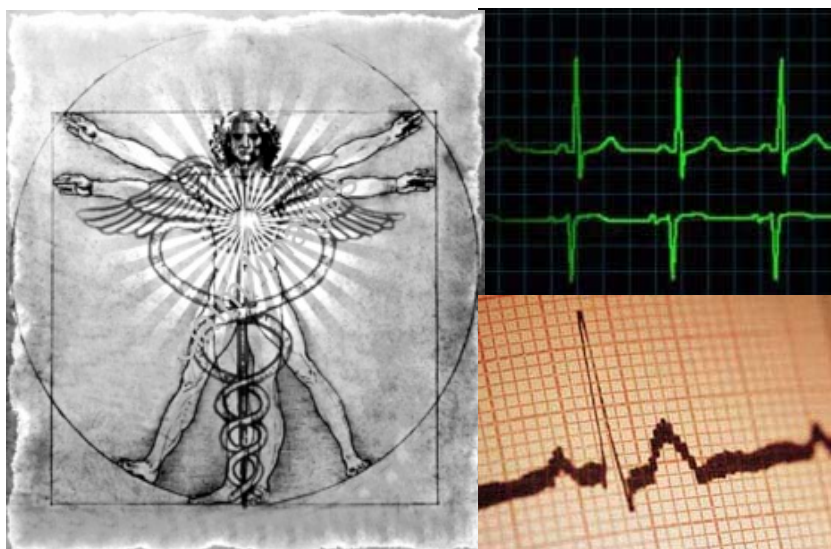


MISKOLCI EGYETEM
Gazdaságtudományi Kar
Vezetéstudományi Intézet, Vezetési Tanszék

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

PHD ÉRTEKEZÉS



Doktori iskola:	Vállalkozáselmélet és Gyakorlat Doktori Iskola
Doktori iskola vezetője:	Dr. Nagy Aladár <i>D.Sc.</i>
Témavezető:	Dr. Szintay István <i>C.Sc., dr. habil</i>

SOMOGYI ALIZ

2008.

TARTALOMJEGYZÉK

Ábrák, táblázatok, térképek jegyzéke	3
Hipotézisek, tézisek jegyzéke	4
Mellékletek jegyzéke	4
Kutatási folyamat	5
I. Terminológiai és rendszerezési alapok.....	8
1.1. Szolgáltatások és megnövekedett jelentőségük	8
1.2. Szektorális lehatárolás	9
1.3. Fogalmi tisztázások, szolgáltatás-definíciók, materiális versus immateriális jelleg	11
1.4. Szolgáltatás-típológiák	17
1.4.1. Egydimenziós szempontok alapján történő rendszerezések	17
1.4.2. Többdimenziós szempontok alapján történő rendszerezések	18
II. Public Management.....	23
2.1. Közszektor, közjavak, közszolgáltatások és sajátos vonásaik	23
2.1.1. Közszektor sajátos vonásai	23
2.1.2. Közjavak, közszolgáltatások	24
2.1.3. Közszeolgáltatások (újfajta) rendszerezése	27
2.2. Közmenedzsment.....	28
2.2.1. Terminológiai értelmezés, a közmenedzsment és a közigazgatás relációja.....	28
2.2.2. „Állami létjogosultság”: az állam szerepe, jelenléte és a közszeférához való viszonya a közmenedzsment tükrében	30
2.3. Reformtörekvések a közszektorban; új közmenedzsment.....	32
2.3.1. Menedzsment reformok és új közmenedzsment: terminológiai értelmezés, a mozgalom létrejötte, a változást indukáló gazdasági és társadalmi folyamatok.....	32
2.3.2. Elméleti gyökerek.....	38
2.3.2.1. Public Choice Theory (Közszeégi választások elmélete)	38
2.3.2.2. Menedzsmentáliszmus	40
2.4. Reform-típusok és jellemzőik	43
2.5. Reform-típusok a gyakorlatban: nemzetközi modellek.....	49
III. Egészségügyi rendszerek az elméletben	55
3.1. Az egészségügyi piacok sajátos működése: tökéletes piac vs. egészségügyi piac	55
3.1.1. Tökéletes piac és nélkülözhetetlen felleltései vs. egészségügyi piac.....	55
3.1.2. Egészségügyi ellátások piaci kudarc: az állami szerepvállalás szükségessége az egészségügyben.....	58
3.2. Egészségügyi rendszerek elméleti modellezése: piaci alapú vs. közegészségügyi rendszer.....	64
3.2.1. Piaci modell.....	65
3.2.2. Közegészségügyi modell.....	65
3.3. Egészségügyi rendszerek a gyakorlatban: klasszikus alaptípusok	69
3.3.1. Bismarcki modell.....	69
3.3.2. Szemaskó-modell.....	70
3.3.3. Beveridge-modell	71
3.3.4. „Öngondoskodási” modell: az Egyesült Államok egészségügyi rendszere	73
3.4. Állami funkciók és átformálódásuk az egészségügyben: közmenedzsment vs. egészségpolitikai kihívások, célkitűzések	76
3.4.1. A jóléti állam korszaka (60-as évek, 70-es évek eleje).....	76
3.4.2. A neokonzervatív állam korszaka (70-es évek második, 80-as évek első fele)	77

3.4.3. <i>Az új munkáspártok kormányzati politikája (80-as évek második, 90-es évek első fele)</i>	78
3.4.4. <i>Egészségpolitikai eszközrendszerek változása</i>	80
3.5. Egészségügyi rendszerek kihívásai napjainkban.....	82
IV. Európai egészségügyi rendszerek a gyakorlatban 1.....	87
4.1. Európai összehasonlítás: elemzési szempontok, adatbázis	87
4.2. Forrásteremtés módja, működtetési elv	91
4.3. Biztosítási rendszer.....	94
4.4. Magán egészségügyi kiadások	97
4.5. Egészségügyi intézmények működtetése: kórházi tulajdonformák és kórházfinanszírozás ...	102
4.6. Egészségügyi szolgáltatók finanszírozása: orvosok jogállása és javadalmazása.....	110
V. Egészségügyi rendszerek a gyakorlatban 2.	113
5.1. Empirikus elemzés módszertana.....	113
5.2. Az elemzés folyamatának részletes bemutatása	115
5.2.1. <i>Mutatószámok, adatok kiválasztása</i>	115
5.2.2. <i>Az idősorok homogenizálása</i>	115
5.2.3. <i>Éves átlagos változás értékének meghatározása</i>	116
5.2.4. <i>A vizsgált időszak első három (1995-1997) és utolsó három (2002-2004) évének éves átlagos változás értékének meghatározása</i>	117
5.2.5. <i>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</i>	117
5.2.6. <i>Klaszterképzés</i>	118
5.2.7. <i>Konvergálási tendencia vizsgálata: klaszteranalízis</i>	122
VI. Közmenedzsment az egészségügyben	140
6.1. Nemzetközi reformok tapasztalatai.....	140
6.1.1. <i>Finanszírozási rendszerre irányuló reformok (forrásteremtés és forrásallokáció)</i>	140
6.1.2. <i>Költségek megosztása, magán egészségügyi kiadások</i>	141
6.2. Kutatási eredmények: közmenedzsment-jegyek az egészségügyben.....	142
6.2.1. <i>Leíró-összehasonlító elemzések eredményei</i>	142
6.2.2. <i>Statisztikai elemzések eredményei</i>	143
VII. A kutatási eredmények felhasználási lehetőségei	144
Felhasznált irodalom	145
Melléklet.....	156

ÁBRÁK JEGYZÉKE

1. ábra	Kutatási folyamat	7. oldal
2. ábra	A szolgáltatások „hármasszete”	15. oldal
3. ábra	Köszolgáltatások reform-stratégiái	37. oldal
4. ábra	Egészségügyi rendszerek strukturális modelljei	68. oldal
5. ábra	A változás dimenzióit értelmező skála	120. oldal
6. ábra	Klaszterképzés és klaszteranalízis szempontrendszere	121. oldal

TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

1. táblázat	Lovelock-féle szolgáltatás-típológia	21. oldal
2. táblázat	Gazdasági javak klasszikus felosztása	24. oldal
3. táblázat	Helyi közszolgáltatások típusai	26. oldal
4. táblázat	Közjavak és közszolgáltatások rendszerezése	28. oldal
5. táblázat	Megváltozott követelmények és elvárások a közszektorban	36. oldal
6. táblázat	A bürokrácia-, menedzsment-modellek és reformpályák összehasonlítása	42. oldal
7. táblázat	New Public Management-elemek	44. oldal
8. táblázat	Hagyományos vs. új közigazgatás	45. oldal
9. táblázat	Egészségügyi rendszereket leíró elméleti modellek összehasonlítása	66. oldal
10. táblázat	Egészségügyi rendszerek alaptípusai	76. oldal
11. táblázat	A homogén betegség-csoportok szerinti finanszírozás előnyei, hátrányai	108. oldal
12. táblázat	Orvosok javadalmazásának lehetséges formái	111. oldal

TÉRKÉPEK JEGYZÉKE

1. térkép	Európai országok osztályozása a klasszikus alaptípus/forrásteremtés és forrásallokáció alapján	93. oldal
2. térkép	Európai országok osztályozása a biztosítási rendszer alapján	97. oldal
3. térkép	Co-payment az alapellátásban	101. oldal
4. térkép	Co-payment a járóbeteg-szakellátásban	101. oldal
5. térkép	Co-payment a fekvőbeteg-ellátásban	102. oldal
6. térkép	Kórházfinanszírozási fajták	110. oldal

HIPOTÉZISEK, TÉZISEK JEGYZÉKE

T1	Mind a szolgáltató szektor meghatározása, mind a szolgáltatások definiálása és osztályozása nagyfokú heterogenitást mutat...	53. oldal
T2	A közszektor egészét felölelő „Public Management” („Közmenedzsment”) témakör tudományos diszciplínaként való elfogadottsága...	54. oldal
T3	A szolgáltatások körén belül az egészségügyi szolgáltatások különösen szubjektív, unikális jelleggel bírnak...	86. oldal
H1/T4	Az egészségügyi rendszereket leíró és egy-egy szélsőértéket képviselő elméleti modelleknek (piaci vs. közegészségügyi) a két alapvető...	131. oldal
H2/T5	A gyakorlatban működő európai egészségügyi rendszerekre - alkalmazott eszközrendszerüket és struktúrájukat tekintve hibriditás jellemző...	132. oldal
H3/T6	Társadalmi és gazdasági változások, valamint a technológiai fejlődés miatt az egészségügy számára is szükségszerű és elkerülhetetlen a máshol már bevált gyakorlatok átvétele...	134. oldal
H4/T7	Az azonos alaptípusba tartozó országok is számos eltérést mutatnak a statisztikai mutatószámok értékeit tekintve...	135. oldal
T8	Az egészségügyi rendszerek leírására szolgáló statisztikai adatok és mutatószámok azonos vagy hasonló változási értékei alapján klaszterekbe rendezett országok között...	135. oldal
T9	A konvergálás a - változási ütem és tendencia által meghatározott - klaszterekmentén mutatószámoként és időbeliségét tekintve...	136. oldal
T10	A gazdasági, társadalmi folyamatokat jellemző statisztikai adatok és mutatószámok homogenizált és hosszabb időintervallumot felölelő idősorainak segítségével konvergencia-vizsgálat végezhető...	138. oldal

MELLÉKLETEK JEGYZÉKE

1. sz. melléklet	A vizsgálatba bevont 29 európai ország egészségügyi rendszerének bemutatása (1.1. - 1.29.)	157. oldal
2. sz. melléklet	Európai egészségügyi rendszerek jellemzése a klasszikus alaptípus és a forrásteremtés alapján	189. oldal
3. sz. melléklet	Európai egészségügyi rendszerek jellemzése a biztosítási rendszer alapján	190. oldal
4. sz. melléklet	Európai országok egészségügyi rendszereiben alkalmazott költségmegosztási formák	191. oldal
5. sz. melléklet	Európai egészségügyi rendszerek kórház-finanszírozási formái	192. oldal
6. sz. melléklet	A vizsgálatba bevont statisztikai adatok és mutatószámok homogenizált idősorai (6.1. - 6.8. táblázatok)	193. oldal
7. sz. melléklet	Diagramok mutatószámoként	202. oldal
8. sz. melléklet	Referenciatengelyek meghatározásának módja, értékei	219. oldal
9. sz. melléklet	Klaszteranalízis mutatószámoként	220. oldal
10. sz. melléklet	Klaszteranalízis mutatószámoként, országokként	224. oldal

KUTATÁSI FOLYAMAT

* A témaválasztás indoklása, a dolgozat szerkezete *

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 hatásokkal 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 közszféra és a szolgáltató szektor speciális szegmenseként, állandó kényszerpályán, egymással ellentétes érdekek keresztüzében 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

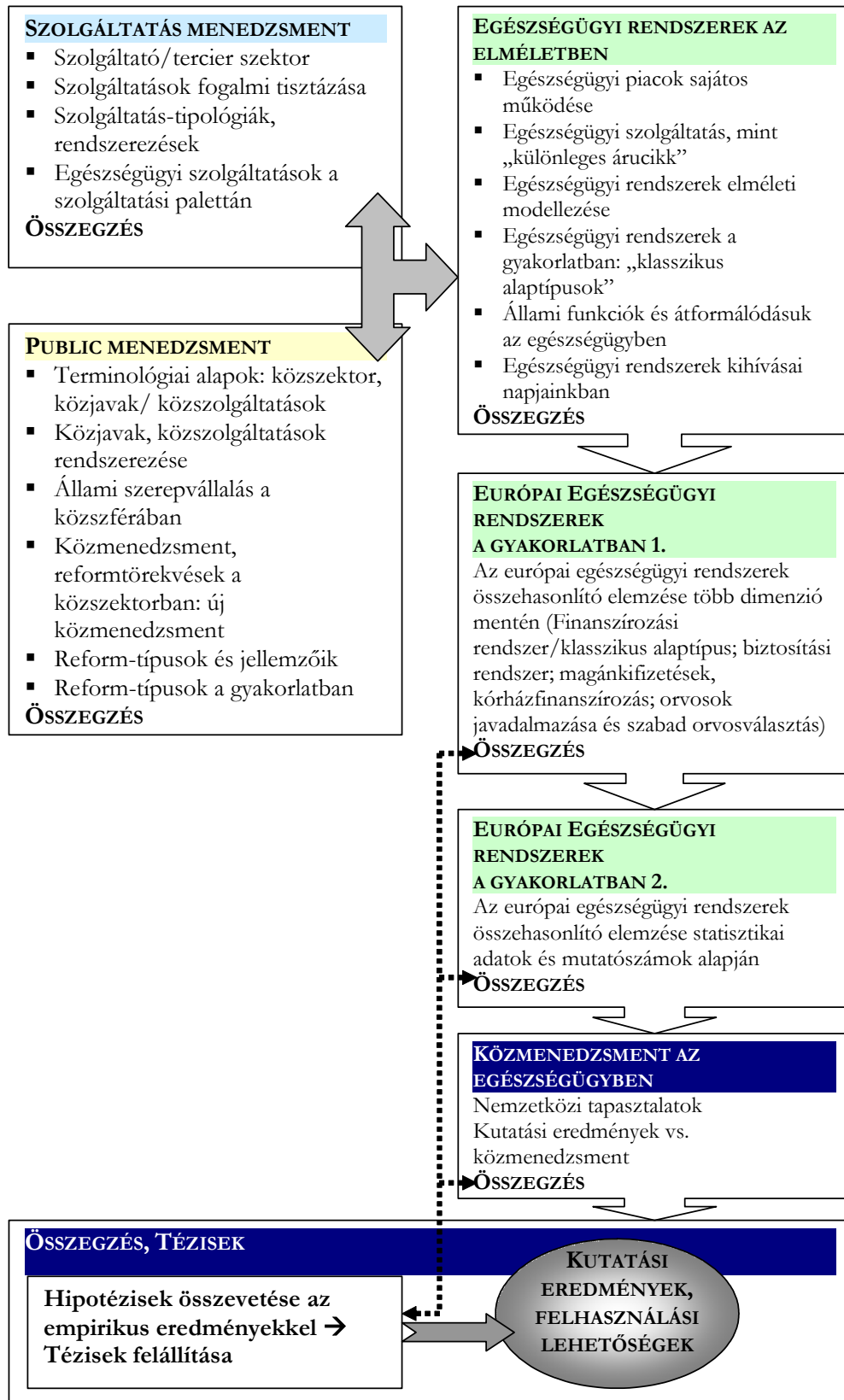
érhető: a fejlett országokban a legnagyobb szektorok egyikeként tartják számon, amely számos államban meghaladja a banki szféra GDP-ből való részesedési arányát, illetve a humán erőforrás foglalkoztatása ebben a szektorban az egyik legnagyobb (Harmat-Czárán, 2006, p. 16).

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 szerinti, a közmenedzsment tükrében való vizsgálata az alábbi kutatási célokon keresztül:

- ☞ 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;
- ☞ A közmenedzsment (Public Management) áttekintő összegzése és ezáltal a tárgykörben - relatíve szűken - rendelkezésre álló magyar nyelvű szakirodalmi paletta bővítése, külföldi tudományos eredményekkel való kiegészítése;
- ☞ 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);
- ☞ Napjaink európai egészségügyi rendszereinek összehasonlító elemzése alkalmazott eszközrendszerüket, struktúrájukat tekintve;
- ☞ Koherencia- és konvergencia vizsgálat végzése az egészségügyi rendszereket leíró statisztikai adatok és mutatószámok segítségével;
- ☞ Mindezek alapján a közmenedzsment egészségügybe való „belépésének”, a közmenedzsment reformok egészségügyi rendszerekben való érvényre jutásának, „felbukkanásának” tetten érése, feltárása.

A dolgozat szerkezete a kutatási célkitűzés folyamatát követi (ld. 1. ábra).

KUTATÁSI FOLYAMAT



1. ábra: Kutatási folyamat

I. TERMINOLÓGIAI ÉS RENDSZEREZÉSI ALAPOK

* Szolgáltató szektor, szolgáltatás menedzsment *

*„A szolgálat a legfőbb művészet. Az első szolgáltató Isten volt: szolgálja az embert, de nem szolgálja az embernek.”
/Részlet Az élet szép c. filmből/*

A dolgozat jelen fejezetének célja részben a szolgáltatások körének és a szolgáltató szektor egészének fogalmi tisztázása, részben a szolgáltatások sajátosságaira és azok jelentőségére való rávilágítás többek között a tercier szektor növekvő gazdasági szerepe miatt, mely megerősíti a szolgáltatások unikális jellegére, mint a sikeres kezelésük kulcsmotívumára vonatkozó mélyebb megismerés szükségességét.

A fejezet a szektorális határvonalak feltérképezését követően a szolgáltatások definíciós problémáira összpontosít, külön kitérve a termék vs. szolgáltatás közti releváns különbségekre és az eltérésekből fakadó sajátos, olykor a megszokottól eltérő kezelési módszerekre. A rendszerezés és tipologizálás lehetőségeinek széleskörű, de a teljesség igénye nélkül történő bemutatása szintén a szolgáltatások nehézségeire, specifikumaira mutat rá, mely egyben a következő (közszolgáltatásokkal foglalkozó) fejezet előfutára is.

1.1. Szolgáltatások és megnövekedett jelentőségük

A „szolgáltatás” kifejezés napjaink egyik leggyakrabban használt fogalma: a szó mögötti tartalom létezése szinte az emberi léttel egyidős (gondoljunk csak a neandervölgyi sámán-rituálékra, az egyiptomi „istentiszteletekre” vagy akár az ókori Kína írnokainak „szolgálataira”...), a tudományos vizsgálódások középpontjába azonban viszonylag későn kerültek. A szolgáltatások termékektől való megkülönböztetése és az őket felölelő szektorális lehatárolás csak a múlt század produktumai. Az érdemi vizsgálódások kései megindulásának oka részben a sokszínűségből fakadó értelmezési problémákban keresendő, hiszen „tisztá megjelenési formájuk” gyakran nem lelhető fel (sok szolgáltatás-fajta nem különíthető el egyértelműen a klasszikus termelés produktumaitól), másrészt a termék-előállítás-szolgáltatásnyújtás gazdaságban betöltött arányával magyarázható: a 20. század második feléig világszerte az ipar (szekunder szektor) jelentette a foglalkoztatás és a GDP-arány tekintetében is a vezető ágazatot. A fordulópont a nyolcvanas években következett be az ún. „technológiai csúcs” eredményeképp: az automatizáció térnyerése az iparban foglalkoztatott munkaerő egy jelentős hányadának felszabadulásával járt, mely a tercier szektorba való „átcsoportosulásukat” eredményezte. A szolgáltatások megnövekedett jelentősége összefüggésbe hozható az ebben az időszakban felerősödő globalizációs folyamatokkal is, mely az élesedő verseny következtében a termelő és szolgáltató vállalatok szorosabb együttműködését segítette elő. Végül nem elhanyagolható tényként kell megemlíteni a jóléti társadalmakban a gazdasági fejlődés

eredményeképp bekövetkezett életszínvonal-növekedést, mely a megváltozott fogyasztói igények által ugyancsak a termékekkel szembeni minőségi elvárások növekedését presszionálta.

Napjainkban a szolgáltató szektor mind a GDP, mind a foglalkoztatottak száma alapján a legnagyobb nemzetgazdasági ágazat: a fejlett országok GDP-jének 2/3-át, a fejlődő országok GDP-jének 50%-át a szolgáltatások teszik ki, az OECD országokban ez az arány még magasabb (a GDP 70%-a). Mind a foglalkoztatottak számát, mind a GDP-hez való hozzájárulást tekintve ez átlagosan 60% feletti arányt tesz ki. Az Európai Unióban a foglalkoztatottak száma alapján 1998-ban Hollandia állt az első (73,3%), Svédország a második (71,4%), az Egyesült Királyság a harmadik (71,2%) helyen, mindhárman jócskán túlszárnyalva a 60%-os arányt.

A tercier szektor jelentősége egyértelmű, az elnevezés mögötti tartalom annál kevésbé. A tisztánlátás végett a következőkben a szektorális lehatárolás kérdésköre kerül bővebb kifejtésre.

1.2. Szektorális lehatárolás

A szolgáltató szektor lehatárolására több tudományos nézet látott napvilágot. A következőkben bemutatásra kerülő elméletek közötti logikai és/vagy kronológiai sorrend felállítására két oknál fogva nem volt mód: (1) a szolgáltató szektor definiálására vonatkozó szakirodalmi összegzés több tudományos forrásnak csak a tárgykörre vonatkozó részeit tartalmazza, mely nem teszi lehetővé az egyes szerzők gondolatmenetének harmonizálását; (2) az értekezésnek nem célja ezen tudományos eredmények közötti összefüggés feltárása, sokkal inkább – mindezekon keresztül - annak szemléltetése, hogy a szolgáltató szektor pontos körülhatárolása milyen szempontok szerint, milyen nehézségek mellett történhet.

A gazdaság szerkezetének alapját a mindenkori gazdasági fejlődés és annak folytonos változása adja, melynek következményeképp az egyes részterületek egymáshoz képest és/vagy a nemzetgazdaság egészéhez képest elmozdulnak. Ezen strukturális változások leírásával, azaz az „interszektorális szerkezetváltással”, a szakirodalom három elmélet mentén foglalkozik: (1) a cikluselméleteken; (2) a fázis-/fokozatelméleteken és a (3) szektorelméleteken keresztül. Míg a cikluselméletek célja a hosszútávú szerkezetváltások és konjunktúraciklusok közös alapjainak meghatározása, addig a fáziselméletek egy, valamennyi nemzetgazdaságra vonatkozó általános érvényű fejlődéstörvény felállítására törekszik. A szektorelméletek szerinti megközelítések közül az ún. „három-szektor modell” a legismertebb, melyen belül primer, szekunder és tercier szektorokat különböztetünk meg (Corsten, 1997, pp. 1-2). **Görgens** felsoroló jelleggel, tartalmilag konkretizálja a gazdasági szektorok tartalmát, de a rendszerezés szempontjait nem definiálja. Értelmezésében a primer szektort a mező- és erdőgazdálkodás (beleértve a halászatot és vadászatot) alkotja, a szekunder szektorba a bányászat,

közmű- és feldolgozóipar (áram-, gáz- és vízellátás) tartozik, a tercier szektort pedig az építőipar, valamint a magán- és közszolgáltatások (elosztás, kereskedelem, szállítás-fuvarozás, bankszolgáltatások, biztosítás, közigazgatás) képezik (Görgens, 1975, p. 288).

A közgazdaságtudomány szektorelméletének képviselői (Fischer, Fourastié, Wolfe, Clark) a gazdasági szektorok egymástól való elkülönítésére különböző szempontokat alkalmaztak. **Fischer** a *kereslet jövedelemrugalmasságát*¹ tekintette a megkülönböztetés alapjának, amely szerint a primer szektorra a rugalmatlan jövedelem, a szekunderre a merev kereslet, míg a tercierre a rugalmas kereslet jellemző. **Fourastié** a *technológiai haladást* vette alapul, azaz azt vizsgálta, hogy a technológiai fejlődés milyen mértékben meghatározó az adott szektorban. Ebben a tekintetben a szekunder szektorban jelenik meg legmarkánsabban a technológiai fejlettség (szoros összefüggésben a termelő ágazat, ipar gépigényével), míg a tercier szektorban a legkisebb a technológiai fejlődés mértéke a humán erőforrás dominanciája miatt. **Wolfe** elhatárolása összecseng az előző szempontok eredményével: nála a *domináns termelési tényező* és a *termelést korlátozó tényezők* jelentik a megkülönböztetés alapját. Ebben a vonatkozásban a primer szektor legfőbb termelési tényezője a föld, a szekunderé a tőke, míg a terciére az emberi munka. A termelés legfőbb korlátja a primer szektorban a természetes gazdasági növekedés, a szekunderben a gépi, mechanikus tényezők, a tercier szektorban pedig a megfelelő teljesítmény. **Clark** kutatásai az előző háromtól eltérően időbeliségében, dinamikus jelleggel vizsgálja a gazdasági szektorokat, kiemelve a *munkaerő dominanciáját* és a *termékek, produktumok választékát*. Ennek alapján a primer szektor mindkét tényezőt tekintve csökkenő tendenciát mutat az idő előrehaladtával párhuzamosan, a szekunder szektorban a kezdeti növekedést követően ugyancsak csökkenés figyelhető meg, míg a tercier szektort mind a munkaerőt, mind az immateriális javakat és azok választékát illetően folyamatos növekedés jellemzi².

Browning és Singelmann a szolgáltató szektor négy kategóriáját különböztetik meg:

- ☞ Az „**elosztó szolgáltatások**” a többi ágazat számára nyújtanak szállítási, távközlési, raktározási, értékesítési és más előnyt biztosító szolgáltatásokat (pl. távközlés, nagykereskedelem, stb.).
- ☞ A „**termelői szolgáltatások**” azokat az ágazatokat fogják át, amelyek pénzügyi, tervezési, vezetési és jogi szolgáltatásokat nyújtanak más ágazatok számára (pl. biztosítás, ingatlan, számlázás és könyvelés, stb.).

¹ A kereslet jövedelemrugalmassága azt fejezi ki, hogy hány százalékkal változik egy jószág kereslete a fogyasztó jövedelmének egy százalékos változása következtében. A jövedelem növekedése általában növeli a jószág iránti keresletet, ebben az esetben normáljószágokról beszélünk és a kereslet jövedelemrugalmassága pozitív szám. Ha a kereslet jövedelemrugalmassága nagyobb, mint 1, akkor a kereslet nagyobb mértékben nő, mint a jövedelem (ez az ún. luxusjószágokra jellemző). Amennyiben a kereslet jövedelemrugalmassága negatív, úgy a kereslet csökken a jövedelem növekedése ellenére (ezek az ún. inferior jószágok).

² Vö. Corsten (1997, p. 6)

☞ A „**társadalmi szolgáltatások**” az előzőekkel szemben egyéni szükségletek és a társadalmi renddel kapcsolatos néhány igény közösségi kielégítését biztosítják (pl. oktatás, *orvosi és egészségügyi szolgáltatás*, non-profit szervezetek, postai szolgáltatás, stb.).

☞ A „**személyi szolgáltatások**” kategóriája a legösszetettebb, legkevésbé homogén csoportja a szolgáltatásoknak (pl. szállodai szolgáltatások, vendéglátás, turisztika, stb.) (Németh-Papp, 1995, pp. 16-18).

A tercier szektor további felbontásával a Browning-Singelmann-féle rendszerezés sem oldja meg a gazdasági szektorok pontos és egyértelmű definiálásának problematikáját. A szakirodalom a szektorelmélettel szemben erőteljes kritikával él elsődlegesen az egyértelmű elkülöníthetőség hiánya, a többértelmű hozzárendelési szempontok miatt. Fourastié esetében a technológiai haladás mértéke (kis, közepes és nagymértékű) nem értelmezhető. Corsten további két ellenérvet sorakoztat fel a szektorbesorolásokkal szemben.

☞ Kritikával illeti az ún. „mozgó szektorbesorolást”, amely azt fejezi ki, hogy az egyes gazdasági ágakhoz való hozzárendelés időben variálható, változhat;

☞ Létezik az ún. maradéki elv szerinti kategorizálás: minden olyan gazdasági ágazatot, amely sem a primer, sem a szekunder szektorba nem sorolható, a tercier szektor, amolyan „gyűjtőhelyként” foglal magában, gyakran indokolatlanul is (Corsten, 1997, p. 7). Ez igaz például Kauferre rendszerezésére, aki a hármas besorolást négyre egészítette ki oly módon, hogy a tercier szektor alatt a kereskedelmet és a közlekedést definiálta és minden egyéb területet a „negyedikbe” sorolt (Kaufer, 1980, p. 12). Ezzel ugyan a „maradék” ágazatok körét szűkítette, de a „maradék” kategóriájának alapproblémáját nem oldotta meg, csak egy „negyedik szektorra” testálta rá.

1.3. Fogalmi tisztázások, szolgáltatás-definíciók³, materiális versus immateriális jelleg

Bár a termékek szolgáltatásoktól való megkülönböztető jegyei általánosságban ismertek és elfogadottak, a közgazdaságtannak mégis hosszú időn keresztül nem sikerült a szolgáltatás fogalmát egyértelműen meghatározni - sokáig a klasszikus közgazdaságtan képviselői által szűken értelmezett „termék”-definíció szolgált alapul (Stavenhagen, 1969, p. 53). **Adam Smith** csak az anyagi tárgyakat tekintette a gazdasági szereplők szükségleteinek kielégítését szolgáló eszközöknek, azaz a szolgáltatásokat nem ismerték el termelő értéként. A **marxista gondolatvilágban** is csak „termelőmunkáról” beszélünk, ha ez hozzájárul a „produktív” termékek előállításához. A

³ Ld. még Heidrich (2006); Hill (1977)

produktivitás fogalmának „immaterializálása” **Jean Baptiste Say** érdeme, aki a szolgáltatásokat „produktív teljesítményként” definiálta és hangsúlyozta azok gazdasági értékét is. A termékeket anyagi és nem-anyagi csoportokba sorolta, a szolgáltatások ennek eredményeképp az immateriális kategóriába kerültek (Corsten, 1997, pp. 19-20). Ez a meghatározás ugyancsak félreértésre adhat okot: **Blum** szerint a közgazdaságtudományban minden olyan eszköz, mely emberi szükségleteket közvetlenül vagy közvetett módon elégít ki, terméknek nevezhető (Blum, 1992, p. 2). Ebből következően egy termék legjellemzőbb vonása szükségletkielégítő képessége, amely éppúgy érvényes a szolgáltatásokra, mint a termékekre.

A szakirodalom gazdag fogalomtárral rendelkezik a szolgáltatások definiálását és a termékektől való elkülönítésüket illetően, melyek három csoportot képeznek. Az ún. **enumeratív (felsoroló) fogalmak** példák felsorakoztatásán keresztül konkretizálnak. Gyenge pontjuk elsősorban abban áll, hogy nem határoznak meg olyan kritériumrendszert, amely alapján el lehetne dönteni, hogy adott esetben szolgáltatásról beszélünk-e vagy sem. Az ún. **negatív-definíciók** (a kizárás alkalmazásával) ugyan rendelkeznek az elhatároláshoz szükséges szempontokkal, ez mégis egyfajta tudományos kényszermegoldás. Harmadik csoportba az alapvető jellemzők alapján, explicit **módon meghatározott szolgáltatás-fogalmak** tartoznak, melyeken belül megkülönböztetjük az ún. *teljesítményorientált*, a *folyamat-* és az *eredményorientált*⁴ fogalmakat.

☞ A *teljesítményorientált* megközelítés a szolgáltatást olyan emberi vagy gépi teljesítőképességként interpretálja, amellyel a szolgáltatás igénybe vevőjénél vagy a rendelkezésére álló tárgynál a kívánt változás vagy állapot elérhető (Meyer, 1984. p. 198). Ebből következően a „csere” tárgya maga a kínáló (szolgáltató) teljesítőképessége. Ezen megközelítésből egyenesen következik a szolgáltatások immateriális jellege, mint alapvető jellemző: a szolgáltatás egy olyan teljesítési ígéret („szerződés”), melynek tartalma a szolgáltatás nyújtója és igénybe vevője között áll fenn. Ezt a gondolatmenetet folytatva az a következtetés vonható le, hogy a szolgáltatás igénybe vevője nem lehet biztos abban, hogy az általa elvárt eredmények be is következnek, így a szolgáltatások egyik jellemzője a relatíve magas rizikótartalmuk (Zeithaml, 1981, p. 188; Stauss, 1994, p. 236).

☞ A *folyamatorientált* megközelítés szerint a szolgáltatások a szükségletek kielégítését szolgáló olyan folyamatok, melyeknek materiális és/vagy immateriális hatásaik vannak; végrehajtásuk, illetve igénybevétele megköveteli a szolgáltatás nyújtója és igénybe vevője, illetve a teljesítésükhöz szükséges eszközök közötti egyidejű kapcsolat meglétét (Berekoven, 1983, p. 23). Ebből pedig következik a „termelés” és „teljesítés” együttes jelenléte, melyre példaként említhetők a koncert- és színházelőadások. Részben ebből következik az is, hogy a szolgáltató és a vevő között térbeli és időbeli szinkronkapcsolatnak kell fennállnia. Ennek a szűk értelmezésnek a gyenge pontja a

⁴ Vö. Corsten (1997, pp. 21-23)

„táv-vásárlások”, illetve a telefonos szolgáltatások kizárásában mutatkozik meg. Ugyancsak túlzó a kizárólag személyes, interaktív folyamatokra történő meghatározás a tárgyi szolgáltatások (gépesített, automatizált szolgáltatások) figyelmen kívül hagyása miatt. A szolgáltatások folyamatként való értelmezéséből szükségszerűen következik a szolgáltatások nem anyagi jellege is, mert minden teljesítés/eredmény végső soron immateriális természetű (Corsten, 1997, p. 22).

☞ Az *eredményorientált* nézet alapján a szolgáltatás egy teljesített tevékenység/cselekvés immateriális eredményeként értelmezhető. A szolgáltatásokat, mint eredményeket gyakran azokkal a változásokkal azonosítjuk, melyek személyeken vagy tárgyakon következtek be, rajtuk érzékelhetők. Ennek a megközelítésnek központi problémája a hordozó-/közvetítő közeg materiális megjelenése, mint például papír, magnószalagok, lemezek, stb. Ebben az esetben a szolgáltatás „anyag- és adathordozóként” manifesztálódik, amely további szolgáltatások tárgya lehet, s ezzel egyidejűleg az eredmény további elterjedésének is alapja (Corsten, 1997, p. 22). Az eredményorientált megközelítés tehát a szolgáltatásokat a teljesítés hatásaiként vagy következményeiként definiálja, azaz hasznosságuk szerint, ezen belül megkülönböztetve a megvalósult, fenntartott, újraelőállított vagy meg nem valósult szolgáltatásokat.

Hentschel a potenciál-, folyamat- és eredményorientált szolgáltatás-kategóriákat nem alternatívákként kezeli, hanem egy folyamat egymást követő fázisaiként (Hentschel, 1992, p. 21), alátámasztva ezzel a szolgáltatás folyamatjellegét, a termékektől való egzakt elkülönítés pontatlanságát. **Hentschel** szolgáltatás-definíciója szerint „a szolgáltatások olyan termékek, amelyek a szolgáltatást kínáló és igénybe vevő között közvetlen kapcsolatot igényelnek és a kontaktust megelőzően, közben és után többnyire nem kézzelfogható formában nyilvánulnak meg” (Hentschel, 1992, p. 26). Meghatározását követve a szolgáltatásokat egy 2x2-es mátrixban helyezhetjük el, ahol az egyik szempont a kézzelfoghatóság, a másik pedig a kapcsolatintenzitás. Így például abszolút kézzelfogható szolgáltatás a csavarhúzás, míg teljes mértékben immateriális a tanácsadás; *kapcsolatintenzív az orvosi ellátás*, míg a házhozszállítás épp az ellenpólust képviseli.

A szolgáltatások jellemzése és definiálása egyáltalán nem olyan egyszerű feladat, amint egy kicsit is elszakadunk a hagyományos gondolkodásmódtól (Heidrich, 2006, p. 10). Schmenner már odáig jut a kiterjesztésben, hogy felveti annak lehetőségét, könnyebb azt meghatározni, hogy mi nem szolgáltatás, minthogy mi tekinthető annak (Schmenner, 1995, p. 1). A szakirodalom számtalan szolgáltatás-definíciót sorakoztat fel, melyek tartalmukat tekintve többé-kevésbé átfedik egymást. Az egyes meghatározások bemutatása helyett lényegesebb kiemelnünk ezek alapján a szolgáltatások legfőbb jellemzőit:

- ☞ nem kézzelfoghatóak (noha a szolgáltatás valami fizikai objektummal általában összefügg, amiért az emberek valójában fizetnek, az tartalmaz valami nem kézzelfoghatót);
- ☞ nem tárolhatóak;
- ☞ a szolgáltatás előállítása és fogyasztása fizikailag egyszerre történik;
- ☞ könnyű piacra lépés (a szolgáltatások egy jelentős része kis befektetést igényel, a piacra lépés korlátai nem igazán magasak);
- ☞ külső hatások (a szolgáltatásokra nagy befolyással lehetnek olyan külső hatások, mint például a technológiai fejlődés, a kormányzati szabályozás, melyek a szolgáltatások nyújtásának módját alapvetően megváltoztathatják.) (Heidrich, 2006, pp. 11-12).

A többféle megközelítést tükröző definíciók mindegyike rávilágít a szolgáltatások immateriális jellegére, de kizárólagosságot nem, csak dominanciát állapítanak meg a szolgáltatások tárgyi vonatkozása (például a fodrász haj nélkül nem tud frizurát készíteni vagy *az orvos eszközök, gyógyszerek nélkül gyógyítani...*), illetve a szolgáltatásnyújtás kézzel fogható eredménye miatt (azaz ha az valamilyen materiában manifesztálódik, mint például az éttermi szolgáltatások esetén az elkészült étel). A **Shostack-féle alapmodell** a szolgáltatásoknak ezen kettősségét emeli ki: a „termékek” különböző kézzel fogható és kézzel nem fogható elemekből épülnek fel és végső jellegük az egyes elemek dominanciáján keresztül határozódik meg. Ezt a megközelítést elfogadva elmondható, hogy a tiszta szolgáltatás és a tiszta árucikkek között egy folyamatos átmenetet találunk attól függően, hogy az egyes termékeknek hogyan kombinálnak az említett elemek (Darabos, 1995, p. 60).

Míg egy pszichiátriai terápia során (szoros értelemben vett) tárgyi eszközről nem beszélhetünk, addig egy szívátültetés kizárólagosan speciális tárgyi környezetben, speciális orvosi eszközök és műszerek segítségével valósulhat meg. Ennél fogva az egészségügyi szolgáltatások elhelyezése a Shostack-skálán mindig az adott szolgáltatás típusától függ.

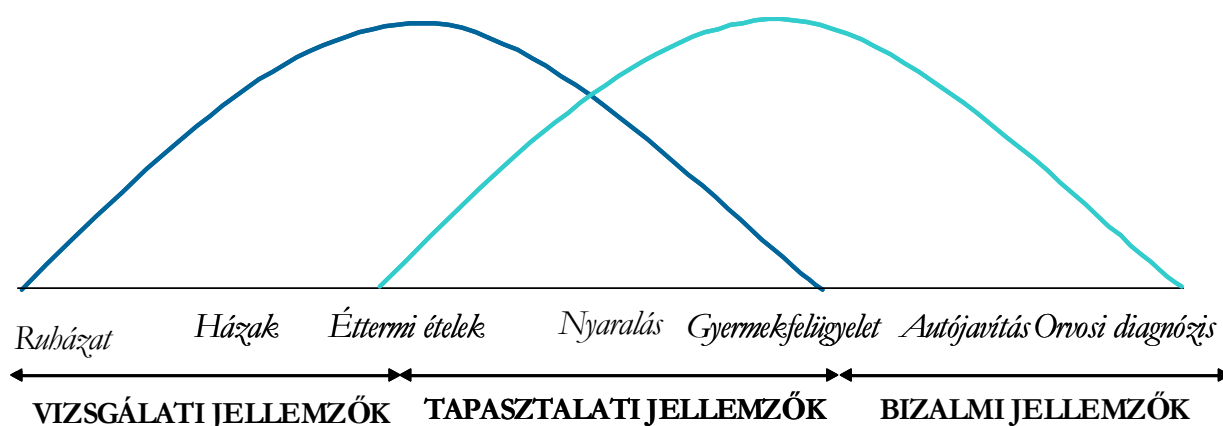
A szolgáltatások és termékek ilyen módon történő elkülönítése nem egyértelmű, sőt, a fizikai és anyagi tartalom megkülönböztetése további értelmezési kérdéseket vet fel. A fizikai tartalom három elemre bontható:

1. **Az egy tranzakcióban elfogyasztott fizikai tartalomra:** oktatás esetén az az ismerethalmaz, amellyel a diák gazdagodott az óra alatt; ezt az adott szolgáltatás előnyeként is értelmezhetjük.
2. **A szolgáltatás tárgyi környezetére,** mint például a szolgáltatás helyszínének kialakítása, a használt munkaeszközök, stb., mely e hármas tagoltságban a leginkább determinálható terület.

3. Az igénybe vevő által a szolgáltatásfolyamatba vitt fizikai tartalomra, pl. gyomrunk és teljes emésztőrendszerünk, illetve ízlésünk az étteremben, illetve érdeklődési körünk vagy nyelvérzékünk az oktatás során, (Veres, 1998, p. 29).

Az egészségügyi szolgáltatások esetén az elfogyasztott fizikai tartalom gyanánt például a kivizsgálást végző orvos diagnózisát vagy épp az általa felírt receptet értelmezhetjük; a szolgáltatás tárgyi környezete az orvosi rendelő, a műtőszoba, a kórterem, a váróterem, stb. Az igénybe vevő (paciens) által a szolgáltatásfolyamatba vitt fizikai tartalom maga a „betegségünk”, „panaszunk” és a meggyógyítandó, kivizsgálándó, kezelendő szerveink, testrészeink.

A szolgáltatástermék összetett voltának egy további értelmezése a termékek ún. „hármasságának”, vagyis minden termékben egyidejűleg van jelen a **vizsgálati**, a **tapasztalati** és a **bizalmi jelleg** (ld. 2. ábra). A valóságban az egyes termékeken belül is keverednek ezek a dimenziók, így csak mint domináns jelleget emelhetjük ki valamelyiket a három közül. Így például egy éttermi szolgáltatás kevés mérhető paramétere közül a nyitvatartási időt vagy a várakozási időt lehet megemlíteni, de a fő előnye, azaz az ételek milyensége vagy a kiszolgálás csak tapasztalati úton ítéltethető meg (Veres, 1998, p. 30).



2. ábra: A szolgáltatások „hármasságának”
Forrás: Veres (1998, p. 31)

Jól látható, hogy a szolgáltatások hármasságát bemutató ábrán a bizalmi jellegű szolgáltatások egyikeként az orvosi diagnózis van feltüntetve, nem véletlenül. Az egészségügyi szolgáltatások egyik jellemzője az igénybe vevő (beteg) és a szolgáltatást nyújtó (orvos) között fennálló információs aszimmetria, mely az orvos speciális tudásából és a beteg „nem tudásából” fakad. Ez többnyire egyfajta sajátos helyzetet teremt, „22-es csapdáját” állítja fel a keresleti és kínálati oldal szereplői között: a beteg kényszerű kiszolgáltatottsága ellenére és egyben épp emiatt a bizalom megteremtésére ítéltetett, hisz ez az előfeltétele az eredményes kezelésnek, azonban ezt a bizalmat többnyire nehezebb biztosítani a szolgáltatás nem „önkéntes” igénybevétele és/vagy a szolgáltató nem önkényes kiválasztása miatt.*

A termék vs. szolgáltatás-elhatárolással kapcsolatos vizsgálatok spektrumának feltárására létezik egy ún. bilaterális személyvonatkozású szolgáltatás-levezetés, mely szerint a szolgáltató a szolgáltatást igénybe vevő személyének nyújt szolgáltatást (pl. tanácsadás), amelyet a szolgáltatás magjaként is nevezhetünk. Az ilyen formán, mint szűken értelmezett szolgáltatás-definíciót, ebből következően a szakirodalomban képviselt nézetek közül „legkisebb közös többszörös”-ként (Corsten, 1997, p. 30) említhetjük, melyből a tágan értelmezett szolgáltatás fogalom kiterjed a folyamat során felhasznált és igénybevett materiális tényezőkre, adathordozókra, bizonyos közvetítő közegre (pl. média), a szolgáltatást igénybe vevő szakmai hozzáértésére, stb.

A bilaterális személyvonatkozású szolgáltatás-levezetés az egészségügyi szolgáltatások mindegyikére könnyen értelmezhető, hiszen a folyamat nélkülözhetetlen résztvevője mind a beteg (igénybe vevő), mind az orvos (szolgáltató). Valamennyi - az orvoson és betegén kívüli - , a szolgáltatáshoz mégis szorosan kapcsolódó tényező, például a szolgáltatásban résztvevő egyéb szereplők (ápoló személyzet) és tárgyi környezet (orvosi rendelő; eszközök) már a tágan értelmezett egészségügyi szolgáltatás része.

A bemutatott meghatározások, modellek azt mutatják, hogy **egyetlen (kizárólagos), általánosan elfogadott szolgáltatás-fogalom nem létezik, az értelmezési lehetőségek, illetve az ezek eredményeképpen levezethető definíciók a fent taglalt problémakörök függvényei.** A fogalom vitatott mivolta sokakban megteremtette a rendszerezés igényét az egységesség kialakítása érdekében. Az alábbiakban azok a szempontok kerülnek bemutatásra, amelyek alapján a szolgáltatásokat csoportosíthatjuk, tipologizálhatjuk.

* Az egészségügyi szolgáltatások alanya és egyben tárgya maga az ember, amely különös érzelmi viszonyulást eredményez az igénybe vevő (beteg) számára. Ezt a különös helyzetet tovább erősíti, hogy az egészségügyi szolgáltatások többségét nem preventív jelleggel vesszük igénybe, azaz nem akkor, amikor mi szeretnénk, hanem ha megbetegszünk, azaz amikor szükségünk van rá.

1.4. Szolgáltatás-típológiák⁵

A szakirodalomi megosztottság mind a szolgáltatások definiálására, mind azok tipologizálására igaz. Jelen alfejezet célja a szolgáltatások különböző szempontok szerinti rendszerezésének megismertetése a teljesség igénye nélkül. A bemutatásra kerülő szolgáltatás-típológiák a szerzők vizsgálódásának súlypontjait és értékítéletét tükrözik: az általuk megalkotott modellek egy- vagy többdimenziós szempontrendszer alkalmaznak.

1.4.1. Egydimenziós szempontok alapján történő rendszerezések⁶.

A szakirodalomban található szempontrendszerek többsége egydimenziós természetű, azaz egyetlen rendezőelv mentén kategorizálják a szolgáltatásokat. A **tevékenység tartalma** alapján megkülönböztetünk kommunális szolgáltatásokat; vendéglátást; utazással, szállítással, hírközléssel kapcsolatos szolgáltatásokat; pénzügyi és biztosítással kapcsolatos szolgáltatásokat; jogi és gazdasági szolgáltatásokat; stb. További osztályozási lehetőség a szolgáltatások **vállalkozói** (üzleti, személyes, disztribúciós, pénzügyi szolgáltatások) és **non-business** (oktatás, kulturális szolgáltatások, közszolgáltatások) **szférák** szerinti csoportosítása. A „kínálat hordozói” szerint **magán- és közjavakat** különböztethetünk meg, ahol az utóbbiakra egyrészt az ún. „kizárási elv” (free-rider-Problem) nem vonatkozik, másrészt a fogyasztók között nem áll fenn verseny (non-rivalness-Problem) (Blum, 1992, p. 4).

A tevékenység tartalma alapján történő szolgáltatás-tipologizálás szerint az egészségügyi szolgáltatások köre egy külön kategóriát képez, ezen belül lehetőség nyílna további alkategóriák meghatározására. A vállalkozói és non-business szempont szerinti megkülönböztetés nem teszi lehetővé az egészségügyi szolgáltatások kizárólagosan egyik vagy másik csoportba való sorolását: ugyan az egészségügyi szolgáltatások jelentős része nem profitorientált, vannak üzleti alapon működtetett egészségügyi ellátások is (például fogászati ellátás).

Az **ISIC (International Standard Industrial Classification)** jellemző alcsoportokat képez a szolgáltatás-üzletágak között, így pl. kereskedelmi (nagy- és kiskereskedelem); az ún. HORECA (Hotels, Restaurants and Catering) (éttermek, szállodák); logisztikai (szállítás, raktározás, stb.); professzionális (pl. pénzügyi ~); személyi, közösségi és társadalmi; valamint költségvetési (kormányzati) szolgáltatásokat különböztet meg.

⁵ Ld. még Corsten (1997, pp. 19-53); Papp (2003, pp. 11-35); Veres (1998, pp. 14-20); Németh-Papp (1995)

⁶ Vö. Veres (1998, pp. 14)

Az International Standard Industrial Classification kategóriái alapján nem lehet egyértelmű besorolást készíteni az egészségügyi szolgáltatásokra vonatkozóan. Tartozhatnak a professzionális szolgáltatások köréhez, amennyiben a szolgáltató szaktudásából indulunk ki; személyi szolgáltatásoknak is tekinthetjük őket a beteg egyedi adottságai és az ennek megfelelően felállított egyedi diagnózis alapján; továbbá a közösségi-társadalmi, bizonyos tekintetben költségvetési szolgáltatásokhoz is sorolhatók az ellátórendszer közösségi jellege, társadalmi funkciója által.

Az egyik legismertebb rendszerezés a Corsten-féle, mely a gazdasági javakat „tisztá” és „kevert” formákra bontja. A tiszta formákon belül jól elkülöníthető a nominál- (pénz, hitel, kölcsön, stb.) és reáljavak kategóriája, melyek tovább oszthatók materiális és immateriális javakra. Ez utóbbi kategória részét képezik a (1) *szolgáltatások*, az ún. (2) „*munkateljesítmények*”, valamint a (3) *szabadalmi- és licenccsoportok*. A tipológia értelmezése számos kiegészítésre szorul, többek közt a szolgáltatások és az ún. munkateljesítmények elhatárolása, a „jogok” és az „információ” általános kifejezések használata miatt⁷. *A Corsten-tipológia valamennyi szolgáltatást egy csoportba sorol, nem különböztet meg ezen belüli kategóriákat – ennek megfelelően az egészségügyi szolgáltatások is ide sorolandók.*

A szolgáltatások másfajta csoportosítását teszi lehetővé a szolgáltató és az igénybe vevő kapcsolatának technológiája, pl. a **Stern-Hoekman-féle osztályozás**:

- ☞ a szolgáltató és az igénybe vevő is helyben marad (pl. kereskedelmi szolgáltatások esetén);
- ☞ a szolgáltató megy az igénybe vevőhöz (pl. export esetén);
- ☞ az igénybe vevő megy a szolgáltató telephelyére (pl. turizmus, oktatás, étterem, stb.) (Veres, 1998).

A Stern-Hoekman osztályozás szerint az egészségügyi szolgáltatások két altípusba sorolhatók: a szolgáltató megy az igénybe vevőhöz például orvosi ügyelet, mentőszolgálat során, gyógytornás kezelés bizonyos eseteiben. A szolgáltatásnyújtás speciális eszköz-igényének és tárgyi feltételrendszerének köszönhetően az egészségügyi szolgáltatások többségében az előzőek fordítottja igaz: a beteg keresi fel orvosát a rendelőben, a szakrendelések és kórházi ellátás során.

1.4.2. Többdimenziós szempontok alapján történő rendszerezések⁸

A fentiekben vázolt egydimenziós szempontú nézetekkel ellentétben a többdimenziós szempontrendszerek alapjául legalább két ismertetőjegy szolgál, ezáltal a szolgáltatások tárgykörének egy pontosabb differenciálását teszi lehetővé, ennek eredményeképp a részosztályok is nagyobb

⁷ Ld. még Corsten (1997, p. 21)

⁸ További szolgáltatás-rendszerezések: Corsten (1997, pp. 45-47); Kühn (1970, p. 68)

homogenitást mutatnak. Kiindulásként a **Carp-féle** szolgáltatás-tipológiát érdemes megvizsgálni, melynél a rendszerezés szempontja egyrészt a teljesítmény tárgya, másrészt a szolgáltatás domináns jellemzője a megvalósítás (megvalósíthatóság szempontjából). A teljesítmény tárgya lehet egy-egy személy (pl. oktatás, gyógyfürdő, stb. esetén), valamilyen matéria (ipari és kereskedelmi szolgáltatások), információ (pl. tanácsadás), illetve nomináljavak (biztosítási, pénzügyi szolgáltatások kapcsán). A szolgáltatásra vonatkozó domináns jelleg pedig az anyag, tér és idő hármában került felosztásra. Az így értelmezett szempontok segítségével kialakított 12 mezős mátrix relatíve egyértelmű és homogén csoportok képzésére ad lehetőséget⁹. A rendszerezés gyenge pontja abban áll, hogy a vállalat fő tevékenységének eredményeképp létrejövő járulékos szolgáltatásokat nem veszi figyelembe.

Az egészségügyi szolgáltatások Carp-féle tipológiában való elhelyezése a teljesítmény tárgyának vonatkozásában személyi jellegű, hiszen valamennyi egészségügyi szolgáltatás résztvevője az igénybe vevő. Ezzel szemben a „szolgáltatásra vonatkozó domináns jelleg” szempont mentén mindhárom tényezőre találunk példát: a „Személyi-Anyag” és a „Személyi-Tér” mezőbe tartozik az egészségügyi ellátások jelentős része (meghatározott helyen (tér), az igénybevevő valamely testrészén, szervén történik meg a szolgáltatásnyújtás (anyag)), de értelmezhető a „Személyi-Idő” mező is a sürgősségi ellátások esetén.

A Carp-féle elgondolást továbbfejlesztve **Alewell-Rittmeier**¹⁰ egy differenciáltabb szempontrendszer alkottak meg, melyben a teljesítmény tárgyat élőlényekre (személyek, állatok), materiális és immateriális (információ, nomináljavak) javakra bontották, míg a másik szempontot a teljesítmény tárgyra gyakorolt hatás milyensége képezi. A tárgy anyagára gyakorolt hatást fizikai és nem fizikai alcsoportokra bontották, figyelembe véve, hogy ezek a hatások nem mindig választhatók szét. Ez szolgált alapul egy kiegészítő alcsoport, az ún. „kombinált hatások” csoportjának a bevezetésére. A mátrix különböző mezőinek egymáshoz való hozzárendelésével azok a vállalat-típusok is besorolhatók ebbe a rendszerbe, amelyek többféle terméket, szolgáltatást állítanak elő. A rendszerezés hátránya, hogy nagyfokú heterogenitást enged meg annak köszönhetően, hogy a tagolási kritériumok kizárólagosan a teljesítmény tárgyra vonatkoznak, amelyen a szolgáltatást „elvégeztik”, így a szolgáltatói oldal csak közvetetten van figyelembe véve a „hatás-típus” alapján és csak a tárgyon bekövetkezett változásban manifesztálódik (Corsten, 1997, p. 37).

⁹ Vö. Carp (1974, p. 81)

¹⁰ Vö. Alewell-Rittmeier (1977, p. 16)

Az Alewell-Rittmeier rendszerezésben a személyi jelleg képezi az egészségügyi szolgáltatások egyik osztályozási dimenzióját, míg a teljesítmény tárgyra gyakorolt hatás szinte valamennyi egészségügyi szolgáltatás esetében fizikai és nem fizikai jelleget egyaránt ölt (kombinált hatás van jelen). Fizikai mivolta a betegen elvégzett vizsgálatok, beavatkozások, kezelések eredményeiben, nem fizikai jellege a szolgáltatásnak az igénybe vevő személyiségére, érzelmeire, gondolataira, stb. gyakorolt hatásaiban áll.

Langeard¹¹ a szolgáltatásokat a vevő szolgáltatási folyamatban való részvétele (*aktív/passzív részvétel*), valamint a szolgáltató és fogyasztó közötti kapcsolat (*domináns/uralkodó* kapcsolat*) alapján osztályozta. Szerinte a szolgáltatást igénybe vevő részvétele a szolgáltatás előállítása során három okra vezethető vissza: a jelenlétre, a konkrét cselekvésre és az ellenőrzésre. A részvétel típusa fizikális, szellemi és érzelmi lehet, ahol a fizikális részvétel alatt a vevő jelenlétének időtartamát és a szolgáltatásfolyamatba „bevitt” munkáját érti, míg az emocionális részvételnél a vevői tagság/hovatartozás érzését veszi alapul. Langeard hangsúlyozza, hogy a szolgáltatást igénybe vevő fizikális és intellektuális részvétele szorosan összefonódik.

Az egészségügyi szolgáltatások során az igénybe vevő aktív és passzív módon is jelen lehet a folyamatban: míg egy gyógytornás kezelés vagy pszichiátriai kezelés során elengedhetetlen a betegnek orvosával való együttműködése, addig a műtéti beavatkozások többségében a beteg teljesen passzív szerepkörbe kerül. A „domináns” vs. „uralkodó” típusú kapcsolatra egyaránt találunk példát az egészségügyi szolgáltatások körében.

Lovelock marketing-specifikus alapokra építve alakította ki szolgáltatás-tipológiáját (ld. 1. táblázat), mely többtényezős hozzárendelést is megenged. Kiindulási pontjait a szolgáltatás tárgya és a szolgáltatási folyamat jellege képezik (Lovelock, 1988, p. 47).

A Lovelock-féle szolgáltatás-tipológia egyértelmű besorolást ad az egészségügyi szolgáltatásokra vonatkozóan, ugyanakkor nem lehet valamennyi egészségügyi szolgáltatást ebbe a kategóriába sorolni, léteznek ugyanis az emberi szellemre irányuló egészségügyi szolgáltatások is (például terhes-tanácsadás, pszichiátriai kezelés, stb.).

¹¹ Vö. Langeard (1981, p. 236)

* Domináns kapcsolat áll fenn szolgáltató és igénybe vevő között, amennyiben az igénybe vevő igényeinek maximális kielégítése a cél, azaz „a vevőnek mindig igaza van”-szlogen kerül érvényesítésre. Uralkodó jellegű a kapcsolat, amennyiben a szolgáltató van „jobb alkupozícióban”.

		Ki vagy mi a szolgáltatás tárgya?	
		Ember	Tárgy
Milyen jellegű a szolgáltatási folyamat?	Materiális	Az emberi testre irányuló szolgáltatás (1)	Tárgyra (tartalomra) irányuló szolgáltatás (2)
		✓ <i>egészség(ügy)i szolgáltatások</i> ✓ <i>személyszállítás</i> ✓ <i>szépségszalon</i> ✓ <i>biztonsági szolgáltatások</i> ✓ <i>éttermi szolgáltatások</i> ✓ <i>hajvágás</i>	✓ <i>teherszállítás</i> ✓ <i>gépkészítés, gépjáratás</i> ✓ <i>házmesteri teendők</i> ✓ <i>mosoda</i> ✓ <i>vidék- / tájvédelem</i> ✓ <i>állatorvosi szolgáltatások</i>
	Immateriális	Az emberi szellemre irányuló szolgáltatás (3)	Immateriális értékekre irányuló szolgáltatás (4)
		✓ <i>oktatás</i> ✓ <i>rádió</i> ✓ <i>információ-szolgáltatás</i> ✓ <i>színház, múzeum</i>	✓ <i>banki szolgáltatások</i> ✓ <i>ügyvédi (jogi) szolgáltatások</i> ✓ <i>adótanácsadás, könyvelés</i> ✓ <i>biztonsági szolgáltatások</i> ✓ <i>biztosítás</i>

1. táblázat: Lovelock-féle szolgáltatás-típológia
Forrás: Lovelock (1988, p. 47)



A kutatási célkitűzésekhez szorosan nem kapcsolódó terciér szektor, illetve a szolgáltatások ilyen formán és részletességgel történő tanulmányozása kettős céllal került a disszertációba.

☞ Az egészségügy specifikus jellegéből fakadóan (ti. az egészségügy a közszféra és a szolgáltató szektor egy-egy részhalmozának metszete, ezek határmezsgyéjén működik, magán hordozva mindkét szektor sajátos jellegéből fakadó, valamint a gazdasági helyzet által szülte kihívásokat) fontosnak tartottam a szolgáltató szektor elméleti keretrendszerének összefoglaló ismertetését;

☞ Ugyancsak relevánsnak véltem az egészségügyi szolgáltatások több aspektusból történő bemutatását, valamint az egyes szolgáltatás-típológiákban való megjelenítését, rámutatva a szolgáltatások emberi, immateriális és olykor unikális jellegére, mely sajátosságok az egészségügyi szolgáltatások esetén még markánsabban jelennek meg.

Az értekezés második fejezete az elsőhöz hasonlóan leíró, teoretikus jellegű - az egészségügyi rendszereket meghatározó másik szegmenst, a közszférát és annak sajátosságait veszi górcső alá, vizsgálva ezen belül a közszeaktorban különböző formában és mértékben jelen lévő, világszerte elindult reformokat és azok hatásait a közigazgatási szervek, közintézmények, közszoalgtató vállalatok (vezetési) módszereire, eszközeire nézve. A fejezet célja kettős, egyben alapozó jellegű: (1)

a közmenedzsment hazai szakirodalmának bővítése, illetve (2) a későbbi empirikus vizsgálatok megértéséhez szükséges elméleti alapok megismertetése.

A közmenedzsment és a közmenedzsment-reformok bemutatása mindenképp szükséges az értekezés címében („*Európai egészségügyi rendszerek koherencia- és konvergencia-vizsgálata a közmenedzsment tükrében*”) is megjelölt, a kutatás fókuszában álló terület vizsgálatához a közmenedzsment egészségügybe való „belépésének”, a közmenedzsment reformok egészségügyi rendszerekben való érvényre jutásának, „felbukkanásának” tetten érése, feltárhatósága érdekében.

☐☐☐

II. PUBLIC MANAGEMENT

* Közjavak, közszolgáltatások, közszektor és ezek sajátosságai *

„Se nem ritka, se nem drága, ami közös.”
/Magyar közmondás, Dugonics András gyűjtése alapján, 1820/

A dolgozat második fejezete a fejlett társadalmak egy speciális „szeletével”, a közszférával foglalkozik, kitérve a közjavak és közszolgáltatások definiálási nehézségeire, az állam e szektorban betöltött szerepére, a megváltozott társadalmi elvárások és gazdasági körülmények által kikényszerített fejlődési pályákra.

Mélyebb vizsgálat alá kerülnek a közszektort érintő reformfolyamatok, többek között az angolszász területeken bódító New Public Management (Új közmenedzsment), valamint más európai államok közszférában elindított modernizációs törekvései. Az angol, német és magyar nyelvű szakirodalom e tárgykörre vonatkozó ismeretanyagának segítségével egy összehasonlító elemzés keretében sor kerül a közigazgatási rendszerek sajátosságai mellett a reformok tudományos, elméleti gyökereinek és az intézményi szinten megjelenő szemléletbeli váltás hatásainak feltárására.

2.1. Közszektor, közjavak, közszolgáltatások és sajátos vonásaik

2.1.1. Közszektor sajátos vonásai

A közszféra tartalmi-terminológiai boncolgatását célszerű mindenekelőtt a szektor körvonalazásával kezdenünk, többek közt a közigazgatási rendszer és a közszektor közé helytelenül tett egyenlőségjel miatti félreértések eloszlátása végett. **Sárközy** szerint a közszféra lényegesen szélesebb fogalom, mint a közigazgatás...beleértendő a közalapítványoktól kezdve a különböző önkormányzati vállalatokig sokféle intézmény (Cseke, 2004, p. 16). A szektorális besorolás alapján ugyan a közigazgatás egyértelműen a szolgáltatásokkal azonosított tercier szektor része és maga a közigazgatási gépezet a közszféra egy jelentős hányadát teszi ki, mégis, csak egy szeletét: a közszektor túlmutat a közigazgatáson, magában foglalja a közfeladatokat ellátó szervezeteket, közszolgáltató vállalatokat, egyéb közintézményeket, Sárközy értelmezésében pedig még azokat az ügyvédi irodákat is, amelyek 99 százalékban az államnak dolgoznak (Cseke, 2004, p. 16). A közigazgatási jog szerint a közigazgatás az állami igazgatás egyik speciális fajtája, amely az egész társadalomra kiterjedő, közhatalom birtokában végzett igazgatási tevékenység (Közigazgatási Jog, 2001, p. 18). Tovább bonyolítva a „nem minden rovar bogár, de minden bogár rovar”-helyzetet, igaz a következő logika is: a közigazgatási tevékenység során nyújtott szolgáltatások egy jelentős része a közszolgáltatások körébe sorolandó, de nem minden közigazgatási aktus tekinthető közszolgáltatásnak, még akkor sem, ha azok tágabb értelemben közösségi célokat szolgálnak. Ugyanígy téves azt gondolnunk, hogy a közösségi jellegű szolgáltatások mindegyike állami

tulajdonban van, sőt, további osztályozási szempont lehet az államigazgatási szervekhez való viszony, a közösségi funkció, az igénybe vevők köre, működési cél, stb.

2.1.2. Közjavak, közszolgáltatások

A **közjavak**, illetve **közszolgáltatások** egyértelmű definiálása - a szolgáltatásokhoz hasonlóan - számos akadályba ütközik. A következőkben bemutatásra kerülő és olykor inkonzisztensnek tűnő fogalmak nem jelentik az egymásnak való feltétlen ellentmondást, sokkal inkább az értelmezésben rejlő nehézségekre mutatnak rá.

A gazdasági javak klasszikus felosztása (ld. 2. táblázat) a fogyasztást veszi alapul a verseny és a kizárólagosság tekintetében, azaz a keresleti és kínálati oldalt illetően. A keresleti oldal tekintetében a fogyasztás két típusát különböztetjük meg: (1) vannak olyan javak, melyek fogyasztása során a fogyasztó kizárólagosságot élvez (pl. a fogyasztási javak megvásárlását követően mások ugyanazt a jóságot már nem tudják megvásárolni), míg (2) bizonyos jóságot használata esetében valaki általi fogyasztásuk nem zárja ki mások általi fogyasztásukat (pl. közparkok használata). Kínálati oldalról a verseny megléte vagy hiánya, azaz a kínálati piac szereplőinek száma képezi a megkülönböztetés alapját. Ennek megfelelően a gazdasági javak egy kétszer-kettes mátrix szerint oszthatók fel az alábbiak szerint:

A gazdasági javak klasszikus felosztása*		Kizárás a fogyasztás során (keresleti oldal)	
		IGEN	NEM
Verseny a fogyasztás során (kínálati oldal)	IGEN	Privát javak („Private goods”) (pl. fogyasztási javak, stb.)	Kommunális (szociális) javak („Common goods”) (pl. közüzemi szolgáltatások egy része)
	NEM	„Klub-jóságotok” („Club goods”) (pl. magániskolák, stb.)	Közjavak („Public goods”) (pl. nemzetbiztonsági szervek, közüzemi szolgáltatások egy része, stb.)

2. táblázat: Gazdasági javak klasszikus felosztása

Az ún. klub-jóságotok esetén többnyire azért nincs verseny az ellátók között, mert valamilyen egyedi, speciális jelleggel bírnak, fogyasztásuk ezért valamilyen feltételhez kötött.

Általánosságban közjóságot alatt olyan jóságot értünk, amelynek előállítása során nem vagy nagyon nehezen képződik nyereség a piaci externáliák miatt. A szűken értelmezett közjavak („tisztá közjavak”) a magánjavakkal ellentétben nem oszthatók fel könnyen a piaci értékesíthetőség végett:

* A magyar nyelv nem alkalmas az angol nyelvű terminológia pontos lefordítására: a „common”, „collective”, illetve „public” jelzők magyar nyelvű megkülönböztetése nem egyértelmű.

valaki általi használatuk nem zárja ki a mások általi használhatóságukat (klasszikus példa a világítótorony: nem lehet egyetlen hajó számára fenntartani a kizárólagos használati jogot, de más hajók általi használata nem von le a használhatósági értékéből). **Walsh** szerint **közjavak** alatt olyan jóságokat értünk, amelyek „velük született tulajdonságuknál” fogva mindenki számára rendelkezésre állnak és amelyeknek egy személy általi használatuk nem zárja ki mások számára való elérhetőségüket (Walsh, 1995, p. 7). A közjavak így meghatározott köre azonban nem állandó: a technológiai fejlődéssel együtt bővül, illetve szűkül ezen kategória (200 évvel ezelőtt az utcák közvilágítása még elképzelhetetlen volt, ma már mindenki számára természetes...)

Illés értelmezésében a **közzolgáltatás** közcélú, illetőleg közérdekű szolgáltatást jelent, mely egy nagyobb közösség minden tagjára nézve azonos feltételek mellett vehető igénybe (Illés, 2000, p. 9), a **Magyar Értelmező Kéziszótár** szerint közzolgáltatás a közművek ellátása a lakosság részére (Magyar Értelmező Kéziszótár, 1985, p. 793). A **Környezet- és természetvédelmi Lexikon** közzolgáltatásokra vonatkozó definíciója az alábbi: közzolgáltatások az állami szervek, elsősorban az önkormányzatok által ellátott olyan közérdekű szolgáltatási feladatok, amelyek igénybevétele nem alapulhat csupán a piaci viszonyokon. Az önkormányzatok esetében e szolgáltatások a helyi közügyek közé tartoznak és ide sorolhatók az alapvető oktatási, egészségügyi szolgáltatások is. Egyes közzolgáltatások kötelező szolgáltatásként jelenhetnek meg (Környezet- és Természetvédelmi Lexikon, 2002, p. 653). Jogi aspektusból nézve a **közzolgáltatások ellátásáról** a közigazgatásnak kell gondoskodnia, amelyek az anyagi és nem anyagi (intézeti) szolgáltatások között helyezkednek el, mint pl. piacok létesítése, köztisztaság fenntartása, stb. Az ilyen szolgáltatás jellegénél fogva a tipikus (vagyongyarapításra törekvő) szervezet formájában nem szervezhető meg, mivel itt nyereség nem keletkezik. Az ilyen feladatok ellátását állami támogatás mellett speciális közüzemek és közintézetek látják el (Közigazgatási jog, 2001, p. 37). Általánosságban a közzolgáltatások olyan szolgáltatások, amelyek nélkülözhetetlenek a modern élethez és hozzáférhetőségük (morális okoknál fogva) mindenki számára garantált (bizonyos esetekben alapvető emberi jogokhoz, pl. ivóvízhez való joghoz is köthetők).

Horváth M. szerint a **közzolgáltatások** alatt fogalmilag olyan feladatok ellátásának biztosítását értjük, amelyek adott feltételek között, valamilyen mértékig közösségi szervezést igényelnek és társadalmi közös szükségletek kielégítését szolgálják. A két feltételnek, a közösségi szervezésnek és a közös szükségletek kielégítésének együttesen kell fennállnia. Vagyis nem tekinthető közzolgáltatásnak, ha a közösségi szervezés nem közös szükségletek kielégítésére irányul (pl. az egyiptomi fáraók piramis-építése). Hasonlóképpen kívül esik a tárgyalt fogalomkörön, ha a közös szükségletek kielégítése nem közösségi szervezés keretében valósul meg (pl. a tengervíz használata, mindaddig, amíg a túlhasználat be nem következik) (Horváth M., 2002, p. 15).

A közjavakat és közszolgáltatásokat csoportosíthatjuk a fentiekén túl a **központi és helyi közszolgáltatások** (ld. 3. táblázat) megkülönböztetésével. Ezen közjavak és közszolgáltatások köre nemzetenként eltérő részben a történelmi fejlődésnek, másrészt a szolgáltatásszervezés sajátosságainak köszönhetően. A helyi közszolgáltatások magyar viszonylatban Horváth M. szerint az alábbiak szerint csoportosíthatók (ld. 3. táblázat).

TÍPUS	PÉLDA
KÖZÜZEMI SZOLGÁLTATÁSOK (Hálózatos infrastruktúra létesítése és fenntartása)	Közvilágítás Közműves ivóvízellátás Vezetékes gázellátás Távhőszolgáltatás Települési közutak Stb.
KOMMUNÁLIS SZOLGÁLTATÁSOK (Településüzemeltetési közszolgáltatások létesítése és fenntartása)	Hulladékgyűjtés és –lerakás Szennyvíztisztítás Közterületek, közparkok Tömegközlekedés Stb.
LAKÁSGAZDÁLKODÁS (Szociális célú szükségletek kielégítésében való közreműködés)	Szociális bérlakások Lakástámogatás Stb.
HUMÁN SZOLGÁLTATÁSOK (Humán infrastruktúra létesítése és fenntartása, illetve az ehhez kapcsolódó szolgáltatások biztosítása)	Bölcsődei ellátás Óvodai ellátás Iskoláztatás (alap- és középfokú) Közzet orvosi rendelés Kórházi ellátás Könyvtár Múzeum Stb.
HELYI RENDÉSZETI SZOLGÁLTATÁSOK (Többnyire országos/ központi hatóságokkal összhangban)	Tűz- és katasztrófavédelem Polgári védelem Rendőrség, polgárőrség Stb.

3. táblázat: Helyi közszolgáltatások típusai
Forrás: Horváth M. (2002, p. 47)

A **közjavak** és **közszolgáltatások** Davey-Péteri definiálásában olyan javak és szolgáltatások,

☞ amelyek kivétel nélkül minden állampolgárt megilletnek (pl. rendőrségi szolgáltatások, közvilágítás, parkok használata, stb.);

☞ amelyeket egyénileg vesznek igénybe, de jóléti hatásuk társadalmi szinten jelentkezik (pl. oktatás, egészségügyi ellátás, stb.);

☞ amelyek nélkülözhetetlenek az élet minőségéhez, de igénybevételük csak kizárólagos szolgáltatókon keresztül valósulhat meg (pl. ivóvíz-ellátás, stb.);

☞ amelyek nélkülözhetetlenek az élet minőségéhez, de az alacsony jövedelmű csoportok számára túl drágák ahhoz, hogy egyénileg elégítsék ki ilyen jellegű igényeiket (pl. tömegközlekedés, iskola, stb.) (Davey- Péteri, 1998, p. 212).

A gyakorlatban nem mindig találkozunk a közjavak és közszolgáltatások „tiszta” formájával: a levegő egyértelműen ebbe a fogalomkörbe sorolható, de többnyire olyan javakkal találkozunk, amelyeknek közösségi vonatkozásaik vannak, de részben mégis magántulajdonnak tekinthetők (Walsh, 1995, p. 7). Walsh szerint minél komplexebb egy társadalom és az egyének minél több szállal kapcsolódnak egymáshoz, az interaktív hatásoknak köszönhetően az egyes javak, szolgáltatások „közösségi jelleget” fognak ölteni. Ezt támasztja alá az az érv is, mely szerint a lakásellátás, az oktatás, az egészségügy és egyéb szolgáltatások, amelyeket egyébként az egyének egy speciális köre vesz igénybe, ugyancsak bírnak a közjavak és közszolgáltatások jellemzőivel is. Ezek kapcsolt szociális előnyökkel vagy hátrányokkal járnak, például a hazai gazdaság sikerére tett hatásukon keresztül (Walsh, 1995, p. 7).

2.1.3 Közszolgáltatások (újfajta) rendszerezése (ld. 4. táblázat)

Újfajta megvilágításba helyezheti a közszolgáltatásokat két, az eddigiekben egymással összefüggésbe nem hozott szempont érvényesítése:

☞ **A közszolgáltatások létjogosultsága a keresleti oldal függvényében**, azaz annak a vizsgálata, hogy a már működő/létező közszolgáltatás nyújtása mennyiben függ az igénybe vevők számától. Ebben az értelmezésben elkülöníthetők azon közszolgáltatások, melyek létjogosultsága akkor is indokolt, ha relatíve kevesen vagy senki nem él az igénybevétel lehetőségével (pl. közvilágítás akkor is van, ha néptelen az utca; közparkok akkor is léteznek, ha csak kevesen használják, stb.); illetve azok, amelyek **működtetésének csak relatíve sok ember általi igénybevétele mellett van létjogosultságuk** (pl. közoktatás: egyetlen diák kedvéért nem indítanak be iskolai képzést).

☞ **Közszolgáltatások működtetésének gazdasági orientációja** (profitorientált, non-profit).

A saját rendszerezés kialakításánál az alábbi értelmezési feltevésekkel éltem:

☞ A létjogosultság a keresleti jogosultság függvényében a már működő/létező közszolgáltatásokra vonatkozik, ezáltal figyelmen kívül hagytam a közszolgáltatás kialakításánál, elindításánál felmerülő keretfeltételeket (pl. szennyvíz-csatornarendszer kiépítése esetén a szolgáltató kompetenciája annak eldöntése, milyen lakosságszám, településméret, stb. mellett érdemes a csatornarendszer létrehozása, de a már kiépített csatorna megléte független az igénybe vevők számától).

☞ *Alapvető közszolgáltatások* alatt azon szolgáltatásokat értem, melyek mindenkit megilletnek, igénybevételük nem zárja ki a mások általi használatot és a relatíve rosszabb szociális helyzetben lévő társadalmi csoportok számára is elérhetők. Ezek többnyire az alapvető szociális, infrastrukturális, közigazgatási szolgáltatások.

☞ *Életminőségi közszolgáltatások* azok, amelyek egy magasabb életminőség elérését biztosítják és igénybevételük nem zárja ki a mások általi használatot. Ezek elsősorban a kulturális, szórakozási közszolgáltatások, életmóddal, sporttal kapcsolatos lehetőségek.

☞ Az értelmezési tartomány határai relatívak, ezáltal a szubjektív értékítélet kis mértékben ugyan, de torzíthatja a tartalmat és ezzel átfedéseket tartalmazhat a rendszerezés.

KÖZSZOLGÁLTATÁSOK		Létjogosultsága a keresleti oldal függvényében (az igénybe vevők számától)	
		Függ	Független
Gazdasági orientáció	Profit-orientált	Alapvető infrastrukturális közszolgáltatások (pl. kötött pályás tömegközlekedés (vasúti~), posta)	Alapvető infrastrukturális közszolgáltatások (pl. nem kötött pályás tömegközlekedés (autóbusz-közlekedés))
		Életminőségi szociális közszolgáltatások (pl. idősek otthona, szociális otthonok, stb.)	Alapvető szociális közszolgáltatások (pl. telekommunikációs hálózat egy része/ rádióállomás, stb.)
	Non-profit	Alapvető közigazgatási közszolgáltatások egy része (pl. okmányiroda, (köz)jegyzői feladatok ellátása (pl. körjegyzőség a kisebb települések esetében), stb.)	Alapvető közigazgatási közszolgáltatások (pl. polgármesteri hivatal, stb.)
		Alapvető szociális közszolgáltatások (pl. óvoda, iskola, járó- és fekvőbeteg-ellátás, stb.)	Alapvető szociális közszolgáltatások (pl. egészségügyi alapellátás)
		Életminőségi közszolgáltatások (pl. színház, múzeum, könyvtár, művelődési ház, egyház, stb.)	Alapvető infrastrukturális közszolgáltatások (pl. közparkok, közvilágítás, stb.)

4. táblázat: Közjavak és közszolgáltatások rendszerezése

Forrás: saját

A közjavakra, közszolgáltatásokra vonatkozó új osztályozási forma kidolgozása az eddigiektől eltérően a „közösségi” jelző eredeti tartalmából kiindulva (ti. a közösség, azaz nagyobb tömeg által használt javak, szolgáltatások) megkülönböztető ismérvként az igénybe vevők számától függő létjogosultságot veszi alapul. Ez a rendszerezés lehetővé teszi annak a szerveződési elvnek a figyelembevételét is, amely a történelmi társadalomfejlődésnek köszönhetően létrehozta a közfeladatok ellátásának igényét és amely napjainkban is számos közszolgáltatás biztosításának előfeltétele.

2.2. Közmenedzsment

2.2.1. Terminológiai értelmezés, a közmenedzsment és a közigazgatás relációja

A „Public Management” angol kifejezés magyar megfelelője (ti. „közmenedzsment”) az utóbbi évtized „gyermek”, mely ebben a formájában csak az elmúlt néhány évben került be a köztudatba, elsősorban Horváth M. Tamás, Jenei György, valamint Hajnal György munkái alapján. Emellett

használatosak a „*közzszolgálati menedzsment*”, illetve a „*közüntézményi menedzsment*” terminusok is, mi több, Horváth M. Tamás szerint a „köz” előtag helyettesíthető a „közösségi” jelzővel. Véleményem szerint a közzszolgálati és közüntézményi menedzsment kifejezések szűkítik az angol kifejezés mögötti eredeti tartalmat, ezért a Public Management magyar nyelvű fordításaként az értekezésben a közmenedzsment kifejezés szerepel.

Horváth M. Tamás értelmezésében a közmenedzsment a társadalmilag közösen ellátott feladatok megszervezésére irányuló tevékenységet jelenti (Horváth M., 2005, p. 17), mely az igazgatás helyett vagy mellett végzett, közfeladatokat ellátó tevékenységeket állítja elemzései és leírásai középpontjába.

Zielinski közmenedzsment alatt egy olyan modellt ért, mely szerint „a közzszféra intézményei (közigazgatási intézmények, közzszolgáltató vállalatok, non-profit szervezetek) belső igazgatási folyamataikat és szervezeti struktúrájukat az eredmények és hatások tekintetében a magángazdaság menedzsment technikáját követve, arra támaszkodva újonnan rendszerezik. Ennek alapján a közmenedzsmentben a költségtudatosság és a demokrácia összekapcsolódik.” (Zielinski, 2003, p. 41).

A közzszféra vizsgálatának talán egyik legérdekesebb kérdése **a közmenedzsment közigazgatáshoz való viszonyának**¹² értelmezése. Horváth M. Tamás gondolatmenetét követve célszerű a közigazgatás és a közmenedzsment tevékenységeiből kiindulni: míg az utóbbi esetében ez többnyire a közhatalom gyakorlásához köthető (azaz a közigazgatási szervek mindenkire kötelező jogi aktusokat hozhatnak létre és így egyfajta állami kényszereszköz alkalmazására jogosultak), addig a közmenedzsment a közigazgatási szerv olyan tevékenysége, melyet nem elsősorban az államon belül folytatnak, hanem a különböző szektorok (pl. magánszektor, non-profit szektor, stb.) között. Ez tehát azt jelenti, hogy attól függően változhat a közigazgatási szervezet megítélése, hogy milyen tevékenységről beszélünk, azaz a közzszférának a közigazgatáshoz való viszonya mindig eseti.

A jelenlegi államhatalmi rendszerek a történelem nyomait viselik magukon: a nemzetállamok fejlődésével együttjáró igazgatási feladatok gyarapodásával párhuzamosan nőtt az állam szerepe, de az igazi áttörés csak a polgárosodás során, a minden ellenőrzést nélkülöző rendőrállam kontrollált közigazgatásra való felváltásával következett be. A következő fordulópontra az 1970-es években a technológiai csúcs és a világgazdasági recesszió hatásaként az állam szerepének újraformálódását eredményezve további heterogenizációhoz vezetett. A sokféleség és egyediség közepette a középszintű közigazgatás alapján **négy (európai) államtípust**¹³ különböztetünk meg, melyek szoros összefüggésben a közigazgatási struktúrával, közvetett módon, mégis jelentősen determinálják az állam jelenlegi szerepét és befolyását a gazdasági életre, azon belül is leginkább a közzszféra szervezetre, intézményeire. Az eltérő államtípusok nem adnak lehetőséget az állam szerepének

¹² Vö. Horváth M. (2005, pp. 29-30)

¹³ Vö. Pálné Kovács (2001); Torma (2001, pp. 160-164)

egyértelmű, általános meghatározására, bizonyos relációk azonban feltételezhetők: a közigazgatási rendszer decentralizáltságának foka rugalmasabb mozgásteret jelent a magán- és közszféra együttműködésére, azaz a központi államigazgatástól való elhatárolódás mértéke a decentralizáció mértékével egyenesen arányos. A középszintű közigazgatás nagyfokú önállósága miatt ez elsősorban a **(1) föderatív** kormányzásra jellemző: a nemzeti alkotmányban lefektetett területek szövetségi kézben vannak (ezek általában a gazdasági élet legfontosabb területeit, a külügyeket érintik), míg a bizonyos ügyköröket regionális (tartományi) szinten irányítanak (pl. Németország és Ausztria). A **(2) regionalizált** államok kisebb mértékű, de még mindig jelentős közigazgatási önállósága a belga, olasz és spanyol gyakorlat alapján is változatos képet mutat. A **(3) decentralizált** államokban a legjelentősebb területek központi kézben vannak, regionális szinten elsősorban környezetvédelmi, infrastrukturális kérdésekkel foglalkoznak (pl. Franciaország és Portugália). Az **(4) unitárius** államokban a középszint szerepe csekély, mely nagyon erős központi befolyás és irányítás alatt áll (pl. Dánia, Hollandia és Svédország).

Ezen gondolatkört folytatva további fontos megállapítás, hogy a közszektor és a közigazgatás relációja közvetetten ugyan, mégis hatással van az adott ország közszféréjára, ennek következtében pedig mindenkor közmenedzsmentjére.

2.2.2. „Állami létjogosultság”: az állam szerepe, jelenléte és a közszférához való viszonya a közmenedzsment tükrében

Az állam és a magánszféra által közösen ellátott feladatok esetén a két „szereplő” részvétele változó arányú: nehéz pontosan meghatározni, hogy a feladatellátásban mi és milyen mértékig közös: az állami iskolában például több az ellátott közfeladatok tömege, míg a költségvetési finanszírozásban is részesülő magániskolákban kevesebb. (Horváth M., 2005. p. 17). A rendszerezési és terminológiai elemzéseket alapul véve egyaránt kétségtelen az állam „létjogosultsága” a közszférában, még ha szerepe bizonyos területeken és/vagy tekintetben az elmúlt évtizedekben redukálódott is, azonban mind a tudományos élet, mind a gyakorlat egyetért abban, hogy az állam funkciói, jelentősége nemzetállamonként eltérő lehet. Walsh¹⁴ öt érvet sorakoztat fel az állam gazdasági-társadalmi szerepének alátámasztására (többek közt az externáliák vagy az információs aszimmetria meglétét), melyek mindegyike a piac tökéletlen működéséből eredeztethető.

Míg az államforma közvetlenül határozza meg a közigazgatási rendszerek működési sajátosságait (ld. a fentiekben), addig hatásuk a közszolgáltató vállalatok egy részére közvetetten is hatást gyakorol. Ez leginkább a köztulajdonban lévő (állami vagy önkormányzati) közszolgáltató vállalatoknál érvényesül, hiszen a tulajdon típusa alapvetően determinálja a „vállalkozás” milyenségét. Az állami

¹⁴ Vö. Walsh (1995, pp. 6-10)

kézben lévő közszolgáltató vállalatok **természetes monopóliumként** is működhetnek, mely a piacgazdaságok közismert gazdasági kategóriája. A szakirodalom a fogalmat nemcsak vállalatra, hanem gazdasági tevékenységre, illetve iparágra egyaránt értelmezi:

1. **Vállalati értelmezés:** egyetlen szolgáltatóként vannak jelen a piacon, mert a kínálati oldal egyedüli szereplőjeként kisebb költséggel tudják kielégíteni a keresletet, mint több szolgáltató együttes kapacitásainak felhasználásával.
2. **Gazdasági tevékenységre** vonatkozó definíció: „Egy adott gazdasági tevékenység akkor van a természetes monopólium állapotában, ha átütő volumengazdaságosság és tevékenységi kör-gazdaságosság van jelen, aminek következtében az egyedüli kibocsátónak a teljes keresleti tartományban kisebb az átlagköltsége, mint két vagy több cég bármiféle output-kombinációjának” (Illés, 2000, p. 16).
3. **Iparágra** adott meghatározás: „Egy iparág akkor tekinthető természetes monopóliumnak, ha az adott áru vagy szolgáltatás előállításának költségei csupán akkor minimalizálhatók, ha előállításukat egyetlen vállalat végzi” (Viscusi – Vernon - Harrington, 1995, p. 351).

A természetes monopólium fogalma sokak számára ellentmondásosnak tűnik: hogyan lehet egy monopólium természetes, ha versenytárs híján visszaélhet kivételezett helyzetével vagy épp ezt elkerülendő, sokkal inkább érvényes rá az erős állami szabályozottság, mint a piacgazdaság bármely más szereplőjére? Az ellentmondás az állam beavatkozási mechanizmusaival oldható fel: a nagyfokú reguláció egyrészt az árszabás korlátok közé szorítását, másrészt a társadalmi igények minél jobb kielégítését célozza meg. Ugyan a természetes monopóliumok mindenképp állami szabályozás alá esnek, tulajdonosuk nem minden esetben az állam: az Amerikai Egyesült Államokban a természetes monopolhelyzetben lévő vállalatok szinte kivétel nélkül magántulajdonban vannak, az állam kizárólagosan szabályozó és felügyelő szerepet tölt be. Az európai országok többségében fordított a helyzet, melynek előnye, hogy a megtermelt profit az államháztartási büdzsét gyarapítja, azonban az esetleges veszteséget az adófizető állampolgárok szenvedik el.

Egyre inkább előtérbe kerül azonban az a vélekedés, hogy közfeladatokat a versenyszféra bevonásával is el lehet látni (Hotváth M., 2005, p. 25). Az elmúlt években Európa-szerte elmozdulás történt az állami monopóliumok liberalizálásának irányába, melyre sikeres és a társadalom szempontjából inkább hátrányos eseteket egyaránt találunk: a telefontársaságok monopolhelyzetének megszűnése a legtöbb országban árcsökkenést eredményezett, míg az angol vasút privatizációja után az átlagos késés időtartama az állampolgárok nem kis bosszúságára megsokszorozódott. Egy dolgot mindenképp leszögezhetünk: természetes monopólium még soha nem ment tönkre, hiszen állami

tulajdonlás esetén „kritikán aluli gazdálkodás” a nem titkolt politikai érdekeknel fogva sem történhet meg (képzeljük csak el, milyen közfelháborodást keltene, ha egyik pillanatról a másikra tartós áramszünet következne be országos vagy akár csak regionális szinten is...), liberalizált piaci viszonyok között pedig a hatékony működtetés és folyamatos fejlesztés a vállalati versenyképesség megőrzésének alapvető feltétele.

Az állam szerepének újragondolása azonban az európai nemzetállamokban jelentkező kettős kihívás miatt mindenképp átrendezésre kényszerül:

- ☞ kívülről a multinacionális cégek, a liberalizált kereskedelem, a transznacionális tőke mozgás és a globalizációs szerveződések,
- ☞ belülről a politikai elitbe vetett bizalom hanyatlása, ezzel együtt a széleskörű legitimitás hiánya a kerékkötője az átfogó reformok megvalósításának.

A közszféra átalakítása nem az állam szerepének megszűnését, hanem **az állammal való újfajta kapcsolat kialakítását** hordozza magában, melyben az állam gondoskodó szemléletét egy esélyteremtő, minél nagyobb társadalmi csoportokat bevonni képes, partnerséget kínáló koncepció váltja fel (Dessewffy- Pulai, 2005, p. 20). Horváth M. Tamás szerint a privát szereplők megjelenésétől ugyan még nem feltétlenül emelkedik egy csapásra a színvonal, két elvrendszer azonban összeütközik a közösségi és a magán feladatellátás egyensúlyának bármely szinten való beállása esetén: **az egyik tisztán a kormányzati felelősséget, a másik a szolgáltatásválasztás szabadságát állítja előtérbe** (Horváth M., 2005, p. 25).

2.3. Reformtörekvések a közszektorban; új közmenedzsment

A közszférában elindult változások nemcsak az empiria, hanem az elmélet szintjén is megjelentek, ezért az értekezés jelen alfejezete a gyakorlati, valós tényeken alapuló események mellett kitér a közmenedzsment elméleti hátterének körvonalazására is.

2.3.1. Menedzsment reformok és új közmenedzsment: terminológiai értelmezés, a mozgalom létrejötte, a változást indukáló gazdasági és társadalmi folyamatok

A fejlett országok mindegyikében a közösségi szektor megreformálására irányuló törekvések képezik az elmúlt néhány évtized legjelentősebb kihívását. A jelenség ténye és terjedése nyilvánvaló, definiálására azonban számos, gyakran nem egybevágó, egymást nem teljesen lefedő kifejezéseket alkalmazunk, köznyelvi szinten gyakran egymás szinonimáiként kezelve e terminusokat. Ilyenek többek közt a „*közigazgatás karcsúsítása*”, „*közigazgatás modernizálása*”, „*közigazgatás fejlesztése*”, „*közszféra*

modernizációja”, „*új igazgatási modell*”, „*új közmenedzsment*”, „*közüntézményi menedzsment reform*” vagy épp az „*eredményorientált közigazgatás*”, hogy a sort ne is folytassuk. A közzsférában elindult változások kapcsán pedig olyan kifejezések ütöttek fel fejüket a köznapi szóhasználatban, mint „*szerződés menedzsment*”, „*kiszervezés*”, „*külső megbízások*”, „*privatizáció*”, „*állami kivonulás*”. Nem csoda, hogy e terminológiai kavalkádban elveszettnek érezhetjük magunkat...

A szóhasználatot illetően a tudományos modellek és nézetek alapján nem lehet egységességre törekedni: ezt nyilván meghatározzák mind a külföldi terminológia fordítási lehetőségei, mind a kifejezések mögött húzódó tartalmi különbségek kifejeződési szándékai is, tükrözve ezzel az ideológiai háttérrel és a reformok által közvetített értékeket is. A közösségi szektorban elindult reformok leírására szolgáló kifejezések közül az angol nyelvű szakirodalom többnyire a *New Public Management* (Új közmenedzsment), illetve a *Reinventing Government* (Az állam újbóli feltalálása, újra feltalált kormányzás) kifejezésekkel él, utalva ezzel az angolszász területeken elindult reformpálya legfőbb céljára, azaz az állami szerepvállalás és funkciók átalakítására, valamint a közzektorban alkalmazott új elemek, a piac és a verseny bevonására. Ezzel szemben a németországi vagy svájci területeken leggyakrabban a *das neue Steuerungsmodell* (Új igazgatási modell), illetve a *Wirkungsorientierte Steuerung* (Eredményorientált irányítás) vagy a *Wirkungsorientierte Verwaltungsführung* (Eredményorientált közigazgatás-vezetés) kifejezésekkel élnek, rámutatva a hagyományok felett győzedelmeskedő modernizáció fontosságára, valamint az eredmény- és teljesítményorientáció elsődlegességére.

Nyilvánvaló, hogy az egyes terminusok bár más-más tartalommal bírnak, alapvetően mindegyikük a privát szektor bizonyos értékeinek közzsférába történő átemeléséből, más szavakkal élve a közzektor eredményesebbé tételéből, mint legfőbb célból eredeztethető. A terminológiai sokszínűség ugyanakkor a szakirodalomban jártasakat is megtéveszti, gyakran egymás szinonimájaként alkalmazzuk a fenti kifejezéseket, miközben a különböző terminusok markánsan rávilágítanak a háttérben húzódó okokra, a reformok valódi gócpontjaira. Célszerű tehát a különbségek felett nem elsiklani: az **új közmenedzsment**¹⁵ a kilencvenes években kibontakozó reformfolyamatoknak csupán szélsőséges (Nagy-Britanniában és Új-Zélandon megjelenő) formája, miközben a **közüntézmények menedzseri szemléletű reformja** minden fejlett országot hosszú távon jellemez (Jenei, 2005).

¹⁵ Vö. Budäus (1994); Budäus-Conrad-Schreyögg (1998); Budäus-Grüning (1998); Damkowski-Precht (1995); Dumont Du Voitel (1996); Dunleavy-Hood (1994); Hajnal (2004); Hambleton-Savitch-Stewart (2002); Hood (1991); John (2001); Jenei (2005); Mastronardi-Schedler (1998); Nikos (2001); Pollitt-Bouckaert (2000); Reinermann-Ridley-Thoenig (1998); Schedler (2004); Schedler-Proeller (2000); Walsh (1995); Zielinski (2003)

A „mozgalom” újdonsága a közszféra és a magánszektor értékeinek újfajta kapcsolása a menedzsment szerepének kialakításában. A magánszektorra jellemző értékek bekerültek a közszektorba, melynek lényege a hierarchizált, bürokratikus és központosított szerkezettel szemben a kevésbé merev rendszert alkotó, de inkább az elérendő célra koncentráló, decentralizált megoldások kialakítása volt (Horváth M., 2002, p. 59). Az új közmenedzsment menedzsment szempontokat érvényesítve a magánszektor mellett az állami szerepvállalás megőrzésének szükségességét hirdeti a gazdasági életben a maga sajátos döntéshozatali és –megvalósítási folyamatai által (Reinermann-Ridley-Thoenig, 1998, p. 39). A Gattermeyer-Neubauer szerzőpáros a verseny szerepét hangsúlyozzák e mozgalom kapcsán: szerintük a versenyképesség fogalma nem a magángazdaság „privilegiuma”. A közigazgatási, közjogi szervezetek és a közszférában érdekeltek is versenyben állnak más intézményekkel, melyek hasonló vagy azonos szolgáltatásokat, termékeket kínálnak. Ebből következik, hogy minden, a közszolgáltatásokban érdekelt vállalat, intézmény, szervezet számára a változásmenedzsment követelményei és kihívásai azonos módon érvényesek (Gattermeyer-Neubauer, 2000, p. 242). A közszféra modernizációs törekvéseinek gyökerei majd három évtizeddel korábbra datálhatók: „a folyamat a nyolcvanas évekre öltött egységes formát: ekkortól beszélhetünk az ún. új közmenedzsment átfogó ágazatpolitikai kezdeményezésének általános elterjedéséről” (Horváth M., 2002, p. 59). Ez alatt többnyire „a közigazgatási szervek reorganizációjának módját leíró összefoglalást értjük, mely a közszféra irányító, beszámoló és elszámoló szemléletét az üzleti élet módszereihez közelíti” (Dunleavy- Hood, 1994, p. 9). Egyes szerzők szerint az új közmenedzsment a piacgazdasági elgondolás diadalmenete a közigazgatásban, míg König „a gazdaság elveinek az állam felett aratott győzelmeként” definiálja a fogalmat (König, 1995, p. 37).

Az új közmenedzsment világszerte elterjedt hullámai angolszász területekről, azon belül is **Új-Zélandról** indultak. Az új-zélandi lakosság Angliának köszönhetően hosszú évtizedeken keresztül gazdasági biztonságban érezhette magát: a három és fél millió új-zélandi lakosra 60 millió juh jutott, melyet többségében Anglia fix áron vásárolt fel. Az Európai Unióhoz való csatlakozása által Anglia elvesztette „átvételi kötelezettségét”, így az új-zélandi gazdaság ki lett téve a nemzetközi versenynek. Az akkori kormány intézkedéseinek hatására a szubvenciók megnövekedtek, a piaci akadályok felerősödtek, a szociális segélyeket továbbfejlesztették egészen addig, míg végül az ország teljes mértékben fizetéseképtelenné vált. Az 1984-es választások forradalmi áttörést eredményeztek (Schedler, 2000), a hatalomra kerülő új kormány drasztikus váltásra kényszerült.

A közszektorban végbemenő reformok okai az új-zélandi fordulaton túl más, elsősorban társadalompolitikai és gazdasági folyamatokban, valamint az ezekre reagáló kormányzati-szervezési intézkedésekben keresendők¹⁶:

1. A második világháborús veszteségekből való kilábalást követően a nyugati társadalmak nagy része jelentős fejlődésen ment keresztül, a több évtizedes fejlődési szakasz azonban a 70-es évek végén bekövetkezett olajválság miatt megtört. Az ennek következményeként kialakult **(világ)gazdasági recesszió** súlyos terheket rótt a jóléti államok kormányaira: az energiaárak erőteljes és tartós emelkedése, valamint annak tovaryűrűző hatása világossá tette, hogy a közkiadások további emelése, sőt addigi magas szintje már nem finanszírozható az állami költségvetésből. Az állam már nem tudta tovább garantálni az állampolgári jogon nyújtott juttatások magas szintjét és az addig viszonylag nagy tömegeket foglalkoztató közszféra megkívánta a rendszer újragondolását, valamint a kormányzati és közigazgatási tevékenység hatékonyságának növelését célzó intézkedések elindítását.
2. A nyolcvanas évektől nyilvánvalóvá vált, hogy a gazdasági teljesítőképesség stagnálása avagy visszaesése a modern jóléti állam működésében súlyos funkciózavarokat okoz. Az energiaválság miatt megemelkedett közkiadások és nagyobb adóterhek sorra megbuktatták a jóléti politikát hirdető kormányokat és helyükre konzervatív pártok kerültek. A világ nagyhatalmai *Margaret Thatcher* (Nagy-Britannia), *Ronald Reagan* (USA), valamint *Helmut Kohl* (Németország) kormányzásával hátat fordítva a szociáldemokrata gyakorlatnak a közkiadások drasztikus lefaragását és a jóléti juttatások jelentős megnyirbálását tűzték ki célul. Mind az angol, mind az egyesült államokbeli és németországi gyakorlat sok tekintetben sikeresnek bizonyult: a megtakarítások mellett számos reformot is végrehajtottak, elsősorban a közfeladatok ellátását illetően, amely magával hozta a kormányzati szerep megváltozását is. Ennek ellenére a 80-as évek végére, 90-es évek elejére a konzervatív kormányok által diktált politikai irányzatok sem tudták kielégíteni a megváltozott társadalmi igényeket.
3. A gazdaság javuló teljesítménye nem volt képes megfelelni annak a **társadalmi nyomásnak**, amelyet a jóléti állam szolgáltatásainak rendszeres emelkedése generált. A piacgazdasági szolgáltatás- és teljesítménynyújtásban bekövetkezett minőségnövekedéssel való összehasonlításnak köszönhetően megnőtt **az állampolgárok elégedetlensége** a közszolgáltatásokkal, közvetve pedig az állam „gondoskodó funkciójával” szemben, és így az igény a közszektorbeli teljesítések minőségnövekedésére vonatkozóan, tehát a közszféra egészével szemben megváltoztak az állampolgári elvárások (ld. 5. táblázat). Ezt tovább erősítette a konzervatív kormányok által mesterségesen gerjesztett verseny, melyet a magánszektorban a

¹⁶ Vö. Horváth M. (2005, pp. 30-37)

közfeladatok ellátásába történő bevonásával érték el. Az így kialakult társadalmi elégedetlenség a politikai élet egyik legfontosabb tényezőjévé vált, ezzel **kettős nyomást terhelve a közösségi szolgáltatásokra**: egyfelől a társadalom által generáltat, másfelől a politikusok által indukáltat, akik a társadalmi elégedetlenség első számú közvetítőivé váltak. A reformfolyamatok minden jóléti társadalmat érintettek: az Egyesült Államokban a szövetségi kormányzás, az egészségügy és az oktatás menedzsmentje az elnök politikai sikerességének központi elemévé vált. A volt Szovjetunió és Kelet-Európa egykori kommunista kormányrendszereiben óriási problémák jelentek meg az alapvető szolgáltatások, az egészségügy, a lakás- és ivóvízellátás, valamint a közszolgáltató vállalatok privatizációja során. A kevésbé fejlett országokban gazdasági nehézségek és külső nyomások vezettek az állam gazdaságban betöltött szerepének újbóli felülvizsgálatához (Walsh, 1995, p. xi).

A KÖZSZEKTORRAL SZEMBEN TÁMASZTOTT KÖVETELMÉNYEK, ELVÁRÁSOK			
KORÁBBAN		NAPJAINKBAN	
<i>Atlátható tények és problématerületek</i>	➔	<i>Atláthatatlanság és komplexitás</i>	
<i>Relatív állandó kapcsolatok</i>	➔	<i>Dinamikus változás, átalakulás</i>	
<i>Világos hatáskapcsolatok</i>	➔	<i>Hálózatosodás és multikauszalitás</i>	
<i>Az „elkülönítés” alapján jogstruktúrák</i>	➔	<i>Kombinációk és alternatívák</i>	
<i>Egértelmű társadalmi célcsoportok</i>	➔	<i>„Rövid életű” célcsoportok</i>	
<i>Politikai kiszámíthatóság</i>	➔	<i>„Nem-választók”, „cserélődő-választók”</i>	
<i>Autoritás</i>	➔	<i>Értékváltozás, értékközömbösség</i>	
<i>Szociokulturális stabilitás</i>	➔	<i>Demográfiai változások</i>	

5. táblázat: Megváltozott követelmények és elvárások a közszektorban

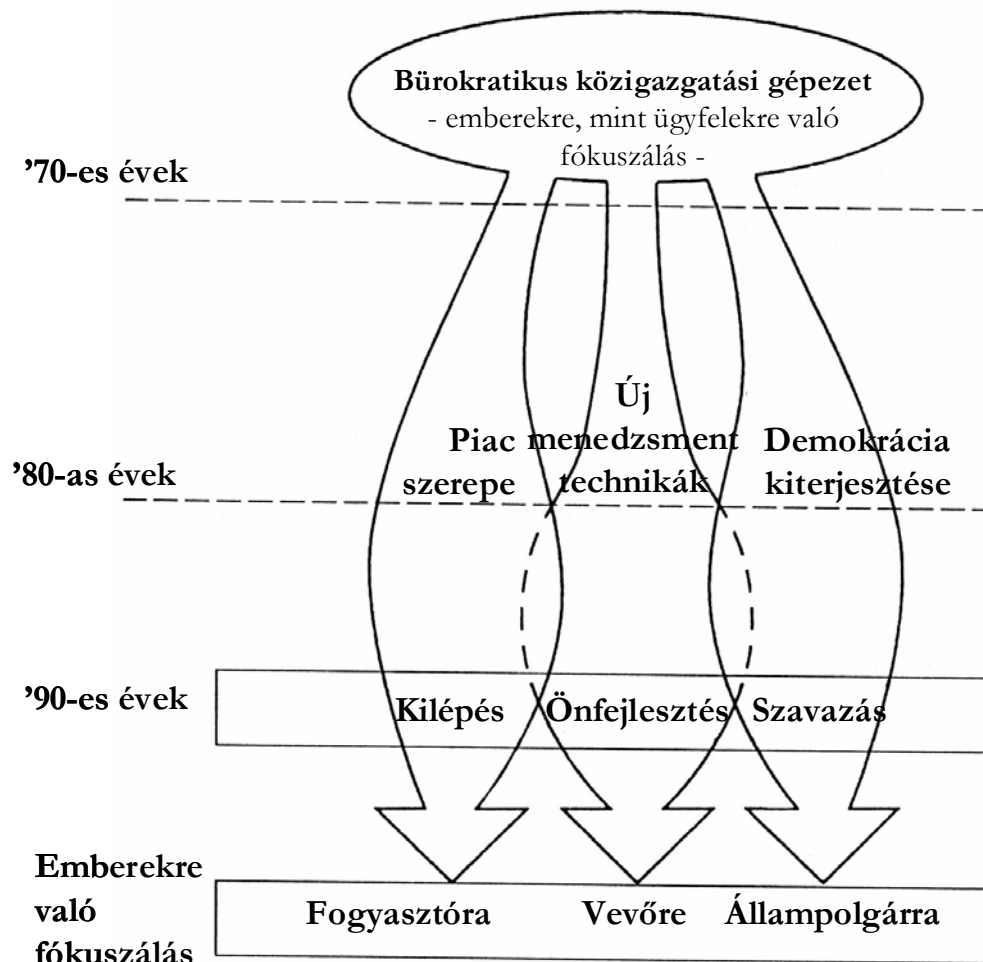
Forrás: Hill (1997, p. 21)

Az utóbbi évtizedekben kezdődő új közmenedzsment mozgalom és az ehhez kapcsolódó reformtörekvések lényegében ezen a nyomvonalon indultak útjukra, ezen megelőző folyamatokból nőttek ki magukat.

Egy másfajta megközelítésre ad lehetőséget az új közmenedzsment kialakulásának vizsgálatát illetően a **Hambleton – Savitch – Stewart**-féle elemzés (ld. 3. ábra), mely a mindenkorai politikai hatalom által alkalmazott eszközrendszert előtérbe állítva a közigazgatási reformokat irányultságait és időbeli lefolyásukat tekintve egyaránt két nagyobb, azonban egymást kisebb-nagyobb mértékben átfedő korszakra bontja. Eszerint a nyolcvanas években a hagyományos közigazgatási menedzsment technikákat a corporate menedzsment eszközei váltották fel, amely a kilencvenes években az új közmenedzsment irányába tolódott el¹⁷. Az ábra bal oldalán található irányzat, melyet gyakran a nyolcvanas évek radikális jogszabályainak bevezetésével is összefüggésbe hoznak, a közösségi

¹⁷ Vö. Hambleton-Savitch-Stewart (2002, p. 156)

szükségletek közös és nem piaci formában történő kielégítését támadja (Walsh, 1995) és a privatizációra összpontosítva a közszolgáltatások ellátását (magán)vállalkozókra bízta. Az ábra jobb oldalán található reform a közellátás megőrzését szorgalmazza, de radikális reformokkal él abban a tekintetben, hogy mely szolgáltatások maradjanak a „köz” kezében, illetve melyeket célszerű kiszervezni. „Ezzel tehát a régi, bürokratikus, paternalista modellt egy sokkal demokratikusabbra cseréli, ami gyakran a környezet bizonyos szintjeinek radikális decentralizációját is maga után vonja” (Hambleton- Savitch- Stewart, 2002, p. 155). A harmadik (az ábrán középen elhelyezkedő) stratégia különbséget tesz a közszolgáltatásokkal kapcsolatos problémák kezelésének módjában, így politikai és menedzseri megoldást különböztet meg. Az ábra alapján az új közmenedzsment a piaci (baloldali) és a menedzseri (középső) stratégiák metszeteként írható le, ötvözve mind a piac kínálta lehetőségek bevonását, mind pedig a profitorientált menedzsment-technikák alkalmazását, azaz a neo-institucionalista és a menedzserialista megközelítést.



3. ábra: Közszolgáltatások reform-stratégiái
 Forrás: Hambleton- Savitch- Stewart (2002, p. 156)

2.3.2. Elméleti gyökerek¹⁸

A szakirodalom közös álláspontja szerint az új közmenedzsment nem rendelkezik egységes tudományos bázissal, alapjai azonban két elméleti nézetből eredeztethetők:

☞ egyrészt az institucionalista közgazdaságtanból származó **Public Choice Theory**-ből („közösségi választások elmélete”),

☞ másrészt az ún. **menedzserializmusból** (Thom-Ritz, 2000, p. 24).

A két irányzat egymással gyökeresen ellentétes nézőpontot képvisel: míg a weberi bürokrácia modell a meghatározott keretek közti szabály- és normaelvűség elsődlegességét hirdeti, addig a menedzserializmus 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, így az új közmenedzsment-mozgalmak az egyetemleges jellemzőkön túl mindig magukban hordozzák az adott ország egyedi motívumait, jellegzetességeit.

2.3.2.1. Public Choice Theory (Közösségi választások elmélete)¹⁹

A **Public Choice** gazdaságtana átfogó teória, amelynek alapkoncepcióját a közszolgáltatások versenyszféra szerinti kezelése jelenti. Eszerint a közszolgáltatások éppúgy áruként jelennek meg a piacon, mint a klasszikus értelemben vett termékek (Horváth M., 2002, p. 26). A Public Choice Theory vizsgálatainak középpontjában az állam, a választási szabályok, a választási magatartások, a pártpolitikák és a bürokráciaformák állnak, az emberek pedig racionális és haszonmaximalizáló döntéshozók (Mueller, 1989, p. 1). A polgárok, mint közösségi fogyasztók természetesen költségeik minimalizálására töreksenek. Ezt elméletig aszerint teszik, hogy hol jutnak hozzá előnyösebben, figyelemmel a díjakra, a helyi adóterhekre és a lokális körülményekre (Horváth M., 2002, p. 26). A politikusok döntési magatartásai a végrehajtó hatalom és „hivatalnokok” egyéni preferenciájának összesített eredményei. Olyan „egyéni haszon-, illetve büdzsémaximalizáló bürokraták”, akik a politikusok döntési magatartását erősebben befolyásolják együttesen, mintha azt egyénileg tennék. A politika ily módon veszélyeztetett elsőbbségének visszaállítása és a bürokrácia monopol helyzetének megakadályozása érdekében egyrészt nagyobb versenyre van szükség a hivatalok között, másrészt a közintézményekben dolgozók teljesítményarányos bérezésére (Thom-Ritz, 2000, p. 25).

¹⁸ Ld. még Horváth M. (2005)

¹⁹ Ld. még Jenei (2005); Walsh (1995); Pollitt-Birchall-Putman (1998); Mueller (1989)

Az elmélet gyökerei **Max Weber bürokrácia-modelljéhez** vezethetők vissza, aki szerint a bürokrácia racionális jellemzők összessége, melyet szabályok, célok, eszközök és „tárgyi” személytelenség jellemzik (Weber, 1976, p. 578). A bürokratikus szervezetek létrejöttének indikátorai az ipari forradalmat követően az 1900-as években megjelenő nagyvállalatok és hatalmas közigazgatási apparátusok voltak, melyek elődeik elégtelen, olykor nem megfelelő működésének köszönhetően átalakításra szorultak. A korábbi, erősen személyfüggő, hagyományokon alapuló vagy „improvizált” munkamódszerek helyébe gazdasági ismertekekből levezetett tervszerű, szisztematikus eljárások léptek, amelyek garantálni tudták az előre elgondolt programok professzionális és helyes transzformációját (Reinermann-Ridley-Thoenig, 1998, p. 37). A modell szerint a közszféra, azon belül is elsősorban a közigazgatási intézmények a racionálisan lefektetett jog és a racionálisan elgondolt szabályok által meghatározottak, melyekre többek közt az állandó kompetenciák, a törvényben rögzített szabályok, a hivatali hierarchia, a szolgálati út mindenek előtti érvényesülése, az alá- és fölérendeltségi viszony mindenkori betartása jellemző. Weber szerint a hivatalnok az állammal és a szervezettel szembeni elköteleződéséért cserébe magas társadalmi elismerést és posztot élvez, a bürokratikus szervezetekben életfogytig tartó alkalmazotti munkaviszony valósul meg a tiszta anyagi, személyi motivációktól mentes hivatali kötelesség megvalósulásának garanciájaként. A hivatalnok rendszeres, meghatározott összegű jövedelemre tesz szert, ami nem a teljesítményelvnek, hanem a hivatali ranghoz illő feladatának, pozíciójának és a szolgálatban töltött hivatali időtartamnak felel meg. A hivatalnoki előrelépés a hivatali hierarchia (hivatali karrier) alapján mechanikusan történik (Thom-Ritz, 2000, pp. 18-19). Mindezek alapján a bürokratikus igazgatást a (1) szervezetigazgatás, a (2) hierarchia, valamint a (3) normativitás hármásával jellemezhetjük leginkább. Szervezetigazgatás alatt a szabályszerűen működtetett, a külső és belső tevékenységeket is formalizáltan kezelő struktúrákat értjük, míg normativitás alatt a működés kereteit és rendjét alapvetően meghatározó jogszabályokat és más szervezeti normákat (Horváth M., 2005, p. 27).

A bürokrácia modell bizonyos elemei az új közmenedzsment által hirdetett értékrendben is megjelennek, azonban más megvilágításban: míg a weberi elgondolásban megjelenő versenyhelyzet a politikai hatalom veszélyeztetett elsőbbségének közszférán belüli visszaállítását volt hivatott szolgálni, az új közmenedzsment a versenyt ugyancsak központi elemévé emeli be, de nem ezen oknál fogva, sokkal inkább a megváltozott társadalmi-gazdasági helyzethez való alkalmazkodási kényszer végett. Az így megváltozott értékek feloldják a közszféra megmerevedett struktúráját és kultúráját, olyan új követelményeket támasztva ezzel a közigazgatási intézményekkel, közszolgáltatókkal szemben, amelyek néhány évtizeddel korábban ebben a formájukban még nem álltak fenn.

2.3.2.2. Menedzserializmus²⁰

Az új közmenedzsment másik alappilléreként kikiáltott elmélet, az ún. **menedzserializmus**, Pollitt nevéhez fűződik, mely nem egy logikai gondolatmenetet követ, sokkal inkább konkrét gyakorlati praktikákat, azaz menedzsment-elvek speciális problémákra való alkalmazását hirdeti (Kieser, 1998, p. 65). Alapfeltétele egy elegendő nagyságú cselekvési tér megléte a szociális fejlődés elérése, illetve a szociális problémák hatékony megoldása végett: ennek biztosítása intézményi szinten lehetővé teszi a professzionális menedzsment kiépítését a termelékenység növelésének érdekében, mely az alkalmazott technológiáknak köszönhetően valósul meg és így végső soron szociális fejlődéshez vezet. A menedzserializmus az új közmenedzsment keretein belül a hatalom dekoncentrációjához vezet, mely a közigazgatási decentralizáció, dereguláció és delegáció által valósul meg. További következményei a folyamatnak a teljesítmény- és célegységesítés fejlődése, új vezetési stílusok, teljesítményalapú javadalmazási rendszer és a humán erőforrás menedzsment fejlődése (Thom-Ritz, 2000, p. 27). A menedzserializmus hatásai²¹ több területen tetten érhetők a közszférában, így a piaci módszerek alkalmazásakor a közösségi feladatok ellátása során (pl. teljesítménymutatók alkalmazása a közszolgáltatások területén), a vállalkozói szellem nagy ellátó rendszerekbe való beépítése során (pl. háziorvosi rendszer privatizálása), valamint a magánszektor aktivizálásakor a közmegegyezések teljesítésének piacán (pl. közbeszerzési projektek lebonyolítása).

A menedzserializmusnak számos hatása érzékelhető az új közmenedzsment elméleti modellezését és továbbfejlesztését illetően. Ebben kétség kívül jelentős szerepet játszott az a széles körben érezhető jelenség, miszerint a közszektor korábbi merev struktúrája már nem tudta a megváltozott gazdasági-társadalmi keretfeltételeknek megfelelően a tőle elvárt igényeket kielégíteni. Nyilvánvalóvá vált a reformok kezdeményezésének szükségessége, mely az új közmenedzsment elméletben manifesztálódva próbálta a közszférában létrejött réseket kitölteni.

A nemzetközi szakirodalom a **közmenedzsment reformok öt, átfogó típusát**²² különbözteti meg, melyek mindegyike a közmenedzsment más-más lényegi elemét domborítja ki, más-más aspektusból, szinten és mélységben vizsgálja a folyamatot.

☞ *Közmenedzsment, mint új tudomány*: Az első értelmezés a közmenedzsmentet új tudományággá avanzsálja: elemzéseinek középpontjában egy-egy közintézmény áll, melynek működésében erőteljes hangsúlyt fektetnek a megváltozott intézményi értékorientációra, a kockázatvállalásra, rugalmasságra, a teljesítménymérésre és célközpontúságra. Ebben a kontextusban Horváth M. szerint a **közmenedzsment** olyan alkalmazott tudomány és diszciplína, mely elvi folyamatok, hatásgyakorló eszközrendszerek feltárására törekszik, amelyek arra irányulnak, hogy a

²⁰ Pollitt (1990); Walsb (1995); Thom-Ritz (2000)

²¹ Vö. Horváth M. (2005, p. 27)

²² Ld. még Jenei (2005)

társadalompolitikai célok elérését minél inkább segítsék a versenyszektorra jellemző eszközök (Horváth M., 2005. p. 28).

☞ *Közüntézmények makroszintű együttműködése:* A második értelmezés a közüntézmények közötti kapcsolatokat állítja a vizsgálódások középpontjába. Ezek szerint mikroszervezeti dimenzióban a közüntézmények feladata a magánvállalkozói szemlélet és módszerek átvétele, makroszervezeti szinten pedig szükség van a közüntézmények koordinálására a társadalmi igények minél jobb kielégítése céljából.

☞ *A közüigazgatás, mint összekötő kapocs:* A harmadik megközelítés szerint a közszféra egyfajta „szíjon lévő csatként” kapcsolja össze az államot a civil társadalommal, azaz a menedzsment szemlélet közszektorban való alkalmazása kétirányúvá teszi az addigi egyoldalú kapcsolatot: „output” oldalon az állam információkat és forrásokat juttat a civil társadalom felé, „input” oldalon pedig elvárásokat és igényeket közvetít a civil társadalom felől az állam irányába.

Az új közmenedzsment során a feladatteljesítés és ügykezelés új alapokon nyugszik: nem kínálat- („azt kínáljuk, amink van”), hanem eredményorientált, ami a nyújtott teljesítményeken keresztül jut kifejezésre. A Pollit-Boukaert-féle input-output²³ modell termékorientált jellege azt a téves feltételezést keltheti, miszerint a közszektor legfőbb kritériuma a termelékenység. Középpontban ebben az értelmezésben a produktivitas helyett a költségek, mint a teljesítmény-előállítás és – leadás elemei állnak. Valójában azonban a teljesítménynyújtás magja a hatékonyság, melynek legfőbb újdonsága, hogy az a közszektoron belül különböző szinteken alkalmazható. A modellnek számos variációja létezik, újszerűségét és a közmenedzsmentre történő adaptálhatóságát a cél- és eredményorientáció hangsúlyozásával éri el²⁴.

☞ *Közüpolitika és értérendszer:* A negyedik nézet inkább eszméket és értékeket, mintsem intézményeket és tevékenységeket állít elemzéseinek középpontjába. Ebben a tekintetben a menedzsment szemlélet közüigazgatásban való kibontakozásaként definiálható a meghatározott politikai berendezkedéshez kapcsolva, mely más-más alakot ölt az egyes országokban a helyi hagyományoktól és a politikai kultúra sajátosságaitól függően.

☞ *Az állam és a közüigazgatás unikális jellege:* Az ötödik irányzat az állam és a közüigazgatás unikális jellegét hangsúlyozza, melyre a piacgazdaság és a civil társadalom egyaránt befolyást gyakorol a politikai-adminisztratív rendszer dominanciájából fakadó saját alapelveinek megtartása mellett.

Az öt modell mindegyike másképp értelmezi a közszektorban elkezdődött változások gócpontját, de valamennyi egy **átfogó, új vagy újszerű eszközöket alkalmazó reformról** beszél, melyek

²³ Ld. bővebben Pollitt-Bouckaert (2000, p. 13)

²⁴ Vö. Zielinski (2003, pp. 18-20)

különböző szinteken, módon és kiterjedésben jelentek meg a gyakorlatban. A következő táblázat a reformok kapcsán történő változásokat szemlélteti a szervezeti struktúra, a követendő értékek, a környezeti reláció, a folyamatorientáció, alkalmazotti hozzáállás, stb. alapján. Az elmozdulás irányait az elméleti gyökerek két alapmodelljéhez (ti. bürokrácia vs. menedzsment) képest foglalja össze, érzékeltetve a helyenkénti radikális váltást mind a bürokrácia, mind a menedzsment-modellekhez viszonyítva vagy az olykor arany-középutas megoldást is.

Összehasonlítás szempontja	Bürokrácia-modell	Menedzsment-modell	Reformpályák
Szerveződés, struktúra alapja	Hierarchia (munkakörmegosztás, munkaköri leírás, szolgálati út, inputorientált költségvetés- „hosszú távú szerződések”)	Piac (a kereslet-kínálat kiegyenlítődése az árakon és a versenyen keresztül- „rövid távú szerződések”)	Piac és társadalmi elvárások
Működési orientáció, követendő cél	Szabályszerűség Törvényesség Hatékonyság (szisztematikus és formális jog, szabályszerű eljárások)	Célelés Hatásosság Hatékonyság (eredmények, szerződések)	Hatásosság Hatékonyság Ügyfél- és alkalmazotti elégedettség
Környezeti reláció	Stabilitás (előrejelezhetőség, érthetőség, kiszámíthatóság)	Adaptáció, alkalmazás (rugalmasság, alkalmazkodóképesség)	Alkalmazkodás, innovativitás, rugalmasság
Felelősségi kör	Felelősség a szabályok betartásáért	Felelősség a szabad cselekvési tér használatáért	Felelősség az egyéni teljesítményekért, eredményekért
Célkitűzés	Feltételes programozás (ha/akkor)	Végző programozás (mit/mivel)	Stratégiai és operatív tervezés (mit/mivel/mikorra...miért)
Folyamatok	Atlátható eljárások	„Fekete doboz” az utasítás és a végrehajtás között	Atlátható, de módosítható eljárások (meghatározott kereteken belüli szabad mozgástér), projektszerű munkavégzés is
Sikertelen „együttműködés”	Jogi per (szabályozott fellebbezés)	Az üzleti kapcsolat befejeződése	Az üzleti kapcsolat befejeződése
Alkalmazotti hozzáállás	A köztisztviselő „odaadása” (hivatástudata) az ügykezelés során	A foglalkoztatott egyéni érdekeltsége, motivációja	A foglalkoztatott egyéni érdekeltsége, motivációja, elkötelezettsége

6. táblázat: A bürokrácia-, menedzsment-modellek és reformpályák összehasonlítása
Forrás: Reinermann-Ridley-Thoenig alapján kiegészítve (1998, p. 36)

A változás a korábbiakhoz képest ötvözi a piaci és társadalmi elvárásokra való válaszokat, a hatásosság, hatékonyság és eredményesség elérését az ügyfél-elégedettség figyelembevételével éri el. A környezethez való viszonyulása így nem egy attól független vagy attól függésben lévő autonóm vs. kiszolgáltatottsági állapotot tükröz, sokkal inkább egy együttműködő szellemiséget követ, azaz a

környezeti változásokhoz rugalmasan alkalmazkodni tudó, innovativitásra képes szervezetet feltételez, mely szoros összefüggésben áll új, módosított eszközrendszerével:

- ☞ a szervezeti értékrenddel azonosulni tudó alkalmazott egyéni felelősséggel tartozik saját munkájáért, érdekeltté téve ezzel az eredményes munkavégzésben;
- ☞ meghatározott kereteken belüli szabad mozgástér biztosítása a kitűzött cél megvalósítása érdekében a kötött, sokszor csak formális eljárásokhoz való ragaszkodás helyett;
- ☞ a vezetés mindhárom dimenziójának alkalmazása a döntési mechanizmusban (stratégiai, operatív és projekt-szintű célkitűzések) (ld. 6. táblázat).

2.4. Reform-típusok és jellemzőik

Pollitt és Bouckaert a reformpályák négy típusát különböztetik meg: az ún. **4M-modell** (Maintain, Modernise, Marketise, Minimise) a reformok legfőbb orientációjából indul ki, melyek a gyakorlatban többnyire nem tisztán, hanem egymás mellett, különböző kombinációkat alkotva fordulnak elő.

1. A **fenntartás, megőrzés (Maintain)** a hagyományos közigazgatás alapszerkezetének és funkcióinak megőrzését szorgalmazza szűkebb keretfeltételek között, mely többnyire a költségvetési kiadások visszafogásában ölt testet.
2. A **modernizálás (Modernise)** ugyancsak a hagyományos közigazgatásra épít, elsősorban annak optimalizálására, fejlesztésére, modernizálására a struktúra, gazdálkodás, humán erőforrás menedzsment, ügyfélkapcsolat-kezelés tekintetében.
3. A **piacosítás (Marketise)** legfőbb célja a közösségi szektor piacosítása, azaz a piaci mechanizmusok lehető legnagyobb mértékű alkalmazása a közintézmények irányításában és működtetésében.
4. A **minimalizálás (Minimise)** a közszektor lehető legnagyobb mértékű tehermentesítése az ellátandó feladatokat illetően, azaz a lehető legtöbb feladat átadása a piaci szektornak (Jenei, 2005).

Brunner-Salten²⁵ a domináns értékrend alapján a közigazgatási reformok három fajtáját különbözteti meg: az ún. **lineáris** („mean”) típusú irányzat költségcsökkentéseken keresztül relatíve gyors változást indukál azzal a céllal, hogy a meglévő állapotot minél stabilabban tudja fenntartani. Az ún. **passzív** („dean”) reformok során gyenge erőforrás-újraelosztás valósul meg. A külső tanácsadók bevonása radikális átalakulás helyett intézkedéseken keresztül ugyancsak a meglévő állapot megőrzését szorgalmazza. A harmadik, **karcsú** („lean”) típusú reform közelít leginkább az új

²⁵ Ld. bővebben Brunner-Salten (2003, p. 62)

közmenedzsment cél- és eszközrendszeréhez: a teljesítménynövekedés érdekében elsődlegesen az automatizmusok kiszűrését és megszüntetését célozza meg. Az innováció támogatása, új terhelésmegosztás és nyílt kooperáció segítségével legfőbb feladatának a versenyképesség megőrzését és növelését tekinti.

Mind a Pollitt-Bouckaert-, mind a Brunner-Salten-féle modellalkotás makroszinten vizsgálja a közszektorban elindult reformokat, melyek hatásai a közszféra intézményeinek mindennapi működésében is kézzelfogható módon érzékelhetők. A korábbi „feudális közigazgatás” leváltását szorgalmazó erőfeszítéseknek, valamint a szektorral szemben „újonnan” támasztott követelményeknek a 21. század kihívásaihoz való minél teljesebb igazodása mikroszinten egy értékrendbeli paradigmaváltás keretein belül öltenek testet. Egy olyan érték- és eredményorientált intézményi vezetésben, mely az új társadalmi-gazdasági kihívásokra kíván és tud reagálni. Ezért a továbbiakban az intézményi szintű vezetési kihívások kerülnek bemutatásra. A tudományos kutatások ugyanakkor akarva-akaratlanul tartalmaznak bizonyos nemzeti sajátosságokat, így ezen eredmények nem vethetők össze a helyi jellegzetességek, illetve a szerzők vizsgálati tárgyát képező konkrét környezeti feltételrendszer figyelembevételével. Ezen okoknál fogva nem célozom sem ezen eredmények bármilyen szempontrendszer alapján történő megítélése és/vagy összehasonlítása, sem általános következtetés levonása az új közmenedzsment mozgalom egészére nézve, sokkal inkább a meghatározó (ti. német és angolszász) reformok értékrendi fejlődésének, főbb elmozdulási irányainak összefoglaló ismertetése.

NO.	HIRDETETT ELV, CÉLOK	TARTALMA
1.	Professzionális és valós vezetési funkciók ellátása	<i>A szervezet folyamatos, érzékelhető, tetszés szerinti ellenőrzése a vezetés által: „Vezetéshez való szabadság”</i>
2.	Explicit szttenderdek és teljesítménymérési eszközök alkalmazása	<i>A célok és a siker mérőszámainak definiálása Kvantitatív mutatók hangsúlyozása</i>
3.	Nagyobb hangsúly az eredmény ellenőrzésén	<i>Az erőforrás-felhasználásnak és ellenszolgáltatásnak a mért teljesítményhez való kapcsolása A centralizált, bürokratikus személyi menedzsment felszámolása</i>
4.	Elemekre, egységekre való szttbomlás felé történő elmozdulás a közszférán belül	<i>A formális, egységes rendszer felszámolása Menedzselhető egységek, decentrumok kialakítása Hatékonysági előnyök kiaknázása a szerződéses vagy franchise megállapodások alkalmazása által Decentralizált, egyvonalas költségvetés alkalmazása</i>
5.	A verseny növelése felé történő elmozdulás a közszférán belül	<i>Szerződéses megbízások és pályázati kiírások alkalmazása Az alacsonyabb költségek és jobb szttenderdek kulcsa a verseny</i>
6.	A privát szektorban alkalmazott menedzsment-technikák alkalmazásának hangsúlyozása	<i>A „katonás”-stílusú ügyintézés helyett nagyobb rugalmasság PR-technikák alkalmazása a szolgáltatásnyújtás során</i>
7.	Nagyobb hangsúly a takarékos erőforrás-felhasználáson	<i>Közvetlen költségek csökkentése A „Többet csinálj kevesebból!”-elv alkalmazása</i>

7. táblázat: New Public Management-elemek
Forrás: Hood (1991, pp. 4-5)

Hood az **angolszász reformok** legfőbb hét, egymással bizonyos tekintetben átfedést mutató elvét emeli ki (ld. 7. táblázat). Hangsúlyozza azonban, hogy ezen tényezők sokszor nem egyszerre vagy nem azonos súllyal vannak jelen a gyakorlatban.

A **német reformok** irányultságát és kimenetét az átlagosnál erőteljesebben befolyásolta a múltból visszamaradt, több száz éves hagyományokkal bíró bürokratikus közigazgatás, mely a kezdetektől fogva determinálta a kiindulási alapot és a változások potenciális mozgásterét. Talán épp ebből kifolyólag a német mozgalom lényegi elemei sokkal tisztábban határozhatók meg, mint bármely más orszáé: legfőbb célkitűzése, azaz a hatékony és hatásos, állampolgár-barát közszolgáltatás megteremtése az intézményi értékrend-változás alapjának tekinthető (ld. 8. táblázat).

HAGYOMÁNYOS KÖZIGAZGATÁS	ÖSSZEHASONLÍTÁS SZEMPONTJAI	ÚJ KÖZIGAZGATÁS
Az a megengedett, ami elő van írva (<i>Eljárás-vezényelt egyenlőség-elvűség</i>)	IRÁNYÍTÁSI, MŰKÖDÉSI ELV	Az a megengedett, ami nem tilos (<i>Innováció és sikerehűség</i>)
Feltételes vezetés előírásokon keresztül (<i>Ha..., akkor...</i>)	VEZETÉSI STÍLUS	Célorientált vezetés meghatalmazással
Eljárások	SZABÁLYOZÁS MÓDJA	Célelőírások és azok ellenőrzése, „Soft law”
Központi, bürokratikus döntések	HATÁSKÖR	Szervezeti szintre vonatkozó, egyéni felelősségű döntések
Megközelítés-orientált (<i>Irányelvek, „specialisták”</i>)	FEJLŐDÉSI ORIENTÁCIÓ	Ügyfélorientált, interdiszciplináris
Ugrásszerű, hirtelen (<i>Új szabályozás</i>)	FEJLŐDÉS, FEJLESZTÉS MÓDJA	Állandó, részvételen alapuló, decentralizált
Költségvetés- és állapotterv szerinti irányítás, alkalmazott- előléptetési automatizmusok (<i>Input-irányítás</i>)	ESZKÖZÖK	Teljesítménybérezés, költségelszámolás, globális költségvetés, meghatalmazás
„Hiba nélküli kultúra” (<i>Kritika elvetése vagy a nyilvános kritikára való gyors reagálás</i>)	MINŐSÉG	Ügyfélorientált minőségbiztosítás

8. táblázat: Hagyományos vs. új közigazgatás
Forrás: Brunner-Salten (2003, p. 62)

A tapasztalatok azt mutatják, hogy a bemutatott „érték-dimenziók” sem az angolszász területeken megjelenő új közmenedzsment-reformokat, sem más országok közszféráját érintő változásokat illetően nem azonosíthatók tisztán, így megalapozza azt a feltételezést, hogy a kevert formában történő alkalmazásuk sikere az egymásnak olykor ellentmondó elvek összehangolhatóságának (például a rugalmasság és a pontosan meghatározott célokhoz, erőforrás-felhasználáshoz való ragaszkodás) és a helyes arányok megtalálásának függvénye.

A közösségi intézmények értékrend-változása a teljesítmény- és hatásorientáció irányába eltolódva a fentiekén túl tetten érhető az izoláltan működő szervezeti határok átlépésében is, lett legyen szó az államháztartással közvetlen kapcsolatban lévő közigazgatási aktusról vagy épp piaci alapokon működő közszolgáltatásokról. Ez az áttörés nemcsak a magán-köz viszonylatban érvényes, hanem a közszektor belső intézményi kapcsolataira is. A közszolgáltatók és közfeladatokat ellátó vállalatok éppúgy közeledtek a magánvállalatokhoz, mint a közigazgatási szervek a non-profit szervezetekhez vagy épp a közigazgatási szervek a magánvállalatokhoz. Radikális változás jelent meg ezen túlmenően a civil szervezetekkel, lakossággal való kapcsolatokban is: sokkal nyitottabb, az együttműködést erőteljesebben szorgalmazó vezetés lépett a régi, „bürokratikus” helyébe²⁶. Az új vagy újonnan alkalmazott vezetési elvek alkalmazása változást indukált a szervezeti stratégia és vezetés, a folyamatok, az ügyféllel való kapcsolat, valamint az alkalmazottakhoz való hozzáállás területén²⁷.

Stratégia és vezetés

Az intézményi, vállalati stratégia legfőbb vezetési kihívása a vezetés részletektől való tehermentesítésében („globális kormányzás, irányítás”) áll: az eddigi „mindenről tudni akarást” egy bizalmi-szervezetnek kell felváltania részben a szubszidiaritás elvének gyakorlati alkalmazása, részben a „hosszú pórázra engedett” vezetés által egy nagyobb cselekvési mozgástér érdekében. Elengedhetetlen a megszokott szttenderdek felülvizsgálata, a közgazdaságtan hangsúlyozása („Value for money”), a nagyobb döntési szabadság biztosítása nagyobb felelősség mellett, prioritás-meghatározás, a horizontális szempontok hangsúlyozása, eredményorientáció (output-irányítás), a jobb erőforrás-kihasználás és a menedzsment-szemlélet erősítése.

Lehetséges eszközei:

- ☒ A stratégia, struktúra, kultúra, mint vezetési feladatok integrációja
- ☒ Küldeteskép kialakítása
- ☒ Vezetési-információs rendszer (VIR) és a controlling lehetőségeinek jobb kihasználása
- ☒ Pénzügyi tervezés, szerződés-menedzsment erősítése
- ☒ Rendszeres feladatértékelés, teljesítménymérés
- ☒ Alkalmazottak/vezetés közötti párbeszéd
- ☒ Coaching, munkaerő-fejlesztés, egyéni fejlődési lehetőségek
- ☒ Változásmenedzsment (innovációk támogatása és implementálása)

²⁶ Vö. *Dunleavy-Hood (1994, p. 10)*

²⁷ Vö. *Reinermann-Ridley-Thoenig (NPM- intézkedési csomagok, 1998, pp. 39-49)*

Folyamatok

Az output- és folyamatminőség javulása érdekében a legfőbb feladatokat elsősorban a folyamatintegráció, valamint a külső és belső hálózatosodás megteremtése képezik a gyorsabb eljárás miatt (a szükségtelen felkészülési, előkészületi idő kikerülésével). Legnagyobb kihívást az eddigi merev, szabályokon és előírásokon alapuló ügyintézés kereteinek kitágítása, fellazítása jelenti, melyek a szituációnak megfelelő rugalmasabb feltételrendszer kialakításával, a döntési jogkörök „letelepítésével” (a probléma fellépésének helyszínén való döntés) valósíthatók meg. Ennek következményeképp megszűnnek felesleges hierarchiaszintek, mérséklődik a folyamatok túlbürokratizált jellege, a végrehajtó szint participációja pedig elősegíti az ügyfélorientált ügyintézést.

Lehetséges eszközei:

- ☒ A közigazgatás korábbi vertikális-funkcióorientált megközelítése helyett inkább horizontális-outputorientált szempontok érvényesítése
- ☒ Teljes értékteremtési láncok kiépítése (hivatalok/intézmények közötti, hivatal/intézmény és ügyfél közötti hálózatosodás)
- ☒ Funkcióintegráció és funkcionális reform
- ☒ (Üzleti) folyamatok újratervezése, szituáció szerinti folyamatalakítás általános referencia-modellek szerint
- ☒ A hierarchia laposítása, az eljárások lerövidítése (a résztvevők száma a lehető legkevesebb legyen, de legalább annyi, amennyi mindenképp szükséges)
- ☒ Minőségmenedzsment, auditok
- ☒ Felelősségdelegálás
- ☒ A szervezeti egységek közötti határok lehetőség szerinti legnagyobb mértékű leépítése
- ☒ Folyamat szerinti költségelszámolás, folyamat- controlling.

Ügyfélorientáció

Az outputorientált vezetés egyenes következménye az erőteljes ügyfélorientáció, mely a „hatáskör szerinti gondolkodás” helyett az eredményességre, közvetve pedig az ügyfélelégedettség növelésére koncentrálna.

Lehetséges eszközei:

- ☒ A különböző ügyfél-típusok feltérképezése, különválasztása, ügyfél-szegmentáció (állampolgárok, intézményi képviselők, politikusok, ügyfelek, alkalmazottak/köztisztviselők, stb.)
- ☒ Az ügyfelek igényeinek és elégedettségének feltárása

- ☒ A teljesítményindikátorok időszakos feltárása és közzététele (külső szakértők bevonásával is), lehetőség szerint „benchmarking”
- ☒ Ügyfélpanaszok kezelésének szabályozott menete (peres eljárás, ombudsman)
- ☒ Erőteljes marketing (termék-, ár-, disztribúciós és kommunikációs politika)
- ☒ Tájékoztatás, kapcsolattartás (napi sajtó, Internet, PR- tevékenység, tanácsadás és fogadóóra)

Humán erőforrás menedzsment

A közmenedzsment értékalapú megközelítésének hatásai a közszolgáltatók ügyfelekhez való viszonyán kívül a szervezeti kultúrában, az alkalmazottakhoz való hozzáállásban is változást eredményeznek. Hosszú távon minden szervezeti változás sikertényezője a szervezetben dolgozók megnyerése: ha a munkatársak azonosulni tudnak a megváltozott értékrenddel, akkor ez kihat az ügyfelekkel szemben tanúsított magatartásukra. A szervezeti béklyók feloldása a jogosítványok, felhatalmazások decentralizálásával, döntés-letelepítéssel, laposabb hierarchiával érhető el, mely az egyéni motiváltság növelését, hatékonyabb és gyorsabb munkavégzést eredményez. Ez természetesen nem egy kizárólagos, standardizált, a gyakorlatban általános érvénnyel megjelenő koncepciót jelent, de mindenképp arculatváltást és a közszolgáltatók külső-belső viselkedésében egyaránt érzékelhető átalakulást generál a fogyasztóorientált, állampolgár-barát szellemiség előretörésének köszönhetően.

Lehetséges eszközei:

- ☒ A szervezeti jövőképpel való azonosulás támogatása
- ☒ A sikerek és kudarcok személyes „felszámítása”, teljesítményértékelés
- ☒ Humán erőforrás-tervezés, humán erőforrás-fejlesztés: képzések, szakképzések, tréningek
- ☒ Az új cselekvési mozgástérrel való visszaélés (korruptió, kedvezmények adása, csalások) megakadályozása fegyelmi jog, etikai bizottság, stb. alkalmazásával
- ☒ A személymobilitás támogatása
- ☒ Csoportmunka támogatása
- ☒ A felesleges munkaerő átképzése
- ☒ Teljeskörű megbízás- és feladat-átruházás (a feladat-, hatás- és felelősségi kör egybevághatása)
- ☒ Motivációs rendszer kialakítása, fejlesztése (belső és külső): teljesítményalapú fizetés és előléptetés; prémiumok; önfenntartás takarékoság és többletbevételek által; elismerések, dicséretetek, kitüntetések
- ☒ Alkalmazottak/vezetés közötti párbeszéd, participáció, coaching
- ☒ Munkakörülmények javítása, rugalmasabbá tétele (munkaidő, munkakörnyezet, munkajelleg)

A közszférában napvilágot látott reformok számos ponton eltérnek egymástól: a folyamat egyes fázisait relatíve könnyű beazonosítani (mikor indult, befejeződött-e, milyen továbblépési lehetőségek várhatók, stb.), ugyanakkor sikerességüket illetően nehéz koherens véleményt formálni részben a sikerpotenciálok mássága, másrészt az eredetileg kitűzött célok és rendelkezésre álló keretfeltételek különbségei, valamint az időbeliség eltérései miatt. A következő alpont a nemzetközi gyakorlatban megvalósult vagy folyamatban lévő reformokat mutatja be összefoglaló, áttekintő jelleggel.

2.5. Reform-típusok a gyakorlatban: nemzetközi modellek²⁸

Az új közmenedzsment folyamata **Új-Zélandon**, az **Egyesült Államokban** és **Hollandiában** korábban (Hollandiában a 70-es években a legnagyobb városok számára menedzsment-modelleket fejlesztettek ki, amelyek egy magángazdasági konszern-divízió-modellre támaszkodnak) (Schedler, 2000) és erőteljesebben jelentkezett, míg **Németországban** később (Brunner-Salten, 2003, p. 41).

Új-Zéland²⁹ jelenti a reformok egyik legnagyobb zászlóvivőjét. Az erősen centralizált közösségi szektor feladatai a kormány által meghatározottak voltak. Az 1984-es kormányváltást követően a gazdasági recesszió hatására jelentős kezdeményezések indultak el a válság enyhítésére, melyek a politika és a közszeaktor számára egyaránt átfogó, stratégiai szemléletű orientációt képeztek az addigi konzervatív szemlélet helyett. Sok kormányzati gazdasági funkciót állami tulajdonú, profitorientált vállalatokra telepítettek az energiaszolgáltatás, a közlekedés, a bankok, a biztosítás, az erdőgazdálkodás, a távközlés és postai szolgáltatások területein, míg más közcélú vállalatokat privatizáltak. A fennmaradó kormányzati szolgáltatásokat a politikai irányítás három csoportra osztotta a szabályozási és a szociális jóléti szerepek szerint. Az utóbbit teljesen átalakították, új költség szerkezettel működnek, nagyobb arányban alkalmaznak felhasználói díjakat, kibővítették a szerződéses kapcsolatokat (a közszolgálati és magánszolgáltatókkal egyaránt), erősítették a versenyjellegét, sok szabályozót eltöröltek és nagyobb szabadságot biztosítottak a menedzserek számára. Új-Zélandban egy csapásra megszüntették a régi köztisztviselői rendszert, szabad kezet adtak a minisztériumi vezetőknek, hogy munkatársaikkal maguk kössenek szerződést. Az olyan kormányzati tulajdonban lévő vállalkozásokat, mint például az államvasutak vagy a telekommunikációs rendszer, verseny piacokra kényszerítették. Bevezették a teljesítményen alapuló költségvetési rendszert és az üzleti számvitelt mintának tekintő „átfogó” számviteli rendszert.

²⁸ Ld. még Thom-Ritz (2000, pp. 56-58); Jenei (2005, pp. 77-129), Schedler (2004); Hajnal (2004, pp. 14-28); Horváth M. (2002, pp. 58-71; 2005, pp. 39-63); <http://www.rpani.gov.uk/pservice/reform/appendix1.htm> (Letöltés időpontja: 2006.01)

²⁹ Ld. még Schedler (2004), Gregory (2003); Schedler (2000), Horváth M. (2002); Jenei (2005); Hajnal (2004); Boston-Martin-Pallot-Walsb (1991)

Az **ausztrál reformok** fókuszát a verseny kiélezése képezte többek közt az outsourcing és a decentralizáció erősítése által. A közszférában a kívülről meghatározott szabályok teljesítésének jutalmazása helyett olyan ösztönzési rendszert vezettek be, melyben a menedzserek az erőforrások minél jobb elosztásában érdekeltek. A gyakorlatban a kiadások mégsem csökkentek a várt mértékben, valamint a menedzsment számára szükséges nagyobb cselekvési tér kialakítása sem valósult meg.

Az **Egyesült Államokban**³⁰ a centralizált szövetségi kormányzásnak és az autonóm államoknak köszönhetően 1993 óta az állam újbóli feltalálását célozták meg elsősorban szövetségi szintű kezdeményezésre. Az itt elindult reformok hatásai kevésbé jelentősek: elsősorban az ügyfél- és eredményorientációra koncentrálnak, tovább erősítik a privatizációt és a vállalkozói szellem érvényesítését.

A **skandináv országok**³¹ több éves tapasztalattal rendelkeznek a kihelyezést (outsourcingot) illetően. Ezekben az országokban a közigazgatási szervek több mint 200 éve csak egy szűk területet látnak el, az állami tevékenységek nagy részét ügynökségeken keresztül bonyolítják le. A finn, norvég és svéd közszeaktor erőteljes centralizáltságát a piacorientáció növelésével, belső modernizációs folyamatokkal, valamint a stratégiai szemlélet erősítésével oldották fel. Ennek eredményeképp a kiterjedt svéd foglalkoztatási és képzési rendszer jelenleg a legtöbb képzési formát teljesítményszerződés útján versenyezteti, az „ügyfeleket” fogyasztóként és az iparágakat piacként kezeli. A közszolgálati képzést nyújtók közvetlenül a magántársaságokkal versenyeznek. A szövetségi kormány a hosszú távú tervezés alátámasztása céljából hároméves költségvetési ciklust alkalmaz: háromévenként minden hivatal kiadásait, teljesítményét, termelékenységét és eredményeit széleskörű vizsgálatnak vetik alá.

Az 1993 óta tartó **svájci reformfolyamatok**³² során nyilvánvalóvá vált, hogy az új-zélandi modell egyszerű átvétele nem vezetne sikerhez. Mindazonáltal annak bizonyos elemeit adaptálták, mint például az állam és a magángazdaság közötti együttműködést vagy az állampolgárok és ügyfelek véleményének figyelembevételét (Schedler, 2000). Az államtípus föderatív jellege miatt a svájci közszféra decentralizált: a kantonokban a helyi önkormányzat bír jelentős befolyással. Az 1993 óta alkalmazott „Eredményorientált közigazgatás vezetési”- modell a kihelyezésekre, a szerződésekre és együttműködések kiépítésére, valamint a stratégiai szemlélet közpolitikában és közigazgatásban való érvényesítésére helyezte a hangsúlyt.

³⁰ Ld. még Pollitt (1990); Osborne-Gaebler (1992)

³¹ Ld. még Bryntse-Greve (2002); Greve (2003)

³² Ld. még Schedler (2004); Rieder-Lehmann (2002)

A közszektor reformját **Nagy-Britanniában**³³ a már említett gazdasági válság hívta életre, mely különösen a Thatcher-kormány idején vált központi kérdéssé. A kormányprogram nemcsak a helyi közigazgatási rendszer átalakítását célozta meg, de kiterjedt a közfeladatok ellátásának „piacosítására” is, mellyel hagyták, hogy jobb ajánlat esetén a magángazdasági szereplők lépjenek a közintézmények, közszolgáltató vállalatok helyére. A brit kormányzat két dimenzióban törekedett a szolgáltatások színvonalának javítására: a hatékonyság fokozása érdekében a piaci motívumok szerepét növelték tovább (többek közt a teljesítménymérést a közigazgatási költségek növekedési ütemének megállítása érdekében), míg az eredményesség fokozása érdekében „állampolgári szerződéseket” kötöttek különböző lakossági célcsoportokkal (a hatékonyságjavulást a szolgáltatásnyújtáshoz kapcsolódóan előírt standardokkal tudták legitimálni, például a munkaügyi hivatalokba irányuló lakossági telefonhívásokat 30 másodpercen belül meg kell válaszolni...) Kialakították a legnehezebben piacosiható közszolgáltatások (oktatás, egészségügy) belső piacait, valamint nagy hangsúlyt fektettek a közszolgáltatások szervezése során az ügyfélorientációra. Az angol célkitűzések egy világos társadalomszervezési elvrendszerhez és világos politikai értékekhez egyaránt szorosan illeszkedtek.

Franciaországban³⁴ a magánszervezetekkel való kapcsolatrendszer kialakítása hagyományosan az államszervezet feladata, ebből fakadóan a francia közszféra reformja az angolszász országok többségével ellentétesen nem értelmezhető paradigmaváltásként. Az itt megvalósuló reformok újszerűségüket tekintve is kisebb jelentőséggel bírtak, hiszen a köz- és magánszektor viszonya már a 19. század eleje óta állandóan porondon lévő téma volt a francia közigazgatásban. Ebből kifolyólag nyilvánvaló, hogy az új közmenedzsment mozgalom és annak hatásai más megvilágításba kerültek az új-zélandi vagy akár a brit gyökerekhez képest. E két oknál fogva a francia fejlődés legfőbb irányát tulajdonképpen a köz- és magánszektor nemkívánatos összefonódásainak megnyirbálása jelentette, valamint a közszolgáltatási feladatok ellátásának ellenőrzése.

Németország³⁵ esetében a közszektor reformfolyamatai inkább a fenntartási-megőrzési típusba tartoznak, mint a piacosi-típusba. Minthogy a német közigazgatási rendszer alapját a weberi bürokratikus jelleg és a porosz utas fejlődés adja, nem véletlen, hogy az új közmenedzsment ideológiája viszonylag későn, a 90-es években került átvételre egy holland mintán keresztül (Tillburgi Modell), melynek legfőbb célterülete a helyi közigazgatás volt. Ennélfogva a politikai-ideológiai motivációk a francia reformokhoz hasonlóan itt is háttérbe szorultak, sokkal inkább a kézzelfoghatóbb szervezeti és eljárási modellek korszerűsítésére koncentráltak. Az ún. **új igazgatási**

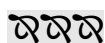
³³ Ld. még Jenei (2005, pp. 79-88); Horváth M. (2002; 2005, pp. 39-47); Reinermann-Ridley-Thoenig (1998); Pollitt (1990)

³⁴ Ld. még Jenei (2005, pp. 114-128); Horváth M. (2002; 2005, pp. 47-55); Reinermann-Ridley-Thoenig (1998)

³⁵ Ld. még Horváth M. (2002); Zielinski (2003); Thom-Ritz (2000); Brunner-Salten (2003); Damkowski-Precht (1995); Deckert-Wind (1996); Horváth M. (2002, pp. 58-71; 2005, pp. 55-63); Jenei (2005, pp. 88-100); Reinermann-Ridley-Thoenig (1998); Dudás-Király (1996); König (1995); Hill (1997); Reichard (2002)

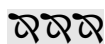
modell (*das neue Steuerungsmodell*) három lényegi kritériumot priorál: a vállalkozásszerű, decentralizált vezetési- és szervezési felépítést, a teljesítményorientációt, valamint a verseny- és ügyfélorientációt. A német modell a korábbi, hagyományos modell ellenképe: élesen elutasítja a weberi elveken alapuló hagyományos közigazgatási modellt, a privátszektor normáinak az állami bürokrácia gépezetébe való beültetése kerül előtérbe, mely magával hozza a decentralizáció és a stratégiai szemlélet hangsúlyozását is. Legfőbb elemei az outputorientált költségvetési tervezés bevezetése, önelszámoló szervezeti egységek kialakítása, minőségi mutatók definiálása, a fogyasztói orientáció erősítése, outsourcing, privatizáció és a verseny bevonása. Jellemzői továbbá a célokon keresztüli irányítás, a decentralizált egységek önirányítása, a delegált és eredményorientált felelősség, a minőségmenedzsment erősítése, az átláthatóság hangsúlyozása a költségek és teljesítmények tekintetében, valamint az emberi erőforrás gazdálkodás a formális és jogi személyzeti irányítással szemben.

A közszektorbeli reformfolyamatok fejlődésének nemzetközi kontextusban való összehasonlítása szerint az új közmenedzsment a 80-as évek közepétől **közigazgatási reformfolyamatként** jött létre, mely **a centralizált struktúrákba radikálisabban és gyorsabban épült be**, mint a decentralizált rendszerekbe (ahol **először az alsóbb szinteken alakult ki** és csak ezután került a centralizált szintekre, ld. német példa). Az új közmenedzsment az **„úttörő-országokban”** – elsősorban Új-Zélandon és az angolszász területeken - a **„követő-országokkal”** ellentétben az intézményi kereteken túlnyúló teljesítésre és a közszektor intézményi struktúrájára gyakorolt jelentős hatást. Ezen országok közigazgatási rendszerében erőteljesebben jelentkezett a belső modernizáció igénye, míg a német területeken inkább a korábbi struktúra főbb kereteit megtartva valósult meg a fejlesztés.



Az értekezés második fejezete áttekintő jelleggel mutatja be a közmenedzsmentet és annak fejlődéstörténetét. Az elméleti összefoglalás formája, struktúrája egyfajta keretbe foglalva a tudományterületet, a közmenedzsment elméleti gyökereit, az új közmenedzsment hatásainak nemzetközi tendenciáit, valamint a mozgalom legfőbb orientációit domborítja ki.

A harmadik fejezet a fejlett országok egészségügyi rendszereinek elméleti modellezését és sajátos (gyakorlati) működési mechanizmusának bemutatását tartalmazza, melyen keresztül megpróbálja feltárni az egészségügyi szolgáltatások jellegzetességeit és meghatározni az egészségügyi rendszerek közsférában betöltött helyét, szerepét. E leíró-elemző rész az előző fejezetekkel operálva rávilágít az egészségügyi szolgáltatások és egészségügyi piac sajátosságaira, valamint feltárja a közmenedzsment-mozgalmak elemeinek, eszközeinek „egészségügyi adaptációit”.



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 mindenkori 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 közszektor 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 összességeként, amelyek mindenhol a nemzeti sajátságokhoz** igazodva bontakoztak ki és ezeknek megfelelően – kisebb-nagyobb mértékben - a közszektor valamennyi szegmensét érintették.

* Az új közmenedzsment alapjai egyrészt az institucionalista közgazdaságtanból származó Public Choice Theory-ből („közösségi választások elmélete”), másrészt az ún. menedzsmentalizmusból 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 menedzsmentalizmus 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 átvész bizonyos elemeket, illetve újakat beemelve hoz létre egy átfogó, az adott nemzeti sajátságokat is figyelembe vevő reformpályát.

** Az új közmenedzsment-mozgalmak az egyetemleges jellemzőkön (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.

III. EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZEREK AZ ELMÉLETBEN

* Elméleti modellek, klasszikus alaptípusok *

*„Az egészség nem minden, de egészség nélkül minden semmi”.
/Dézy József/*

Az egészségügyi válság századunk egyik leggyakrabban emlegetett témája, az egészségügyi rendszerek diszfunkcionalitása szinte minden fejlett ország jellemzője - az értekezés harmadik fejezetében kerül sor az egészségügynek, mint a szolgáltató szektor és a közszektor közös, emiatt szerfelett speciális szegmensének bemutatására, többek között az egészségügyi szolgáltatás, mint „speciális árucikk”, az egészségügyi rendszereket leíró elméleti modellek és „klasszikus alaptípusok” ismertetésén keresztül. A fejezet kiterjed továbbá az egészségügyi rendszerek működtetésének sajátosságaira, nehézségeire, valamint a már több éve, évtizede húzóóó krízis okaira, a problémák megoldására szolgáló és enyhítésüket célzó eszközrendszerre. Mindezek tükrében összefoglalásra kerülnek az elmúlt egy-két évtized legfontosabb egészségügyi reformjai, reformtörekvései, rávilágítva a közmenedzsment-reformokkal összefüggésbe hozható, ezek által generált és egészségügyre adaptált módszerekre, technikákra.

3.1. Az egészségügyi piacok sajátos működése: tökéletes piac vs. egészségügyi piac (Donaldson, C. – Gerard, K. alapján*)

Az egészségügyi ellátás számos jellemzője miatt „különleges árucikk” - az iránta való kereslet és kínálat néhány karakterisztikája markánsan eltér más piacokétól, illetve nehezen hasonlítható azokhoz (Nagy-Dózsa, 2005, p. 310).

Az egészségügyi piac mélyebb vizsgálatát célszerű mindenek előtt a **tökéletes piac** működési mechanizmusainak áttekintésével kezdeni annak érdekében, hogy

☞ feltárjuk a tökéletes piac megvalósulásának feltételrendszerét és megvizsgáljuk, a tökéletes piac feltevései milyen módon és mértékben (nem) teljesülnek az egészségügyi piacokon;

☞ összegezzük - mindezek alapján – az egészségügyi piac sajátos jegyeit, valamint a piac kudarcát az egészségügyi ellátásban.

3.1.1. Tökéletes piac és nélkülözhetetlen feltevései vs. egészségügyi piac

A piac a kereslet és kínálat olyan összehangolódási mechanizmusa, amely lehetővé teszi a javak és szolgáltatások cseréjét a fogyasztók és a termelők között mindennemű kormányzati beavatkozás nélkül. A piacok az árjelzések alkalmazásával végzik ezt az összehangolódást. Adott piaci ár esetén a

* A fejezet alapjául Donaldson, C. – Gerard, K.: *Economics of Health Care Financing – The Visible Hand* (1993) c. könyv vonatkozó részei szolgáltak. Nevezett szakirodalom felhasználásának mértéke miatt a pontos hivatkozások csak a más szerzőktől idézett részek esetén lettek külön feltüntetve.

termelők felkínálják termékeiket eladásra, a fogyasztók pedig (szabadon elkölthető) jövedelmüket kívánságaik és vágyaik szerint költik el. Tökéletes piaci helyzetben ez azt jelenti, hogy egyetlen termelő vagy fogyasztó sem marad kielégítetlenül az így létrejövő csere és elosztás folyamatában; az adott piaci áron a termelők mindent el tudnak adni, amit el kívánnak adni (és így maximálissá teszik nyereségüket), a fogyasztók pedig mindent meg tudnak vásárolni, amit csak kívánnak (így maximalizálva a nekik jutó hasznosságot). A közgazdászok ezt a végeredményt nevezik „a piac tisztára söprésének” vagy „piaci egyensúlynak”.

Ha ezt a modellt az egészségügyi ellátás piacára alkalmazzuk, ez a definíció szerint azt jelenti, hogy tökéletesen informált fogyasztók mérlegelik az egészségügyi ellátás költségeit és hozamait más javakéhoz képest. Annyit költenek egészségügyi ellátásra, amennyi maximálissá teszi jólétüket. Ennek eredményeként a legcélszerűbb erőforrás-mennyiséget fordítják globálisan az egészségügyi ellátásra, illetve annak különböző típusaira (vagyis fennáll az elosztásbeli hatékonyság). Ugyanakkor az egészségügyi ellátás termelői, akik profitjuk maximalizálására törekszenek, a legmagasabbra értékelt ellátástípust kínálják a fogyasztóknak a legkisebb költséggel, tehát technikailag hatékony módon viselkednek. A technikai és az elosztásbeli hatékonyságnak ez az együttese biztosítja, hogy a fogyasztók jóléte maximális legyen, a társadalom szempontjából lehetséges legalacsonyabb költségek mellett.

Annak az optimális eredménynek a megvalósítása céljából, hogy a legkisebb költség mellett maximalizáljuk a hasznosságot, **a tökéletes piacoknak öt fő követelményt** kell teljesíteniük:

(1) A bizonyosság

A bizonyosság feltevése azt jelenti, hogy a fogyasztók pontosan tudják mit kívánnak, mikor kívánják, és hol szerezhetik meg.

Ez azt jelenti, hogy az egészségügyi ellátás fogyasztását ugyanúgy meg lehet tervezni, mint a heti élelmiszerfogyasztást. Nyilvánvaló, hogy az egészségügyi ellátás bizonyos tételeinek fogyasztását tényleg meg lehet tervezni ily módon. Az is nyilvánvaló azonban, hogy az egészségügyi ellátás fogyasztásának sok tételét nem lehet ily módon megtervezni. Ennek az az oka, hogy az egészségi állapot romlása gyakran hirtelen és/vagy váratlanul következik be.

(2) Az externalitások hiánya

Az externalitások más emberek termeléséből vagy fogyasztásából eredő, szerteágazó hatások, amelyek valamely egyént negatív vagy pozitív módon érintenek, de kívül esnek ennek az egyénnek az ellenőrzési körén. Az ilyen szerteágazó hatások költségeit és hozamait nem lehet a piaci ügyletekben figyelembe venni, mert amikor ezek az ügyletek végbemennek, a fogyasztók és

az eladók csak a saját maguk szempontjából felmerülő költségeket és hozamokat veszik figyelembe*.

Az egészségügyi ellátásban a pozitív externalitások számos formáját találjuk – hasznos lehet számunkra, ha mások vesznek igénybe bizonyos egészségügyi ellátást (pl. védőoltás), még akkor is, ha ennek nincs közvetlen hatása saját egészségi állapotunkra.

Negatív externalitások is előfordulnak az egészségügyi ellátásban, például az iatrogén* megbetegedések esetén (ezek az egészségügyi ellátás túltermelését eredményezhetik).

(3) Tökéletes tájékozottság a fogyasztó részéről

A fogyasztó tökéletes tájékozottságának feltevése az egészségügyi piacon azt jelenti, hogy az egészségügyi ellátás fogyasztója teljes mértékben ismeri saját egészségi állapotát és mindazokat a lehetőségeket, amelyek rendelkezésére állnak egészségének javítása céljából. A fogyasztó tudja továbbá, hogyan járulnak hozzá ezek a választási lehetőségek egészségének javításához, és képes megítélni mindegyikük egymáshoz viszonyított minőségét (vagyis a fogyasztó ismeri az egészségügyi ellátás és az egészségjavítás vagy -megőrzés közötti technikai összefüggéseket).

Kisebb jelentőségű megbetegedésnél és egyes krónikus állapotnál is előfordulhat e feltevés teljesülése, nem valószínű azonban, hogy ez igaz legyen az akutabb állapotokra. Még a kisebb jelentőségű, illetve krónikus megbetegedések esetén is a kezelés új fejleményeiről szóló információk sokkal előbb eljuthatnak az egészségügyi ellátókhoz, mint a fogyasztókhoz. Az ismeretek felhalmozódását továbbá az is meghatározza, hogy milyen gyakran kerülünk érintkezésbe a szóban forgó piaccal. Ugyanakkor az egészségügyi ellátás fogyasztói kisebb valószínűséggel veszik rendszeresen igénybe ezt a piacot, mint például az élelmiszerfogyasztók.

Jobban képzett és bővebb ismeretekkel rendelkező „szakértő” tanácsára (az orvoséra, aki ismeri a piacot) annak eldöntésekor van szükség, hogy a fogyasztó vásároljon-e egészségügyi ellátást vagy sem. A szakértő szükségességét még inkább erősíti a fogyasztó előtt álló döntés természete: számos árucikk esetében a rossz döntésnek nincsenek drámai következményei, a választást sűrűn meg lehet ismételni, és egészen csekély költséggel helyesbíteni, viszont az egészségügyi ellátásban a hibás döntés súlyos következményekkel járhat, sőt lehetséges, hogy nincs mód a döntés megismétlésére.

* Ha egy pozitív externalitás termelői nem kapják meg a termékük előállításából származó teljes hozamot, akkor az ilyen termékből rendszerint nem termelnek elegendőt. Ha a negatív externalitást eredményező termékek előállítóinak nem kell viselniük az ilyen externális következmények költségeit, akkor ezekből a termékekből túlságosan sokat állítanak elő.

* Orvosi eredetű, orvosi kezelésekből származó megbetegedések.

(4) A fogyasztók képesek szabadon, saját érdekükben (a termelői érdekektől mentesen) cselekedni

A tökéletes tájékozottságot kimondó feltételezésből következik, hogy a fogyasztók szabadon cselekedhetnek saját érdekükben, amikor arról döntenek, hogy mit fogyasszanak és mit ne. A termelők, akik csakis saját érdekükben cselekszenek, azokat a termékeket szállítják a piacra, amelyeket a fogyasztók árukhoz képest a legmagasabbra értékelnek.

Az egészségügyi ellátás fogyasztói nem rendelkeznek tökéletes ismeretekkel, ezért az orvosok gyakran kerülnek abba a helyzetbe, hogy szakértői tanácsot adhatnak a fogyasztóknak az általuk vagy kollégáik által nyújtandó ellátásról. Így tehát az egészségügyi ellátó lényegesen befolyásolni tudja az ellátás iránti keresletet.

(5) Sok kis termelő gondoskodik a valóságos versenyről, akik nem tudnak „összejátszani”

A nagy számú, kis termelőnek tökéletes piac elmélete szerint nincs semmiféle piaci hatalma, ezért csak az ár alapján versenyeznek egymással - annak érdekében, hogy magukhoz vonzzák a fogyasztókat, a termelők kénytelenek a lehető legalacsonyabb szintre leszorítani áraikat.

Ez a folyamat nem működik az egészségügyi ellátásban, mert szakértőkre lévén szükség, akik tanácsot adnak a betegeknek, működési engedélyt (orvosi és egyéb egészségügyi szakképzettséget) kell megkövetelni ahhoz, hogy az orvosok és egyéb egészségügyi szakemberek praktizálhassanak. Minthogy az orvosok maguk adhatnak működési engedélyt jövőbeli kollégáiknak, bizonyos mértékű ellenőrzést képesek gyakorolni a piac fölött, ez pedig lehetővé teszi számukra, hogy korlátozzák a szakmába való bejutást. Ha a szakmába való bejutás korlátozott, akkor a nyújtott egészségügyi ellátás mennyisége kevesebb lesz, így a kínálat korlátozása miatt az egészségügyi ellátás ára magasabb lesz, mint amennyi egyébként lenne.

3.1.2. Egészségügyi ellátások piaci kudarca: az állami szerepvállalás szükségessége az egészségügyben

A tökéletes piac egészségügyi ellátásokban való megvalósulása a fent bemutatott feltételek együttes meglétét követelné meg – a valóságban azonban nem sok piac rendelkezik a szükséges, ideális jellemzőkkel. Az ideális feltételek hiánya önmagában véve még nem teszi szükségessé az állami beavatkozást az egészségügyi ellátás piacán. Sok árucikket forgalmaznak olyan piacokon, amelyek nem tökéletesek, mégis mentesek maradnak az állami „beavatkozástól”. A kérdés tehát a tökéletlenség mértéke és a lehetséges megoldási alternatívák megadása a kezelésükre.

Noha egyetlen piac sem működik tökéletesen (legalább is a bemutatott öt ideális feltevésnek megfelelően), **bizonyos esetekben lehetséges, hogy kizárólagosan a piaci erők legyenek a meghatározók**, ha ez a legjobb módja annak, hogy a lehető legközelebb kerüljünk a tökéletes piac

ideális kimeneteléhez. Mindazonáltal még a leginkább piacorientált gazdaságokban is **érvényesül bizonyos mértékű állami beavatkozás** egyes piacokon. Ha elfogadjuk a piac tökéletlenségének létezését és feltételezzük, hogy a cél a közösség jólétének maximalizálása, akkor **az egészségügyi ellátásokban az állami beavatkozás elkerülhetetlen, mi több, az átlagosnál jóval kiterjedtebb.** Az egészségügyi szektorban érvényesülő kiterjedt kormányzati beavatkozás alapvető indoka az, hogy ebben az ágazatban a tökéletes piac egyetlen ideális feltevése sem érvényesül. Ilymódon a piac kudarca az egészségügyi ellátás allokációját illetően olyannyira teljes, hogy a kiterjedt állami beavatkozás nagyobb valószínűséggel eredményezi az össztársadalmi célok megvalósítását, mint valamilyen minimális állami beavatkozással kiegészített piac működése.

Az „egészségügyi ellátás” nevű árucikknek van néhány olyan fontos (sőt, bizonyos esetekben minden mástól megkülönböztető) jellemzője, amely ezt az árucikket másoknál alkalmasabbá teszi az állami beavatkozásra:

☞ Az egészségügyi ellátással összefüggő kockázatok és bizonytalanságok, amelyek szabályozatlan piac esetén biztosítási piacok kialakulását eredményezik és ennek következtében fellép a kis méretekből származó pazarlás, a morális kockázat és a kontraszelekció problémája, valamint externalitások;

☞ Az egészségügyi ellátással kapcsolatos információ aszimmetrikusan oszlik meg az ellátók és a fogyasztók között, amihez még hozzájárulnak a szakmai működés engedélyezésével összefüggő problémák.

Ezen jellemzők együttesen okozzák a piac kudarcát az ellátás finanszírozását, esetleg szolgáltatását illetően is az egészségügyben – noha a fenti jellemzők bármelyike könnyen felismerhető más árucikkek esetében is, az egészségügyi ellátás kivételes helyzetben van abban az értelemben, hogy mindezek a tulajdonságok együttesen jellemzők rá. Ha ezek közül a jellemzők közül csak egy (vagy akár kettő) érvényes valamely árucikk esetében, ez még nem indokolja szükségképpen a kiterjedt állami beavatkozást, amennyiben azonban valamely árucikk esetén minden ilyen jellemző megtalálható, akkor a piac kudarca olyan mélyreható, hogy ennek következtében az állami beavatkozás az optimális megoldás a finanszírozás tekintetében, noha ez az ellátás közvetlen szolgáltatását illetően nem szükségképp igaz.

(1) Kockázatok és bizonytalanságok, biztosítási piacok kialakulása

Az egészségünkkel kapcsolatos kockázat mindig is velünk volt, kétféle formában is: egyik kockázat, maga a megbetegedés; másik kockázat az, hogy a teljes felépülés sem teljesen bizonyos (Arrow, 1963, in: Nagy-Dózsa, 2005, p. 310). Az egyéni egészségügyi kockázat mellett igen jelentős a

megbetegedések társadalmi kockázata is, a betegségek negatív externális hatása ugyanis pótlólagos költségeket ró a társadalomra, mely nemcsak további költségekben, de elmaradt haszonban is jelentkezik (Nagy-Dózsa, 2005, p. 311).

Az egyes egyén szempontjából a megbetegedés megjósolhatatlan. Általános értelemben meg lehet jósolni a különböző krónikus állapotokkal összefüggő prognózisokat, az egyének szintjén azonban a jövőbeli egészségi állapot valószínűleg bizonytalan. Ebből következik, hogy senki sem tudja a jövőbeli egészségügyi ellátás-fogyasztását olymódon megtervezni, mint ahogy megtervezzük ezt az olyan árucikkek esetében, mint amilyen az élelmiszer. Minthogy nem vagyunk képesek megtervezni, mikor következik be valamely jövőbeli esemény, a szabályozatlan piac erre biztosítási mechanizmusok kialakításával válaszol, amelyek révén az egyes egyének vagy családok fizetéseket teljesíthetnek valamilyen kockázatgyűjtő szerv (rendszerint biztosítótársaság) számára, arra vonatkozó garancia fejében, hogy valamilyen formában pénzbeli visszatérítésben részesülnek olyan megbetegedés esetén, amelynek következtében a biztosított személy számára egészségügyi ellátási kiadások* merülnek fel.

Ha a biztosítások biztosításstatisztikai értelemben méltányosak, a fizetett biztosítási díjak egyenlők a felmerült egészségügyi ellátási kiadásokkal. Ez azonban feltételezi, hogy a biztosítótársaságok nem szereznek nyereséget, és hogy nem merülnek fel adminisztrációs költségek. Ezek a feltevések nem érvényesek, de az emberek mégis kötnek (biztosításstatisztikai értelemben méltánytalan) biztosítást, és megfizetik a biztosítási díjakat, amelyek pedig „torzítottak” olymódon, hogy fedezzék az adminisztrációs költségeket és a nyereséget is. Ennek az az oka, hogy általában az emberek kockázatkerülők - nem szeretik a kockázatot, és hasznosnak tartják önmaguk szempontjából a nagy pénzügyi veszteségek bizonytalanságának fedezését. Ez olyan hasznosságnövekedés, amelyért fizetni is hajlandók.

(2) A kis méret okozta veszteségek

Minél nagyobb valamely szervezet, rendes körülmények között annál könnyebben tudja állandó költségeit termékei között felosztani, és ezzel csökkenteni az egységni előállított termékre jutó költséget. Az egészségbiztosításban a méretből származó megtakarítás egyik példája a marketingköltség, amely ugyanakkora összeget tehet ki függetlenül attól, hány ember van biztosítva

* *Nehéz pénzben kifejezni a szorongást, fájdalmat és szenvedést, valamint azt, hogy a biztosítótársaságok soha sem tudnak megbízható és objektív becslést készíteni arról, mennyi szorongást, fájdalmat és szenvedést okoz egy betegség. Ezen kívül a felmerült egészségügyi ellátási kiadások meglehetősen megbízható jelzései annak, hogy ténylegesen fennáll valamilyen megbetegedés és ezeket könnyebb is számszerűsíteni (Donaldson – Gerard, 1993). Ennél fogva az emberek elsősorban az egészségügyi ellátásra szóló biztosítást kötnek, noha ezt rendszerint egészségbiztosításnak nevezik (Evans, 1984). Nem biztosíthatjuk magunkat közvetlenül a betegség ellen, hanem csak a betegség pénzügyileg kifejezhető költségei ellen. Így módon az egészségügyi ellátásra szóló biztosítás testesíti meg a jövedelem-fenntartás szélesebb értelmű koncepcióját (Donaldson – Gerard, 1993).*

egy adott vállalatnál. Ilymódon minél nagyobb a biztosítottak száma, annál kisebb az egy személyre jutó marketingköltség, és ez olyan megtakarítás, amely visszajuttatható a fogyasztókhoz csökkentett biztosítási díjak formájában.

A *kis méretből származó veszteségek* olyan piacokon alakulnak ki, ahol több, egymással versenyző biztosítótársaság működik, mindegyik a maga adminisztrációs és marketingköltségeivel. Nagyvállalatnál az ilyen adminisztrációs költségek csökkenthetők, mert ezeket több fogyasztó között lehet megosztani. Azonban a nagy, monopolhelyzetben levő biztosító kizsákmányolhatja az ügyfeleket.

Egy alternatív megoldás ekkor az lenne, hogy állami monopóliumot hoznak létre úgy, hogy az alacsony költség megmaradjon a kizsákmányolás veszélye nélkül. Egyes költségeket, mint például a marketingkiadásokat, a díjengedményre való jogosultság ellenőrzését és a díjak beszedésével összefüggő költségeket drasztikusan csökkenteni lehet, sőt akár meg is lehet ezeket szüntetni, ha a díjak beszedését az adóbehajtási rendszerrel kapcsolják össze. A kis méretből származó veszteségek a piac kudarcát eredményezik, mert elképzelhető, hogy valaki nem hajlandó fizetni a biztosítási díjat, amelyet a kis méretekben folyó verseny költsége, vagy a kizsákmányoló magatartást tanúsító monopólium megnövel, viszont hajlandó megszavazni egy olyan rendszert, amelyben a biztosítási díjak beszedése valamilyen állami mechanizmus, mint például az adórendszer útján történik.

(3) Morális kockázat

A biztosításon alapuló egészségügyi ellátási rendszerben fennáll a potenciális „túlkereslet” problémája, annak a jelenségnek a következtében, amit „morális kockázatnak” nevezünk. A morális kockázat két részre osztható: az egyik a „*fogyasztói morális kockázat*” a másik pedig az „*ellátói morális kockázat*”. Mindkettőnek két-két aspektusa van.

A *fogyasztói morális kockázat* (1) egyrészt azért keletkezik, mert pusztán a biztosítottság ténye csökkenti a kezelés (pénzben kifejezett) költségét a fogyasztás helyszínén, és ennél fogva a beteg-státust kevésbé nem kívánatos állapottá teszi, olyan állapottá, amelynek elkerülésére az érintettek kevésbé energikusan törekednek. Ennek következtében gyengülnek az egészséges életstílus folytatására irányuló ösztönzőerők, és növekszik az ellátás iránti igény felmerülésének valószínűsége. A fogyasztói morális kockázat (2) másik aspektusa az a hatás, amelyet a biztosítottság ténye akkor okoz, amikor a betegség bekövetkezik, és a szolgáltatásokra szükség van: az igénybevétel helyszínén jelentkező zérus vagy csökkentett ár magasabb felhasználási arányt ösztönöz, mint amelyet egyébként tekintenének hatékonynak; mintegy éket verünk a nyújtott szolgáltatás költségének megfizetése, illetve a nyújtott szolgáltatás értéke vagy az érte való fizetési hajlandóság közé. Ilymódon a piac nem képes hatékony árjelzéseket továbbítani a fogyasztókhoz.

Az ellátói morális kockázat abból eredhet, hogy egyszerűen hiányzik a költségek tudatossága, vagy abból, hogy az orvosok javadalmazására olyan „tétéles elszámolási” módszert alkalmaznak, amelyben a díjak különböznek a „piaci áraktól”. Az olyan rendszerekben, amelyekben az orvosokat ilyen módszerekkel javadalmazzák, az orvosok a betegeknek nyújtott szolgáltatástételekért kapnak díjazást. A közfelfogás szerint az ilyen rendszerben az orvosokra pénzügyi ösztönző hat abban az irányban, hogy több ellátást nyújtsanak, mint amennyi akkor következne be, ha az ügyleteket tökéletesen tájékozott fogyasztóval bonyolítanák le. Ezt a jelenséget a szakirodalom „a kínálati oldalról indukált kereslet” néven ismeri (Evans, 1974; Rice, 1983; Cromwell és Mitchell, 1986).

(4) Kontraszelekció

A kontraszelekció a biztosítási piacon érvényesülő információs aszimmetriából ered: a biztosítás vásárlói rendszerint többet tudnak kockázati státusukról, mint az egészségbiztosítás eladói. Kezdetben a versenypiacon, ha a biztosítótársaságnak semmilyen adata nincs a szóban forgó egyén kockázati státusáról, a díjat úgy lehet megszabni, hogy a biztosított népesség általános egészségügyi kockázatát tükrözze. Ennél fogva mindenki, aki egészségbiztosítást köt, olyan díjat fizet, amely a biztosított népesség „átlagos” kockázati szintjét fejezi ki. Ezt nevezzük „közösségi díjszabásnak”.

A biztosított népesség egyes tagjai számára, akiknek véleménye szerint saját kockázati szintje az átlagosnál alacsonyabb, ez a közösségi díjszabás alapján meghatározott biztosítási díj túlságosan magas lesz. Ők tehát úgy döntenek, hogy nem kötnek egészségbiztosítást, és nem kapnak fedezetet abban az esetben, ha a váratlan esemény bekövetkezik. Ennek a döntésnek azonban az a következménye, hogy a megmaradó biztosítottak átlagos kockázati szintje emelkedik, minthogy az átlagosnál alacsonyabb kockázatú személyek kihullottak a biztosításból. Így tehát ennek a populációnak a várható egészségügyi ellátási költségei fedezésére a biztosítási díjnak emelkedniük kell. Ennek megint csak az az eredménye, hogy akik úgy érzik: az ő kockázati státusuk alacsonyabb, mint a megmarad biztosítottak átlagáé, kimaradnak a biztosításból és ez a folyamat halad tovább. Ezt a folyamatot, amelyben a legjobb kockázatokat választják ki a biztosított csoportból, nevezzük „kontraszelekciónak”.

Versenyrendszerben várhatóan egy másik jelenség következik be a kontraszelekció nyomán. Az a tény, hogy egy csekély kockázatú, biztosítás nélküli réteg létezik, azt a lehetőséget kínálja a biztosítótársaságok számára, hogy díjaikat az egyéni kockázat, nem pedig az egész népességre érvényes kockázat szintjének megfelelően szabják meg. Ez az úgynevezett „tapasztalati díjszabási rendszer”, ahol a biztosítási díj a feltételezett jövőbeli kockázati szintet tükrözi (esetleg a szóban forgó személy és családja múltbeli betegségtörténetén, mint a jövőre vonatkozó előzetes becslésen alapul). Ennek a folyamatnak a következtében a magasabb kockázatú csoportok (tipikusan az

alacsony keresetűek, az időskorúak és a krónikus betegek) esetében a tapasztalati díjszabási rendszer alapján magasabb díjakat követelnek meg a biztosítás fenntartásához, olyan díjakat, amelyeket esetleg most már nem is képesek megfizetni. Azt a folyamatot, amelynek révén a csekély kockázatú egyéneket az alacsony díjszabású biztosítási rendszerekbe viszik át, gyakran nevezik „lefölözésnek”.

A kontraszelekció következtében a népesség két rétege maradhat biztosítás nélkül: az egyik az alacsony kockázatúak rétege, akik olymódon törnek ki a hibás körből, hogy kivonulnak a közösségi díjtételek mellett megkötött biztosítás köréből; valamint a magas kockázatú csoportok, amelyek nem engedhetik meg maguknak a tapasztalati díjszabás rendszer mellett kialakuló biztosítási díjak megfizetését. A kontraszelekció a piac kudarcát jelenti az előző csoport számára, mert mind a biztosító, mind pedig a fogyasztó hajlandó lenne ugyan szerződést kötni, de az ilyen ügylet megkötéséhez szükséges információ nem jut el az egyik féltől a másikhoz a piac útján. A magas kockázatú csoport tekintetében a piac nem vall kudarcot, hanem egész egyszerűen az ő pénzügyi erőforrásaik nem képesek fedezni a biztosítás költségét.

Mindezek ellenére ez a kontraszelekciónak az az aspektusa, amelyik a súlyosabb szociális problémát okozza. Az, hogy ezt a szociális problémát piaci kudarcként definiáljuk-e, az externalitásoktól függ: vagyis attól, hogy a társadalom hány tagját aggasztja az a tény, hogy mások el vannak zárva a számukra szükséges egészségügyi ellátástól. Ily módon a kontraszelekció és az externalítások³⁶ együttes hatása határozza meg azt, hogy a társadalom hogyan reagál erre a problémára.

(5) Aszimmetrikus információ

Az egészségügyi ellátás és az egészségi állapotjavulás közötti bonyolult technikai összefüggés következtében a fogyasztók tudatlanok, mely nem jár együtt az ellátók tudatlanságával, ennél fogva aszimmetria áll fenn. Alapjában véve a fogyasztók egészségi állapotuk javítását vagy megőrzését kívánják. Az egészségi állapot javítását azonban nem lehet a piacon megvásárolni. A fogyasztó rákényszerül arra, hogy egészségügyi ellátást vásároljon, ha azt akarja, hogy egészsége javuljon. Az egészségügyi ellátásnak önmagában véve nincs értéke, de egyfajta „technológiai” összefüggés révén kapcsolódik az egészségjavuláshoz, márpedig erről a kapcsolatról az orvosok többet tudnak, mint a fogyasztók. Így tehát a piac nem képes tájékoztatni a fogyasztót arról, hogy az egészségügyi ellátás milyen mértékben járul hozzá az ő egészségi állapotához.

³⁶ Ld. előző alfejezet megfelelő pontja

(6) A szakma zártságának szükségessége

A szabad piac megléte az orvosi szolgáltatások terén azzal járna együtt, hogy a kínálati oldalt nem lehetne szabályozni, így módon a képzettség nélkül gyógyítók (vagy kuruzslók) szabadon praktizálhatnának és a fogyasztóknak az összes praktizáló között (a minőségről és az árról alkotott) saját véleményük alapján kellene dönteniük. Az egészségügyi ellátásban azért lenne ez különösen veszélyes, mert a fogyasztók nagyon keveset tudnak arról, miképpen befolyásolja az egészségügyi ellátás egészségi állapotukat. Ha a fogyasztóknak megengednénk, hogy szabadon válasszanak a szabályozatlan piacon, akkor ezzel rengeteg tévedést tennénk lehetővé (és ezek jó része igen súlyos következményekkel járna). Ilyen tévedéseket a fogyasztók más piacokon elkövethetnek, mert a más piacokon elkövetett tévedések gyakran kevésbé súlyosak, és csekély költséggel orvosolhatók. Ezért a társadalmak rendszerint többen törődnek az ilyen tévedésekkel, mint az egyéb termékek fogyasztásával összefüggőkkel (ami azt jelenti, hogy az externalitási hatás nagyobb). Továbbá számos más piac esetében a fogyasztók olyan sokszor veszik igénybe a piacot, hogy kialakul náluk az a képesség, hogy tanuljanak tévedéseikből, ez pedig az egészségügyi ellátás számos területén ugyancsak nem lehetséges. Ennél fogva általánosan elfogadott dolog, hogy szükség van normákra és ellenőrzésre az egészségügyi ellátás piacán - mindennek eredménye az engedélyezési rendszer, amelyben azoknak, akik orvosi gyakorlat folytatására engedélyt kapnak, meg kell szerezniük bizonyos minimális minősítéseket. Azonban ezzel valamilyen piaci hatalom kerül azok kezébe, akik ilyen működési engedéllyel rendelkeznek (jelen esetben az orvosok kezébe), melynek mértéke növelhető, ha maga a szakma dönti el, hogy hány belépőt engedélyez.

3.2. Egészségügyi rendszerek elméleti modellezése: piaci alapú vs. közegészségügyi³⁷ rendszer

A fejlett országok egészségügyi rendszerei sok tekintetben mutatnak hasonlóságokat, még inkább eltéréseket. Jellemezhetjük őket többek közt a szereplők, a finanszírozás és forrásteremtés, illetve az államhoz való viszonyuk alapján. Az egészségügyi rendszerek **komplex, minden szempontot figyelembe vevő elméleti modellezése** azonban **csak részlegesen** és/vagy a valóságra kevésbé jellemző feltételrendszer felállítása mellett **lehetséges**. A következőkben bemutatásra kerülő két modell az állam és a piac kiemelt szerepének hangsúlyozásával egy-egy szélsőséges esetet illusztrál, a valóság ehhez képest mindig kevert formákban manifesztálódik, amelyekben az egyik vagy a másik típus elemei dominálnak inkább.

³⁷ A „közegészségügyi” kifejezés használata Orosz alapján (Orosz, 2001a, p. 32) került a hazai terminológiába. Szerinte a magyar nyelvben nincs igazán jó kifejezés a „public” szóra. Másik lehetséges kifejezés a közfinanszírozáson alapuló rendszer lenne.

3.2.1. Piaci modell

A liberális értékrendszeren alapuló piaci modell az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzájutást ugyanazokra az elvekre alapozza, mint a többi javakhoz való hozzájutást, azaz az *ekvivalencia elve* mentén rendeződő egészségügyi rendszerekben az egyén által befizetett összeg és az általa igénybevett szolgáltatás díja között relatíve egyenlőség áll fenn. A legitim módon szerzett jövedelem és gazdagság lehetővé teszi az egyének számára, hogy az elérhető javak és szolgáltatások egy bizonyos részét megvásárolják – azaz ebben a modellben alapvetően az egyének preferenciája és fizetőképessége határozza meg az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzájutást is. Ezen irányzat szerint az egészségügyi szolgáltatások finanszírozásában a kormány által játszott szerep indokolatlanul korlátozza a páciensek szabadságát és az orvosok szabadságát. Az állami beavatkozás által jelentett kényszer (vagy másképp megfogalmazva az állami gondoskodás) gyengíti a személyes felelősséget, mivel az egyének nem munkával szerzett javakhoz jutnak (ez egyben gyengíti a munkára ösztönzést is, ami a gazdasági jólétre károsan hat). A piaci modellben a fogyasztói szuverenitás alapelvéből következően a magánbiztosítás és a páciensek általi közvetlen fizetés jelenti a finanszírozás fő formáját. Az egészségügyi szolgáltatásokat előállító intézmények magántulajdonban vannak. A szolgáltatók javadalmazását a piaci viszonyok alakítják ki. A piaci modell nyilvánvaló előnye a fogyasztói szuverenitás, a fizetőképes kereslettel rendelkezők számára a szolgáltatások minősége (ill. az ellátási folyamatnak, körülményeknek a páciensek által fontosnak tartott elemeinek a színvonala). A hátránya pedig, hogy a biztosítással rendelkezők között is jelentős különbségek vannak az ellátáshoz való hozzájutásban (a munkáltató által nyújtott biztosítás, ill. az egyének jövedelmi helyzete alapján, továbbá azok a rétegek, amelyek nem rendelkeznek megfelelő fizetőképes kereslettel, kiszorulnak a biztosításból. A hátrányok ellensúlyozására az állam bizonyos lakossági rétegeknek biztosítást nyújt (pl. az USA-ban a szegények egy részének biztosítást nyújtó Medicaid és az időskorúakat biztosító Medicare programok) (Orosz, 2001a, pp. 33-34). Kornai szerint a piaci modell alapelve „az egyén szuverenitása”, azaz olyan átalakítást kell előmozdítani, amely megnöveli az egyén és szűkebbre szorítja az állam döntési jogkörét a jóléti szolgáltatások szférájában (Kornai, 1998, p. 17).

3.2.2. Közegészségügyi modell

A másik modell az esélyegyenlőséget középpontba állító értékrendszeren alapuló közegészségügyi modell: az alapvető egészségügyi ellátáshoz való hozzájutást állampolgári jognak tekinti, hasonlóan a választójoghoz, vagy a törvény előtti egyenlőséghez, ami nem függhet az egyének jövedelmi vagy vagyoni helyzetétől. Azonban nyilvánvalóan függ a társadalom egészének gazdagságától, hogy milyen ellátást tud nyújtani a rendszer. A szabadság fontos érték ebben a modellben is – a pozitív szabadság

értelmében. A szabadság nem oszthatatlan, hanem a szabadság valamilyen tekintetben való korlátozása elősegítheti, hogy egy másik tekintetben nagyobb szabadságot élvezhessünk. A közegészségügyi modell meghatározó alapelve a társadalom egészségi állapotának javítása, ennek érdekében az egyenlő hozzáférés biztosítása az alapvető egészségügyi ellátáshoz – függetlenül az egyének jövedelmi helyzetétől. Ebből következően az egészségügyi szolgáltatások finanszírozásában a közfinanszírozás játssza a meghatározó szerepet. A modell tehát a *szolidaritási elv* mentén szerveződik, azaz az egyének fizetésük egy meghatározott százalékat biztosítási járulékként fizetik be és szükségletük szerint vesznek igénybe egészségügyi szolgáltatásokat. A közegészségügyi rendszer nyilvánvaló előnye, hogy a társadalom egésze számára biztosítja a hozzáférést az alapvető egészségügyi szolgáltatásokhoz. A magasabb jövedelműek számára hátrányt jelent, hogy az adózás vagy kötelező biztosítás kényszeríti őket, hogy az alacsonyabb jövedelműek, nagyobb kockázatúak ellátásának a finanszírozásához hozzájáruljanak. A másik hátrány, hogy az a minőség, amihez a közfinanszírozású rendszeren belül hozzájutnak alacsonyabb, mint amit maguk számára a piaci modellben meg tudnának vásárolni (ugyanazért a pénzért, amit adó, illetve járulék formájában befizetnek). Ezen hátrány ellensúlyozására szolgál a magánbiztosítás (Orosz, 2001a, p. 35).

PIACI MODELL (LIBERALIZÁLT PIAC, SZABAD VERSENY)	ÖSSZEHASONLÍTÁS SZEMPONTJA	KÖZEGÉSZSÉGÜGYI MODELL
Ekvivalencia alapú	Szerveződési elv	Szolidaritás alapú
Magánbiztosítás	Finanszírozó	Kötelező társadalombiztosítás
Esélyegyenlőség	Jogosultsági és ellátási reláció	Egyenlő esélyek
Eltérő hozzáférés	Hozzáférhetőség	Egyenlő hozzáférés
Magas, de nem egyenlő minőségű szolgáltatás	Szolgáltatás színvonala	Egyenlő, de alacsony minőség
Kockázatorientált	Ármeghatározás	Nem kockázatorientált
Prevenció-érdekelt	Az egészségügyi ellátórendszer és a lakosság egészségi állapota közötti kapcsolat	Nem prevenció-érdekelt
Járulék a kockázat és igény arányában	Finanszírozási hozzájárulás alapja	Járulék a jövedelem arányában
Szolgáltatás a szerződés szerint	Szolgáltatásnyújtás alapja	Szolgáltatás szükség szerint
Érdekelt a fejlesztésben	Fejlesztéshez való kapcsolata	Nem érdekelt a fejlesztésben
Flexibilis rendszer	Környezeti változásokhoz való alkalmazkodás	Merev rendszer
Profitorientált	Gazdasági célrendszer	Nem profitorientált

9. táblázat: Egészségügyi rendszereket leíró elméleti modellek összehasonlítása
Forrás: Forgács alapján (In: Pető-Heathcote, 2005, p. 27)

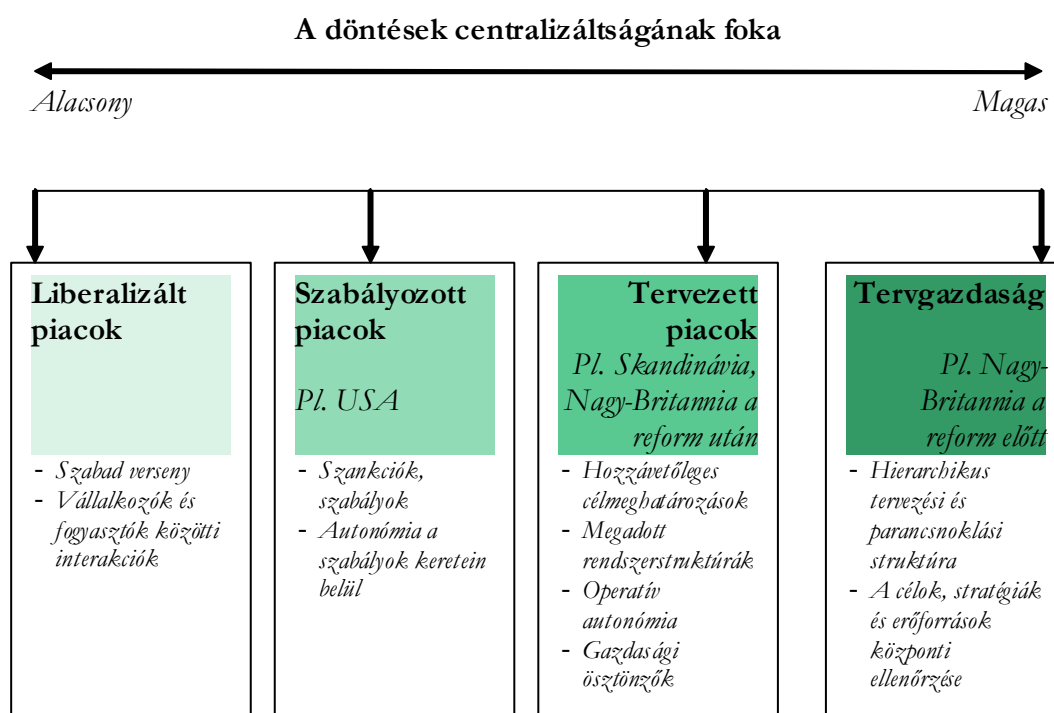
A két modell két ellentétes álláspontot képvisel az állami szerepvállalás túl- és alulhangsúlyozásával, melyek ilyen formában történő hatékony működése csak bizonyos keretfeltételek teljesülése mellett lehetséges (ld. 9. táblázat). Az egészségügyi rendszerek a **szolidaritás** és az **ekvivalencia elvén** szerveződhetnek, melyeket sokszor - helytelenül - feleltetnek meg a szélsőértékeként bemutatott „piaci” és „közegészségügyi” modelleknek. A szerveződési és működési elv szerinti azonosítás csak teoretikus körülmények között helytálló, mert a szélsőmodelleket leíró, azokat egyértelműen azonosító jellemzők nem mindegyike és/vagy nem teljes mértékben, nem „tiszta formájukban” fedezhetők fel a gyakorlatban.

Az egészségügyi rendszerek működése nem egyetlen érték kizárólagos követésén nyugszik, hanem alapelvek, értékek rendszerén. A valóságos egészségügyi rendszerekben mindkét modell elemei megtalálhatók, továbbá az azonos modellhez sorolható valóságos rendszerek között is lényeges különbségek találhatók. Azonban az alapvető modelleket megkülönbözteti, hogy a fogyasztói szuverenitás vagy az esélyegyenlőség (az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférésben) értékei közül melyiknek adnak prioritást. Az európai országokban erős, kulturális tradíció a társadalmi szolidaritás. Történetileg számos különböző gyökere mutatható ki: mind a protestáns, mind a katolikus vallás társadalmi igazságosságra vonatkozó nézetei, továbbá egyaránt megtalálható a konzervatív, szociáldemokrata és (bizonyos formában) a liberális ideológiákban is. Az egészségügyben már a 19. századi önszegélyező alapok alapvető értéke volt a szolidaritás, amely a jóléti államok kiépülésével az egészségügy finanszírozásának alapelvevé vált. Az egészségügyben érvényesülő szolidaritás alatt általában azt értjük, hogy az egyének a rendszer finanszírozásához a teherviselő képességük (jövedelmük) arányában járulnak hozzá, míg a szolgáltatásokhoz a szükségletüknek megfelelően jutnak hozzá. Azaz a kockázat társadalmon belüli megosztásának az elve jövedelem-újraelosztást jelent – a jövedelmi csoportok, az egészségi állapot szerinti jó és rossz kockázatúak, továbbá a fiatalok és idősök között. Az egészségügyi szolgáltatásokat úgy tekintik, mint társadalmi javak, azaz az egész társadalomnak haszna származik abból, ha az egyéneket nem korlátozza a fizetőképes keresletük hiánya abban, hogy hozzájussanak a szükséges egészségügyi szolgáltatásokhoz (Orosz, 2001a, p. 36).

A közép-európai és skandináv országok tervezési modelljének diszfunkcionalitására, illetve az Egyesült Államokban alkalmazott liberalizált egészségügyi piac nehézségeire vezethető vissza a két szélsőséges irányzat közötti középút felé történő elmozdulás. Ez a folyamat majdnem egyidejűleg indult el az Egyesült Államokban, Nagy-Britanniában és Skandináviában. Érdekesség, hogy a központosítási kontinuum két végpontján álló ellentétes alapkoncepciójú egészségügyi rendszerek bizonyos mértékig mindig a másik végponton lévő modellt vették át, melynek eredményeképp a

fejlődés a kontinuum közepe felé indult el, ezzel közelebb hozva egymáshoz a fejlett országok egészségügyi rendszereit (Köck M., 1999, p. 55) (ld. 4. ábra).

A valóságos egészségügyi rendszerek természetesen nem tisztán csak egyik vagy csak a másik modell jellemzőivel bírnak – a különbséget az jelenti, hogy melyik modell értékrendszere, strukturális jellemzői a dominánsak. A közegészségügyi modellen alapuló nyugat-európai egészségügyi rendszerekben is vannak piaci elemek (pl. magánbiztosítás) és a piaci modellen alapuló amerikai egészségügyi rendszerben is részben megtalálhatók a közegészségügyi rendszer elemei (pl. minden időskorú a szövetségi költségvetés által finanszírozott Medicare program keretében jogosult biztosításra.). Egyik domináns modell sem jeleni azt, hogy az adott országban nincsenek olyan politikai és eszmei irányzatok, amelyek a másik modellt tartanák kívánatosnak. A reformviták arról is szóltak/szólnak, hogy az adott modell saját céljaihoz mért eredményességét kell-e növelni (pl. a közfinanszírozás hatékonyságát vagy a piaci versenyt növelni), vagy a másik modell jellemzőinek nagyobb mértékben teret adni (növelni a magánfinanszírozás arányát, ill. a piaci modell esetében, pl. növelni a Medicaid-re jogosultak körét és/vagy kötelezővé tenni a munkáltatók számára az egészségbiztosítás nyújtását) (Orosz, 2001a, p. 33).



4. ábra: Egészségügyi rendszerek strukturális modelljei
Forrás: Köck M. (1999, p. 44)

3.3. Egészségügyi rendszerek a gyakorlatban: klasszikus alaptípusok

3.3.1. Bismarcki modell³⁸

Az utókor Bismarck kancellárjáról nevezte el azt a szociális betegbiztosítási rendszert, mely az 1871-ben létrejött egységes Németországban alakult ki a 19. század utolsó harmadában. Ebben az időszakban fogalmazódtak meg azok az elvek, amelyek ma is gerincét alkotják számos európai ország társadalombiztosítási rendszerének (Mihályi, 2003, p. 187).

A bismarcki modell keletkezése szoros összefüggésben áll a 18-19. századi németországi gazdasági és társadalmi helyzettel: az ipari forradalom következményeképp megerősödő munkásosztály előbb szakszervezeteket hozott létre érdekeinek jobb érvényesítése végett, majd önkéntes egészségpénztárakat. 1849-ben a porosz kormány a bányászok számára kötelezővé tette az egészségbiztosítást, majd 1876-ban a parlament határozatot hozott a pénztáraknál minimálisan befizetendő összegről. Az 1881-es „Bismarcki csomag” tett javaslatot az adókból finanszírozott nemzeti egészségügyi rendszer bevezetésére, mely a gazdasági okok mellett katonai célokkal is szolgált: a német hadigépezetnek nagy létszámú és jó egészségi állapotban lévő férfi lakosságra volt szüksége. A tartományi kormányok, a liberális parlamenti képviselők és az egyház ellenezte a bevezetését, így a politikai kompromisszum az 1883-ban elfogadott, járulékokból fizetendő társadalombiztosítás lett (Mogyorósy, 2001, p. 30). Az 1883-as törvény szerint csak az évi 2000 márkánál kevesebbet kereső alkalmazottak voltak járulékfizetésre kötelezhetőek, aki ennél többet keresett, az magánbiztosítást köthetett. A bevezetés pillanatától kezdve a biztosítási járulék egyharmadát a munkáltatók fizették, míg a maradék kétharmad rész a munkavállalót terhelte (Mihályi, 2003, p. 188). A bismarcki társadalombiztosításban a biztosítottak nem veszítik el a biztosításukat, ha munkanélküliek lesznek, vagy ha nyugdíjba vonulnak és a biztosítást nem lehet megtagadni a fokozott kockázatú betegcsoporttól, vagy lakossági csoporttól. A „klasszikus” bismarcki modell eredeti három pillére napjainkra már ötre bővült: (1) betegbiztosítás; (2) munkahelyi balesetbiztosítás; (3) öregségi és rokkantsági nyugdíj; (4) munkanélküliség elleni biztosítás; (5) ápolásbiztosítás. Ezen öt pillér közül hármat (a beteg-, baleset- és ápolásbiztosítást) szokás szolidaritás elvű modellnek is nevezni, mert a befizetések jövedelemarányosak, míg a szolgáltatások szükségletarányosak, azaz a díjtételek nagyságánál a kockázati elv nem érvényesül (Mihályi, 2003, p. 191).

A kezdetben csak az alacsony jövedelműeket érintő társadalombiztosítás fokozatosan terjedt ki a német lakosság egyre nagyobb részére és néhány év, évtized elteltével számos európai ország vezette be a bismarcki modellt: Ausztria (1888), Magyarország (1891), Luxemburg (1901), Norvégia (1909),

³⁸ Vö. még Mihályi (2003, pp. 187-195); Mogyorósy (2001, pp. 30-31, in: Vincze-Kaló-Bodrogi (2001)); *Health Care Systems in Transition, Germany* (2004, pp. 12-29); Kornai-Eggleston (2004, pp. 86-87)

Oroszország (1911), Anglia (1911), Románia (1912, 1918), Svédország (1913), Olaszország (1919), Hollandia (1919, 1940), Spanyolország (1919), Dánia (1921, 1946), Bulgária (1923, 1924), Csehszlovákia (1918, 1924), Franciaország (1928), Lengyelország (1933) és Belgium (1944)*. Az 1990-es évektől kezdve egyre több poszt-szocialista ország választja ezt a társadalombiztosítási modellt, így Csehország, Észtország, Grúzia, Lengyelország, Litvánia, Magyarország, Szlovénia és Szlovákia is ebbe az irányba indult el (The World Health Report, 2000).

3.3.2. Szemaskó-modell³⁹

A „Szemaskó-modell” kifejezés a volt Szovjetunió első egészségügyi minisztere, N. A. Szemaskóról kapta nevét. 1918 júniusában a szovjet államvezetés országos orvosi és közegészségügyi konferenciát tartott, melyen Szemaskó javaslatára megszületett az ingyenes orvosi ellátásról szóló döntés, melynek értelmében a Szovjetunióban minden állampolgárnak állampolgári és nem biztosítási jogon járt az ingyenes orvosi ellátás. Az új egészségpolitika jelentős népegészségügyi sikerek forrásává vált - a járványokat felszámolták, javult a csecsemőhalálozás, a várható élettartam majdnem a kétszeresére nőtt az első világháború előttihez képest.

Az ingyenes ellátás elvéből egyértelműen következett az egészségügy integrálása az erőforrások elosztását végző tervgazdasági rendszerbe: az egészségügyet az állami költségvetésből (adókból) az önkormányzatokon keresztül finanszírozták. A hidegháború hatására az egészségügy forrásainak a biztosításánál a maradvány elv érvényesült, mely változó mértékben ugyan, de a többi szocialista országra is jellemző volt (Mogyorósy, 2001, p. 32). A Szemaskó-modell sikerének azonban több, egymással szorosan összefüggő magyarázata is van: egyrészt az a tény, hogy a verseny kizárása, az állam monopol jellegének biztosítása a tulajdonlás tekintetében, valamint a fizikai mennyiségeken történő elosztás ugyan a tervgazdasági rendszer jellemzői, azonban ugyanezen logika mentén szerveződtek a fejlettebb, nem szocialista országok egészségügyi rendszerei is, minthogy az egészségügy ezen országokban szintén állami kézben volt. Emellett nem létezett még az egészségügyi szolgáltatások importja, azaz más országokban sem alakultak ki olyan óriási ellátószervezetek, amelyek a méretgazdaságosság növelésére alapozták volna fölényüket, míg az orvostudomány legújabb vívmányai a határokon túlra is átjutottak, ellentétben a termelő szféra ilyen jellegű eredményeivel. A Szemaskó-rendszerben az állam „ellátást” és nem „szolgáltatást” kívánt biztosítani, ezért ennek megfelelően sem a betegek, sem az orvosok nem választhattak, azaz az orvos-beteg

* A Bismarcki modellt adaptáló országok körének és a bevezetés időpontjának meghatározása a szakirodalomban nem egyértelmű: az egészségügyi rendszerekkel foglalkozó szakemberek és a World Health Organization által használt adatok eltérnek. Jelen felsorolás az érdemi mondanivaló alátámasztását szolgáló, a teljesség igénye nélküli összegzés. Vö. Mihályi (2003), Mogyorósy (2001, in: Vincze-Kaló-Bodrogi (2001)), The World Health Report (WHO, 2000).

³⁹ Vö. Mihályi (2003), Mogyorósy (2001, in: Vincze-Kaló-Bodrogi (2001)); Kornai-Eggleston (2004, p. 88)

találkozásokat a tervező logikája határozta meg. A tervezést az egészségügyi minisztérium centralizált módon kezelte, melybe a részletesebb kidolgozás során a területi hatóságok is be lettek vonva. A rendszer adóalapú finanszírozásra épült, a források elosztása pedig piramisszerűen működött. A gyógyító intézmények állami tulajdonban voltak, de a működtetés a helyi apparátusok feladata volt. A gyógyító szolgáltatások igénybevételekor a betegeknek egyáltalán nem kellett fizetniük. Mint mindenki más, a tervgazdaságban az orvosok is alkalmazottak voltak, relatíve alacsony fizetéssel, melyet az orvoslás informális presztízsével és az ezzel járó előnyökkel kompenzáltak. A Szemaskó-modellt feldolgozó szakirodalomban ritkán esik szó arról, hogy ez a rendszer, ebben az eredeti és mondhatni logikailag konzisztens formájában csak rövid ideig volt életben: Szemaskót hamar leváltották, helyére M. F. Vlagyimirszkij került, aki az egészségügyet beáldozta a Szovjetunió iparosítási stratégiájának, melynek eredményeképp az ellátás területi elv szerinti rendeződését fokozatosan háttérbe szorította az ipari-üzemi egészségügyi ellátás. Nem maradt meg az egészségügy közvetlen adókból történő, állami finanszírozása és irányítása sem: a foglalkoztatottak fokozatosan lettek integrálva a kötelező és járulékalapú társadalombiztosítási rendszerbe. Ezen átszervezések hatására számos helyen párhuzamosságok jelentek meg, s az ellentmondások feloldására 5-10 évente rendszeresen átalakításra került az egészségügy a szovjet modellt követő országokban*. A Szemaskó-modell bevezetésének eredményeképp ugyan nagyon sokan valóban korszerű és ingyenes egészségügyi ellátást kaptak, az eredetileg meghirdetett elv mégis számos esetben sérült: a társadalom egyes rétegei évtizedeken keresztül hátrányos megkülönböztetésben részesültek (pl. mezőgazdasági dolgozók, önálló kisiparosok, stb.) és országonként eltérő arányban ugyan, mégis a lakosság 20-60%-a hosszú évtizedeken keresztül ki volt zárva a hagyományos szocialista egészségügyi rendszerből (Mihályi, 2003).

3.3.3. Beveridge-modell⁴⁰

A Beveridge-rendszer nevét az angol Wilhelm Henry Beveridge közgazdászról kapta, aki a második világháború idején kapott megbízatást a parlamenttől egy ad hoc bizottság vezetésére az angol szociális biztosítási rendszer korszerűsítése céljából. Az angol Beveridge-modellt gyakran azonosítják a „nemzeti egészségügyi rendszer”-rel, azonban az első nemzeti egészségügyi rendszer nem Angliában, hanem Új-Zélandon jött létre 1938-ban.

* A második világháborút követően az európai szocialista országok is elkezdték kiépíteni a szovjet modellt, így Bulgária, Csehszlovákia, Jugoszlávia, Lengyelország, Magyarország, NDK, Románia. Ezen országok közül több (pl. Magyarország, Lengyelország, NDK) a Bismarcki hagyományokat vegyítette a Szemaskó-modell elemeivel, melynek következtében kevert rendszerek jöttek létre (Mogyorósy, 2001, p. 33, in: Vincze-Kaló-Bodrogi (2001)).

⁴⁰ Ld. még www.nhs.uk; Health Care Systems in Transition, United Kingdom (1999); Mihályi (2003, pp. 209-214); Mogyorósy (2001, pp. 33-36, in: Vincze-Kaló-Bodrogi (2001)); Kornai-Eggleston (2004, p. 86)

Az angol egészségügyi rendszer gyökerei I. Erzsébet királynő Szegénység Törvényéhez (1601) nyúlnak vissza, mely gondoskodott az idős és magatehetetlen idősokorúakról. 1834-ben az új Szegénység Törvény tovább szélesítette az állam szerepvállalását, melytől kezdve Angliában fokozatosan erősödött a népegészségügyi szemlélet és gondoskodás. 1911-ben került sor a Társadalombiztosítási Törvény elfogadására, de a fizetési rendszer nagyon bonyolult volt, így az ország hamarosan áttért a bismarcki rendszerre, amely egészen 1948-ig volt érvényben. Beveridge 1942-ben javasolta az új szociális biztonságról szóló törvényt, mely a finanszírozási rendszer radikális egyszerűsítését és a többforrású, bonyolult szociális és egészségbiztosítási támogatások egysáornás, központi rendszerrel történő felváltását tartalmazta. A brit kormány ezen törvényjavaslat alapján hozta létre 1948-ban a Nemzeti Egészségügyi Rendszert⁴¹ (*National Health Service, NHS*).

Az 1948-ban létrehozott rendszer alapvető jellemzője, hogy kiemelte a korábban bismarcki elvek szerint megszervezett társadalombiztosítás rendszeréből az egészségügy természetbeni ellátásait, azokat adózásból való finanszírozással minden állampolgárra kiterjesztette és állami tulajdonba vette a fekvőbeteg-ellátást (Mihályi, 2003, p. 210). Az NHS tehát célkitűzéseiben igazi szocialista eszmét követett: általánosan elérhető, minden állampolgár számára jövedelmétől függetlenül egyformán igénybe vehető, döntően térítésmentes egészségügyi ellátást hirdetett meg (Mogyorósy, 2001, p. 34). Az NHS-t épp ezen elvei és jellemzői miatt sokan (helytelenül) az egészségügy államosításával azonosítják, amelyre számos tényező rácafol: az alapellátás orvosai nem kerültek állami alkalmazásba és az NHS nem korlátozza a szakorvosok jogát a magánpraxisához. Ezen kívül a kórházak ún. fizető ágyn a szakorvosok kezelhették és kezelhetik magánbetegeiket, valamint a kórházak egy része magánkézben maradt és lehetőség van ilyen típusú kórházak alapítására is. Az eredeti Beveridge-jelentés javaslatai azonban nem valósultak meg teljes mértékben: az egészségügy teljes infrastruktúrájának államosítására soha nem került sor, illetve finanszírozási nehézségek miatt 1951-ben bevezetésre került a receptdíj és a részleges költségtérítés a szemészeti és fogászati ellátásban. A kilencvenes évektől az NHS számos reformot élt meg a jobb és hatékonyabb finanszírozhatóság, valamint a rendszer jellegéből fakadó bürokrácia, illetve centralizáltság redukálása érdekében. Az 1991-ben induló reformok fontos eleme volt a *fundholding* (alapkezelő) rendszer bevezetése. Ebben a rendszerben a háziorvos a szorosan vett alapellátáson kívül egyéb szolgáltatások végzésére is kapott anyagi támogatást, az összegeket a háziorvos kezelte. Így lehetőség nyílt arra, hogy a kórházakkal történő szerződésáötés alapján különböző vizsgálatokra küldje betegét, járóbeteg-szakellátást kérjen, kezelje a ráeső gyógyszerár támogatási keret egy részét. Az elért megtakarításokat a praxis fejlesztésére használhatta fel. Ez a rendszer a háziorvosok tevékenységének, beteg-irányító

⁴¹ Ld. még www.nhs.uk

funkciójának erősítését jelentette. Az ellátásszervezés új formájaként 1999 áprilisától kezdte meg működését a *Primary Care Groups* (PCG) rendszer. Ezek az alapellátási csoportok az egy területhez tartozó háziorvosokat fogják össze, akiknek kötelező az ebben való részvétel. Az ellátásszervezők a szolgáltatások teljes körét megvásárolhatják betegeik számára. A PCG-k végső fejlődési stádiumát a háziorvosi trösztök alkotják (*Primary Care Trust*, PCT). A trösztökben a háziorvosok pénzügyi alapokban részesülnek, hogy együttműködjenek a helyi közösségek egészségügyi szolgáltatásainak szervezésében és nyújtásában. Ezt a szerepet korábban az egészségügyi hatóságok (Health Authority) látták el.

Az angol egészségügyi rendszerben minden angol állampolgár jogosult a szolgáltatások igénybevételére, melyet nem befolyásol az életkor, a foglalkoztatottság, az egyéni kockázat, a jövedelem vagy már meglévő betegségek. Ezen túlmenően az NHS alapvetően közpénzekből finanszírozott, centralizált, állami tulajdonú, regionálisan szervezett dominanciája az átszervezések ellenére megmaradt.

Az 1950-es években számos európai ország vette át az angol modellt, napjainkban a skandináv és néhány dél-európai ország egészségügyi rendszerei mutatnak ebbe az irányba. Az ellátások szervezését és irányítását tekintve azonban jelentős eltérések mutatkoznak: a centralizált irányítási rendszer csak az Egyesült Királyság és Írország területén maradt meg, Dánia, Finnország, Svédország, Görögország, Olaszország, Spanyolország és Portugália decentralizált rendszert működtetnek, azaz nevezett országokban az ellátás és a finanszírozás nagy része tartományi, regionális vagy helyi hatáskört képez (Mihályi, 2003, p. 213).

3.3.4. „Öngondoskodási” modell: az Egyesült Államok egészségügyi rendszere⁴²

Az amerikai polgárháború nagy tanulsága volt, hogy több katona életét oltotta ki betegség, mint az ellenség fegyvere. Részben ennek köszönhetően jellemezte az Egyesült Államok egészségügyi rendszerét egészen az 1900-as évekig a népegészségügyi szemlélet dominanciája. Az 1920-as évektől kezdve ez a szemlélet egyre inkább háttérbe szorult az időközben megerősödött Amerikai Orvosszövetség nyomására, mely a tudományos orvoslás mellett tette le voksát. A nagy gazdasági világválság (1928-1933) idején az orvosok fizetése rendkívüli mértékben csökkent, számos magán egészségbiztosító ment csődbe: a kötelező egészségbiztosítás bevezetését nemcsak az orvosok, de a munkásmozgalmak sem támogatták attól való félelmükben, hogy csökkenne a szakszervezeti tagok száma, mely gyengítené befolyásukat. A második világháború alatt néhány nagy iparvállalat elérte, hogy adókedvezményt kapjanak, ha dolgozóiknak egészségbiztosítást vásárolnak. Ezzel a fordulattal nemcsak a vállalatok jártak jól, akik szívesebben fizették ki a biztosítást, mintha az államnak kellett

⁴² Ld. még *Mogyorósy* (2001, pp. 36-41, in: *Vincze-Kaló-Bodrogi* (2001)); *Mihályi* (2003, pp. 219-229); *Kornai-Eggleston* (2004, p. 87); www.bhs.gov; www.medicare.gov; www.cms.bhs.gov

volna adózniuk, hanem az alkalmazottak is, mert ezután nem kellett adózniuk, szemben azzal, ha ugyanezt a juttatást fizetésemelésként kapták volna meg. Ennek eredményeképp rövid időn belül a középosztály jelentős része a munkahelye által fizetett egészségbiztosítással rendelkezett, így ebben a kényszerhelyzetben az orvosoknak el kellett fogadniuk a biztosítók piaci térnyerését. Az orvosok és biztosítók közti folytonos harcból a vietnámi háborút követően a biztosítók kerültek ki győztesen és fokozatosan maguk alá vonták az egészségügyi piacot (Mogyorósy, 2001). Az 1965-ös év fordulópontot jelentett az amerikai egészségügyben. Addig az összes egészségügyi szolgáltatások 80%-a magánfinanszírozású volt, 1965-ben a kormány bevezette a **Medicare**⁴³ és **Medicaid**⁴⁴ rendszert. Már röviddel a Medicare és Medicaid program bevezetése után az egészségügyi kiadások erősen emelkedtek és ezt a trendet a költségek fékezése és ellenőrzése sem tudta megállítani. Az 1980-as évek elején nyilvánvalóvá vált, hogy új szervezetfinanszírozási megoldásokra van szükség - ez vezetett a *managed care*⁴⁵ (szervezett/irányított betegellátás) kialakításához. A 90-es évek eleje óta a managed care az amerikai egészségügy domináns ellátási formájává fejlődött. Alapvető működési elve a piaci mechanizmus, valamint a szervezetnek, mint biztosítónak és szolgáltatónak a kettős funkciója. A managed care két, addig elválasztott feladat integrációja: a betegbiztosítás és betegellátás. Számos intézményi formája létezik, a legelterjedtebb a Health Maintenance Organization (HMO). Ezek az ún. egészségfenntartó szervezetek egyrészt betegbiztosítási védelmet, másrészt egészségügyi ellátást nyújtanak ügyfeleiknek.

Az amerikai egészségügyi rendszer decentralizált: az Egyesült Államok kormánya az egyes államoknak nagyfokú autonómiát biztosít egészségügyi és szociális ügyekben, ezért viszonylag kevés egészségügyi feladatot látnak el közvetlenül országos szinten. Az amerikai egészségügyi rendszer felépítése háromszintű. (1) **Szövetségi szinten** a legfontosabb egészségügyi hatóság az Egészségügyi és Humán Szolgáltatási Minisztérium (Department of Health and Human Services, DHHS). Ezen kívül más szervezetek is részt vesznek a jelentősebb egészségügyi programok irányításában, így a Munkavédelmi és Munkaegészségügyi Hivatal hatáskörébe tartozik a dolgozók munkahelyi

⁴³ A Medicare program a 65 éven felüli korosztály és a munkaképtelen személyek számára az Egyesült Államok szövetségi kormánya által finanszírozott egészségbiztosítás, mely két részből áll. Az „A” rész kórházi biztosítási program nyugdíjasok és eltartottjaik számára, mely a legtöbb fekvőbeteg ellátási költséget fedezi. Finanszírozása a munkaadók és munkavállalók által egyenlő mértékben fizetett 2,9%-os adóból történik. A „B” rész a Medicare kiegészítő biztosítása, amely az orvosi költségeket és a járóbetegellátás költségeit fedezi. Finanszírozása a kedvezményezett által fizetett biztosítási díjak és önköltségek révén történik. Az adók és a biztosítási díjak által nem fedezett költségeket a szövetségi kormány állja. Felügyeleti szerve a Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS).

⁴⁴ A 47 millió tagot számláló Medicaid program a szociálisan hátrányos helyzetű lakosoknak nyújt egészségbiztosítást, amelyet az államok és a szövetségi kormányzat közösen finanszíroznak. Felügyeleti szerve a Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). Több mint 25 jogosultsági kategória létezik a Medicaidben, amely 5, fő fedezeti csoportra osztható: gyermekek, terhes nők, eltartott gyermekekkel élő felnőttek, rokkantak, 65 év feletti egyének. A szövetségi kormány által megszabott irányelvek keretein belül minden állam maga határozza meg a jogosultsági standardokat, a szolgáltatások típusát, mennyiségét, tartamát és terjedelmét és igazgatja saját programját. Ezért a Medicaid jelentős különbséget mutat államról államra.

⁴⁵ Ld. még Heimerl-Wagner-Köck (1999, pp. 56-58)

egészségvédelme, illetve a Veteránügyi Hivatal* (Veterans, Administration) egy olyan független szövetségi hatóság, mely az ország legkiterjedtebb kórház láncát működteti. A következő szintet az (2) **állami** jelenti: minden állam rendelkezik egészségügyi főhatósággal, bár bizonyos esetekben ez a szociális, jóléti funkciókat ellátó hatóságokkal ötvöződik. Az egyes államok által ellátandó egészségügyi feladatok, melyekhez a DHHS anyagi támogatást is nyújt, a következők: a fertőző betegségek visszaszorítása, környezet-egészségügy, anya- és gyermekvédelem, az egészségügyi személyzet képzése, egészségügyi létesítmények építése, a nélkülözők egészségügyi ellátása, egészségügyi kutatás. (3) **Helyi szinten** az államok kormányai alá tartozó helyi kormányzati egységek működnek, melyek egészségügyi hatóságai szintén nagyfokú autonómiával rendelkeznek. Ezen a szinten számos egészségügyi program fut a helyi egészségügyi hatóságtól és a többi programtól különállóan.

Az Egyesült Államokban az egészségügyi ellátást önálló jogi-gazdasági szervezetként működő egészségügyi intézmények nyújtják. Az egészségügyi szolgáltatások finanszírozási módja sokrétű, amely a munkaadók által fizetett és a szövetségi kormány által adómentességgel támogatott önkéntes egészségbiztosításra épül. Ez nemcsak a munkavállalók, hanem családtagjaik egészségügyi ellátását is fedezi. Az Egyesült Államokban legalább 1000 egymással versengő biztosító működik - ők állnak szerződésben a munkaadókkal, azaz a vállalatokkal, illetve az állammal is. Ezek a biztosítók működési módjukat és céljukat tekintve profitorientált vállalkozásoknak tekinthetők. A biztosítási díj általában nem fix összegű, hanem folytonos vagy lépcsős képlet szerinti százalékos hozzájárulás. Fontos körülmény, hogy a munkaadók által egészségügyre fordított kiadások a vállalatok számára költségként elszámolhatók, így adómentesek. (Ez magyarázza, hogy az amerikaiak viszonylag sokat költenek saját egészségügyi rendszerük működtetésére.)

Mihályi az egészségügyi rendszerek különböző típusait összefoglaló jelleggel mutatja be nyolc szempont alapján (ld. 10. táblázat): a négy klasszikus alaptípus (Bismarck, Beveridge, Szemaskó, öngondoskodó) mellett megkülönbözteti a Szemaskó-modell eredeti formájának a valóság által „torzított” további két típusát is, melyek elkülönítésében az időbeli megvalósulásuk is tükröződik.

* Az egykor katonai szolgálatot teljesítő amerikai állampolgárok sorsával a Veteránügyi Hivatal foglalkozik, melynek elsődleges feladata az egykori katonák egészségügyi ellátása, függetlenül attól, hogy az orvosi kezelés a fegyveres erőknél folytatott szolgálat (késői) következménye vagy sem. A Veteránügyi Hivatal által működtetett kórházak a hadsereghez hasonlóan - minthogy „veteránok” veszik igénybe - köztulajdonban vannak (Mihályi, 2003, pp. 224-225).

Klasszikus alaptípusok	Kötelező biztosítás	Magán-biztosítás	Out-of-pocket ⁴⁶	Szolida-ritás	Méltá-nyosság	Finan-szírozás	Szolg.tulajdo-nosi szerke-zete
Bismarcki modell	Jövedelem szerint	Meghatá-rozott jövedelem-szint felett	Marginális	Majdnem teljeskörű	Jól érvényesül	Járulék	Vegyes
Eredeti Szemaskó	Allampolgári jogon	Nincs	Nincs	Teljes-körű	Jól érvényesül	Adó	Állami
Szemaskó modell az iparosítás idején	Csak kijelölt osztályoknak és csoportoknak	Nincs	A diszpreferált rétegek számára jelentős	Korlá-tozott	Nem érvényesül	Adó	Állami
Szocialista modell (1980-as évek)	Biztosítási elv szerint	Nincs	Jelentős (hálapénz)	Teljes-körű	Viszony-lag jól érvényesül	Járulék és adó	Állami
Angol NHS	Allampolgári jogon	Felsőbb társadalmi csoportok	Marginális	Teljes-körű	Jól érvényesül	Adó	Vegyes
USA egészségügyi rendszere	Csak 65 év felett és meghatározott jövedelemszint alattiak számára	Jelentős	Jelentős (főként gyógyszer)	Mini-mális	Sérül	Magánbiz-tosítási díj és adó	Vegyes

10. táblázat: Egészségügyi rendszerek alaptípusai

Forrás: Mihályi (2003, p. 173)

3.4. Állami funkciók és átfarmálódásuk az egészségügyben: közmenedzsment vs. egészségpolitikai kihívások, célkitűzések (Horváth M., Orosz alapján*)

A fejlett országok egészségügyi rendszereiben az állami szerepvállalás a gazdasági, társadalmi és politikai helyzet által erőteljesen determinált. Az állam egészségügyben vállalt funkciói szorosan együttmozognak a mindenkor gazdasági és politikai folyamatokkal - a főbb társadalmpolitikai kihívásokkal és az azokra alkalmazott kormányzati megoldásokkal párhuzamosan az elmúlt évtizedekben az állam egészségügyben betöltött szerepe, funkciója többször átfarmálódott.

3.4.1. A jóléti állam korszaka (60-as évek, 70-es évek eleje)

A jóléti állam a második világháborús újjáépítés után alakult ki – jellemzően állampolgári jogon garantálták a juttatások magas szintjét. Ekkor alakult ki a szociális, egészségügyi, oktatási kiadások, a nyugdíjrendszer, a munkanélküli ellátások fejtett rendszere. Mindez azzal járt, hogy az állami

⁴⁶ Az out-of-pocket kifejezés tartalmi értelmezését ld. az értekezés 4.4. alpontjában.

* Jelen alfejezet alapjául Horváth M. Tamás: Közmenedzsment (2005) c. munkájának vonatkozó fejezetei, valamint Orosz Éva: Félúton vagy tévúton – Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái (2001) c. tanulmány vonatkozó alfejezete („1.3.5. Az egészségügyi reformok nemzetközi tapasztalatai – az állam és a piac nézőpontjából”, pp. 44-50) szolgált.

újraelosztás hányada viszonylag magas volt, a közszférában foglalkoztatottak száma egyre növekedett (Horváth M., 2005, p. 31).

A második világháború utáni évtizedekben **az egészségpolitika elsőszámú célja** az egészségügyi szolgáltatásokhoz – az egyének jövedelmi helyzetétől független – hozzáférés biztosítása volt. Továbbá az erőforrások földrajzi, területi elhelyezkedésében mutatkozó nagymértékű egyenlőtlenségek csökkentése, valamint a kórházi infrastruktúra modernizálása jelentették az egészségpolitika alapvető céljait. Ezen célok elérése érdekében a 70-es évek közepéig tartó expanziós szakaszt az egészségügyi szektor látványos növekedése jellemezte. Az OECD országok átlagát tekintve az egészségügyi kiadások 40%-kal gyorsabban növekedtek, mint a GDP. A növekedés fő hajtóereje a finanszírozási források szerkezetében bekövetkezett gyökeres változás volt, vagyis a közpénzek nagyarányú beáramlása az egészségügyi szférába – a kötelező biztosítás kiterjesztése vagy állami egészségügyi szolgálatok létrehozása, továbbá állami kórházépítési programok révén (Orosz, 2001a, p. 45).

3.4.2. A neokonzervatív állam korszaka (70-es évek második, 80-as évek első fele)

A jóléti állam fénykorát a hatvanas években és a hetvenes évek elején élte, egészen az ún. olajválságig. Ekkor az energiaárak erőteljes és tartós emelkedése, valamint annak tovaggyűrűző hatása világossá tette, hogy a közkiadások további emelése, sőt addigi magas szintje már nem finanszírozható az állami költségvetésből (Horváth M., 2005, p. 31). A 70-es évek közepén a gazdasági növekedés megtorpanása és lelassulása – az „arany” hatvanas évek növekedési teljesítményeihez hasonlítva – felszínre hozta, kiélezte a jóléti szféra és a gazdaság közötti ellentmondásokat (növekedett a munkanélküliség és az elszegényedés mértéke, fokozódtak a jövedelmi különbségek, depressziós gazdasági térségek alakultak ki, s ezekkel együtt fokozódott a nagyvárosok szociális problémáinak megoldatlansága) (Orosz, 2001a, pp. 44-45). A jóléti politika zászlóvivőinek számító szociáldemokrata kormányok rendre megbuktak, gazdaságpolitikai kurzusváltás következett be (Horváth M., 2005, p. 31). Mindezek következtében előretört és uralkodóvá vált a – Reagan és Thatcher nevével fémjelzett – neoliberális politikai ideológia és gazdaságpolitikai gyakorlat. Láthatóvá vált, hogy nem teljesült a neoliberális gazdaságpolitikának az ígérete, hogy a gazdasági növekedés jótékony hatásai leszivárognak a gazdagoktól a szegényekhez is, nyilvánvalóvá vált, hogy a gazdasági növekedés nem jár szükségszerűen együtt a jólét, életminőség társadalmi méretű javulásával (Orosz, 2001a, p. 45).

A növekedés ösztönzése és élénkítés mellett egyidejűleg a közkiadások drasztikus lefaragására, a jóléti juttatások megnyirbálására törekedtek. A közfeladatok ellátásában az öngondoskodás előtérbe kerülését szorgalmazták, célul tűzték ki az ellátórendszerek más forrásokból való fenntartását.

Megváltozott a kormányzati szerep filozófiája – előtérbe került a feladatoknak a versenyszektor, valamint a non-profit szektor ösztönzésével való ellátása (Hotváth M., 2005, p. 32).

A 70-es évek közepétől az egészségpolitikában is fordulat következett be: a kiadások korlátozása vált az **egészségpolitikák fő céljává**, ezáltal a korlátozás szakaszába léptek a nyugati egészségügyi rendszerek. Nyilvánvaló, hogy az egészségügyi kiadásoknak a gazdasági növekedést jelentősen meghaladó növekedési üteme nem lett volna örökké tartható. A hirtelen fordulatot, azaz az egészségügyi kiadások korlátozásának a középpontba kerülését (gyakran az egészségpolitika napirendjéről minden mást lesöprő kérdéssé válását) külső okok magyarázták: (1) a gazdasági növekedés megtorpanása, valamint (2) annak az illúziónak a vége, hogy a jóléti állam önmaga képes minden szociális probléma megoldására.

A korlátozás időszakának általános jellemzői:

- ☞ Az egészségpolitikák központi kérdésévé a kiadások növekedésének lefékezése és az erőforrások hatékonyságának a fokozása vált.
- ☞ Mind a keresleti, mind a kínálati oldalon törekedtek a kiadások korlátozását és a költségérzékenyebb magatartást kiváltó eszközök keresésére – ténylegesen a kínálati oldal befolyásolása kapott nagyobb hangsúlyt.
- ☞ Az egészségpolitikai eszköztárban egyaránt megtalálhatók voltak a pénzügyi ösztönzők és az adminisztratív szabályozás is: (1) A pénzügyi ösztönzőket mindenekelőtt a kórházak és az orvosok finanszírozási módjának a módosítása, vagy új módszerre való áttérés jelentette. (2) Az adminisztratív szabályozás a felesleges kapacitások korlátozására irányult (pl. kórházi kapacitások csökkentése, engedélyezési eljárások bevezetése az új beruházások esetében, vagy egyes esetekben a beruházások befagyasztása).
- ☞ A gyógyszerkiadások korlátozása (a támogatások szűkítése pozitív és negatív listák bevezetésével, referencia árrendszer alkalmazásával stb.).
- ☞ Előtérbe kerültek a verseny, a piac szerepének fokozását, a szolgáltatások széles értelemben vett privatizációját célzó koncepciók, reformjavaslatok.

3.4.3. Az új munkáspártok kormányzati politikája (80-as évek második, 90-es évek első fele)

A neokonzervatív kormányok számos területen elért sikerük ellenére a társadalmi egyenlőtlenségek növekedésével nem tudván mit kezdeni, elvesztették támogatottságukat – helyükbe az új munkáspártok léptek (többek közt az Egyesült Királyságban Tony Blair, az Egyesült Államokban Bill Clinton, Németországban Gerhard Schröder vezetésével), amelyek a közfeladatok ellátásának szükségességét hirdették, de nem juttatások formájában, hanem az ún. „képesse tévés” eszközével (a különböző társadalmi csoportok saját felelősségvállalásának önállóságát állami eszközökkel kell

elősegíteni), mely az elődök által kezdeményezett menedzseri reformok beépítését, továbbfejlesztését jelentette a kormányzati tevékenységben (Horváth M., 2005, pp. 32-33).

Az **egészségpolitikát** illetően is reformtörekvések új hullámát hozta Európában a 80-as évtized második fele. Nyilvánvalóvá vált, hogy a bizonyos értelemben sikeres kiadás-korlátozó stratégiák az alapvető kérdést, a szolgáltatók hatékonyságra ösztönzését nem oldották meg. A pénzügyi megszorítások miatt kiéleződtek a feszültségek a szolgáltatók és a finanszírozó(k) között – növekedtek a korábbi szabályozási (kiadás-korlátozó) eszközöknek a politikai költségei. A költségek növekedését ösztönző tényezők többsége továbbra is hatást gyakorolt, ugyanakkor a gazdaság oldaláról továbbra is a közkiadások csökkentésre irányuló nyomás nehezedett az egészségügyi szektorra. A 80-as évek közepe óta a reformkoncepciók súlypontja a hatékonyság növelése, minőség javítása lett. Ezt a 80–90-es évek fordulóján és a 90-es évek elején megfogalmazott reformkoncepciók többsége a finanszírozók és a szolgáltatók közötti viszony alakításával kívánta elérni: elsősorban a piaci mechanizmusok alkalmazásával, a szolgáltatók közötti verseny ösztönzésével; a finanszírozó szerepének, mozgásterének a növelésével (a korábbi szabályozás csökkentésével) – azaz a szabályozott verseny megteremtésével a szolgáltatás szférájában. Azt, hogy a 80-as évek közepétől az egészségügyi reformkoncepciókban meghatározó volt a piac szerepének növelése nemcsak (és nem elsősorban) az egészségügyön belüli folyamatok idézték elő, hanem az egészségügyi rendszer szélesebb kontextusát képező gazdasági és társadalmi folyamatok. A nemzetgazdaságok növekvő interdependenciája, a gazdaság globalizációja korlátozza az egyes államok lehetőségét az önálló fiskális és monetáris politikára, a magas jóléti kiadások megvalósítására. Az egyes országok gazdasági fejlődése szempontjából alapvető kérdés a tőke-kiáramlás megakadályozása és a külföldi tőke vonzása. Ehhez a kormányzatoknak megfelelő feltételeket kell teremteniük. Az egészségügyi kiadások a jóléti kiadások fontos elemét jelentik, így alapvető gazdaságpolitikai célt jelentett az egészségügyi közkiadások korlátozása (ami a munkaerő költségek csökkentésének egyik módja volt). A gazdasági nyomást erősítette az uralkodó ideológia. A 80–90-es évtized fordulóján nemcsak a fejlett országok többségében uralkodó jobboldali, neo-liberális politikát követő kormányzatok ideológiája, hanem a szocialista rezsimek összeomlása is megkérdőjelezte az állam szerepét. A demokratikus politikai mechanizmusok, a választók szavazatáért folyó verseny azonban inkább ellentétes irányba, a jóléti rendszerek radikális piacosítása ellen hatott. A közvélemény kutatások adatai azt mutatták, hogy a nyugat-európai országokban a lakosság többségének elvárása, hogy a kormányzat biztosítsa az alapvető egészségügyi ellátást. Ugyanakkor lényeges társadalmi változások is bekövetkeztek: erősödtek a fogyasztói magatartás jegyei, a középosztálybeli fogyasztóknak a több választás, magasabb minőség iránti elvárásai (Orosz, 2001, pp. 46-47).

3.4.4. Egészségpolitikai eszközrendszerek változása⁴⁷

Az egészségpolitikai célkitűzések eszközrendszere a mindenkori társadalmi, politikai és gazdasági feltételrendszerhez igazodva folytonos változtatásokon ment keresztül. A finanszírozási (forrásteremtésre és forrásallokációra) problémák mérséklésére, az ellátórendszer struktúrájának fejlesztésére, az ellátás színvonalának növelésére, stb. irányuló kisebb-nagyobb mértékű egészségügyi reformok szinte mindegyike a kiadások korlátozásában és a hatékonyság növelésében látta a megoldást.

A nyugat-európai országok az elmúlt 15–20 évben változatos módszerekkel törekedtek a kiadások korlátozására és a hatékonyság növelésére. Mossialos–LeGrand (1999) három csoportba sorolják a kiadás-korlátozó intézkedéseket: a direkt és indirekt kontroll alkalmazása, a költségvetési korlát kialakítása, továbbá a kiadások áthárítása. A kiadások áthárítása nemcsak a betegekre történhet, hanem a munkáltatókra vagy a költségvetési szektoron belül más területekre (pl. szociális ellátás).

A kiadás-korlátozó politikák szempontjából – az EU általános, domináns folyamatait tekintve – a 70-es évek közepe óta tartó időszak három különböző periódusra osztható (egyes országok ez alól jelenthettek kivételt):

1. A 1970–1980-as évek közepe közötti időszakban az egészségpolitikák elsősorban a **közvetlen és közvetett kontroll eszközeivel törekedtek a kiadások korlátozására.**

A közvetlen és közvetett kontroll eszközei közül a legjellemzőbbek:

- ☒ a kórházi ágyak és kórházi személyzet számának a csökkentése;
- ☒ a beruházások és új technológia telepítésének engedélyezése, alkalmazásának ellenőrzése;
- ☒ a szolgáltatások árainak szabályozása (finanszírozási módszerek átalakítása);
- ☒ a szolgáltatások mennyiségének a meghatározása;
- ☒ ösztönzők alkalmazása a kórházi ellátás helyettesítésére;
- ☒ egyetemi felvételi keretszámok alkalmazása;
- ☒ a munkaerő (főleg orvosok) számának korlátozása;
- ☒ a gyógyszerárak ellenőrzése (majdnem minden EU országban);
- ☒ referencia árrendszer alkalmazása a gyógyszerértékelés esetében;
- ☒ orvosi irányelvek kialakítása és a finanszírozó általi alkalmazása (pl. a szerződésekből);
- ☒ a technológia-értékeléssel foglalkozó intézetek létesítése;
- ☒ a technológia értékelés nagyobb szerepe a vásárlói döntésekben;
- ☒ információs rendszerek kialakítása és használata;
- ☒ a menedzsment kompetenciájának növelése.

⁴⁷ Vö. Orosz, É. (2001a; pp. 171-173)

Amíg a vizsgált időszak elején a hangsúly a fizikai kapacitások és a szolgáltatások mennyiségének a korlátozásán volt, addig napjainkban azoknak a szabályozási eszközöknek a szerepe növekszik, amelyek az egyedi orvosi döntések befolyásolására törekednek. Továbbá nemcsak a kiadások korlátozására, hanem a mikro-szintű hatékonyság növelésére is.

2. A 1980–1990-es évek közepe közötti időszakban a költségvetési korlát alkalmazása volt az egészségpolitikák domináns eszköze.

A **költségvetési korlát** kialakításának formái:

- ✎ költségvetési korlát vagy költségvetési előirányzat a közkiadások egészére;
- ✎ az egyes fő szektorokra vonatkozó költségvetés meghatározása – elsősorban a kórházi ellátás és a gyógyszerek esetében (pl. Németország, Hollandia);
- ✎ globális költségvetés megállapítása a kórházak számára (pl. Hollandia, Franciaország, Dánia);
- ✎ költségvetési korlát vagy költségvetési előirányzat az egyes orvosokra (pl. Egyesült Királyság, Írország);
- ✎ relatív-skálák (pontrendszer, a mennyiség és a díjak összekapcsolása különböző módszerekkel) az orvosok fee-for-service típusú finanszírozásában (pl. Németország, Luxemburg, Franciaország);
- ✎ az orvosok finanszírozási módszerének megváltoztatása, fejkvóta típusú finanszírozás az alapellátásban (pl. Olaszország);
- ✎ fee-for-service elemek a fejkvóta típusú finanszírozásban a megelőzés ösztönzése érdekében (pl. Egyesült Királyság);
- ✎ teljesítmény-finanszírozási módszerek a kórházak esetében (DRG).

3. Az 1990-es évek második felében a költségvetési korlát alkalmazásában új tendenciák figyelhetők meg: a költségvetéseket egyes országokban felváltották a **költségvetési-előirányzatok**; a költségvetési korlátot kombinálták a teljesítmény-finanszírozási elemekkel (a hatékonyság növelése érdekében); továbbá a szektorokra megállapított költségvetéseket számos esetben felváltották az egyes orvosokra (orvos-csoportra) megállapított költségvetések.

A **kiadások áthárításának** fő formái:

- ✎ a térítési díjak növelése;
- ✎ a támogatott gyógyszerek körének szűkítése, az OTC (vény nélkül kapható) gyógyszerek körének növekedése;
- ✎ a co-payment alóli kivételek körének a szűkítése;
- ✎ a kötelező biztosítás által támogatott szolgáltatások közül további szolgáltatások kerülnek ki (főleg a fogászati ellátás, kozmetikai sebészet, szemüveg);

- ☞ a prioritások meghatározására való törekvés (pl. a szolgáltatási csomag meghatározott kritériumok szerinti szűkítése);
- ☞ az önkéntes biztosítás szerepének a növekedése;
- ☞ a kórházi ellátás és hosszú idejű ápolás magánszektorbeli alternatíváinak ösztönzése.

3.5. Egészségügyi rendszerek kihívásai napjainkban

A 80-as évek végétől, 90-es évek elejétől kiéleződő társadalompolitikai kihívások napjainkban még nagyobb mértékben nehezednek a fejlett országok egészségügyi rendszerére négy, egymással szoros összefüggésben lévő tényező komplex hatásmechanizmusa következtében:

☞ A **demográfiai és epidemiológiai változások** eredményeképp az életszínvonal növekedésével párhuzamosan a várható életkor példátlan növekedése jellemzi a fejlett társadalmak zömét. Az Osztrák Központi Statisztikai Hivatal adatai szerint például 1902 és 1994 között egy újszülött leány várható életkora 40,6 évről 73,3 évre emelkedett, ami 85%-os növekedésnek felel meg (Österreichisches Statistisches Zentralamt, 1995, p. 44). A várható életkor az utóbbi évtizedekben évtizedenként 3 évvel meghosszabbodott és az előrejelzések szerint ez a trend a jövőben folytatódni fog (Heimerl-Wagner-Köck, 1999, p. 22). Emellett a gyermek- és csecsemőhalandóság visszaesett, ami a mortalitási görbe további derékszögűsödését eredményezi. Az egészségügyi rendszereket vizsgáló kutatók egyetértenek abban, hogy ezen változásokra elsősorban a szociális, higiéniai és gazdasági fejlődés szolgál magyarázattal, de nem kevésbé jelentősek az orvostudomány vívmányai, melynek eredményeképp a korábban oly sok áldozatot szedő járványbetegségek szinte maradéktalanul gyógyíthatókká és/vagy megelőzhetővé váltak. A fertőző betegségek visszaszorulásával a születésszám csökken, ami miatt a társadalom öregszik (Bácsy-Vizi E., 1998, p. 9). Emellett számolni kell azzal a tendenciával, hogy az idősebb korosztályból a nők aránya jóval nagyobb lesz a férfiakénál, ami erőteljes nyomást gyakorolhat a jövőben a szociális, nyugdíj- és egészségügyi intézményhálózatokra⁴⁸. Az európai országok többségére jellemző ún. „hagyma-formájú” korfa: a fogyó társadalmak legfőbb problémája, hogy a jelentős idős korosztály és középkorú lakosság életszínvonalának fenntartása egyre kisebb rétegre nehezedik, mely közvetlenül befolyásolja a szociális ellátó rendszer, ezen belül az egészségügyi szolgáltatások működtetését.

☞ Az **információtechnológiai és biotechnikai forradalom** az orvostudomány számára is komplex, gyors és relatíve olcsó információáramlást tesz lehetővé, megkönnyítve ezzel a tudományos újdonságok terjedését és a legújabb orvosi (csúcstechnológiai) szolgáltatások széles

⁴⁸ Vö. Mózser (2002, p. 55)

körben történő nyújtását. Az egészségügyi ellátás technikai színvonalának növekedése szakmai oldalról soha nem látott fejlődést eredményezett a gyógyításban, a „könnyebben” elérhető egészség új távlatokat nyitott meg a betegek előtt, mely dupla megterhelést jelentett az egészségügy egyébként is instabil helyzetére: az orvosi eljárások eredményessége és felgyorsulása valóságos árrobbanást hozott a felértékelődött gyógymódok iránti megnövekedett igény miatt, tovább növelve ezzel a K+F miatt eredendően magas költségeket.

☞ Az életszínvonal emelkedésének járulékos következményeképp **társadalmi értékrend-átalakulás**⁴⁹ következett be: „a huszadik század második felében egy mindenen átható egészségkultusz, egészségmítosz teljesedett ki... Az egészségkultusz ideáját támogatják a korszak domináns uralkodó értékei, megnövekedett az orvostudományba vetett bizalom” (Losonczy, 1998, p. 17). A nagyobb vásárlóerővel rendelkező, illetve az egyre tájékozottabb és ezáltal öntudatosabbá váló lakosság kevésbé hajlandó megalkudni, igényeihez minél jobban igazodó kínálatot „követel”. A fogyasztói (beteg) igények átalakulása magában hordozza az orvos-beteg viszony átformálódását is: az orvos, mint szolgáltató legfőbb célja a beteg, mint a szolgáltatást igénybe vevő ügyfél magas színvonalon történő kiszolgálása. Ezen újfajta értékorientációt közvetítő orvos-beteg kapcsolat a rendszer hiátusai miatt nem tud maradéktalanul megvalósulni: a közpolitika autonómiája, az egészségügyi politika, a gazdasági-szociális fejlettség, a szabályozás és jogrendszer, valamint a finanszírozási rendszer együttesen határozzák meg az egészségügyi rendszer működési keretfeltételeit.

☞ Napjaink egészségügyi rendszereire a – többek közt az 1970-80-as években elindult költségrobbanás és az akkori gazdasági recesszió hatásaként jelentkező - **fedezethiány** nehezedik leginkább. A demográfiai, technológiai és gazdasági folyamatok eredménye mintegy kumulálva, egyetlen területen, a finanszírozásban koncentrálódik legerőteljesebben. A gazdasági fejlődés megtorpanása a szociális szférát közvetlenül sújtotta, beleértve az egészségügyet is: az eltartott munkanélküliek számának növekedése és az aktív keresők számának csökkenése az egészségügyi rendszer finanszírozásának alapjául szolgáló járulékfizetési készség drasztikus csökkenésében mutatkozik meg leginkább.

Marc J. Roberts és szerzőtársai az említett négy okon túlmenően egy ötödiket is megneveznek, miszerint az említett tényezők együttes hatásaként olyan általános problémákkal kell szembenéznie az egészségügynek, amelyek leküzdése egyre nehezebb. Az új orvosi technológiák a népesség

⁴⁹ Kis (2006, p. 53) társadalmi változások alatt nemcsak az észlelt minőséggel szembeni másfajta elvárásokat érti, hanem a kommunikáció, a kereskedelem, az oktatás és a gazdasági fellendülés okozta változásokat is, amelyek még a nagy múltú homogén kulturális közegekre is hatással vannak. Ezek eredményeképp olyan pszichológiai problémák alakulnak ki, melyek fokozott keresletet támasztanak az egészségüggyel szemben.

előregedésével és a gazdasági növekedéssel, valamint a társadalmi elvárásokkal együtt szinte mindenütt felfelé irányuló nyomást gyakorolnak az egészségügyi költségekre. A gazdasági változás, noha jellemzően több pénzt teremt, nem teremt szükségképpen elég gyors ütemben pénzt arra, hogy reagálni lehessen mindezen igényekre. A nemzetközi versenyből és tőke mozgásból eredő feszültségek pedig korlátozzák a kormányoknak az ilyen problémák kezelésében érvényesíthető szabadságát (Marc J. Roberts et al., 1999, pp. 44-50). Az egészségügyi ellátórendszerrel szemben támasztott hatékonysági, méltányossági és hosszú távon fenntartható követelmények egyidejű, minél harmonikusabb megoldása nem csekély kihívás. Ma egy rövid politikai ciklusú európai demokráciában az egészségüggyel, mint kormányprogrammal, választásokat lehet nyerni vagy veszíteni. Talán emiatt is létezik az a visszatartó erő, mely radikális reformokat nem engedvén, az apró lépések politikájával jellemezhető (Kis, 2006, p. 52). 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. A kutatások szerint a mai jólét nagy részben közvetlenül az elmúlt idők egészség tekintetében elért eredményeinek tulajdonítható, így a GDP nem jó mérőszáma a jólétnek, mert nem veszi figyelembe a nem piaci javak (pl. az egészség) értékét. Az egészségügyi rendszerek gazdasági jelentősége vitathatatlan: a fejlett országokban a legnagyobb szektorok egyike az egészségügy, amely számos országban 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).

A nyugat-európai közfinanszírozású egészségügyi rendszerek folyamatos alkalmazkodásra kényszerültek – és miközben az adott egészségpolitikai beavatkozás enyhítette a kiéleződött konfliktusokat, egyben új problémákat is generált. Az egészségügyi kiadások gyors növekedése és a gazdasági növekedés megtorpanása által kiváltott problémákra a 80-as években a kiadások korlátozásával válaszoltak, a kiadások korlátozása által kiváltott túlzott feszültségeket a 90-es években a piaci ösztönzők adaptálásával korrigálták, végül pedig úgy tűnik, hogy újabban növekvő figyelem fordul a piaci ösztönzők által keltett negatív hatásokra (Orosz, 2001a, p. 50).

Miközben a korábbinál relatíve kevesebb erőforrás áll a jóléti programok rendelkezésére – a szociális problémák hathatósabb közösségi szintű válaszokat, köztük az állami beavatkozást (habár annak új módját) igényelnék. Ugyanakkor láthatóvá vált az is, hogy az egyes országok kormányzatainak az eszközei korlátozottak – a globalizálódó gazdaság nemzetközi méretű szabályozására lenne szükség (Orosz, 2001a, p. 45). Valamennyi fejlett ország egészségügyi rendszerében egyre szükségszerűbb a **„gazdaságilag megengedhető-orvosilag lehetséges”-elv** gyakorlatban történő érvényesítése.

☐☐☐

A fejezet az egészségügyi piac sajátosságainak bemutatása mellett kitér az egészségügyi rendszereket leíró elméleti modellekre és a gyakorlat által életre hívott ún. klasszikus alaptípusok ismertetésére. Az egészségügyi piac tökéletlenségéből fakadóan az állam szerepe elengedhetetlen az egészségügyi rendszerek működtetésében, ennél fogva a mindenkori politikai, gazdasági, társadalmi folyamatokkal párhuzamosan az egészségügy folytonos irányváltásra, a hangsúlyok eltolására, áthelyezésére van kényszerítve. Ez a társadalompolitikai és gazdasági determináltság lehetőséget nyújt a közmenedzsment egészségügyre gyakorolt hatásainak és a versenyszférából adaptált eszközök, különböző technikák vizsgálatára.

A következő fejezetek empirikus kutatásai ennek kontextusában az alábbi célkitűzésekkel élnek: (1) lehet-e összefüggést találni az azonos történelmi gyökerekkel rendelkező európai országok egészségügyi rendszerei között szerkezetüket, alkalmazott eszközeiket, legfőbb jellemzőiket illetően (és ezzel inverz módon: a hasonlóságokat mutató egészségügyi rendszerekben a történelmi gyökereket tekintve felfedezhetők-e azonosságok, hasonlóságok); (2) az európai egészségügyi rendszerek a hasonló társadalompolitikai és gazdasági kihívásokra milyen eszközökkel válaszolnak (koherencia-vizsgálat), a statisztikai adatok és mutatószámok tükrében időben előrehaladva kimutatható-e az azonos/hasonló irányba történő reagálás (konvergencia-vizsgálat). Az empirikus vizsgálatok nem kevésbé fontos további célja (3) a koherencia- és konvergencia-vizsgálatok mentén a közmenedzsment hatásainak egészségügyben való tetten érése.

☐☐☐

T3: A szolgáltatások körén belül az egészségügyi szolgáltatások különösen szubjektív, unikális jelleggel bírnak. A egészségügyi szolgáltatás olyan „különleges árucikk”⁵⁰, 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).

⁵⁰ A kifejezés „különleges árucikk” Nagy-Dózsa (2005, p. 310) alapján.

IV. EURÓPAI EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZEREK A GYAKORLATBAN 1.

* Összehasonlító-leíró elemzés: homogenitás és koherencia *

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

Jelen fejezet célja (1) annak a véleménynek nemzetközi példákon keresztül történő bemutatása, miszerint napjaink fejlett országainak egészségügyi rendszerei számos hasonlóságot, de még több eltérést mutatnak az elméleti gyökerekhez és a klasszikus alaptípusok jellemzőihez viszonyítva. További kutatási cél mindezekkel összevetve (2) a közmenedzsment hatásainak vizsgálata az európai egészségügyi rendszerekben.

Az ideáltípusos elméleti modellekből vagy a klasszikus alaptípusokból kiindulva egyaránt nehéz lenne olyan gondolatmenetet és struktúrát találni, amellyel ezen szándék áttekinthető, követhető módon megvalósítható lenne, hiszen a piaci alapú modell avagy a közegészségügyi, egymással merőben ellentétes szerveződési elven, más és más eszközrendszert tart optimálisnak (nem beszélve arról, hogy az elméleti modelleket a valóság kivétel nélkül torzítja). Ezért fordított logikát követve a 21. századi európai gyakorlat kerül részletesebb megvizsgálásra, azon jellemzőket, tényezőket alapul véve, amelyek függetlenül a fejlődéstörténeti elemektől és az adott rendszer milyenségét alapjaiban determináló specifikus keretektől (pl. fejlődéstörténeti azonosságok), mindenhol megtalálhatóak. Ebben a kontextusban tehát a működő egészségügyi rendszereket leíró legfontosabb faktorok jelentik az összehasonlítás kiindulási alapját, melyet az országspecifikus elemek töltenek meg tartalommal.

4.1. Európai összehasonlítás: elemzési szempontok, adatbázis

Jelen fejezetben az európai egészségügyi rendszerek összehasonlítása kifejezetten azon tényezőkre támaszkodik, melyekkel minden egészségügyi rendszer jellemezhető, így a finanszírozás alapjával, a biztosítási rendszerrel, a biztosítási típusokkal, valamint az egészségügyi ellátórendszer egész intézményi struktúrájával, beleértve az alap-, járóbeteg- és fekvőbeteg ellátás legfőbb elemeit. Az egészségügy egy nagyon fontos része azonban, nevezetesen a gyógyszerpiac, teljes mértékben kihagyásra került: **a gyógyszergazdaságtan (farmakoökonómia) az egészség-gazdaságtan speciális területe, mely tágabb értelmezésben minden, a gyógyszerek kutatásával, gyártásával és forgalmazásával kapcsolatos közgazdaságtani elemzést takar** (Kaló-Bodrogi, 2001, p. 7). Az egészségügy ezen területének mélyebb vizsgálata a doktori kutatás tárgyát képező elemzés szempontjából nem oly meghatározó, mint amilyen specifikus hozzáértést és orvosi, gyógyszerészeti, egészség-gazdaságtani ismereteket kívánna meg e területtel való akár érintőleges foglalkozás is.

AZ ELEMZÉS CÉLJA, VIZSGÁLT HIPOTÉZISEK

Az empirikus elemzés homlokterében az alábbi hipotézisek vizsgálata áll:

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 eszközrendszert, módszereket tekintve.

Az empirikus vizsgálat folyamata

- (1) A vizsgálatba bevont 29 ország egészségügyi rendszereinek a klasszikus alaptípusok valamelyikébe való sorolása (4.2. *alféjezet*);
- (2) Egy átfogó szempontrendszer alapján az egészségügyi rendszerek jellemzése, európai körkép és „tudástérkép” készítése (4.3.-4.5. *alféjezetek*);
- (3) A klasszikus alaptípusok alapján képzett klaszterek elemeinek egymással való összevetése (4.6. *alféjezet*);
- (4) Összegzés, következtetések levonása az előzőleg megvizsgált szempontok mentén.

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 (Az országtanulmányokat az 1. sz. melléklet tartalmazza):

- ☞ 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).

Vizsgálati szempontrendszer dimenziói (Az országtanulmányokat ld. 1. sz. melléklet)

1. Forrásteremtés módja, működtetési elv
2. Biztosítási rendszer
3. Magán egészségügyi kiadások
4. Kórházi tulajdonformák, kórházfinanszírozás
5. Orvosok jogállása és javadalmazása

* 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 kereszt-hivatkozások pontos visszakeresésének korlátozott lehetőségei miatt (a kiindulási állapot képező angol nyelvű országtanulmányok közbeeső 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/bsis/bsis_13_nbs_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/civiltaje koztatas/kepek/bo/anyagok>; <http://vega.medinfo.hu/civiltaje koztatas/kepek/bo/anyagok>

4.2. Forrásteremtés módja, működtetési elv

Az egészségügyi szolgáltatások finanszírozásának alapját az egészségügyi rendszerek szereplői között fennálló viszony adja, azaz a beteg (fogyasztó), a szolgáltató (köz- és magánintézmények, kórházak, orvosok, stb.) és egy „harmadik fél” (finanszírozó) közötti reláció. A háztartásoktól az adó- és járulékbefizetések révén kerülnek a finanszírozókhoz a források, akik különböző finanszírozási eszközök segítségévelallokálják az egészségügyi kiadásokat a szolgáltatókhoz. Robert G. Evans szerint bármely társadalomban egy adott időszakban az egészségügy bevételeiként szolgáló források összege szükségszerűen megegyezik a szolgáltatók jövedelmeinek összegével és szükségszerűen megegyezik az egészségügyi javak és szolgáltatások értékével (Evans, 1996, p. 98), azaz bármilyen változás következik be valamelyik összetevőben, azt ellensúlyozni kell valahol. Különös figyelmet érdemel a „harmadik fél”, a *finanszírozó* személye, szerepe és a szolgáltatóval való kapcsolata miatt, melynek három típusát különböztetjük meg. A finanszírozó funkcióját elláthatja a (1) *költségvetés*, ha központi vagy helyi adóbevételekből, helyi önkormányzatok vagy állami egészségügyi szolgáltatók finanszírozzák az egészségügyi ellátást (vagy annak egyes részeit). (2) *Társadalombiztosításról* van szó, amikor a munkáltatók és munkavállalók által fizetett jövedelemarányos járulékokból a biztosítási alapok végzik az egészségügyi szolgáltatások finanszírozását, melyek kötelező jelleggel érvényesek minden munkavállaló és munkáltató számára. (A biztosítási alapok non-profit vagy kvázi-állami szervezetek.). (3) *Magánbiztosítás* esetén az egyének vagy a munkáltatók vásárolják a magánbiztosítást. A díjak az egyének vagy az adott csoport kockázata (egészségi állapota) alapján kerülnek meghatározásra (ún. kockázati elv). (Orosz, 2003, p. 203).

Kincses szerint a finanszírozás fogalma nem egyértelműen meghatározott, illetve eltérő értelemben használatos. A finanszírozás fogalmán ugyanis a magyar közbeszéd két teljesen eltérő fogalmat egyaránt ért: a magyar szóhasználat egyformán a finanszírozás szóval illeti a forrás képzés módját, és azt a technikát, amellyel a források eljutnak a szolgáltatókhoz. Az első fogalom a nemzetközi irodalomban egyértelműen a *funding-gal* azonosítható, a magyar irodalom ezt a forrásképzés módjának, technikájának hívja. A második fogalom szóhasználata már egészségügyi rendszerenként eltérő, alapvetően a *reimbursement* és a *distribution* szavak a használatosak, Magyarországon az elosztási rendszer fogalom az elterjedt. A finanszírozást illetően tehát ketté kell választani, hogy honnan, kiktől ered a forrás attól a módszertől, hogy mindez hogyan történik. **Közfinanszírozás** alatt az államháztartás alrendszerei terhére folyósított forrásokat értjük, míg a **magánfinanszírozás** alatt a lakosok saját (adózott, nettó jövedelmükből történő) kiadásait. A közfinanszírozásnak – az egyén szempontjából – két fő jellemzője van: (1) törvény által kötelező, azaz nem az egyén döntésén alapul a hozzájárulás, (2) felhasználása szolidarisztikus, azaz a természetbeni szolgáltatásoknál nincs

személyreszabott arányosság a befizetés és a szolgáltatás között. A közfinanszírozás alapvetően két nagy csoportba osztható: lehet **adóalapú**, és lehet **járulékalapú** (Kincses, 2007).

Orosz a finanszírozási rendszer két fő összetevőjeként a **forrásteremtést** és a **források allokációját** határozza meg. A **forrásteremtés** fő kérdései:

Mekkora források állnak rendelkezésre és kik a finanszírozók (költsegtetés, kötelező biztosítás, magánbiztosítás, betegek általi közvetlen fizetés)?

Milyen módon jönnek létre az egészségügyi rendszer működéséhez szükséges források (adók, járulékok – törvény általi - kötelező beszedésével és / vagy önkéntes biztosítás és közvetlen fizetés által)?

Milyen típusú és mértékű a biztosítás által létrehozott kockázatközösség (pl. a társadalom kisebb csoportjai szerint megosztott, vagy az egész társadalom egyetlen kockázatközösséget alkot)?

A forrásteremtés módja alapvetően befolyásolja, hogy a társadalom egyes csoportjai milyen mértékben viselik az egészségügyi ellátás működtetésének anyagi terheit, továbbá az ellátáshoz való hozzáférés esélyeit.

A **források allokációjának** (a finanszírozók és szolgáltatók közötti kapcsolatnak) a fő kérdése:

Milyen mechanizmusokon, módszereken keresztül történik a rendelkezésre álló forrásoknak a felhasználása (mi jellemzi az egyes ellátási formák, pl. háziorvosok, fekvőbeteg-ellátás finanszírozási módszereit)?

A finanszírozási módszerek alapvetően befolyásolják a szolgáltatók magatartását, döntéseit, és azokon keresztül az egészségügyi szolgáltatások hatékonyságát és minőségét. Amikor adott ország egészségügyi rendszerének finanszírozására kérdezzük rá, sokszor arra a kérdésre is megadjuk a választ, hogy a szolidaritás avagy ekvivalencia elvének követése a kinyilatkoztatott működtetési elv (Orosz, 2001a, p. 19).

Fontos megjegyezni azonban, hogy a köznyelv helytelenül azonosítja a működtetési vagy szerveződési elvet az egészségügyi rendszerek finanszírozási hozzájárulásának módjával, ti. a szolidaritás elvét a kötelező társadalombiztosítással. Valójában az adóalapú közfinanszírozás ugyancsak követheti ezen elvet, mi több, a szolidaritás elve és a társadalombiztosítás közötti reláció is vitatott⁵¹. Fontos megemlíteni továbbá, hogy az önkéntes és a kötelező biztosítás ugyan nem analógiája a magán, illetve a társadalombiztosításnak, de a gyakorlat sok párhuzamosságot mutat (Nagy-Dózsa, 2005, p. 339). Az önkéntes modellben a biztosításhoz elvileg mindenki hozzáférhet, de – mivel a díjszabás kockázati alapon történik - mégis a fizetési képesség függvénye lesz. A hozzáférési egyenlőtlenségek kompenzálására a kockázatkiiigazítási modelleket használják. A hagyományos önkéntes modell igazi állatorvosi ló, minden piaci kudarc megtalálható ebben a biztosítási formában. A kötelező biztosítási rendszerek jövedelem alapján történő hozzájárulásokkal

⁵¹ Ld. bővebben Németh (2007, pp. 13-15)

operálnak, amelyeket általában „kvázi autonóm” betegalapok kezelnek. Az ilyen „tisztá” rendszerek egyike sem található meg egyetlen gazdaságban sem, olyan kevert rendszerek jellemzők, ahol a hatékonyság és a méltányosság közti egyensúly fenntartása a cél: ezért lehet, hogy az önkéntes biztosítás hatékony szelepként működhet a kötelező rendszerekben (Nagy-Dózsa, 2005, pp. 339-340).

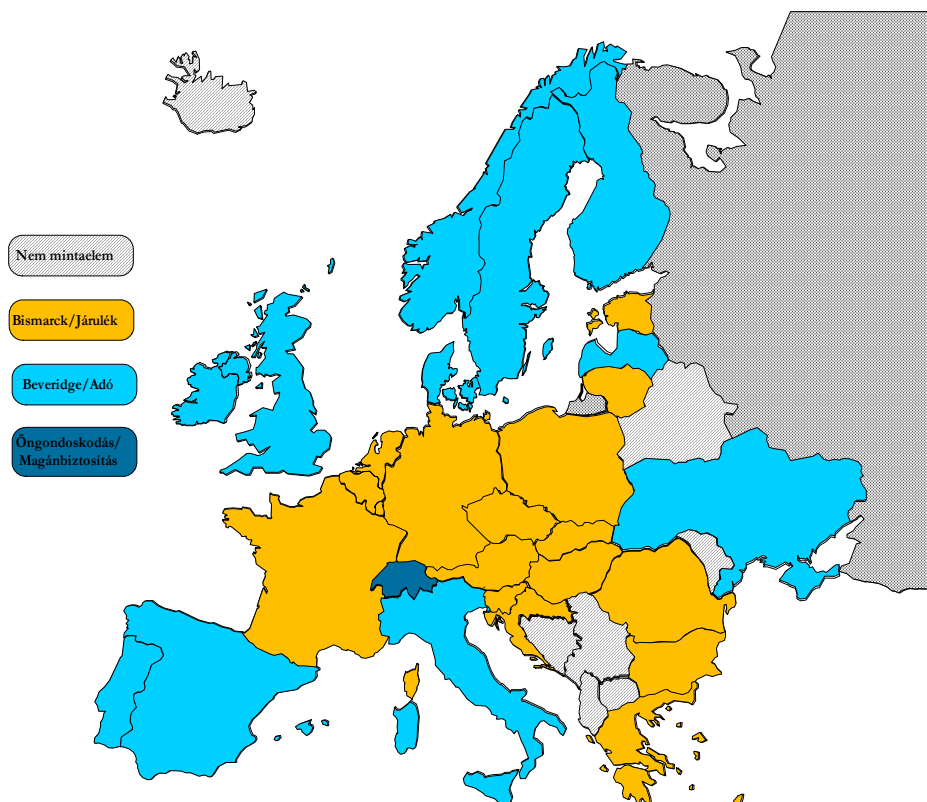
Jelen összehasonlításban az alapvető szerveződési elv (ti. szolidaritás vagy ekvivalencia) és a forrásteremtés módja (milyen eszközök által teremti meg az ország az egészségügy működtetéséhez szükséges forrásokat) alapján történik meg a vizsgált országok jellemzése.

Az elemzések alapján az alábbi klaszterek képezhetők (ld. 1. térkép, 2. sz. melléklet):

☞ **Bismarck/Járulék:** *Ausztria, Belgium, Bulgária, Csehország, Észtország, Franciaország, Görögország, Hollandia, Horvátország, Lengyelország, Litvánia, Luxemburg, Magyarország, Németország, Románia, Szlovákia, Szlovénia*

☞ **Beveridge/Adó:** *Dánia, Egyesült Királyság, Finnország, Lettország, Norvégia, Olaszország, Portugália, Spanyolország, Svédország, Ukrajna, Írország*

☞ **Öngondoskodás/Magánfinanszírozás:** *Svájc*



1. térkép: Európa egészségügyi rendszereinek osztályozása a klasszikus alaptípus/forrásteremtés alapján

Az elemzések alapján az alábbi megállapítások tehetők:

- ☞ A 29 megvizsgált európai ország mindegyike a szolidaritás elve mentén szervezi egészségügyi rendszerét;
- ☞ A finanszírozási forrásokat tekintve 28 országban a közfinanszírozás dominál, melynek alapját 11 országban adó, 17 országban járulék képezi;
- ☞ Svájc egészségügyének forrásteremtését 60-40%-os arányban képezi a köz- és magánfinanszírozás;
- ☞ Az előzőekből következően a 28, döntően közfinanszírozású egészségügyi rendszerben, a Bismarck- vagy Beverdige-modell alapjai vannak érvényben, míg Svájcot a szakirodalom a magán egészségügyi hozzájárulás mértéke miatt az öngondoskodó államok kategóriájába sorolja;
- ☞ Jelen elemzésben a klasszikus alaptípusok valamelyikéhez való besorolás a finanszírozás alapjául szolgáló eszközrendszer (mértéke) szerint történt;
- ☞ A megvizsgált poszt-szocialista országok többségében a második világháborút követően a szovjet Szemaskó-modell vagy annak valamilyen módosított változata került bevezetésre az azt megelőző gyakorlattól függetlenül. A rendszerváltást követően az esetek nagy többségében a Szemaskó-modell előtti forrásteremtés módját alkalmazták újra.

4.3. Biztosítási rendszer⁵²

A biztosítási rendszer típusát, intézményrendszerét és az egészségügy finanszírozásában betöltött szerepét alapjaiban határozza meg a finanszírozási rendszer. Nyilvánvaló, hogy a piaci alapú modellek esetén a magánbiztosítások jelentik a forrásoldal fő eszközét, azonban a szolidaritás elve mentén a magánbiztosítások csak kiegészítő jelleggel vannak jelen, vagy legalábbis kisebb jelentőséggel bírnak, mint a kötelező társadalombiztosítás vagy adózás bevételei, annak ellenére, hogy az összbefizetésekben arányuk évről évre nő. A finanszírozás formája mellett a biztosítási rendszer hatékonyságát alapvetően meghatározza, hogy a biztosítási díjak fedezni tudják-e a várható költségeket és a finanszírozás adminisztratív költségeit, amely nemcsak a biztosítottak számától, hanem az összetételüktől is függ*, melyet tovább cizellál a biztosítottak eltérő kockázata, amennyiben a biztosítási díj kockázatorientált.

⁵² Ld. még Gaál (2007, pp. 8-12), Boncz, I. dr.- Dózsa, Cs.- Sebestyén, A. dr.- Gulácsi, L. dr. (2004, pp. 1753-1757); Nagy-Dózsa (2005, pp. 309-347, in: Gulácsi (2005))

* Az a feltételezés, miszerint a finanszírozó életképességét elsősorban a vásárlók száma határozza meg, azt a premisszát rejti magában, hogy minden vásárló egyformán megfizeti a szolgáltatás költségeit (Gaál, 2007, p. 9), amit a gyakorlat nem igazol.

A biztosítók **jogi formájuk szerint** működhetnek részvénytársasági formában, kölcsönös segélypénztárként⁵³, illetve a vállalat és az alkalmazottak által együttesen irányított takaréktársaságként (Mihályi, 2003, p. 244).

A biztosítók száma alapján beszélhetünk **egy- vagy több-biztosítós rendszerről**. Míg az első esetben egy, többnyire állami tulajdonban lévő biztosító látja el a forrásallokációt (többnyire ugyancsak non-profit jelleggel), addig a több-biztosítós modellben számos biztosító verseng a betegekért. Az ilyen típusú rendszerekben a biztosítók **for-profit** és **non-profit** jellegűek egyaránt lehetnek. Az egy- és több-biztosítós modellek mellett és ellen számos érvet lehet felsorakoztatni. Az európai tapasztalatok alapján az egybiztosítós rendszerben a biztosítottak összetétele kisebb mértékben veszélyezteti a finanszírozó életben maradását, mint az országos szintű kockázatközösség feldarabolása esetén a több, kisebb biztosítóét. Ezen kívül a finanszírozók közötti választás lehetősége felnagyíthatja az eltérő kockázatokból eredő különbségeket, amely jelentős mértékben megnöveli az adminisztrációs költségeket. További hátránya a versengő biztosítói modellnek, hogy sem a prevenció, sem a krónikus betegségek ellátását nem tudja hatékonyan kezelni (Gaál, 2007, p. 12). Megfelelő szabályozási keretek között előnye abban áll, hogy az egyenlő esélyű hozzáférés elve jobban megvalósulhat a betegekért versengő biztosítók által. Bokros szerint a biztosítók közötti választás lehetőségével előnyössé tett öngondoskodás hallatlanul megerősíti az egyén díjfizetési készségét, ami a kockázatközösségen felül újfent a szolidaritást erősíti, a magánbiztosítók hatékony minőség- és költségkontrollja átsugárzik majd az állami kassza munkájára is, kikényszerítve a színvonalas és költségtakarékos szolgáltatásokat az állami alapellátás területén (Bokros, 2004, p. 71).

Megkülönböztethetjük a biztosítókat szerveződési szempontjuk szerint is: (1) a **földrajzi alapon szerveződő biztosítók** (pl. regionális vagy tartományi szinten) a lakosság jelentős részét ellátják. Bizonyos országokban ez szabályozza a biztosítóválasztás kérdését is (vannak országok, ahol a területi szabályozás nem teszi lehetővé a szabad biztosítóválasztást). (2) Az **ágazati biztosítók** egy-egy gazdasági ágazathoz kötődnek és az ott dolgozók egészségbiztosítását látják el. Ezek többnyire zárt rendszerek, amelyet legfeljebb a dolgozók családtagjaira terjeszthetnek ki. A (3) **vállalati biztosítók** egy-egy vállalat vagy vállalatcsoport alkalmazottainak és azok családtagjainak nyújtanak biztosítást, szintén zárt rendszert képezve (Boncz, 2002, p. 292).

A finanszírozó vagy harmadik fél típusa nem határozza meg egyértelműen a szolgáltató jellegét, azaz azt, hogy köz- vagy magánintézmény nyújtja-e az egészségügyi szolgáltatást. A kettő viszonyát vizsgálva az európai gyakorlatban három típust különböztetünk meg. (1) Hollandiában a társadalom-

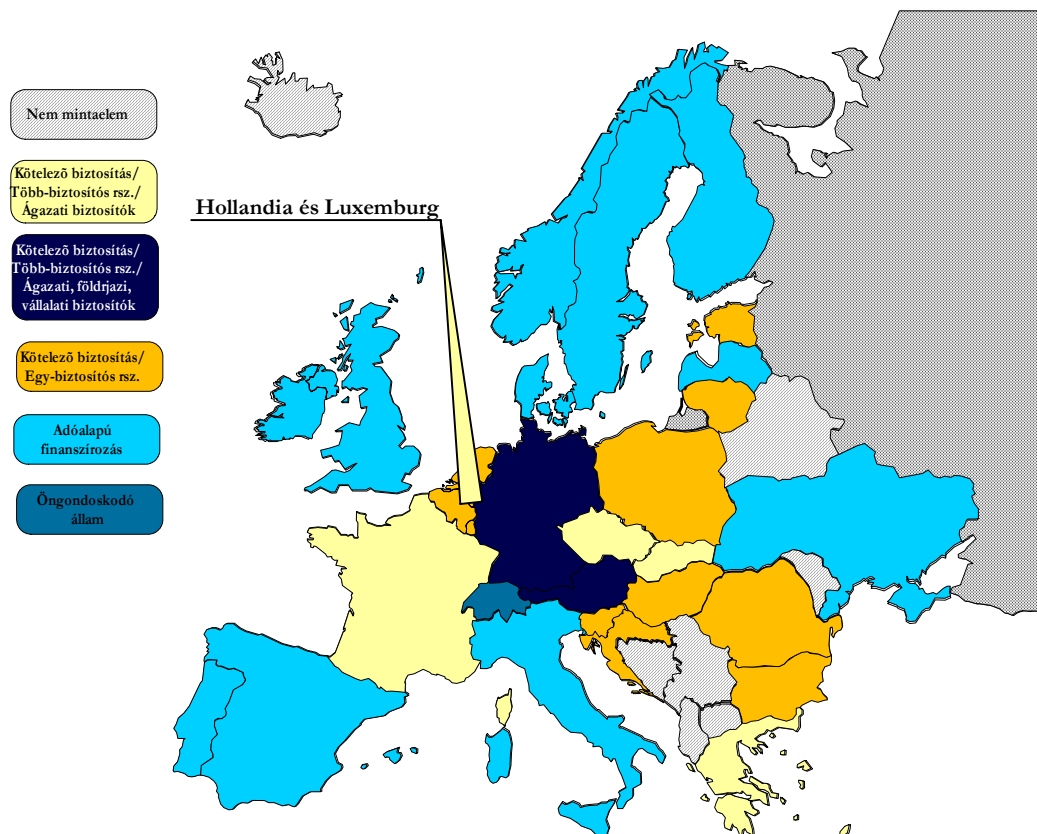
⁵³ Francia megfelelője „mutuelles”. A „mutuelle”-biztosító olyan non-profit szervezet, mely a tagok szolidaritására épül, és melynek anyagi alapját a tagdíjak képezik. Működését a Kölcsönösségi viszony (Mutualité) jogszabály-gyűjteménye határozza meg.

és magánbiztosításból finanszírozott egészségügyi szolgáltatásokat a magánkézben lévő szolgáltatók elégítik ki. (2) Belgiumban, Luxemburgban, Németországban és Franciaországban a társadalombiztosítási finanszírozás dominál, de a szolgáltatót illetően a köz- és magánkézben lévő egészségügyi intézmények együttesen vannak jelen. (3) Dániában, Spanyolországban, Görögországban, Olaszországban, Nagy-Britanniában, Írországban és Portugáliában adózással történik a finanszírozás, az egészségügyi szolgáltatásokat pedig alapvetően közintézmények nyújtják. A biztosítási rendszerek összemérése nem konzisztens, mert a több-biztosítós rendszer nem jelenti mindenhol ugyanazt. Egyrészt több biztosító működhet olyan rendszerben, ahol az alapbiztosítást egy biztosító nyújtja, a többi biztosító pedig a társadalombiztosítási rendszerben nem térített szolgáltatásokra, illetve költségelemekre nyújt fedezetet (pl. Szlovénia). Másrészt a több-biztosítós rendszerekben a biztosítók nem feltétlen egymás versenytársai: Franciaországban több ágazati szintű biztosító van, Ausztriában pedig területi alapú több-biztosítós rendszer, de egyik esetben sincs szabad választási lehetősége az állampolgároknak az alapellátás biztosítóját illetően.

Ezen értelmezési problémák miatt az alábbi kiegészítő magyarázatot szükséges tenni: minden járulékalapú finanszírozási rendszerben a biztosítási rendszer alatt a kötelező egészség- vagy társadalombiztosítás értendő, azaz adóalapú finanszírozás esetén a biztosítási rendszer (minthogy nincs kötelező) nem kerül elemzésre. Az összemérhetőség érdekében az összehasonlítás egyszerűsítésekkel él: a biztosítók száma és szerveződési elvük csak a kötelező egészségbiztosítást ellátó biztosítókra vonatkozik.

Ennek figyelembevételével az alábbi megállapítások tehetők (ld. 2. térkép, 3. sz. melléklet):

- ☞ A 29 megvizsgált egészségügyi rendszerből mindössze 17 esetében lehet jelen értelmezés keretei között a biztosítási rendszert jellemezni;
- ☞ A 17 országból 9 országban a kötelező biztosítás egyetlen finanszírozón keresztül valósul meg, 8 országban több-biztosítós rendszer működik;
- ☞ A kötelező biztosítást több finanszírozó által ellátó államok $\frac{3}{4}$ részében (6 országban) a biztosítók szerveződési elve ágazati jellegű, míg kettőben (*Ausztria, Németország*) az ágazati mellett földrajzi és vállalati alapon működő biztosítók is jelen vannak;
- ☞ *Hollandiában* a köztisztviselők kötelező biztosítását egy erre elkülönült biztosító látja el, amely jelen feldolgozásban az ágazati kategóriába tartozik;
- ☞ *Svájcban* a közfinanszírozáson belül a kötelező egészségbiztosítás (27,5%) és az adóalapú befizetések (24,9%) aránya majdnem azonos és megközelítőleg 7%-ot tesznek ki egyéb, államilag szabályozott biztosítási formák. A magán egészségügyi hozzájárulásokon belül kiegészítő jellegű biztosítások aránya 11, 2% (ezek for-profit és non-profit jellegűek).



2. térkép: Európa egészségügyi rendszereinek osztályozása a biztosítási rendszer alapján

4.4. Magán egészségügyi kiadások⁵⁴

Európában az egészségügy finanszírozása többnyire adókból és kötelező társadalombiztosításból történik, azonban az utóbbi évtizedekben megnövekedtek a magán egészségügyi kiadások is. A leggyakrabban használt költségmegosztási formák az alábbiak:

- (1) **Fix összegű díjról** beszélünk, amikor a beteg szolgáltatásonként fix összeget (átalánydíjat) fizet (pl. Magyarországon az ún. vizitdíj). Ez többnyire egy csekély összeg, mely elsősorban azt a célt szolgálja, hogy a beteg felelősségét növelje, ezzel erősítse a preventív jellegű gyógykezeléseket. Előnye, hogy csökkenthető vele az indokolatlan orvoslátogatások száma, hátránya azonban, hogy az alacsony jövedelműeket indokolt esetekben is visszatartja.
- (2) **Százalékos díj** fizetése esetén a beteg a teljes költség meghatározott százalékát viseli, a fennmaradó összeg a biztosítót terheli. Az Egyesült Államokban ez egyfajta közös

⁵⁴ Ld. még *Co-payment az EU-25 tagországokban és Norvégiában, Svájcban* (www.eski.hu); Mihályi (2003, pp. 241-246)

kockázatvállalási mechanizmus a biztosító és a biztosított között, amelynek mértéke nem haladhatja meg az 50%-ot a biztosított részéről.

- (3) **Önrész** esetén a beteg a költségeket egy bizonyos szintig állja, az ezt az összeget meghaladó költségek a biztosító fedezete alá esnek. Ez az ún. levonásos önrészfizetés, amely hasonlóan működik, mint a kötelező gépjármű-felelősségbiztosítás, azaz akkor is be kell fizetni ezt az összeget, ha nem történik baleset, azaz jelen esetben, ha nem fordulunk orvoshoz.
- (4) **Fix támogatási összeg feletti díj**, például extra szolgáltatások igénybevétele esetén (hotelszolgálat).
- (5) **Támogatási keretösszeg túllépése esetén fizetendő díj** (pl. közgyógy keret, utazási betegségbiztosítás).

A szakirodalom megosztott a magán vagy önkéntes biztosítás definiálásának kérdésében. Mihályi szerint (1) **teljes körű biztosításról beszélünk**, ha az igénybe vevő szabadon dönthet arról, hogy ilyen típusú biztosításban szeretne-e részt venni vagy sem. Ez többnyire lehetővé teszi az ezt választók számára a kötelező állami társadalombiztosításból való kimaradást egy magasabb biztosítási díj ellenében, ezért ez magasabb jövedelemszintet kíván meg az igénybe vevőtől. (2) **Kiegészítő biztosítás** esetén a kötelező egészségbiztosítás nem kerülhető ki, azonban bizonyos ellátásokra kiegészítő biztosítás köthető a kötelezőn felül ugyancsak plusz összeg fejében (Mihályi, 2003).

Egy másfajta rendszerezés alapján megkülönböztethetők a **kötelező** mellett az **önkéntes biztosítások**, melyeknek további három típusa különíthető el. A (1) *helyettesítő magánbiztosítás* olyan fedezet helyettesítéseként szolgál, amely máskülönben rendelkezésre áll az állam részéről; (2) a *pótló magánbiztosítás* olyan szolgáltatásokra nyújt fedezetet, amelyeket az állam kizár vagy nem teljesen finanszíroz; (3) a *kiegészítő magánbiztosítás* kiegészítő fedezetet nyújt a gyorsabb hozzáférés és a választás bővítése céljából (főleg azokban a tagállamokban elterjedt, ahol nemzeti egészségügyi szolgálat működik) (Szirmai-Vittay, 2005, p. 3.). Ebben az értelmezésben a Mihályi-féle teljes körű magánbiztosítás a helyettesítőnek feleltethető meg (ti. a kötelezőt helyettesítem egy magánbiztosítással), míg a kiegészítő a pótló és/vagy a kiegészítő megfelelője.

Boncz a magánbiztosításokat szerepük szerint osztályozza, melynek alapján **alap-** és **kiegészítő biztosításokat** különböztet meg. Az alapt biztosítás esetén a lakosának választási lehetősége van, hogy az állami (társadalom)biztosítási rendszerben vagy a magánbiztosítás keretében igényeljen egészségbiztosítási ellátást. Ilyenkor az állampolgár az érvényes jogszabályok szerint fizeti a járulékot vagy biztosítási díjat a magánbiztosítók felé és megbetegedése esetén a magánbiztosítók gondoskodnak a náluk biztosított állampolgár egészségügyi ellátásáról. A kiegészítő biztosítások

esetében a lakosság számára a kötelező egészségbiztosítási ellátást az állami (társadalom)biztosítási rendszer vagy állami egészségügyi szolgálat nyújtja. Az ellátások egyes körére azonban lehetőség van kiegészítő biztosítást kötni, melyek főleg az állam által egyáltalán nem, vagy csak részben finanszírozott ellátásokra vonatkoznak (Boncz, 2002b, p. 58).

A költségmegosztás módja országonként eltérhet (Dániában és Írorszáiban például jövedelem alapján tagozódó csoportok szerint történik a költségmegosztást viselők körének meghatározása), sok esetben az ellátás különböző szintjének megfelelően és/vagy a szolgáltatástól függően változik a költségmegosztás típusa. Az **alap- és járóbeteg-ellátásban** gyakran alkalmazzák a fix összegű és a százalékos díjat. A **fekvőbeteg-ellátásban** alkalmazott költségmegosztás többnyire naponként fizetendő díjban jelenik meg, mely az 5-16 EUR közötti összegtől (pl. Ausztria, Belgium, Franciaország, Luxemburg és Svédország) a 26-65 EUR (pl. Finnország) közötti összegig terjedhet. Svédország az egyetlen ország, ahol kötelező a co-payment a sürgősségi ellátásban is. A **gyógyszerek** esetében is nagyon változatos képet mutat Európa: Ausztriában és az Egyesült Királyságban például gyógyszer-rendelésenként átalánydíjas co-payment van érvényben. Írorszáiban a magasabb jövedelemmel rendelkező betegek csoportja havonta fizet önrészt; Dániában, Finnországban és Németországban receptenként kombinálják az önrész-fizetést és a százalékos díjat. A **fogászati ellátás** teljes költsége a felnőtt betegre hárul Olaszországban, Spanyolországban, Portugáliában, Hollandiában és Svédországban, bár ez utóbbi két országban a gyermekek fogászati ellátása ingyenes.

A co-payment alkalmazásával igen gazdag irodalom foglalkozik (Newhouse et al, 1993). A megítélés elődegesen értékválasztás kérdése. Azok a szerzők (politikák), akik (amelyek) az igazságosságot, a diszkrimináció-mentes hozzáférést tekintik elsődlegesnek – azaz elsődlegesen a társadalmi hatásokból indulnak ki –, elutasítják a co-payment alkalmazását, míg azok, akik a hatékonyság, a költség-kontroll kérdéseit tekintik elsődlegesnek – közgazdasági megközelítés – támogatják azt. A jól megválasztott co-payment „kiadás-racionalizáló”, azaz magatartásformáló eszköz, ami súlyt ad a beteg választásának, érdekeltté teszi az egészségben-tartásban, segíti az értéktudatos, tájékozott fogyasztói magatartás kialakulásában. Ez együtt kezelendő azonban a méltányosság elvével, egyidejűleg szükséges tehát a rászorulóknak számára az ellátás elérhetőségének biztosítása (Kincses, 2006, p. 15).

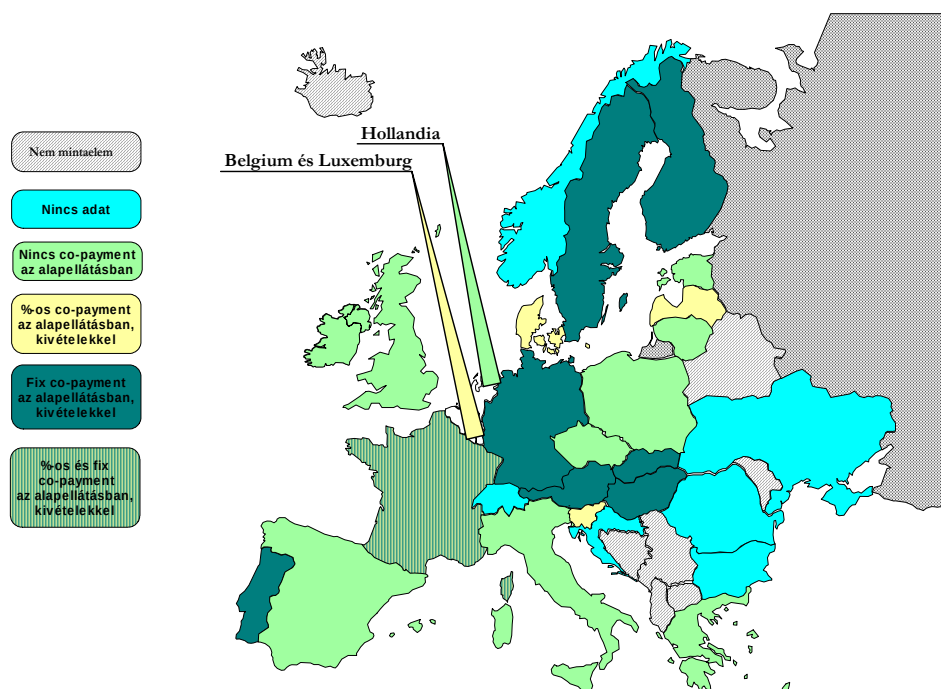
Az anyagi védelmet nyújtó mechanizmusok az egyes országokban különbözőképpen érvényesülnek, mivel vonatkozhatnak lakosságcsoportokra, termékcsoportokra, illetve alkalmazásuk betegségtől, jövedelemtől, kortól vagy gyógyszertípustól függően történhet. A költségmegosztás mellett, és ezzel szemben számos érv sorakoztatható fel. A költségmegosztás mellett szól, hogy visszaszorítja az egészségügyi szolgáltatások szükségtelen igénybevételét, és a hatékonyság mikro-szintű

előmozdításával makro-szintű költségmegtakarítást ér el. Növeli az egészségügy bevételeit, és a többletbevételek a lakosság kiegyensúlyozottabb ellátását szolgálhatják. Ezzel szemben a lakosság kellő tájékoztatásának hiánya komoly akadályt jelenthet a hatékony ellátás megvalósításában, jóllehet többnyire a szolgáltatók döntenek a betegek helyett, és így a túlzott igénybevételt is sokszor ők idézik elő. A megemelkedett költségek anyagi terhe a közösségi felelősségvállalás helyett az egyénekre hárul, és ez a leghátrányosabb helyzetű betegeket sújtja leginkább.

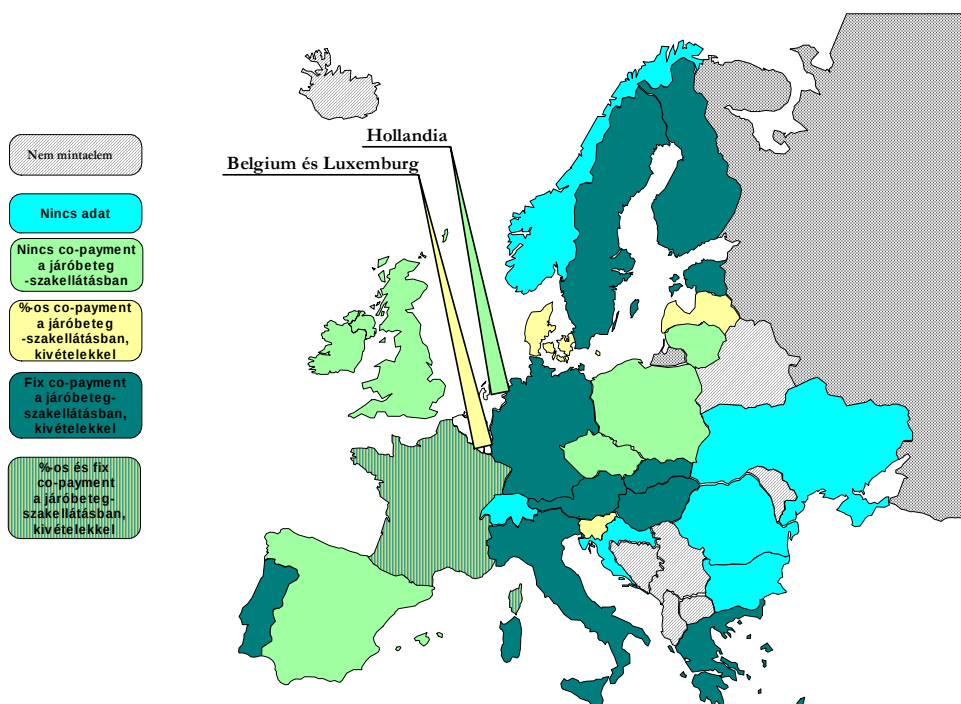
Az ellátás szintje szerinti elemzés az alábbi megállapításokra ad lehetőséget (ld. 3-5. térképek, 4. sz. melléklet), mely alapján az alábbi megállapítások tehetők:

- ☒ Co-payment az egészségügyi ellátórendszer mindhárom szintjén értelmezhető;
- ☒ A vizsgált 29 országból 6 esetében a co-payment ellátási szintenként történő elemzésére vonatkozó adatok nem álltak rendelkezésre;
- ☒ **Co-payment az alapellátásban** (ld. 3. térkép): 10 országban nincs co-payment az alapellátásban; 5 országban %-os formában megállapított; 7 országban fix összegű, míg Franciaországban %-os és fix összegű co-payment is létezik. Valamennyi országban, ahol van co-payment az alapellátásban, vannak kivételek is, azaz bizonyos szolgáltatások, lakossági csoportok, stb. mentességet élveznek. További fontos kiegészítés, hogy egyes országokban mind a %-os, mind a fix összegű co-payment esetén alkalmaznak felső korlátot;
- ☒ **Co-payment a járóbeteg-szakellátásban** (ld. 4. térkép): 7 országban nincs co-payment a járóbeteg-szakellátásban; 5 országban %-os formában megállapított; 10 országban fix összegű, míg *Franciaországban* %-os és fix összegű co-payment is létezik. *Görögország* kivételével valamennyi országban vannak kivételek a járóbeteg-szakellátásban fizetendő co-payment esetében, illetve egyes országokban mind a %-os, mind a fix összegű co-payment esetén alkalmaznak felső korlátot;
- ☒ **Co-payment a fekvőbeteg-ellátásban** (ld. 5. térkép): 11 országban nincs co-payment a fekvőbeteg-ellátásban; 10 országban fix összegű, *Franciaországban* és *Szlovéniában* %-os és fix összegű co-payment is létezik, míg csak %-os formában megállapított co-paymentet egyetlen ország sem alkalmaz a fekvőbeteg-ellátásban. *Luxemburg* kivételével valamennyi országban vannak kivételek a co-payment fizetését illetően, illetve egyes országokban felső korlátot is alkalmaznak;
- ☒ Összefoglalóan megállapítható, hogy az egészségügyi ellátás mindhárom szintjén a fix co-payment dominál a %-ossal szemben, többnyire minden szinten léteznek olyan csoportok, akik mentességet élveznek, illetve sok esetben alkalmaznak felső korlátot is, amely az egészségügyi szolgáltatásokat intenzívebben igénybe vevők tehermentesítését szolgálja;

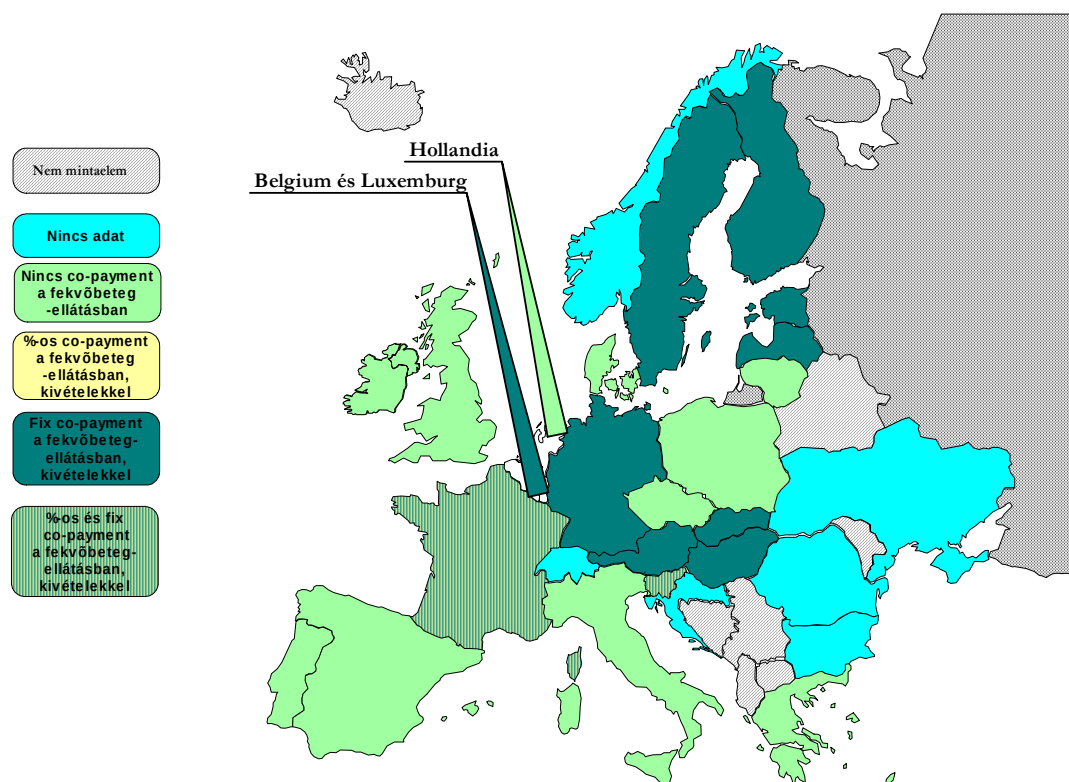
☞ Az elemzések alapján az alapellátás és a járóbeteg-szakellátás szintjén alkalmazott co-payment között ugyan vannak különbségek, ezek mégsem olyan számottevőek, mint az alap- vagy fekvőbeteg-ellátás vagy a járó- és fekvőbeteg-ellátás közötti eltérések. Ez abból fakad, hogy számos országban az ellátórendszer első és második szintje nehezen vagy egyáltalán nem különíthető el élesen egymástól.



3. térkép: Co-payment az alapellátásban



4. térkép: Co-payment a járóbeteg-szakellátásban



5. térkép: Co-payment a fekvőbeteg-ellátásban

4.5. Egészségügyi intézmények működtetése: kórházi tulajdonformák és kórházfinanszírozás⁵⁵

A fejlett országok gyakorlatában a kórház tulajdoni és működési viszonyai tekintetében az állami tulajdonban lévő és az állam által menedzselt kórháztól a magán for-profit kórházig terjedően igen széles a lehetőségek skálája. A tulajdont inkább *rendelkezési jogként* értelmezik, azaz azt vizsgálják, hogy a rendelkezési jog mely szereplő kezébe adva biztosítja leginkább a kórház működésének hatékonyságát és minőségét. A gyakorlat azt mutatja, hogy a magánszféra különböző formában és eltérő súllyal, de mindenütt jelen van, azonban minden Uniós tagállamban kisebbségben vannak a for-profit kórházi ágyak, melyek inkább az átlagosnál kisebb méretű kórházakban találhatók, s általában néhány speciális ellátási szegmensre koncentrálnak, a tulajdonosok pedig zömmel szakmai befektetők és az egészségügyben dolgozók közül kerülnek ki, így valójában saját egzisztencia-vállalkozásoknak tekinthetők. Az egészségügyi ellátórendszer gerincét mindenütt köztulajdonú intézmények alkotják. Ez a helyzet semmiképpen sem tudható be az 1950-1960-as évek államosítási hullámanak, netán a gondoskodó jóléti állam maradványának, hanem az

⁵⁵ Vö. *Kórházi tulajdonformák, -Az orvosok jogállása és javadalmazása az EU-tagországokban; Országos Egészségügyi Információs Intézet és Könyvtár (2003, MEDINFO).*

egészségügy belső sajátosságaiból következő tény, mely csak csekély számú helyen (ahol a diagnózis egyértelmű és a kezelés jól meghatározható) teszi az ellátórendszerbe a tisztán profitérdekeltségű szereplőt.

A kórházi területen hagyományosan három tulajdonformát különböztettek meg: (1) állami (vagy government), (2) non-profit (vagy voluntary-sector) és (3) for-profit kórházról beszéltek. Mára azonban világszerte sokkal árnyaltabbá vált a kép. Figyelembe véve az intézmények tulajdonlását, autonómiáját, a finanszírozási-pénzügyi felelősség kérdését ma már legalább kilenc kórházi modellt különböztetünk meg, melyek nagyrészt az 1990-es évek első felében felerősödő szervezeti és tulajdonreformok eredményei.

(1) **Állami tulajdonban lévő és az állam által menedzselt kórház** (*Government-owned and government-managed hospital*). Állam alatt a központi, a területi (tartományi, megyei stb.) és a helyi kormányzat egyaránt értendő. A kórház vezetői köztisztviselők/közalkalmazottak. Ez tekinthető a legszélesebb körben elterjedt formának (Skandinávia, Franciaország, Közép- és Kelet-Európa).

(2) **Köztulajdonú autonóm kórház** (*Public-sector autonomous hospital*). Az állam a tulajdonos, de a menedzsment bizonyos autonómiával rendelkezik. Ezt az autonómiát a jog bátyázza körbe. Ez az egészségbiztosítóval való szerződés-kötési szabadságot is jelentheti, bár ennek szigorú szabályai vannak. E forma az 1990-es évek elejétől terjedt el Nagy-Britanniában (NHS Trust), s ehhez hasonló modellt adoptált néhány közép- és kelet-európai ország.

(3) **Földrajzilag meghatározott terület egészségügyi tanácsa** (*Geographically defined health board*). Az egészségügy regionálisan szervezett, az adott terület élén álló tanács irányítja a terület kórházait (pl. Írország). A tanács tagjait választhatják vagy kinevezhetik, vagy akár e kettő kombinációja is elképzelhető. A tanács intézményének előnye, hogy több lehetőséget kínál a szomszédos kórházak munkájának összehangolására, hátránya viszont, hogy korlátozhatja az egyes kórházak gyors és hatékony döntéshozatalát.

(4) **Állami tulajdonú vállalkozás** (*State-owned enterprises*). A kórház tulajdonosa olyan vállalkozás, mely állami tulajdonban van, de belső működési rendjét tekintve autonóm, törekedhet bevételei emelésére és azokat meg is tarthatja. Nem egyértelmű, hogy ez a megoldás for-profitnak vagy non-profitnak minősül-e. Az állami tulajdonban lévő és az állam által menedzselt kórházhoz képest az a különbség, hogy az állam csak közvetve, tulajdonosként a közgyűléseken, illetve a szabályozáson keresztül tud a menedzsment belső ügyeibe beleszólni. E vállalkozás menedzsmentje valójában nem a profitban érdekelt, hanem állásának hosszú távú megőrzésében, amihez azonban kiegyensúlyozott gazdasági teljesítmény is szükséges, de ezt nem kizárólag a profittal és/vagy a piaci részesedéssel mérik.

(5) **Non-profit közkórház** (*Public not-for-profit hospital*). A kórház tulajdonosa egyházi szervezet vagy szakszervezet. Sok esetben a beruházási-fejlesztési pénzek zöme az államtól származik.

(6) **Kettős tulajdonú kórház** (*Joint stock hospital*). A kórház tulajdonosa valamely arányban a kormány és for-profit társaság. Ez a megoldás a kormánynak – tulajdonosként - a szabályozás közvetett eszközein túl közvetlen beleszólást is biztosít. E formát az európai periférián, Grúziában kezdték alkalmazni az egészségügyi rendszer teljes összeomlását elkerülendő, erős kényszerhelyzetben.

(7) **Közkórház magánmenedzsmenttel** (*Private management of publicly owned hospital*). Az állami tulajdonú kórház vezetésére magáncéget szerződtetnek. Ez a forma jellemző.

(8) **Magánkórház közmenedzsmenttel** (*Public management of privately owned hospital*). A magánszektoré a kórházépület és az eszközpark, de közszolgáltatásban álló menedzsment működteti. Ez a megoldás Nagy-Britanniában terjedt el, neve Private Finance Initiative (PFI). A közkórház ebben az esetben egy magánkonzorciummal szerződik, aki felépíti és felszereli (vagy átveszi) a kórházat. A közkórház általában 30 évre szóló, hosszú távú szerződést köt a konzorciummal, melytől éves díjért bérbe veszi az épületet és az eszközöket. A közkórház számára ez két előnnyel jár: az egyik, hogy nem egyszerre kell kifizetni a beruházás költségeit; a másik, hogy a több évtizedes szerződéssel a konzorcium rengeteg jövőbeni kockázatot átvállal. A for-profit konzorcium úgy lesz érdekelt az alacsonyabb működési és fenntartási költségekben, hogy az nem megy a betegellátás rovására.

(9) **Magán for-profit kórház** (*Private for-profit hospital*). Ez az Egyesült Államokban terjedt el széles körben.

(10) **Non-profit magánkórházak** (*Private non-profit hospital*) például az alapítványok által működtetett kórházak (pl. Bill Gates Foundation), de bizonyos tekintetben az egyházi kórházak* is ide tartoznak.

Az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet 2003-ban készült elemzéseiből kiderül, hogy német nyelvterületen a kórházügyben terjed az ún. üzemeltető („szerviz”) társaság⁵⁶ intézménye. A kórházak tulajdonviszonyával és működtetésével kapcsolatosan meglehetősen változatos képet mutat Európa: Luxemburgban a 14 akut-kórház közül egyetlen for-profit, a maradék fele-fele arányban

* Annak megfelelően, hogy az egyházi tulajdont magántulajdonnak tekintjük vagy sem, az egyházi kórházak a magán- vagy közkórházak közé sorolandók.

⁵⁶ Az üzemeltető társaságnak külön jogi definíciója nincs, általában korlátozott felelősségű társaság formában működik. A kórházról leválasztják a „betegtől távolibb” funkciókat, s ezeket veszi át az üzemeltető társaság. A cél az, hogy a szűkebben értelmezett kórházvezetés a „beteghez közelebb” feladatokra koncentráljon, minden mást pedig a társaság lásson el, a két „vállalat” könyvelése, személyzete pedig különüljön el, ami a költségek átláthatóságát, összehasonlíthatóságát biztosítja. Az üzemeltető társaságot sok esetben az egyes feladatok kihelyezésének (outsourcing) negatív tapasztalatai hívták életre. Az üzemeltető társaság élhet outsourcing megoldással, de a tapasztalat az, hogy sok területen az üzemeltető társaság hatékonyabb tud lenni.

helyhatósági és egyházi tulajdonban van. Dániában for-profit a kórházi ágyak egy százaléka, s bár az utóbbi 10 évben létesült néhány for-profit kórház, kettőt már be is zártak finanszírozási nehézségek miatt. Németországban a kórházak 18%-a profitorientált, de a rendszerben súlyuk ennél jóval csekélyebb. Finnországban néhány kórház magánkézen van, de az ápolási napok kevesebb, mint 5 százalékát adják. Svédországban ápolási otthonok vannak magántulajdonban. Franciaországban a fentieknél kiterjedtebb a magánszektor, de így is kisebbségben van (az ágyak 35 százaléka magánkórházi, de csak 20 százalékuk for-profit, a többi non-profit; a for-profitok a rövid időtartamú ápolást igénylő esetekre specializálódtak). Olaszországban a szokásos fekvőbeteg-ellátást igénylő esetek kezelése 18,5%-ban privát, de akkreditált keretek között zajlik. Az ágyak 18 százaléka tartozik a magánszektorhoz. Belgiumban a kórházak 60 százaléka non-profit magán, 40% kommunális, tehát „klasszikus” for-profit nincs is. A magánkórházak többsége az egyház és jótékonyági intézmények kezében van, minden huszadik (összesen 3%) biztosítóté. Hollandiában a kórházi ágyak többsége magántulajdonban van, jellemző a magánkórházak not-for-profit működési elve. Görögországban a magánkórházi ágyak aránya az összes kórházi ágyhoz viszonyítva 29%, Portugáliában ugyanez az adat 21,75%, Spanyolországban pedig 32,77%.

Összefoglalásképpen megállapítható, hogy az EU tagországok közül a kórházi intézményrendszerben megjelenő magántulajdon aránya Ausztriában, Belgiumban, Hollandiában, Franciaországban és Németországban a legjelentősebb. Ezeknek az országoknak az egészségügyi rendszerére a szolidaritás elvű társadalombiztosítás jellemző. Legkisebb a magántulajdon aránya Dánia, Finnország, Nagy-Britannia és Svédország kórházi szektorának. Ezek az országok állami egészségügyi rendszert működtetnek. Az átalakuló rendszerekben (pl. Görögország, Portugália, Spanyolország) a magánágyak aránya 30% körüli (Kórházi tulajdonformák, Az orvosok jogállása és javadalmazása az EU-tagországokban, ESKI, 2003).

A kórházak finanszírozásának⁵⁷ öt nagy alaptípusát különböztetjük meg:

(1) **Globális költségvetés** esetén a helyi vagy központi kormányzat közötti tárgyalások során előre határozzák meg a következő évi költségvetést. Ez tehát egy olyan költsékezési korlát, amely az ellátókra nézve korlátozza a nyújtott szolgáltatások árát és mennyiségét. Előnye, hogy a kórházi menedzsereket hatékony gazdálkodásra ösztönzi, minthogy a szolgáltatások díja előre meghatározott, azaz a pénzügyi kockázat az ellátóra hárul, nem pedig a finanszírozóra. Hátránya, hogy az orvosok nem motiváltak az ápolás időtartamának csökkentésében, a jó teljesítményben, így sérülhet a számonkérhetőség és az orvosi etika.

⁵⁷ Ld. még bővebben Forgács (2001); Orosz (2003, pp. 207-211, in: Papp (2003)); Kis (2006, pp. 54-55)

(2) **Tételes elszámolás** esetén meghatározott díjtételek alapján történik a kifizetés. Tételes elszámolásról akkor beszélünk, ha az ellátók meghatározott költségvetést kapnak minden konkrét költségtételre. A finanszírozás szintje rendszerint a korábbi kereten alapul, figyelembe véve az infláció mértékét. Előnye, hogy több lehetőség nyílik a bevételek növelésére. Hátránya, hogy az intézmény az egészséges lakosság helyett a betegekben érdekelt. Ezen kívül csekély vagy lehetetlen az erőforrások újraelosztása a költséghelyek között, ami beszoríthatja a kórházakat az ellátás nem hatékony technológiájának fenntartásába.

(3) **Retrospektív költségterítés** esetén a fizetséget a szolgáltatás nyújtása után határozzák meg, a díjakat rendszerint tételes elszámolás alapján számítják ki. Előnye, hogy erőteljes kontroll jelentkezik a biztosító részéről. Hátránya, hogy a díjak nem tükrözik szükségképpen a költségeket, ha a kórházi finanszírozási rendszer keretei között működik a keresztfinanszírozás rendszere, illetve a kórházak az elvégzett vizsgálatok számának maximalizálásában érdekeltek, mert ez maximalizálja a térítés szintjét, ez pedig szükségtelen tevékenységek elvégzésére ösztönöz.

(4) **Prospektív finanszírozás** (előre rögzített díjas finanszírozás, *Prospective Payment System, PPS*) esetén az esetek szerinti térítés a szolgáltatás elvégzése előtt kerül megállapításra, azaz a betegnek nyújtott szolgáltatást az egy esetre előzetesen meghatározott díjból kell fedezni. A beteget ezért be kell sorolni valamilyen betegség-kategóriába, hogy könnyebbé váljon a számlázás és a térítés. Ilyen eszköz például a homogén betegségcsoportok (HBCS, angol megfelelője: *Diagnosis Related Group, DRG*⁵⁸) módszere vagy a német pontrendszer. Előnye, hogy a teljesítményelv érvényesül a gazdasági és orvosi érdekek együttes figyelembevételével, csökkenti a „túlkezelésben” való érdekeltséget, illetve adatokat és információkat szolgáltat további elemzésekhez. Hátránya, hogy az előre meghatározott fix összeg takarékoságot idéz elő, mely minőségi romláshoz vezethet, illetve a „helyes ár” megállapítása nagyon nehéz feladat.

(5) **Ápolási napok alapján történő finanszírozás** esetén súlyozott ápolási napok jelentik a finanszírozás alapját. Ennek a finanszírozási módnak előnye, hogy a beteget nem küldik el „idő előtt” az intézményből, hátránya azonban, hogy a kórház a vizsgálatok számának minimalizálásában és az ápolási napok számának maximalizálásában érdekelt, így a beteg benntartása nem feltétlenül jelenti a szükséges kezelések biztosítását.

⁵⁸ Az angol kifejezés nemzeti megfelelői közül néhány: Homogén Betegségcsoport (HBCS, Magyarország); Australian Refined Diagnosis Related Groups (AR-DRG, Ausztrália); Nordic Diagnosis Related Groups (NordDRG, Skandinávia); Groupes homogènes de maladies (GHM, Franciaország); Leistungsbezogene Diagnosen-Fallgruppen (LDF, Ausztria); Health Related Groups (HRG, Egyesült Királyság); Diagnose Behandelnde Combinatie (DBC, Hollandia), stb.

A különböző finanszírozási formákon belül külön figyelmet érdemel a **homogén betegségcsoportok** (HBCS)* és a **német pontrendszer** szerinti elszámolás.

(1) A **homogén betegségcsoportok szerinti finanszírozás**⁵⁹ (ld. 11. táblázat) módszerét elsőként az Egyesült Államokban dolgozták ki és alkalmazták az 1960-as években. Az eredeti szándék az ellátás minőségének monitorozása volt, csak később foglalkoztak finanszírozási céllal történő felhasználásával. A homogén betegségcsoportok módszer alkalmazása esetén a finanszírozó az egyes betegségcsoportokba tartozó paciensek kezeléséért előre meghatározott díjat fizet, függetlenül a kórház tényleges költségeitől. A finanszírozás alapegysége tehát az eset és nem az egyes beavatkozás: a betegségeket (kórházi eseteket) szakmai tartalom és költségesség szempontjából homogén csoportokba sorolják és meghatározzák az egyes csoportok költségességének egymáshoz viszonyított arányát, ún. súlyszámok alkalmazásával (a teljesítmény mértékegysége a súlyszám, ahol az átlagos költségigényű betegségcsoport súlyszámának az értéke „1”) (Orosz, 2001a, pp. 218-219). Az egy átlagos beteg kórházi ellátására jutó díj megállapítása országos statisztikák és mutatók alapján történik, melyhez hozzárendelik az egyes homogén betegségcsoportok költségigénye alapján az „1”-nél nagyobb, kisebb vagy „egységnyi” szorzókat. Az így kialakított térítési díjakhoz egyéb finanszírozási mutatók is társulhatnak (Pető-Heathcote, 2005, p. 53).

(2) A DRG-elszámoláshoz hasonló elven működik a járóbeteg-szakellátásban alkalmazott és a német egészségügyi rendszerből adaptált „**pontrendszer**” szerinti finanszírozás (innen az elnevezés: német pontrendszer), amely a szolgáltatások (beavatkozások) egyes fajtáira állapít meg pontértékeket, amelyek elvileg az egyes szolgáltatások közötti költség-arányokat tükrözik. Ez azt jelenti, hogy ha például ugyanannak a betegségnek ugyanolyan eredményes gyógyításakor az egyik szolgáltató kétszer annyi beavatkozást végez, akkor kétszer annyi bevételhez jut, mint az adott betegséget kisebb ráfordítással (azaz hatékonyabban) gyógyító szolgáltató. A rendszer tehát a nagyobb teljesítményre, de nem a nagyobb hatékonyságra ösztönöz. Ha az egészségbiztosítás járóbeteg kiadásainak egy hónapra jutó országos maximális összege rögzített, akkor ha országos szinten nő a pontok mennyisége, akkor csökken egy pont forintértéke (Orosz, 2001a, p. 215). További hátránya, hogy a pontok struktúrája nem biztos, hogy megfelelően tükrözi a szolgáltatások költség-arányait.

* A kifejezés angol megfelelője *Diagnoses Related Groups*, DRG (*diagnózis-függő csoportok*).

⁵⁹ Ld. még Orosz (2001a, pp. 218-219); Szummer (2005, pp. 17-23); Boncz-Nagy (2003, pp. 21-27); Dankó-Kiss-Molnár-Révész (2006, pp. 5-11); Kis (2006, pp. 52-64)

Homogén betegségcsoportok szerinti finanszírozás	
Előnyei	Hátrányai
A rendszerben költséghatékonysági és orvos-szakmai szempontból is „értelmes” teljesítményelv érvényesül - az a szolgáltató kap több pénzt, aki több és bonyolultabb esetet lát el.	Indokolatlan teljesítménynövelésre ösztönzi a kórházakat (az intézmény a minél nagyobb betegforgalomban érdekelt).
Alkalmazása segíti a költséghatékonysági elvárás teljesülését, mert a szolgáltatót az erőforrás-felhasználás optimalizálására ösztönzi (ha alacsonyabb a tényleges költség, akkor a kórház megtarthatja a különbözetet).	A nagyobb betegforgalom (a kezelések számának növelése és/vagy az ápolási napok számának csökkentése által) az ellátás színvonalának romlásához vezethet.
A szolgáltatók számára „felértékelődik” a beteg, mivel a pénz követi a beteget.	Általánossá válhat az esetek felülkódolása (a magasabb szorzóval rendelkező betegségek „preferálása”).
Az előre meghatározott fix összeg elősegíti a kiszámíthatóságot és a tervezhetőséget.	Nem minden homogén csoport támogatási összege fedezi a valós költségeket.
Biztosítja a költségvetési korlátok betartását, a költségek féken tartását.	
A biztosítottak számára egyenlő esélyt nyújt az ellátás minőségére, valamint a hozzáférésre vonatkozóan.	
A rendszer alapját képező információbázis a finanszírozó és az ellátó számára is sokrétű információval szolgál.	

11. táblázat: A homogén betegség-csoportok szerinti finanszírozás előnyei, hátrányai
Forrás: Boncz-Nagy (2003, p. 21); Orosz (2003, p. 210 (in: Papp, 2003)) alapján

Természetesen a gyakorlat e tekintetben is komplexebb, szorosan kapcsolódik mind az egészségügy egészére vonatkozó finanszírozási- és biztosítási rendszerhez, mind a társadalmi-gazdasági fejlődéstörténethez igazodó nemzeti sajátosságokhoz. Ugyanakkor az elmélet sem egyértelmű, legalábbis a finanszírozási típusok egymástól való elkülönítéséhez alapul szolgáló szempontrendszert illetően: a köznyelv, de még a szakemberek egy része is hajlamos a retrospektív és prospektív elszámolás definiálását az *előzetes vagy utólagos elszámolás* problematikájára leszűkíteni. Számos esetben a megkülönböztetés alapját az elszámolás időbeliségére korlátozzák a következők szerint: az elszámolás időpontja (1) a díjtétel meghatározására utal, azaz az állam/önkormányzat és a finanszírozó közti megállapodásról van szó avagy (2) a valós teljesítés ellenértékének kifizetésére, azaz az ellátó és a finanszírozó közti pénzmozgásról. Ezen szempontrendszer alkalmazása többnyire félreértésre ad okot, hiszen bármelyiket is vesszük alapul, mindig találunk átfedéseket az egyes típusok között. Mind a globális költségvetés, mind a prospektív esetben előre meghatározott díjakról van szó, illetve a finanszírozó részéről az ellátó számára történő kifizetés is többnyire utólagos (vannak persze országok, ahol a beteg természetben fizet az ellátónak, de ebben az esetben is a finanszírozó utólag téríti meg az összeget a betegnek). Ugyanakkor a gyakorlatban más dimenzió

mentén érhetőek tetten az eltérések: globális költségvetés esetén egy keretösszeg áll az ellátó rendelkezésére, melyet saját belátása szerint használhat fel és bővíthet, amennyiben erre lehetősége van, míg a prospektív elszámolás során esetekre van lebontva a fizetendő összeg. A mindenkori finanszírozási rendszer hátrányainak kiküszöbölése vagy redukálása érdekében azonban a valóság ennél sokkal árnyaltabb: a retrospektív elszámolás hátrányaként számon tartott szükségtelen „túlkezelést” egy maximálisan kifizethető összeggel tudják kordában tartani, amely ismerv (ti. „keretösszeg”) a globális költségvetésre is jellemző. Ugyanígy az esetfinanszírozás is bizonyos korlátok közé szorítható (lásd Magyarországon a teljesítmény volumen korlát*), amely még inkább a takarékosagra ösztönöz, mert a teljesítményorientáció előnye elvész, ha nem megfelelő az informatikai és adminisztrációs háttér, amely információval tudna szolgálni az ellátók részére.

Az elemzések alapján az alábbi megállapítások tehetők (ld. 6. térkép, 5. sz. melléklet):

☞ A vizsgált 29 országból Görögország kórházfinanszírozását illetően nem állt rendelkezésre információ;

☞ A 28 országból 25-ben az esetfinanszírozás valamilyen formáját alkalmazzák:

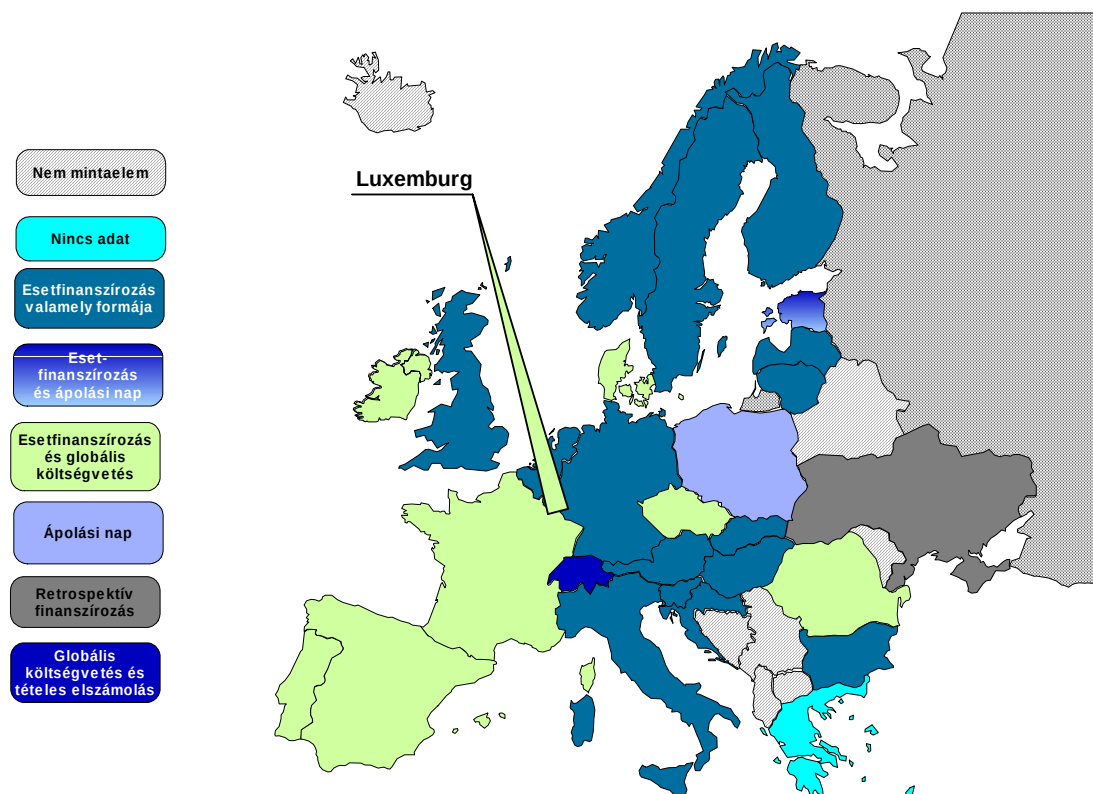
- *Csehországban* az éves fix keretösszegeből való gazdálkodás gyakoribb, de emellett terjed a DRG is; *Dánia, Franciaország, Írország, Luxemburg, Portugália, Románia és Spanyolország* ugyancsak a prospektív esetfinanszírozásra tértek át az utóbbi években, de ez még nem fedi le az összes kórházat;
- *Észtországban* az ápolási napok alapján történik a finanszírozás a legtöbb kórházban, de itt is terjed az esetfinanszírozás;
- *A skandináv országokban* a prospektív esetfinanszírozás bevezetése nem kormányrendelet, állami kényszer hatására történt, sokkal inkább a teljesítmény fokozása, illetve a kórházi folyamatok jobb elemzése és javítása miatt, ezért ezekben az államokban a DRG inkább menedzsment, mint finanszírozási eszköz.

☞ Mindössze három országban nem alkalmazzák az esetfinanszírozást:

- *Lengyelországban* a finanszírozás alapja a kórházi felvétel, melyet az ápolási idővel és a nyújtott szolgáltatásokkal súlyoznak;

* Az egészségügyi intézmények indokolatlan (pl. felülkódolással, indokolatlan hospitalizációval történő) teljesítménynövelésének megfékezése érdekében az OEP 2004. január 1-jével mind az aktív fekvőbeteg-ellátásban, mind a járóbeteg-ellátásban bevezette a teljesítményvolumen-korlátot (TVK) alapuló finanszírozást, amely batárt szab az egyes kórházak súlyszámában mért teljesítmény- elszámolásának. A degresszív finanszírozás lényege egy felső korlát beépítése a maximálisan elszámolható teljesítményről a finanszírozó (OEP) részéről a szolgáltatók irányába.

- *Svájcban* a kórházak finanszírozása kantononként eltérő: többségében a díjtétel szerinti finanszírozást alkalmazzák, azonban néhány kórházban (kantonban) bevezetésre került a globális költségvetés szerinti finanszírozás;
- *Ukrajnában* a finanszírozás az ágykapacitás alapján történik, retrospektív finanszírozást alkalmaznak.



6. térkép: Kórházfinanszírozási fajták

4.6. Egészségügyi szolgáltatók finanszírozása: orvosok jogállása és javadalmazása

Az egészségügyi dolgozók jogállását tekintve is a sokszínűség jellemző az európai országokra, mégis meghatározóak az egyes országok történeti hagyományai. Fontos említést tenni az ún. szabad orvoslásról, mely az orvosok szerződés kötési szabadságát és az alkalmazotti jogviszonytól eltérő munkavállalási feltételek együttesét jelenti, valamint annak jogát, hogy az orvosi pálya választásának jogi akadályai nincs (az orvossá válást nem korlátozzák az orvosegyetemre történő belépésnél), illetve az orvosi diplomával rendelkező ott praktizálhat, ahol szeretne. A szabad orvoslás ilyen formán értelmezett jogintézménye a kapitalizmus hajnalához kötődik, az ezredfordulókor azonban már minden országban nyilvánvalóvá vált, hogy az orvosok számát korlátozni kell, s a későbbi feszültségek elkerülése érdekében szerencsésebb ezt az orvosegyetemre történő belépésnél megtenni.

A 12. táblázat az orvosok javadalmazásának lehetséges formáit mutatja be a legfőbb jellemzők, előnyök és hátrányok alapján.

Orvosok javadalmazása			
TÍPUS	JELLEMZŐ	ELŐNY	HÁTRÁNY
Fix jövedelem (munkabér)	<i>Havi fix jövedelem, mely független a betegek számától vagy elvégzett munka mennyiségétől és minőségétől, ezáltal az orvosokra nem hárul pénzügyi kockázat.</i>	<i>A preventív megoldásokat támogatja Adminisztratív egyszerű Megkönnyíti a bevétel tervezést</i>	<i>Az erőforrások gazdaságos alkalmazásában nem érdekelték az orvosok A beteg elveszíti a „befolyását”</i>
Fix jövedelem és bónusz	<i>A statikus munkabér hatékonyságot konzerváló hatása miatt a fizetés mellett premizáló elemek jelennek meg, melyek különböző minőségi vagy mennyiségi tényezőktől függenek.</i>	<i>Lehetőség a hatékonyság növelésére</i>	
Fejkvóta alapján történő fizetés (Capitation)	<i>A biztosító (vagy finanszírozó) az orvoshoz bejelentett betegek száma alapján fizet, függetlenül attól, hogy hányan vették igénybe ténylegesen a szolgáltatást. Ez az „átalánydíj” hasonló jellegű a fizetéshez azáltal, hogy a különbséggel, hogy a szolgáltatási díjban érvényesül a mennyiségi megterhelés is (lakosság szám).</i>	<i>Szabad orvosválasztást enged meg Egyszerű adminisztráció Előre tervezhető bevétel Elősegíti a takarékoskosságot</i>	<i>A fejkvóta változatlanlansága az orvos minőségi érdekeltiségét rontja (az orvos abban érdekelt, hogy ne kezelje a beteget) Az egészségesebb lakosokat preferálja</i>
Esetfinanszírozás (Pont ⁶⁰ és DRG)	<i>Járóbeteg-szakellátásban a szolgáltatások egyes fajtáira állapít meg pontértékeket, amelyek elvileg az egyes szolgáltatások közötti költségarányokat tükrözik. Fekvőbeteg-ellátás esetén a betegségeket szakmai tartalom és költségesség szempontjából homogén betegcsoportokba (DRG) sorolják és az egyes csoportokba tartozó betegek kezeléséért előre meghatározott díjat fizet a finanszírozó.</i>	<i>Mérsékelt teljesítményarányos Az orvos érdekelt a kezelések egyszerűsítésében</i>	<i>A listák összeállítása nagyon bonyolult, sokszor aránytalan A „drágább diagnózis” irányába hat A nagyobb teljesítményre, de nem a nagyobb hatékonyságra ösztönöz Független a valós költségektől</i>
Díjtételek alapján történő finanszírozás (Fee-for-service)	<i>Az egyes szolgáltatásoknak külön díjtételei vannak, az adott orvosi szolgáltatás ezen díjtételekből tevődik össze A tételes elszámolási rendszerben az orvos minden elvégzett beavatkozásért díjazást kap, amit vagy közvetlenül a beteg, vagy a biztosító vagy a kormányzat fizet</i>	<i>Lehetőség a jövedelem (korlátlan) növelésére A végzett munkával arányos kifizetés Könnyen számítható teljesítmény</i>	<i>Lehetőség a jövedelem (korlátlan) növelésére: az orvos a minél több betegben és a „túlkezelésben” érdekelt.</i>

12. táblázat: Orvosok javadalmazásának lehetséges formái⁶¹

Az orvosok jogállását és ehhez kapcsolódóan javadalmazásukat tekintve fontos megkülönböztetni, hogy az ellátórendszer mely szintjén tevékenykednek: az egészségügyi szolgáltatások intézményi szintere, keretrendszere jelentősen determinálja az alkalmazható javadalmazás típusát (míg az alapellátásban a magánpraxist folytató orvosok Európa-szerte többségben vannak közalkalmazotti státuszban lévő kollégáikkal szemben, addig ugyanez a tendencia nem mondható el a fekvőbeteg-

⁶⁰ A német pontrendszer alkalmazása esetén ha az egyik szolgáltató kétszer annyi beavatkozást végez, mint a másik, akkor kétszer annyi bevételhez jut – ennek kivédésére az egészségbiztosítás járóbeteg-kiadásainak egy hónapra jutó maximális összegét (országos, regionális, intézményi, stb. szinten) többnyire rögzítik, így ha nő a pontok mennyisége, akkor csökken egy pont pénzértéke.

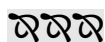
⁶¹ Ld. még Kis (2006, pp. 52-64), Bloor-Maynard (1999, pp. 19-45)

ellátás területén). Az orvosok jogállását tekintve vannak a magánpraxist folytatók, illetve az egészségügyi intézménnyel közalkalmazotti jogviszonyban állók. Emellett egyre nagyobb jelentőséggel bírnak a csoportpraxisok⁶² és az ún. praxisközösségek⁶³ is, amelyek nem feltétlenül módosítanak a jogálláson, de egy újfajta működési koncepció mentén történő együttműködési lehetőséget teremtenek meg.

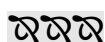
Az elemzések alapján az alábbi megállapítások tehetők:

- ☛ A vizsgált országok többségében az orvosok javadalmazása az ellátórendszer különböző szintjei szerint differenciálódik;
- ☛ Az orvosok javadalmazása szoros összefüggésben áll az egészségügyi rendszer finanszírozásával, biztosítási rendszerével és az ellátórendszer struktúrájával;
- ☛ Az alapellátás a legtöbb országban jól/jobban elkülöníthető az ellátórendszer középső és felső szintjétől, mely elsősorban a földrajzi izoláltságból fakad (ezzel összefüggésben a magasabb és/vagy speciális technikai, infrastrukturális felszereltséget nem igénylő tevékenységből). Többek közt ennek köszönhetően érintette a privatizáció az alapellátást a legnagyobb mértékben a három szint közül az európai országok többségében;
- ☛ Sok európai országban a speciális felszereltséget, műszerezettséget igénylő járóbeteg-szakellátás rendelőintézetekben és kórházakban folyik. Az ellátórendszer ezen középső, köztes szintjén dolgozó orvosok javadalmazása az ellátórendszer sajátos struktúrájához igazodik és vagy az alap- vagy a fekvőbeteg-ellátásban kialakult szokásokhoz közelít inkább. Amennyiben saját praxist folytatnak, úgy az alapellátáshoz inkább hasonló javadalmazásban részesülnek; amennyiben közintézményi keretek között dolgoznak, úgy a közalkalmazotti bérezésnek megfelelő jövedelmet kapnak.

Az orvosok jogállása és javadalmazási formája az egészségügyi ellátás mindhárom szintjén Európaszerte rendkívül sokszínű – összehasonlításukat az elemzés nem tartalmazza (erre csak olyan mértékű egyszerűsítés által lenne lehetőség, amely a levont következtetések hitelességét jelentős mértékben rontaná).



A fejezetben 29 európai ország egészségügyi rendszere került összehasonlításra az egészségügyi rendszereket jellemző öt szempont alapján – a vizsgálatok eredményeinek összefoglalására a statisztikai elemzésekkel együttesen kerül sor (ld. következő fejezet vége).



⁶² Az alapellátók és a szakellátók együttműködésében létrejött csoportok.

⁶³ Horizontális együttműködés az azonos szakmacsoporton belül dolgozók között.

V. EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZEREK A GYAKORLATBAN 2.

* Statisztikai vizsgálatok: koherencia vs. konvergencia *

„Legjobb a középut.”
/Magyar közmondás, Kis-Vicay gyűjtése alapján, 1713/

Jelen fejezet középpontjában részben az előző fejezet vizsgálati tárgyát is képező hipotézisek egy részének (H3) és újának (H4) számszerű módon történő igazolása; másrészt az európai egészségügyi rendszerek leírására szolgáló legfőbb statisztikai adatok és mutatószámok elemzése áll. A vizsgálat célja ezeknek megfelelően többszörös: (1) az 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, melyek alapján további megállapítások tehetők.

5.1. Empirikus elemzés módszertana

AZ ELEMZÉS CÉLJA, VIZSGÁLT HIPOTÉZISEK

Az empirikus elemzés homlokterében az előző fejezet feltevéseinek egy része és újabb hipotézisek állnak:

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 eszközrendszert, 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.

A statisztikai elemzés folyamata

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

- (1) A vizsgálatba bevont 29 ország egészségügyi rendszereit jellemző mutatószámok kiválasztása (5.2.1. *alfejezet*);
- (2) A kiválasztott mutatószámok idősorainak homogenizálása az összehasonlíthatóság érdekében (időintervallum kijelölése, ennek megfelelően az adatok szelektálása és rendszerezése) (5.2.2. *alfejezet*) (ld. 6. sz. melléklet);
- (3) A vizsgált időszakra (1995-2004) vonatkozó éves átlagos változás értékének meghatározása (adatonként/mutatószámonként, országonként) (5.2.3. *alfejezet*) (ld. 6. sz. melléklet);
- (4) A vizsgált időszak első három évére jellemző éves átlagos változás (1995-1997) és a vizsgált időszak utolsó három évére jellemző éves átlagos változás (2002-2004) értékének meghatározása (adatonként/mutatószámonként, országonként) (5.2.4. *alfejezet*) (ld. 6. sz. melléklet);
- (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 (SPSS programcsomag segítségével) (5.2.5. *alfejezet*) (ld. 7. sz. melléklet);
- (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 hipotézisekkel.

Források, adatbázis

Az elemzés alapjául az alábbi nemzetközi, on-line statisztikai adatbázisok* szolgáltak, melyek közül az Eurostat jelentette az elsődlegesen preferált adatbázist:

☞ Az Európai Unió (www.ec.int.eu) statisztikai adatbázisa (Eurostat);

☞ Az OECD statisztikai adatbázisa (www.oecd.org);

☞ A World Health Organization (WHO) statisztikai adatbázisa (www.who.int).

* 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.

5.2. Az elemzés folyamatának részletes bemutatása

5.2.1. 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.

Mindezek alapján az alábbi adatok és mutatószámok kerültek az elemzésbe:

- (1) Népességszám
- (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)

5.2.2. Az idősorok homogenizálása (ld. 6. sz. melléklet)

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.

A statisztikai adatbázisra és elemzésre vonatkozó további fontos információk az alábbiak:

- ☒ Néhány ország esetében az 1995-2004 közötti időszakra vonatkozóan nem állt rendelkezésre valamennyi szükséges adat és mutatószám (az elemzés során ezek külön fel vannak tüntetve).
- ☒ Két mutatószám esetében *((1)összegészségügyi kiadások a GDP%-ában; (2) egészségügyi közkiadások az összegészségügyi kiadások százalékában)* az 1995-2004 közötti időszakra vonatkozó adatok csak az OECD statisztikai adatbázisában voltak megtalálhatók: a vizsgált 29 európai országból mindössze

21 tagja az OECD-nek, ezért az ezen mutatószámokat tartalmazó elemzésekben 8 ország nem szerepel. A hiányzó adatok ellenére a nevezett mutatók elemzésben való felhasználását tartalmi jelentőségük miatt indokoltnak véltem (a vonatkozó részeknél a hiányosságok fel vannak tüntetve).

☞ *Ukrajnára* vonatkozóan nagyon kevés adat/mutatószám állt rendelkezésre, amely következtetések levonásához nem lett volna releváns, így kimaradt a statisztikai elemzésből.

5.2.3. Éves átlagos változás értékének meghatározása (ld. 6. sz. melléklet)

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, 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.

Amennyiben adott ország valamely mutatószámát illetően nem állt rendelkezésre minden adat a vizsgált időszakra vonatkozóan, úgy a kijelölt 9 éves időintervallum „rövidült”, ezért az 1995-2004-es perióduson belül a leghosszabb, minden elemet tartalmazó idősor lett alapul véve. Nyilvánvaló, hogy ez a módszertani-logikai korrekció valamelyest módosítja az így kiszámított éves átlagos változás értékének tartalmát (a kezdő és befejező év különbözősége, valamint a hatványgyökök miatt), ugyanakkor ez a torzítás az elemzés célját tekintve számottevő jelentőséggel nem bír:

☞ Az éves átlagos érték az adott időszakra vonatkozó tendencia egyetlen számértékben való megjelenítés, amely emiatt önmagában is „egyszerűsítést” tartalmaz;

☞ Átlagszámítás esetén az ilyen jellegű korrekciók az éves átlagos érték tekintetében nem számottevőek;

☞ Relatív kevés ország esetében volt szükség ilyen jellegű korrekcióra;

☞ Az ilyen formán korrigált értékek felhasználása nem torzítja az elemzéseket olyan mértékben, mint ezek figyelmen kívül hagyása tette volna.

* Az éves, átlagos változás értékét a vizsgált „n” évet felölelő időszak első és utolsó adatának hányadosának n-edik gyöke adja meg. Minthogy 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).

5.2.4. A vizsgált időszak első három (1995-1997) és utolsó három (2002-2004) évének éves átlagos változás értékének meghatározása (ld. 6. sz. melléklet)

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 következtetéseken. 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 (ld. 5.2.3. alfejezet). Az időszak első és utolsó három évre vonatkozó adatok, mutatószámok néhány ország esetében nem álltak maradéktalanul rendelkezésre – amennyiben az első/utolsó 3 évre vonatkozó adatokból legalább 2 egymást követő évre vonatkozóan rendelkezésre álltak adatok, úgy az éves átlagos változás értékei két évre vonatkozóan kerültek kiszámításra (ezen adatok, mutatószámok a mellékletben szereplő táblázatokban *pirossal* jelöltek).

5.2.5. 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 (ld. 7. sz. melléklet)

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, „változatlanosság”) és milyen ütemben (a teljes időszakhoz képest azonos, gyorsabb vagy lassabb ütemben) a vizsgált adatok, mutatószámok országonként, országcsoportonként (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.

5.2.6. Klaszterképzés

Klaszterek alatt olyan homogén csoportokat értünk, amelyek esetén a csoportosítás alapja egy adott metrika szerinti közelség, illetve egy adott hasonlósági mérték szerinti hasonlóság. Ennek megfelelően klaszteranalízis az egyedek vagy azok jellemzőinek olyan csoportosítása, amely a mintaelemek közötti hasonlóság vagy távolság alapján nem enged meg átfedést* a csoportok között. Az egy csoportba tartozás nem jelent feltétlenül minden szempontból azonosságot a halmaz elemei között, de hasonlóságot mindenképp. A klaszteranalízis segítségével egy rendezetlen adathalmazból igyekszünk egy strukturált rendszert létrehozni, amelyben az egymással legjobban összetartozó, egymásra legjobban hasonlító elemek alkotnak klasztert a köztük lévő esetleges, addig még nem ismert összefüggések feltárása céljából (Falus-Ollé, 2000, p. 268). A klaszteranalízis leggyakoribb fajtája az ún. hierarchikus klaszterezés: ekkor egyértelmű klaszterekből kiindulva, minden lépésben a két legközelebb fekvő klasztert összevonva csökkentjük a klaszterek számát, amíg minden eset egyetlen klaszterbe nem kerül. A folyamatot regisztráló dendogramot utólag kielemezve akkor fogadjuk el, amikor az összevonás erőltetett volt, azaz amikor az összevont klaszterek elég távol vannak egymástól. Jelen elemzésben a klaszterképzés „klasszikus” módszertantól elrugaszkodva nem a klaszterek számának csökkentésével és a klaszterek közötti távolságok elemzésével, hanem előre meghatározott klaszterhatárok kijelölésével (a statisztikai változók értéktartományán értelmezve a változás ütemét és tendenciáját alapul véve) történt az SPSS programcsomag segítségével készített pontdiagramok alapján.

* *Vannak olyan eljárások, amelyek lehetővé teszik az ún. átfedő klaszterek („fuzzy cluster”) létrehozását – ezek alkalmazása kevésbé elterjedt.*

A klaszterképzés alapját a változás ütemét meghatározó átló mellett 2-2 referenciatengely képezi (a pontdiagramokban függőleges vonallal jelölve, ld. 7. sz. melléklet), mert az eddigi elemzések (pontdiagramok, ld. 7. sz. melléklet) 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. 5. ábra, 8. sz. melléklet):

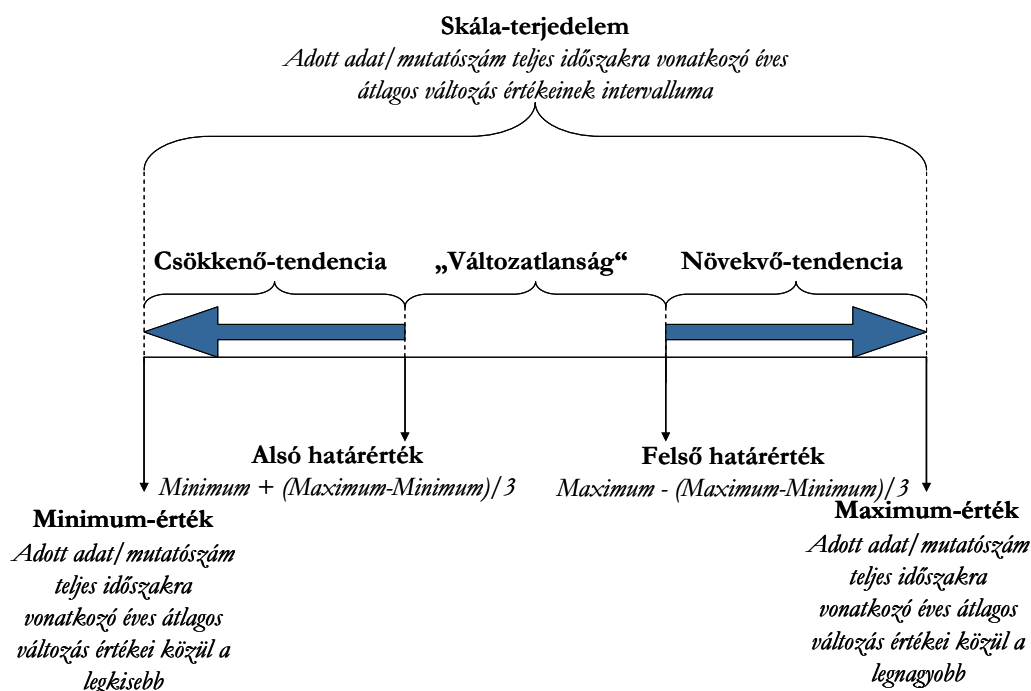
☞ A teljes időszakra vonatkozó éves átlagos változás értéke (1995-2004) valamennyi ország és vizsgált adat/mutatószám tekintetében kiszámításra került. Ezen teljes időszakra vonatkozó éves átlagos változások adott adat/mutatószám tekintetében egy érték-intervallumot jelölnek ki, ahol a skála két szélsőértékét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

☞ Jelen vizsgálatban a változás mértékét definiáló felosztás a skála intervallumának harmadolásával (1/3-1/3-1/3 arányban) 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)

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



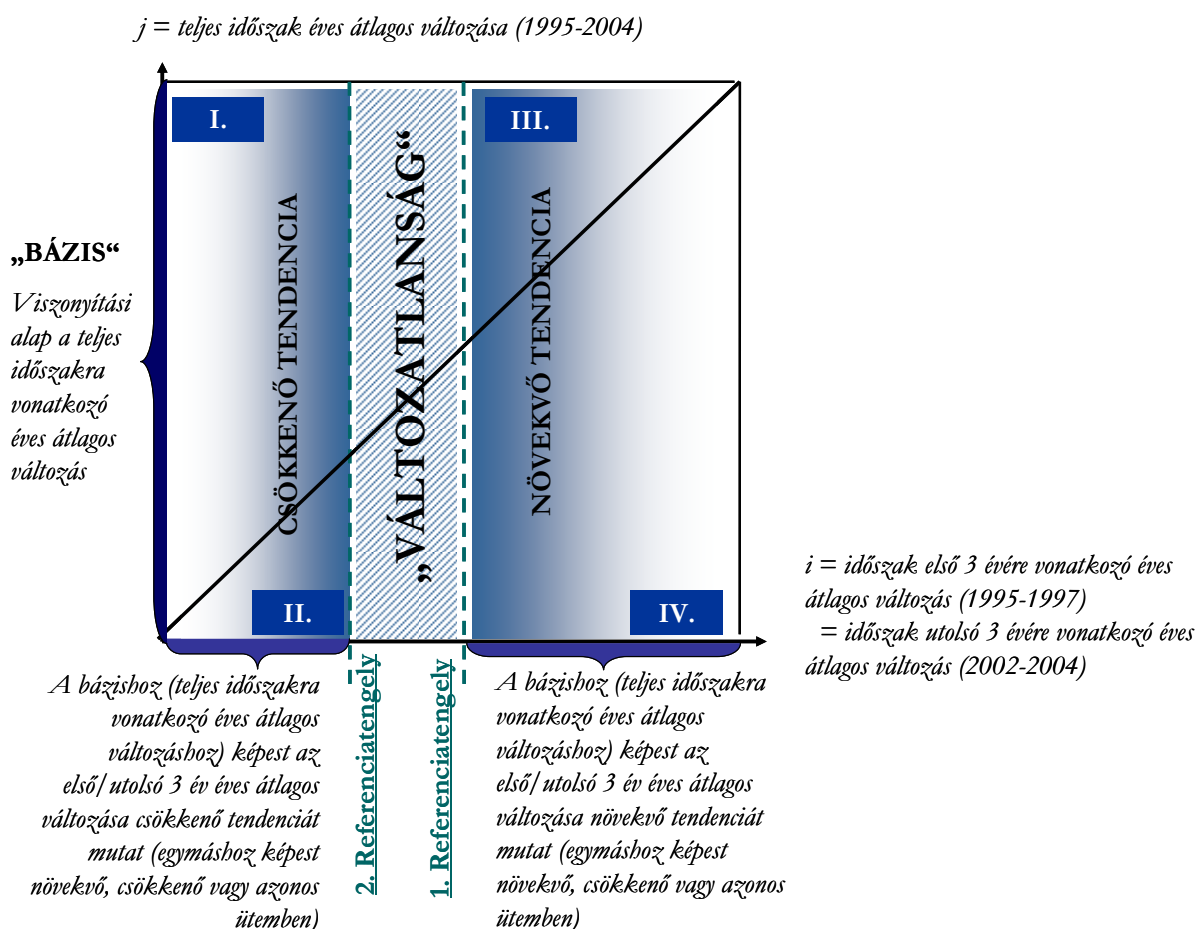
5. ábra: A változás dimenzióit értelmező skála

A változás-dimenziókat meghatározó skála alapján a pontdiagramok értelmezése a következő (ld. 6. ábra):

☞ A referenciatengelyek a teljes időszakra vonatkozó éves átlagos változás alsó- és felső határértékeinek (adatonként/mutatószámonként) 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 (ld. 8. sz. melléklet);

☞ 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) találhatók. Ebben az esetben az első/utolsó 3 év éves átlagos változása a teljes időszak éves átlagos változásához képest nem vagy nem számottevően változott.
- **Csökkenő** tendenciáról beszélhetünk, ha az első/utolsó 3 év éves átlagos változásának értékei a 2. referenciatengelytől balra (az alsó határérték alatti intervallumban) találhatók. 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) találhatók. Ebben az esetben az első/utolsó 3 év éves átlagos változása a teljes időszak éves átlagos változásához képest növekvő tendenciát mutat.



6. 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

5.2.7. 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 is, mely további kérdéseket vet fel, válaszol meg:

- ☞ Az időszak eleji klaszterek elemei megegyeznek-e az időszak végi klaszterelemekkel?
- ☞ Az egyes országok tekintetében (más klaszterbe) történő elmozdulás kimutatható, magyarázható-e valamilyen országspecifikus (fejlődéstörténeti) jellemzővel?
- ☞ A változatlanságot, csökkenő vagy növekvő tendenciát mutató országcsoportok között felfedezhető-e valamilyen összefüggés (a klasszikus alaptípusokhoz és/vagy a hasonló történelmi, gazdasági, társadalmi, stb. fejlődésnek köszönhetően)?
- ☞ Kimutatható-e egyfajta „tendenciózus együttmozgás” a klaszterelemek között (időszak eleji vs. időszak végi klaszterelemek)?

Mindezeknek megfelelően az elemzések az alábbi dimenziók mentén végezhetők el:

- A. Az adott mutatószám kapcsán a klaszterek elemeit vizsgálva (belső elemzés) a vizsgált időszak első és utolsó 3 évére külön-külön;
- B. Adott mutatószámon belüli klaszterek egymással való összehasonlítása (klaszterek közötti elemzés) a vizsgált időszak első és utolsó 3 évére külön-külön;
- C. Az időszak első és utolsó 3 évére vonatkozó eredmények összevetése;
- D. Országokénti elemzés: a változási ütem és tendencia által meghatározott klaszterek elemei mutatószámoként és a vizsgált időintervallumokat tekintve (időszak eleji és végi állapot) eltéréseket mutathatnak - a vizsgált országok mutatószámokénti elemzését a főbb vizsgálati célok priorálása miatt, valamint terjedelmi korlátoknál fogva a melléklet tartalmazza (ld. 10. sz. melléklet).

(A)-(B)-(C) Mutatószámokénti klaszterelemzés (ld. 7. és 9. sz. mellékletek)

(1) Népeségszám (ld. 7.1.1., 7.1.2. sz. mellékletek)

Csökkenő tendencia az időszak eleji értékek alapján 6 országban mutatható ki (I. klaszter: Észtország és Horvátország; II. klaszter: Bulgária, Lettország, Litvánia, Románia), míg az utolsó 3 év éves átlagos változásának tekintetében Horvátország kivételével ugyanazon országokban jellemző, mint az időszak elején (Románia, Litvánia, Észtország, Lettország, Bulgária). Csökkenő tendencia mutatható ki Magyarországon is. (Valamennyi a II. klaszterbe tartozik).

A vizsgált országok többségében a népesség számának éves átlagos változása az időszak elején és végén a teljes időszakhoz képest **nem mutatott számottevő eltérést** – a többség a „változatlan” klaszterbe tartozik az első és az utolsó 3 év éves átlagos változás vonatkozásában is.

Növekvő tendencia az első 3 év éves átlagos változása alapján csak egyetlen országban (Luxemburg) jellemző, míg az időszak végi értékek alapján Luxemburg, Írország (III. klaszter) és Spanyolország (IV. klaszter) is ebbe a csoportba tartozik.

Kiugró értékek:

☞ A horvát népességszámra vonatkozó, időszak eleji kiugró* érték egyértelműen a kilencvenes években még javában dúló polgárháborúnak tudható be, illetve ezzel szoros összefüggésben a háború befejeződése a népesség számának növekedését eredményezte (ez magyarázza a változatlan klaszterbe történő elmozdulást).

☞ Az Írországra vonatkozó adat a teljes időszak éves átlagos változása alapján tekinthető kiugrónak – ennek hátterében (közvetve) az ír gazdasági fejlődés áll.

☞ Luxemburg* az időszak eleji értékek alapján egyedül alkotja a növekvő tendenciát mutató klasztert – unikális jellege épp ebben áll. Ez a növekvő tendencia az időszak végére már nem jellemző rá.

☞ Növekvő tendenciát mutat az időszak végén Luxemburg és Írország mellett Spanyolország is – ez ugyancsak jelentős elmozdulást (nagy mértékű növekedést) mutat.

☞ További érdekesség, hogy az időszak elején és végén is csökkenő tendenciát mutató országok változási értékei az időszak végén közelítenek egymáshoz (a csökkenés üteme és értéke alapján is).

A népességszám változása alapján mind a vizsgált időszak elejét, mind a végét tekintve egy nagyobb (legtöbb elemszámmal bíró) és két-két kisebb klaszter különíthető el egymástól. Ezt a legnagyobb klasztert mind az időszak elején, mind a végén a „változatlan” tendenciájú országok képezik. Ugyanakkor sem az „eredeti”, sem a „későbbi” klaszterek elemei között, sem a klaszterek elemeinek felcserélődését illetően nem lehet összefüggést kimutatni az országok egészségügyi rendszerének klasszikus alaptípusokhoz való hozzárendelésével, sokkal inkább közvetett gazdasági, társadalmi események hatásaival.

* „Kiugró értékek” országok alatt azon országokat értem, amelyek akár a teljes időszak, akár az első vagy utolsó 3 év éves átlagos értéke alapján saját, nagyobb klaszterük (ti. csökkenő, változatlan vagy növekvő tendenciát mutató klaszterek) többi tagjától élesen elkülönülnek, láthatóan távol helyezkednek el a pontdiagramban (azaz amelyek a minimum- és maximum-értékeket veszik fel vagy ezekhez közelítenek), esetleg egyúttal a vizsgált időszak elejéhez képest az időszak végére egy másik klaszterbe is átkerültek (azaz jelentős mértékű elmozdulás figyelhető meg).

* A Luxemburgra statisztikai adatok olykor nem fedik le a valóságot (bizonyos (egészségügyi) szolgáltatások igénybevétele a szomszédos országokban olcsóbb, melyek torzítják a statisztikai adatokat), ezért ezen eredmények hitelessége a hivatkozott adatbázisok megbízhatóságának függvénye.

(2) GDP/fő (ld. 7.2.1., 7.2.2. sz. mellékletek)

Az időszak elején **csökkenő** tendencia jellemzi a vizsgált országok többségét (16 ország, melyek közül 10 az I., 6 a II. klaszterbe tartozik), míg az időszak végén 12 országra jellemző csökkenő tendencia (ebből Svájc, Svédország és Németország alkotják a II. klasztert).

Nem számottevő az első három év éves átlagos változása a teljes időszakra vonatkozóhoz képest 7 országban (Litvánia, Lengyelország, Szlovákia, Norvégia, Szlovénia, Egyesült Királyság, Finnország), az utolsó három évben pedig 11 országban.

A GDP/fő változását tekintve az időszak elején **növekvő** tendenciát 4 ország mutat (III. klaszter: Észtország, Lettország; IV. klaszter: Horvátország, Írország), az időszak végén pedig 5 ország (Észtország, Lettország, Románia (III. klaszter), Bulgária, Litvánia (IV. klaszter)).

Kiugró értékek:

☞ Az egy főre jutó GDP tekintetében mind a vizsgált időszak elején, mind a végén kiugró értékkel bír Bulgária. Mindemellett a vizsgált időszak elejéhez képest olyan mértékű növekedés jellemzi, hogy nem a második (változatlan), hanem harmadik klaszterbe (növekvő) került át (nemcsak a klaszteren belüli elkülönülése, hanem az elmozdulás mértéke is rendkívüli). Nyilvánvaló, hogy a növekedés mögött a bolgár gazdaság felzárkózása húzódik meg.

☞ Bulgária esetéhez ugyan nem fogható, mégis jelentős a Portugáliában bekövetkezett változás is: növekvő tendenciáról csökkenőre váltott az időszak végére, amely klaszterének tagjaitól nem jelent éles elkülönülést, saját „dimenziójában” azonban tekintélyes elmozdulást tudhat be magáénak.

☞ Írországra a kezdeti növekvő tendencia helyett majdhogynem csökkenő jellemző a vizsgált időszak végén.

Az egy főre jutó GDP tekintetében a vizsgált időszak elején egy nagyobb és két kisebb, míg az időszak végén két közel azonos elemszámú és egy kisebb klaszter különíthető el egymástól (az időszak elején a csökkenő tendenciát mutató klaszter a legnagyobb elemszámú, míg az időszak végén a csökkenő és változatlan klaszterek tagjainak száma közel azonos). A kezdeti nagyobb klaszter elemeinek elmozdulása (csökkenő és változatlan klaszterek elemszámának „kiegyenlítődése”) nem magyarázható sem a klasszikus alaptípusokhoz való hozzárendeléssel, sem egyéb, közöttük feltételezhető ok-okozati összefüggéssel, sokkal inkább egyéni fejlődéstörténeti eseményekkel.

(3) GDP növekedési ráta (ld. 7.3.1., 7.3.2. sz. mellékletek)

A GDP növekedési rátája tekintetében az időszak elején a **csökkenő** tendenciájú klaszter a legnagyobb elemszámú, ebből az I. klaszterbe 9, míg a II. klaszterbe 4 ország (Belgium, Dánia, Németország, Olaszország) tartozik. Az időszak végén csökkenés 16 országra jellemző (az első klaszterbe 15 ország tartozik, a másodikat Csehország egyedül képviseli).

Változatlanság jellemez az első három évben 6 országot (Lettország, Spanyolország, Szlovénia, Finnország, Hollandia, Norvégia), az időszak végén 8 országot (Írország, Lengyelország, Szlovénia, Magyarország, Görögország, Horvátország, Szlovákia, Bulgária).

Növekvő tendencia az első 3 év adatai alapján 8 államot érint (Észtország (III. klaszter), Írország, Litvánia, Horvátország, Lengyelország, Luxemburg, Portugália, Szlovákia (IV. klaszter), míg ugyanez a tendencia az időszak végén 4 országban (Észtország, Lettország, Litvánia, Románia) figyelhető meg.

Kiugró értékek:

☞ Bulgária a GDP növekedési ráta tekintetében is kiugró értékkel bír – a saját klasztertagoktól való távolság mértéke azonban az időszak elején nagyobb, mint az időszak végén. Emellett jelentős a vizsgált időszakban való elmozdulás is: a csökkenő tendenciájú klaszterből a változatlanba került át.

☞ Bulgáriához hasonló szélsőértéket képvisel Írország is - a saját klasztertagoktól való távolság mértéke mind az időszak elején, mind az időszak végén számottevő. Emellett jelentős a vizsgált időszakban való csökkenés mértéke is : a növekvő tendenciájú klaszterből a változatlanba került át.

☞ Lettország ugyancsak jól láthatóan elkülönül az időszak elején saját klaszterének tagjaitól, majd az időszak végére (ugyan egy másik klaszterben) konvergál a többi csoporttag felé. Változás figyelhető meg a klasztereket illetően is: változatlanból a növekvő tendenciájú országok közé „fejlődik”.

☞ Megemlíthető Románia esetében az utolsó 3 évre vonatkozó kiugró érték, azonban az időszak elejére vonatkozóan nem álltak rendelkezésre adatok, így az elmozdulás irányára és mértékére vonatkozóan nincs lehetőség elemzéseket végezni.

Míg a vizsgált időszak elején két, közel azonos elemszámú és egy kisebb klaszter, addig az időszak végére egy nagyobb és két, közel azonos elemszámú klaszter különíthető el. Ez azt is jelenti, hogy a vizsgált országok többségére egyfajta együttmozgás jellemző (csökkenés figyelhető meg az elmozdulások irányára alapján). A klaszterek elemei között elsősorban a hasonló történelmi múlt, gazdasági és társadalmi helyzet, mint a klasszikus alaptípusokhoz való tartozás alapján találhatók összefüggések.

(4) 100 ezer lakosra jutó orvosok száma (ld. 7.4.1., 7.4.2. sz. mellékletek)

A 100 ezer lakosra jutó, praktizáló orvosok számát tekintve az időszak elején **csökkenő** tendencia figyelhető meg 17 országban. A volt szocialista országok közül csak Horvátország „lóg kis a sorból” – mindenhol máshol csökkenő tendencia jellemző. Az időszak utolsó 3 évének éves átlagos változása alapján csökkenő tendencia jellemző 15 országra (I. klaszter 11 ország, II. klaszter: Lengyelország, Magyarország, Lettország, Észtország).

Nem számottevő a változás az időszak elején 5 országban (Luxemburg, Ausztria, Egyesült Királyság, Spanyolország, Horvátország), míg az időszak végén ugyanez 3 országot érint (Egyesült Királyság, Norvégia, Románia).

Növekvő tendencia egyetlen országban sem mutatható ki az időszak elején, míg az időszak végi adatok alapján Luxemburg és Spanyolország ebbe a klaszterbe kerül.

Kiugró értékek:

☞ A vizsgált időszak elején Szlovákia jelentősen elkülönül saját klaszterének többi tagjától, az időszak végére azonban konvergál a többi országhoz. Ugyan ez az elmozdulás (növekedés) nagy mértékű, mégsem kerül át másik klaszterbe.

☞ Norvégia hasonló kiugró értéket képvisel az időszak elején. Az utolsó 3 év adatai az első 3 évhez képest ugyancsak jelentős elmozdulást (növekedést) mutatnak, mely klaszterváltást is eredményez (csökkenő tendenciájából a változatlanba).

☞ Luxemburg* esetében ugyancsak számottevő változás mutatható ki – míg az első 3 évben változatlan tendencia, addig az utolsó háromban növekvő jellemzi (az elmozdulás mértéke rendkívüli).

Mind az időszak elejét, mind a végét tekintve a 100 ezer lakosra jutó orvosok számát illetően tendenciózus együttmozgás jellemző a vizsgált országok többségére (egy nagyobb klaszter különíthető el). A kisebb klaszterek elemei között nem található összefüggés az egészségügyi rendszerek klasszikus alaptípusai szerinti rendszerezés alapján.

(5) 100 ezer lakosra jutó kórházi ágyak száma (ld. 7.5.1., 7.5.2. sz. mellékletek)

A 100 ezer lakosra jutó kórházi ágyak számát tekintve a vizsgált időszak első és utolsó három évében a teljes időszakhoz képest az éves átlagos változás sehol nem volt **csökkenő** tendenciájú.

Változatlanság jellemzi ebben a tekintetben az időszak elején Lettországot, Svédországot, míg Magyarország és Litvánia határértékeket képviselnek. Az időszak végi értékek alapján változatlanságról csak 3 ország tanúskodik (Lengyelország, Románia, Olaszország).

* A Luxemburgra vonatkozó statisztikai adatok olykor nem fedik le a valóságot (bizonyos egészségügyi szolgáltatások igénybevétele a szomszédos országokban olcsóbb, melyek torzítják a statisztikai adatokat), ezért ezen eredmények hitelessége a hivatkozott adatbázisok megbízhatóságának függvénye.

Növekvő tendencia jellemzi mind az időszak elején (22 ország, melyből a III. klaszterbe Csehország, Ausztria és Norvégia tartoznak), mind az időszak végén (21 ország, melyből a III. klaszterbe Ausztria, Norvégia és Szlovákia tartoznak) a legtöbb vizsgált országot.

Kiugró értékek:

☞ Az időszak eleji adatok alapján kiugró értéket képvisel Svédország, azonban az időszak végére vonatkozóan nem álltak rendelkezésre adatok, így az elmozdulás irányára és mértékére vonatkozóan nincs lehetőség elemzéseket végezni.

☞ Luxemburg esetében hasonló a helyzet Svédországgal – nem áll rendelkezésre adat az időszak végére vonatkozóan, így nincs lehetőség az összehasonlításra.

☞ Bulgária saját klasztertagjaitól való távolsága az időszak elején és végén is kimutatható, de az elmozdulás (csökkenés) mértéke nem olyan nagy, hogy klaszterváltásra kerüljön sor.

☞ Ugyan Olaszország esetében nem jelentős a klaszter többi tagjától való távolsága, az időszak végére a növekvő tendenciájú csoportból a változatlanba mozdul el.

☞ Fontos megemlíteni Lengyelországot és Romániát: az időszak elején mindkét ország a növekvő tendenciájú klaszterbe tartozott, az időszak végére azonban a rendkívüli elmozdulás (csökkenés) miatt a változatlan klaszterbe kerültek át.

A 100 ezer lakosra jutó kórházi ágyak számát illetően az időszak elején és végén is egy nagyobb klaszter különíthető el.

(6) Háztartások egészségügyi kiadásai összkiadásaik %-ában (ld. 7.6.1., 7.6.2. sz. mellékletek)

A háztartások egészségügyi kiadásait tekintve az időszak elején a vizsgált országok többségét **csökkenő** tendencia jellemzi (az I. klaszterbe 15 ország tartozik, a II. klaszterbe Dánia, Luxemburg és Olaszország). Az időszak végén 17 országban figyelhető meg csökkenő tendencia (ebből 13 az I. klaszterbe, 4 a II. klaszterbe (Ausztria, Franciaország, Görögország, Egyesült Királyság) tartozik).

Az időszak eleji adatok alapján 7 országban jellemző **változatlanság** (Lengyelország, Litvánia, Svédország, Finnország, Szlovénia, Lettorság, Belgium), az időszak végén pedig 7 országban (Lengyelország, Románia, Írország, Hollandia, Portugália, Csehország, Luxemburg)

Növekvő tendencia az első 3 év éves átlagos változása szerint nem figyelhető meg egyetlen országban sem, az utolsó 3 év adatai alapján növekvő tendencia csak Szlovákiára jellemző (IV. klaszter).

Kiugró értékek:

☞ Észtország és Szlovákia különülnek el leginkább a többi országtól - ezt a szélső helyzetet az időszak végén is megtartják. Míg Észtország eredeti klaszterében marad, addig Szlovákia jelentős növekedést mutatva a csökkenő tendenciájú klaszterből a növekvőbe mozdul el.

☞ Luxemburg* esetében ugyancsak számottevő változás mutatható ki – míg az első 3 évben csökkenő tendencia, addig az utolsó háromban változatlan jellemzi (az elmozdulás mértéke jelentős).

Az időszak elején és végén is egy nagyobb és egy kisebb klaszter különíthető el egymástól. Utóbbi esetében az időszak végére nő a klaszter elemeinek száma – a klaszterek elemeinek cserélődése (az „átmozgások”) nem a klasszikus alaptípusokhoz való tartozáshoz, sem a hasonló társadalmi-gazdasági helyzethez kapcsolhatók, sokkal inkább az érintett országok egészségügyi rendszereiben bekövetkezett változásokhoz és azok hatásaihoz.

(7) Egészségügyi kiadások a GDP %-ában (ld. 7.7.1., 7.7.2. sz. mellékletek)

Az egészségügyi kiadásokat tekintve az időszak elején a vizsgált országok többségére (17 ország, I. klaszter) **csökkenő** tendencia volt jellemző. Az időszak végi adatok alapján ugyanez a tendencia csak 10 országot (9 ország (I. klaszter), Ausztria (II. klaszter) érint.

Változatlanság jellemezte az első 3 év megfelelő értékei alapján Norvégiát, Olaszországot és Svájcot, az utolsó 3 év adatai alapján pedig 8 országot.

Növekvő tendencia nem mutatható ki az időszak elejét tekintve, míg az időszak végén három ország is ebbe a klaszterbe sorolandó (IV. klaszter: Luxemburg, Belgium, Spanyolország).

Kiugró értékek:

☞ Kiugró értékkel az időszak elején Luxemburg bír – ez a szélsőhelyzet az időszak végén is megmarad. A jelentős elmozdulás (növekedés) miatt klaszterváltásra is sor kerül (csökkenő tendenciából növekvőbe).

☞ Belgium és Spanyolország Luxemburghoz hasonlóan a nagy mértékű növekedés eredményeképp a kezdeti csökkenő tendenciájú klaszterből növekvőbe kerültek át.

☞ Magyarország esetében is jelentős az elmozdulás: ugyan nem kerül át másik klaszterbe, de számottevő a növekedés mértéke.

Az egészségügyi kiadások tekintetében a kezdeti egy nagy és egy kisebb klasztert az időszak végén két nagyobb és egy kisebb váltja fel. Az azonos klaszterbe tartozó országokon belül az értékek közelítenek egymáshoz.

* A Luxemburgra vonatkozó statisztikai adatok olykor nem fedik le a valóságot (bizonyos (egészségügyi) szolgáltatások igénybevétele a szomszédos országokban olcsóbb, melyek torzítják a statisztikai adatokat), ezért ezen eredmények hitelessége a hivatkozott adatbázisok megbízhatóságának függvénye.

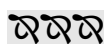
(8) Egészségügyi közkiadások az egészségügyi kiadások %-ában (ld. 7.8.1., 7.8.2. sz. mellékletek)

Az egészségügyi kiadásokon belüli közkiadások aránya alapján **csökkenő** tendencia jellemzi az időszak elején az Egyesült Királyságot, Norvégiát, Hollandiát (I. klaszter), Belgiumot és Magyarországot (II. klaszter). Az utolsó 3 év adatai alapján ugyanez a tendencia jellemző Görögországra, Lengyelországra, Németországra és Belgiumra (I. klaszter).

Nem számottevő a változás a vizsgált időszak elején 12 országban, illetve az utolsó 3 év tekintetében 13 országban.

Az egészségügyi kiadásokon belüli közkiadások aránya alapján **növekvő** tendencia jellemzi Írországot (IV. klaszter), Portugáliát és Svájcot (III. klaszter) az első 3 év adatai alapján, míg az időszak végi értékek szerint ugyancsak 3 ország (Írország, Egyesült Királyság, Magyarország (IV. klaszter)) tartozik ugyanezen csoportba.

Az egészségügyi közkiadásokat tekintve mind az időszak elején, mind a végén egy nagyobb klaszter és két-két kisebb klaszter különíthető el. Ezen kisebb klaszterek elemei olyannyira szórtnak helyezkednek el egymáshoz képest is, hogy külön elemzésük nem képezi e vizsgálat tárgyát. Ugyanakkor megállapítható, hogy az időszak végére az értékek közelítenek egymáshoz.



A statisztikai elemzések komplex, átfogó módon próbáltak arra a kérdésre választ keresni, hogy az egészségügyi rendszereket jellemző statisztikai adatok és mutatószámok mentén az európai egészségügyi rendszerek alaptípusai közötti eltérések kimutathatóak-e, avagy ezen alaptípusokhoz rendelhetőek-e eltérések. A vizsgálatok alapján megállapítható, hogy a statisztika adatok és mutatószámok alapján jelentős eltérések mutathatók ki az európai egészségügyi rendszerek között, azonban ezek nem rendelhetőek a klasszikus alaptípusokhoz, sokkal inkább az azonos történelmi múlttal rendelkező, hasonló gazdasági és társadalmi fejlettségű országok között fedezhetőek fel hasonlóságok.

Az empirikus kutatások továbbá arra a kérdésre keresték a választ, hogy az egészségügyi rendszerek jellemzésére szolgáló statisztikai adatok és mutatószámok mentén kimutatható-e egyfajta konvergálási tendencia, mely a statisztikai mutatószámok változásának értékei alapján (ti. változás iránya, üteme) képzett klaszterek segítségével került elemzésre. Mindezek alapján megállapítható, hogy a nyolc mutatószám mindegyikét illetően léteznek olyan nagyobb klaszterek, melyek a vizsgált országok többségét lefedik. Ez arra enged következtetni, hogy a más-más alaptípushoz való tartozás és az eltérő eszközrendszer ellenére ezen mutatószámok mentén a változás egyfajta tendenciózus

együttmozgást eredményez. Az egészségügyben lezajló változások a vizsgált adatok, mutatószámok többségét illetően Európa-szerte hasonló irányba mutatnak.

Ez a tendenciózus változás egyfajta konvergálásként is értelmezhető, ugyanakkor a változás iránya alapján képzett klaszterek elemei között nem lehet kapcsolatot felfedezni a klasszikus alaptípusoknak megfelelően, inkább az országok hasonló gazdasági fejlettségét, közös történelmi gyökereiket tekintve (pl. a poszt-szocialista államok kapcsán).

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 – hibriditás⁶⁴ 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, továbbfejlődtek.

Az egészségügyi rendszerek „eleve elrendeltetett helyzetük” (ti. a közszféra és a szolgáltató szektor egy-egy részhalmazának 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 sajátságokból 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.

(1) Biztosítási rendszer

A járulékalapú finanszírozási formát követő országokban (bismarcki modell) a kötelező társadalombiztosítás egy és több finanszírozón keresztül valósul meg, ezen belül is az egybiztosítós rendszer elsősorban a volt szocialista országokra jellemző, összefüggésben az előző vizsgálati téma eredményével, amely a közös történelmi gyökerek fontosságára mutat rá, hiszen az egybiztosítós rendszer a Szemaskó-modell meghatározó alappillére volt. A több-biztosítós rendszerekben azonban nem érvényesül a koherens jelleg: a többségében ágazati biztosítók mellett földrajzi és vállalati

⁶⁴ A hipotézisek, tézisek megfogalmazásakor alkalmazott „hibrid” és „heterogén” jelzők nem azonos tartalommal bírnak, következetes megkülönböztetésük az empirikus elemzés jellegével szoros összefüggésben áll. „Hibrid” alatt a kevert jelleget értem, mely a leíró-összehasonlító, elvi-modellező vizsgálatok során értelmezhető (ti. az egészségügyi rendszerek organikus fejlődése vagy tudatos alakítása a struktúrában és eszközrendszerben kevert, sokszínű jelleg kialakulását eredményezi), míg a „heterogenitás” ezen elvi dimenzióban értelmezett sokszínűségnek a gyakorlat szintjére történő konvertálása (ti. a statisztikai mutatószámok mentén a kevert jelleg nem, de az eltérés és különbség értelmezése lehetséges).

biztosítók is működnek, amely tovább árnyalja a kötelező társadalombiztosítási rendszerek sokszínűségét.

(2) Magán egészségügyi kiadások

A co-payment kifizetéseket illetően is nagyon változatos képet találunk - nemcsak a klasszikus alaptípusok szerinti országsoportokon, hanem adott országon belül is változhat az alkalmazott magán egészségügyi kiadások formája, mértéke az ellátás szintjétől, a jogi környezettől, a finanszírozó (harmadik szereplő) szerepétől, az ellátórendszer struktúrájától, stb. függően. Sok esetben az egyes típusok egymással való kombinálása (például fix és százalékos co-payment) további „új” típusok kialakítását eredményezi.

Az alapellátásban a volt szocialista országokat illetően a nyugat-európai országokhoz képest kevésbé jellemzőek a magán egészségügyi kiadások – ez elsősorban a Szemaskó-modell által hirdetett „ingyenes ellátáshoz való alanyi jog” hagyatékaként magyarázható.

(3) Kórházi tulajdonformák és kórházfinanszírozás

A kórházfinanszírozás tekintetében egységesebb képet mutatnak az európai egészségügyi rendszerek az eddigi szempontokhoz képest. Legjellemzőbb kórházfinanszírozási forma a prospektív esetfinanszírozás, de sok helyen jelen van a globális költségvetés is. Ez elsősorban a beveridge-i államokra jellemző, ahol a finanszírozás alapja az adó, amely az erősen decentralizált közigazgatású országokban különös jelentőséggel bír. Ezen túlmenően a skandináv államok (ugyancsak, mint beveridge-i országok) az esetfinanszírozást inkább menedzsment technikának, mint a finanszírozhatóság egyik „túlélési” eszközének tekintik.

(4) Orvosok jogállása és javadalmazása

Mind az orvosok jogállását, mind a javadalmazás formáját tekintve olyan különbségek fedezhetők fel a vizsgált országokat tekintve, hogy sem a klasszikus alapításoknak megfelelő országrendszerelés, sem az ellátási szintek szerinti elemzések alapján nem lehetett összefüggéseket kimutatni.

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 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 eszközrendszert, 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.

A nemzetközi tapasztalatok és gyakorlat adaptációs lehetőségét meghatározza a mindenkori nemzeti feltételrendszer, így a jelenleg működő egészségügyi rendszerek által alkalmazott eszközöket tekintve nem elsősorban a klasszikus alaptípusok szerinti rendszerezés alapján találunk hasonlóságokat, hanem a közös történelmi gyökereknek, fejlődéstörténeti azonosságoknak megfelelően.

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 rendezhetők, 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 feleltethetők 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 az 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 esetben (*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 esetben (*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 mérvado: 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 kiegyenlítődt – 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 elemszámra 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 kiegyenlítődt – 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 elemszámra 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 értékeknek**** 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.

VI. KÖZMENEDZSMENT AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN

* Nemzetközi tapasztalatok, kutatási eredmények *

Az elmúlt egy-két évtizedben más utakon járva, mégis azonos irányba haladva elindultak a közszektort érintő újragondolások, fejlesztési törekvések részben az állammal szembeni még határozottabb állampolgári igények megfogalmazódásával, részben a gazdasági-társadalmi kényszerhelyzet szülte újszerű kihívások megjelenésével.

Az egészségügyben indukált változások eredőit sokkal egységesebb képet mutatnak a közszféra egyéb területein elindított, (részben) megvalósított reformok indítékaihoz képest – a demográfiai és gazdasági események generálta „pathhelyzet” szinte valamennyi európai ország osztályrésze. Az „egy tőről fakadással” összefüggésben az egészségügyi rendszerek működtetésének hatékonyságát célzó változtatások hasonló egészségpolitikai célkitűzések mentén szerveződtek, sokszor - mégis - ellentétes eszközrendszerrel élve.

6.1. Nemzetközi reformok tapasztalatai⁶⁵

6.1.1. Finanszírozási rendszerre irányuló reformok (forrásteremtés és forrásallokáció)

A nyugat-európai országokban a finanszírozás területén csak kismértékű volt az állam visszavonulása, ami a rendszerek alapvető jellemzőit nem érintette - a forrásteremtés alapvető rendszerét egyetlen ország sem változtatta meg. (Néhány országban, pl. Nagy-Britanniában, Új-Zélandon jelentős viták folytak, de ezek nem vezettek tényleges változáshoz.) (Orosz, 2001a, p. 47). A kelet- és közép-európai volt szocialista országok esetében a rendszerváltást követően (egy-két kivétellel) a Szemaskó-modellt megelőző gyökerekhez nyúltak vissza, a forrásteremtésben való állami szerepvállalás jelentős mértéke azonban megmaradt (ezt az egészségügyi piac tökéletlensége indokoltta is teszi).

A közmenedzsment decentralizációs törekvéseire az egészségügyben többek közt a forrásallokációt illetően találunk példát: a lengyel decentralizációs kísérletek azonban nem váltották be a hozzájuk fűzött reményt. Az első jelentős reform (1997) eredményeképpen megszűnt a központosított állami költségvetésen alapuló finanszírozás. 1999-ben bevezették az egészségbiztosítási rendszert, amelynek alapját a 16 vajdasági egészségbiztosítási pénztár képezte. Az önálló pénztárak költséges működtetése és nem megfelelő koordinálása folytán a továbbiakban is problémát okoztak a felhalmozódó adósságok, nem enyhültek az egészségügy finanszírozási problémái. 2001-ben a kormány ismét a rendszer átalakítása mellett döntött. A reform második fordulója újraközpontosítást jelentett, és

⁶⁵ Vö. Orosz, É. (2001a, p. 47; pp. 166-167)

2003-ban a lakosság átfogó egészségbiztosításáról szóló törvény életbe lépésével az Országos Egészségbiztosító Pénztár került az egészségbiztosítás élére. Ily módon Lengyelország egészségügyi rendszere - a vajdaságok szerint tagozódó egészségbiztosítási pénztárak összevonása révén - központosított országos egészségbiztosításon alapul. Lengyelországhoz hasonlóan *Horvátországban* az 1990-es reform központosította a korábban decentralizált pénzügyi begyűjtési rendszert.

Néhány országban (Németország, Hollandia, Csehország) a reformok egyik fő célja a biztosítók közötti verseny megteremtése volt, amitől általában a hatékonyság növelését, az egészségügyi kiadások növekedésének a mérséklődését várták. Ugyanakkor azok a szabályozások, amelyeket a versenyző biztosítók esetében fellépő káros hatások (pl. jó kockázat lefölözése, magas adminisztratív költségek) korlátozása érdekében alkalmaztak – amelyek kiterjedtek a járulékok, a szolgáltatási csomag, a szolgáltatóknak fizetendő ár, és a biztosító adminisztratív szervezetére vonatkozó kérdésekre – valójában kevés teret hagytak a versenynek. Lényegesen több országban állt a viták középpontjában a verseny megteremtése az egészségbiztosításban, mint ahány országban végül is gyakorlati lépések születtek.

A piaci-típusú eszközöket alkalmazó reformok a szolgáltatás szférájára és az erőforrások elosztására (finanszírozási módszerekre) koncentráltak. A fő jellemzők: a vásárló és eladó szerepek szétválasztása és a szolgáltatók versenyeztetése, (főleg a közpénzekért folyó) szerződéses rendszeren keresztül. Olyan „vásárló” megteremtését célozták a reformok, amely az egyén képviseletében hatékonyan képes fellépni a szolgáltatókkal szemben. Ez a vásárló lehet az önkormányzat (Svédország), a területi menedzser vagy GP csoport (Anglia) vagy a biztosítási alap (Hollandia). A fentiek alapvető feltétele: a finanszírozó és szolgáltató szerep elválasztása (ahol ez korábban nem volt meg: Anglia, Svédország); továbbá a központi ár és/vagy költségvetési szabályozás lazítása. A hagyományos finanszírozók ezeknek a követelményeknek* kevésbé képesek megfelelni (Orosz, 2001a, p. 47).

6.1.2. Költségek megosztása, magán egészségügyi kiadások

A 80-as évek közepéig a nyugat-európai országokban a költségek megosztásának (co-paymentnek) a szerepe nem volt jelentős és az önkéntes biztosítás is csak néhány országban játszott jelentősebb szerepet (Hollandia, Németország, Ausztria, Franciaország). A szolgáltatások néhány kivételtől eltekintve beletartoztak a közfinanszírozás által nyújtott ellátásba (kivéve a fogászati ellátás bizonyos része, gyógyfürdő, továbbá a gyógyszerek egy része). A 80-as évek közepétől növekedtek a lakossági

* *A finanszírozó fő funkciói: (i) a biztosítási funkció: a szolgáltatás igénybevételekor felmerülő pénzügyi kockázatot átvállalása; (ii) a képviseleti funkció: a fogyasztó hatáskörű képviselőjeként működik, informált és takarékos vásárló, és megfelelő információt szolgáltat az ellátás minőségéről; (iii) a hozzáférés biztosítása: garantálja a szolgáltatásokhoz való hozzáférést (Orosz, 2001a, p. 47).*

térítési díjak és a kiegészítő biztosítások szerepe is. Az országok egy részében a 90-es években tovább erősödött ezen eszközök alkalmazása, azaz a kiadások áthárítása a szolgáltatásokat igénybe vevőkre. Az utóbbi években a co-payment szerepe növekedett, különösen a gyógyszerek esetében, ugyanakkor jelentős viták folytak a co-payment szerepéről (Orosz, 2001a, p. 47).

6.1.3. Egészségügyi reformok a kórházi tulajdonformákat, kórházfinanszírozást illetően

Franciaországban az egészségügyi összkiadásnak megközelítőleg a felét a kórházi ellátásra fordított összegek teszik ki, ezért 2003-ban meghirdették a kórházi szektor hatékonyságát és irányítását előmozdító „Hôpital 2007” elnevezésű reformtervet, melynek egyik fontos intézkedése a tevékenységen alapuló finanszírozási rendszer bevezetése volt a köz- és a magánkórházakban egyaránt (ezt megelőzően különbözőképpen finanszírozták a két szektor kórházait).

Az elmúlt évtizedekben a nyugat-európai országokban csökkent az átlagos ápolási idő, továbbá a kórházi ágyak száma is. Nem egyértelmű azonban, hogy ez hosszabb távon hozzájárult-e a kiadások csökkenéséhez. Kanavos és Yfantopoulos⁶⁶ (1999) vizsgálata szerint csupán négy országban (Finnország, Franciaország, Írország, Svédország) figyelhető meg, hogy az átlagos ápolási idő és a kórházi ágyak számának a csökkenése megtakarítást eredményeztek az összes egészségügyi kiadásban, három országban azonban épp az ellenkező hatást (a kiadások növekedését) váltotta ki (pl. a technológia intenzívebb alkalmazása miatt) (Orosz, 2001a, p. 166).

6.2. Kutatási eredmények: közmenedzsment-jegyek az egészségügyben

6.2.1. Leíró-összehasonlító elemzések eredményei

A forrásteremtés módja alapvetően befolyásolja, hogy a társadalom egyes csoportjai milyen mértékben viselik az egészségügyi ellátás működtetésének anyagi terheit, továbbá az ellátáshoz való hozzáférés esélyeit. Európában az egészségügy finanszírozása többnyire adókból és kötelező társadalombiztosításból történik, azonban az utóbbi évtizedekben **megnövekedtek a magán egészségügyi kiadások** is. A magán egészségügyi kiadásokra vonatkozóan 23 ország esetében álltak rendelkezésre információk. Ezek szerint az alapellátás szintjén 10, a járóbeteg-szakellátásban 16, míg a fekvőbeteg-ellátásban 12 országban van jelen a co-payment valamilyen formája.

A fejlett országok gyakorlatában a kórház tulajdoni és működési viszonyai tekintetében a magánszféra különböző formában és eltérő súllyal mindenütt jelen van, ugyanakkor az egészségügyi ellátórendszer gerincét mindenütt köztulajdonú intézmények alkotják. A túlnyomóan állami tulajdonlás nem zárja ki a versenyszférából adaptált menedzsment-technikák alkalmazását – ennek

⁶⁶ In: Orosz (2001a, p. 166)

legkézenfekvőbb példája a kórházfinanszírozás tekintetében mutatható ki: 28 országból 25-ben az **esetfinanszírozás valamilyen formáját alkalmazzák**.

A hatékonyságot célzó pénzügyi korlátok alkalmazása és a fizikai input korlátozása mellett napjainkban egyre inkább előtérbe kerülnek az **egyedi orvosi döntések befolyásolását célzó eszközök** (Orosz, 2001a, pp. 172-173).

6.2.2. Statisztikai elemzések eredményei

A statisztikai vizsgálatok kapcsán a közmenedzsment egészségügyben való „kimutatása” a demográfiai (*népességszám*) és gazdasági (*GDP/fő; GDP növekedési ráta*) adatok, mutatószámok esetében csak közvetve értelmezhető – az ezekre vonatkozó megállapítások inkább kiindulási okokként, mint hatásként értelmezhetők (például a népesség számának változási értékei tekintetében Európa-szerte azonos tendencia figyelhető meg, mely a vizsgált időszak végén is jellemző volt. Ez az évtized eleji kedvezőtlen demográfiai helyzet „állandósulását” jelenti, amely a gazdasági mutatókkal összevetve akár még súlyosabb terheket is róhatnak egyes országokra).

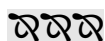
A *100 ezer lakosra jutó orvosok számát* illetően csökkenő tendencia jellemzi az időszak eleji és időszak végi állapotot egyaránt – ez a jelenség egyfajta kiadáscsökkentő eszközként aposztrofálható.

A *100 ezer lakosra jutó kórházi ágyak számát* illetően egyaránt növekvő tendencia jellemzi az időszak eleji és időszak végi állapotot – ez egyrészt ellentmond a pénzügyi korlátozásokra törekvő egészségpolitikai célkitűzéseknek, másrésztől összhangba hozható az egészségügyi ellátás színvonalának növelését szorgalmazó intézkedésekkel.

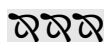
A *háztartások egészségügyi kiadásai* az időszak elejéhez képest az időszak végén több országban elmozdulást eredményeztek (növekedést mutatva) – ez alátámasztja a magán egészségügyi kiadások növekedésének jelenségét.

Az *egészségügyi kiadások* esetében a háztartásokhoz hasonló folyamat figyelhető meg – több országban ugyancsak a növekedés irányába történtek elmozdulások az időszak végére, amely a - már korábban is említett – demográfiai és gazdasági mutatók kedvezőtlen változásainak következményeként is magyarázható.

Az *egészségügyi közkiadások* tekintetében szignifikáns „klaszter-elmozdulás” nem mutatható ki. Az előző mutatóval (az egészségügyi kiadások bizonyos országokban történő növekedésével) összevetve ez is visszaülthet a magán egészségügyi kiadások növekedésére.



Az empirikus vizsgálatok alapján megállapítható, hogy a közsféra szinte valamennyi területét érintő közmenedzsment-hatások az európai egészségügyi rendszerekben is kimutathatók.



VII. A KUTATÁSI EREDMÉNYEK FELHASZNÁLÁSI LEHETŐSÉGEI

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 közsféra és ezen belül az egészségügy, mint a nagy elosztórendszerek talán legspeciálisabbja, a közgazdaságtani és egyéb tudományterületek vizsgálatainak homlokterébe fokozatosan szivárogtak csak be, lemaradva a nyugat-európai tudományos eredmények mögött, azokat a hazai irodalomba nem integrálva. Többek közt ennek tulajdonítható, hogy a közsférára 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 országcsoporthoz tartozók elemzése;
- azonos klaszterbe tartozó országelemzés;
- azonos elmozdulást mutató (klaszterváltó) országok elemzése, stb.

FELHASZNÁLT IRODALOM

1.	ALEWELL, K.- RITTMEIER, B. (1977)	Dienstleistungsbetriebe als Gegenstand von Regionalförderungsmaßnahmen <i>Saarbrücken</i>
2.	ANDREW, C.- GOLDSMITH, M. (1998)	From Local Government to Local Governance- and Beyond? <i>International Political Review, Vol. 19, No. 2 (pp. 101-117)</i>
3.	ARROW, K. J. (1963)	Uncertainty and welfare economics of medical care <i>The American Economic Review, 53, 5 (pp. 941-973)</i>
4.	BABBIE, E. (1999)	A társadalomtudományi kutatás gyakorlata <i>IV. kiadás, Balassi Kiadó, Budapest</i> (Eredeti kiadás: <i>The Practice of Social Research, Wadsworth Publishing Company, 1989</i>)
5.	BALDERSHEIM, H.- ILLNER, M.- OFFERDAL, A.- ROSE, L.- SWIANIEWICZ, P. (1996)	Local Democracy and the Processes of Transformation in Eastern-Central Europe <i>Westview Press, USA/UK</i>
6.	BÁCSY, E.- VIZI E., SZ. (1998)	Az emberi élet minősége Magyarországon <i>In: Népeség, Orvos, Társadalom c. stratégiai kutatások gyűjteménye, Magyar Tudományos Akadémia, Budapest</i>
7.	BEREKOVEN, L. (1983)	Der Dienstleistungsmarkt in der Bundesrepublik Deutschland <i>Göttingen</i>
8.	BLUM, U. (1992)	Volkswirtschaftslehre <i>Studienhandbuch; München/Wien</i>
9.	BOKROS, L. (2004)	Verseny és szolidaritás <i>Szerkesztette: Tarnói Gizella; Élet és Irodalom Budapest</i>
10.	BONCZ, I. DR. (2001)	A magán- és közkiadások aránya az egészségügyi finanszírozásban nemzetközi összehasonlítások alapján <i>Egészségügyi Gazdasági Szemle; 39. évfolyam, 5. szám (pp. 420-427)</i>
11.	BONCZ, I. DR. (2002)	Magán egészségbiztosítások az Európai Unió tagországaiban <i>Egészségügyi Gazdasági Szemle; 40. évfolyam, 3. szám (pp. 292-301)</i>
12.	BONCZ, I. DR. (2002B)	Magánbiztosítások az európai országok egészségügyi rendszerében <i>Egészségügyi Menedzsment; IV. évfolyam, 2. szám, 2002. március-április (pp. 56-60)</i>
13.	BONCZ, I. DR.- NAGY, J. DR. (2003)	10 éves a HBCS! A Homogén Betegségcsoportok (HBCS) rendszerének tapasztalatai finanszírozói oldalról <i>Egészségügyi Menedzsment; 2003. március-április (pp. 21-27)</i>
14.	BONCZ, I. DR.- DÓZSA, CS.- SEBESTYÉN, A. DR.- GULÁCSI, L. DR. (2004)	A profitérdekelt vállalkozások és a non-profit szektor részesedése az egészségbiztosítási forrásokból <i>Orvosi Hetilap, 145. évfolyam 34. szám (pp.1753-1757)</i>
15.	BONCZ, I. DR. (2005)	Az egészségbiztosítási alap pénzügyi egyensúlyáról és hiánygazdálkodásáról <i>Informatika és Menedzsment az Egészségügyben (IME), IV. évfolyam 8. szám, 2005. november (pp. 5-7)</i> www.imeonline.hu
16.	BORDÁS, I. DR. (2001)	Egészségügy Magyarországon <i>Magyar Tudományos Akadémia, Budapest</i>

17.	BOSTON, J. MARTIN, J.- PALLOT, J.- WALSH, P. (1991)	Public Management- The New Zealand Model- <i>Oxford University Press</i>
18.	BRUNNER-SALTEN, R. (2003)	Handbuch Public Change Management –Effizientes Veränderungsmanagement für öffentliche Verwaltungen- <i>Peter Lang GmbH, Frankfurt am Main</i>
19.	BRYNTSE, K.- GREVE, C. (2002)	Competitive Contracting for Public Services: Comparison of Policies and Implementation in Denmark and Sweden <i>In: International Public Management Review; Vol. 3, No. 1 (pp. 1-21)</i> www.ipmr.net
20.	BUDÄUS, D. (1994)	Public Management- Konzepte und Verfahren zur Modernisierung öffentlicher Verwaltungen- <i>Sigma rainer Bohn Verlag, Berlin</i>
21.	BUDÄUS, D. – GRÜNING, G. (1998)	New Public Management. Entwicklung und Grundlagen einer „Revolution“ des öffentlichen Sektors <i>In: Zeitschrift Führung + Organisation, 67. Jhg. 1998, Nr. 1 (pp. 4-9)</i>
22.	BUDÄUS, D.- CONRAD, P.- SCHREYÖGG, G. (1998)	New Public Management <i>Berlin/New York</i>
23.	BUGOVICS, E. (2005)	A fenntartható egészségügy, avagy az egészségügy kórtana <i>Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest</i>
24.	CARP, H.-J. (1974)	Der Transformationsprozess in Dienstleistungsunternehmen <i>Berlin</i>
25.	CLARKE, M.- STEWART, J. (1998)	Community Governance, Community Leadership and the New Local Government <i>York Publishing Services Ltd., York</i>
26.	COOMBES, D. (1998)	The Place of Public Management in the modern European State: Perspectives from East and West Europe <i>In: Innovations in Public Management, Cheltenham, Northampton</i>
27.	CORSTEN, H. (1997)	Dienstleistungsmanagement <i>R. Oldenbourg Verlag, München</i>
28.	CSEKE, H. (2004)	Sárközy Tamás a közigazgatás modernizációjáról <i>Figyelő, 2004. Vol. 39. 2004. szeptember 30- október 6. (pp. 16-17)</i>
29.	DAMKOWSKI, W.- PRECHT, C. (1995)	Public Management: Neue Steuerungskonzepte für den öffentlichen Sektor <i>Stuttgart/ Berlin/ Köln</i>
30.	DANKÓ, D.- KISS, N.- MOLNÁR, M. P. DR.- RÉVÉSZ, É. (2006)	A teljesítményvolumen-korlát hatásai a kórházak magatartására a HBCS alapú finanszírozás kontextusában, II. rész <i>Informatika és Menedzsment az Egészségügyben (IME), V. évfolyam 9. szám, 2006. november (pp. 5-11)</i> www.imeonline.hu
31.	DARABOS, A. (1995)	SERVQUAL: egy eszköz a szolgáltatás minőség mérésére <i>Gépgyártástechnológia, 1-2. sz. (pp. 59-66)</i>
32.	DAVEY, K.- PÉTERI, G. (1998)	Local Government Finances: Options for Reform <i>Pontes Ltd., Nagykovácsi</i>
33.	DECKERT, K.- WIND, F. (1996)	Das neue Steuerungsmodell: Von der Vision zur Aktion <i>Köln</i>
34.	DEMETER, K.- GELEI, A. (2002)	Szolgáltatásnyújtás a tevékenységmenedzsment szemszögéből <i>Vezetéstudomány, XXXIII. Évf. 2. szám</i>
35.	DESSEWFFY, T.- PULAI, A. (2005)	Az államatag állam ébresztgetése- A közszféra átalakulásának szükségessége- <i>Figyelő, 2005. szeptember 8-14.</i>

36.	DÉZSY, J. (2006)	Egészséggazdaságtan- egy kissé másképp - <i>Az egészségügyi rendszer irracionálisai, tévedései, illúziói –</i> <i>SpringMed Kiadó, Budapest</i>
37.	DÓZSA, CS.- BORCSEK, B.- BONCZ, I. DR. (2003)	Az Egészségbiztosítási Alap bevételi és kiadási oldalának elemzése, 1994-2002 <i>Egészségügyi Gazdasági Szemle; 41. évfolyam, 5. szám, 2003. június (pp. 9-16)</i>
38.	DÓZSA, CS. (2005)	A finanszírozási technikák alkalmazásának tapasztalatai és ösztönző hatásai a hazai egészségügyi szolgáltatások közfinanszírozásában <i>Informatika és Menedzsment az Egészségügyben (IME), IV. évfolyam 4. szám, 2005. május (pp. 18-22)</i> www.imeonline.hu
39.	DUDÁS, F.- KIRÁLY, J. (1996)	Az önkormányzati, közszolgáltatói ügyfélkapcsolatok fejlesztése – Szervezés és pszichológia – <i>NOVORG Kft., Budapest</i>
40.	DUMONT DU VOITEL, R. (1996)	New Public Management, Internationale Erfahrungen und Beiträge
41.	DUNLEAVY, P.- HOOD, C. (1994)	From Old Public Administration to New Public Management <i>Public Money and Management, Vol. 14 (pp. 9-16)</i>
42.	ENGELHARDT, W. H.- KLEINALTENKAMP, M.- RECKENFELDERBÄUMER, M. (1993)	Leistungsbündel als Absatzobjekte. Ein Ansatz zur Überwindung der Dichotomie von Sach- und Dienstleistungen <i>In: Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung, 45. Jg. 1993 (pp. 395-426)</i>
43.	ERDŐS, É.- FEKETE, Z.- MOLNÁR, V. (2004)	Pénzügyi jog –Igazságügyi ügyintéző szakos hallgatók részére- <i>Virtuóz Kiadó</i>
44.	EGÉSZSÉGÜGYI STRATÉGIAI KUTATÓINTÉZET (ESKI) (2003)	Kórházi tulajdonformák, Az orvosok jogállása és javadalmazása az EU-tagországokban <i>Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet</i> www.eski.hu ; www.medinfo.hu
45.	EGÉSZSÉGÜGYI STRATÉGIAI KUTATÓINTÉZET (ESKI)	Tájékoztató országtanulmányok c. sorozat kötetei <i>Budapest</i> www.eski.hu
46.	EVANS, R. G. (1996)	Marketing Markets, Regulating Regulators: Who Gains? Who Loses? What Hopes? What Scope? <i>Health Care Reform, Health Policy Studies, No. 8. OECD, Paris</i>
47.	EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS (1996)	<i>Health Care Systems in Transition, Greece</i>
48.	EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS (1999)	<i>Health Care Systems in Transition, Croatia</i> <i>Health Care Systems in Transition, Luxembourg</i> <i>Health Care Systems in Transition, Poland</i> <i>Health Care Systems in Transition, United Kingdom</i>
49.	EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS (2000)	<i>Health Care Systems in Transition, Belgium</i> <i>Health Care Systems in Transition, Lithuania</i> <i>Health Care Systems in Transition, Romania</i> <i>Health Care Systems in Transition, Spain</i> <i>Health Care Systems in Transition, Switzerland</i>

50.	EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS (2001)	<i>Health Care Systems in Transition, Austria</i> <i>Health Care Systems in Transition, Denmark</i> <i>Health Care Systems in Transition, Italy</i> <i>Health Care Systems in Transition, Latvia</i>
51.	EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS (2002)	<i>Health Care Systems in Transition, Finland</i> <i>Health Care Systems in Transition, Slovenia</i>
52.	EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS (2003)	<i>Health Care Systems in Transition, Bulgaria</i>
53.	EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS (2004)	<i>Health Care Systems in Transition, Estonia</i> <i>Health Care Systems in Transition, France</i> <i>Health Care Systems in Transition, Germany</i> <i>Health Care Systems in Transition, Hungary</i> <i>Health Care Systems in Transition, Portugal</i> <i>Health Care Systems in Transition, Slovakia</i> <i>Health Care Systems in Transition, The Netherlands</i> <i>Health Care Systems in Transition, Ukraine</i>
54.	EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS (2005)	<i>Health Care Systems in Transition, Czech Republic</i> <i>Health Care Systems in Transition, Sweden</i>
55.	EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS (2006)	<i>Health Care Systems in Transition, Norway</i>
56.	FALUS, I. – OLLÉ, J. (2000)	Statisztikai módszerek pedagógusok számára <i>Okker Kiadó Kft.</i>
57.	FORGÁCS, I. (2001)	A magyar egészségügy dilemmája, Egészségügy Magyarországon <i>Magyar Tudományos Akadémia, Budapest</i>
58.	GAÁL, P. DR. (2007)	Egészségügyi reform és korszerű egészségpolitika; Reflexiók az Egészségbiztosítási Reform 2007-2009 című konferencia előadási kapcsán <i>Informatika és Menedzsment az Egészségügyben (IME), VI. évfolyam 1. szám, 2007. február (pp. 7-8)</i> www.imeonline.hu
59.	GAÁL, P. DR. (2007)	Lényeges kérdések az egészségügy reformjában: a finanszírozói verseny <i>Informatika és Menedzsment az Egészségügyben (IME), VI. évfolyam 1. szám, 2007. február (pp. 8-12)</i> www.imeonline.hu
60.	GATTERMEYER, W.- NEUBAUER, R. (2000)	Das Neue Strategische Management; -Elemente und Perspektiven zukunftsorientierter Unternehmensführung- <i>Wiesbaden</i>
61.	GERGELY, T.- SZÓTS, M. (2001)	Minőség az egészségügyben <i>Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest</i>
62.	GESUNDHEITSREFORM 2006 (2006)	Német egészségügyi reform 2006 www.die-gesundheitsreform.de
63.	GIDAI, E. (1998)	A piac szerepe az egészségügyben- Nemzetközi összehasonlítás- <i>In: Egészségügy és piacgazdaság, Magyar Tudományos Akadémia, Budapest</i>
64.	GOLDSMITH, M. (1992)	Local Government <i>Urban Studies, Vol. 29, No. 3-4 (pp. 393-410)</i>
65.	GOSS, S. (1999)	Managing Working with the Public <i>Edited by Sue Goss; Kogan Page, London</i>

66.	GÖRGENS, E. (1975)	Die Drei-Sektoren-Hypothese <i>In: Das Wirtschaftsstudium, 4. Jg. (pp. 287-292)</i>
67.	GREGORY, R. (2003)	All the King's Horses and all the King's Men: Putting New Zealand's Public Sector Back Together Again <i>In: International Public Management Review, Vol. 4, No. 2 (pp. 41-58)</i> (www.ipmr.net)
68.	GREVE, C. (2003)	Public-Private Partnerships In Scandinavia <i>In: International Public Management Review, Vol. 4, No. 2 (pp. 59-69)</i> (www.ipmr.net)
69.	GULÁCSI, L. DR. (2005)	Egészség-gazdaságtan <i>Szerkesztette: Gulácsi László</i> <i>Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest</i>
70.	HAJNAL, GY. (2004)	Igazgatási kultúra és New Public Management reformok egy összehasonlító esettanulmány tükrében; PhD-értekezés <i>Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem;</i> <i>Gazdálkodás- és Szervezéstudományi Doktori Program</i>
71.	HAMBLETON, R.- HOGGETT, P.- RAZZAQUE, K. (1996)	Freedom within Boundaries- Developing Effective Approaches to Decentralisation <i>Local Government Management Board, London</i>
72.	HAMBLETON, R.- SAVITCH, H. V.- STEWART, M. (2002)	Globalism and Local Democracy –Challenge and Change in Europe and North America- <i>Palgrave MacMillan, London</i>
73.	HARMAT, GY. DR.- CZÁRÁN, E. DR. (2006)	Az egészség szerepe az Európai Unió országainak gazdaságában <i>Egészségügyi Gazdasági Szemle, 44. évfolyam, 2. szám (pp. 14-17)</i>
74.	HEIDRICH, B. (2006)	Szolgáltatás menedzsment <i>Human Telex Consulting; Budapest</i>
75.	HEIMERL-WAGNER, P.- KÖCK M, P. (1999)	Az egészségügyi intézmények menedzsmentje- Stratégiák- Minőség- Változás- <i>Perfekt Kiadó, Budapest</i>
76.	HENTSCHEL, B. (1992)	Dienstleistungsqualität aus Kundensicht. Vom merkmals- zum ereignisorientierten Ansatz <i>Wiesbaden</i>
77.	HILKE, W. (1984)	Dienstleistung-Marketing aus der Sicht der Wissenschaft <i>Diskussionbeiträge des Betriebswirtschaftlichen Seminars der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg</i>
78.	HILL, H. (1997)	Strategische Erfolgsfaktoren in der öffentlichen Verwaltung <i>In: Qualitäts- und erfolgsorientiertes Verwaltungsmanagement, hrsg. V. Hermann Hill und Helmut Klages, 2. Aufl. Berlin</i>
79.	HILL, T. P. (1977)	On Goods and Services www.roim.org/1977/315.pdf
80.	HOHN, S. (1997)	Der Reformprozess in der öffentlichen Verwaltung vor dem Hintergrund der Informationsgesellschaft <i>Universität Rudolf Trauner; Johannes Kepler Universität, Linz</i>
81.	HOOD, C. (1991)	A Public Management for all Seasons? <i>Public Administration, Vol. 69 Spring (pp. 3-19)</i>
82.	HORVÁTH, GY. (1998)	Európai regionális politika <i>Dialóg Campus Kiadó, Budapest-Pécs</i>
83.	HORVÁTH, I. (2002)	Közigazgatási szervezés- és vezetéstan <i>Dialóg Campus Kiadó, Budapest-Pécs</i>
84.	HORVÁTH M., T. (2002)	Helyi közszolgáltatások szervezése <i>Dialóg Campus Kiadó, Budapest-Pécs</i>
85.	HORVÁTH M., T. (2005)	Közmenedzsment <i>Dialóg Campus Kiadó, Budapest-Pécs</i>

86.	ILLÉS, M. (2000)	A közszolgáltató vállalatok gazdasági szabályozása <i>Aula Kiadó Kft., Budapest</i>
87.	JENEI, GY. (2004)	A közintézményi menedzsment reformok hatása a közigazgatási modernizációra <i>Vezetéstudomány, XXXV. évf. 7-8. szám (pp. 73- 81)</i>
88.	JENEI, GY. (2005)	Közigazgatás-menedzsment <i>Századvég Kiadó, Budapest</i>
89.	JENEI, GY. (2005B)	Köszolgáltatási gazdaságtan, egészségügyi közgazdaságtan, Európai Unió követelmények <i>In: Egészség-gazdaságtan; II. fejezet (pp. 45-69)</i> <i>Szerkesztette: Gulácsi László</i> <i>Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest</i>
90.	JOHN, P. (2001)	Local Governance in Western Europe <i>SAGE Publications Ltd., London</i>
91.	KALÓ, Z.- BODROGI, J. (2001)	Közigazdaságtan- egészség-gazdaságtan- farmakoökonómia <i>In: Vincze-Kaló-Bodrogi: Bevezetés a farmakoökonómiába (2001); 1. fejezet (pp. 1-5)</i>
92.	KALÓ, Z. DR. (2004)	Új tudományág a palettán: az egészség-gazdaságtan <i>Informatika és Menedzsment az Egészségügyben (IME), III. évfolyam 5. szám, 2004. június (pp. 56-58)</i> www.imeonline.hu
93.	KAUFER, E. (1980)	Industrieökonomik <i>München</i>
94.	KIESER, A. (1998)	Organisationstheorien <i>Stuttgart/ Berlin/ Köln</i>
95.	KINCSES, GY. (1994)	Drága egészségünk, Az egészségügy gazdasági összefüggései <i>Praxis Sever Kft., Budapest</i>
96.	KINCSES, GY. (2006)	A co-payment alkalmazási lehetősége a korszerű egészségpolitikában <i>Informatika és Menedzsment az Egészségügyben (IME), V. évfolyam 5. szám, 2006. június (pp. 14-21)</i> www.imeonline.hu
97.	KINCSES, GY. (2007)	A finanszírozás alapfogalmai http://www.medinfor.hu/new3/publ/eloadasok/2002Zell/ZaSfin.htm <i>Letöltés ideje: 2007-01-09</i>
98.	KING, D.- STOKER, G. (1996)	Rethinking Local Democracy <i>Edited by Desmond King and Gerry Stoker; MACMILLAN Press Ltd., London</i>
99.	KIS, R. (2006)	Az egészségügy-finanszírozási modell hatása a szervezeti magatartásra és az államháztartásra <i>Egészségügyi Gazdasági Szemle, 44. évfolyam, 2. szám (pp. 52-64)</i>
100.	KORNAI, J. (1998)	Az egészségügy reformjáról <i>Közgazdasági és jogi Könyvkiadó, Budapest</i>
101.	KÖNIG, K. (1995)	„Neue” Verwaltungen oder Verwaltungsmodernisierung; - Verwaltungspolitik in den 90er Jahren- <i>Die öffentliche Verwaltung, 5/1995 (pp. 349-358)</i>
102.	KÖRNYEZET- ÉS TERMÉSZETVÉDELMI LEXIKON (2002)	Környezet- és Természetvédelmi Lexikon <i>Akadémiai Kiadó, Budapest</i>
103.	KÖZIGAZGATÁSI JOG (2001)	Közigazgatási jog –Általános rész- <i>Szerzők: Kalas, T.- Ivancsics, I.- Torma, A.- Paulovics, A.- Bistei, A.- Varga, J.; Virtuóz Kiadó</i>

104.	KÖZIGAZGATÁSI JOG (2002)	Közigazgatási jog –Különös rész- <i>Szerzők: Bistei, A.- Borsodiné Nagy, E.- Kovács, A.- Marton, E.- Nyitrai, P.- Panlovics, A.- Tisza, T.- Torma, A.; Virtuóz Kiadó</i>
105.	KÜHN, H.-J. (1970)	Produktivitätsvergleich im Dienstleistungsbetrieb <i>Wien</i>
106.	LANGEARD, E. (1981)	Grundfragen des Dienstleistungsmarketing <i>In: Marketing- Zeitschrift für Forschung und Praxis, 3. Jg (pp. 233-240)</i>
107.	LOSONCZI, Á. (1998)	Utak és korlátok az egészségügyben <i>Magyar Tudományos Akadémia, Budapest</i>
108.	LOVELOCK, C. H. (1988)	Classifying Services to Gain Strategic Marketing Insights <i>In: Managing Services-Marketing, Operations and Human Resources (pp. 44-57)</i>
109.	MAGYAR EGÉSZSÉGÜGY (2006)	Magyar Egészségügy, Zöld Könyv (Többen, jobban, tovább- Zöld könyv az egészségügyről) <i>Készült a Miniszterelnöki Hivatal megbízásából</i> (www.magyarorszag.hu)
110.	MAGYAR ÉRTELMEZŐ KÉZISZÓTÁR (1985)	<i>Magyar Ertelmező Kéziszótár</i> <i>Akadémiai Kiadó, Budapest</i>
111.	MAKAI, P.- GULÁCSI, L. DR. (2005)	A betegbiztonság alapjai és a dán betegbiztonsági rendszer, I. rész <i>Informatika és Menedzsment az Egészségügyben (IME), IV. évfolyam 5. szám, 2005. június (pp. 22-25)</i> (www.imeonline.hu)
112.	MAKAI, P.- GULÁCSI, L. DR. (2005B)	A betegbiztonság alapjai és a dán betegbiztonsági rendszer, II. rész <i>Informatika és Menedzsment az Egészségügyben (IME), IV. évfolyam 6. szám, 2005. szeptember (pp. 15-18)</i> (www.imeonline.hu)
113.	MASTRONARDI, P. (1999)	Ein neues Verhältnis von Parlament und Regierung unter NPM <i>In: FLAG News, Dezember 1999, Bern</i>
114.	MASTRONARDI, P.- SCHEDLER, K. (1998)	New Public Management in Staat und Recht <i>Bern/ Stuttgart/ Wien</i>
115.	MEYER, A. (1983)	Dienstleistung-Marketing. Erkenntnisse und praktische Beispiele <i>Augsburg</i>
116.	MEYER, A. (1984)	Marketing für Dienstleistung-Anbieter. Vergleichende Analyse verschiedener Dienstleistungsarten <i>In: Zukunftsorientiertes Marketing für Theorie und Praxis; Berlin (pp. 197-213)</i>
117.	MIHÁLYI, P. (2000)	Magyar egészségügy: diagnózis és terápia <i>Springer Kiadó Kft.</i>
118.	MIHÁLYI, P. (2003)	Bevezetés az egészségügy közgazdaságtanába <i>Veszprémi Egyetemi Kiadó, Veszprém</i>
119.	MOGYORÓSY, ZS. (2001)	Egészségügyi rendszerek <i>In: Vincze-Kaló-Bodrogi: Bevezetés a farmakoökonómiába (2001); 3. fejezet (pp. 25-57)</i>
120.	MOSSIALOS, E. - LE GRAND, J. (EDS.) (1999)	Health Care and Cost Containment in the European Union.Ashgate, Aldershot <i>In: Orosz, É.: Félúton vagy tévúton? Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái, Egészséges Magyarországért Egyesület (2001a)</i>

121.	MÓZER, P. (2002)	Az idősödő lakosság társadalmi jelentősége <i>Egészségügyi Menedzsment, IV. évfolyam, 6. szám, 2002. november-december (pp. 55-56)</i>
122.	MUELLER, D. C. (1989)	Public Choice II. <i>Cambridge</i>
123.	NAGY, B.- DÓZSA, CS. (2005)	Az egészségbiztosítás <i>In: Egészség-gazdaságtan; X. fejezet (pp. 309-347)</i> <i>Szerkesztette: Gulácsi László</i> <i>Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest</i>
124.	NATIONAL HEALTH SERVICE ACT 2006 (2006)	Brit egészségügyi törvény 2006 Chapter 41/Part 2 Health Service Bodies) www.db.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Legislation/ActsAndBills
125.	NÉMETH, GY. (2001)	Magánosítás és verseny az egészségügyben <i>Egészségügyi Gazdasági Szemle, 39. évfolyam, 3. szám (pp. 171-199)</i>
126.	NÉMETH, GY. (2004)	Az egészségügyi reformok politikai környezete-ellentétes történetek <i>Egészségügyi Gazdasági Szemle, 34. évfolyam, 2. szám (pp. 46-56)</i>
127.	NÉMETH, GY. (2007)	Egy vagy több egészségbiztosító? I. rész <i>Informatika és Menedzsment az Egészségügyben (IME), VI. évfolyam 1. szám, 2007. február (pp. 13-19)</i> www.imeonline.hu
128.	NÉMETH, GY.- PAPP, I. (1995)	Szolgáltatási menedzsment <i>Aula Kiadó Kft., Budapest</i>
129.	NIKOS, M. (2001)	Trends of Administrative Reform in Europe: Towards Administrative Convergence? <i>In: International Public Management Review, Vol. 2, No. 2 (pp. 39-53)</i> www.ipmr.net
130.	OROSZ, É.- SZENDE, Á.- KALÓ, Z.- DÓZSA, CS. (1995)	Átalakulás az egészségügyben: az önkormányzati kórházak helyzete, alkalmazkodási törekvései és privatizációs lépései <i>Készült az Aktív Társadalom Alapítvány és az OTKA kutatási programok keretében; 1995. január</i>
131.	OROSZ, É. (2001A)	Félúton vagy tévúton? Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái <i>Egészséges Magyarországért Egyesület</i>
132.	OROSZ, É. (2001B)	Az egészségügyi kiadások: elemzési szempontok, főbb trendek <i>In: Vincze-Kaló-Bodrogi: Bevezetés a farmakoökonómiába (2001); 4. fejezet (pp. 59-79)</i>
133.	OROSZ, É. (2003)	Egészségügyi szolgáltatások <i>In: Szolgáltatások a harmadik évezredben, Szerkesztette: Papp Ilona; Budapest, Aula Kiadó Kft.</i>
134.	OSBORNE, D.- GAEBLER, T. (1992)	Reinventing Government –How the Entrepreneurial Spirit Is Transforming the Public Sector- <i>Penguin Book, USA</i>
135.	ÖSTERREICHISCHES STATISTISCHES ZENTRALAMT (1995)	Statistisches Jahrbuch für die Republik Österreich <i>Wien</i>
136.	PAPP, I. (2003)	Szolgáltatások a harmadik évezredben <i>Szerkesztette: Papp Ilona; Aula Kiadó Kft., Budapest</i>
137.	PÁLNÉ KOVÁCS, I. (2001)	Regionális politika és közigazgatás <i>Dialóg Campus Kiadó, Budapest-Pécs</i>
138.	PETERS, B. G. (1996)	The Future of Governing- Four Emerging Models- <i>University Press of Kansas, Kansas</i>

139.	PETŐ, É.- HEATHCOTE, G. (2005)	Változások az egészségügyi ellátásban- a változások menedzselése, Az egészségügyi ellátás aktuális kérdései <i>Szerkesztette: Dr. Pető Éva- Dr. Gaye Heathcote; Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest</i>
140.	POLLITT, C. (1990)	Managerialism and The Public Services –Cuts or Cultural Change in the 1990s’- <i>Blackwell Publishers, Oxford</i>
141.	POLLITT, C. (1990)	Managerialism and the Public Services: the Anglo-American Experience <i>Oxford, Cambridge</i>
142.	POLLITT, C. (2004)	From there to here, from now till then: buying and borrowing public management reforms <i>CLAD IX International Conference; Madrid, 3 November</i>
143.	POLLITT, C.- BOUCKAERT, G. (2000)	Public Management Reform. A Comparative Analysis <i>Oxford</i>
144.	POLLITT, C.- BIRCHALL, J.- PUTMAN, K. (1998)	Decentralising Public Service Management <i>MacMillan Press Ltd., England</i>
145.	REDDIN, W. J. (1981)	<i>Das 3-D Programm zur Leistungssteigerung des Managements</i> <i>Landsberg/Lech</i>
146.	REICHARD, C. (2002)	Marketization of Public Service sin Germany <i>In: International Public Management Review, Vol. 3, No. 2 (pp. 63-80)</i> www.ipmr.net
147.	REINERMANN, H. –RIDLEY, F. F. –THOENIG, J-C. (1998)	Neues Politik- und Verwaltungsmanagement in der kommunalen Praxis- Ein internationaler Vergleich – <i>Sankt Augustin: Konrad-Adenauer-Stiftung e. V.</i>
148.	RIEDER, S.- LEHMANN, L. (2002)	Evaluation of new Public Management Reform sin Switzerland: Empirical Results and Reflections on Methodology <i>In: International Public Management Review, Vol. 3, No. 2 (pp. 25-43)</i> www.ipmr.net
149.	ROBERTS J., M. ET AL (1999)	Az egészségügyi rendszer és reform folyamat kritikai elemzése <i>Egészségügyi Menedzserképző Központ gondozásában megjelent magyar fordítás, Semmelweis Egyetem, Budapest</i> <i>In: Egészségügyi Gazdasági Szemle, 44. évfolyam, 2. szám (pp. 52-64)</i>
150.	SAVITCH, H. V. (1998)	Global Challenge and Institutional Capacity- Or, How We Can Refit Local Administration for the Next Century- <i>In: Administration & Society; Vol. 30, No. 3 July 1998 (pp. 248-273)</i>
151.	SÁGHY, E. (2005)	Ideális állam nincs- Sárközy Tamás a bürokráciáról <i>Figyelő, 2005. december 22.- 2006. január 4.</i>
152.	SÁRKÖZY, T. (2006)	Államszervezetünk potenciazavarai (A betegség okai, a beteg állapota, a gyógyulás útja) <i>HVGOrac Lap- és Könyvkiadó Kft., Budapest</i>
153.	SCHEDLER, K. (1996)	Die Kultur der wirkungsorientierten Verwaltung <i>Eredetileg megjelent: Verwaltung und Management, 2.Jg., Heft 1 (pp. 14-18)</i>
154.	SCHEDLER, K. (2000)	Wirkungsorientierte Verwaltungsführung: Begriffe und aktueller Stand der Entwicklung <i>Eredetileg megjelent: Pulitano, Donatello: New Public Management. Terminologie – terminologie–terminologia c. munkájában, Bern/Stuttgart/Wien: Paul Haupt, 2000 (pp. 33-47)</i>

155.	SCHEDLER, K.- PROELLER, I. (2000)	New Public Management <i>Bern/ Stuttgart/ Wien</i>
156.	SCHMENNER, R. W. (1995)	Service Operations Management <i>Prentice Hall</i>
157.	SEIDLMEIER, H.- KNAUF, J. T. (1997)	New Public Management in der kommunalen Verwaltung – Ansatz und praktische Erfahrungen aus dem Projekt PORTIKA- <i>Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden</i>
158.	SOMLYÓDYNÉ PFEIL, E. (2003)	Önkormányzati integráció és helyi közigazgatás <i>Dialog Campus Kiadó; Budapest-Pécs</i>
159.	SPIESS, W. (2000)	Öffentliche Verwaltung im neuen Jahrtausend <i>Walballa Fachverlag GmbH & Co. KG, Regensburg/ Berlin</i>
160.	STAUSS, B. (1994)	Der Einsatz der „Critical Incident Technique“ im Dienstleistungsmarketing <i>In: THEXIS Fachbuch Marketing, St. Gallen (pp. 233-250)</i>
161.	STAVENHAGEN, G. (1969)	Geschichte der Wirtschaftstheorie <i>Göttingen</i>
162.	SZÁNTÓ, ZS.- SUSÁNSZKY, É. (2002)	Orvosi szociológia <i>Szerkesztette: Szántó Zsuzsa és Susánszky Éva Simmelweis Kiadó, Budapest</i>
163.	SZUMMER, CS. DR. (2005)	A HBCS rendszer működési zavarai és azok megszüntetési lehetőségei <i>Informatika és Menedzsment az Egészségügyben (IME), IV. évfolyam 2. szám, 2005. március (pp. 17-23) (www.imeonline.hu)</i>
164.	TAKÁCS, P. (1997)	Államelmélet <i>Szerkesztette: Takács Péter; Bibo Kiadó, Miskolc</i>
165.	THOM, N.- RITZ, A. (2000)	Public Management –Innovative Konzepte zur Führung im öffentlichen Sektor- <i>Betriebswirtschaftlicher Verlag Dr. Th. Gabler GmbH, Wiesbaden</i>
166.	TORMA, A. (2001)	Európai közigazgatás, régiók, önkormányzatok <i>Virtuóz Kiadó</i>
167.	TÖPFER, A. (2000)	Die erfolgreiche Steuerung öffentlicher Verwaltungen - Von der Reform zur kontinuierlichen Verbesserung <i>Wiesbaden</i>
168.	VÁRHELYI, K. DR.- NAGY, J. DR.- MIKOLA, I. DR.- BOGNÁR, I. DR.- GÉHER, P. DR. (2000)	Az egészségügyi rendszer finanszírozásának forrásai, makroösszefüggései <i>Egészségügyi Gazdasági Szemle, 38. évfolyam, 3. szám (pp. 249-271)</i>
169.	VERES, Z. (1998)	Szolgáltatás marketing <i>Műszaki Kiadó, Budapest</i>
170.	VINCZE, Z.- KALÓ, Z.- BODROGI, J. (2001)	Bevezetés a farmakoökonómiába <i>Szerkesztette: Vincze Zoltán, Kaló Zoltán, Bodrogi József; Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest</i>
171.	VISCUSI- VERNON- HARRINGTON (1995)	Economics of Regulation and Antitrust <i>The MIT Press, Cambridge/ Massachusetts/ London</i>
172.	WALSH, K. (1995)	Public Services and Market Mechanisms -Competition, Contracting and the New Public Management- <i>MacMillan Press Ltd., London</i>
173.	WEBER, M. (1976)	Wirtschaft und Gesellschaft <i>Tübingen</i>

174.	WORLD HEALTH STATISTICS (2006)	World Health Statistics 2006
175.	ZEITHAML, V. A. (1981)	How Consumer Evaluation Process Differ between Goods and Services <i>In: Marketing of Services, Chicago (pp. 186-190)</i>
176.	ZIELINSKI, H. (2003)	Management im öffentlichen Sektor <i>Leske & Budrich, Opladen</i>
177.	www.deutsche-sozialversicherung.de (Letöltés időpontja: 2007. január 13.)	
178.	www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Legislation/ActsAndBills (Letöltés időpontja: 2007. január 5.)	
179.	www.die-gesundheitsreform.de (Letöltés időpontja: 2007. január 13.)	
180.	www.ec.int.eu http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/lesis/lesis_13_uhs_en.htm (Letöltés időpontja: 2007. január 13.) http://ec.europa.eu/health/ph_threats/com/links_national_health_eu.htm (Letöltés időpontja: 2007. január 13.) http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1090,30070682,1090_33076576&_ad=portal&_schema=PORTAL	
181.	www.eldis.org/healthsystems/index.htm , Health Systems Resource Guide	
182.	www.equalnurses.hu/index.php?id=61&tx_cccbrowse_pi1[pointer]=1&cHash=76ceefd101 (Letöltés időpontja: 2006. 07. 25. 12:42)	
183.	www.eski.hu , Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet- Tájékoztató Országtanulmányok	
184.	www.eum.hu	
185.	www.gyogyinfok.hu	
186.	www.igsf.de , Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung	
187.	www.imonline.hu , Informatika és Menedzsment az Egészségügyben (IME)	
188.	www.inpuma.net	
189.	www.ipmr.net	
190.	www.ksh.hu	
191.	www.magyarorszag.hu	
192.	www.medinfo.hu , Országos Egészségügyi Információs Intézet és Könyvtár http://vega.medinfo.hu/civiltajeokoztatas/kepek/ho/anyagok (Letöltés időpontja: 2006. 07. 25. 11:02)	
193.	www.mok.hu	
194.	www.nhs.uk (Letöltés időpontja: 2007. január 13.)	
195.	www.oecd.org http://www.oecd.org/statsportal/0,2639,en_2825_293564_1_1_1_1_1,00.html	
196.	www.oep.hu	
197.	www.opsi.gov.uk/acts/acts2006 (Letöltés időpontja: 2007. január 13.)	
198.	www.rpani.gov.uk/pservicereform/appendix1.htm (Letöltés időpontja: 2006. 01.)	
199.	www.terapia2007.hu	
200.	www.who.int http://www.who.int/healthinfo/en/ http://www.who.int/topics/statistics/en/ http://www.who.int/whosis/en/ http://www.euro.who.int/observatory , The European Observatory on Health Systems and Policies	
201.	www.wvz.unibas.ch/gs , Abteilung Gesundheitsökonomie und Sozialpolitik	

MELLÉKLET

1. sz. melléklet	A vizsgálatba bevont 29 európai ország egészségügyi rendszerének bemutatása	157. oldal
2. sz. melléklet	Európai egészségügyi rendszerek jellemzése a klasszikus alaptípus és a forrásteremtés alapján	189. oldal
3. sz. melléklet	Európai egészségügyi rendszerek jellemzése a biztosítási rendszer alapján	190. oldal
4. sz. melléklet	Európai országok egészségügyi rendszereiben alkalmazott költségmegosztási formák	191. oldal
5. sz. melléklet	Európai egészségügyi rendszerek kórház-finanszírozási formái	192. oldal
6. sz. melléklet	A vizsgálatba bevont statisztikai adatok és mutatószámok homogenizált idősorai (6/1-6/8. táblázatok)	193. oldal
7. sz. melléklet	Diagramok mutatószámokként	202. oldal
8. sz. melléklet	Referenciatengelyek meghatározásának módja, értékei	219. oldal
9. sz. melléklet	Klaszteranalízis mutatószámokként	220. oldal
10. sz. melléklet	Klaszteranalízis mutatószámokként, országonként	224. oldal

1. sz. melléklet

A vizsgálatba bevont 29 európai ország egészségügyi rendszerének bemutatása*

1/1. sz. melléklet	AUSZTRIA	158. oldal
1/2. sz. melléklet	BELGIUM	159. oldal
1/3. sz. melléklet	BULGÁRIA	160. oldal
1/4. sz. melléklet	CSEHORSZÁG	161. oldal
1/5. sz. melléklet	DÁNIA	162. oldal
1/6. sz. melléklet	EGYESÜLT KIRÁLYSÁG	163. oldal
1/7. sz. melléklet	ÉSZTORSZÁG	164. oldal
1/8. sz. melléklet	FINNORSZÁG	165. oldal
1/9. sz. melléklet	FRANCIAORSZÁG	166. oldal
1/10. sz. melléklet	GÖRÖGORSZÁG	168. oldal
1/11. sz. melléklet	HOLLANDIA	169. oldal
1/12. sz. melléklet	HORVÁTOR SZÁG	170. oldal
1/13. sz. melléklet	ÍRORSZÁG	171. oldal
1/14. sz. melléklet	LENGYELORSZÁG	172. oldal
1/15. sz. melléklet	LETTORSZÁG	173. oldal
1/16. sz. melléklet	LITVÁNIA	174. oldal
1/17. sz. melléklet	LUXEMBURG	175. oldal
1/18. sz. melléklet	MÁGYARORSZÁG	176. oldal
1/19. sz. melléklet	NÉMETORSZÁG	177. oldal
1/20. sz. melléklet	NORVÉGIA	179. oldal
1/21. sz. melléklet	OLASZORSZÁG	180. oldal
1/22. sz. melléklet	PORTUGÁLIA	181. oldal
1/23. sz. melléklet	ROMÁNIA	182. oldal
1/24. sz. melléklet	SPANYOLOR SZÁG	183. oldal
1/25. sz. melléklet	SVÁJC	184. oldal
1/26. sz. melléklet	SVÉDORSZÁG	185. oldal
1/27. sz. melléklet	SZLOVÁKIA	186. oldal
1/28. sz. melléklet	SZLOVÉNIA	187. oldal
1/29. sz. melléklet	UKRAJNA	188. oldal

* Az elemzés alapjául az alábbi források, adatbázisok szolgáltak:

1. A „The European Observatory on Health Care Systems” keretében készült és közreadott „Health Care Systems in Transition” országsorozat megfelelő kötetei;
2. Az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet (ESKI) által megjelentetett „Tájékoztató országtanulmányok” c. sorozat megfelelő kötetei;
3. A nemzeti egészségügyi intézmények, minisztériumok, hatóságok angol és német nyelvű honlapjai;
4. Az Európai Unió (www.ec.int.eu) on-line adatbázisa (Eurostat);
5. A World Health Organization (WHO) 2006-os statisztikai évkönyve („World Health Statistics 2006”) és on-line adatbázisa (www.who.int);
6. 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/ho/anyagok>

<http://vega.medinfo.hu/civiltajekoztatas/kepek/ho/anyagok>

1. AUSZTRIA

ALAPVETŐ SZERVEZŐDÉSI ELV, FINANSZÍROZÁS ALAPJA

Ausztria egészségügyi rendszere a **szolidaritás elvét** követi: az osztrák egészségügyi rendszer finanszírozásának alapja **döntően társadalombiztosítás**, mely nem nyereségorientált. A társadalombiztosítás magában foglalja a betegbiztosítás, balesetbiztosítás és nyugdíjbiztosítás szolgáltatásait, tágabb értelemben a munkanélküliek ellátását. A kötelező társadalombiztosítási járulékokból finanszírozzák. A járulékokat törvény határozza meg, melyek a jövedelemtől függenek. Az alapjárulékon kívül térítendő további kiegészítő járulék a kórházi ellátás – megoszlása a munkaadó és munkavállaló között egyenlő arányú –, valamint a munkavállaló részéről a balesetekből eredő szolgáltatások finanszírozására. Az állami szektorban a társadalombiztosítás a legnagyobb finanszírozó, hozzájárulnak azonban a kiadásokhoz adókból származó bevételeikből a tartományi és helyi önkormányzatok, valamint a szövetségi kormány is.

BIZTOSÍTÁSI RENDSZER

Ausztriában 22 biztosító foglalkozik betegbiztosítással. A biztosítók területi alapon, illetve foglalkozási csoportonként működnek.

MAGÁN EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK

Ausztriában jövedelemtől függetlenül kötelező a társadalombiztosítási tagság, így a magánbiztosítások csupán a kötelezőn felüli, kiegészítő szerepet töltenek be. Az osztrák lakosság körülbelül egyharmada kiegészítő magán betegbiztosítással rendelkezik, amely elsősorban a jobb kórházi elhelyezést fedezi és a szabad orvosválasztásra ad lehetőséget (az alapellátásban a biztosítóval nem szerződött orvos választásakor a költségek 20%-át magánbiztosítás hiányában a beteg viseli). A lakosok 2006-tól e-card-ot térítenek, amely az ellátás igénybevételének igazolására szolgál, fizetnek a kórházi ellátásért naponként, a felírt gyógyszerekért receptdíjat, önrész vállalás kíséri a gyógyfürdő szolgáltatások, a rehabilitációs szolgáltatások igénybevételét, a gyógyászati segédeszköz felírásokat. Az e-card szolgáltatás éves díját a betegek viselik. A biztosítóval szerződésben álló kórházakban napi (tartományonként változó összegű) térítési díj fizetése az előírt, melyet évente legfeljebb 28 napos kórházi tartózkodás idejére kell téríteniük a betegeknek. A hozzátartozók kórházi ellátás esetén a járulékos költségekhez (szállás, étkezés stb.) 10%-os kórházi költség-hozzájárulást térítenek, melyre szintén érvényes a 28 napos korlát.

KÓRHÁZI TULAJDONFORMÁK, KÓRHÁZFINANSZÍROZÁS

Ausztriában a kórházak üzemeltetése többnyire gazdasági társaságok vagy kórházakból alakult szövetségek formájában történik. Az első kórházüzemeltető az osztrák Vorarlberg tartományban jött létre 1979-ben. A kórházüzemeltető társaság külső cégeket szerződött a kiegészítő szolgáltatások végzésére, mint mosoda, étkeztetés, karbantartás és részben az informatika. Az elmúlt évtizedben ez a koncepció a kórházátalakítás legfontosabb modelljévé vált Ausztriában és a 9 tartományból 7 hozott létre üzemeltető társaságokat. Az egészségügy finanszírozását több-szereplős modell jellemzi. Míg a kórházon kívüli ellátás szereplői a társadalombiztosítókkal szerződnek, a kórházak finanszírozása részben ún. tartományi alapokon keresztül történik, amelyek a társadalombiztosítás forrásain kívül szövetségi, tartományi és helyi önkormányzati pénzeszközöket is tartalmaznak. A finanszírozási rendszerben a helyi autonómia következtében tartományonként jellemzők a különbségek. A kórházak többsége teljesítményelvű kórházi finanszírozási rendszeren keresztül kapja az ellátást.

ORVOSOK JOGÁLLÁSA ÉS JAVADALMAZÁSA

Ausztriában a járóbetegek ellátását elsősorban az önálló praxisukban háziorvosként tevékenykedő magánorvosok végzik. Az orvosok két kategóriába tartoznak aszerint, hogy szerződésben állnak-e a társadalombiztosítással vagy sem. Az alapellátás orvosai vegyes finanszírozásban részesülnek, az alapszolgáltatások fix díja mellett szolgáltatásonkénti díjat kapnak. A járóbetegek ellátását mintegy 900 szakrendelő (2003), valamint számos kórházi ambulancia látja el.

2. BELGIUM

ALAPVETŐ SZERVEZŐDÉSI ELV, FINANSZÍROZÁS ALAPJA

Belgium a **szolidaritás elvét** érvényesítve **kötelező egészségbiztosításon** keresztül finanszírozza az egészségügyet, az ezzel kapcsolatos szervezési kérdések a kormány feladatkörébe tartoznak. Az ország a kötelező egészségbiztosítás számára és ezen belül bizonyos részterületekre meghatározott éves költségvetési keretet biztosít. Az egészségbiztosítás és anyasági biztosítás juttatásaihoz szükséges pénzügyi eszközök anyagi háttérét a munkáltatók és munkavállalók által fizetett járulékok, illetve a kormány által nyújtott támogatás képezi.

BIZTOSÍTÁSI RENDSZER

Belgiumban a kötelező egészségbiztosítási rendszer kölcsönös egészségbiztosító pénztárakból áll, melyek valamelyikéhez kötelező az állampolgároknak feliratkozniuk. A kötelező egészségbiztosítás anyagi háttérét a társadalombiztosítási hozzájárulások, illetve a szövetségi kormány anyagi támogatása képezik. A járulékok közvetlenül az Országos Társadalombiztosítási Hivatalhoz folynak be, és itt kerülnek további elosztásra a társadalombiztosítás különböző ágazataiért felelős kormányhivatalok között.

MAGÁN EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK

Belgiumban az extra elvárások (különszoba, mentővel való szállítás, stb.) teljesítésének fedezésére kiegészítő magánbiztosítás köthető. A kiegészítő biztosítások a költségek viszonylag kis hányadára vállalnak térítést, azonban számuk egyre inkább növekvőben van a biztosítási rendszeren belül. A betegek viselik, mint önrészesedést a társadalombiztosítás fedezete alatt álló szolgáltatások költségeinek bizonyos részét, valamint a térítés nélküli szolgáltatások (egyes gyógyszerek, alternatív medicina, plasztikai sebészet, külön elhelyezés stb.) költségeit (pl. átalány díj a kórházi ellátásért/nap; biztosítási hozzájárulás az orvosi ellátásért (25%); nem visszatérítendő gyógyszerek és gyógyászati eszközök költségei).

KÓRHÁZI TULAJDONFORMÁK, KÓRHÁZFINANSZÍROZÁS

Belgiumban a kórházi ágyak nagy részét egyházak, illetve non-profit segélyszervezetek által működtetett, félig privát létesítmények tartják fenn, ezek aránya a közkórházakhoz képest körülbelül 70-30%. Léteznek ugyan nyereségorientált magánkórházak is az országban, számuk azonban elenyészően csekély. A Szövetségi Egészségügyi Szolgálat egységesen határozza meg a kórházak költségvetését, lényegi fedezetet nyújtva a beruházások, a hotelszolgálat és a betegápolás költségeinek egy részére. Ennek anyagi háttérét 75%-ban a kötelező egészségbiztosítás, 25%-ban pedig a szövetségi kormány támogatása képezi. A kórházi ellátásnál a konkrét szolgáltatásokat veszik figyelembe: az utóbbi időben a kórházi napokon alapuló térítési rendszerről áttértek a teljesítményt figyelembe vevő finanszírozásra, és lépéseket tettek arra, hogy a költségeket az országosan megadott keretek között tartsák oly módon, hogy a kórházaknak juttatott anyagi erőforrások maximálisan igazodjanak az adott létesítmény struktúrájához, szolgáltatásaihoz, tevékenységéhez.

ORVOSOK JOGÁLLÁSA ÉS JAVADALMAZÁSA

Belgiumban az egészségügyi ellátást többnyire a független orvosi gyakorlaton alapuló privát ellátás képezi. Az önálló praxist folytató orvosok szolgáltatásonkénti díjazásban részesülnek. A járóbeteg-szakellátás keretei között a szolgáltatás szerinti díjtételek elve érvényesül.

3. BULGÁRIA

ALAPVETŐ SZERVEZŐDÉSI ELV, FINANSZÍROZÁS ALAPJA

Bulgária a szocializmus idejéből erősen centralizált, állami egészségügyi rendszert örökölt. A nyolcvanas évek végén megindult társadalmi-gazdasági változások következtében elkezdődött a Szemaskó-moddellen alapuló egészségügy átalakítása és decentralizálása. Az egészségbiztosítás kötelező érvényű az egész lakosság számára, a gyakorlatban azonban a lakosoknak csupán kb. 90%-a rendelkezik biztosítással. Minthogy **az egészségügyi ellátás minden lakos számára alanyi jogon jár** (szolidaritás elve), így azok is részesülnek járó- és fekvőbeteg-ellátásban, akik nem rendelkeznek fedezettel. Bulgáriában 2000. július 1-je óta az Országos Egészségbiztosítási Alap kezdte finanszírozni (kezdetben kismértékben, de növekvő aránnyal) az egészségügyi ellátást.

BIZTOSÍTÁSI RENDSZER

Bulgáriában a lakosság számára a kötelező egészségbiztosítás keretében garantált szolgáltatási csomag finanszírozását az Országos Egészségbiztosítási Alap irányítása alatt álló 28 regionális egészségbiztosítási alap és 120 helyi hivatal biztosítja. Eredetileg az alapellátás számára készült alapvető szolgáltatási csomag, majd a továbbiakban a járóbeteg-szakellátás valamennyi szakága, végül 2002-ben a fekvőbeteg-ellátás 40 klinikai eljárása és 450 diagnózisa is a csomag részévé vált. Az alapsomagon kívül eső szolgáltatásokra a lakosoknak lehetőségük nyílik magánbiztosítást kötni.

MAGÁN EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK

Bulgáriában igény szerint önkéntes biztosítás a kereskedelmi törvény hatálya alá tartozó részvénytársaságoknál köthető. 1997-ben rendeletet hoztak a co-payment bevezetésére a beutalás nélkül igénybevett járó- és fekvőbeteg-ellátásra, illetve bizonyos extra szolgáltatások esetén. Az 1998-as Egészségbiztosítási Törvény meghatározza a co-payment mértékét orvosi, fogorvosi konzultáció, valamint a fekvőbeteg-ellátás szolgáltatásai esetében. Ezek a díjak a havi minimálbér 1%-át teszik ki a járóbeteg-ellátó központok felkeresése, illetve 2%-ot a 20 napot meg nem haladó fekvőbeteg-ellátás kórházi napjai után. A részleges díjfizetés alól egyes hátrányos helyzetű csoportok illetve betegcsoportok mentesülnek.

KÓRHÁZI TULAJDONFORMÁK, KÓRHÁZFINANSZÍROZÁS

Bulgáriában a kórházak túlnyomó többsége állami tulajdonban van, a kórházfinanszírozás alapja 2005-től DRG-rendszerű.

ORVOSOK JOGÁLLÁSA ÉS JAVADALMAZÁSA

Bulgáriában a háziorvos maga is tulajdonosa az egészségügyi létesítménynek, melyben tevékenységét folytatja és közvetlenül érdekelt szolgáltatásainak eredményességében. Díjazása fejkvótán alapul, tevékenységi köre meghatározott szolgáltatásokból áll. Amennyiben a háziorvosok speciális egészségügyi programokban is részt vesznek, ezért a fakultatív tevékenységért számukra külön díjazás jár. A járóbeteg-szakellátásban az orvosok, illetve az egészségügyi központok az 1999-ben felállított Országos Egészségbiztosítási Alappal kötnek szerződést a kötelező fedezetben részesülő szolgáltatásaikra. Azok, akik nem állnak szerződésben az Országos Egészségbiztosítási Alappal, a betegek által fizetett szolgáltatás szerinti díjazás mellett folytathatnak magánrendelést. A kórházi orvosok munkájukért fizetést kapnak.

4. CSEHORSZÁG

ALAPVETŐ SZERVEZŐDÉSI ELV, FINANSZÍROZÁS ALAPJA

Csehországban az egészségügyi rendszer finanszírozásának meghatározó tényezője a **kötelező egészségbiztosítás**, amely a **szolidaritáson** és az egyenlő hozzájáruláson alapul. Az egészségbiztosítás az egész lakosság részére fedezetet nyújt, az inaktív csoportokat is beleértve. (A lakosság fele államilag biztosított). Az egészségügyi rendszer anyagi erőforrásait döntően az egészségbiztosítási járulékok képezik. A járulékok mértéke az adózás előtti bérek törvényben meghatározott százaléka.

BIZTOSÍTÁSI RENDSZER

Csehországban 1992-ben törvény alapján hozták létre az Általános Egészségbiztosító Intézetet (VZP), amely vezető szerepet tölt be a lakosság egészségügyi ellátásában és az állampolgárok kétharmadát tömöríti. A törvény lehetőséget adott iparági egészségbiztosítók létesítésére is, amelyekből jelenleg 8 működik és esetleges finanszírozási nehézségeik kivédésére a VZP biztonsági hálójá szolgál. Az egészségbiztosítók független szervezetekként működnek, felügyeletüket az Egészségügyi Minisztérium látja el, a szolgáltatásokat profit realizálása nélkül finanszírozzák. A kockázati szelekció hatásainak csökkentése végett a járulékok újraelosztásra kerülnek.

MAGÁN EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK

Csehországban a magán egészségbiztosítás csak kis mértékben fordul elő. Magán, illetve kiegészítő biztosítást az egészségbiztosítók nem nyújtanak, ilyen szolgáltatással néhány kereskedelmi biztosító áll rendelkezésre (pl. utazási biztosítás esetén). Az egészségügyi ellátásban a betegek önrészesedése (co-payment) csekély, csak egyes gyógyszerek, gyógyászati segédanyagok, fogászati beavatkozások és gyógyfürdői elhelyezés esetén tapasztalható.

KÓRHÁZI TULAJDONFORMÁK, KÓRHÁZFINANSZÍROZÁS

Csehországban a kórházak túlnyomó többsége állami (egyetemi illetve specializált kórházak) vagy önkormányzati (regionális és helyi kórházak) tulajdonban van. A privatizáció csak néhány kisebb kórház esetében érvényesült, így például a korábban egyházi tulajdonban lévő kórházak visszakérültek eredeti tulajdonosaikhoz és non-profit szervezetként működnek. 1997-től a kórházakat vegyesen, egy adott évre járó fix összeggel és teljesítményük arányában finanszírozzák az egészségbiztosítókkal kötött szerződések alapján. Amennyiben a biztosítókkal nem tudnak megegyezni, az Egészségügyi Minisztérium szabja meg a díjazás mértékét. A kórházak az egészségbiztosítóval megegyezhetnek a DRG-rendszer alapján történő finanszírozásban is, azonban ezt jelenleg csak egyes kórházak alkalmazzák.

ORVOSOK JOGÁLLÁSA ÉS JAVADALMAZÁSA

Csehországban az egészségügyi alapellátás a városi, illetve községi önkormányzatok felelősségi körébe tartozik. Az alapellátást nyújtó orvosok többsége magánorvosként dolgozik. Csoportpraxisban az orvosok az egészségügyi központokban vagy olyan szakorvosi rendelőben dolgozhatnak, amelyek a szakellátás mellett alapellátást is nyújtanak. Az általános orvosok javadalmazása az egészségbiztosítóval kötött szerződésnek megfelelően a fejkvóta és a tételes finanszírozás kombinációját jelenti. A szakorvosok domináns része magánpraxisban dolgozik. A magán szakorvosok közvetlenül szerződést kötnek a biztosítóval és a nyújtott szolgáltatások után részesülnek díjazásban meghatározott pontrendszer szerint. Kórházi keretek között az orvosok közalkalmazotti státuszban dolgoznak és fizetést kapnak.

5. DÁNIA

ALAPVETŐ SZERVEZŐDÉSI ELV, FINANSZÍROZÁS ALAPJA

*Dániában*⁶⁷ az egészségügyi ellátás finanszírozása alapvetően állami forrásokból, **adókból** történik. Kiegészítő forrásként jelentkezik a lakosság készpénzfizetése és a magánbiztosítás. Az állam és a megyék a kiadások 82%-át fedezik. A fennmaradó 18%-ot képező kiadásokat a betegek készpénzkifizetési (gyógyszerköltések, fogászati és a fizioterápiás kezelések térítési díjai stb.), illetve az önkéntes betegbiztosítás fedezi.

BIZTOSÍTÁSI RENDSZER

Dániában az egészségügy adóbevételekből finanszírozott, kötelező egészségbiztosítás nincs.

MAGÁN EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK

Dániában magánbiztosítással a lakosság kb. 30%-a rendelkezik. A dán egészségügyi rendszer finanszírozásának legfőbb forrásai az adók, de a beteg-hozzájárulás is relatíve jelentős. Beteg-hozzájárulást kell fizetni a fizioterápiás és fogászati kezelések esetén; kórházi ellátás esetén a gyógyszerköltések teljes mértékben visszatérítendő, de a járóbeteg- és a háziorvosi ellátás esetén ennek mértéke különböző lehet.

KÓRHÁZI TULAJDONFORMÁK, KÓRHÁZFINANSZÍROZÁS

Dániában a kórházak többségét a megyék működtetik, az intézmények a megyék tulajdonában vannak. Kivételt képeznek a Koppenhága körzetében levő kórházak, amelyek tulajdonosa és finanszírozója Koppenhága és Frederiksberg önkormányzata, működtetője az állami társaságként jegyzett Koppenhágai Kórházi Társaság. Kivételt képeznek továbbá a magán profitorientált kórházak, amelyek az összes kórházi ágy kevesebb mint 1%-át teszik ki. Az elmúlt évtizedben a kórházak globális finanszírozása a megyék és a kórházak közötti tárgyalásokon, főként a teljesítményekre alapozva dőlt el. 1999-től a szabad kórházválasztás kapcsán a saját megyéjükön kívüli kórházakban kezelt betegek után DRG rendszerű finanszírozást alkalmaznak. A tevékenység-arányos és DRG adaptáción alapuló finanszírozás alkalmazása a központi kormányzat támogatását is élvezi.

ORVOSOK JOGÁLLÁSA ÉS JAVADALMAZÁSA

Dániában a háziorvosok az Országos Egészségbiztosítási Rendszertől (NHSS) kapják a fizetésüket, amely a fejpénz és a költségtérítés kombinációjából áll. A városok által működtetett ápolási otthonok, otthoni ápolást végző nővérek, fogorvosok fix bérezésben részesülnek. A járóbeteg-szakellátást magánpraxist működtető szakorvosok (fő- vagy mellékállásban, a mellékállásban dolgozók munkahelye többnyire állami kórház), kórházak végzik. A magánygyakorlatot folytató szakorvosok szintén az NHSS-sel rendezik számlájukat szolgáltatás szerinti díjazás alapján. Dániában az orvosok 60%-a kórházakban dolgozik, munkabérben részesül.

⁶⁷ Ld. még Makai-Gulácsi (2005, pp. 22-25; 2005b, pp. 15-18)

6. EGYESÜLT KIRÁLYSÁG

ALAPVETŐ SZERVEZŐDÉSI ELV, FINANSZÍROZÁS ALAPJA

Az Egyesült Királyságban az egészségügy irányításában és az egészségügyi szolgáltatások koordinálásában központi szerepet tölt be az 1948-ban alakult Országos Egészségügyi Szolgálat (National Health Service, NHS). A létrejöttét kimondó törvény szerint **ingyenesen és egyenlő mértékben hozzáférhető egészségügyi ellátást kell biztosítani minden állampolgár számára.** Ez az elv az NHS rendszerében – az utóbbi évtizedekben végrehajtott számos reform mellett is – mindmáig érvényes. Az egészségügyi rendszer finanszírozása túlnyomó többségében az állam **adóbevételeiből**, valamint az adójellegű biztosítási hozzájárulásokból történik. A bevételek fennmaradó része a betegek részleges térítéséből, valamint a tulajdonnal való gazdálkodásból származik.

BIZTOSÍTÁSI RENDSZER

Az Egyesült Királyságban az egészségügy adóbevételekből finanszírozott, kötelező egészségbiztosítás nincs.

MAGÁN EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK

Az Egyesült Királyságban a magánbiztosítás 3 formája létezik: az első csoportban az üzleti biztosítók találhatók, a másodikat a „takaréktársaságok” alkotják, míg a harmadik csoportba a „mutuelles”-ek tartoznak. Hozzávetőlegesen a lakosság 10-11%-a rendelkezik valamilyen magánbiztosítással. A gyakorlatban a vállalati szintű biztosítások (59%) és az egyéni biztosítások (31%) képezik a nagyobb részt. A magánbiztosítások többnyire a magán szakorvosi ellátások költségeinek fedezetét biztosítja. Az alapellátásban co-payment nincs, illetve az orvosi ellátásra nincs önrészfizetés. Hasonlóan nincs co-payment az NHS keretein belül működő kórházi ellátásra, kivéve, ha a beteg klinikailag nem szükséges kezelést kér vagy különleges kényelmi szolgáltatásokat igényel.

KÓRHÁZI TULAJDONFORMÁK, KÓRHÁZFINANSZÍROZÁS

Az Egyesült Királyságban a kórházi ellátás felügyelete a regionális és a körzeti egészségügyi hatóságokra tartozik. A kórházakat az NHS-trösztök menedzselik. A kórházak finanszírozása az egészségügyi hatóságok és a trösztök közötti szerződések alapján történik, amelyekben meghatározzák a fizetendő összeget, valamint az annak ellenértékéért nyújtandó ellátások fajtáját, mennyiségét és határidejét.

ORVOSOK JOGÁLLÁSA ÉS JAVADALMAZÁSA

Az Egyesült Királyságban az alapellátás – a nyugat-európai rendszerekhez viszonyítva is – kiemelkedő szervezettséggel és hatékonysággal rendelkezik, ami a szigorúan területi alapú szervezetnek, valamint az egészségügyi hatósággal szembeni éves szintű pontos tervezési és elszámolási kötelezettségnek köszönhető. Az 1991-ben induló reformok fontos eleme volt a *fundholding*ⁱ (alapkezelő) rendszer bevezetése. Az ellátásszervezés új formájaként 1999 áprilisától kezdte meg működését a *Primary Care Groups*ⁱⁱ (PCG) rendszer. A PCG-k végső fejlődési stádiumát a háziorvosi trösztökⁱⁱⁱ alkotják (*Primary Care Trust*, PCT), melyek a minisztériumtól származó egészségügyi költségvetés kb. háromnegyedét ellenőrzik. A járó- és fekvőbeteg-ellátásban az orvosok és az ápolószemélyzet az NHS alkalmazottai, jövedelmet kapnak. Az alapellátásban dolgozó orvosok szerződést köthetnek az NHS-szel, mely az ország egész területén azonos. A szerződéses orvosok fizetését fix díjak, fejkvóta és bizonyos speciális szolgáltatásokért fizetendő különdíjak kombinációja alapján számítják, azaz a háziorvosok javadalmazása elsősorban a regisztrált betegek számától függ.

ⁱ A *fundholding* rendszerben a háziorvos a szorosan vett alapellátáson kívül egyéb szolgáltatások végzésére is kapott anyagi támogatást, az összegeket a háziorvos kezelte. Így lehetőség nyílt arra, hogy a kórházakkal történő szerződéskötés alapján különböző vizsgálatokra küldje betegeit, járóbeteg-szakellátást kérjen, kezelje a ráeső gyógyszerár támogatási keret egy részét. Az elért megtakarításokat a praxis fejlesztésére használhatta fel.

ⁱⁱ Ezek az alapellátási csoportok az egy területhez tartozó háziorvosokat fogják össze, akiknek kötelező a részvétel. Az ellátásszervezők a szolgáltatások teljes körét megvásárolhatják betegeik számára.

ⁱⁱⁱ A trösztökben a háziorvosok pénzügyi alapokban részesülnek, hogy együttműködjenek a helyi közösségek egészségügyi szolgáltatásainak szervezésében és nyújtásában. Ezt a szerepet korábban az egészségügyi hatóságok (*Health Authority*) látták el. Így a helyi szolgáltatásokat érintő döntéseket helyi szinten azok hozzák, akik a legmegfelelőbb helyzetben vannak mindehhez. A PCT-eknek gondoskodniuk kell arról, hogy elég háziorvos álljon rendelkezésre a lakosság ellátásához, biztosítani kell más egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférést.

7. ÉSZTORSZÁG

ALAPVETŐ SZERVEZŐDÉSI ELV, FINANSZÍROZÁS ALAPJA

Észtországban az egészségügyi rendszer szerkezetét tekintve a szovjet Szemaskó-modellből alakult át bismarcki modellé. Az elmúlt évtizedben bekövetkezett egészségügyi reformok hatására módosult a finanszírozás: az addigi adózás alapú egészségügyi rendszert egy vegyes modell váltotta fel, melyet **többnyire egészségbiztosításból** tartanak fenn, magánfinanszírozással és állami hozzájárulásokkal kiegészítve.

BIZTOSÍTÁSI RENDSZER

Észtországban az Észt Egészségbiztosítási Pénztár az egyetlen betegpénztár, ahol az észt állampolgárok 95%-a kötelezően biztosított – a jövedelemmel nem rendelkező lakosok számára ingyenes a biztosítás, gyermekek és a nem dolgozó házastársak pedig egy ún. családi biztosítás révén biztosítottak; a felsőoktatásban tanulók, nyugdíjasok, terhes nők és munkanélküliek részére az állam fizeti a biztosítás díját.

MAGÁN EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK

Észtországban a magán egészségbiztosítások száma elenyésző, elsősorban a külföldi utazásokra kötnek utasbiztosítást. A felnőtt lakosság körében nem biztosított minden fogorvosi szolgáltatás (18 éves korig az ellátás térítésmentes), a gyógyszerek általában co-payment kötelesek. A betegek szintén részt vesznek a költségviselésben, meghatározott vizitdíjat kell fizetniük a járóbeteg-ellátás konzultációinak felkeresésekor, illetve kórházi nap szerint felszámított költségeik merülnek fel a fekvőbeteg-ellátás igénybevételekor. Az önrészesedés mértéke, illetve a mentesség kitételei szigorú szabályozás tárgyát képezik.

KÓRHÁZI TULAJDONFORMÁK, KÓRHÁZFINANSZÍROZÁS

Észtországban a kórházak többsége állami, illetve önkormányzati tulajdonú, de növekvőben van azoknak a kórházaknak a száma, amelyek legális teret biztosítanak a magánpraxis folytatásának is. A privát kórházi ágyak száma 2002-ben 876 volt, arányuk 10% körüli. Az ellátás finanszírozása az egészségbiztosítóval kötött szerződés alapján kórházi napok után, az egészségügyi szolgáltatásokra megállapított árak szerint történik, de terjed az esetátlány szerinti finanszírozás is. Míg korábban a biztosító a működési költségeket térítette, a beruházási költségek pedig a tulajdonost terheltek (főként állami költségvetésből származtak), 2003-tól a beruházási költségek az egészségügyi szolgáltatások komplex áraiba foglaltak. Az egészségügyi szolgáltatások költségeit az Egészségbiztosító Pénztár – előzetes szerződés alapján – közvetlenül téríti a szolgáltatást nyújtó egészségügyi létesítménynek vagy magánorvosnak. A térítést élvező szolgáltatások listája szinte minden ellátási formára kiterjed, kivéve a plasztikai sebészetet és az alternatív gyógymódokat.

ORVOSOK JOGÁLLÁSA ÉS JAVADALMAZÁSA

Észtország alapellátását az önállóan vagy csoportpraxisban tevékenykedő és az Egészségbiztosító Pénztárral szerződésben álló speciálisan képzett ún. családorvosok hálózata biztosítja. A költségvetés alapú, forrásallokációs rendszer helyett a szolgáltatásvásárló és az ellátó közötti szerződéskötés és egy új alapellátási fizetőrendszer van ma érvényben (súlyozott fejkvóta, fee-for-service, pótlékok). Az orvosok díjazása az Egészségbiztosító Pénztár regionális képviselőinél kötött, éves egyéni szerződésen keresztül történik, részben fejkvóta alapján, melyet a beteg életkorával korrigálnak, részben pedig az egyedi szolgáltatások esetében a német pontrendszer egy módosított változata révén. Ezen kívül egy fix alapjövedelem mellett további bevételekre tehetnek szert bizonyos tevékenységek ellátásáért. A szakorvosi ellátást rendelőintézetekben és kórházak ambuláns osztályain végzik. Az egészségügyi szolgáltatások nagy részét az állami szektor biztosítja, azonban a magán ellátás is egyre szélesebb körben terjed. Privát praxisban dolgozó szakorvosok a nyújtott egyedi szolgáltatások után meghatározott összeg honoráriumot kapnak és szerződhetnek a biztosítóval is. A legtöbb szakorvosi szolgáltatást azonban még mindig a kórházi ambulanciák látják el.

8. FINNORSZÁG

ALAPVETŐ SZERVEZŐDÉSI ELV, FINANSZÍROZÁS ALAPJA

Finnország egészségügyi rendszerének finanszírozása túlnyomórészt **adóalapú**. 2002-ben a helyi önkormányzatok az összes egészségügyi kiadás 43%-át finanszírozták, miközben a kormány a 17%-át, a háztartások a 20%-át, az egészségbiztosítás a 16%-át, az egyéb magán testületek (pl. biztosítótársaságok) pedig a 4%-át. Az önkéntes egészségbiztosítás elhanyagolható, az egészségügyi összköltségek mindössze 1,5%-a.

BIZTOSÍTÁSI RENDSZER

Finnországban az egészségügy adóbevételekből finanszírozott, kötelező egészségbiztosítás nincs.

MAGÁN EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK

Finnországban magánbiztosítás nincs, de a legtöbb önkormányzat felszámítja a betegnek az orvossal való találkozást. Két lehetőség kínálkozik: évi 22 euró bármilyen számú vizitért, vagy 11 euró vizitenként. A magánpraxisban a beteg kifizeti a teljes díjat, majd 60%-os térítést kap az országos egészségbiztosítástól (NHI). Állami kórházban 22 euró vizitenként, plusz az orvosi eljárások. A magánellátást az országos egészségbiztosítás részben téríti.

KÓRHÁZI TULAJDONFORMÁK, KÓRHÁZFINANSZÍROZÁS

Finnországban a kórházak finanszírozása nem egységes. Napjainkban egyre inkább megfigyelhető az ágy/nap szerinti térítésről való áttérés az esetalapú térítésre. Ma már a kórházak többsége ez utóbbit alkalmazza. Finnországban a DRG alkalmazása több vonatkozásban is eltér más országok gyakorlatától. Itt ugyanis – egyéb nyugat-európai országoktól eltérően – a DRG-k bevezetését nem a minisztérium kezdeményezte, hanem elsősorban gyakorlati megfontolások miatt került erre sor. A kórházi körzetek tetszés szerint módosítják DRG-térítéseiket. Ez azonban nem jelent problémát, mert a kórházak finanszírozása nem a DRG alapján számított bevételeken alapul, tehát a DRG Finnországban sokkal inkább a kórházi menedzsment eszköze.

ORVOSOK JOGÁLLÁSA ÉS JAVADALMAZÁSA

Finnországban az alapellátást az önkormányzatok szervezik és az egészségügyi központokban nyújtják. A háziorvosi rendszerben az orvosok kombinált fizetést kapnak, amely kb. 60%-ban az alapfizetésből, 20%-ban a fejkvótából, 15%-ban a szolgáltatási díjból és 5%-ban a helyi támogatásokból tevődik össze. A helyi önkormányzatok felelősek a szakellátás megszervezéséért is. A kórházi, valamint az önkormányzati egészségközpontokban dolgozó orvosok többsége alkalmazott, akik általában havi alapfizetésükhöz kiegészítő díjat kapnak az ügyeletért.

9. FRANCIAORSZÁG

ALAPVETŐ SZERVEZŐDÉSI ELV, FINANSZÍROZÁS ALAPJA

Franciaország egészségügye **kötelező egészségbiztosítási rendszeren** alapul, melyet a CSG (Általános Társadalmi Hozzájárulás), az adóalapú finanszírozás bizonyos elemei és a kiegészítő magánbiztosítási formák tesznek teljessé. 1999 óta, Franciaország állandó lakosai átfogó egészségügyi fedezetet élveznek, ez a lakosság 99,9%-ának nyújt védelmet. A Teljeskörű Egészségügyi Fedezet (*Couverture Médicale Universelle, CMU*) az **egészségügyi ellátáshoz való egyenlő hozzáférés** céljait szolgálja azzal, hogy állampolgári jogon nyújt lehetőséget a kötelező biztosításra. A béreken alapuló egészségbiztosítási hozzájárulásokat egészíti ki a bruttó jövedelmen alapuló (tőkejövedelmekre is vonatkozó), adóból fizetett CSG, amely a jövedelmek 5,25%-a, nyugdíjak és más juttatások esetén 3,95%.

BIZTOSÍTÁSI RENDSZER

Franciaországban a kötelező egészségbiztosítás struktúrája három főbb részre oszlik: (1) az általános biztosításⁱ a lakosság mintegy 84%-ára terjed ki (a kereskedelemben és az iparban dolgozókra és családtagjaira vonatkozik, de ide tartoznak a hátrányos anyagi helyzetben lévő állampolgárok is); (2) a mezőgazdasági dolgozók biztosítása (a lakosság 7,2%-ának nyújt egészségbiztosítási fedezetet) és (3) az önálló vállalkozók biztosítása (a lakosság körülbelül 5%-át érinti).

MAGÁN EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK

Franciaországban a kiegészítő önkéntes biztosítás jelentős térhódítása figyelhető meg az utóbbi időben: a magánbiztosítás kifejezetten a kötelező biztosítás kiegészítésére szolgál, mivel főként a co-payment-et téríti és az állami fedezetben kevésbé részesülő területeket fogja át, így például a fogászati és a szemészeti ellátást és gyógyászati segédeszközöket. A kiegészítő magánbiztosítást Franciaországban három biztosító-típus képviseli: (1) a kölcsönösségi alapon működő, nem profitorientált mutuelle-ek (alapítványi irányítás alatt állnak vagy a kölcsönösségi elven működő biztosítók), melyek aránya a biztosítási piacon 60%-os; (2) a non-profit gondoskodást szolgáló intézmények és (3) a profitot is képező magánbiztosító-társaságok. A betegeknek ellátásukért közvetlenül az orvosnak kell leróniuk a szolgáltatásra előírt díjtételt, melyet a kötelező biztosítás az önrészesedésen felül térít. Az önrészesedésre a kiegészítő biztosítás nyújt utólagos fedezetet, illetve bizonyos esetekben (pl. súlyos krónikus betegség) nem kell megelőlegezni a kezelési költségeket, illetve az alacsony jövedelműek számára a fedezet ingyenes. 2005 januárjától bevezetésre került az 1 EUR általánydíj felszámítása konzultációnként, egyúttal bizonyos jövedelemszint alatt segély jár a kiegészítő biztosítás igénybevételéhez. Alap- és járóbeteg-ellátásban 2006-ban általános orvosi vagy szakorvosi konzultáció és a radiológiai vizsgálatok után a betegek általában a díj 30%-át és 1 EUR vizitdíjat fizetnek. Ez a gyakorlatban általános orvosi konzultációnként 21 EUR összeget jelent, melyből 13,7 EUR-t visszatérít a biztosító. A szakorvosi konzultációk tarifája ennél magasabb, de a visszatérítés aránya betegúton belül mindenütt 70%, beutaló nélkül pedig 60%. A hozzájárulás évente személyenként 50 EUR-ban van maximálva, és nem érinti a 18 évnél fiatalabbakat, az előrehaladott állapotban lévő terhes anyákat és a CMU kiegészítő csomagjában részesülőket. A kórházi ellátás esetén a napi térítési összeg 15 EUR. A kórházból távozó beteg az ellátása során felmerült és a napidíjat is tartalmazó költségek 20%-át köteles téríteni, de előzetes megállapodás alapján a kiegészítő biztosítás erre is fedezetet nyújthat.

KÓRHÁZI TULAJDONFORMÁK, KÓRHÁZFINANSZÍROZÁS

Franciaország fekvőbeteg-ellátását közkórházak és profit-orientált vagy non-profit magánkórházak biztosítják. A közkórházak a fekvőbeteg-ellátó létesítmények negyedét teszik ki, ágyaik száma az összes ágy kétharmada. A közkórházak autonóm egységek, költségvetésükkel önállóan gazdálkodnak. Finanszírozásuk prospektív a kötelező egészségbiztosítási rendszer költségvetési keretein belül. A magánkórházak két csoportra oszlanak aszerint, hogy profitot realizálnak-e vagy sem. A non-profit kórházak egyházi kézben vannak, alapítványi irányítás alatt állnak vagy a kölcsönösségi elven működő biztosítók (mutuelles) tulajdonát képezik. Számuk az összes kórház egyharmadát teszi ki, az ország kórházi ágyainak 15%-ával. A profitorientált kórházak aránya a fekvőbeteg-ellátó létesítmények között 40%-os, az általuk működtetett ágyak aránya 20%-ra tehető. A profitorientált kórházak javadalmazásukat meghatározott ráta szerint kapják, mely minden költséget magában foglal, kivéve az orvosok szolgáltatások szerinti fizetését. A non-profit kórházak választhatnak a közkórházak és a profit-orientált kórházak finanszírozási sémái között. Jelenleg folyamatban van a tevékenységekhez kapcsolódó térítést szorgalmazó reform, mely az állami és a magánszektor finanszírozásának harmonizálására irányul. A tevékenységen alapuló finanszírozási rendszert, 2004 januárja óta fokozatosan vezetik be a

közfiszer létesítményeiben. A Homogén Kórházi Tartózkodást igénylő Csoportok (GHS=DRG) állami szektorra meghatározott árai szerint finanszírozzák a betegek aktív ellátását. A finanszírozás tevékenység szerinti eleme évente fokozatosan nő. A magánkórházakban 2005. március 1-je óta az esetösszetételt figyelembe vevő finanszírozás van érvényben. Egy átmeneti időszak után a cél a díjtételek egységesítése 2012-re minden szolgáltató esetében.

ORVOSOK JOGÁLLÁSA ÉS JAVADALMAZÁSA

Franciaország alap- és járóbeteg-szakellátását többségében saját praxisukban, önálló vállalkozóként egyedül tevékenykedő orvosok, fogorvosok és más egészségügyi szakemberek (pl. fizioterapeuták) biztosítják, de a betegek számára ilyen jellegű ellátást a kórházak és egészségügyi központok közalkalmazotti státuszban lévő szakszemélyzete is nyújthat. Az önálló vállalkozóként dolgozó egészségügyi szakemberek szinte mindegyike, a szakma képviselői és a biztosítók által kötött országos keretszerződés alapján praktizál. A 4-5 évente megújított szerződések számos előírást tartalmaznak az orvosi tevékenység gyakorlatára vonatkozóan és meghatározzák a szolgáltatások díjtételeit. A betegeknek ellátásukért közvetlenül az orvosnak kell leróniuk a szolgáltatásra előírt díjtételt, melyet a kötelező biztosítás az önrészesedésen felül térít. A kórház orvosai fizetésben részesülő közalkalmazottak, de 1986 óta lehetőségük nyílik részdíós magánpraxis folytatására is a kórházon belül.

ⁱ Az általános biztosítás országos szintű szerve a dolgozók fedezetét ellátó CNAMTS (Caisse Nationale D'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés). A 16 regionális biztosító elsősorban a munkahelyi balesetekkel és foglalkozási ártalmakkal, ezek megelőzésével, illetve kórházi kezelésével foglalkozik biztosítási szempontból. A 128 helyi biztosító feladata az effektív költségtérítés. Az egészségügyi rendszer irányítása országos szintről egyre inkább regionális szintre tevődik át. A CNAMTS felügyeletet gyakorol a regionális és a helyi biztosítók tevékenysége fölött, jóllehet az utóbbiak igazgatótestületeik irányítása alatt bizonyos autonómiával rendelkeznek.

10. GÖRÖGORSZÁG

ALAPVETŐ SZERVEZŐDÉSI ELV, FINANSZÍROZÁS ALAPJA

Görögországban kötelező egészségbiztosítás képezi az egészségügy finanszírozásának alapját. A biztosítás járuléka a munkáltatók és a munkavállalók között oszlanak meg, és részben az állami költségvetésből is kapnak a biztosítók kiegészítéseket.

BIZTOSÍTÁSI RENDSZER

Görögországban minden állampolgár foglalkozása szerinti fedezetben részesül. A biztosítási alapok a lakosság 95%-át biztosítják. A biztosítás a foglalkoztatottaknak és a hozzátartozóiknak kötelező, és a foglalkozási kategóriák szerint oszlik meg. A munkanélküliek fedezetét korábbi biztosítójuk nyújtja. Sokan vannak azok, akik biztosítása több biztosítási alapon is megtalálható (direkt módon vagy hozzátartozó jogán). 39 biztosítási alap működik az országban, az egészségügyi ellátást velük szerződött állami vagy magánszolgáltatókon keresztül nyújtják. A három legnagyobb az IKA (szellemi és fizikai dolgozók biztosítója, a lakosság 55%-át biztosítja, a poliklinikákon keresztül az alapellátást nyújtja), az OGA (mezőgazdasági dolgozók számára nyújt biztosítást, a lakosság 23%-a itt biztosított), OAEE (társadalombiztosítási alap vállalkozók számára). A három alap együttesen a lakosság 80%-ának biztosításáról gondoskodik. További 7% az OPAD-nál biztosított (köztisztviselők, katonák társadalombiztosítója). Az IKA tagok a saját rendszerük alapellátását vehetik igénybe, az OGA tagok számára korlátozottan hozzáférhető az alapellátás, a többi alap szabad orvosválasztást kínál és jobb hozzáférést a magánorvosokhoz és magán diagnosztikai központokhoz.

MAGÁN EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK

Görögországban mintegy 2 millióan kiegészítő magánbiztosítással is rendelkeznek, ez a lakosság 20%-át érinti. Míg a társadalombiztosítás alacsony áron téríti az orvosi költségeket, és nem gyakorol kellő felügyeletet a fogyasztói magatartás felett, addig a magánbiztosítás szinte szabad hozzáférést biztosít a költséges privát ellátáshoz. A magánbiztosítás gyors térhódításának egyik oka az adócsökkentő tényezőkben rejlik. A társadalombiztosítási alapok és a magán biztosítótársaságok egyaránt a szolgáltatásonkénti díjazást veszik térítési alapul, és nem alkalmaznak gazdasági megszorításokat a szolgáltatások indokolatlan igénybevétele esetén.

KÓRHÁZI TULAJDONFORMÁK, KÓRHÁZFINANSZÍROZÁS

Görögországban a magánkórházi ellátás körülbelül a fekvőbeteg-ellátás 20%-át teszi ki az országban.

ORVOSOK JOGÁLLÁSA ÉS JAVADALMAZÁSA

Görögországban az NHS kórházaiban és alapellátási központjaiban dolgozó személyzet állami alkalmazott, az orvosok bért kapnak, a kórházi orvosok magángyakorlatot nem folytathatnak, ez a tiltás azonban a gyakorlatban nem hozott eredményt. Az orvosok 65%-a a privát szektorban tevékenykedik. A biztosítóval szerződött orvosok szolgáltatás szerinti díjazásban részesülnek. A díjtételek jellemzően alacsonyak, az orvosok a jövedelmeiket túlszámlázással egészítik ki. A fedezet és az ellátás hiányosságai következtében elterjedtek az informális fizetések.

11. HOLLANDIA

ALAPVETŐ SZERVEZŐDÉSI ELV, FINANSZÍROZÁS ALAPJA

Hollandiában 2006 óta kötelező egészségbiztosítási rendszer van: minden holland állampolgárnak rendelkeznie kell egészségbiztosítással. **Hollandia valamennyi lakosa köteles alapsomagot vásárolni**, de szabadon iratkozhatnak fel önkéntes kiegészítő biztosításra további szolgáltatásokért. Az alapvető egészségügyi ellátást nyújtó csomagot az állam határozza meg. Az új rendszer másik fő eleme a biztosítási díjak megszabása: a nominális díjⁱ továbbra is megmaradt, vagyis a szolgáltatók kötelesek minden szolgáltatási csomagra egy fix díjat meghatározni, azonban tiltva van a díjak kor, nem és kockázati tényezők szerinti differenciálása. A nominális díjon felül minden alkalmazásban álló személy 6,5% járulékot fizet jövedelme után, évi 30 ezer euróig. A vállalkozók, nyugdíjasok, más speciális csoportok járuléka 4,4%-ban van megállapítva. 2005. december 31-ig a kötelező egészségbiztosítás (63%) és a magánbiztosítás (37%) kombinációja élt Hollandiában. 2006. január 1-jétől került bevezetésre egy olyan univerzális biztosítási rendszer, amely a teljes lakosságot lefedti. Az új rendszer fő jellemvonása a piaci verseny kiszélesítése: a biztosítók kötelezve vannak, hogy versenybe lépjenek egymással a díjak, a biztosítási csomagok és a szolgáltatási szintek terén.

BIZTOSÍTÁSI RENDSZER

Hollandiában a fogyasztók szabadon választhatnak a biztosítók és a csomagok között és évenként egyszer válthatnak biztosító társaságot. Az új törvénykezés megengedi bármilyen csoport kialakítását (a csoportszervezőkért a biztosítók kedvezményt adhatnak), melyeknek 3 csoportja létezik: vállalati, fogyasztói és betegségcsoportok. A biztosítók kötelesek minden lakos jelentkezését elfogadni, így nem tagadhatnak meg senkit, pl. betegség miatt és nem számolhatnak fel ezért magasabb díjat sem. A kockázatszelekció megakadályozására egy kockázat-kiegyenlítési rendszert vezettek be (kor, nem, gyógyszerfogyasztás és főbb diagnosztikai csoportok szerinti fejkvóta szerinti kiigazítás). A 18 év alatti lakosok biztosítási díját az állam fizeti, illetve az alacsony jövedelműek jövedelemarányos támogatásban részesülnek.

MAGÁN EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK

Hollandiában a teljes egészségügyi kiadásokon belül a magánbiztosítások meghaladják a 15%-ot. Az alapsomag szolgáltatásaiért nem kell hozzájárulást fizetni, de az új rendszerben a betegek választhatják a személyes kockázatukon alapuló elszámolható költséget is.

KÓRHÁZI TULAJDONFORMÁK, KÓRHÁZFINANSZÍROZÁS

Hollandiában a kórházak több mint 90%-a non-profit magánjellegű, 10%-a pedig állami egyetemi kórház. 2000 óta a kórházak finanszírozása teljesítményalapúvá vált, ez jelentette a DRG típusú fizetési rendszerre való átállás első lépését, melyet 2005-ben vezettek be.

ORVOSOK JOGÁLLÁSA ÉS JAVADALMAZÁSA

Hollandiában az általános orvosok többnyire csoportpraxisban tevékenykedő önálló vállalkozók. A háziorvosokat fejkvóta alapján fizetik. Szakellátás főként a kórházakban folyik, ahol a szakorvosok fekvő- és járóbeteg-ellátást egyaránt nyújtanak. A specialisták kb. egyharmada fizetésben részesülő közalkalmazott, kétharmaduk a kórházzal szerződéses viszonyban lévő önálló vállalkozó. 2005-ig a szakorvosokat fee-for-service szerint fizették, 2005-től a kórházi finanszírozáshoz hasonlóan a Diagnosis Treatment Combinations rendszer alapján. A kórházi orvosok javadalmazása többnyire díjtétel alapján történik, de az orvosi keresetek nem szerepelnek nevesítve a kórházak költségvetésében, mert a fizetési mechanizmusokban nagy szerepe van a helyi alkuknak és egyéb megoldásoknak.

ⁱ A holland állampolgároknak biztosítónként (de ezen belül nem) eltérő összegű, nominális biztosítási járulékot kell fizetniük.

12. HORVÁTORSZÁG

ALAPVETŐ SZERVEZŐDÉSI ELV, FINANSZÍROZÁS ALAPJA

Horvátországban a nemzeti alkotmány értelmében a mindenki számára **kötelező egészségbiztosítás a kölcsönösség és szolidaritás elvére épül**. A kötelező egészségbiztosítás a legfontosabb finanszírozási forrás, amely az összes bevétel 95%-át jelenti. A kötelező társadalombiztosítás bevételei a bérek után fizetett járulékokból és az állami költségvetésből származnak.

BIZTOSÍTÁSI RENDSZER

Horvátországban a kötelező egészségbiztosítás rendszeréről az 1993-ban létrejött Horvát Egészségbiztosítási Intézet gondoskodik. A kötelező biztosítással rendelkezők azonos színvonalú betegellátásban részesülhetnek minden olyan egészségügyi intézetben vagy magánpraxisban, amely szerződésben áll az Intézettel. A kötelező egészségbiztosítás az alapellátásra, szakorvosi ellátásra és konzíliumra, kórházi ellátásra, ortopédiai és gyógyászati segédeszközökkel való ellátásra, a jóváhagyott listán szereplő gyógyszerek felírására terjed ki.

MAGÁN EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK

Horvátországban 2002-ben a rendszer fenntarthatósága érdekében az Egészségügyi Törvény új co-paymentet vezetett be a szolgáltatási csomag meghatározott elemeire, egyúttal szűkítette a fizetés alól kivételt képezők körét is. Bevezette az önkéntes kiegészítő biztosítás kategóriáját, melynek fejében a szerződéssel rendelkező szolgáltatóknál igénybe vett ellátások ingyenessé váltak.ⁱ

KÓRHÁZI TULAJDONFORMÁK, KÓRHÁZFINANSZÍROZÁS

Horvátországban a kórházak tulajdonviszonyaik szerint állami, megyei vagy magántulajdonúak. Állami tulajdonban csak az egyetemi kórházak, a klinikai kórházi központok és az országos intézetek vannak. A megyei hatóságok felelősek többek közt az általános kórházak, a szakkórházak, a krónikus betegek kórházai, a rendelőintézetek, az egészségügyi központok, stb. fenntartásáért. A privát kórházi ágyak száma csekély (2001-ben 108 privát kórházi ágy működött az országban, arányuk az összes kórházi ágyhoz viszonyítva 0,41 %). A helyi önkormányzatok a tulajdonosai és működtetői a legtöbb állami alap- és másodlagos ellátó egységnek, ideértve az általános kórházakat, rendelőintézeteket, különböző otthonokat, stb. A helyhatóság felelősségi körébe tartoznak a beruházások és az infrastruktúra fenntartása, míg az intézmények a működésükhöz szükséges anyagi forrásokat a Horvát Egészségbiztosítási Intézettel való szerződésük alapján kapják. Az elszámolás alapja egy kb. 90 ezer eljárásra meghatározott pontérték-rendszer, mely szorosan együttmozog a Horvát Egészségbiztosítási Intézet bevételeivel: amennyiben adott időszakban a bevétel nő, úgy a pont értéke is emelkedik, illetve inverz módon ugyanez igaz. Az ápolási nap pontértékének meghatározásához a kórházak három csoportba vannak sorolva (általános kórházak, regionális központok és egyetemi kórházak), melyet tovább differenciálnak a speciális tevékenységek.

ORVOSOK JOGÁLLÁSA ÉS JAVADALMAZÁSA

Horvátországban az alapellátást az egészségügyi központok hálózata biztosítja. A magánpraxist folytató egészségügyi dolgozók jövedelemforrásai az Egészségbiztosítási Intézettel kötött szerződés, az önkéntes biztosítás vagy a betegektől kapott közvetlen díjazás lehetnek. Magánellátást elsősorban az egészségügyi alapellátásban dolgozó orvosok, fogorvosok és gyógyszerészek nyújtanak a biztosítóintézettel kötött szerződés alapján. A szerződéses orvosok javadalmazása a fejkvóta és a díjtétel kombinációja alapján számított.

ⁱ 2003-ban a lakosság 16%-a rendelkezett önkéntes kiegészítő biztosítással, akiknek 51%-a nyugdíjas volt. 2004-re a kiegészítő biztosítás pénzügyi deficitel zárta, fenntarthatósága megingott. A co-payment bevezetésével egyetemben a reform a keresleti oldalra összpontosított és csak korlátozott sikerrel járt, ugyanakkor az ellátók és a lakosság sem vette jó néven az intézkedéseket.

13. ÍRORSZÁG

ALAPVETŐ SZERVEZŐDÉSI ELV, FINANSZÍROZÁS ALAPJA

Írországban az egészségügyi kiadások 78%-át finanszírozzák államilag, és az állami kiadások több mint 80%-át adózásból fedezik.

Írországban az egészségügyi szolgáltatásokhoz való jogosultság nem az adó vagy a társadalombiztosítási járulék befizetésén alapul, hanem a tartózkodási hely és a lakos jövedelmi viszonyain. Az egészségügy fő irányító szerve az Egészségügyi és Gyermekvédelmi Minisztérium (*Department of Health and Children*), amely a tervezésben, a költségvetésben és a koordinációban játszik szerepet, és közvetlenül nem avatkozik bele a szolgáltatások nyújtásába. Az egészségügyi ellátás a nyolc regionális egészségügyi testület (*Regional Health Boards, RHB*) feladata, melyek választott helyi képviselőkből, egészségügyi szakemberekből és a minisztérium által kinevezett vezetőkből állnak.

BIZTOSÍTÁSI RENDSZER

Írországban az egészségügy elsősorban adóbevételekből finanszírozott, kötelező egészségbiztosítás nincs. Magánbiztosításból fedezett a kiadások 8,5%-a.

MAGÁN EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK

Írországban a magán egészségügyi kiadások mértéke nem számottevő - a magánkiadások kb. 40%-a háziorvosi konzultációkat, 25-30%-a pedig kórházi tartózkodást fedez.

KÓRHÁZI TULAJDONFORMÁK, KÓRHÁZFINANSZÍROZÁS

Az ír egészségügyi rendszer jellemző vonása, hogy nagy súllyal szerepel a kórházi ellátás. Az ország több mint 100 általános kórháza közül némelyek regionális vagy országos szintű szakellátást is nyújtanak. Az általános kórházi szolgáltatások a tulajdonjog és finanszírozás három különálló típusát képviselik: (1) az egészségügyi testületi (RHB) kórházak a testületek tulajdonában vannak, tőlük kapják a költségvetést; (2) a non-profit magánkórházakat közvetlenül az Egészségügyi Minisztérium finanszírozza; (3) a profitorientált magánkórházak privát tulajdonban és irányítás alatt vannak, és nem részesülnek állami támogatásban. Az általános kórházak egyharmada egyházak vagy más önkéntes szervezetek kezelésében levő nem profitorientált közkórház. Írországban 1993-ban vezették be a portugál minta alapján a DRG-alapú elszámolási rendszert.

ORVOSOK JOGÁLLÁSA ÉS JAVADALMAZÁSA

Az egészségügyi alapellátást az Általános Orvosi Szolgálat (*General Medical Service*) nyújtja. Ez a szervezet tömöríti az általános orvosokat, és lehetővé teszi a szabad orvosválasztást. A háziorvosok nagy része (70%-a) szerződéses viszonyban áll az RHB-kel és a szakorvosi, kórházi szolgáltatások igénybevétele során kapuőrként működnek.

1989-ig a háziorvosokat tételes elszámolás (*fee-for-services*) alapján fizették, jelenleg kor, nem és tartózkodási hely szerinti fejkvóta alapján történik a díjazás. A járó- és fekvőbeteg-ellátást szakorvosok nyújtják a kórházak ambuláns és fekvőbeteg osztályain. A kórházakban keveredik a magán- és a közellátás, a szolgáltatók egyszerre mindkét területen tevékenykedhetnek.

ⁱ Az állami egészségügyi szolgálat két jogosultsági kategória rendszerére épül. Az I. kategóriába a szociálisan rászorult, alacsony jövedelmű személyek, nyugdíjasok, diákok és gyermekek tartoznak. Ők az egészségügyi kártya (*Medical Card*) tulajdonosai, és térítésmentes általános orvosi és fogorvosi kezelésre, valamint kórházi ápolásra és gyógyszerekre jogosultak. A II. kategóriába tartozók csak bizonyos szolgáltatásokra jogosultak térítésmentesen, melynek díja relatíve alacsony. Az alapellátást illetően is van különbség: az I. kategóriába tartozó betegeknek ki kell választaniuk egy háziorvost a résztvevő orvosok listájából. A háziorvosi szolgáltatások, vényköteles receptek és gyógyászati eszközök ezután ingyenesen elérhetők számukra és hozzátartozójuk számára. A II. kategóriába tartozó betegek, akiknek fizetniük kell a szolgáltatásokért, szabadon választhatnak bármilyen háziorvost vagy szakorvost.

14. LENGYELORSZÁG

ALAPVETŐ SZERVEZŐDÉSI ELV, FINANSZÍROZÁS ALAPJA

Lengyelország egészségügyi rendszere a vajdaságok szerint tagozódó betegpénztárak összevonása révén központosított országos egészségbiztosításon alapul. A lakosság átfogó egészségbiztosításáról szóló 2003-as törvény az Országos Egészségbiztosító Pénztárat (NFZ) helyezte az egészségbiztosítás élére. Az NFZ létrejötté óta az **általános egészségbiztosítás kötelező érvényűvé** vált, és fedezete minden állampolgárra kiterjed, a keresettel nem rendelkezőkre is. Az állandó jövedelemmel nem rendelkezők, illetve az ország területén élő külföldiek önkéntes alapon fizethetnek járulékot. A kötelezően biztosítottak járulékaik jövedelemfüggőek, ennek aránya a bruttó bér 8,25 %-a (fokozatos emelkedéssel 2007-re eléri a 9%-ot). A teljes járulékot a munkavállaló fizeti.

BIZTOSÍTÁSI RENDSZER

Lengyelországban a kötelező egészségbiztosítást az Országos Egészségbiztosító Pénztár (NFZ) irányítja, mely egy központi hivatalból és ennek leágazásaiként, az ország területi tagozódását követő 16 regionális biztosítóból áll.

MAGÁN EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK

Lengyelországban a magánbiztosítás lehetősége 2002 óta áll fenn a kötelező biztosítás kiegészítéseként. Az extra szolgáltatások co-payment térítést feltételeznek, a magánorvosi, fogorvosi ellátást a betegek közvetlenül az orvosnak fizetik. Lengyelországban az állami erőforrások korlátozott volta a magánfinanszírozás igen magas arányához vezetett. 2002-ben a betegek önrészesedése és a különböző nem hivatalos kifizetések az egészségügyi kiadások közel 40%-át tették ki.

KÓRHÁZI TULAJDONFORMÁK, KÓRHÁZFINANSZÍROZÁS

Lengyelországban a szakosított és magasan specializált kórházak állami/önkormányzati tulajdonban vannak, a nem állami tulajdonú kórházak aránya 20% körüli (ezek többsége állami vagy önkormányzati tulajdonból átvett magán kórház). A kórházak túlnyomó része 1999-ig állami tulajdonban volt, majd az önkormányzatok tulajdonába kerültek. A fekvőbeteg-ellátásban a privatizáció aránya elenyésző, körülbelül 30 kórház van magántulajdonban. A kórházi szektor finanszírozásában a kórházi felvétel szerinti finanszírozás érvényesül, mely független a diagnózistól, viszont az ápolási idő, a betegség által indokolt kórházi ellátási szint és a kórházon belüli szolgáltatások típusa határozza meg.

ORVOSOK JOGÁLLÁSA ÉS JAVADALMAZÁSA

Lengyelországban az egészségügyi alapellátást egyéni vagy csoportos praxisban dolgozó háziorvosok, illetve ápolónőkből és szülésznőkből álló praxisok végzik. A háziorvosok díjazása fejkvóta alapján történik, mely tartalmazza a rendelő fenntartásának költségeit, illetve függ az ellátandó betegek korösszetételétől. A háziorvosok az önkormányzatok megbízásából pénzalapkezelői funkciót töltenek be. Sok háziorvos önálló vállalkozóként tevékenykedik, de többségükben nem ezt a formát választják. A járóbeteg-ellátásban dolgozó orvosok önálló vagy csoportpraxisban, illetve integrált egészségügyi központokban tevékenykednek. Közülük sokan önálló vállalkozók, de vannak, akik (30%) magánpraxisukat intézményi tevékenységükkel párhuzamosan folytatják. A járóbeteg-ellátásban nyújtott szolgáltatások finanszírozására a szolgáltatásokon alapuló díjazás jellemző.

15. LETTORSZÁG

ALAPVETŐ SZERVEZŐDÉSI ELV, FINANSZÍROZÁS ALAPJA

Az évente kiadott „Alapvető ellátási program”-ban foglaltak szerint *Lettországban* a lakosság azon része jogosult az államilag finanszírozott szolgáltatások viszonylag szűk körének igénybevételéreⁱ, akik az ország területén állandó lakhellyel rendelkeznek, valamint akik fél évig fizettek személyi jövedelemadót. A hozzájárulást az általános **adórendszeren** keresztül fizetik. Az egészségügy anyagi erőforrásai a központi szinten gyűjtött jövedelemadókból (ezek 28,4%-a van elkülönítve az egészségügyi ellátásra), az egyéb adókból befolyó általános állami bevételeken alapuló támogatásokból és a betegek informális hozzájárulásaiból állnak.

BIZTOSÍTÁSI RENDSZER

Lettországban az egészségügy adóbevételekből finanszírozott, kötelező egészségbiztosítás nincs.

MAGÁN EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK

Lettországban nincs magánbiztosítás, az ingyenes ellátás csak a 18 év alattiaknak jár, általában a betegek költségeinek negyedét teszi ki a co-payment kiadás. Bizonyos nagy értékű beavatkozásokat, mint a csípőprotézis, csak piaci értéken vehetnek igénybe a betegek. A fogorvosi szolgáltatások és gyógyszerek jelentős része szintén teljes áron vehető igénybe.

KÓRHÁZI TULAJDONFORMÁK, KÓRHÁZFINANSZÍROZÁS

Lettország fekvőbeteg-ellátásának helyszínei az állami, önkormányzati és a magánkórházak. A magas fokú műszerezettséget igénylő speciális ellátást nyújtó központok a fővárosban működnek és kiemelt támogatást élveznek. A kórházak többnyire nonprofit szervezeti formában működnek, esetenként alkalmazottai tulajdonában vannak. A regionális betegbiztosítási alapok a kórházak finanszírozását részint 64 diagnózis csoport (DRG), részint kórházi nap alapján, illetve pontrendszer szerint végzik.

ORVOSOK JOGÁLLÁSA ÉS JAVADALMAZÁSA

Lettországban a háziorvosi ellátás önálló vagy közös praxison alapul. Az alapellátás díjazása a regionális biztosítók révén a fejkvótából kiinduló vegyes finanszírozás alapján történik, mely részben az alapellátást biztosító orvos honorálására, részben az asszisztenciára, részben pedig a háziorvosi beutalóval igénybe vett szakellátásra fordított költségek fedezésére szolgál. Az ambuláns ellátást egészségügyi centrumokban foglalkoztatott orvosok (a centrumok részben az orvosok tulajdonában, részben állami tulajdonban vannak), magánorvosok, illetve csoportos praxisok nyújtják. Az ambuláns ellátásban pontrendszer alapján, tételes finanszírozást alkalmaznak, amelyet egyre inkább a háziorvosi finanszírozásnál említett fejkvóta és fundholding rendszerrel váltanak fel. A kórházakban alkalmazott orvosok a kórházak vezetése által meghatározott fizetésben részesülnek.

ⁱ Elméletileg Lettország minden állandó lakosa a kötelező egészségbiztosítás fedezetében részesül, valójában szűkös anyagi helyzete miatt a betegek – különösen a nők – nagy része még az alapprogramban foglaltak szerint sem jut megfelelő ellátáshoz. 1995 óta létezik magánbiztosítás is, mely választási lehetőséget és színvonalas ellátást kínál a betegeknek, ennek költségei viszont a többség számára megfizethetetlenek.

16. LITVÁNIA

ALAPVETŐ SZERVEZŐDÉSI ELV, FINANSZÍROZÁS ALAPJA

A litván egészségügyi rendszer fő anyagi forrásait egyrészt a biztosítottak **kötelező egészségbiztosítási** járuléka, másrészt a költségvetés biztosítottak után nyújtott támogatása képezi. A munkáltató a bruttó jövedelem 17%-át fizeti be járulékként, további 3%-ot pedig a munkavállaló fizet (a biztosítottak évente és foglalkozási kategóriánként változó mértékű járulékot fizetnek). A 18 éven aluliak, diákok, szociális juttatásban részesülők költségeit az állam vállalja fel.

BIZTOSÍTÁSI RENDSZER

Litvániában kötelező egészségbiztosítás van érvényben, magánbiztosítás csak a kötelező biztosítás kiegészítésére szolgál olyan esetekben, ha például a beteg fekvőbeteg-ellátása során – választása szerint – a felírtnál költségesebb gyógyszert vagy gyógyászati segédeszközt kíván igénybe venni. Az 1996 óta decentralizált egészségügyi rendszer a szolgáltatásvásárlók és a szolgáltatók elkülönülésén és a szerződéses viszonyon alapuló modellek felé való elmozdulást képviseli. Az egészségügyi ellátás rendszerének általános felügyeleti szerve az Állami Betegbiztosító Pénztár, melynek irányítása alá tartozik az országban működő 10 megyei egészségügyi központ és ennek mintegy 50 helyi szintű létesítménye.

MAGÁN EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK

Litvániában magánbiztosítás köthető, de ez csak a kötelező biztosítás kiegészítésére szolgál például olyan esetekben, ha a beteg fekvőbeteg-ellátása során – választása szerint – a felírtnál költségesebb gyógyszert vagy gyógyászati segédeszközt kíván igénybe venni. A kórházi, illetve szakorvosi ellátás beutalóval történő igénybevétele térítésmentes, beutaló hiányában viszont közvetlen térítést igényel. Elterjedt, bár nem hivatalos gyakorlat, hogy a kórházak a gyógyszerköltségeket és a szükséges gyógyászati eszközök költségeit a betegekre hárítják át. Gyakoriak az informális kifizetések is, ugyanakkor hivatalosan előírt co-payment csak esetlegesen fordul elő.

KÓRHÁZI TULAJDONFORMÁK, KÓRHÁZFINANSZÍROZÁS

Litvániában az egészségügyi létesítmények nagy része az állami egészségbiztosítással szerződésben álló non-profit intézmény, melynek tulajdonosa az egészségügyi kormányzat, illetve ennek területi szintű hatóságai. A fekvőbeteg-ellátásban nyújtott szolgáltatások költségvonzatait esetekre lebontva állapítják meg. A nyújtott kezelés típusát, a szolgáltatás komplexitását és a beteg korát figyelembe vevő 40 esettípus szerinti finanszírozás az ápolási idő csökkenéséhez, egyben a betegfelvételek számának növekedéséhez vezetett.

ORVOSOK JOGÁLLÁSA ÉS JAVADALMAZÁSA

Litvánia alapellátásának tervezése és irányítása az önkormányzatok hatáskörébe tartozik. Az alapellátás finanszírozása fejkvóta alapján történik, melynek kalkulálásánál az ellátandó lakosság korösszetételét (4 korcsoportot) és területi megoszlását is figyelembe veszik. Alapellátás magánrendelőben magánorvosok által is nyújtható. Ennek formája többségében egyéni vagy kisebb, orvosi tulajdonban lévő csoportpraxis, melyhez a rendelőt az állami létesítményektől bérlik. Litvániában a járóbeteg-szakellátás nem különül el élesen az alapellátástól, mivel helyszínük sok esetben megegyezik. A tradíciókat követő rendelőintézetek, a helyhatóságok által újabban létesített alapellátó központok és az egy-két fő háziorvosi privátpraxisok versenyeznek a többségében az állami egészségbiztosításból finanszírozott rendszeren belül. A járóbeteg-szakorvosi ellátás finanszírozása a nyújtott szolgáltatás alapján történik.

17. LUXEMBURG

ALAPVETŐ SZERVEZŐDÉSI ELV, FINANSZÍROZÁS ALAPJA

Luxemburghban az egészségügy finanszírozása döntően állami forrásokból történik, az anyagi hátteret elsősorban a **kötelező biztosítás** képezi. 2004-ben az egészségügyi kiadások anyagi erőforrásai a következőképpen alakultak: kötelező egészségbiztosítás 80,4%, adóbevételek 5,0%, közvetlen térítés 11,9%, magánbiztosítás 1,4%, egyéb 1,3%. A kötelező munkáltatói hozzájárulás gazdasági szektoronként eltérő. A munkáltatói hozzájárulást a munkáltató a fix jövedelemmel rendelkező munkavállaló után fizeti, de nem fizeti vállalkozói alkalmazott, illetve önkéntes biztosítás esetén.

BIZTOSÍTÁSI RENDSZER

Luxemburghban a Betegbiztosítási Alapok Uniójának és 9 egyéni biztosítási ügynökség irányítása alá tartozik a kötelező biztosítás, melyek szakmai és foglalkoztatási alapon szerveződnek. Az egészségbiztosítási járulék egységes mértékét az Egészségbiztosítók Szövetsége állapítja meg a foglalkozások szerint tagozódó kilenc biztosítóval való egyeztetései alapján. A Betegbiztosítási Alapok Uniójának felelőssége valamennyi díjtételen alapuló egészségügyi ellátás kifizetése a kórházak számára, de az egyéni Betegbiztosítási Alapok fizetik ki a visszatérítendő részt a betegek számára. A magánbiztosítás általában véve korlátozott szerepet játszik a szolgáltatások térítésében, mindazonáltal a lakosság mintegy 75%-a köt kiegészítő biztosítást a nem alapvető ellátási formák fedezésére.

MAGÁN EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK

Luxemburghban az egyéni biztosítási hozzájárulás mértéke annak függvénye, hogy gazdaságilag aktív vagy inaktív személyről van-e szó. Aktív munkavállaló esetén a bruttó jövedelemtől függ. A minimálbér alatt keresők számára nincs kötelező biztosítás. Alapellátás esetén csak az első látogatás során van beteg-hozzájárulás, melynek mértéke 5% vagy 20 % (attól függően, hogy a beteg keresi fel az orvost vagy fordítva). Fekvőbeteg ellátás esetén jelképes beteg-hozzájárulás fizetendő (naponta).

KÓRHÁZI TULAJDONFORMÁK, KÓRHÁZFINANSZÍROZÁS

Luxemburghban a kórházak többsége non-profit szervezetek kezelésében működik vagy helyhatósági irányítás alatt áll. A kórházak működtetésében és finanszírozásában – tulajdonviszonyaiktól függetlenül – azonos szabályok érvényesülnek. A kórházfinanszírozást illetően 1995-től tértek át a díjtételeken alapuló finanszírozásról az évente megállapított átfogó, prospektív költségvetésre, melyet a kórházak irányítótestületei és az Egészségbiztosítók Szövetsége határoznak meg.

ORVOSOK JOGÁLLÁSA ÉS JAVADALMAZÁSA

Luxemburghban az alapellátásban többnyire privát, önfoglalkoztató, önálló praxisok működnek, finanszírozásuk fix díjtétel alapján történik (a Betegbiztosítási Alapok Uniójának és a saját szakmai szervezet közötti megállapodás alapján). A szakellátást illetően az orvosok döntő többsége magánpraxist folytat, a kórházi orvosok többségének finanszírozása díjtételek alapján történik, melyek a Betegbiztosítási Alapok Uniója és az egészségügyi szolgáltatók közötti megállapodás alapján évente kerülnek meghatározásra.

18. MAGYARORSZÁG

ALAPVETŐ SZERVEZŐDÉSI ELV, FINANSZÍROZÁS ALAPJA

Magyarországon az egészségügyi rendszer **finanszírozása döntő hányadban közforrásból**, kisebb részben magánforrásból történik a kötelező társadalombiztosítás alapján. A legnagyobb súlyú közforrás a munkáltatók és munkavállalók által fizetett egészségbiztosítási járulék és a munkáltatók által fizetett egészségügyi hozzájárulás. A járulékok mértékét törvény állapítja meg. A munkáltató által fizetett egészségbiztosítási járulék a bruttó bér 11%-a, a munkavállaló által fizetett 7%. 1997-ben bevezetésre került a munkáltatók által minden munkavállalójuk után fizetendő fix összegű (tételes) egészségügyi hozzájárulás (EHO).

BIZTOSÍTÁSI RENDSZER

Magyarországon egybiztosítós rendszer van érvényben: 1993-ban a Társadalombiztosítási Alap kettéválasztásával létrejött az Egészségbiztosítási Alap, illetve az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP). Az Egészségbiztosítási Alap felügyeletét a Kormány, az OEP irányítását a Kormány az egészségügyi miniszter útján látja el.

MAGÁN EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK

Magyarországon elenyésző arányban vannak jelen az üzleti biztosítók kiegészítő egészségbiztosításai. Az egészségügyi magánkiadások jelentős hányadát teszi ki a lakossági térítési díj (co-payment), melynek megfizetése az egyes egészségbiztosítási szolgáltatások igénybevételének feltétele (gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, stb.). 2007. február 15-étől bevezetésre került a vizitdíj (300Ft/vizit, mely fekvőbeteg-ellátás esetén naponta értendő. 20 orvoslátogatás után a vizitdíj visszatérítendő). Szintén jelentős mértékű a hálapénz. Mértéke becslések szerint 2002-ben 40,6 milliárd Ft volt.

KÓRHÁZI TULAJDONFORMÁK, KÓRHÁZFINANSZÍROZÁS

Magyarországon a kórházak tulajdonosai elsősorban az önkormányzatok, másodsorban az állam, melynek képviseletében a szakminisztérium gyakorolja a klinikák és az országos intézetek feletti tulajdonjogot és kvázi-állami tulajdonnak tekinthetők a Magyar Államvasutak (MÁV) és az egyes minisztériumok kórházai (Honvédelmi Minisztérium, Belügyminisztérium és Igazságügyi Minisztérium). Magyarországon jelentős számban léteznek egyházi és alapítványi tulajdonban lévő kórházak is, bár ezek ágyszáma csekély. Magyarországon két magántulajdonban lévő kórház működik. A magán non-profit kórházak száma 28, ez a kórházak 15,6%-a, de ágyszámuk az összesnek csak töredéke, 2,6%. A kórházak esetében a folyó kiadásokat az OEP finanszírozza (az nem tartalmazza az amortizáció fedezetét), a tulajdonosok (elsősorban az önkormányzatok) pedig a tőkekiadásokat állják. Állami kórházak esetén az állami költségvetés elvileg tartalmazza e kiadásokat, míg az önkormányzatoknak ezt saját bevételeikből kell biztosítaniuk. Az önkormányzatok számára leginkább a központi költségvetésből elnyerhető címzett és a céltámogatások jelentik a szükséges források megszerzésének lehetőségét. 1993. július 1-jétől fokozatosan került bevezetésre a teljesítményfinanszírozás, amely 1998 februárja óta tekinthető teljesnek. A teljesítményfinanszírozás a HBCS besorolási rendszerén alapul.

ORVOSOK JOGÁLLÁSA ÉS JAVADALMAZÁSA

Magyarországon a több mint négy évtizedes múlta visszatekintő körzeti orvosi rendszert 1992-ben háziorvosi szolgálattá alakították. A háziorvosi finanszírozás alapját a súlyozott területi fejkvóta képezi, mely figyelembe veszi az egyes háziorvosi körzetek lélekszámát, a körzet optimális méretét (túl nagy körzet esetén degresszív szorzóval számol), a szakmai ellátás minőségét (szakképzési szorzó), az ellátott feladatokat (pl. ügyeleti díj, szűrőprogramokban való részvétel), valamint az ellátott lakosság egészségi állapotát (területi szorzó). A járóbeteg-ellátás Magyarországon szorosan összekapcsolódik a fekvőbeteg-szakellátással, a járóbeteg-szakrendeléseket egyre inkább a kórházak működtetik. A kórházban dolgozó orvosok javadalmazása közalkalmazotti bérek szerint történik.

19. NÉMETORSZÁG

ALAPVETŐ SZERVEZŐDÉSI ELV, FINANSZÍROZÁS ALAPJA

Németországban az egészségügy finanszírozása **kötelező biztosításból** történik. A kötelező fedezet a biztosított munkavállalók és a munkáltatók járulékából áll, melyet 2005. július elsejéig a munkavállalók és a munkáltatók fele-fele arányban térítettek. 2005. július 1-jétől a kötelező betegbiztosítással rendelkezők számára egy ún. 0,9%-os kiegészítő járulékot vezettek be, melyet egyedül a munkavállaló köteles viselni. A bevezetéssel egyidőben a kötelező betegbiztosítót törvény kötelezte járulékaik 0,9%-os csökkentésére. Így a munkaadók terhei 0,45%-kal csökkentek (6,6%-ra), a munkavállalók tényleges terhei pedig ugyanennyivel nőttek 7,5%-ra. Németországban a lakosság körülbelül 90%-a részesül a szolidáris alapú kötelező egészségbiztosításban és közel 10%-ot tesz ki a magán egészségbiztosítókkal szerződött aránya. Kötelező betegbiztosításban vesznek részt azok a munkavállalók, akik jövedelme nem éri el a 3937,50 EUR/hó szintet (2006-os adat). A határértéket meghaladó jövedelemmel rendelkezők a kötelező biztosítás helyett, illetve kiegészítésként a magánbiztosítók valamelyikének szolgáltatásait választhatják.

BIZTOSÍTÁSI RENDSZER

Németországban a kötelező egészségbiztosítás egyrészt a tartományi fennhatóság alatt álló, de pénzalapjukkal önállóan gazdálkodó biztosítókon, másrészt a Szövetségi Biztosító Hivatal alá tartozó, szövetségi szintű, azaz az egész lakosságot átfogó kötelező biztosítókon alapul. A tartományok maguk rendelkeznek egészségügyi ellátásuk biztosítók általi finanszírozásáról. Németországban a lakosság körülbelül 90%-a részesül a szolidáris alapú kötelező egészségbiztosításban és közel 10%-ot tesz ki a magán egészségbiztosítókkal szerződött aránya. A kötelező biztosításban résztvevő elsődlegesⁱ és kiegészítőⁱⁱ pénztárak száma 2005 januárjában 267 volt (jellemző a pénztárak számának csökkenése a pénztárak megszűnése vagy fúziója révén). A betegpénztárak felügyeletét a Szövetségi Biztosító Hivatal végzi. 2002 óta a biztosítottaknak újra lehetősége van a szabad biztosító választásra. A biztosítóváltást követően azonban 18 hónapon belül újabb biztosító váltásra nem kerülhet sor (kivétel: önkéntesen biztosítottak, akik háromhavonta válhatnak biztosítót)ⁱⁱⁱ. A kötelező alapszolgáltatásokat minden pénztárnak egységesen kell teljesítenie minden biztosított tagja számára. (Ez a biztosítók szolgáltatásának több mint 90%-át teszi ki.) Ezen felül a pénztárak további plusz szolgáltatásokat nyújtanak, illetve nyújthatnak a betegek megnyeréséért vagy azok megtartásáért, például akupunktúra, természetgyógyászat. A biztosítottak írásban kérhetnek arról információt, hogy a biztosítójuk, mely kezeléseket, milyen összegben téríti.

MAGÁN EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK

Németországban a magánbiztosítók szerepe alapvetően kettős. Egyrészt teljes (alap)biztosítást kínálnak azoknak, akik nem a kötelező társadalombiztosításban vesznek részt, másrészt kiegészítő biztosítást a kötelező mellett/felett. Teljes biztosításra, azaz magánbiztosítókkal szerződők körébe a vállalkozók, köztisztviselők és a bizonyos jövedelmi szintet meghaladó (3937,50 EUR/hó 2006-tól) lakosok jogosultak. A magánbiztosításnál kormányzati szabályozás korlátozza a kockázati besorolást. A biztosító egyszer, a szerződéskötés elején felméri a biztosított kockázatát, azonban később nem ismételheti meg, és nem vonhatja vissza a szerződést. 2004 januárjától a biztosítottak számára orvosonként, illetve fogorvosonként negyedévente 10 EUR vizitdíj térítése kötelező. Nem kerül sor ismételt negyedéves díjfizetésre abban az esetben, ha a beteget az egyik orvostól másikhoz irányítják, illetve védőoltások, megelőző- és kontrollvizsgálatok esetén sem kell a díjat téríteni. A gyógykezelést kiegészítő további kezelések esetén (masszázs, fürdőkezelések, fizioterápia) a betegek hozzájárulása 10%-os és előírt kezelésenként 10 EUR. Az önrészfizetés alól mentességet élveznek a gyermekek és a fiatalok 18 éves korig, a 2%-os (1% krónikus betegek esetén) mentességi határt elérők (éves bruttó jövedelem 2%-a). A felnőtteknek méltányossági okokból 2004 óta nem adható mentesség. Prevenciós vizsgálatokon való részvétel, illetve az ún. bónusz-modell keretében kínált programok igénybevétele esetén a betegpénztárak önrészfizetési kedvezményt adhatnak. Fogorvosi ellátás esetén az orvosilag indokolt konzerváló-, illetve sebészeti kezelések költségét a biztosítók teljes mértékben térítik. 2005. január 1-jétől a fogpótlás költségeinek 50%-át a betegek térítik önrészként. A bónusz-program keretében a fogpótlás esetén a biztosítottak maximálisan akár 65% bónuszban is részesülhetnek, ha 5-10 évre visszamenőleg évente felkeresték orvosukat profilaxis céljából. Fogmegtartó kezelés esetén nincs hozzájárulás és a fogpótláshoz kapcsolódó sebészeti, illetve röntgenszolgáltatások is költségmentesek.

KÓRHÁZI TULAJDONFORMÁK, KÓRHÁZFINANSZÍROZÁS

Németországban a Kórházfinanszírozási Törvény alapján a fekvőbeteg-ellátás tartományi hatáskörbe tartozik, minthogy ezen a szinten dolgozzák ki a fekvőbeteg-ellátásra vonatkozó terveket és beruházási programokat. Az ágyak megoszlási aránya az állami, közhasznú és magánkórházak tekintetében 53,1%, 37,5% és 9,4%. A finanszírozás 1993-2004 között jelentős változásokon ment keresztül. Az aktív kórházakban nyújtott szolgáltatások elszámolása terén 2004 óta kötelező a fokozatos átállás a DRG esetátalány rendszerre. Németországban a kórházak előszeretettel alakulnak korlátolt felelősségű társasággá, az utóbbi időben részvénytársasággá.

ORVOSOK JOGÁLLÁSA ÉS JAVADALMAZÁSA

Németországban a lakosság járóbeteg-szakellátását elsősorban az önálló praxisban, ritkábban csoportpraxisban tevékenykedő orvosok látják el. Az ambuláns ellátás területén a szerződéses orvosok a Pénztári Orvosok Egyesületeivel számolnak el. A Pénztári Orvosok Egyesületei a betegpénztáraktól kapják meg az egy bizonyos régióban működő orvosok összdíjazását. Ez az összdíjazás általában biztosított tagonként vagy biztosítottanként fejkvóta alapú elszámolás alapján kerül meghatározásra, mely összegből az adott régióban nyújtott összes szolgáltatást fedezni kell. A Pénztári Orvosok Egyesületei és a betegpénztárak közötti szerződéseket szövetségi kerettarifa szerződések és globális szerződések szabályozzák. Amennyiben a beteg kezelése a természetbeni elv alapján kerül elszámolásra, az orvos által nyújtott szolgáltatást német pontrendszer^{iv}, illetve tartományi szinten a pénztáranként meghatározott orvosi juttatások elosztási rendszere szerint számolják el. A költségtérítéssel rendszerben (főként magánbiztosítók által biztosított betegek) a betegek a nyújtott orvosi szolgáltatásokat közvetlenül számolják el az őket kezelő orvossal vagy más szolgáltatóval az orvosok, illetve fogorvosok díjszabása alapján.

ⁱ Elsődleges pénztárak (Primärkassen) például a Regionális Általános Biztosítók (AOK), Vállalati Betegbiztosítók (BKK), Ipartestületi Betegbiztosítók (IKK).

ⁱⁱ Kiegészítő pénztárak (Ersatzkassen) például a közalkalmazottak és fizikai állományú dolgozók részére.

ⁱⁱⁱ A biztosító váltás legfőbb oka – melynek gyakorisága az utóbbi években rendkívüli módon megnőtt (1998-ban a biztosítottak 9,3%-a váltott biztosítót; 2003-ban 23,4%; 2004-ben az AOK tagjainak 16%-át vesztette el) – a biztosítók járulékának eltérése.

^{iv} A szövetségi szinten meghatározott pontértékeket az egységes Einheitlicher Bewertungsmaßstab, azaz az ún. elszámolható szolgáltatások katalógusa tartalmazza, mely 2005-ben EBM2000plus néven javított kiadásban jelent meg.

20. NORVÉGIA

ALAPVETŐ SZERVEZŐDÉSI ELV, FINANSZÍROZÁS ALAPJA

Norvégiában az egészségügyi finanszírozás fő forrása az **adó**, az állami kiadások aránya az összes egészségügyi kiadáson belül 85%. A pénzügyi ellátásokra biztosítási rendszert működtetnek, amelyet a munkáltatók, munkavállalók járulékaiból és állami hozzájárulásokból finanszíroznak.

BIZTOSÍTÁSI RENDSZER

Norvégiában az egészségügy adóbevételeiből finanszírozott, kötelező egészségbiztosítás nincs.

MAGÁN EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK

Norvégiában nem jellemző a magánbiztosítás. Fekvőbeteg-ellátásban nincs co-payment, magán orvosi ellátásban, járóbeteg-szakellátásban, háziorvosi ellátásban, röntgen, labortesztek esetében és gyógyszerek vásárlásakor azonban a betegeknek önrészt kell fizetniük. Az önrészfizetés felső határa 2006-ban 1615 Nkr volt. (Az ezt meghaladó kifizetéseket a biztosító visszatéríti.)

KÓRHÁZI TULAJDONFORMÁK, KÓRHÁZFINANSZÍROZÁS

Norvégiában a 2002-es kórházi reform óta a szakellátás felelőssége a megyei szintekről regionális szintre került, ahol egészségügyi szolgáltató vállalatok működnek. A regionális egészségügyi hatóságokat globális költségvetésből, szolgáltatás szerinti (ambuláns ellátás, röntgen és laboratóriumi szolgáltatások) és DRG rendszerű díjazásból finanszírozzák, amit a lakossági önrészfizetések egészítenek ki. A regionális egészségügyi hatóságok szabadon határozhatják meg egészségügyi szolgáltató vállalataik finanszírozását.

ORVOSOK JOGÁLLÁSA ÉS JAVADALMAZÁSA

Norvégia háziorvosi ellátásában főként 2-6 fős csapatok tevékenykednek. A regionális egészségügyi hatóságokat globális költségvetésből, szolgáltatás szerinti (ambuláns ellátás, röntgen és laboratóriumi szolgáltatások) és DRG rendszerű díjazásból finanszírozzák, amit a lakossági önrészfizetések egészítenek ki. Ennek megfelelően az alapellátásban dolgozó általános orvosok javadalmazása az egészségügyi hatóságokon keresztül, díjtétel és fejkvóta kombinációjaként történik, melyet out-of-pocket kifizetések egészítenek ki.

21. OLASZORSZÁG

ALAPVETŐ SZERVEZŐDÉSI ELV, FINANSZÍROZÁS ALAPJA

Olaszországban az államilag finanszírozott, **túlnyomórészt adón** alapuló egészségügyi rendszer (Servizio Sanitario Nazionale, SSN) átfogó fedezetet nyújt az egész lakosságnak. Az olasz egészségügyi ellátás mintegy háromnegyed részben állami erőforrásokból (adókból) kerül finanszírozásra. A privát finanszírozás hányada az utóbbi években vált számottevővé.

BIZTOSÍTÁSI RENDSZER

Olaszországban az egészségügy adóbevételekből finanszírozott, kötelező egészségbiztosítás nincs.

MAGÁN EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK

Olaszországban az állampolgárok magánbiztosítást is köthetnek és saját költségükön magánkórházban kezeltethetik magukat vagy magánorvost is felkereshetnek. A lakosság mintegy 15%-a rendelkezik a kiegészítő biztosítás valamilyen formájával. Két lehetőség van magánbiztosítás kötésére. Egyrészt a vállalatok kínálhatják fel alkalmazottaik és azok családtagjai részére ezt a lehetőséget, másrészt az állampolgárok maguk köthetnek önkéntes alapon magánbiztosítást. Más tagországokkal ellentétben a magánbiztosítók kevésbé kooperálnak az állami szektorral. Ennek következtében a magánbiztosítók által nyújtott szolgáltatásoknak az Országos Egészségügyi Szolgálat által nyújtott szolgáltatásokkal szemben helyettesítő jellege van, illetve alkalmazásuk régiók szerint rendkívül változatos. Co-payment számítható fel szakorvosi konzultáció esetén, melynek mértéke függhet a szolgáltatás típusától, valamint a beteg jövedelmétől, korától és egészségi állapotától. A várakozások elkerülése és a minőségi ellátás céljából az olaszok a szakellátást legszívesebben magánszolgáltatónál veszik igénybe, melyre a magánbiztosítás nyújthat fedezetet.

KÓRHÁZI TULAJDONFORMÁK, KÓRHÁZFINANSZÍROZÁS

Olaszországban a kórházak között megtalálhatóak kisebb általános kórházak és nagyobb közkórházak, melyek széles gazdasági működési önállósággal bírnak. A magánkézben lévő kórházak többsége szerződéses alapon működő kórház, melyek a Helyi Egészségügyi Egységekkel állnak szerződésben és ennek keretében nyújtják szolgáltatásaikat. Az ellátórendszer fontos elemét alkotják az akkreditált magánszolgáltatók (a szokásos fekvőbeteg-ellátást igénylő esetek kezelése 18,5%-ban ilyen keretek között zajlik). A kórházak finanszírozása eltérő: többségük bázisfinanszírozású, egy részük 1995 óta teljesítmény alapján DRG csoportok szerint kapja a térítést.

ORVOSOK JOGÁLLÁSA ÉS JAVADALMAZÁSA

Olaszországban az alapellátást helyi szinten a háziorvosok nyújtják, de fellendülőben van az akkreditált magánszolgáltatók tevékenysége is. A háziorvosok független, önálló vállalkozók, akik fejkvóta alapú díjazásban részesülnek. A szakorvosi ellátást (beleértve a fogorvosi ellátást is) a Helyi Egészségügyi Egységek járóbeteg-létesítményeiben vagy az egészségügyi szolgálattal szerződött, magánkézben lévő létesítményekben nyújtják.

22. PORTUGÁLIA

ALAPVETŐ SZERVEZŐDÉSI ELV, FINANSZÍROZÁS ALAPJA

Portugáliában az Országos Egészségügyi Szolgálat (NHS) létesítése óta (1979) átfogó, ingyenes ellátást biztosítanak mindenki számára. A portugál egészségügyi rendszer működését az állami és magánfinanszírozás közösen biztosítja. Az Országos Egészségügyi Szolgálat főként **adójövedelmekből** finanszírozott, melynek költségvetését évente a Pénzügyminisztérium állapítja meg, majd az Egészségügyi Minisztérium allokálja a regionális egészségügyi hatóságok felé a lakosságszám alapján. A finanszírozás relatíve jelentős hányada magánkifizetés, amelynek nagyobbik része a betegek által közvetlenül fizetett hozzájárulás, kisebbik része a magánbiztosításokra fizetett díj.

BIZTOSÍTÁSI RENDSZER

Portugáliában az egészségügy adóbevételekből finanszírozott, kötelező egészségbiztosítás nincs, ugyanakkor 1946-ban bevezetésre került a német modell szerinti társadalombiztosítás, mely az NHS előtti idők hagyományaként ma is jelen van a portugál egészségügyben (a lakosság kb. 25%-át fedezi).

MAGÁN EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK

Portugáliában 1985 óta foglalkozik a portugál egészségügyi reform az állami és magánszektor egyensúlyának megteremtésével. Az egészségügyi ellátásban jelenleg is három rendszer működik együttesen, az NHS, társadalombiztosítás meghatározott foglalkozási csoportokra, valamint az önkéntes magánbiztosítás. A magánbiztosítás a lakosság 17%-át érinti.

KÓRHÁZI TULAJDONFORMÁK, KÓRHÁZFINANSZÍROZÁS

Portugáliában az NHS 114 általános és szakkórházat működtetett 2003-ban. A kórházak költségvetését az Egészségügyi Minisztérium biztosítja, a globális költségvetés és a case-mix kombinációjában. Tradicionálisan a költségvetés az előző év kiadásaiból indul ki inflációval korrigálva, 1997 óta azonban növekvő hányada a DRG-rendszerhez és az ellátott járóbetegek számához kötődik.

ORVOSOK JOGÁLLÁSA ÉS JAVADALMAZÁSA

Portugáliában az alapellátást többnyire az NHS államilag finanszírozott és irányított egészségügyi központjai nyújtják, amelyeken belül profitorientált magánszolgáltatók és non-profit szolgáltatók egyaránt megtalálhatók, akik az NHS-szel kötött szerződések szerint dolgoznak. Az egészségügyi központok finanszírozás szempontjából nem önállóak, a regionális egészségügyi hatóságok alatt működnek. Ez utóbbiak a minisztériumtól kapott költségvetés alapján finanszírozzák a központok tevékenységét. Az alapellátásban dolgozó orvosok többsége fix jövedelmet kap, az 1989-1999-es reformok során azonban lehetőség nyílt a háziorvosok számára vállalkozóként történő praxis folytatására. Akik ebben a formában dolgoznak, jövedelmüket az alábbiak szerint kapják: egy fix, garantált alapjövedelmet fejkvóta és díjtétel szerinti díjazással egészítenek ki, illetve további plusz bevételt jelentenek bizonyos tevékenységek, pl. preventív jellegű programokban való részvétel.

23. ROMÁNIA

ALAPVETŐ SZERVEZŐDÉSI ELV, FINANSZÍROZÁS ALAPJA

Romániában az egészségügy **kötelező egészségbiztosítás** által finanszírozott. Az Országos Egészségbiztosítási Alap (NHIF) és az Orvostudományi Akadémia által évente közösen megállapított keretszerződés határozza meg az egészségügyben alkalmazott finanszírozási mechanizmusokat, szolgáltatáscsomagokat és szolgáltatási feltételeket. Az egészségbiztosítás anyagi erőforrásait főként a munkavállalók és a munkáltatók által befizetett járulékok képezik. Ezt egészíti ki az állam hátrányos helyzetű csoportokat (munkanélküliek, nyugdíjasok, stb.) segítő támogatása. Az egészségügy finanszírozása a biztosítási járulékokon kívül mintegy 15%-ban állami adóbevételekből történik.

BIZTOSÍTÁSI RENDSZER

Romániában az Országos Egészségbiztosítási Alap 2004 óta az Egészségügyi Minisztérium részeként működik, a megyei egészségbiztosítási alapok az NHIF integráns részei. A 2005 júliusától az Országos Egészségbiztosítási Pénztár közintézmény jelleget nyert, függetlenné, önálló jogi személlyé vált, mely az egészségbiztosítási rendszer vagyongazdálkodási feladatát is ellátja.

MAGÁN EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK

Romániában a magánbiztosítások jelentősége csekély, a biztosítási fedezet alá eső szolgáltatásokon kívül a gyógyszerkiadások esetében kötelezően előírt önrészesedés terheli a lakosságot, de más szolgáltatásoknál (pl. fogászati ellátás) szintén fennáll a 16 évesnél idősebb állampolgárok esetében az önrész felszámításának a lehetősége. Ennek mértéke (40-60%) függ a preventív kontrollvizsgálatokon való rendszeres megjelenéstől. Bizonyos szolgáltatások költségeit, melyekre az egészségbiztosítás nem nyújt fedezetet, a betegeknek maguknak kell állniuk, de a közvetlen térítést átválthatja tőlük munkáltatójuk vagy magánbiztosításuk (ez utóbbival csak a külföldről hazatelepült állampolgárok rendelkeznek). Az országban a beteget terhelő magánkiadásokon belül az informális kifizetések is igen számottevőek.

KÓRHÁZI TULAJDONFORMÁK, KÓRHÁZFINANSZÍROZÁS

Romániában a fekvőbeteg-ellátó létesítmények többsége állami tulajdont képez és állami irányítás alatt áll. A körzeti tanácsok döntési körébe tartozik a kórházak létesítése és bezárása. 2002-ben 446 kórházból mindössze 4 működött magánkézben. A költségvetési keretek meghatározása a biztosítási alapokkal kötött szerződések szerint kialakított díjszabását figyelembe véve történik. 2002-ben „menedzsment szerződések” léptek érvénybe a kórházak eladósodásának megelőzésére és az anyagi erőforrások hatékony felhasználásának biztosítására. A DRG-rendszer bevezetésének kedvező tapasztalatai alapján, 2004 januárjától 185 kórház finanszírozása történik ebben a formában.

ORVOSOK JOGÁLLÁSA ÉS JAVADALMAZÁSA

Romániában az alapellátásban dolgozó és az egészségbiztosítással szerződéses viszonyban lévő, önálló vállalkozóként praktizáló orvosok maguk gondoskodnak rendelőjük fenntartásáról. Jövedelmük kiindulási alapja vegyes összetételű: 70%-ban súlyozott fejkvótán, 30%-ban (betegségmegelőzés, egészségmegőrzés esetén) szolgáltatások szerinti díjtételeken alapul. Ambuláns ellátást a kórházak járóbeteg-ellátó részlegei szakterületek szerint, valamint a diagnosztikai központok és a rendelők szakorvosai nyújtanak. A járóbeteg-szakellátás szakorvosainak fizetése pontrendszerből kiinduló, szolgáltatások szerinti díjtételeken alapul.

24. SPANYOLORSZÁG

ALAPVETŐ SZERVEZŐDÉSI ELV, FINANSZÍROZÁS ALAPJA

Spanyolországban jelenleg majdnem minden állami egészségügyi kiadást **adókból** finanszíroznak. 1989-ben tértek át társadalombiztosítási alapú modellről túlnyomóan adóalapú finanszírozásra. Az autonóm közösségek két fő anyagi forrása az adók, valamint a központi kormány által szétosztott támogatás.

BIZTOSÍTÁSI RENDSZER

Spanyolországban az egészségügy adóbevételeiből finanszírozott, kötelező egészségbiztosítás nincs.

MAGÁN EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK

Spanyolországban az önkéntes egészségbiztosítás nem túl elterjedt, 2001-ben mintegy 5,48 millió spanyol lakos rendelkezett magán egészségbiztosítással. A magán egészségügyi kiadások 3 fő csoportra bonthatók: out-of-pocket-kifizetések az állami egészségügyben, out-of-pocket kifizetések a magánszektorban, valamint az önkéntes egészségbiztosítás. 2003-ban jelentősen megnövekedtek az informális magán egészségügyi kiadások (23,7%-ra). A spanyol egészségügyi rendszerben hivatalosan nincs co-payment, kivéve a gyógyszerek és protézisek esetében.

KÓRHÁZI TULAJDONFORMÁK, KÓRHÁZFINANSZÍROZÁS

Spanyolországban a legtöbb kórház állami kézben van. A fekvőbeteg-ellátó létesítmények finanszírozási mechanizmusai autonóm területenként változóak. Hagyományosan retrospektív módon finanszírozták a kórházakat, előzetes tárgyalások és a kórházi szolgáltatások utólagos értékelése nélkül. Az utóbbi időben a céltevékenységekre kötött szerződéseken alapuló prospektív finanszírozás került előtérbe, amely különösen a magánkórházakra érvényes.

ORVOSOK JOGÁLLÁSA ÉS JAVADALMAZÁSA

Spanyolországban az alapellátás integrált rendszerben zajlik, ami alapellátó központokból és multidiszciplináris teamekből áll, amelyek egyéni és állami egészségügyi szolgáltatásokat biztosítanak (egyszemélyes orvosi praxisok csak a kisebb városokra és a magánszektorra korlátozódnak). Spanyolországban az alapellátás döntően államilag finanszírozott. A háziorvosok fizetést kapnak, illetve fejkvótát, mely a fizetésük legfeljebb 15%-a lehet. Azok a háziorvosok, akik egyéni praxissal rendelkeznek, fejkvóta alapú finanszírozásban részesülnek. A magánorvosokat teljesítmény alapján fizetik. A spanyol lakosság ambuláns ellátását a háziorvosi teameken kívül, járóbeteg-ellátó központok kiterjedt hálózata biztosítja. Minden kórházban és szakrendelőben dolgozó szakorvos közalkalmazott. A közsférában dolgozó orvosok alapfizetését a nemzeti kormány szabályozza, habár a régiók változtathatnak ezen bizonyos mértékig, emiatt pedig lényeges különbségek vannak a fizetések tekintetében az autonóm közösségek között.

25. SVÁJC

ALAPVETŐ SZERVEZŐDÉSI ELV, FINANSZÍROZÁS ALAPJA

Svájcban a közfinanszírozáson belül a kötelező egészségbiztosítás (27,5%) és az adóalapú befizetések (24,9%) aránya majdnem azonos és megközelítőleg 7%-ot tesznek ki egyéb, államilag szabályozott biztosítási formák.

BIZTOSÍTÁSI RENDSZER

Svájcban a kötelező egészségbiztosítást magán és állami biztosítótársaságok látják el. A magánbiztosításokat ellátó biztosítók közül a non-profit jellegűek aránya jelentősebb a profitorientáltakhoz képest.

MAGÁN EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK

Svájcban a magán egészségügyi hozzájárulásokon belül a kiegészítő jellegű biztosítások aránya 11, 2%.

KÓRHÁZI TULAJDONFORMÁK, KÓRHÁZFINANSZÍROZÁS

Svájcban a kórházak finanszírozása kantononként eltérő lehet. Többségében a díjtétel szerinti finanszírozást alkalmazzák, azonban néhány kórházban (kantonban) bevezetésre került a globális költségvetés szerinti finanszírozás.

ORVOSOK JOGÁLLÁSA ÉS JAVADALMAZÁSA

Svájcban az orvosok többsége magánpraxist folytat az alapellátásban, kis számban működnek csoportpraxisok is. Az alapellátás és a járóbeteg-szakellátás orvosai díjtétel szerinti díjazásban részesülnek, míg a kórházakban dolgozók többnyire fizetést kapnak.

26. SVÉDORSZÁG

ALAPVETŐ SZERVEZŐDÉSI ELV, FINANSZÍROZÁS ALAPJA

Svédország egészségügye **kötelező adózási rendszeren alapul**, lefedi az egész lakosságot – az Országos Egészségügyi Szolgálat állampolgárságtól függetlenül fedezetet nyújt minden lakos számára. Svédországban az egészségügynek három bevételi forrása van: adók (központi, regionális, helyi), az országos társadalombiztosítási rendszer és a magánkiadások. Az állami finanszírozás többnyire regionális szinten, a megyei tanácsok jövedelemarányos adóiból származik. A központi kormányzat közvetlenül is hozzájárul az egészségügyi finanszírozáshoz azzal, hogy újra elosztja a forrásokat a regionális és önkormányzati szinten. Ez az egészségügyi kiadások kb. 10%-át teszi ki. A társadalombiztosítási alap felhasználását az Országos Társadalombiztosítási Testület (NSIB) koordinálja, és irányítja a táppénzfolyósítást, valamint a gyógyszerköltségek térítését. A társadalombiztosítási rendszer pénzügyi biztonságot nyújt a betegséggel és rokkantsággal szemben.

BIZTOSÍTÁSI RENDSZER

Svédországban az egészségügy adóbevételekből finanszírozott, kötelező egészségbiztosítás nincs.

MAGÁN EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK

Svédországban a magánkiadásokat főleg a készpénzfizetések és az önkéntes biztosítás teszik ki. Minden megyei tanács maga határozza meg a készpénzfizetések rendjét a járóbeteg-szakellátásban, bár a svéd parlament felső határt állapított meg az állampolgárok éves kifizetéseire. Az önkéntes biztosítás igen korlátozott és többnyire önkéntes fedezetet nyújt. Az esetek 90%-ában a munkaadók fizetik az önkéntes biztosítást, hogy elkerüljék a hosszú idejű táppénz fizetését. 2002-ben az összes magánkiadás elérte az összes egészségügyi kiadás 14%-át. A lakossági díjak a következőképpen alakulnak: a biztosított 100-150 SEK díjtételt fizet az orvosnak konzultációként. Szakorvosi ellátás igénybevételekor alkalmanként 150-300 SEK a fizetendő összeg, míg sürgősségi esetekben 100-260 SEK a díjfizetés mértéke (ez alól a 20 év alattiak mentesülnek). Kórházi ellátás esetén 80 SEK/nap a maximálisan fizetendő összeg. Az éves készpénzfizetés ambuláns és fekvőbeteg ellátásban nem haladhatja meg a 900 SEK-et. A díjtételek a jövedelmi viszonyoktól függően csökkenthetők. A fogászati kezelés 19 éves korig ingyenes, a felnőttek néhány mentességtől eltekintve teljes összeget fizetnek 3500 SEK-ig, a fölött támogatás kapható. Az 1980-as és 1990-es években a betegek önrészfizetése egyre növekvő szerepet játszott az egészségügy finanszírozásában.

KÓRHÁZI TULAJDONFORMÁK, KÓRHÁZFINANSZÍROZÁS

Svédországban a fekvőbeteg-ellátás több szintre oszlik. Az országban működő 79 kórház felosztható regionális kórházakra, központi megyei kórházakra és körzeti megyei kórházakra méret és a szakosodás fokától függően. Minden megye legalább egy nagy, 60-90 ezer lakosú területet ellátó kórház finanszírozásáról, irányításáról gondoskodik. Jelenleg Svédországban 23 központi megyei kórház létezik, legalább egy kórház minden megyei tanács által lefedett területre. Más északi országokhoz hasonlóan a kórházfinanszírozás terén Svédország a DRG alapú esetátalány finanszírozási rendszert inkább a teljesítmény fokozására tartja alkalmasnak, mintsem a költségek csökkentésére. A tapasztalatok szerint a DRG rendszer a teljesítmény fokozásán kívül a kórházi folyamatok elemzéséhez és javításához alkalmas információs forrásként is szolgál.

ORVOSOK JOGÁLLÁSA ÉS JAVADALMAZÁSA

Svédországban az alapellátás gyógyító és megelőző szolgáltatásokat nyújt a helyi egészségügyi központokon és a kórházak járóbeteg-rendelőin keresztül. A szakorvosok többsége az egészségügyi központokban dolgozik, bár van, aki a magánpraxist választja és szerződéses viszonyban áll a megyei tanáccsal.

27. SZLOVÁKIA

ALAPVETŐ SZERVEZŐDÉSI ELV, FINANSZÍROZÁS ALAPJA

Szlovákiában kötelező egészségbiztosítás van érvényben. Az egészségbiztosításról szóló új törvény értelmében az általános kötelező egészségbiztosítás és az egyéni kiegészítő egészségbiztosítás jelenti a finanszírozás alapját.

BIZTOSÍTÁSI RENDSZER

Szlovákiában az 1994-ben elfogadott egészségbiztosítási törvény alapján több-biztosítós rendszert vezettek be, amellyel lehetővé vált a kötelező magánbiztosítók létesítése. Jelenleg öt egészségbiztosító működik, amelyek közül kettő állami és három magántulajdonú. A legnagyobb az Általános Egészségbiztosító, mely a lakosság kétharmadát biztosítja. Ez a biztosító az örököse a régebbi egyetlen társadalombiztosítónak, amelynek tagjai közül megmaradtak azok, akik nem léptek át az újak valamelyikébe. A másik állami tulajdonú a Közös Egészségbiztosító, amely a belügyi, a vasúti és a honvédségi biztosítók egyesítésével jött létre és a biztosítottak 13%-át tömöríti. A három magánbiztosító (VZP Dovera, Apollo, Sideria) mindegyike a lakosság 7-7%-át biztosítja. A járulékrendszer lineáris, a kivetési összeg alsó határa a minimálbér, felső határa az átlagbér háromszorosa. Az egészségbiztosítókról és az egészségügyi felügyeletről szóló törvény szerint az egészségbiztosítók részvénytársasággá alakultak át. Az Általános Egészségbiztosító és a Közös Egészségbiztosító 100 %-ban állami tulajdonban maradt, működésükért továbbra is az állam vállalja a felelősséget.

MAGÁN EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK

Szlovákiában a szlovák parlament által 2005-ben jóváhagyott az egészségbiztosításról szóló törvény módosító javaslata a térítési díjak (co-payment) maximális mértékét a létminimum százalékos arányában határozza meg.

KÓRHÁZI TULAJDONFORMÁK, KÓRHÁZFINANSZÍROZÁS

Szlovákiában 2002 áprilisától került bevezetésre a kórházak esetátalány alapján történő finanszírozása, mely egy leegyszerűsített DRG-rendszernek is felfogható, amelyben szakmánként egy HBCS van: az egységes esettípus (24 órát meghaladó ápolás esetén) szakmánként azonos finanszírozást ad, de az egyes szakmák között differenciál. Az Egészségügyi Minisztérium meghatározta az esetárak minimumát és maximumát, így az esetátalányok bizonyos keretek között mozognak. Ennek révén a biztosítóknak is van némi mozgásterük a megszabott határok között.

ORVOSOK JOGÁLLÁSA ÉS JAVADALMAZÁSA

Szlovákiában a magánpraxis kialakítása engedélyhez kötött, a privát orvosoknak külön szerződést kell kötniük az egészségbiztosítókkal, melynek alapján fejkvóta szerint történő díjazásban részesülnek. A szakorvosoknak mintegy háromnegyede tartozik a privát szférához, tevékenységük szolgáltatás szerint díjazott. Sok szakorvos – függetlenül attól, hogy magánpraxist tart-e fenn vagy sem – az állami tulajdonban lévő és állami irányítás alatt álló járóbeteg-rendelőkhöz dolgozik. A magánpraxist fenntartó orvosok bérleti díjat fizetnek a kórháznak akkor is, ha a rendelőt a társadalombiztosítás finanszírozza. Járóbeteg-ellátás keretében végzett tevékenységük díjazása az Egészségügyi Minisztérium és a Pénzügyminisztérium által közösen kialakított pontrendszer alapján történik. Az állami alkalmazásban álló orvosok fizetését az országos bérskála alapján állapítják meg.

28. SZLOVÉNIA

ALAPVETŐ SZERVEZŐDÉSI ELV, FINANSZÍROZÁS ALAPJA

Szlovénia egészségügyi rendszerében 1992 óta a legfőbb finanszírozó a kormányzati irányítás alatt álló Országos Egészségbiztosító Intézet (NHII), mely a beszedett járulékok alapján **kötelező egészségbiztosítási** fedezetet nyújt a lakosság többségének (a nyugdíjasok és a munkanélküliek biztosítása más hatáskörbe tartozik) a szolgáltatások bizonyos körére. Az ország egészségügyi ellátásához az anyagi háttérrel többségében az NHII-nek befizetett járulékok szolgáltatják.

BIZTOSÍTÁSI RENDSZER

Szlovénia egészségügyének finanszírozásában a legfőbb szereplő az Országos Egészségbiztosító Intézet (NHII).

MAGÁN EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK

Szlovéniában a kötelező biztosítás fedezetén kívül eső szolgáltatásokra önkéntes egészségbiztosítást kell kötni. Ezt két biztosító szervezi: (1) a „Vzajemna” biztosító és az „Adriatic” kereskedelmi biztosítótársaság. Szlovéniában a magánfinanszírozás legfőbb erőforrása az önkéntes biztosítás, mely az egészségügyi kiadások 13%-át képezi. Mivel a kötelező biztosítás mellett a biztosítottak 10-15%-os arányban hozzájárulnak a költségekhez, ezt a részt a szlovének 90%-át átfogó magánpénztárak fedezik. A co-payment-köteles szolgáltatások (5%-50%-os arányban) például a szervátültetés, mesterséges megtermékenyítés, rehabilitációs gyógyfürdőkezelések, fogászati ellátás, stb. A közvetlen kifizetések informális formája is létezik, ez a várólisták elkerülése, illetve a kötelező biztosítás körén kívül eső (extra) szolgáltatások igénybevételekor jelentkeznek.

KÓRHÁZI TULAJDONFORMÁK, KÓRHÁZFINANSZÍROZÁS

Szlovéniában a kórházak teljes egészében az állami szférához tartoznak, csak elvétve jelentkeznek kezdeményezések a privát fekvőbeteg-ellátásra. A kórházak finanszírozásában az eset-modellt alkalmazzák, mely a betegség szerint megállapított fekvőbeteg-ellátási időtartamot veszi figyelembe. 2001-től az NHII az ápolási idő csökkentésére irányuló ösztönzőket vezetett be az el nem foglalt ágyak száma alapján.

ORVOSOK JOGÁLLÁSA ÉS JAVADALMAZÁSA

Szlovénia alapellátása az önkormányzatok tulajdonában lévő egészségügyi központokban és az ezekhez kapcsolódó egészségügyi állomásokon zajlik. 1992 óta lehetőség van privát háziiorvosi praxis létesítésére is az önkormányzati rendelők bérlése mellett, így a lakosság alapellátását állami szolgáltatók és magánorvosok egyaránt biztosíthatják. Az egészségügyi központok finanszírozása a fejkvóta és a szolgáltatások szerinti díjtételek együttes figyelembevételén alapul. Magánorvosi praxist kétféleképpen lehet folytatni: az Országos Egészségbiztosító Intézettel való szerződésben megszabott feltételek szerint, illetve a rendelkezéseknek megfelelő, önállóan kialakított egyedi díjtételek mellett. A kórházak a színterei a járóbeteg-szakellátásban nyújtott szolgáltatások zömének. A kórházi orvosok fizetésben részesülnek.

29. UKRAJNA

ALAPVETŐ SZERVEZŐDÉSI ELV, FINANSZÍROZÁS ALAPJA

Ukrajnában az egészségügy **adóalapú finanszírozású** modellre épül, minden lakosra kiterjedő és elméletileg ingyenes. Az egészségügy finanszírozásának legfőbb forrása az állami költségvetés, amely 80%-ban a helyi adókból és 20%-ban a központi költségvetésbe befolyó összegekből kerül kifizetésre a regionális szervek, illetve az Egészségügyi Minisztérium felügyelete mellett. Az állami költségvetésből befolyt összegek hiányos volta miatt azonban egyre nagyobb mértékben kell támaszkodni a privát befizetésekre. 1996-ig az állami költségvállalás aránya mintegy 80%-os volt, 2000-ben ez az összeg azonban már csak 66%-ot tett ki. Ha az informális befizetéseket is figyelembe vesszük, akkor a lakossági kifizetések a közvetlen egészségügyi kiadások mintegy 50%-át teszik ki. A lakossági készpénzfizetés jelenleg mint fő bevételi forrás jelenik meg az egészségügyben. A lakosság általi hivatalos befizetések, kivéve az önkéntes egészségbiztosítást, az egészségügyi költségvetés mintegy 43%-át teszik ki és növekvő tendenciát mutatnak.

BIZTOSÍTÁSI RENDSZER

Ukrajnában az egészségügy adóbevételekből finanszírozott, kötelező egészségbiztosítás nincs.

MAGÁN EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK

Ukrajnában az önkéntes egészségbiztosítás 1996-ban került bevezetésre, de ez a terület a teljes egészségügyi költségvetésen belül csupán 1%-ot tesz ki és 2000-ben a lakosság csupán 1,5%-át fedte le. Civil szervezetek hálózatai, például hitelintézetek vagy betegpénztárak, is létesültek források mobilizálására az egészségügy számára. A betegpénztárak csak a lakosság töredékét biztosítják. 2001-ben készült el az államilag nem finanszírozott szolgáltatások katalógusa, mely szolgáltatásokat az állami létesítményekben is csak önrészfizetéssel, valamint harmadik fél által térített esetekben lehet igénybe venni. Ebből következően a járóbeteg-szakellátásban a betegeknek például téríteniük kell a vizsgálat során használt fecskendőket, tűket és kesztyűket, a fekvőbeteg-ellátásban pedig az étel és az ágynemű térítéskötelesek. Természetesen bizonyos betegségben szenvedők (pl. AIDS) mentességet élveznek az önrészfizetés alól, habár a pozitív listán szereplő készítmények száma rendkívül alacsony.

KÓRHÁZI TULAJDONFORMÁK, KÓRHÁZFINANSZÍROZÁS

Ukrajnában a fekvőbeteg ellátás három szintre épül (vidéki területi; helyhatósági és központi kerületi; regionális és szupraregionális kórházak). A kórházszektor reformjának keretében a 90-es években az ágyszám csökkentések és új ellátási formák bevezetése volt megfigyelhető, mint pl. az egynapos ellátás, otthonápolás, egynapos sebészeti beavatkozások. Ezek azonban a jobb kihasználtságra nem voltak hatással. A kórházaknak ugyanis nem állt érdekében a kórházi betegfelvétel számának csökkentése, mert a finanszírozás az ágykapacitás alapján történik.

ORVOSOK JOGÁLLÁSA ÉS JAVADALMAZÁSA

Ukrajnában az alapellátási rendszer szerkezete a szovjet időkre nyúlik vissza. Számos alapellátó egység széleskörű hálózataról lehet beszélni, mint pl. poliklinikák, poliklinikai egységek kórházakban, konzultációs klinikák nők részére, vidéki körzeti orvosok járóbeteg-rendelése, illetve ambuláns ellátóhelyek vidéki kórházakban.

2. sz. melléklet

Európai egészségügyi rendszerek jellemzése a klasszikus alaptípus és a forrásteremtés alapján

No.	Ország	Szerveződési elv	Jelenlegi rendszer klasszikus alaptípusnak való megfeleltetése	Szemaskó-modell vagy annak valamely válfaa a II. világháborút követően	Forrásteremtés alapja (a domináns tényezőt jelölve)	
					Járulék	Adó
1.	Ausztria	Szolidaritás	Bismarck		✓	
2.	Belgium	Szolidaritás	Bismarck		✓	
3.	Bulgária	Szolidaritás	Bismarck	✓	✓	
4.	Csehország	Szolidaritás	Bismarck	✓	✓	
5.	Dánia	Szolidaritás	Beveridge			•
6.	Egyesült Királyság	Szolidaritás	Beveridge			•
7.	Észtország	Szolidaritás	Bismarck	✓	✓	
8.	Finnország	Szolidaritás	Beveridge (Primary HealthCare Act 1972)			•
9.	Franciaország	Szolidaritás	Beveridge, majd Bismarck		✓	
10.	Görögország	Szolidaritás	Bismarck		✓	
11.	Hollandia	Szolidaritás	Bismarck		✓	
12.	Horvátország	Szolidaritás	Bismarck	✓	✓	
13.	Írország	Szolidaritás	Beveridge			•
14.	Lengyelország	Szolidaritás	Bismarck	✓	✓	
15.	Lettország	Szolidaritás	Beveridge	✓		•
16.	Litvánia	Szolidaritás	Bismarck	✓	✓	
17.	Luxemburg	Szolidaritás	Bismarck		✓	
18.	Magyarország	Szolidaritás	Bismarck	✓	✓	
19.	Németország	Szolidaritás	Bismarck		✓	
20.	Norvégia	Szolidaritás	Beveridge			•
21.	Olaszország	Szolidaritás	Beveridge (1974-től)			•
22.	Portugália	Szolidaritás	Bismarck (1946-1978), majd Beveridge (1978-tól NHS)			•
23.	Románia	Szolidaritás	Bismarck	✓	✓	
24.	Spanyolország	Szolidaritás	Bismarck, majd Beveridge (1986-tól NHS)			•
25.	Svájc	Szolidaritás	Erős öngondoskodás		✓!	•!
26.	Svédország	Szolidaritás	Beveridge			•
27.	Szlovákia	Szolidaritás	Bismarck	✓	✓	
28.	Szlovénia	Szolidaritás	Bismarck	✓	✓	
29.	Ukrajna	Szolidaritás	Beveridge	✓		•

	Beveridge-i egészségügyi rendszer
	Bismarck-i egészségügyi rendszer
	Öngondoskodó állam

3. sz. melléklet

Európai egészségügyi rendszerek jellemzése a biztosítási rendszer alapján

No.	Ország (1-17: Bismarck-i; 1-10: Beveridge-i; Svájc: öngondoskodó állam)	Járadékalapú kötelező biztosítás (Ø = Nincs kötelező egészségbiztosítás)						
		Biztosítók száma		Biztosítók szerveződési elve			Működési orientáció	
		Egy- biztosítás	Több- biztosítás	Földrajzi alapú	Ágazati jellegű / szakmankénti, foglalkoztatás szerinti	Vállalati	For-profit	Non-profit
1.	Ausztria		✓	✓	✓	✓		
2.	Belgium	✓						✓
3.	Bulgária	✓						✓
4.	Csehország		✓		✓			
5.	Észtország	✓						✓
6.	Franciaország		✓		✓			
7.	Görögország		✓		✓			
8.	Hollandia		✓		✓ köztisztviselőkre			
9.	Horvátország	✓						✓
10.	Lengyelország	✓						✓
11.	Litvánia	✓						✓
12.	Luxemburg		✓		✓			
13.	Magyarország	✓						✓
14.	Németország		✓	✓	✓	✓	✓	
15.	Románia	✓						✓
16.	Szlovákia		✓		✓		✓	
17.	Szlovénia	✓						✓
18.	Dánia	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø
19.	Egyesült Királyság	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø
20.	Finnország	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø
21.	Írország							
22.	Lettország	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø
23.	Norvégia	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø
24.	Olaszország	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø
25.	Portugália	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø
26.	Spanyolország	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø
27.	Svédország	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø
28.	Ukrajna	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø
29.	Svájc		✓	✓			✓	✓

4. sz. melléklet

Európai országok egészségügyi rendszereiben alkalmazott költségmegosztási formák

No.	Ország (1-17: Bismarck-i; 1-10: Beveridge-i; Svájc: öngondoskodó állam)	Co-payment típusa					Megjegyzés
		Fix	%- os	Ön- rész	Fix tám. összeg feletti díj	Támogatási keretösszeg feletti díj	
1.	Ausztria	✓	✓	✓			
2.	Belgium	✓	✓		✓		
3.	Bulgária		✓				A beutalás nélkül igénybevett járó- és fekvőbeteg-ellátás és bizonyos extra szolg. esetén
4.	Csehország						Co-payment létezik egyes szolgáltatások esetén, mértéke azonban nem számottevő.
5.	Észtország	✓					Biz. fogászati szolgáltatások (18 év felett) és a gyógyszerek is co-payment kötelesek.
6.	Franciaország	✓	✓				
7.	Görögország	✓					
8.	Hollandia						Az alapsomag szolgáltatásaiért nem kell hozzájárulást fizetni.
9.	Horvátország						Van co-payment, de nincs bővebb információ erre vonatkozóan.
10.	Lengyelország						Van co-payment az extra szolgáltatásokra.
11.	Litvánia						Hivatalos co-payment csak esetlegesen fordul elő.
12.	Luxemburg	✓	✓				
13.	Magyarország	✓					Co-payment megfizetése az egyes egészségbiztosítási szolgáltatások igénybevételének feltétele (gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, stb.).
14.	Németország	✓	✓				
15.	Románia		✓				A biztosítási fedezet alá eső szolgáltatásokon kívüli (pl. gyógyszerkiadások) szolgáltatások esetében kötelezően előírt önrészesedés terheli a lakosságot.
16.	Szlovákia	✓					
17.	Szlovénia	✓	✓				
18.	Dánia		✓				
19.	Egyesült Királyság			✓			Co-paymentet kell fizetni, ha a beteg klinikailag nem szükséges kezelést kér vagy különleges kényelmi szolgáltatásokat igényel, illetve önrész-fizetési kötelezettség van a fogászati szolgáltatásokra.
20.	Finnország	✓					Finnországban a vizitdíj két formája ismert: évi 22 € bármilyen számú vizitért, vagy 11 € vizitenként.
21.	Írország						A co-payment kifizetések aránya nem számottevő.
22.	Lettország	✓	✓				Extra szolgáltatások és biz. szolgáltatások csak piaci áron vehetők igénybe.
23.	Norvégia			✓			Fekvőbeteg-ellátásban nincs co-payment, magán orvosi ellátásban, járóbeteg-szakellátásban, háziorvosi ellátásban, röntgen, labortesztek esetében és gyógyszerek vásárlásakor van önrész.
24.	Olaszország	✓					Elsősorban a szakorvos felkeresése esetén.
25.	Portugália	✓					
26.	Spanyolország						Hivatalosan nincs co-payment, kivéve a gyógyszerek és protézisek esetében.
27.	Svédország	✓					
28.	Ukrajna	✓					Az államilag nem finanszírozott szolgáltatások estén van önrész-fizetés.
29.	Svájc						

5. sz. melléklet

Európai egészségügyi rendszerek kórház-finanszírozási formái

No.	Ország (1-17: Bismarcki; 1-10: Beveridge-i; Svájc: öngondoskodó állam)	Kórház-finanszírozás					Megjegyzés
		Globális költségvetés	Tételes elszá- molás	Retro- spektív költség- térítés	Prospektív eset- finanszírozás (DRG)	Ápolási napok szerinti díjazás	
1.	Ausztria				✓		
2.	Belgium				✓		
3.	Bulgária				✓		
4.	Csehország	✓			✓		Az éves fix keretösszegeből való gazdálkodás mellett terjed a DRG is.
5.	Észtország				✓	✓	Ápolási napok alapján történik a finanszírozás a legtöbb kórházban, de terjed a DRG-rendszer is.
6.	Franciaország	✓			✓		
7.	Görögország						Nincs információ
8.	Hollandia				✓		
9.	Horvátország				✓		
10.	Lengyelország					✓	A finanszírozás alapja a kórházi felvétel, melyet az ápolási idővel és a nyújtott szolgáltatásokkal súlyoznak.
11.	Litvánia				✓		
12.	Luxemburg	✓			✓		
13.	Magyarország				✓		
14.	Németország				✓		
15.	Románia	✓			✓		
16.	Szlovákia				✓		Egyszerűsített
17.	Szlovénia				✓		
18.	Dánia	✓			✓		
19.	Egyesült Királyság				✓		
20.	Finnország				✓		Inkább menedzsment, mint finanszírozási eszköz.
21.	Írország	✓			✓		
22.	Lettország				✓		
23.	Norvégia				✓		Inkább menedzsment, mint finanszírozási eszköz.
24.	Olaszország				✓		
25.	Portugália	✓			✓		
26.	Spanyolország	✓			✓		
27.	Svédország				✓		Inkább menedzsment, mint finanszírozási eszköz.
28.	Ukrajna			✓			A finanszírozás alapja az ágykapacitás.
29.	Svájc	✓	✓				

6. sz. melléklet

A vizsgálatba bevont statisztikai adatok és mutatószámok homogenizált idősorai, tartalmazva az alábbi értékeket is:

- ☞ a vizsgált időszak egészére (1995-2004) számított éves átlagos változás
- ☞ a vizsgált időszak elejére (1996/1995) éves változás
- ☞ a vizsgált időszak első három évére (1995-1997) számított éves átlagos változás

6.1. sz. melléklet	Népesség száma	194. oldal
6.2. sz. melléklet	GDP/fő	195. oldal
6.3. sz. melléklet	GDP növekedési ráta	196. oldal
6.4. sz. melléklet	100 ezer lakosra jutó orvosok száma	197. oldal
6.5. sz. melléklet	100 ezer lakosra jutó kórházi ágyak száma	198. oldal
6.6. sz. melléklet	Háztartások egészségügyi kiadásai (összes kiadásaik %-ában)	199. oldal
6.7. sz. melléklet	Egészségügyi kiadások (GDP %-ában)	200. oldal
6.8. sz. melléklet	Egészségügyi közkiadások (egészségügyi kiadások %-ában)	201. oldal

Az időszak első és utolsó három évére vonatkozó adatok, mutatószámok néhány ország esetében nem álltak maradéktalanul rendelkezésre – amennyiben az első/utolsó 3 évre vonatkozó adatokból legalább 2 évre vonatkozóan rendelkezésre álltak adatok, úgy az éves átlagos változás értékei két évre vonatkozóan kerültek kiszámításra (ezen adatok, mutatószámok a táblázatokban **pirossal** jelöltek).

	Népességszám	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Éves átl. vált. (1995-2004)	Éves átl. vált. (1995-1997)	Éves átl. vált. (2002-2004)
1.	Ausztria	7.943.500,00	7.953.100,00	7.965.000,00	7.971.100,00	7.982.500,00	8.002.200,00	8.020.900,00	8.065.100,00	8.102.200,00	8.140.122,00	1,00272	1,000901	1,00309112
2.	Belgium	10.130.600,00	10.143.000,00	10.170.200,00	10.192.300,00	10.213.800,00	10.239.100,00	10.263.400,00	10.309.700,00	10.355.800,00	10.396.421,00	1,002882	1,001301	1,002796039
3.	Bulgária	8.427.400,00	8.384.700,00	8.340.900,00	8.283.200,00	8.230.400,00	8.190.900,00	7.928.900,00	7.892.000,00	7.845.800,00	7.801.273,00	0,991459	0,996567	0,996153197
4.	Csehország	10.333.200,00	10.321.300,00	10.309.100,00	10.299.100,00	10.289.600,00	10.278.100,00	10.266.500,00	10.206.400,00	10.203.300,00	10.211.455,00	0,998684	0,999222	1,000165065
5.	Dánia	5.215.700,00	5.251.000,00	5.275.100,00	5.294.900,00	5.313.600,00	5.330.000,00	5.349.200,00	5.368.400,00	5.383.500,00	5.397.640,00	1,003817	1,003782	1,001812276
6.	Egyesült Királyság	57.943.500,00	58.094.600,00	58.239.300,00	58.394.600,00	58.579.700,00	58.785.200,00	58.999.800,00	59.217.600,00	59.437.700,00	59.699.828,00	1,003323	1,001699	1,002707106
7.	Észtország	1.448.100,00	1.425.200,00	1.406.000,00	1.393.100,00	1.379.200,00	1.372.100,00	1.367.000,00	1.361.200,00	1.356.000,00	1.351.069,00	0,992323	0,990214	0,99751292
8.	Finnország	5.098.800,00	5.116.800,00	5.132.300,00	5.147.300,00	5.159.600,00	5.171.300,00	5.181.100,00	5.194.900,00	5.206.300,00	5.219.732,00	1,002608	1,002185	1,001590826
9.	Franciaország	59.315.139,00	59.522.297,00	59.726.386,00	59.934.884,00	60.158.533,00	60.481.637,00	60.853.087,00	61.235.879,00	61.615.260,00	61.984.000,00	1,004902	1,002306	1,004055873
10.	Görögország	10.595.100,00	10.673.700,00	10.744.600,00	10.808.400,00	10.861.400,00	10.903.800,00	10.931.200,00	10.968.700,00	11.006.400,00	11.040.650,00	1,004587	1,004681	1,002181761
11.	Hollandia	15.424.100,00	15.493.900,00	15.567.100,00	15.654.200,00	15.760.200,00	15.864.000,00	15.987.100,00	16.105.300,00	16.192.600,00	16.258.032,00	1,005868	1,003081	1,003151172
12.	Horvátország	4.776.500,00	4.597.000,00		4.582.000,00		4.567.500,00	4.437.500,00	4.444.100,00	4.442.200,00	4.441.800,00	0,99196	0,981030	0,999827457
13.	Írország	3.597.600,00	3.620.100,00	3.655.00,00	3.693.600,00	3.732.200,00	3.777.800,00	3.833.000,00	3.899.900,00	3.963.700,00	4.027.732,00	1,01263	1,005290	1,01080884
14.	Lengyelország	38.580.600,00	38.609.400,00	38.639.300,00	38.660.000,00	38.667.000,00	38.653.600,00	38.254.000,00	38.242.200,00	38.218.500,00	38.190.608,00	0,998872	1,000507	0,999550102
15.	Lettország	2.500.600,00	2.469.500,00	2.444.900,00	2.420.800,00	2.399.200,00	2.381.700,00	2.364.300,00	2.345.800,00	2.331.500,00	2.319.203,00	0,991667	0,992519	0,996206247
16.	Litvánia	3.643.000,00	3.615.200,00	3.588.000,00	3.562.300,00	3.536.400,00	3.512.100,00	3.487.000,00	3.475.600,00	3.462.600,00	3.445.857,00	0,993837	0,994942	0,997139271
17.	Luxemburg	405.700,00	411.600,00	416.900,00	422.100,00	427.400,00	433.600,00	439.000,00	444.100,00	448.300,00	451.600,00	1,01198	1,009119	1,005597967
18.	Magyarország	10.336.700,00	10.321.200,00	10.301.200,00	10.279.700,00	10.253.400,00	10.221.600,00	10.200.300,00	10.174.900,00	10.142.400,00	10.116.742,00	0,997613	0,998854	0,998091082
19.	Németország	81.538.600,00	81.817.500,00	82.012.200,00	82.057.400,00	82.037.000,00	82.163.500,00	82.259.500,00	82.440.300,00	82.536.700,00	82.531.671,00	1,001346	1,001932	1,000369307
20.	Norvégia	4.348.400,00	4.370.000,00	4.392.700,00	4.417.600,00	4.445.300,00	4.478.500,00	4.503.400,00	4.524.100,00	4.552.300,00	4.577.457,00	1,00572	1,003384	1,003915961
21.	Olaszország	56.845.900,00	56.846.300,00	56.879.300,00	56.908.300,00	56.913.600,00	56.929.500,00	56.967.700,00	56.993.700,00	57.321.100,00	57.888.245,00	1,002021	1,000196	1,0052047
22.	Portugália	10.017.600,00	10.043.200,00	10.072.500,00	10.109.700,00	10.148.900,00	10.195.000,00	10.256.700,00	10.329.300,00	10.407.500,00	10.474.685,00	1,00497	1,001823	1,004669829
23.	Románia	22.712.400,00	22.656.100,00	22.581.900,00	22.526.100,00	22.488.600,00	22.455.500,00	22.430.500,00	21.833.500,00	21.772.800,00	21.711.252,00	0,995004	0,998081	0,998130138
24.	Spanyolország	39.343.100,00	39.430.900,00	39.525.400,00	39.639.400,00	39.802.800,00	40.049.700,00	40.476.700,00	40.964.200,00	41.663.700,00	42.345.342,00	1,008204	1,001542	1,011114618
25.	Svájc	7.019.000,00	7.062.400,00	7.081.300,00	7.096.500,00	7.123.500,00	7.164.400,00	7.204.100,00	7.255.700,00	7.313.900,00	7.364.148,00	1,005348	1,002950	1,00495758
26.	Svédország	8.816.400,00	8.837.500,00	8.844.500,00	8.847.600,00	8.854.300,00	8.861.400,00	8.882.800,00	8.909.100,00	8.940.800,00	8.975.670,00	1,001991	1,001061	1,002484534
27.	Szlovákia	5.356.200,00	5.367.800,00	5.378.900,00	5.387.700,00	5.393.400,00	5.398.700,00	5.378.800,00	5.379.000,00	5.379.200,00	5.380.053,00	1,000494	1,001411	1,00006525
28.	Szlovénia	1.989.500,00	1.990.300,00	1.987.000,00	1.984.900,00	1.978.300,00	1.987.800,00	1.990.100,00	1.994.000,00	1.995.000,00	1.996.433,00	1,000387	0,999581	1,000406555

6.1. sz. melléklet: Népesség száma

Forrás: EUROSTAT

	GDP/fő	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Éves átl. vált. (1995-2004)	Éves átl. vált. (1995-1997)	Éves átl. vált. (2002-2004)
1.	Ausztria	126,80	127,30	124,50	123,50	124,90	125,50	122,00	120,00	123,40	123,40	0,996985	0,993917	1,009357
2.	Belgium	121,30	118,80	117,60	116,40	115,30	116,50	117,20	117,60	119,00	119,40	0,998247	0,989727	1,005076
3.	Bulgária	30,80	27,60	25,60	26,00	26,00	26,50	28,00	28,30	31,00	31,80	1,003556	0,940221	1,039633
4.	Csehország	68,80	71,50	69,20	66,80	65,90	64,70	65,80	67,70	70,70	72,10	1,005219	1,001934	1,021211
5.	Dánia	123,80	124,60	124,90	123,70	126,00	126,00	124,90	121,40	119,30	119,40	0,995987	1,002953	0,994478
6.	Egyesült Királyság	108,50	109,80	112,00	111,80	111,40	111,80	113,10	116,10	116,10	118,00	1,00937	1,010639	1,005426
7.	Észtország	33,60	35,00	38,40	39,30	38,70	42,10	43,70	46,80	51,20	53,40	1,052824	1,045516	1,044957
8.	Finnország	104,60	104,60	109,50	112,60	112,40	114,00	115,50	114,70	108,70	111,10	1,006721	1,015377	0,989427
9.	Franciaország	114,40	113,60	114,20	114,40	113,40	113,30	113,80	112,00	107,70	107,70	0,993317	0,999417	0,987035
10.	Görögország	70,80	70,30	70,90	70,60	70,70	72,70	73,20	77,20	80,20	81,40	1,015623	1,000471	1,017815
11.	Hollandia	119,30	120,00	121,90	122,00	122,60	124,00	127,00	125,30	123,80	124,70	1,004931	1,007212	0,998401
12.	Horvátország	36,60	39,40	40,90	41,70	39,60	40,80	41,40	43,60	45,60	46,50	1,026957	1,037721	1,021697
13.	Írország	98,5	103	112,3	116,8	121,8	126,1	128,5	132,3	134,4	135,7	1,036240	1,044675	1,008494
14.	Lengyelország	40,70	42,40	44,20	45,10	45,80	46,70	46,10	46,30	46,90	48,70	1,020139	1,027880	1,016988
15.	Lettország	29,90	30,90	33,00	33,90	34,00	35,30	37,10	38,70	41,20	43,70	1,043067	1,033430	1,041334
16.	Litvánia	34,20	35,40	37,20	38,80	37,40	37,90	40,10	41,90	47,10	49,00	1,040764	1,028424	1,053563
17.	Luxemburg	200,70	198,00	192,30	194,30	217,60	222,00	214,60	220,70	236,70	240,80	1,020446	0,985850	1,02948
18.	Magyarország	48,90	48,80	49,80	50,90	51,70	53,90	56,90	59,10	60,80	61,30	1,025429	1,006098	1,012257
19.	Németország	120,30	118,90	116,40	114,70	113,40	111,70	109,90	108,50	112,50	111,10	0,991199	0,989075	1,007925
20.	Norvégia	131,10	138,40	140,50	132,40	140,30	159,90	156,20	147,90	150,30	157,90	1,020882	1,023351	1,022048
21.	Olaszország	117,20	116,40	114,60	115,10	113,70	113,10	111,90	110,00	106,00	103,10	0,985858	0,992550	0,978638
22.	Portugália	75,60	75,40	76,60	78,20	80,30	80,30	79,80	79,50	73,00	71,80	0,994286	1,004390	0,966613
23.	Románia					25,30	24,90	26,20	28,10	29,90	32,60	1,052009		1,050761
24.	Spanyolország	87,40	87,60	87,50	89,00	92,10	92,10	93,20	95,20	96,70	96,60	1,011182	1,000381	1,004878
25.	Svájc	143,60	137,60	139,40	138,50	133,70	132,70	128,30	130,00	129,80	129,10	0,988243	0,990154	0,997687
26.	Svédország	117,30	116,50	115,30	114,10	117,70	118,80	115,20	113,70	115,40	115,40	0,998187	0,994284	1,004959
27.	Szlovákia	44,70	47,00	47,40	47,60	46,90	47,40	48,70	51,00	52,80	54,40	1,022061	1,019742	1,021746
28.	Szlovénia	68,20	69,50	71,00	71,90	73,60	72,70	73,90	74,50	77,40	79,90	1,017748	1,013502	1,0236

6.2. sz. táblázat: GDP/fő

Forrás: EUROSTAT

	GDP éves növekedési rátája	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Éves átl. vált. (1995-2004)	Éves átl. vált. (1995-1997)	Éves átl. vált. (2002-2004)
1.	Ausztria	1,019	1,026	1,018	1,036	1,033	1,034	1,008	1,009	1,011	1,024	1,022058	1,020994	1,014645
2.	Belgium	1,043	1,012	1,035	1,017	1,034	1,037	1,008	1,015	1,01	1,03	1,021939	1,029916	1,018298
3.	Bulgária	1,029	0,906	0,946	1,039	1,023	1,054	1,041	1,049	1,045	1,056	1,016342	0,958984	1,04999
4.	Csehország		1,04	0,993	0,992	1,013	1,036	1,025	1,019	1,036	1,042	1,021616	1,016228	1,032287
5.	Dánia	1,031	1,028	1,032	1,022	1,026	1,035	1,007	1,005	1,004	1,021	1,019939	1,030332	1,00997
6.	Egyesült Királyság	1,029	1,028	1,03	1,033	1,03	1,038	1,024	1,021	1,027	1,033	1,029322	1,029000	1,026988
7.	Észtország	1,045	1,044	1,111	1,044	1,003	1,108	1,077	1,08	1,071	1,081	1,068292	1,066212	1,077324
8.	Finnország	1,039	1,037	1,061	1,052	1,039	1,05	1,026	1,016	1,018	1,037	1,037232	1,045610	1,023623
9.	Franciaország	1,022	1,011	1,022	1,035	1,032	1,04	1,019	1,01	1,011	1,023	1,022502	1,018320	1,01465
10.	Görögország	1,021	1,024	1,036	1,034	1,034	1,045	1,051	1,038	1,048	1,047	1,039634	1,026980	1,044324
11.	Hollandia	1,031	1,034	1,043	1,039	1,047	1,039	1,019	1,001	1,003	1,02	1,027094	1,035987	1,007964
12.	Horvátország		1,06	1,068	1,025	0,991	1,029	1,044	1,056	1,053	1,038	1,040208	1,063992	1,04897
13.	Írország	1,096	1,083	1,117	1,085	1,107	1,094	1,058	1,06	1,043	1,043	1,076365	1,098578	1,048636
4.	Lengyelország		1,062	1,071	1,05	1,045	1,042	1,011	1,014	1,038	1,053	1,042718	1,066491	1,034875
15.	Lettország	1,003	1,039	1,084	1,047	1,033	1,069	1,08	1,065	1,072	1,087	1,063835	1,041474	1,074628
16.	Litvánia	1,049	1,051	1,085	1,075	0,985	1,041	1,066	1,069	1,103	1,073	1,060403	1,061539	1,081561
17.	Luxemburg	1,16	1,015	1,059	1,065	1,084	1,084	1,025	1,038	1,013	1,036	1,046234	1,076316	1,028937
18.	Magyarország	1,015	1,013	1,046	1,049	1,042	1,052	1,041	1,043	1,041	1,049	1,041721	1,024556	1,044328
19.	Németország	1,019	1,01	1,018	1,02	1,02	1,032	1,012	1	0,998	1,012	1,013507	1,015659	1,003314
20.	Norvégia	1,042	1,051	1,054	1,027	1,02	1,033	1,02	1,015	1,01	1,039	1,029785	1,048988	1,021255
21.	Olaszország	1,028	1,007	1,019	1,014	1,019	1,036	1,018	1,003	1	1,012	1,014172	1,017964	1,004987
22.	Portugália	1,098	1,036	1,042	1,048	1,039	1,039	1,02	1,008	0,993	1,013	1,026292	1,058303	1,004631
23.	Románia					0,988	1,021	1,057	1,051	1,052	1,084	1,04172		1,062224
24.	Spanyolország	1,05	1,024	1,039	1,045	1,047	1,05	1,036	1,027	1,03	1,032	1,03663	1,037612	1,029665
25.	Svájc	1,004	1,005	1,019	1,028	1,013	1,036	1,01	1,003	0,998	1,023	1,014932	1,009310	1,007942
26.	Svédország	1,039	1,013	1,023	1,037	1,045	1,043	1,011	1,02	1,017	1,041	1,027697	1,024944	1,025945
27.	Szlovákia	1,079	1,069	1,057	1,037	1,003	1,007	1,032	1,041	1,042	1,054	1,037794	1,068295	1,04565
28.	Szlovénia	1,041	1,037	1,048	1,039	1,054	1,041	1,027	1,035	1,027	1,044	1,039077	1,041990	1,03531

6.3. sz. táblázat: GDP növekedési rátája

Forrás: EUROSTAT

	Praktizáló orvosok száma/ 100 ezer lakos	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Éves átl. vált. (1995-2004)	Éves átl. vált. (1995-1997)	Éves átl. vált. (2002-2004)
1.	Ausztria	265,70	277,60	289,00	301,80	299,70	312,60	323,70	332,30	338,30	346,70	1,030007	1,028416	1,01424101
2.	Belgium	344,60	353,60	360,30	367,40	373,10	378,60	385,00	389,60	393,60	398,80	1,016363	1,014962	1,007810164
3.	Bulgária	344,90	352,90	343,50	343,80	343,40	336,10	333,60	350,80	356,40	351,50	1,002108	0,998645	1,000664704
4.	Csehország	345,90	351,20	353,40	354,70	355,90	370,20	378,30	387,50	389,00	393,10	1,014314	1,007176	1,004794183
5.	Dánia	251,30	253,10	259,00	265,50	267,00	269,40	271,90	281,10	284,90		1,01581	1,010111	1,00673647
6.	Egyesült Királyság	174,20	178,30	184,00	188,40	191,60	195,40	200,30	208,00	217,70		1,028256	1,018411	1,023051619
7.	Észtország	307,40	301,90	322,40	302,60	309,30	308,50	302,60	313,50	315,40	319,20	1,004194	1,016008	1,006024242
8.	Finnország	207,30	214,40	216,90	220,30	226,80	232,40	233,20	236,00	239,70	243,90	1,01823	1,015204	1,011035952
9.	Franciaország													
10.	Görögország	393,00	396,70	410,30	425,80	438,40	447,70	454,30				1,024452	1,014463	
11.	Hollandia	186,10	190,80	190,90	188,60	192,40						1,008358	1,008525	
12.	Horvátország	203,60	219,90	225,50	224,80	228,50	228,50	237,80	238,60			1,02292	1,034641	
13.	Írország													
14.	Lengyelország	231,80	235,20	235,80	233,00	226,40	220,00	224,40	228,00	243,30	229,00	0,998651	1,005719	1,001459856
15.	Lettország	277,80	278,50	281,20	268,50	266,20	286,50	265,50	274,70	277,80		1	1,004063	1,005626689
16.	Litvánia													
17.	Luxemburg	204,40	212,60	225,50	227,70	232,70	235,70	239,90	238,90	245,40	327,70	1,053846	1,033289	1,111100724
18.	Magyarország	302,80	307,00	311,10	312,20	314,90	272,70	293,20	318,90	324,30	333,40	1,010754	1,009055	1,014932186
19.	Németország	307,00	311,50	312,90	317,40	321,10	326,10	331,00	333,80	336,70	338,90	1,011045	1,006365	1,005067151
20.	Norvégia	279,30	284,50	253,20	273,90	280,40			322,80	328,70	345,70	1,023981	0,967827	1,023109109
21.	Olaszország													
22.	Portugália	253,80	262,30	261,00	258,10	260,90	263,50	262,20	271,50	267,50	267,80	1,005984	1,009368	0,995436542
23.	Románia					192,50	197,40	199,20	195,40	199,00	207,50	1,01512		1,02022943
24.	Spanyolország	268,20	291,20	293,90	287,80	309,10	332,60	311,80	306,00	329,20	340,10	1,026741	1,030972	1,035845702
25.	Svájc	175,60	180,00	184,10	188,20	191,20	194,50	196,80	198,40			1,017592	1,015882	
26.	Svédország	286,00	288,40	289,70	296,80	301,10	307,70	317,70	326,90	332,90		1,019163	1,004294	1,009135391
27.	Szlovákia	291,50	257,60	240,20	296,40	332,20	334,80	335,10	332,50	328,40	331,80	1,014492	0,937515	0,999297753
28.	Szlovénia				218,40	213,10	215,30	217,30	227,70	224,80	229,90	1,008589		1,003210295

6.4. sz. táblázat: 100 ezer lakosra jutó orvosok száma

Forrás: EUROSTAT

	Kórházi ágyak száma/ 100 ezer lakos	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Éves átl. vált. (1995-2004)	Éves átl. vált. (1995-1997)	Éves átl. vált. (2002-2004)
1. Ausztria		755,1	746,3	736,6	723,9	878,4	698,7	853,6	845,8	835,7	776,5	1,00311	0,991766	0,97192
2. Belgium		743,9	734,3	728,8	722,2	716,1	711,6	701,2	692,4	686,3	683,3	0,990603	0,993188	0,9956
3. Bulgária		1034,1	1044,1	1024	838,1	747,7	739,3	699,2	646,6	626,7	611,6	0,943314	0,996734	0,98162
4. Csehország		938,7	911	891	876	860,2	867,5	867	872,5	868	859,3	0,990228	0,982766	0,99493
5. Dánia				459,8	449,5	434,4	425,1	417,7	412,8	398		0,97623		0,98191
6. Egyesült Királyság				432,9	421,1	409,8	404,9	400,3	396,4	396,9		0,985634		1,00063
7. Észtország		804,1	757,6	738,2	722,8	716,5	682,9	681,8	605,9	591,2	581	0,964536	0,971899	0,98611
8. Finnország		801	800,6	788,5	776,3	759,7	753,4	745,2	735,9	723,6	705,6	0,986009	0,994771	0,98608
9. Franciaország		890	872,1	853,1	871,4	856,3	841,7	819,4	809,7	795,5	777,6	0,985111	0,985984	0,98661
10. Görögország		500,1	502,5	500,4	499,4	488,6	487,9					0,995073	1,000200	
11. Hollandia		532,5	526,7	524,6	516,6	509,7	519,9	503,1	499,4	502,5		0,992778	0,995030	1,0031
12. Horvátország		588	604,6	597,6	595,5	589,4	590,1	599,8	567,6			0,994968	1,005413	
13. Írország		1015,3	1010,3	1023,5	971,7	485	914,1	983,6	993,6	1006,7		0,998937	1,002685	1,00657
14. Lengyelország		768,7	766,9	757,8	744	735,1	718,7	717,5	709,9	644,7		0,978251	0,995251	0,95297
15. Lettország		1099,3	1025	961,3	922,2	885,2	855,1	809,5	773,4	779,3		0,957907	0,956271	1,00381
16. Litvánia		1083	1055,6	983	961,5	938	923,2	869,4	892,8	866,1	840,8	0,972266	0,968222	0,9802
17. Luxemburg		1095,8	1079,9	1066,8	1055,1	712,5	657,1	651,7	644,3			0,926939	0,991099	
18. Magyarország		909,1	910,9	826,4	831,1	836,8	839,1	784,8	783,8	782,5	782	0,983406	0,968708	0,99923
19. Németország		969,8	957,8	938	929,3	920,2	912,2	901,9	887,8	874,4	857,6	0,986432	0,988948	0,98853
20. Norvégia		405,8	400,5	398,2	398,1	390,2	380,8		432,3	428,2	420,6	1,003988	0,993718	0,9909
21. Olaszország		622,1	649,5	582,3	548,7	486,8	470,9	461,4	444,6	417,9	400,6	0,952272	0,978203	0,96586
22. Portugália		392,4	399,3	394,4	387,6	385,8	381,6	374,9	365,1	366,2	365,1	0,99202	1,001696	1
23. Románia		763,1	754,6	736,9	730,4	730	742,9	748,5	744,7	655,3		0,981143	0,988422	0,93806
24. Spanyolország		394,7	391	385	380,9	376	372,7	362,5	356,7	347,8	347,5	0,985948	0,991740	0,99133
25. Svájc		700,8	665,9	663,7	664	662,7	630,5	605,8	596,9	584,4	568,9	0,977098	0,982033	0,98411
26. Svédország		609	559,8	522,1	380,4	373,8	358,5					0,899445	0,949975	
27. Szlovákia			832,7	815,2	804,6	795,7	784,1	766,9	756,9	723,9	690,1	0,976794	0,989436	0,96967
28. Szlovénia		573,6	566,6	565,3	559,1	554	540,6	516,9	508,9	496	480,1	0,980423	0,995153	0,98077

6.5. sz. táblázat: 100 ezer lakosra jutó kórházi ágyak száma

Forrás: EUROSTAT

	Háztartások egészségügyi kiadásai (összkiadásaik %-ában)	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Éves átl. vált. (1995-2004)	Éves átl. vált. (1995-1997)	Éves átl. vált. (2002-2004)
1.	Ausztria	3,30	3,30	3,20	3,30	3,30	3,20	3,20	3,20	3,30	3,20	0,996587	0,989795	1
2.	Belgium	3,40	3,30	3,70	3,80	4,10	4,00	3,90	4,30	4,30	4,10	1,021019	1,028587	0,984249
3.	Bulgária			2,00	1,60	2,30	2,80					1,118689		
4.	Csehország	1,70	1,70	1,70	1,60	1,60	1,40	1,80	1,60	1,70	1,80	1,006371	1,000000	1,040042
5.	Dánia	2,30	2,40	2,40	2,50	2,50	2,50	2,60	2,60	2,60	2,60	1,013716	1,014288	1
6.	Egyesült Királyság	1,60	1,60	1,60	1,60	1,60	1,60	1,60	1,60	1,70	1,70	1,006759	1,000000	1,020414
7.	Észtország	1,30	1,40	1,30	1,30	1,60	2,90	3,00	3,00	3,30	3,10	1,101375	1,000000	1,01099
8.	Finnország	3,40	3,60	3,70	3,60	3,70	3,80	3,90	4,00	4,00	4,10	1,021019	1,028587	1,008265
9.	Franciaország	3,30	3,30	3,30	3,30	3,30	3,20	3,20	3,30	3,30	3,40	1,003323	1,000000	1,010001
10.	Görögország	5,60	5,40	5,40	5,40	5,40	5,40	5,50	5,70	5,90	6,00	1,007695	0,987951	1,017245
11.	Hollandia	4,10	4,60	4,40	4,40	4,40	4,20	4,50	4,80	5,00	5,40	1,031074	1,023818	1,040042
12.	Horvátország													
13.	Írország	3	2,9	2,9	2,7	2,7	2,7	2,9	3,2	3,5	3,7	1,023576	0,988763	1,049584
	Lengyelország	3,10	3,30	3,50	3,80	4,00	4,10	4,30	4,50	4,60	4,90	1,052186	1,041283	1,028793
15.	Lettország	3,60	3,90	4,20	4,10	4,30	4,30	4,70	4,60	4,60	4,90	1,034849	1,052727	1,021283
16.	Litvánia	2,70	2,80	3,00	3,50	3,50	3,50	3,30	4,50	4,40	4,20	1,050318	1,035744	0,977265
17.	Luxemburg	1,70	1,80	1,70	1,80	1,50	1,40	1,40	1,30	1,40	1,50	0,986189	1,000000	1,048856
18.	Magyarország	2,80	2,90	3,00	3,00	3,30	3,20	3,50	3,50	3,50	3,60	1,028317	1,023264	1,009435
19.	Németország	3,80	3,80	4,00	4,00	4,10	4,10	4,10	4,40	4,40	4,50	1,018964	1,017245	1,007519
20.	Norvégia	2,60	2,60	2,70	2,70	2,70	2,80	2,90	2,90	3,00		1,018049	1,012660	1,017095
21.	Olaszország	3,40	3,40	3,50	3,50	3,50	3,40	3,10	3,30	3,30	3,20	0,993287	1,009709	0,989795
22.	Portugália	4,90	4,70	4,70	4,50	4,70	4,70	4,80	4,90	5,30		1,009857	0,986205	1,040016
23.	Románia				2,50	2,40	2,40	2,40	2,80	3,00		1,037137		1,035098
24.	Spanyolország	3,20	3,20	3,20	3,20	3,30	3,30	3,30	3,40	3,50	3,50	1,010007	1,000000	1,009709
25.	Svájc	12,60	13,00	13,20	13,60	13,60	13,80	14,10	14,40			1,019259	1,015628	
26.	Svédország	2,10	2,10	2,30	2,40	2,30	2,40	2,60	2,60	2,70	2,70	1,028317	1,030788	1,01266
27.	Szlovákia	2,20	2,20	1,90	1,80	1,90	1,90	2,20	2,20	2,10	2,70	1,023016	0,952307	1,070649
28.	Szlovénia	2,20	2,40	2,60	2,60	2,70	3,00	3,10	3,20	3,20	3,20	1,042511	1,057264	1

6.6. sz. táblázat: Háztartások egészségügyi kiadásai (összkiadásaik %-ában)

Forrás: EUROSTAT

	Egészségügyi kiadások (GDP%-ában)	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Éves átl. vált. (1995-2004)	Éves átl. vált. (1995-1997)	Éves átl. vált. (2002-2004)
1.	Ausztria	9,7	9,7	9,4	9,6	9,6	9,4	9,5	9,5	9,6	9,6	0,998849	0,989583	1,003497
2.	Belgium	8,2	8,4	8,2	8,3	8,5	8,6	8,7	8,9	10,1		1,026392	1,000000	1,065285
3.	Bulgária													
4.	Csehország	7	6,8	6,8	6,7	6,7	6,7	7	7,2	7,5	7,3	1,004674	0,990384	1,004608
5.	Dánia	8,1	8,2	8,2	8,3	8,5	8,3	8,6	8,8	8,9	8,9	1,01052	1,004098	1,003774
6.	Egyesült Kir.	7	7	6,8	6,9	7,1	7,3	7,5	7,7	7,8	8,1	1,016349	0,990384	1,017025
7.	Észtország													
8.	Finnország	7,4	7,6	7,2	6,8	6,9	6,7	6,9	7,2	7,4	7,5	1,001493	0,990909	1,0137
9.	Franciaország	9,4	9,4	9,2	9,1	9,2	9,2	9,3	10	10,4	10,5	1,012372	0,992857	1,016396
10.	Görögország	9,6	9,6	9,4	9,4	9,6	9,9	10,4	10,3	10,5	10	1,004546	0,993007	0,990195
11.	Hollandia	8,1	8	7,8	7,9	8	7,9	8,3	8,9	9,1	9,2	1,014249	0,987499	1,011112
12.	Horvátország													
13.	Írország	6,7	6,5	6,3	6,1	6,2	6,3	6,8	7,2	7,2	7,1	1,022505	0,979690	0,995349
14.	Lengyelország	5,6	6	5,7	6	5,9	5,7	6	6,6	6,5	6,5	1,016697	1,005917	0,994924
15.	Lettország													
16.	Litvánia													
17.	Luxemburg	5,6	5,7	5,6	5,7	5,8	5,8	6,4	6,8	7,7	8	1,040426	1,000000	1,055667
18.	Magyarország	7,4	7,1	6,9	7,3	7,3	7,1	7,3	7,7	8,3	8	1,0087	0,976950	1,012822
19.	Németország	10,1	10,4	10,2	10,2	10,3	10,3	10,4	10,6	10,8	10,6	1,005383	1,003289	1
20.	Norvégia	7,9	7,9	8,5	9,3	9,4	8,5	8,9	9,9	10,1	9,7	1,023069	1,024701	0,99322
21.	Olaszország	7,1	7,3	7,5	7,5	7,8	8,1	8,2	8,3	8,4	8,7	1,022838	1,018437	1,015813
22.	Portugália	8,2	8,4	8,5	8,4	8,7	9,4	9,3	9,5	9,8	10,1	1,023426	1,012049	1,020624
23.	Románia													
24.	Spanyolország	7,4	7,5	7,3	7,3	7,3	7,2	7,2	7,3	7,9	8,1	1,010093	0,995475	1,035271
25.	Svájc	9,7	10,1	10,2	10,3	10,5	10,4	10,9	11,1	11,5	11,6	1,020074	1,016895	1,014795
26.	Svédország	8,1	8,3	8,1	8,3	8,4	8,4	8,7	9,1	9,3	9,1	1,013018	1,000000	1
27.	Szlovákia			5,8	5,7	5,8	5,5	5,5	5,6	5,9		1,002853		1,026436
28.	Szlovénia													

6.7. sz. táblázat: Egészségügyi kiadások (GDP %-ában)

Forrás: OECD

	Egészségügyi közkiadások (összegészségügyi kiadások %-ában)	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Éves átl. vált. (1995-2004)	Éves átl. vált. (1995-1997)	Éves átl. vált. (2002-2004)
1.	Ausztria	69,3	68,2	70,3	69,7	70	69,9	69,5	70,5	70,3	70,7	1,002225	1,004787	1,000945
2.	Belgium	78,5	79,4	76,7	76,1	75,8	75,8	76,4	75	71,1		0,9877	0,992298	0,973653
3.	Bulgária													
4.	Csehország	90,9	90,7	90,3	90,4	90,5	90,5	89,9	89,7	89,8	89,2	0,997905	0,997795	0,998138
5.	Dánia	82,5	82,4	82,3	82	82,2	82,4	82,7	82,9			1,000691	0,999191	
6.	Egyesült Királyság	83,9	82,9	80,4	80,4	80,6	80,9	83	83,4	85,6	86,3	1,003139	0,985897	1,011459
7.	Észtország													
8.	Finnország	75,6	75,8	76,1	76,3	75,3	75,1	75,9	76,1	76,2	76,6	1,001461	1,002200	1,002185
9.	Franciaország	76,3	76,1	76,2	76	76	75,8	75,9	78,1	78,3	78,4	1,003021	0,999563	1,001279
10.	Görögország	52	53	52,8	52,1	53,4	52,6	55,5	54,1	53,6	52,8	1,001698	1,005102	0,991925
11.	Hollandia	71	66,2	67,8	64,1	62,7	63,1	62,8	62,5	63	62,3	0,985581	0,984745	0,998932
12.	Horvátország													
13.	Írország	71,6	71,4	74,6	76,5	72,8	73,3	75,6	75,2	78	79,5	1,007456	1,013776	1,018708
14.	Lengyelország	72,9	73,4	72	65,4	71,1	70	71,9	71,2	69,9	68,6	0,993268	0,995868	0,987676
15.	Lettország													
16.	Litvánia													
17.	Luxemburg	92,4	92,8	92,5	92,4	89,8	89,3	87,9	90,3	90,6	90,4	0,997572	1,000361	1,000369
18.	Magyarország	84	81,6	81,3	74,8	72,4	70,7	69	70,2	72,5	71,9	0,982866	0,989169	1,008008
19.	Németország	81,6	82,2	80,8	80,1	79,8	79,7	79,4	79,3	78,7	76,9	0,99343	0,996721	0,989808
20.	Norvégia	84,2	84,2	81,3	82,2	82,6	82,5	83,6	83,5	83,7	83,5	0,999073	0,988385	1
21.	Olaszország	71,9	71,5	71,9	71,6	70,4	72	74,3	74,2	73,7	75,1	1,00485	1,000000	1,004027
22.	Portugália	62,6	65,3	65,7	67,1	67,6	72,5	71,5	72,2	73,5	73,2	1,017533	1,016242	1,004596
23.	Románia													
24.	Spanyolország	72,2	72,4	72,5	72,2	72	71,6	71,2	71,3	70,4	70,9	0,997983	1,001383	0,998126
25.	Svájc	53,8	54,7	55,2	54,9	55,3	55,6	57,1	57,9	58,5	58,4	1,009158	1,008600	1,00287
26.	Svédország	86,6	86,9	85,8	85,8	85,7	84,9	84,9	85,1	85,4	84,9	0,9978	0,996911	0,999216
27.	Szlovákia			91,7	91,6	89,6	89,4	89,3	89,1	88,3		0,993723		0,995501
28.	Szlovénia													

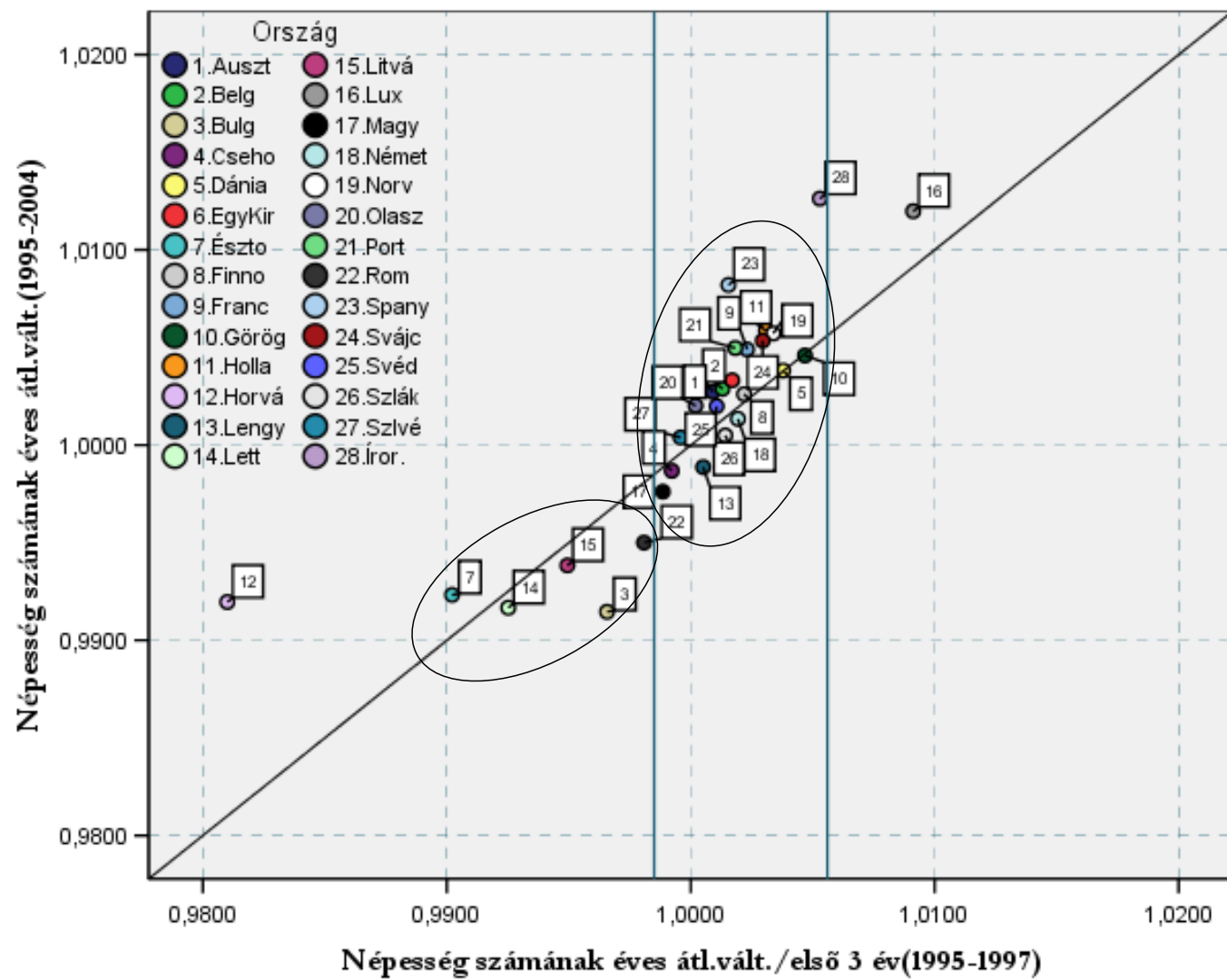
6.8. sz. táblázat: Egészségügyi közkiadások (egészségügyi kiadások %-ában)

Forrás: OECD

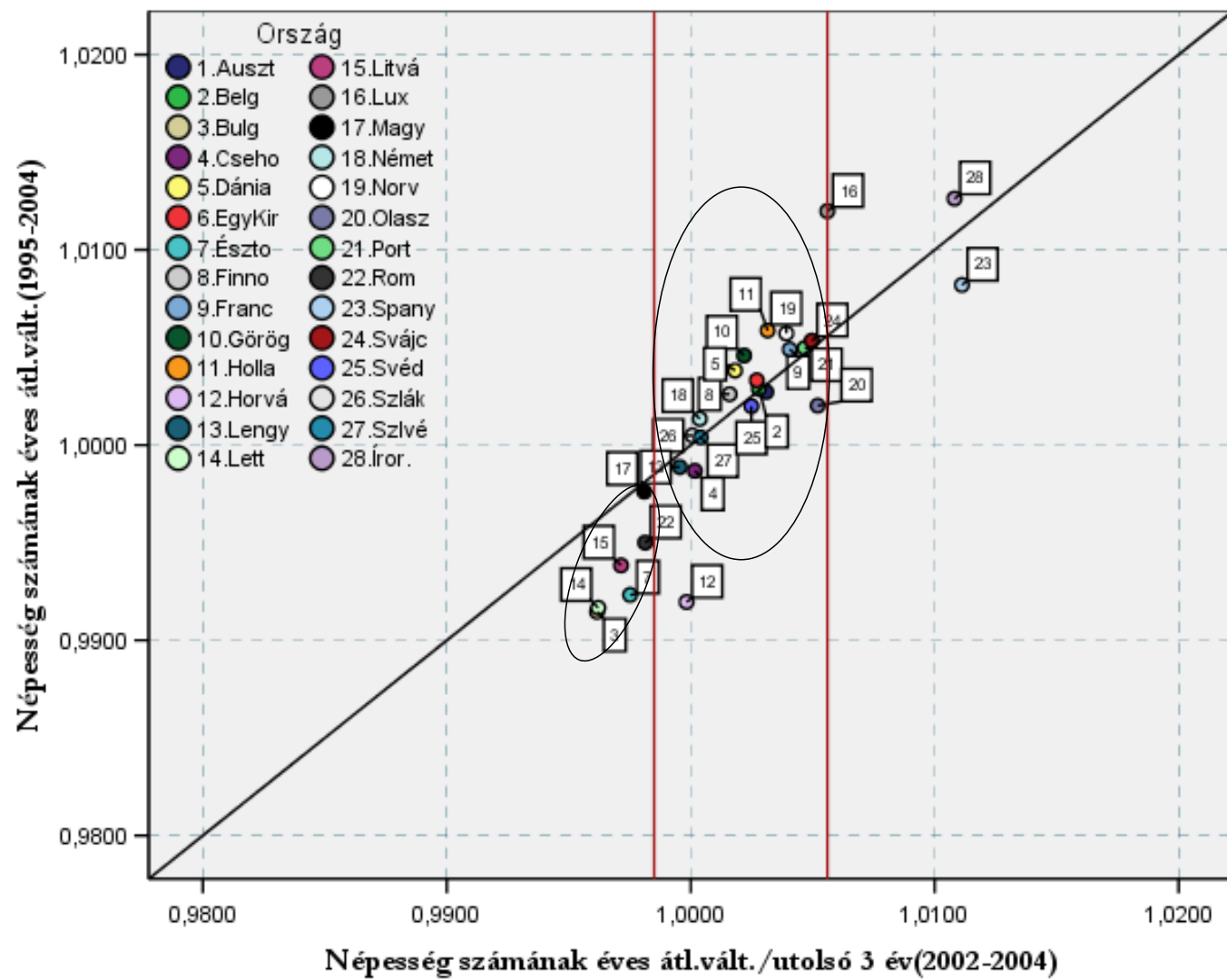
7. sz. melléklet

Klaszteranalízis

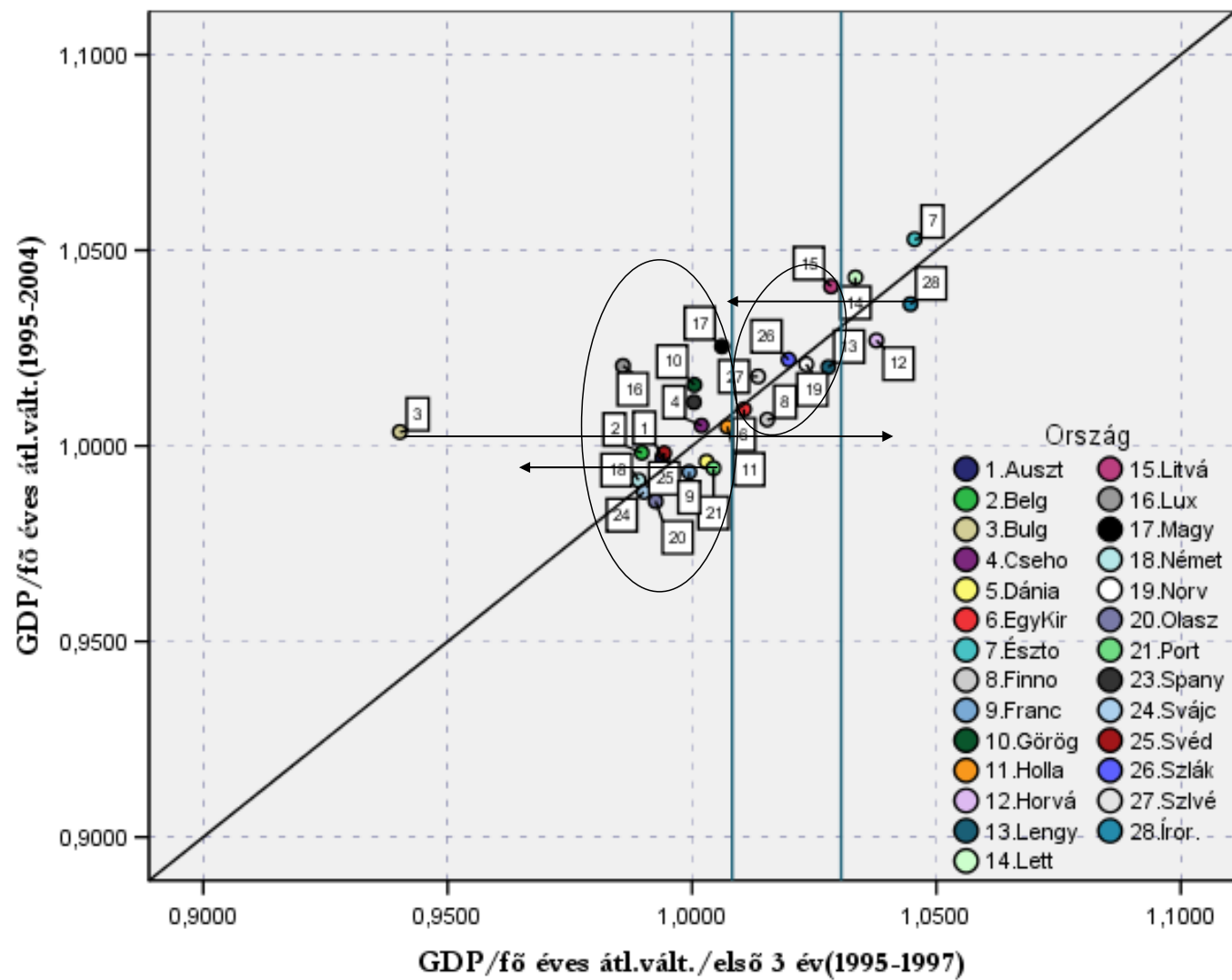
7.1. melléklet	Népesség száma
7.1.1.	<i>Teljes időszak (1995-2004) vs. első 3 év éves átlagos változása (1995-1997)</i>
7.1.2.	<i>Teljes időszak (1995-2004) vs. utolsó 3 év éves átlagos változása (2002-2004)</i>
7.2. melléklet	GDP/fő
7.2.1.	<i>Teljes időszak (1995-2004) vs. első 3 év éves átlagos változása (1995-1997)</i>
7.2.2.	<i>Teljes időszak (1995-2004) vs. utolsó 3 év éves átlagos változása (2002-2004)</i>
7.3. melléklet	GDP növekedési ráta
7.3.1.	<i>Teljes időszak (1995-2004) vs. első 3 év éves átlagos változása (1995-1997)</i>
7.3.2.	<i>Teljes időszak (1995-2004) vs. utolsó 3 év éves átlagos változása (2002-2004)</i>
7.4. melléklet	100 ezer lakosra jutó orvosok száma
7.4.1.	<i>Teljes időszak (1995-2004) vs. első 3 év éves átlagos változása (1995-1997)</i>
7.4.2.	<i>Teljes időszak (1995-2004) vs. utolsó 3 év éves átlagos változása (2002-2004)</i>
7.5. melléklet	100 ezer lakosra jutó kórházi ágyak száma
7.5.1.	<i>Teljes időszak (1995-2004) vs. első 3 év éves átlagos változása (1995-1997)</i>
7.5.2.	<i>Teljes időszak (1995-2004) vs. utolsó 3 év éves átlagos változása (2002-2004)</i>
7.6. melléklet	Háztartások egészségügyi kiadásai (kiadásaik %-ában)
7.6.1.	<i>Teljes időszak (1995-2004) vs. első 3 év éves átlagos változása (1995-1997)</i>
7.6.2.	<i>Teljes időszak (1995-2004) vs. utolsó 3 év éves átlagos változása (2002-2004)</i>
7.7. melléklet	Egészségügyi kiadások (GDP %-ában)
7.7.1.	<i>Teljes időszak (1995-2004) vs. első 3 év éves átlagos változása (1995-1997)</i>
7.7.2.	<i>Teljes időszak (1995-2004) vs. utolsó 3 év éves átlagos változása (2002-2004)</i>
7.8. melléklet	Egészségügyi közkiadások (egészségügyi kiadások %-ában)
7.8.1.	<i>Teljes időszak (1995-2004) vs. első 3 év éves átlagos változása (1995-1997)</i>
7.8.2.	<i>Teljes időszak (1995-2004) vs. utolsó 3 év éves átlagos változása (2002-2004)</i>



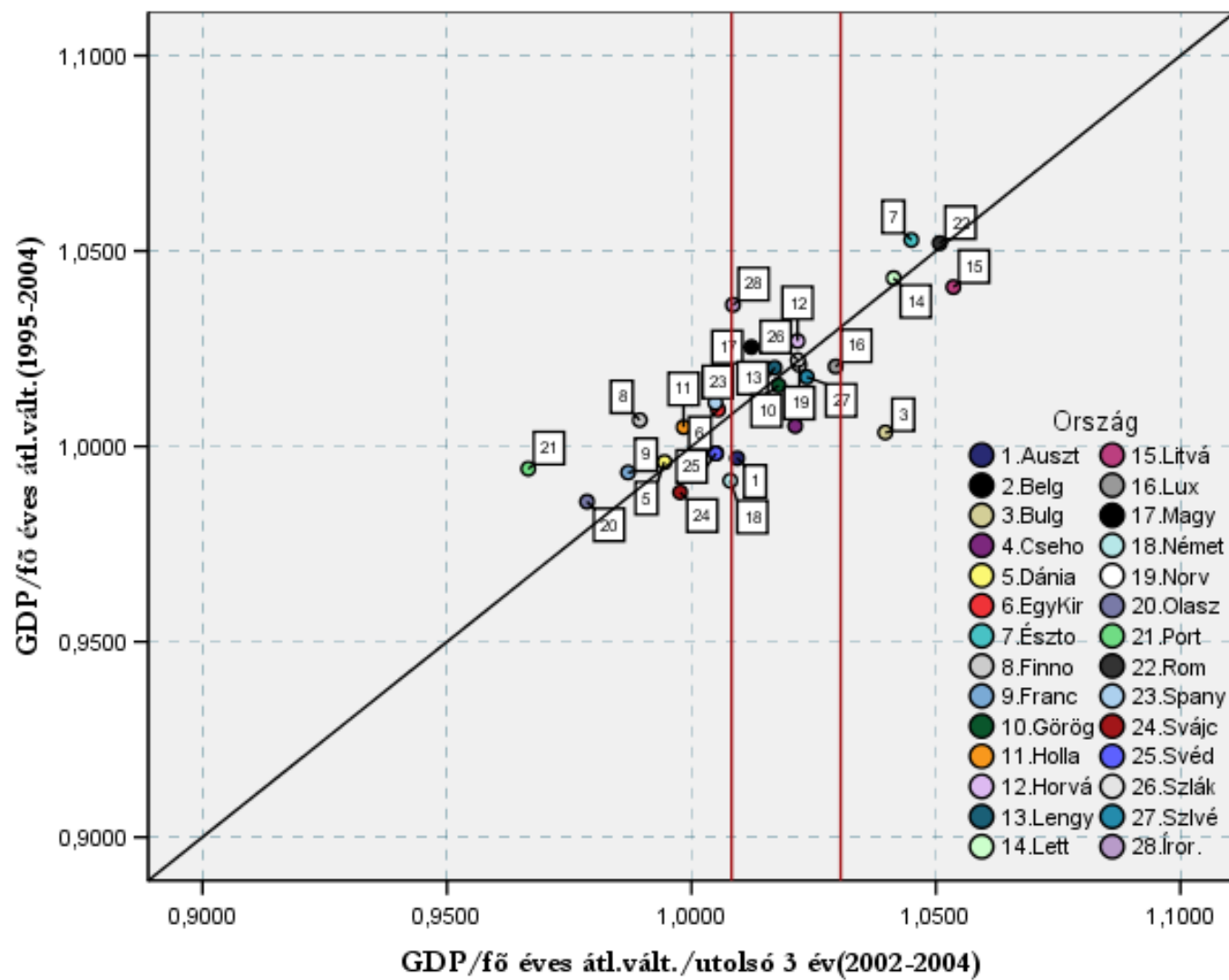
7.1.1. sz. melléklet



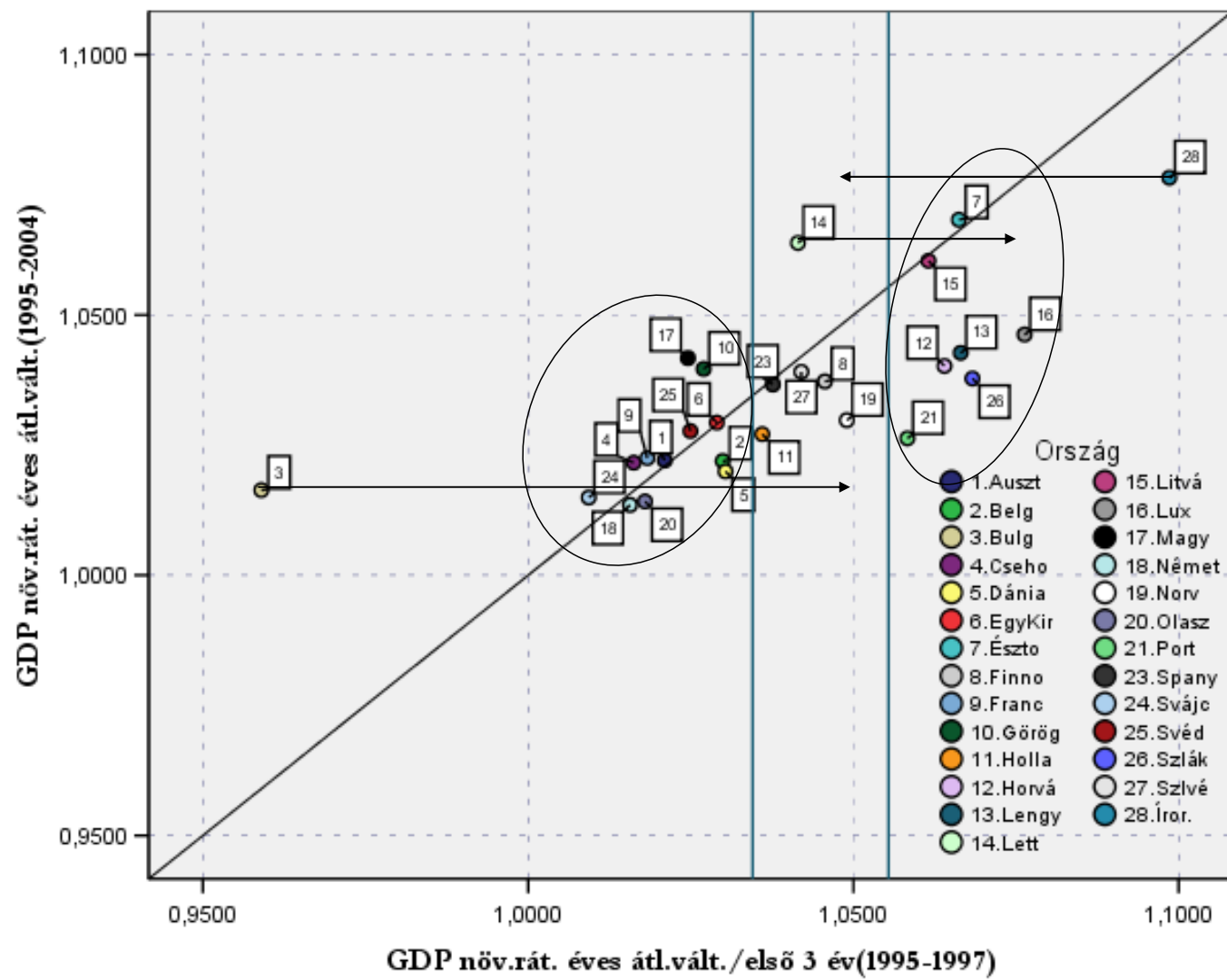
7.1.2. sz. melléklet



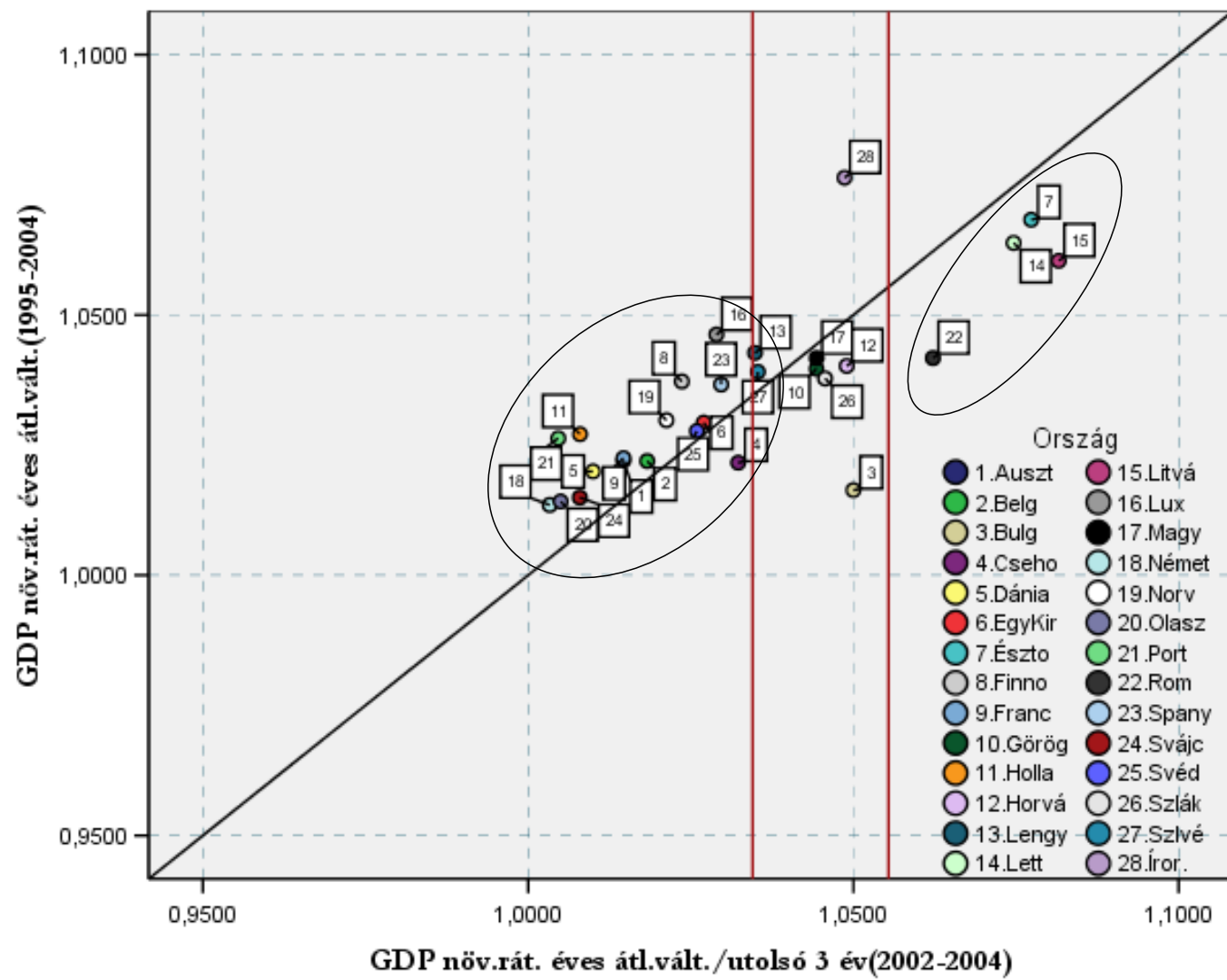
7.2.1. sz. melléklet



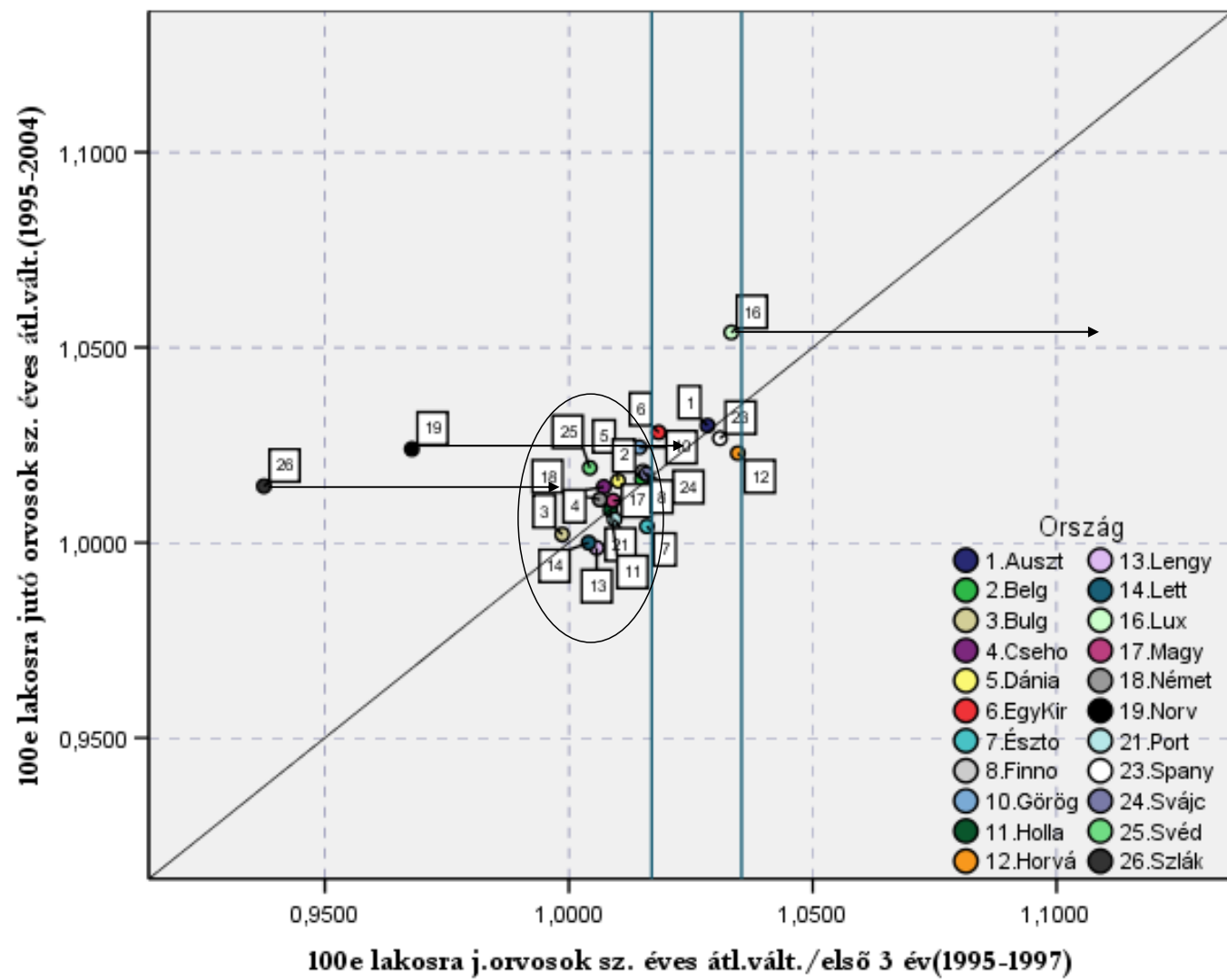
7.2.2. sz. melléklet



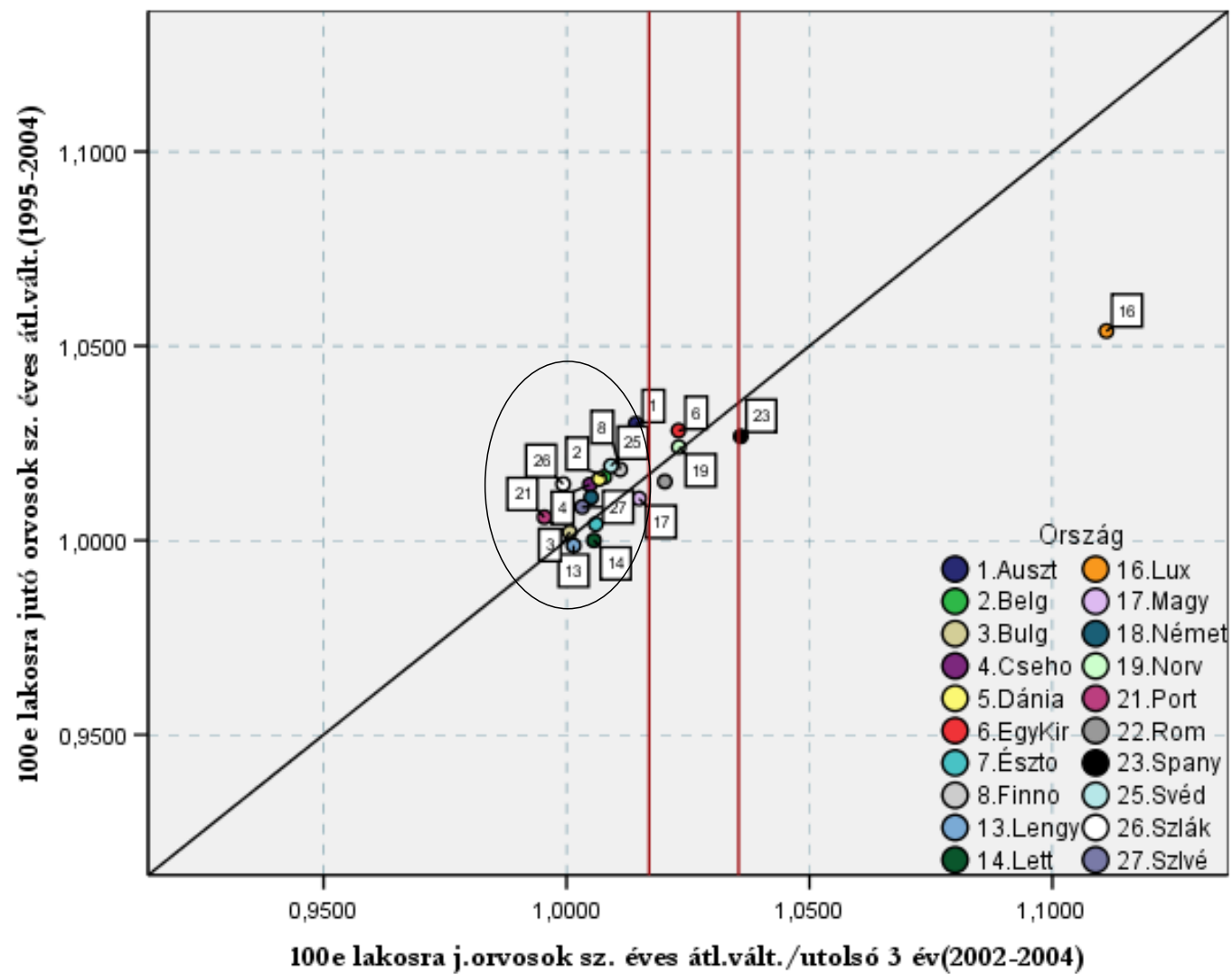
7.3.1. sz. melléklet



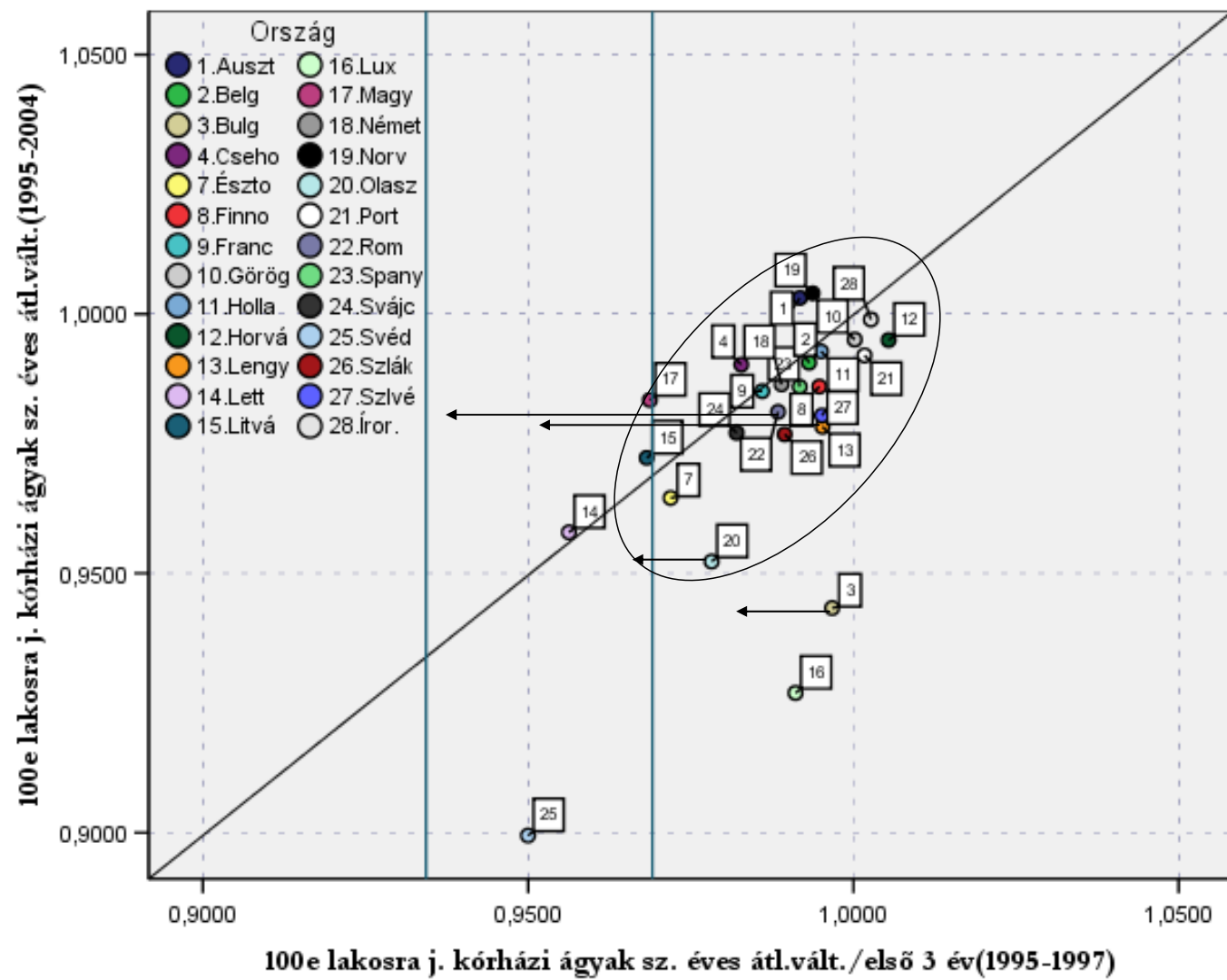
7.3.2. sz. melléklet



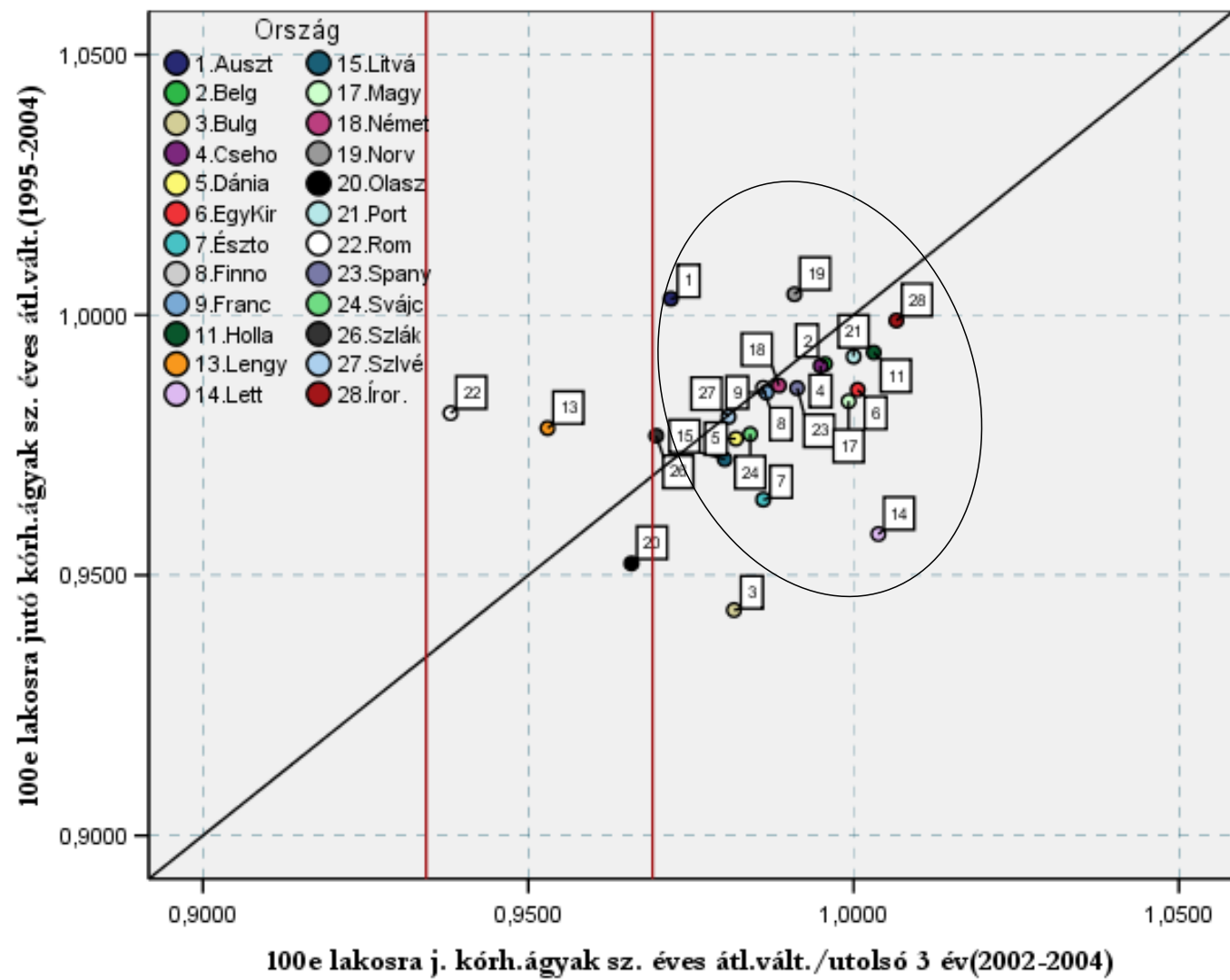
7.4.1. sz. melléklet



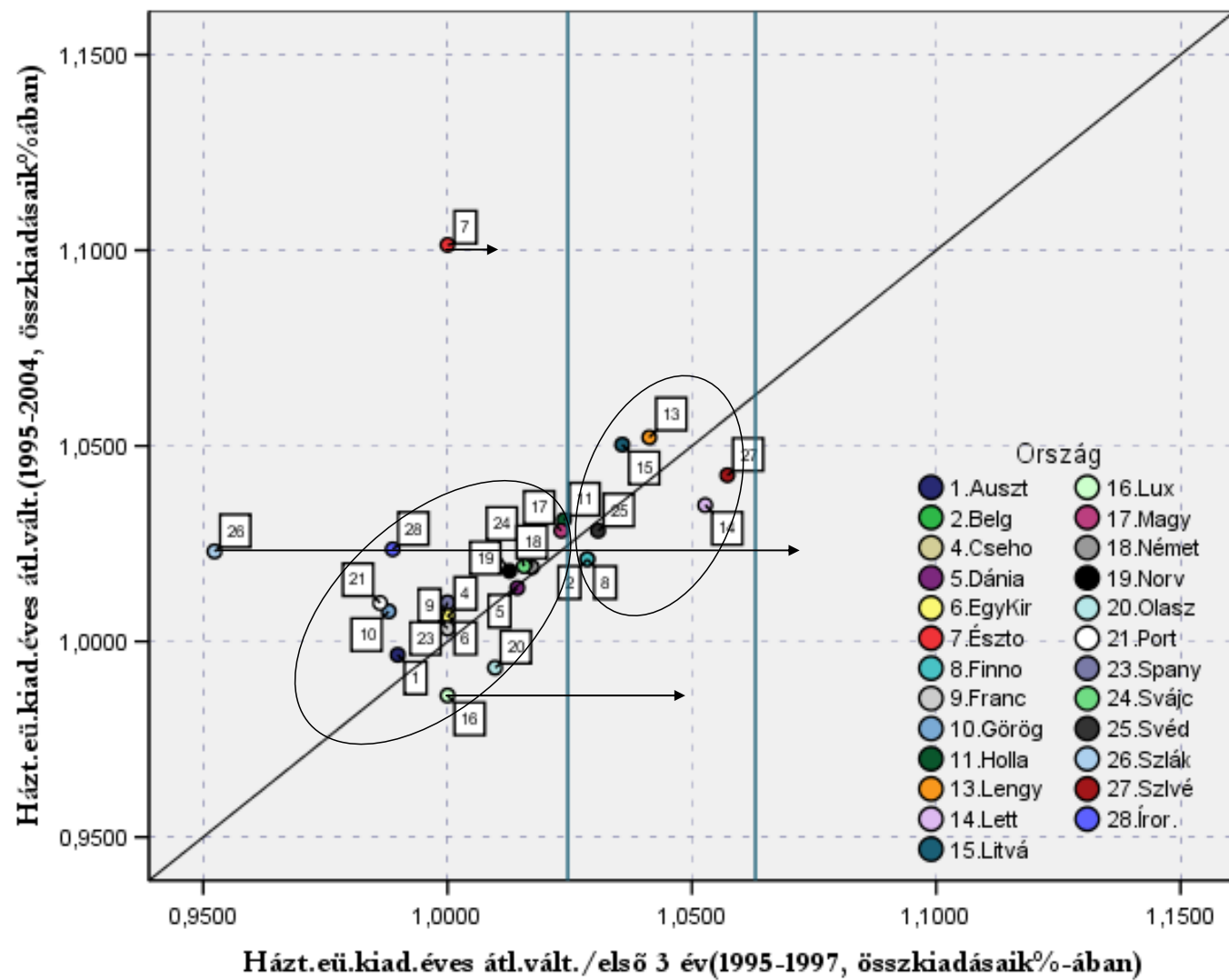
7.4.2. sz. melléklet



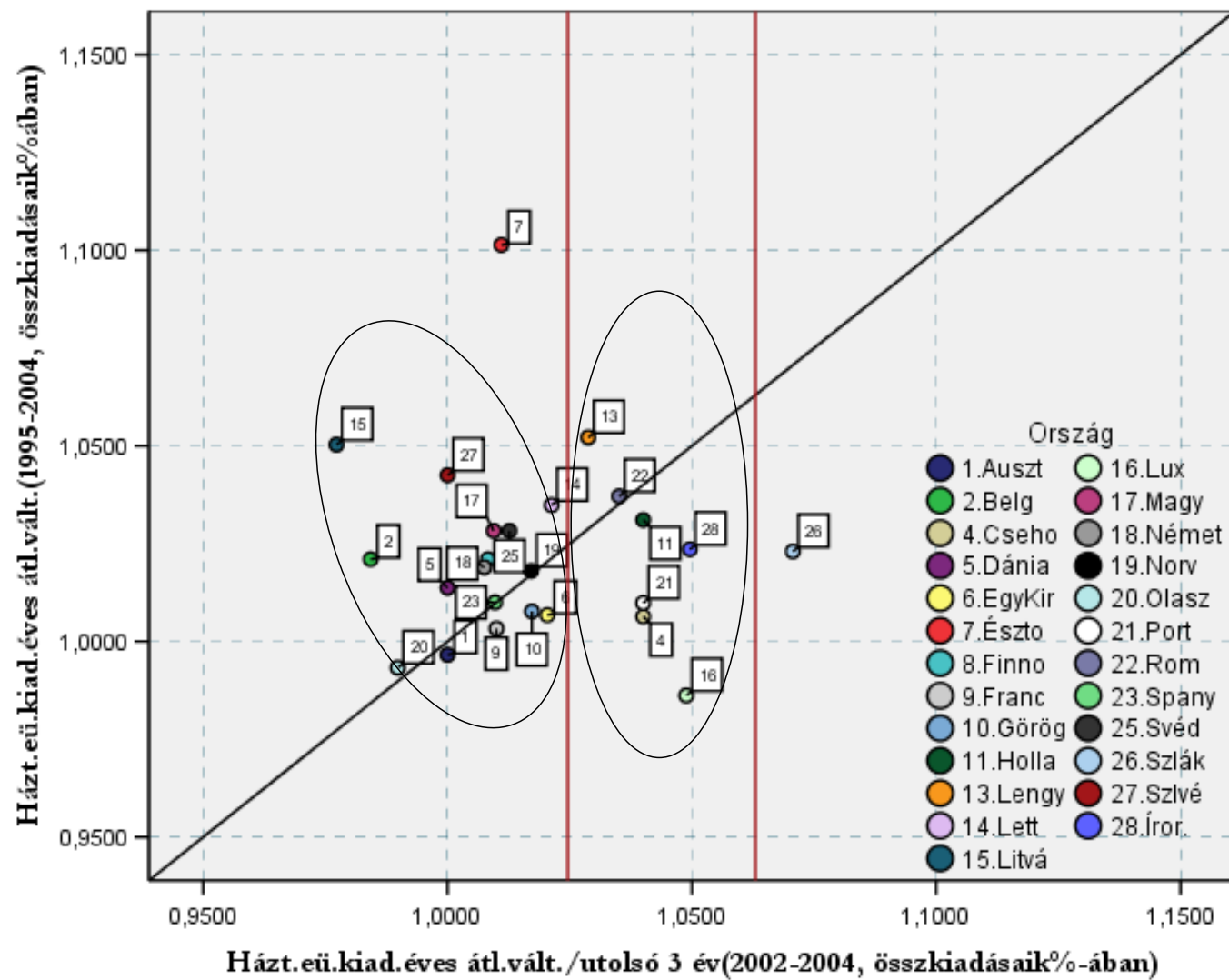
7.5.1. sz. melléklet



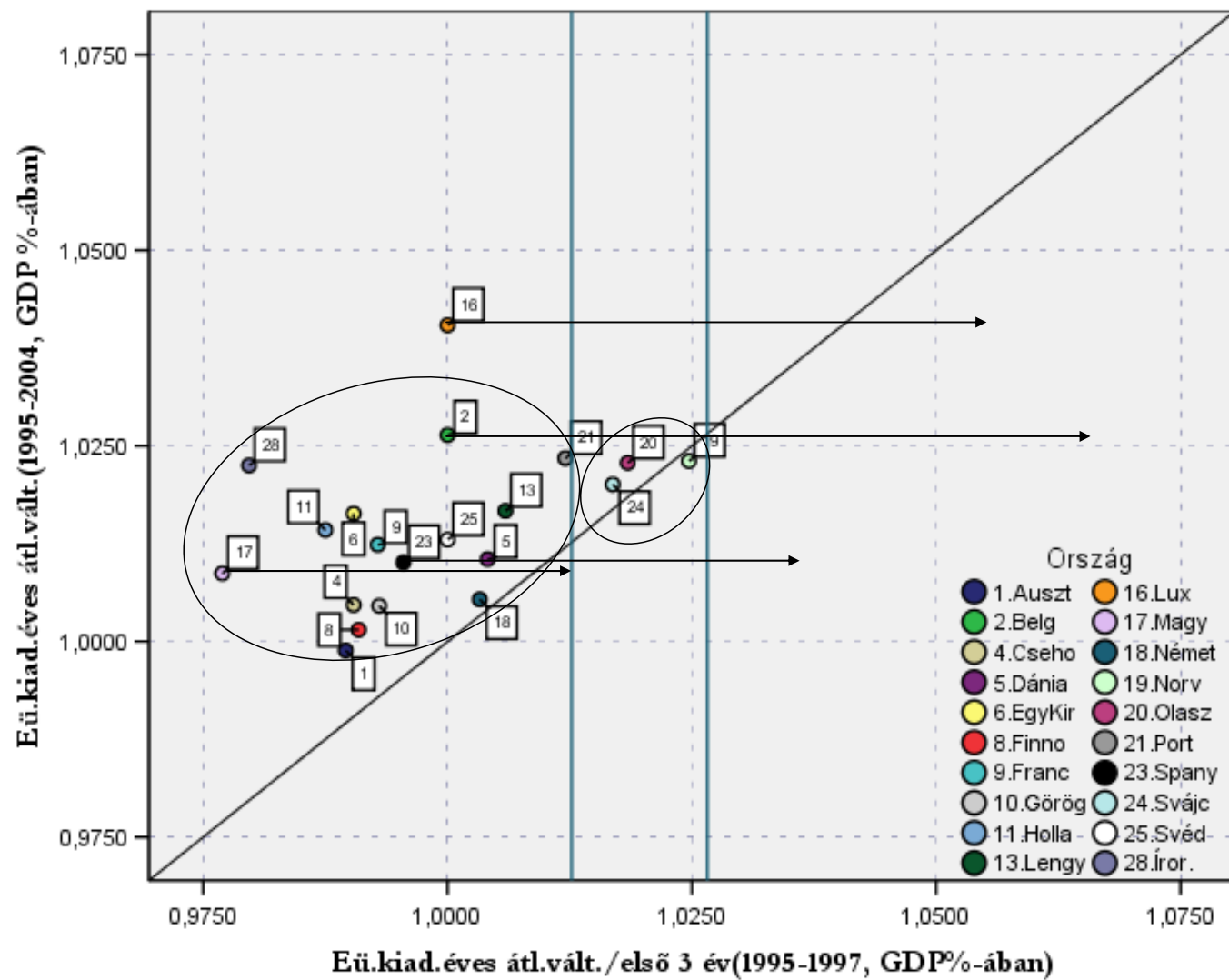
7.5.2. sz. melléklet



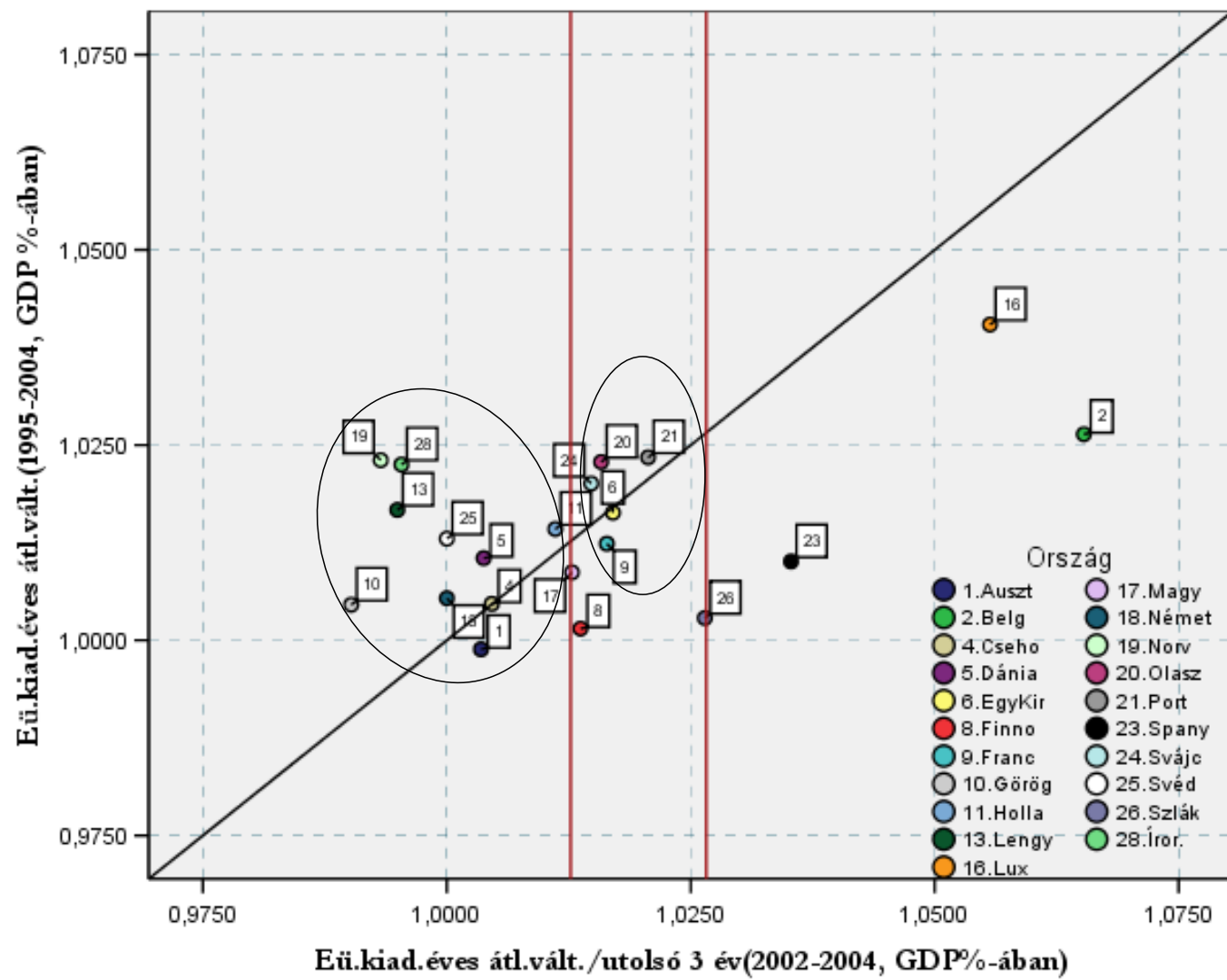
7.6.1. sz. melléklet



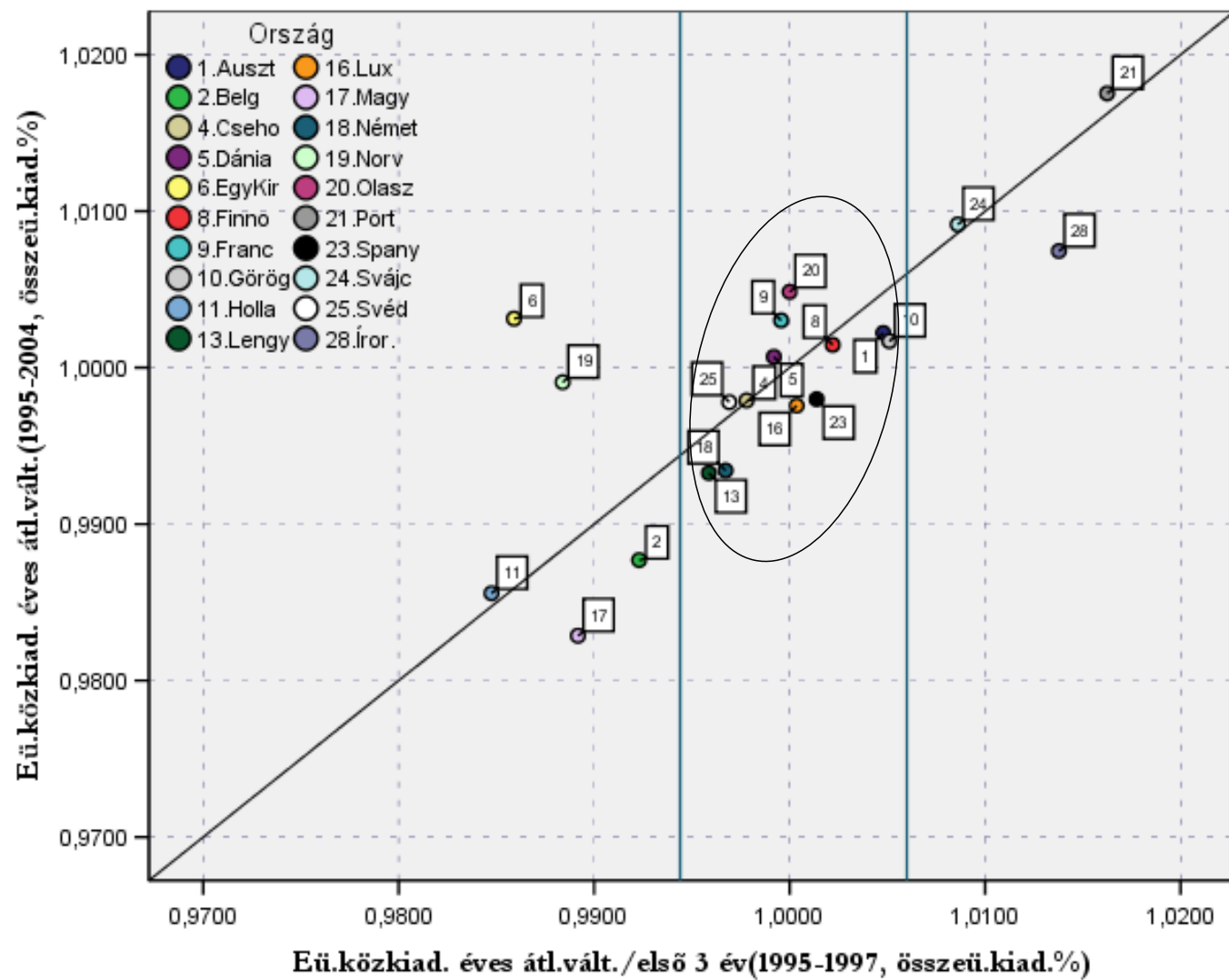
7.6.2. sz. melléklet



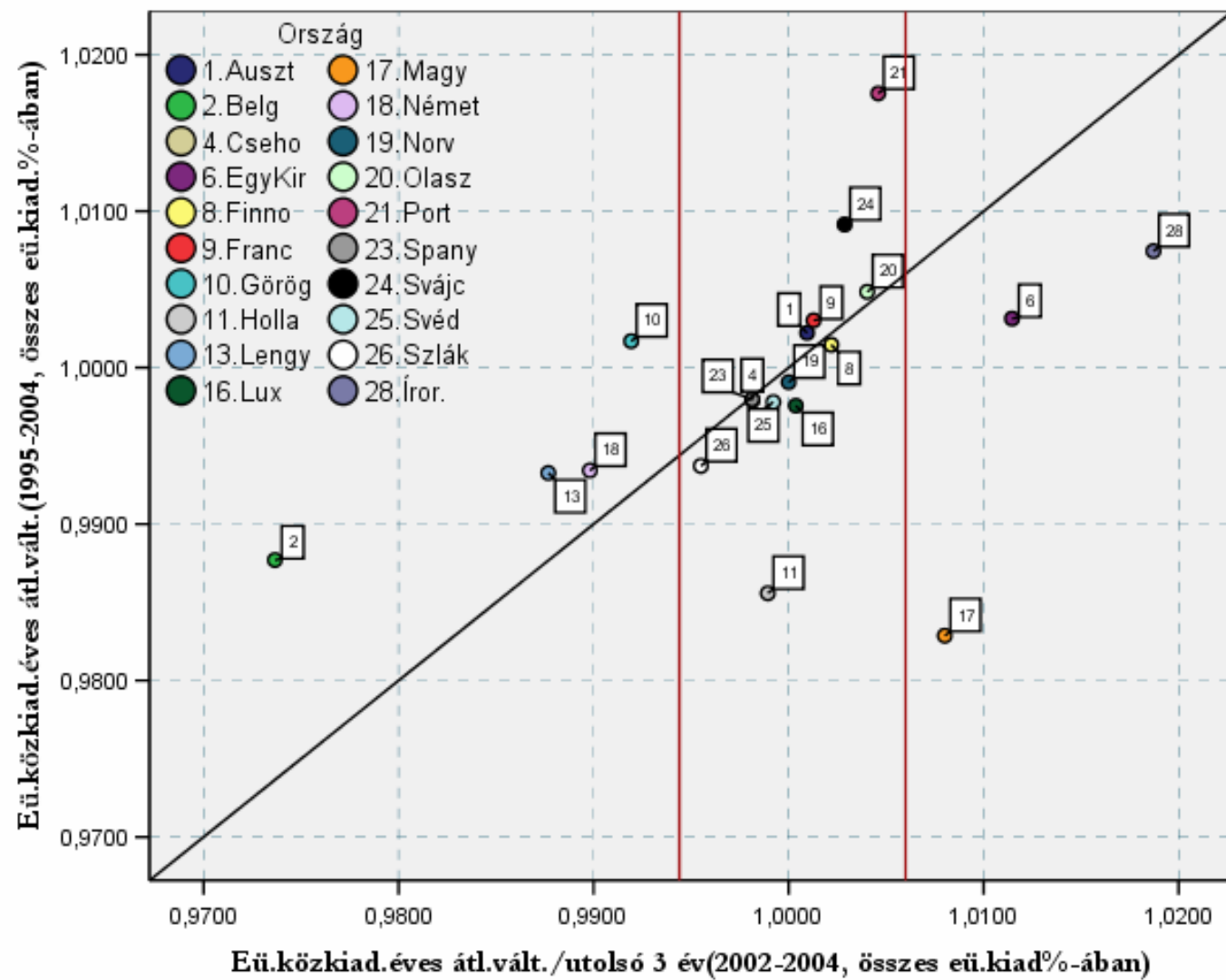
7.7.1. sz. melléklet



7.7.2. sz. melléklet



7.8.1. sz. melléklet



7.8.2. sz. melléklet

8. sz. melléklet

A változatlanságot jelölő intervallum alsó- és felső határértékei

No.	Mutatószám	Teljes időszak éves átlagos változási értékeinek minimuma, maximuma	Skála- terjedelem (Maximum – minimum)	Skála- terjedelem 1/3-a	Alsó- és felső- határértékek
1.	Népesség száma	Min: 0,991458755 Max: 1,012628	0,021169	0,007056	Alsó: 0,9985 Felső: 1,0056
2.	GDP/fő	Min: 0,985858446 Max: 1,052823998	0,066965552	0,022322	Alsó: 1,0082 Felső: 1,0305
3.	GDP növ. ráta	Min: 1,013506996 Max: 1,076365097	0,062858101	0,0209527	Alsó: 1,0345 Felső: 1,0554
4.	Orvosok száma/100 ezer lakos	Min: 0,998650586 Max: 1,05384632	0,055195734	0,0183986	Alsó: 1,0170 Felső: 1,0354
5.	Kórházi ágyak száma/100 ezer lakos	Min: 0,899444506 Max: 1,003988136	0,104543629	0,0348479	Alsó: 0,9343 Felső: 0,9691
6.	Házt. eü. kiad.	Min: 0,98618924 Max: 1,101375398	0,115186158	0,0383954	Alsó: 1,0246 Felső: 1,063
7.	Eü. kiad. (GDP%)	Min: 0,998849242 Max: 1,040426317	0,041577075	0,0138590	Alsó: 1,0127 Felső: 1,0266
8.	Eü. közkiad.	Min: 0,9828662 Max: 1,017533058	0,034666857	0,0115556	Alsó: 0,9944 Felső: 1,0066

9. sz. melléklet

9.1. Klaszteranalízis mutatószámokként (Első 3 év vs. teljes időszak éves átlagos változása)

Mutatószám	Vizsgált országok száma összesen	ORSZÁGOK SZÁMA					
		Első 3 év éves átlagos (1995-1997) változása vs. t teljes időszak éves átlagos változása(1995-2004)					
		Csökkenő tendencia		Változatlan (nem számottevő változás)	Növekvő tendencia		
		I. j>i	II. j<i		III. j>i	IV. j<i	
1. Népesség száma	28	2	4	21	1	-	
2. GDP/fő	27	10	6	7	2	2	
3. GDP növekedési ráta	27	9	4	5	1	7	
4. Orvosok száma/ 100 ezer lakos	22	12	5	5	-	-	
5. Kórházi ágyak száma/ 100 ezer lakos	26	-	-	4	3	19	
6. Háztartások egészségügyi kiadásai (az összkidadások %-ában)	25	15	3	7	-	-	
7. Egészségügyi kiadások (a GDP%-ában)	20	17	-	3	-	-	
8. Egészségügyi közkiadások (az egészségügyi kiadások %-ában)	20	3	2	12	2	1	

Népesség száma:

I. klaszter: Észtország, Horvátország

II. klaszter: Bulgária, Lettország, Litvánia, Románia

Változatlan: Magyarország, Csehország, Lengyelország, Szlovákia, Németország, Dánia, Finnország, Görögország, Svédország, Olaszország, Ausztria, Belgium, Egyesült Királyság, Portugália, Franciaország, Svájc, Hollandia, Norvégia, Szlovénia, Spanyolország, Írország

III. klaszter: Luxemburg

GDP/fő:

I. klaszter: Magyarország, Görögország, Csehország, Svédország, Ausztria, Luxemburg, Belgium, Németország, Bulgária, Spanyolország

II. klaszter: Hollandia, Portugália, Dánia, Franciaország, Olaszország, Svájc

Változatlan: Litvánia, Lengyelország, Szlovákia, Norvégia, Szlovénia, Egyesült Királyság, Finnország

III. klaszter: Észtország, Lettország

IV. klaszter: Írország, Horvátország

GDP növ. ráta:

I. klaszter: Magyarország, Görögország, Egyesült Királyság, Svédország, Ausztria, Franciaország, Csehország, Svájc, Bulgária

II. klaszter: Belgium, Dánia, Olaszország, Németország

Változatlan: Szlovénia, Finnország, Hollandia, Spanyolország, Lettország, Norvégia

III. klaszter: Észtország

IV. klaszter: Írország, Horvátország, Litvánia, Lengyelország, Luxemburg, Portugália, Szlovákia

Orvosok száma/100 ezer lakos:

I. klaszter: Belgium, Bulgária, Csehország, Dánia, Finnország, Görögország, Magyarország, Németország, Norvégia, Svájc, Svédország, Szlovákia

II. klaszter: Észtország, Hollandia, Portugália, Lengyelország, Lettország

Változatlan: Luxemburg, Ausztria, Egyesült Királyság, Spanyolország, Horvátország

Kórházi ágyak száma/100 ezer lakos:

Változatlan: Magyarország, Litvánia, Lettország, Svédország

III. klaszter: Csehország, Ausztria, Norvégia

IV. klaszter: Bulgária, Belgium, Észtország, Finnország, Franciaország, Görögország, Hollandia, Horvátország, Lengyelország, Luxemburg, Németország, Olaszország, Portugália, Románia, Spanyolország, Svájc, Szlovákia, Szlovénia, Írország

Háztartások egészségügyi kiadásai:

I. klaszter: Ausztria, Csehország, Egyesült Királyság, Észtország, Franciaország, Görögország, Hollandia, Magyarország, Németország, Norvégia, Portugália, Spanyolország, Svájc, Szlovákia, Írország

II. klaszter: *Dánia, Luxemburg, Olaszország*

Változatlanság: *Lengyelország, Litvánia, Svédország, Belgium, Finnország, Lettország, Szlovénia*

Egészségügyi kiadások (GDP%-ában):

I. klaszter: *Ausztria, Belgium, Csehország, Dánia, Egyesült Királyság, Finnország, Franciaország, Görögország, Hollandia, Lengyelország, Luxemburg, Magyarország, Németország, Portugália, Spanyolország, Svédország, Írország*

Változatlanság: *Norvégia, Olaszország, Svájc*

Egészségügyi közkiadások:

I. klaszter: *Egyesült Királyság, Norvégia, Hollandia*

II. klaszter: *Belgium, Magyarország*

Változatlanság: *Ausztria, Csehország, Dánia, Finnország, Franciaország, Görögország, Lengyelország, Luxemburg, Németország, Olaszország, Spanyolország, Svédország*

III. klaszter: *Portugália, Svájc*

IV. klaszter: *Írország*

9.2. Klaszteranalízis mutatószámokként

Utolsó 3 év vs. teljes időszak éves átlagos változása)

Mutatószám	Vizsgált országok száma összesen	ORSZÁGOK SZÁMA				
		Utolsó 3 év éves átlagos (2002-2004) változása vs. t teljes időszak éves átlagos változása(1995-2004)				
		Csökkenő tendencia		Változatlan (nem számottevő változás)	Növekvő tendencia	
		I. $j > i$	II. $j < i$		III. $j > i$	IV. $j < i$
1. Népesség száma	28	-	6	19	2	1
2. GDP/fő	28	9	3	11	3	2
3. GDP növekedési ráta	28	15	1	8	-	4
4. Orvosok száma/ 100 ezer lakos	20	11	4	3	-	2
5. Kórházi ágyak száma/ 100 ezer lakos	24	-	-	3	3	18
6. Háztartások egészségügyi kiadásai (az összkidadások %-ában)	25	13	4	7	-	1
7. Egészségügyi kiadások (a GDP%-ában)	21	9	1	8	-	3
8. Egészségügyi közkiadások (az egészségügyi kiadások %-ában)	20	4	-	13	-	3

Népesség száma:

II. klaszter: Bulgária, Lettország, Litvánia, Románia, Észtország, Magyarország

Változatlan: Csehország, Lengyelország, Szlovákia, Németország, Dánia, Finnország, Görögország, Svédország, Olaszország, Ausztria, Belgium, Egyesült Királyság, Portugália, Franciaország, Svájc, Hollandia, Norvégia, Szlovénia, Horvátország

III. klaszter: Luxemburg, Írország

IV. klaszter: Spanyolország

GDP/fő:

I. klaszter: Egyesült Királyság, Spanyolország, Hollandia, Dánia, Finnország, Franciaország, Olaszország, Portugália

II. klaszter: Svájc, Svédország, Németország

Változatlan: Ausztria, Magyarország, Szlovákia, Horvátország, Lengyelország, Görögország, Norvégia, Csehország, Szlovénia, Belgium, Luxemburg, Írország

III. klaszter: Észtország, Lettország, Románia

IV. klaszter: Bulgária, Litvánia

GDP növ. ráta:

I. klaszter: Ausztria, Belgium, Dánia, Egyesült Királyság, Finnország, Franciaország, Hollandia, Luxemburg, Németország, Norvégia, Olaszország, Portugália, Spanyolország, Svájc, Svédország

II. klaszter: Csehország

Változatlan: Írország, Lengyelország, Szlovénia, Magyarország, Görögország, Horvátország, Szlovákia, Bulgária

IV. klaszter: Észtország, Lettország, Litvánia, Románia

Orvosok száma/100 ezer lakos:

I. klaszter: Ausztria, Belgium, Bulgária, Csehország, Dánia, Finnország, Németország, Portugália, Svédország, Szlovákia, Szlovénia

II. klaszter: Észtország, Lengyelország, Lettország, Magyarország

Változatlan: Egyesült Királyság, Norvégia, Románia

IV. klaszter: Luxemburg, Spanyolország

Kórházi ágyak száma/100 ezer lakos:

Változatlan: Lengyelország, Románia, Olaszország

III. klaszter: Szlovákia, Ausztria, Norvégia

IV. klaszter: Belgium, Bulgária, Csehország, Dánia, Egyesült Királyság, Észtország, Finnország, Franciaország, Hollandia, Lettország, Litvánia, Magyarország, Németország, Portugália, Spanyolország, Svájc, Szlovénia, Írország

Háztartások egészségügyi kiadásai:

I. klaszter: Észtország, Litvánia, Szlovénia, Belgium, Magyarország, Svédország, Lettország, Dánia, Németország, Finnország, Norvégia, Spanyolország, Olaszország

II. klaszter: Ausztria, Franciaország, Görögország, Egyesült Királyság

Változatlan: Lengyelország, Románia, Hollandia, Írország, Portugália, Csehország, Luxemburg

IV. klaszter: Szlovákia

Egészségügyi kiadások (GDP%-ában):

I. klaszter: *Hollandia, Csehország, Németország, Görögország, Dánia, Svédország, Lengyelország, Norvégia, Írország*

II. klaszter: *Ausztria*

Változatlanság: *Olaszország, Portugália, Svájc, Egyesült Királyság, Finnország, Franciaország, Magyarország, Szlovákia*

IV. klaszter: *Luxemburg, Belgium, Spanyolország*

Egészségügyi közkiadások:

I. klaszter: *Görögország, Lengyelország, Belgium, Németország*

Változatlanság: *Portugália, Svájc, Olaszország, Franciaország, Ausztria, Csehország, Spanyolország, Szlovákia, Svédország, Norvégia, Luxemburg, Finnország, Hollandia*

IV. klaszter: *Írország, Egyesült Királyság, Magyarország*

10. sz. melléklet: Klaszteranalízis mutatószámoként, országoként

10.1. Népeség száma

No.	Ország (1-17: Bismarcki; 1-10: Beveridge-i; Svájc: önigondoskodó állam)	Klaszter- váltás	NÉPESSÉG SZÁMA									
			Első 3 év éves átlagos változása (1995-1997) vs. teljes időszak éves átlagos változása (1995-2004)					Utolsó 3 év éves átlagos változása (2002-2004) vs. teljes időszak éves átlagos változása (1995-2004)				
			Csökkenő tendencia		Változatlanság	Növekvő tendencia		Csökkenő tendencia		Változatlanság	Növekvő tendencia	
			I.	II.		III.	IV.	I.	II.		III.	IV.
1.	Ausztria				✓					✓		
2.	Belgium				✓					✓		
3.	Bulgária			✓					✓			
4.	Csehország				✓					✓		
5.	Észtország	☒	✓						✓			
6.	Franciaország				✓					✓		
7.	Görögország				✓					✓		
8.	Hollandia				✓					✓		
9.	Horvátország	☒	✓							✓		
10.	Lengyelország				✓					✓		
11.	Litvánia			✓					✓			
12.	Luxemburg					✓					✓	
13.	Magyarország	☒			✓				✓			
14.	Németország				✓					✓		
15.	Románia			✓					✓			
16.	Szlovákia				✓					✓		
17.	Szlovénia				✓					✓		
1.	Dánia				✓					✓		
2.	Egyesült Királyság				✓					✓		
3.	Finnország				✓					✓		
4.	Írország	☒			✓						✓	
5.	Lettország			✓					✓			
6.	Norvégia				✓					✓		
7.	Olaszország				✓					✓		
8.	Portugália				✓					✓		
9.	Spanyolország	☒			✓						✓	
10.	Svédország				✓					✓		
1.	Svájc				✓					✓		

Klaszterváltás: az időszak eleji klaszter nem azonos az időszak végével

☒ Az időszak eleji és végi klaszter azonos irányú (tendenciájú), de eltérő ütemű

☒ Az időszak eleji és végi klaszterek irányukat tekintve is eltérnek egymástól

10.2. GDP/fő

No.	Ország (1-17: Bismarcki; 1-10: Beveridge-i; Svájc: önigondoskodó állam)	Klaszter- váltás	GDP/fő									
			Első 3 év éves átlagos változása (1995-1997) vs. teljes időszak éves átlagos változása (1995-2004)					Utolsó 3 év éves átlagos változása (2002-2004) vs. teljes időszak éves átlagos változása (1995-2004)				
			Csökkenő tendencia		Változatlanság	Növekvő tendencia		Csökkenő tendencia		Változatlanság	Növekvő tendencia	
			I.	II.		III.	IV.	I.	II.		III.	IV.
1.	Ausztria	☒	✓							✓		
2.	Belgium	☒	✓							✓		
3.	Bulgária	☒	✓									✓
4.	Csehország	☒	✓							✓		
5.	Észtország					✓					✓	
6.	Franciaország	☒		✓				✓				
7.	Görögország	☒	✓							✓		
8.	Hollandia	☒		✓				✓				
9.	Horvátország	☒					✓			✓		
10.	Lengyelország				✓					✓		
11.	Litvánia	☒			✓							✓
12.	Luxemburg	☒	✓							✓		
13.	Magyarország	☒	✓							✓		
14.	Németország	☒	✓						✓			
15.	Románia				Nincs adat						✓	
16.	Szlovákia				✓					✓		
17.	Szlovénia				✓					✓		
1.	Dánia	☒		✓				✓				
2.	Egyesült Királyság	☒			✓			✓				
3.	Finnország	☒			✓			✓				
4.	Írország	☒					✓			✓		
5.	Lettország					✓					✓	
6.	Norvégia				✓					✓		
7.	Olaszország	☒		✓				✓				
8.	Portugália	☒		✓				✓				
9.	Spanyolország		✓					✓				
10.	Svédország	☒	✓						✓			
1.	Svájc			✓					✓			

Klaszterváltás: az időszak eleji klaszter nem azonos az időszak végével

- ☒ Az időszak eleji és végi klaszter azonos irányú (tendenciájú), de eltérő ütemű
- ☒ Az időszak eleji és végi klaszterek irányukat tekintve is eltérnek egymástól

10.3. GDP növekedési ráta

No.	Ország (1-17: Bismarcki; 1-10: Beveridge-i; Svájc: önigondoskodó állam)	Klaszter- váltás	GDP NÖVEKEDÉSI RÁTA									
			Első 3 év éves átlagos változása (1995-1997) vs. teljes időszak éves átlagos változása (1995-2004)					Utolsó 3 év éves átlagos változása (2002-2004) vs. teljes időszak éves átlagos változása (1995-2004)				
			Csökkenő tendencia		Változatlanság	Növekvő tendencia		Csökkenő tendencia		Változatlanság	Növekvő tendencia	
			I.	II.		III.	IV.	I.	II.		III.	IV.
1.	Ausztria		✓					✓				
2.	Belgium	☒		✓				✓				
3.	Bulgária	☒	✓							✓		
4.	Csehország	☒	✓						✓			
5.	Észtország	☒				✓						✓
6.	Franciaország		✓					✓				
7.	Görögország	☒	✓							✓		
8.	Hollandia	☒			✓			✓				
9.	Horvátország	☒				✓				✓		
10.	Lengyelország	☒				✓				✓		
11.	Litvánia					✓						✓
12.	Luxemburg	☒				✓		✓				
13.	Magyarország	☒	✓							✓		
14.	Németország	☒		✓				✓				
15.	Románia		Nincs adat									✓
16.	Szlovákia	☒					✓			✓		
17.	Szlovénia				✓					✓		
1.	Dánia	☒		✓				✓				
2.	Egyesült Királyság		✓					✓				
3.	Finnország	☒			✓			✓				
4.	Írország	☒					✓			✓		
5.	Lettország	☒			✓							✓
6.	Norvégia	☒			✓			✓				
7.	Olaszország	☒		✓				✓				
8.	Portugália	☒					✓	✓				
9.	Spanyolország	☒			✓			✓				
10.	Svédország		✓					✓				
1.	Svájc		✓					✓				

Klaszterváltás: az időszak eleji klaszter nem azonos az időszak végével

- ☒ Az időszak eleji és végi klaszter azonos irányú (tendenciájú), de eltérő ütemű
- ☒ Az időszak eleji és végi klaszterek irányukat tekintve is eltérnek egymástól

10.4. Orvosok száma/ 100 ezer lakos

No.	Ország (1-17: Bismarcki; 1-10: Beveridge-i; Svájc: öngondoskodó állam)	Klaszter- váltás	ORVOSOK SZÁMA/100 EZER LAKOS									
			Első 3 év éves átlagos változása (1995-1997) vs. teljes időszak éves átlagos változása (1995-2004)						Utolsó 3 év éves átlagos változása (2002-2004) vs. teljes időszak éves átlagos változása (1995-2004)			
			Csökkenő tendencia		Változatlanság	Növekvő tendencia		Csökkenő tendencia		Változatlanság	Növekvő tendencia	
			I.	II.		III.	IV.	I.	II.		III.	IV.
1.	Ausztria	☒			✓			✓				
2.	Belgium		✓					✓				
3.	Bulgária		✓					✓				
4.	Csehország		✓					✓				
5.	Észtország			✓					✓			
6.	Franciaország											
7.	Görögország		✓							Nincs adat		
8.	Hollandia			✓						Nincs adat		
9.	Horvátország				✓					Nincs adat		
10.	Lengyelország			✓					✓			
11.	Litvánia		Nincs adat							Nincs adat		
12.	Luxemburg	☒			✓							✓
13.	Magyarország	☒	✓						✓			
14.	Németország		✓						✓			
15.	Románia		Nincs adat							✓		
16.	Szlovákia		✓						✓			
17.	Szlovénia		Nincs adat							✓		
1.	Dánia		✓						✓			
2.	Egyesült Királyság				✓					✓		
3.	Finnország		✓						✓			
4.	Írország		Nincs adat							Nincs adat		
5.	Lettország			✓						✓		
6.	Norvégia	☒	✓								✓	
7.	Olaszország		Nincs adat							Nincs adat		
8.	Portugália	☒		✓					✓			
9.	Spanyolország	☒			✓							✓
10.	Svédország		✓						✓			
1.	Svájc		✓						Nincs adat			

Klaszterváltás: az időszak eleji klaszter nem azonos az időszak végével

- ☒ Az időszak eleji és végi klaszter azonos irányú (tendenciájú), de eltérő ütemű
- ☒ Az időszak eleji és végi klaszterek irányukat tekintve is eltérnek egymástól

10.5. Kórházi ágyak száma/ 100 ezer lakos

No.	Ország (1-17: Bismarcki; 1-10: Beveridge-i; Svájc: öngondoskodó állam)	Klaszter- váltás	KÓRHÁZI ÁGYAK SZÁMA/100 EZER LAKOS									
			Első 3 év éves átlagos változása (1995-1997) vs. teljes időszak éves átlagos változása (1995-2004)					Utolsó 3 év éves átlagos változása (2002-2004) vs. teljes időszak éves átlagos változása (1995-2004)				
			Csökkenő tendencia		Változatlanság	Növekvő tendencia		Csökkenő tendencia		Változatlanság	Növekvő tendencia	
			I.	II.		III.	IV.	I.	II.		III.	IV.
1.	Ausztria	☒				✓					✓	
2.	Belgium						✓					✓
3.	Bulgária						✓					✓
4.	Csehország	☒				✓						✓
5.	Észtország						✓					✓
6.	Franciaország						✓					✓
7.	Görögország						✓			Nincs adat		
8.	Hollandia						✓					✓
9.	Horvátország						✓			Nincs adat		
10.	Lengyelország	☒					✓			✓		
11.	Litvánia	☒			✓							✓
12.	Luxemburg						✓			Nincs adat		
13.	Magyarország	☒			✓							✓
14.	Németország						✓					✓
15.	Románia	☒					✓			✓		
16.	Szlovákia	☒					✓				✓	
17.	Szlovénia						✓					✓
1.	Dánia				Nincs adat							✓
2.	Egyesült Királyság				Nincs adat							✓
3.	Finnország						✓					✓
4.	Írország						✓					✓
5.	Lettország	☒			✓							✓
6.	Norvégia					✓					✓	
7.	Olaszország	☒					✓			✓		
8.	Portugália						✓					✓
9.	Spanyolország						✓					✓
10.	Svédország				✓					Nincs adat		
1.	Svájc						✓					✓

Klaszterváltás: az időszak eleji klaszter nem azonos az időszak végével



Az időszak eleji és végi klaszter azonos irányú (tendenciájú), de eltérő ütemű



Az időszak eleji és végi klaszterek irányukat tekintve is eltérnek egymástól

10.6. Háztartások egészségügyi kiadásai (összkiadásai % -ában)

No.	Ország (1-17: Bismarcki; 1-10: Beveridge-i; Svájc: önigondoskodó állam)	Klaszter- váltás	HÁZTARTÁSOK EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSAI										
			Első 3 év éves átlagos változása (1995-1997) vs. teljes időszak éves átlagos változása (1995-2004)						Utolsó 3 év éves átlagos változása (2002-2004) vs. teljes időszak éves átlagos változása (1995-2004)				
			Csökkenő tendencia		Változatlanság	Növekvő tendencia		Csökkenő tendencia		Változatlanság	Növekvő tendencia		
			I.	II.		III.	IV.	I.	II.		III.	IV.	
1.	Ausztria	☒	✓						✓				
2.	Belgium	☒			✓				✓				
3.	Bulgária				Nincs adat						Nincs adat		
4.	Csehország	☒	✓								✓		
5.	Észtország		✓						✓				
6.	Franciaország	☒	✓							✓			
7.	Görögország	☒	✓							✓			
8.	Hollandia	☒	✓								✓		
9.	Horvátország				Nincs adat						Nincs adat		
10.	Lengyelország				✓						✓		
11.	Litvánia	☒			✓				✓				
12.	Luxemburg	☒		✓							✓		
13.	Magyarország		✓						✓				
14.	Németország		✓						✓				
15.	Románia				Nincs adat						✓		
16.	Szlovákia	☒	✓										✓
17.	Szlovénia	☒			✓				✓				
1.	Dánia	☒		✓					✓				
2.	Egyesült Királyság	☒	✓							✓			
3.	Finnország	☒			✓				✓				
4.	Írország	☒	✓								✓		
5.	Lettország	☒			✓				✓				
6.	Norvégia		✓						✓				
7.	Olaszország	☒		✓					✓				
8.	Portugália	☒	✓								✓		
9.	Spanyolország		✓						✓				
10.	Svédország	☒			✓				✓				
1.	Svájc		✓								Nincs adat		

Klaszterváltás: az időszak eleji klaszter nem azonos az időszak végével



Az időszak eleji és végi klaszter azonos irányú (tendenciájú), de eltérő ütemű



Az időszak eleji és végi klaszterek irányukat tekintve is eltérnek egymástól

10.7. Egészségügyi kiadások (GDP %-ában)

No.	Ország (1-17: Bismarcki; 1-10: Beveridge-i; Svájc: önigondoskodó állam)	Klaszter- váltás	EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK (GDP %-ÁBAN)									
			Első 3 év éves átlagos változása (1995-1997) vs. teljes időszak éves átlagos változása (1995-2004)					Utolsó 3 év éves átlagos változása (2002-2004) vs. teljes időszak éves átlagos változása (1995-2004)				
			Csökkenő tendencia		Változatlanság	Növekvő tendencia		Csökkenő tendencia		Változatlanság	Növekvő tendencia	
			I.	II.		III.	IV.	I.	II.		III.	IV.
1.	Ausztria	☒	✓									
2.	Belgium	☒	✓						✓			✓
3.	Bulgária				Nincs adat			Nincs adat				
4.	Csehország		✓					✓				
5.	Észtország				Nincs adat			Nincs adat				
6.	Franciaország	☒	✓							✓		
7.	Görögország		✓					✓				
8.	Hollandia		✓					✓				
9.	Horvátország				Nincs adat			Nincs adat				
10.	Lengyelország		✓					✓				
11.	Litvánia				Nincs adat			Nincs adat				
12.	Luxemburg	☒	✓									✓
13.	Magyarország	☒	✓							✓		
14.	Németország		✓					✓				
15.	Románia				Nincs adat			Nincs adat				
16.	Szlovákia				Nincs adat					✓		
17.	Szlovénia				Nincs adat			Nincs adat				
1.	Dánia		✓					✓				
2.	Egyesült Királyság	☒	✓							✓		
3.	Finnország	☒	✓							✓		
4.	Írország		✓					✓				
5.	Lettország				Nincs adat			Nincs adat				
6.	Norvégia	☒			✓			✓				
7.	Olaszország				✓					✓		
8.	Portugália	☒	✓							✓		
9.	Spanyolország	☒	✓									✓
10.	Svédország		✓					✓				
1.	Svájc				✓					✓		

Klaszterváltás: az időszak eleji klaszter nem azonos az időszak végével



Az időszak eleji és végi klaszter azonos irányú (tendenciájú), de eltérő ütemű



Az időszak eleji és végi klaszterek irányukat tekintve is eltérnek egymástól

10.8. Egészségügyi közkiadások (az egészségügyi kiadások %-ában)

No.	Ország (1-17: Bismarcki; 1-10: Beveridge-i; Svájc: öngondoskodó állam)	Klaszter- váltás	EGÉSZSÉGÜGYI KÖZKIADÁSOK (AZ EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK %-ÁBAN)									
			Első 3 év éves átlagos változása (1995-1997) vs. teljes időszak éves átlagos változása (1995-2004)					Utolsó 3 év éves átlagos változása (2002-2004) vs. teljes időszak éves átlagos változása (1995-2004)				
			Csökkenő tendencia		Változatlanság	Növekvő tendencia		Csökkenő tendencia		Változatlanság	Növekvő tendencia	
			I.	II.		III.	IV.	I.	II.		III.	IV.
1.	Ausztria				✓					✓		
2.	Belgium	☒		✓				✓				
3.	Bulgária				Nincs adat					Nincs adat		
4.	Csehország				✓					✓		
5.	Észtország				Nincs adat					Nincs adat		
6.	Franciaország				✓					✓		
7.	Görögország	☒			✓			✓				
8.	Hollandia	☒	✓							✓		
9.	Horvátország				Nincs adat					Nincs adat		
10.	Lengyelország	☒			✓			✓				
11.	Litvánia				Nincs adat					Nincs adat		
12.	Luxemburg				✓					✓		
13.	Magyarország	☒		✓								✓
14.	Németország	☒			✓			✓				
15.	Románia				Nincs adat					Nincs adat		
16.	Szlovákia				Nincs adat					✓		
17.	Szlovénia				Nincs adat					Nincs adat		
1.	Dánia				✓					Nincs adat		
2.	Egyesült Királyság	☒	✓									✓
3.	Finnország				✓					✓		
4.	Írország						✓					✓
5.	Lettország				Nincs adat					Nincs adat		
6.	Norvégia	☒	✓							✓		
7.	Olaszország				✓					✓		
8.	Portugália	☒				✓				✓		
9.	Spanyolország				✓					✓		
10.	Svédország				✓					✓		
1.	Svájc	☒				✓				✓		

Klaszterváltás: az időszak eleji klaszter nem azonos az időszak végével



Az időszak eleji és végi klaszter azonos irányú (tendenciájú), de eltérő ütemű



Az időszak eleji és végi klaszterek irányukat tekintve is eltérnek egymástól