

Dr. Pál Viktor¹

Az egészségpolitika és a területi esélyegyenlőség összefüggései Magyarországon

1. Bevezetés

A magyar egészségügyi ellátórendszer a politikai rendszerváltás óta folyamatos átalakuláson megy keresztül. Ezt a folyamatot szokás egészségügyi reformnak is nevezni, azonban nem egy egyszerre történt nagy átalakításról van szó, hanem egy több hullámban megvalósuló, sokszor ellentétes irányba mutató intézkedéssorozatról, illetve ennek hatásairól.

Az egészségügy átalakulása ugyan igen sok tényező következménye, azonban a legnagyobb hatást a mindenkorai egészségpolitika gyakorolja rá. Ennek az egészségpolitikának vannak olyan elemei, amelyben minden politikai párt egészségpolitikusi egyetértenek, azonban számos olyan része is ismert, amely politikai állásfoglalás függvénye. Ez utóbbiak olyan erőteljesen jelentkeztek, hogy az egészségügy átalakítása a pártpolitikai csatározások színterévé vált².

Mindezek alapján látható, hogy az egészségügyi ellátás térbeli struktúrája – a hagyományok mellett – a legnagyobb mértékben az éppen domináns egészségpolitikától függ. Ezért, ha arra vagyunk kíváncsiak, hogy az egészségügy térbeli szerkezetét, és ezen belül a területi esélyegyenlőséget milyen tényezők alakítják, elsősorban az egészségpolitika egyes elemeit kell tanulmányoznunk.

Rövid elemzésünkben arra vállalkozunk, hogy felvázoljunk néhány olyan összefüggést, amely a magyar egészségügyi rendszer átalakítási folyamata, az egészségpolitika és a térbeliség, azon belül is a területi esélyegyenlőség között áll fenn. Az egészségüggyel foglalkozó szakirodalom ugyan kiterjedten foglalkozik magával az egészségügyi reformfolyamattal, azonban annak térbeli aspektusaival sokkalta ritkábban (KISS J. P. – MATTÁNYI ZS. 2005; UZZOLI A. 2007; UZZOLI A. – VARGA T. 2007), annak ellenére, hogy – különösen a reform 2006 körül zajló szakaszában a térbeli kérdések a struktúra-átalakítás gerincét alkották, s igen heves vitákat váltottak ki a közéletben. E fő kérdésen belül a következőkre keressük a választ: Hogyan kezeli az egészségpolitika a teret az egészségügyi rendszer átalakítása során? Milyen súllyal jelenik meg a tér az egészségpolitikai törekvések között? Melyek ennek a megnyilvánulásai? Az elmúlt évek átalakításai – különösen a fekvőbeteg-ellátás átszervezései – mennyire érintették a területi esélyegyenlőséget?

2. Források és vizsgálati módszerek

A vizsgálat egyik alapvető kérdése az is, hogy melyek lehetnek azok a források, amelyekben tükröződnek az egészségpolitika céljai? Ide mindenekelőtt jogszabályok (törvények, különféle rendeletek) sorolhatók. Ezt egészítik ki a különféle egészségügyi szakpolitikai tervezetek, fejlesztési koncepciók, stratégiai tervek, melyek a jogszabályokkal

¹ Dr. Pál Viktor *Szegedi Tudományegyetem, Gazdaság- és Társadalomföldrajz Tanszék, Szeged*
E-mail: pal.viktor@geo.u-szeged.hu

² E csatározásoknak vannak pozitív és negatív hatásai is. Pozitívként lehet értékelni azt, hogy az egészségügy a társadalmi vita/párbeszéd részévé vált, konszenzus jött létre a tekintetben, hogy e nagyrendszer reformjára, átalakítására szükség van. Negatív ugyanakkor, hogy a politikai pártok az egészségügyet a választási propaganda központi elemévé tették – mint minden fejlett országban – így az egészségügy szakmai kérdéseinek jó része is átpolitizálódott.

nagyobbrészt összhangban vannak. Ide tartoznak a különféle egészségügyi hatóságok szakanyagai, illetve reakciói, közleményei. Mivel az egészségpolitika különféle elvek mentén formálódik, fontos forrásai a politikusok által készített írások, beszédek, illetve a politikai pártok vonatkozó programjai. E szerteágazó forrásokból rajzolhatók meg az egészségpolitika különböző oldalai, s ez által deríthető ki az egészségpolitikát formálók szándéka. A helyzetet bonyolítja, hogy az egészségpolitikát az eddig említettekén kívül még több szereplő formálja. Ide sorolhatók például a civil szervezetek, és a média is.

Így, ha az egészségpolitika térrel kapcsolatos szándékait kívánjuk tanulmányozni, e forrásokból szükséges válogatnunk. Elemzésünk során – a fent említett sokrétű forrásanyag közül – az egészségügyről alkotott jogszabályokat tanulmányoztuk: áttekintettük az egészségügyi ellátórendszer átalakítását és szabályozását célzó törvényeket és rendeleteket. E jogszabályokon tartomelemzést végeztünk. Ennek során megvizsgáltuk, hogy a jogszabályon belül melyek foglalkoznak az egészségügy területi kérdéseivel, milyen témák kapcsán, illetőleg milyen kontextusban?

A politikai rendszerváltás kezdetétől 2008. szeptemberéig számos törvény és rendelet jelezte az egészségügy átalakításának állomásait³. Az első rendelkezés 1991-ben, míg az eddigi legutóbbi 2007-ben született. Ebből adódóan az általunk áttekintett jogszabályok 1991 és 2007 között keletkeztek.

Az egészségüggyel kapcsolatban összesen 18 törvény és 92 rendelet született a jelzett időszakban. Ebből mintegy 8 törvény és kb. 28 rendelet foglalkozott az egészségügy strukturális átalakításával, illetve az átalakulási folyamat részleteinek szabályozásával⁴. A térrel és az ehhez kapcsolódó esélyegyenlőséggel kapcsolatos kérdések direkt módon 4 törvényben és 16 rendeletben jelennek meg. A jogszabályok szövegét áttekintve a térrel kapcsolatos témákat csoportosítottuk, és kontextusában értékeltük.

A vonatkozó, hatályos törvények a következők:

- 2006. évi CXXXII. törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről
- 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről
- 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól, egységes szerkezetben a végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelettel
- 1994. évi LIV. törvény a gyógyszertárak létesítéséről és működésük egyes szabályairól

Az ide tartozó rendeletek közül – a teljesség igénye nélkül – az alábbiak emelhetők ki:

- 41/2007. (III. 13.) Korm. rendelet az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény végrehajtásával kapcsolatos egyes finanszírozási, szerződéskötési és eljárási kérdésekről
- 322/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet az Országos Mentőszolgálatról
- 45/2006. (XII. 27.) EüM rendelet a várólista-sorrend kialakításának és az eltérés lehetőségének egészségügyi szakmai feltételeiről
- 54/2006. (XII. 29.) EüM rendelet a szakellátási kapacitások felosztásának szempontjairól és a szakellátási elérési szabályokról
- 50/2002. (III. 26.) Korm. rendelet az egészségügyi szakellátási kapacitásmódosítások szakmai feltételeiről, eljárási rendjének és az új szolgáltatók befogadásának szabályairól
- 11/2002. (III. 26.) EüM rendelet az egészségügyi szakellátási kötelezettségről, továbbá egyes egészségügyet érintő törvények módosításáról szóló 2001. évi XXXIV.

³ net.jogtar.hu

⁴ Nem minden esetben dönthető el egyértelműen, hogy minősíthető az egészségügy strukturális átalakítását célzó rendelkezésnek, s mi a felmerült napi vagy általános kérdések szabályozásának. Számos dokumentumban továbbá csak indirekt módon jelenik meg a térbeliség. Így az itt közölt számok tájékoztató jellegűek, s csak az arányok érzékeltetésére szolgálnak.

törvény egyes rendelkezéseinek végrehajtásáról

- 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról
- 331/2005. (XII. 29.) Korm. rendelet az irányított betegellátási rendszerről

3. Az egészségügyi reform és a területi kérdések

Az egészségügy átalakításának szükségessége már az 1980-as évek végén megfogalmazódott, azonban a reformfolyamat csak a rendszerváltás után vette kezdetét. Az egészségügyi reform témájában széleskörű szakirodalom, tényfeltáró munka, tervdokumentum, illetve szociográfia áll rendelkezésre. A folyamat megítélése a *szakirodalomban* igen ellentmondásos, egymástól eszmeileg távol lévő vélemények fogalmazódnak meg. A munkák⁵ egy része feltárta az átalakulások ellentmondásait (pl. OROSZ É. 2001; BUGOVICS E. 2008), vagy elemezte az átalakulások technikai részleteit, javaslatokat fogalmazott meg (pl. FÜLÖP R. 2007; SIMON KIS G. 2008), áttekintette az intézkedések egészségügyi rendszerre gyakorolt hatásokat (pl. FÜZESI ZS. – BUSA CS. – TISTYÁN L. 2007; Uzzoli A. 2007), nemzetközi kitekintéseket tett (pl. KARNER C. 2008), összegezte az egészségpolitika jellemzőit (pl. BALÁZS P. 2007; NÉMETH Zs. 2007) és gyökeresen új javaslatokat fogalmazott meg a reform egészével, vagy részleteivel kapcsolatban (pl. BUGOVICS E. – BUGOVICS Z. 2007).

Az *egészségügy átalakulásának folyamata* több szakaszra osztható. A reformtörekvések előzményeinek időszakában (1988–1989) megfogalmazódott, hogy az egészségügyi rendszer válságban van. Már a politikai rendszerváltás előtt döntés született a társadalombiztosítási finanszírozásra való áttéréőről, majd az ezt irányító szervezetek (OTF, majd OEP) létrehozásáról. Lehetővé vált a magánvállalkozás is az egészségügyben. Ezekon kívül azonban szinte minden más érintetlen maradt. 1990 és 1994 között a Népjóléti Minisztérium „Cselekvési program”-ja lényegében a korábbi elképzelések folytatását jelentette (OROSZ É. 2003). Ez egy olyan koncepció volt, amely fenn kívánta tartani a hozzáférhetőség és az esélyegyenlőség elveit egy társadalombiztosítási finanszírozású rendszerben, oly módon, hogy egyfajta „belső”, szabályozott piaccal versenyhelyzetet teremtett, s ezáltal fokozta a hatékonyságot. Ennek keretében 1992-ben létrehozták a háziorvosi rendszert, a szakellátásban 1993-ban bevezették a teljesítményfinanszírozást, megalakult az Egészségbiztosítási Önkormányzat. Ez utóbbival az állam szerepét szerették volna háttérbe szorítani, azonban e téren rövidesen koncepcióváltás következett be. Az egyik legfontosabb vita a privatizáció lehetősége körül zajlott: ez lényegileg nyitott kérdés maradt. Összességében az egészségpolitika korántsem tartozott a lényegesnek vélt társadalompolitikai kérdések közé (OROSZ É. 2003). 1994 és 1998 között az egészségpolitika pozíciója tovább romlott, továbbra sem volt elsőrendű kérdés az egészségügy átalakítása. A szűkös, és egyre szűkülő finanszírozás mellett a fő törekvés a fekvőbeteg-ellátás kapacitásának csökkentése volt (1996. évi LXIII. törvény). 1997-ben elfogadták az egészségügyi törvényt, elkezdődött a Regionális Modernizációs Program. 1998-ban ez utóbbit leállították, megszüntették az Egészségügyi Önkormányzatokat, s tervezetek készültek a finanszírozás megváltoztatására. 2000-ben az alapellátásban lezajlott az ún. „praxis-privatizáció”. A legtöbb vita az egészségügy privatizációja körül zajlott (OROSZ É. 2003). Ennek folytatásaként 2002 után a politika figyelme az egészségügy felé fordult. A politikai pártok programjaikban már az egészségügyet tartották az egyik leglényegesebb társadalmi kérdésnek. A viták azonban leegyszerűsödtek néhány kérdésre, mint magán, vagy „állami” egészségügy, piac vagy

⁵ Az egészségügy átalakulásának folyamatával foglalkozó szakirodalom olyan sokrétű, hogy az egyes témákra csak néhány jellemző példát említünk, nem törekedhetünk a teljességre, illetve igyekeztünk az utóbbi években megjelentekből válogatni.

újraelosztás, hatékonyság vagy hatásosság, profit vagy szolidaritás. Részben e viták folytatásaként új, bürokratikus kontrollal próbálták racionalizálni az egészségügyi kiadásokat: a „volumenkorlát”, „vizitdíj” bevezetése, illetve a kórházak területi ellátási kötelezettségének újraértékelése, a kapacitások csökkentése révén. E folyamat betetőzése volt a 2006. évi CXXXII. törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről, mely igen sok vitát indukált mind a politikában, mind a társadalomban. Ezáltal az egészségügy 2006-ra a legtöbbet vitatott társadalompolitikai kérdéssé vált.

E folyamat főbb állomásait vizsgálva látható, hogy az egészségpolitikai elképzelések az egészségügyi rendszer eddigi átalakulása során nem voltak koherensek, s egyik intézkedéscsomag sem volt átfogó.

Az egészségpolitika térhez való viszonya a jogszabályok alapján ellentmondásokat tükröz. Egyrészt a tér gyakran jelenik meg a jogszabályokban az esélyegyenlőség kapcsán, mint megoldandó probléma, másrészt – ennek ellentmondva – mint a racionális gazdálkodás egyik eszköze.

Mindemellett a reformfolyamat során a tér különböző témák kapcsán és különböző intenzitással jelent meg, és az átalakulás számos része rendelkezett térbeli következményekkel. Ezek közül ki kell emelni a körzeti orvosi rendszer átalakulását háziorvosi rendszerré, a háziorvosi praxisok és a gyógyszerárak privatizációját, a szakellátáshoz kapcsolódó intézmény-privatizáció lehetőségének megteremtését, a szabad orvosválasztás bevezetését, a területi ellátási kötelezettség kérdéseit, a szakellátási kapacitások központi elosztását, a mentőszolgálat átszervezését, a betegszállítás kiszervezését, a teljesítményelvű (HBCS-rendszerű) elszámolás bevezetését és átalakításait (pl. volumenkorlát) a szakellátásban, a kórházi ágyszámok csökkentését, a várólisták szabályozását, a Regionális Egészségügyi tanácsok létrehozását s nem utolsósorban a népegészségüggyel és prevencióval kapcsolatos rendszerszintű változásokat.

Az ezekre vonatkozó jogszabályokat áttekintve megállapítható, hogy a legtöbb területi változás az egészségügyi reform legutóbbi szakaszában, az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény⁶ hatásaként következett be. A jogszabály közel egésze a szakellátás (azon belül a fekvőbeteg-ellátás) racionalizációjával foglalkozik, mégpedig területi megközelítésben⁷. A törvényben és a hozzá kapcsolódó rendeletekben tulajdonképpen a hazai kórházi ágyak és kapacitások új területi struktúráját alakították ki. Ennek indoka az volt, hogy egyes területeken túl sok kórház működött, másutt viszont fehér foltok voltak a fekvőbeteg-ellátás térképén. Az úgynevezett „aktív ágyak” kb. 25%-a kihasználatlan volt, miközben az idősek és a krónikus betegek ápolásra szolgáló, úgynevezett „ápolási ágyak” száma az igények töredékét sem fedezte.

A törvény a progresszív ellátás elve alapján – amely eddig is létezett az egészségügyi ellátásban – a nagy szaktudást igénylő, bonyolult orvosi beavatkozásokat a jól felszerelt, ún. súlyponti kórházakban és klinikákon összpontosította úgy, hogy a legtöbb településről az 1 órán belül (50–55 km) elérhető legyen. Emellett kialakították a kisebb, ún. területi kórházak hálózatát, amelyek 30 kilométeres körzetből érhetők el, s alapvető ellátást biztosítanak⁸. Szigorították ugyanakkor a területi ellátási kötelezettséget, ami az egyik legtöbb aggályt vetette fel a szabad orvosválasztás és az esélyegyenlőség terén.

A súlyponti kórházak kapacitásait központilag szabták meg, a területi kórházak régióon belüli kapacitásainak elosztását a létrehozott Regionális Egészségügyi Tanácsokra (RET)

⁶ A köznyelvben, a zsurnalisztikában és a politikai retorikában „Kórháztörvény”-nek nevezik.

⁷ Ugyanerre a következtetésre jut más megközelítésből UZZOLI A. is az egészségügy területi átalakulási folyamataival foglalkozó munkájában. (UZZOLI A. 2007.)

⁸ A törvényjavaslat első változata 31 kiemelt kórházat tartalmazott, azonban később kiegészült a soproni, a siófoki, a karcagi, valamint Budapesten a Bajcsy-Zsilinszky, az Uzsoki, a Szent Imre, a Szent János és a Jahn Ferenc Kórházzal is, s így 39 kiemelt intézmény lett.

bízták. Mivel a RET-ek nem vállalták fel e döntést, végül a miniszter döntött a kórházakról. (JOÓB S. – ZSOLT M. 2006) Így értelemszerűen átalakult a fekvőbeteg-ellátást szabályozó intézményi struktúra is: kialakult a RET-ek feladatköre (UZZOLI A. 2007).

Bezárásra került a lipótmezei Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet, a svábhegyi gyermekkorház és a Schöpf-Merei kórház. Tizenkét kórházban szűntek meg a gyógyító osztályok: ezeket átalakították idősek és krónikus betegek tartós ápolásával foglalkozókká. Később az új kórházi struktúrához új ellátási és beutalási körzeteket is létrehoztak, mellyel a betegáramlást igyekeztek korlátozni. Az új struktúra átalakította az egyes régiók és intézmények ágyszámait, kapacitásait. Az aktív kórházi ágyak száma ugyan 60 058-ról 44 215-re csökkent, ezzel párhuzamosan viszont a krónikus ágyak száma 20 124-ről 27 169-re nőtt (UZZOLI A. 2007). A folyamat regionálisan egyenlőtlenül ment végbe, legnagyobb vesztese a Közép-Magyarországi Régió volt (UZZOLI A. – VARGA T. 2007).

A kórházak megtartása mellett komoly társadalmi mozgalmak alakultak ki, „kórházvédő tüntetéseket” szerveztek, szövetkezve a települési önkormányzatokkal, amelyek az adott település hierarchiában betöltött helyét szerették volna stabilizálni egy-egy intézmény megőrzésével, s a várossiker egyik fokmérőjeként felhasználni, mint a településmarketing egyik eszközét (BOROS L. 2003; BOROS L. 2004). A törvény ellen több szervezet nyújtott be az Alkotmánybírósághoz keresetet, melyek eredményeként az Alkotmánybíróság 2008 szeptemberében a törvény több pontját hatályon kívül helyezte, ami azonban a létrejött térbeli struktúrát nem befolyásolja⁹.

E tiltakozások, és az egészségpolitika belső dilemmái a későbbi intézkedéseket az esélyegyenlőség növelésének irányába mozdították, s tükrözték azt a szemléletet, miszerint az egészségpolitika törekvéseiben a tér, a távolság és a hozzáférhetőség központi fogalomává vált. Közzétettek például egy olyan szoftvert, amelynek segítségével meg lehet állapítani az egyes települések egészségügyi intézményekhez való térbeli viszonyát, elérhetőségét¹⁰. Európai uniós pályázati források¹¹ segítségével kísérletet tesznek a hátrányos helyzetű kistérségek járóbeteg-szakellátásának fejlesztésére¹², növelik a mentőállomások számát.

A törvény tartalmából és fogadtatásának körülményeiből látható, hogy az egészségpolitika így komoly erkölcsi és elméleti dilemma elé került. A jelenlegi egészségügyi finanszírozási rendszer alapvetően egy társadalombiztosítási modellt követ, amelynek egyik alapelve a szolidaritás és az esélyegyenlőség. Így az egyes intézmények bezárása szükségszerűen maga után vonta a fekvőbeteg-ellátás egyes elemeinek távolabbra kerülését egyes települések lakóitól, illetve növelte az egyes központok elérhetőségét. Az egészségügyi rendszer ugyanis – bár az azt formálók retorikája annak liberalizációját hirdette – valójában a Beveridge-modell felé mozdult el. Ennek keretében fokozták a rendszer feletti szakmai bürokratikus kontrollt, nagyobb takarékosagra készítetve az intézményeket. Emellett a közvélemény az egészségpolitika törekvéseit az esélyegyenlőség és a területi hozzáférhetőség sérelmeként, illetve a szabad orvosválasztás korlátozásaként élte meg.

4. Összegzés

Összegzésképpen megállapítható, hogy az egészségpolitika jogszabályokban tükröződő törekvései a térrel-területiséggel kapcsolatban leginkább az egészségügyi reform eddigi legutolsó szakaszában fogalmazódtak meg. E szakaszban a fő törekvésnek a bürokratikus

⁹ <http://index.hu/politika/belfold/abd7303/>

¹⁰ http://www.eski.hu/new3/politika/reformtorvenyek_hatter.php

¹¹ <http://www.nfu.hu/doc/466>

¹² Jelenleg 29 kistérségben nincs, további 18-ban nem kielégítő a járóbeteg-szakellátás, s ezen belül 9 kistérségben mentőállomás sem található.

kontrollal ellátott, gazdasági racionalitást szem előtt tartó hatékonyságnövelés volt tekinthető, amelyet a fekvőbeteg-ellátás kapacitásainak területileg differenciált csökkentésével kívánt megvalósítani. Ez nagymértékben megbontotta a korábban kiépült egészségügyi ellátás térbeli struktúráját, s veszélybe sodorta az egészségpolitika már korábban deklarált alapelvét, az esélyegyenlőséget. Így – részben ennek az ellentmondásnak a mérséklésére, részben a társadalmi tiltakozás és az erőteljes lobbizás hatására – mérsékeltek a kapacitáscsökkentést, illetve az ellátási körzetek lehető legoptimálisabb területi elhelyezkedését próbálták kialakítani. A 2007-re kialakult kórházi területi struktúra így egyfajta kompromisszumnak tekinthető az egészségpolitika két – egymásnak ellentmondó, de nem nélkülözhető – alapelve (gazdasági hatékonyság és esélyegyenlőség) között.

Ez a törekvés igen intenzív politikai-társadalmi vitákat és konfliktusokat generált. E viták olyannyira felerősödtek, hogy lényegében a kapacitások csökkentésével operáló elképzelések bukásához vezettek. Ez azt jelzi, hogy a politikusok feltételezik, hogy a területi hozzáférhetőséget és az esélyegyenlőséget a gazdasági racionalitás (ami egyébként ösztársadalmi és gazdasági lényeges tényező) mögé soroló elképzelések nem kapnának kellő támogatottságot a társadalom többségének részéről.

Az említett viták lényegében arról a – konfliktusok nélkül vélhetően megoldhatatlan – kérdéstről szólnak, hogy lehetséges-e az egészségügyi szakellátás olyan területi struktúrája, amely területileg a legnagyobb hozzáférhetőséget biztosítja mindenki számára, ugyanakkor ösztársadalmi mértékben finanszírozható.

A kutatás e vitából adódóan többféle irányba is kiterjeszhető. Az elemzésekbe be lehetne vonni a mindenkori kormányzati egészségpolitikai dokumentumok szélesebb körét, az egészségpolitikusok nyilatkozatait, politikusok nyilatkozatait, beszédeit, a politikai pártok egészségpolitikai programjait, koncepcióit. Fontos kérdés, hogy az átalakulások milyen mértékben befolyásolják hosszabb távon az esélyegyenlőséget és az egyébként is relatíve nagy területi különbségeket mutató (UZZOLI A. 2003) – a fejlett európai országoktól még mindig rosszabb – egészségi állapotot?

Irodalom

- BALÁZS P. (2008) Biztosítási reform, jövőkép nélkül. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 2. szám, pp. 20–24.
- BOROS L. (2003) A sikeres városok vizsgálatának lehetőségei – In: *Európai kihívások 2.* Szeged, pp. 317–320.
- BOROS L. (2004) A városverseny igazi vesztesei – In: *II. Földrajzi konferencia*, CD-ROM, Szeged. 7p.
- BUGOVICS E. – BUGOVICS Z. (2007) Javaslat a magyarországi kórházak struktúra- és ágyszámváltozásához. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 3. szám, pp. 8–15.
- BUGOVICS E. (2008) Az egészségügyi reform esztétikájáról. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 1. szám, pp. 3–11.
- FÜLÖP R. (2007) „Pazarlás” vagy „pénzkivonás”? *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 5–6. szám, pp. 22–25.
- FÜZESI ZS. – BUSA CS. – TISTYÁN L. (2007) Új, innovatív egészségügyi programok fogadtatása a kistérségekben. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 3. szám, pp. 22–27.
- JOÓB S. – ZSOLT M. (2006) Ellátják a kórházak baját. *Index* 2006. december 19. (<http://index.hu/politika/belfold/korhaz6967/>)
- KARNER C. (2008) Nemzetközi egészségügyi finanszírozási modellek és az állam szerepvállalása. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 2. szám, pp. 3–15.
- KISS J. P. – MATTÁNYI ZS. (2005) Stroke-ellátó központok és körzeteik optimalizálása a legrövidebb eljutási idő alapján. *A Magyar Regionális Tudományi Társaság III. Vándorgyűlése*, Sopron, 2005. november 25–26. (CD Kiadvány)
- NÉMETH ZS. (2007) Egészség minden szakpolitikában. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 5–6. szám, pp. 40–43.
- OROSZ É. (2001) Félúton vagy tévúton? *Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái*. Egészséges Magyarországért Egyesület, Budapest, p. 323.
- OROSZ É. (2003) Egészség és egészségügy az ezredfordulón – In: *Kulcsár K. – Bayer J. szerk.: Társadalom, politika, jogrend*. Magyar Tudománytár 4. MTA Társadalomkutató Központ, Kossuth Kiadó, Budapest, pp. 177–209.

- SIMON KIS G. (2008) Egészségügyi reform. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 1. szám, pp. 2–14.
- UZZOLI A. (2003) A magyar népesség egészségi állapota az európai országok körében. Földrajzi Közlemények, 1–4. szám, pp. 131–156.
- UZZOLI A. (2007) A magyar egészségügyi ellátórendszer strukturális átalakításának területi vonatkozásai. Tér és Társadalom, 3. szám, pp. 103–115.
- UZZOLI A. – VARGA T. (2007) A kórházszerkezet átalakítás hatásai a Közép-Magyarországi Régióban. Comitatus, 9. szám, pp. 17–24.