

TÁRSADALOM ÉS POLITIKA

Szentes Tamás

Eltérő egészségügyi rendszerek és azok finanszírozási aspektusai

Bevezetés

WHO (2000) által is alkalmazott definíció szerint az egészségügyi rendszer részét képezik mindazok a tevékenységek, amelyek elsődleges célja az egészségi állapot védelme, helyreállítása, javítása és további romlásának megakadályozása.

Az egészségügyi rendszer fő összetevőit a következő funkciók és intézményrendszerek alkotják:

- Egészségpolitika (szabályozás)
- Finanszírozás
 - (i) forrásteremtés
 - (ii) a források allokációja (a finanszírozási módszerek)
- Szolgáltatások (beleértve mind a közösségi szintű – elsősorban prevenciók – programokat, beavatkozásokat, mind a személyes egészségügyi szolgáltatásokat)
- Az erőforrások termelése (oktatás, kutatás-fejlesztés, beruházás)

Az **egészségpolitika**, mint tevékenység átfogja az egészségügyi rendszer egészének működését – fő elemei: a tervezés, irányítás, *szabályozás*, értékelés és széles értelemben vett információ-szolgáltatás. Elsősorban, de *nem kizárólag* a központi és helyi kormányzatok tevékenységét jelenti. A *szabályozás* a keresletet és kínálatot, a finanszírozók, szolgáltatók és a szolgáltatást igénybevevő egyének viselkedését befolyásoló mechanizmusokat (jogi kereteket) jelenti. A szabályozás

vonakozhat a rendszerbe való belépésre (pl. a szolgáltatók működésének engedélyezési rendszere), a szolgáltatások áraira, mennyiségére, minőségére; a humán erőforrások és az állóeszközök áraira, mennyiségére, minőségére; továbbá a szolgáltatók és vásárlók közötti kapcsolatokra (pl. betegjogok szabályozása).

A **finanszírozási rendszer két fő összetevője**: a *forrásteremtés és a források allokációja*. A **forrásteremtés** fő kérdései: mekkora források állnak rendelkezésre és kik a finanszírozók (költségvetés, 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 kérdései: milyen mechanizmusokon, módszereken keresztül történik a rendelkezésre álló forrásoknak a felhasználása (mi jellemzi az egyes ellátási formák, pl. házi orvosok, fekvőbeteg-ellátás finanszírozási módszereit). A *finanszírozási módszerek alapvetően befolyásolják a szolgáltatók magatartását, döntéseit, és azokon keresztül az egészségügyi szolgáltatások hatékonyságát és minőségét.*

A **szolgáltatási szektor** több szempont szerint írható le: (i) a *szolgáltatói szervezetek fő funkciói, struktúrája* (megelőzés, alapellátás, rehabilitáció stb. intézményeinek mennyiségi és minőségi jellemzői); (ii) a *szolgáltatási struktúra*, azaz az egészségügyi intézmények által nyújtott *szolgáltatások* mennyiségi és minőségi jellemzői (pl. az egyes megelőzési programokra vagy az egyes betegségek kezelésére milyen eljárások, technológiák állnak rendelkezésre); valamint (iii) a *tulajdonosi struktúra, működtetési formák*. További fontos kérdést jelent a szolgáltató intézmények belső szervezeti jellemzői (a menedzsment hatásköre, az orvosok státusza stb.). A *szolgáltatói szektor jellemzői alapvetően befolyásolják az egészségügyi szolgáltatások hatékonysá-*

gát és minőségét, továbbá, hogy hogyan, milyen mértékben szabályozott a szolgáltatók felelőssége (a *felelősség érvényesíthetősége*) az általuk hozott döntésekért.

Az **erőforrások termelése** (oktatás, kutatás-fejlesztés, beruházás) alapvetően befolyásolja az egészségügyi rendszer hosszú távú fejlődését: az egészségügyi technológia alkalmazását, a munkaerő-kínálat alakulását, színvonalát, a szolgáltatási szektor jellemzőinek változását.

Látható, hogy az egészségügyi rendszerek fő összetevői egymással szoros összefüggésben állnak, és az egyes részek önmagukban kevésbé értelmezhetőek. Mégis az alábbiakban kénytelenek leszünk kiragadva önállóan csak a finanszírozási szempontjából vizsgálni a kérdést.

A finanszírozási tendenciák globális gazdasági, politikai háttere

Az állam szerepének átfarmálódása

Az elmúlt négy-öt évtized során a jóléti állam fogalmával illetett társadalombiztosítási és szociális programok bonyolult rendszere – annak minden problémájával együtt – a modern társadalmak alapvető intézményévé, az emberek mindennapi életének a részévé vált. A 60-as évek során a jóléti állam és a gazdasági növekedés viszonya harmonikusnak tűnt: az a nézet uralkodott, hogy a jóléti állam nemcsak biztonságot teremt, hanem – mindenekelőtt a munkaerő újratermelésében játszott szerepe révén – a gazdasági növekedést is elősegíti. A 70-es évek közepén – a gazdasági növekedés megtorpanásának, a világ gazdaságban bekövetkező változásoknak a hatására – az állam szerepének radikális átértékelése következett be. A 70-es évek közepére kiéleződött a feszültség a nemzetközivé váló gazdaság és a kormányok korábbi – alapvetően nemzeti keretekre szabott – gazdaság és társadalomszervező tevékenysége között. A tudományos-technikai korszakváltásban, a világgazdaság alapvető szerkezeti átalakulásában, a gazdaság rohamos nemzetköziesedésében, a nemzetközi pénzügyi rendszer gyökeres átalakulásában megtestesülő új kihívások a piaci tényezők, eszközök felértékelődését eredményezték. A gazdasági nö-

vekedés megtorpanása és lelassulása – az „arany” hatvanas évek növekedési teljesítményeihez hasonlítva – felszínre hozta, kiélezte a jóléti szféra és a gazdaság közötti ellentmondásokat. Mindezek következtében előretört és uralkodóvá vált a – Reagan és Thatcher nevével fémjelzett – neoliberális politikai ideológia és gazdaságpolitikai gyakorlat. A világgazdasági struktúraváltáshoz történő alkalmazkodás azonban számos társadalmi problémát súlyosan kiélezett: növekedett a munkanélküliség és az elszegényedés mértéke, fokozódtak a jövedelmi különbségek, depressziós gazdasági térségek alakultak ki, s ezekkel együtt fokozódott a nagyvárosok szociális problémáinak (hajléktalanság, bűnözés, drog) megoldatlansága. Az utóbbi évtizedben egyre érzékelhetőbbé váltak a globalizáció természeti környezetre és társadalomra gyakorolt negatív hatásai. Láthatóvá vált, hogy nem teljesült a neoliberális gazdaságpolitikának az 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. 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. Ezen szélesebb keretek között napjainkban is zajlik – az egyes államok és az EU szintjén is – az állami beavatkozás új szociálpolitikai (és egészségpolitikai) eszköztárának a keresése.

Egészségpolitikai korszakváltás

A gazdasági és politikai folyamatokkal párhuzamosan a nyugat-európai országok egészségpolitikájában is jelentős hangsúlyeltolódások mentek végbe az elmúlt évtizedekben. A második világháború utáni évtizedekben az egészségpolitika elsősorú célja az egészségügyi szolgáltatásokhoz – az egyének jövedelmi helyzetétől független – hozzáférés biztosítása volt. Továbbá az erőforrások földrajzi, területi elhelyezkedésében mutatkozó nagymértékű egyenlőtlenségek csökken-

tése, 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. A 70-es évek közepétől *egészségpolitikai 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*. A külső ok, a *gazdasági növekedés megtorpanása* volt. Ez a magyarázat arra is, hogy miért beszéltek egyforma hevességgel a finanszírozás válságáról a relatíve (a GDP-ből való részesedést tekintve) keveset költők (pl. Anglia) és az egészségügyre a legtöbbet fordítók (pl. USA). A másik külső ok: *annak az illúzióknak a vége, hogy a jóléti állam önmaga képes minden szociális probléma megoldására*. A 70-es évtized végére az alábbi kérdések kaptak egyre nagyobb figyelmet: Arányban áll-e a kapott eredmény az egészségügybe áramló óriási mértékű közpénzekkel? Az egészségügyre többet fordító országokban kedvezőbb-e a lakosság egészségi állapota? Egyértelműen hasznos-e (pozitívan befolyásolja-e a betegek egészségi állapotát) az egészségügyi technika alkalmazása?

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.
- A pénzügyi ösztönzőket mindenekelőtt a *kórházak és az orvosok finanszírozási módjának a módosítása*, vagy új módszerre való áttérés jelentette.
- 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.

A nemzetközi összehasonlítások, elemzések egyértelműen kimutatták, hogy a 80-as évtizedben *azok az országok voltak képesek a kiadások korlátozására, a GDP-n belüli részarányának a stabilizálására, amelyekben a közfinanszírozás a domináns.* (Ezek a rendszerek képesek voltak a kínálati oldal korlátozására). Ezzel szemben az USA magánfinanszírozás dominanciáján alapuló egészségügyi rendszere a 90-es évek közepéig nem volt képes megállítani az egészségügyi kiadásoknak a GDP ütemét meghaladó növekedését (1993-ra elérte a GDP 14%-át).

A hatékonyság, minőség javítására törekvő reformok

A 80-as évtized második fele a reformtörekvések új hullámát hozta Európában. 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 – az orvostechnika fejlődése, lakossági elvárások növe-

kedése, a népesség öregedése – továbbra is hatást gyakorolt, ugyancsak a gazdaság oldaláról továbbra is a közkiadások csökkentésre irányuló nyomás nehezedett az egészségügyi szektorra. A reformok kidolgozói az egészségügyi rendszerek fő *hatékonysági problémáit* általában az alábbiakban látták (Enthoven, 1989; Ham, 1990; OECD, 1990):

- *hiányoznak azok az ösztönzők, amelyek a szolgáltatókat a hatékonyabb tevékenységre sarkallnák*; elsősorban hiányzik a verseny; a szolgáltatók túlzott dominanciája érvényesül a rendszer működésében;
- rendkívül nagyok a különbségek az egészségügyi szolgáltatások nyújtásában (az egyes betegségek esetében alkalmazott eltérő terápiák és az egyes beavatkozások esetszámaiban mutatkozó területi különbségek, ami a hatásosság és hatékonyság problémáit tükrözi);
- a kormányok korábbi adminisztratív eszközei nem alkalmasak ezeknek a problémának a megoldására;
- a páciensek (fogyasztók) választási lehetősége korlátozott;
- az erőforrások elosztása túlzottan kórház-centrikus – az alapellátás rovására; továbbá a kórházak hatékonysága alacsony;
- hiányzik a koordináció a kórházi ellátás, az alapellátás és a szociális gondoskodás között;
- a menedzsment alacsony színvonalú, amelynek az egyik oka a megfelelő információs rendszer hiánya (sem a költségekről, sem a tevékenység eredményéről nem állnak rendelkezésre megfelelő adatok).

A 80-as évek közepe óta a reformkoncepciók súlypontja a *hatékonyság növelése, minőség javítása* lett (Abel-Smith et al., 1996; Robinson-Le Grand, 1994; OECD, 1995, 1996; Mossialos-Le Grand, 1999). 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 (Mossalios, 1997). Ugyanakkor lényeges társadalmi változások is bekövetkeztek: erősödtek a fogyasztói magatartás jegyei, a középosztálybeli fogyasztóknak a több választás, magasabb minőség iránti elvárásai.

„Inkább az a meglepő, hogy milyen jelentős mértékben ellenállt a közvélemény Nagy-Britanniában, Kanadában és Új-Zélandon ezeknek a támadásoknak, ugyanakkor azonban ... a közegészségügyi rendszerek támogatása egyre inkább a teljesítményüktől függ, és jelen van egy gazdagodó és szélesedő középosztály, amelyik kész a piachoz fordulni, hogy magasabb minőséget és mennyiséget vásároljon.” (Ranade, 1998, p. 196)

Az egészségügyi reformokra vonatkozó tényleges tapasztalatok azt mutatják, hogy a Nyugat-Európai országokban a *finanszírozás (forrásteremtés) területén csak kismértékű volt az állam visszavonulása*, ami a rendszerek alapvető jellemzőit nem érintette. A *finanszírozást tekint-*

ve, egyetlen ország sem változtatta meg a forrásteremtés alapvető rendszerét. (Néhány országban, pl. Nagy-Britanniában, Új-Zélandon jelentős viták folytak, de ezek nem vezettek tényleges változáshoz.). A co-payment szerepe növekedett, különösen a gyógyszerek esetében, ugyanakkor jelentős viták folytak a co-payment szerepéről – számos szerző véleménye szerint az se nem hatékony, se nem méltányos (Carr–Hill, 1994; Saltman–Figueras, 1997). Néhány országban (Németország, Hollandia, Cseh Köztársaság) 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 szervezetre vonatkozó kérdésekre – valójában kevés teret hagytak a versenynek (Saltman–Figueras, 1997). Lényegesen több országban állt a viták középpontjában a verseny megteremtése az egészségbiztosításban, mint ahány országban végül is gyakorlati lépések születtek. A számos ellenérv között az egyiket a magánbiztosítási piacok tényleges működése szolgáltatta.

„Az egyik fő kérdés, mellyel a reformoknak foglalkozniuk kell, hogy milyen módon lehet a biztosítói piac versenyét az egyenlő hozzáférés jogával összeegyeztetni... az esélyegyenlőség fő alkotóeleme, mely minden országban bevezetésre került, hogy minden egyénnek meg kell adni a biztosítás lehetőségét és a biztosítási díjnak inkább a jövedelemtől, semmint a személyes kockázattól kell függnie. ... A biztosítói piac fokozott versenye nem biztos, hogy a globális kiadások csökkenéséhez vezet. Ahol szabadon határozhatják meg a biztosítási díjakat, ott lehet, hogy a díjak felfelé és nem lefelé fognak igazodni... A magánbiztosítási piacok mai tapasztalatai a biztosítási díjak növekedését mutatják” (OECD, 1995, p. 53.)

A piaci-típusú eszközöket alkalmazó (a szabályozott piac valamilyen változatát középpontba állító) 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 képviselőjében 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 (Abel-Smith, et al, 1995; Flood, 2000; OECD, 1995; Seedhouse, 1995). A hagyományos finanszírozók ezeknek a követelményeknek kevéssé képesek megfelelni. A finanszírozó fő funkciói (Van der Ven, 1994): (i) a biztosítási funkció: a szolgáltatás igénybevételekor felmerülő pénzügyi kockázat átvállalása, (ii) a képviselői funkció: a fogyasztó hatásos képviselőjeként működik, informált és takarékos *vásárló*, és megfelelő információt szolgáltat az ellátás minőségéről, (iii) a hozzáférés biztosítása: garantálja a szolgáltatásokhoz való hozzáférést. A fejlett országokban (USA kivételével) az első és a harmadik funkciót a közfinanszírozású rendszerek megfelelően kielégítették, azonban a második, a vásárló szerep általánosan problémát jelentett.

A reformkonceptiók szerint a szolgáltatók számára a fő motivációt a teljesítményük javítására az a potenciális veszély jelenti, hogy elveszthetik a vásárlóikat, ha nem reagálnak megfelelően a vásárlók (vagy az azokat képviselő finanszírozó szervezetek) szükségleteire/keresletére. Ez a motivációs erő azonban nagymértékben múlik azon, hogy milyen ösztönzők érik a fogyasztókat vagy az őket képviselő szervezeteket, jelen vannak-e olyan tényezők, amelyek arra ösztönzik őket, hogy törekedjenek az aktív, hatékony vásárlói szerepre (a jó eredményt nyújtó szolgáltatók kiválasztására). Abban az esetben, amikor a fogyasztó és a szolgáltató közvetlen pénzügyi kapcsolatban áll, a fogyasztó számos problémával kerül szembe. Hiányzik az információ a lehetséges szolgáltatók által nyújtott szolgáltatások eredményességére vonatkozóan, bizonytalan lehet a szolgáltatás szükségessége is, továbbá nehézségekbe ütközik a szolgáltatás után az eredményesség értékelése. Ezeknek a problémáknak a következtében a *fogyasztók meglehetősen gyenge pozíciójú szereplők* ahhoz, hogy megfelelő nyomást gyakoroljanak a szolgáltatókra a teljesítményük, hatékonyságuk javítására (a piac elméleti előnyeinek az érvényesítésé-

re). Ezeknek a problémáknak egy része enyhíthető, ha a vásárló szervezet (kormányzat, biztosító) képviseli a fogyasztókat (a vásárló és a fogyasztó szerep elválik). Azonban a vásárló szervezet megléte önmagában nem garantálja, hogy a szolgáltatók számára megteremtődik a megfelelő ösztönzés a költségek csökkentésére, hatékonyság növelésére. A vásárló szervezet hasonló információ-aszimmetria problémákkal néz szembe, mint az egyéni vásárló. Továbbá hiányozhatnak azok a tényezők, amelyek ösztönzést gyakorolhatnak a finanszírozó szervezetre annak érdekében, hogy hatékonyan gyakorolja a vásárló szerepét. *Elvileg – bizonyos feltételek megléte mellett – a finanszírozók közötti verseny* jelentheti ezt az ösztönzést. Abban az esetben pedig, ha *egyetlen finanszírozó van*, vagy ha a finanszírozók között nincs verseny, akkor a *közigazgatási szektoron belüli teljesítmény ösztönzők* alkalmazása teremthet ösztönzést a finanszírozó szervezet menedzsmentje számára. „Nem egyértelmű, hogy ezek rosszabbak, jobbak, vagy azonosak a versennyel a szolgáltatókra gyakorolt nyomás tekintetében, továbbá a hatásuk nagymértékben múlik a ténylegesen alkalmazott ösztönzőkön és a szigorúságon, amellyel érvényesítik azokat.” (Appleby, 1998, p. 48.)

A legújabb kérdőjelek

A 80-as évek elején a reformkoncepciókban uralkodott az a nézet, hogy az állami intézmények *ab ovo* nem működhetnek hatékonyan. A 90-es évek második felére már érzékelhetővé váltak a piaci eszközök alkalmazásának korlátjai, ill. problémái is – egyre több kérdőjel fogalmazódott meg a piaci ösztönzők alkalmazásával kapcsolatban (Annandale, 1998; Ovretveit, 1993; Ranade, 1998).

„A két európai ország, amelyek piac-orientált reformjai a legnagyobb nemzetközi figyelmet kapták – Svédország és Nagy-Britannia – az elmúlt években visszavonult attól, hogy a versenyre való ösztönzést tekintse az egészségügyi reform hajtóerejének. Svédországban a meghatározó kifejezés mind országos, mind megyei szinten a „kooperáció”, és visszatért az érdeklődés a megyei szintű tervezés és az országos szabályozás iránt. Nagy-Britanniában... az egészségügyi hatóságok tradicionális felelőssége és a magasfokú bizalmon alapuló hosszú

távú szerzödések logikája felé fordult a figyelem.” (Saltman-Figueras, 1997, p. 41)

Ezek a hangsúlyeltolódások egybeesnek a lakosság körében uralkodó véleménnyel, elvárásokkal is. Az EU országokban az egészségügyre vonatkozóan 1996-ben végzett közvélemény-kutatás szerint az EU országok lakosainak 74%-a azon a nézeten volt, hogy „A kormánynak minden állandó lakos számára biztosítani kell az egészségügyi ellátáshoz való hozzájutást, függetlenül annak jövedelmétől.” (Svédország esetében 90%, Anglia, Dánia, Görögország és Spanyolország esetében 80% feletti volt az ezen álláspontot választók aránya, míg Belgium esetében a legalacsonyabb, 60,3%). Azzal a véleménnyel, hogy „A kormánynak csak az alapvető szolgáltatásokat kellene nyújtania, mint például a súlyos betegségek kezelése, és a többi esetben az öngondoskodásra kellene ösztönöznie az embereket.” az EU országok lakosainak kb. 25%-a értett egyet (7,9%-a határozottan, és további 17,2%-a inkább egyetértett, mint elutasította). A két szélső érték: a svédeknek csak 13,7%-a fogadta el, míg az olaszoknak 34%-a (European Commission, 1998).

A piac szerepének negatív hatásai közül az egyik legkritikusabb, legvitatottabb az orvosi szakmára gyakorolt hatás. A piac térnyerésével konfliktus keletkezett az orvosi hivatás hagyományos értékei és az üzleti értékek között.

„Az egészségügyi szakembereknek az intézményük és a pácienseik felé is kötelezettségeik vannak. ... Versenyző piacon a szakemberrel szembeni elvárást alakítja az intézmény vagy egység növekedése vagy életben tartása. A pénzügyi ösztönzők és ellenösztönzők, amelyek a piacot motiválják elkerülhetetlenül részévé válnak a szakemberek (orvosi szakma) kultúrájának, mentalitásának. Fennáll a kockázata annak, hogy a piaci mentalitás előnyben részesít olyan értékeket, amelyek károsak az egészségügyi ellátásra” (Cribb, 1995, p. 180)

Összefoglalva: 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 választak, 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.

Ugyanakkor a 90-es évtizedben *kieleződött a feszültség az egészségügyön kívüli gazdasági és társadalmi folyamatok, valamint az ellátásnak az egészségügyi technológia fejlődése által kiváltott drágulása és a másik oldalon a társadalombiztosítási rendszerekben lévő jövedelem újraelosztás, a hagyományos társadalmi értékek (a szolidaritás) között.* Azon társadalmi rétegek között, akik nyertesei és akik teherviselői a szolidaritási elv érvényesítésének. Nyitott kérdés, hogy az egyes országokban (beleértve Magyarországot is) a politikai elit milyen válaszokat fog adni a fenti konfliktusok által jelentett kihívásokra. Korunk az útkeresés időszaka: gyökeresen átalakult világ gazdasági feltételek és nemzetgazdasági gyakorlatok között az új szociálpolitikai és egészségpolitikai válaszok keresése.

Egészségügyi kiadások és állami szerepvállalás

Fentiekből látható, hogy az egészségügyi finanszírozás két kulcskérdése, hogy tovább nőnek-e az egészségügyre fordított kiadások, valamint, hogy az állam ebből milyen részt tud, illetve kíván vállalni, azaz mennyire érvényesül a szolidaritási elv a rendszer hozzáférhetőségének szintjén.

Nézzük meg, hogy a régi EU tagállamok esetében miként alakultak a feni számok. Az egészségügyi kiadások a legtöbb országban gyorsabb ütemben növekedtek, mint a gazdasági növekedés. 2004-ben az EU-15 tagországok GDP-jük átlag 9,27%-át fordították egészségügyi kiadásokra, az 1990-es 7,1%-hoz és az 1970-es alig több, mint 5%-hoz képest. A GDP egészségügyi kiadásokra szánt aránya azonban jelentős eltéréseket mutat az egyes országok között. Legmagasabb Németországban, 10,9%, legalacsonyabb (Luxemburgot nem számítva) Írországban (7,2%), 7,5-7,8% Ausztriában, Finnországban és Spanyolországban. A kiadásokból a legtöbbet visel az állam Luxemburgban (90,2%) és az Egyesült Királyságban (85,9%), 80% fölötti még az állami részvétel aránya Svédországban (85,4%), Dániában (82,6%). Legalacsonyabb az állami részvétel aránya Görögországban (51,7%)

és Hollandiában (61,2%). 70% körüli az állami kiadások részesedése az összes egészségügyi kiadásból Ausztriában (67,6%), Portugáliában (69,7%), Belgiumban (70,9%), Spanyolországban (71,9%).

Az újonnan csatlakozott országok egészségügyi kiadásai a GDP arányában átlagosan 6,44%-ot tesznek ki. Szlovénia 8,2%-os, Málta 8,8%-os arányával a legmagasabb, míg Lettország 4,9%-ot, Észtország 5,1%-ot fordított egészségügyre. Az állami kiadások a kelet-közép európai országokban az összes kiadás kb. 78%-át fedezik (Csehországban az arány 90% fölötti, legalacsonyabb Lettországban: 68% és Magyarországon: 70%). Vásárlóerő paritáson számolva az egy főre jutó egészségügyi kiadások az EU15-ben átlagosan 2364 USD-t tettek ki, az újonnan csatlakozott országok átlagában 780 USD-t jelentettek (2002).

Tendenciák a finanszírozásban a reformok során

Az egészségügyi kiadások gyors növekedése és a gazdasági növekedés megtorpanása által kiváltott problémákra a 80-as években a reformok 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. Napjainkban számos EU-tagországban (Nagy-Britannia, Svédország vagy a legutóbbi időben a piaci típusú reformjáról ismert Hollandia) az egészségpolitika ismét nagy hangsúlyt ad a hagyományos európai értékek, az esélyegyenlőség, szolidaritási elv elsőbbségének.

A reformok gyakran eredményeznek olyan megoldásokat, amelyek a szabályozás azonos eszközeinek alkalmazása következtében konvergenciára utalnak. A változások következtében Európa országaiban megfigyelhető az állami és magán elemek keveredése az egészségügyben, s ezzel jellemzővé vált a markáns egynemű rendszerek oldódása. A centralizált rendszerek a szükségleteknek való jobb megfelelés érdekében decentralizálnak, az állami rendszerek a piac irányába nyitnak, a decentralizált rendszerekben helyenként központosítás vagy annak igénye merül fel, hiszen tapasztalatok bizonyítják, hogy bizonyos funkciók központosítva működnek jobban. Tulajdon szempont-

jából sem az a kérdés, hogy állami- vagy piaci körülmények között működjön az egészségügy, hanem az, hogy milyen feladatmegosztás célszerű az állami és a magánszektor között.

A minőség, az ellátás eredményességének javítása

A minőség javításának eszközei között alkalmazzák a klinikai irányelvek, működési standardok, akkreditációs rendszerek fejlesztését, a technológiai értékelést, a szolgáltatók folyamatos monitorozását, értékelését, a teljesítmények mérését, ennek érdekében indikátorrendszerek kialakítását, a finanszírozási rendszerekben a minőség értékelését, elismerését. Mindez feltételezi az informatika és a menedzsment fejlesztését.

A költségérzékenység fokozására azonban a keresleti és kínálati oldalon egyaránt eszközöket kerestek:

- A co-payment szerepének növelése. (pl. Németország, Ausztria)
- A biztosítók közötti verseny fokozása (Németország, Hollandia). Ugyanakkor azok a szabályozások, amelyeket a versenyző biztosítók esetében fellépő káros hatások (pl. kockázatszelekció, magas adminisztratív költségek) korlátozása érdekében alkalmaztak, valójában kevés teret hagytak a versenynek.
- Az új szolgáltatások befogadása során a technológiai eljárás-értékelés felhasználása (pl. Nagy-Britannia, Németország).
- Koordinált betegellátás, háziorvosi szerep erősítése (Franciaország, Németország).
- A finanszírozó és szolgáltató szerep elválasztása (a vásárló lehet önkormányzat - Svédország, területi menedzser, GP csoport - Anglia, biztosítási alap - Hollandia).
- Normatív finanszírozás elterjedése: DRG jellegű kórházi finanszírozás (Németország, Nagy-Britannia, Belgium, Ausztria, Franciaország, Olaszország, Svédország, Finnország stb.), fejpénz jellegű finanszírozás az alapellátásban

(Olaszország, Nagy-Britannia, Svédország, Dánia, Írország, Hollandia stb.).

- A betegek választási lehetőségének bővülése, az egyéni felelősség erősítése (Nagy-Britannia).

Szolidaritási elv érvényesülése különböző finanszírozási rendszerekben

Láthattuk, hogy a különböző országok eltérő módon teremtik meg az egészségügyi rendszerük finanszírozásához szükséges forrásokat. Szolidárisnak tekinthető a rendszer, ha jövedelemarányos elvonásokból fedezi a kockázatközösség egészségügyi kiadásait és a rendszer szolgáltatásaiból a közösség tagjai szükségleteiknek megfelelően részesülnek.

Európában az egészségügyi rendszereknek két nagyobb típusát különböztetjük meg. Egyik a Bismarck német-porosz kancellár nevéhez fűződő társadalombiztosítási rendszer. Itt jövedelem alapú járulékokból fedezik az egészségügyi kiadások többségét (állam által finanszírozott rész zömét), és a rendszerbe az adott ország majdnem(!) minden állampolgára beletartozik. A másik, Európai hagyományokra alapuló rendszer Beveridge brit közgazdász nevéhez kötődik. Ebben a rendszerben az egészségügyi kiadásoknak az állam által vállalt részét az adókból finanszírozzák. Természetesen a rendszerek egymással is keveredtek és országonként jelentősen eltérő sajátosságokkal rendelkeznek. A társadalombiztosítás dominanciájával működő országokban a járulékokból szedett jövedelmeket sok esetben kiegészítik adókból származók, és a másik oldalon a Beveridge modellen alapuló rendszereket használó országok közül egyesekben, az egészségügy finanszírozásában helyet kapott a társadalombiztosítás is.

A két modellt elsősorban akként írják le, hogy biztosítás vagy adó alapon működnek. Finanszírozás szempontjából a gyakorlati különbségek nem is olyan jelentősek. A biztosítási járulékok jövedelemfüggők, a jövedelemből adóhoz hasonlóan fizetendők. A biztosítási rendszerek is alkalmaznak kiegyenlítő mechanizmusokat, hasonlóképpen az adókból fenntartott rendszerekhez. Mindkét rendszer kötelező,

kevés kivételtől eltekintve a teljes lakosságot lefedi. Mindenki egyenlő módon kap jogot a szolgáltatásokhoz való hozzáférésre.

Az egészségügyi rendszerek közötti valódi különbségek a funkciókban, politikákban jelentkeznek: a rendszereket a finanszírozási eszközök gyűjtése, forrása mellett a finanszírozási alapok összevonásának (pooling), a szolgáltatásvásárlás módjának, a nyújtott szolgáltatások körének és a lakossági önrészfizetés alkalmazásának módszerei együttesen jellemzik.

A szolidaritás érvényesülését két fontos paraméter alapján írhatjuk le a finanszírozás oldaláról különböző országokban: egyrészt, hogy az állami egészségügyi kiadásokra a fedezetet jövedelemarányos elvonásokkal teremtette-e meg, másrészt pedig, hogy az egészségügyi kiadások fedezetének mekkora részét vállalta az állam.

Ausztriában olyan társadalombiztosítási rendszer működik, mely a lakosság 98%-ra terjed ki. Alapelvei a szolidaritás és kötelező jelleg, nem létezik kockázati mérlegelés, a társadalombiztosítás nem nyereségorientált. A rendszert kötelező társadalombiztosítási járulékokból finanszírozzák, melyek a jövedelemtől függnek, ennek azonban felső határt szabtak, mely 3750 Euró/hó jövedelem. A járulék mértéke a bruttó kereset 7,5%-a, melyen kívül további 0,5% kórházi ellátásért, valamint 0,1% balesetekből eredő szolgáltatások finanszírozására szolgáló kiegészítő járulékot szabtak meg.

Belgiumban kötelező egészségbiztosítási rendszer működik, melyek kölcsönös egészségbiztosító pénztárból állnak. Anyagi háttérrel a társadalombiztosítási hozzájárulások, illetve a szövetségi kormány finansziális támogatása képezi. A kötelező biztosítás a lakosság 99%-a számára biztosít fedezetet. Az egyes biztosítók által nyújtott térítések mértéke függ az igénybe vett szolgáltatás jellegétől, a szolgáltató jogállásától és a biztosított személy társadalmi helyzetétől. Ennek függvényében létezik standard, illetve emelt összegű térítés a sérülékenyebb lakossági csoportok számára. A biztosítók kiegészítő (komplementer) biztosítást is kínálnak a biztosítottak számára az alapt biztosítás által nem fedezett költségekre, az önálló vállalkozók 80%-ának pedig a kötelező biztosításnak megfelelő (szubsztitútív) biztosítás nyújt kisebb kockázatokra fedezetet. A profitorientált magánbiztosítás szerepe igen csekély, de a kötelező biztosítás háttérbe szorulásával nő. Az egészségügy átfogó költségeit (gyógykezelés, gyógyszerkiadások,

infrastruktúra) az állam (mintegy 71%), a betegek (23%) és a magánbiztosítás (6%) fedezi. A munkáltatói járulék a bruttó béralap 8,9%-a, munkavállaló járulék pedig a bruttó bér 7,4%-a.

Dániában a rendszer finanszírozása adóbevételekből történik. Az anyagi erőforrásokat 81%-ban jövedelemadó, 13%-ban állami támogatás és 6%-ban különböző illetékek képezik. Az állami kiadás 82,6%.

Az **Egyesült Királyságban** az egészségügyi ellátás állampolgári alapon biztosított és adókból finanszírozott. Az állami kiadások aránya az egyik legmagasabb Európában, 85,9%. Az NHS finanszírozása túlnyomó többségében (kb. 94%) az állam adóbevételeiből, valamint adó jellegű biztosítási hozzájárulásokból történik.

Finnország egészségügyi rendszerének finanszírozása túlnyomó részt adóalapú. Az állami kiadások az összes kiadás 76,8%-át teszik ki, mely az önkormányzati kiadás 43%, kormány 17% és egészségbiztosítás 16%-os kiadásából tevődik ki. A háztartások hozzávetőlegesen 20%-kal, magánbiztosítók pedig 4%-kal járulnak hozzá az összes egészségügyi kiadáshoz.

Franciaország egészségügyi rendszere országos egészségbiztosítási rendszeren alapul, melyet a CSG (Általános Társadalmi Hozzájárulás), az adóalapú finanszírozás bizonyos elemei és a kiegészítő biztosítási formák tesznek teljessé. A kötelező biztosítás a lakosság 99,9%-ának nyújt védelmet. 2000-ben a kötelező egészségbiztosítás anyagi erőforrásai a következőképpen oszlottak meg; munkáltatók: 51,1%, munkavállalók: 3,4%, CSG: 34,6%, gyógyszeripar reklámadója: 0,8%, állami támogatások és a dohánytermékekre, illetve alkoholfogyasztásra elkülönített adóbevételek: 10,1%. Az állami kiadások az összes kiadás 76,6%-át teszik ki. A fennmaradó részt önkéntes egészségbiztosítás, illetve közvetlen térítés teszi ki.

Görögországban az egészségügy vegyes rendszer a finanszírozás és a szolgáltatás tekintetében egyaránt. Tartalmazza (növekvő mértékben) a bismarcki társadalombiztosítási modell elemeit és az állami költségvetésből finanszírozott Beveridge-rendszer jellemzőit is. A biztosítási alapok a lakosság 95%-át biztosítják. A biztosítás a foglalkoztatottnak és a hozzátartozóknak kötelező, foglalkozási kategóriák szerint oszlik meg. A munkanélküliek fedezetét korábbi biztosítójuk nyújtja. Az állam nyújt fedezetet az összes egészségügyi kiadás 51,7%-ára. A magánkiadások aránya az összes egészségügyi kiadás-

ból több mint 48% (az EU-15 tagországok között a legmagasabb). A magán egészségügyi kiadások 90%-a közvetlen kifizetés, 10%-a magánbiztosítási járulék. Egészségbiztosítási járulék a jövedelem 7,65%-a, melyből 2,55%-ot a biztosított, 5,1%-ot a munkáltató fizet.

Hollandia egészségügyi rendszere 2006. január 1-től kötelező egészségbiztosításon alapul. Az egészségügyi kiadásokból államilag finanszírozott 61,2% volt, mely igen alacsony értéket képvisel európai viszonylatban. Járulék a jövedelem 13%-a. Minden 18 éven felüli biztosított névleges járulékot fizet, melynek összege 1038 Euró/év.

Írországban adókból finanszírozott egészségügyi rendszer működik. Az egészségügyi kiadások 78,5%-át finanszírozza az állam, és az állami kiadások több mint 80%-át adózásból fedezik. Magánbiztosítók fedezik a kiadások 8,5%-át, míg a fennmaradó rész közvetlen lakossági kifizetés.

Luxemburg egészségügyi rendszere kötelező egészségbiztosításon alapul. Állami kiadások az egészségügyi kiadásokon belül 90,2%-ot tettek ki, mely a legmagasabb az EU-15 között. 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%. Az egészségügy finanszírozása többségében állami forrásokból történik, az anyagi háttérrel elsősorban a kötelező biztosítás képezi, mely a lakosság 99%-a számára nyújt fedezetet.

Németország egészségügyi rendszerét olyan táradalombiztosítási rendszer jellemzi, melynek bázisát a kötelező egészségbiztosítás jelenti. Németországban a lakosság körülbelül 90%-a részesül a szolidáris alapú kötelező egészségbiztosításban és közel 10%-ot tesz ki a magán egészségbiztosítókkal szerződötték aránya. A magánbiztosítókkal szerződők körébe a vállalkozók, köztisztviselők és a bizonyos jövedelmi szintet meghaladó (3937,50 EUR/hó 2006-tól) lakosok tartoznak. (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.) Az egészségügyi ellátás anyagi háttérét – melyet túlnyomó részt az állam biztosít 78,1%-ban – az állami szektor részéről főként a kötelező betegbiztosítási járulékokból, ápolásbiztosításból illetve adókból befolyt bevételek jelentik. A német

egészségbiztosítás két kategóriára osztható. A kötelező betegbiztosításban vesznek részt azok a munkavállalók, akik jövedelme nem éri el a 3937,50 EUR/hó szintet (2006-os adat). Az egészség- és ápolásbiztosítás terén a járulék megállapításának jövedelmi határa 2006-ban 3562,50 EUR/hó-ra (42.750 EUR/év) emelkedett (2005: 3525 EUR/hó; 42.300 EUR/év). A kötelező fedezet anyagi erőforrásai a biztosított munkavállalók és a munkáltatók járulékából tevődnek össze, melyet 2005. július elsejéig a munkavállalók és a munkáltatók fele-fele arányban térítettek. A járulék jelenlegi mértéke 14,2%. 2005. július 1-től a kötelező betegbiztosítással rendelkezők számára egy ún. 0,9%-os kiegészítő járulék bevezetésére került sor (0,4% fogpótlás, 0,5% táppénz), melyet egyedül a munkavállaló köteles viselni, azaz a kiegészítő járulék bevezetésének köszönhetően a munkaadók terhei 0,45%-kal csökkentek (6,6%-ra), a munkavállalók tényleges terhei pedig ugyanennyivel nőttek 7,5%-ra (a bevezetéssel egy időben a kötelező betegbiztosítókat törvény kötelezte járulékaik 0,9%-kal való csökkentésére). A fenti határértéket meghaladó jövedelemmel rendelkezők a kötelező biztosítás helyett, illetve kiegészítésként a magánbiztosítók valamelyikének szolgáltatásait választhatják.

Olaszország egészségügyi rendszere döntően adókból finanszírozott. Az összes állampolgár számára hozzáférhető rendszer. Az állam fedezi az összes egészségügyi kiadás 76,4%-át. Az adó egy része közvetlenül a régiókhoz folyik be, mely egyrészt a vállalatok nyeresége és a közalkalmazottak munkabére után fizetendő 4,25%, valamint regionális jövedelemadó, mely a nemzeti jövedelemadó 0,9%-át tette ki, a forgalmi adó egy része és az üzemanyagadóból 0,13 Euró literenként. A régiók különbségeinek kiküszöbölésére szolgál a szolidaritási alap, ami az általános forgalmi adóból származó bevételek 25,7%-ából kerül finanszírozásra.

Portugáliában vegyes egészségügyi rendszer működik, melyben a legnagyobb súlyt az adókból finanszírozott NHS képezi, ezen túl működik társadalombiztosítás bizonyos foglalkozási csoportokra, valamint önkéntes magánbiztosítás. Az állami kiadások aránya 69,7%, az egészségügy összes kiadásain belül. Az NHS, mely teljes lefedettségű, főként adójövedelmekből finanszírozott. Nemzetközi tanulmányok szerint a portugál elméletileg progresszív, felosztó adórendszer valójában regresszív, figyelembe véve a magas out-of-pocket kiadásokat

és az indirekt adók magas hányadát. Az adóbevételekből a termékeket és a szolgáltatásokat terhelő indirekt adók 42,6%-ot tesznek ki, míg a jövedelemadók és nyereségadók aránya 28,5%. Mindez magyarázza azt a tényt, hogy az egészségügyi kiadások elsősorban az alacsony jövedelmű háztartások számára komoly terhet jelentenek. A társadalombiztosítási alrendszer a munkáltatók és munkavállalók járulékaik alapján működik.

Spanyolország egészségügyének finanszírozása az állam adóbevételein alapul. Az állami kiadások aránya az egészségügyi összkiadás 71,9%-át tette ki. Az egészségügyi rendszert általános adózásból – általános forgalmi adóból, jövedelemadókból és a régiók által kivetett adókból – tartják fenn. A régiók módosíthatnak a területükre vonatkozó adókulcsot a kormány által megszabott határig. Egyes autonóm tartományok állami támogatásban is részesülnek. 1997 óta az egészségügyi rendszer a lakosság mintegy 99,8%-át lefedi, kiterjed a bevándorlókra és az alacsony jövedelmű állampolgárokra egyaránt.

Svédország egészségügye kötelező adózási rendszeren alapul és lefedi a teljes lakosságot. A svéd Országos Egészségügyi Szolgálat állampolgárságtól független fedezetet nyújt minden lakos számára. Az állami kiadások aránya az összes egészségügyi kiadáson belül 85,4% volt. Svédországban az egészségügynek három bevételi forrása van: adók (központi, regionális, helyi), az országos társadalombiztosítási rendszer, és a magánkiadások.

A szolidaritási elv érvényesülése azonban nem csak finanszírozási oldalról jelenik meg a különböző rendszerekben, hanem a rendszer hozzáférhetősége és a co-payment jellege és szerepe is jelentősen befolyásolja érvényesülését a rendszer működésében. A co-payment fizetésének rendszeren belüli helye, nagysága, jövedelem arányossága jelentősen befolyásolja a rendszer hozzáférhetőségét, szolidáris voltát. Nézzük meg ezeket az EU-15 országokban.

Ausztriában a 30%-os magánfinanszírozás nagyobbik része lakossági kifizetés. A lakosok fizettek egyebek mellett a három hónapig érvényes betegkártyákért, 2006-tól ehelyett az e-card-ot térítik, 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 szol-

gáltatás éves díja a betegek részére 10 EUR. A biztosítóval szerződésben álló kórházakban napi 10 euró (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 költséghozzájárulást térítenek, melyre szintén érvényes a 28 napos korlát.

Magánbiztosítás az egészségügyi kiadások 7,3%-ára nyújt fedezetet, és a lakosság körülbelül egyharmada rendelkezik magánbiztosítással. Magánbiztosítás nyújthat fedezetet a kórház napi költségeinek biztosítására, a táppénz további fizetésének biztosítására.

Belgiumban 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. Az extra igények teljesítésének fedezésére kiegészítő magánbiztosítás köthető.

Az alapellátásban az orvosi kezelés esetében az önrészfizetés mértéke általában 10% és 25% közötti (általános orvos szakosodása esetén 30%), egyes szolgáltatások esetében azonban nincs önrészfizetés. A költséghozzájárulás egy meghatározott éves felső határa felett a biztosítottak egyes csoportjai részére (jövedelmi szintek szerint) minden további szolgáltatás ingyenesen vehető igénybe. Az önrészfizetésben kedvezményeket kapnak a fogyatékkal élők, nyugdíjasok, özvegyek, árvák, akiknek – az egyenlő hozzáférés esetleges sérelmének kiküszöbölésére – arányaiban kevesebbet kell fizetni, illetve szociális és pénzügyi kivételeket állapítottak meg részükre. A kedvezményezettek, illetve mentességet élvezők körébe tartoznak Belgiumban, továbbá a fogyatékkal élők segélyére, az időseknek járó garantált jövedelemre, az integrációs jövedelemre jogosultak: a fogyatékkal élő gyermekek, a részben vagy egészben szociális segélyre jogosultak, az 50 év feletti munkanélküliek, azon családok, ahol az éves adóköteles jövedelem 13 246,34 EUR alatti, a foglalkozási ártalmaktól szenvedők és a balesetet elszenvedettek. A szakorvosi ellátás esetén a biztosítottak éves költségterhe a jövedelmi szinttől függően körülbelül 40%-os. Egyes szolgáltatások igénybevétele során elmarad az önrészfizetés. Belgiumban bizonyos összeg felett a fizetendő önrész levonható a

jövedelemadóból mindenki számára, ez a küszöbérték a háztartások adóköteles bruttó jövedelmének nagyságától függ. Kórházi kezelés esetén a felvételi költség 27,27 EUR. A napi hozzájárulás mértéke 13,06 EUR. A hozzátartozó gyermekek és alacsonyjövedelmű betegek esetén a napi hozzájárulás 4,64 EUR. Pszichiátriai otthonban történő elhelyezésnél, öt éven túli kezelés esetén 21,78 EUR a napi hozzájárulás mértéke (jövedelmi helyzettől függően itt is léteznek kedvezmények). Az első 5 évben az általános kórházakéval megegyező a díj. Fix hozzájárulást kell fizetni az ápolási otthonokban és az idősek otthonaiban. Kedvezmény adható a hozzátartozó eltartott gyermekei részére, fogyatékkal élők, nyugdíjasok, özvegyek, árvák, munkanélküliek számára. Ilyen esetekben a napi hozzájárulás mértéke 4,46 EUR. 2002-ben az egészségügyi ellátás mindenki számára való jobb elérhetősége érdekében a rászorultság alapján érvényesített mentességek helyett átfogó támogatási rendszer lépett életbe, mely maximált keretösszeget állapít meg a háztartások éves egészségügyi kiadásaira a családok jövedelemviszonyainak függvényében. A maximált díjtétel összehatárt szab a családok közvetlen egészségügyi kiadásainak, melynek mértéke a család jövedelmétől, illetve a jogosult személy szociális helyzetétől függ.

Magánbiztosítással a lakosság 57,5%-a rendelkezik, mely fedezetet nyújt az alapbiztosítás által nem fizetett költségekre.

Dániában az egészségügyre fordított magánkiadások az összkidadás 15%-át teszik ki. Alap- és járóbeteg-ellátás esetén két ellátási csomag létezik. Az elsőben a háziorvost választó betegek számára nincs fizetési kötelezettség, míg a második csomagot választóknál szabad orvosválasztás esetén, az első csomagra megállapított díjszabást meghaladó költségek a beteget terhelik. Kórházi ellátás esetén csak nem szerződött magánkórház választásakor hárulnak a betegre az ellátás költségei. A privát kiadások olyan közvetlen kifizetések, melyek fizioterápia igénybevétele, fogászati ellátás vagy szemüvegrendelés esetén merülnek fel, illetve a kiegészítő egészségbiztosítás járulékaiból tevődnek össze.

A lakosság mintegy 30%-a rendelkezik magánbiztosítással a kötelező biztosításban nem finanszírozott szolgáltatások költségeinek térítésére (fogászati kezelések, szemüvegrendelés, gyógyszerköltségek stb.). Ez az egészségügyi összkidadás 1,6%-át fedezi.

Az **Egyesült Királyságban** az állami egészségügyi ellátásban, 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. A fogorvosi kezelés esetén, az NHS keretein belül önrészesedést kell fizetni, ez 80%-ig terjedhet, max. 372£ értékig (551 EUR). Nincs költség a terhes nőkre, a szülést követően 12 hónapig, a 18 év alattiakra, a 19 év alatti tanulóakra, jövedelem pótló támogatásban részesülőkre stb. Az alacsony jövedelműek szintén támogatást kérhetnek. A gyógyszerek önrésze 10 EUR/tétel (receptdíj).

Az NHS alapelvei között elsőként említi, hogy mindenki számára univerzális fedezetet kíván nyújtani, mely az indokolt szükségleten és nem a fizetőképességen nyugszik. Az egészségügy alapvető emberi jog, így a magán rendszerektől eltérően az NHS nem zár ki embereket egészségi állapotuk vagy pénzügyi helyzetük miatt. Ellentétben azokkal az országokkal, ahol a magán- vagy társadalombiztosítás által fedezett egészségügyi szolgáltatások terjedelme világosan kimondott, az Egyesült Királyságban az NHS nem ír elő határozott szolgáltatási listát.

Magánbiztosítás az egészségügyi kiadások 4%-át fedezi és a lakosság 12%-a rendelkezik vele. Fedezetet jelent magánkórházi ellátásra, alternatív gyógyászati eljárásokra, fogászati ellátásra, kényelmi szolgáltatásokra, elektív beavatkozások esetén a várakozási idő csökkentésére.

Finnországban a kiadások növekedése a magánforrások részarányának növekedéséhez vezetett. Mind abszolút, mind relatív értelemben növekedett a magánfinanszírozás (az állami kiadások csökkenésével egyidejűleg), ami elsősorban a városi szolgáltatások díjai növekedésének, a gyógyszerek és más egészségügyi kezelések költségeinek adóból történő levonhatósága megszüntetésének tudható be, valamint annak, hogy a Nemzeti Társadalombiztosítás csökkentette a gyógyszer-visszatérítések mértékét. Az alacsony jövedelműek, ill. egyéb csoportok nem mentesülnek a fogyasztói díjak alól. 2000 elején vezették be a magán egészségügyi kiadások éves plafonját. Fix önrészfizetés van, mely az alapellátásban 11 EUR az első három konzultációra, extra díjtétel 15 EUR a rendelési időn kívüli ellátásért, az ügyelet igénybevételeért. Szakellátásban 22 EUR konzultációnként, ambuláns

sebészeti beavatkozás 72 EUR (mentesség jár 18 év alatt). Fekvőbeteg-ellátásban 26 EUR/nap a fizetendő díj (küszöbérték évi 590 EUR, e fölött a naponta fizetendő díj 12 EUR-ra csökken).

Az önkéntes magán egészségbiztosítás szerepe Finnországban továbbra sem jelentős, habár az utóbbi időben valamelyest növekedett. 1980-ban az összes egészségügyi kiadás 0,8%-át tette ki, 1990-ben pedig 1,7%-ot. A jelenlegi 2%-ra való növekedés oka főként a magán biztosító társaságok által nyújtott rehabilitációs és fogászati szolgáltatásokban mutatkozó növekedés. A lakosság 12%-a rendelkezik magán egészségbiztosítással.

Franciaországban a kötelező biztosítás az egészségügyi szolgáltatások betegek által fizetett díját meghatározott rátákon számítva téríti vissza, s a visszatérítés sem teljes, a betegek (a kivételektől eltekintve) co-payment fizetésére kötelezettek. Alap- és járóbeteg-ellátásban 2006-ban általános orvosi vagy szakorvosi konzultáció, valamint a radiológiai vizsgálatok után a betegek általában a díj 30%-át és 1 eurós vizitdíjat fizetnek. Ez a gyakorlatban általános orvosi konzultációként 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 maximum, 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. A fekvőbeteg-ellátás 100%-os térítésére a következő esetekben kerül sor: 91 EUR-t meghaladó díjtételű beavatkozások, 30 napot meghaladó kórházi tartózkodás, a terhesség utolsó 4 hónapjában és a szülés utáni 12 napban az anya részére, a szülés utáni 30 napban a csecsemő részére nyújtott ellátás, munkahelyi baleset vagy munkaköri ártalom kezelése, krónikus betegség, kiskorún elkövetett nemi erőszak.

Franciaországban az önkéntes magánbiztosítás 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, valamint a gyógyászati segédeszközöket.

Nem jár kötelező térítés a plasztikai műtétekre és a gyógyfürdő-kezelések többségére sem, ez is a magánbiztosítás hatáskörébe tartozik. Az egészségügyi kiadások 13,2%-ának fedezetére szolgál és a lakosság 95%-a rendelkezik magán egészségbiztosítással.

Görögországban a magánkiadások aránya az összes egészségügyi kiadásból 48% (az EU-15 tagországok között a legmagasabb). A magán egészségügyi kiadások több mint 90%-a közvetlen kifizetés, 10%-a magánbiztosítási járulék. A magán egészségügyi kiadások számottevő részét informális kifizetések teszik ki. A magánkiadások magas aránya az állami és magánszolgáltatások egymásba nyúló gyakorlatának, az alapellátás alacsony szintjének, a biztosítási alapok nagyon különböző szolgáltatási fedezetének tudható be. Az alap- és fekvőbeteg-ellátásban nincs önrészfizetés. A járóbeteg-ellátásban alkalmanként 2,9 EUR térítendő.

A lakosság 20%-a rendelkezik magán egészségbiztosítással, mely magán egészségügyi ellátás költségeit fedezi.

Hollandiában az alap- és szakellátás meghatározott jövedelem alatt ingyenes. A fekvőbeteg-ellátásnál a magasabb színvonalú ellátásért külön díjat számolnak fel. Gyógyszerekért referenciaáras térítést, valamint átalánydíjas fizetési kötelezettséget (receptírási díjat) vezetnek be.

A magánbiztosítás az egészségügyi kiadások 15,2%-a. A lakosság 92%-a rendelkezik magán egészségbiztosítással. A magánbiztosítás nyújt fedezetet magasabb színvonalú fekvőbeteg ellátásra, gyógyszerköltségekhez való hozzájárulásra, alternatív kezelésekre, fogászati ellátásra, gyorsabb hozzáférésre kórházi ellátáshoz.

Írországban az I. kategóriában a háziorvosi ellátás, állami kórházak szolgáltatásai, gyógyszerek, fogászati kezelés számára nincs önrészfizetés. A II. kategóriában a háziorvosi ellátás fizetendő, ennek értéke maximálva van, ami családonként évi 500 EUR, személyenként 220 EUR, ezen összeg fölött nem kell fizetni. A járóbeteg-ellátás díja 45 EUR, kórházi kezelés 45 EUR/éjszaka (éves küszöbérték 450 EUR). A betegek költséghozzájárulása a következő fizetésekből áll: GP szolgáltatások; a gyógyszer támogatási rendszer által nem fedezett vényköteles gyógyszerek; az állami kórházak járó- és fekvőbeteg ellátási díjai azok számára, akiknek nincs egészségügyi kártyájuk, és nem rendelkeznek biztosítással ezen ellátásokra; az önkéntes biztosítás

nélkül történő magánellátás; krónikus ápolóotthoni ellátás időseknek, akiket nem támogat az RHB vagy nem fedez önkéntes biztosítás.

A magánbiztosítás az összes egészségügyi kiadás 7,6%-a. A lakosság 43%-a rendelkezik magán egészségbiztosítással, mely segíti a gyorsabb hozzáférést a szolgáltatásokhoz, gyógyszerköltségekhez való hozzájárulást biztosít, kényelmi szolgáltatásokhoz való hozzáférést biztosít, anyasági juttatást biztosít, járóbeteg konzíliumhoz járul hozzá.

Luxemburgban az egészségügyi kiadások 5,0% közvetlen térítés, 11,9% magánbiztosítás. Közvetlen lakossági kifizetés az alap- és szakellátás %-os díjfizetése, alap- és szakellátásban a vizit 20%-a, minden hónap első vizitjén, a további vizitek 5%-a, felső korlát 44 EUR/ alkalom, fekvőbeteg ellátásban fix önrészfizetés 9,31 EUR/ nap.

A lakosság 75%-a rendelkezik magán egészségbiztosítással, mely nem alapvető ellátási formák fedezetére szolgál.

Németországban az egészségügyi kiadások 21,9%-át teszik ki a magánkiadások, melyek jelentik a fix önrész fizetést, alap- és szakellátásban 10 EUR/ negyedév, felső korlát az éves jövedelem 2%-a, krónikus betegeknél 1% (mentesség 18 év alatt), fekvőbeteg ellátásban 10 EUR/ nap, felső korlát az éves jövedelem 2%-a, krónikus betegeknél 1%-a, valamint 28 nap (mentességet élvez gyermek és anyagilag rászoruló).

Magánbiztosítás az egészségügyi kiadások 8,6%-át fedezi, és a lakosság 10%-a szerződött velük. Ambuláns ellátás költségeinek biztosítására, kórházi kezelés költségeinek biztosítására, táppénz fizetésre, fogpótlás biztosítására, gyógyfürdő kezelésre, ápolás biztosítására szolgál. Bizonyos jövedelmi szint felett kötendő biztosítási forma.

Olaszországban az egészségügyi kiadásokon belül az állam által nem finanszírozott rész 23,4%. A privát finanszírozás hányada az utóbbi években vált számottevővé, melynek oka egyrészt a betegek önrészfizetésének bevezetése, illetve a magánbiztosítók szolgáltatásai iránt jelentkező növekvő kereslet. Alapellátásban nincs önrészfizetési kötelezettség. Szakellátásban fix önrészfizetés van, 36 EUR térítendő. Fekvőbeteg ellátás esetén többágyas szobákban az ellátás ingyenes. Pozitív gyógyszerlistára fel nem került gyógyszerek illetve a listán lévő gyógyszerek esetén járulékos térítési díj van.

A lakosság mintegy 30%-a rendelkezik magánbiztosítással.

Portugáliában a magánkiadások aránya 30,3% (out-of-pocket payment) az egészségügyi kiadásokon belül, növekvő tendenciájú, a fogyasztók költségtudatosságának befolyásolását is szolgálva. Alap- és szakellátásban 2-8 EUR/ alkalom fix önrészfizetés. (Mentesség és felső korlát van). Fekvőbeteg-ellátásban nincs önrészfizetési kötelezettség. Gyógyszerköltségek esetén a co-payment összege 30% körül van.

A lakosság 10%-a rendelkezik magán egészségbiztosítással.

Spanyolországban a lakossági kifizetések aránya az összes egészségügyi kiadáson belül 28,1%-ot tett ki. Ilyen közvetlen kiadás a privát szektorban az ambuláns szolgáltatások anyagi ellentételezése, az önkéntes biztosítás járuléka, valamint a gyógyszerekre fizetendő co-payment. Ambuláns és kórházi ellátásban nincs önrész fizetés. Fogászati ellátásban 18 év felett teljes ár fizetendő kivéve a foghúzást és bizonyos kezeléseket. A lakosság 40%-os co-payment-tel köteles hozzájárulni a gyógyszerkiadásokhoz. A fizetési kötelezettség alól a 65 éven felüli állampolgárok és a krónikus betegek élveznek mentességet.

A magán egészségbiztosítók egyre nagyobb szerepet játszanak a lakosság ellátásának térítésében, mivel az általuk nyújtott kiegészítő biztosítás az alapvető szolgáltatásokon felüli ellátásra nyújt fedezetet, és segít a várólisták enyhítésében. 2003-ban a lakosság 18,7%-a rendelkezett magánbiztosítással. Magánbiztosítás fedezi az összes egészségügyi kiadás 3,9%-át.

Svédországban a magánkiadások aránya az egészségügyi kiadásokon belül 14,6%-os volt. Fix önrészfizetés kötelező az alapellátásban 11-17 EUR/ alkalom, járóbeteg-ellátásban 22-33 EUR/ alkalom (felső korlát 100 EUR/ hó, nem számítva a kórházi napidíj költségeit). Mentességet élveznek 20 év alattiak, terhesség alatti kontrollvizsgálat. Fekvőbeteg-ellátásban 9 EUR/ nap (a díjtételek jövedelmi viszonyoktól függően csökkenthetők).

Magánbiztosítások az egészségügyi kiadások kevesebb mint 1%-ára nyújtanak fedezetet és a lakosság kevesebb mint 1%-a rendelkezik vele. Felhasználható alternatív gyógyászati eljárások, fogászati ellátás, gyógyszerköltségek térítésére, co-payment kifizetése, gyorsabb hozzáférés az elektív szakellátáshoz, magánkórházi szolgáltatások igénybeviteléhez.

Értékelés

Láthattuk, hogy az EU-15 országai különböző megoldási sémákkal és finanszírozási rendszerek kiépítésével próbáltak megfelelni a kor kihívásainak és a változó társadalmi igényeknek. Amikor azonban társadalmi igényekről beszélünk a különböző egészségügyi rendszerek kialakításánál már nem csupán a társadalom egészségi állapotából fakadó egyre diverzifikáltabb igényekkel kell számolnunk, hanem egyre jelentősebb szerepet kapnak bizonyos gazdasági igények. Ezek a gazdasági igények részint abból fakadnak, hogy a nemzetgazdaság versenyképességének fenntartásához minél kisebb elvonást jelentsenek az egészségügy kiadásai, másrészt látható, hogy mind finanszírozó, mind szolgáltató oldalról erőteljes törekvés van arra nézve, hogy a magántőke bekapcsolódjon a rendszerbe. Tehát a magántőke profitigényével is számolni kell a legtöbb országban az egészségügyi kiadások vonatkozásában. Ezek a gazdasági igények is bekapcsolódnak a társadalmi igények finom hangolásába és mint látni fogjuk a rendszerek értékelésébe is.

Látható, hogy igen eltérő a társadalmi szintű ráfordítás országonként és jelentős eltérések láthatók az állami szerepvállalás vonatkozásában is (1. táblázat). Összességében elmondható, hogy a nagyobb állami szerepvállalás társadalmi szinten gazdaságossá tette a rendszer működését és az egy főre eső kiadások itt alacsonyabbak voltak, melynek az ára volt, hogy az állam állta a kiadások nagy részét. Ez nyilvánvaló, ha megnézzük az Egyesült Királyság, Franciaország illetve Hollandia adatait. Az Egyesült Királyságban az állami kiadások az összes kiadás 86%-át teszik ki, míg ez Franciaországban 76,5% (egy főre eső GDP valamivel magasabb, mint az Egyesült Királyságban), Hollandiában pedig 61,2% (egy főre eső GDP egyértelműen magasabb, mint az Egyesült Királyságban). A három ország vonatkozásában szembe tűnő, hogy az állami szerepvállalás csökkenésével párhuzamosan társadalmi szinten drágul az egészségügy, megnőnek az egy főre eső kiadások. Ezzel párhuzamosan ugyan az állami ráfordítás kis mértékben csökken, azonban ez a csökkenés nem nevezhető szignifikánsnak.

1. táblázat: Összes kiadás/állami kiadás

	A	B	Dan	UK	Fin	Fr	Gr	Nl	Irl	Lux	D	I	Por	Sp	Sv	EU-15
Egy főre jutó GDP, PPP US \$ 2003	30 094	28 335	31 465	27 147	27 619	27 677	19 954	29 371	37 738	62 298	27 756	27 119	18 126	22 391	26 750	26 779
Összes egészségügyi kiadás a GDP %-ában	9,6	9,3	9,0	8,1	7,5	10,0	9,8	9,8	7,2	6,9	10,9	8,7	9,8	7,8	9,5	9,27
Állami kiadás az összes egészségügyi kiadás %-ában 2004	67,6 GDP 6,49%	70,9 GDP 6,60%	82,6 GDP 7,43%	85,9 GDP 6,96%	76,8 GDP 5,76%	76,5 GDP 7,65%	51,7 GDP 5,07%	61,2 GDP 6,00%	78,5 GDP 5,65%	90,2 GDP 6,22%	78,1 GDP 8,51%	76,4 GDP 6,65%	69,7 GDP 6,83%	71,9 GDP 5,61%	85,4 GDP 8,11%	76,23 GDP 7,07%
Magánkiadás az összes egészségügyi kiadás %-ában 2004	32,4	29,1	17,4	14,1	23,2	23,5	48,3	38,8	21,5	9,8	21,9	23,6	30,3	28,1	14,6	23,77
Összes ráfordítás/fő (EUR)	2 889	2 635	2 831	2 198	2 071	2 768	1 955	2 878	2 717	4 298	3 025	2 359	1 776	1 746	2 541	

Elgondolkodtató, hogy bizonyos gazdasági preferenciák mint az állami kiadások csökkentése, munkaerő költségeinek szinten tartása, melyek összességében javítják a versenyképességet, gyengítik a társadalmi szinten létrehozott kockázatközösséget (állami ráfordítások csökkentésével gyengül a szolidaritás is) és növelik a társadalmi szintű ráfordítást. Természetesen a megnövekedett ráfordítás következtében az egészségügyi piac aktívabb lesz, profitabilitása fokozódhat, de kérdés az, hogy ez a szempont releváns-e az egészségügyi rendszerek értékelésében. Az egészségügyi szektor gazdaságra gyakorolt globális hatásának elemzése mindazonáltal meghaladja a dolgozat kereteit.

1. Rendszer hozzáférhetősége (szakmai vagy gazdasági kapuőrzés)

A kapuőrzés gyakorlatának kialakítására a rendszer működésének olcsóbbá tétele, az állami kiadások csökkentése miatt került sor. Szakmai kapuőrzésről ott beszélünk, ahol a betegnek először egy háziorvossal kell találkoznia bármilyen jellegű egészségügyi panasz esetén, és amennyiben szükség van nagyobb szakértelmet megkövetelő ellátásra, a beteg beutalót kap a szakellátáshoz. A másik modell a közvetlen hozzáférésees rendszer, ahol a beteg szabadon dönt, hogy először elmenjen-e a háziorvoshoz vagy közvetlenül szakellátást vegyen igénybe. Az országokat a következőképpen lehet csoportosítani a két modell alapján. Kapuőrző rendszer: Portugália, Olaszország, Finnország, Dánia, Egyesült Királyság, Hollandia, Írország, Spanyolország. Közvetlen hozzáférésees rendszer: Luxemburg, Ausztria, Németország, Franciaország, Belgium, Görögország, Svédország. A kapuőr rendszerekben az állami egészségügyi ellátás a meghatározó (kivételem Hollandia), míg a szabad, direkt elérésees rendszerek Görögország és Svédország kivételével biztosítás alapú rendszereknek tekinthetők. Az osztályozás 17 szolgáltatás (orvosi ellátás, kiegészítő egészségügyi ellátás és rehabilitációs ellátás területén pl.: fogorvos, gyermekorvos, nőgyógyász, szülésznő, ambuláns szakorvos, kórházi szakorvos, otthoni ellátást nyújtó nővér, pszichoterapeuta, pszichiáter, kórházi fekvőbeteg ellátás, rehabilitációs intézmény stb.) elérhetősége szerint történt. Kapuőrző rendszernek tekinthető az az ország, ahol a szolgál-

tatások kevesebb mint 50%-a érhető el közvetlenül, közvetlen hozzáférése rendszernek pedig ahol több mint 50%-a. Vita van arról, melyik típusú rendszer előnyösebb. Vannak tanulmányok, amelyek arra következtetnek, hogy az alapellátást előtérbe helyező egészségügyi rendszerek alacsonyabb költségekkel és jobb kimenetekkel járnak, más kutatók csak az alacsonyabb költségekre találtak bizonyítékot.

A kapuőrzés másik technikája a gazdasági kapuőrzés, mely nem a hasznos (célzott) orvos-beteg találkozások számának növelésével, és a felesleges találkozások kiiktatásával próbálja meg a rendszert hatékonyabbá tenni és ezáltal az állami kiadásokat mérsékelni, hanem egyszerűen gazdasági eszközökkel kívánja az alacsonyabb egzisztenciával rendelkezőket a rendszertől elzárni. A rendszerbe való belépéskor fizetendő co-payment, vizitdíj célja alapvetően az, hogy a beteget a rendszertől távoltartsa, fizetőképesség vagy fizetési hajlandóság alapján megszelektálja a rendszert igénybevenni kívánókat. A rendszertől ily módon távolmaradók jelentik az állami megtakarítást. A gazdasági kapuőrzés gyakorlata nem csupán etikátlan, alapvetően ellentmond a legtöbb európai rendszer alapját képező szolidaritás elvnek, valamint az egyik lehangsúlyosabbá vált célnak is, a beteg vásárlói szerepe erősítésének is ellentmond. A rendszertől távoltartott beteg nem lesz informált saját állapotáról, lehetőségeiről, választási alternatíváiról, így vásárlói szerepe gyengül, illetőleg megszűnik. Ez a típusú kapuőrzés jellemző: Ausztria, Belgium, Finnország, Franciaország, Hollandia, Írország, Luxemburg, Németország, Portugália, Spanyolország esetén. Tehát a gazdasági kapuőrzés technikája sajnos széles körben elterjedt, inkább a biztosítási rendszerekre jellemző, de ugyan úgy megtalálható az adóból finanszírozott (állami) rendszerek között is.

2. Társadalmi vagy állami gazdaságosság

Érdekes összevetési lehetőséget kínál különböző egészségügyi rendszerek összehasonlítására, ha azok állami és összes költségét vetjük össze. Korunk egyik legnagyobb kihívása, hogy az egészségügyi rendszer finanszírozható legyen, tehát ne vonjon el sok forrást a gazdaságtól és más területektől. Ez leginkább két dologra összpontosult: egyrészt azáltal, hogy a gazdaság más területéről nem von el több forrást,

az oda kerülő források fejlődést indukálnak, vagy tartanak fenn, másrészt pedig a bérek járulékainak csökkentésével illetve szinten tartásával a munkaerő árának csökkentésével fokozzák a nemzetgazdaság versenyképességét.

A nyugat-európai országokban a piac szerepének növelésére vonatkozó törekvések nem az egészségügyben indultak el, hanem a először a gazdaságban, majd a jóléti rendszer egészére vonatkozóan és valójában az egészségügy az a szektor, ahol a társadalom jelentősebb ellenállásába ütköztek a radikálisabb elképzelések. A piac szerepének növelése és az állami visszavonulás megnyilvánulhatott mind a finanszírozói, mind a szolgáltatói struktúrában. Vizsgáljuk meg, hogy ezek a tényezők milyen módon hatottak az állami és magánkiadásokra.

Látható, hogy az Egyesült Királyság esetén az állami finanszírozás aránya közel 86%, míg Hollandia esetén ez csak 61%, az egészségügyi kiadásokban. Az is látható, hogy az egy főre eső állami kiadásokban ez 7% körüli különbséget jelent, tehát a holland államnak, annak ellenére, hogy ott az egy főre eső GDP magasabb, Hollandiában az állam számára az egészségügy olcsóbb, kevesebb állami kiadást jelent. Össztársadalmi szinten azonban a holland egészségügy jóval drágább, több mint 30%-kal több az egy főre eső egészségügyi kiadás, mint az Egyesült Királyságban. Franciaországban az állami kiadások aránya 76,5% az egészségügyi kiadásokon belül, tehát jóval magasabb, mint Hollandiában, de szignifikánsan kevesebb, mint az Egyesült Királyságban. Franciaországban ahol az egy főre eső GDP csak minimálisan magasabb, mint az Egyesült Királyságban, az egészségügyi kiadások több mint 26%-kal magasabbak, mint az Egyesült Királyságban, állami kiadásokban ugyanakkor már csak 12% körüli a különbség. Tehát látható, hogy össztársadalmi szinten az állam szerepének csökkenésével az egészségügyi kiadások nőnek, társadalmi szinten az egészségügy drágul a piac térnyerésével. Mindemellett az állami kiadások mérséklődése jóval kisebb mértékű, ami magától értetődően azt jelenti, hogy a magánkiadások jelentős növekedése fedezheti csak ezt a drágulást.

Az állam szerepével kapcsolatos dilemmák

Ennek legfőbb okait fogalmazza meg a piaci kudarcokra vonatkozó elmélet. A piaci kudarcokra vonatkozó elmélet alapvető következtetése, hogy *bizonyos feltételek mellett* a javak és szolgáltatások piaci viszonyok között történő termelése és elosztása társadalmi szinten nem hatékony (az erőforrások olyan elosztását fogja eredményezni, amely nem optimális a Pareto-i értelemben). Ha a tökéletes piac modellje érvényesülne az egészségügyi ellátásban, akkor azt a következő viszonyok jellemeznék: a fogyasztók tökéletesen informáltak és így képesek mérlegelni az egészségügyi ellátás költségeit, s hozamait más javakéhoz képest. Annyit költenek egészségügyi ellátásra, amennyi maximalizálja jólétüket. Ennek eredményeként a társadalom a legcélsezerűbb erőforrás-mennyiséget fordítja globálisan az egészségügyi ellátásra, illetve annak különböző típusaira – ezáltal fennáll az allokatív (elosztási) hatékonyság. Ugyanakkor az egészségügyi ellátás termelői, akik profitjuk maximalizálására törekszenek, a fogyasztók által legmagasabbra értékelt ellátásokat kínálják, 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. Ennek az ideális állapotnak az eléréséhez a (tökéletes) piacokon a következő feltételeknek kellene fennállniuk: a bizonyosság (a fogyasztók pontosan tudják, hogy milyen szolgáltatást kívánnak); az externalitások hiánya; tökéletes tájékozottság a fogyasztó részéről; a fogyasztók képesek a termelők önérdéke által befolyásolt tanácsoktól mentesen tevékenykedni; és sok kis termelő gondoskodik a valóságos versenyről, a termelők nem tudnak összejátszani. Széleskörű irodalom foglalkozik azzal, hogy ezek a feltételek miért és milyen módon nem érvényesülnek az egészségügyi szolgáltatások esetében – azaz a piaci kudarcok jelenségeivel (Cullis–West, 1979; Donaldson–Gerard, 1993; Mooney, 1986; McGuire et al., 1988; Musgrove, 1996, 1999).

Az externális hatások

Az externalitások a piaci ügyletek során keletkező – a fogyasztón és termelőn kívüli harmadik személyt érintő olyan negatív vagy pozitív következmények, amelyek kívül állnak ennek a személynek az ellenőrzési körén. Az ilyen javakból a piac nem képes optimális mennyiséget előállítani, mivel a fogyasztók és a termelők csak a számukra jelentkező költségeket és hozamokat veszik figyelembe. Az egészségügyi ellátásban a pozitív externális hatás két típusa figyelhető meg. Előnyös lehet számunkra ha tudjuk, mások igénybe vehetnek valamilyen állami egészségügyi beavatkozást, mint például a védőoltást, aminek közvetlen hatása van a saját egészségi állapotunkkal kapcsolatos kockázatokra („önző” externális). Humánusan gondolkodó egyének számára hasznossága lehet annak a tudatnak is, hogy az ő közönségében (országában) senki nem maradhat ellátás nélkül („gondoskodó” externális).

Információ-aszimmetria

A fogyasztók az esetek többségében nem tudják megítélni, milyen típusú, mennyiségű és minőségű egészségügyi ellátást vegyenek igénybe, sőt még azt sem tudják megítélni, hogy mikor van szükségük ellátásra – így az orvos kerül abba a helyzetbe, hogy tanácsot adjon betegének. Az orvos a beteg „megbízottjaként” jár el, aminek következtében az orvos kivételes befolyásolási helyzetbe kerül, mivel *egyidejűleg befolyásolja az egészségügyi ellátás keresleti és kínálati oldalát is*. A piac nem képes tájékoztatni a fogyasztót arról, hogy az egészségügyi ellátás milyen mértékben járul hozzá az ő egészségi állapotához. Weisbrod szerint (1978): „Amit a vevő tudni kíván, az a különbség, amely a vizsgált árucikk megvásárlásával, illetve anélkül létrejövő állapota között van. A közönséges jószágok esetében a vásárló számára kevés nehézséget okoz a „kontrollhelyzet” értékelése, vagyis azé a helyzeté, amely akkor következik be, ha nem veszi meg a szóban forgó jószágot. Nem így áll a dolog azonban az egészségügyi ellátás legnagyobb részével... A figyelemreméltó dolog nem egyszerűen az, hogy a fogyasztó nehezen tudja megítélni a minőséget a vásárlás előtt... hanem az, hogy ennek megítélése még utólag is nehéz...” Ál-

talánosan elfogadott, hogy szükség van normákra és ellenőrzésre az egészségügyi ellátás piacán, mivel nem valószínű, hogy a fogyasztók eléggé tájékozottak ahhoz, hogy megvédelmezhessék saját érdekeiket. Ennek eszköze az engedélyezési rendszer, amelyben az egyéneknek ahhoz, hogy az orvosi gyakorlat folytatására engedélyt kapjanak, meg kell szerezniük bizonyos minimális minősítéseket. Ezzel azonban bizonyos mértékű piaci hatalom kerül azok kezébe, akik ilyen működési engedéllyel rendelkeznek, azaz az orvosok kezébe. Ennek a hatalomnak a mértéke fokozódik, ha maga a szakma dönti el, hogy hány belépőt engedélyez a piacra. *Az orvos képviseleti szerepe megakadályozza, hogy a piac az egyedi klinikai döntések szintjén megfelelően működjön.*

A biztosítási piac kudarcai

A nem megfelelő és aszimmetrikus információ által keltett *problémát a harmadik fél típusú finanszírozás csak tovább súlyosbítja.* A biztosítási piac kudarcai: a morális kockázat, a káros szelekció és a kis méretből eredő gazdaságtalanság.

A morális kockázat

A morális kockázat az egészségügyi ellátás fogyasztóinak és szolgáltatóinak az attitűdjeiben bekövetkező változás, amely abból ered, hogy a harmadik fél finanszírozó (biztosító) megjelenésével az egészségügyi ellátás (összes vagy meghatározó) költsége ellen biztosítottá válnak. Az erkölcsi kockázat két részre osztható: az egyik a „fogyasztó morális kockázata”, a másik pedig a „szolgáltatók morális kockázata”. Mindegyiknek két aspektusa van. A fogyasztói erkölcsi kockázat egyrészt azért keletkezik, mert az igénybevételkor jelentkező zérus vagy csökkentett ár több, illetve bonyolultabb szolgáltatás igénybevételére ösztönöz, mint amely egyébként hatékonynak tekinthető. Amorális kockázat másik aspektusát az jelenti, hogy pusztán a biztosítottság ténye a beteg-státusz nemkívánatos voltát csökkenti – annak elkerülésére az érintettek kevésbé törekednek (mint ha nekik kell fizetni az ellátás költségeit). A szolgáltatók morális kockázata abból eredhet, hogy

egyszerűen hiányzik a költségek tudatossága, vagy abból, hogy az orvosok javadalmazására szolgáltatásonkénti díjtételeket (fee-for-service módszert) alkalmaznak. Az ilyen finanszírozási rendszer az orvosokat arra ösztönzi, hogy több ellátást nyújtsanak, mint amennyit egy tökéletesen tájékozott fogyasztó igénybe venne. Ezt a jelenséget a szakirodalom a *szolgáltató indukálta keresletnek* (vagy „a kínálati oldalról indukált kereslet”) nevezi (Evans, 1974; Rice, 1983; Cromwell-Mitchell, 1986). A szakirodalom korántsem egységes a szolgáltató indukálta kereslet jelenségének a megítélésében: „Az egészségügy-gazdaságtan relatíve rövid története alatt egyetlen kérdés sem váltott ki több figyelmet és szembenálló véleményt, mint a szolgáltató indukálta kereslet” (Folland et.al., 1993, p. 204). A jelenség érvényesülése mellett érvelők is hangsúlyozzák, hogy a jelenség meglehetősen komplex, az érvényesülésnek számos korlátja is van, továbbá a fogyasztóknak számos eszköz állhat a rendelkezésére a saját érdekeik képviselésére. Például az utóbbi évtizedekben felerősödött betegjogi törekvések is értelmezhetők úgy, mint az információ aszimmetria csökkentésére és ezáltal a szolgáltató indukálta kereslet korlátozására irányuló törekvések. A morális kockázat következtében a biztosításon alapuló egészségügyi ellátási rendszerben fennáll a potenciális „túlkereslet” problémája. A túlkereslet következtében az egészségügyi ellátásra felhasznált erőforrásokból származó hozamok elmaradnak azok mögött az elvesztett hozamok mögött, amelyek akkor származhatnának, ha ezeket az erőforrásokat alternatív módon használnák fel, amelyekre ily módon nem jut pénz (vagyis a használatozat költségek magasabbak a hozamoknál).

A kontraszelekció

A kontraszelekció jelenségét a szakirodalom egy elméleti modell segítségével tárgyalja. A kiindulópont: kezdetben a piacon a biztosítótársaságnak semmilyen adata nincs az egyének kockázati státusáról, azaz a biztosítási piacon érvényesül az információs aszimmetria (a biztosítás vásárlói rendszerint többet tudnak kockázati státusukról, mint az egészségbiztosítás eladói). Ezért a díjat a biztosító kénytelen úgy megszabni, hogy az a biztosított népesség átlagos 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. Ennek a döntésnek azonban az a következménye, hogy a megmaradó biztosítottak átlagos kockázati szintje emelkedik, mivel az átlagosnál alacsonyabb kockázatú személyek kiléptek a biztosításból. Így tehát ennek a populációnak a várható egészségügyi ellátási költségei fedezésére a biztosítási díjnak emelkedniük kell. Ennek megint csak az lesz az eredménye, hogy akik úgy érzik, hogy az ő kockázati státusuk alacsonyabb, mint a megmarad biztosítottak átlagáé, kimaradnak a biztosításból és ez a folyamat halad tovább. Ezt a folyamatot, amelyben a piac a legjobb kockázatúak nem képes biztosítást nyújtani, nevezzük „kontraszelekciónak” (vagy káros szelekciónak). *Az állami beavatkozás azzal, hogy kötelezővé teszi a biztosítást hatékony megoldást nyújt a kontraszelekció problémájára.*

Piaci verseny esetén 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”. Ennek a folyamatnak a következtében a magasabb kockázatú csoportoktól (tipikusan az alacsony keresetűek, az időskorúak és a krónikus betegek) a tapasztalati díjszabási rendszerben magasabb díjakat követelnek meg a biztosítás fenntartásához, olyan díjakat, amelyeket gyakran már nem is képesek megfizetni. *A kis méret okozta veszteségek:* a méretgazdaságosság fogalma azt jelenti, hogy minél nagyobb valamely szervezet, rendes körülmények között annál könnyebben tudja *állandó költségeit* termékei között felosztani, és ezzel csökkenteni az egységnyi előállított termékre jutó költséget. A versenyző biztosítók esetében magas marketing és adminisztrációs költségek lépnek fel. Evans (1990) az ilyen tevékenységek hatását a következőképpen írja le: „Az összes amerikai egészségügyi kiadás nagy és egyre növekvőbb részét nem orvosokra

és ápolókra, hanem könyvelőkre, vezetési tanácsadókra és közönségkapcsolati szakemberekre fordítják. Nehéz rájönni arra, mivel járulnak hozzá ezek az utóbbiak az amerikai állampolgárok egészségéhez (ha csak valaki nem kapott kiképzést a neoklasszikus közgazdaságtanból és nem képes azt a hívő szemével nézni).”

Musgrove (1996) a piaci kudarcokat és az állami beavatkozást abból a nézőpontból is elemzi, hogy milyen módon gátolják, ill. segítik (az egészségügy megfelelő működéséhez alapvetően fontos) (a) kereslet és kínálat közötti, (b) kereslet és szükséglet közötti, (c) szükséglet és kínálat közötti egyensúly megteremtését. A piac alkalmas a kereslet és kínálat összhangba hozására, de alkalmatlan a kereslet és a szükséglet és a szükséglet és a kínálat közötti egyensúly megteremtésére. Az állami beavatkozás jobban képes ez utóbbi két egyensúlyt létrehozni, azonban nem alkalmas a kereslet és kínálat összhangba hozására.

Jogosan vethető fel, hogy egyetlen piac sem működik tökéletesen (az előzőekben vázolt ideális feltevéseknek megfelelően), mégis továbbra is a piaci erők által meghatározott erőforrás-allokáció a legjobb módja annak, hogy a lehető legközelebb kerüljünk a tökéletes piac ideális kimeneteléhez. Sok tökéletlen piacon igen éles verseny érvényesül, és ez hasznos lehet a fogyasztók számára. Az egészségügyi szektorban a kiterjedt kormányzati beavatkozás alapvető indoka azonban az, hogy ebben az ágazatban *a tökéletes piac egyetlen ideális feltevése sem érvényesül, másrészt a piaci kudarcok összes jelensége jellemzi.*

„...ha valamely árucikk esetében minden ilyen jellemző megtalálható, akkor a piac kudarcra olyan mélyreható, hogy ennek következtében az állami beavatkozás az optimális megoldás a finanszírozás tekintetében, noha ez az ellátás szolgáltatását illetően nem szükségképp igaz.” (Donaldson-Gerard, 1993)

Az állami beavatkozás indoka nemcsak a piaci kudarcok, hanem a piac „természetes” következménye is. Ugyanis az nem jelent piaci kudarcot, hogy az egészségügyi ellátásra leginkább rászorulók (szegények, idősek) nem tudják megvásárolni a biztosítást, nem rendelkeznek fizetőképességgel a magas kockázatuk miatt igen drága biztosítás megvásárlásához, ill. a drága szolgáltatások megfizetéséhez.

Musgrove (1996, 1999) szerint az *állami szerepvállalás indokai:*

- a közjavak és a jelentős externális hatással bíró javak termelésének és fogyasztásának csak az állami beavatkozás képes biztosítani az optimális szintjét;
- az állami beavatkozás hatékonyabbá és méltányosabbá teszi a biztosítást;
- a szegények támogatása, akik nem képesek megfelelő biztosítást vásárolni, továbbá az alacsony költségű szolgáltatásokat sem képesek megfizetni.

Összefoglalva, a hatékonyság és a méltányosság egyaránt javítható, ha az állam megfelelően avatkozik be – azonban az állami beavatkozás szükségessége még nem jelenti azt, hogy az államnak teljesen fel kell váltania a piacot. Az állami beavatkozás hatékony formája és módja az adott ország sajátos körülményeitől is nagymértékben függ.

FELHASZNÁLT IRODALOM:

- ABEL-SMITH, B. et al. (1995): *Choices in Health Policy. An Agenda for the European Union*, Dartmouth
- ABEL-SMITH, B. (1996): The Escalation of health Care Costs: How Did We Get There? In: *Health Care Reform. The Will to Change*. Health Policy Studies No. 8. OECD, Paris
- APPLEBY, J (1998): Economic perspectives on markets and health care. In: Ranade, W. (ed.) (1998) *Markets and Health Care*. Longman, London
- CROMWELL, J. – MITCHELL, J. B. (1986): Physician-induced demand for surgery. *Journal of Health Economics*, 5, 293–313.
- CRIBB, A (1995): A Turn for the Better? Philosophical Issues in Evaluating health Care Reforms. In: Seedhouse, D. (ed.) (1995) *Reforming Health Care. The Philosophy and Practice of International Health Reform*. Wiley
- CULLIS, J. G. and WEST, P. A. (1979): *The Economics of Health: An Introduction*. Martin Robertson
- DONALDSON, C. and GERARD, K. (1993): *Economics of Health Care Financing. The Visible Hand*. Macmillan
- ENTHOVEN, A. C. (1989): A Consumer-Choice Health Plan for the 1990s. *The New England Journal of Medicine*, 1, 29–37; 2, 94–101.

- EVANS, R. G. (1974): Supplier-induced demand: empirical evidence and implications. In: Perlman, M (ed) *The Economics of Health and Medical Care*. John Wiley and Sons; New York
- FLOOD, C.M. (2000): *International Health Care Reform*. Routledge, London
- FRENK, J. (1994): Dimensions of health system reform. *Health Policy*, 19–34.
- FOLLAND et. al (1993): *The Economics of Health and Health Care*. Prentice Hall, New Jersey
- HAM, C. (1990): Health Check. Health care reforms in an international context. King's Fund Institute, London
- LE GRAND, J. (1991): Quasi-markets and Social Policy. *The Economic Journal*, 101, September, 1256–1267.
- LE GRAND, J. (1992): The Theory of Government Failure. *British Journal of Politics*, 21, 423–442
- Mcguire, A. – HENDERSON and MOONEY (1988): *The Economics of Health Care: An Introductory Text*, Routledge and Keegan, London
- MOONEY, G.H. (1986): *Economics, Medicine and Health Care*. Harvester Wheatsheaf
- MOSSIALOS, E. and LE GRAND, J. (eds.) (1999): *Health Care and Cost Containment in the European Union*. Ashgate, Aldershot.
- MOSSIALOS, E. (1997): Citizens' view on health care systems in the 15 member States of the European Union'. *Health Economics*, 1997, 6 (2), 109–116.
- MUSGROVE, P. (1996): Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns. The World Bank
- MUSGROVE, P. (1999): Public spending on health care: how are different criteria related? *Health Policy*, 47, 207–223.
- OECD (1990): *Health Care Systems in Transition*. Social Policy Studies, No. 7., OECD, Paris
- OECD (1995): *New Directions in Health Care Policy*. OECD Health Policy Studies, No. 7., OECD, Paris
- OVRETVEIT, J. (1994): Purchasing for health gain: the problems and prospects for purchasing for health gain in the 'managed markets' of the NHS and other European health systems' *European Journal of Public Health*, 3, 77–84.
- RANADE, W. (1998): *Markets and Health Care*. Longman, London
- RICE, T. H. (1983): The impact of changing Medicare reimbursement on rates on physicians-induced demand. *Medical Care*, 21, 803–815.

- SALTMAN, R. B. and FIGUERAS, J. (eds.) (1997): *European Health Care Reform. Analysis of current strategies*. WHO, Copenhagen
- SEEDHOUSE, D. (ed.) (1995): *Reforming Health Care. The Philosophy and Practice of International Health Reform*. Wiley
- VAN DER VEN, W. et al. (1994): Forming and re-forming the market for third-party purchasing of health care. *Social Science and Medicine*, 10, 1405–12.

FORRÁSOK:

Ausztria

- Austria. In: *Social Security Programs Throughout the World 2002*. Washington, U.S. Department of Health and Human Services, 2002.
- Bundeskammer für Arbeiter und Angestellte
http://wien.arbeiterkammer.at/pictures/d17/Gesundheit_u_Soziales_0504.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen:
<http://www.bmgf.gv.at/>, <http://www.kaz.bmgf.gv.at/>
- Dr. Harmat György, Dr. Czárán Erzsébet: *Kórházak és egészségügyi ellátás Európa kilenc országában, Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2004. március*
 e-card: <http://www.chipkarte.at/esv>
- Fidler, Armin H. et al, *Incorporation of public hospitals: A "silver bullet" against overcapacity, managerial bottlenecks and resource constraints? Case studies from Austria and Estonia*. World Bank Group, October 2005
- Hardsky, J.: *Ausztria – aktualitások az egészségügyből*, *Hospital*, 2003,5,3.
- Az EU-15 egészségügyi rendszerei – Ausztria Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet Health for All Data Base*. European Region. WHO Regional Office for Europe.
 Updated: Juni 2006.
- Health Policy Monitor:
http://www.health-policymonitor.org/en/Policy_Survey/Search_for_Policy_Reforms/Search_Results.html
- Krankenkassen in Österreich zahlen für Misteltherapie In: *Ärzte Zeitung*:
<http://www.aerzte-zeitung.de/docs/2006/04/07/065a0602.asp?cat=/medizin/alternativmedizin>
- Mag Kraßnitzer, Michael: *Hausarztpraxen in Existenznot* In: *Ärzte Magazin*:
<http://www.medical-tribune.at/dynasite.cfm?dssid=4169&dsmid=71263&dspaid=548786>
- Österreichische Ärztekammer:
http://www.aek.or.at/text.html?aktuelles/apm2004_0058.htm
- Österreichische Sozialversicherung: <http://www.sozialversicherung.at>

<http://www.sozialversicherung.at/mediaDB/109609.PDF>,

<http://www.sozialversicherung.at/mediaDB/80001.PDF>,

<http://www.sozialversicherung.at/mediaDB/44782.PDF>,

<http://www.sozialversicherung.at/mediaDB/108932.PDF>

SCHNEIDER, M. et.al. Österreich - Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich. Augsburg, BASYS, 1998.

Statistik Austria:

<http://www.statistik.at/neuerscheinungen/jahrbuch2006.shtml>,

http://www.statistik.at/fachbereich_02/vgr_tab1.shtml,

http://www.statistik.at/fachbereich_03/gesundheit_txt.shtml

WHO Country Information - Austria: <http://www.euro.who.int/countryinformation>

Belgium

Belgium. Health Care Systems in Transition, The European Observatory on Health Care Systems, 2000 <http://www.euro.who.int/document/e71203.pdf>

Highlights on Health in Belgium. WHO, Regional Office for Europe, 2004

http://www.euro.who.int/eprise/main/who/progs/chhbel/system/20050307_1

Extract from Health for All (HFA) Database: Belgium, WHO Regional Office for Europe

<http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/CountryInformation/HFAExtracts?Country=BEL&CtryName=Belgium&language=English>

CIA - The World Factbook. Belgium, 2005

<https://www.cia.gov/cia/publications/factbook/index.html>

Belgium, Európai Unió, Pénzportál

http://www.penzportal.hu/?tPath=/europai_unio/&article_id=30&prk=74339631

Belgium, Bruxinfo, 2004

<http://www.bruxinfo.hu/cgi-bin/write.cgi?filename=/orszag/belgium.html>

Belgium. Health for All Data Base. European Region. WHO Regional Office for Europe. Updated: 2005 June Selected indicators, WHO, Belgium, 2005

http://www.who.int/whr/2005/annex/indicators_country_a-f.pdf

Belgium. OECD Health Data, 2005 June

<http://stats.oecd.org/wbos/viewhtml.aspx?QueryName=5&QueryType=View&Language=fr>

Profilis statistiques par pays, Belgique

<http://stats.oecd.org/wbos/viewhtml.aspx?QueryName=5&QueryType=View&Language=fr>

Regulatory procedures for drugs in Belgium, Société Belge de Pédiatrie, 2005.3.19.

http://www.pediatrie.be/SBP_CheminMdct.pdf

La Loi Demotte „adoucie” dans l'intérêt des patients, Mutualités Libres, 2005.4.13.

<http://www.mloz.be/jsp/internal.jsp?id=207&idDoc=1524&idFolder1=158&language=Fr&origin=Mloz>

Étude économique de la Belgique, OCDE, 2005

http://www.oecd.org/document/61/0,2340,fr_2649_37443_34550845_1_1_1_37443,00.html

TROYER, M. de – KRZESLO, E.: Assurance maladie, soins de santé et sécurité sociale: trois éléments indissociables. Chronique Internationale de l'IRES, n° 91, novembre 2004

<http://www.ires-fr.org/files/publications/chronique%20internationale/c91/c9110.pdf>

SPF Economie, Direction générale Statistique, 23/12/2005

http://www.statbel.fgov.be/figures/d362_fr.asp#1

Belgium. In: Social Security Programs Throughout the World, Europe, 2004-2005,

<http://www.ssa.gov/policy/docs/progdsc/ssptw/2004-2005/europe/belgium.pdf>

Dánia

Denmark. Health Care Systems in Transition, The European Observatory on Health Care Systems, 2001 <http://www.who.dk/document/e72967.pdf>

Extract from Health for All (HFA) Database: Denmark, WHO Regional Office for Europe

<http://www.who.dk/eprise/main/WHO/CountryInformation/HFAExtracts?Country=Denmark>

Dánia, Európai Unió, Pénzportál, 2005.11.15.

http://www.penzportal.hu/index.nfo?tPath=/europai_unio/&article_id=21&prk=74339631

CIA – The World Factbook, Denmark, 2005

<http://www.cia.gov/cia/publications/factbook/geos/da.html>

Highlights on Health, Denmark, 2004

http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/CHHDEN/annex/20041126_3

Highlights on Health, Selected Demographic and Socioeconomic Information, Denmark, 2004

http://www.who.dk/eprise/main/who/progs/chhden/demographic/20050310_1

Highlights on Health, Health System, Denmark, 2004

http://www.euro.who.int/eprise/main/who/progs/chhden/system/20050310_1

Agreement on a Structural Reform, Amsrådsforeningen, 2004

<http://www.arf.dk/English/Agreement.htm>

Counties of Denmark, Wikipedia, 2005

<http://www.answers.com/topic/counties-of-denmark>

Denmark. Health for All Data Base. European Region. WHO Regional Office for Europe. Updated: 2004 June.

Vrangbaek, K. – Christiansen, T.: Health Policy in Denmark: Leaving the Decentralized Welfare Path *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 2005, 30, 1-2, 29-52

Egyesült Királyság

Department of Health <http://www.dh.gov.uk>

Chief Executive's Report to the NHS: May 2005

<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/11/03/83/04110383.pdf>

British Medical Association <http://www.bma.org.uk>

NHS waiting list figures 3 March 2006

http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/PressReleases/PressReleasesNotes/fs/en?CONTENT_ID=4131104&chk=BTpN2h

Achieving shorter waits

http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/PatientChoice/WaitingBookingChoice/WaitingBookingChoiceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4066038&chk=ZurIX5

Number of staff in the NHS

<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/10/67/08/04106708.pdf>

United Kingdom. Health Care Systems in Transition.

The European Observatory on Health Care Systems, 1999

Highlights on Health in United Kingdom. WHO, Regional Office for Europe, 2004

Health for All Data Base, WHO Regional Office for Europe

Finnország

<http://www.kulugyminiszterium.hu/kum/hu/bal/Kulpolitikank/Ketoldalukapcsolatok/Europa/finnorszag/finngaz.htm>

Ministry of Social Affairs and Health: Health Care in Finland. Helsinki, Finland, 2004.

European Observatory on Health Care Systems: Health Care Systems in Transition.

HiT Summary: Finland, 2002. <http://www.observatory.dk>

Häkkinen, Unto; Linna, Miika: DRG-k a finn egészségügyben, *Euro Observer*, 2005. 4. szám.

Finnish Economic Outlook, 2006. január 9.

http://www.keskuskauppamari.fi/kauppamari/en_GB/

Government Resolution on the Health 2015 public health programme, Ministry of Social Affairs and Health,

<http://pre20031103.stm.fi/english/eho/publicat/health2015/summary.htm>

Strategies for Social Protection, Ministry of Social Affairs and Health,

<http://pre20031103.stm.fi/english/tao/publicat/strategies2010/brief.htm>

Statistics Finland- Finland in Figures- Population

http://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk_vasto-en.html

Statistics Finland- Finland in Figures- Health

- http://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk_terveys_en.html
 OECD Reviews of Health Systems, Finland. OECD, 2005.
 A Finn Egészségügyi Minisztérium honlapja:
<http://www.stm.fi/Resource.phx/eng/subjt/socin/sickn/index.htx?template=print>
<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/6303/index.htx>

Franciaország

- Assurance maladie, Wikipédia, L'Encyclopédie libre, 2006.máj.30.
http://fr.wikipedia.org/wiki/Assurance_maladie
 CIA- The World Factbook, France, 2006.jún.6.
<http://www.cia.gov/cia/publications/factbook/geos/fr.html>
 Couverture médicale, Eco-santé OCDE, 2005.okt.5.
<http://www.irdes.fr/ecosante/OCDE/fr/620000.html>
 European Health for All Database, Updated January 2006
 Extract from health for all (HFA) database: France
<http://www.who.dk/main/WHO/CountryInformation/HFAExtracts?Country=FRA&language=English>
 François, PH. – Verdier-Molinié, A.: Assurance maladie: un monde d'exceptions, Institut Français pour la Recherche sur les Administrations Publiques, Société Civile, n°54. 2006. január
<http://www.ifrap.org/Sante/Dossier-AM-exceptions.htm>
 Highlights on Health, France 2004, WHO Regional Office for Europe
http://www.euro.who.int/eprise/main/who/progs/chhfra/system/20050131_1
 Inflation en France, 2006.jún.7., Eurostat, INSEE
<http://inflation.free.fr/index.php>
 Institut National de la Statistique et des Études Économiques: Informations Rapides, 2005. máj.20.
http://www.insee.fr/fr/indicateur/cnat_annu/base_2000/documentation/publication_s/cpta152.pdf
 L'Assurance Maladie en action, Janvier 2006: Le parcours de soins coordonnés, Publications MSA
<http://www.msa.fr/front/id/msafr/S1096461900197/S1098192456447/S1105636338498>
 La féminisation: une chance à saisir, Ordre National des Médecins, 2006.márc.1.
<http://www.conseil-national.medecin.fr/?url=presse/article.php&id=66>
 La France en bref, INSEE, 2005
<http://www.insee.fr/fr/ppp/publications/intfrcbref.pdf>
 Le premier acteur de la complémentaire santé en France, Mutualité Française
http://www.fnmf.fr/web/frameset.nsf/mutuelles/cs_1?OpenDocument&AutoFramed
 Médecin, Wikipédia, L'Encyclopédie libre, 2006.máj.19.

<http://fr.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9decin>

Mutuelles de santé en France, Wikipédia, L'Encyclopédie libre, 2006.máj.12.

http://fr.wikipedia.org/wiki/Mutuelles_de_sant%C3%A9_en_France

OWEN,P.: Changes to French medical services, FrenchEntrée.com

<http://www.frenchentree.com/fe-health/DisplayArticle.asp?ID=14377>

Plan Hôpital 2007, la Mission „Tarification à l'Activité”, Ministère de la Santé et des Solidarités, République Française

<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/hopital2007/>

Tarification à l'activité, Wikipédia, L'Encyclopédie libre, 2006.jan.11.

http://fr.wikipedia.org/wiki/Tarification_A_l'Activit%C3%A9

Görögország

Greece

http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc/2002/socsot_greece_en.pdf

Health and social services

http://www.mediainfo2004.gr/cgibin/hweb?-A=302,printer_en.html&-V=mediainfo2004&-w

E. Mossialos and S. Allin: Interest groups and health system reform in Greece, West European Politics, vol.28, 2005, p.420-444

Greece in figures, 2003. www.statistics.gr

Kontodimopoulos N, Nanos P, Niakas D.: Balancing efficiency of health services and equity of access in remote areas in Greece, Health Policy. 2006 Mar;76(1):49-57.

Highlights on health, Greece 2004,

<http://www.euro.who.int/eprise/main/who/progs/chhgre/home>

The Greek Market for Drugs & Pharmaceuticals

<http://strategis.ic.gc.ca/epic/internet/inimr-ri.nsf/en/gr117379e.html>

Hollandia

Health care systems in transition, Netherlands 2004

http://www.euro.who.int/observatory/Hits/20041022_3

Highlights on health, Netherlands 2004

<http://www.euro.who.int/eprise/main/who/progs/chhnet/home>

Health insurance system

<http://www.minvws.nl/en/themes/health-insurance-system/default.asp>

Ministry of Health, Welfare and Sport

<http://www.minvws.nl/en>

Health for All Database. European Region. WHO Regional Office for Europe.

Írország

Health Strategy

http://www.dohc.ie/publications/fulltext/quality_and_fairness/

Health Service Reform Programme

<http://www.healthreform.ie>

Health System Achievements

http://www.dohc.ie/publications/health_system_achievements_oct_2005.html

The Irish Health Care System: Cost Containment Measures during the 1980s and 1990s

<http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealthAndSocialCare/pdf/healthAndSocialCareDiscussionPaperSeries/DP11.pdf>

Department of Health and Children <http://www.dohc.ie>

Irish Medicine Board <http://www.imb.ie>

Pharmaceutical Society of Ireland <http://www.pharmaceuticalsociety.ie>

Oasis Irish eGovernment – Health <http://www.oasis.gov.ie/health>

Health for All Database. European Region. WHO Regional Office for Europe.

Highlights on Health in Ireland. WHO Regional Office for Europe, 1998.

Luxemburg

Luxemburg, Európai Unió, Pénzportál

http://www.penzportal.hu/index.nfo?tPath=//&article_hid=42&prk=486921171049

Luxemburg, Bruxinfo, 2004

<http://www.bruxinfo.hu/cgi-bin/write.cgi?filename=/orszag/luxemburg.html>

Formation du gouvernement, 2004, Informations et actualités du gouvernement luxembourgeois, 2005.01.26.

<http://www.gouvernement.lu/dossiers/viepol/formation/index.html>

La population, 2004, Informations et actualités du gouvernement luxembourgeois, 2005.01.26. http://www.gouvernement.lu/tout_savoir/population_langues/populati.html

Luxemburg. In: Social Security Programs Throughout the World, Europe, 2004-2005

<http://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2004-2005/europe/luxembourg.pdf>

Programme du Ministère de la Santé, 2005, Le Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg

http://www.ms.etat.lu/MIN_SANT/Publication/Brochure%20avant%20B_T.pdf

Médicaments, Luxembourg, OMS, Bureau régional de l'Europe, 2004

http://www.euro.who.int/pharmaceuticals/Topics/Overview/20020416_1?language=French

Rapport d'Activité 2004, Ministère de la Santé, Grand-Duché de Luxembourg

http://www.ms.etat.lu/MIN_SANT/Publication/RapporActivite/MS_Rapport%20annuel%202004.pdf

Avis de la Chambre de Commerce sur le projet de budget de l'Etat 2004

<http://www.cc.lu/index.php?page=&type=art&id=135&pg=17>

Németország

Health Care System in Transition, Germany, 2005. European Observatory of Health Care Systems

<http://www.euro.who.int/countryinformation/CtryInfoRes?COUNTRY=DEU&CtryInputSubmit=>

Bundesministerium für Gesundheit:

<http://www.bmgs.bund.de>

<http://www.die-gesundheitsreform.de>

Statistisches Bundesamt: <http://www.destatis.de>

Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie: <http://www.bmwi.de>

CDU: <http://www.cdusu.de/upload/kabinett060110.pdf>

SPD: <http://koalitionsvertrag.spd.de/servlet/PB/menu/-1/index.html>

Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V.:

http://www.gesundheitspolitik.net/04_medikamente/apotheke/arzneimittelpreise/BPI_Erstattung_2005.pdf

Gesundheit und Gesellschaft, 2004,7,11,20-21

Äzteblatt: <http://www.aerzteblatt.de>

Általános Helyi Betegbiztosítók: <http://www.aok-bv.de>

Ärzte Zeitung Online: <http://www.aerztezeitung.de>

BESKE, Fritz; Drambinski, Thomas; Golbach, Ute. 2005. Leistungskatalog des Gesundheitswesens im internationalen Vergleich

Deutscher Bundesverband für Steuer-, Finanz- und Sozialpolitik e.V.:

<http://www.zeitreport.de/sozialversicherung2005.pdf>

KlinikManagement Aktuell:

<http://www.kmaonline.de/default.asp?navto=lesen&detailid=100002&stammid=248&back=default.asp?id=410>

Olaszország

Health Care System in Transition, Italy, 2001. European Observatory of Health Care Systems:

<http://www.euro.who.int/countryinformation/CtryInfoRes?COUNTRY=ITA&CtryInputSubmit=>

Highlights on Health in Italy. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004.:

<http://www.euro.who.int/eprise/main/who/progs/chhita/home>

- Health for All Data Base. European Region. WHO Regional Office for Europe, Updated: 2005 June
- Olasz Statisztikai Hivatal: <http://www.istat.it/sanita/sociosan/>
- BESKE, Fritz; Drambinski, Thomas; Golbach, Ute. 2005. Leistungskatalog des Gesundheitswesens im internationalen Vergleich
Gesundheitswesens im internationalen Vergleich
Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät – Europa Universität:
http://www.wiwi.eu/frankfurto.de/~econpol/lehre/seminar_2004/Italienisches_Gesundheits_system.pdf
- Központi Statisztikai Hivatal:
http://portal.ksh.hu/portal/page?_pageid=37,327489&_dad=portal&_schema=PORTAL
- <http://www.mfa.gov.hu/kum/hu/bal/Kulpolitikank/Ketoldalukapcsolatok/Europa/olaszorszag/gazdasagi.htm>
- Euro Observer: A new Italian Government: radical changes for the Italian NHS, Summer 2001, Volume 3, Number 2
- Devolving responsibility for funding and delivering health care in Italy, Spring 2000, Volume 3, Number 2

Portugália

- Health in Portugal basic indicators 2003,
<http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i007458.pdf>
- Alto Comissariado da Saúde
<http://www.acs.min-saude.pt/acs/conteudos/alto+comissariado+da+saude/English+Version/HCH+-+english+version.htm>
- National health plan 2004-2010
<http://www.acs.min-saude.pt/NR/rdoonlyres/773E1772-578E-45A6-863AAAD2A0DC6147/2906/PNSinglês.pdf>
- Economic Survey - Portugal 2004: The on-going reform of the health care system
http://www.oecd.org/documentprint/0,2744,en_33873108_33873764_33701508_1_1_1_1,00.html
- Health Care Systems in Transition, 2004.
<http://www.euro.who.int/document/e82937.pdf>
- Portugália
<http://www.portugal.gov.pt/Portal/Print.aspx?guid={2D936C00-C760-4548-B0AC-DF42CD0BE712}>
- http://www.eu2004.hu/index.php?op=tenyek_tagorszagok&id=15
- <http://www.kulugyminiszterium.hu/kum/hu/bal/Kulpolitikank/Ketoldalukapcsolatok/Europa/portugalia>

Spanyolország

CIA – The World Factbook, Spain, 2005

<http://www.cia.gov/cia/publications/factbook/geos/sp.html>

Spain Economy, Washington D.C.: Central Intelligence Agency, 2005

http://education.yahoo.com/reference/factbook/sp/econom.html;_ylt=AiZhSONjT8I Z9rp.uwAEIma4ecYF

En Espagne: une Sécu pour chaque région, L'Expansion, 2002,2,1.

<http://www.lexpansion.com/art/6.0.108592.0.html>

Spanyolország, Európai Unió, Pénzportál, 2005.11.15.

http://www.penzportal.hu/index.nfo?tPath=//&article_hid=53&prk=678366331049

Highlights on Health, Spain, 2004

http://www.euro.who.int/eprise/main/who/progs/chhspsa/system/20050131_1

The pharmaceutical sector, Spain, updated 01 November 2004

http://www.who.dk/pharmaceuticals/Topics/Overview/20020414_3

Health for All Data Base. European Region. WHO Regional Office for Europe.

Updated: 2005 June

Svédország

Ministry of Health and Social Affairs <http://www.sweden.gov.se/sb/d/2061>

Health Care Systems in Transition, Sweden

http://www.who.dk/observatory/Hits/20020524_11

The Health Care System in Sweden

http://www.sweden.se/templates/cs/BasicFactsheet_6856.aspx

Highlights on health, Sweden 2004

<http://www.who.dk/eprise/main/who/progs/chhswe/home>

Swedish Health Care in an International Context

<http://kikaren.skl.se/artikel.asp?C=473&A=15823>