

# A budapesti fekvőbeteg-ellátás reformja<sup>\*</sup>

DOBOS BALÁZS – GALLAI SÁNDOR

A Közép-magyarországi régióban meghatározó szerepet játszó budapesti egészségügyi szakellátás, és ezen belül is különösen a kórházi, a fekvőbeteg-ellátási rendszer átalakításának különféle, kisebb és átfogóbb, egészségpolitikai, igazgatási és gazdasági koncepciói immár legkevesebb egy évtizede a Fővárosi Önkormányzat napirendjén szerepelnek, illetve az egészségügyi ágazat problémáival és megreformálási nehézségeivel együtt a budapesti kórházi struktúra átszervezése komoly kihívást jelent az országos szakpolitika alakítói számára is. Viszonylag hamar, az ezredfordulóra nyilvánvalóvá vált ugyanis, hogy a magyarországi ellátórendszer legalább 40%-át kitevő Budapesten a rendszerváltás után kialakult szisztéma hosszabb távon aligha fenntartható. A fővárosi gondok azonban nem csupán az egészségügy helyben jelentkező országos jellemzőiből és hiányosságaiból (pl. a rendre megemlített alulfinanszírozottságból) fakadnak, hanem ezekhez speciális regionális viszonyok is társulnak, mi több, a fővárosi kapacitások lehetséges átszervezésének útjai más területi egységekhez képest sokkalta nagyobb nehézségeket is rejtenek magukban. Ezen strukturális akadályokat legfőképp a létrejött önkormányzati rendszer, az önkormányzati tulajdonosi jogok és ellátási kötelezettségek, illetőleg a fővárosban a korábbi reformok és kapacitásszűkítések ellenére napjainkban is rendkívüli intézményi fragmentáltság, és ezzel részben összefüggő komoly politikai és szakmai érdektagoltság jelentik. A budapesti problémák kezelésének kérdése a 2010-es parlamenti és helyhatósági választásokat követően is változatlanul a napirenden maradt, amely ügyet az Egészségügyért Felelős Államtitkárság által kidolgozott Semmelweis Terv mellett folyamatosan a fővárosi politikusok és más településvezetők elképzelései és törekvései kísérik végig, a tényleges megoldás, az intézményi átszervezés azonban még várat magára. Jelen tanulmány célja, hogy a fentiekben jelzett speciális, budapesti jellemzők és problémák rövid felvázolása után bemutassa és elemezze az elmúlt bő egy évtized főbb reformterveit, ideértve az ez irányú 2010-2011-es fejleményeket is. Fő vezérlő kérdése annak vizsgálata, hogy a regionális gondok tükrében ezek a koncepciók milyen válaszokat adnak a főváros és az érintett országos szereplők (Országgyűlés, kormány, minisztérium, egészségügyi szakigazgatási szervek) bonyolult viszonyára, miként tervezik alakítani, elosztani a hatáskörök, jogok és köteleességek összetett rendszerét.

## **A budapesti kórházi ellátás: jogszabályi jellemzők és gyakorlati problémák**

Magyarországon az alkotmány deklarálja, hogy „a Magyar Köztársaság területén élőknek joguk van a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez. Ezt a jogot a Magyar Köztársaság a munkavédelem, az egészségügyi intézmények és az orvosi ellátás megszervezésével, a rendszeres testedzés biztosításával, valamint az

---

<sup>\*</sup> Ez a tanulmány a Budapesti Corvinus Egyetem 4.2.1/B-09/1/KMR-2010-0005. számú TÁMOP program Hatékony állam, szakértő közigazgatás, regionális fejlesztések a versenyképes társadalomért alprojektjében, az Állam és polgárai műhelyben készült.

épített és a természetes környezet védelmével valósítja meg.”<sup>1</sup> Az alkotmány az önkormányzatokkal kapcsolatban pedig kimondja, hogy azoknak a helyi közügyek intézésével, a helyi közhatalom gyakorlásával összefüggésben, törvényben rögzített jogaik és kötelességeik vannak: az önkormányzat képviselő-testülete ezekben az ügyekben önállóan szabályozhat és igazgathat, és e döntései kizárólag csak törvényességi szempontból bírálhatóak felül. Az önkormányzati tulajdonnal kapcsolatban a tulajdonosi jogokat a képviselő-testület gyakorolja. A törvényben meghatározott feladatai ellátásához megfelelő saját bevételre jogosult, illetve e feladatokkal arányban álló állami támogatásban részesül. Hangsúlyozza, hogy miközben az önkormányzatok alapjogai egyenlők, a kötelességeik eltérők lehetnek.<sup>2</sup> Ez utóbbira utalva a helyi önkormányzatokról szóló törvény kimondja, hogy az önkormányzatok a helyi igényektől és a teljesítőképességüktől függően eltérő feladat- és hatásköröket vállalhatnak, illetve a nagyobbak számára több kötelezettséget is megállapíthat a törvény. Generálisan úgy rendelkezik, hogy községben, városban, valamint Budapesten a kétszintű önkormányzás szintjein, a kerületekben és a fővárosban a települési önkormányzat feladata az egészségügyi ellátásról való gondoskodás, de a megvalósítás mértékét és mikéntjét az önkormányzat maga határozza meg a lakossági igények és anyagi lehetőségek függvényében – hozzátevé, hogy az alapellátást kötelező biztosítania. E rendelkezését megismétli a fővárossal kapcsolatban, ahol a kerületi önkormányzat a működési területén köteles gondoskodni az egészségügyi alapellátásról, amelyhez képest a fővárosi önkormányzat azokat a kötelező vagy önként vállalt települési önkormányzati feladatokat látja el, amelyek a főváros egészét vagy egy kerületet meghaladó részét érintik, vagy Budapest országos szerepköréhez kapcsolódnak. Konkrétan, az önkormányzati törvény szerint a főváros az alapellátást meghaladó egészségügyi szakellátást köteles biztosítani. Megállapodás útján ugyanakkor, az anyagi feltételek biztosításával együtt átadhat feladat- és hatásköröket a kerületi önkormányzatoknak vagy azok társulásainak.<sup>3</sup> Ennek megfelelően a fővárosban elsőként egy 1992-es, azóta már módosított, illetve hatályon kívül is helyezett fővárosi közgyűlési rendelet szabályozta a kérdést: e szerint, míg az egészségügyi alapellátás a kerületek, addig a járó- és a fekvőbeteg-ellátás biztosítása a főváros feladata azzal, hogy a járóbetegek szakellátását kerületi kérelemre a főváros átadhatja.<sup>4</sup> Ez a szisztéma lényegében azóta is változatlan, amelynek egyik fő következménye, hogy a kerületek és a főváros között tovább tagolta az ellátást, elválasztva egymástól a járó- és fekvőbeteg-ellátás egymásra épülő szintjeit.

A helyi önkormányzatoknak – mint lehetséges fenntartóknak – az egészségügy szervezéséért és irányításáért, az ezzel kapcsolatos jogok gyakorlásáért, illetve a kötelességek teljesítéséért viselt felelősségét az

---

<sup>1</sup> 1949. évi XX. törvény a Magyar Köztársaság Alkotmánya 70/D. §. A 2012. január elsejétől hatályos új Alaptörvény e téren úgy fogalmaz, hogy „(1) Mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez. (2) Az (1) bekezdés szerinti jog érvényesülését Magyarország genetikailag módosított élőlényektől mentes mezőgazdasággal, az egészséges élelmiszerekhez és az ivóvízhez való hozzáférés biztosításával, a munkavédelem és az egészségügyi ellátás megszervezésével, a sportolás és a rendszeres testedzés támogatásával, valamint a környezet védelmének biztosításával segíti elő. (...) Magyarország törekszik arra, hogy az emberhez méltó lakhatás feltételeit és a közszolgáltatásokhoz való hozzáférést mindenki számára biztosítsa.” Magyarország Alaptörvénye (2011. április 25.) XX., XXII. cikkek. *Magyar Közlöny*, 2011/43.

<sup>2</sup> 1949. évi XX. törvény 42-44/A. §.

<sup>3</sup> 1990. évi LXV. törvény a helyi önkormányzatokról. 6. 8. 63-63/A.

<sup>4</sup> 23/1992. (VII. 30.) Főv. Kgy. rendelet az egészségügyi feladatok ellátásának a Fővárosi Önkormányzat és a kerületi önkormányzatok közötti megosztásáról.

egészségügyről szóló törvény is megállapítja. E szerint az önkormányzat köteles biztosítani a tulajdonában vagy használatában lévő járóbeteg-, illetve fekvőbeteg-szakellátást nyújtó intézmények működését.<sup>5</sup> Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006-os törvény szintén utalt a helyi önkormányzatok egészségügyi szakellátási kötelezettségére, amelyet napjainkban a 2010. december 31-én lekötött kapacitások mértékének és szakmai összetételének (fekvőbeteg-ellátásban az érvényes finanszírozási szerződéssel<sup>6</sup> támogatott aktív és krónikus ágyak számának) megfelelően, meghatározott ellátási területen teljesítenek a kötelező egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásaira jogosultak számára. Az ilyen, egészségügyi közszolgáltatásért felelős szerv a kötelességeinek és a feladatainak ellátása érdekében megállapodást vagy ellátási szerződést köthet. Az egészségügyi szakellátás megszervezése és koordinálása adott területi egységekben működő, közfinanszírozásban részesülő szolgáltatók együttműködésével történik. Azokat a szakellátásokat, amelyek ezekben a területi egységekben nem oldhatók meg, speciális feladatellátásra szakosodott országos szakmai központok látják el. A kapacitások kihasználtságának mértékét, az esetleges változtatások szükségességét az egészségbiztosítási szerv (az Országos Egészségbiztosítási Pénztár – OEP) háromévente, régióként<sup>7</sup> felülvizsgálja, majd ennek birtokában az egészségügyi államigazgatási szerv<sup>8</sup> (az Országos Tisztifőorvosi Hivatal) adott törvényi szempontok alapján dönt a módosításról. Magát az ellátási területet ugyanezen szerv határozza meg a régiók határainak figyelembevételével, amely követelmény alól csak meghatározott esetekben lehet eltérni. Az ellátási területet másrészt az érvényes finanszírozási szerződéssel rendelkező egészségügyi szolgáltatók tulajdonosai/fenntartói is módosíthatják megállapodás útján – ez utóbbi megkötésére az államigazgatási szerv is felhívhatja az érintetteket, illetve ezt a települési önkormányzat is kezdeményezheti. A belső kapacitásoknak más ellátási formákba, valamint más szakmákba való átcsoportosítását a szolgáltató, illetve a saját fenntartásában működő szolgáltatók közötti kapacitás-átcsoportosítást a fenntartó kezdeményezheti.<sup>9</sup>

Az 1990-es és a 2000-es évek kapacitásszűkítései és átalakításai ellenére mindmáig Magyarország legnagyobb, egy kézben lévő egészségügyi ellátórendszere működik Budapesten, ahol jelenleg a Fővárosi Önkormányzat 12 intézményében

---

<sup>5</sup> 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 143. §. 152. §. 155. §. Lásd még 96/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról. 1. §.

<sup>6</sup> Az egészségügyi szolgáltatóval kötött finanszírozási szerződésben egyebek mellett meg kell határozni a lekötött kapacitáson nyújtandó szolgáltatásokat szakmánkénti bontásban, a területi ellátási kötelezettség és a rendelkezésre állás figyelembe vételével. A szerződés részét képezi az egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosító működési engedély is. Lásd 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítási ellátásról. 31. §. Az aktív fekvőbeteg-ellátás finanszírozása miniszteri rendeletben meghatározott homogén betegcsoportokhoz rendelt súlyszám alapján történik. Erről lásd 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről, illetve 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól.

<sup>7</sup> A területfejlesztésről és a területrendezésről szóló 1996. évi XXI. törvény értelmében tervezési-statisztikai célokat szolgáló egy vagy több megyére (fővárosra) kiterjedő, az érintett megyék közigazgatási határaival lehatárolt társadalmi, gazdasági vagy környezeti szempontból együtt kezelendő területfejlesztési egység.

<sup>8</sup> Lásd 1991. évi XI. törvény az egészségügyi hatósági és igazgatási tevékenységről.

<sup>9</sup> 2006. évi CXXXII. törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről. 337/2008. (XII. 30.) Korm. rendelet az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény végrehajtásáról.

folyik fekvőbeteg-ellátás<sup>10</sup>, és mellettük még egyéb hasonló intézményi tulajdonosként, fenntartóként megjelenik az állam (Nemzeti Erőforrás Minisztérium, Honvédelmi Minisztérium, Semmelweis Egyetem), Pest megye, két város, egyházak, illetve hat alapítvány is (BEM 2009). A sok szereplő és intézmény a gyakorlatban meglehetősen széttagolt ellátást és párhuzamos kapacitások kifejlődését és tartós működtetését segítette elő. A Fővárosi Önkormányzat tekintetében ez az ellátórendszer közel 6400 aktív, több mint 4400 krónikus ágyat, és közel 15 ezer fő alkalmazottat jelent a járóbeteg-ellátással együtt. A 90 telephelyen és mintegy 460 épületben működő rendszer összesített vagyoni értéke megközelíti a 130 Mrd forintot (Skultéty-Vértes 2009, 21-22). Regionális viszonylatban a fővárost és Pest megyét magában foglaló Közép-Magyarországi régió területét nézve a legkisebb, de lakosságszámát és népsűrűségét tekintve a legnagyobb. Az erre vetített számos mutató – művese-állomások, CT és MRI berendezések, kórházak, aktív és krónikus ágyak, illetve betöltött orvosi és szakdolgozói állások száma – tekintetében a legnagyobb, átlag feletti országos értékekkel bír, mi több, egyes speciális szakmák kizárólag csak ebben a régióban vannak jelen az országban (Kincses 2003).

A budapesti egészségügyi szakellátás gondjai szoros összefüggést mutatnak az általános magyarországi helyzettel, amelynek egyik fő vonása azon túl, hogy az erőfeszítéseket többnyire az egészségbiztosítási alap hiányának és egyes eladósodott kórházak helyzetének a menedzselése köti le, hogy az alapjaiban a házi- és járóbeteg-ellátásból álló rendszer központja változatlanul az utóbbi szint. Ez részint azzal magyarázható, hogy a rendszerváltást megelőzően, összefüggésben még a hidegháborús viszonyokkal, az egészségügyi ágazat teljesítményét szinte egyedül az aktív ágyak számával jellemezték (Mihályi-Molnár 2007, 443), és ez az indikátor azóta is meglehetősen erős akár szabályozó eszközként is. Holott az időközben bekövetkezett diagnosztikai-technológiai, illetve gyógyítási-kezelési változások (pl. egynapos sebészet) következtében pusztán az ágyszám egyre kevésbé képes önmagában teljes képet adni a kórházi kapacitásokról (Dózsa 2008, 900). Ezek mértéke és jellege 1996-ig lényegében a helyi lehetőségeken és döntéseken múlt, míg be nem következett az első ágyszám-csökkentés.<sup>11</sup> A következő ilyen lépést az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló, már idézett 2006-os törvény jelentette, amely összességében 11%-al csökkentette országosan az ágyak számát úgy, hogy 15600-al kevesebb aktív, és 7100-al több krónikus ágyat rögzített abban a körben, amelyet a közfinanszírozás keretében befogadhatónak tartott (Horváth-Mihályi 2008, 795, Karner 2010, 37). Az egészségbiztosítás tervbe vett reformjával is összefüggő jogszabály megkülönböztette egymástól az ún. súlyponti és területi kórházakat: az utóbbiak együttműködve a kiemelt, súlyponti kórházakkal – Budapest kivételével – kb. 30 kilométerenként helyezkedtek el az országban, lényegében általános ellátást nyújthattak, és meg volt a lehetőségük a beteg továbbküldésére a speciálisabb, folyamatos sürgősségi ellátást is biztosító kiemelt intézményekhez, amelyek – ugyancsak a fővárost leszámítva – 55 kilométerenként voltak kijelölve.

---

<sup>10</sup> Ezek: Egyesített Szent István és Szent László Kórház és Rendelőintézet, Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházai, Uzsoki utcai Kórház, Péterfy Sándor utcai Kórház Rendelőintézet és Baleseti Központ, Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház, Szent Imre Kórház, Heim Pál Gyermekkórház, Károlyi Sándor Kórház és Rendelőintézet, Nyírő Gyula Kórház, Visegrádi Rehabilitációs Szakkórház és Gyógyfürdő, Központi Stomatológiai Intézet.

<sup>11</sup> 1996. évi LXIII. törvény az egészségügyi ellátási kötelezettségről és a területi finanszírozási normatívákról.

A kapacitások szűkítéséről és átszervezéséről, a kórházak és osztályok jövőjéről 2006-ban az önkormányzati szereplőknek is helyet adó regionális egészségügyi tanácsoknak kellett volna dönteniük, de nem tették, és a döntések végül miniszteri szinten születtek. Ezek eredményeként a fekvőbeteg-ellátás összességében háromtípusú intézményt ölelt fel: a kisebb területi-városi, a kiemelt-súlyponti kórházakat, valamint az egyes szakmák országos központjait. A konvergencia-programmal összefüggésben a reform finanszírozási háttere arra törekedett, hogy a súlyponti intézmények mindenképpen el tudják látni a feladataikat (Baraczká-Mihályi 2009, 1140, Horváth-Mihályi 2008, 795). Az egészségügyi vezetés lépéseit komoly politikai, szakmai viták és ellenállás kísérte, míg az Alkotmánybíróság 2008-ban mondta ki a kapacitások illetően való felosztásának alkotmányellenességét, új, módosított szabályozásra kötelezve ezzel a jogalkotót.<sup>12</sup> A súlyponti kórházak rendszerét ugyanakkor csak a 2010-es kormányváltás után szüntették meg. A 2006-2007-es átszervezések jelentős mértékben érintették a budapesti kórházakat, újabb feladatokat is delegálva hozzájuk, de a változások közül a legnagyobb politikai és szakmai vitákat ez esetben három intézmény (Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet, Svábhegyi Gyógyintézet, Schöpf-Mérei Ágost Kórház- és Anyavédelmi Központ Szülészeti és Nőgyógyászati Szakkórház) megszüntetése jelentette. Annak ellenére, hogy a kapacitáscsökkentés százalékos arányban Budapesten csökkentette a legnagyobb mértékben a kórházi ágyszámot, Pest megyével együtt a régió ezen mutatója még mindig felülmúlja a 10.000 lakosra jutó országos átlagot, ráadásul országosan a kapacitásellátottság terén a régiók közötti sorrend érdemben alig változott (Vas et al. 2009).

A fentiekben már említett problémák – területi egyenlőtlenségek<sup>13</sup>, intézményi fragmentáció, járó- és fekvőbeteg-ellátás gyakorta éles elválása, széttagolt kórházi ellátás és párhuzamos kapacitások – mellé újabb is társultak, amelyek csak részben kapcsolódnak a jogszabályi környezethez és az egészségügyi reformokhoz. A szakértői anyagok első helyen általában a strukturális alulfinanszírozottságot említik: az aktív ágyszámok csökkentése után is a területi ellátási kötelezettséget preferáló finanszírozás rendszere a tényleges feladatellátás után kullog, miközben az egyes intézményekben és az egyes osztályokon meglehetősen eltérő az ágykihasználtság. Számokban kifejezve ez azt jelenti, hogy egyfelől a régióban a legmagasabb az abszolút összegben és a lakosságszámra vetített finanszírozás mértéke, itt a legnagyobbak az éves súlyszámok, miközben rendkívül magas az átlagos ápolási napok száma, illetve országosan a legalacsonyabb a normatív ágykihasználtság (Kincses 2003). Budapest és a kerületi tagolódás sajátosságaiból, a közlekedési viszonyokból és strukturális adottságokból kifolyólag a fővárosi kórházak által ellátott betegek kb. 45%-a ún. területen kívüli, de ezeknek több mint 50%-a amúgy budapesti lakos (BEM 2009), azaz a betegek a területi ellátási kötelezettségek és a kerületek határait átlépve gyakorta a lakóhelyükhöz legközelebb eső kórházat részesítik előnyben.<sup>14</sup> Ezzel viszont növelik a rendszerben az esetlegességeket, hátráltatva az egyértelmű betegutak és a világos szakmai hierarchia betartásának követését, másrészt pedig, a szolgáltatók oldaláról a létező kapacitások sem

<sup>12</sup> 109/2008. (IX. 26.) AB határozat.

<sup>13</sup> Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való egyenlő hozzáférés tekintetében jelentős különbségek alakultak ki főváros és vidék között, de egyes kutatások következtetéseivel szemben arra is jutottak, hogy a földrajzi elhelyezkedésnél nagyobb befolyással bírnak a társadalmi, szociodemográfiai jellemzők, illetve a regionális különbségekhez képest nagyobb jelentőségű a településtípusok kérdése (Nagy 2010, 346).

<sup>14</sup> A betegek részéről a területi ellátási elv megkerülésének lehetséges okait összefoglalta az Államreform Bizottság szakmai vitaanyaga (2006, 81).

feltétlenül igazodnak így a ténylegesen jelentkező helyi szükségletekhez. A betegmigrációt feltérképezve a kutatók arra a következtetésre jutottak, hogy a Közép-Magyarországi régió fogadja a legtöbb régió kívüli esetet is, döntően ide irányul tehát a vándorlás, különösen aránytalanul a Közép-Dunántúlról és Észak-Magyarországról, illetve nagyrészt ide terhelődik az orvosi egyetemi központokkal nem rendelkező régiók regionális szintű ellátása is. A külső migráció mellett ebben a régióban a legmagasabb a belső migráció is, nevezetesen a Pest megyei lakosok ellátása nagyobb részt történik Budapest, mint a megye intézményeiben – nem számolva a fővárosban található, de Pest megyéhez tartozó Rókus kórházat (Kincses 2003). Ehhez kapcsolódóan hangsúlyozni kell azt is, hogy a megyék közül Pest – mind a 2007-es átszervezések előtt és után – a legkisebb ágyszámmal bíró megye Magyarországon (Vas et al. 2009).

A gazdálkodás egyes területein hiányzik az egységes szabályozás, nem megfelelő az átláthatóság és a működési hatékonyság. A gazdálkodási és informatikai rendszerek sokfélesége nem teszi lehetővé a tulajdonos számára a minőségi értékelést, a teljesítmények összehasonlítását, vagy éppen a vagyonelemekkel és eszközökkel való egységes gazdálkodást, a különböző kórházi beszerzések összehangolását. Mindezekből kifolyólag a fővárosi intézmények összességében 2011-re kb. 6,5 Mrd forintnyi tartozást halmoztak fel, amelyből 2 Mrd forint a lejárt tartozás – az eladósodottság mértéke viszont jelentősen eltér, jellemzően csak néhány kórház van folyamatosan különösen rossz helyzetben.<sup>15</sup> A főváros központi helyzetéből kifolyólag a humánerőforrás terén kisebb mértékű problémák jelentkeznek, mint az ország más pontjain, de Budapesten is összességében csökken az orvosok száma, illetve ennél jóval nagyobb a kórházi szakdolgozók hiánya (Skultéty-Vértes 2009, 22-23).

## **A reformtervek összevetése**

A strukturális átalakítás – a kórházak működőképességének megőrzése, az ellátórendszer ésszerűsítésének, a valós helyi igényekhez igazítása – terveinek első komoly előzménye a fővárosi és a 23 kerületi önkormányzat által 1999-ben kiadott állásfoglalás, a Budapesti Egészségügyi Charta volt, amelyben az érintettek együttműködésüket hangsúlyozták egymással, Pest megyével, a szolgáltatókkal, illetve előirányozták a különböző, egészséget érintő szakpolitikák összehangolását is. Ezt követően a Fővárosi Önkormányzat 2002-ben fogadta el az ún. Egészségpolitikai Cselekvési Programját, amely már egyfajta regionális integrációs irányt fogalmazott meg az akkor működő 19 fővárosi kórház számára. E szerint a szükséges fejlesztések és átalakítások után Budán kettő, Pesten pedig hat centrum alakult volna ki a létező kórházakra alapozva, és ezek a nagy kórházak lettek volna alkalmasak egyebek mellett a folyamatos sürgősségi ellátásra és a korszerű diagnosztikára.<sup>16</sup> Az átszervezés önként, területi elven, és hierarchikus rendben történt volna, amelynek csúcán ezek a regionális centrumok helyezkedtek volna el, alattuk pedig a kisebb, általános és szakkórházak (BEM 2009). Ezen törekvés illeszkedett amúgy az akkori országos irányhoz is, mivel a kormány a 2002-es programja nyomán egy 2003-as határozatban rendelte el a regionális egészségügyi ellátásszervezés és fejlesztéspolitikai szervezeti kereteinek, döntéshozatali és

<sup>15</sup> Megkezdődött az egészségügyi intézmények területi integrációja (Hír3, 2011. 01. 20.). <http://hir3.hu/index.php?hir=magazin&hirid=55078&kat=1>

<sup>16</sup> Átalakítanák a főváros egészségügyi rendszerét (Origo, 2001. 12. 12.). <http://www.origo.hu/itthon/20011212atalakitanak.html>

működési rendjének kidolgozását, valamint az egységes kockázatközösség fenntartása mellett az erre szakosított szervezetek által irányított új modellek kimunkálását.<sup>17</sup> A fővárosi program ezen része azonban végül papíron maradt, és a budapesti kórházak életében a következő fontos változást csak a már bemutatott 2007-es kapacitásszűkítés jelentette. 2002 szeptemberében azonban a budapesti egészségügyi ellátást végző intézmények tulajdonosai megalakították a Budapesti Egészségügyi Fórumot<sup>18</sup>, majd szakmai és politikai érdekegyeztető, koordináló szervként 2004 májusában létrejött a Közép-Magyarországi Regionális Egészségügyi Tanács. A következő évben már ez utóbbi testület kezdeményezte a lehetséges fejlesztési irányok kijelölését, és az elkészült tanulmánya immár hat alrégiót vázolt fel a fővárosban, amelyek élén egy-egy vezető kórház állt volna (BEM 2009). A problémát az egészségügyről 2006-ban kiadott Zöld Könyv is kiemelte, amely szerint indokolatlan, hogy a fővárosban 43 kórház közel 100 telephelyén folyjék ellátás (Többen, jobban, tovább, 2006, 18).

A 2002-es Egészségpolitikai Cselekvési Programot utóbb 2008 márciusában helyezte hatályon kívül a Fővárosi Közgyűlés, amikor is elfogadta az átalakítás újabb koncepciójának, a Budapesti Egészségügyi Modellnek (BEM) az alapelveit, amely ebben a ciklusban alapvetően Horváth Csaba szocialista főpolgármester-helyetteshez volt köthető. A születéskor várható élettartam növelését, az egyenlőtlenségek csökkentését, valamint fenntartható, minőségi és fejleszthető ellátórendszer és a szereplők közötti komplex együttműködési viszonyok kialakítását célzó elképzelés a korábbiakhoz hasonlóan nem kívánta érintetlenül hagyni a kórházi struktúrát. Javaslata szerint a lakossághoz közeli, alapszintű, gyakoribb és kevésbé specializált ellátást ún. területi kórházak végezték volna el, amelyek felett az ún. progresszív ellátó helyek a területiek jellemzői mellett a már jóval összetettebb beavatkozásokat, kezeléseket is el tudták volna végezni. Ezt a kétszintű fekvőbeteg-ellátási szisztémát egyes szakkórházak tették volna teljessé. A koncepció összességében kevesebb, és kevesebb helyen is működő, ugyanakkor kellően tagolt, jobb minőségű, kellően felszerelt, és a jelentkező igényekhez jobban alkalmazkodó intézményeket irányzott elő. A BEM hangsúlyozta, hogy a reformtörekvéseket mindenkor gátló, fékező intézményi részérdekekből kíván az összesség számára optimális megoldást nyújtani, ehhez viszont – a koncepció másik hangsúlyos elemeként – egy egységes szervezetre és irányításra van szükség, amely nem mellékesen biztosítaná a betegutak szervezett irányítását is. Ebbe a keretbe tartozott volna az informatika, a beszerzés, a kontroll, a humánpolitika, az ingatlangazdálkodás, a pénzügyi tevékenység és egyéb, a kórházak működéséhez szükséges háttérszolgáltatások. Ezen integrált menedzsment szervezeti keretűl a Fővárosi Egészségközpont Zrt. szolgált volna holdingként – az ennek megalakítására vonatkozó javaslatot 2008 végén fogadták el. A konstrukció szerint az ÁNTSZ-től működési engedélyt szerzett szolgáltatásszervező Zrt. a tulajdonos Fővárosi Önkormányzattal szerződött volna az egészségügyi feladatellátásra, illetve mindezek finanszírozására a Zrt. az OEP-el szerződött volna. Mindezek birtokában a konkrét ellátásra már a Zrt. szerződött volna az egyes intézményekkel, amelyeknek viszont a működési engedélyüket értelemszerűen továbbra is egyenként be kellett volna szerezniük az ÁNTSZ-től (BEM 2009, Skultéty-Vértes 2009).

---

<sup>17</sup> 1085/2003. (VIII. 19.) Korm. határozat az egészségügyi rendszer korszerűsítésének soron következő feladatairól.

<sup>18</sup> Regionális Egészségügyi Fórum (Weborvos, 2002. 09. 12.)  
<http://www.weborvos.hu/cikk.php?id=94&cid=23205>



A 2009. augusztus 27-ei Közgyűlés a BEM konstrukcióját azzal fogadta el, hogy a döntés a Fővárosi Önkormányzat részéről önmagában nem minősül anyagi kötelezettségvállalásnak, másrészt a Modellt a Zrt. kijelölésével kívánta megvalósítani azáltal, hogy gondoskodik a kezdeti lépések végrehajtásához szükséges forrásokról.<sup>19</sup> Azt követően azonban, hogy 2009 októberében felbomlott a Közgyűlést irányító MSZP és SZDSZ helyi koalíciója, a BEM első végrehajtását jelentő döntési javaslatokat a képviselők levették a napirendről.<sup>20</sup>

A 2010-es parlamenti és helyhatósági választásokon a fővárosban is többséget szerzett Fidesz-KDNP koalíció szakpolitikusai részéről az elmúlt időszakban több koncepció körvonalazódott az egyre kevésbé fenntartható, mind jobban eladósodó budapesti kórházak és ellátórendszer problémájának kezelésére. A későbbi főpolgármester, Tarlós István 2009. szeptemberi Budapest-programja e téren úgy fogalmazott, hogy az országos ellátási érdekek figyelembevételével egységes szempontok szerint kell átszervezni az egészségügyi szolgáltatók rendszerét Budapesten és az agglomerációban. Gondoskodni kívánt a fővárosi és a kerületi intézmények működésének összehangolásáról, hatékony irányításukról, az ellátások és a kiszolgáló funkciók eredményes megszervezéséről, az infrastrukturális fejlesztésekről, valamint a diagnosztikában és a terápiában a kellő feltételek megteremtéséről – együttműködve a nem fővárosi tulajdonú intézményekkel, orvosi egyetemekkel és egyházi központokkal.<sup>21</sup> Konkrétabb szakmai tervei voltak Pesti Imrének, aki az önkormányzati választásokat követően 2011 elejéig töltötte be a szociális ügyekért és egészségügyért felelős főpolgármester-helyettesi posztot. Elképzelése szerint a már csupán 12 fővárosi kórháznak gazdasági társaságokként kell funkcionálniuk, és ezek felett – holding-irányítással – egyes működési részterületeket központosítanának, mint a beszerzést, a gazdasági adminisztrációt, és az informatikát.<sup>22</sup> A fővárosi tervekhez hivatkozásul a 2008 óta Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében működő holding szolgáltató, amely 5 kórházat foglal magában.<sup>23</sup> Utóda, Szentes Tamás terveiben holdingról már nem beszélt, hanem az intézmények közötti integrációt hangsúlyozta, amelyek végén egyesítenék a kórházak gazdálkodását.<sup>24</sup>

A továbbra is önkormányzati tulajdonú holding-elképzeléssel szemben kezdettől fogva az állami szerepvállalás előtérbe kerülését képviselte a Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkársága, amely Szócska Miklós KDNP-s államtitkár vezetésével első változatában 2010 októberében tette le a maga országos koncepcióját, a Semmelweis Tervet, amelynek 2011 első felében átdolgozott, továbbfejlesztett változatai is napvilágot láttak.<sup>25</sup> A koncepció szerint a

<sup>19</sup> A Fővárosi Közgyűlés 1203/2009. (VIII. 27.) és 1204/2009. (VIII. 27.). sz. Főv. Kgy. határozatai.

<sup>20</sup> 1753/2009. (X. 29.) Főv. Kgy. határozat.

<sup>21</sup> Tarlós István Budapest-programja (2009. szeptember 1.)  
[http://www.tarlosistvan.com/documents/ti\\_bp\\_programja\\_pdf\\_667\\_20091028152643\\_162.pdf](http://www.tarlosistvan.com/documents/ti_bp_programja_pdf_667_20091028152643_162.pdf)

<sup>22</sup> Jövőre 12 kórház lesz egy holding irányítása alatt (Híreextra, 2010. 11. 03.)  
<http://www.hirextra.hu/2010/11/03/jovore-12-korhaz-lesz-egy-holding-iranyitasa-alatt/>

<sup>23</sup> A kórház holding program részletei (2010. 09. 06.). <http://www.pestiimre.com/hirek-dr-pesti-imre/a-korhaz-holding-program-reszletei>

<sup>24</sup> Kilencből csak négy kórház maradhat? (Népszabadság, 2011. 01. 28.)  
<http://nol.hu/belfold/20110128-kilencbol-csak-negy-korhaz-maradhat>

<sup>25</sup> Újraélesztett egészségügy – Gyógyuló Magyarország. Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére. Szakmai konzultáció – vitairat. Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkárság, 2010. október. Újraélesztett egészségügy – Gyógyuló Magyarország. Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére. Szakmai koncepció, 2011. február. Újraélesztett egészségügy – Gyógyuló Magyarország. Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére. Szakmai



kapacitások tervezésére, a betegutak szervezésére, valamint a menedzsment és a koordináció feladataira országos intézményt, az Állami Egészségügyi Központot és annak területi egységeit kell életre hívni. Ezeken belül az ellátók, a fenntartók, a területi szakigazgatási szervek, illetve kormányzati háttérintézmények képviselőinek közreműködésével újjá kell szervezni a területi ellátási tevékenységeket, egyértelműen ki kell jelölni a feladatokat, meghatározni a progresszivitási szinteket, leosztani a kapacitásokat figyelembe véve az adott népesedési, strukturális és közlekedési viszonyokat. A finanszírozás megújult rendszere értelemszerűen az új szisztémához igazodna, és az elképzelése szerint a hatékonyabb működésből adódóan magán a rendszeren belül szabadulnak fel újabb források. A járó- és fekvőbeteg-ellátás terén lényegében öt szinten szervezné meg az ellátást. A 0. szinten a járóbeteg-szakellátás feladata az is, kistérségi keretek között maga alatt integrálja a házi orvosi és házi gyermekorvosi rendszer által megjelenített alapellátást, szervezze a felfelé irányuló betegutakat. Az első szinten a döntően alapszakmákból szerveződő, járó- és fekvőbeteg-ellátást egyaránt végző városi intézmények helyezkednek el, felettük pedig, a második szinten a megyei ellátási központok. A javaslat döntő eleme, hogy a tervezett harmadik szinten, főként orvosi egyetemi központokból ún. nagytérségi ellátó intézményeket képzelt el, amelyek bizonyos szakmák országos központjai és alközpontjai kivételével – amelyek lényegében a negyedik szintet képezik –, az ellátás teljes vertikumáról gondoskodnak, és ezek a továbbképzések helyszínei is. Az Állami Egészségügyi Központ által felügyelt ún. Nagytérségi Egészségügyi Igazgatóságok is ezen a szinten működnek. Felosztása szerint az ország területe kb. 9-10 ilyen nagytérségből állna, egyenként 1-1,1 (később 1-1,6 millió) lakossal, és határaik „racionális földrajzi”, azaz nem feltétlenül a meglévő közigazgatási vagy tervezési-statisztikai régióhatárok lennének. Budapesten kezdettől fogva három nagytérségi központot képzelt el Budán, Észak- és Dél-Pesten.<sup>26</sup> A 2011. februári változat már tartalmazott egy, a fővárosról szóló önálló fejezetet, amely egyértelműen elkötelezte magát a 12 fővárosi intézmény állami átvétele mellett azok eszköz- és ingatlanállományával egyetemben. Hangsúlyozta egyúttal azt is, hogy a rendkívül összetett problémákkal küszködő, és nagy felelősséggel járó budapesti átalakítás az egész magyarországi ellátórendszer továbbfejlesztéséhez is modellként szolgálhat.

A Semmelweis Terv végleges változatának kidolgozása során Szócska Miklós és Tarlós István 2011 januárjában elvi megállapodást kötött arról, hogy a kormány átvállalja a 12 fővárosi intézmény üzemeltetését, amelyért cserébe Budapest átadja a tulajdonosi jogokat, és ezzel lényegében a főváros egészségügyi szolgáltatást, ellátást többé nem végez. A főpolgármesteren kívül az Államtitkárság elképzelése utóbb nagyban találkozott a kormány támogatásával is: határozatban állt ki az intézményrendszer átalakítása, a nagytérségi szerveződések, valamint a fővárosi intézmények állami tulajdonba vétele mellett. Hangsúlyozta, hogy az átalakítás során felszabaduló ingatlanok hasznosításából, értékesítéséből származó forrásokat kizárólag csak egészségügyi beruházási célokra lehet fordítani. A tervek szerint 6-9 hónapot igénybe vevő átadás-átvétel mellett a kormány év végi határidővel

---

konceptió, 2011. május 25. A Semmelweis Terv egyes elemei megjelentek már Gaál Péter egy korábbi tanulmányában is (2007).

<sup>26</sup> A 2011. májusi változat térképvázlata szerint a budai központ Fejér megyét, Pest megyének a Dunától nyugatra eső részét, valamint Komárom-Esztergom megye nagyobb, keleti felét foglalná magában. Az Észak-pesti centrum Pest megye északkeleti része mellett kiterjedne egész Nógrádra, illetve egyes területekre Heves és Jász-Nagykun-Szolnok megyékben. A tervezett Dél-pesti nagytérségi intézmény pedig Pest megye nagyobb, déli részét a Csepel-szigetet is beleértve, valamint Jász-Nagykun-Szolnok egy kisebb részét látná el.

elrendelte egy, a három budapesti sürgősségi központ kialakítását megalapozó megvalósíthatósági tanulmány elkészítését is, amely érinti a fővárosi és más szereplők tulajdonában, irányítása alatt lévő intézmények integrációját, átalakítását is.<sup>27</sup> A Fővárosi Önkormányzat és a Nemzeti Erőforrás Minisztériuma közötti megállapodásról szóló előterjesztést, amely 2012. január elsejei dátummal irányozta volna elő a vonatkozó önkormányzati feladatokkal, ellátással, intézményfenntartással, és tulajdonlással kapcsolatos jogok és kötelezettségek átadását, augusztus végén a főpolgármester visszavonta, és az várhatóan egy későbbi ülésen kerül ismét napirendre. A 12 fővárosi, egy alapítványi működtetésű intézményt és bizonyos mértékben a járóbeteg-ellátást is érintő javaslat azt is tartalmazta, hogy amennyiben 2012 januárjáig nem zajlik le az államosítási folyamat, akkor a kórházak konszolidációjára az eladósodott Budapestnek a központi költségvetésből kell forrásokat kapnia, és vagyonvesztés nem érheti a fővárost.<sup>28</sup>

A legutóbbi eset rámutat arra, hogy a tervezett átalakítás során számos kisebb részben politikai, nagyobb részt jogi természetű problémát orvosolni kell. A fővárosi tulajdonosi jogokat megtartó holding-konceptió és az állami átvétel vitáját az állami felügyeleti szerv kérdése váltotta fel. A Tarlós által előterjesztett minisztériummal szemben a 2011 júliusában mind a 23 fővárosi kerület részvételével létrejött Budapesti Önkormányzatok Szövetsége az államosított fővárosi kórházak felügyelőjeként a Pesti Imre által irányított Budapesti Kormányhivatalt látná szívesebben. Ezt támogatja maga Pesti Imre is, aki szerint a kormányhivatalok a helyi érdekek ismeretében jobban tudják üzemeltetni a kórházakat.<sup>29</sup> Más kérdés, hogy a korábban ilyen jellegű hivatalnak milyen kapacitásai lennének, és milyen hatékonysággal tudná ellátni ezen új teendőit. A kérdés nyilván azzal is összefügg, hogy a jelenlegi helyzethez képest melyik szerv fogja gyakorolni a kórházi főigazgatók feletti munkáltatói jogokat. További probléma, hogy az új Alaptörvényhez kapcsolódó sarkalatos törvények sorában az Országgyűlés még nem fogadta el az önkormányzatokról, a nemzeti vagyonról szóló törvényeket, illetve módosítani szükséges az államháztartási törvényt, és meg kell alkotni az ingatlanok átadását rendező jogszabályt is. Az átadás finanszírozási részéhez kapcsolódik, hogy a fővárosi intézmények esetében ez lényegében kettős: a folyamatos orvosi-szakmai működést az OEP biztosítja, miközben a kórházi infrastruktúrára, eszközökre lehetőségeihez mérten, budapesti adófizetők pénzéből a főváros költött, fejlesztéseket, korszerűsítéseket hajtott végre. Pénzügyi szempontból sem kevés feszültséget szülő kérdés, hogy az átszervezés eredményeként nem egy esetben várhatóan értékesíthető, és a reform fedezetéül is szolgálható ingatlanelemek vajon csak állami használatba vagy tulajdonba kerüljenek-e, illetve az államosításért cserébe Budapest részesüljön-e valamilyen anyagi kompenzációban. Az ingatlanpiac mostani helyzetének ismeretében azonban kétséges, hogy a felszabaduló, de a jogi helyzetüket tekintve módosítandó, egyelőre korlátozottan forgalomképes ingatlanok értékesíthetők-e egyáltalán, és mennyiért, tekintetbe véve, hogy a 2007-es kapacitásszűkítés, intézménybezárások óta is vannak eladhatatlan egykori kórházak. A finanszírozással összefüggő újabb kérdés, hogy mi lesz egyrészt a felhalmozott

---

<sup>27</sup> 1208/2011. (VI. 28.) Korm. határozat a Semmelweis Tervben meghatározott egészségügyi struktúra-átalakítással járó feladatokról, a kiemelt feladatok végrehajtásához szükséges intézkedésekről.

<sup>28</sup> Tizenkét fővárosi intézmény kerül állami tulajdonba, ha elfogadják Tarlós előterjesztését (Weborvos, 2011. 08. 26.). [http://www.weborvos.hu/regionalis\\_hirek/fovaros\\_allam\\_mindent\\_visz/180455/](http://www.weborvos.hu/regionalis_hirek/fovaros_allam_mindent_visz/180455/)

<sup>29</sup> Kórházak államosítása: Tarlós egyelőre visszavonta a javaslatot (HVG, 2011. 08. 31.). [http://hvg.hu/egeszseg/20110831\\_korhazak\\_allami\\_kezbe\\_adasa](http://hvg.hu/egeszseg/20110831_korhazak_allami_kezbe_adasa)

jelentős adósságállománnyal, másrészt a kórházakhoz kapcsolódó uniós hitelekkel, ezekhez biztosított önrészekkel, amelyeket a főváros vett fel különféle infrastrukturális fejlesztésekre, átalakításokra. Részben függ össze a finanszírozással, hogy az átadás miként érinti a kártérítési felelősséget, a folyamatban lévő pereket. Végül, de nem utolsó sorban felvetődik az a kérdés is, hogy az aktuális átalakítási, integrációs irányokba miként illeszkedik a 2011 júniusában napirendre került javaslat, amely a Szent Margit Kórház önállóságának visszaállítását, annak a Szent János és Észak-budai Egyesített Kórházaiból való kiválását célozza meg.<sup>30</sup>

*A kézirat lezárásának időpontja: 2011. szeptember 25.*

## Irodalom

- Ajtay András (2011): Az egészségpolitika húsz éve. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 3. 36-43.
- Államreform Bizottság Egészségügyi Reform Munkacsoport: A magyar egészségügy reformja (Szakmai vitaanyag). Budapest, 2006. október 2.
- Baraczkai Mariann – Mihályi Péter (2009): Egészségügy 2008: a kontrollok éve. In: Sándor Péter – Vass László (szerk.): *Magyarország politikai évkönyve 2008-ról*. II. kötet. Budapest, Demokrácia Kutatások Magyar Központja Alapítvány. 1120-1151.
- Budapesti Egészségügyi Modell – BEM (2009. december)  
<http://www.horvathcsaba.hu/user/browser/File/vesszoparipa/BEM.pdf>
- Dózsa Csaba (2008): 2006-2007-es évek az egészségügyben: reformtervek és programok kavalkádja. In: Sándor Péter – Vass László (szerk.): *Magyarország politikai évkönyve 2007-ről*. II. kötet. Budapest, Demokrácia Kutatások Magyar Központja Alapítvány. 889-914.
- Gaál Péter (2007): Egészségügyi reform: problémák, okok és megoldási lehetőségek. *Nemzeti Érdek*, 1. 69-75.
- Horváth Ágnes – Mihályi Péter (2008): Magyar egészségügy: adatok, tények – 2007. In: Sándor Péter – Vass László (szerk.): *Magyarország politikai évkönyve 2007-ről*. II. kötet. Budapest, Demokrácia Kutatások Magyar Központja Alapítvány. 771-804.
- Inotai András – Kaló Zoltán (2010): Az egészségügyi ágazat mint közszolgáltatás kutatási, fejlesztési és innovációs stratégiája és az ágazat innovációs folyamatainak vizsgálata. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 4. 33-38.
- Karner Cecília (2010): Kórházak múltja, jelene Magyarországon. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 3. 35-38.
- Kincses Gyula – Surján György – Kovács Tamás – Szilágyi Éva – Szirmai László (2003): *Tanulmány Magyarország régióinak egészségügyi helyzetéről. I-II. Rész*. Budapest, Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet.
- Mihályi Péter – Molnár Lajos (2007): 2006: az egészségügyi reform első szakasza. In: Sándor Péter – Vass László – Tolnai Ágnes (szerk.): *Magyarország politikai évkönyve 2006-ról*. I. kötet. Budapest, Demokrácia Kutatások Magyar Központja Alapítvány. 409-464.
- Nagy Balázs (2010): Egy hiányzó láncszem? Forráselosztás a magyar egészségügyben. *Közgazdasági Szemle*, április. 337-353.
- Semmelweis Terv: visszavonás vagy teljes átdolgozás. A Republikon Intézet szakmai véleménye és javaslatai a „polgári egészségügy” alapjait lefektető vitaanyagról. Republikon Intézet.
- Sinkó Eszter (2009): Az egészségügy – bukott reformkísérlet után. In: Sándor Péter – Vass László (szerk.): *Magyarország politikai évkönyve 2008-ról*. II. kötet. Budapest, Demokrácia Kutatások Magyar Központja Alapítvány. 1152-1177.
- Skultéty László – Vértes András (2009): A Budapesti Egészségügyi Modell: Integráció a Fővárosi Önkormányzat ellátórendszerében. *IME. Az egészségügyi vezetők szaklapja*, 8. 19-26.
- Többen, jobban, tovább. Zöld Könyv az egészségügyről. 2006.
- Újraélesztett egészségügy – Gyógyuló Magyarország. Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére*. Szakmai konzultáció – vitairat. Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkárság, 2010. október.

<sup>30</sup> Lásd a 2068/2011. (VI. 22.) és 2069/2011. (VI. 22.) sz. Főv. Kgy. határozatokat.

*Újraélesztett egészségügy – Gyógyuló Magyarország. Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére.* Szakmai koncepció. Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkárság, 2011. február.

*Újraélesztett egészségügy – Gyógyuló Magyarország. Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére.* Szakmai koncepció. Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkárság, 2011. május 25.

Dr. Vas Gábor - Imhof Gábor - dr. Ágoston István - dr. Vas Bálint - dr. Betlehem József Kresák Gergely - Endrei Dóra - Zemplényi Antal - dr. Boncz Imre (2009): A 2007. április 1-jei egészségügyi reformintézkedések hatása az összes kórházi ágyszámra. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 4. 5-11.