

AZ EGÉSZSÉGÜGYI KÖZIGAZGATÁS SZERVEZETRENDSZERÉNEK VÁLTOZÁSAI ÉS AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓRENDSZER ÁTALAKÍTÁSA

FAZEKAS MARIANNA
c. egyetemi tanár (ELTE ÁJK)

Absztrakt

A tanulmány a konferencián elhangzott előadás kibővített változata, mely az előadáshoz képest részletesen tárgyalja az egészségügyi közigazgatás és az egészségügyi ellátórendszer lényegesebb változásait 1990 és 2010 között. Külön fejezet szól az egészségügyi ellátórendszer különböző átszervezéseinek alkotmányossági kérdéseiről és az Alkotmánybíróságnak az ezekre adott válaszairól. A tanulmány harmadik része az Alaptörvény hatályba lépése utáni, és különösen a 2020-tól véghez vitt intézményi átalakításokat mutatja be az egészségügy irányításában és az ellátások megszervezésében.

Kulcsszavak: állami, önkormányzati ellátási kötelezettség, biztosítási elv; kapacitátszabályozás, privatizáció, államosítás, magán és köz szétválasztása, centralizáció

THE CHANGES OF THE HEALTH CARE ADMINISTRATION AND THE HEALTH CARE SYSTEM

Abstract

The present study is an extended version of the presentation held at the conference, which also details the major changes of the health care administration and the health care system between 1990 and 2010. A separate chapter deals with the constitutional questions of the various reorganizations of the health care system and the related case law of the Constitutional Court. The third part of the study presents the institutional changes in the direction of health care and the organisation of services after the Fundamental Law came into effect and specifically after 2020.

Keywords: state and local governmental obligations of service provision, insurance principle, capacity regulation, privatisation, nationalisation, separation of public and private, centralisation

1. Az egészségügy mint a permanens átalakítás ágazata

1.1. Az Állami Egészségügyi Szolgálat lebontása (1989–1993)

A közszolgáltatásként megszervezett egészségügyi ellátó rendszerek működtetése szempontjából háromféle szereplőt különböztethetünk meg: az egészségügyi szolgáltató tulajdonosát, az egészségügyi ellátásért felelős szerveket és a finanszírozót.

1990 előtt az egységes állami egészségügyi rendszerben mindhárom szerepet a szocialista állam különböző szervei töltötték be. Az egészségügyi szolgáltatók állami tulajdonban voltak, részben tanácsai, részben központi államigazgatási szervek irányítása alatt. Magánorvoslás csak egészen kivételesen, külön erre jogosító engedéllyel volt lehetséges. A fenntartói jogosítványok egyúttal az ellátásszervezés eszközei is voltak. A rendszert – az 1972-es állampolgári jogon járó egészségügyi ellátásra való áttéréstől – az állami költségvetés adóbevételeiből finanszírozták.

Ennek az egységes állami egészségügyi rendszernek a lebontása és átalakítása már 1990 előtt megkezdődött. A változások három irányban indultak el.

a) *Az egészségügyi szolgáltatók tulajdoni viszonyai* szempontjából meghatározó jelentőségű volt az egészségügyi és szociális vállalkozásokról szóló 113/1989. (XI. 15.) MT rendelet kibocsátása, ami 1990. január 1-jétől szabaddá tette a vállalkozást az egészségügyben, és bevezette az egészségügyi szolgáltatások egységes, szektorsemleges hatósági engedélyezését. Ily módon ez a rendelet teremtette meg a szolgáltatók tulajdoni viszonyaitól független egységes ágazati-szakmai igazgatás szervezeti alapját.

A vállalkozási lehetőség felszabadítása ellenére 1990 után nem következett be tömeges privatizáció az egészségügyben. Ez alól csak a körzeti orvosi praxisok jelentettek kivételt, ahol 1992-ben a körzeti orvosi rendszert felváltotta a háziorvosi szolgálat,¹ és lényegében egy-két év alatt végbement a háziorvosi praxisok privatizációja. A mintegy 6500 háziorvosi körzet több, mint 90%-ában azóta is különböző vállalkozási formában (egyéni

1 Ld. az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvény végrehajtásáról rendelkező 16/1972. (IV. 29.) MT rendelet módosításáról szóló 55/1992. (III. 21.) Korm. rendelet 13/A.-13/D.§-ait és 3. § (2) bekezdését. A háziorvosok feladatainak részletes szabályait a háziorvosi és házi gyermekorvosi szolgálatról szóló 6/1992. (III. 31.) NM rendelet határozta meg. Ezek a rendelkezések 1992. április 1-jén léptek hatályba. Ld. erről: LOSONCZI Ágnes: *Utak és korlátok az egészségügyben*. Budapest, MTA, 1998, 113–123. A monográfia egyébként az 1990 és 1998 közötti időszak egészségügyi átalakítási kísérleteit tárgyalja kormányzati ciklusonként.

vállalkozó, betéti társaság, korlátolt felelősségű társaság) működnek a házi orvosok.² Kivételesen maradt meg az alkalmazotti jogviszony: néhány száz kicsi körzetben a polgármesteri hivatal foglalkoztatja a házi orvost, vagy a városi, nagyközségi, fővárosi kerületi önkormányzat által fenntartott szakorvosi rendelő (egyesített egészségügyi szolgálat) alkalmazza, illetőleg a fegyveres szervezetek működtetnek házi orvosi szolgálatokat. Emellett néhány egészségügyi szakterületen (például művese-kezelés, meddőségi kezelés) vált jelentőssé a magánvállalkozás.

- b) 1990-ben a helyi önkormányzati rendszer visszaállításával a közigazgatás korábbi egységes államigazgatási szervezete struktúrájában és – ami ennél is fontosabb – politikai érdektagságában is – kettévált, állami igazgatásra és önkormányzati igazgatásra. Ez az egészségügy igazgatását több vonatkozásban is érintette. Az állami szerepvállalást tekintve nem változott meg az az elv – és az alkotmányos szabályozás sem –, hogy az egészségügyi ellátások megszervezése állami feladat. Ugyanakkor az egészségügyi intézmények (szolgáltatók) döntő többsége önkormányzati tulajdonba és önkormányzati irányítás alá került. Államigazgatási feladatként kellett viszont megoldani az ágazat szakmai irányítása körébe tartozó engedélyezési, szakfelügyeleti, ellenőrzési hatósági feladatokat. Ez kifejezte azt az elvet is, hogy el kell választani egymástól az ágazati közhatalmi igazgatási feladatokat és az ellátásszervezést, intézményfenntartást. Az *ágazati közhatalmi államigazgatás* a szakmai szabályozási jogokat és az ezt érvényesítő hatósági jogalkalmazást ölelte fel. Ennek keretében a minisztériumi szint alatti *ágazati államigazgatási hatóságként* építették ki 1991-ben az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatot, élén az országos tisztifőorvossal.³ Ennek feladatköre a közösségi egészségügy – a népegészségügy, a közegészségügy és a járványügy – állami irányításán túl az egészségügyi szolgáltatók hatósági engedélyezését és ellenőrzését fogta át.

A *gyógyellátások megszervezését* a törvényalkotó – az országos intézetek kivételével – a helyi közszolgáltatásokért való felelősség jegyében – a

2 Az adatok forrása a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) adatbázisa: http://www.neak.gov.hu/felso_menu/lakossagnak/szerzodott_szolgaltatok/haziorvosi_szolgaltatok. (2023. 08. 27.) Az itt található táblázatok a jelenleg finanszírozott házi orvosi szolgálatokat mutatják, de a különböző tulajdonosi és működési formák közötti megoszlás az elmúlt 30 évben alig változott.

3 Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatról szóló 1991. évi XI. törvény. Hatályos címe: az egészségügyi hatósági és igazgatási tevékenységről szóló 1991. évi XI. törvény.

települési és a megyei önkormányzatokra ruházta. A települési önkormányzatok – a helyi önkormányzatokról szóló 1990. évi LXV. törvény (Ötv.) alapvetése szerint – kötelező alapfeladatként a település egészségügyi alapellátásáért voltak felelősek. A szakellátásokat (elsősorban a járó- és fekvőbeteg szakellátást) szintén a saját lakosságuk számára szervezhették meg, tehát az Ötv. alapján nem volt városkörnyéki/járási/megyei ellátás-szervezői feladatuk, hanem ezeket – ha a települések nem vállalták fel – a megyei (fővárosi) önkormányzatnak kellett biztosítani.

Az 1990 előtt kialakult intézményrendszer rapid átszervezésére azonban nem volt lehetőség, így az államigazgatási és önkormányzati feladatok első szétosztását tartalmazó, a helyi önkormányzatok és szerveik, a közársasági megbízottak, valamint egyes centrális alárendeltségű szervek feladat- és hatásköreiről szóló 1991. évi XX. törvény azzal a nemesen egyszerű megoldással élt, hogy az egészségügyi intézményekkel rendelkező önkormányzatok számára előírta a korábbi ellátási kötelezettséget azon a földrajzi területen, melyet az intézménye a törvény hatályba lépésekor már kiszolgált. Ez a járóbeteg-szakellátások esetében általában városkörnyéki (és a 2013-ban visszahozott fogalommal azt mondanánk, járási) területekre terjedt ki, a megyei jogú városok intézményei pedig rendszerint a megye egészére nyújtottak ellátásokat.⁴

- c) A harmadik irányt az állampolgári jogon járó egészségügyi ellátás helyett *a biztosítási elvű egészségügyi szolgáltatásokra való visszatérés* jelentette. A társadalombiztosítás rendszerének átalakítása már az 1980-as évek végén elkezdődött. Az egészségügyet illetően ennek két meghatározó lépése volt, hogy 1989. január 1-től a központi költségvetésből kiemelték a Társadalombiztosítási Alapot, ami a társadalombiztosítási ellátások fi-

4 Az egészségügyben a területi ellátási kötelezettség a különböző orvosi szakmákban azért neuralgikus kérdés, mert – ellentétben az oktatási és a szociális ágazattal – egy-egy szakellátó intézmény, különösen a kórházak ellátási területe szakmáknént, sőt ezen belül progresszivitási szintenként is eltérhet, és nem is feltétlenül igazodik az általános közigazgatási területbeosztáshoz. Így pl. egy városi kórházban is működhet olyan osztály, mely megyei vagy regionális ellátási körzettel rendelkezik, és a megyei kórházak bizonyos szakmáinál is lehetséges országos vagy regionális léptékű ellátási terület. Ezért az egyes szakellátó intézményekre vonatkozóan nem lehet általában előírni az ellátandó területeket, hanem ezeket szakmáknént és progresszivitási szintenként határozzák meg. Az ellátási területekről az országos egészségügyi hatóság vezet nyilvántartást, ezekben településnév alapján itt lehet keresni: <https://www.nnk.gov.hu/index.php/egeszsegugyi-igazgatasi-foosztaly/nyilvantartasok/ellatasi-teruletek-nyilvantartasai> (2023. 08. 27.)

nanszírozására szolgáló munkaadói és munkavállalói járulékbefizetéseket külön kezelő állami pénzalap lett.⁵ 1989 áprilisában pedig megtörtént az ún. „forráscsere”. A Társadalombiztosítási Alapból a családi pótlék finanszírozás átkerült a központi (akkor „állami”) költségvetésbe, és egyúttal alanyi jogon járó szociális ellátássá vált. Társadalombiztosítási Alap pedig átvette a gyógyító-megelőző egészségügyi ellátások finanszírozását, egyelőre még a biztosítási elvű egészségügyi ellátásra való áttérés nélkül, de az erre irányuló szándék egyértelmű kinyilvánításával.

A társadalombiztosítás átalakításának irányait már csak a rendszerváltás után, a választások után több mint egy évvel, a 60/1991. (X. 29.) OGY határozatban fogalmazták meg. A biztosítási elvű egészségügyi ellátásra való áttérés 1992. július 1-jétől történt meg, a társadalombiztosításról szóló 1975. évi II. törvény (a továbbiakban: Tbtv.) törvény módosításával.⁶ Az 1990 utáni decentralizációs törekvések térhódításaként 1993 és 1998 között az egészségbiztosítás igazgatását is önkormányzati igazgatásként szervezték meg, de ez funkcionális és nem területi elven működő önkormányzat volt. A társadalombiztosítási önkormányzatok – a Nyugdíjbiztosítási Önkormányzat és az Egészségbiztosítási Önkormányzat – testületi szerveit a járulékfizető munkaadók és munkavállalók képviselői alkották.⁷

1.2. Elvetélt kormányzati reformok (1995–2010)

Az már az egészségügyi ellátórendszer fenntartói-működési viszonyait érintő 1991-es új feladat- és hatásköri szabályozás idején közkeletű tény volt a szakirodalomban, hogy a magyar ellátórendszer struktúrája elavult: intézmény- és nem betegközpontú, az alap- és a járóbeteg-szakellátáshoz képest kórházcentrikus, szétaprózott és technológiailag elmaradott. Mindebből következően betegségmegelőzésre alig vannak kapacitások, az alapellátás nem képes betölteni szűrő- és betegútszervező szerepét, ami a szakellátások, különösen a kórházi ellátások indokolatlan igénybevételét generálja. Ez állandósuló finanszírozási hiányt idéz elő, miközben a beteg tétován bolyong a különböző ellátási szintek között és alapvetően elégedetlen az egészség-

5 Ld. a Társadalombiztosítási Alapról szóló 1988. évi XXI. törvényt.

6 A társadalombiztosításról szóló 1975. évi II. törvény módosításáról szóló 1992. évi IX. törvény.

7 A társadalombiztosítási önkormányzatokat 1998-ban az Orbán-kormány megalakulása után azonnal megszüntette a parlament, ld. az 1998. évi XXXIX. törvényt a társadalombiztosítás pénzügyi alapjainak és a társadalombiztosítás szerveinek állami felügyeletéről.

ügyi ellátással.⁸ Az 1992 és 2010 közötti különböző egészségügyi reformok alapvetően ezeknek a problémáknak a kezelésére irányultak, meglehetősen mérsékelt sikerrel, és – ahogy majd a következő fejezetben részletesen is visszatérünk rá – számos alkotmányossági problémát is felszínre hozva.

- a) Ezeket a problémákat először a biztosítási elvű egészségügyi ellátásra való áttéréssel egyidejűleg bevezetett ún. *teljesítményfinanszírozással*, a piaci önszabályozásban bízva próbálták meg orvosolni. A közfinanszírozásból részesülő szolgáltatók körét azonban – ahogy láttuk – az állami, illetőleg önkormányzati fenntartói kötelezettségeket szabályozó 1991. évi XX. törvény rögzítette, amelyet csak a fenntartók egymás közötti megállapodásai tudtak volna módosítani, a biztosító nem. Ennek következménye az lett, hogy részben állandósult a vita az Egészségbiztosítási Alap szűkössége körül,⁹ részben a felülről zárt járó- és fekvőbeteg kasszák miatt az egészségügyi intézmények – a döntően térítésmentes egészségügy ellátások világában¹⁰ – csak egymás rovására tudták növelni a bevételeiket, ami állandósította a hiányt és ennek szolgáltatók közötti cirkulációját az egészségügyben.
- b) Törvényalkotói beavatkozással először a „Bokros-csomag” keretében próbálták meg változtatni az ellátórendszer struktúráján. A módosí-

8 Ld. erről bővebben: OROSZ Éva: Miért buktak el a szervezeti innovációk a magyar egészségügyben? *Esély*, 2022/1, 5–6.; DOI 10.48007/esely.2022.1.1.

9 Különösen alkalmas volt az egymásra mutogatásra az egészségügy megosztott, állami és többféle önkormányzati igazgatása. Az egészségügyi és a pénzügyi kormányzat az Egészségbiztosítási Önkormányzatot hibáztatta a pazarló gazdálkodás miatt, az Egészségbiztosítási Önkormányzat számon kérte, hogy az állami költségvetés nem ellentételezi a járulékfizetés nélkül egészségügyi ellátásra jogosultakra (ez az összes kiskorút és nyugdíjast felölelte) fordítandó kiadásokat, valamint nem adja át a társadalombiztosítási önkormányzatoknak az alapok stabilitását szolgáló vagyont. (Ld. erről bővebben: FAZEKAS Marianna: A társadalombiztosítási önkormányzatok tündöklése és bukása. In: DOBÁK Miklós – KARDOS József – STRAUZS Péter – ZACHAR Péter Krisztián (szerk.): *Társadalmi és gazdasági érdekérvényesítés a XX. században*. Budapest, L'Harmattan, 2010, 212–238.) A helyi önkormányzatok pedig a helyben vagy a lakóhelyhez minél közelebb elérhető teljeskörű egészségügyi ellátások biztosításában voltak politikailag érdekeltek, úgy, hogy az általuk fenntartott egészségügyi szolgáltatók finanszírozása nem is folyt át a költségvetésükön. Ezért foggal-körömmel ragaszkodtak minden meglévő egészségügyi szolgáltatójukhoz.

10 Az egészségügyi ellátásra fordított lakossági kiadások adatait nagymértékben torzította (és valamelyest torzítja még ma is) a hálapénz. Ez azonban az orvosok, illetőleg az egyéb egészségügyi személyzet közvetlen bevételét képezte, így az intézmény 'teljesítményére' legfeljebb csak közvetetten hatott: a személyes érdekeltség növelte az ellátottak számát és az elvégzett ellátások körét.

tások alapvető célja az egészségügyben is a költségvetési egyensúly megteremtése volt, oly módon, hogy az egészségbiztosító finanszírozási lehetőségei szabják meg a közfinanszírozásba tartozó egészségügyi intézmények körét, és ennek révén a biztosító által lekötött egészségügyi kapacitások mértékét, ne pedig az állami, önkormányzati fenntartók és az egészségügyi szolgáltatók végtelen igényei. Ezen belül is kiemelt cél volt a kórházi ágyak számának számottevő csökkentése.¹¹ Az egészségbiztosítói közfinanszírozásba bevonható egészségügyi kapacitások jogi korlátozását az Alkotmánybíróság (AB) csak a második nekifutásra ítélte alkotmányosnak, de a szabályozási próbálkozások hosszútávú hozadéka az lett, hogy az ellátórendszer összes szereplője számára elfogadottá vált maga a kapacitásszabályozás jogintézménye.

- c) Komplexebb, de rövid életű reformtörekvéseket jelentettek az 1997–98-ban elkezdett Regionális Modernizációs Program és az 1999-ben modellkísérletként meginduló Irányított Betegellátási Rendszer (IBR). A Regionális Modernizációs Program pályázati úton megszerezhető, egészségügyi régiókra felosztott decentralizált költségvetési forrásokból képzelte el a szolgáltatási struktúra átalakítását.¹² A pályázati eljárást még az 1998. évi kormányváltás előtt lebonyolították, de az új kormány már nem hirdetett eredményt, és a programot megszüntette.

Az IBR az angolszász egészségügyi rendszerekben működő ellátásszervezőket (Health Maintenance Organisation – HMO) próbálta meghonosítani a magyar egészségügyben. Az ellátásszervező lehetett háziorvos, kistérségi egészségügyi szolgáltató vagy kifejezetten kistérségi ellátásszervezésre létrejött vállalkozás, mely az egészségbiztosítótól kapott finanszírozási bevételeiből az észszerű betegút-szervezés révén elért megtakarításait a kistérségben, a saját, illetőleg a rendszeren belül háziorvosok vagy egyéb szolgáltató(k) díjazására és fejlesztésre fordíthatta.¹³ A modellkísérlet 'fénykorában', 2004-ben 18 szervező, 1270 háziorvosi praxis vett részt a rendszerben, és 2 millió lakost fogott át, de végül a Gyurcsány-kormány – a több-biztosítós rendszer bevezetésére tekintettel – 2009-től megszüntette a kísérletet.¹⁴

11 1991-ben a kórházi ágyak száma csaknem 101 ezer volt, ennek mintegy 15-20 ezres csökkentését irányozták elő 1995 és 2000 között, ld. az egészségügyi ellátási kötelezettségről és a finanszírozási normatívákról szóló 1996. évi LXIII. törvény 2. sz. mellékletét.

12 Ld. OROSZ Éva: *Félúton vagy tévúton? Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái*. Budapest, Egészséges Magyarországért Egyesület, 2001, 78–79.; ld. még OROSZ (2022) i. m. 14–15.

13 SINKÓ Eszter: Az irányított betegellátás hazai tapasztalatai. *Esély*, 2005/2, 52–72.

14 OROSZ (2022) i. m. 16–17.

d) A reformok külön szálát képezték az állami, önkormányzati intézmények funkcionális vagy teljes privatizációjáról szóló szabályozások. Az önkormányzati intézményeket tekintve erre az elvi lehetőséget már az Ötv. megteremtette, amikor megnyitotta az önkormányzati vállalkozás szabadságát és valamennyi önkormányzati szolgáltatás esetében lehetővé tette a szolgáltatásszervezés bármely módját.¹⁵ A közintézeti formában működő önkormányzati egészségügyi intézmények átalakítására és privatizációjuk elősegítésére a Népjóléti Minisztérium – még a kormányváltás előtt – 1998 áprilisában közleményt adott ki, az egészségügyi vállalkozások létrehozásának feltételeiről és az állami és önkormányzati egészségügyi intézmények privatizációjáról címmel.¹⁶

A privatizációt az Orbán-korány is támogatta. Ennek sajátos és látványos formája volt a háziorvos-praxisjog intézményesítése.¹⁷ A kormányzati ciklus második felében pedig elfogadták az egészségügyi közszolgáltatások nyújtásáról, valamint az orvosi tevékenység végzésének formáiról szóló 2001. évi CVII. törvényt. Az indoklás utal arra, hogy a törvényalkotó „nem állít akadályokat a jelenleg állami, önkormányzati tulajdonban lévő vagyron elidegenítése elé, de a nonprofit működtetést preferálja”. Továbbá megteremtette az egészségügyi célvagyron jogintézményét, ami az ellátást szolgáló vagyontárgyak forgalmát korlátozta.

2002-ben a kormányváltás után szinte azonnal megkezdődött egy új privatizációs törvény előkészítése, amit nagy politikai ellenszélben 2003. június 23-án fogadott el az Országgyűlés.¹⁸ A két szabályozás közötti elvi különbség az volt, hogy a 2001. évi CVII. törvény – egészségügyi alvállalkozások preferálása révén – elsősorban az egészségügyi ellátás szereplői számára tette volna lehetővé – akár egészségügyi szakmáként – bizonyos

15 Az Ötv. 81. § (1) bekezdése szerint: „Az önkormányzat a helyi lakosság szükségleteiből és a jogszabályokból adódó feladatait saját költségvetési szerv útján, más gazdálkodó szervezet támogatásával, szolgáltatások vásárlásával, illetve egyéb módon látja el. Az önkormányzat feladataihoz igazodóan választja meg a gazdálkodás formáit és a pénzügyi előírások keretei között önállóan alakítja ki az érdekeltségi szabályokat.”

16 *Népjóléti Közlöny*, 1998/6.

17 Erre 2000 elején került sor, amikor már több nagyívű kormányzati reformelképzelés (pl. a több-biztosítós rendszer) lekerült napirendről, és nyilvánvalóvá vált, hogy az egészségügyi források bővítésére sincs érdemi lehetőség. A praxisjog bevezetése azonban a kormányzat számára nem került semmibe, de jól csengő ígéret volt a háziorvosok számára, mert ennek vagyoni értékű joggá nyilvánítása a praxis értékesíthetőségét garantálta, ugyanakkor a jogosultság megváltásának terhét a praxisba belépő új orvosra hártotta.

18 Az egészségügyi szolgáltatókról és az egészségügyi közszolgáltatások szervezéséről 2003. évi XLIII. törvény.

szolgáltatások kiszervezését, és ezzel valószínűleg egy sajátos „gebines rendszert”¹⁹ hozott volna létre az egészségügyi intézményeken belül. Ezzel szemben a 2003. évi XLIII. törvény (az elhíresült ’kórháztörvény’) bármilyen befektető előtt megnyitotta volna a privatizációt, de két feltétellel: az egészségügyi közszolgáltatás nyújtására vonatkozó ún. egészségügyi ellátási szerződés a gyógyintézetek (rendelőintézetek és kórházak) esetében csak a gyógyintézet összes szolgáltatásra együtt volt megköthető. Továbbá állami, önkormányzati egészségügyi gazdasági társaságban magánszemély vagy gazdasági társaság csak tőkeemeléssel szerezhette meg az állami, önkormányzati részesedést. A tőkeemeléssel privatizáció új forrásokat próbált meg behozni az egészségügyi intézmények fejlesztésére, ám ezek a feltételek minden bizonnyal háttérbe szorították volna a potenciális befektetők körében az egészségügyi dolgozókat. Végül mindkét törvény ’elvérzett’. A ’kórháztörvény’ hatályon kívül helyezte 2001. évi szabályozást, a ’kórháztörvény’ pedig közjogi érvénytelenség miatt az Alkotmánybíróság 2003. december 15-i hatállyal megsemmisítette.²⁰ Ezzel az egészségügyre specializált privatizációs szabályozás végleg lekerült napirendről, de az akkori szabályozási környezet – az Alkotmány, a régi Ptk., az Ötv. stb. – lényegében nem korlátozta az egészségügyi szolgáltatók funkcionális vagy tényleges privatizációját.²¹

- e) Az elmúlt 30 év egészségügyi reformjainak leglátványosabb kudarcát a több-biztosítós egészségügyi rendszer bevezetése jelentette, annak ellenére, hogy a versengő biztosítókra alapozott szolgáltatásvásárlás több – egymással ellentétes politikai indíttatású – kormányzati ciklusban is megfogalmazott reformcél volt.

Először a 1997–98-ban, még a Horn-kormány idején a Pénzügyminisztériumban született egy részletes javaslat – a magánnyugdíjpénztári szabályozással párhuzamosan –, ami az egészségügyi szolgáltatások döntő részét

19 A fiatalabb olvasók kedvéért: a gebines rendszer az 1980-as évek egyik vállalkozási formája volt, amikor az állami vállalaton belül egy-egy részleg, pl. egy vendéglátó üzemen belül egy-egy étterem havi fix összeget fizetett a vállalatnak, de a saját bevételeivel és kiadásaival tételes elszámolás nélkül maga gazdálkodott.

20 63/2003. (XII.15.) AB határozat. A közjogi érvénytelenség kimondása sajnos azzal a következménnyel járt, hogy az AB nem értékelte a szabályozás tartalmi elemeit, így az egészségügyi privatizáció esetleges alkotmányossági problémáit az AB nem elemezte.

21 Ld. erről FAZEKAS Marianna: Gondolatok az egészségügyi ellátási felelősségről és az egészségügy tulajdoni viszonyairól. In: IMRE Miklós – LAMM Vanda – MÁTHÉ Gábor (szerk.): *Közjogi tanulmányok Lőrincz Lajos 70. születésnapja tiszteletére*. Budapest, Aula – MTA Jogi Tudományi Intézet, 2006, 94–105.

versengő, „tőkeerős magánbiztosítók” szervezésére és finanszírozására alapozta volna.²²

Az első Orbán-kormány 1998 és 2000 között még szintén a versengő biztosítókra épített egészségügyi rendszerben gondolkodott. A Miniszterelnöki Hivatalban 1999-ben létrehozott Egészségbiztosítási Reformbizottság tervezete szerint az egészségügyi ellátás forrásait továbbra is a kötelező járulékfizetésen alapuló biztosítási rendszer alapozza meg, amelyben a biztosítottak egy országos kockázatközösséget képeznek, azzal, hogy meghatározott jövedelemszint fölött a biztosított kiléphetett volna a kötelező kockázatközösségből. A járulékokat az adóhatóság szedi be, de a rendszerben 3-4 versengő biztosító működik, ezek azonban – szemben az előző pénzügyminisztériumi tervekkel – non-profit biztosítók, ún. elismert pénztárak lettek volna. A tervezetről sem a kormánypárton, sem a kormányzaton belül nem volt egyetértés, és az – a politikai kockázatai miatt – 2000-re a sülyesztőbe került.²³

A Gyurcsány-kormány az egészségügyi reformelképzeléseit már a megalkulása után egy „Zöld könyvben” közzétette. Ennek meghatározó eleme volt – a jelképes összegű co-payment (vizitdíj, kórházi napidíj) mellett – a több-biztosítós egészségügyi rendszer bevezetése, és az ennek állami felügyeletére létrehozandó, markáns jogosítványokkal rendelkező Egészségbiztosítási Felügyelet megteremtése. Ez utóbbit már 2007-től felállították. Az egészségbiztosítási pénztárakról szóló 2008. évi I. törvényt viszont csak 2008. február 11-én fogadta el az Országgyűlés. A szabályozás a versengő magánbiztosítók „tisztá modelljéhez” képest több korlátozást is tartalmazott: zártkörűen működő részvénytársasági forma, többségi állami tulajdon, megyei működési terület, ahol a megyei egészségbiztosítási pénztárnak (EBP) kötelező tagsági viszonyt létesíteni a biztosítottakkal, és kötelező szerződniek a területükön működő, a kapacitásszabályozásról szóló külön törvény alapján kiválasztott egészségügyi szolgáltatókkal.²⁴ Az Egészségbiztosítási Alap kezelője viszont továbbra is a

22 A PM erre vonatkozó javaslata 3 pillért különített el: az elsőbe tartozó preventív ellátásokat és a vérellátást, valamint a 3. pillérbe sorolt „nagyköltségű műtéti eljárásokat és gyógyító ellátásokat” továbbra is az OEP finanszírozta volna. Az összes többi egészségügyi ellátás a 2. pillérbe tartozott volna, amit a biztosított (és családtagjai) – választásuk szerint – vagy továbbra is az állami egészségbiztosító (OEP), vagy a társadalombiztosítási rendszerből kilépve, magánbiztosító által vásárolt (finanszírozott) egészségügyi szolgáltatásként vehetett volna igénybe. Ld. OROSZ (2001) i. m. 80–81.

23 Részletesebben: OROSZ (2001) i. m. 85–87.

24 2008. évi I. törvény 4. § (1)–(2) bekezdés és 45. §.

kormányhivatallá (a mai jogállási szabályok szerint: kormányzati főhivatal) átalakuló és Nemzeti Egészségbiztosítási Központra átkeresztelt Országos Egészségbiztosítási Pénztár maradt volna. E korlátokból látható, hogy a törvényalkotó – legalábbis induló állapotként – mind a tagsági viszonyt, mind az egészségügyi szolgáltatók kiválasztást illetően igyekezett kikapcsolni a versenyt a biztosítók között.

Ez a több-biztosítós rendszer végül tiszavirág-életűnek bizonyult. A FIDESZ által a vizitdíj, a kórházi napidíj és a tandíj eltörlése érdekében kezdeményezett ún. „szociális népszavazás” 2008. március 9-i sikere után a kormánypárti koalíció 2008. április 30-án felbomlott, éppen Horváth Ágnes SZDSZ-es egészségügyi miniszter felmentése miatt. 2008. június 5-én pedig a kormány által beterjesztett javaslat alapján az Országgyűlés elfogadta az egészségbiztosítási pénztárakról szóló 2008. évi I. törvény felülvizsgálatáról szóló 2008. évi XXIV. törvényt, még mielőtt a több-biztosítós rendszer ténylegesen hatályba lépett volna.²⁵ Végül a Gyurcsány-kormány reformjaiból csak az Egészségbiztosítási Felügyelet maradt meg, de az is csak a 2010-es kormányváltásig.

2. Az egészségügyi ellátórendszer átalakításával kapcsolatos alkotmányosági kérdések

2.1. Az egészségügyi kapacitásszabályozás, mint törvényalkotói kihívás

Ahogy a jelen konferenciakötet erről szóló tanulmánya részletesen is bemutatja, az Alkotmánybíróság fennállása óta rengeteg határozatában foglalkozott az egészséghez való jog értelmezésével és alkotmányosági összefüggéseivel. Ennek egyik vonulata az emberi méltósághoz való jogból mint anyajogból eredeztethető betegjogok különböző vonatkozásait érinti, és olyan nagy horderejű döntések sorolhatók ide, mint a magzati élet védelméről vagy az életvégi döntésekről szóló AB határozatok.

Az alkotmánybírósági gyakorlat másik szála az egészségügyi ellátórendszerrel kapcsolatos törvényekkel foglalkozik. Az egészségügyi rendszert érintő törvényhozói aktusok ugyanis szinte minden nagyobb léptékű változtatási

25 A korabeli sajtóértesülések alapján a rapid hatályon kívül helyezést az váltotta ki, hogy a Kormány információi szerint „magánszemélyek” újabb népszavazási kezdeményezéssel akartak élni e törvénnyel szemben is. Ld. pl.: BUNDULA István: A jövő megrablása. *Magyar Narancs*, 2012. április 8. <https://magyarnarancs.hu/belpol/a-jovo-megrablasa-79077> (2023. 08. 27.)

szándék esetén az Alkotmánybíróság elé kerültek. A szabályozási kérdés minden esetben ugyanaz volt: az egészségügyi ellátások megszervezéséért felelős állami, önkormányzati intézményfenntartók vagy az ágazati irányító és/vagy a biztosító határozza-e meg a közfinanszírozásba bevonandó intézményi kapacitások körét. Ez a háziorvosi alapellátást illetően nem jelentett problémát, mert abban konszenzus volt, hogy a lakóhelyhez minél közelebb eső háziorvosi szolgáltatás az egészségügyi közszolgáltatás fundamentuma, tehát minden területi ellátási kötelezettséggel rendelkező háziorvost finanszíroz a biztosító.²⁶

A problémát a járóbeteg- és kórházi szakellátás méretei, szakmai összetétele és ellátási területeik jelentették. A közfinanszírozott egészségügyi kapacitások valamiféle korlátozása minden modern egészségügyi rendszer egyik alapvető problémája. Az egészségügyi szolgáltatások viharos technológia fejlődése, továbbá az idősödő társadalmak növekvő egészségügyi kereslete miatt óriási nyomás nehezedik a közfinanszírozás mértékének növelésére, ami azonban az állami újraelosztás növelésével szükségképpen rontja egy-egy ország versenyképességét. Ráadásul a humánszolgáltatások közül az egészségügyben a kereslet – a többször is elvégezhető ugyanolyan vizsgálatok vagy/és terápiás módszerek miatt – természetes korlátok nélkül növelhető, amit rendszerint a közfinanszírozótól független, sokszor vele szemben ellenérdekelt szerepelők – a beteg és az orvos – generálnak. Ezt nevezik az egészségbiztosítás morális kockázatának, illetve szolgáltató indukálta keresletnek.²⁷ Ezért önmagában a piaci szabályozás elégtelen, és nagyon különböző megoldásokkal, de szinte közfinanszírozott egészségügyi rendszerben kiegészül valamiféle adminisztratív korlátozással.

26 Itt legfőljebb az lehetett a kérdés, hogy ki határozza meg a körzetek számát és földrajzi területét egy-egy településen. Ebben nagyon hamar sikerült kiegyensúlyozott megoldást találni: a biztosítói fejkvótás finanszírozás megszabta azt az észszerű betegszámot, amire egy-egy körzetet gazdaságosan lehetett alapozni, a települési önkormányzat pedig – egészen 2023-ig – az önkormányzati ellátási felelősség jegyében megkapta azt a jogot, hogy helyi rendeletben szabályozza háziorvosi (házi gyermekorvosi) körzeteket.

27 A témának óriási irodalma van, ld. pl. EVANS, R. G.: *Supplier-induced demand: empirical evidence and implications*. In: PERLMAN, M. (ed): *The Economics of Health and Medical Care*. New York, John Wiley and Sons, 1974.; RICE, T. H.: *The impact of changing Medicare reimbursement on rates on physicians-induced demand*. *Medical Care*, 1983/21, 803–815.; CROMWELL, J.– MITCHELL, J. B.: *Physician-induced demand for surgery*. *Journal of Health Economics*, 1986/5, 293–313., FOLLAND et. al: *The Economics of Health and Health Care*. New Jersey, Prentice Hall, 1993; a magyar szakirodalomból pl.: KORNAI János: *Az egészségügy reformjáról*. Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 1998., MIHÁLYI Péter: *Magyar egészségügy: diagnózis és terápia*. Budapest, Springer, 2000.; OROSZ (2001) i. m. 31–51.

A kapacitásszabályozás magyar történetében 1995 és 2011 között a törvényalkotó négy ízben is nekiveselkedett a probléma megoldásának. Ezek sorát a „Bokros-csomagnak” az egészségügyet érintő törvényi szabályai nyitották meg. Ez azonban szinte azonnal elvérzett az alkotmányossági próbán.²⁸ Ezt váltotta fel az első hosszabb életű kapacitástörvény, az egészségügyi ellátási kötelezettségről és a területi finanszírozási normatívákról szóló 1996. évi LXIII. törvény. Ennek nyomába lépett 2001-ben az egészségügyi szakellátási kötelezettségről, továbbá egyes egészségügyet érintő törvények módosításáról szóló 2001. évi XXXIV. törvény, és végül 2006-ban – az azóta számtalanszor módosított, de jelenleg is hatályos – az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény (a továbbiakban: Eftv.).²⁹

2.2. A kapacitásszabályozás alkotmányossági kérdései

Ahogy az előző pontban utaltam rá, mindegyik kapacitásszabályozási próbálkozást megtámadták az Alkotmánybíróságnál.³⁰ Az alkotmányossági kifogások rendre négy tárgykörben fogalmazódtak meg, és az AB gyakorlata is ezek alapján foglalható össze.

- a) A páciensek oldaláról visszatérő vád volt, hogy a törvényalkotó a közfinanszírozott egészségügyi kapacitások szűkítésével *megsérti az Alkotmány 70/D. §-ában szabályozott, legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jogot*. Az Alkotmánybíróság már a gazdasági stabilizációt szolgáló egyes törvény módosításokról szóló 1995. évi XLVIII. törvény (a továbbiakban: Gst.) kapcsán kifejtette az erre vonatkozó álláspontját, és érvelése lényegében nem változott a későbbi törvényekkel szembeni beadványok

28 A Gst.-nek az állami, önkormányzati egészségügyi ellátási kötelezettséget módosító szabályait már 1995 végén megsemmisítette a 77/1995. (XII.21.) AB határozat.

29 A kapacitásszabályozás változásairól és az alkalmazott megoldásokról ld. részletesen: KONCZ József: A fekvőbeteg szakellátási kapacitások felülvizsgálatának kérdőjelei az önkormányzati rendszer létrejöttétől napjainkig. *Új Magyar Közigazgatás*, 2013/3, 40–52.

30 Nem véletlen, hogy ez a szabályozási tárgykör nagy indulatokat váltott ki, hiszen bármilyen korlátozó állami beavatkozás különböző érdekcsoportok sérelmével járt. Hétköznapi nyelvre lefordítva a kérdések arra egyszerűsödtek, hol, milyen szakrendelések szűnnek meg, vagy kerülnek át más településekre, illetve hol és hány kórházi ágyat kell leépíteni, esetleg egész kórházakat bezárni. Az intézményfenntartó önkormányzati vezetők politikai bukásával volt egyenértékű, ha nem sikerült a városi intézményeiket „megvédeni”, és ebben a mindenkorl kormányal szembeni harcban bizton számíthatnak lakosság támogatására. Ugyanakkor az Egészségbiztosítási Alap állandósult hiánya, sőt az ellátórendszer fejlesztési szempontjai is a kapacitások ellátási szintek közötti és területi átrendezését igényelték volna.

alapján sem. 1995-ben az Alkotmánybíróság kiinduló álláspontja az egészségügyi tárgyköröket érintően az volt, hogy a rendszerváltás után kialakított társadalombiztosítási rendszer, benne az egészségbiztosítás nem érinthetetlen, sőt a törvényalkotónak el kell végezni létrehozáskor elhalasztott korszerűsítéseket is.³¹ Az Alkotmánybíróság érvelése szerint az Alkotmány 70/D.§-ában szabályozott testi és lelki egészséghez való jog *önmagában nem értelmezhető alanyi jogként*, hanem a 70/D. § (2) bekezdése ezt a jogosultságot *állami kötelezettségvállalásként* fogalmazza meg, ami azonban magában foglalja azt a szabályozási kötelezettséget is, „hogy a törvényhozó a testi és lelki egészség bizonyos területein alanyi jogokat határozzon meg”.³²

- b) A második alkotmányossági kérdés az volt, hogy a fenti állami kötelezettség teljesítésének *van-e alkotmányos mércéje, azaz létezik-e olyan minimuma a közfinanszírozott kapacitásoknak*, amelynek megsértése, hiánya már alkotmányellenességhez vezet. Az Alkotmánybíróság kimondta, hogy bár az állam nagyfokú szabadságot élvez az egészségügyi ellátórendszer kialakítása és szabályozása során, de az egészségügyi intézményhálózat és az orvosi ellátás állami leépítésének lehet olyan minimuma, mely már alkotmányellenes. Ezt a minimumot azonban nem a testi és lelki egészséghez való jog igen absztrakt rendelkezése, hanem az Alkotmány 70/E. §-ában biztosított társadalombiztosítási ellátási jogosultság alapozza meg. Az 54/1996. (XI.30.) AB határozat indokolása szerint: „A biztosítottakat az egészségbiztosítás keretében megillető ellátási jogosultság tekintetében változatlan tartalommal áll fenn a T. (a társadalombiztosításról szóló 1975. évi II. törvény – FM) 5. §-ában vállalt mögöttes állami helytállási kötelezettség, vagyis az állam az egészségbiztosítás finanszírozási rendszerétől függetlenül továbbra is garantálja – a T. szabályrendszerében megállapított mértékig – a betegellátásra vonatkozó jogosultságot. Ez a rendelkezés viszont a kifogásolt szabályok alkotmányos problémáit már az Alkotmány 70/E. §-ának összefüggésébe helyezi át, mert az Alkotmány 70/E. §-a biztosítja betegség és rokkantság esetén az ellátásra való jogosultságot, amelyet – egyebek között – az államnak a társadalombiztosítás útján kell megvalósítania. Mivel az állam ennek az alkotmányi rendelkezésnek az alapján – és az alkotmányos tulajdonvédelemre tekintettel is – garantálja

31 Ezen az alapon nem találta alkotmánysértőnek a Gst.-nek egyes térítésmentes ellátásokat a részleges térítéses körbe átsoroló szabályait, ld. 56/1995. (IX.15.) AB határozat.

32 Ld. 77/1995. (XII.21.) AB határozat és 54/1996. (XI.30.) AB határozat (az idézet ez utóbbitól származik: IV/.2 pont)

a kötelező biztosításon alapuló és a T. szerinti szolgáltatások teljesítését, az Alkotmánybíróság megállapította, hogy ennek a garanciális szempontnak az egészségügyi ellátási kötelezettségre és annak finanszírozására vonatkozó rendszeren belüli érvényesülése alkotmányos követelmény.”³³

- c) A harmadik visszatérő probléma az volt, hogy az 1990 után kialakult többszektórú egészségügyi ellátórendszerben – melyben elválnak egymástól az intézményfenntartó/ellátásszervező tulajdonosok, a finanszírozó biztosító és az ágazati közhatalmi igazgatás alanyai –, *hogyan lehet kialakítani azt a hatásköri- és eljárásrendet, mely kellő garanciát nyújt a közjogi-önkormányzati és a magánjogi-tulajdonosi autonómiák számára az állami szabályozással, illetőleg az egyedi biztosítói/államigazgatási döntésekkel szemben.*

Itt 2011-ig a legnagyobb korlátot az önkormányzati autonómia tiszteletében tartása jelentette. Az Alkotmánybíróság 1995-ben elvi élel a következőképpen fogalmazta meg a kötelező önkormányzati feladat- és hatáskör meghatározásával kapcsolatos kormányzati korlátokat: „A kötelezően ellátandó feladatok körének ilyen szabályozása³⁴ sérti a helyi önkormányzatoknak az Alkotmány által védett autonómiáját. Azzal, hogy az Alkotmány kimondja, hogy az önkormányzatokat az önkormányzati feladatok körében megillető jogokat és kötelezettségeket csak törvényben lehet szabályozni, elsősorban a Kormánnyal és a közigazgatás központi szerveivel szemben részesíti védelemben az önkormányzatok önállóságát. Az Alkotmány rendelkezései alapján nincs arra mód, hogy *a Kormány vagy a központi közigazgatás szervei akár normatív, akár egyedi döntésükkel beavatkozzanak az önkormányzatokat az Alkotmány 44/A. § (1) bekezdés a) pontja alapján az önkormányzati ügyekben megillető igazgatási és szabályozási autonómia gyakorlásába.*”

Az nyilvánvaló volt, hogy az egészségügyi szakellátások akár egy-egy intézményen belüli szakmánkénti, progresszivitási szintek és területi ellátási körzetek szerinti sajátos tagozódása miatt lehetetlen törvényben tételesen előírni az egyes önkormányzatokat terhelő ellátási kötelezett-

33 54/1996. (XI.30.) AB határozat, indokolás VII/2. pont.

34 Ti. a Gst. azon megoldása, mely az 1991. évi XX. törvényben rögzített állami és önkormányzati ellátási kötelezettség helyébe azt írta elő, hogy az önkormányzatokat a biztosítói finanszírozás mértékéig terheli ellátási kötelezettség. A biztosítóval szerződő egészségügyi intézményekre azonban az egészségbiztosító és a Népjeléti Minisztérium 2–2 képviselőjéből álló szakbizottság véleménye alapján a népjeléti miniszter tett volna javaslatot az Országos Egészségügyi Pénztárnak.

séget. Ez nemcsak a törvény elképesztő terjedelme, hanem a törvényi szabályozás rugalmatlansága miatt is alkalmatlan megoldás lett volna. Ezért az alkotmányosnak ítélt kapacitásszabályozó törvényekben kombinálták a normatívan előírt kapacitásmértékeket a felosztásra vonatkozó egyedi döntésekkel, és ez utóbbiak kialakítására az intézményfenntartók képviselőit is magukba foglaló testületeket (megyei egyeztető fórum, regionális egészségügyi tanács) intézményesített a törvényalkotó.

- d) A negyedik, újra és újra felbukkanó alkotmányos sérelem a *jogbiztonság* elvének a megsértése volt, de ez nagyon eltérő vetületben jelent meg az Alkotmánybíróság vizsgált döntéseiben.

1995-ben az egész Gst.-vel szemben a legfontosabb alkotmányos kifogás a jogbiztonság megsértése volt, ami a gyermekgondozási ellátások esetében a törvényi szabályozás megsemmisítésének is az alapja lett. A társadalombiztosítási (egészségbiztosítási) tárgyú rendelkezéseket illetően a jogbiztonságot a szabályozások gyakori, kiszámíthatatlan módosítgatásai ellenében hangsúlyozta a testület: „Mindazonáltal rámutat az Alkotmánybíróság arra, hogy az a jogalkotói technika, amely a húsz évvel ezelőtt megalkotott társadalombiztosítási törvény időről időre való részleges módosításával idéz elő az egyébként elavult, korszerűtlen és diszfunkcionális rendszeren belül részbeni változtatásokat – a rendszer-váltás után öt év elteltével is – alkotmányosan már aggályosnak látszik. [...] Az Alkotmánybíróság elvi élel mutat rá arra, hogy alkotmányosan a társadalombiztosítás szolgáltatási rendszerét nem lehet a végtelenségig »fogyasztani«, a szolgáltatásokat és a hozzájuk fűződő várományokat nem lehet mértéktelenül csökkenteni, az ellentételezések érintetlenül hagyása mellett a kölcsönös teljesítések egyensúlyát nem lehet aránytalanul megváltoztatni. A közhatalmi korlátozásoknak évek óta alkalmazott ezek a technikái az egyébként is elavult rendszerben olyan jogbizonytalanságot idéznek elő, amelyek előreláthatatlanok, kiszámíthatatlanok, ezért ezek ismétlődése már sértheti a jogállamiság legfontosabb összetevőjét, a jogbiztonság követelményét és a tulajdonvédelem tartalmát alkotó értékgarancia elvét, továbbá a »laesio enormis« tilalmát.”³⁵

A 2006-ban elfogadott Eftv. esetében viszont nem a jogi szabályozás, hanem

35 56/1995. (IX.15.) AB határozat. A Gst. alkotmányjogi értékelésében a jogbiztonság lett az a közös nevező, mely az akkori AB tagjainak nagyon különböző társadalompolitikai felfogását összeegyeztette. Ld. erről: SAJÓ András: A materiális természetjog árvái, avagy hogyan védi Alkotmánybíróságunk az elesetteket. A szociális jogok és a gazdasági megszorítások. *Magyar Jog*, 1996/4, 205–231.

a törvényben biztosított regionális egészségügyi tanácsi, illetve miniszteri egyedi döntési jogkörök kiszámíthatatlansága, diszkrecionálisnak ítélt jellege veszélyeztette az Alkotmánybíróság szerint a jogbiztonságot. Az Alkotmánybíróság ekkor vizsgálta először e döntések dogmatikai jellegét. A többségi álláspont szerint ezek államigazgatási jogkörben hozott hatósági döntések, amiből az Alkotmánybíróság két következtetést vont le. Egyrészt miután az egészségügy finanszírozása állami feladat, ezek a döntések államigazgatási döntések, tehát fogalmilag nem sérthetik az önkormányzatoknak az önkormányzati ügyekben biztosított önálló szabályozási és igazgatási jogát.³⁶ Az egyedi hatósági aktus jelleg viszont megköveteli a döntés joghoz kötöttségét, és az Alkotmánybíróság határozata ennek hiánya miatt ítélte alkotmányellenesnek az Eftv. néhány rendelkezését.³⁷

Az egészségügyi ellátórendszer méretének, a kapacitásszabályozásnak az alkotmányossági kérdései 2010 után lekerültek a napirendről. Az MÖtv. elfogadásával a megyei önkormányzatok ellátásszervezői feladatainak elvonása, és a kórházak 2011-ben két ütemben véghez vitt államosítása a fekvőbeteg ellátásban teljesen, a járóbeteg szakellátásban pedig jórészt

36 109/2008. (IX.26.) AB határozat V/1.3. pont. Ez bizony elég messze van az AB-nek a 77/1995. (XII.21.) AB határozatban kifejtett álláspontjától, és számos kanyart meg lehetett volna spórolni a kapacitásszabályozásban ezt az elméleti érvelést alapul véve.

37 Uo. V./1.2. és 1.3. pontok. Az AB határozat legérdekesebb elméleti kérdése azonban az, ami a többségi álláspont és Bragyova András alkotmánybíró különvéleménye között feszül. Bragyova szerint a miniszteri döntés egyedi, közhatalmi döntés ugyan, de nem „hatósági határozat”, így a hatósági határozatokkal szembeni jogi kötöttséget nem is lehet számonkérni rajta. „Álláspontom szerint azonban ez a miniszteri határozat semmilyen értelemben nem tekinthető hatósági határozatnak. [...] 2. A közigazgatás vezetése és alapvető szervezési, erőforrás-elosztási döntései álláspontom szerint nem írhatók le [...] hatósági döntésként. [...] Az egészségbiztosító és a szolgáltatást igénybe vevő alanyok érdekeinek összehangolására irányuló miniszteri döntés az egészségügyi finanszírozáshoz rendelkezésre álló erőforrások racionális felhasználásáról szóló, ideális esetben az érdekelték közötti kompromisszumon alapuló döntés. Akár ezen, akár más, az állami erőforrások felhasználásának megszervezéséről szóló döntés esetén is elmondható, hogy senkinek sincs alkotmányos vagy törvényes joga arra, hogy e kérdésben a közigazgatási szerv meghatározott tartalmú döntést hozzon. A jelen ügyben ez azt jelenti, hogy senkinek (egy egészségügyi szolgáltatónak) sincs alanyi joga arra, hogy éppen az ő kórháza legyen súlyponti kórház stb.” Bragyova itt a „kormányzati aktus” (politikai aktus) fogalmát írja le az egészségügyi miniszter döntésére vonatkoztatva. A kormányzati aktusok elméletének (vagy az angol nyelvű szakirodalomban használt terminológiában: political question doctrine) ma már „könyvtárnyi irodalma” van. A magyar szakirodalomban ennek feldolgozását ld. FAZEKAS János: A kormányzati tevékenység bírói kontrollja. A politikai kérdések doktrínája Magyarországon. Habilitációs értekezés, ELTE, 2022.

megszüntette az önkormányzati szakellátási kötelezettség meghatározásának korábbi szabályozási dilemmát. Az államosítás ellenére az Eftv. sokszor és alapjaiban módosult formában jelenleg is hatályban van. A kapacitásszabályozás néhány elvi kérdésére a jelenlegi egészségügyi irányítási struktúrában a következő fejezetben még visszatérek.

3. Vissza az állami egészségügyhöz

3.1. Változások 2011 után 2020-ig: az állami egészségügy részleges visszaépítése – csökkenő közkiadások mellett

2010 után az egészségügyi ellátórendszer szabályozásában és ebből (is) következően a szerkezetében és igazgatásában is gyökeres változások mentek végbe.

3.1.1. Az egészséghez és a szociális biztonsághoz való jog az Alaptörvényben

Az Alaptörvény elfogadásával a testi és lelki egészséghez való jog (XX. cikk) lényegi tartalma annak ellenére nem változott, hogy az (1) bekezdés szövegéből kimaradt a „legmagasabb szintű” jelzős szerkezet, és az állami kötelezettségek a (2) bekezdésben kiegészültek genetikailag módosított élőlényektől mentes mezőgazdaság és az egészséges élelmiszerekhez és az ivóvízhez való hozzáférés biztosításával. Mint láttuk az Alkotmány 70/D. § (1) bekezdésében szabályozott egészséghez való jogot az Alkotmánybíróság eleve olyan absztrakt deklarációnak minősítette, amely önmagában alanyi jogként értelmezhetetlen. Ezen nem módosított a „legmagasabb szintű”-re utalás elhagyása. Ennél lényegesebb változás következett be a szociális biztonsághoz való jog szabályozásában. Egyrészt az Alaptörvény ezt már kifejezetten és csakis államcélként határozza meg („Magyarország törekszik...), másrészt – ami a jelen téma szempontjából különösen fontos – a szociális biztonságot megteremtő állami kötelezettségek közül kikerült a társadalombiztosítás működtetésére utalás. Ennek törvényi következménye az lett, hogy a nyugdíj- és az egészségbiztosítás rendszerében csak a biztosítottak fizetnek járulékot, a foglalkoztatói befizetések 2012. január 1-től adóbefizetések. Ez utóbbiak tehát nem keletkeztetnek társadalombiztosítási ellátásra való jogot, és felhasználásuk is csak részben célzott a nyugellátásokra és az egészségbiztosítási kiadásokra.³⁸

38 Ld. az egyes adótörvények és az azzal összefüggő egyéb törvények módosításáról szóló 2011. évi CLVI. törvénnyel bevezetett szociális hozzájárulási adót. A szociális hozzájárulási

Ezek az alaptörvényi változások hangsúlyosabbá tették, hogy a szociális jogok nem közvetlenül alanyi jogosultságokat keletkeztető alapjogok, másrészt gyengítették a várományok tulajdonjogi védelmét is, ami – mint láttuk – a 2012 előtti alkotmánybíróági gyakorlatban az egyik lényegi mércéje volt az egészségügyi ellátórendszer megfelelőségének.

3.1.2. Kórházállamosítások

Az egészségügyi ellátórendszert közvetlenül érintő alapvető változás ugyancsak 2012-től következett be, amikor az új önkormányzati törvény (Mötv.) és a hozzá kapcsolódó államosítási törvények újrarendezték az állami és önkormányzati egészségügyi fenntartói feladatokat és ezáltal az állami és az önkormányzati ellátásszervezői kötelezettségeket is. Települési önkormányzati feladat maradt az egészségügyi alapellátás biztosítása, és városi szinten – most már városkörnyékre is kiterjedő ellátási kötelezettséggel – az önálló járóbeteg szakrendelők működtetése. A megyei önkormányzatok ellátásszervezői szerepének megszüntetésével viszont először államosították a megyei kórházakat, sőt a fővárosi intézményeket is, 2012. április 1-től pedig a városi kórházakat és a mindezekhez integrált járóbeteg szakrendelőket is.³⁹

3.1.3. Az igazgatási szervek változásai

A 2010-től regnáló, kormányzati ciklusokon átívelő berendezkedés egyik markáns eleme, hogy a humánszolgáltatások ágazati igazgatását egyetlen minisztériumhoz összpontosították. Ez először a Nemzeti Erőforrások Minisztériuma, majd névcseré után az Emberi Erőforrások Minisztériuma volt. 2022 után ezen ágazatok további leértékelődésének is tekinthető, hogy miniszteriális igazgatásuk beolvadt a belügyminiszter feladat- és hatáskörébe.

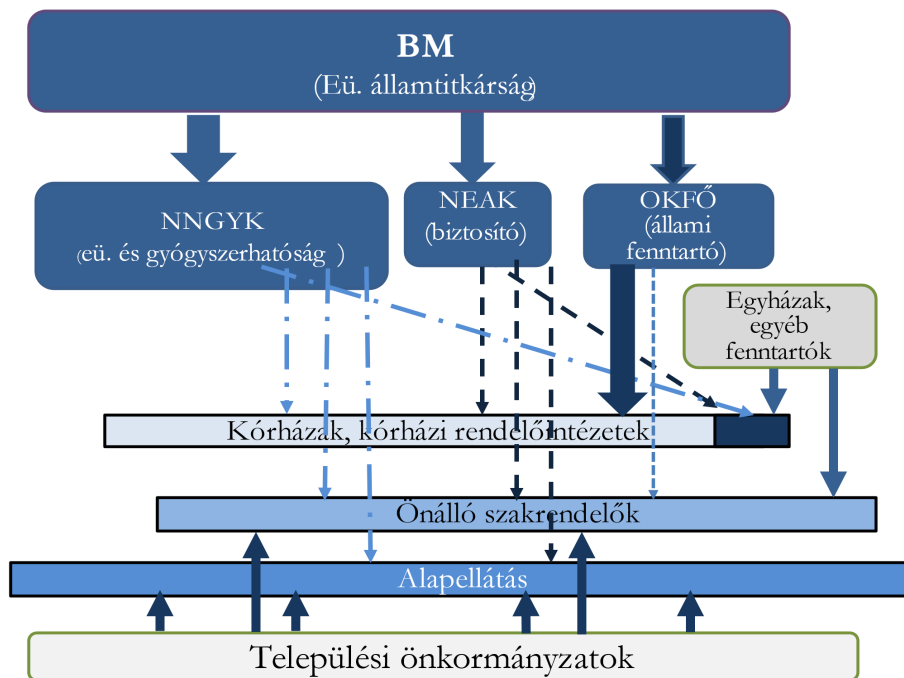
Ugyanakkor a gyógyintézetek államosítása megkövetelte az állami intézményfenntartó létrehozását is, tehát a korábbi két ágazati főhatóság (az egészségügyi hatóság és az egészségbiztosítás központi hivatala) mellé felzárkózott az állami kórházi rendszert irányító harmadik központi hivatal is.⁴⁰

adóból befolyó bevételt az éves költségvetési törvényekben osztják fel a Nyugdíjbiztosítási Alap, az Egészségbiztosítási Alap és esetleg a munkanélküli ellátásokra fordítandó elkülönült állami pénzalap között.

39 Az államosítással 121 gyógyintézet került állami tulajdonba.

40 Ez 2012 és 2015 februárja között a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI), majd 2015 és 2021 között az Állami Egészségügyi

A változások után az egészségügy igazgatása a következőképpen ábrázolható:



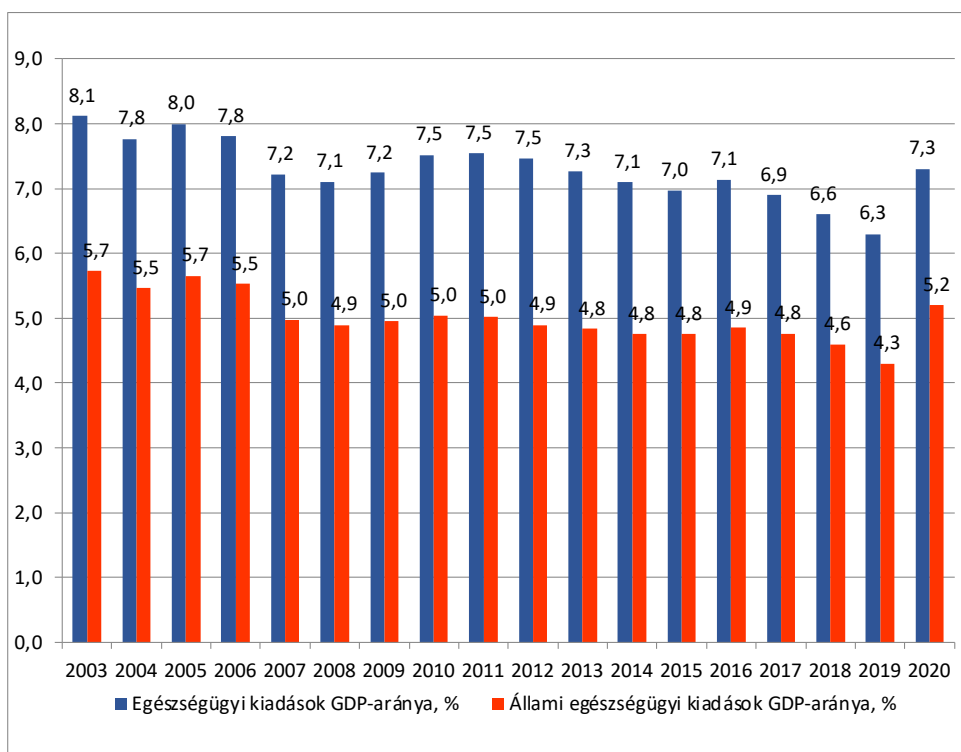
1. ábra: Az egészségügyi igazgatás. Saját szerkesztés.⁴¹

3.1.4. Az egészségügyi kiadások alakulása

A szabályozási, igazgatási és szolgáltatói változások mellett legalább ilyen horderejű átrendeződés a 2010 utáni időszakban az egészségügyre fordított források alakulása. Ezek a források GDP-hez képest arányaikban is a csökkentek, mégpedig oly módon, hogy mérséklődött a közkiadások aránya és lényegesen nőtt a magánkiadások részesedése.

Ellátó Központ (ÁEEK) volt, és 2021. január 1-től működik a jelenlegi Országos Kórházi Főigazgatóság (OKFŐ).

41 Jelmagyarázat: NNGYK: Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ, a legutolsó átszervezés után 2023. augusztus 1-től működik ilyen néven. NEAK: Nemzeti Egészség-biztosítási Alapkezelő. Teljesen kitöltött nyíl → fenntartói irányítás → finanszírozás → ágazati-szakmai igazgatás (alapvetően hatósági jogkörök).



2. ábra: Az egészségügyi kiadások GDP arányos változása Magyarországon⁴²
 Forrás: KSH STADAT https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0002.html
 (2023. 09. 01.). Saját szerkesztés.

3.2. 2020 – a fordulat éve: a centralizáció növelése

3.2.1. A magán és a köz teljes elkülönítése

A COVID 19 pandémia és a járvány leküzdésére tett állami intézkedések 100 éve nem tapasztalat kihívások elé állították a világ szinte valamennyi országát. A járványhelyzet értelemszerűen a magyar egészségügyet is példátlan

42 A 2020. évi adatok a COVID elleni védekezés állami kiadásai (ld. lélegeztető gépek, vakcina beszerzés, járványügyi extra kiadások stb.) miatt lettek magasabban, illetve az arány növekedését hozta a GDP mintegy 5 %-os csökkenése is. (Ez utóbbi adatot ld.: Az elmúlt 100 év legnagyobb GDP visszaesései Magyarországon. MNB infografika 2021: <https://www.mnb.hu/kiadvanyok/elemzesek-tanulmanyok-statisztikak/infografikak/az-elmult-100-ev-legnagyobb-gdp-visszaesesei-magyarorszagon-mnb-infografika> (2023. 09. 02.)

erőfeszítésekre kényszerítette, az egészségügy igazgatásában pedig értelem-szerűen előtérbe kerültek a katonai, félkatonai jellegű szervezeti-irányítási kapcsolatok és eszközök.⁴³

A magyar egészségügy ellátórendszerének és irányítási szerkezetének, valamint foglalkoztatási viszonyainak gyökeres átalakítása még a különleges jogrend járványügyi veszélyhelyzeti szabályaival kezdődött meg, de az akkor kiépített struktúrák a járványveszély elmúltával normál működéssé váltak.

A 2020 végén elfogadott jogszabályokból és az azóta megtett további lépésekből az egyik célként a *közfinanszírozott és magánegészségügy teljes elválasztásának szándéka* állapítható meg. Ez leghatározottabban az állami, önkormányzati egészségügyi szolgáltatóknál foglalkoztatott egészségügyi dolgozók ún. egészségügyi szolgálati jogviszonyáról szóló törvényben és végrehajtási összeférhetetlenségi szabályaiban fogalmazódott meg. Ezek alapján az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló dolgozó más egészségügyi szolgáltatónál csak külön engedéllyel végezhet egészségügyi tevékenységet, továbbá egészségügyi szolgálati jogviszonyában főszabályként nem kezelheti azt a betegét, akit már magánszolgáltatóként ellátott/ellát.⁴⁴

Ez a szándék az eddig alapvetően magánszolgáltatók által végzett, de részben közfinanszírozott egyes egészségügyi szolgáltatások sorozatos államosításában is tetten érhető. 2021-ben a meddőségi centrumok kizárólagos állami működtetését írta elő az egészségügyi törvény módosítása. Azt rebesgették, hogy ezt hamarosan követi a műveseállomások visszaintegrálása is az állami kórházakba.⁴⁵ 2024. november 1-től az állami, önkormányzati szolgáltatóknál viszont ténylegesen megszűnnek a CT és MR vizsgálatokat nyújtó közreműködői magánszolgáltatások, és ezeken az intézményeken belül csak

43 Ld. 2020-ban a veszélyhelyzet kihirdetése előtt létrehozott Operatív törzset, illetőleg az ágazati irányítási feladat- és hatáskörök veszélyhelyzeti átcsoportosítását az emberi erőforrások miniszterétől a belügyminiszterhez.

44 Ld. az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény 4. § (1)–(2) és (5) bekezdéseit. Az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló szabályozást e kötet más tanulmánya részletesen elemzi, ezért erre bővebben nem térek ki.

45 A meddőségi centrumok államosításáról ld. az egyes vagyongazdálkodási kérdésekről, illetve egyes törvényeknek a jogrendszer koherenciájának erősítése érdekében történő módosításáról szóló 2021. évi CI. törvény 61–63. §-ait; és <https://telex.hu/eletmod/2022/06/30/meddosegi-klinika-allamositas-mesterseges-megtermekenyites-magyarorszag-lombikprogram-human-reprodukcio> (2023. 09. 01.). A művesekezelések nagyobb részét ma még három külföldi egészségügyi szolgáltató magyarországi vállalatai nyújtják az egyetemi klinikák és néhány állami kórház dialízisközpontjai mellett. A művesekezelések esetleges államosításáról, ld. https://azonnali.hu/cikk/20220215_vinne-az-allam-a-muvesekezelest-is (2023. 09. 01.), de ez azóta nem történt meg.

egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló dolgozók, az intézmény gépeivel végzik majd ezeket a tevékenységeket is.⁴⁶

A magán- és a köz teljes elválasztásának célját szolgálja az is, hogy még az önkormányzatoknak is vissza kell alakítaniuk a gazdasági társasági formában működő járóbeteg rendelőiket költségvetési szervekké.⁴⁷ Ez a visszaalakítás a kórházak esetében a 2011-es államosítás után már megtörtént.

3.2.2. A krónikus osztályok szociális intézetekké alakítása

A második célkitűzésként a *szakmai profiltisztítás* jelölhető meg, amelynek alapvetően az Egészségbiztosítási Alapot tehermentesítő finanszírozási indokai vannak. A kórházi krónikus osztályok jó részének szociális intézetté történő átsorolása időről-időre visszatérő törekvése volt a különböző kormányoknak, de mivel ez adott esetben teljes városi kórházak megszűnését jelentette volna, eddig nem vállalták fel ennek a politikai kockázatait. Az ágazati átsorolás nem csupán az egészségügyi szolgáltatók speciális finanszírozási szabályainak a megszüntetését jelenti esetükben, hanem lényegesen nagyobb teret nyithat az ellátottak utáni közvetlen díjfizetésnek (co-payment) is.⁴⁸

3.2.3. Központosítás a közszolgáltatást nyújtó állami és önkormányzati egészségügyben

A profiltiszta, kizárólag közfinanszírozású egészségügyi ellátó rendszerben 2020 óta minden lépés az állami centralizációt erősíti, és egyre inkább az 1990 előtti állami egészségügyi szolgálat újraépítése felé mutat. Az ellátórendszer egyes szintjeit és szolgáltatásait tekintve az alábbi változások jelzik ezt az utat.

a) Az *alapellátásban* a szolgáltatókat tekintve megmaradtak ugyan a háziiorvosi (magán)praxisok, de 2021-ben kötelezővé tették a háziiorvosok (házi gyermekorvosok és fogorvosok is) számára az ún. *kollegiális praxisközösségek* járasonkénti létrehozását. A praxisközösség szakmai racionalitását az adja, hogy ez a kapcsolati háló szakmai segítséget nyújthat az elszigetelten dolgozó háziiorvosoknak, és praktikus előnye, hogy a növekvő háziiorvosi

46 Ld. a Magyarország 2024. évi központi költségvetésének megalapozásáról szóló 2023. évi LIII. törvény 41. §-ával kiegészített Eütv. 244/L.§-át és az erről szóló tudósításokat, pl. https://hvg.hu/itthon/20230706_CT_es_MRvizsgalatok_allamositasa_egeszsegugy (2023. 09. 01.)

47 Ld. a 2023. évi LIII. törvény 38.§-ával kiegészített Eütv. 152. § (4) bekezdését.

48 Ld. a szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény módosító 2022. évi LXXIII. törvényt.

hiányt képes valamelyest orvosolni a helyettesítések szervezésével. Az viszont egyértelműen az állami kontroll növelését jelenti, hogy járasként kollegiális vezető házi orvos működik, akit az országos kórházi főigazgató bíz meg, és akinek bizonyos ellenőrzési jogai vannak a praxisközösségekkel szemben, továbbá éves jelentésben értékeli az OKFŐ mint házi orvosi módszertani központ számára járásának egészségügyi alapellátását.⁴⁹

Az alapellátásban az önkormányzati ellátásszervezési jogosítványait tovább szűkítő lényeges változások is bekövetkeztek. Ide kell sorolni mindenekelőtt, hogy az önkormányzatok 2023. január 1-től elveszítették a házi orvosi körzetek kialakításának jogát, ami szintén az OKFŐ mint praxiskezelő hatáskörébe került át.⁵⁰ Ugyancsak 2023-ban elvonták az önkormányzatoktól az alapellátási ügyelet és a védőnői ellátás megszervezését is. Az előbbit az Országos Mentőszolgálat koordinálja a házi orvosokkal megkötött szerződések alapján, míg a védőnői szolgáltatás az irányító vármegyei kórházakba tagolódott be.⁵¹

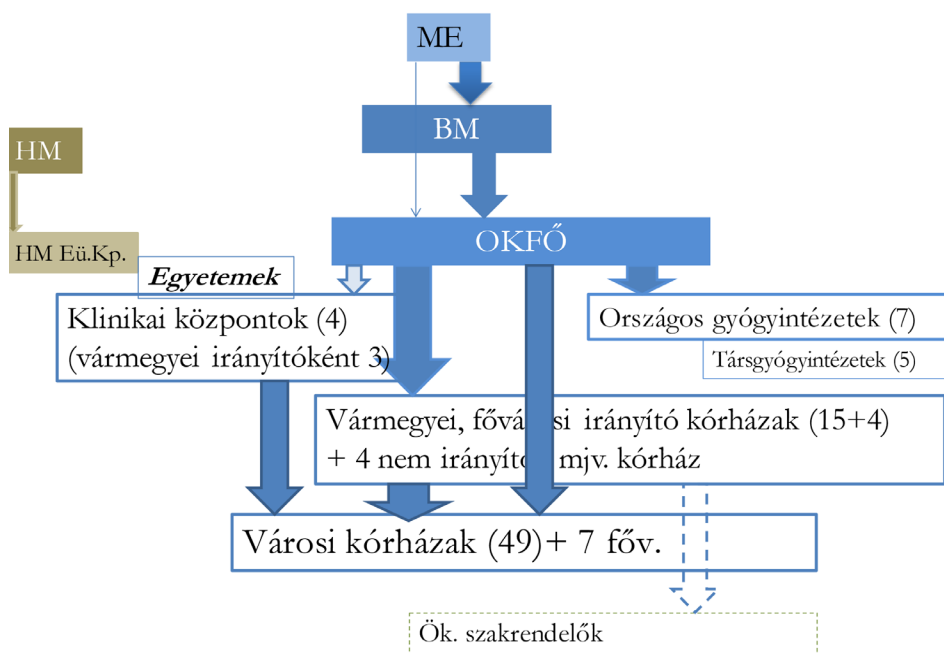
- b) A járóbeteg szakellátásban még 2023 elején felröppentek a hírek az önkormányzati szakrendelők államosításáról, de erre mostanáig nem került sor, helyette csak az előbb említett költségvetési szervvé történő visszaszervezési kötelezettség jelent meg. Az önkormányzati járóbeteg szakrendeléseknek mégis az állami egészségügyhöz való hozzákötését mutatja, hogy ezekre is kiterjesztették az OKFŐ és a vármegyei irányító kórházak ún. „szakmai irányítási jogait”. Ezek a szakrendelők ellátási területét és a szolgáltatások mennyiségét (rendelési óraszámok), valamint összetételét érintő kapacitásszabályozási döntésekre vonatkoznak.
- c) A legnagyobb változás az állami kórházirányítási rendszerben ment végbe 2021-től, az Állami Egészségügyi Ellátó Központ helyébe lépő OKFŐ mint intézményfenntartó létrehozásával és a kórházi struktúra teljes hierarchizálásával. Az egészségügyi ellátórendszerben általánosan érvényesülő progresszív ellátás szervezési elve alapján eleve létezik egy ’természetes’ hierarchia, hiszen az általános kórházi ellátások mellett a speciális, nagy költségigényű, de ritkábban előforduló megbetegedéseket általában

49 2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról, 53/2021. (II. 9.) Korm. r. a praxisközösségekről és a 4/2000. (II.25.) EüM rendelet az házi orvosi, a házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről. A kollegiális vezető házi orvosi rendszer is hierarchikus, mert a járási vezető fölött vármegyei, fölöttük pedig országos vezető van.

50 A 2022. évi LXXIII. törvény 15. §-ával módosított 2015. évi CXXII. törvény 6.§-a.

51 A 2022. évi LXXIII. törvény 16. § és 17. §-aival kiegészített 2015. évi CXXII. törvény 6/A.§ és 6/B §-a.

néhány intézményhez koncentrálják. Ez a hierarchia Magyarországon mindig is létezett a városi kórházak, a megyei kórházak és az országos intézetek egymásra épülő rendszerében. A 2021-től bevezetett szisztéma új vonása, hogy ez a szakmai egymásra épülés kiegészült a felső szintű kórház és rendszer tetején az Országos Kórházi Főigazgatóság (OKFŐ) adminisztratív irányítási jogosítványával. A rendszer felépítését az alábbi ábra szemlélteti.



3. ábra: Az állami kórházirányítási struktúra 2021. január 1-től. Saját szerkesztés.⁵²

Ebben a hierarchikus rendszerben az ágazati irányító minisztert – a szabályozási jogkörön túl – az intézmény létesítési, megszüntetési jogok, az Áht.-ban biztosított tervezési, pénzügyi-gazdasági ellenőrzési jogok és az országos intézetek, valamint vármegyei kórházak vezetőit illetően a vezetői megbízás és felmentés joga illetik meg.

⁵² Az ábra alapját képező jogszabályok: Eütv. 154/§ és 155. §; 285/2023. (VI.30.) Korm.r. az egészségügyi intézmények irányításának egyes szabályairól; 506/2020. (XI.17.) Korm.r. az Országos Kórházi Főigazgatóságról, 516/2020. (XI.28.) Korm.r. az Országos Kórházi Főigazgatóság feladatairól.

A rendszer kulcsszereplője az OKFŐ, amelynek rendszerirányítói, közvetlen hierarchikus irányítói és ágazati igazgatási jogkörei is vannak. Az OKFŐ jogállását az emeli ki a központi hivatalok szokásos helyzetéből, hogy a főigazgatót, sőt a helyetteseit is az irányító miniszter helyett a miniszterelnök nevezi ki és menti fel.

- a) Az OKFŐ *rendszerirányító jogkörében* szabályozási jogkörökkel és intézményi költségvetéseket érintő – tervezési, adatgyűjtési, javaslattételi – jogokkal rendelkezik. Szabályozási jogkörében normatív utasításban rendelkezhet például különböző pótlékok dolgozók közötti elosztásáról, a személyes közreműködők igénybevételeéről, a nem alapvető munkáltatói jogkörök delegálásának rendjéről, de 2021-ben még a másodállások engedélyezésének szabályait is az OKFŐ állapíthatta meg.

A költségvetési gazdálkodást érintő jogosítványai közül ki kell emelni a központi integrált kórházi gazdálkodási rendszer működtetését és a központosított közbeszerzés iránti intézményi igények összegyűjtését, kontrollját, esetenként jóváhagyását. E jogkörhöz kapcsolódóan ki kell térni arra is, hogy az állami kórházak többsége önálló költségvetési szerv (a városi kórházak között vannak olyanok, amelyek a vármegyei kórházak telephelyeiként működnek). A centralizáció azonban – az OKFŐ jogosítványain túl is – lényegesen megnyirbálta az önálló gazdálkodási jogait. Így a működésükhöz szükséges szinte minden lényeges eszköz és szolgáltatás beszerzése központosított közbeszerzés keretében, a Közbeszerzési és Ellátási Főigazgatóság révén valósul meg.⁵³ 2023. július 1-től pedig ugyanehhez a „központi logisztikai szervhez” telepítették át az állami kórházak ingatlanüzemeltetését.⁵⁴

- b) Az állami kórházi rendszerben is a legmarkánsabb *hierarchikus irányítási jogokat* a munkáltatói jogkör gyakorlása jelenti, ami a hálózatban szoros személyi függést teremt az irányító és az irányított között. Az Eütv. 3/A.§ e) és f) pontjai a munkáltatói jogok közül az *alapvető munkáltatói* jogokhoz sorolják a foglalkoztatási jogviszony létrehozását és megszüntetését, a munkavégzés helyének kijelölését, a vezetői megbízás adását és visszavonását, az illetmény megállapítását és módosítását, valamint a

53 168/2004. (V. 25.) Korm. rendelet a központosított közbeszerzési rendszerről, valamint a központi beszerző szervezet feladat- és hatásköréről.

54 83/2023. (III. 16.) Korm. rendelet a központosított közbeszerzési rendszerről, valamint a központi beszerző szervezet feladat- és hatásköréről szóló 168/2004. (V. 25.) Korm. rendelet és a Közbeszerzési és Ellátási Főigazgatóságról szóló 250/2014. (X. 2.) Korm. rendelet módosításáról.

fegyelmi jogkör gyakorlását, a többi az *egyéb munkáltatói jogot* képezi. A szabályozás elve ebben a hierarchiában az, hogy a vezetőkkel szembeni alapvető munkáltatói jogokat a közvetett irányító, míg esetükben az egyéb munkáltatói jogokat a közvetlen irányító gyakorolja. A többi dolgozót illetően az alapvető munkáltatói jogok szintén a közvetlen irányítóhoz tartoznak, és csak az egyéb munkáltatói jogok vannak a vezetőnél. Így például a vármegyei irányító kórházak esetében a vezetői megbízás a miniszter hatásköre, a többi – alapvető és egyéb – munkáltatói jog az országos kórházi főigazgatót illeti meg. A dolgozóikkal szemben elvileg szintén az országos kórházi főigazgató gyakorolja az alapvető munkáltatói jogokat (tehát egy segédápoló kinevezéséről vagy átvezényléséről is az országos kórházi főigazgatónak kellene döntenie), és csak az egyéb munkáltatói jogok tartoznak a vármegyei kórházigazgatóhoz. Az országos kórházi főigazgató azonban normatív utasításban a vármegyei kórházak dolgozói feletti saját, és a vármegyei irányító kórházaknak a városi kórházak dolgozói feletti alapvető munkáltatói jogait a kórházigazgatókra delegálta.⁵⁵ A többi szokásos hierarchikus irányítási jog (pl. kórházi dokumentumok jóváhagyása, másodállás engedélyezése, közvetlen szakmai és pénzügyi ellenőrzés stb.) a közvetlen irányítóhoz tartoznak (OKFŐ → vármegyei irányító kórház → városi kórház).

Az állami kórházi hierarchikus irányításnak további sajátossága azonban, hogy a jogalkotó bevezette az ún. „*szakmai fenntartói jogköröket is*”. Ezek mind az előző fejezetekben tárgyalt kapacitásszabályozáshoz tartoznak, ahol – az általános szabályok szerint is – a fenntartó jóváhagyása vagy kezdeményezése szükséges a rögzített intézményi kapacitás valamelyik elemének (az intézményi szolgáltatások mennyisége, összetétele, ellátási terület) a módosításához. Ahogy említettük a kapacitásmódosításról szóló hatósági döntést a Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ hozza meg. Az állami kórházi rendszerben a „fenntartói kezdeményezés” az országos gyógyintézetek és a vármegyei kórházak esetében az OKFŐ hatásköre, míg a városi kórházaknál a vármegyei irányító kórházé. Az egyetemes állami egészségügyi szolgálat felé mutató jogosítvány azonban, hogy a vármegyei irányító kórházakat az önkormányzati szakrendelők kapacitás-

55 Ld. Eütv. 155.§ (3); (6) és (8)–(13) bekezdései. Itt már csak az a kérdés merül fel, miért van szükség ilyen törvényi szabályozásra, ha ezt – ugyancsak az Eütv. felhatalmazása alapján (Eütv. 155. § (16) bekezdés) – egy főigazgatói normatív utasítás korlátozás nélkül leronthatja.

- módosítási ügyeiben is megilleti ez a „szakmai fenntartói irányítási jog”.⁵⁶
- c) A fentiekén túl az OKFŐ-nek vannak a teljes egészségügyi ellátórendszerrel érintő igazgatási feladatai, sőt még kifelé ható hatósági jogkörei is. Ezek közé tartozik a háziiorvosi praxisjog odaítélése, és – ahogy már kifejtettem – 2023. január 1-től a háziiorvosi (házi gyermekorvosi, fogorvosi) körzetek alakítása is.

Ágazati igazgatási hatáskör az egészségügyi dolgozók alap- és működési nyilvántartásának vezetése, valamint az ágazati humán-monitoring rendszer működtetése. Ehhez kapcsolódó hatósági jogköre a külföldön szerzett végzettségek elismerése, illetve a külföldi munkavállaláshoz szükséges hatósági bizonyítványok kiadása.

Az OKFŐ gazdálkodik továbbá az egészségügyi tartalékkal, valamint 2021–2022-ben az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT) informatikai működtetése is hozzá tartozott.⁵⁷

Az OKFŐ klasszikus hatósági jogköre a hagyományos kínai orvoslás engedélyezése.⁵⁸ Ez az egészségügyi hatóságtól 2021-ben átvett jogosítvány azért is kirívó, mertöri azt az 1990-től követett elvet, ami elválasztotta egymástól egészségügyi szolgáltatókkal kapcsolatos intézményfenntartói és hatósági jogköröket.

4. Zárszó

A permanens átszervezés magyar egészségügyre tehát nem csak történetileg, hanem ma is jellemző. 2010 óta, de 2020-tól felgyorsult ütemben most is a folyamatos átalakítások korszakát éli az ágazat, és a bemutatott – sokszor hektikus – változtatásoknak még messze nincs vége, ahogy ez az egészségügyi államtitkár újabb és újabb nyilatkozataiból kiderül.⁵⁹ Azt, hogy ez az állami egészségügyi szolgálatra hajazó, központosított ellátó- és irányítási rendszer mennyiben teljesíti majd az állam kötelezettségét a testi és lelki egészséghez való jog szolgálatában, ma még nem lehet megítélni. Jövöbéli páciensként

56 Ld. Eütv. 155. § (21) bekezdés.

57 Ezt a 630/2022. (XII.30.) Korm.r. áttelepítette az egészségügyért felelős miniszter alá tartozó Egészséginformatikai Szolgáltató és Fejlesztési Központ (ESZFK) Nonprofit Kft-re.

58 516/2020. (XI.25.) Korm.r. 7. § (11) bekezdés.

59 Ld. pl. <https://www.portfolio.hu/gazdasag/20230815/ne-a-korhazi-agylabakat-szamolgasuk-nem-ez-a-lenyeg-interju-az-egeszsegugyi-allamtitkarral-633267>; <https://www.blikk.hu/aktualis/belfold/egeszsegugy-atalakitas-takacs-peter-allamtitkar/shnkc0>; <https://infostart.hu/belfold/2023/09/03/takacs-peter-a-haziorvosokra-sokkal-nagyobb-feladatokat-lehet-bizni-mint-eddig> (2023. 09. 01.)

csak bizakodhatunk a magas szakmai színvonalú, hozzáférhető, hatékony és eredményes közfinanszírozott gyógyításban.

