnak el az egri, pécsi, pápai és váci irgalmas rendi kórházak. Az els három éves terv keretében elindul a gyermekellátási- és a szanatóriumi rendszer kiépítése.

A Magyar Népköztársaság Alkotmányának 47. §, alapjaiban változtatja meg a hazai egészségügy rendszerét, amikor a következő rendelkezéseket hozza:

*„(1) A Magyar Népköztársaság védi a dolgozók egészségét és segíti a dolgozókat munkaképtelenségük esetén.*

*(2) A Magyar Népköztársaság ezt a védelmet és segítséget széleskörű társadalombiztosítással és az orvosi ellátás megszervezésével valósítja meg.”*

Deklarálásra kerül, hogy az egészségügy és ezzel együtt a kórházi ellátórendszer fenntartása állami feladat, a társadalombiztosítási rendszer fokozatosan kiterjesztésre kerül, míg végül magába olvasztja a lakosság szinte egészét. Az egészségügyi ellátó rendszer egységesítését el segíti, hogy 3410/Sz/11-23/1950 EüM rendelet jóváhagyta a kórházak alapszabályainak mintáját.

A 139/1950. MT. rendelet hatályba lépésével [4] indul meg az államosított egészségügy rendszer kiépítése és egységes irányítás alá vonása. Az MT Rendelet kimondta, hogy a betegség és baleset esetére biztosított személyek egészségügyi ellátása és az erre a célra létesített gyógyító és megelőző egészségügyi szolgálat fenntartása állami feladat. Az Országos Társadalombiztosítási Intézetbe olvasztott kórházakat az állam veszi át. A kórházi ellátórendszer 4 progresszivitási szintre tagozódott: városi, megyei, regionális és országos kórházak rendszere jön létre. Átalakítottak az egyes kórházak felügyeleti szerveinek rendszerét: az országos intézetek, egyetemi klinikák az Egészségügyi Minisztérium fennhatósága alá kerültek, a megyei városi intézmények fenntartói feladatait a megyei, városi tanácsok veszik át. A tanácsok végrehajtó bizottságainak keretében egészségügyi osztályok jönnek létre, amelyek élén orvosi végzettségű személyek állnak, mint tisztif orvosok. A tisztif orvosok hatósági jogkörrel rendelkező szervek voltak, megvalósítva ezzel az orvostársadalom régi vágyát, hogy nem csupán szakközegként, hanem intézkedésre jogosult tisztviselőként formálhassák a hazai egészségügy rendszerét. A tisztif orvosnak a feladatkörébe tartozik a tanácsok által fenntartott egészségügyi intézmények felügyelete is. A társadalombiztosítási jog alapján járó egészségügyi szolgáltatásokat az Egészségügyi Minisztérium, illetve a tanácsok költségvetéséből biztosították, amit évente az állami költségvetésben határoztak meg. Az anyagi feltételek biztosítására a munkavállalók keresetének 3%-a kerül befizetésre járulékként, amely ellenében beteg- és baleseti ellátásban, kórházi vagy szanatóriumi kezelésben, meghatározott idő után nyugdíjellátásban, rokkantság esetén járulékból részesülhetett.

Megjelenik a hazai kórházügy fejlődésében mérföldkövének számító, az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvény, amely a következőképpen rendelkezik a korabeli egészségügyi állapotokról: „A Magyar Népköztársaságban **az egészségügy állami feladat**. Az állam a szocialista egészségügy elveivel összhangban biztosítja a lakosság egészségügyi ellátásának feltételeit, egységes irányítását, tervszerű fejlesztését, intézményeinek szükséges együttműködését. Az egészségügyi feladatok ellátásában az egész társadalom hatékonyan közreműködik.

69. § (1) Orvosi, fogorvosi, illetve leggyógyszerészeti tevékenységet csak az fejthet ki, **aki hazai orvostudományi egyetemen szerzett**, vagy külföldi egyetemen szerzett és hazai orvostudományi egyetemen **honosított megfelelő oklevéllel rendelkezik**.

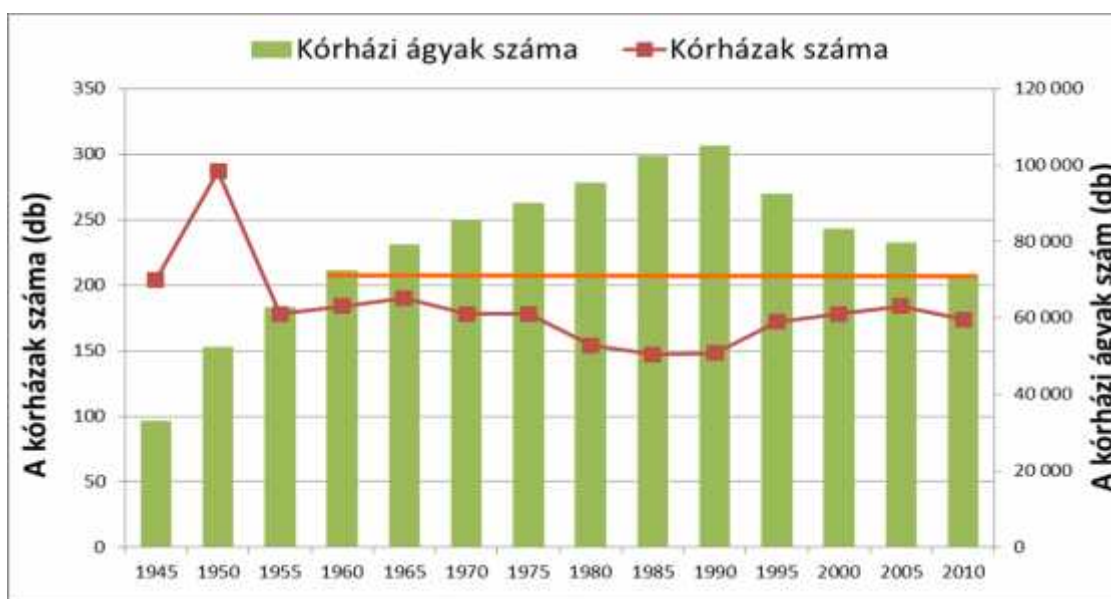
85. § (1) Az egészségügy szervei az **Egészségügyi Minisztérium és a tanácsok által fenntartott egészségügyi szervek** (intézetek, intézmények, szolgálatok, vállalatok stb.; a továbbiakban együtt: **állami egészségügyi szolgálat**).

(2) Az Egészségügyi Minisztérium, valamint a tanácsok által fenntartott egészségügyi intézmények együttműködését jogszabály szabályozza.”

A lakosságellátásához szükséges kórházi kapacitások megteremtése érdekében rendkívül intenzív ágyszám növelést kezdtek meg, amelyet azonban nem követett megfelelő ütemben a kórházi infrastruktúra növelése, ezáltal ambivalens helyzet keletkezett az egészségügyben. Az újonnan épített kórházakban a betegek elhelyezése megfelelő volt, azonban a régi kórházak esetében az ágyszámok növelése rendkívül zsúfolt kórtermeket eredményezett. Ennek ellensúlyozására indult meg 1960-ban a III. kórházépítési program [5], amelyben felhasználták a modern építészeti technológiákat, amelyek segítségével korszerű, gyorsan és gazdaságosan felépíthető kórházakat állítottak az egészségügy szolgálatába. A III. kórházépítési program, valamint az 1980-as évek kórház rekonstrukcióinak eredményeként 1950-es 52.326 kórházi ágy helyett a rendszerváltáskor 105.197 kórházi ágy található az ország területén. A fejlődés során a kórházak legtöbbször gazdaságilag, illetve leginfrastrukturálisán integrált járóbeteg szakellátás működik. A tbc. visszahúzódásával a betegséggel összefüggésben kialakított szanatóriumi rendszer funkciót vált az esztendő során és a krónikus tüdőbetegek, valamint az elmebetegek gondozására rendezkedik be.

A rendszerváltást követően az egészségügyi ágazat szerepe az új biztosítási rendszer bevezetésével, a teljesítményarányos finanszírozási technikák alkalmazásával nagy ívreményeket tápláltak a kórházi ellátórendszer fejlesztésének tekintetében. A kórházak kisebb része maradt állami tulajdonban, a legtöbb kórház az önkormányzatok fenntartásába került. Megjelentek, főként a gondozás területén az alapítványi, illetve egyházi fenntartású kórházak, ez utóbbira példa a református egyház által működtetett Bethesda Kórház. Az egészségügynek fel kell készülnie egyfelől az idős társadalomból fakadó kapacitás átstrukturálódásra, amelynek eredményeként a krónikus ágyszámok növelése az irányadó, valamint a modern technológiákból eredő funkcióváltásokra, mint az egynapos sebészetben rejlő lehetőségek.

A kórházi ágyszámok tekintetében, hasonlóan az európai trendekhez, igaz több évtizedes csúszással követve azokat, egy jelentős újrastrukturálási folyamat zajlott és zajlik jelenleg is az egészségügyben. A folyamat eredményeként 2010-ben 71.216 kórházi ágy található Magyarországon, amely nagyjából az 1960-as évekbeli ágyszámoknak felel meg.



**7. 1. ábra**

**A kórházak és a kórházi ágyak száma 1945 és 2010 között Magyarországon.**



A 7.1. számú ábrából is jól látható, hogy a kórházi ágyak számának csökkenése nem vont maga után a kórházak számának azonos mértékű csökkenését, ezért elre látható, hogy a kórházi struktúra belső arányaiban következtek be változások ezen időszak alatt. Az egészség és kórházpolitika szándékainak megfelelően zajlik le a kórházi kapacitások átalakulása, amelynek legfontosabb jogszabályait és azok hatásai a következő fejezetben foglaljuk össze. Tekintettel arra, hogy a kórházi ellátórendszer fejlesztése ösztársadalmi érdekünk, és annak szabályozott átalakítása minden magyar állampolgár életére kihat, ezért kiemelt feladatnak tekinthető. A kórházi kapacitások csökkentése ebből fakadóan meglátásunk szerint nem lehet egyszerre nominális, minden ellátót egységesen érintő, „felforrólevél” szerű, hanem elre kijelölt egészségpolitikai célok elérésére irányuló, a nemzetközi kapacitás szabályozási technikák alkalmazásával meghatározott, a hazai kórházi ellátórendszer hatékony megújítását megvalósító folyamatként képzelhető el.

### Irodalom

- 
- 1 Sinkovics M.–Sandner Z. A magyar kórházak évszázadai MOTESZ Budapest (1989): 20-21.
  - 2 Hahn G. A magyar egészségügy története. Medicina Budapest (1960)
  - 3 Buda J. Betegségi biztosítás. Pécs PTE egészség tudományi Kar jegyzet (2001): 226-243
  - 4 Kapronczay K. Magyarország a XX. században Babits, Szekszárd, (1996-2000): 279.
  - 5 Kapronczay K.: Az ápolás-, ápolóképzés és kórházügy története Magyarországon, Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár Budapest. (2005): 49-50.

## 8. A magyar egészségügyi kapacitások törvényi szabályozásának változásai a rendszerváltástól napjainkig terjedő id szakban<sup>4</sup>

### Összefoglalás

**Célkit zés:** A tanulmány célja a magyar egészségügyi rendszer kapacitásait szabályozó jogszabályi környezet áttekintése, összehasonlító elemzése, azzal a szándékkal, hogy el segítsük egy új, nemzetközileg elfogadott módszerek alkalmazásán alapuló, kapacitásszabályozási rendszer kialakítását.

**Adatok és módszerek:** Tanulmányunk elkészítése során jogszabáyelemzést végeztünk, amely kiterjedt az egészségügyi ellátási kötelezettségr l és a területi finanszírozási normatívákról szóló 1996. évi LXIII., az egészségügyi ellátórendszer fejlesztésér l szóló 2006. évi CXXXII. törvény, és a kapcsolódó jogszabályok vizsgálatára.

**Eredmények:** Az 1996-os ágyszám törvény és a 2006-os ellátórendszer fejlesztési törvény bázis szemlélettel közel azonos 11-11%-os mérték ágyszám csökkentést eredményezett, azonban, a 2006-os törvény jelent sen megváltoztatta az aktív és krónikus fekv beteg ellátási ágyak arányát 75 vs. 25%-ról 62 vs. 38%-ra. Hasonló a két törvény egyeztetési rendszere, de míg az 1996-os törvény megyei szinten szabályoz, addig a 2006-os a regionális szabályozást részesíti el nyben. Megállapítható, hogy az 1996-os törvényben a jogalkotó a kapacitások szükséglet alapú, normatív meghatározására törekedett, összetett képlet segítségével meghatározva a kapacitászámítás módszertanát, addig a 2006-os törvényben semmilyen módszertani megközelítést nem találtunk, csupán az ágyszámok „ex-katedra” meghatározását. Lényeges különbség, hogy az 1996-os törvény 5 évre ütemezve addig a 2006-os törvény pedig azonnali hatállyal (2007.04.01.) írta el az ágyak számának csökkenését.

**Következtetések:** A jogszabályok elemzését követ en megállapítottuk, hogy habár mindkét kórházi kapacitásszabályozási törvény hasonló ideológiai, kormányzati háttér mellett született, azonban tartalmuk és megvalósításuk tekintetében óriási különbségeket találtunk közöttük. Meglátásunk szerint az 1996-os szabályozás sok tekintetben példaérték és meghaladja a 2006-os szabályozást, legfontosabb különbségük a 2006-os törvényb l teljesen hiányzó módszertani rész, ami a transzparencia hiánya miatt a szakmai elfogadhatóságot er sen megkérd jelezi.

<sup>4</sup> Jelen fejezet a következ megjelent publikáció alapján készült:

Ágoston I, Vas G, Imhof G, Endrei D, Betlehem J, Boncz I. A magyar egészségügyi kapacitások törvényi szabályozásának változásai. Egészségügyi Gazdasági Szemle. 2009; 47(5): 3-7.

## **Bevezetés/Célkit zések**

A magyar egészségügy a rendszerváltást megelőzően szovjet típusú (Szemaskó féle) elvek alapján szerveződött. Ezen elvek hazai integrálásának eredményeként egy szolidaritási elv , társadalombiztosításon alapuló, kórházcentrikus, az akut ellátásokat el térbe helyez egészségügyi rendszer jött létre hazánkban. Az 1990-es politikai fordulatot követ en egyre világosabbá vált a törvényhozók számára, hogy a fennálló struktúra nem teszi lehetővé a hatékony forrásfelhasználást és az egészségpolitikai célok maradéktalan érvényesítését. A nemzetgazdaság tehervisel képességének csökkenésével el térbe került az egészségügyi ellátórendszer kapacitásainak szabályozása, a fejlesztési források elosztásának racionalizálása.

A nemzetközi gyakorlat az egészségügyi kapacitásszabályozás számos eszközét ismeri és alkalmazza. Az állam el írhatja az orvosok vagy más egészségügyi dolgozók létszámának korlátozását, amely azonban a munkahely szabad megválasztásának jogát sértheti. Lehető ség van az ellátások tekintetében időbeli korlátozásokat alkalmazni, akár maximumokat el írva a várólisták esetében, vagy minimum időkorlátot felállítani a sürgő sség esetek kórházba kerülésére. Hatékony lehet a nagy érték technológiák speciális szabályozásának bevezetése, azonban hazánk kórházcentrikus egészségügyi rendszerében legnagyobb jelent ség a kórházi ágyak számának meghatározása valamint a kontrollálatlan fejlesztési lehet ségek korlátozása.[1]

Az Országgyűlés több alkalommal alkotott törvényt az egészségügyi kapacitások szabályozásáról, melyet ezen írás keretében szeretnék röviden bemutatni. Míg az egészségügyi reformok számos elemét széles körben tárgyalja a szakirodalom [2, 3, 4, 5, 6], addig a kapacitásszabályozásról viszonylag kevés szó esik [7, 8, 9, 10, 11]

Értekezésünk célja tehát a magyar egészségügyi rendszerben a kapacitásszabályozás jogszabályi hátterének áttekintése a rendszerváltást követ en.

## **Adatok és módszerek**

Az értekezés elkészítése során a hazai egészségügyi kapacitásszabályozás rendszerváltás utáni periódusának 3 meghatározó jogszabályát tekintettük át:

- 1996. évi LXIII. törvény az egészségügyi ellátási kötelezettségről és a területi finanszírozási normatívákról, illetve a 2/1998. (IX. 16.) EüM. rendelet a járóbeteg-szakellátás rendelési órái, valamint a fekvőbeteg-szakellátás ágyszámait és szakterületenkénti megosztásának meghatározásáról, valamint a 20/2000. (VII.7.)

EüM rend a járóbeteg-szakellátás rendelési órái, valamint a fekvő beteg-szakellátás ágyszámai szakterületenkénti megosztásának meghatározásáról. [12, 13,]

- 2001. évi XXXIV. törvény az egészségügyi szakellátási kötelezettségről, továbbá egyes egészségügyet érintő törvények módosításáról, ill. az 50/2002. (III.26.) Korm. Rendelet az egészségügyi szakellátási kapacitásmódosítások szakmai feltételiről, eljárási rendjének és az új szolgáltatók befogadásának szabályairól [14, 15]
- 2006. évi CXXXII. törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről, illetve a 361/2006. (XII. 28.) Korm. rendelet az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény végrehajtásáról [16, 17]

Az elemzés során az egyes jogszabályok áttekintésén keresztül kiemelt figyelmet fordítunk az egyes jogszabályok nevezék- és módszertanára és az abból fakadó problémák elemzésére. A kapacitásszabályozás vizsgálata során érintjük a járóbeteg szakellátást is, azonban az elemzés főként az aktív és krónikus ellátásra gyakorolt hatásokra fókuszál. A fekvő beteg szakellátás vonatkozásában fontos, hogy a szabályozás milyen hatást gyakorolt a kórházi ágyszámokra, azok arányának változására az akut és krónikus ellátás között. Az elemzés végigköveti az egyeztetési folyamat színterét, az egyeztetésben részt vevőket, valamint az esetleges döntésképtelenség esetén döntéshozásra jogosultakat. Nem hagyjuk figyelmen kívül azt sem, hogy jogszabályok milyen módon foglalkoznak a kiemelt kórházak kérdéskörével.

## **Eredmények**

### ***Az 1996-os ágyszám törvény***

Az Országgyűlés az Alkotmány 70/D §. (2) bekezdésében foglalt, az egészségügyi ellátások megszervezésével kapcsolatos állami kötelezettség alapján, kapacitás lekötési megállapodási kötelezettséget ír elő az egészségügyi intézmények fenntartói, valamint az egészségbiztosítási szervek részére a megállapodással rendelkező egészségügyi intézményekben történő szakmai szabályok szerinti ellátások biztosítására. A fenntartónak biztosítani kell az intézmény megkövetését és az érintett terület lakosságának ellátását, míg az egészségbiztosítási szerv felel a kapacitások lekötéséért.

A kötelezően finanszírozandó kapacitások vonatkozásában a házi orvosi és házi gyermekorvosi szolgálaton túl a járóbeteg szakellátásban szakrendelési összes óraszámokat, fekvő beteg szakellátásban pedig ágyszámokat határoz meg.

Hiányzik azonban e kapacitásértékek pontos definíciója, melyek hiánya a későbbiek során a technikai eszközök fejlődése miatt burkolt kapacitásnövekedések kiindulópontjává válik. Ilyen kapacitásbővülést eredményezhet, ha laboratóriumi szakterületen az eredeti óraszám terhére, olyan modern gép kerül alkalmazásra, mely az eredeti vizsgálati mennyiség többszörösét képes elvégezni, hiszen ez a mennyiségi növekedés a rendelkezésre álló keretek szolgáltatók közötti elosztását változtatja meg. A kapacitások meghatározása során külön kell figyelembe venni a járóbeteg és a fekvőbeteg szakellátás kapacitásait megyei szinten, azonban a jogalkotó figyelembe veszi az országos, regionális feladat ellátásához szükséges kapacitásigényt is.

A járóbeteg szakellátás vonatkozásában a törvény nem alkalmaz módszertani elemeket a megyei kapacitás meghatározásához, hanem kiinduló alapként kezeli a hatályba lépés napján teljesített szakrendelési óraszámokat, de azokat heti szinten tízezer lakosra vetítve maximalizálja. Amennyiben az adott megyében a kapacitások nem érik el az előírt mértéket, ott a fenntartók ajánlata alapján az összes óraszámok megemelhetők, de a jogalkotó egy 10%-os féket épített a rendszerbe, elkerülendő a túlzott volumen kapacitásnövekedést.

A fekvőbeteg szakellátás kapacitásainak meghatározására a törvény precíz módszertani részt tartalmaz, amely egy matematikai képlet segítségével határozza meg a fekvőbeteg ellátás ágyszámait. A képlet konstansként tartalmazza a tízezer lakosra jutó kórházi ágyak számát, amely évek során előre rögzített érték fokozatos ágyszám csökkentést irányoz elő. Ennek értelmében az 1996-os esztendőben rendelkezésre álló 52 ágyról 2000-ig 49 ágyra kell lecsökkenteni a tízezer lakosra jutó ágyszámot. A képlet másik eleme, amely a krónikus ágyak számának figyelembevételét teszi lehetővé 0,5-ös szorzóval, az ágyszámok átalakítását kívánja a krónikus ágyak irányába elmozdítani az egészségtelen arányú akut-krónikus ágyszámok vonatkozásában. A képlet további elemei figyelembe veszik az adott megye egészségügyi, szociális ellátásának főbb mutatóit illetve bizonyos demográfiai és társadalmi tényezőket. Érdekes, hogy a képlet figyelembe veszi többek között a várható átlagos élettartamot, a standardizált halálozási hányadost, a közcsatorna hálózatba bekötött lakások számát és a munkanélküliek arányát, **azonban nem tartalmaz morbiditási adatokat, amelyeknek véleményem szerint egészségügyi kapacitás tervezés során elsődlegesnek kellene lenniük, amit alátámaszt a nemzetközi gyakorlat is.** A képlet segítségével meghatározott megyei ágyszámok szakmák szerinti megosztásának kereteit külön táblázatban rögzíti a törvényhozó.

A törvény külön foglalkozik az országos, regionális és speciális feladatokból fakadó kapacitásigény meghatározásával. Egyfelől megyénként külön ágyszámokat különít el részükre, másfelől taxatív felsorolja az országos és regionális feladatok ellátására javasolt intézményeket, így létrehozta a kiemelt kórházak listáját. Ezzel olyan ellátásokra kíván a jogalkotó kapacitást létrehozni, amelyek tekintetében a megyei kapacitások nem elégségesek, illetve magasabb progresszivitási szinten helyezkednek el. Jól mutatja ezen ellátások biztosításának jelentőségét, hogy közvetlenül a népjóléti miniszter szervezésébe kerülnek át, kiemelve a megyei egyeztetési tevékenységből. A népjóléti miniszter egyfelől kijelöli az általa közvetlenül irányított intézményekben az országos, regionális és speciális feladatok ellátásához szükséges kapacitásokat, másfelől felkéri az intézmények fenntartóit, hogy ezen kapacitásaikat bocsássák rendelkezésre. A felkérésre az önkormányzati autonómia tiszteletben tartása miatt volt szükség, más kérdés hogy a fenntartók örömmel ajánlották fel feleslegessé vált kapacitásaikat erre a célra. Az egyeztetési folyamat elmaradása miatt garanciális elemként a miniszternek ki kell kérni az országos tisztifőorvos állásfoglalását és a Magyar Orvosi Kamara véleményét a szolgáltatók szakmai megfelelőségéről. A népjóléti miniszter a fenti kapacitásoknál országos és regionális szakellátást nyújtó kapacitásösszesítést készít, amelyet megküld az egészségbiztosítási szerveknek, valamint a megyei tisztifőorvosoknak, akik a fenntartókat haladéktalanul tájékoztatják. Ezt követően történik meg a kapacitásokra vonatkozó szerződés kötés az egészségbiztosítási szervek és a fenntartók között.

A megyei feladatok ellátására szolgáló kapacitások meghatározása egy konszenzus mechanizmuson keresztül történik, amelynek során a megye területén a járó- illetve a fekvőbeteg-ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók fenntartói (állam, települési önkormányzat, egyetemek) tesznek ajánlatot az egészségbiztosítási szerveknek. Az ajánlat kialakítása a Megyei Egyeztetési Fórumon történik, melynek tagja a megyei járó- és fekvőbeteg-szakellátó intézményt fenntartó helyi és megyei önkormányzatok, a központi költségvetés által fenntartott intézmények, az orvostudományi egyetemek képviselői, valamint a megyei tisztifőorvos, aki egyben a Megyei Egyeztetési Fórum titkára is. Fontos, hogy állandó meghívottként részt vesznek az ülésen az állami, illetve önkormányzati fenntartású intézmények képviselőin túl a Magyar Orvosi Kamara, a reprezentatív egészségügyi szakszervezetek, a Magyar Kórház Szövetség és a Magyar Ápolási Egyesület képviselői, valamint meg kell hívni az egészségbiztosítási szerv képviselőjét is.

Közös ajánlat akkor jön létre, ha a jelenlevő tagok az ajánlat tartalmában megegyeznek, azt minden jelenlevő tag képviselője aláírja. Amennyiben nincs egyezség úgy 30 napon belül több alkalommal összehívható a Megyei Egyeztető Fórum. Az egyeztetési eljárás eredménytelensége esetén jegyzőkönyvbe foglalt nyilatkozatot küldenek az egészségbiztosítási szervnek, aki ennek kézhezvételétől számított 15 napon belül szakellátásonként és szakmánként dönt a kapacitásokról. A döntést tartalmazó határozat ellen a kézhezvételét követően 10 napon belül fellebbezéssel élhet a fenntartó az Országos Egészségbiztosítási Pénztár főigazgatójánál, akinek a másodfokú határozata bíróság előtt megtámadható. A gyakorlatban kevés esélye van a konszenzusos ajánlat meghozatalának, hiszen a fenntartóknak az ágyszám csökkentéseket kellene elfogadniuk saját intézményeik esetében, így gyakorlatilag az egészségbiztosítási szerv kezébe kerül a döntés. Az eljárási garanciák biztosítják a fellebbezés lehetőségét, azonban erre rendkívül szűk határidő áll rendelkezésre, míg a bírósági eljárás rendkívül hosszú időtartamú lehet. A Megyei Egyeztető Fórumon számos javaslatot tehetnek többek között megyei egészségpolitikai célok megvalósítására, egészségügyi munkaerő-piaci mozgás tervezésére, támogatások felosztására.

A jogszabály lehetőséget tartalmaz arra, hogy az egészségbiztosítási szerv finanszírozási szerződést kössön területi ellátási kötelezettség nélkül háziorvosi szolgáltatást nyújtóval, valamint a népjóléti miniszter engedélyével területi ellátási kötelezettség nélkül működő, finanszírozási szerződéssel nem rendelkező szolgáltatóval. A népjóléti miniszter méltányossági jogkörében eljárva befogadhat kapacitásokat a fent vázolt mechanizmus megkerülésével, ami aláássa a rendszer átláthatóságát és kiszámíthatóságát.

### **A 2001. évi ún. salátatörvény**

A salátatörvény jogtechnikai értelemben is érdekes megoldásként egyetlen törvény keretei között számos más törvényt módosít, és ezzel együtt tartalmaz új szabályozást az egészségügyi kapacitások fejlesztésére. A törvény 1-5 § tartalmazza az egészségügyi kapacitásokra vonatkozó szabályozást, a fennmaradó bekezdések módosítják többek között az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatról, az élelmiszerekről, az állategészségügyről, a kötelező egészségbiztosításról, valamint az egészségügyről szóló törvényeket. A törvény reflektál a kapacitások meghatározására szolgáló mérési számok definiálásából fakadó szolgáltatás volumeni problémákra azzal, hogy a rendelési időn és az ágyszámon túl mindent többletkapacitásként definiál, és azt bevonja a

kapacitásb vítés eljárásrendjébe, ezzel gátolva a kontrollálatlan kapacitásb vítést. Itt tehát inkább a kapacitások b vítésének szabályozásáról van szó, és nem egy új primér kapacitáselosztási szabályozásról.

A jogszabály nem törekszik a járó- és fekvő beteg ellátási kapacitások tudományos módszerekkel történő meghatározására, ehelyett a 2001. évi kapacitásokat kiindulási alapként elfogadva szabályozza a kapacitásb vítés és csökkentés lehetőségeit. A kapacitásb vítést az egészségügyi miniszter és a pénzügyminiszter közösen engedélyezheti olyan szolgáltató számára, aki megfelel a jogszabályi feltételeknek és költséghatékonyabb, vagy progresszív ellátást tud biztosítani, esetleg speciális igényeket elégít ki, országos vagy regionális ellátási területen működik, vagy a népegészségügyi mutatókhoz jobban igazodó ellátást nyújt. A költséghatékonyság klasszikus fogalmi meghatározásán túl – azonos ellátási színvonal biztosítása alacsonyabb költségen, vagy magasabb ellátási színvonal biztosítása azonos költségek mellett – lehetőséget biztosít arra, hogy jelentős egészségnyereség esetén a költségek minimális növekedésére is. Külön foglalkozik a progresszív ellátás kapacitásb vítés hatásával, azonban a progresszív ellátás fogalma rendkívül nehezen értelmezhető, mely számos további problémát vet fel.

Az új kapacitások befogadása innovatív módon, pályázati rendszeren keresztül történik, amely a pályázatokhoz csatolandó dokumentumokkal (szakmai és pénzügyi terv, az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat, a szakmai kollégium, és az Egészségügyi Tudományos Tanács véleménye) együtt jelentős előkészítést és átgondolást igényel, amely a racionalizált kapacitásb vítés irányába hat. A gazdaságosságot segíti elő, hogy a befogadás lényegében a meglévő kapacitások terhére engedélyezhető – noha jogszabályi szinten ez nincs deklarálva – és a pénzügyminiszter jóváhagyásához kötöttek. A pályázattal kapcsolatos problémákat vet fel, abból a szempontból, hogy míg az új kapacitás befogadásokat szigorú szempontok szerint vizsgálják meg, azonban ezt nem terjesztik ki a régi, már meglévő kapacitásokra, így azok hatékonysága nem biztosított.

A törvény nem különíti el kiemelt kórházakat sem fogalmi, sem kapacitás szempontból, azonban a pályázati rendszer keretében kiemelt figyelmet fordít az olyan kapacitások b vítésére, amely országos illetve regionális ellátási területen működnek vagy speciális ellátási igényt elégítenek ki. Természetesen ezen ellátások biztosítására vonatkozó kapacitásb vítésnek is meg kell felelnie a gazdaságosság követelményének. A többletkapacitás befogadási pályázatokat egy 10 tagú bizottság bírálja el, amelybe



szavazati joggal képvisel ket delegál az Egészségügyi Minisztérium (3), az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (3), az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (2), és a Pénzügyminisztérium (2). A Bizottság döntését követ en az Országos Egészségbiztosítási Pénztár felterjeszti a javaslatot az egészségügyi miniszternek, aki a saját javaslatát továbbítja a pénzügyminiszternek. A döntésr l közös közleményt adnak ki, amely meglátásunk szerint aggályos, mert ez nem egy közigazgatási határozat, így az arra irányadó jogorvoslati fórumok nem nyílnak meg a döntéssel egyet nem ért k el tt. A salátatörvény nemcsak kapacitásb vítésre, hanem annak csökkentésére is lehet séget biztosít az egészségügyi szolgáltatást nyújtó intézmények fenntartói számára. Ennek feltétele, hogy a tartós kapacitás kihasználatlanság tényét az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat hatósági bizonyítvánnyal igazolja, vagy az ellátást a hatékonyság növelésével más módon is biztosítani tudja, vagy más egészségügyi szakellátási kötelezettség teljesítésére kötelezettel megállapodik saját kötelezettségének átvállalásáról.

#### ***A 2006-os ellátórendszer fejlesztési törvény***

Az Országgy lést a törvény létrehozásakor az egészségügyi ellátórendszer m ködtetéséért fennálló felel sségével összhangban a szakellátó hálózat megújításának és magas szinten tartásának szándéka vezette. A törvény célul t zte ki az összes kórházi ágyak számának csökkentésén túl az akut és krónikus ágyszámok arányának megváltoztatását a krónikus ágyszám érezhet növelésével. A törvény a kapacitások mértékének meghatározására az 1996-os ágyszám törvénnyel azonos nomenklatúrát alkalmaz: a járóbeteg szakellátásban rendelési órát, a fekv beteg ellátásban kórházi ágyakat határoz meg. A törvény úgy definiálja ezeket, hogy figyelembe veszi az egynapos ellátások finanszírozott szolgáltatási egységeit.

A járóbeteg szakellátás kapacitás meghatározásának vonatkozásában a jogszabály 2006. december 31-én lekötött kapacitásokat a törvényben meghatározott ellátási területen teljesíti, ezzel gyakorlatilag befagyasztva azokat, ugyanakkor lehet vé teszi, hogy a megsz n fekv beteg kapacitások mértékéig b víthessék a járóbeteg szakellátás kapacitásait. A fekv beteg szakellátás tekintetében a törvény sajátos megoldást alkalmaz. Egyfel l meghatározza intézményenként és szakmacsoportonként az országos feladatkör speciális intézetek és a súlyponti kórházak kapacitásait, másrészt meghatározza regionális szinten a szakmacsoportonként felosztható aktív és krónikus fekv beteg szakellátási kapacitásokat. A törvény regionális szint egyeztetést tesz

szükségessé, ahol régió alatt a területfejlesztésről szóló 1996. évi XX. törvény 5§ e) pontjával megegyező területet értjük. Az országos feladatkör és súlyponti kórházak esetében a jogszabályalkotó kinyilvánítja a rendelkezésre álló kapacitásokat anélkül, hogy az azokat megalapozó módszertani elemeket bemutatná a törvényben. Ráadásul a törvényben foglalt kapacitáscsökkentések nem fokozatosan, elre tervezhető módon valósulnak meg, hanem a jogszabályban előírt 2007. április 1. határnappal. A túlságosan konkrét intézményi szintű központi szabályozás csökkenti az ellátórendszer alkalmazkodó képességét, és háttérbe szorítja a helyi önkormányzatok önállóságát.

A törvény a kiemelt kórházakat nem csak ajánlásként fogalmazza meg, hanem intézményenként és szakmánként meghatározott kapacitásokkal együtt nevesíti. Ezen túlmenően a felosztható aktív fekvő beteg szakellátási normatívából juttathatnak a kiemelt kórházaknak, azonban a krónikus fekvő beteg normatívákból kizárólag a régió területén működő, a kiemelt kórházakon kívüli egészségügyi szolgáltató részesülhet. A progresszivitás magasabb szintjén álló kiemelt kórházak esetében figyelembe kell venni a régióhatáron túlnyúló ellátási területet. A kiemelt kórházak esetében további kötelezettséget ír elő a katasztrófa helyzetben 3-6 órán belül biztosítandó ágyszámok tekintetében, ezáltal megoldható a rendkívüli helyzetek esetén szükséges többletkapacitás biztosítása.

Változtatott a jogszabályalkotó az egyeztetés rendszerén és a kapacitás befogadásra irányadó pályázati rendszert felváltotta az 1996-os ágyszám törvényben kialakított egyeztetési szisztémával, de azt regionális dimenzióba emelve. Létrejön az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV törvény 149/A § bekezdése alapján a Regionális Egészségügyi Tanács, melynek tagjai a következők: a régió megyéinek, megyei jogú városok, kistérségek egyenkénti képviselőin túl az érintett egyetemek, minisztériumok és egyházak reprezentánsai. Tanácskozási joggal vesz részt az üléseken az egészségügyi miniszter képviselője, valamint az egészségügyi államigazgatási szervek, egészségbiztosítási szervek képviselőin túl, a Regionális Fejlesztési Tanács és a Betegjogi, Ellátottjogi és Gyermejjogi Közalapítvány képviselője. Kimaradtak a meghívottak közül az érintett egészségügyi kamarák képviselői.

Az egyeztetési eljárás a következőképpen zajlik: az egészségügyi miniszter az egészségbiztosítóval együtt felosztási javaslatot készít a Regionális Egészségügyi Tanácsok részére. A javaslatba a fent részletezett járóbeteg és fekvő beteg szakellátási normákon túlmenően, figyelemmel kell lenni a szolgáltatók régió belüli távolságára, elérési szabályokra, valamint előnyben kell részesíteni a sürgősségi betegellátásra

megfelel felkészültséggel rendelkező intézményeket. A Regionális Egészségügyi Tanács eltérhet a felosztási javaslattól, amennyiben a kapacitásokról szóló javaslata a fenti szempontoknak megfelel és az irányadó normatívát nem lépi túl, valamint, ha a kapacitásbővítés intézményfenntartói társulás vagy egészségügyi dolgozók által alapított gazdasági társaság. A Regionális Egészségügyi Tanács döntése akkor érvényes, ha a régió területén működő fekvőbeteg szakellátást nyújtó közfinanszírozott egészségügyi intézmény fenntartója ezt jóváhagyja. Hasonlóan a Megyei Egyeztető Fórumokhoz itt sem várható, hogy a fenntartók egyességre jutnak törvényben rögzített kapacitáscsökkentésre, ezért elre láthatóan a legtöbb esetben az egyeztetési eljárás eredmény nélkül végződik. A jogszabály szerint ekkor az egészségügyi miniszterhez kerül az ügy, aki 8 napon belül döntést hoz, az adott régió normatíváinak felosztásáról. Nem tisztázott, hogy a miniszter milyen szempontokat köteles figyelembe venni döntéseinek meghozatalakor. A miniszter határozata közvetlenül bíróság elé nem támadható, azonban annak nincs halasztó hatálya a határozat végrehajtására, és tekintettel a bíróságok leterheltségére a megnyugtató döntés eléggé elhúzódhat.

A törvény vitathatatlan elnye az, hogy lehetővé teszi a fenntartó kezdeményezése alapján az aktív fekvőbeteg ellátási kapacitás maximum 10%-ának átalakítását krónikus fekvő- vagy járóbeteg ellátási illetve egynapos sebészeti kapacitássá és hasonló átalakítási lehetőséget biztosít a Regionális Egészségügyi Tanácsok részére az új miatti feleslegessé vált kapacitások 20%-a tekintetében. Kimunkálja a szolgáltatói kapacitások tartós kihasználatlansága miatti szakellátási kapacitások csökkentésének alkotmányos módszerét, ahol a kihasználatlan kapacitások az országos átlagtól való eltérés értékében csökkenthetők, a tartós kihasználatlanság tényét az egészségügyi államigazgatási szerv hatósági bizonyítvánnyal igazolja.

### **Megbeszélés**

A jogszabályok áttekintése után megállapítható, hogy a magyar kapacitásszabályozás felvonultatja mindazon módszereket, amelyeket a nemzetközi szakirodalom is ismer. Hazai sajátosság azonban, hogy ezen módszereket nem egybefüggő rendszer részeként, hanem önállóan egy-egy öt évtizedes periódusban alkalmazták úgy, hogy nem fordítottak kellő figyelmet az előző szabályozás pozitív elmeinek megtartására.

	<b>1996. évi LXIII. törvény</b>	<b>2006. évi CXXXII. törvény</b>
<b>Ágyszám csökkentés mértéke</b>	Kb. 92.000-r 1 kb. 81.000-re	Kb. 80.000-r 1 kb. 71.000-re
<b>Ágyszám csökkentés aránya</b>	Kb. 12 %	Kb. 11 %
<b>Aktív / krónikus arány</b>	Nem változott (79 % vs. 21 %)	Jelent sen változott (75% vs. 25%-ról 62% vs. 38%)
<b>Ütemezés</b>	5 évre fokozatosan	2007. április 1. határnappal
<b>Ágyszám csökkentés jellege</b>	F nyíró-elv szer , egyenletes	Intézményi, szervezeti egység jelleg differenciálás
<b>Kiemelt kórházak listája?</b>	Igen, 4. melléklet.	Igen, 1. melléklet.
<b>Kiemelt kórházak fogalma</b>	Az országos és regionális feladatok ellátására javasolt intézmények.	A) Országos feladatkör speciális intézetek B) Súlyponti kórházak
<b>Egyeztetés szintje</b>	Megyei Egyeztet Fórum.	Regionális Egészségügyi Tanács.
<b>Egyeztetési szint jogköre</b>	Javaslatétel/döntés.	Javaslatétel/döntés.
<b>Döntésképtelenség esetén</b>	MEP/OEP dönt.	Miniszter dönt.
<b>Bevont kapacitások</b>	Járó, aktív és krónikus fekv .	Aktív és krónikus fekv .
<b>Kapacitás meghatározás dimenziója</b>	Megyei / szakmai	Regionális / szakmai
<b>Módszertan</b>	Törvényben megadott.	Törvényben NEM megadott.
<b>Transzparencia</b>	Jelent s.	Nincs.
<b>F bb tanulságok</b>	- ágyszám kevesebb lett - betegforgalom nem csökkent - nem lett olcsóbb a rendszer, - hatékonysága nem n tt	- az ágyszám kevesebb lett - a hosszú távú hatásai további elemzést igényelnek

### 8. 1. táblázat

#### *A tanulmány keretében vizsgált 1996-os és a 2006-os egészségügyi kapacitások szabályozására vonatkozó törvények összehasonlítása*

Az 1996-os ágyszám törvény és a 2006-os ellátórendszer fejlesztési törvény bázis szemlélettel közel azonos 11-11%-os mérték ágyszám csökkenést eredményezett. Sajátosság azonban, hogy a 2006-os törvény jelent sen megváltoztatta az aktív és krónikus fekv beteg ellátási ágyak arányát, úgy, hogy 75 vs. 25%-ról 62 vs. 38%-ra módosult ez az arány. A 2001-es „salátatörvény” fekv beteg ellátási kapacitáscsökkent hatása az el z ekhez viszonyítva nem jelent s, hiszen ennek a törvénynek nem ez az els dleges célja. Rendkívül el remutató, hogy az 1996-os ágyszám törvény

megalapozott, jól tervezhet matematikai képlet segítségével határozta meg a kapacitásokat, amely továbbfejlesztése esetén alkalmassá válhatott volna a tudomány is kapacitástervezésre, hasonlóan a német Hill-Burton formulához.[18]. Ráadásul az átalakítást ütemezett módon, 5 éven keresztül fokozatosan akarta megvalósítani, elegendő időt szánva a megvalósításra. Sajnálatos módon a 2006-os ellátórendszer fejlesztési törvény bázisszemlélet kapacitástervezésének módszertana nem ismert, így annak tudományos megalapozottságát illetően nem rendelkezünk információkkal.

Hasonló a két törvény egyeztetési rendszere, de míg az ágyszám törvény megyei szinten szabályoz, addig a 2006-os a regionális szabályozást részesíti előnyben, amely jobban elősegíti a hatékony kapacitástervezést. Mindkét jogszabály egyeztetési mechanizmusa nagyon optimistán tekint az érintett felek kompromisszumkészségére, hiszen az érintett felek teljes körű megegyezését kívánja az ajánlat elfogadásához. A konszenzusos döntés elmaradása esetén alkalmazott mechanizmus egy felülről vezérelt rendszert vetít előre, a gyakorlati működés során. A 2001-es törvény új szemléletet hoz a pályázati eljárás során történő kapacitás befogadás vonatkozásában. A kapacitásdimenziók meghatározásából eredő bújtatott kapacitásnövekedési problémára adott megoldása, megalapozta a fogalmi elemek pontosításának igényét.

**Mindhárom törvény adós marad a járóbeteg szakellátás kapacitásainak szabályozásával, amely meggyőző döntésünk szerint elengedhetetlen feltétele a hazai egészségügy problémáinak megoldására,** ahogyan több ország, köztük Hollandia és Németország láthatóan felismerte a járóbeteg ellátás jelentőségét. [19, 20].

A felsorolt módszerek technikák és megszerzett tapasztalatok ötvözésével kialakítható lenne egy jól működő, kiszámítható egészségügyi kapacitásszabályozás, amelynek optimalizálásához elengedhetetlen a nemzetközi gyakorlatban alkalmazott módszerek megismerése, ebben nyújt segítséget a következő tanulmány [21].

## Irodalom

- 
- 1 ESKI Egészségügyi Rendszertudományi Iroda. Kapacitások meghatározása az egészségügyben. Budapest, 2006.
  - 2 Gaál P. Lényeges kérdések az egészségügy reformjában: a finanszírozói verseny. IME: Informatika és Menedzsment az Egészségügyben, 2007; 6(1):8-12.
  - 3 Sinkó E. Privatizációs elvek az egészségügyben. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 1996;34(5): 421-431.

- 
- 4 Evetovits T. Célok és eszközök összehangolása és Irányított Betegellátási Rendszerben: az információs aszimmetria problematikája. IME: Informatika és Menedzsment az Egészségügyben, 2004, 3(3):11-15.
- 5 Kovácsy Zs. Egészségügyi jog. Semmelweis Kiadó, Budapest (2008). 332-353.
- 6 Sinkó E. Új alapokon a társadalombiztosítás egészségbiztosítási rendszere. Esély, 2007, 18(5):34-42.
- 7 Rékassy B. „Egészségügyi ellátó rendszerek méretre igazítása”: A kapacitásszabályozás lényege. *Lege Artis Medicinae*. 1995; 5(11): 1030-1031.
- 8 Gárdos É. Az egészségügyi ellátó hálózat kapacitásai és szolgáltatásai, valamint ezek igénybevétele az 1990-es években. *Demográfia*. 1996; 39(1): 38-53.
- 9 Donkáné Verebes É. Fekv beteg-kapacitások 2000-ben. *Egészségügyi Menedzsment*. 2000; 2(2): 31-33.
- 10 Kincses Gy. A kórházi kapacitástervezés elvi problémái, lehetséges indikátorai. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*. 1995; 33(2): 153-160.
- 11 Bondár É. Mekkora a magyar egészségügyi kapacitás nemzetközi összehasonlításban? *Egészségügyi Gazdasági Szemle*. 2000; 38(6): 617-635.
- 12 1996. évi LXIII. törvény az egészségügyi ellátási kötelezettségről és a területi finanszírozási normatívákról. *Magyar Közlöny*, 1996/61. (VII.23.)
- 13 2/1998. (IX. 16.) EüM. rendelet a járóbeteg-szakellátás rendelési órái, valamint a fekvőbeteg-szakellátás ágyszámait szakterületenkénti megosztásának meghatározásáról. *Magyar Közlöny*, 1998/83. (VII. 23.)
- 14 2001. évi XXXIV. törvény az egészségügyi szakellátási kötelezettségről, továbbá egyes egészségügyet érintő törvények módosításáról. *Magyar Közlöny*, 2001/65. (VI.12.)
- 15 50/2002. (III. 26.) Korm. Rendelet az egészségügyi szakellátási kapacitásmódosítások szakmai feltételiről, eljárási rendjének és az új szolgáltatók befogadásának szabályairól. *Magyar Közlöny*, 2002/39. (III. 26.)
- 16 2006. évi CXXXII. törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről. *Magyar Közlöny*, 2006/160. (XII. 22.)
- 17 361/2006. (XII. 28.) Korm. rendelet az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény végrehajtásáról. *Magyar Közlöny*, 2006/165. (XII. 28.)
- 18 Busse R, Riesberg A. Health care systems in transition: Germany. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen (2004)
- 19 Brabers, Anne E.M. et al.: The dutch health insurance system: mostly competition on price rather than quality of care. *Eurohealth* 2012; 18(1): 30-36.
- 20 Köhler A. Neuausrichtung der Bedarfsplanung: Für eine gute Zukunft der ambulanten ärztlichen Versorgung. *Deutsches Ärzteblatt* 2012; 109(1-2)
- 21 Ettelt S, Nolte E, Thomson S, Mays N. Capacity planning in health care A review of the international experience World Health Organization, Brussel (2008)

## 9. Megbeszélés

Az értekezés elkészítése során számos, a kórházi ellátórendszer kialakulását, a kórházi kapacitások szabályozását érint részterületet tanulmányoztunk át. Összegeztünk mindazon eredményeket, amelyeket a kortörténeti dokumentumok elemzése, a jogszabályok összehasonlítása és a nemzetközi gyakorlat bemutatása során tapasztaltunk, és amelyekből számos következtetést sikerült levonnunk.

A hazai egészségügyi ellátórendszer a szegényellátás egyik részterületeként fejlődött ki a teljes kapcsolódást mutatva kereszténység meghonosodásával. A korabeli ispotályok egyszerre voltak a szegények, a betegek és az idős ellátására szolgáló intézmények, amelyek első sorban a zárandokutak mentén helyezkedtek el. Az ispotályok fejlődését befolyásolták a járványok is, a lepra gondozására szolgáló intézmény a leprosorium volt a hazai egészségügy első specializálódott, differenciált ellátást nyújtó intézménye. A magyar ispotályok fejlődését meghatározta, hogy ellentétben a nemzetközi gyakorlattal rendkívül kevés differenciálódott ellátást nyújtó intézmény alakult ki, ezért alacsonyabb az ispotályok száma is a nyugati ellátórendszer ispotályainál.

A háborúk mind közvetlen, mind közvetett formában befolyásolták az ellátórendszer fejlődéstörténetét. Egyfelől a hadikórházak gyakran voltak a kiindulópontjai az egyházi és polgári intézményeket átható fejlődéseknek, másfelől a háborúk után kivették a részüket a polgári lakosság ellátásában. A hadjáratok közvetett hatással is voltak a kórház történelem alakulására. A keresztény háborúk során kerültek hazánkba a betegellátó lovagrendek, amelyek katonai teljesítményüknek is köszönhetően több évszázadon keresztül befolyásolták az ispotályok fejlődését. A középkori ispotályok elhelyezkedését bemutató kartogramok tanulmányozása során már láthatóak azok a területek, amelyek a mai kórházi ellátórendszer hiányosságait tartalmazzák.

A neoabszolútizmus időszakában alakul ki az önálló, kizárólag betegellátásra szakosodott kórházi ellátórendszer, azonban a szociális ellátórendszerrel továbbra is átláthatatlan a kapcsolat. Az állam egyre nagyobb szerepet vállal a kórházak alapításának, működési feltételeinek szabályozásában és az ahhoz szükséges anyagi források biztosításában. A közegészségügyről szóló 1875-ös törvénycikk összefoglalóan szabályozza mindezen feltételeket és az anyagi alapok kiszámíthatóvá tételével megteremtette a kórházak jelentős ütemű fejlesztésének lehetőségét.

Az első és második világháború, valamint a trianoni békeszerződés hatalmas csapást mért a kórházi rendszerre, azonban rövid időn belül az államnak sikerült úrrá lenni a kialakult nehézségeken. A XIX. század elején a kórházak számának növelése nem vont maga után a kórházi ágyszámok azonos arányú növekedése, amelynek oka az intézmények alacsony ágyszámában keresendő. A második világháború utáni államosítás és tervgazdasági szemlélet kapacitásbővítés az infrastrukturális feltételek azonos ütemű növelése nélkül eltérő ellátási színvonalat és esetenként rendkívüli zsúfoltságot eredményezett, amelyen a III. kórházépítési program segített felülemelkedni.

A rendszerváltás után a kórházi ágyszámok növelésének igénye, összhangban a gazdasági lehetőségekkel, egyre inkább a kapacitások mérséklése, költséghatékony felhasználása irányába hatott, amelynek eredményeként hazánk kórházi ágyszámok kapacitásai 2010-ben közel megegyeznek az 1960-ban rendelkezésre álló ágyszámokkal.

A nemzetközi tapasztalatok áttekintése során sikeresen azonosítottunk néhány olyan területet, amelyek eredményeit a hazai fekvő beteg ellátó rendszer kapacitásszabályozási mechanizmusainak kialakítása során célszerű figyelembe venni. A nemzetközi gyakorlatban a kapacitásszabályozási eljárások során a döntéshozatalt legtöbb esetben nem központi, hanem tartományi, illetve regionális szintre helyezik, amely rugalmasabb, a helyi igényeknek jobban megfelelő ellátórendszer kialakításához vezet. Megfigyelhető az is, hogy néhány területet központi irányítás alatt tartanak az érintettek, ilyen a nagy költségigényű technológiák alkalmazása, valamint az új kapacitások befogadásának engedélyezése, amely utóbbit leggyakrabban egy független, politikai lobbytevékenységgel mentes testületre bízzák. Az optimális kapacitástervezési rendszer egyik részelemeként célszerű olyan objektív elemeken alapuló, befolyásolástól mentes matematikai képleteket és eljárásmodokat alkalmazni, amelyek elősegítik a tervezhetőséget és kiszámíthatóságot. A nemzetközi egészségügyi rendszerek kapacitásait érinti a szociális és egészségügyi tevékenységek közötti határvonalak elmosódottsága, amelyek szétválasztása egy évezrede megoldásra váró probléma hazánkban.

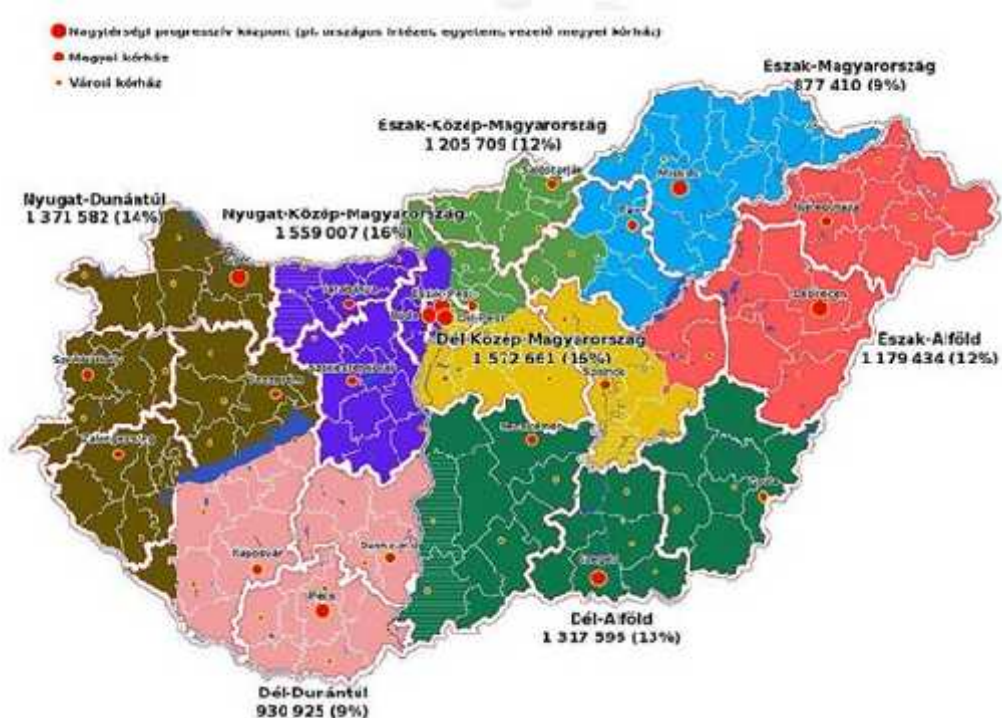
A kapacitásszabályozás nemzetközi gyakorlatban megismert módszereit a hazai szabályozók is ismerik és alkalmazzák, azonban nem koherens rendszerként, hanem ciklusokhoz kötődően, elhagyva az előző szabályozás pozitív elemeit. Az egészségügyi ellátórendszer kapacitásainak szabályozására irányuló jogszabályok nem mindegyike



törekedett a kórházi ágyak közötti, az aktív-krónikus ellátás arányaihoz kapcsolódó ellentétek feloldására, mint ahogy nem volt minden esetben a kapacitás meghatározásának módszertana sem ismert, azért a transzparencia sem volt biztosított.

A hazai szabályozási rendszer sajátossága, hogy felülrevezélt, kevés érdemi kompromisszumkötési lehetőséget hagy a regionális szereplőknek. Fontos lenne figyelmet fordítani arra, hogy a kapacitásszabályozás során a fekvő és a járóbeteg-ellátás kapacitásai egységes rendszer keretében kerüljenek meghatározásra.

A hazai egészségügy talpra állítását célzó Semmelweis – tervben a szerkezeti átalakításokat egy szükséglettérkép és egy kapacitástervezési rendszer támogatja, amely számos adatbázis összekapcsolásával kerül kialakításával. Létrejön egy, az ellátóintézmények koordinációját végző, betegút-szervezést segítő központi intézmény az, amely támogatja a járóbeteg-szakellátás betegút-szervezését, irányítja az egészségügyi, és a szociális intézmények kapacitásátrendezést, illetve bizonyos funkciók (közös beszerzés, energiaellátás) integrációját. A betegút-szervezési funkció megvalósulásának érdekében az országot 9-10 ilyen nagyobb területi integrációs egységre osztják egyenként közel egymillió lakossal.



9.1. ábra

Hazánk egészségügyének nagytérségi beosztása a Semmelweis terv keretében  
(Forrás: NEFMI, 2012)

Az egészségügyi rendszer újraszervezése ágazati stratégia mentén történik az ellátórendszer fokozatos, a helyi szükségletekhez igazodó átalakításával, megújításával. A kórházak esetében a cél az egyértelmű feladat-kijelölés (szükséglet alapú kapacitás szabályozás) a párhuzamosságok megszüntetése, a szakmai progresszivitás elvének maradéktalan érvényesítése, az állami szerepvállalás erősítésével. A súlyponti kórházi fogalom megszüntetése után a morbiditási mutatók folyamatos monitorozására alapozva megerősítésre kerülnek a megyei- és szakkórházak, miközben a városi kórházak munkáját átstrukturizálni kell. A jelentős költségigény ellátások országos szakmai központokba kerülnek koncentrálásra. Újraértékelésre kerülnek a szakmai minimumfeltételek és irányelvek valamint a területi ellátási kötelezettség rendszere. A hazai ellátási térkép és a nemzetközi tapasztalatok alapján a speciális erőforrásokat igénylő szakterületek hozzávetőlegesen egymillió lakosra kerülnek megszervezésre.

## 10. Új eredmények, gyakorlati hasznosítás összefoglalása

Az értekezésben bemutatott elemzéseink számos új eredményt és gyakorlati hasznosítási lehetőséget is tartalmaznak, amelyeket az alábbiak szerint foglaltunk össze:

1. Az értekezés keretei között mutattuk be és elemeztük mindazokat a tényezőket, amelyek hatást gyakoroltak a hazai ispotályok és kórházak rendszerének fejlődéstörténetére az államalapítástól kezdve napjainkig, külön figyelmet fordítva a jelenlegi ellátórendszer struktúrájára gyakorolt hatásokra.
2. A szakirodalmi adatok kritikai elemzésével létrehoztuk az államalapítástól a felvilágosult abszolútizmusig terjedő időszak magyar ispotályait és azok legfontosabb alapítási adatait tartalmazó, ismereteink szerint legteljesebb, ellenőrzött és strukturált adatbázisát, amelyet kartogramokkal is megjelenítettünk.
3. Létrehoztuk a hazai kórházak legfontosabb alapítási adatait tartalmazó strukturált adatbázist a felvilágosult abszolútizmustól kezdődően napjainkig segítséget nyújtva ezzel a kórházi ellátórendszer fejlődését vizsgáló tudományos kutatások számára.
4. Feltártuk és bemutattuk a felvilágosult abszolútizmustól kezdődően napjainkig a jogszabályalkotók által létrehozott, a kórházak alapítását és működését alapvetően szabályozó jogforrásokat, bemutattuk azokat az okokat, amelyek létrehozásukat indokolták, kielemeztük a jogszabályi környezet változásainak hatását a kórházi ellátórendszerre, illetve annak struktúrára, és mutatószámaira.
5. Összegejtöttük, megtisztítottuk és rendszereztük a felvilágosult abszolútizmustól kezdődően keletkezett, a kórházi ellátórendszer működését reprezentáló statisztikai adatokat, és demográfiai mutatószámokat, amelyek közül meglátásunk szerint különösen jelentősek azok az adatok, amelyek a Központi Statisztikai Hivatal (illetve jogelődjei) működésének megkezdése előtti időszakra vonatkoznak.
6. A nemzetközi szakirodalom eredményeinek feldolgozásával összegejtöttük és bemutattuk azokat az egészségügyi kapacitásszabályozási módszereket, amelyek alkalmasak a hazai kapacitásszabályozás módszertanba történő felhasználásra.
7. Bemutattuk a hazai egészségügyi rendszer kapacitásszabályozás jogi eszközrendszerét, elemeztük a legfontosabb kapacitásszabályozási jogszabályok hatásait a rendszerváltást követő hazai kórházi ellátórendszerre vonatkozóan.

Az értekezésben bemutatott kutatások gyakorlati hasznosítási lehetőséget is tartalmaznak, hiszen elkészítése során létrejött, a középkori ispotályok és a modern értelemben vett kórházak alapítási adatait tartalmazó adatbázisok kiinduló pontjául szolgálhatnak a kórházi ellátórendszer történetét vizsgáló történelmi- és egészségügyi kutatásokhoz, el segítve ezáltal a kórházak fejlődéstörténetének tudományos vizsgálatát és a tudományterület kritikai vitákkal megalapozott fejlődését.

Reményeink szerint a létrehozott adatbázisok segítséget nyújtanak a hazai kórházi ellátórendszer átalakítását, racionalizálását végző döntéshozóknak a történelmi „gyökerek” megismerésére és figyelembe vételére a döntéshozatali mechanizmusba építetten. Az értekezésben bemutatott nemzetközi kapacitásszabályozási módszerek bevezetése és alkalmazása hozzájárulhat ahhoz, hogy a megújuló hazai kapacitásszabályozás eredményeként kiszámítható, fenntartható és költséghatékony kórházi ellátórendszer jöhessen létre hazánkban.

A kórházak és a kórházi ágyak számában bekövetkező dinamikus változás, és a lakosság egészségügyi szükségletekhez való igazodás volt megfigyelhető az évszázadok során. A népbetegség specifikus intézmények sora a leprosoriumok kezdődött, ezt követték a pestises betegeket ellátó intézmények, majd már a modernebb időkben a tüdő betegek, a pszichiátriai betegek, vagy idős ellátó helyei alakultak ki. Ezek elrevetítik a jövőbeni alkalmazkodás szükségességét, azonban elreláthatólag nem az új betegségekhez, hanem az új egészségügyi technológiákhoz (pl. minimál invazív sebészet), vagy korszerű ellátási formákhoz (pl. egynapos ellátások).

A történelmi áttekintés íve révén láthatóvá válnak a kórházak létrejöttének vagy hiányának magyarázó tényezői: szerzetesrendek megtelepedése, városi polgárság létrejötte, háborús időszakok, török megszállás, gazdasági fellendülés, politikai motivációk. Ezen, akár évszázados motivációs faktorok – kissé talán módosult formában – de ma is jelentős hatással vannak a magyar kórházrendszer átalakítására, fejlesztésére.

A nemzetközi tapasztalatok alapján fontos itt is kiemelni, hogy a kórházi kapacitások kialakításában meghatározó szerepet kell kapniuk a lakossági szükségleteknek.

## 11. Köszönetnyilvánítás

Az értekezés elkészítése hatalmas kihívásként állt el ttem az elmúlt évek során, ugyanakkor számos tapasztalattal gazdagodtam a munka során. Rengeteg ember segítségére, bátorító támogatására volt szükség kutatómunkám elvégzéséhez, eredményeim összegzéséhez.

Ezúton is szeretném kifejezni köszönetemet,

**Boncz Imre** professzor úrnak (Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Egészségbiztosítási Intézet) a kutatómunkám során biztosított támogatásáért, a doktori értekezés elkészítése során nyújtott témavezet i segítségért, valamint szinte ösztönzéséhez;

**Kovács L. Gábor** professzor úrnak, az MTA tagjának (Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Egészségtudományi Doktori Iskola) amiért a doktori iskola programvezet jeként lehet vé tette tudományos munkám folytatását;

**Bódis József** professzor úrnak (Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Egészségtudományi Doktori Iskola), aki a doktori iskola vezet jeként lehet vé tette, hogy az egészség tudomány határterületének számító értekezés védésre kerülhessen;

**Betlehem József** tanár úrnak (Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar), közvetlen munkahelyi vezet mnek, aki emberségével, múlhatatlan türelmével lehet vé tette tudományos munkám folytatását, baráti tanácsaival hozzájárulva értekezésem elkészültéhez;

**Mészáros Lajos** emeritus f iskolai tanár úrnak (Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Egészségbiztosítási Intézet), amiért atyai tanácsaival felkeltette érdekl désemet a tudományos munka iránt és lehet séget biztosított arra, hogy a Kar családjában kezdhessem el munkámat.

a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar minden olyan munkatársának, aki tanácsaival, támogatásával és megértésével hozzájárult értekezésem elkészítéséhez.

Családomnak, édesanyámnak, testvéremnek, feleségemnek **Áginak** és kisfiamnak **Áronnak** megért türelmükért, támogatásukért és feltétel nélküli szeretetükért.

## 12. Publikációs jegyzék

### KÖZLEMÉNYEK

1. Ágoston I, Vas G, Endrei D, Zemplényi A, Molics B, Lampek K, Boncz I. *Egészségügyi kapacitások szabályozásának szakirodalmi áttekintése a nemzetközi gyakorlatban*. Egészségakadémia. 2013, in press
2. Ágoston I, Vas G, Endrei D, Zemplényi A, Molics B, Szarka E, Cs. Horváth Z, Boncz I. *A magyarországi ispotályok kialakulásának és fejl désének történelmi áttekintése a II. – 18. század kezdete közötti id szakban*. Egészségügyi Gazdasági Szemle. 2012;50(4): 2-13.
3. Ágoston I; Vas G; Endrei D; Zemplenyi A; Molics B; Szarka E; Cs Horvath Z; Boncz I. **A magyar kórházi ellátórendszer fejl déstörténete a felvilágosult abszolutizmustól a II. világháború végéig**. Egészség-Akadémia. 2011; 8(4):272-285.
4. Endrei D, Kollár L, Zemplényi A, Ágoston I, Betlehem J, Lampek K, Molics B, Boncz I.A *teljesítmény-volumen korlát (TVK) hatása az aktív fekv beteg szakellátás teljesítménymutatóira 2004-2008 között*. Egészségügyi Gazdasági Szemle. 2011; 49(1):2-9.
5. Endrei D, Kollár L, Bódis J, Zemplényi A, Vas G, Ágoston I, Boncz I. *Az el re meghatározott alapdíjjal finanszírozott teljesítmény (EMAFT) hatása a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ finanszírozására*. Informatika és Menedzsment az Egészségügyben. 2011;10(1):30-34.
6. Boncz I, Brodszky V, Péntek M, Ágoston I, Nagy Zs, Kárpáti K, Kriszbacher I, Fuszek P, GulácsiL. *The disease burden of colorectal cancer in Hungary*. Eur J Health Econ. 2010; 10(1): 35-40.(Impact factor: 1,755)
7. Ágoston I, Sándor J, Kárpáti K, Péntek M. *Economic considerations of HPV vaccination*. Prev. Med. 2010; 50(1-2):93. (Impact factor: 3,299)
8. Ágoston I, Vas G, Imhof G, Endrei D, Betlehem J, Boncz I. *A magyar egészségügyi kapacitások törvényi szabályozásának változásai*. Egészségügyi. Gazdasági Szemle. 2009; 47(4):3-7.
9. Vas G, Imhof G, Ágoston I, Vas B, Betlehem J, Kresák G, Endrei D, Zemplényi A, Boncz I. *A 2007. április 1-i egészségügyi reform intézkedések hatása az összes kórházi ágyszámra*. Egészségügyi Gazdasági Szemle. 2009; 47(4):5-11.
10. Vas G, Kóti Cs, Imhof G, Ágoston I, Vas B, Betlehem J, Kresák G, Boncz I. *A kórházi ágyszámok alakulása Magyarországon 1990-2008. között*. N vér. 2009; 22(2):31-37.
11. Vas G, Kóti Cs, Imhof G, Ágoston I, Vas B, Boncz I. *Kórházi ágyszámok összehasonlítása nemzetközi viszonylatban*. Egészségügyi Gazdasági Szemle. 2008;46(6):39-43.

12. Ágoston I. **Az egészségügyi dolgozók felelősségi viszonyai és kártérítési kötelezettsége.** N. évr. 2006; 19(4):17-25.

**NEMZETKÖZLI KONFERENCIASZEREPLÉSEK ABSZTRAKT PUBLIKÁCIÓVAL**

1. Molics B, Gombos G, Ágoston I, Kránicz J, Schmidt B, N. t L, Cs. Horváth Z, Gresz M, Boncz I. ***The distribution of outpatient physiotherapy services in Hungary.*** Value Health; 2012; 15(7): A524.
2. Turcsányi K, Domján P, Pakai A, Gombos G, Ágoston I, Vas G, Molics B, Éliás Z, Kriszbacher I, Boncz I. ***Inequalities in the utilization of home hospice services in Hungary.*** Value Health; 2011; 14(7): A342.
3. Molics B, Éliás Z, Ágoston I, Vas G, Endrei D, Kriszbacher I, Sebestyén A, Kránicz J, Schmidt B, Boncz I. ***Utilization of physiotherapy services in Hungary.*** Value Health; 2011; 14(7): A353.
4. Cs. Horváth Z, Molics B, Ágoston I, Sebestyén A, Boncz I. ***Geographical inequalities of home care (nursing) in Hungary.*** Value Health; 2011; 14(7): A551.
5. Boncz I, Endrei D, Molics B, Ágoston I, Turcsányi K, Domján P, Betlehem J, Oláh A, Sebestyén A. ***Increased market share of private, for-profit health care providers from the Hungarian health insurance budget between 2006-2009.*** Value Health; 2011; 14(7): A552.
6. Varga S, Gresz M, Kriszbacher I, Oláh A, Betlehem J, Sebestyén A, Ágoston I, Boncz I. ***Patient discharge from intensive care units within and between hospitals in Hungary.*** Value Health; 2010; 13(7): A405.
7. Domján P, Zsigmond E, Ágoston I, Boncz I. ***Health insurance subsidy of spa treatment in Hungary.*** Value Health; 2010; 13(7): A415.
8. Varga S, Gresz M, Ágoston I, Vas G, Sebestyén A, Betlehem J, Kriszbacher I, Nagy Z, Boncz I. ***Bed occupancy rate of Hungarian intensive care units.*** Value Health, 2009, 12(7): A238.
9. Nagy Z, Molnár MP, Sebestyén A, Kriszbacher I, Ágoston I, Vas G, Varga S, Boncz I. ***Calculation of delay of decision-making on pharmaceutical reimbursement in simplified procedure in Hungary.*** Value Health, 2009, 12(7): A239-240.
10. Vas G, Ágoston I, Nagy Z, Sebestyén A, Kriszbacher I, Betlehem J, Varga S, Boncz I. ***Regional differences in acute care hospital bed capacities following the 2006-2008 health care reform in Hungary.*** Value Health, 2009, 12(7): A252.
11. Varga S, Bogár L, Boncz I, Ágoston I, Vas G, Sebestyén A, Kriszbacher I, Betlehem J. ***Market share of Hungarian intensive care units from the total hospital care measured by the Diagnoses Related Groups (DRG) system.*** Intens Care Med, 2009, 35(1): S171.
12. Varga S, Bogar L, Sebestyén A, Vas G, Ágoston I, Kriszbacher I, Boncz I. ***Changes of the case-mix index of the Hungarian intensive care units.*** Value Health, 2009, 12(3):A79.

13. Varga S, Bogar L, Sebestyén A, Vas G, Nagy Zs, Ágoston I, Kriszbacher I, Boncz I. *Market share of intensive care units in Hungary according to the DRG system*. Value Health, 2009, 12(3):A79.
14. Kövi R, Körosi L, Sebestyén A, Ágoston I, Nagy Z, Kriszbacher I, Oláh A, Molnár A, Péntek M, Boncz I. *The effect of the withdrawal of visit fee on the number of patient-visits to outpatient care departments in Hungary*. Value Health, 2009, 12(3):A85-86.
15. Vas G, Sebestyén A, Ágoston I, Varga S, Kriszbacher I, Betlehem J, Boncz I. *Comparative analysis of hospital bed capacities of old (EU-15) and new (EU-12) member states of the European Union*. Value Health, 2008, 11(6):A369.
16. Boncz I, Sebestyén A, Betlehem J, Brodszky V, Kárpáti K, Ágoston I, Kriszbacher I, Gulácsi L. *The effect of the performance volume limit (PVL) on the DRG financing of the Hungarian hospitals*. Value Health, 2008, 11(3):A48.
17. Boncz I, Bódis J, Sebestyén A, Betlehem J, Gulácsi L, Ágoston I, Nagy Z, Kriszbacher I. *Effect of the Hungarian organized nationwide cervical cancer screening programme on the coverage of women under the age of 25 years*. Value Health, 2008, 11(3):A81-82.
18. Boncz I, Sebestyén A, Pintér I, Ágoston I, Betlehem J, Oláh A, Gulácsi L, Nagy J. *Increasing market share of private dialysis centres from health insurance expenditures in Hungary*. Value Health, 2007, 10(6):A318.
19. Boncz I, Péntek M, Ágoston I, Betlehem J, Kárpáti K, Brodszky V, Gulácsi L, Sebestyén A. *Gap between treatment cost of and mortality due to cervical cancer in Hungary*. Value Health, 2007, 10(6):A338.

#### NEMZETKÖZIKONFERENCIA SZEREPLÉSEK

1. Ágoston I, Molics B, Vas G, Endrei D, Boncz I. *Hospital structure reforms in Hungary*. 9th European Conference on Health Economics (poster presentation), Switzerland, Zürich, 18-21 July, 2012.
2. Boncz I, Ágoston I, Molics B, Vas G, Endrei D. *The Hungarian health insurance pharmaceutical budget decreased between 2006-2010*. 9th European Conference on Health Economics, Switzerland, Zürich, 18-21 July, 2012.
3. Molics B, Gombos G, Ágoston I, Kránicz J, Schmidt B, Némethy L, Cs. Horváth Z, Gresz M, Boncz I. *The distribution of outpatient physiotherapy services in Hungary*. ISPOR 15th Annual European Congress (poster presentation), Germany, Berlin, 3-7 November 2012.
4. Turcsányi K, Domján P, Pakai A, Gombos G, Ágoston I, Vas G, Molics B, Éliás Z, Kriszbacher I, Boncz I. *Inequalities in the utilization of home hospice services in Hungary*. ISPOR 14th Annual European Congress (poster presentation), Spain, Madrid, 5-8 November 2011.



5. Molics B, Éliás Z, Ágoston I, Vas G, Endrei D, Kriszbacher I, Sebestyén A, Kránicz J, Schmidt B, Boncz I. ***Utilization of physiotherapy services in Hungary***. *ISPOR 14th Annual European Congress (poster presentation)*, Spain, Madrid, 5-8 November 2011.
6. Varga S, Gresz M, Kriszbacher I, Oláh A, Betlehem J, Sebestyén A, Ágoston I, Boncz I. ***Patient discharge from intensive care units within and between hospitals in Hungary***. *ISPOR 13th Annual European Congress (poster presentation)*, Czech Republic, Prague, 6-9 November 2010.
7. Domján P, Zsigmond E, Ágoston I, Boncz I. ***Health insurance subsidy of spa treatment in Hungary***. *ISPOR 13th Annual European Congress (poster presentation)*, Czech Republic, Prague, 6-9 November 2010.
8. Varga S, Gresz M, Ágoston I, Vas G, Sebestyén A, Betlehem J, Kriszbacher I, Nagy Z, Boncz I. ***Bed occupancy rate of Hungarian intensive care units***. *ISPOR 12th Annual European Congress (poster presentation)*, France, Paris, 24-27 October 2009.
9. Nagy Z, Molnár MP, Sebestyén A, Kriszbacher I, Ágoston I, Vas G, Varga S, Boncz I. ***Calculation of delay of decision-making on pharmaceutical reimbursement in simplified procedure in Hungary***. *ISPOR 12th Annual European Congress (poster presentation)*, France, Paris, 24-27 October 2009.
10. Vas G, Ágoston I, Nagy Z, Sebestyén A, Kriszbacher I, Betlehem J, Varga S, Boncz I. ***Regional differences in acute care hospital bed capacities following the 2006-2008 health care reform in Hungary***. *ISPOR 12th Annual European Congress (poster presentation)*, France, Paris, 24-27 October 2009.
11. Varga S, Bogár L, Boncz I, Ágoston I, Vas G, Sebestyén A, Kriszbacher I, Betlehem J. ***Market share of Hungarian intensive care units from the total hospital care measured by the Diagnoses Related Groups (DRG) system***. *22<sup>nd</sup> Annual Congress of the European Society of Intensive Care Medicine (poster)*, Austria, Vienna, 12-14 October, 2009
12. Varga Sz, Bogar L, Sebestyén A, Vas G, Ágoston I, Kriszbacher I, Boncz I. ***Changes of the case-mix index of the Hungarian intensive care units***. *ISPOR 14<sup>th</sup> Annual International Meeting (poster presentation)*, USA, Orlando, 16-20 May, 2009.
13. Varga Sz, Bogar L, Sebestyén A, Vas G, Nagy Zs, Ágoston I, Kriszbacher I, Boncz I. ***Market share of intensive care units in Hungary according to the DRG system***. *ISPOR 14<sup>th</sup> Annual International Meeting (poster presentation)*, USA, Orlando, 16-20 May, 2009.
14. Kövi R, Körsi L, Sebestyén A, Ágoston I, Nagy Zs, Kriszbacher I, Oláh A, Molnár A, Péntek M, Boncz I. ***The effect of the withdrawal of visit fee on the number of patient-visits to outpatient care departments in Hungary***. *ISPOR 14<sup>th</sup> Annual International Meeting (poster presentation)*, USA, Orlando, 16-20 May, 2009.
15. Vas G, Sebestyén A, Ágoston I, Varga S, Kriszbacher I, Betlehem J, Boncz I. ***Comparative analysis of hospital bed capacities of old (EU-15) and new (EU-12) memberstates of the***

- European Union. ISPOR 11<sup>th</sup> Annual European Congress (poster presentation)*, Athens, Greece, 8-11 November, 2008.
16. Boncz I, Sebestyén A, Ágoston I, Vas G, Gulácsi L, Betlehem J, Oláh A, Kriszbacher I. ***Balancing the budget of the Hungarian National Health Insurance Fund Administration (OEP) in 2007. ISPOR 3rd Asia-Pacific Conference (poster presentation)***, South Korea, Seoul, 7-9 September, 2008.
  17. Boncz I, Sebestyén A, Ágoston I, Nagy Z, Vas G, Gulácsi L, Oláh A, Betlehem J, Kriszbacher I. ***The effect of the performance volume limit (PVL) on the patient admissions of the Hungarian hospitals. ISPOR 3rd Asia-Pacific Conference (poster presentation)***, South Korea, Seoul, 7-9 September, 2008.
  18. Nagy Z, Sebestyén A, Vas G, Ágoston I, Kriszbacher I, Oláh A, Boncz I. ***Introduction of health-economics into governmental decision making on drug reimbursement in Hungary. ISPOR 3rd Asia-Pacific Conference (poster presentation)***, South Korea, Seoul, 7-9 September, 2008.
  19. Ágoston I, Sebestyén A, Nagy Z, Vas G, Kriszbacher I, Boncz I. ***Comparing the legal background of hospital bed reduction in Hungary in 1996 and in 2007. ISPOR 3rd Asia-Pacific Conference (poster presentation)***, South Korea, Seoul, 7-9 September, 2008.
  20. Vas G, Sebestyén A, Ágoston I, Nagy Z, Kriszbacher I, Betlehem J, Vas B, Boncz I. ***The effect of current (2007) health care reforms on the number of hospital beds in Hungary. ISPOR 3<sup>rd</sup> Asia-Pacific Conference (poster presentation)***, South Korea, Seoul, 7-9 September, 2008.
  21. Boncz I, Sebestyén A, Betlehem J, Brodszky V, Kárpáti K, Ágoston I, Kriszbacher I, Gulácsi L. ***The effect of the performance volume limit (PVL) on the DRG financing of the Hungarian hospitals. ISPOR 13<sup>rd</sup> Annual International Meeting (poster presentation)***, Canada, Toronto, 3-7 May, 2008.
  22. Boncz I, Bódis J, Sebestyén A, Betlehem J, Gulácsi L, Ágoston I, Nagy Z, Kriszbacher I. ***Effect of the Hungarian organized nationwide cervical cancer screening programme on the coverage of women under the age of 25 years. ISPOR 13<sup>rd</sup> Annual International Meeting (poster presentation)***, Canada, Toronto, 3-7 May, 2008.
  23. Boncz I, Sebestyén A, Pintér I, Ágoston I, Betlehem J, Oláh A, Gulácsi L, Nagy J. ***Increasing market share of private dialysis centres from health insurance expenditures in Hungary. ISPOR 10<sup>th</sup> Annual European Congress (poster presentation)***, Dublin, Ireland, 20-23 October, 2007.
  24. Boncz I, Péntek M, Ágoston I, Betlehem J, Kárpáti K, Brodszky V, Gulácsi L, Sebestyén A. ***Gap between treatment cost of and mortality due to cervical cancer in Hungary. ISPOR 10<sup>th</sup> Annual European Congress (poster presentation)*** Dublin, Ireland, 20-23 October, 2007.

#### **HAZAI KONFERENCIA SZEREPLÉSEK**

1. Ágoston I. *A magyar kórházi ellátórendszer fejl. déstörténete 1876-tól 2010-ig, a jogszabályi környezet változásainak tükrében.* A Magyar Epidemiológiai Társaság VII. és a Közép-európai Kemoprevenziós Társaság els. közös nemzetközi kongresszusa. (el. adás) Magyarország, Pécs, 2013. április 5-6.
2. Ágoston I., Vas G, Endrei D, Lampek K, Sebestyén A, Boncz I. **Legislation of hospital capacities in Hungary.** *International conference of preventive medicine and public health (poster presentation), Pécs, Hungary, 19-20 November 2010.*
3. Boncz I, Ágoston I., Vas G, Lampek K, Endrei D, Sebestyén A. **Financing of the Hungarian health care: facts and trends.** *International conference of preventive medicine and public health, Pécs, Hungary, 19-20 November 2010.*
4. Endrei D, Kollár L, Bódis J, Zemplényi A, Vas G, Ágoston I., Lampek K, Boncz I. **The effect of reimbursement via preannounced performance base-fee on the health insurance reimbursement of the Clinical Centre of the University of Pécs.** *International conference of preventive medicine and public health (poster presentation), Pécs, Hungary, 19-20 November 2010.*
5. Lampek K, Ágoston I., Vas G, Endrei D, Sebestyén A, Boncz I. **The Changes of Health Status of Hungarian Population after the Economic and Social Transition.** *International conference of preventive medicine and public health (poster presentation), Pécs, Hungary, 19-20 November 2010.*
6. Sebestyén A, Lampek K, Vas G, Ágoston I., Boncz I. **1 year mortality rate after second hip and femur fractures over 60.** *International conference of preventive medicine and public health (poster presentation), Pécs, Hungary, 19-20 November 2010.*
7. Vas G, Ágoston I., Endrei D, Lampek K, Sebestyén A, Boncz I. **Changes of hospital bed capacities in Hungary.** *International conference of preventive medicine and public health (poster presentation), Pécs, Hungary, 19-20 November 2010.*

Közlemények összesített impact factor: 5,054

## 13. Mellékletek

**Ispotályok Magyarországon a XI-XIII. században alapításuk dátuma és fenntartójuk szerint**

Szám	Város neve	Város mai neve	Alapítás	Fenntartó	Kategória
1	Pannonhalma	Pannonhalma	996	Szerzetesrend	Bencés
2	Daróc	Sárosdaróc	1000	Nem ismert	Nem ismert
3	Esztergom	Esztergom	1000	Szerzetesrend	Szent Keresztes
4	Pécsvárad	Pécsvárad	1007	Szerzetesrend	Bencés
5	Bakonybél	Bakonybél	1018	Szerzetesrend	Bencés
6	Zalavár	Zalavár	1019	Szerzetesrend	Bencés
7	Gy r	Gy r	1031	Szerzetesrend	Szent Keresztes
8	Kolozsmonostor	Kolozsvár	1061	Szerzetesrend	Bencés
9	Garamszentbenedek	Garamszentbenedek	1075	Szerzetesrend	Bencés
10	Tolnavár	Tolna	1092	Szerzetesrend	Bencés
11	Fehérvár	Székesfehérvár	1093	Szerzetesrend	Szent Keresztes
12	Pozsony	Pozsony	1100	Polgári betegápoló rend	Antonita
13	Baranyavár	Baranyavár	11. sz.	Szerzetesrend	Bencés
14	Keszthely	Keszthely	11. sz.	Betegápoló lovagrend	Johannita
15	Nándorfehérvár	Belgrád	11. sz.	Szerzetesrend	Bencés
16	Valkóvár	Vukovár	11. sz.	Szerzetesrend	Bencés
17	Nagyvárad	Nagyvárad	1138	Betegápoló lovagrend	Johannita
18	Székesfehérvár	Székesfehérvár	1138	Betegápoló lovagrend	Templomos
19	Eger	Eger	1150	Nem ismert	Nem ismert
20	Esztergom	Esztergom	1150	Betegápoló lovagrend	Szent István
21	Csurgó	Csurgó	1163	Betegápoló lovagrend	Johannita
22	Szente	Szente	1163	Szerzetesrend	Bencés
23	Várad	Nagyvárad	1165	Betegápoló lovagrend	Johannita
24	Veszprém	Veszprém	1180	Nem ismert	Nem ismert
25	Olthévíz	Olthévíz	1186	Betegápoló lovagrend	Johannita
26	Buda	Budapest	1187	Betegápoló lovagrend	Johannita
27	Buda	Budapest	12. sz.	Betegápoló lovagrend	Johannita
28	Somogyvár	Somogyvár	12. sz.	Szerzetesrend	Bencés
29	Pannonhalma	Pannonhalma	1201	Szerzetesrend	Bencés
30	Ligetbánya	Libetbánya	1208	Nem ismert	Nem ismert
31	Borsa	Borsa	1211	Betegápoló lovagrend	Szent Sír
32	Poroszló	Poroszló	1216	Nem ismert	Nem ismert
33	Hévíz	Miskolc	1217	Szerzetesrend	Bencés
34	Kalocsa	Kalocsa	1221	Szerzetesrend	Ciszterci
35	Nagyszeben	Nagyszeben	1222	Polgári betegápoló rend	Szentlélek
36	Sarnyik	Savnik	1223	Szerzetesrend	Ciszterci
37	Bács	Bács	1234	Szerzetesrend	Ciszterci
38	Eger	Eger	1240	Egyház	Római Katolikus
39	Szemenye	Szemenye	1248	Szerzetesrend	Ferences
40	Hévíj (Várad)	Nagyvárad	1249	Szerzetesrend	Ciszterci
41	Margitsziget	Budapest	1251	Betegápoló lovagrend	Johannita
42	Margitsziget	Budapest	1252	Szerzetesrend	Domonkos
43	Füzigthü	Füzeskürt	1269	Nem ismert	Nem ismert
44	Selmecbánya	Selmecbánya	1275	Szerzetesrend	Domonkos
45	Sopron	Sopron	1275	Betegápoló lovagrend	Johannita
46	Buda	Budapest	1280	Betegápoló lovagrend	Johannita
47	Kompolt	Kompolt	1280	Nem ismert	Nem ismert
48	Kassa	Kassa	1283	Betegápoló lovagrend	Johannita
49	Daróc	Sárosdaróc	1288	Polgári betegápoló rend	Antonita
50	Nagyszeben	Nagyszeben	1292	Polgári betegápoló rend	Szentlélek
51	Beszterce	Beszterce	1295	Betegápoló lovagrend	Johannita
52	Apátfalva	Apátfalva	13. sz.	Nem ismert	Nem ismert
53	Bátmonostor	Bátmonostor	13. sz.	Szerzetesrend	Bencés
54	Bodrogkeresztúr	Bodrogkeresztúr	13. sz.	Szerzetesrend	Bencés
55	Géder	Géderlak	13. sz.	Nem ismert	Nem ismert

**Ispotályok Magyarországon a XIV-XV. században alapításuk dátuma és fenntartójuk szerint**

Szám	Város neve	Város mai neve	Alapítás	Fenntartó	Kategória
1	Besztercebánya	Besztercebánya	1303	Polgári betegápoló rend	Szentlélek
2	Mateóc	Mateóc	1323	Betegápoló lovagrend	Johannita
3	Pécsvárad	Pécsvárad	1329	Nem ismert	Nem ismert
4	Bót	Botpuszta	1333	Város	Városi polgárság
5	Óbuda	Budapest	1337	Betegápoló lovagrend	Johannita
6	Várad	Nagyvárad	1339	Város	Városi polgárság
7	Nagyvárad	Nagyvárad	1342	Betegápoló lovagrend	Lazarita
8	Besztercebánya	Besztercebánya	1363	Város	Városi polgárság
9	Iglo	Iglo	1364	Szerzetesrend	Karthazi
10	Kassa	Kassa	1375	Betegápoló lovagrend	Johannita
11	Trencsén	Trencsén	1380	Szerzetesrend	Ferences
12	Körmöcbánya	Körmöcbánya	1382	Egyház	Bizánci
13	Újbánya	Újbánya	1382	Egyház	Bizánci
14	Bártfa	Bártfa	1386	Város	Városi polgárság
15	Nagyszeben	Nagyszeben	1386	Város	Városi polgárság
16	Buda	Budapest	1390	Betegápoló lovagrend	Lazarita
17	Kassa	Kassa	1392	Város	Városi polgárság
18	Pozsony	Pozsony	1392	Város	Városi polgárság
19	Pécs	Pécs	1397	Betegápoló lovagrend	Johannita
20	Hunfalu	Hunfalu	14. sz	Betegápoló lovagrend	Szent Sír
21	Kalocsa	Kalocsa	14. sz	Egyház	Bizánci
22	Lándok	Lándok	14. sz	Betegápoló lovagrend	Szent Sír
23	Lippa	Lippa	14. sz	Szerzetesrend	Ferences
24	Menedékk	Menedékk	14. sz	Szerzetesrend	Karthazi
25	Stóla	Stóla	14. sz	Szerzetesrend	Bencés
26	Szepesváralja	Szepesváralja	1400	Szerzetesrend	Ágoston
27	Barcz	Bars	1402	Város	Városi polgárság
28	L cse	L cse	1416	Nem ismert	Leprosorium
29	Gyulafehérvár	Gyulafehérvár	1418	Egyház	Római Katolikus
30	Nagyvárad	Nagyvárad	1427	Város	Városi polgárság
31	Kassa	Kassa	1431	Egyház	Római Katolikus
32	Bártfa	Bártfa	1432	Nem ismert	Leprosorium
33	Buda	Budapest	1432	Nem ismert	Leprosorium
34	Tövis	Tövis	1449	Nem ismert	Leprosorium
35	Újlak	Újlak	1452	Egyház	Római Katolikus
36	Zágráb	Zágráb	1453	Egyház	Római Katolikus
37	Kassa	Kassa	1456	Nem ismert	Nem ismert
38	Monostork	Monostork	1458	Nem ismert	Nem ismert
39	Szeged	Szeged	1458	Betegápoló lovagrend	Johannita
40	Veszprém	Veszprém	1458	Egyház	Római Katolikus
41	Eperjes	Eperjes	1464	Nem ismert	Leprosorium
42	Pest	Budapest	1467	Betegápoló lovagrend	Johannita
43	Nagyszeben	Nagyszeben	1475	Nem ismert	Leprosorium
44	Kassa	Kassa	1487	Nem ismert	Nem ismert
45	Medgyes	Medgyes	1487	Nem ismert	Leprosorium
46	Kolozsvár	Kolozsvár	15. sz	Nem ismert	Leprosorium
47	Rozsnyó	Rozsnyó	15. sz	Nem ismert	Leprosorium
48	Zágráb	Zágráb	15. sz	Város	Városi polgárság

**Ispótyalok Magyarországán a XVI-XVIII. század elején alapításuk dátuma és fenntartójuk szerint**

Szám	Város neve	Város mai neve	Alapítás	Fenntartó	Kategória
1	Beckó	Beckó	1500	Szerzetesrend	Ágoston
2	Miskolc	Miskolc	1507	Egyház	Római Katolikus
3	L cse	L cse	1515	Nem ismert	Leprosorium
4	Selmecebánya	Selmecebánya	1523	Város	Városi polgárság
5	Sopron	Sopron	1526	Egyház	Izraelita
6	Buda	Budapest	1527	Katonai	Katonai
7	Debrecen	Debrecen	1529	Város	Városi polgárság
8	Gy r	Gy r	1529	Egyház	Római Katolikus
9	Bártfa	Bártfa	1530	Város	Városi polgárság
10	Brassó	Brassó	1530	Egyház	Protestáns
11	Szokolca	Szokolca	1530	Város	Városi polgárság
12	Újbánya	Újbánya	1530	Város	Városi polgárság
13	Buda	Budapest	1535	Város	Városi polgárság
14	Bazin	Bazin	1548	Nem ismert	Nem ismert
15	Göncz	Gönc	1556	Nem ismert	Nem ismert
16	Kolozsvár	Kolozsvár	1559	Egyház	Protestáns
17	Segesvár	Segesvár	1570	Polgári betegápoló rend	Antonita
18	Trencsén	Trencsén	1580	Város	Megyei
19	Debrecen	Debrecen	1586	Nem ismert	Nem ismert
20	Palánka	Palánka	1591	Katonai	Janicsárkórház
21	Eger	Eger	1596	Egyház	Római Katolikus
22	Beregszász	Beregszász	16. sz	Nem ismert	Nem ismert
23	Besztercebánya	Besztercebánya	16. sz	Nem ismert	Nem ismert
24	Eperjes	Eperjes	16. sz	Egyház	Protestáns
25	Galgócz	Galgócz	16. sz	Nem ismert	Nem ismert
26	Kassa	Kassa	16. sz	Egyház	Protestáns
27	Nagyenyezd	Nagyenyed	16. sz	Egyház	Protestáns
28	Sárospatak	Sárospatak	16. sz	Egyház	Protestáns
29	Torda	Torda	16. sz	Nem ismert	Nem ismert
30	Ungvár	Ungvár	16. sz	Nem ismert	Nem ismert
31	Pozsony	Pozsony	1600	Város	Városi polgárság
32	Brassó	Brassó	1608	Város	Városi polgárság
33	Nagyszombat	Nagyszombat	1625	Város	Városi polgárság
34	Szepesváralja	Szepesváralja	1650	Szerzetesrend	Irgalmas
35	Buda	Budapest	1660	Katonai	Janicsárkórház
36	Gy r	Gy r	1669	Nem ismert	Nem ismert
37	Pozsony	Pozsony	1669	Szerzetesrend	Irgalmas
38	Modor	Modor	1672	Város	Városi polgárság
39	Esztergom	Esztergom	1682	Katonai	Katonai
40	Margitsziget	Budapest	1682	Katonai	Katonai
41	Szombathely	Szombathely	1682	Nem ismert	Nem ismert
42	Buda	Budapest	1686	Katonai	Katonai
43	Kassa	Kassa	1687	Nem ismert	Nem ismert
44	Bars	Bars	1690	Egyház	Római Katolikus
45	Körmöcbánya	Körmöcbánya	1690	Katonai	Katonai
46	Buda	Budapest	1695	Katonai	Katonai
47	Korpona	Korpona	1703	Város	Városi polgárság
48	Pécs	Pécs	1704	Egyház	Római Katolikus
49	Besztercebánya	Besztercebánya	1705	Katonai	Katonai
50	Gyöngyös	Gyöngyös	1705	Katonai	Katonai
51	Eperjes	Eperjes	1706	Város	Városi polgárság
52	Munkács	Munkács	1707	Nem ismert	Nem ismert
53	Rimaszombat	Rimaszombat	1707	Nem ismert	Lábadozó
54	Sárospatak	Sárospatak	1707	Nem ismert	Nem ismert
55	Stubnyafürd	Stubnyafürd	1707	Nem ismert	Lábadozó
56	Sümege	Sümege	1707	Nem ismert	Lábadozó
57	Szeged	Szeged	1708	Város	Városi polgárság

**Magyarország kórházaira és orvosaira vonatkozó mutatószámok a népesedési adatok tükrében 1774 és 2010 közötti időszakban**

Évek	Kórházakra vonatkozó adatok					Orvosokra vonatkozó adatok			Népeségi adatok		
	Kórházak száma	Kórházi ágyak száma	Átlagos kórházi ágyszám	Kórházi ágyak száma	Átlagos ápolási idő	Orvosok száma*	Orvos száma	Orvos száma	Népeség száma	Élve- születés	Halá- lozás
	Darab	Darab	Darab	Tízezer lakosra	Nap	Fő	Tízezer lakosra	Száz ágyra	Ezer fő	Ezer lakosra	Ezer lakosra
1744	86	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
1792	181	...	...	...	...	...	...	...	9525	...	...
1800	34	1 590	47	1,5	...	300	0,3	...	10477	...	...
1830	50	2 000	40	1,7	...	640	0,6	32,00	11 496	...	...
1848	92	3 000	33	2,4	...	804	0,6	26,80	12 610	...	...
1867	46	4 684	102	3,5	...	...	...	...	13 469	...	...
1869	92	4 074	44	3,0	...	2 004	1,5	49,19	13 579	46,6	41,1
1881	276	8 484	31	6,1	27,7	3 000	2,2	35,36	13 925	42,9	34,8
1885	300	10 612	35	7,3	32,3	...	0,0	0,00	14 524	44,6	32,1
1890	347	15 558	45	10,2	21,1	...	0,0	0,00	15 262	40,5	32,3
1895	344	16 497	48	10,3	26,0	4 397	2,8	26,65	15 964	41,5	29,5
1900	395	24 877	63	14,8	34,5	5 073	3,0	20,39	16 838	39,2	26,9
1905	409	31 660	77	18,1	35,2	5 145	2,9	16,25	17 508	35,5	27,8
1910	421	37 764	90	20,7	30,0	5 312	2,9	14,07	18 265	35,4	23,4
1915	427	45 590	107	24,2	43,6	5 350	2,8	11,74	18 811	23,6	25,2
1920	183	26 451	145	33,1	33,6	4 489	5,6	16,97	7 990	31,4	21,4
1925	205	29 802	145	35,7	33,4	5 716	6,9	19,18	8 342	28,3	17,1
1930	233	39 821	171	45,8	20,0	8 196	9,4	20,58	8 688	25,4	15,5
1935	291	46 495	160	52,0	25,4	9 376	10,5	20,17	8 944	21,2	15,3
1940	335	54 885	164	58,9	22,0	11 657	12,5	21,24	9 316	18,9	13,2
1945	204	33 162	163	36,8	...	7 240	8,0	21,83	9 015	18,7	23,4
1950	287	52 326	182	55,8	17,9	10 229	10,9	19,55	9 378	21,0	11,5
1955	178	62 729	352	64,2	17,5	13 204	13,5	21,05	9 767	21,4	10,0
1960	184	72 351	393	72,6	16,4	14 295	14,4	19,76	9 961	14,7	10,2
1965	190	79 201	417	78,1	16,2	17 528	17,3	22,13	10 140	13,1	10,7
1970	178	85 768	482	83,1	15,0	20 491	19,9	23,89	10 322	14,7	11,6
1975	178	90 180	507	85,9	14,6	23 588	22,5	26,16	10 501	18,4	12,4
1980	154	95 539	620	89,2	14,2	26 898	25,1	28,15	10 709	13,9	13,6
1985	147	102 348	696	96,6	13,6	29 524	27,9	28,85	10 599	12,3	14,0
1990	148	105 097	710	101,3	12,7	32 883	31,7	31,29	10 375	12,1	14,0
1995	172	92 603	538	89,6	10,8	34 634	33,5	37,40	10 337	10,8	14,1
2000	178	83 430	469	81,6	8,9	30 695	30,0	36,79	10 222	9,6	13,3
2005	184	79 605	433	78,8	8,1	32 563	32,2	40,91	10 098	9,7	13,5
2010	174	71 216	409	71,1	...	33 943	33,9	47,66	10 014	9,0	13,0

\*Sebészesterek nélkül



**Magyarországon alapított kórházak kategorizált bemutatása az alapításkori ágyszámokkal történelmi id szakok szerint 1711 és 2010 között**

Település neve	Alapítás éve	Alapítási ágyszám	Kórházi kategória	Kórházi alkategória	Történelmi id szak
Pest	1711	600	Megyei - Városi	Városi	Betelepítések
Szekszárd	1714	...	Kórház	-	Betelepítések
Pécs	1720	20	Megyei - Városi	Városi	Betelepítések
Pozsony	1723	100	Szerzetesrend	Szerzetesrend	Betelepítések
Eger	1726	28	Szerzetesrend	Szerzetesrend	Betelepítések
Pest	1727	2000	Megyei - Városi	Városi	Betelepítések
Eger	1727	26	Megyei - Városi	Megyei	Betelepítések
Kismarton	1730	21	Szerzetesrend	Szerzetesrend	Betelepítések
Szatmár	1734	...	Szerzetesrend	Szerzetesrend	Betelepítések
Somorja	1737	8	Megyei - Városi	Városi	Betelepítések
Temesvár	1737	14	Szerzetesrend	Szerzetesrend	Betelepítések
Esztergom	1739	22	Szerzetesrend	N i szerzetesrend	Betelepítések
Magyaróvár	1740	24	Megyei - Városi	Városi	Betelepítések
Jászberény	1745	25	Megyei - Városi	Városi	Betelepítések
Vác	1745	24	Egyházi/hitközség	Katolikus	Betelepítések
Gy r	1749	80	Megyei - Városi	Megyei	Betelepítések
Pozsony	1750	28	Egyházi/hitközség	Izraelita	Betelepítések
Pápa	1757	27	Szerzetesrend	Szerzetesrend	I. vármegyei program
Keszthely	1759	...	Szerzetesrend	Szerzetesrend	I. vármegyei program
Nagyvárad	1760	20	Szerzetesrend	Szerzetesrend	I. vármegyei program
Nagyszombat	1770	...	Országos Intézet - Egyetem	Egyetem	I. vármegyei program
Pozsony	1769	32	Szerzetesrend	N i szerzetesrend	I. vármegyei program
Beckerek	1769	16	Megyei - Városi	Városi	I. vármegyei program
K szeg	1774	12	Megyei - Városi	Városi	I. vármegyei program
Sárospatak	1775	...	Egyházi/hitközség	Protestáns	I. vármegyei program
Buda	1777	...	Országos Intézet - Egyetem	Egyetem	I. vármegyei program
Buda	1777	...	Megyei - Városi	Városi	I. vármegyei program
Szolnok	1777	14	Megyei - Városi	Városi	I. vármegyei program
Vác	1778	12	Szerzetesrend	Szerzetesrend	I. vármegyei program
Pinkaf	1780	5	Megyei - Városi	Városi	I. vármegyei program
Buda	1783	...	Szerzetesrend	Szerzetesrend	I. vármegyei program
Buda	1785	60	Szerzetesrend	N i szerzetesrend	I. vármegyei program
Pest	1786	20	Országos Intézet - Egyetem	Egyetem	I. vármegyei program
Miskolc	1787	10	Egyházi/hitközség	Izraelita	I. vármegyei program
Pest	1793	20	Megyei - Városi	Városi	I. vármegyei program
Eszék	1794	...	Kórház	-	I. vármegyei program
Arad	1795	36	Megyei - Városi	Megyei	I. vármegyei program
Baja	1795	...	Megyei - Városi	Városi	I. vármegyei program
Pécs	1796	12	Szerzetesrend	Szerzetesrend	I. vármegyei program
Szalolca	1796	14	Szerzetesrend	Szerzetesrend	I. vármegyei program
K szeg	1797	...	Megyei - Városi	Városi	I. vármegyei program
Budapest	1798	207	Szerzetesrend	Szerzetesrend	I. vármegyei program
Óbuda	1798	25	Egyházi/hitközség	Izraelita	I. vármegyei program
Brassó	1799	...	Megyei - Városi	Városi	I. vármegyei program
Pest	1801	6	Megyei - Városi	Városi	I. vármegyei program
Miskolc	1802	...	Egyházi/hitközség	Izraelita	I. vármegyei program
Nagyvárad	1802	100	Megyei - Városi	Megyei	I. vármegyei program
Pozsony	1802	12	Szerzetesrend	Szerzetesrend	I. vármegyei program
Bakabánya	1804	4	Szerzetesrend	N i szerzetesrend	I. vármegyei program
Szekszárd	1804	40	Megyei - Városi	Megyei	I. vármegyei program
Zágráb	1804	560	Szerzetesrend	Szerzetesrend	I. vármegyei program
Pest	1805	20	Egyházi/hitközség	Izraelita	I. vármegyei program
Buda	1805	40	Szerzetesrend	Szerzetesrend	I. vármegyei program
Nagyvárad	1805	4	Megyei - Városi	Városi	I. vármegyei program
Pápa	1806	10	Egyházi/hitközség	Izraelita	I. vármegyei program
Pozsony	1807	22	Egyházi/hitközség	Protestáns	I. vármegyei program
Székesfehérvár	1807	30	Megyei - Városi	Városi	I. vármegyei program
Buda	1808	...	Alapítvány - Egylet	Alapítvány	I. vármegyei program
Nagyvárad	1808	31	Megyei - Városi	Megyei	I. vármegyei program
Nagyszombat	1809	12	Megyei - Városi	Városi	I. vármegyei program
Szeged	1810	95	Megyei - Városi	Városi	I. vármegyei program
Marosvásárhely	1812	...	Megyei - Városi	Városi	I. vármegyei program
Debrecen	1813	4	Ipari - Katonai	Ipari	I. vármegyei program
Nagyvárad	1814	7	Egyházi/hitközség	Izraelita	I. vármegyei program
Buda	1815	31	Szerzetesrend	N i szerzetesrend	I. vármegyei program

Település neve	Alapítás éve	Alapítási ágyszám	Kórházi kategória	Kórházi alkategória	Történelmi id szak
Budapest	1815	300	Szerzetesrend	Szerzetesrend	I. vármegyei program
Eperjes	1815	10	Egyházi/hitközség	Protestáns	I. vármegyei program
Kecskemét	1815	...	Kórház	-	I. vármegyei program
Dorosma	1816	10	Megyei - Városi	Városi	I. vármegyei program
Pápa	1816	12	Alapítvány - Egylet	Alapítvány	I. vármegyei program
Veszprém	1816	10	Megyei - Városi	Városi	I. vármegyei program
Buda	1817	36	Alapítvány - Egylet	Egyleti	I. vármegyei program
Pest	1817	...	Megyei - Városi	Városi	I. vármegyei program
Kolozsvár	1818	...	Kórház	-	I. vármegyei program
Székesfehérvár	1818	8	Megyei - Városi	Megyei	I. vármegyei program
Buda	1819	60	Kórház	-	I. vármegyei program
Királymez	1819	6	Megyei - Városi	Városi	I. vármegyei program
Bonyhád	1822	3	Egyházi/hitközség	Izraelita	Szegényházak leválasztása
Orosháza	1822	...	Kórház	-	Szegényházak leválasztása
Körmöcbánya	1823	12	Megyei - Városi	Városi	Szegényházak leválasztása
Balassagyarmat	1824	18	Megyei - Városi	Megyei	Szegényházak leválasztása
Losonc	1824	10	Megyei - Városi	Városi	Szegényházak leválasztása
Nagyszombat	1825	80	Megyei - Városi	Megyei	Szegényházak leválasztása
Zombor	1825	...	Kórház	-	Szegényházak leválasztása
Pest	1827	9	Alapítvány - Egylet	Egyleti	Szegényházak leválasztása
Pápa	1827	7	Egyházi/hitközség	Izraelita	Szegényházak leválasztása
Ipolyság	1828	5	Megyei - Városi	Megyei	Szegényházak leválasztása
Besztercebánya	1829	20	Megyei - Városi	Városi	Szegényházak leválasztása
Kalocsa	1829	12	Megyei - Városi	Városi	Szegényházak leválasztása
Szombathely	1829	...	Alapítvány - Egylet	Egyleti	Szegényházak leválasztása
Veszprém	1829	12	Megyei - Városi	Megyei	Szegényházak leválasztása
Kassa	1830	50	Megyei - Városi	Városi	Szegényházak leválasztása
Nagyvárád	1830	18	Megyei - Városi	Városi	Szegényházak leválasztása
Sopron	1830	24	Ipari - Katonai	Ipari	Szegényházak leválasztása
Pozsony	1830	140	Ipari - Katonai	Ipari	Szegényházak leválasztása
Debrecen	1831	50	Megyei - Városi	Városi	Szegényházak leválasztása
Csákvár	1832	8	Megyei - Városi	Városi	Szegényházak leválasztása
Körmend	1833	10	Megyei - Városi	Városi	Szegényházak leválasztása
K szeg	1833	30	Alapítvány - Egylet	Egyleti	Szegényházak leválasztása
Nyitra	1833	80	Megyei - Városi	Megyei	Szegényházak leválasztása
Rézbánya	1833	4	Ipari - Katonai	Ipari	Szegényházak leválasztása
Sátoraljaújhely	1833	15	Megyei - Városi	Megyei	Szegényházak leválasztása
Arad	1834	15	Egyházi/hitközség	Izraelita	Szegényházak leválasztása
Tata	1834	16	Megyei - Városi	Városi	Szegényházak leválasztása
Zenta	1834	...	Kórház	-	Szegényházak leválasztása
Nagykanizsa	1836	18	Egyházi/hitközség	Izraelita	Szegényházak leválasztása
Nyíregyháza	1836	15	Megyei - Városi	Városi	Szegényházak leválasztása
Sopron	1836	25	Megyei - Városi	Városi	Szegényházak leválasztása
Mohács	1837	12	Megyei - Városi	Városi	Szegényházak leválasztása
Pápa	1837	10	Elmegyógyintézet	Elmegyógyintézet	Szegényházak leválasztása
Szatmárnémeti	1837	23	Szerzetesrend	Szerzetesrend	Szegényházak leválasztása
Gyöngyös	1838	12	Megyei - Városi	Városi	Szegényházak leválasztása
Jászberény	1838	5	Megyei - Városi	Megyei	Szegényházak leválasztása
Pest	1839	34	Gyermekkórház	Gyermekkórház	Szegényházak leválasztása
Brassó	1840	...	Kórház	-	II. vármegyei program
Óbuda	1840	30	Ipari - Katonai	Ipari	II. vármegyei program
Félegyháza	1840	15	Megyei - Városi	Városi	II. vármegyei program
Kolozsvár	1840	...	Kórház	-	II. vármegyei program
Nagyszében	1840	...	Megyei - Városi	Városi	II. vármegyei program
Újvidék	1840	40	Kórház	-	II. vármegyei program
Lugos	1840	36	Megyei - Városi	Megyei	II. vármegyei program
Budapest	1841	...	Elmegyógyintézet	Elmegyógyintézet	II. vármegyei program
Szabadka	1841	20	Kórház	-	II. vármegyei program
Szatmárnémeti	1842	24	Szerzetesrend	N i szerzetesrend	II. vármegyei program
Bazin	1845	12	Egyházi/hitközség	Protestáns	II. vármegyei program
Gy rsziget	1845	6	Egyházi/hitközség	Izraelita	II. vármegyei program
Nagykároly	1845	6	Megyei - Városi	Városi	II. vármegyei program
Szilágysomlyó	1845	18	Megyei - Városi	Megyei	II. vármegyei program
Pest	1846	24	Ipari - Katonai	Ipari	II. vármegyei program
Gyula	1846	10	Megyei - Városi	Megyei	II. vármegyei program
Kaposvár	1846	16	Megyei - Városi	Megyei	II. vármegyei program
Lengyeltóti	1846	...	Egyházi/hitközség	Izraelita	II. vármegyei program
Temesvár	1846	16	Egyházi/hitközség	Izraelita	II. vármegyei program
Mez hegyes	1847	90	Megyei - Városi	Városi	II. vármegyei program
Sátoraljaújhely	1847	7	Egyházi/hitközség	Izraelita	II. vármegyei program
Tata	1847	...	Alapítvány - Egylet	Alapítvány	II. vármegyei program
Ungvár	1847	6	Megyei - Városi	Városi	II. vármegyei program

Település neve	Alapítás éve	Alapítási ágyszám	Kórházi kategória	Kórházi alkategória	Történelmi id szak
Zalaegerszeg	1848	12	Megyei - Városi	Megyei	II. vármegyei program
Késmárk	1848	10	Megyei - Városi	Városi	II. vármegyei program
Mór	1848	9	Megyei - Városi	Városi	II. vármegyei program
Seregélyes	1848	14	Megyei - Városi	Városi	II. vármegyei program
Tiszafüred	1848	20	Megyei - Városi	Városi	II. vármegyei program
Zsombolya	1848	...	Megyei - Városi	Városi	II. vármegyei program
Budapest	1850	...	Elmegyógyintézet	Elmegyógyintézet	II. vármegyei program
Fels r	1850	16	Egyházi/hitközség	Protestáns	II. vármegyei program
Pinkaf	1852	10	Szerzetesrend	N i szerzetesrend	II. vármegyei program
Kecskemét	1854	20	Megyei - Városi	Megyei	II. vármegyei program
Szarvas	1854	...	Megyei - Városi	Városi	II. vármegyei program
Budapest	1855	656	Megyei - Városi	Városi	II. vármegyei program
Szeged	1855	15	Egyházi/hitközség	Izraelita	II. vármegyei program
Budapest	1856	300	Megyei - Városi	Városi	Országos alap hatása
Miskolc	1856	304	Megyei - Városi	Városi	Országos alap hatása
Baja	1857	...	Egyházi/hitközség	Izraelita	Országos alap hatása
Gyöngyös	1857	8	Egyházi/hitközség	Izraelita	Országos alap hatása
Pécs	1857	...	Kórház	-	Országos alap hatása
Eger	1858	63	Szerzetesrend	N i szerzetesrend	Országos alap hatása
Nagyvárad	1858	18	Egyházi/hitközség	Izraelita	Országos alap hatása
Hódmez vásárhely	1859	...	Megyei - Városi	Városi	Országos alap hatása
Nyírlugas	1859	...	Egyházi/hitközség	Izraelita	Országos alap hatása
Rohonc	1859	20	Egyházi/hitközség	Izraelita	Országos alap hatása
Mosonmagyaróvár	1860	20	Megyei - Városi	Városi	Országos alap hatása
Nyitra	1860	12	Szerzetesrend	N i szerzetesrend	Országos alap hatása
Nagyszeben	1862	...	Egyházi/hitközség	Protestáns	Országos alap hatása
Pozsony	1863	400	Megyei - Városi	Városi	Országos alap hatása
Budapest	1864	550	Országos Intézet - Egyetem	Elmegyógyintézet	Országos alap hatása
Békéscsaba	1865	...	Megyei - Városi	Városi	Országos alap hatása
Gyulafehérvár	1865	10	Szerzetesrend	N i szerzetesrend	Országos alap hatása
Budapest	1866	60	Egyházi/hitközség	Protestáns	Országos alap hatása
Makó	1866	85	Kórház	-	Országos alap hatása
Kalocsa	1868	12	Szerzetesrend	N i szerzetesrend	Országos alap hatása
Salgótarján	1870	36	Megyei - Városi	Megyei	Országos alap hatása
Budapest	1871	...	Kórház	-	Országos alap hatása
Gyulafehérvár	1871	7	Egyházi/hitközség	Izraelita	Országos alap hatása
K rősbánya	1872	...	Megyei - Városi	Megyei	Országos alap hatása
Máramrossziget	1873	10	Szerzetesrend	N i szerzetesrend	Országos alap hatása
Sümege	1875	18	Megyei - Városi	Városi	Országos alap hatása
Szécsény	1875	14	Szerzetesrend	N i szerzetesrend	Országos alap hatása
Kolozsvár	1876	4	Egyházi/hitközség	Protestáns	Országos alap hatása
Budapest	1881	24	Megyei - Városi	Városi	I. kórház program
Szentes	1881	20	Megyei - Városi	Megyei	I. kórház program
Budapest	1885	120	Országos Intézet - Egyetem	Országos Intézet	I. kórház program
Budapest	1885	479	Országos Intézet - Egyetem	Országos Intézet	I. kórház program
Budapest	1885	...	Megyei - Városi	Városi	I. kórház program
Nagykanizsa	1885	64	Megyei - Városi	Városi	I. kórház program
Kapuvár	1887	30	Megyei - Városi	Városi	I. kórház program
Rozsnyó	1887	...	Szerzetesrend	N i szerzetesrend	I. kórház program
Budapest	1890	210	Megyei - Városi	Városi	I. kórház program
Siklós	1890	30	Megyei - Városi	Városi	I. kórház program
Budapest	1894	208	Megyei - Városi	Városi	I. kórház program
Budapest	1895	425	Megyei - Városi	Városi	I. kórház program
Budapest	1895	60	Megyei - Városi	Városi	I. kórház program
Eger	1895	80	Szerzetesrend	Szerzetesrend	I. kórház program
Celldömölk	1896	110	Megyei - Városi	Városi	I. kórház program
Mohács	1896	65	Megyei - Városi	Városi	I. kórház program
Nagykálló	1896	80	Elmegyógyintézet	Elmegyógyintézet	I. kórház program
Szigetvár	1896	65	Megyei - Városi	Városi	I. kórház program
Szolnok	1896	40	Megyei - Városi	Megyei	I. kórház program
Balassagyarmat	1897	300	Megyei - Városi	Városi	I. kórház program
Budapest	1897	...	Egyházi/hitközség	Izraelita	I. kórház program
Budapest	1897	...	Szanatórium - Tbc kórház	Tbc kórház	I. kórház program
Budapest	1897	80	Megyei - Városi	Városi	I. kórház program
Budapest	1898	...	Megyei - Városi	Városi	I. kórház program
Hódmez vásárhely	1898	...	Megyei - Városi	Városi	I. kórház program
Budapest	1899	...	Ipari - Katonai	Katonai	I. kórház program
Nyíregyháza	1899	180	Megyei - Városi	Megyei	I. kórház program
Esztergom	1900	64	Megyei - Városi	Városi	I. kórház program
Marcali	1900	30	Megyei - Városi	Városi	I. kórház program
Zirc	1900	35	Megyei - Városi	Városi	I. kórház program
Budapest	1901	126	Országos Intézet - Egyetem	Országos Intézet	I. kórház program

Település neve	Alapítás éve	Alapítási ágyszám	Kórházi kategória	Kórházi alkategória	Történelmi id szak
Miskolc-Diósgy r	1901	36	Megyei - Városi	Városi	I. kórház program
Székesfehérvár	1901	180	Megyei - Városi	Megyei	I. kórház program
Szombathely	1902	45	Gyermekkórház	Megyei Kórház (Gyermek)	I. kórház program
Szeged	1903	...	Gyermekkórház	Városi Kórház (Gyermek)	I. kórház program
Veszprém	1904	80	Gyermekkórház	Megyei Kórház (Gyermek)	I. kórház program
Budapest	1905	...	Szanatórium - Tbc kórház	Szanatórium - Gyf. kórház	I. kórház program
Kisvárd	1905	60	Megyei - Városi	Városi	I. kórház program
Sátoraljaújhely	1905	306	Megyei - Városi	Városi	I. kórház program
Budapest	1906	150	Megyei - Városi	Városi	I. kórház program
Makó	1906	185	Megyei - Városi	Városi	I. kórház program
Budapest	1907	...	Ipari - Katonai	Ipari	I. kórház program
Gyula	1907	200	Szanatórium - Tbc kórház	Tbc kórház	I. kórház program
Budapest	1908	...	Megyei - Városi	Városi	I. kórház program
Dorog	1908	130	Megyei - Városi	Városi	I. kórház program
Sárvár	1908	131	Megyei - Városi	Városi	I. kórház program
Pásztó	1909	24	Megyei - Városi	Városi	I. kórház program
Devecser	1910	20	Megyei - Városi	Városi	I. kórház program
Hódmez vásárhely	1910	225	Megyei - Városi	Városi	I. kórház program
Komárom	1912	...	Megyei - Városi	Megyei	I. kórház program
Budapest	1914	360	Megyei - Városi	Városi	I. világháború
Debrecen	1914	...	Országos Intézet - Egyetem	Egyetem	I. világháború
Sopron	1914	...	Megyei - Városi	Városi	I. világháború
Tapolca	1914	60	Megyei - Városi	Városi	I. világháború
Budapest	1915	120	Megyei - Városi	Városi	I. világháború
Csorna	1915	...	Megyei - Városi	Városi	I. világháború
Pécs	1916	52	Megyei - Városi	Városi	I. világháború
Budapest	1917	320	Országos Intézet - Egyetem	Országos Intézet	I. világháború
Budapest	1920	405	Megyei - Városi	Városi	II. kórház program
Pécs	1921	600	Országos Intézet - Egyetem	Egyetem	II. kórház program
Szeged	1921	550	Országos Intézet - Egyetem	Egyetem	II. kórház program
Kiskunhalas	1925	40	Megyei - Városi	Városi	II. kórház program
Budapest	1926	...	Megyei - Városi	Városi	II. kórház program
Törökbálint	1926	120	Szanatórium - Tbc kórház	Tbc kórház	II. kórház program
Budapest	1927	50	Ipari - Katonai	Ipari	II. kórház program
Cegléd	1927	30	Megyei - Városi	Városi	II. kórház program
Mándok	1927	40	Szanatórium - Tbc kórház	Tbc kórház	II. kórház program
Berettyóújfalu	1928	106	Megyei - Városi	Városi	II. kórház program
Farkasgyep	1928	...	Szanatórium - Tbc kórház	Tbc kórház	II. kórház program
Szombathely	1928	1000	Megyei - Városi	Megyei	II. kórház program
Budapest	1929	180	Gyermekkórház	F városi Kórház (Gyermek)	II. kórház program
Budapest	1929	30	Megyei - Városi	Városi	II. kórház program
Szentgothárd	1929	80	Szanatórium - Tbc kórház	Tbc kórház	II. kórház program
Szikszó	1929	60	Megyei - Városi	Megyei	II. kórház program
Visegrád	1929	160	Megyei - Városi	Városi	II. kórház program
Budapest	1930	400	Megyei - Városi	Városi	II. kórház program
Gödöll	1930	19	Megyei - Városi	Városi	II. kórház program
Budapest	1932	165	Megyei - Városi	Városi	II. kórház program
Mátészalka	1932	80	Megyei - Városi	Városi	II. kórház program
Budapest	1935	84	Egyházi/hitközség	Katolikus	II. kórház program
Tokaj	1937	30	Szanatórium - Tbc kórház	Tbc kórház	II. kórház program
Budapest	1938	...	Megyei - Városi	Városi	II. kórház program
Budapest	1940	350	Országos Intézet - Egyetem	Országos Intézet	II. világháború
Budapest	1941	350	Országos Intézet - Egyetem	Országos Intézet	II. világháború
Szeghalom	1942	20	Szanatórium - Tbc kórház	Tbc kórház	II. világháború
Budapest	1945	...	Gyermekkórház	F városi Kórház (Gyermek)	II. világháború
Sz ny	1945	55	Megyei - Városi	Városi	II. világháború
Tata	1945	120	Megyei - Városi	Városi	II. világháború
Vác	1945	25	Megyei - Városi	Városi	II. világháború
Karcag	1946	24	Megyei - Városi	Városi	Államosítás
Kisbér	1946	30	Megyei - Városi	Városi	Államosítás
Baktalórántháza	1947	86	Szanatórium - Tbc kórház	Tbc kórház	Államosítás
Budapest	1948	162	Szanatórium - Tbc kórház	Tbc kórház	Államosítás
Deszk	1948	120	Szanatórium - Tbc kórház	Tbc kórház	Államosítás
Lengyeltóti	1948	100	Szanatórium - Tbc kórház	Tbc kórház	Államosítás
Szolnok	1948	...	Szanatórium - Tbc kórház	Tbc kórház	Államosítás
Balatonfüred	1949	149	Szanatórium - Tbc kórház	Szanatórium - Gyf. kórház	Államosítás

Település neve	Alapítás éve	Alapítási ágyszám	Kórházi kategória	Kórházi alkategória	Történelmi id szak
Barcs	1949	33	Megyei - Városi	Városi	Államosítás
Budapest	1949	...	Ipari - Katonai	Katonai	Államosítás
Budapest	1949	...	Országos Intézet - Egyetem	Országos Intézet	Államosítás
Budapest	1949	275	Szanatórium - Tbc kórház	Tbc kórház	Államosítás
Füzérradvány	1949	...	Szanatórium - Tbc kórház	Tbc kórház	Államosítás
Hegyfalu	1949	250	Szanatórium - Tbc kórház	Tbc kórház	Államosítás
Kocsord	1949	100	Szanatórium - Tbc kórház	Tbc kórház	Államosítás
Mez kövesd	1949	156	Szanatórium - Tbc kórház	Tbc kórház	Államosítás
Mosdós	1949	100	Szanatórium - Tbc kórház	Tbc kórház	Államosítás
Ózd	1949	180	Megyei - Városi	Városi	Államosítás
Budapest	1950	362	Megyei - Városi	Városi	Ágyszám növelés
Kékestet	1950	150	Szanatórium - Tbc kórház	Szanatórium - Gyf. kórház	Ágyszám növelés
Kiskunfélegyháza	1950	120	Megyei - Városi	Városi	Ágyszám növelés
Mez tőr	1950	105	Megyei - Városi	Városi	Ágyszám növelés
Nagykörös	1950	157	Megyei - Városi	Városi	Ágyszám növelés
Orosháza	1950	14	Megyei - Városi	Városi	Ágyszám növelés
Szarvas	1950	...	Megyei - Városi	Városi	Ágyszám növelés
Budapest	1951	874	Országos Intézet - Egyetem	Országos Intézet	Ágyszám növelés
Doba	1951	225	Szanatórium - Tbc kórház	Tbc kórház	Ágyszám növelés
Budapest	1952	...	Országos Intézet - Egyetem	Országos Intézet	Ágyszám növelés
Dunaújváros	1952	40	Megyei - Városi	Városi	Ágyszám növelés
Hévíz	1952	300	Szanatórium - Tbc kórház	Szanatórium - Gyf. kórház	Ágyszám növelés
Mátraháza	1952	300	Szanatórium - Tbc kórház	Tbc kórház	Ágyszám növelés
Mesteri	1952	70	Elmeógyógyintézet	Elmeógyógyintézet	Ágyszám növelés
Parádfürdő	1952	120	Szanatórium - Tbc kórház	Szanatórium - Gyf. kórház	Ágyszám növelés
Pinchehely	1952	80	Megyei - Városi	Városi	Ágyszám növelés
Budapest	1953	156	Elmeógyógyintézet	Elmeógyógyintézet	Ágyszám növelés
Budapest	1953	575	Gyermekekórház	F városi Kórház (Gyermek)	Ágyszám növelés
Kecskemét	1953	...	Ipari - Katonai	Katonai	Ágyszám növelés
Boldogkő várnya	1954	50	Szanatórium - Tbc kórház	Tbc kórház	Ágyszám növelés
Budapest	1954	259	Gyermekekórház	F városi Kórház	Ágyszám növelés
Csákvár	1954	420	Szanatórium - Tbc kórház	Tbc kórház	Ágyszám növelés
Harkány	1954	220	Szanatórium - Tbc kórház	Szanatórium - Gyf. kórház	Ágyszám növelés
Kazinccarcika	1954	120	Megyei - Városi	Városi	Ágyszám növelés
Pécs	1954	100	Gyermekekórház	Megyei Kórház (Gyermek)	Ágyszám növelés
Újszász	1954	170	Szanatórium - Tbc kórház	Tbc kórház	Ágyszám növelés
Várpalota	1954	97	Megyei - Városi	Városi	Ágyszám növelés
Izsófalva	1954	...	Elmeógyógyintézet	Elmeógyógyintézet	Ágyszám növelés
Debrecen	1955	1048	Megyei - Városi	Megyei	Ágyszám növelés
Nyírbéltek	1955	80	Szanatórium - Tbc kórház	Tbc kórház	Ágyszám növelés
Pécel	1955	130	Ipari - Katonai	Ipari	Ágyszám növelés
Budapest	1956	160	Gyermekekórház	F városi Kórház (Gyermek)	Ágyszám növelés
Budapest	1956	250	Ipari - Katonai	Ipari	Ágyszám növelés
Budapest	1956	16	Országos Intézet - Egyetem	Országos Intézet	Ágyszám növelés
Simaság	1956	100	Elmeógyógyintézet	Elmeógyógyintézet	Ágyszám növelés
Budapest	1957	122	Országos Intézet - Egyetem	Országos Intézet	Ágyszám növelés
Budagyöngye	1958	...	Szanatórium - Tbc kórház	Tbc kórház	Ágyszám növelés
Csitár	1958	40	Szanatórium - Tbc kórház	Tbc kórház	Ágyszám növelés
Komló	1958	110	Megyei - Városi	Városi	Ágyszám növelés
Miskolc	1958	400	Szanatórium - Tbc kórház	Tbc kórház	Ágyszám növelés
Mór	1958	30	Megyei - Városi	Városi	Ágyszám növelés
Sopron	1958	250	Szanatórium - Tbc kórház	Szanatórium - Gyf. kórház	Ágyszám növelés
Vásárosnamény	1958	30	Megyei - Városi	Városi	Ágyszám növelés
Bonyhád	1959	115	Megyei - Városi	Városi	Ágyszám növelés
Miskolc	1959	249	Megyei - Városi	Megyei	Ágyszám növelés
Nógrádgárdony	1960	100	Szanatórium - Tbc kórház	Tbc kórház	III. kórház program
Hatvan	1961	70	Megyei - Városi	Városi	III. kórház program
Pécs	1962	320	Megyei - Városi	Megyei	III. kórház program
Sopron	1962	100	Szanatórium - Tbc kórház	Szanatórium - Gyf. kórház	III. kórház program
Fehérgyarmat	1963	260	Megyei - Városi	Megyei	III. kórház program
Tatabánya	1963	300	Szanatórium - Tbc kórház	Tbc kórház	III. kórház program
Zalaegerszeg	1963	300	Szanatórium - Tbc kórház	Tbc kórház	III. kórház program
Nyíregyháza	1964	300	Szanatórium - Tbc kórház	Tbc kórház	III. kórház program
Pécs	1964	300	Szanatórium - Tbc kórház	Tbc kórház	III. kórház program

Település neve	Alapítás éve	Alapítási ágyszám	Kórházi kategória	Kórházi alkategória	Történelmi id szak
Edelény	1965	300	Szanatórium - Tbc kórház	Tbc kórház	III. kórház program
Oroszáza	1967	155	Megyei - Városi	Városi	III. kórház program
Salgótarján	1967	590	Megyei - Városi	Megyei	III. kórház program
Szolnok	1967	300	Ipari - Katonai	Ipari	III. kórház program
Siófok	1968	400	Megyei - Városi	Városi	III. kórház program
Dombóvár	1969	452	Megyei - Városi	Városi	III. kórház program
Vác	1969	476	Megyei - Városi	Városi	III. kórház program
Ajka	1973	555	Megyei - Városi	Városi	III. kórház program
Balf	1975	187	Szanatórium - Tbc kórház	Szanatórium - Gyf. kórház	III. kórház program
Balatonfüred	1977	...	Ipari - Katonai	Katonai	III. kórház program
Hévíz	1977	...	Ipari - Katonai	Katonai	III. kórház program
Kisvárd	1977	...	Kórház	-	III. kórház program
Kistarcsa	1979	580	Megyei - Városi	Megyei	III. kórház program
Budapest	1980	800	Megyei - Városi	Városi	III. kórház program
Kecskemét	1980	680	Kórház	-	III. kórház program
Nagyatád	1980	602	Megyei - Városi	Városi	III. kórház program
Veszprém	1984	...	Megyei - Városi	Megyei	III. kórház program
Budapest	1988	...	Megyei - Városi	Városi	III. kórház program
Budapest	1989	36	Alapítvány - Egylet	Alapítvány	Rendszerváltás
Budapest	1991	...	Alapítvány - Egylet	Alapítvány	Rendszerváltás
Komló	1991	18	Alapítvány - Egylet	Alapítvány	Rendszerváltás
Veszprém	1993	...	Megyei - Városi	Városi	Rendszerváltás
Tatabánya	1994	...	Alapítvány - Egylet	Alapítvány	Rendszerváltás
Budapest	1995	...	Alapítvány - Egylet	Alapítvány	Rendszerváltás
Kunhegyes	1995	32	Megyei - Városi	Városi	Rendszerváltás
Sellye	1995	...	Alapítvány - Egylet	Alapítvány	Rendszerváltás
Vác	1995	107	Egyházi/hitközség	Katolikus	Rendszerváltás
Miskolc	1996	60	Egyházi/hitközség	Katolikus	Rendszerváltás
Veresegyháza	1996	...	Alapítvány - Egylet	Alapítvány	Rendszerváltás
Dunaharaszti	1997	14	Alapítvány - Egylet	Alapítvány	Rendszerváltás
Hajdúnánás	1997	30	Megyei - Városi	Városi	Rendszerváltás
Siklós	1997	21	Alapítvány - Egylet	Alapítvány	Rendszerváltás
Nagyszénás	1998	...	Elmeógyógyintézet	Elmeógyógyintézet	Rendszerváltás
Pécs	1998	24	Alapítvány - Egylet	Alapítvány	Rendszerváltás
Budapest	1999	30	Alapítvány - Egylet	Alapítvány	Rendszerváltás
Gödöll	1999	20	Alapítvány - Egylet	Alapítvány	Rendszerváltás
Kovácsszénája	1999	...	Alapítvány - Egylet	Alapítvány	Rendszerváltás
Szigethalom	1999	22	Megyei - Városi	Városi	Rendszerváltás
Budapest	2000	...	Megyei - Városi	Városi	Rendszerváltás
Dömös	2000	30	Egyházi/hitközség	Katolikus	Rendszerváltás
Pomáz	2001	...	Megyei - Városi	Városi	Rendszerváltás
Lulla	2002	...	Alapítvány - Egylet	Alapítvány	Rendszerváltás
Budapest	2003	...	Alapítvány - Egylet	Alapítvány	Rendszerváltás
Székesfehérvár	2003	...	Alapítvány - Egylet	Alapítvány	Rendszerváltás
Budapest	2005	...	Alapítvány - Egylet	Alapítvány	Rendszerváltás
Ráckeresztúr	2005	...	Alapítvány - Egylet	Alapítvány	Rendszerváltás
Zsibrik	2006	...	Alapítvány - Egylet	Alapítvány	Rendszerváltás
Szarvas	2008	...	Megyei - Városi	Városi	Rendszerváltás
Szeged	2008	...	Alapítvány - Egylet	Alapítvány	Rendszerváltás

**A tanulmány elkészítése során alkalmazott jogszabályok kronológiai sorrendben**

<b>Jogszabály száma</b>	<b>Jogszabály címe</b>
1723. évi XCVI. törvénycikk	verescsillagos-keresztes ispotályosok rendjét Magyarországra s az ahhoz kapcsolt részekbe, az alábbírt rendekkel együtt befogadják
1723. évi CIII. törvénycikk	az ország benépesítésér l
1744. évi	Birodalmi szegényházi és kórházi rendszabály
1770. évi	Generale Normativum in Re Sanitatis
1875. évi III. törvénycikk	a nyilvános betegápolás költségei fedezésér l
1876. évi XIV. törvénycikk	a közegészségügy rendezésér l
1891. évi XIV. törvénycikk	az ipari és gyári alkalmazottaknak betegség esetén való segélyezésér l
1898. évi XXI. törvénycikk	a nyilvános betegápolás költségeinek fedezésér l
1898. évi XXII. törvénycikk	a pozsonyi m. kir. állami kórház kib vítésér l
1907. évi XIX. Törvénycikk	az ipari és kereskedelmi alkalmazottak betegség és baleset esetére való biztosításáról
1908. évi XXXVIII. törvénycikk	a közegészségügy rendezésér l szóló 1876:XIV. tc. II. rész I. fejezetének (Közegészségügyi szolgálat a községeknél) módosításáról
1927. évi XXI.	a betegségi és baleseti kötelez biztosításról
1928. évi XL.	az öregség, rokkantság, özvegység és árvaság esetére szóló kötelez biztosításról
1930. évi XXVII. törvénycikk	az Országos Társadalombiztosító Intézet betegségi biztosítási ága pénzügyi helyzetének rendezésér l
1931. évi 6000. M. E. számú rendelete	a nyilvános betegápolás, az állami gyermekvédelem és a szegényellátás költségeinek fedezésér l.
1300/1932 NMM	m. kir. minisztérium 1931. évi 6000. M. E. számú rendeletének végrehatásáról
1936. évi I. törvény	Magyar Orvosi Kamaráról
1947. évi XVII. törvény	a hároméves gazdasági tervr l
1949. évi XX. törvény	Magyar Népköztársaság Alkotmányáról
139/1950. MT. rendelet	a dolgozók egészségügyi ellátása tárgyában
1972. évi II. törvény	az egészségügyr l
1996. évi XX. törvény	a területfejlesztésr l
1996. évi LXIII	az egészségügyi ellátási kötelezettségr l és a területi finanszírozási normatívákról
2/1998. (IX. 16.) EüM. rendelet	a járóbeteg-szakellátás rendelési órái, valamint a fekv beteg-szakellátás ágyszámai szakterületenkénti megosztásának meghatározásáról
20/ 2000. (VII.7.)	EüM rend a járóbeteg-szakellátás rendelési órái, valamint a fekv beteg-szakellátás ágyszámai szakterületenkénti megosztásának meghatározásáról
2001. évi XXXIV. törvény	az egészségügyi szakellátási kötelezettségr l, továbbá egyes egészségügyet érint törvények módosításáról
50/2002. (III. 26.) Korm. Rendelet	az egészségügyi szakellátási kapacitásmódosítások szakmai feltételir l, eljárási rendjének és az új szolgáltatók befogadásának szabályairól
2006. évi CXXXII. törvény	az egészségügyi ellátórendszer fejlesztésér l
361/2006. (XII. 28.) Korm. rendelet	az egészségügyi ellátórendszer fejlesztésér l szóló 2006. évi CXXXII. törvény végrehajtásáról