

Mihályi Péter

# ELITVÁLTÁS, CENTRALIZÁCIÓ ÉS A TELEPÜLÉSI ÖNKORMÁNYZATOK JOGAINAK CSORBÍTÁSA AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN

## AZ EGÉSZSÉGÜGY MINT MELLÉKHADSZÍNTÉR

A tervezdélködés rendszerének kialakítása óta először fordul elő, hogy a magyar egészségügy alapvető működési szabályai úgy változnak, hogy arra az egészségügyi kormányzatnak nincs érdemi befolyása. 1945 után a bismarcki elveken nyugvó betegbiztosítási rendszer felszámolása, az orvosi magánpraxisok megszüntetése, a patikák államosítása stb. nem az egészségügy inherens és aktuális problémáira adott válasz volt, hanem a tervezdélködés és a szovjet pártállami irányítási modell generális átültetésének volt a folyománya. Most is valami ehhez hasonló történik – méghozzá előre kidolgozott forgatókönyv szerint.

Orbán Viktor már 2008 tavaszán kijelentette, hogy „nem hagyományos kormányzás lesz”, és „sokaknak sok minden fog fájni”,<sup>1</sup> és egyértelműen kiolvasható volt az ún. „kötcei beszéd”-ből is, hogy a kormány az élet minden területén elitcserere készül.<sup>2</sup> Hasonló nyíltsággal fogalmazott az átalakítás egyes lépéseinek sorrendjéről Matolcsy György<sup>3</sup> vaskos, kritikát és kormányzati koncepciót egyaránt tartalmazó könyvében is: „A (...) döntő ok, ami miatt a liberális párt neoliberalis egészségügyi politikája hibás, hogy az egészségügyi reformot legalább tíz másik reform megelőzi.”<sup>4</sup> És valóban, a 2010-es választások után a második Orbán-kormány az egészségügyet – miként az oktatást és a kultúrát is – megfosztotta a miniszteri rangú képvisellettől, és a közös minisztériumot a nagy átalakítások idejére a koalíciós partner politikailag súlytalan képviselőire bízta. Szemben a 2006–2010-es ciklussal, a Fidesz számára az egészségügy most nem prioritás; ami ott történik, az politikai értelemben mind mellékhadszíntéri esemény.

Az írás ebből az egyébként szerteágazó ágazati átalakítási folyamatból csak azokat a területeket vizsgálja, amelyek közvetlenül érintik az önkormányzatokat. Így több más, igen fontos ügy – mint például a társadalombiztosítás alkotmányos alapjainak eltörlése, az amerikai típusú üzleti biztosítási konstrukciók adójogi alapjának megteremtése, a há-

lapérendszer beépítése a Munka Törvénykönyvébe, a dohányzás és más népegészségügyi kérdések újraszabályozása – kimarad az elemzésből.<sup>5</sup>

## MIÉRT ÉRINTI AZ ORVOSI ELIT LEFEJEZÉSE AZ ÖNKORMÁNYZATOKAT IS?

Jó példája a fentebb említett „mellékhadszíntér”-metaforának az, ami a 62. életévüket betöltő kórházigazgatókkal történt. Kezdetben még a szűkebb szakmai körök számára sem volt nyilvánvaló, hogy a kórházak és szakrendelők államosítását elsősorban az intézményvezetők leváltása indokolja. Kevesen gondolták végig, hogy munkajogi, politikai és kommunikációs szempontból a tulajdonosváltás volt a legegyszerűbb módja annak, hogy minden intézményvezető, valamint az orvosszakmai és gazdasági helyettesek is leválthatók legyenek, új pályázatok kiírása nyomán. A helyzet azért sem volt könnyen átlátható, mert ez idő tájt Szócska Miklós egészségügyért felelős államtitkár az ún. Semmelweis-terv<sup>6</sup> elfogadtatásával lobbizott az orvosszakmai elitek körében, és abban egyetlen szó sem esett a tulajdonosváltásról, és ezért nem is váltott ki semmilyen ellenállást. (Hogy mi volt a Semmelweis-terv lényege, arra még visszatérek.)

A kormányzat másik fő célját, ti. a ténylegesen végbemenő változások kritikájának elfojtását is csak az érintettek szűk köre vette észre. Akik saját kórházvezetői pozícióik megpályázását tervezték – intézményenként legalább három fővel számolva ez már százas nagyságrend! –, nyilvánvalónak gondolták, hogy jobban teszik, ha nem emelnek szót az ágazatból történő forráskivonás, a társadalombiztosítás felszámolása, a gyógyszeráremelések stb. ügyében. Lett volna mondanivalójuk – és az ágazati véleményvezetők megszólalásának lett volna hatása –, de ez a kör célszerűbbnek látta hallgatni.<sup>7</sup>

Ahogy ez Magyarországon az efféle vezetői pályázatok esetében lenni szokott, a vezetői pozíciók több-

ségének sorsa informális alkuk során már előzetesen eldőlt. A 35 államosított fővárosi és megyei kórház főigazgatói posztjára jobbra azok adtak be pályázatot, akiket erre Szócska államtitkár – részint saját véleménye, részint az elsőszámú fideszes vezetők nyomása alapján – erre felbízott. Már kihirdették a végeredményeket, amikor – minden közvetlenül érintett szereplő számára váratlanul – egy kormányülésen Orbán Viktor miniszterelnök fölülbírálta Szócska döntéseit, és bejelentette, hogy a 62 éven felüli nyertesek mégsem kerülhetnek kinevezésre, mert a kormány az állami tulajdonú egészségügyi intézményekben a vezetői pozíciók betöltését a bírák 62 éves korban történő kényszernyugdíjazásával analóg módon kívánja kezelni.<sup>8</sup> Kerül, amibe kerül...

Márpedig sokba fog kerülni. Nyilvánvaló, hogy a 62 éves korhatár meghúzása nem csak azokat a szakorvosokat érinti, aki történetesen 2012-ben töltik be ez az életévet, de azokat is, akik jövőre vagy az azt követő évben érik el ezt a korhatárt. Sőt, valójában azzal lehet számolni, hogy a magyar orvostársadalom legtöbb tapasztalattal – és egyúttal még elégséges szellemi-fizikai erőnléttel – bíró elitje, az 55-61 éves korosztály tagjai is úgy fognak kalkulálni, hogy még most viszonylag fiatalon kell kiszállniuk az állami egészségügyből, s menni külföldre vagy magánvállalkozásba, hiszen 62 éves korban már ezek a pozíciók is sokkal nehezebben lesznek elérhetőek. Közvetve és közvetlenül mindez legalább három módon érinti az önkormányzatokat.

*Egyrészt* előre borítékolható, hogy a közsférából való orvosi kiáramlás gyorsulása leginkább a vidéken élőket fogja sújtani. *Másrészt* a kinevezési (nomenklátúra) jog elvesztés igazi csapás az önkormányzatoknak – legyen szó akár a Fővárosról, akár bármelyi más településről. Ez a probléma egy két évtizedes elvi dilemmához, „az önkormányzatok ellátási felelőssége” kérdéséhez vezet el bennünket. Egészségpolitikai és orvosszakmai körökben húsz éve tartja magát az a hamis vélekedés, miszerint az önkormányzatokat törvények kötelezik a kórházak és szakrendelők fenntartására, működtetésére. Valójában ilyen kötelezettség nincs. Az egészségügyi intézményhálózat és az orvosi ellátás körében az Alkotmánybíróság is csak általános ismervekkkel, egészen szélsőséges esetekre korlátozottan határozta meg azt a szükséges minimumot, amelynek hiánya már alkotmányellenességhez vezet. Ilyennek *volna* minősíthető például – olvashattuk például az Alkotmánybíróság álláspontját kommentáló ombudsmani jelentésben – ha az ország egyes területein az egészségügyi intézményrendszer és az orvosi ellátás teljesen hiányozna.<sup>9</sup> Az önkormányzatok esetében tehát nem arról szólnak a jogszabályok, hogy mit jelent

számukra az ellátási kötelezettség. Az Alkotmány (70/d §) logikájából következett, hogy erre vonatkozó tételes meghatározást a törvényalkotó nem is adhatott, ha egyszer az állam egészére vonatkozóan is csak igen általánosan lehetett meghatározni, hogy mit jelent az „egészségügyi ellátásról”, illetve az „egészségügyi alapellátásról” és „az alapellátást meghaladó egészségügyi szakellátásról való gondoskodás”.<sup>10</sup> Nem volt – és ma sincs – olyan törvény, amely előírná, hogy egy faluban egy, kettő vagy három háziorvosnak kell dolgoznia, vagy éppenséggel egynek sem, amennyiben több falu közösen oldja meg az ellátást. És természetesen nem kell minden városnak sem kórházat működtetnie. Az 1990. évi önkormányzati törvény és az 1997. évi egészségügyi törvény valójában az önkormányzatok jogainak meghatározására koncentrált. Ezek a törvények azt a jogot biztosították a képviselőtestületnek, hogy megállapítsa és kialakítsa az egészségügyi alapellátások körzeteit, biztosítsa a szakrendelők és kórházak működését. Tehát nem a minisztérium, nem az ÁNTSZ, nem az egészségbiztosító vagy az Orvosi Kamara határozta meg, hogy hány orvos kell a faluban, hogy ki lesz a szakrendelő és a kórház vezetője. Mindezekről a települési önkormányzat képviselőtestületei döntöttek. Ez a nómenklátúrajog valódi hatalmi jogosítvány volt. Ez veszett most el, amikor a kormányzat az államosítás nyomán magához vonta az intézményvezetők munkáltatói jogát.

*Harmadrészt*, tekintettel arra, hogy a legtöbb vidéki nagy kórház egyben a város legnagyobb üzleti vállalkozása is, a vezetők kiválasztása útján a központi politikai akarat a beszállítók és az együttműködő orvosszakmai partnerek kiválasztását is befolyásolni tudja. Sokmillió tételekről, magánvállalkozások felfuttatásáról és/vagy bukásáról lehet ilyen módon dönteni.<sup>11</sup>

## AZ ÁLLAMOSÍTÁS MINT MENEDZSMENT PROBLÉMA

Már a 70-es években is vita folyt arról, hogy a köztulajdonban álló, nagy értékű gyógyító intézmények – tehát az egyetemi klinikák, a kórházak és a szakrendelők – irányítása kinek a feladata. Az alaphelyzet máig sem sokat változott, hiszen a magántulajdonban lévő szakrendelői és kórházi kapacitások aránya ma is elhanyagolható. A tekintetben sem változott a helyzet, hogy a kórházaknak és a közelükben működő járóbeteg-szakrendelőknek együtt kell működniük. Ebből a szempontból az a jó, ha egy gazdjuk van.<sup>12</sup> Az ún. országos intézetek – például az Országos Onkológiai Intézet – mindig is közvet-

lenül minisztériumi irányítás alatt álltak, és túlnyomó többségükben a fővárosban működnek. Itt nem történt változás. Az egyetemekhez tartozó klinikák ügyét is gyorsan elintézhethetjük. Ha a klinikákat elcsatolnák, minimum duplájára kellene emelni az orvosegyetemi oktatók bérét, ami azután további feszültségeket indukálna más területeken. Egyébként is, az orvostársadalom legfelső elitje elég erős ahhoz, hogy megvédje önmagát – tőlük nem fogják elvenni a fekvőbeteg-ellátó intézményeiket.

A kérdés az, hogy jó-e, hogy az ország kórházkapacitásainak kétharmada a települési önkormányzatok tulajdonában van – mint ahogyan a helyzet festett 2010-ig.<sup>13</sup> A legnagyobb előnye az önkormányzati irányításnak, hogy a négyévenkénti választások során közvetlen a visszacsatolás. Az a polgármester, amelyik semmit sem tesz az egészségügyért, viseli a döntései következményeit. A szokásos ellenérv úgy hangzott, hogy ez azért rossz, mert a laikusokból álló képviselőtestületek, illetve a polgármesterek alkalmatlanok az irányításra. Ez azonban felületes érvelés. A helyzet már nagyon régen az, hogy a nagyobb településeken a közgyűlés elé kerülő döntéseket egy olyan egészségügyi bizottság készíti elő, amelyben a képviselők mellett külső meghívott szakértők (általában orvos-vezetők) is ott ülnek, a kisebb ügyekben pedig maga a bizottság dönt. Milyen más testület lenne ennél alkalmasabb? Miért ismerné a napi irányításhoz szükséges tényeket, szempontokat és érdekeket a távoli szakminisztérium apparátusa? Persze úgy is lehet érvelni, hogy harminc év alatt hatalmasat fejlődött a telekommunikáció, óriásit javult a közlekedés. Rendszeres budapesti értekezletekkel, videokonferenciával, mobiltelefonnal, e-maillal és faxszal elvileg akár a budapesti Arany János utcából is elirányítható 160 kórház meg a hozzá tartozó szakrendelők – vagyis összesen kb. 400 intézmény.

Mégsem szerencsés ez – legalább két okból nem. Egyfelől ellentmondásos helyzet származik abból, ha az Egészségügyi Minisztérium – amely egyébként a jelenlegi kormányzati felállásban nem is létezik, egymaga próbálja meg ellátni a tulajdonosi és a szabályozói-irányító funkciókat. A másik gond a hatalom minisztériumi koncentrálásával az, hogy az elmúlt évek során a szaktárca teljesen maga alá gyűrte az egészségbiztosítót, az OEP-et. Adminisztratív is, meg pénzügyi értelemben is. Így már elvben sem érvényesül az a szabály, hogy az egészségügyre anynyi pénzt lehet költeni, mint amennyi járulékból befolyik. A gyógyítás költségeinek közel felét ma már a központi költségvetés fedezi. Ebből következően tehát már ma is a minisztériumra hárul egy sor olyan feladat, amely öt vagy tíz évvel ezelőtt egy független apparátus dolga volt.

Persze, a „visszaadásban” gondolkozó önkormányzati politikusoknak voltak megfontolandó érveik is. Tény, hogy a nagy önkormányzati kórházak nem csak a saját városuk betegeit látták el, miközben a környező települések önkormányzatai egy fillérrel sem járultak hozzá az intézmények működtetéséhez. Ez kétségtelenül megoldásra váró, két évtizedes elmentmondás. A 2010 őszén újonnan megválasztott polgármesterek úgy képzelték a visszaadást, hogy a központi költségvetés az utolsó fillérig vállalja át az intézmények adósságait, továbbá tegye le a nagysküti, hogy kifizeti a folyamatban lévő és tervezett európai uniós pályázatokhoz szükséges önrészt.<sup>14</sup> Ez a megoldás – nevezzük kórházkonszolidációnak – bizonyára az orvostársadalomnak is tetszett volna.

Az ágazat ügyeit ismerők közül sokan úgy vélték, hogy az államosítás valódi célja, hogy bezárják a kórházak harmadát vagy felét – függetlenül attól, hogy Szócska államtitkár ezt a leghatározottabban cáfolta.<sup>15</sup> Értelmezésük szerint az elmúlt évtizedek tanulsága az, hogy a helyi önkormányzatok félnek meghozni a mégoly elkerülhetetlen döntéseket is – inkább hajlandók pénzt pumpálni a veszteséges intézményeikbe –, a kétharmados támogatottsággal rendelkező kormány viszont a négyéves ciklus elején nyugodtan lehet kemény és határozott. Majd a következő kormányzati ciklusban vissza lehet adni a megmaradó intézményeket. Ez is egy lehetséges forgatókönyv.

## AZ ÁLLAMOSÍTÁS, MINT KÖZJOGI PROBLÉMA

Az 1990-ben önkormányzati tulajdonba került kórházak és szakrendelők mostani államosítása kapcsán felmerül egy mélyenszántó politikai – ha tetszik erkölcsi – probléma is, amely egyszer már a Tocsikbotrány kapcsán érzékelhetővé vált a közvélemény számára.<sup>16</sup> Mindenki tapasztalhatja, hogy 1990 óta a települési önkormányzatok a közjótól elszigetelt magánfélként viselkednek a központi kormánnyal szemben – noha köztudomású, hogy a magyar állam nemzetállam, és nem szuverén autonómiák laza konföderációja. Ebből a megközelítésből ítélve, az állam egyik része semmivel sem tartozik a másik részének, akár magánbefektetőknek történő privatizációról, akár a költségvetési források elosztásáról, akár – mint jelen esetben – a közvagyon formális jogi státusának megváltoztatásáról van szó. Egy földrajzi, etnikai és társadalomszerkezeti értelemben homogén országban, mint Magyarország semmilyen perdöntő érv nem szól az egészségügyi szakellátó intézmények tulajdoni decentralizációja mellett, miképpen ellene

sem. Így is lehet, úgy is lehet. Végső soron mind a központi költségvetés, mind az önkormányzatok az adófizető polgárok összességének tartoznak felelősséggel.

Ha viszont alapjaiban változik meg a *status quo*, akkor a felmerülő érdekellentéteket először nem rohamtempóban, salátatörvények útján, hanem éveken át tartó, szakmai-politikai-közjogi alkuk során kell rendezni. Az is nyilvánvaló, hogy súlyos sérelme a jogegyenlőségnek, ha egyes önkormányzatok kártérítést kapnak az államosított vagyron után, a túlnyomó többség azonban nem.<sup>17</sup> Érthető a közvélemény felzúdulása, amikor a Tocsik-ügy kapcsán kiderült, hogy az államháztartás alrendszerének – konkrétan: az ÁPV Rt. és a települési önkormányzatok – civakodásából magánérdekű felek (tanácsadók, ügyvédek) húztak hasznot.<sup>18</sup> Ugyanerre lehet számítani, amikor pár év múlva ki fog derülni, hogy a tulajdoni átrendezés önmagában is mekkora tranzakciós költséggel járt, és ennek nyomán ki és mennyivel gazdagodott.

Hitelességi szempontból az is fontos, hogy egy politikai párt egy ilyen horderejű kérdésben ne váltogassa álláspontját egyik napról a másikra.<sup>19</sup> A jelen esetben ráadásul a kormány egy olyan koncepciót valósított meg, amelyet – szemben a közoktatás és a magánnyugdíj-pénztárak államosításával, amelyek vitatott, de létező javaslatok voltak – korábban egyetlen párt vagy szakértő sem vetett fel. Ismét egy példa arra, hogy a mellékhadyszíntéren a döntések *per analogiam* születnek.

## ÖNKORMÁNYZATISÁG REGIONÁLIS SZINTEN?

Az egészségpolitikában a regionális megközelítés igénye mindig is jelen volt. Az általános cél, az egészségügyi ellátás *területi egyenlőtlenségeinek ki-egyenlítése*, önmagában véve nemesen hangzik. Közzelebbről megvizsgálva a célokat és a javasolt gyógy-módokat azonban már minden sokkal homályosabb. Amint az gyakran előfordul, a vita résztvevői szinonimaként használnak olyan fogalmakat, amelyek valójában nem felcserélhetők.

Minden újságolvasó érzi, hogy a „területi” szó általános fogalmi megjelölés, míg a „regionális” vagy a „régio” kifejezés konkrétabb, de többértelmű. Jelentheti általában a vidéket, a tér egy síkbeli lehatárolását, de használjuk a kifejezést vertikális értelemben is (pl. „a magasabb régiókban”). Az már csak egy nagyon szűk körben ismert, hogy az uniós csatlakozásra történő felkészülés jegyében 1999-ben a magyar jogrendszer bevezette a „*statisztikai-tervezési régió*”

fogalmát, és ennek alapján – három-három megye összevonásával – 7 régióra osztotta fel az országot. Ettől kezdve – a Semmelweis-terv megjelenésekor is, amikor az egészségpolitika a „területi” vagy a „regionális” jelzőt használta – erre gondolt.<sup>20</sup>

Érdemes meggondolni, hogy miért erősödött fel az elmúlt húsz évben az ellátórendszer területi kiegyenlítésének igénye? Személyes véleményem szerint a területi egyenlőtlenségi adatok idézése – akár megyei, akár jogi-közgazdasági értelemben vett régióról is van szó – elsősorban arra szolgál, hogy területi fejlesztési igényeket alapozzon meg, és erre erősít rá a parlamentáris politika. Végtere is az Országgyűlés képviselőinek fele egyéni képviselő, további egyharmada megyei listán kapott mandátumot – ők tiszta szívvel válnak ezen igények lobbistáivá! Ugyanakkor a kiegyenlítődést követelők megfedkeznek arról a sokszorosan bizonyított tényről, hogy a mért területi egyenlőtlenségek valójában a jövedelmi, iskolázottsági és kulturális különbségek visszatükröződései. Ez igaz a borsodi romákra is, akik minden tekintetben sokkal rosszabb egészségügyi állapotban vannak, mint a megye nem roma lakosai, és a budapesti elit-kerületek (II., XII.) lakosaira is, akik ugyanazt az ellátórendszert használják, mint a főváros többi 1,5 millió, szegényebb sorsú populációja.<sup>21</sup>

Ezen a ponton a medikális és a közgazdasági megközelítés valójában összekapcsolódik. Világos, hogy a nagy költségű gyógyító berendezéseket akkor lehet csak gazdaságosan üzemeltetni, ha ehhez elegendő beteg áll rendelkezésre. És megfordítva: a gyógyító munka eredményességének alapfeltétele, hogy az orvos elegendő esetszámmal találkozzon. Az is könnyen felismerhető, hogy mennyi előny származik abból a betegek számára, hogy egy nagyobb kapacitásúkat összpontosító gyógyító helyen van a szolgáltatási paletta bővítésére-tágítására is. Például ahol több fogász dolgozik egymás mellett, ott érdemes fogászati röntgent működtetni, vagy egy szakrendelő mellett kifizetődő a gyógy-szertár üzemeltetése is.

Sajnos, a magyar kórházak többsége ebből a szempontból túlságosan kicsi. A legfejlettebb országok tapasztalatai szerint egy-egy kórház optimális vevőköre 300-400 ezer közé esik. Ekkora populációra van szükség ahhoz, hogy a műtéti szakmák esetében a megfelelő esetgyakoriságot el lehessen érni. Ez azt jelenti, hogy – amennyiben a kórházakat pusztán csak mint a sebészeti-műtéti beavatkozások színterét vennénk számba<sup>22</sup> – akkor azt kellene mondanunk, hogy a 10 milliós magyar népesség számára 30-40 nagy méretű, jól felszerelt kórház elegendő lenne.<sup>23</sup> Az elmúlt három évtized vitái meggyőző

módon azt is visszaigazolták, hogy nincs olyan régiólehatárolás, amely Budapest problémáját kezelni tudná. A főváros önmagában is nagyobb, mint bármelyik 3-4 megye együtt véve, és természetesen az egészségügy gyógyítókapa­citásai is ide koncentrá­lód­nak.<sup>24</sup>

A felsorolt okok miatt borítékolható volt, hogy nem fog megvalósulni a Semmelweis-tervnek az az elgondolása, hogy „az egészségügyi ellátásokat a me­gyénél nagyobb, de a jelenlegi régióktól eltérő, a lakos­­ságszám szempontjából kiegyenlítettebb és természetes betegmozgásokat is figyelembe vevő területi egységekbe”, kilenc-tíz nagytérségbe szervezik.<sup>25</sup> Az elképzelés, amely valójában a baloldali-liberális kötődésű Orosz Éva által a 80-as évek közepén kidolgozott, és azóta számos művében továbbfejlesztett regionális egészségügyi modell logikáját követi,<sup>26</sup> elvileg módot adott volna a területi érdekek kifejeződésének, az önkormányzatiság választott régiókra épített, mag­­sabb szinten való újraformálásához. Lengyelországban 15 évvel ezelőtt már próbálkoztak ezzel, de az ötlet hamar megbukott. A politikai választási rendszer logikája miatt ugyanis ez a fajta hatalommegosztás állandóan patthelyzeteket teremtett, hiszen ugyanaz a politikai erő állt a minisztérium élén és az egészségügyi régiók élén is. Ezért azután végül minden döntés feltolódott a fővárosi politikai vezetés szintjére.

Nálunk is ez történt – méghozzá rögtön az indu­láskor. A tervezett kilenc-tíz helyett végül nyolc ún. Térségi Egészség­szervezési Központ (TESZK) jött létre, amelyet hét Budapestről kinevezett vezető irányít. A nagytérségi határok egyáltalán nem illesz­kednek a létező társadalmi-jogi struktúrákhoz, így szó sem lehet érdemi önkormányzatiságról. Előre látható az is, hogy a TESZK-ek folyamatos hatásköri vitákba fognak bonyolódni az újonnan felállított, évente legalább kétszer ülésező, félig szakmai, félig laikus testülettel, az ún. Térségi Egészségügyi Tanácsokkal.<sup>27</sup>

Nem sikerült megoldást találni Budapest és az agglomeráció 2,5–3 milliós népességének besorolá­­sára sem: az itt lakók lényegében belátásuk szerint vehetik igénye a hozzájuk közel első három nagyrégió bármelyik intézményét. Eközben az ország 7 millió további lakójára – elvileg – teljes röghöz kötés várna: vagyis csak saját nagytérségük kórházai között választhatnak.<sup>28</sup> Valódi hatalommal azonban a TESZK-ek sem rendelkeznek, és nincs beleszólása az ügyekbe a megyei kormányhivatalok alatt működő megyei intézményfenntartó központoknak sem. Az államosított szakellátó intézmények irányítására egyetlen ágazati központot szerveztek, az egészségügyért felelős államtitkár magánminisztériumaként

funkcionáló, amúgy megjegyezhetetlen és félrevezető elnevezést birtokló GYEMSZI-t.<sup>29</sup>

## JEGYZETEK

1. Orbán Viktornak a Szín­művészeti Egyetemen, 2008. április 30-án tartott zárt és szűk körű előadásáról szí­várog­tak ki ezek a mondatok.
2. „(E)gy olyan kormányzati rendszert próbálunk felépíteni, amely minimálisra csökkenti a duális erő­­tér visszaállásának esélyét.” Ld. a Fidesz elnökének 2009. szeptember 5-i beszédét, amelyet kb. 500 főnyi hallgatóság előtt a köt­­cei Polgári Pikniken mondott el, és amely előszőr a Nagyítás c. Fidesz-köze­li hetilapban jelent meg 2010 februárjában. A beszédben az „elit” szó 35 (!) alkalommal szerepel! A teljes szöveget ld. <http://www.fidesz.hu/index.php?Cikk=146046>
3. György: *Éllovasból sereghajtó*, Budapest, Éghajlat Kiadó, 2008.
4. MATOLCSY (3. vj.) 142.
5. ld. MIHÁLYI Péter: Megvették őket? 1–2, *Népszabadság*, dec. 13., 19.; P, mint pálinka, R, mint ropi, *Népszabadság*, júl. 5.; Menteni, ami menthető..., *Marczius Tizenötödike (A Népszava és az Élet és Irodalom ünne­pi melléklete)*, márc.15., Elérhető: <http://www.alkotmanyozonemzetgyules.hu/cikkek/menteni-amimentheto.>; A dohánykereskedelem korlátozása árt az egészségnek, *Népszabadság*, jan. 7.
6. Ld. Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkárság: *Újra­­élesztett egészségügy – Gyógyuló Magyarország. Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére*, (Szakmai koncepció), 2011. jún. 27.
7. A kormányzat egyéb módszereket is bevetett az orvosi elit öncenzúrája érdekében. Így – például – a Magyar Kórhá­­szövetség elnökét, Rácz Jenőt, a veszprémi kórház főigazgatóját, az egykori egészségügyi minisztert Budai Gyula elszámoltatási kormánybiztos már első nyilatkozataiban nyilvánosan hűtlen kezeléssel gyanúsította meg. A Legfőbb Ügyészség tájékoztatása szerint az ügyben a nyomozás folyamatban van, ám gyanúsított ki­hallgatásra nem került sor. <http://elszamoltatas.kormany.hu/kormanybiztoskezdemenyezes>
8. DANÓ Anna: Kihúzták a 62 év feletti kórházigazgatókat a győztesek listájáról, *Népszabadság*, 2012. júl. 4.
9. Állampolgári jogok országgyűlési biztosa: *Beszámoló az állampolgári jogok országgyűlési biztósának és általános helyettesének 1998. évi tevékenységéről*, J/858. 291.
10. Ez a két utóbbi megfogalmazás szerepel az önkormányzati törvény 8. és 70. §-ában.

11. A Semmelweis terv e tekintetben meglehetősen fenyegető stílusban fogalmazta meg a kormányzati szándékot: „Azoknál a tulajdonos önkormányzatoknál, ahol a funkcionális privatizáció korábban lezajlott, felül kell vizsgálni a működtetési szerződéseket és az előnytelen megállapodásokat módosítani szükség esetén felmondani kell.” Lásd Állampolgári jogok országgyűlési biztosa (9. vj.) 69.
12. Bár a törvényi háttér adott, a járóbeteg-szakrendelők tényleges állami tulajdonba vétele csak 2013-ban fog megtörténni.
13. Az itt kifejtett gondolatok egy része korábban már megjelent. Ld. Mihályi Péter: Kié legyen a kórház? [www.galamus.hu](http://www.galamus.hu), 2011. febr. 9.
14. Fontos jogi részlet, hogy a főváros, Budapest esetében a közgyűlés és a főpolgármester ezen megfontolások alapján állt ellen. Így az intézmények szerződéses átadása nem történt meg, bár a tulajdon a törvény erejénél fogva az államra szállt. Ennek még lehetnek váratlan jogi következményei a későbbiekben.
15. Ezt az álláspontot képviselte – például – egy televíziós műsorban Sinkó Eszter, aki sok éven át Szócska Miklós közvetlen munkatársa volt. <http://www.weborvospro.hu/cikkek/velemenyzsakutcaazallamositas.html>
16. Ld. TAMÁS Gáspár Miklós: *Rend, 168 Óra*, 1996. okt. 15.
17. Ld. A *Napi Gazdaság* tudósítását, „Debrecen a kivétel – kárpótlást kap az államosított kórházért” címmel (2012. júl. 11.).
18. A belterületi földek tulajdonlásával kapcsolatos ún. Tocsik-botrányról ld. MIHÁLYI Péter: *A magyar privatizáció krónikája I-II.*, Budapest – Veszprém, Pannon Egyetem Könyvkiadó – MTA Közgazdaságtudományi Intézet, 2010., 9.5.5 fejezet.
19. A 2007-es *Erős Magyarország* címet viselő programban még ez szerepelt: „Csökkenti fogjuk az állam közvetlen irányítási funkcióit. Célunk, hogy a fekvőbeteg-ellátásban az önkormányzati tulajdon legyen a meghatározó.” Ld. még részletesebben ugyanerről DÓZSA Csaba: A spontán államosítás kockázatai és lehetőségei, avagy mi várható a rendszer átalakításától?, *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben (IME)* 2012/3, 5-12.
20. A hetes felosztás mellett a gazdaság és a politika más dimenzióiban tovább élnek más, korábban megalkotott területi bontások is. A villamos energia-, a gáz- és a vízszolgáltatás, sőt a Magyar Tudományos Akadémia is hatos bontást használ (öt régió + Budapest). Ezzel szemben a borgazdálkodás 5-ös felosztást hozott létre, melyen belül Budapest nem elkülönült egység. A katolikus egyház és a református egyház négy alegységre bontotta az országot, és ezen belül működnek az egyházmegyéék. A honvédelem 13 területileg elkülönült szárazföldi egységet működtet, a környezetvédelem 12-öt, a telefonszolgáltatás pedig 54-et.
21. Részletesebben ld. BAUER Tamás – MIHÁLYI Péter: Ne csinálj felfordulást!, *Népszabadság*, 2003. szept. 4.; MIHÁLYI Péter: Egészségügyünk területi megközelítésben, in *Az infrastruktúra fejlettsége Magyarországon 1990-2002*, szerk. EHRICH Éva, SZIGETVÁRI Tamás, Budapest, Világgazdasági Kutatóintézet, 2005., 83-93.
22. Ami természetesen lényeges, de nem megengedhetetlen leegyszerűsítés.
23. A mostani összevonások után a tényleges szám 160 körül van. Ha azonban azt is figyelembe vesszük, hogy sok esetben csak adminisztratív összevonás történt, a kórházként működő, egymástól távol fekvő telephelyek száma közel járhat a 200-hoz.
24. Miközben Budapesten „csak” a népesség egyötöde lakik, itt található a dolgozó orvosok 36%-a, a szakorvosi álláshely 35%-a, a kórházi ágyak 28%-a. Néhány szakterületen még ennél is magasabb a koncentráció. Néhány évvel ezelőtt a fogászati-szájsebészeti álláshelyek 64%-a, a laboratóriumok 48%-a, az onkológiai ágyak 44%-a volt a fővárosban. Hasonló arányokat találunk Prága, Zágráb vagy Ljubljana esetében is.
25. Lásd MIHÁLYI (5. vj.) 53.
26. Orosz az egészségbiztosítás rendszerét is regionális alapon képzelte el, és ez a koncepció tükröződött vissza az MSZP által kikényszerített 2007. évi – később visszavont – több-biztosítós modell kezdeti megformálásakor. Az eredeti javaslat diszkusszióját ld. MIHÁLYI Péter: *Magyar egészségügy: diagnózis és terápia*, Budapest, Springer Orvosi Kiadó, 2000., 168-170. Ld. még OROSZ Éva: *Az egészségügyi infrastruktúra területi egyenlőtlenségeinek vizsgálata*, Pécs, MTA Regionális Kutatások Központja, 1985.; *Egészségügyi rendszerek és reformtörekvések*, Budapest, Politikai Tanulmányok Intézete Alapítvány, 1992.; *Felúton vagy tévúton? (Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái)*, Budapest, Egészséges Magyarországért Egyesület, 2001.
27. Erről az Egészségügyi Törvény módosításával, a 148. §. beiktatásával döntött a jogalkotó.
28. Ld. MIHÁLYI Péter: Útban a börtönegészségügy felé, *Népszabadság*, 2011. okt. 22.
29. A betűszó feloldása: Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet. A Semmelweis terv első változatában még más elnevezés szerepelt: Állami Egészség szervezési Központ. 2011 III. negyedében a GYEMSZI létszáma 488 fő volt, ami kb. a fele a fölötte álló, több területtel is foglalkozó, újabbban az Emberi Erőforrások Minisztériuma néven szereplő tárca állományának.