

MISKOLCI EGYETEM
GAZDASÁGTUDOMÁNYI KAR

SOMOGYI ALIZ

KÖZSZOLGÁLTATÁS ÉS KÖZMENEDZSMENT
- Európai egészségügyi rendszerek koherencia- és
konvergencia-vizsgálata a közmenedzsment tükrében -

PHD ÉRTEKEZÉS TÉZISEI

DOKTORI ISKOLA NEVE: **VÁLLALKOZÁSELMÉLET ÉS
GYAKORLAT DOKTORI ISKOLA**

DOKTORI ISKOLA VEZETŐJE: **DR. NAGY ALADÁR, DSc.**
A közgazdaságtudományok doktora

TÉMAVEZETŐ: **DR. SZINTAY ISTVÁN, CSc.**
A közgazdaságtudományok kandidátusa

MISKOLC

2008.

TARTALOM

<i>I. Kutatási témaválasztás indoklása.....</i>	<i>2</i>
<i>II. Kutatási célkitűzések</i>	<i>4</i>
<i>III. Az értekezés szerkezete, kutatási folyamat.....</i>	<i>5</i>
<i>IV. Az empirikus kutatás módszertana.....</i>	<i>8</i>
<i>V. Kutatási eredmények összefoglalása: új és újszerű megállapítások.....</i>	<i>18</i>
<i>Kutatási eredmények felhasználhatósága, további kutatási célkitűzések</i>	<i>28</i>
<i>A téziszűzetben szereplő szakirodalmi hivatkozások.....</i>	<i>29</i>
<i>Publikációs jegyzék</i>	<i>30</i>

I. KUTATÁSI TÉMAVÁLASZTÁS INDOKLÁSA

*„Az orvostudomány oly hatalmasat fejlődött, hogy már nem létezik egészséges ember.”
/Aldous Huxley/*

Mi sem lehetne aktuálisabb téma napjainkban egy társadalomkutató számára az egészségügynél: reformok sorát élte meg az utóbbi évtizedben az öreg kontinens szinte valamennyi egészségügyi rendszere (a brit, a francia, a német, sőt, még a skandináv országoké is) és még napjainkban is számos európai ország áll az egészségüggyel kapcsolatos kihívások legyőzésének porondján. Különösen sürgető a változtatás kényszere a poszt-szocialista államokban, ahol a társadalmi és politikai elvárások presszionálta gazdasági felzárkózás terhe a fogyó és egyben öregedő lakosságot kézzel foghatóan sújtja. Ezen országok a rendszerváltást megelőző időszakból alulfinanszírozott, rossz hatásfokkal működő, központosított állami egészségügyi rendszert örökölték. A magas költségek mellett az egészségügyi ellátórendszer szinte valamennyi szereplőjének elégedetlensége és a lakosság romló egészségi állapota ugyan nyilvánvalóvá tette a változtatás szükségességét, a szocialista éra maradványainak egészségügyben való felszámolása mégis nagyon nehézkesen és többnyire sok-sok halogatást követően indult csak el, nem véletlenül - az állampolgári jogon járó ingyenes ellátás eszméjének való megfelelés a gazdasági és társadalmi (elsősorban demográfiai), valamint a technológiai változások együttes hatásmechanizmusának köszönhetően a 21. századi jóléti társadalmak számára szinte lehetetlen küldetés.

Hiba lenne azonban azt gondolnunk, hogy a fejlett országok egészségügyi rendszereit csak az elmúlt évtizedekben tépázták meg reform-kísérletek: az elmúlt, közel másfél évtizedes időszakban folyamatos átalakításnak lehettünk tanúi nemcsak a közép-kelet európai országokat illetően, e „megújulás” azonban permanens, mely mindig is jelen volt az egészségügyben. Az egészségügy, a közsféra és a szolgáltató szektor speciális szegmenseként, állandó kényszerpályán, egymással ellentétes érdekek kereszttüzében mozog: míg a technológiai fejlődés és a társadalmi értékrend-átalakulás az egészségügyi szolgáltatások színvonalának növelését kívánják meg (eközben költségnövekedést indukálva), addig a demográfiai változások és a gazdasági-politikai érdekek a költségek csökkentését szorgalmazzák a kényszerű finanszírozási (ön)korlátozás miatt.

Ez az elgondolkodtató tény, miszerint e kényszerű ellentmondás feloldására való folyamatos törekvés miatt a fejlett országok egészségügyi rendszerei állandó megújulásra vannak ítélve, vezettek el doktori kutatásom témaválasztásához, az egészségügyhöz. Ugyan az „egészség” gazdasági jelentőségét néhány évtizeddel korábban még sokan vitatták, napjainkban számos olyan felmérés készült, amelyek kimutatják annak makroökonómiai hatásait és a gazdasághoz való

hozzájárulását - kutatások szerint a mai jólét nagy részben közvetlenül az elmúlt idők egészség tekintetében elért eredményeinek tulajdonítható. Az egészségügyi rendszerek gazdasági jelentősége számokban is tetten érhető: a fejlett országokban a legnagyobb szektorok egyikeként tartják számon, amely számos államban meghaladja a banki szféra GDP-ből való részesedési arányát, illetve a humán erőforrás foglalkoztatása ebben a szektorban az egyik legnagyobb (Harmat-Czárán, 2006, p. 16).

Az egészségügy közgazdaságtani vizsgálatára sokan, sokféleképpen vállalkoztak, számos esetben aktuálpolitikai vetületének hangsúlyozásával. Jelen dolgozat témaválasztásának oka ezen aktuálpolitikai megközelítés helyett sokkal inkább az egészségügy egy új szemlélet szerint történő, a közmenedzsment tükrében való vizsgálata.

II. KUTATÁSI CÉLKITŰZÉSEK

(Az értekezés struktúráját és a kutatási folyamatot az 1. sz. ábra szemlélteti.)

A kutatás célkitűzései az alábbiak:

- (1) Az egészségügy két „alaphalmazának”, a szolgáltató szektor és a közszféra specifikumainak feltérképezése és bemutatása. E két, egymástól látszólag távol eső tudományterületet (*ti. szolgáltatás menedzsment, közmenedzsment*) feldolgozásának oka kettős: (1) egyrészt az a különös faktum, hogy az egészségügy e két terület határmezsgyéjén mozog, bizonyos tekintetben ezek metszeteként is jellemezhető, rendhagyó jellege többek közt ezekből eredeztethető; (2) másrészt az a tendencia, miszerint a közszektorban elindult reformok az egészségügyben is elvárásokat támasztanak, változtatásokat indukálnak.
- (2) A közmenedzsment (Public Management) áttekintő összegzése és ezáltal a tárgykörben - relatíve szűken - rendelkezésre álló magyar nyelvű szakirodalmi paletta bővítése, külföldi tudományos eredményekkel való kiegészítése;
- (3) Az egészségügyi piac és az egészségügyi rendszerek átfogó bemutatása (kitérve (1) az egészségügyi piac sajátos működési jegyeire, jellegére; (2) a kényszerű, mégis indokolt állami szerepvállalás okaira; (3) az egészségügyi rendszerek elméleti modellezésére; (4) az ún. „klasszikus alaptípusokra”; (5) az állami funkcióknak a mindenkori politikai, gazdasági és társadalmi helyzet determinálta átformálódására);
- (4) Napjaink európai egészségügyi rendszereinek összehasonlító elemzése alkalmazott eszközrendszerüket, struktúrájukat tekintve;
- (5) Koherencia- és konvergencia vizsgálat végzése az egészségügyi rendszereket leíró statisztikai adatok és mutatószámok segítségével;
- (6) Mindezek alapján a közmenedzsment egészségügybe való „belépésének”, a közmenedzsment reformok egészségügyi rendszerekben való érvényre jutásának, „felbukkanásának” tetten érése, feltárása.

III. AZ ÉRTEKEZÉS SZERKEZETE, KUTATÁSI FOLYAMAT

Az értekezés - szerkeztét tekintve - két nagyobb, egyben egymásra épülő részre bontható:

I. Szakirodalmi kutatások (*Az értekezés I-III. fejezetei*)

II. Empirikus kutatások (*Az értekezés IV-VI. fejezetei*)

I. Szakirodalmi kutatások (I., II. és III. fejezetek)

I. fejezet

A dolgozat első fejezetének célja többszörös: részben a szolgáltatások körének fogalmi tisztázása, valamint a közszolgáltató szervezetek, közintézmények menedzselésének – részben a szolgáltatások sajátágaiból, másrészt a közszektor unikális jellegéből fakadó - specifikumainak megismerése. A fejezet a szektorális határvonal feltérképezését követően a szolgáltatások definíciós problémáira világít rá, külön kitérve a termék vs. szolgáltatás közti releváns különbségekre és az eltérésekből fakadó sajátos, olykor a megszokottól eltérő kezelési módszerekre. A fejezetben helyet kap az egészségügyi szolgáltatások szolgáltatási palettán való megjelenítése is.

II. fejezet

A dolgozat második fejezete a közszférával foglalkozik, kitérve a közjavak és közszolgáltatások definiálási nehézségeire, az állam nem elhanyagolható szerepére, a megváltozott társadalmi elvárások és gazdasági körülmények által kikényszerített fejlődési pályákra. Mélyebb vizsgálat alá kerülnek a közszektor diszfunkcionalitása miatt világszerte elindult reformok és azok hatásai a közigazgatási szervek, közintézmények, közszolgáltató vállalatok vezetési módszereire, eszközeire nézve. Elemzésre kerülnek többek közt az angolszász területeken hódító New Public Management (Új közmenedzsment), valamint más európai államok modernizációs törekvései. Az angol, német és magyar nyelvű szakirodalom e tárgykörre vonatkozó ismeretanyagának segítségével egy összehasonlító elemzés keretében sor kerül a nemzeti közigazgatási rendszer sajátosságai mellett a reformok tudományos-elméleti gyökereinek és az intézményi szinten megjelenő szemléletbeli váltás hatásainak feltárására.

III. fejezet

Az egészségügyi válság századunk egyik leggyakrabban emlegetett témája: az egészségügyi rendszerek diszfunkcionalitása szinte minden fejlett ország jellemzője. A már több éve-évtizede

húzódó krízis okai számos területre vezethetők vissza a technológiai fejlődéstől kezdve egészen a mindenkori politikai hatalomig, a megváltozott demográfiai viszonyokig, a globalizáció hatásáig. Az értekezés harmadik fejezetének célja az egészségügy bemutatása az egészségügyi piac sajátosságainak, az egészségügyi rendszerek leírását szolgáló elméleti modellek, a gyakorlat által életre hívott klasszikus alaptípusok, valamint az állam egészségügyben „vállalt” speciális szerepének ismertetésén keresztül.

II. Empirikus kutatás: koherencia- és konvergencia-vizsgálat (IV., V. és VI. fejezetek)

IV-V. fejezetek

Az értekezés negyedik, valamint ötödik fejezetének célja annak a feltevésnek nemzetközi példákon keresztül történő vizsgálata, miszerint napjaink fejlett országainak egészségügyi rendszerei számos hasonlóságot, de még több eltérést mutatnak mind az elméleti gyökerekhez, mind a klasszikus alaptípusok jellemzőihez viszonyítva.

A koherencia-vizsgálat (IV. fejezet) során 29 európai ország egészségügyi rendszere kerül összehasonlításra az egészségügyi rendszereket jellemző öt szempont alapján. Ebben a kontextusban a működő egészségügyi rendszereket leíró legfontosabb faktorok jelentik az összehasonlítás kiindulási alapját, melyet az országspecifikus elemek töltenek meg tartalommal.

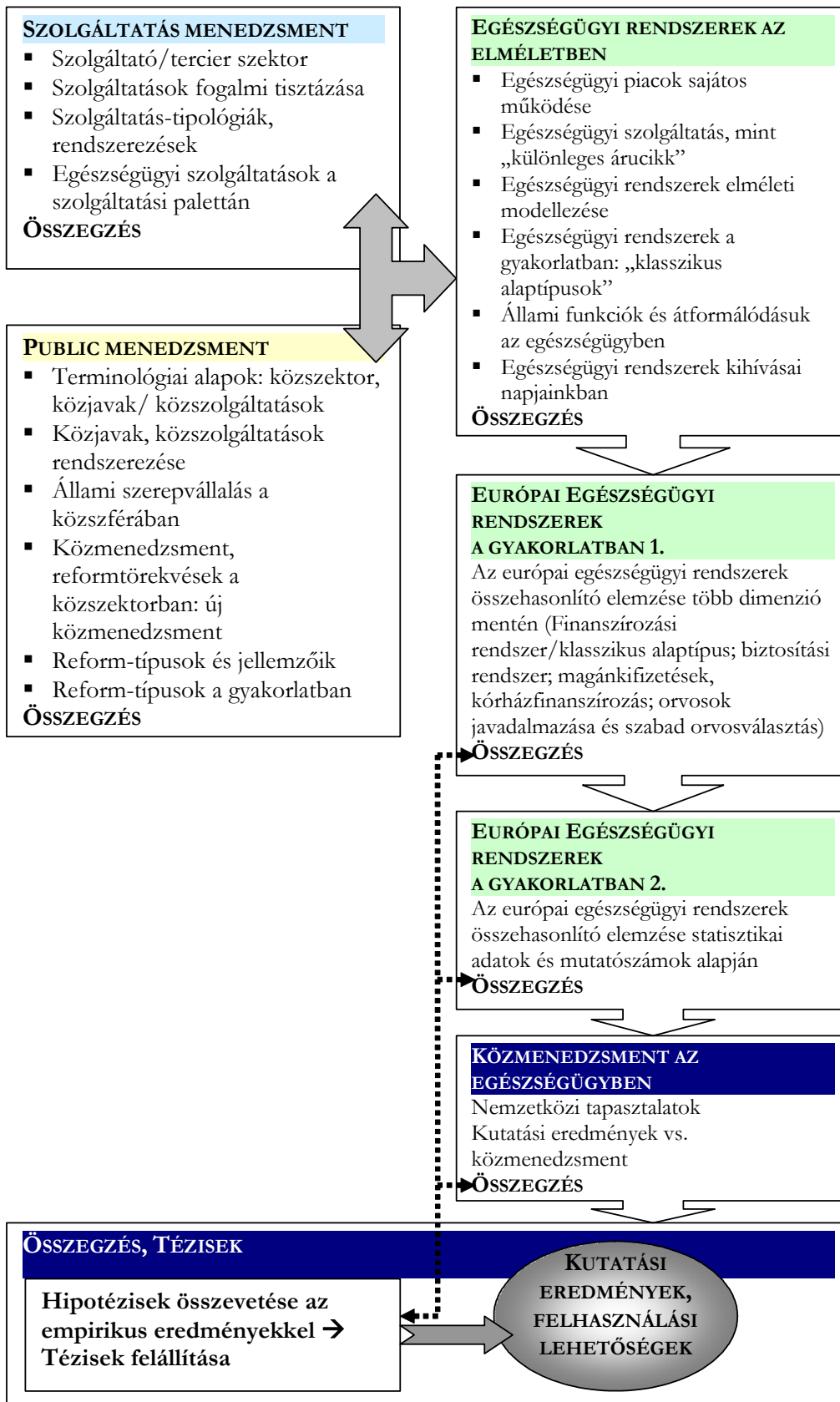
A konvergencia-vizsgálat (V. fejezet) célja többszörös: (1) az előző fejezetben elvégzett összehasonlító-leíró elemzés eredményeinek statisztikai módszerekkel történő elemzése; (2) annak a feltevésnek a vizsgálata, hogy az egészségügyi rendszerek jellemzésére szolgáló statisztikai adatok és mutatószámok mentén egyfajta konvergálási tendencia mutatható ki; (3) az elemzés eredményei alapján logikai, értelmezési kapcsolatok és összefüggések feltárása a vizsgált országokra, országcsoportokra, stb. vonatkozóan.

VI. fejezet

A hatodik fejezet az empirikus elemzések eredményeinek a közmenedzsment egészségügyre gyakorolt hatásaival való összevetését tartalmazza.

Az értekezés szerkezete követi a kutatási folyamatot (ld. 1. sz. ábra).

KUTATÁSI FOLYAMAT



1. ábra: Kutatási folyamat

IV. AZ EMPIRIKUS KUTATÁS MÓDSZERTANA

A koherencia- és konvergencia-vizsgálat homlokterében álló hipotézisek

H1: Az egészségügyi rendszereket leíró és egy-egy szélsőértéket képviselő elméleti modelleknek (piaci vs. közegészségügyi) a két alapvető szerveződési-működtetési elv (ekvivalencia vs. szolidaritás) valamelyikének való egyértelmű és kizárólagos megfeleltetése a gyakorlatban nem lehetséges. A fejlett országok gyakorlatban működő egészségügyi rendszerei a „klasszikus alaptípusok” (Bismarck-, Beveridge-, Szemaskó-, öngondoskodó modellek) valamelyikének inkább megfeleltethetők, mint az elméleti szélsőmodellek valamelyikének, mert az egészségügyi rendszereket leíró „klasszikus alaptípusokat” - az elméleti modellezést megelőzve - a gyakorlat hívta életre.

H2: A gyakorlatban működő európai egészségügyi rendszerekre - alkalmazott eszközrendszerüket és struktúrájukat tekintve – hibriditás jellemző, mely hibrid jelleg az azonos gyökerekkel rendelkező egészségügyi rendszerek csoportjain belül (ti. a klasszikus alaptípusok szerinti rendeződés mentén) is kimutatható. Az egészségügyi rendszerek klasszikus alaptípusai a mindenkori politikai, társadalmi és gazdasági körülmények által determináltak: ezen – változó - körülményekhez való igazodás igénye és/vagy kényszere miatt és a nemzetspecifikus fejlődésnek megfelelően az originális alaptípusok a jelenleg működő egészségügyi rendszerek mindegyikében torzultak, deformálódtak, tovafejlődtek.

H3: A társadalmi és gazdasági változások, valamint a technológiai fejlődés miatt az egészségügy számára is szükségszerű és elkerülhetetlen a máshol már bevált gyakorlatok átvétele és/vagy újszerű technikák, módszerek alkalmazása, mely a klasszikus alaptípusok heterogenizálódását erősíti. A gyakorlatban jelenleg működő egészségügyi rendszerek között nem elsősorban az azonos típushoz való besorolás alapján, hanem az azonos vagy hasonló politikai és társadalmi berendezkedés, gazdasági fejlettség és közös történelmi múlt szerint találunk hasonlóságokat, kapcsolódási pontokat az alkalmazott eszközrendszer, módszereket tekintve.

H4: Az azonos alaptípusba tartozó országok is számos eltérést mutatnak a statisztikai mutatószámok értékeit tekintve, a heterogén jelleg ebben a tekintetben is kimutatható. Időben előrehaladva ez a heterogenitás kevésbé érezhető, azaz az egészségügyi rendszerek jellemzésére szolgáló statisztikai mutatószámok változásának értékei közelednek egymáshoz. Ennek megfelelően a hasonló vagy azonos változást mutató országok klaszterekbe rendezhetők, ahol az azonos klaszterhez tartozó országok között közeledés figyelhető meg.

Mintavétel, vizsgálni kívánt országok kiválasztása

A minta az alapsokaság egy olyan részhalmaza, amelyet megfigyelünk, hogy ennek alapján a teljes sokaság tulajdonságaira következtessünk (Babbie, 1999, p. 245). A minta, illetve a mintavétel módja alapvetően determinálja a kutatási eredmények hitelességét. A társadalomtudományi kutatások *valószínűségi* és *nem valószínűségi* mintavételt különböztetnek meg: míg az előbbi az elemek kiválasztásánál megszünteti a kutató részéről megnyilvánuló tudatos vagy akaratlan részrehajlás lehetőségét a mintaelemek mintába kerülésének ugyanakkora eséllyel történő biztosítása által, addig a másik módszer épp a kutató alapsokaságról rendelkezésre álló mélyebb ismereteit, információit aknázza ki előnyként.

A mintavétel mindkét módszer esetében a reprezentativitás biztosítása miatt többnyire problémákkal jár, e nehézségek azonban jelen kutatást nem érintették. Az elemzés tárgya, azaz az európai egészségügyi rendszerek koherencia- és konvergencia-vizsgálata, valamennyi európai nemzetre, de kizárólagosan az európai országokra vonatkozik, azaz a mintaelemszám és az egyes mintaelemek konkrétan meghatározottak. A reprezentativitás elvének tehát a teljes alapsokaság vizsgálatánál semmi sem tud jobban eleget tenni. Ugyanakkor a teljesség igényére való törekvésnek bizonyos kizáró tényezők korlátot szabtak, ezért a nem valószínűségi mintavétel egyik fajtája, az ún. *szakértői mintavétel* került alkalmazásra. Ekkor a kutató saját megítélésére alapozva választja ki az elemzési mintát azzal a feltételezéssel, hogy az így kiválasztott elemek keresztmetszetet adnak az alapsokaságról.

Mindezek alapján az elemzési mintába 29 európai ország került bele az alábbi szempontok érvényesítésével:

- ☞ A megvizsgált országok zömének egészségügyi rendszere nagy hagyományokra tekint vissza és valamennyit relatíve kiforrott működési struktúra jellemzi;
- ☞ Egy-két ország egészségügyi rendszere napjainkban is átalakulóban van, a mintaelemek kiválasztása során azonban ez nem jelentett kizáró okot, hiszen számos európai nagyhatalom, mint például Németország vagy akár Franciaország, sokszor példaként emlegetett egészségügye is nagyobb reformokat él(t) meg az utóbbi 1-2 évben. Ezen kívül a poszt-szocialista országok többségében az egészségügyi reformok megkésve indultak el és/vagy jelenleg is folynak az átalakítások (pl. Szlovákia, Ukrajna, Magyarország, Románia);
- ☞ Az elemzésből bizonyos országok az alábbi okok miatt maradtak ki: (1) egyes államok (pl. *Málta, Andorra, Lichtenstein*) méretüknél fogva irrelevánsak; (2) mások (pl. *Izland*) periférikus helyzetükből fakadóan nem mérvadóak; (3) egyes államok sajátos országspecifikummal bírnak (pl. *Ciprus* és *Törökország* politikai, kulturális és történelmi háttere); (4) a volt Jugoszlávia utódállamainak egy része (pl. *Bosznia-Hercegovina, Macedónia, Szerbia*, stb.) a kommunista

rendszer bukását követően nem lépett azonnal a békés fejlődés útjára. A polgárháború sújtotta területek még napjainkban is mindennapi megélhetési gondokkal küzdenek, a jogállamiság feltételeit is nehezen biztosítják, egészségügyi rendszereik mélyebb vizsgálatára egyes elemzési szempontok mentén nem lenne lehetőség.

Források, hivatkozások

Az elemzés alapjául számos szakirodalmi forrás, statisztikai adatbázis* szolgált, melyek közül az alábbiak a legjelentősebbek:

- ☞ A „The European Observatory on Health Care Systems” keretében készült és közreadott „Health Care Systems in Transition” országsorozat megfelelő kötetei;**
- ☞ Az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet (ESKI) által megjelentetett „Tájékoztató országtanulmányok” c. sorozat megfelelő kötetei;***
- ☞ A nemzeti egészségügyi intézmények, minisztériumok, hatóságok angol és német nyelvű honlapjai;
- ☞ Az Európai Unió (www.ec.int.eu) on-line adatbázisa (Eurostat);
- ☞ A World Health Organization (WHO) 2006-os statisztikai évkönyve („*World Health Statistics 2006*”) és on-line adatbázisa (www.who.int);
- ☞ Az OECD által megjelentetett „*OECD in Figures 2006-2007*” tanulmány, valamint az on-line adatbázis (www.oecd.org).

* A statisztikai adatok és mutatószámok letöltésének első időpontja 2007. április – az azóta történt esetleges korrekciók nem lettek figyelembe véve a konzisztencia érvényesítése (a torzítások kiküszöbölése) érdekében.

** Nevezett szakirodalmi források további, konkrét hivatkozásai az összehasonlító elemzésben nem kerülnek külön feltüntetésre, elsősorban a kereszthivatkozások pontos visszakeresésének korlátozott lehetőségei miatt (a kiindulási alapot képező angol nyelvű országtanulmányok közbenső hivatkozásokkal nem élnek). Az eredeti dokumentumok az alábbi honlapokon tekinthetők meg:

http://ec.europa.eu/health/ph_threats/com/links_national_health_en.htm,

http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/hsis/hsis_13_nhs_en.htm;

<http://www.euro.who.int/observatory>

*** Az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet által készített összefoglaló dokumentumok elsődleges forrását a „The European Observatory on Health Care Systems” által megjelentetett országtanulmányok képezik. A magyar nyelvű dokumentumok az alábbi honlapokon tekinthetők meg:

<http://www.eski.hu/civiltajekoztatas/kepek/bo/anyagok>; <http://vega.medinfo.hu/civiltajekoztatas/kepek/bo/anyagok>

A koherencia-vizsgálat folyamata (IV. fejezet)

- (1) A vizsgálatba bevont 29 ország egészségügyi rendszereinek a klasszikus alaptípusok valamelyikébe való sorolása (4.2. alfejezet);
- (2) Az egészségügyi rendszerek jellemzése, európai körkép és „tudástérkép” készítése öt vizsgálati szempont mentén: (1) *Forrásteremtés módja, működtetési elv*; (2) *Biztosítási rendszer*; (3) *Magán egészségügyi kiadások*; (4) *Kórházi tulajdonformák, kórházfinanszírozás*; (5) *Orvosok jogállása és javadalmasága* (4.3.-4.5. alfejezetek);
- (3) A klasszikus alaptípusok alapján képzett klaszterek elemeinek egymással való összevetése (4.6. alfejezet);
- (4) Összegzés, a H1, H2 és H3 hipotézisek összevetése a kutatási eredményekkel: következtetések levonása.

A konvergencia-vizsgálat folyamata (V. fejezet)

(A statisztikai elemzés az **SPSS 14.0** programcsomag segítségével készült)

- (1) A vizsgálatba bevont 29 ország egészségügyi rendszereit jellemző adatok, mutatószámok kiválasztása: *népességszám; GDP/fő; GDP növekedési ráta; 100 ezer lakosra jutó orvosok száma; 100 ezer lakosra jutó kórházi ágyak száma; háztartások egészségügyi kiadásai; egészségügyi kiadások a GDP%-ában; egészségügyi közkiadások az egészségügyi kiadások %-ában* (5.2.1. alfejezet);
- (2) A kiválasztott mutatószámok idősorainak homogenizálása az összehasonlíthatóság érdekében (időintervallum kijelölése, adatok szelektálása és rendszerezése) (5.2.2. alfejezet);
- (3) A vizsgált időszakra (1995-2004) vonatkozó éves átlagos változás értékének meghatározása (adatonként/mutatószámonként, országonként) (5.2.3. alfejezet);
- (4) A vizsgált időszak első 3 évére jellemző éves átlagos változás (1995-1997) és a vizsgált időszak utolsó 3 évére jellemző éves átlagos változás (2002-2004) értékének meghatározása (adatonként/mutatószámonként, országonként) (5.2.4. alfejezet);
- (5) Adott adatra/mutatószám 1995-2004 közötti időszakra vonatkozó éves átlagos változás értékének és ugyanazon adat/mutatószám időszak eleji (1995-1997) és időszak végi (2002-2004) éves átlagos változás értékének egymással való összevetése (5.2.5. alfejezet);
- (6) A statisztikai elemzések alapján a konvergálási tendencia vizsgálata és az európai egészségügyi rendszerek klaszterekbe való rendezése (5.2.6. – 5.2.7. alfejezetek);
- (7) A statisztikai vizsgálatok eredményeképp kialakított klaszterek elemzése és a közöttük lévő esetleges összefüggések feltárása (1) az egyes statisztikai adatok és mutatószámok; illetve (2) a klasszikus alaptípusok mentén (5.2.6. – 5.2.7. alfejezetek);
- (8) Összegzés, következtetések levonása, az eredmények összevetése a H2, H3 és H4 hipotézisekkel.

A konvergencia-vizsgálat módszertanának részletes bemutatása

(1) Mutatószámok, adatok kiválasztása

A vizsgálatba bevont 29 ország egészségügyi rendszereit jellemző adatok és mutatószámok kiválasztása az alábbi szempontok figyelembevételével:

- ☒ Lehetőség szerint valamennyi országra vonatkozóan álljanak rendelkezésre a szükséges és megfelelő idősorok;
- ☒ Azonos időintervallumra vonatkozzanak a vizsgált idősorok;
- ☒ A felhasznált adatok lehetőség szerint minél kevesebb forrásból származzanak.

Míndezek alapján az alábbi adatok és mutatószámok kerültek az elemzésbe:

- (1) Népe sség szám
- (2) GDP/fő
- (3) GDP éves növekedési rátája
- (4) Praktizáló orvosok száma (100 ezer lakosra jutó)
- (5) Kórházi ágyak száma (100 ezer lakosra jutó)
- (6) Háztartások egészségügyi kiadásai (összkiadások százalékában)
- (7) Egészségügyi kiadások (GDP százalékában)
- (8) Egészségügyi közkiadások (összegészségügyi kiadások százalékában)

(2) Az idősorok homogenizálása

Az összehasonlíthatóság érdekében a kiválasztott mutatószámok idősorainak homogenizálása, azaz az időintervallum kijelölése alapján az elemzés az **1995-2004 közötti időintervallumot öleli fel**. Ennek oka, hogy (1) valamennyi vizsgálni kívánt mutatószámot illetően (majdnem teljes körű) adatbázis erre az időszakra vonatkozóan állt rendelkezésre; (2) relatíve hosszabb időszak, amelynek elemzéséből levont következtetések a megalapozottságot növelik; (3) az adott időszak a közelmúltat öleli fel, mely tovább erősíti a vizsgált témakör aktualitását.

(3) Éves átlagos változás értékének meghatározása

Az idősorok alapján az **éves átlagos változás értékének** meghatározása mutatószámonként, országonként történt az 1995-2004 közötti időszakra vonatkozóan. Az éves átlagos változás értéke * azt fejezi ki, hogy a vizsgált időintervallumot illetően az adott mutatószám/adat évente,

* Az éves, átlagos változás értékét a vizsgált „n” évet felölelő időszak első és utolsó adatának bányadosának n-edik gyöke adja meg. Mintbogy a GDP növekedési ráta esetében már a kiindulási értékek is változást fejeznek ki, ezért az éves átlagos változás értékének kiszámítása módosul (az idősor „n” évet felölelő értékeinek szorzatából vont n-edik gyök).

átlagosan hány százalékkal változott az adott országban. Az éves átlagos változás értékének alkalmazási előnye, egyben hátránya is: az időszak kiugró adatait nem veszi figyelembe (minthogy számítása az időszak első és utolsó adatának felhasználásával történik), illetve amennyiben a számítás során felhasznált két érték valamelyike jelentősen eltér a többi év adataihoz képest, úgy mégis megjelenik a nagyobb eltérés az éves átlagos változás értékében.

(4) A vizsgált időszak első három (1995-1997) és utolsó három (2002-2004) évének éves átlagos változás értékének meghatározása

Mind az időszak elejére, mind az időszak végére vonatkozó számítások tekintetében lehetőség volt az első (1996/1995), illetve az utolsó két év (2004/2003) éves változásának kiszámítására – az éves változás azonban (minthogy nem átlagszámítás) nem tudja az olyan kiugró statisztikai értékeket kiegyenlíteni, amelyek „egyszeri”, „rendhagyó” jellegüknel fogva (pl. választási év, stb. hatásai) nem jellemzők egy hosszabb időszakra, ugyanakkor mégis megjelennek mind az eredményekben, mind az ezekből levont következtetésekből. További hátránya az éves változás értékének, hogy meghatározása a vizsgált két év tekintetében mutatja ki a változás ütemét, de nem jelöl tendenciát. Ezen torzító hatások elkerülése végett a vizsgálatban az időszak első és utolsó három évének éves átlagos változása került kiszámításra.

A vizsgált időszak első/utolsó három évre vonatkozó éves átlagos változás értékének meghatározása a teljes időszakra vonatkozó éves átlagos változás értékének meghatározásához (1995-2004) hasonlóan történt.

(5) A teljes vizsgált időszakra vonatkozó éves átlagos változás értékének (1995-2004) és az időszak eleji éves átlagos változás (1995-1997), valamint az időszak végi éves átlagos változás (2002-2004) értékének egymással való összevetése

A vizsgált időszak egészére vonatkozó éves átlagos változás értéke önmagában nem hordoz elegendő információt a kutatás tárgyára vonatkozó következtetések levonására – a konvergálási tendencia kimutatását ezért ezen értékek és az időszak eleji, végi éves átlagos változás értékének összehasonlításával lehet elvégezni.

Az elemzés célja, hogy milyen változások következtek be az időszak eleji vs. teljes időszak, valamint az időszak végi vs. teljes időszak vonatkozásában – hogyan változtak, milyen irányban (növekvő, csökkenő tendencia, „változatlan”) és milyen ütemben (a teljes időszakhoz képest azonos, gyorsabb vagy lassabb ütemben) a vizsgált adatok, mutatószámok országonként, országcsopontonként (klaszterenként).

Az összehasonlítás a vizsgálatba bevont nyolc adat/mutatószám mindegyikére egy-egy pontdiagram létrehozásával (az SPSS programcsomag segítségével) történt, ahol a koordináta-rendszer y tengelyén mindig a vizsgált időszak egészére jellemző éves átlagos változás értéke, x tengelyén (1) az időszak első három év éves átlagos változás (1995-1997), illetve (2) az utolsó három év éves átlagos változás (2002-2004) értéke értelmezett.

A koordináta-tengelyek azonos skálaértékei miatt a koordinátarendszer **átlója** a két tengely egy-egy változójának azonos ütemű változását fejezi ki - értelemszerűen az átló alatti és feletti értékek a változás ütemének különbözőségét jelentik az időszak egészét és az első/utolsó 3 évet illetően, a megfelelő változók vonatkozásában.

(6) Klaszterképzés

Jelen elemzésben a klaszterképzés előre meghatározott klaszterhatárok kijelölése által (a statisztikai változók értéktartományán értelmezve a változás ütemét és tendenciáját alapul véve) történt az SPSS programcsomag segítségével készített pontdiagramok alapján.

A klaszterképzés alapját a változás ütemét meghatározó átló mellett 2-2 referenciatengely képezi (a pontdiagramokban függőleges vonallal jelölve), mert az eddigi elemzések csak arra adnak választ, hogy az időszak első/utolsó három év éves átlagos változása az adott mutatószám tekintetében a teljes időszakra vonatkozó éves átlagos változáshoz képest milyen ütemű volt. Nem adnak azonban választ az irányukra (csökkenő vagy növekvő tendenciát mutatnak-e), illetve az egymáshoz képesti relációra (van-e szignifikáns eltérés (elmozdulás) az időszak eleji és időszak végi értékekben).

A referenciatengelyek értékének meghatározását és a pontdiagramokon történő ábrázolásukat egy, **a változás dimenzióit értelmező skála kialakítása** előzte meg, mely az alábbiak szerint történt (ld. 2. ábra):

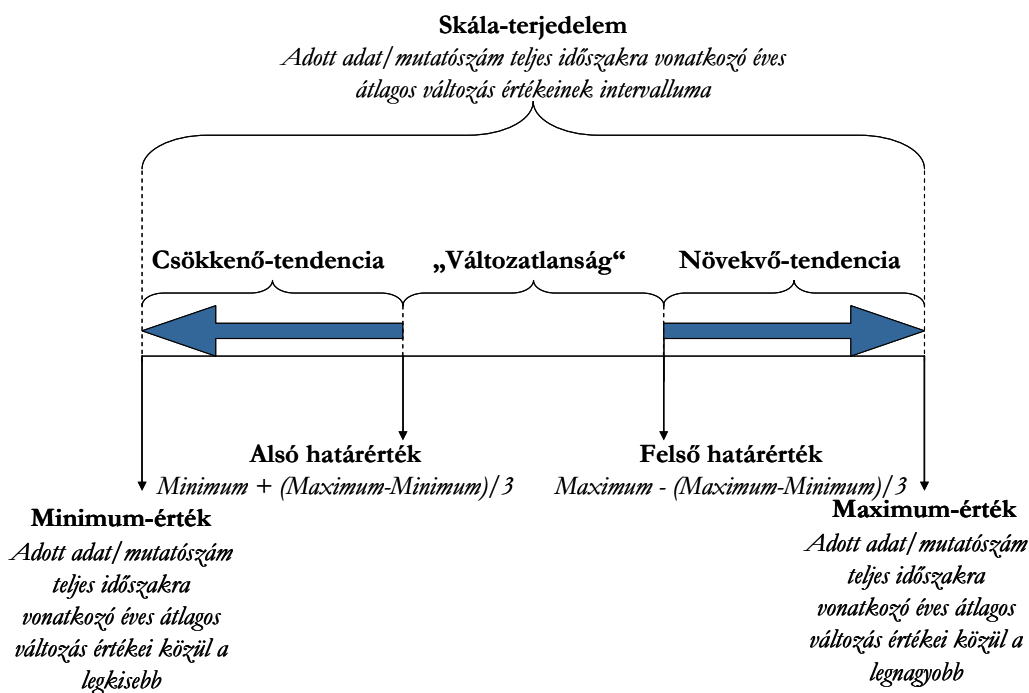
☞ A teljes időszakra vonatkozó éves átlagos változás értéke (1995-2004) valamennyi ország és vizsgált adat/mutatószám tekintetében kiszámításra került. Ezen teljes időszakra vonatkozó éves átlagos változások adott adat/mutatószám tekintetében egy érték-intervallumot jelölnek ki, ahol a skála két szélsőértékét az adott adat/mutatószám tekintetében a legkisebb (minimum) és legnagyobb (maximum) éves átlagos változás értéke adja meg.

☞ A maximum és minimum értékek* különbsége adja meg a skála terjedelmét – ennek valamilyen arányú felosztása teszi lehetővé a változás mértékének meghatározását.

* Néhány ország esetében mindhárom éves átlagos változás kiszámításához szükséges adatok nem álltak rendelkezésre. Amennyiben valamely ország valamely éves átlagos változásának értéke adott adaton/mutatószámon belül a minimum- vagy maximum-értéket vette fel, de az összehasonlítás során a másik éves átlagos változás értéke nem volt kiszámítható, úgy

☞ Jelen vizsgálatban a változás mértékét definiáló felosztás a skála intervallumának harmadolásával (1/3-1/3-1/3 arányban történt) történt, az alábbiak szerint:

- Alsó határérték = minimum érték + a skála-terjedelem 1/3-ad része (Maximum- és minimum értékek különbségének a harmada)
- Felső határérték = maximum érték – skála-terjedelem 1/3-ad része (Maximum- és minimum értékek különbségének a harmada)



2. ábra: A változás dimenzióit értelmező skála

A változás-dimenziókat meghatározó skála alapján a pontdiagramok értelmezése a következő (ld. 3-4. ábra):

☞ A referenciatengelyek a teljes időszakra vonatkozó éves átlagos változás alsó- és felső határértékeinek (adatonként/mutatószámoként) leképezései az x koordináta-tengelyre, azaz olyan függőleges koordináta-tengelyek, melyek x koordinátáját ezen szélsőértékek határozzák meg, lehetővé téve ezáltal az időszak eleji és végi éves átlagos változásnak a teljes időszakra vonatkozó éves átlagos változással való összemérését;

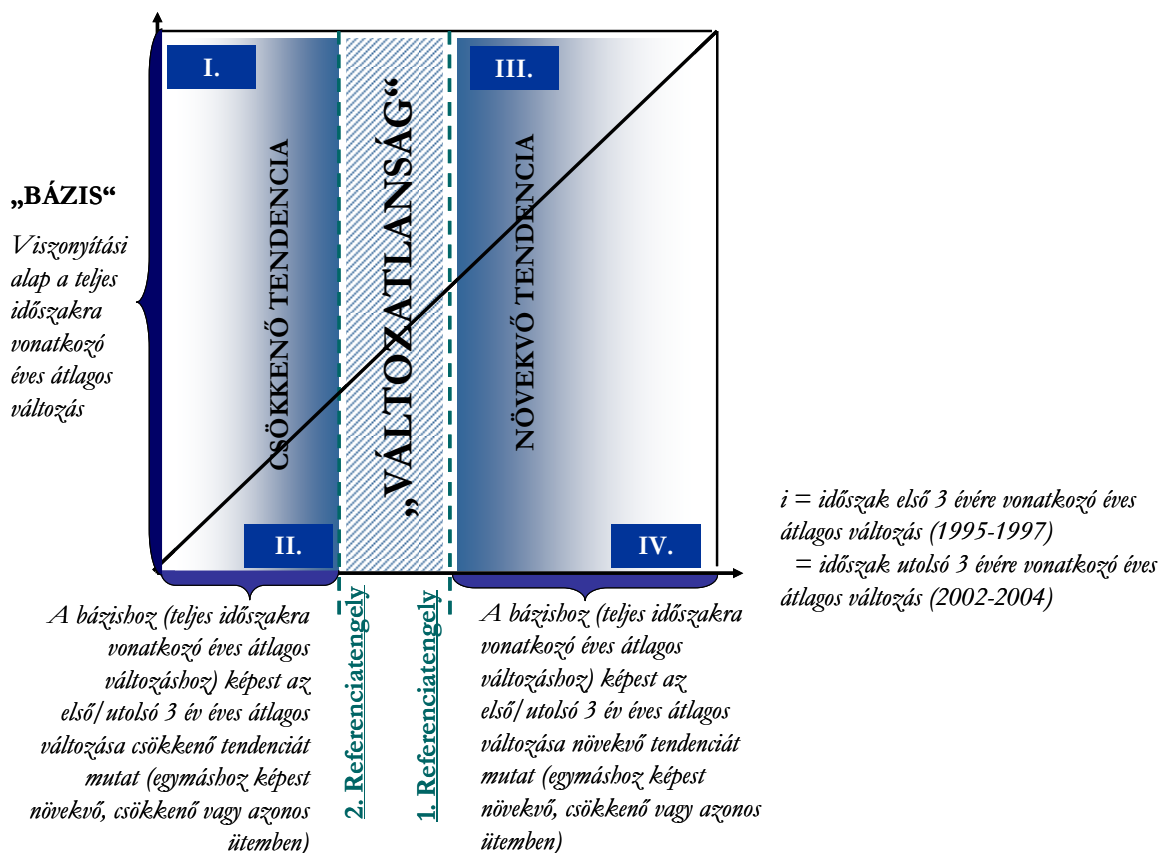
☞ Ennek alapján az alábbi változás-dimenziókról beszélhetünk:

- **Változatlanságról** beszélünk, ha az első/utolsó 3 év éves átlagos változásának értékei a két referenciatengely között (alsó és felső határérték közé eső intervallumban) található. Ebben az esetben az első/utolsó 3 év éves átlagos változása a teljes időszak éves átlagos változásához képest nem vagy nem számottevően változott.

a skála terjedelmének meghatározásában a következő legkisebb/legnagyobb érték került figyelembe vételre (a megfelelő pontdiagram sem tartalmazza ezeket).

- **Csökkenő** tendenciáról beszélhetünk, ha az első/utolsó 3 év éves átlagos változásának értékei a 2. referenciatengelytől balra (az alsó határérték alatti intervallumban) található. Ebben az esetben az első/utolsó 3 év éves átlagos változása a teljes időszak éves átlagos változásához képest csökkenő tendenciát mutat.
- **Növekvő** tendenciáról beszélhetünk, ha az első/utolsó 3 év éves átlagos változásának értékei az 1. referenciatengelytől jobbra (a felső határérték feletti intervallumban) található. Ebben az esetben az első/utolsó 3 év éves átlagos változása a teljes időszak éves átlagos változásához képest növekvő tendenciát mutat.

$j = \text{teljes időszak éves átlagos változása (1995-2004)}$



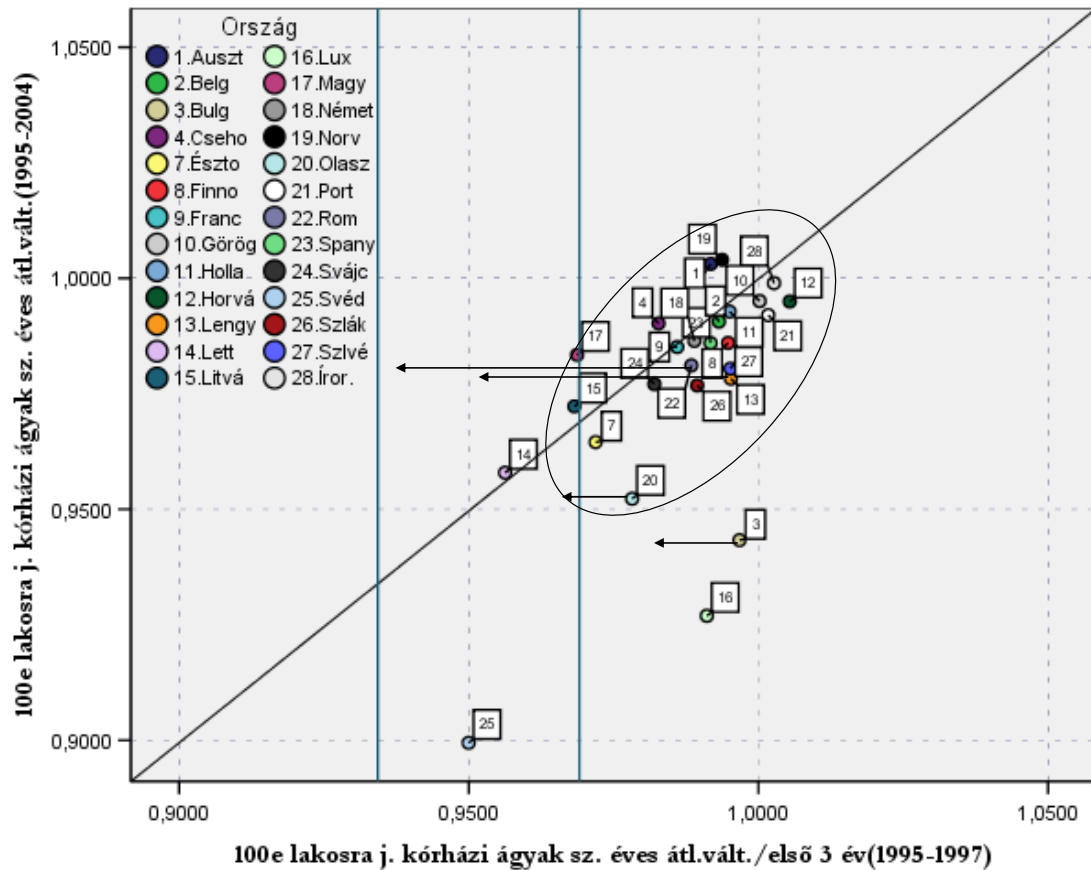
3. ábra: Klaszterképzés és klaszteranalízis szempontrendszere a változás dimenziói alapján

☞ További klaszterek képzésére ad lehetőséget az átló figyelembe vétele:

- I. klaszter ($j > i$):** a teljes időszak éves átlagos változásának csökkenési üteme gyorsabb, mint az első/utolsó 3 év éves átlagos változásának csökkenési üteme
- II. klaszter ($j < i$):** a teljes időszak éves átlagos változásának csökkenési üteme lassabb, mint az első/utolsó 3 év éves átlagos változásának csökkenési üteme

III. klaszter ($j > i$): a teljes időszak éves átlagos változásának növekedési üteme gyorsabb, mint az első/utolsó 3 év éves átlagos változásának növekedési üteme

IV. klaszter ($j < i$): a teljes időszak éves átlagos változásának növekedési üteme lassabb, mint az első/utolsó 3 év éves átlagos változásának növekedési üteme



4. ábra: Klaszterképzés és –analízis bemutatása
a 100 ezer lakosra jutó kórházi ágyak változási értékei alapján

(7) Konvergálási tendencia vizsgálata: klaszteranalízis

A fentiek szerint létrehozott klaszterek lehetőséget adnak az egyes klaszterek elemeinek mutatószámokénti mélyebb vizsgálatára, valamint az időszak eleji és időszak végi éves átlagos változás egymással való összevetésére.

V. KUTATÁSI EREDMÉNYEK ÖSSZEFOGLALÁSA: ÚJ ÉS ÚJSZERŰ MEGÁLLAPÍTÁSOK

Tézisek/ I-II. fejezetek

T1: Mind a **szolgáltató szektor** meghatározása, mind a **szolgáltatások definiálása** és osztályozása nagyfokú heterogenitást mutat. Ez a szinte rendszertelen sokszínűség a szolgáltatások hibrid jellegéből fakad, a humán elem dominanciája pedig tovább erősíti a megítélés szubjektivitását.

A szolgáltatások körére jellemző sokszínűség a **közszolgáltatásokat** illetően – a szűkítés ellenére - még erőteljesebben kimutatható az eltérő, elsősorban a jogi és politikai környezetben manifesztálódó nemzeti sajátosságok* miatt. A fogalmi tisztázás és rendszerezés problematikáját tovább erősíti a terminológiai inkoherencia ténye a „köz” előtag és „közös”, „közösségi”, „kommunális”** jelzők nem egyértelmű vagy nem következetes használata miatt.

Az egészségügyi szolgáltatások szolgáltatás-típológiákban történő általános érvényű és következetes elhelyezése egyedi jellegüknél fogva nehezen vihető véghez, inkább konkrét egészségügyi szolgáltatások kapcsán van lehetőség pontos rendszerbe helyezésre.

* A közszférát alapjaiban determináló mindenkorai jogi és politikai berendezkedés ugyan felvonultat hasonlóságokat az államtípusoknak és az ezeknek megfelelő közigazgatási gyakorlatnak megfelelően, de a nemzetspecifikus fejlődéstörténeti különbözőségek miatt az eltérések sokkal inkább érezhetőek a közszolgáltatások körét és azok szabályozását illetően, mint az esetleges hasonlóságok és azonosságok.

** A terminológiai inkoherencia részben a fordítási lehetőségek korlátozottságából fakadó nyelvi-értelmezési problémáknak (az angol nyelvben ismertek a „*common*”, „*public*”, „*collective*” szavak, a német nyelvben a „*gemein*”, „*kollektiv*”, „*kommunal*”, „*öffentlich*” jelzők, míg a magyar nyelv csak a fent említett kifejezésekkel tud élni és ezekkel sem egyértelműen), másrészt a közszeaktor és a közigazgatás sokszor egymással való téves, köznyelvi azonosításának tudható be.

T2: A közszeaktor egészét felölelő „Public Management” („Közmenedzsment”) témakör tudományos diszciplínaként való elfogadottsága mind a jogtudományban, mind a közgazdaságtanban vitatott* a terület tudományos megkerülése - a gazdasági és társadalmi fejlődés által a közszférában indukált változások mértéke és jelentősége miatt – azonban lehetetlen.

A közszférában elindult reformtörekvések, az ún. új közmenedzsment-mozgalmak, nem definiálhatók egy egységes koncepcióként, hanem reform-építőkövek koherens összességéként, amelyek mindenhol a nemzeti sajátosságokhoz** igazodva bontakoztak ki és ezeknek megfelelően – kisebb-nagyobb mértékben - a közszeaktor valamennyi szegmensét érintették.

* Az új közmenedzsment alapjai egyrészt az institucionalista közgazdaságtanból származó Public Choice Theory-ből („közösségi választások elmélete”), másrészt az ún. menedzsment-szerializmusból eredeztethetők (Thom-Ritz, 2000, p. 24). A két irányzat egymással ellentétes nézőpontot képvisel: míg a weberi bürokrácia modell a meghatározott keretek közti szabály- és normaelvűség elsődlegességét hirdeti, addig a menedzsment-szerializmus a piaci módszerek, a vállalkozói szellem, a privát szektor aktív jelenléte mellett teszi le a voksot. Az új közmenedzsmentet e két szélsőség ötvözeteként maga a gyakorlat hívta életre: mindkét elméletből átvesz bizonyos elemeket, illetve újakat beemelve hoz létre egy átfogó, az adott nemzeti sajátosságokat is figyelembe vevő reformpályát.

** Az új közmenedzsment-mozgalmak az egyetemleges jellemzőkőn (pl. menedzsment-technikák alkalmazása a közszférában; a közintézmények vezetésének egy újfajta döntési- és értékorientáció felé való elmozdulása a megváltozott társadalmi-állampolgári elvárások miatt erősödő szolgáltatás- és ügyfélorientáció mentén) túl mindig magukban hordozzák az adott ország egyedi motívumait, jellegzetességeit. Eltérések figyelhetők meg többek közt a kiindulási okokat és ideológiákat, az alkalmazott eszközrendszert illetően, de különbség mutatkozik a folyamat kezdeményezőinek körét, irányát, legfőbb orientációját tekintve is.

T3: A szolgáltatások körén belül az egészségügyi szolgáltatások különösen szubjektív, unikális jelleggel bírnak. A egészségügyi szolgáltatás olyan „különleges árucikk”^{*}, melynek speciális jellege (1) az egészségügyi piac sajátosságaiból, (2) az ellátás tárgyát (, eredményét) képező egészségből, mint „szubjektív korlátból”^{**}, valamint (3) a humán elem kiemelt jelentőségéből fakad.

A humán elem relevanciája az egészségügyi szolgáltatások esetében a szolgáltatás nyújtója és igénybe vevője között fennálló speciális viszonyban gyökerezik: az igénybe vevő (beteg) nemcsak résztvevője, de egyben tárgya és alanya is a folyamatnak, ugyanakkor sokkal kevesebbet tud a tranzakcióról, mint a kínálati oldal szereplője (szolgáltató, orvos). E speciális tudás hiánya az igénybe vevő részéről korlátozhatja az ellátóval való együttműködés hatékonyságát az ugyancsak speciális bizalmi helyzet miatt, mely kettős egymásrautaltsághoz, egyfajta „22-es csapdája”-helyzet kialakulásához vezet.

A szolgáltatás eredményessége nagymértékben függ az igénybe vevő együttműködési készségétől és bizalmától, miközben a beteg együttműködését nagyban csökkentheti - a szolgáltatást nyújtó speciális ismereteiből és a kényszer szülte helyzetből (kiszolgáltatottság miatti) fakadó – bizalmatlansága.

^{**} Az egészség, hasonlóan az időhöz, egyfajta „szubjektív korlátként” értelmezhető: mással nem helyettesíthető; hiánya befolyásolja az egyén életminőségét (korlátozott cselekvési tere, jövedelemszerző képessége, stb. által); az iránta való kereslet az egyén szubjektív értékítéletétől függ (ellentétben a klasszikus közgazdasági értelemben vett javaktól, melyek keresletét elsődlegesen a fizetőképesség határozza meg); megőrzésének, helyreállításának vagy javításának időpontja, időtartama, módja, milyensége többnyire nem tervezhető (ld. még Kornai – Eggleston, 2004, pp. 46-48; Gidai, 1998, p. 23).

^{*} A kifejezés „különleges árucikk” (Nagy-Dózsa, 2005, p. 310) alapján.

H1/T4: Az egészségügyi rendszereket leíró és egy-egy szélsőértéket képviselő elméleti modelleknek (piaci vs. közegészségügyi) a két alapvető szerveződési-működtetési elv (ekvivalencia vs. szolidaritás) valamelyikének való egyértelmű és kizárólagos megfeleltetése a gyakorlatban nem lehetséges. A fejlett országok gyakorlatban működő egészségügyi rendszerei a „klasszikus alaptípusok” (Bismarck-, Beveridge-, Szemaskó-, öngondoskodó modellek) valamelyikének inkább megfeleltethetők, mint az elméleti szélsőmodellek valamelyikének, mert az egészségügyi rendszereket leíró „klasszikus alaptípusokat” - az elméleti modellezést megelőzve - a gyakorlat hívta életre.

A mindennapi életben az egészségügyi rendszereket gyakran a szolidaritás és az ekvivalencia elve szerint különböztetjük meg egymástól, helytelenül. Miközben a valós egészségügyi rendszerek működtetésében elsődlegesen érvényesített szerveződési elv egyértelműen kimutatható (többek közt a nemzeti alkotmányok többsége az egészségügyi ellátáshoz való jogot alapvető állampolgári jogként deklarálja), addig az ezen elvek mentén megkülönböztetett, elméleti szélsőmodellek jellemzőinek nem mindegyike és/vagy nem tiszta formában fedezhető fel a gyakorlatban. Ezen elméleti „tisztá” jellemzőknek a valóságban alkalmazott eszközrendszerrel való megfeleltetése csak dominancia kifejezésére alkalmas, azaz a skála egyik vagy másik szélsőértékéhez való közelség kimutatására.

A napjainkban működő egészségügyi rendszerek gyökereit a - gyakorlat által életre hívott - klasszikus alaptípusok képezik, ezért a mai egészségügyi rendszerek ezeknek való megfeleltetése inkább tükrözi a valós helyzetet, mint az elméleti szélsőmodellek szerinti jellemzés. Ugyanakkor összefüggés fedezhető fel az azonos alapmodellhez tartozó országok között a történelmi gyökerek és az országspecifikus jellemzők (pl. földrajzi elhelyezkedés) tekintetében: (1) a Beveridge-modell elsősorban Európa földrajzilag periférikus területein terjedt el (ez alól csak Lettország és Ukrajna képeznek kivételt, azonban ezen poszt-szocialista országok az 1990-es években alakították át egészségügyi rendszereiket), (2) illetve a poszt-szocialista országok többsége a korábbi (bismarcki) gyökerekhez tért vissza.

H2/T5: A gyakorlatban működő európai egészségügyi rendszerekre - alkalmazott eszközrendszerüket és struktúrájukat tekintve – hibriditás jellemző, mely hibrid jelleg az azonos gyökerekkel rendelkező egészségügyi rendszerek csoportjain belül (ti. a klasszikus alaptípusok szerinti rendeződés mentén) is kimutatható. Az egészségügyi rendszerek klasszikus alaptípusai a mindenkori politikai, társadalmi és gazdasági körülmények által determináltak: ezen – változó - körülményekhez való igazodás igénye és/vagy kényszere miatt és a nemzetspecifikus fejlődésnek megfelelően az originális alaptípusok a jelenleg működő egészségügyi rendszerek mindegyikében torzultak, deformálódtak, tovafejlődtek.

Az egészségügyi rendszerek „eleve elrendeltetett helyzetük” (ti. a közszféra és a szolgáltató szektor egy-egy részhalmozának metszeteként, ezek határmezsgyéjén működve magukon hordozzák mindkét szektor sajátos jellegét) miatt ki vannak téve a mindenkori politikai, társadalmi és gazdasági környezet szülte elvárásoknak, melyet a nemzeti sajátosságokból fakadó kihívások tovább specializálnak. Így az egészségügyi rendszerek a társadalmi-gazdasági fejlődéssel együttmozogva alá vannak rendelve az állandó, nemzeti és határokat átívelő változásoknak, melyek következményeképp a jelenlegi egészségügyi struktúrák oly mértékben mutatnak eltéréseket egymáshoz képest, hogy a „klasszikus alaptípusok” szerinti rendszerezés csak egy fajtája az azonosítási lehetőségeknek. Az egészségügyi rendszerek ilyen formán történő kategorizálása nagyon keveset árul el a valós, mögöttes tartalomról - a gyakorlat óriási eltéréseket rejt magában még az azonos csoportba tartozó országok között is. Ezt bizonyítják a klasszikus alaptípusok (és ennek megfelelően a forrásteremtés módja) szerinti országcsoportoknak további - négy vizsgálati szempont mentén történő - összehasonlító elemzések eredményei.

H3/T6: A társadalmi és gazdasági változások, valamint a technológiai fejlődés miatt az egészségügy számára is szükségszerű és elkerülhetetlen a máshol már bevált gyakorlatok átvétele és/vagy újszerű technikák, módszerek alkalmazása, mely a klasszikus alaptípusok heterogenizálódását erősíti. A gyakorlatban jelenleg működő egészségügyi rendszerek között nem elsősorban az azonos típusozású való besorolás alapján, hanem az azonos vagy hasonló politikai és társadalmi berendezkedés, gazdasági fejlettség és közös történelmi múlt szerint találunk hasonlóságokat, kapcsolódási pontokat az alkalmazott eszközrendszer, módszereket tekintve.

A gazdasági és társadalmi helyzet szülte korlátozott mozgástér kényszerűen korlátozza az egészségügy fejlődési lehetőségeit is, így a környezeti változások determinálta problémák megoldási alternatívája a nemzetspecifikus jegyek figyelembevételével a nemzetközi tapasztalatok,

sikerek átvétele és a „best practice”-elv érvényesítése. Ezt a jelenséget erősítik és segítik elő a 21. század globalizációs folyamatai: a technológiai fejlődés soha nem látott mértékben és ütemben bontakozott ki, ledöntve ezzel szinte minden, az információáramlás útjában álló akadályt. Ezek együttes hatásaként az „originális egészségügyi modellek” (ti. klasszikus alaptípusok) nemcsak a nemzeti keretek között változnak, hanem a nemzetközi gyakorlatnak megfelelően is, mely az egyébként is kevert egészségügyi rendszerek heterogén jellegét tovább erősíti.

H4/T7: Az azonos alaptípusba tartozó országok is számos eltérést mutatnak a statisztikai mutatószámok értékeit tekintve, a heterogén jelleg ebben a tekintetben is kimutatható. Időben előrehaladva ez a heterogenitás kevésbé érezhető, azaz az egészségügyi rendszerek jellemzésére szolgáló statisztikai mutatószámok változásának értékei közelednek egymáshoz. Ennek megfelelően a hasonló vagy azonos változást mutató országok klaszterekbe rendezhetőek, ahol az azonos klaszterhez tartozó országok között közeledés figyelhető meg.

Az európai egészségügyi rendszerek által alkalmazott eszközrendszerre és struktúrára jellemző heterogenitás az egészségügyi rendszerek leírására szolgáló statisztikai adatok és mutatószámok változási ütemét és tendenciáját tekintve a klasszikus alaptípusok csoportjain belül ugyancsak kimutatható, azaz a változási ütem és tendencia szerint kialakított klaszterelemek nem feleltethetőek meg a klasszikus alaptípusok szerinti rendszerezéssel.

E heterogén jelleg időben előrehaladva gyengül, azaz a statisztikai adatok és mutatószámok alapján vizsgált változási tendencia egyfajta konvergálódást mutat az egészségügyi rendszerekben.

T8: Az egészségügyi rendszerek leírására szolgáló statisztikai adatok és mutatószámok azonos vagy hasonló változási értékei alapján klaszterekbe rendezett, azaz az egymáshoz konvergáló országok között elsősorban a hasonló gazdasági helyzet és közös történelmi gyökerek alapján lehet kapcsolatot felfedezni, nem pedig az egészségügyi rendszerek klasszikus alaptípusainak megfelelő rendszerezési elv alapján.

A klasszikus alaptípusok szerinti országcsoportoknak a változási tendencia és ütem alapján képzett klaszterekkel való megfeleltetése sem a vizsgált időszak elején, sem az időszak végén nem mutatható ki.

T9: A konvergálás a - változási ütem és tendencia által meghatározott - klaszterek* mentén mutatószámokként és időbeliségét tekintve (a vizsgált időszak eleji és végi állapot összevetésével) egyaránt értelmezhető.

☞ A **konvergálás mutatószámokénti erősségét** a legnagyobb elemszámú klaszter fejezi ki (minél több ország alkotja a legnagyobb klasztert, azaz minél markánsabb a tömbösödés, annál inkább jellemző adott mutatószám elemeire a konvergencia)**.

☞ A **konvergálás jellegének időbeli stabilitását** a klaszterek elemszámának változatlansága fejezi ki mutatószámokként, azaz minél jelentősebb az időszak eleji állapothoz képest a vizsgált időszak végére történő elemszám-átrendeződés (minél nagyobb a klasztert elhagyók és a klaszterbe belépők számának különbsége), annál kevésbé állandósul a konvergálás jellege***. Az „időbeli stabilitás” adott mutatószám kapcsán a folyamat jellegét is kifejezi: az időszak eleji tömbösödés időszak végére történő erősödése konvergálást, csökkenése divergálást mutat.

* A statisztikai mutatószámok változási értékei alapján képzett klaszterek száma a módszertan (a változás üteme és tendenciája) által kijelölt klaszterhatároknak megfelelően determinált.

** Konvergálás mutatható ki szinte valamennyi mutatószám/ vizsgált időszak tekintetében:

Az első 3 évre vonatkozó változási értékek alapján egy nagyobb, domináns klaszter mutatható ki 8 mutatószámból 7 esetében (*népesség száma/változatlan; 1 főre jutó GDP/csökkenő; 100 ezer lakosra jutó orvosok száma/csökkenő; 100 ezer lakosra jutó kórházi ágyak száma/növekvő; háztartások egészségügyi kiadásai/csökkenő; egészségügyi kiadások/csökkenő; egészségügyi közkiadások/változatlan*). A GDP növekedési rátáját tekintve két nagyobb, közel azonos elemszámú klaszter (csökkenő, növekvő) különíthető el.

Az utolsó 3 évre vonatkozó változási értékek alapján egy nagyobb, domináns klaszter mutatható ki 8 mutatószámból 6 esetében (*népesség száma/változatlan; GDP növekedési ráta/csökkenő; 100 ezer lakosra jutó orvosok száma/csökkenő; 100 ezer lakosra jutó kórházi ágyak száma/növekvő; háztartások egészségügyi kiadásai/csökkenő; egészségügyi közkiadások/változatlan*). Az egy főre jutó GDP és az egészségügyi kiadások tekintetében két nagyobb, hasonló elemszámú klaszter mutatható ki.

*** A klaszterváltó országok száma a stabilitás mércéjét tekintve nem mérvadó: lehet, hogy ugyanannyi elem esetében történt elmozdulás a csökkenő tendenciájú klaszterből a változatlanba, mint fordítva.

A vizsgált időszak végén az időszak eleji állapothoz képest 3 mutatószám tekintetében mutatható ki jellegváltozás:

(1) Az 1 főre jutó GDP tekintetében az időszak elején a csökkenő tendenciájú klaszter volt a domináns. Az időszak végére a változatlan és a csökkenő tendenciájú klaszterek elemszáma megközelítőleg kiegyenlítődött – ez azt jelenti, hogy a klaszterváltó országok többségében a változási értékek - az elmozdulás iránya alapján - növekedést mutatnak. Egy domináns klaszter helyett az időszak végére két nagyobb alakult ki, ami a teljes elemszámmra nézve divergenciát fejez ki.

(2) A GDP növekedési ráta tekintetében az időszak elején a csökkenő és a növekvő tendenciájú klaszterek közel azonos elemszámúak voltak. Az időszak végére azonban a csökkenő tendenciájú klaszter vált a dominánssá – ennek értelmében a klaszterváltó országok többségében a változási értékek – az elmozdulás iránya alapján – csökkenést mutatnak (konvergálás).

(3) Az egészségügyi kiadásokat tekintve az időszak elején a csökkenő tendenciájú klaszter volt a domináns. Az időszak végére a változatlan és a csökkenő tendenciájú klaszterek elemszáma megközelítőleg kiegyenlítődött – ez azt jelenti, hogy a klaszterváltó országok többségében a változási értékek - az elmozdulás iránya alapján - növekedést mutatnak. Egy domináns klaszter helyett az időszak végére két nagyobb alakult ki, ami a teljes elemszámmra nézve divergenciát fejez ki.

T10: A gazdasági, társadalmi folyamatokat jellemző statisztikai adatok és mutatószámok homogenizált és hosszabb* időintervallumot felölelő idősorainak segítségével **konvergencia-vizsgálat** végezhető, mely alkalmas (1) a változás ütemére és irányára vonatkozó azonosságok, hasonlóságok és eltérések feltárására, (2) az ezek közötti összefüggések kimutatására, valamint (3) a hasonló vagy azonos változást mutató elemek klaszterekbe való rendezésére (klaszterképzésre).

A statisztikai adatok és mutatószámok változási értékei közötti konvergencia vagy divergencia az időszak eleji és végi (min. 3-3 évet felölelő) **éves átlagos változási értékek**** a teljes időszakra vonatkozó éves átlagos változás értékével való összevetésével mutatható ki.

A változási értékek összehasonlítása a vizsgálatba bevont adatok/mutatószámok mindegyikére egy-egy pontdiagram létrehozásával (SPSS programcsomag segítségével) történik, ahol a koordináta-rendszer *y tengelyén* a vizsgált időszak egészére jellemző éves átlagos változás értéke, *x tengelyén* az időszak eleji/végi éves átlagos változás értéke értelmezett.

A pontdiagram elemeinek az átló és a referenciatengelyek*** szerinti klaszterekbe való rendezésével kimutatható a teljes időszakra vonatkozó változáshoz képest az időszak eleji/végi változás üteme és iránya.

A klaszteranalízis segítségével:

- ☞ Vizsgálható a klaszterelemek időbeli egyezősége (időszak eleji klaszterelemek vs. időszak végi klaszterelemek);
- ☞ (Klaszterelemenként) nyomon követhető az (időszak eleji klaszterhez képest történő) elmozdulás, esetleges klaszterváltás;
- ☞ Feltárhatók az azonos klaszterbe tartozó elemek közötti összefüggések;
- ☞ Kimutatható a klaszterelemek közötti „tendenciózus együttmozgás” vagy divergálás.

* Az összehasonlíthatóság érdekében szükséges a kiválasztott mutatószámok idősorainak homogenizálása, azaz egy azonos időintervallum kijelölése.

A relatíve hosszabb időszak elemzéséből levont következtetések növelik a megalapozottságot.

** Az éves átlagos változás értéke kifejezi, hogy a vizsgált időintervallumot illetően az adott mutatószám/adat évente, átlagosan hány százalékkal változott.

3 év éves átlagos változása (az átlagszámításnak köszönhetően) kiegyenlíti a vizsgált időintervallumon belüli „egyszeri”, „rendhagyó”, „kiugró” statisztikai értékeket (pl. választási év,

stb. hatásai), valamint 3 évre vonatkozó átlagszámítások tendencia kifejezésére is alkalmasak (míg 2 év esetében nem beszélhetünk tendenciáról).

*** A koordinátarendszer **átlója** (, ahol az x és y koordináta-tengelyek skálaértékei egységesek) a két tengely egy-egy változójának azonos ütemű változását fejezi ki - az átló alatti és feletti értékek esetén a változás üteme eltérő (ti. az átló feletti értékeknél az időszak egészére vonatkozó éves átlagos értékek változási üteme gyorsabb, mint az x tengelyen értelmezett időszak eleji/végi éves átlagos változása).

A **referenciatengelyek** a változás iránya szerinti (csökkenő tendencia, „változatlanág”, növekvő tendencia) klaszterhatárok kijelöléséhez szükséges viszonyítási alapok - meghatározásuk a vizsgálatot végző szubjektív értékítéletének függvénye egy, **a változás dimenzióit értelmező skála** kialakításával.

KUTATÁSI EREDMÉNYEK FELHASZNÁLHATÓSÁGA, TOVÁBBI KUTATÁSI CÉLKITŰZÉSEK

A nyugat-európai országokhoz való felzárkózáshoz a rendszerváltást követően első lépésként a piacgazdaság feltételrendszerének megteremtése nyitott utat, melyet a második lépésként számon tartott nagy elosztórendszerek modernizálása egészen az elmúlt néhány évig nem követett. A közszektort érintő, azokat átalakító reform-törekvések sok más volt szocialista országhoz hasonlóan, így Magyarországon is csak késve indultak el. E megkésetttség a tudományos kutatásokban is megfigyelhető: a közszféra és ezen belül az egészségügy, mint a nagy elosztórendszerek talán legspeciálisabbja, a közgazdaságtani és egyéb tudományterületek vizsgálatának homlokterébe fokozatosan szivárogtak csak be, lemaradva a nyugat-európai tudományos eredmények mögött, azokat a hazai irodalomba nem integrálva. Többek közt ennek tulajdonítható, hogy a közszférára vonatkozó szakirodalmi újdonságok Magyarországon csak hiányosan vagy egyáltalán nem láttak napvilágot, melynek következményei a magyar felsőoktatás tematikájában, struktúrájában kézzelfogható módon érzékelhetők. Ezen okoknál fogva az értekezés eredményeinek felhasználása részben az oktatás területére koncentrálódik (a vonatkozó hazai szakirodalom nemzetközivel való kiegészítése, kibővítése, másrészt oktatási jegyzet, segédletek és esettanulmányok készítése által), részben az empirikus kutatás módszertanának újszerűsége végett ezen eredményeknek a tudományos élet szereplőivel való megismertetésére.

A disszertáció eredményei további (szekunder) kutatások alapjául szolgálhatnak

- (1) a konvergencia-vizsgálat továbbfejlesztésére, tesztelésére vonatkozóan
- (2) az európai egészségügyi rendszerek jelen átfogó panelvizsgálatának további mélyebb (keresztmetszeti) elemzésénél:

☞ hosszabb időintervallumot felölelő idősorok alapján;

☞ egy-egy részterületre való fókuszálás által, pl:

- * klasszikus alaptípusok szerinti országelemzés;
- * földrajzi elhelyezkedés szerinti országelemzés;
- * hasonló demográfiai, gazdasági helyzetű országcsoportok elemzése;
- * azonos klaszterbe tartozó országelemzés;
- * azonos elmozdulást mutató (klaszterváltó) országok elemzése, stb.

A TÉZISFÜZETBEN SZEREPLŐ SZAKIRODALMI HIVATKOZÁSOK

1. **Gidai, E.**
(1998)
A piac szerepe az egészségügyben- Nemzetközi összehasonlítás-
In: Egészségügy és piacgazdaság, Magyar Tudományos Akadémia, Budapest
2. **Harmat, Gy. dr.- Czárán, E. dr.**
(2006)
Az egészség szerepe az Európai Unió országainak gazdaságában
Egészségügyi Gazdasági Szemle, 44. évfolyam, 2. szám (pp. 14-17)
3. **Kornai, J.- Eggleston, K.**
(2004)
Egyéni választás és szolidaritás
- Az egészségügy intézményi mechanizmusának reformja Kelet-Európában –
Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest
4. **Nagy, B.- Dózsa, Cs.**
(2005)
Az egészségbiztosítás
In: Egészség-gazdaságtan; X. fejezet (pp. 309-347)
Szerkesztette: Gulácsi László
Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest
5. **Thom, N.- Ritz, A.**
(2000)
Public Management –Innovative Konzepte zur Führung im öffentlichen Sektor-
Betriebswirtschaftlicher Verlag Dr. Th. Gabler GmbH,
Wiesbaden

PUBLIKÁCIÓS JEGYZÉK

2007

1. **Európai egészségügyi rendszerek a statisztika tükrében**
VI. Nemzetközi Konferencia; Miskolci Egyetem Gazdaságtudományi Kar, Miskolc-Lillafüred; 2007. október 10-11.; II. kötet (pp. 51-59)
2. **Nemzeti inkoherencia vs. globális konvergálás? – Nemzetközi egészségügyi reformok és hatásai a német, amerikai és brit példákon keresztül**
XXVIII. OTDK Közgazdaságtudományi Szekció Doktorandusz Konferencia; Miskolci Egyetem Gazdaságtudományi Kar, Miskolc; 2007. április 25-27.; Kiemelt minősítést elnyert dolgozatok (pp. 173-187)
3. **Hibrid nemzeti egészségügyi rendszerek: inkoherencia és konvergálás**
MicroCad 2007 International Scientific Conference; Miskolci Egyetem, Miskolc; 2007. március 22.

2006

4. **Public Menedzsment**
In: Heidrich, B.: Szolgáltatás Menedzsment (VIII. fejezet)
Heidrich, B.: Szolgáltatás menedzsment, Human Telex Consulting, Budapest; 2006. (pp. 137-162)
5. **Reformérett közügyek - Public Management: új irányok, átalakuló cél- és eszközzrendszer**
Vezetéstudomány, Különszám; XXXVII. évfolyam, 2006. január (pp. 79-86)

2005

6. **„Egészséges közérdek” - Újszerű vezetési elvek a közegészségügyben -**
Gazdaságtudományi Közlemények; Miskolci Egyetem, Miskolc, 2005. december, 4. kötet (1. Füzet) (pp. 121-131)
7. **Az elengedett kéz dilemmája, avagy a vezetők kulturális lehetőségei a szolgáltató és közigazgatási szervezetekben**
Társszerző: Heidrich Balázs
Vezetéstudomány; XXXVI. évfolyam (2005) 9. szám; 2005. szeptember (pp. 2-14)

2004

8. **The Times They Are Changing? On the cultural characteristics of service and production companies in Northern-Hungary**
Társszerző: Heidrich Balázs
20th EGOS Colloquium: The Organization as a Set of Dynamic Relationships; University of Ljubljana, Faculty of Economics; Ljubljana, Slovenia; 2004. július 1-3.
9. **Does it really make a difference? On the cultural characteristics of service and production companies**
Társszerző: Heidrich Balázs
Club of Economics in Miskolc Theory –Methodology- Practice; University of Miskolc, Faculty of Economics; Miskolc; Volume 1 Number 2; 2004. március (pp. 9-15)
10. **Does it really make a difference? On the cultural characteristics of service and production companies**
Társszerző: Heidrich Balázs
2nd International Conference of „Research and Education”; National Technical University „Kharkiv Polytechnic Institute”, Kharkov; 2004. március 17-19. (pp. 269-278)

2003

11. **New Possibilities in Public Services: „Hungarian e-governments”**
4th International Conference of PhD Students; Miskolci Egyetem, Miskolc; 2003. augusztus 11-17. (235-240)
12. **„Eszményi” ügyfélszolgálat vagy „ügyfélmentes” önkormányzati ügyintézés?!**
II. Országos Doktorandusz Konferencia; Miskolc-Lillafüred; 2003. május 27-28. (398-406)
13. **Valóban más?- A szolgáltató vállalatok kultúrájának jellegzetességeiről**
Társszerző: Heidrich Balázs
IV. Nemzetközi (Jubileumi) Konferencia; Miskolci Egyetem Gazdaságtudományi Kar; Miskolc-Lillafüred; 2003. május 26-27. (126-135)
14. **A szolgáltatás-vezetés értékalapú modellje a „köz-menedzsmentben”**
Társszerző: Heidrich Balázs
Marketing & Menedzsment; The Hungarian Journal of Marketing & Management, XXXVII. évfolyam; 2003. május (pp. 14-25)
15. **Új utak az önkormányzati szolgáltatásokban- „szolgáltató önkormányzatok”**
MicroCad 2003 International Scientific Conference; Miskolci Egyetem, Miskolc; 2003. március 6-7.

2002

16. **A turisztikai szolgáltatások modellezési problémái**
Doktoranduszok Fóruma; Miskolci Egyetem, Miskolc; 2002. november 5-6. (pp. 56-60)
17. **A szolgáltatás menedzsment sajátos vonásai, modellezési lehetőségei**
I. Országos Doktorandusz Konferencia; Magyar Tudományos Akadémia, Budapest; 2002. március 22-24.
18. **Enni vagy étkezni, avagy szolgáltatásmenedzselés a vendéglátásban**
MicroCad 2002 International Scientific Conference; Miskolci Egyetem, Miskolc; 2002. március 7-8.

2001

19. **A szolgáltatás menedzsment aktuális kérdései, avagy a szolgáltató szektor sajátos jellege, növekvő szerepe a gazdaságban**
Doktoranduszok Fóruma; Miskolci Egyetem, Miskolc; 2001. november 6. (pp. 78-82)