

Készítette:

Határon Átnyúló
Kezdeményezések Közép-
európai Segítő Szolgálata

1067 Budapest

Teréz körút 13.

www.cesci-net.eu

A CESCO
hozzászólása a
Simmelweis
Terv
vitairatához



A CESCO hozzájárulása a Semmelweis Terv vitairatához

Vezetői összefoglaló

Az alábbi rövid tanulmánnyal a CESCO munkatársai a magyar egészségpolitikát stratégiai szinten meghatározó Semmelweis Tervhez kívánják hozzájárítani egy olyan szempont (a határ menti együttműködések potenciális szolgáltatóként történő) megjelenítésével, amely a tervezet eredeti vitairatában nem kap szerepet, jóllehet az EU-s szakpolitikák számos területen egyre kedvezőbb szabályozási környezetet biztosítanak a nemzetállami kereteket meghaladó tervezési gyakorlatnak.

Előzetesen szükséges leszögezni, hogy a tanulmány készítői nem rendelkeznek szakmai tapasztalatokkal az egészségpolitika területén, és a nyugat-európai példákat ismerve tisztában vannak azzal is, hogy a nemzetállami kompetenciákat érintő kérdésekben még a nálunk régebbi tagállamok esetében is problematikus határon átnyúló kezdeményezéseket sikerre vinni. Mindazonáltal Európának talán a magyar a leginkább érdekelt etnikuma a határon átnyúló együttműködések erősítésében. Ez a szemléletmód világosan megjelenik a kormányprogramban, az Új Széchenyi Tervben, valamint a határon átnyúló témáknak a minisztériumi intézményi struktúrában megfigyelhető hangsúlyos szerepében. Érdemes megemlíteni a tényt, hogy a határ menti kooperációnak a legmagasabb szintű intézményét, az EGTC-t (újabb hivatalos nevén az ETT-t) illetően is úttörő szerepet játszik hazánk. Többek között a Közigazgatási és Igazságügyi Minisztérium Határon Átnyúló Területi Közigazgatási Kapcsolatok Osztálya munkájának köszönhetően Franciaországot követően magyar székhellyel alakult a legtöbb csoportosulás. Ezek a csoportosulások alkalmasak olyan szolgáltatások határon átnyúló rendszerének kialakítására, amelyekre az adott tagállam jogszabályai az alapítókat feljogosítják, és további jogszabályok nem akadályozzák.

Az alábbiakban ezért az EGTC-rendelet hatásának rövid ismertetése mellett egy konkrét eseten (Esztergom példáján) keresztül vizsgáljuk az egészségügyi szolgáltatások határon túlnyúló

SEMMELWEIS TERV

biztosításának lehetőségét (a királyváros esetében ennek már ma is meglévő gyakorlatával találkozhatunk), amely alapján néhány tervezési javaslatot is megfogalmazunk.

Abban a reményben ajánlom a szakemberek figyelmébe szerény kezdeményezésünket, hogy az alább leírtak értő fülekre találnak, és a tervezési folyamat során mód nyílik a sajátos, határ menti területi szempontok érvényesítésére.

Ocskay Gyula

főtitkár

Bevezetés

Európa történelmében a kulturális sokszínűség gyakran okozott közvetve vagy közvetlenül konfliktusokat, háborúkat. Ez a sokszor fájó történelmi tapasztalat is hozzájárult az egységes Európa gondolatának 20. századi reneszánszához, majd a gazdasági-politikai integráció megindulásához. Az alapító atyák célkitűzése egy kulturálisan sokszínű, de gazdaságilag egységes, a világpiacon pozícióját sikerrel őrző térség kialakítása volt.

E cél elérésének egyik legfontosabb eszközeként ismerték fel az EU döntéshozói az 1990-es évek elején a határ menti, határon átnyúló együttműködéseket. Az Európai Parlament Költségvetési Bizottságának francia elnöke, Alain Lamassoure nem véletlenül nevezte a határ menti együttműködéseket az Európai Unió laboratóriumának, hiszen a határtérségekben élők napi szinten tapasztalhatják meg az uniós szabadságok érvényesülésének, a határok megszűnésének előnyeit, a még meglévő adminisztratív akadályoknak pedig a kedvezőtlen hatásait.

A fokozatosan megszűnő határok révén a történelem során kialakult regionális vonzaskörzetek olyan önállóodási, integrálódási és fejlődési lehetőségekkel rendelkeznek, amelyeket jól felismerve és kihasználva regenerálódhatnak, és nagyobb eséllyel vehetik a saját kezükbe sorsuk irányítását. Jobban érvényre juthatnak ésszerű térségfejlődési folyamatok, melyek egyes régiók depresszióból való kilábalását is nagyban megkönnyíthetik. Különösen így van ez azokon a területeken, ahol évezredek szerves és közös fejlődést megszakító határvonások csonkították a természetes vonzaskörzeteket, ami egyben versenyképtelen zárványok kialakulásához vezetett. Az olyan nagytájakon, mint amilyen a Kárpát-medence is (gyakorlatilag a mai magyar határvonal mentén végig), számos ilyen, az elszigeteltségtől torzított térszerkezeti mozaikot találunk, mely nyilvánvalóan minden fél számára negatív következményeket idézett elő (Kovács 1990). A központok számos esetben a határ egyik, míg vonzástereik egy része a határ másik oldalára került (Győri 2006). Ezzel olyan sajátos, „mesterségesen városhiányos” térségek alakultak ki a határ mindkét oldalán, melyek súlyosabb esetben megtorpantak, leszakadtak a fejlődésben, kevésbé súlyos esetben pedig új, hiánypótló központok kialakítását segítették, rosszabb esetben erőltették. Ezek a

negatív térszerkezeti változások (a vonzáskörzeti központok funkcionális súlya miatt) mindenképpen meghatározták a közösségi szolgáltatások alakulását is. A határok elválasztó szerepe miatt számos esetben alakultak ki a racionálisnál lényegesen gazdaságtalanabbul működő ellátási körzetek (természetesen nem csupán az egészségügy területén).

A földrajzi és történelmi meghatározottság mellett a határok etnikai, társadalmi, gazdasági, közlekedési és egészségügyi ellátási szempontokból is megtörik a térbeli folytonosságot, gátolják a térkapcsolatok, áramlások zökkenőmentes alakulását (*Nárai–Rechnitzer* 1999). Magyarország határai minden szempontból valós és jelentős gátaknak minősültek a legutóbbi időkig, a határvonalak mindkét oldaláról nézve. Határ menti együttműködéseink sikeressége tehát nem csupán a határainkon belül, illetve kívül élő magyarság sorsát, de az egész Kárpát-térség közös jövőjét is nagyban befolyásolhatja.

A határokon átívelő együttműködések nyilvánvalóan akkor nyújtják az ott élők számára a legnagyobb hozzáadott értéket, ha sikerül a térség közösségi szolgáltatásait összehangolni, gazdaságosabban üzemeltethetővé, gyorsabban igénybe vehetővé tenni. Mindezidáig ennek kivitelezésére minimális esély volt, hiszen nem állt rendelkezésre olyan együttműködési forma, amely érezhetően megkönnyítette volna az eltérő államok, eltérő jogrendszereinek összeegyeztetését. Az EGTC-rendelet elfogadása óta azonban ez a helyzet megváltoztathatóvá vált.

A határok folyamatos légiesedése, az európai integráció előrehaladása, az új együttműködési formák megjelenése egyre inkább felülírják a régi (az államhatárokkal többnyire lezáruló) térfelfogást. A határok mentén lehetőség nyílik a párhuzamos fejlesztések, a gazdaságtalanul kialakított szolgáltatási körzetek felszámolására. Jelen dolgozatban fel kívánjuk hívni a figyelmet erre, a jövő térszerkezetét alapvetően meghatározó, és ezért a tervezést is döntően befolyásoló folyamatra. Mivel a Semmelweis Terv Vitairatából lényegi értelemben kimaradt a határokon átterjedő gondolkodás, a kapacitások összehangolása és ezáltal az ellátás gazdaságosabbá tétele, fontosnak éreztük, hogy kiemeljük ennek a területnek a lehetőségeit. Meggyőződésünk, hogy az egészségügy talpra állítását célul kitűző tervezésnek tisztában kell lennie a határokon átterjedő lehetőségekkel, és azokat a terv sikeres megvalósítása érdekében ki kell használnia. Mindez

az esélyegyenlőségi szempontok miatt is lényeges tényező, hiszen a határon túlnyúló tervezési gyakorlat a határ menti (gyakran forráshiányos, demográfiaileg kedvezőtlen helyzetű, közlekedési kapcsolatrendszerét tekintve zárványos) térségek lakosságának ellátási színvonalát éppúgy javítja, mint a határ menti egészségügyi intézmények működtetési-finanszírozási feltételeit.

Az új lehetőségeket kínáló együttműködési forma (egészségügyi szempontú) bemutatását követően, egy konkrét térség ellátási sajátosságait bemutató esettanulmányon keresztül próbáljuk érzékeltetni megfontolásra javasolt szempontjainkat.

Megvalósítható határon átnyúló szolgáltatások

Mivel a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatásokat alapvetően egy új európai uniós területfejlesztési eszköz, az EGTC teszi megvalósíthatóvá, témánk további kifejtése előtt elengedhetetlen ennek a hatékony kelléknek az ismertetése.

Az EGTC meghatározása

Az EGTC az **európai területi együttműködési csoportosulás** angol megfelelőjének (European Grouping of Territorial Cooperation) rövidítése. A csoportosulások létrehozását hazánkban az 1082/2006/EK-rendelet és a 2007. évi XCIX. törvény teszi lehetővé. A 2010. évi CXXVI. Törvény az EGTC magyar hivatalos elnevezését megváltoztatta, ennek megfelelően az alábbiakban az **európai területi társulás** (ETT) elnevezést használjuk (a rendelethez, valamint a megalakult csoportosulások nevére történő hivatkozások kivételével).

A csoportosulások olyan határon átnyúló tartós szervezetek, amelyek saját alkalmazottakat foglalkoztathatnak, közös, határon átnyúló hatókörű intézményeket és közcélú vállalkozásokat indíthatnak, működtethetnek. Tagjai különböző szintű önkormányzatok, állami intézmények (akár minisztériumok), valamint olyan szervezetek lehetnek, amelyek a

közbeszerzési törvény értelmében ajánlatkérőként jelenhetnek meg (2003. évi CXXIX. törvény 22. § (1) bekezdésének a)-j) pontja).

Az ETT-t legegyszerűbb úgy elképzelni, mint egy határon átnyúló megyét, de hatósági jogkörök nélkül.

Az ETT előnye más hasonló intézményi megoldásokkal szemben, hogy államközi szerződések nélkül is teljes jogképességgel rendelkezik, és eljárhat az illetékes hatóságok irányában minden érintett EU-tagállamban. Harmadik országok jogalanyainak csatlakozását külön egyezmény és/vagy az adott ország belső jogszabályai teszik lehetővé.

Az EU-s EGTC-rendelet megalkotói eredetileg programok és projektek menedzselésére alkották meg az intézményt, de ma már egyre többet emlegetik a több szintű kormányzás alanyaként is.

Az ETT előnyei és hátrányai

Előnyök

- ❖ Az ETT-knek nem csak különböző szintű önkormányzatok, hanem az államok is tagjai lehetnek. Itt nem pusztán elvi támogatásról van szó, hanem egy ETT-nek közvetlen tagjai lehetnek pl. minisztériumok. Ez egyrészt tekintélyt kölcsönöz a szervezetnek, másrészt stabil finanszírozási háttérrel biztosít, végül az ETT érdekérvényesítő erejét is kedvezően érinti.
- ❖ Az ETT rendkívül leegyszerűsíti, és teljesen legálissá teszi a közös intézmények működtetését, finanszírozását. Egy ETT-nek saját alkalmazottai (pl. titkárság), intézményei (pl. vállalkozásfejlesztési és munkaerő-irányítási központ), vállalkozásai (pl. turisztikai desztinációs menedzsmentszervezet) lehetnek. Ezeknek a működését, foglalkoztatását a befizetett tagdíjakból, közös pályázati bevételekből, az ETT vállalkozásainak visszafordítható saját bevételeiből, kormányzati direkt hozzájárulásokból (pl. állami normatíva) fedezheti maga az ETT.
- ❖ Nagyon fontos előnye az ETT-nek, hogy minden EU-s tagállamra kötelező érvényű jogszabályról van szó. A vonatkozó rendelet a közösségi jog része: minden tagállam el

kell, hogy ismerje az adott ETT-t önálló jogi személynek. Így annak működését nemzeti és uniós jog védi. Nincs szükség bilaterális megállapodásokra: a valamelyik tagállamban székhellyel rendelkező csoportosulás azonnal megkezdheti működését minden jóváhagyott tag területén. Összefoglalva: bár az ETT helyi, regionális érdekeket jelenít meg, uniós szintű szervezet: az adott tagállam gyakorlatilag nem gátolhatja meg a létrejöttét. Ezek az adottságok páratlanul hatékonyá teszik a csoportosulások működését.

- ❖ Az ETT egy rendkívül flexibilis eszköz. Könnyen igazítható a változó igényekhez, nem egy merev struktúra. Ha egy fejlesztési program megvalósításakor új tényezők merülnek fel, a szervezet céljai, döntéshozatali módszere, intézményei átalakíthatóak. A jogi-intézményi keretek újdonsága pedig viszonylag nagy szabadságot ad a kreatív és egyedi (konkrét térségre szabott) intézményi megoldásoknak.
- ❖ Az ETT az ETE-programok forrásainak fogadására a legalkalmasabb eszköz. Formai adottságainál fogva jóval kedvezőbben juthat ilyen támogatásokhoz, mint bármilyen más együttműködés. Ez amiatt van így, mert egy ETT automatikusan teljesíti a közös projektekkel szembeni elvárásokat, tartós intézményi együttműködésként garantálja a projektek eredményeinek fenntartását, a közös finanszírozást. Az ETT-k pályázataiban esetében nem kell alkalmazni a Lead Partner elvet sem. Mindez azt eredményezi, hogy az ETT már eleve magasabb pontszámmal indul az ETE-pályázatokon, mint más partnerségek.

Hátrányok

- ❖ Az intézmény újdonságának köszönhetően a tagállamok hivatalos szervei nehezen tudják értelmezni, mi is az ETT. Ráadásul az ETT-k sikeres működéséhez számos egyéb jogszabály szükséges (pl. egy kórház határon átnyúló szolgáltatásainak elindításához). Általános jelenség, hogy a kormányok szeretnék ezeket a kompetenciákat tagállami szinten megőrizni.
- ❖ A tagállami szabályozások között jelentős eltérések mutathatóak ki. A román és a cseh jogszabály pl. kizárja a tagok felelősségének korlátozását, a magyar és a lengyel viszont kizárólag korlátozott felelősséggel engedélyezi a részvételt. A szlovák

szabályozás egészen konkrét célokkal hagyja jóvá az ETT-k alapítását (pl. egy konkrét szolgáltatás határ át történő biztosítására), a magyar esetében az általános célmeghatározás is elegendő. Ezek a különbségek nagyon megnehezítik a rendelet alkalmazását.

- ❖ A rendelet számos kérdést utal nemzeti hatáskörbe, ami valójában az ETT-k működtetésével és megszüntetésével kapcsolatos tagállami mérlegelés körét bővíti.
- ❖ Az ETT hasonlít egy vállalkozásra. Amennyiben egy eurorégió (a határon átnyúló együttműködések egy egyszerűbb formája) tagjai az adott évben nem tudnak költeni az együttműködésre, szüneteltethetik a tevékenységüket. Az ETT esetében ezt nem lehet megtenni, mindenképpen vannak éves működési költségek, amit valakinek fedeznie kell. A kööttségek abban is megmutatkoznak, hogy az ETT önálló jogi személyiségből kifolyólag vagyont is szerezhethet, s megszünése esetén ennek sorsáról is rendelkezniük kell a tagoknak.

Az ETT-k típusai

A Rendelet 2007-es hatályba lépése óta 18 ETT regisztrációja zárult le sikeresen (ezek közül hatnak vannak magyar tagjai), és több tucatnyi alapítása van folyamatban. Ezek az ETT-k funkcionalitásuk szempontjából 4 nagy csoportba sorolhatóak.

A legtöbb megalapított ETT a közvetlen, határ menti területfejlesztést tűzte ki céljául. Ezek a szervezetek nevezhetőek határ menti területfejlesztési ETT-knek. Céljuk a hosszú távú területi együttműködés, közös fejlesztések megvalósítása és a fejlesztések eredményeinek fenntarthatóságát biztosító közös intézmények, esetleg közös vállalkozások létrehozása, működtetése. Ezeket az ETT-eket az eurorégiós együttműködések következő generációjának tekinthetjük, mivel az eurorégiók, eurodistrictek és egyéb szervezeti keretek között elindított munkát emelik egy magasabb szintre. (Példa: Lille-Kortrijk-Tournai EGTC, Ister-Granum EGTC.)

Az ETT-k másik típusa a hálózati. A hálózati ETT-k esetében nem a területi közelség, hanem a közös téma a meghatározó. A hálózatban együttműködő partnereket a közös program vagy projekt témája köti össze. Ez az együttműködési forma hatékonyan

alkalmazható transznacionális vagy interregionális projektek megvalósítására és eredményeinek hosszú távú fenntartására. (Példa: az egykori athéni gyarmatvárosokat egyesítő Amphyctiony EGTC.)

A harmadik típust a programozási ETT képviseli. Ez az ETT egy konkrét uniós finanszírozási program irányító hatóságának feladatait látja el, és közvetlenül szerződhet a kedvezményezettekkel a konkrét projektek megvalósítására. (Példa: Grande Région EGTC, amely a francia-német-belga-luxemburgi határtérség európai területi együttműködési programjait menedzseli.)

Végül a negyedik típusba a projekt ETT-ket sorolhatjuk. Ebben az esetben a partnerek célja egy konkrét határon átnyúló projekt megvalósítása. Az ETT ilyenkor projektársulásként funkcionál. (Példa: a spanyol-francia határon egy közös kórházat létrehozni tervező Cerdanya EGTC.) (Ocskay – Jaschitz 2010)

Egy ETT nyújtotta újszerű jogi környezetben tehát többé egyáltalán nem lehetetlen a határokon átvitt, áthozott betegekről beszélni, a határ menti kórházakat gazdaságosabban működtethető ellátási, vonzaskörzetekben gondolkodni (jóllehet, ennek számos egyéb – jogi, finanszírozási, irányítási – tényező is feltétele). Hogy ennek vélhető hatásait egy konkrét esetben is megvizsgáljuk, példaként Esztergom térségét vettük górcső alá.

Az esztergomi kórház racionális vonzaskörzete

Esztergom és tágabb várostérsége is tökéletesen beleillik abba az állapotjellemezésbe, mely szerint napjainkban egy sok ponton torzult térszerkezettel rendelkező, természetes kapcsolatait nagyrészt elvesztett területen az újraszerveződés egy sajátos formája van kibontakozóban. Itt is egy olyan kistérségről beszélhetünk, amelyet táji és történelmi szempontból is egyfajta egység, szerves összekapcsoltság jellemez. Ráadásul az érintett szlovák országrészen igen magas a magyar lakosság aránya (Sikos T.–Szarka 2008). A

vizsgálati terület egészén, a nagyvárosokkal együtt is 50% fölötti, de a települések túlnyomó részén 90%-nál is magasabb (Kocsis–Bottlik–Tátrai 2006). Így a különböző témájú együttműködések sem igazán ütköznek nyelvi akadályokba. A vizsgálat célpontjául választott központ egyike azon csonkított vonzaskörzetű Kárpát-medencei városoknak, melyek a magyar határon belül maradtak.

A kutatás mintaterületéül választott régió tehát alkalmas a magyarországi határ menti együttműködési lehetőségek egy típusának érdemi vizsgálatára. Egyéb, a térség vonzaskörzeteit átfogó értelemben vizsgáló kutatások (Jaschitz 2010) azt mutatták ki, hogy Esztergom város a második világháborút követően folyamatosan veszített vonzerejéből. Azonban miután a határperiférián fekvés hátránya a Schengeni Egyezménynek köszönhetően előnyévé változott, általános erőtere elkezdett növekedni, a településhálózatban elfoglalt pozíciója megerősödött és azóta is folyamatosan erősödik. A 2001-ben újjáépült Mária Valéria híd egészen új térkapcsolati lehetőségeket teremtett a térségben. A híd megnyitásával Esztergom északi irányban gyakorlatilag megduplázta valós hinterlandját. Egyértelművé vált, hogy a legutolsó időszakban megfigyelhető erőter-növekedés a fokozatosan kinyíló határhelyzet és a térségben ezzel párhuzamosan megvalósuló sikeres határon átívelő együttműködéseknek köszönhető.

Vizsgálatunk szempontjából nem elhanyagolandó körülmény, hogy éppen Esztergom központtal alakult meg a közép-európai térség első (az Európai Unió második) ETT-je, Ister-Granum néven, a 2003-ban alapított eurorégió nyomdokain.

SEMMEI WEIS TERV

Ister-Granum Eurorégió
2500 Esztergom
Szechenyi tér 1.
Tel.: +36-33-412-391
www.istergranum.hu

RRA Južný región
Sv. Stefana 79
Štúrovo, 943 01
Tel.: +421-36-7523051
www.rra-juznregion.sk



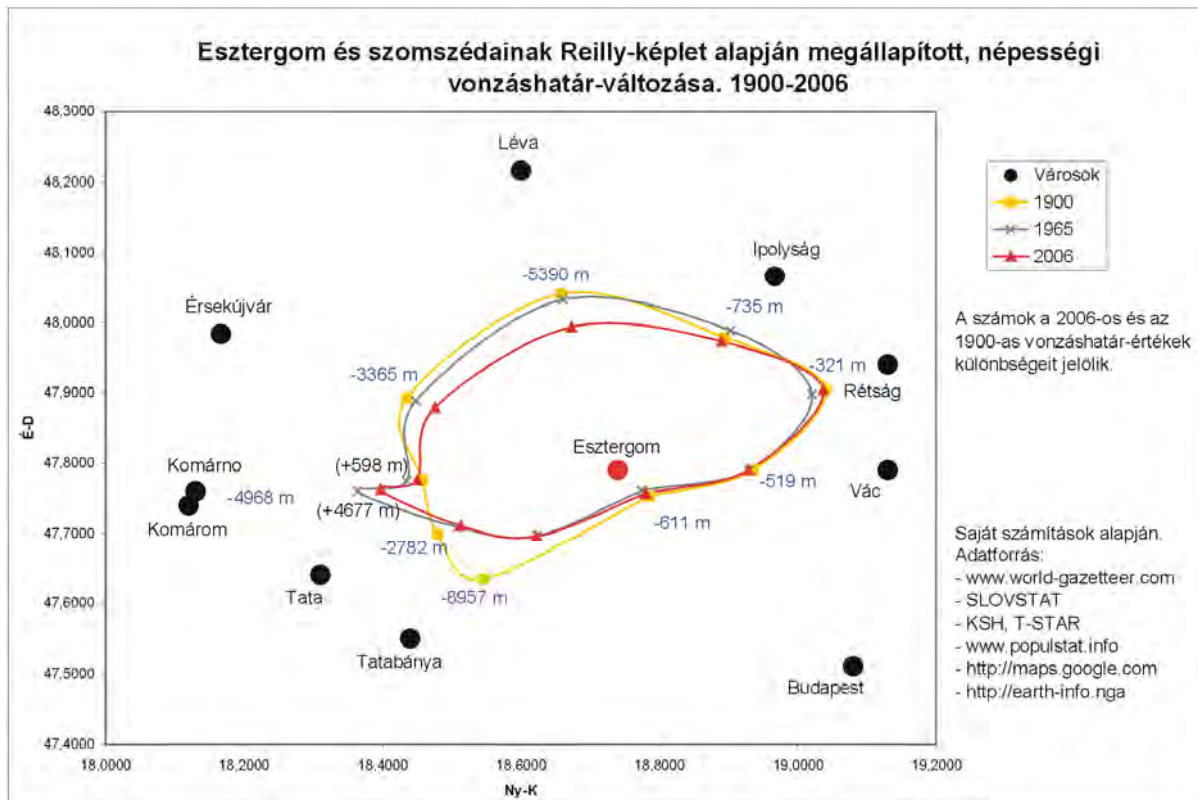
(Forrás: www.istergranum.hu)

Az ETT-nek 47 magyar és 42 szlovák település a tagja, lakosainak száma megközelíti a 200 000-et, így egy Debrecen nagyságú integrációról beszélhetünk.

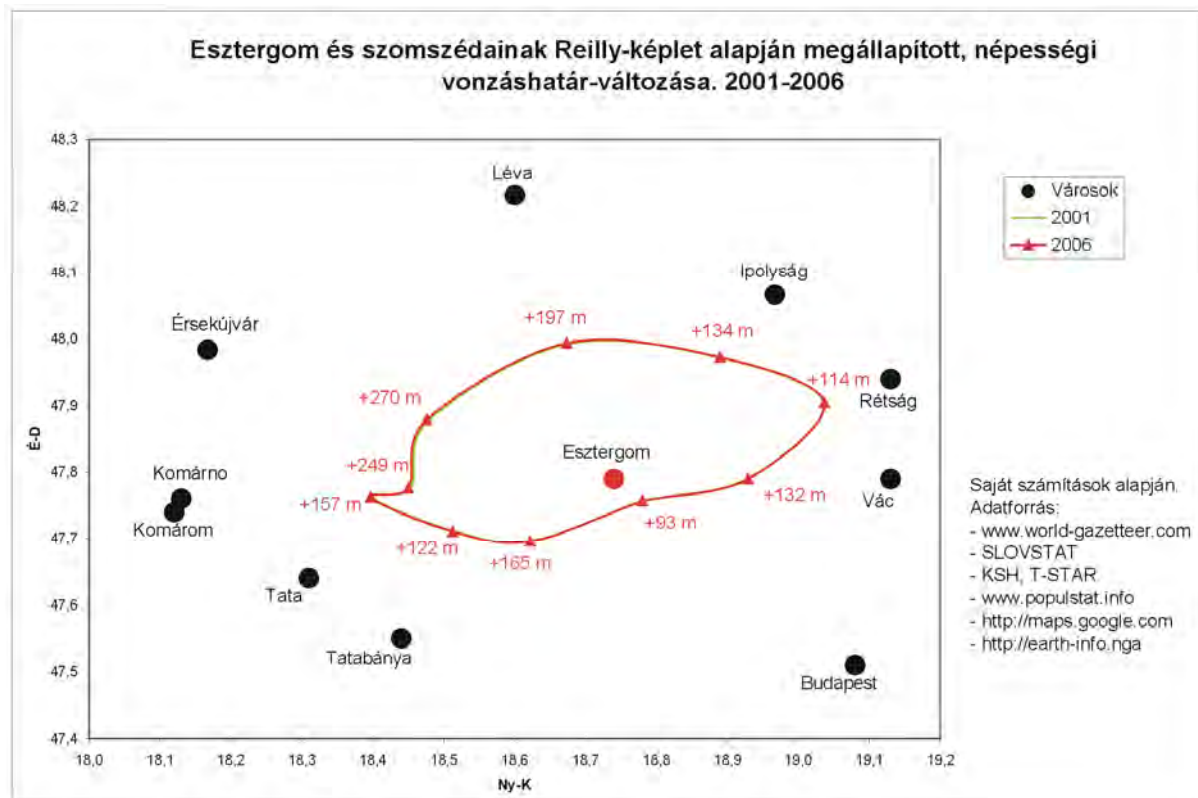
A minta kiválasztásánál szerepet kapott az is, hogy a korábbi menedzsment kitartó érdekérvényesítő munkájának köszönhetően a Vaszary Kolos Kórháznak sikerült szolgáltatási szerződést kötnie a szlovákiai Sideria Istota, majd a Dôvera Biztosítóval.

Ki kell emelnünk az esztergomi vonzáster kiterjedésének sajátosságai közül azt a tényt is, hogy bár a város Magyarország területén található, természetes erőterének nagy része a határ túloldalán fekszik (a várostól délre húzódik a magyar főváros közvetlen agglomerációs határa).

SEMMEIWEIS TERV



(Forrás: Jaschitz 2010)



(Forrás: Jaschitz 2010)

Mivel a trianoni határ számos hasonló, szerves fejlődésű, korábban természetes vonzáskörzetet vágott szét, a mai magyar határ mentén több tucat olyan központot találhatunk (úgy a magyar, mint a szomszédos oldalon) amelyek kifejtenek bizonyos mértékű térszervező hatást a határ túloldalán is. Mindezek a körülmények azt indokolják, hogy (többek között) egészségügyi ellátási szempontból is foglalkozzunk a határokon áterjedő szolgáltatások gondolatával.

Munkánk célja a jellemző egészségügyi térkapcsolatok, elméleti vonzáskörzetek feltárása, amellyel az együttműködési, tervezési munkát is segíteni szeretnénk. Kísérletet teszünk az aktuális elméleti kórházi ellátási körzetek, modellek segítségével történő vizsgálatára, egy a valóságot lehető legjobban közelítő lehatárolásra. Mivel a régióban, a határok fokozatos eltűnésével, általános értelemben is egészen új térszerveződési folyamatok zajlanak, (*Jaschitz 2010*) ezek új területfejlesztési lehetőségeket, feladatokat jeleznek előre, amelyek adott esetben érinthetik az egészségügyet, ezen keresztül pedig az esztergomi kórházat is. A régi, Trianon előtti városhierarchia és a régi településkapcsolatok új, mindeddig ismeretlen folyamatok kíséretében rendeződnek vissza, illetve (a közel évszázados politikai meghatározottságok nyomán kialakult új térszerkezetnek köszönhetően) formálódnak újra. E folyamatok erősségét és irányait azonban (az egészségügyi szakpolitika terén is) a lehető legpontosabban ki kell mutatni, hiszen túlértékelésük épp olyan hiba lehet, mint figyelmen kívül hagyásuk.

Jelen esettanulmány tulajdonképpen hiánypótló-jellegűnek is felfogható, hiszen a szakirodalmi előzmények között célzottan Esztergom egészségügyi vonzáskörzetével foglalkozó tanulmányt nem találunk. Magára az esztergomi térségre és az utóbbi évtizedek határ menti folyamataira irányulóan persze számos publikációban találunk színvonalas, átfogó információkat. (*Hardi 2008; Hardi-Lampl 2008; Hardi-Mezei 2003c; Mezei 2005, 2008; Mezei-Tóth 2008; Sikos T.–Tiner 2007, 2008, Jaschitz 2010*) Tematikai és módszertani szempontból egy olyan vizsgálati eljárást választottunk, amely ugyan részletes és pontos egészségügy-fejlesztési ajánlással nem szolgál, azonban arra tökéletesen alkalmas, hogy nagy pontossággal érzékeltesse a határokon átívelő gondolkodásban rejlő lehetőségeket az

egészségügy-fejlesztés területén. Emellett az eljárás kiválóan alkalmazható kórházi központok egymáshoz mért területi vonzerejének modellezésére is.

A Semmelweis Tervhez való hozzászólásunk megfelelő alátámasztása érdekében az esztergomi Vaszary Kolos kórház vonzókörzetének modellezését hajtottuk végre. A vizsgálat első lépéseként egyrészt ki kellett jelölnünk azokat a településeket, amelyekre az esztergomi kórház (nem aktuális feladatellátási, hanem gravitációs szempontból) nagy valószínűséggel vonzó hatással bír. Másrészt pedig ki kellett választanunk azokat a kórházakat, amelyek a Vaszary Kolos kórház természetes ellenpólusai lehetnek. E központok által bezárt térség településeit vettük számításba a vizsgálat során. Természetes ellenpólusnak az Esztergom közvetlen szomszédságában lévő, kórházzal rendelkező városokat jelöltük ki. Így összesen 12 központ (Esztergom, Budapest, Vác, Ipolyság, Léva, Érsekújvár, Komárom, Észak-Komárom, Tatabánya, Dorog, Visegrád, Lekér) és 171 település viszonyát vizsgáltuk meg.

Települések közötti térbeli kölcsönhatások modellezésére számos módszer létezik. Mi ezek közül az ún. gravitációs modell egy módosított változatát alkalmaztuk, amelynek alapja a Newton által megfogalmazott egyetemes tömegvonzás törvénye. A gravitációs törvény szerint két test közötti vonzóerő nagysága a két test tömegével egyenesen, a közöttük lévő távolság négyzetével fordítottan arányos. A társadalomtudományokban használatos legegyszerűbb gravitációs modell képlete a következő: $V_{ij} = g(P_i * P_j / d_{ij}^2)$, ahol V_{ij} az i és j közötti „népesség erő”, P_i és P_j a népesség száma, d_{ij} az i és j közötti település közötti távolság, a g pedig a tapasztalati állandó, amely leggyakrabban az 1-es értéket veszi fel. (Dusek 2005)

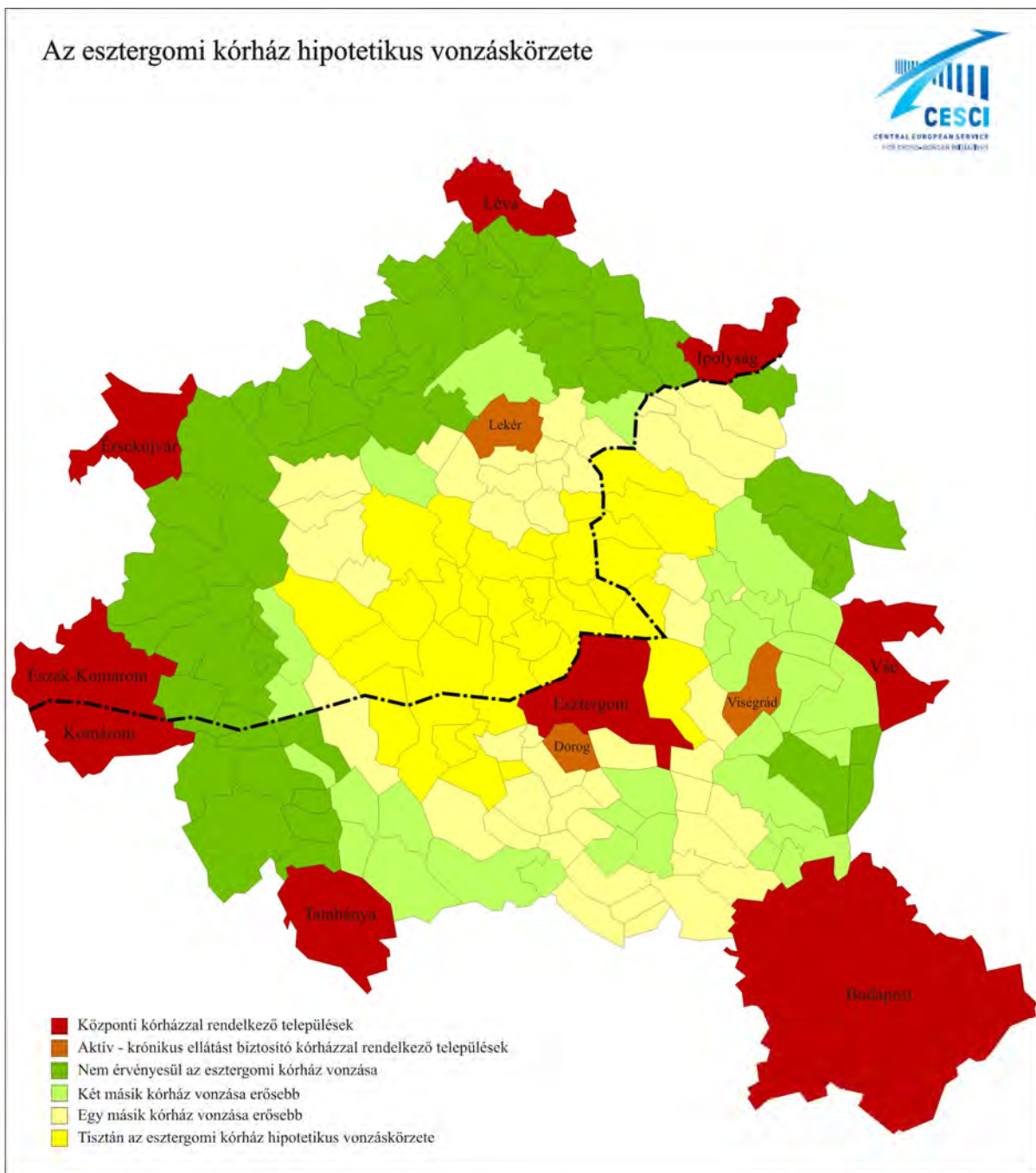
A modellben a tömeg meghatározása a vizsgálat tárgyától függ elsősorban. Leggyakoribb „tömegtípusok” a lakosság szám, az intézményi sűrűség, jövedelmi viszonyok, kórházi ágyak száma stb. A távolság meghatározása esetében is több lehetőség közül választhatunk. Ilyen például a közúti távolság, az időtávolság közúton, tömegközlekedés által meghatározott távolság időben és térben.

A modellezési folyamatot megelőzően összeállítottunk egy adatbázist, amely tartalmazta az egyes települések tömegét és a központokhoz viszonyított távolságát. Esetünkben a modell lehető legteljesebb interpretálhatósága érdekében a távolságot, a települések központokhoz viszonyított közúti távolsága képezte, míg a tömeget egy komplex

számértékkel fejeztük ki. Ez a számérték nem más, mint a kórházak férőhelyszáma szorozva az egyes kórházi osztályok számának és a térségben előforduló osztálytípusok hányadosával. Tulajdonképpen ez biztosította, hogy az egyes kórházak regionális jelentőségét a valóságot leginkább megközelítő módon fejezzük ki.

A helyes modell kialakítása során a Reilly által kidolgozott képletet hívtuk segítségül. Ez a képlet is a gravitációs modellek egy altípusa. A térnek azt a pontját adja meg, ahol két központ vonzásereje kiegyenlítődik, másképp fogalmazva: ahol vonzáshatáruk húzódik. Számításának módja a következő: Az adott központ és az ellenpólus közötti távolságot elosztjuk a súlyok hányadosának négyzetgyökével és hozzáadunk egyet. A kapott érték és egy további képlet segítségével tudjuk meghatározni a vonzáshatár pontjainak koordinátáit. A képlet hiányossága, hogy csupán az egyes központok egymáshoz viszonyított erejével számol, arra azonban messzemenően alkalmas, hogy a térség összes településével kalkuláló modellek helyességét ellenőrizze. A számítások során tehát először meghatároztuk az egyes központok elméleti vonzáshatárait, majd több kísérletet követően kialakítottuk a végleges eljárást.

A kórházi férőhelyek szempontjából kifejezetten nagy volt a szórás az egyes központok között. Nem meglepő, hogy a térségben legnagyobb súllyal Budapest rendelkezik. Mivel vizsgálatunk elsődleges célja az esztergomi kórház vonzáskörzetének megállapítása volt, a főváros kiemelkedő tömegét a számítás során (ésszerű mértékben) ellensúlyozni kellett ahhoz, hogy a helyi sajátosságok elemezhetően kirajzolódjanak. Mivel két település közti kapcsolatokat a köztük lévő távolság (elérhetőség) jobban meghatározza, mint a tömegük, mi is olyan matematikai megoldást választottunk, amely ezt a megállapítást tartja szem előtt. Ezért a számítások során a távolságértékek 6-os hatványkitevővel megnövelt értékét alkalmaztuk. Ezáltal a képletben a tömeg-távolság viszonyrendszernek egy olyan elegyét állítottuk elő, ahol a túlzott tömeg-eltérések elsimulnak, az elérhetőség pedig jelentősebb szerephez jut. Így megítélésünk szerint az adott térség sajátosságainak legmegfelelőbb modell került kidolgozásra. A kiterjedt számítások eredményeit, a jobb interpretálhatóság érdekében térképre vetítve ábráztuk.



A mellékelt térképen bordó színnel láthatóak a központi kórházzal rendelkező települések. Barnával szerepel Dorog, Visegrád és Lékér. Ennek a megkülönböztetésnek az az oka, hogy ezeken a településeken csak kevés, maximum 4 osztállyal rendelkező egészségügyi intézmény található. Ahogy haladunk a zöld színtől a sárga felé, úgy nő Esztergom vonzó hatása a településekre. A térképen egyértelműen látszik, hogy Esztergom vonzáskörzetének több mint háromnegyede az országhatáron túlra esik, mely elsősorban Budapest

közelségével indokolható. Mindez jól bizonyítja, hogy jelenleg a kórházak ellátási területe még közel sem egyezik meg azokkal a reális vonzaskörzetekkel, amelyek esetén egyébként (megfelelő szabályozási feltételek mellett) a leggazdaságosabban üzemeltethetőek lennének. A betegek és nem utolsósorban a gazdaságosság szempontjából érdemes lenne olyan rendszert kiépíteni, amely jobban igazodik a kórházak elméleti vonzaskörzetéhez és adott esetben a beteg számára lehetőséget nyújt arra, hogy abban az intézményben kapja meg a szükséges kórházi ellátást, amely a leggyorsabban elérhető számára, függetlenül az országhatártól.

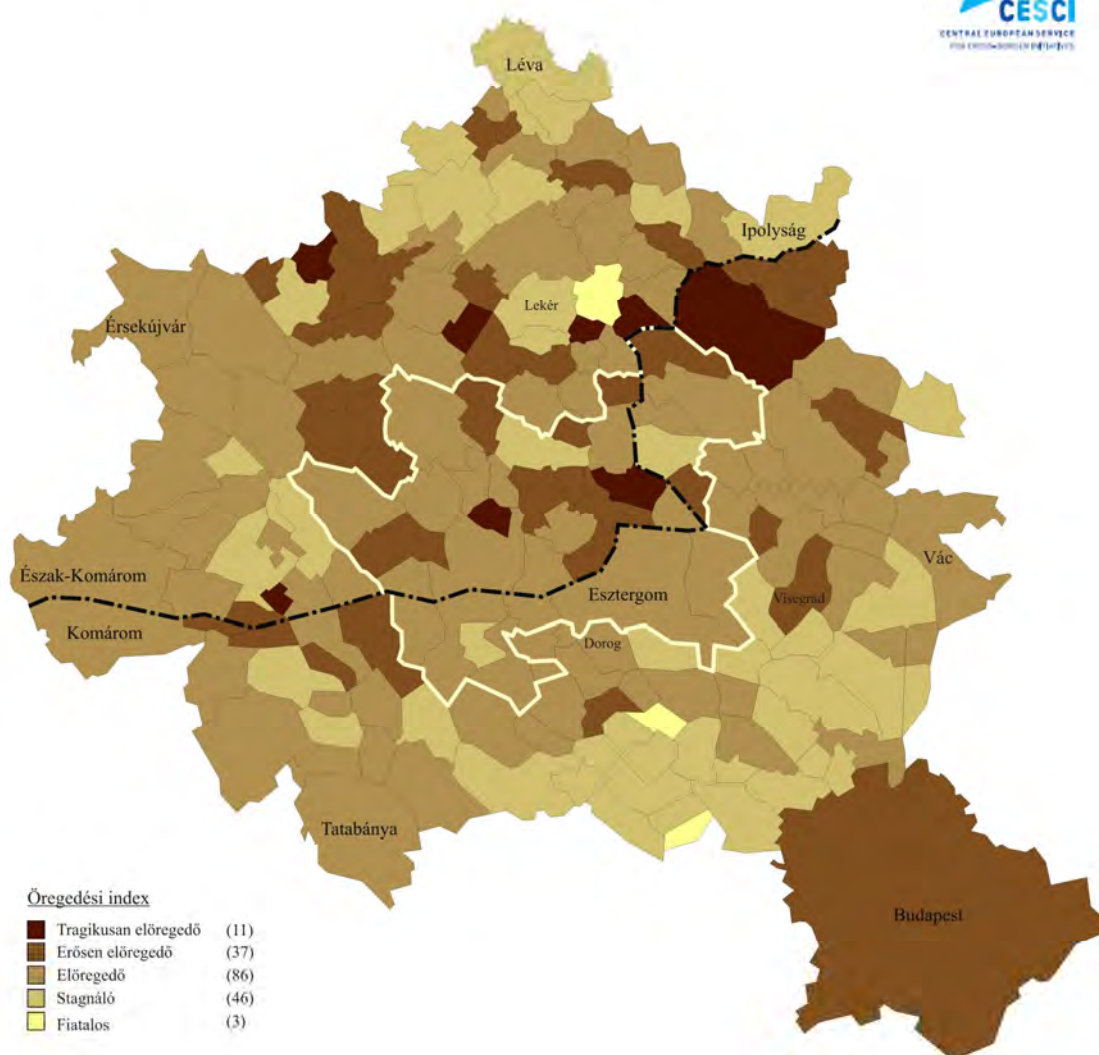
Fontos kiemelni, hogy Esztergom esetében a határon átnyúló szolgáltatási rendszer egyben az Ipoly (Pest megyéhez és a központi régióhoz tartozó) torkolatvidékén élők számára is alternatívát kínál. Az eljutási idő alapján ezek a települések már ma is Esztergom vonzaskörzetéhez tartoznak Váccal szemben. Még inkább így lesz ez az Ipoly-hidak 2013-ig várható megépítését követően.

További kérdés a Szobi kistérség északi településeinek helyzete, ahol Ipolyság vonzása érvényesül, az ottani kórház ugyanakkor jóval kisebb az Esztergominál. Ezekről a településektől eljutási idő szempontjából Vác több mint kétszeres távolságra esik Esztergomhoz képest.

Ha a modell által kapott képet összevetjük a térség öregedési indexét bemutató térképpel, kiderül, hogy közvetlenül a határ túloldalán, éppen Esztergomhoz igen közel olyan településeket találunk, ahol az elöregedés foka sajnos igen magas. Ez pedig, mint tudjuk fokozott egészségügyi kockázatokat rejt magában. Már csak ezért is kritikus az a kérdés, hogy fenntartható-e az a helyzet, hogy pl. Párkányból átlagosan 40 perc menetidővel Érsekújvárra viszik a beteget, ahelyett, hogy 5 perc alatt Esztergomba szállítanák? Ez a megoldás nem csupán életeket menthet, de egy sokkal jobb területi gazdaságosság irányába is mutat, mivel a természetes központokkal való kapcsolattartás a vonzott települések számára is minden esetben gazdaságosabb, mint az erőltetett kapcsolatépítés a távolabbi városok irányában.

Hasonlóképpen célszerű hangsúlyozni az Alsó Ipoly mentén fekvő települések helyzetét, valamint Esztergomnak erre gyakorolt hatását.

A népesség öregedésének területi különbségei településenként

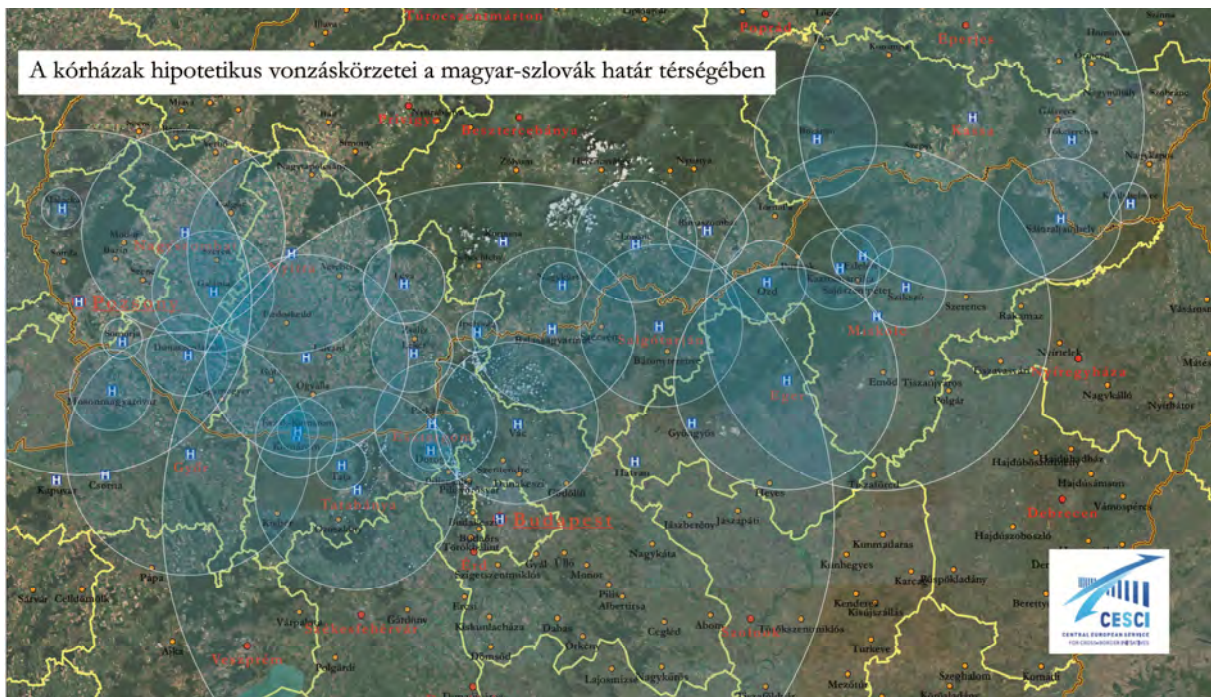


Javaslat

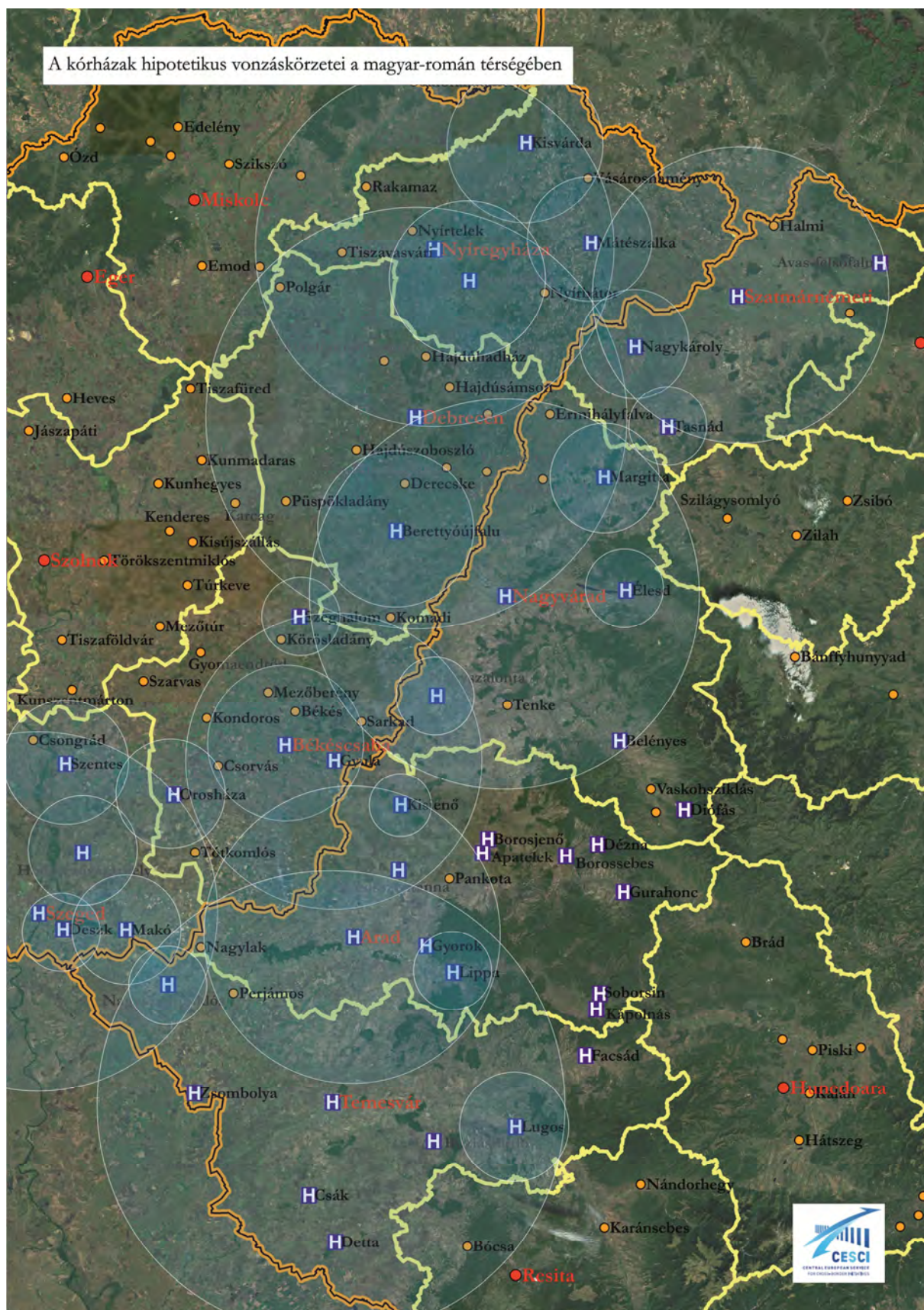
Jelen tanulmány keretében nyilvánvalóan nem volt lehetőségünk arra, hogy a Magyarországot körülvevő összes térség helyzetét megvizsgáljuk, illetve természetesen ez a vizsgálat is bőségesen árnyalható lenne még egészségügyi szakpolitikai szempontokból. Arra azonban alkalmas lehet e kiragadott példa, hogy érzékelhessük: a racionális térszerveződés nem

veszi figyelembe a mesterséges határokat. Minél inkább integrálódik Közép-Európa, minél inkább olvadnak a (mentális és adminisztratív) határok, annál szélesebb körben regenerálódnak a természetes, a legnagyobb gazdaságosságra törekvő térségi viszonyok. Figyelembe véve a Kárpát-medence sajátos határhelyzeteit, ebben a térségben ezeknek (az újraéledő) kapcsolatoknak hagyományai is vannak, sőt az országhatár mentén végig (kisebb-nagyobb százalékban) magyar ajkú néppel találkozhatunk. Ezek a körülmények kiegészülve az EGTC-rendelet nyújtotta gyakorlati területfejlesztési előnyökkel, kézzelfoghatóvá teszik a határon átnyúló közösségi szolgáltatásokban való gondolkodást, így az egészségügyi ellátási körzetek szomszédainkkal történő összehangolását is.

Az összehangolás szempontjából nem minden tanulság nélküli, ha a magyar-szlovák és a magyar-román határtérség egészségügyi szolgáltatási körzeteit megjelenítő térképeket áttekintjük. A vázlatos térképek elkészítésénél az esztergomi módszer egyszerűsített változatát alkalmaztuk, a kórházak férőhelyeinek elsődleges figyelembevételével.



SEMMELWEIS TERV



Az ábrákon jól nyomon követhetjük a helyzet jelenlegi nemzetközi összehangolatlanságát. A határ mentén fekvő kórházak „ellátási buborékjai” teljesen rendszertelenül, és jócskán átmerészkednek egymásba. Ezeknek a párhuzamos kapacitásoknak és ellátási területi potenciáloknak az összehangolása jelentős gazdaságosság-javítást jelenthetne minden szereplő számára.

További fontos szempont, hogy ezt az egészségügy-fejlesztési kérdést nem szabadna elzártan, önmagában értelmezni, sokkal inkább egy komplex fejlesztési rendszer részeként, az Új Széchenyi Tervben megjelenő Kárpát-medencei gazdasági térség nézőpontjából érdemes kezelni.

Határaink mentén több térségben is folyamatban van ETT-k megalapítása, mely együttműködések sikeréhez (is) nagyban hozzájárulna, ha létezne egy egységes, nemzeti szinten is átgondolt iránymutatás a határon átnyúló egészségügyi ellátás megszervezésére. A határon átívelő egészségügyi szolgáltatási körzetek tehát lényegében összekapcsolhatók lehetnek pl. a határon átívelő közösségi közlekedési szolgáltatási körzetekkel, az ETT-kkel, de egy bölcs jövőképű közigazgatási reform esetén akár az újrászerveződő magyar közigazgatással is. Véleményünk szerint hibát követünk el, ha mindezekkel a lehetőségekkel nem, vagy nem megfelelő mértékben számolunk. Mindezekért javasoljuk, hogy a jövő magyar egészségügyi szakpolitikáját meghatározó Semmelweis Terv véglegesítése során legalább közép- és hosszú távú feladatként vegyék figyelembe ezt a sokkal szélesebb látókörű, kedvező gazdasági lehetőségeket is felmutató térfelfogást, az ellátási körzetek megtervezésekor számoljanak a határon átterjedő kapacitásokkal is.

További következtetése lehet a tanulmánynak, hogy a meglévő esztergomi modell tapasztalatait felhasználva, a szlovák féllel kormányközi szinten kialakított együttműködésben érdemes volna PILOT-projektként kialakítani erre a kórházra és a párkányi Poliklinikára alapozva egy határon átnyúló szolgáltatási körzetet. Ez egyben uniós szinten is úttörő vállalkozásnak számítana, így Magyarország és Szlovákia közvetlen módon is befolyásolhatná a vonatkozó közösségi szakpolitikák alakulását.

Felhasznált irodalom

Bajmócy P.– Kiss J. (1999) Megyék, régiók és központjaik – modellek tükrében. – Tér és társadalom. 1–2. 31–51. o.

Bajmócy P.– Kiss J. P. (2001) Városi funkciójú központok és elméleti vonzáskörzeteik az Alföldön. – Tér és társadalom. 1. 65–89. o.

Bartke I. (2003) A második világháború utáni gazdasági folyamatok. In: Perczel György (szerk.) Magyarország társadalmi-gazdasági földrajza. Budapest, pp. 103-146.

Beke M. (2004) Esztergom, a Magyar Sion: a királyi és egyházi székhely. – Honismeret. 3. 60–67. o.

Beluszky P.– Győri R. (2004) Fel is út, le is út... (Városaink településhierarchiában elfoglalt pozícióinak változásai a 20. században) – Tér és társadalom. 1. 1–41. o.

Bódiné Vajda Gy. (2004) Külföldiek foglalkoztatása Komárom-Esztergom megyében. – Területi statisztika. 3. 289–299. o.

Borovszky S. (szerk.) (1908) Magyarország vármegyéi és városai. Esztergom vármegye kötet. Budapest.

CESCI (2010): Contribution of the CESCI to the revision of the EGTC Regulation, Budapest, 46 p.

Committee of the Regions (2007) The European Grouping of Territorial Cooperation - EGTC. Study carried out by GEPE under the supervision of Professor Nicolas Levrat in the context of the CoR's research programme. CdR 117/2007

Dávid Z. (1993) Esztergom megye rövid népesedéstörténete. – Regio: kisebbség, politika, társadalom. 4. 87–98. o.

Dusek T. (2005) A gravitációs modell. Regionális elemzési módszerek. – Nemes Nagy J. (szerk.), Regionális Tudományi Tanulmányok 11. ELTE Regionális Földrajzi Tanszék, MTA–ELTE Regionális Tudományi Kutatócsoport, Budapest. 237–242. o.

E. Nagy L. (1993) Településtörténeti kalauz Komárom-Esztergom megyéről. – Honismeret. 1. 99–101. o.

European Commission (2001) European Governance: A White Paper. Brussels, 25.7.2001. COM (2001) 428 final. Online.

European Commission (2001) Multi-level Governance: Linking and Networking the Various Regional and Local Levels, Report of the White Paper on Governance Working Group 4c, Brussels.

Frisnyák S. (1996) Magyarország kultúrgeográfiai korszakai. In: Frisnyák S. (szerk.) A Kárpátmedence történeti földrajza. Nyíregyháza, pp. 121-142.

Grande (2000) Multi-Level Governance: Institutionelle Besonderheiten und Funktionsbedingungen des europäischen Mehrebenensystems. In Grande, E. and Jachtenfuchs, M. (eds) Wie problemlösungsfähig ist die EU? Regieren im europäischen Mehrebenensystem. Baden-Baden: Nomos: 11-30.

Grosz A. – Tilinger A. (2008) A gazdasági szereplők határon átnyúló tevékenysége. – Tér és Társadalom. 3. 81–96. o.

Győri R. (2006) A határ két oldalán (Városi vonzáskörzetek és a trianoni határmagvonás a Nyugat-Dunántúlon). – Győri R. – Hajdú Z. (szerk.) Kárpát-medence: Települések, tájak, régiók, térstruktúrák. Magyar Tudományos Akadémia Regionális Kutatások Központja, Dialóg Campus Kiadó, Pécs – Budapest. 279–292 o.

Hajdú Z. (2003) A társadalom, az állam és a gazdaság történeti fejlődésének szakaszai és sajátosságai. In: Perczel György (szerk.) Magyarország társadalmi-gazdasági földrajza. Budapest, pp. 66-102.

Hardi T. (2008) A határtérség térszerkezeti jellemzői. – Tér és Társadalom. 3. 3–25. o.

Hardi T.– Lampl Zs. (2008) Határon átnyúló ingázás a szlovák–magyar határtérségben. – Tér és Társadalom. 3. 109–126. o.

Hardi T.– Mezei I. (2003) Királyhelmectől Somorjáig: eurorégiók a szlovák–magyar határon. – Falu város régió. 8. 16–18. o.

Hardi T.– Mezei I. (2003) A racionalizmus és a nacionalizmus küzdelme: eurorégiók a magyar–szlovák határon. – Comitatus. 9. 67–74. o.

Hardi T.– Mezei I. (2003) A szlovák közigazgatás és területfejlesztés aszimmetriái. – Tér és Társadalom. 4. 126–154. o.

Hooghe, L. & Marks, G. (2001) Multilevel Governance and European Integration. Oxford: Rowman & Littlefield.

Illés I. (2002) Közép- és Délkelet-Európa az ezredfordulón. Átalakulás, integráció, régiók. Dialóg Campus Kiadó, Budapest – Pécs.

Illés I. (2008) Regionális Gazdaságtan – Területfejlesztés. Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem Gazdaság- és Társadalomtudományi Kar, Közgazdaságtudományok Intézet, Typotex, Budapest.

Jaschitz M. (2010) Elzárt múlt – határtalan jövő? – Esztergom vonzáskörzete a huszadik században és az ezredfordulón. Tér és Társadalom, 3. pp. 93-118.

Kocsis K.– Bottlik Zs.– Tátrai P. (2006) Etnikai térfolyamatok a Kárpát-medence határainkon túli régióiban (1989–2002). Magyar Tudományos Akadémia Földrajztudományi Kutatóintézet, Budapest.

Kovács Z. (1990) A határ menti területek központhálózatának átalakulása az első világháború utántól napjainkig. – Földrajzi Közlemények. 1–2. 3–16. o.

Lados M. (1995) Komárom-Esztergom megye az átmenet éveiben I. – Falu város régió. 1–2. 39–42. o.

Lados M. (1995) Komárom-Esztergom megye az átmenet éveiben II. – Falu város régió. 4–5. 11–13. o.

Lettrich E. (1964) Esztergom, a dorogi iparvidék városa. – Marosi S. (szerk.), Akadémiai Kiadó, Budapest. 61–67. o.

Maier, J. (2008) European Grouping of Territorial Cooperation (EGTC) – Regions' new instrument for 'Co-operation beyond borders'. A new approach to organize multi-level-governance facing old and new obstacles. Master Thesis. Master of European Integration and Regionalism M.E.I.R Bolzano/Luxembourg/Graz/Barcelona 2006-2008.

Marosi K.– Somogyi S. (1990) Magyarország kistájainak katasztere. Magyar Tudományos Akadémia, FKI. Budapest.

Mendöl T. (1932) Táj és ember (Az emberföldrajz áttekintése). Kincsestár sorozat 46. sz. Magyar Szemle Társaság 78 p.

Mezei I. (2005) A szlovák–magyar határ menti kapcsolatok jelentőségéről. – Észak-magyarországi stratégiai füzetek. 1. 1–21. o.

Mezei I. (2005) A magyar–szlovák együttműködés kilátásai. – Comitatus. 6. 20–26. o.

Mezei I. (2008) Városok Szlovákiában és a magyar határ mentén. – Fórum Kisebbségkutató Intézet–MTA RKK, Pécs.

Mezei I.– Tóth P. (2008) A települési és területi önkormányzatok kapcsolatai a magyar–szlovák határ mentén. – Tér és társadalom. 3. 51–80. o.

Nárai M. – Rechnitzer J. (1999) Elválaszt és összeköt – a határ. MTA Regionális Kutatások Központja, Pécs–Győr.

Ocskay Gy. - Jaschitz M. (2010) Tradicionális vonzáskörzeti és funkcionális kapcsolatok a Kárpát-medencében - a kiterjedő térkapcsolatok új perspektívái. Falu Város Régió, 2-3. pp. 80-85.

Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére – Újraélesztett egészségügy, gyógyuló Magyarország. Szakmai konzultáció – vitairat. Nemzeti Erőforrás Minisztérium, Egészségügyért Felelős Államtitkárság, Budapest, 2010. 64 p.

Sikos T. T. – Szarka L. (2008) Kisebbségek és kulturális közösségek az Ister-Granum Eurorégióban. Selye János Egyetem Kutatóintézete, Komárom.

Sikos T. T. – Tiner T. (2007) Egy város – két ország, Komárom – Komárno. Selye János Egyetem Kutatóintézete, Komárom.

Sikos T. T. – Tiner T. (2008) Határmentiség és fejlődési térpályák. A regionális együttműködés lehetőségeinek vizsgálata településmarketing eszközzel a magyar–szlovák határ déli oldalán. Modern Üzleti Tudományok Főiskolája, Tatabánya.

SEMMELWEIS TERV

M e l l é k l e t

Kórházzal rendelkező település	Határszakasz	Ágyszám
Békéscsaba	magyar-román	519
Berettyóújfalu	magyar-román	639
Debrecen	magyar-román	2984
Deszk	magyar-román	187
Gyula	magyar-román	1294
Hódmezővásárhely	magyar-román	344
Makó	magyar-román	266
Mátészalka	magyar-román	440
Nagykálló	magyar-román	530
Orosháza	magyar-román	386
Szeged	magyar-román	1800
Szeghalom	magyar-román	105
Szentes	magyar-román	417
Arad	magyar-román	1500
Élesd	magyar-román	134
Kisjenő	magyar-román	40
Lippa	magyar-román	110
Lugos	magyar-román	262
Margitta	magyar-román	250
Nagykároly	magyar-román	350
Nagyszalonta	magyar-román	132
Nagyszentmiklós	magyar-román	135
Nagyvárad	magyar-román	2500
Szatmárnémeti	magyar-román	1300
Tasnád	magyar-román	100
Temesvár	magyar-román	4000
Balassagyarmat	magyar-szlovák	604
Budapest	magyar-szlovák	18408
Dorog	magyar-szlovák	125
Edelény	magyar-szlovák	229
Eger	magyar-szlovák	929
Esztergom	magyar-szlovák	483
Győr	magyar-szlovák	1327

SEMMELWEIS TERV

Kazincbarcika	magyar-szlovák	292
Kisvárda	magyar-szlovák	599
Komárom	magyar-szlovák	124
Miskolc	magyar-szlovák	3186
Mosonmagyaróvár	magyar-szlovák	308
Nyíregyháza	magyar-szlovák magyar-román	1869
Ózd	magyar-szlovák	346
Salgótarján	magyar-szlovák	663
Sátoraljaújhely	magyar-szlovák	414
Sziksó	magyar-szlovák	276
Tata	magyar-szlovák	144
Tatabánya	magyar-szlovák	843
Vác	magyar-szlovák	685
Dunaszerdahely	magyar-szlovák	200
Érsekújvár	magyar-szlovák	740
Észak-Komárom	magyar-szlovák	288
Galánta	magyar-szlovák	501
Ipolyság	magyar-szlovák	118
Kassa	magyar-szlovák	2500
Királyhelme	magyar-szlovák	168
Korpona	magyar-szlovák	25
Lekér	magyar-szlovák	310
Léva	magyar-szlovák	336
Losonc	magyar-szlovák	400
Malacka	magyar-szlovák	152
Nagykürtös	magyar-szlovák	100
Nagyszombat	magyar-szlovák	656
Nyitra	magyar-szlovák	858
Pozsony	magyar-szlovák	3100
Rimaszombat	magyar-szlovák	300
Rozsnyó	magyar-szlovák	583
Somorja	magyar-szlovák	150
Tóketerebes	magyar-szlovák	150