

KAPRONCZAY KÁROLY

A dualizmus korának kórházépítési programja

A kiegyezés után alapvető igazgatási reform lépett életbe a kórházügy területén is. E terület végső fokon a Belügyminisztérium hatáskörébe került át és annak egészségügyi osztálya irányította. E szakigazgatási osztály dolgozta ki a kórházügy fejlesztési tervét, irányította szakmai és gazdasági tevékenységét. Az országos irányítás alárendeltségében álltak a vármegyék egészségügyi osztályai, amelyek a maguk hatáskörében részben végrehajtották a felügyelő minisztériumi osztály rendelkezéseit, részben a hatáskörük alatt álló területen önállóan jártak el, terveztek és fejlesztettek. A Belügyminisztérium egészségügyi osztályának tevékenységét támogatta, illetve javaslatokkal segítette az Országos Közegészségügyi Tanács, melynek vármegyei szintű mása az Egészségügyi és Kórházi Bizottság volt. Ez utóbbiak ugyan javaslattevő testületek voltak, mégis fontos szerepet játszottak a közegészségügyi állapotok javításában. Más kérdés volt a kórházak fenntartásának anyagi alapja: az állam által – az adók egy részének átengedése e célra, illetve az állami költségvetésből biztosított meghatározott összeg – biztosított keretet kiegészítették a különböző alapítványokból, közalapokból és általában a szegényügyet támogató állami, magán és jótékonyági összegekből, amelyek felhasználására az állam kötelező normákat szabott meg. Pontosán meghatározta az egy betegre fordítható ellátási minimumokat, amelyekhez bizonyos összeggel maga is hozzájárult, a többit a helyhatóságoknak vagy a fenntartóknak kellett kiegészíteni adókból és alapítványokból. Az állami részvétel végleges szervezeti formája az 1898-ban létesített Országos Betegápolási Alap lett (XXI. tc. 1988.), amelynek kimunkálása Chyser Kornél nevéhez fűződik.

Az ország egészségügyét rendező közegészségügyi törvény (XIV. tc. 1876) előkészítése során az Országos Közegészségügyi Tanács (1867) felkérésére a Belügyminisztérium 1870-ben országos felmérést készített a hazai kórházügy helyzetéről, amely kiterjedt a kórházi épületek állagára, a létszámra, az ágyak számára, a fenntartási költségekre, stb., valamint az adott terület lakosságának számára, az ágyankénti betegforgalomra is. Ugyancsak fontos kérdés volt, hogy a betegápolást szolgáló intézményben vannak-e olyanok, akik a szegényház hiányában itt nyertek elhelyezést.

Még a Közegészségügyi Törvény kiadása előtt rendezték a kórházi költségek (1875. évi III. tc.) rendjét, részletesen szoltak arról, hogy kórházi ellátás esetén a betegért ki, mit és mennyit térít. E törvény kisebb módosításokkal 1945-ig volt érvényben. A Törvénycikk első fejezetében (A költségek viselése) meghatározták, hogy a vagyonnal rendelkezők önmagukért fizetnek, a vagyontalanok esetében pedig a következőket rendelték el: a munkaadók alkalmazottaik után kötelesek téríteni, illetve az ekkor létesített költségvetési betegellátási alapból a törvényhatóságok az igazolt vagyontalanok betegápolási költségeit 30 napig kötelesek téríteni a kórháznak. A 41. bekezdés az államkincstárból történő térítés feltételeit a következőkben határozta meg:

- “a) az országos bábaképezdőben ápoltakért minden esetben,*
b) mindenféle kórházakban és gyógyintézetekben vagy bujasenyvesekért, ha ezek vagyontalanok,
c) az állami vagy a nyilvánossági joggal felruházott kórházakban és gyógyintézetekben ápoltt elmebetegéért,
ha ezek, valamint az érettük fizetni köteles rokonok vagy hitvestársak vagyontalanok,
d) (a, c) alatt említett kórházakban és gyógyintézetekben bármely betegség miatt ápoltt oly egyénéért, kiknek illetősége meg nem állapítható.”

A rendelkezésben a továbbiakban már a költségek beszedésének módjairól, illetve a hatóságok egymással

szembeni kölcsönös kötelességeiről volt szó. E rendelettel együtt látott napvilágot a pozsonyi Állami Kórház részére szerkesztett Alapszabályzat is, melyet mintául szántak minden köz- és magánkórház számára. Az Alapszabályzat kimondta, hogy a kórház köteles segítséget nyújtani minden jelentkező betegnek életveszély esetén, függetlenül annak vagyoni helyzetétől. Egy kórház fenntartási alapja az intézeti jövedelmekből, az alapítványokból és a saját maga termelte összegekből állt. Felügyeleti szervei végső soron a belügyminiszter, illetve a kormány közegei voltak. A kórház élén az igazgató állt, akinek fegyelmi jogkörébe tartoztak az orvosok és az ápolók, a gazdasági hivatalnokok és a különböző segéderők. Az igazgatót a miniszter, illetve az általa meghatározott kormányzati közegek nevezték ki, ő viszont a beosztottakat nevezte ki. A kórház osztályokra tagolódott, ahová a betegeket meghatározott feltételek szerint vették fel, rendeletek által meghatározott feltételeket biztosítottak részükre, ápolási költségeikre előre megszabott összegeket adtak (első és másodosztály). A továbbiakban részletesen szóltak a betegek gyógykezeléséről, lelki-gondozásáról, a betegek elbocsátásáról, illetve az elhunytakkal kapcsolatos teendőkről. Az ápoltak kötelmeit a házirend rögzítette, melynek 26 pontja szinte a kórházi élet minden területét érintette. A belügyminiszter 1875. évi 15.952. sz. rendelete elég részletesen kitért a törvényhatóságok által kezelt betegellátási alap, illetve a különböző biztosítási társaságok által finanszírozott ellátási keret felhasználásának módjairól. A bonyolultnak tűnő adminisztrációs folyamat elrendelése azonban egyértelműen a kórházi kezelésekre fordítható összegek védelmére született, nem pedig azok akadályozására.

A kórházügyet végső soron az 1876. évi XIV. tc. rendezte, melynek IX. fejezete szinte a második világháborúig alapjaiban határozta meg kórházügyünket. A törvény ide vonatkozó része:

“56. §. Köz- és magánkórházak és gyógyintézmények az illető törvényhatóság meghallgatásával csak a belügyminiszter 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 illetőségű betegek befogadására is képes, közkórházi jelleggel felruházható.

58. §. Az ilyen jelleggel felruházott kórházak kötelesek minden jelentkező beteget, legyen az helybeli vagy idegen illetőségű, magyarhoni vagy külföldi, személykülönbség nélkül ápolás és gyógyítás végett, míg a fekhely nem hiányzik, befogadni.

59. §. A közkórházi jelleggel fel nem ruházott kórházak és gyógyintézetek csupán oly betegek felvételére kötelezettek, kikre nézve berendezettek, az idegen betegek befogadására, a rögtöni életveszély eseteit kivéve, nem szoríthatók.

60. §. Állami kórházak és gyógyintézetek közvetlenül a belügyminiszter felügyelete és főigazgatása alatt állnak. Ily kórházak és gyógyintézmények azonban – a fővárosban létezők kivételével – tisztasági, gazdálkodási és pénztári tekintetben a főispán által bármikor megvizsgálhatók.

61. §. Minden egyéb köz- és magánkórház és gyógyintézet felett az illető törvényhatóság és közigazgatási bizottság gyakorolja a közvetlen felügyeletet.

62. §. Minden köz- és magánkórháznak megfelelő számú orvossal és ápolóval kell rendelkeznie.

63. §. Kórházi főorvosi minőségben csak oly orvostudorok alkalmazhatók, kik legalább két évi gyakorlatot képesek kimutatni.

A kórházi gyakorlatnak, a műtői képesítésnek, úgyszintén a kórodai tanársegédi szolgálatnak kimutatása, az illetőnek más pályázó felett előnyt biztosít. Kórházi másodorvos minden orvostudor lehet, ki az ország területén érvényes oklevéllel bír.

64. §. Állami kórházakban és gyógyintézetekben az orvosi személyzet a belügyminiszter által neveztetik ki.

65. §. Az állami kór- és gyógyintézetek igazgatói, első orvosai és egyéb állandó alkalmazott tisztviselői államhivatalnokok, mint ilyenek nyugdíjképesek és az államhivatalnokok iránt fenn álló általános szabályzatok alá esnek. Az állami intézetek másodorvosai nem állandóak, hanem rendszeresen csak két évre alkalmaztatnak.

66. §. A Törvényhatóságok tulajdonában levő kórházakban a törvényhatósági egészségügyi bizottság meghallgatásával, az igazgató főorvos a főispán által, a kórház gazdasági ügyeit vezető segédszemélyzet pedig az alispán, illetőleg polgármester által, végre az egyéb orvosi személyzet az igazgató főorvos meghallgatásával, a főispán által neveztetik ki. A gyógyintézetek céljainak elérésére meghatározott számban alkalmazott ápoló- és szolgátszemélyzet az igazgató főorvos által fogadtatik és bocsájtatik el.

67. §. Ha magán egyén, társulat vagy testület közkórházat saját vezetése alatt tart fenn, az orvosi személyzetét maga nevezi ki, de a kinevezést a főispánnak bejelenteni tartozik, csakis a törvényszerű képesítés hiánya vagy erkölcsi okok alapján tehet kifogást a kinevezés ellen, melyre nézve végérvényesen a belügyminiszter dönt. Ha azonban az ily személy, testület vagy társulat a közkórházat nem maga vezeti, előterjesztésére a kinevezést a főispán eszközli.

68. §. Községi kórházakban az orvosi személyzetet a községi közegészségügyi bizottság véleményezése alapján az alispán neveztetik ki.

69. §. A 66., 68. §-ok értelmében alkalmazott kórházi személyzet hivatala állandó, fegyelmi tekintetében ugyanolyan eljárás alá esik, mely a törvényhatósági s községi egyéb tisztviselőkre nézve érvényben áll.

70. §. Állami törvényhatósági és községi kórházaknál és gyógyintézeteknél az orvosi állások nyilvános pályázat útján töltetnek be.”

A törvények nemcsak összegezték a kórházakra vonatkozó legfontosabb köteleket, hanem rendezték az intézmények belső és külső működésének feltételeit is. Az 1876. évi rendelkezés szerint három szintet állapítottak meg a kórházak vonatkozásában:

“a) Állami kórházak, melyeket az államkincstár tart fenn.

b) Törvényhatósági kórházak, melyeket a vármegyék és a városok tartanak fenn, de az állam is támogat.

c) Ezeket egészítették ki a községi kórházak, melyeket a vármegyéknél és városoknál kisebb törvényhatósági egységek tartottak fenn, élvezték a vármegye és az államkincstár támogatását is.

d) A negyedik kategória a magánkórház volt, melynek fenntartója magánszemély vagy társulat volt.”

A magánkórházak is kötelesek voltak az életveszély esetén történő betegfelvételre, de ilyen esetben a költségeket az államkincstár megtérítette.

A közkórházi minősítés e rendszerben csak nagyságrendi különbséget jelentett, mely nagyságánál fogva képes volt a hatókörén kívül eső területről is befogadni beteget. Ilyen 1876-ban négy volt: a pesti Szent Rókus Kórház, a pozsonyi Állami Kórház, a pesti egyetemi klinikák és a lipótmezei tébolyda. Változtatás csupán 1902-ben következett be, amikor a Közegészségügyi Törvény kiegészítését szolgáló rendelet az állami kórházak mellett közkórházakat, nyilvános jelleggel felruházott kórházakat és magánkórházakat állapított meg, a közegészségügyi bizottságokon belül kórházi bizottságok szervezését is elrendeli. Ehhez a hazai kórházügy jelentős fejlődése biztosította a feltételeket. Ennek nemcsak anyagi vonatkozásai jelentősek, hanem a már említett Közegészségügyi Törvény is. E törvény ugyanis pontosan meghatározta, hogy a törvényhatóságok a hatáskörükbe tartozó lakosság lélekszáma szerint hol és hány orvost, bábát és egyéb egészségügyi személyzetet (halottkémet, védőnőt, stb.) alkalmazzanak, valamint azt, hogy ezer lakosonként három betegágyat létesítsenek. Valójában ez a törvény indította el a hazai kórházügy XIX. század végi rohamos fejlődését. A törvényhatóságokat kötelezték a kórházépítésre, a meglévők fejlesztésére és a törvény által megszabott kórházi feltételek megteremtésére és biztosítására. 1878-ban a kórházügy önálló költségvetési tételként szerepelt az

ország éves pénzügyi programjában. 1877-ben külön kórházépítési normát állapítottak meg, új kórházépület tervezését szigorú szabályok közé szorították, az építési normák kialakításánál követték az európai kórházépítési követelményrendszert. Meghatározták az egy betegre eső léghőméretet, az osztályok elválasztását, a műtők és kezelők elkülönült elhelyezését, a fűtést, a megfelelő szellőztetést, stb. A tömbépületek helyébe az ún. pavilonrendszer lépett. Az 1870-es években – vármegyénként és városokként eltérő mértékben – fogalmazódtak meg a nagy kórházépítő programok, melyeket az államháztartás jelentősen támogatott. Például Budapest nagyszabású kórházépítés programját 1884-ben Gebhardt Lajosnak, a Rókus Kórház igazgatójának vezetésével egy szakbizottság dolgozta ki, mely szerint a Duna jobb partjára háromezer ágyas, a bal partjára kétezer ágyas kórházat kellett emelni. E terv szerint épült fel 1884-ben a Magyar Vöröskereszt Erzsébet Királyné Kórháza (ma Sportkórház), a Szent István Kórház (1885), a Szent László Kórház (1895), az új Szent János Kórház (1897), bővítették a Szent Rókus Kórházat, felépült Óbudán a Szent Margit Kórház (1898), harminc fölé emelkedett a magánkórházak száma, új pavilonokkal bővítették a régebbi pest-budai kórházakat. A szerzetesrendek kezelésében levő kórházakra nézve is kötelezővé vált az állam által meghatározott kórházi feltételek teljesítése, így ezen intézmények is jelentős fejlődésen mentek keresztül. A leglátványosabb változás az Irgalmasok budai kórházában következett be, amelynek új központi épületét 1907-ben adták át, ez a főváros egyik legkorszerűbb kórháza lett. A 20. század első évtizedében kaptak új épületet az Irgalmasok váci, egri, pápai, nagyváradai kórházai, illetve a teljes rekonstrukcióval azonos átépítéseket végrehajtották. Az 1880-as években kiemelkedő hazai kórházépítési beruházás a pesti és a kolozsvári orvosi karok klinikai telepeinek és központi oktatási épületeinek felépítése volt. Budapesten és Kolozsvárott tervezőbizottságokat hoztak létre, jelentős összegeket áldoztak az európai tapasztalatok alapján összeállított tanulmánytervek elkészítésére, így az 1900-as évek elején a klinikai telepek Európa legkorszerűbb hasonló intézményeinek sorába tartoztak.

1870-ben a pesti orvosi kar klinikái mindössze 146 betegágygal, 1900-ban 1500-zal rendelkeztek. Kolozsvárott 1046 volt. Az 1885. évi kórházi statisztika szerint már 278 kórház működött mintegy 10 ezer betegágygal, 1896-ban 341 kórház 19.000 betegágygal, 1900-ban 395 kórház 35 ezer betegágygal, 1914-ben 426 kórház 44 ezer betegágygal. Ekkor tízezer lakosra 25 betegágy jutott, ami európai összehasonlításban sem volt lebecsülendő. A legfejlettebb ellátás Angliában volt, tízezer lakosra 51 betegágy jutott. A betegforgalom évente egy betegágy átlagában 450 ezer körül mozgott.

Hasonló jellegű fejlődés volt tapasztalható vidéken is, a dualizmus korában épült fel jelentős megyei kórházaink többsége, megújultak a kisebb városi és községi kórházaink. Sok új városi és községi kórház magánkezdeményezésből született, amelyeket 1898-tól az Országos Betegápolási Alapból – ahol nem működött törvényhatósági kórház – támogatásban részesítettek. A szerzetesrendek is megújították gyógyító intézményeiket, sőt a katolikusokon kívül a többi egyház is törekedett saját kórház létesítésére, így a reformátusok Budapesten, Debrecenben, Brassóban, valamint az evangélikusok is több városban építettek gyógyintézetet. Az izraelita hitközségek országos jelentőségű kórházzal rendelkeztek Budapesten (a pesti Zsidó Kórház), de majd minden jelentősebb vidéki városban is berendeztek kisebb-nagyobb kórházat. Az egyházak a gyógyító intézmények mellett inkább a gondozó-szegényellátó hálózatot építették ki, jól működő ápoló és gondozó szolgálataik a világi gyógyintézményekben is jelen voltak.

A betegellátó intézmények bővülését jelentette a honvédkórházak rendszerének kiépítése is, bár nem tartoztak szorosan a polgári egészségügyhöz. Az 1880-as évektől épültek fel legjelentősebb helyőrségi állandó kórházaink, így a fővárosban három, Pécsen, Győrött, Pozsonyban, Szegeden, Nagyváradon, Kolozsvárott, Nagykanizsán, Kaposvárott, Debrecenben stb. A hadsereg betegágyainak száma meghaladta a 20 ezret, há-

borús helyzet esetén mintegy százezer újabb betegágy létesítésére volt lehetőség. 1914-ig a katonai kórházak felülegelete kettős volt: a betegágyak mintegy 70 százalékával a közös hadsereg, 30 százalékával a m. kir. honvédség rendelkezett, önálló kórházai Budapesten, Pécsen, Kolozsvárott, Debrecenben és Szegeden voltak.

Az 1890-es évektől a Munkássegélyező Pénztár is sorra építette saját kórházait és munkásjóléti intézményeit, rendelőintézeti hálózatát. A századforduló évei a hazai szanatóriumi hálózat kiépítésének kezdete, szervezője a Szanatóriumi Egyesület lett, amelynek tevékenységét az állam anyagilag is támogatta. Így épült fel 1905-ben a budakeszi Erzsébet Szanatórium (ma Korányi TBC Szanatórium és Pulmonológiai Intézet), a MÁV-TBC-Szanatórium (1907), továbbiak a Mátrában, és a Kárpátok több helyén.

Az 1877. évi kórházépítési normák megállapítása ugyan nem befolyásolta a régi ún. német norma (egy épületben való elhelyezés) vagy a pavilonos forma szerinti kötelező tervezést, a kórházaink többségének létrehozását az anyagi lehetőségek határozták meg, s csak ezen belül érvényesülhetett az orvosi és kórház-építészeti feltétel. Az első nagyszabású hazai kórházépítési program megvalósulásának idején, főleg a pesti és a kolozsvári klinikai telepek megtervezését célzó európai tanulmányutak nyomán, hazánkban is komolyan törekedtek a kórházépítés építészeti és orvosi vonatkozásainak és feltételeinek összhangba hozására a modern kórház működésének irányelveivel. E vonatkozásban ugyan már 1847-ben Réthy Pál részéről bátortalan kezdeményezés indult meg, de egészen az 1880-as évekig nem talált követőkre, ekkor viszont központi kérdéssé vált ez a szempont is. A tervrajzokat a higiénias elvek alapján kellett elkészíteni, melyek során az ún. pavilonos vagy központi épületes irányzatok alakultak ki. 1891-ben a 48.160 sz. belügyminiszteri rendelet intézkedett a kórháztervezési pályázatokról, melyeket az egészségügyi hatóságoknak kellett elbírálni, engedélyezni. A norma szerint 120 ágyig egy épületben kellett a kórházat megtervezni, ezen felül már külön pavilonokat kellett létesíteni, egy pavilonban 100 betegnél többet nem lehetett elhelyezni. A sok és részletes szakmai szempontból a leglényegesebbek:

- 1) A kórház kapjon megfelelő mennyiségű friss, jó levegőt és az épület legyen világos.
- 2) Az épületen belül a legkönnyebben lehessen a tisztaságot fenntartani.
- 3) Berendezései feleljenek meg a bakteriológia követelményeinek.

A legfontosabb higiénés feltételként betegenként naponta 4-500 liter víz használatát írták elő, az egész épületet csatornázták. A kórtermek nagyságát ugyan nem állapították meg, de azt igen, hogy betegenként hány léghőméter kell számítani, minden szobának állandó légáramlást biztosító nyílászárókkal kell rendelkeznie. Pontosan meghatározták, hogy a fertőzést jelentő helyiségeket hol kell elhelyezni, milyen távol legyenek a gyógyítás színterétől, ezért meghatározták a hullaházak távolságát és elkülönítettségét a betegosztályoktól és a konyhától. Ez utóbbival kapcsolatban úgy rendelkeztek, hogy minden betegosztálytól legalább 50 méter távolságra kell telepíteni, külön kell élelmiszer raktárat építeni, amelynek ugyancsak távol kell lenni a betegosztályoktól. A kiegészítő épületeknél külön figyelmet kellett fordítani a tisztaságra, a féregtelenítésre, a rágcsálók irtását legalább havonta egy alkalommal, de szükség esetén azonnal el kellett végezni.

Tárgyilagosan meg kell állapítanunk, hogy a dualizmus korában emelt kórházaink többségében az 1891-es kórházépítési (építészeti) szabályzat csak korlátozott mértékben érvényesült, csupán a főváros kiemelkedő kórházaiban, a már említett két orvosi kar klinikai rendszerében és néhány vidéki kórházban (például az egri Irgalmasoknál) érvényesült. A legtöbb esetben az üresen álló épületekben rendeztek be kórházakat, vagy a már meglévőket alakították át, azonban mindenképpen ügyeltek a kórházi higiénés feltételek biztosítására.

A 19. és a 20. század fordulóján a kórházügy lényeges területe a betegápolás szakmai színvonalának kérdése volt. A megnövekedett számú betegágy mellett szakszerűen kiképzett ápoló (férfi és női) személyzetre volt igény, ekkor már nem volt elegendő a kizárólag gyakorlati képzés, elméleti és gyakorlati felkészültségüknek

követni kellett az orvostudomány által támasztott követelményeket. Az egyházi felkészítés elsősorban a beteggondozásra összpontosított, míg a korszerű betegápolás más fontos egészségügyi, szakmai ismeretet is megkívánt. Egyre több világi személy jelentkezett betegápolónak, az ő szakmai felkészítésük egységes és orvosi ellenőrzés alatt álló formákat igényelt. Magyarországon az 1881-ben megalakult Magyar Vöröskereszt Egyesület vállalta magára a szakszerű ápolónőképzést, amelynek felső szintje a hároméves hivatásos nővérképzés, a második szintje a 3-6 hónapos ún. önkéntes nővérképzés lett. A Magyar Vöröskereszt a képzést egymaga alig tudta teljesíteni, így 1891-től két helyen – Budapesten és Kolozsvárott – képeztek 30-30 fős évfolyamokkal betegápolókat, az egyházak is ide küldték kiképzésre váró jelöltjeiket, az 1905-ben megalakult Magyar Betegápolók és Ápolónők Egyesülete szervezte meg a már dolgozó betegápolók kiképzését. E szervezet vezette be a kórházi betegágy mellett – megkülönböztetésként – a kötelező kék ápolói munkaruhát. 1913-ban a Bp.-i Kir. Orvosegyesület, az Országos Orvosszövetség és a pesti és kolozsvári orvosi karok az ápolónőképzés megreformálására szakmai bizottságot hoztak létre, amelynek nemcsak a szakmai követelményrendszer kiformálása volt a feladata, hanem a célszerű képzés formáira is javaslatot kellett tenni. Ekkor fogalmazódott meg elsőnek a középszintű egészségügyi szakképzés állami irányítás alá helyezésének indítványa, amelyre csak az első világháború után kerülhetett sor.