

Új Nézőpont

TÖRTÉNELEM · NÉPRAJZ · TÁRSADALOMTUDOMÁNY · HONISMERET

A Hajdú-Bihar Megyei és Debreceni
Honismereti Egyesület online folyóirata

XIII. évfolyam, 1. szám

Debrecen, 2026.

Szerzőink

Herka Dominik, PhD-hallgató (DE Történelmi és Néprajzi Doktori Iskola)
Nagy Imre, főlevéltáros (MNL Hajdú-Bihar Vármegyei Levéltára, Debrecen)
Paál Zoltán, PhD-hallgató (DE Történelmi és Néprajzi Doktori Iskola)
Szőke Richárd Rajmond, PhD-hallgató (DE Történelmi és Néprajzi Doktori Iskola)
Törő László Dávid, segédlevéltáros (MNL Hajdú-Bihar Vármegyei Levéltára,
Hajdúböszörmény)

Főszerkesztő
Brigovác László

Szerkesztőség
Bán Gergely Károly, Guhyás László Szabolcs, Koložsvári István, Kujbusné Mecsei Éva,
Papp Klára, Szabó-Zsoldos Gábor, Szekeres Gyula, Szendrei Ákos, Szikla Gergő, Szilágyi Ferenc,
Szilágyi Zsolt, Tózsza-Rigó Attila Győző, Török Péter, Tóth Áron, Vajda Mária, Veres Tünde

Szerkesztőségi titkár
Szőke Richárd Rajmond

Technikai szerkesztő
Katona Péter

Angol fordítások
Szabó-Zsoldos Gábor

Kiadói és szerkesztői elérhetőségek
Felelős kiadó: *Szendrei Ákos*, elnök (Hajdú-Bihar Megyei és Debreceni Honismereti
Egyesület)

Kiadói székhely, szerkesztőségi postacím: 4032 Debrecen, Egyetem tér 1.

Honlap: www.ujnezopont.com

Szerkesztőségi e-mail cím: ujnezopont@gmail.com

©Hajdú-Bihar Megyei és Debreceni Honismereti Egyesület
©Szerzők

ISSN 2064-7042

DOI: 10.65006/hjzfpz19

Tartalom

Tanulmányok

Nagy Imre: Az Alföld diskurzusai a 19. század eleji útleírásokban	5
Herka Dominik: A fekvőbeteg-ellátás ötéves tervcéljainak teljesülése Magyarországon 1960 és 1970 között.....	26
Paál Zoltán: Eckhardt Sándor történetírói útja a Minerva folyóirattól Bessenyei Györgyig.....	48

Adattárak

Szőke Richárd Rajmond: Bihar vármegyei főispánok adattára 1920–1944.....	58
--	----

Hírek

Törő László Dávid: Beszámoló a Hajdú-Bihar Vármegyei Levéltári Napokról...	70
--	----

Contents

Research Articles

Imre Nagy: Discourses around the Great Hungarian Plain in Early 19th-Century Travelogues	5
Dominik Herka: The Fulfilment of Five-Year Plan Objectives for Inpatient Care in Hungary, 1960–1970	26
Zoltán Paál: Sándor Eckhardt's Historical Journey: From the Minerva Journal to György Bessenyei.....	48

Databases

Richárd Rajmond Szőke: Database of the Lord Lieutenants of Bihar County, 1920–1944	58
--	----

News

László Dávid Törő: Report on the Hajdú-Bihar County Archives Days	70
---	----

Herka Dominik

A fekvőbeteg-ellátás öt éves tervcéljainak teljesülése Magyarországon 1960 és 1970 között

Bevezetés

A második világháborút követően az ország egészségügyi rendszere összeomlott a háborús események következtében. A kórházak kifosztva álltak, azt az egészségügyi felszerelést, amelyet a német alakulatok nem vittek el, a szovjet hadsereg szállította el, a gyógyszerellátás akadozott, számos épület megrongálódott, az egészségügyi személyzet egy része a háború áldozatává vált. „A kórházak elvesztették üzemi berendezéseinek, betegápolási eszközeinek egyharmadát, betegágyaiknak, textíliás felszerelésüknek, bútort és háztartási felszereléseiknek felét, gyógyszerkészletüknek kétharmadát, gazdasági felszerelésüknek, közlekedési eszközeiknek csaknem egészét”.¹ A német csapatok kiszorítása után körülbelül 27 000 kórházi ágy működött, ami, figyelembe véve a lakosság által jelentősen megnövekedett használati igényt, közel sem volt elegendő. Ennek következtében mind szervezetileg, mind infrastrukturálisan újjá kellett szervezni a magyar egészségügyi ellátást. Már a háború előtti viszonyok helyreállítása is nagy feladat volt, és ehhez adódott hozzá az a fejlesztési igény és terv, amivel egyrészt modernizálni, másrészt a megnövekedett igényekhez igazítani kellett az egészségügyi ellátást az egész népesség számára.

A tanulmány az infrastrukturális fejlesztéssel foglalkozik, röviden azonban kitérünk arra, hogy szervezetileg és humán erőforrás szempontjából milyen nagy kihívásokkal kellett szembenéznie az új politikai vezetőségnek.² A háború után az egészségügy nemcsak mennyiségi, hanem ellátásbeli és szervezeti átalakuláson is keresztülment. A társadalombiztosítási rendszer egyre nagyobb mértékű kiterjesztése az egyik legfontosabb változás a két háború közötti időszakhoz képest. 1945 és 1950 között központosították a szociálpolitika minden intézményrendszerét, így a nyugdíj- és egészségbiztosítókat is. 1951-ben államosították a szakorvosi rendelőintézeteket, majd 1956-ra létrehozták az egységes egészségbiztosítást, és ekkor még lassan, de folyamatosan elkezdtek kiterjeszteni a jogosultak körét. Az ellátandó emberek számának nagymértékű növekedése is indokolta a jelentős fejlesztéseket. Létrehozták a Népjóléti Minisztériumot, amely az első hároméves terv (1947–1949) folyamán nemcsak a háborús pusztítás helyreállítását tűzte ki célul, hanem elkezdtek új kórházakat létrehozni, a meglévőket fejleszteni.³ Ennek hatására szinte csak mennyiségi fejlődés következett be, minőségi fejlesztésre csak az ezt követő tervekben törekedtek. Az első öt éves terv (1950–1954) során komolyan megkezdték az egészségügy átszervezését, a biztosítottak körének kiterjesztését és az egészségüggyel kapcsolatos feladatok központosítását. A Népjóléti Minisztérium helyébe az Egészségügyi Mi-

¹ Szemléletesen leírja: „A felszabaduláskor üzemképes mentőgépkocsikkal egyáltalán nem rendelkezünk, mert a fasiszták egész mentőkocsi-parkunkat kivitték az országból. A felszabadulás utáni első időkben a mentés gyalogszerrel, hordággal, legjobb esetben kerek hordággal történt. 1945. május 1-ére szolgálatba állították az első helyreállított mentőgépkocsit. A mentés vidéki megszervezésénél az első komoly segítséget a kormányzat nyújtotta, amikor 1946. második felében 65 Dodge mentőgépkocsit adott át a mentőknek.” Simonovits 1955.

² Dubovitz 1960. 118–132.

³ Uo. 120.

nisztérium lépett. Egyre nagyobb hangsúlyt kapott a megelőzés, amit egészségügyi oktatással, felvilágosítással, a higiénia fejlesztésével és kampányokkal igyekeztek megvalósítani. Tény, hogy csökkent a csecsemőhalandóság, nőtt az átlagéletkor és csökkent a tbc-ben meghaltak száma és aránya is,⁴ ez azonban nem kizárólag a „felszabadulás”, „a Szovjetunió folyamatos segítsége” és a „szocialista fejlődés” eredménye, mint ahogy azt a korabeli, akár szakpolitikai elemzések is állítják. A háború után békés és fejlődő évek következtek, a tbc elleni oltás is ekkor vált tömegessé (1954 óta kötelező az újszülötteknek),⁵ amik mind hozzájárultak a javuló népmozgalmi adatokhoz. Igyekeztek az egészségre ártalmas munkaterületeken a munkaidőt csökkenteni, heti 36–42 órára.⁶ Célul tűzték ki a főváros és a fontos ipari területek gyógyító-megelőző szolgáltatásainak fejlesztését (ilyen ipari területek Dunaújváros, Kazincbarcika, Ózd, Komló, Ajka, Tiszaújváros stb.), illetve a falusi/vidéki és (fő)városi területek között lévő különbségek kiegyenlítését. Kiemelt figyelmet kapott a tbc elleni küzdelem és a szülészet- és gyermekgyógyászat.⁷

Kiemelt feladatot jelentett az elmaradt felújítások és karbantartások pótlása, valamint az egyéb kiszolgáló egységek (például a konyhák, mosodák és gépházak) fejlesztése, mivel a korábbi nagymértékű ágyszám-bővítéssel ezek nem tudtak lépést tartani.

1945 és 1959 között az egészségügyi ellátás fejlődésének legfontosabb vívmánya, hogy az egészségügyileg biztosítottak aránya 31%-ról 75%-ra nőtt. 1960-ra a társadalombiztosítás alapján ellátásra jogosultak aránya elérte az ország lakosságának 85%-át, ami a vizsgált korszak során 97% fölé emelkedett.⁸ 1962-ben terjesztették ki az ipari szövetkezeti tagokra, hozzátartozóikra és a magánkisiparosok egy részére, míg 1970-ben a magánkereskedőkre.⁹ Ez nemcsak ingyenes orvosi ellátást jelentett, hanem a gyógyszerek és a gyógyászati segédeszközök támogatását is. Folyamatos cél volt, hogy a kórházi zsúfoltságot enyhítsék, azonban ezt nem sikerült elérni, mivel a biztosított jogviszony ugrásszerű emelkedésével olyan mértékben nőtt az orvosi ellátást igénylők száma, amellyel a fejlesztések üteme nem tudott lépést tartani.¹⁰

Az újjáépítéshez, a működtetéshez és a nagymértékű fejlesztésekhez szükséges anyagi alapot meg kellett teremteni. Amint a Népegészségügyben leírják, az állam az egészségügyi rendszer finanszírozását „nem a lakosság által befizetett adókból, járulékokból fedezi, hanem azokból az anyagi forrásokból, amelyeket azelőtt a tőkések maguknak sajátítottak ki.”¹¹ A szerzők szerint ezen felül alapvetően nincs különbség a szocialista és a tőkés egészségügy között, mivel mindkét esetben az egészségügyi dolgozók nagy része állami alkalmazásban van, az infrastrukturális és pénzügyi háttérrel az állam biztosítja. Azt viszont nem említik meg, hogy a munkavállaló keresetének 3%-a került befizetésre járulékként, amely ellenében beteg- és baleseti ellátásban, kórházi vagy szanatóriumi kezelésben, meghatározott idő után nyugdíjellátásban, rokkantság esetén járulékból részesülhetett.¹² Összességében elmondható, hogy a háború után óriási mértékű volt a fejlődés, valamint sikerült túllépni a

⁴ Mosolygó–Nyárády 1970.

⁵ Mit kell tudnia BCG oltásról? 2012.

⁶ 1961. II. tv..

⁷ Dubovitz 1960.

⁸ Statisztikai adatok... 1971.

⁹ Valuch 2001. 346.

¹⁰ Simonovits 1955.

¹¹ A szocialista egészségügy útján 1960.

¹² Ágoston 2013. 111.

veszteségeken és anyagi károkon. Azonban a megnövekedett igény miatt még mindig kapacitáshiány volt, és egyelőre nem a minőségi, hanem a mennyiségi fejlődés volt előtérben.

A korszak egészségügyi fejlesztésével kapcsolatban részletes eredmények még nincsenek, de átfogó elemzések és értelmezések már léteznek. Romsics Ignác kiemeli, hogy az 1970-es évek közepére a társadalombiztosítást szinte mindenre kiterjesztették, és hangsúlyozza a 10 000 lakosra jutó orvosok számának nagy emelkedését, azt is leírva ugyanakkor, hogy az ezer főre jutó kórházi ágyszám emelkedése 70-ről 90-re (1960–1980 között) európai szinten csak átlagosnak volt mondható.¹³ Valuch Tibor kifejti, hogy bár jelentősen megemelkedett a TB-re jogosultak köre, ezt nem követte hasonló szinten az ellátórendszer fejlesztése.¹⁴ Cora Zoltán szintén arra hívja fel a figyelmet, hogy jelentős eredménynek mondható a teljes társadalomra kiterjedő ingyenes orvosi ellátás. Ez azonban olyan mértékben megnövelte az egészségügyi ellátórendszer terhelését, amire reagálni kellett.¹⁵

A tanulmányban vizsgált időtartam az 1961–1970 közötti tíz év, a második öt éves terv (1961–1965) és a harmadik öt éves terv (1966–1970) időszaka. Az öt éves tervek kezdete és vége kijelöl egy olyan pontos határt, amelyen belül elemezhető a változás alakulása és összehasonlítható a tervcélokkal,¹⁶ mivel a tervekben meghatározott előirányzatokat állítottak fel a fejlődés mértékéről, így pontosan meghatározható, hogy ezek milyen mértékben teljesültek.

Ebben az egészségtörténeti tanulmányban bemutatásra kerül, hogy milyen célokat tűztek ki a második és harmadik öt éves terv során az egészségügyi fejlesztéseket illetően, valamint ezek közül melyek valósultak meg. Kitérek arra is, hogy az egyes források adatai között milyen különbségek vannak, és ennek mik lehetnek az okai. Emellett a kórházi hálózat fejlesztését és a kórházi ágyak elhelyezkedésének területi különbségeit fogom elemezni.¹⁷ A tanulmányban olyan kérdésekre keresem a választ, mint például hogy megvalósultak-e a második, illetve a harmadik öt éves terv során kitűzött célok, miért vannak jelentős eltérések a különböző források között a kórházi ágyszám-összesítésekben, csökkent-e az általános ágyellátottságban a különbség Budapest és a vidék között, hol hoztak létre új kórházakat, valamint hol vannak kórházi ágyhiányos területek az országban. A tervcélokban szerepel az ágyszámok növelése, új kórházak megnyitása és a területi egyenlőtlenségek csökkentése. Ezek külön-külön vizsgálata pontosabb értékelést tesz lehetővé. Az elemzés komparatív megközelítést alkalmaz, térképi elemzésekkel kiegészítve.

¹³ Romsics 2005. 486–487.

¹⁴ Valuch 2001. 347–348.

¹⁵ Cora 2019. 428–432.

¹⁶ A dilemmához ld. Rainer M. 2004.

¹⁷ A kvantitatív történetírást Jean Marczewski értelmezésében szeretném alkalmazni, miszerint az időben visszamenőlegesen hozzáférhető statisztikákra építem a forrásaimat. Gyáni 2018. A fekvőbeteg-ellátás területi egyenlőtlenségének komplex vizsgálata jóval több tényező bevonását követeli, azonban jelenleg kizárólag a kórházi ágyszámok területi elhelyezkedésének változását mutatom be. Arról, hogy a kórházak elsősorban mely földrajzi területek ellátásában vettek részt, pontosabb képet lehetne kapni abban az esetben, ha ismernénk az ellátási területüket, azonban, bár a korszakban már kialakították ezt a rendszert, erről egyelőre nem állnak rendelkezésre olyan információk, amik az elemzést lehetővé tennék. Országos szinten az ágykihasználási százalék meglehetősen magas volt a vizsgált korszakban, 91,8 és 89,8 között mozgott, azonban kórház vagy kórházi osztály szinten az adatok még nem feldolgozottak, és további kutatómunkát igényelnek.

A kutatás alapforrása a *Népegészségügy* szakfolyóirat, amely a közegészségügyi igazgatás hivatalos közlönye volt, és az ebben szereplő statisztikai adatokat az Egészségügyi Minisztérium Statisztikai osztálya által készített adatgyűjtések szolgáltatták. Eredetileg a Magyar Királyi Belügyminisztérium adta ki (1935-től), később az Egészségügyi Minisztérium¹⁸ havi, majd 1967-től kéthavi szinten. Emellett fontos forrás még *A magyar kórházak és klinikák évkönyve* (alább Kórházak évkönyve), ami 1970-től kezdődően öt éves rendszerességgel, csaknem minden lényeges szempontra kiterjedően mutatta be a Magyarországon működő fekvőbeteg-ellátó intézményeket. Ezek mellett kontrollforrásként hasznosnak bizonyultak országos, vagy egyes térségekben megjelenő napi- vagy hetilapok, mint például a *Népszabadság*, a *Dunántúli Napló* vagy a *Pest Megyei Hírlap*. Ezeket akkor használtam, ha valamelyik elsődleges forrásból nem lehetett megállapítani, hogy egyes kórházaknál milyen fontosabb események (átadás, megszüntetés, összevonás) történtek.

A fekvőbeteg-ellátási rendszer felépítése és fontosabb fogalmai

A kórházi ellátás hierarchiáját három oldalról lehet megközelíteni.¹⁹ Felügyeleti szervektől függően léteztek az Egészségügyi Minisztérium alá tartozó intézmények, amelyek a klinikák (vagy felsőoktatási intézetek, amelyekből 5 volt), a központi és országos intézetek (számuk a korszak során 20 körül mozgott), valamint a tanácsok felügyelete alá tartozó intézmények (hozzávetőleg 150). A tanácsok felügyelete alá tartozó intézmények között külön tartották számon a Fővárosi Tanács közvetlen irányítása alá tartozó kórházakat (27), a megyei, a városi tanácsok és a járási hivatalok felügyelete alá tartozó intézeteket (körülbelül 120–130). Emellett a Közlekedés- és Postaügyi Minisztérium felügyelete alá tartoztak a MÁV-kórházak (4). Pontos szám nem adható meg, mert új intézmények megnyitásával, egyes esetekben összevonásokkal ez a szám folyamatosan változott.

A vizsgált időszakban a kórházi ellátórendszer progresszivitási szintek²⁰ szerint négy külön szintre tagozódott: városi, megyei, regionális és országos intézetek rendszere működött, attól függően, hogy az adott intézmény milyen szakmai feladatokat, milyen súlyosságú betegeket tudott ellátni. Az országos intézetek többsége egyprofilú, szakosított intézet volt,²¹ de akadt köztük szélesebb spektrumú is, például a Központi Állami Kórház.

Az ellátott betegségek típusa szerint megkülönböztetünk klinikákat, országos intézeteket, szakkórházakat, általános kórházakat, szanatóriumokat és egyéb intézményeket (szülőotthon, betegotthon). A klinika „*az orvostudományi (egészségtudományi) képzést folytató egyetem olyan szervezeti egysége, amelyben a betegek ellátása a legfelsőbb szinten zajlik. A területi ellátási kötelezettség keretében nyújtott gyógyító-megelőző feladatain keresztül biztosítja az adott egészségügyi szakterület – elméleti és gyakorlati képzését is – magában foglaló graduális, illetve posztgraduális oktatását. Az egyetemi klinika a szakterületét illetően kapcsolatot tart más egészségügyi szolgáltatókkal,*

¹⁸ „1957. májusára alakult ki a Kádár-rendszer minisztériumainak „eredeti” elosztása. Ekkor Belügy-, Külügy-, Honvédelmi, Igazságügyi, Pénzügy-, Nehézipari, Kőbő- és Gépipari, Könnyűipari, Földművelésügyi, Élelmiszerügyi, Belkereskedelmi, Külkereskedelmi, Építésügyi, Közlekedés és Postaügyi, Munkaügyi, Egészségügyi és Művelődésügyi Minisztérium létezett [...]”. Bencsik 2006.

¹⁹ A területi ellátásnál figyelembe vehető fekvőbeteg-ellátó intézményeknél.

²⁰ Hierarchia, azt jelenti, hogy egy adott ellátási hely (például kórház, osztály, szakrendelés) milyen szintű szakmai feladatokat, milyen súlyosságú betegeket láthat el. Egyszerűbben: mennyire összetett, mennyire magas szintű ellátást tud nyújtani egy egészségügyi intézmény.

²¹ Hahn–Sellő 1970. 25.

*részt vesz az orvostudomány adott ágának elméleti és gyakorlati fejlesztésében, illetve e területen kutatómunkát végez.*²² Ilyen klinikák voltak az időkban a Budapesti (1969-től Semmelweis),²³ Debreceni, Szegedi és Pécsi Orvostudományi Egyetem, valamint az Orvostovábbképző Intézet. Utóbbi, Haynal Imre Egészségtudományi Egyetemenként is működött, de az intézmény 2000-től a Semmelweis Egyetem része lett.²⁴

A szakkórház az „*azonos betegségi csoporthoz tartozó betegségekben szenvedő betegek, továbbá gyermekek, szülők nők speciális szakellátását biztosító fekvőbeteg-gyógyintézet*”.²⁵ Ilyenek voltak – a teljeség igénye nélkül – az Országos Reuma- és Fiziotherápiás Intézet, Országos Traumatológiai Intézet vagy Országos Kardiológiai Intézet. Számuk a korszakban 20 körül mozgott.

Az általános kórház „*több különböző osztállyal (belgyógyászat, sebészet, szülészet stb.) rendelkező fekvőbeteg-gyógyintézet*”.²⁶ Ilyen volt például a Hajdú-Bihar Megyei Tanács Kórháza (a későbbi Kenézy Gyula Kórház Debrecenben), vagy a Szabolcs-Szatmár Megyei Tanács Kórház-Rendelőintézete (Fehérgyarmat).

A szanatóriumok a hosszabb lefolyású, többnyire krónikus betegségek – mindenképp a tuberkulózis, később pedig a szív- és érrendszeri, valamint az idegrendszeri kórképek – rendszeres orvosi felügyelet mellett történő kezelésére és rehabilitációjára szaksodtak. Nem akut ellátást végző kórházak, hanem terápiás környezetet biztosító intézmények, ahol a hangsúly a hosszú távú orvosi megfigyelésen, a rehabilitáción és szociális támogatáson, a higiénés és életmódbeli szabályozáson (pihenés, táplálkozás, napirend) valamint esetlegesen a különlegesebb éghajlat (hegyvidék, erdő, tengerpart) által nyújtott klímaterápián van. Ilyenek voltak például az Állami Szanatórium (Sopron), vagy a Vas Megyei Tanács Pszichiátriai Rehabilitációs Intézete (Intaháza).

Megállapítható, hogy az intézmények mindhárom szempont (fenntartó, ellátási terület és szint) szerint besorolhatók valamelyik kategóriába.

A fogalmak közül még tisztázni kell néhányat, amit az elemzés későbbi részében fogok használni. Az elsők közé tartoznak az öt éves terv fő célkitűzései között szereplő, új fekvőbeteg-gyógyintézeti ágyak, a szakorvosi óra és az ágykihasználási százalék. A fekvőbeteg-gyógyintézeti ágyak olyan működő ágyak, amelyek legalább hat hónapig hospitalizációra (előkészítés után betegfogadásra) alkalmasak.²⁷ A tartósan szünetelő ágyak, amelyek az adott év december 31-én, rekonstrukció vagy egyéb ok miatt, ellátás nyújtására legalább hat hónapja nem használhatók.²⁸ A statisztikai adatsorokban az előbbit „működő ágyszámnak”, illetve „tényszámnak” nevezik,²⁹ míg utóbbit „szünetelő” névvel. Ennek a kettőnek az összessége adja az úgynevezett szervezett ágyak számát. Az összes ágyszám a területi ellátottságnál tekintetbe vett intézmények ágyszámainak és az egyéb ágyszámoknak az összessége. A területi ellátásnál az egészségügyi tárca és a MÁV intézményeit veszik figyelembe, a katonai kórházi ágyszámokat nem.³⁰ Emiatt nem feltétlen egyezik meg

²² KSH 2024a.

²³ Bokor–Fifilina–Farkas 1969.

²⁴ Semmelweis Egyetem története é. n.

²⁵ KSH 2024b.

²⁶ KSH 2024c.

²⁷ KSH 2024d.; KSH 2024e.

²⁸ KSH 2024f.

²⁹ Mindig az adott forrás elnevezésével hivatkozom, nem egységesíttem.

³⁰ Később ez bővült a magánkézen lévő kórházi ágyszámokkal, mint a Magyar Izraeliták Országos Képviselete Szeretetkórháza és Betegotthona.

a szervezett és az összes ágyszám, viszont a katonai és egyéb kórházi ágyszámokról egyelőre nem áll rendelkezésre információ.

A szakorvosi óra azt az időtartamot jelenti, amelyet egy szakorvos ténylegesen betegellátásra fordít.³¹ Az ágykihasználási százalék a kórházban teljesített ápolási napok számának és a teljesíthető ápolási napok számának hányadosa, százalékban kifejezve.³²

A második öt éves terv célkitűzései és megvalósulása

A Magyar Népköztársaság második öt éves népgazdaságfejlesztési tervének külön fejezete foglalkozik az egészségügy fejlesztésével, meghatározva annak főbb célkitűzéseit: „86. § Tovább kell javítani a lakosság egészségügyi ellátását. A mezőgazdaság szocialista átalakulása következtében az 1960. évi 8,5 millió főről, 1965 év végére mintegy 10 millió főre nő a társadalombiztosításba bevontak száma és ezzel csaknem az ország minden lakosára kiterjed. Ennek megfelelően elsősorban a kórházakat és a szakorvosi rendelőintézeteket szükséges fejleszteni. Fokozni kell a legelterjedtebb népbetegségek elleni küzdelmet és tovább kell csökkenteni a csecsemőhalandóságot. 87. § A gyógyintézeti ágyak számát a tervidőszakban 7600–8000-rel kell növelni; ezzel a 10 000 lakosra jutó kórházi ágyak száma az 1960. évi 70-ről 1965-ben 76-ra emelkedik. A gyógyintézeti ágyakból mintegy 3000 tbc gyógyítást szolgáló ágy legyen. Be kell fejezni – többek között – a Borsod megyei egészségügyi központot, a fehérgyarmati, szálamvárosi, salgótarjáni, móri, komlói, berettyóújfalui kórház építkezését. Pécsen 400 ágyas klinikát, Orosházán, Siófokon, Kazincbarcikán, Dombóváron, Hatvanban, Ajkán új kórházat, Zalaegerszegen, Nyíregyházán, Pécsen, Tatabányán, Kalocsán, Szekszárdon és Edényben tbc gyógyintézetet, Budapest XVI. és XXII. kerületében, Szombathelyen, továbbá több járási székhelyen új rendelőintézetet kell építeni.”³³ A kutatás szempontjából e két paragrafus bír jelentőséggel, a harmadik a megelőzéssel és az egészségtelen munkakörökben történő óraszámcsökkentéssel (heti 36–42 órára) foglalkozik. Ezen felül, bár a törvényben nem szerepel, van előirányzata a szakorvosi munkaórák növelésének és a körzetek bővítésének is, amelyet a Népegészségügy részletesen ismertet. Az egyes évek előirányzatai (ágyszám, szakorvosi óra és új körzet) tételesen megtalálhatók a Népegészségügy augusztusi számaiban a Statisztikai adatok Magyarország egészségügyi helyzetéről című írások IX. Terv és költségvetés fejezetében. Az egyes évekre vonatkozó adatok mindig az egyvel későbbi évi lapszámban jelennek meg. A második öt éves terv egyes éveinek előirányzatai és megvalósulási rátái az 1. táblázatban láthatók.³⁴ Évenként három tétel van feltüntetve, az új ágyak száma, a szakorvosi óraszám emelkedése és az újonnan létrehozott körzetek száma. Ezeken túl láthatóak a tervszámok, a megvalósított számok és a megvalósulás aránya is. Továbbá, ahol lehetett, feltüntettem az előző évről áttolódott lemaradást is. A normál betűstílussal szedett adatok a IX. Terv és költségvetés fejezetben szereplő adatok (illetve az abból kiszámoltak), a dőlttel szedettek az 5. Fekvőbetegellátás vagy az 1. Körzeti orvosi ellátás részben leírt adatok. Az eltérések okaira egyelőre nincs biztos magyarázat. A végén összesítve is láthatóak az egyes tételek.

³¹ KSH 2024g. A fogalom 1996 óta érvényes, tehát később, mint a vizsgált időszak.

³² KSH 2024h.

³³ 1961. II. tv.

³⁴ Statisztikai adatok 1961. 233–236.; Statisztikai adatok 1962. 233–236.; Statisztikai adatok 1963. 225–250.; Statisztikai adatok 1964. 227–247.; Statisztikai adatok 1965. 233.

1. táblázat. A második ötéves terv céljai és megvalósulása, 1961–1965³⁵

Év	Tétel	Előirányzat	Megvalósulás
1961	ágyszám	1200+282 (az előző évi hiányból, a %-ot ezzel együtt számolva)	926 (70,4%)
	szakorvosi óra	1443	1406 óra (97,5%)
	új körzet	30	19 körzet (62,5%)
1962	ágyszám	1600	1126 (70,4%) 1521*
	szakorvosi óra	1457	1426 (97,9%)
	új körzet	30	27 (90,5%) 57
1963	ágyszám	2500 ágy+372 (az előző évi hiányból)	1838 (64%) 1664, <i>ténylegesen 1210</i>
	szakorvosi óra	1500 szakorvosi óra+32 (az előző évi hiányból)	1503 (100,2%) (itt az eredeti tervszámmal jön ki a többlet)
	új körzet	60 körzet+6 (az előző évi hiányból)	35 (53%) (itt az előző évi hiánnyal ki-pótolt tervszám esetén egyezik)
1964	ágyszám	1766+1041 (az előző évi hiányból)	1052 (59,6%) 1681
	szakorvosi óra	2427-3 (az előző évi túlteljesítésből)	2412 (99,4%)
	új körzet	40+31 (az előző évi hiányból)	35 (87,3%) 62
1965	ágyszám	nincs előirányzat (az előző 4 éves átlag 1706), a bővülés és a %-os teljesítés alapján 2265	1330 (1967-es kiadásban)
	szakorvosi óra	nincs előirányzat (az előző 4 éves átlag 1706)	1673, ha az átlagszám teljesítési százalékaival számolunk (98,1%)
	új körzet	nincs előirányzat (az előző 4 éves átlag 40)	35, ha az átlagszám teljesítési százalékaival számolunk (88,1%) 52
Összesen	ágyszám	7600–8000 új ágy	5943 (78%) 7600-as előírással számolva)
	szakorvosi óra	8530	8420 (98,7%)
	új körzet	200	151 (75,5%)

³⁵ A Népegészségügy folyóirat alapján saját szerkesztés és számítás.

Megjegyzendő a fenti táblázatban található adatokkal kapcsolatban, hogy az esetleges pontatlanságok négy tényezőre vezethetők vissza. Egyrészt nem minden számban volt leírva a tervek teljesülése, van, ahol csak %-os érték volt, és abból kellett visszaszámolni (az eredeti tervcél számából) a teljesítést. Másrészt nem mindenhol adtak meg előírányt, így nem minden esetben határozható meg pontosan, milyen mértékben teljesült a terv. Harmadrészt vannak olyan adatok, ahol egy későbbi számban eltérő adat szerepel, amelyet igyekeztem jelezni. Végül pedig nem mindig volt következetes, hogy az egyes adatokhoz tartozó teljesítési százalékot az eredeti vagy az előző évi hiánnyal kiegészített tervcélból számítják. A második öt éves terv esetén az 1964. évről nincsenek pontos számok az előirányzatról, csak azt tudjuk, milyen százalékban valósultak meg, valamint az 1966-os év összefoglalójában van visszautalás az előző, tehát az 1965. évre. Így, ha összegezzük az új ágyak számát, 6200 körüli értéket kapunk. A pontos számítást az is megnehezítette, hogy nem mindig egyértelmű, hogy az adott adat mit takar, illetve, hogy mely időpillanatra vonatkozik. Az elemzés során nehézséget okozott az is, hogy nem részletezték, hogy a korábbi év(ek)ről fennmaradt hiány pótlását beleszámították-e a tárgyév teljesítésébe, vagy sem. Egyes esetekben a beszámítással kijött a feltüntetett adat, néhol annak kihagyásával volt egyezés. Megjegyzendő továbbá, hogy az ágyszám bővítésénél nem kizárólag az új ágyak szerepelnek, hanem a tartósan szünetelő kórházi ágyak közül reaktiváltak is. Tehát az új ágyak száma nem egyenlő az ágyszám-bővüléssel.

A 2. táblázat bemutatja, hogy a Népegészségügy és a KSH szerint mekkora volt az ország lakossága, a működő, az összes és a 10 000 lakosra jutó kórházi ágyak száma a terv első és utolsó évében, valamint, hogy mekkora volt az ágyszám-bővülés. Mivel a Népegészségügy éves szinten is nyilvántartotta ezeket az adatokat, egy külön oszlopban összesítésre kerültek az éves adatok, hogy láthatóvá váljon, van-e különbség az 1965-ben feltüntetett és az 1961-től 1965-ig összeadott adatok között.

2. táblázat. A fekvőbeteg gyógyintézeti ágyszámok, 1960–1965³⁶

	Népegészségügy (fő)	Népegészségügy adatok alapján saját számítás	KSH
Népességszám (1960)	9 961 044		9 961 044
Népességszám (1965)		10 115 456 (101,55%)	10 135 490 (101,75%)
Ágyszám (1960.12.31.)	tényszám: 69 165 összesen: 69 718		működő 72 351
Ágyszám (1965.12.31.)	működő: 75 558 összesen: 77 818	76 961 (110,38%)	79 201 (109,46%)
Ágyszám-bővülés	tényszámhoz mérve: 8653 összeshez mérve: 8100	6272	6850
10 000 lakosra jutó ágyszám (1960)	tényszám szerint: 69,4 összes szerint: 69,9		tényszám 72,3
10 000 lakosra jutó ágyszám (1965)	76,92	76,08	tényszám: 77,9

³⁶ A Népegészségügy és a KSH alapján saját szerkesztés és számítás.

Ha összehasonlítjuk a 2. táblázatban szereplő különböző forrásokat és megnézzük a gyógyintézeti ágyak számát 1960-ban (december 31-i adatokat nézve), akkor a Népegészségügy szerint a működő ágyak száma 69 165 volt,³⁷ a KSH szerint 72 351,³⁸ míg a tervidőszak végén a Népegészségügy szerint 77 818,³⁹ a KSH szerint 79 201. A fejlődés mértéke a Népegészségügy alapján 8653, a KSH alapján 6850. Látható, hogy több helyen is ellentmondás van a Népegészségügyben közölt, az ebben feltüntetett részadatok alapján kiszámolt és a KSH által megjelenített adatok között. Az eltérés oka lehet módszertani eltérés, az adatfelvétel különböző időpontja, vagy manuális számítási hiba, de akár politikai döntés is. A teljesség kedvéért azonban fontos megjegyezni, hogy az ágyszám növelése sok esetben az ágyak sűrűbb elhelyezésével valósult meg, ami az ellátás minősége szempontjából kedvezőtlen következményekkel járt,⁴⁰ azonban az újonnan épült kórházakban, vagy újonnan átadott pavilonokban⁴¹ már sokkal korszerűbb módon valósult meg.

A tervcélokban szerepelt, hogy a gyógyintézeti ágyak számát 7600–8000-rel kellett növelni, ez a saját számítások és a KSH-s adatok alapján nem valósult meg, a Népegészségügy összefoglaló adatai alapján azonban igen. 1965-re a 10 000 lakosra jutó kórházi ágyak számát 76-ra kellett emelni, ez mindhárom adatsor alapján teljesült. A tbc-s ágyak számát a kitűzött 3000 helyett csak 2430-cal sikerült növelni, így a terv ezen része nem volt sikeres. A törvényben nem, de a tervcélok között kiemelten számon tartották a szakorvosi órák bővítését és az új körzetek létrehozását is. A szakorvosi óraszám bővítés a saját számítások alapján 98,7%-os mértékben teljesült, így talán kijelenthető, hogy elérték a kitűzött célt. Az új körzeteknek viszont csak a 75%-át sikerült létrehozni, így a terv ezen része nem teljesült.

A második öt éves terv során kitűzött 21 intézmény-átadásból 12 megvalósult, 9 csak később. Időben befejezték a Borsod megyei egészségügyi központot (1961-ben),⁴² a fehérgyarmati, a komlói, a berettyóújfalui (1963-ban) és a dunaújvárosi (1965-ben) kórházak építését. A móri járási kórházat 1966 májusában,⁴³ a salgótarjánit pedig csak 1967-ben adták át a Népszabadság egyik cikke alapján.⁴⁴ Hatvanban 1961-ben adták át az új kórházat, Pécsen a klinikát 1966-ban,⁴⁵ Orosházán 1967-ben,⁴⁶ ám Siófokon csak 1967 után, Kazincbarcikán 1968-ban, Dombóváron 1969-ben fejezték be az építkezést,⁴⁷ Ajkán pedig 1972-ben.⁴⁸ A tbc-gyógyintézetek közül időben befejezték a zalaegerszegit, a tatabányait (1963), a nyíregyházit, a pécsit és a kalocsait (1964), valamint a szekszárdit (1965). Edelényben azonban az intézmény csak 1966-ban lett kész.⁴⁹

³⁷ Statisztikai adatok 1960. 235.

³⁸ Egészségügyi adatok 1960–2025.

³⁹ Statisztikai adatok 1965. 233.

⁴⁰ Dubovitz 1960. 122.

⁴¹ A magyar nyelv értelmező szótára é. n.

⁴² Atrophias-koraszülött és rehabilitációs osztályok lesznek a megyében. Épül az 1390 ágyas új kórház. Észak-magyarország 16. 251. 1960. okt. 23. 7.

⁴³ Zágonyi-Jankó Erzsébet: A móri járás milliói. Fejér Megyei Hírlap 22. 141. 1966. jún. 16. 5.; Mór öt éve. Fejér Megyei Hírlap 23. 51. 1966. márc. 2. 5.

⁴⁴ Kórházavatás Salgótarjánban. Népszabadság 25. 101. 1967. ápr. 30. 18.

⁴⁵ A gazdasági reformban pártunk politikája ölt testet. Dunántúli Napló 23. 264. 1966. nov. 8. 7.; Hallama Erzsébet–Erb János: Teljes üzemből a 400 ágyas klinika. Dunántúli Napló 23. 268. 1966. nov. 13. 84.; Balassa 1964.

⁴⁶ Orosházi kórház története é. n. A kórház 1962–1967 között épült.

⁴⁷ Hírek. Népszabadság 26. 170. 1968. júl. 21. 12.; Járási kórház épül Siófokon. Népszabadság 25. 4. 1967. jan. 5. 5. A magyar kórházak és klinikák évkönyve szerint az alapítás éve 1969.

⁴⁸ Horváth 2015. 177. A kórház 1962–1972 között épült.

⁴⁹ Hahn 1970. 29. Eszerint a tervidőszakban megvalósult

A harmadik ötéves terv célkitűzései és megvalósulása

Az 1966. évi II. törvény, amely a népgazdaság harmadik ötéves tervéről szól, már nem tárgyalja külön fejezetben az egészségügyi fejlesztési intézkedéseket, hanem a szociális ellátás részben fejt ki, az előzőnél jóval szűkebben. „35. § (1) Az egészségügyi ellátás fő feladata a betegségek megelőzése és a betegellátás színvonalának emelése. A kórházi ágyak számát 1970-re 84-85 ezerre, az orvosi körzetek számát 4300-4400-ra kell növelni.”⁵⁰ Az adatok alapján valószínűsíthető, hogy a Központi Bizottságban e terület prioritása a vizsgált időszakban csökkent. A harmadik ötéves terv előirányzatai és megvalósulása a Népegészségügy IX. terv és költségvetés fejezetében található meg (mindig a 4. augusztusi szám, a tárgyévet követő évben), az összesített adatok a 3. táblázatban láthatók.⁵¹ Itt évenként már csak két tétel van feltüntetve, az új ágyak és körzetek száma, a szakorvosi óraszám bővülése már hiányzik. Láthatók a tervszámok, a megvalósított számok és a megvalósulás aránya. Ezen felül, ahol lehetett, feltüntettem az előző évről áttolódott lemaradást is. A végén össze-sítve is láthatók az egyes tételek.

3. táblázat. A harmadik ötéves terv céljai és megvalósulása, 1966–1970⁵²

Év	Tétel	Előirányzat	Megvalósulás
1966	ágyszám	1977 (s.sz)	1386
	új körzet	79 (s.sz)	71
1967	ágyszám	1600 (+748 az előző évről)	1904 (81,1%)
	új körzet	80 (+8)	71 (80,7%)
1968	ágyszám	1600 (+444 az előző évről)	753 (36,8%)
	új körzet	50 (+17 az előző évről)	65 (98%)
1969	ágyszám	1179 (+1157 az előző évről)	1385 (59,2%)
	új körzet	56 (+10 az előző évről)	70 (106,1%)
1970	ágyszám	1952+919 (hiány az előző évekből)	1479 (51,5%)
	új körzet	73	59 (80,8%)
Összesen	ágyszám	8308 (az 1965-ös ágyszám és az elérendő minimum 84 000-es ágyszám különbségéből kiszámolva a létrehozandó ágyszám csak 7000)	6907
	új körzet	338 (827 az 1965-ös adatból kiindulva, hogy meglegyen 4300)	336

s.sz: saját számítás

⁵⁰ 1966. II. tv.

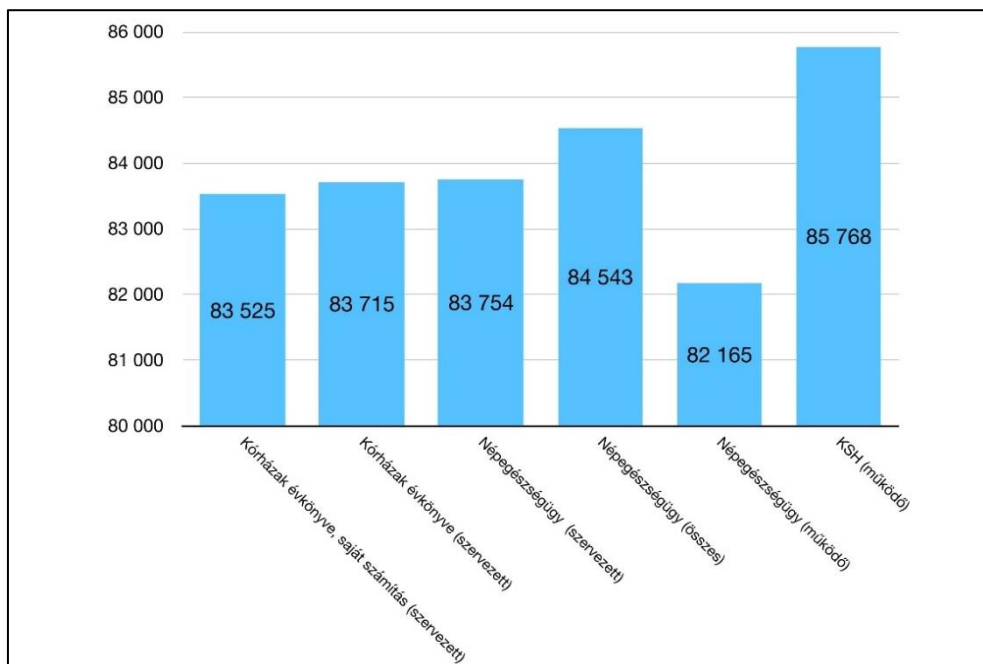
⁵¹ Statisztikai adatok 1966. 193–256.; Statisztikai adatok 1967. 193–217; Statisztikai adatok 1968. 193–235.; Statisztikai adatok 1969. 193–235; Statisztikai adatok 1970. 193–237.

⁵² A Népegészségügy folyóirat alapján saját szerkesztés és számítás.

Nehezíti az elemzést, hogy az éves terveknel időnként közlik az előző évi lemaradást, időnként pedig ettől eltekintenek, illetve néha megkülönböztetik az ágyszám-növekedéstől a tényszám-növekedést. Utóbbi a szünetelő és reaktivált ágyak számával korrigált számot jelenti. Így, ha intézményi átszervezés következtében csökkent a szünetelő ágyak száma, a tényleges ágyszám-bővülés meghaladta az újonnan létesített ágyak számát. Ezzel szemben a szünetelő ágyak számának növekedése – például egy osztály felújítás miatti ideiglenes lezárása esetén – azt eredményezte, hogy a tényleges bővülés kisebb volt az új ágyak számánál. Ezek néhány ágyas eltérések, hosszabb távon összeadva pár száz, ami az összes ágyszámot tekintve 0,1–0,9% között mozog. A két öt éves terv során változtattak a fejlődést mérő mutatókon. Míg a második öt éves tervben következetesen bemutatták a kórházi ágyszám, szakorvosi óra és orvosi körzetbővülés előirányzatát és tényleges mértékét, addig 1966-tól az ágyfejlesztés kisebb hangsúlyt kapott, a szakorvosi óra és orvosi körzetbővülés eltűnt a Népegészségügy folyóirat adataiból, helyüket az ápolási napok és a kiírt (elbocsátott) betegek száma vette át.

A harmadik öt éves tervben kitűzött tervszámok szinte egyik évben sem valósultak meg, és azt sem lehet egyértelműen megállapítani, hogy a jogszabályban szereplő előirányzatot sikerült-e elérni. Ennek oka, hogy bár a kórházi ágyak száma az évtized végére elérte a 84 000 körüli számot, a pontos számot nem lehet megállapítani az egymástól eltérő és részben hiányos források miatt (a Népegészségügy 1968-ban 140, 1969-ben 172 olyan ágyat is beleszámol a bővítésbe, amit átszerveztek, vagy amiről nem döntöttek, amivel már elérik a minimum 7000 ágyas bővülést).

Az 1. ábrán látható, hogy mennyi volt a működő, a szervezett és az összes kórházi ágyak száma a Kórházak évkönyve, a Népegészségügy és a KSH adatai szerint 1970-ben.



1. ábra. A kórházi ágyak száma, 1970⁵³

⁵³ A KSH, a Népegészségügy folyóirat és A magyar kórházak és klinikák évkönyve alapján saját számítás és szerkesztés.

Látható, hogy a szervezett ágyak száma a három forrásban nagyon közeli egymáshoz, mindössze 229 ágy a különbség. A KSH szerint a működő kórházi ágy 85 768,⁵⁴ a Népegészségügy azt írja, hogy az összes kórházi ágy 84 543, a szervezett (tehát a működő és a szünetelő összesen) 83 754, a működő pedig csak 82 165. A Kórházak évkönyve az év végi adatoknál a szervezett ágyszámot 83 715-re teszi.⁵⁵ A különbségek több tényezővel magyarázhatók. Egyrészt nem zárható ki, hogy az egyes statisztikai források eltérő időpontban rögzítették az ágyszámokat, másrészt a vizsgált időszakban az adatok összesítése kézi számítással történt, ami növelhette a kisebb számítási vagy adminisztratív hibák előfordulásának valószínűségét. A KSH és a népegészségügy működő ágyszámainál azonban több mint 3 500 ágynyi eltérés van, ami több, mint két évnyi ágyfejlesztést jelent. A módszertan alapján nem szabadna ekkora eltérésnek lenni, mivel mindkét forrás a szervezett ágyak számát összegzi, december 31-i állapotok szerint, így ennek az eltérésnek az oka nem tisztázott.

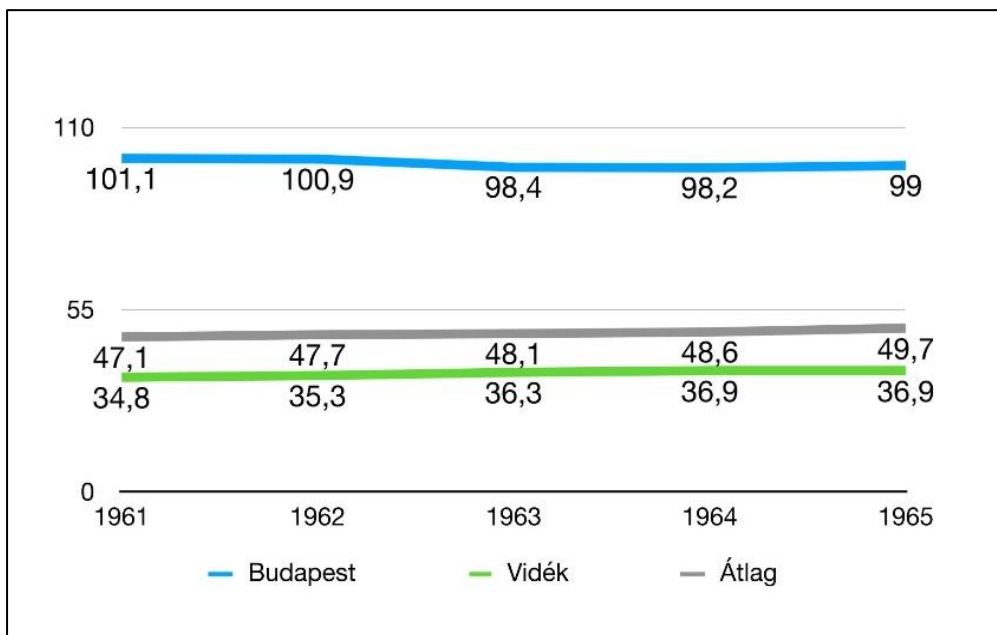
Az általános ágyellátottság helyzete

Simonovits István a Népegészségügy 1967. évi egyik számában írja: „*a magasszínvonalú egészségügyi ellátás hozzáférhetőségének elve legjobban a kórházi hálózat fejlesztésében mérhető le*”.⁵⁶ Az általa bemutatott táblázat alapján arra a következtetésre jutott, hogy az általános ágyak számát tekintve a legnagyobb mértékben a Budapesten kívüli megyei kórházak fejlődtek. Ezt érdemes összevetni a 10 000 lakosra jutó általános ágyakkal való ellátottsággal, hogy megállapítható legyen, területi szempontból e tekintetben történt-e kiegyenlítődés. A „területi ellátásnál figyelembe vehető ágyszám” minden olyan működő ágyat magába foglal, ami legalább hat hónapig hospitalizációra (előkészítés után betegfogadásra) alkalmas volt, amelybe beletartoznak az általános (aktív) kórházi, krónikus, rehabilitációs, ápolási és hospice ágyak. Az általános ágyakkal való ellátottság alatt az aktív, rövid idejű gyógykezelést szolgáló, tipikusan akut betegségek, műtétek, sürgős ellátások esetén használatos ágyakat értjük. Ezek főként a kórházak olyan osztályain találhatók, mint például belgyógyászatok, sebészetek stb. A 2. ábrán látható, hogy mennyi a 10 000 lakosra jutó általános ágyakkal való ellátottság Budapesten és vidéken (ami jelen esetben a Budapesten kívüli területeket jelenti), valamint országosan összesen.

⁵⁴ Egészségügyi adatok 1960–2025.

⁵⁵ Ugyanezen forrás alapján készített saját számításom ettől eltérően csak 83 525-öt eredményez.

⁵⁶ Simonovits 1967. 272.



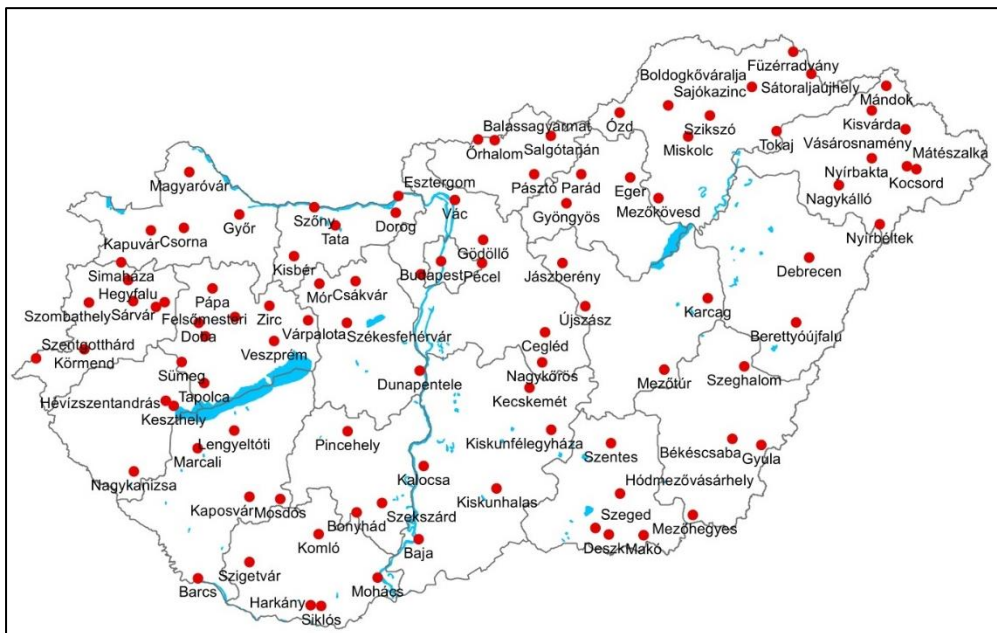
2. ábra. A 10000 lakosra jutó általános ágyakkal való ellátottság, 1961–1965⁵⁷

Az ábrán látszik, hogy bár minimális közeledés történt, kiegyenlítődésről nem beszélhetünk, Budapesten több, mint 2,5-szer több ágy jutott 10 000 lakosra, mint vidéken. Akkor kapunk könnyebben értelmezhető eredményt, ha a diagramról leolvasható, azonos évhez tartozó budapesti és vidéki értékek hányadosait összehasonlítjuk. Ez a hányados a korszak során 3,04-ről 2,17-ig csökkent, tehát kijelenthető, hogy a vidéki és budapesti általános ágyellátottság valamelyest közeledett egymáshoz. Ha a kapott eredményt úgy nézzük, hogy 1960-ban háromszor több ágy jutott egységnyi népességre a fővárosban, mint azon kívül, míg 1970-ben „csak” közel duplaannyi, akkor jelentősnek mondható a kiegyenlítődés. Ha pedig onnan nézzük, hogy népességarányosan továbbra is kétszer több aktív ágy van Budapesten, akkor azt mondhatjuk, hogy a különbségek továbbra is jelentősek. Bár jelentős elmozdulás történt a kiegyenlítődés felé a 10 000 főre jutó ágyellátottságban, számottevő különbség maradt fenn Budapest és a vidék között.

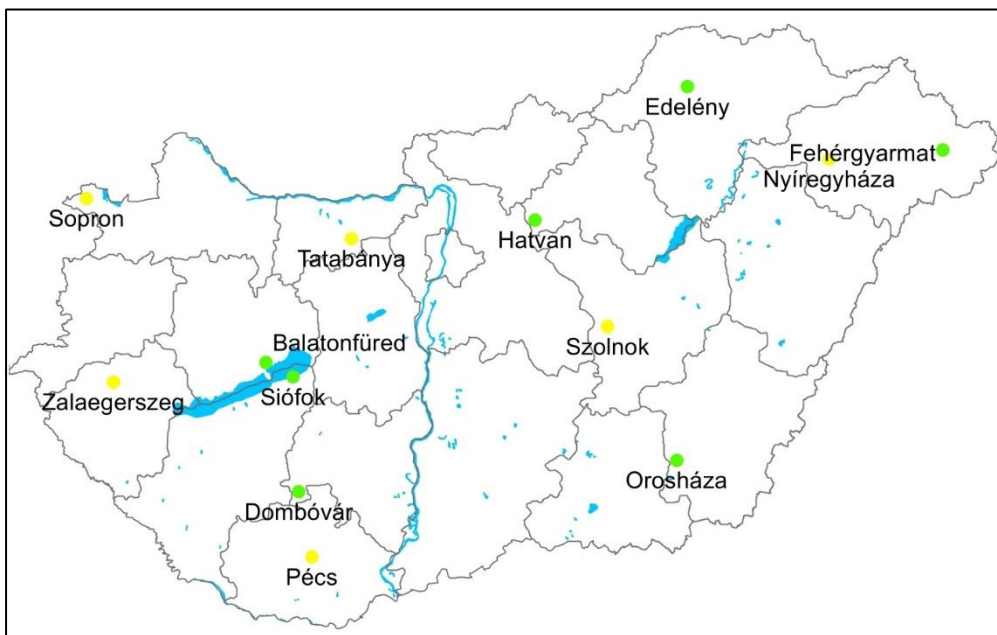
Kórház és kórházi ágyhiányos területek

Az 1. térképen szerepel az összes olyan település, ahol 1960-ban működött valamilyen fekvőbeteg-ellátó intézmény, a 2. térképen pedig azok a települések vannak feltüntetve, ahol 1960 és 1970 között új intézmény nyílt. Zöld színűek azok a települések, ahol korábban még nem működött kórház, valamint sárgák azok, ahol már volt korábban, de nyitottak mellette másikat is. Ebből megállapítható, hogy a 13 új intézmény vidéken került megnyitásra. Emellett több kórház is kapott új épületet, de mivel azok intézményi szinten már működtek, a térképen nem szerepelnek.

⁵⁷ A Népegészségügy folyóirat adatai alapján saját szerkesztés.



1. térkép. A fekvőbeteg-ellátó intézmények elhelyezkedése, 1960⁵⁸

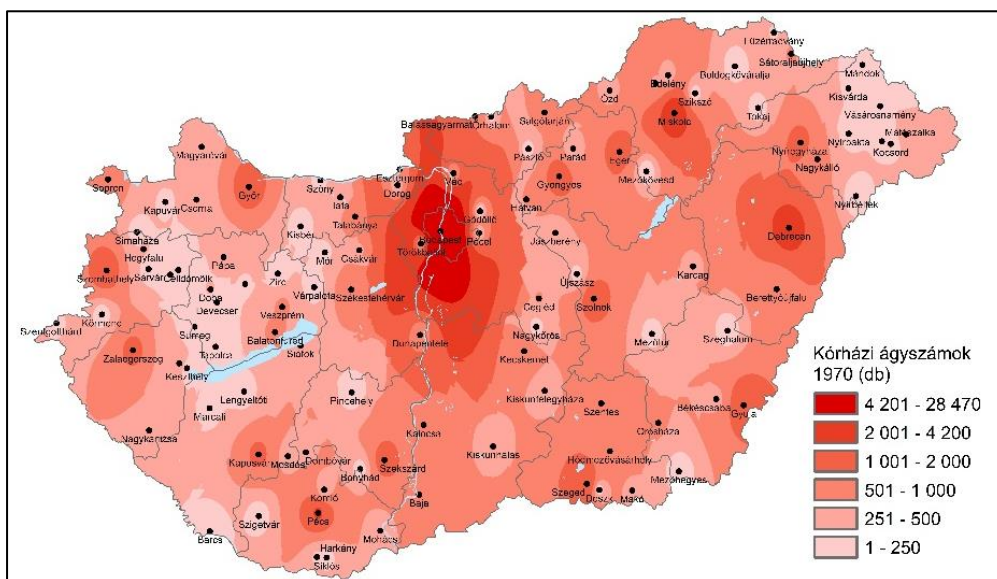


2. térkép. Új kórházak, 1960–1970⁵⁹

⁵⁸ A magyar kórházak és klinikák évkönyve alapján saját szerkesztés.

⁵⁹ A magyar kórházak és klinikák évkönyve alapján saját szerkesztés.

A 3. térkép a kórházi ágyszámok területi elhelyezkedését mutatja be 1970-ben.⁶⁰ A térképen világosabb színűek azok a területek, ahol kevesebb, és sötétebbek, ahol több kórházi ágy volt. Fekete ponttal és névvel jelölve láthatók azok a települések, ahol működött fekvőbeteg-ellátó intézmény. A cél az lenne, hogy pontos képet kapjunk az ellátás hozzáférhetőségéről, azonban a rendelkezésre álló adatokkal csak annak szemléltetése lehetséges, hogy az ország mely területein van sűrűbb ágy- és kórházhálózat.



3. térkép. Kórházi ágyszámok, 1970⁶¹

A térkép alapján megállapítható, hogy a kórházhálózat sűrűsége összefüggést mutat a településföldrajzzal. A Balaton–Budapest vonaltól északnyugatra, Baranya megyében és környékén, valamint Szabolcs-Szatmár-Bereg megye északkeleti részén lévő sűrűbb kórházhálózat, feltehetően a településhálózat sűrűségével magyarázható. Bár az ország északkeleti részén a legsűrűbb a kórházhálózat, jellemzően alacsony ágyszámmal rendelkező intézmények voltak, amelyek közül nem volt olyan, ami regionális központi szerepet töltött volna be. A Szolnok–Debrecen–Miskolc háromszög közötti részen lévő ritka kórházhálózat magyarázható azzal, hogy itt kevesebb, jellemzően közepes lélekszámú település található. A Budapesttől délnyugatra lévő 25–100 km közötti területen valószínűleg azért nincsenek intézmények, mert ez a terület a főváros ellátási területéhez tartozott. A kiemelkedően magas budapesti kórház- és ágyszámokat az is indokolja, hogy a fővárosi lakosságon kívül a speciális ellátásra szoruló vidéki lakosság kezelésében is részt vettek, illetve az országos centrumfunkcióból fakadó többlet-betegforgalmat is elláttak.

⁶⁰ A térkép Arc GIS 10.8. szoftver használatával készült. A kórházzal rendelkező települések közötti tér kitöltése interpolációs módszerrel történt. Ennek segítségével diszkrét pontokból folytonos felület előállítására nyílt lehetőség. Ebben az esetben a fekete pontokkal jelölt településekhez tartozik egy bizonyos mennyiségű kórházi ágyszám és az ezek közötti különbségeket domborzatszerűen tette folytonossá a szoftver.

⁶¹ A magyar kórházak és klinikák évkönyve alapján saját szerkesztés.

A vidéki regionális központok, mint Miskolc, Debrecen, Pécs, Szeged szintén fontosak voltak. Ezt támasztja alá az is, hogy az említett településeken 2000 feletti ágyszám működött, és hogy Budapesttel együtt itt található a kórházi ágyak 47%-a.

Összefoglalás

1945 után megkezdődött a biztosítási jogviszony kiterjesztése és az 1970-es évek közepére szinte mindenki jogosulttá vált. Ezzel azonban nem tudott lépést tartani az egészségügyi rendszer bővülése, így szükségessé vált az orvosi ellátások lehetőségének bővítése is, amelynek kezelése a második és harmadik ötéves terv egyik kiemelt célja volt. A célkitűzéseket úgy határozták meg, hogy megadták a létrehozandó új kórházi ágyak számát, azt, hogy hány új orvosi körzetet kell létrehozni, hogy mennyi szakorvosi órának kell teljesülnie és hogy mely területeken kell új kórházakat létrehozni/átadni. A második ötéves terv eleji (1961) 69–72 000 kórházi ágyszám 1965-re 76–79 000-re, míg 1970-re 83–84 000-re bővült.

Az 1965-ben végződő tervben célul kitűzött ágyszám-bővülés a KSH-s adatok alapján nem valósult meg, míg a Népegészségügy adatai alapján igen, a 10 000 főre jutó ágyszám minden forrás szerint elérte a 76 db-os kitűzött célt, azonban az újonnan létrehozott tbc-s ágyak száma nem érte el az előre meghatározottat. A szakorvosi óraszámok bővítése 98%-ban megvalósult, a körzetbővítés viszont csak 75%-os volt. A tervezett 21 intézményi átadás közül 12 valósult meg, 9 kórház átadása pedig áttolódott a harmadik vagy negyedik ötéves terv idejére.

A harmadik ötéves terv célkitűzéseinek értékelése bonyolult, mivel az 1970-re bekövetkező ágyszám-bővülés számai a felhasznált három forrásban (Népegészségügy, KSH, Kórházak évkönyve) eltérőek, amelyek között jelentős eltérések figyelhetők meg. Megállapítható, hogy a harmadik ötéves terv során a körülbelül 7000 ágyas fejlesztési célból közel 6900 megvalósult, az új körzeteknek viszont csak a 40%-át sikerült létrehozni. 1970-re a cél az ágyszám-bővülésen kívül az volt, hogy mérséklődjön az ágyellátottságban lévő különbség Budapest és a vidék között. Bár történt csökkenés, mivel a 10 000 főre jutó ágyszám Budapesten 101-ről 99-re csökkent, míg vidéken 34,8-ról 36,9-re nőtt, érdemi változás nem történt, mert az 1960-as évben lévő háromszoros értékről mindössze két és félszeresre csökkent a különbség. Új kórházakat kizárólag vidéken hoztak létre, azonban az ágyszámok területi különbségeit ez sem tudta érdemileg mérsékelni. Tehát az elemzés során vizsgált tíz évben volt érdemi növekedés az ágyszámokat tekintve, azonban ennek az eredményessége kontextusfüggő, mivel a területi különbségek nem szűntek meg, csak kis mértékben csökkentek. Az eredményekből árnyaltabb módon, de hasonló következtetés vonható le, mint amire Romsics Ignác, Valuch Tibor vagy Cora Zoltán is jutott, miszerint számszerűleg jelentős bővítések mentek végbe, ez azonban a jelentősen megnövekedett igények miatt mégsem volt elegendő mértékű.

Források és irodalom

Nyomtatott források

Statisztikai kiadványok és helységnevtárak

Egészségügyi adatok 1960–2025.

Az egészségügyi ellátás főbb adatai 1960–2025. KSH.

https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0001.html (utolsó megtekintés: 2026. máj. 1.)

KSH 2024a.

Központi Statisztikai Hivatal: Módszertani dokumentáció/fogalmak. Klinika.

Közzétéve (utolsó frissítés): 2024. aug. 1.

https://www.ksh.hu/apps/meta.objektum?p_lang=HU&p_menu_id=210&p_ot_id=200&p_obj_id=4468 (utolsó megtekintés: 2026. máj. 1.)

KSH 2024b.

Központi Statisztikai Hivatal: Módszertani dokumentáció/fogalmak. Szakkórház.

Közzétéve (utolsó frissítés): 2024. aug. 1.

https://www.ksh.hu/apps/meta.objektum?p_lang=HU&p_menu_id=210&p_ot_id=200&p_obj_id=3183 (utolsó megtekintés: 2026. máj. 1.)

KSH 2024c.

Központi Statisztikai Hivatal: Módszertani dokumentáció/fogalmak. Általános kórház.

Közzétéve (utolsó frissítés): 2024. aug. 1.

https://www.ksh.hu/apps/meta.objektum?p_lang=HU&p_menu_id=210&p_ot_id=200&p_obj_id=3182 (utolsó megtekintés: 2026. máj. 1.)

KSH 2024d.

Központi Statisztikai Hivatal: Módszertani dokumentáció/fogalmak. Működő kórházi ágy.

Közzétéve (utolsó frissítés): 2024. aug. 1.

https://www.ksh.hu/apps/meta.objektum?p_lang=HU&p_menu_id=210&p_al-menu_id=201&p_ot_id=200&p_level=2&p_obj_id=3186 (utolsó megtekintés: 2026. máj. 1.)

KSH 2024e.

Központi Statisztikai Hivatal: Módszertani dokumentáció. 4. Egészségügy, baleset.

https://www.ksh.hu/docs/hun/modsz/ege_modsz.html (utolsó megtekintés: 2026. máj. 1.)

KSH 2024f.

Központi Statisztikai Hivatal: Módszertani dokumentáció/fogalmak. Tartósan szünetelő ágy.

Közzétéve (utolsó frissítés): 2024. aug. 1.

https://www.ksh.hu/apps/meta.objektum?p_lang=HU&p_menu_id=210&p_ot_id=200&p_obj_id=4642 (utolsó megtekintés: 2026. máj. 1.)

KSH 2024g.

Központi Statisztikai Hivatal: Módszertani dokumentáció/fogalmak. Teljesített szakorvosi munkaóra.

Közzétéve (utolsó frissítés): 2024. aug. 1.

https://www.ksh.hu/apps/meta.objektum?p_lang=HU&p_menu_id=210&p_al-menu_id=201&p_ot_id=200&p_level=4&p_obj_id=4466 (utolsó megtekintés: 2026. máj. 1.)

KSH 2024h.

Központi Statisztikai Hivatal: Módszertani dokumentáció/fogalmak. Ágykihasználási százalék.

https://www.ksh.hu/apps/meta.objektum?p_lang=HU&p_menu_id=210&p_al-menu_id=201&p_ot_id=200&p_level=2&p_obj_id=1269 (utolsó megtekintés: 2026. máj. 1.)

Statisztikai adatok 1960.

Statisztikai adatok Magyarország 1960. évi egészségügyi helyzetéről. Népegészségügy 42. (1961) 8. 225–253.

Statisztikai adatok 1961.

Statisztikai adatok Magyarország 1961. évi egészségügyi helyzetéről. Népegészségügy 43. (1962) 8. 225–249.

Statisztikai adatok 1962.

Statisztikai adatok Magyarország 1962. évi egészségügyi helyzetéről. Népegészségügy 44. (1963) 8. 225–250.

Statisztikai adatok 1963.

Statisztikai adatok Magyarország 1963. évi egészségügyi helyzetéről. Népegészségügy 45. (1964) 8. 225–249.

Statisztikai adatok 1964.

Statisztikai adatok Magyarország 1964. évi egészségügyi helyzetéről. Népegészségügy 46. (1965) 8. 227–246.

Statisztikai adatok 1965.

Statisztikai adatok Magyarország 1965. évi egészségügyi helyzetéről. Népegészségügy 47. (1966) 8. 225–247.

Statisztikai adatok 1966.

Statisztikai adatok Magyarország 1966. évi egészségügyi helyzetéről. Népegészségügy 48. (1967) 4. 193–256.

Statisztikai adatok 1967.

Statisztikai adatok Magyarország 1967. évi egészségügyi helyzetéről. Népegészségügy 49. (1968) 4. 193–223.

Statisztikai adatok 1968.

Statisztikai adatok Magyarország 1968. évi egészségügyi helyzetéről. Népegészségügy 50. (1969) 4. 193–234.

Statisztikai adatok 1969.

Statisztikai adatok Magyarország 1969. évi egészségügyi helyzetéről. Népegészségügy 51. (1970) 4. 193–234.

Statisztikai adatok 1970.

Statisztikai adatok Magyarország 1970. évi egészségügyi helyzetéről. Népegészségügy 52. (1971) 4. 193–238.

Jogszabályok

1961. II. tv.

1961. évi II. törvény a Magyar Népköztársaság második öt éves népgazdaságfejlesztési tervéről az 1961. január 1-től 1965. december 31-ig terjedő időszakra

1966. II. tv.

1966. évi II. törvény a népgazdaság harmadik öt éves tervéről

Sajtótermékek

Dunántúli Napló

Észak-magyarország

Fejér Megyei Hírlap

Népszabadság

Internetes források

Balassa 1964.

Balassa Ferenc: Egészségügy – A pécsi Klinika építése 1964. Nemzeti Archívum Fotótár. https://nemzetiarchivum.hu/photobank/item/FOTO-cmjPRkpnZTRXSXVjRV-IDK1hsVUFxLzNKWEd5ZnFhQm1Gcm8rbVlzSG8vMTY2ZExJRjdocFlPeT-NWYWw0VlBxYQ?original_id=MTI-FOTO-d00welZwU0Q2L2xwU0pQQS9vQV-Zodz09 (utolsó megtekintés: 2026. máj. 1.)

Bokor–Fifilina–Farkas 1969.

Bokor László – Fifilina József – Farkas Kálmán: 200 éves a Budapesti Orvostudományi Egyetem. 1969. nov. Nemzeti Filmintézet – Filmhíradók Online (Magyar Filmhíradó 47.) <https://filmhiradokonline.hu/watch.php?id=20098> (utolsó megtekintés: 2026. máj. 1.)

Mit kell tudni a BCG oltásról? 2012.

Országos Epidemiológiai Központ – ÁNTSZ Kommunikációs Főosztály: Mit kell tudni a BCG oltásról? Nemzeti Népegészségügyi Központ.

Közzétéve: 2012. máj. 25.

https://www.antsz.hu/felso_menu/rolunk/sajto/archivum/bcg.html?query=bcg (utolsó megtekintés: 2026. júl. 23.)

Orosházi kórház története é. n.

Orosházi Dr. László Elek Kórház és Rendelőintézet: Intézményünk története.

<https://oroshazikorhaz.hu/oroshazi-korhaz-bemutakozas/> (utolsó megtekintés: 2026. máj. 1.)

Semmelweis Egyetem története é. n.

Molnár László – Sági Zenina: A Semmelweis Egyetem részletes története.

<https://semmelweis.hu/az-egyetemrol/az-egyetem-tortenete/a-semmelweis-egyetem-tortenete/#sote> (utolsó megtekintés: 2026. máj. 1.)

Szakirodalom

A magyar kórházak és klinikák évkönyve

A magyar kórházak és klinikák évkönyve 1970. Szerk. Cselkó László – Mányi Géza – Kövesi Ervin. Budapest, 1970.

A magyar nyelv értelmező szótára é. n.

A magyar nyelv értelmező szótára (Arcanum Kézikönyvtár)

<https://www.arcanum.com/hu/online-kiadvanyok/Lexikonok-a-magyar-nyelv-ertelmezo-szotara-1BE8B/p-44572/pavilon-4537A/> (utolsó megtekintés: 2026. máj. 1.)

A szocialista egészségügy útján 1960.

A szocialista egészségügy útján. Népegészségügy 41. (1960) 5. 117–118.

Ágoston 2013.

Ágoston István: A kórházi kapacitások és szabályozásuk fejlődéstörténete. PhD-disszertáció. Pécsi Tudományegyetem. Pécs, 2013.

https://doktoriiskola.etk.pte.hu/public/upload/files/Doktoriiskola/Tezislevelek/agoston_dissz.pdf (utolsó megtekintés: 2026. máj. 1.)

Bencsik 2006.

Bencsik Péter: Kormányzat 1957–1989. In: A magyar állam története 1711–2006. Szerk. Bencsik Péter.

https://gepeskonyv.btk.elte.hu/adatok/Tortenelem/14Szab%F3_Maria-nucz/html/10_4.htm (utolsó megtekintés: 2026. máj. 1.)

Cora 2019.

Cora Zoltán (szerk.): Fejezetek a magyarországi társadalom- és szociálpolitika történetéből II. Szeged, 2019.

Dubovitz 1960.

Dubovitz Dénes: A gyógyító-megelőző ellátás fejlődésének 15 éve. Népegészségügy 41. (1960) 5. 118–131.

Gyáni 2018.

Gyáni Gábor: A statisztika mint konstruált és/vagy objektív történeti adat. Statisztikai Szemle 96. (2018) 3. 245–254.

Hahn–Sellő 1970. 25

Hahn Géza – Sellő Tibor: A magyar egészségügy 25 éve. Budapest, 1970.

Horváth 2015.

Horváth László: A modernitás szorításában. Ajka építéstörténete 1940–1990. Veszprém, 2015. (A Veszprém Megyei Levéltár kiadványai 35.)

Mosolygó–Nyárády 1970.

Mosolygó Dénes – Nyárády Iván: A tbc elleni küzdelem helyzete, a hálózat további feladatainak meghatározása. Népegészségügy 51. (1970) 1. 3–12.

Rainer M. 2004.

Rainer M. János: „Hatvanas évek” Magyarországon. Budapest, 2004.

Romsics 2005.

Romsics Ignác: Magyarország története a XX. században. Budapest, 2005.

Simonovits 1955.

Simonovits István: A gyógyító-megelőző ellátás fejlődésének tíz éve. Népegészségügy 36. (1955) 4–5. 88–106.

Simonovits 1967.

Simonovits István: A szocialista egészségügy alapelveinek érvényesítése a magyar egészségügy építésében. Népegészségügy 48. (1967) 5. 271–273.

Valuch 2001.

Valuch Tibor: Magyarország társadalomtörténete a XX. század második felében. Budapest, 2001.

Herka Dominik

PhD-hallgató

Debreceni Egyetem Történelmi és Néprajzi Doktori Iskola

ORCID: 0009-0004-6452-8899

E-mail: herkadominik26@gmail.com

DOI: 10.65006/66pxne84

A fekvőbeteg-ellátás öt éves tervcéljainak teljesülése Magyarországon 1960 és 1970 között

1945 után a kórházi ellátórendszert újra kellett építeni, mi több jelentősen fejleszteni, mivel az egészségbiztosítási rendszert elkezdték kiterjeszteni. A tanulmány célja bemutatni, hogy a második és harmadik öt éves terv során kitűzött célok milyen mértékben valósultak meg, hogyan változott az általános ágyellátottság mértéke Budapest és vidék között és milyen jellemzői voltak a kórházi ágyak területi elhelyezkedéseinek. Ezekre a kérdésekre komparatív módszerrel (a célkitűzések és a megvalósulások összehasonlításával), valamint térképes ábrázolással szeretnék válaszolni. Az 1965-tel végződő terv céljai nagyrészt teljesültek, legkevésbé az új kórházak építését tudták betartani, az 1970-es évvel végződő harmadik öt éves tervnél azonban szinte mindenhol elmaradások voltak. Az általános ágyakkal való ellátottság aránya Budapest és a vidék között háromszorosról kétszeresre csökkent, mely eredmény kontextusfüggő, a kórházak és ágyszámok ábrázolása során pedig kirajzolódtak mely területek ágyhiányosak.

Kulcsszavak: kórházi ellátás, ágyszám fejlesztés, területi egyenlőtlenség, öt éves tervek

The Fulfilment of Five-Year Plan Objectives for Inpatient Care in Hungary, 1960–1970

After 1945, the hospital care system had to be rebuilt and substantially expanded, as the health insurance system was being extended. The paper examines the extent to which the targets set during the second and third five-year plans were achieved, how the availability of hospital beds differed between Budapest and rural areas, and what characterized the geographical distribution of hospital beds. These questions are addressed using a comparative approach (by comparing the planned objectives with their actual outcomes) and cartographic methods. The objectives of the plan ending in 1965 were largely achieved, though the construction of new hospitals was the area in which the targets were least successfully met. However, in the third five-year plan ending in 1970, there were shortfalls in almost every area. The ratio of general hospital beds between Budapest and rural areas decreased from three-to-one to two-to-one, although the significance of this change is context-dependent. Furthermore, mapping hospitals and bed numbers revealed which areas were experiencing bed shortages.

Keywords: hospital care, expansion of bed capacity, regional inequality, five-year plans