

OROSZ ÉVA

# EGÉSZSÉGPOLITIKA

Hallgatói kézikönyv

Hallgatói kézikönyv  
az ELTE TáTK Egészségpolitika, tervezés és finanszírozás  
mesterszakának hallgatói számára

Az elektronikus kiadvány a *TÁMOP 4.1.2-08/2/A/KMR* keretében jelent meg.

Készítette:  
Orosz Éva tanszékvezető egyetemi tanár  
ELTE Társadalomtudományi Kar  
Egészségpolitika és Egészség-gazdaságtan Tanszék

© Orosz Éva, 2011

Hungarian edition © ELTE TáTK, 2011



Budapest, 2011

# TARTALOM

Az egészségpolitika tantárgyról .....	7
A tantárgy célja és a számonkérés módja .....	7
Tematika .....	8
<b>1. Az egészségügyi rendszerek elemzésének fő kérdései .....</b>	<b>11</b>
1.1. Az egészségügyi rendszerek elemzésének alapvető kérdései .....	11
1.2. Az egészségügyi rendszer fő összetevői .....	11
1.3. Mikor működik jól az egészségügyi rendszer? .....	11
1.4. Az egészségpolitikák lehetséges céljai. Az egészségügyi rendszer (teljesítmény)értékelésének lehetséges kritériumai .....	12
1.5. Az egészség fogalmának különböző értelmezései .....	13
1.6. Az egészségügy szerepe az egészségi állapot alakulásában – új tudományos eredmények .....	15
1.7. A hatékonyság fogalma .....	15
1.8. Az egészség, az egészségügyi kiadások és a gazdaság kapcsolata .....	15
1.8.1. Alapvető kérdések .....	15
1.8.2. Az egészségi állapot hatása a gazdaságra – az egyén szintjén (mikroszinten) .....	16
1.8.3. Az egészségi állapot és a gazdaság kölcsönhatása makroszinten .....	16
1.9. Az egészségügyi rendszerek teljesítményének értékelése, mérése .....	17
1.9.1. Indikátorrendszerek .....	17
1.9.2. Az egészségügyi teljesítmény mérésének dimenziói .....	17
1.9.3. Az egészségügyi rendszerek teljesítményét befolyásoló tényezők elemzése .....	19
1.10. Az egészségügy szereplői .....	19
1.11. Az egészségügyi rendszer társadalmi, gazdasági és politikai kontextusa .....	20
Kérdések, feladatok .....	21
Kötelező és ajánlott irodalom .....	21
<b>2. A köz- és magánszektor szerepének alapvető kérdései .....</b>	<b>22</b>
2.1. A köz- és a magánszektor eltérő szerepe a finanszírozásban és a szolgáltatásban .....	22
2.2. Az egészségügy szereplői mint gazdasági egységek .....	23
2.3. Az állami beavatkozás: célok és eszközök .....	23
2.4. A privatizáció, a decentralizáció és a szabályozás értelmezése .....	24
2.5. Az állam és piac szerepére vonatkozó elméletek/koncepciók .....	25
2.6. A kormányzati beavatkozás problémái .....	25

2.7.	A köz- és magánszektor szerepe az egészségügy finanszírozásában és a szolgáltatások nyújtásában az OECD-országok egészségügyi rendszereiben .....	26
2.7.1.	Tradicionalis európai értékek/nézetek .....	26
2.7.2.	Az Európai Unió és az USA: eltérő egészségügyi modellek .....	27
2.7.3.	A köz- és a magánszektor szerepe az egészségügy finanszírozásában .....	27
2.7.4.	A köz- és a magánszektor szerepe a szolgáltatások nyújtásában .....	29
2.7.5.	Az állami beavatkozásra (a köz- és a magánszektor szerepére) vonatkozó alapvető egészségpolitikai kérdések .....	30
2.8.	Az egészségpolitikai vitákhoz kapcsolódó társadalomfilozófiai kérdések .....	31
2.9.	Az egyén, a piac és az állam szerepére vonatkozó megfelelő koncepció kialakítását nehezítő körülmények .....	31
	Kérdések, feladatok.....	31
	Kötelező és ajánlott irodalom .....	31
<b>3.</b>	<b>Az egészségügy-finanszírozási rendszerek fő jellemzői .....</b>	<b>33</b>
3.1.	A finanszírozási rendszer modellje .....	33
3.2.	Az egészségügy-finanszírozási rendszerrel szembeni elvárások .....	33
3.3.	A egészségügy-finanszírozási alrendszerek típusai, jellemzői .....	34
3.3.1.	A finanszírozási alrendszerek fő típusai .....	34
3.3.2.	A finanszírozási alrendszerek fő jellemzői .....	34
3.3.3.	Az egyes alrendszerek közötti fő különbségek.....	36
3.4.	A források allokációja .....	38
3.4.1.	A szolgáltatásfinanszírozási módszerek alaptípusai .....	39
3.4.2.	A szolgáltatásfinanszírozási módszerek alaptípusainak módosított változatai.....	39
3.5.	Nemzetközi tapasztalatok: az alapvető egészségügyi ellátás finanszírozása az OECD-országokban.....	40
3.5.1.	A forrásteremtés domináns mechanizmusa és a forrásallokáció intézményi formája .....	40
3.5.2.	A költségmegosztás fő jellemzői a közfinanszírozás keretébe tartozó szolgáltatások finanszírozásában .....	41
3.5.3.	A társadalombiztosítás tradicionális jellemzői Európában.....	42
3.5.4.	Főbb tendenciák a finanszírozási rendszerek átalakulásában .....	42
	Kérdések, feladatok.....	48
	Kötelező és ajánlott irodalom .....	48
<b>4.</b>	<b>Az egészségpolitika fő kérdései és periódusai a 20. század közepétől napjainkig.....</b>	<b>50</b>
4.1.	A második világháború után, az 1970-es évek elejéig-közepéig tartó időszak (az állami beavatkozás, a közfinanszírozás expanziója).....	50

4.2.	Egészségpolitikai paradigmaváltás az 1970-es évek második felében .....	50
4.2.1.	Általános jellemzők .....	50
4.2.2.	Hangsúlyeltolódás az 1980-as évek végén: a hatékonyság és a minőség javítása .....	51
4.3.	A 2000-es évek egészségpolitikájának általános jellemzői .....	52
4.3.1.	Főbb trendek.....	52
4.3.2.	Fő kihívások a gazdaság és társadalompolitikák/egészségpolitikák számára .....	52
4.3.3.	Az egészségpolitikai stratégiák fő kérdései.....	52
4.3.4.	Egészségpolitikai koncepciók, eszközök .....	53
4.4.	A 2008-ban kezdődő gazdasági válság hatása .....	53
	Kérdések, feladatok.....	54
	Kötelező és ajánlott irodalom .....	54
<b>5.</b>	<b>Az egészségpolitikák, egészségügyi reformok elemzése .....</b>	<b>55</b>
5.1.	Az egészségpolitika elemzésének összetevői és kontextusa.....	55
5.2.	Az egészségpolitikai folyamat .....	55
5.3.	Az egészségügyi reformok .....	56
5.3.1.	Az egészségügyi reformok által befolyásolható/alakítandó tényezők .....	57
5.3.2.	Az egészségügyi reform alapvető kérdései.....	57
5.3.3.	Az egészségügyi rendszer jellemzői a politikai folyamat szempontjából .....	58
5.3.4.	A „reformnapirend” kialakulásának elemzése és befolyásolása .....	59
5.3.5.	A szereplők adott reformhoz való viszonyulása.....	59
5.3.6.	A reformok megvalósításának lehetséges stratégiái .....	60
	Kérdések, feladatok.....	61
	Kötelező és ajánlott irodalom .....	61
<b>6.</b>	<b>A fenntartható finanszírozást célzó politikák .....</b>	<b>62</b>
6.1.	Az egészségügyi kiadások alakulását befolyásoló tényezők .....	62
6.2.	A fenntartható finanszírozás értelmezése.....	63
6.2.1.	A gazdasági fenntarthatóság .....	63
6.2.2.	A pénzügyi (fiskális) fenntarthatóság .....	63
6.3.	A források, egészségügyi kiadások és jövedelmek összefüggése .....	64
6.4.	Fenntartható finanszírozás – indikátorok .....	64
6.5.	Fenntartható finanszírozás: lehetséges stratégiák .....	66
6.6.	Eltérő nézetek az egészségügyi (köz)kiadásoknak a GDP növekedési ütemét meghaladó növekedésére.....	66
6.7.	A kiadáskorlátozó politikák fő jellemzői.....	66
6.7.1.	A kiadáskorlátozó eszközök típusai .....	66

6.7.2. A közvetlen és közvetett kontroll eszközei.....	67
6.7.3. A finanszírozási módszerek változtatása, költségvetési korlát kialakítása .....	67
6.7.4. A kiadások áthárításának (keresletbefolyásolásának) eszközei .....	67
6.8. Költségmegosztás az egyének és a társadalombiztosítás (állami egészségügyi rendszer) között...	68
6.9. A kiadások korlátozásának nehézségei .....	69
6.10. Főbb tendenciák a nyugat-európai országokban.....	69
6.11. Európai Unió: szemléletváltozás a politikában.....	70
Kérdések, feladatok.....	70
Kötelező és ajánlott irodalom .....	71

## 7. Az erőforrás-felhasználás hatékonyságának és a szolgáltatások minőségének javítását célzó politikák..... 72

7.1. A hatékonyság és a minőség fogalma .....	72
7.2. Indikátorok (példák) .....	74
7.3. A hatékonyság és minőség fő problémái .....	75
7.4. A hatékonyság és minőség javítására irányuló politikák fő eszközei.....	76
7.5. Az EU egészségpolitikájának néhány kérdése .....	77
7.5.1. Az EU egészségpolitikájának központi kérdése .....	77
7.6. Útkeresés: stratégiák a hatékonyság és minőség javítására .....	77
Kérdések, feladatok.....	78
Kötelező és ajánlott irodalom .....	78

## 8. Az egyenlőtlenségek csökkentésére irányuló politikák fő jellemzői, lehetséges eszközei ..... 79

8.1. Az egyenlőtlenségek fő összetevői és tendenciái .....	79
8.2. Főbb nemzetközi tendenciák .....	79
8.3. Az egészségügyi rendszer egyenlőtlenségeit befolyásoló tényezők.....	80
8.4. Az egyenlőtlenségek problémakörének előtérbe kerülése az EU egészségpolitikájában .....	82
Kérdések, feladatok.....	85
Kötelező és ajánlott irodalom .....	85

## Példa a hallgatói munkacsoportok feladatára ..... 87

1. feladat: Egészségügyi rendszerek leírása és összehasonlítása .....	87
Irodalom a csoportfeladathoz .....	88
Ajánlott irodalom a csoportfeladathoz .....	89
2. feladat: Egészségpolitika projekt.....	89
Irodalom a csoportfeladathoz .....	91

# AZ EGÉSZSÉGPOLITIKA TANTÁRGYRÓL

## A tantárgy célja és a számonkérés módja

### A tantárgy célja:

- bemutatni az egészségügyi rendszerek értékeléséhez, az egészségpolitikai folyamat elemzéséhez és az egészségpolitikai alternatívák megfogalmazásához szükséges alapismereteket;
- áttekinteni az elmúlt évtizedekben a fejlett országokban érvényesülő főbb egészségpolitikai irányzatokat;
- elemezni a főbb egészségpolitikai célok eléréséhez lehetséges eszközöket.

### Az ismeretek számonkérésének módja:

- csoportmunka és prezentáció (max. 30 pont);
- zárthelyi vizsga (max. 40 pont);
- szóbeli vizsga (max. 30 pont).

*A szóbeli és zárthelyi vizsga anyaga:* az előadások anyaga, a kötelező irodalom és a szóbeli vizsgán a hallgatói csoportmunka anyaga is.

*A hallgatói munkacsoportok feladatára két példa található a Hallgatói kézikönyv végén.*

Az érdemjegyek:

pontszám	érdemjegy
85–100	5
75–84	4
60–74	3
50–59	2
0–49	1

Az irodalomjegyzéket – szükség esetén – évente frissíti a kurzus felelőse.

A tantárgy nem foglalkozik a magyar egészségügy kérdéseivel. Ezek a mesterképzés „Magyar egészségügy” tantárgyának tárgyát képezik.

## Tematika

A kurzus az első részt (1–5. fejezet) előadások keretében, a második részt (6–8. fejezet) pedig a hallgatói csoportok munkáján alapuló szemináriumok keretében tárgyalja.

A hallgatói munkacsoportok a feladatokhoz külön jegyzéket kapnak az adott témához ajánlott irodalomról.

### 1. Az egészségügyi rendszerek elemzésének fő kérdései

#### Kötelező irodalom

Murray, C., Frenk, J. (2000): A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organisation*, 78 (6), 724–727.

Orosz É. (2001): *Félúton vagy tévúton? Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái.*

1. fejezet: Koncepcionális keretek. Egészséges Magyarországért Egyesület, Budapest, 15–36.

Smith, P. C. (ed.) (2009): *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects.* Cambridge University Press, Cambridge. (Részletek, fordítás.)

### 2. A köz- és magánszektor szerepének alapvető kérdései

#### Kötelező irodalom

Hsiao, W., Heller, P. (2007): What Should Macroeconomists Know About Health Policy? *IMF Working Paper WP/07613.* International Monetary Fund. III. (Részletek, fordítás.)

Maarse, H. (2006): The Privatization of Health Care in Europe: An Eight-Country Analysis. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 31 (5), 981–989.

Preker, A., Harding, A. (2005): Állami és magánszerepek gazdaságtana az egészségügyben – az intézményi közgazdaságtan és szervezetelmélet szemszögéből. *Kormányzás, Közpénzügyek, Szabályozás*, 1, 4–29.

Saltman, R. et al. (2007): *Decentralization in Health Care. Strategies and outcomes.* Open University Press, Maidenhead, Berkshire. (Részletek, fordítás.)

### 3. Az egészségügy-finanszírozási rendszerek fő jellemzői

#### Kötelező irodalom

Gottret, P., Schieber, G. (2006): *Health Financing Revisited.* Chapter 9. Financing health in high-income countries. World Bank, Washington, DC, 279–301.

Mossialos, E. et al. (2002): Funding health care: options for Europe. *Policy brief No. 4.* European Observatory on Health Care Systems.



Orosz É. (2010): A magyar egészségbiztosítás néhány stratégiai kérdése. (A következő alfejezetek: A finanszírozási rendszer átalakításának alapvető kérdései. A kockázatközösség intézményi keretei: az egészségbiztosítási alapok képzésének stratégiái. A közfinanszírozású egészségügyi rendszerek lehetséges intézményi formái.) In Bodrogi J. (szerk.): *Az egészségügyi reformfolyamat fő kérdései*. Semmelweis Kiadó, Budapest.

Thomson, S. et al. (2009): Financing Health Care in the European Union Challenges and policy responses [Az egészségügyi ellátás finanszírozása az Európai Unióban – Kihívások és politikai válaszok]. *Observatory Studies Series No. 17*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. (Részletek, fordítás.)

#### 4. Az egészségpolitika fő kérdései és periódusai a 20. század közepétől napjainkig

##### Kötelező irodalom

Fidler, A., Moran, V. (2011): Learning from the health impact of financial crises: the case to focus on social protection and pro-poor spending. (Magyar fordítás: <http://egk.tatk.elte.hu/> – Oktatás / Egészségpolitika Hallgatói Kézikönyv.)

Hsiao, W., Heller, P. (2007): What Should Macroeconomists Know About Health Policy? Chapter IV. Health Policy Challenges and Issues Confronting Nations. *IMF Working Paper WP/07613*. International Monetary Fund, 25–35.

Orosz É. (2001): *Félmúlt vagy tévút? Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái*. Egészséges Magyarországért Egyesület, Budapest, 44–50.

Orosz É. (2008): Globális és hazai egészségügyi kihívások és egészségpolitikai törekvések a 21. század elején. In Gömbös Ervin (szerk.): *Globális kihívások, millenniumi fejlesztési célok és Magyarország*. ENSZ-Akadémia 2008. Magyar ENSZ Társaság, Budapest, 89–115.

#### 5. Az egészségpolitikák, egészségügyi reformok elemzése

##### Kötelező irodalom

Gray, J. A. M. (2009): *Evidence-based healthcare and public health*. Elsevier Health Sciences, Philadelphia, Chapter 7: Evidence-based Health Service Management. 247–271, 288–295.

Hurst, J. (2010): Effective ways to realise policy reforms in health systems. *OECD Health Working papers No. 51*, 7–17. [http://www.oecd.org/document/25/0,3746,en\\_2649\\_37407\\_2380441\\_1\\_1\\_1\\_37407,00.html](http://www.oecd.org/document/25/0,3746,en_2649_37407_2380441_1_1_1_37407,00.html)

Roberts, M. J. et al. (2008): *Getting Health Reform Right*. Qxford University Press, New York. (Részletek, fordítás.)

## 6. A fenntartható finanszírozást célzó politikák

### Kötelező irodalom

OECD (2010): *Value for Money in Health Spending*, OECD, Paris. Chapter 1–2.

Thomson, S. et al. (2009), Financing Health Care in the European Union. *Observatory Studies Series No. 17*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Chapter 4. Conclusions and policy recommendations, 89–99.

## 7. Az erőforrás-felhasználás hatékonyságának és a szolgáltatások minőségének javítását célzó politikák

### Kötelező irodalom

OECD (2010): *Improving Value in Health Care. Measuring Quality*. OECD, Paris. Chapter 1–2. 15–80.

OECD (2004): *Towards High Performing Health Systems*. OECD, Paris, Chapter 5. 95–117. (Magyar fordítás: <http://egk.tatk.elte.hu/> – Oktatás / Egészségpolitika Hallgatói Kézikönyv.)

Rechel, B. et al. (2009). *Investing in hospitals of the future*. European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.

Saltman, R. et al. (2007): *Decentralization in Health Care. Strategies and outcomes*. Open University Press, Maidenhead, Berkshire. (Részletek, fordítás.)

## 8. Az egyenlőtlenségek csökkentésére irányuló politikák fő jellemzői, lehetséges eszközei

### Kötelező irodalom

Mackenbach, J. P. et al. (2007): *Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union*. 2. Framework for assessing the economic implications of socioeconomic inequalities in health. European Communities, 10–23. (Magyar fordítás: <http://egk.tatk.elte.hu/> – Oktatás/Egészségpolitika Hallgatói Kézikönyv.)

WHO (2008): *Closing the gap in a generation*. Final Report. WHO Press, World Health Organization, Geneva. (Részletek, fordítás.)

# 1. AZ EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZEREK ELEMZÉSÉNEK FŐ KÉRDÉSEI

## 1.1. Az egészségügyi rendszerek elemzésének alapvető kérdései

- Hogyan jellemezhető/írható le egy egészségügyi rendszer?
- Mikor működik jól egy egészségügyi rendszer?
- Hogyan értékelhető egy egészségügyi rendszer teljesítménye?
- Hogyan befolyásolható egy egészségügyi rendszer teljesítménye?

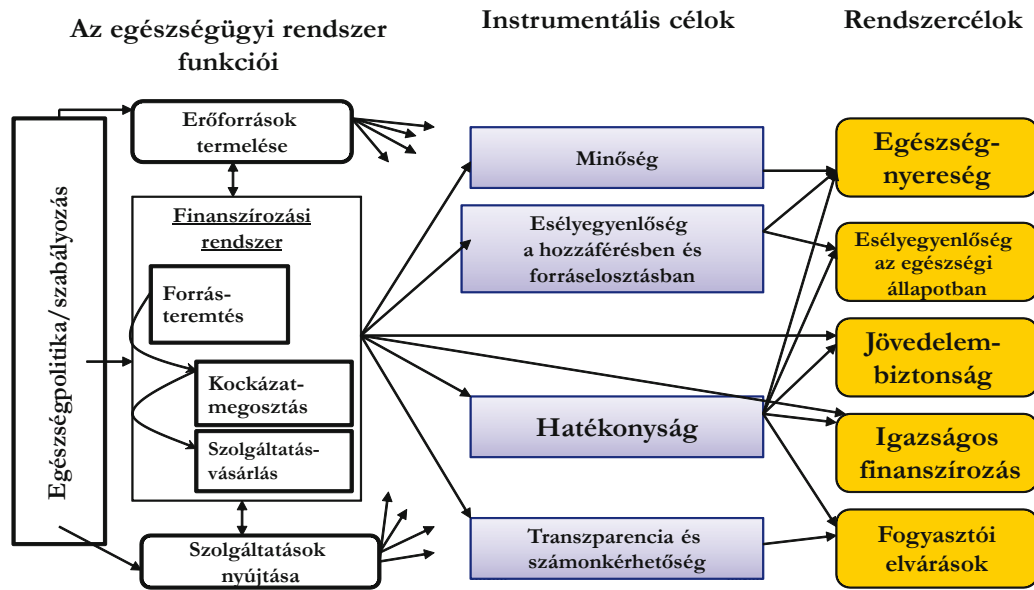
## 1.2. Az egészségügyi rendszer fő összetevői

- **Egészségpolitika** (szabályozás)
  - Az egészségügyi rendszer szabályozása
  - Más (nem egészségügyi) szektorok befolyásolása
- **Finanszírozás**
  - Forrásteremtés (*revenue collection*)
  - Kockázatmegosztást szolgáló alapképzés (*fund pooling*)
  - A források allokációja /„szolgáltatásvásárlás” (*purchasing*)
- **Szolgáltatások** (közösségi szintű és személyes egészségügyi szolgáltatások)
- **Az erőforrások termelése** (oktatás, kutatás-fejlesztés, beruházás)

## 1.3. Mikor működik jól az egészségügyi rendszer?

- Jó teljesítményt nyújt (az egészségpolitikai célok megfelelő mértékben érvényesülnek).
- Legitimációt élvez (társadalmi csoportok, egészségügyi dolgozók elégedettek a működésével).

Az egészségügyi rendszer és az egészségpolitikai célok összefüggő kapcsolatrendszerét az 1.1. ábra mutatja be.



Forrás: WHO, 2006.

1.1. ábra: Az egészségügyi rendszer és az egészségpolitikai célok kapcsolata

## 1.4. Az egészségpolitikák lehetséges céljai. Az egészségügyi rendszer (teljesítmény)értékelésének lehetséges kritériumai

- A lakosság egészségi állapotának javítása:** kiemelt szempont az emberi élet védelme; az egészségi állapot egyenlőtlenségeinek csökkentése (értelmezhető külön teljesítménydimenzióként is).
- Védelem a betegség pénzügyi kockázatától** (igazságos finanszírozás).
- A betegek/állampolgárok elégedettsége** az egészségügyi rendszerrel, az egyének igényeire való reagálóképesség (*citizen satisfaction/responsiveness*):
  - az egyének igényeire való reagálóképesség értelmezhető a minőség egyik komponenseként is;
  - kiemelt szempont: az emberi méltóság védelme, az egyéni szabadság érvényesülése.

d) **Minőség:**

- hatásos, eredményes terápia,
- megbízhatóság,
- az egyének igényeire való reagálóképesség (értelmezhető külön teljesítménydimenzióként is).

e) **Az egyenlőtlenségek csökkentése** (méltányosság, igazságosság):

- a szolgáltatásokhoz való egyenlő hozzáférhetőség,
- igazságos/méltányos finanszírozás.

f) **Hatékonyság:**

- technikai hatékonyság,
- költséghatékonyság,
- allokatív hatékonyság.

g) **Finanszírozhatóság:**

- az egészségügy finanszírozásának közgazdasági fenntarthatósága,
- az egészségügy finanszírozásának pénzügyi (fiskális) fenntarthatósága.

h) **Az egészségpolitikai döntéshozatal transzparens, számon kérhető.**

A szakirodalomban az előbbi kritériumok különböző struktúrában és különböző megfogalmazásban találhatóak.

Az egészségpolitikai célok között trade-off-ok (kölcsönhatások) állhatnak fent. Egy adott célban elért javulás (pl. fiskális finanszírozhatóság) következménye lehet a más célok szerinti teljesítmény romlása (pl. minőség).

*A tényleges egészségpolitikák:* a célok egy szűkebb csoportját tartalmazzák (térben és időben elérő hangsúlyok). Például: Az EU egészségpolitikájának alapelvei: „accessibility, quality and financial sustainability”. (COM(2004)304)

## 1.5. Az egészség fogalmának különböző értelmezései

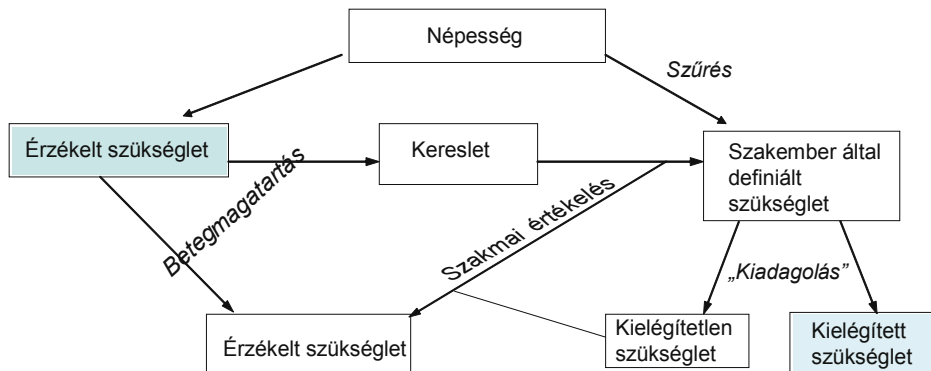
- Klinikailag kimutatható tünetmentesség
- Teljes testi, lelki és szociális jólét állapota (WHO) – szociológiai megközelítés
- Nagy társadalmi csoportok egészségi állapotának mérése mortalitási és morbiditási adatok segítségével – epidemiológiai megközelítés

Az egészségi állapotot befolyásoló tényezők összefüggéseit az 1.2. ábra, a szükséglet, kereslet és kínálat kapcsolatát pedig az 1.3. ábra mutatja.



Forrás: Dalgren, 1991.

1.2. ábra: Milyen tényezők befolyásolják az egészségi állapotot?



Forrás: Black and Gruen, 2005.

1.3. ábra: A szükséglet, kereslet és kínálat kapcsolata

## 1.6. Az egészségügy szerepe az egészségi állapot alakulásában – új tudományos eredmények

- „Az egészségügyi szolgáltatások szerepe jelentős. A tudományos bizonyítékok komplexek, de konzisztensek: az elmúlt évtizedekben a várható élettartam növekedésének körülbelül a fele az egészségügyi ellátásnak tudható be.” (Figueras et al., 2008)
- „Az egészségügyi ellátás fontos meghatározója az egészségi állapotnak, és az életmód is. Mégis: a társadalmi tényezők azok, amelyek meghatározzák az egészségügyi ellátáshoz való hozzájutást, elsősorban az életmódváltást.” (Elhangzott Dr. M. Chan, a WHO főtitkárának „Az egészség társadalmi meghatározói” Bizottság jelentéséről tartott 2008. augusztus 28-i sajtótájékoztatóján).

## 1.7. A hatékonyság fogalma

- *Technikai hatékonyság*: adott szolgáltatás előállítási költségének a minimalizálása.
- *Költséghatékonyság*: egy adott egészségi probléma kezelésére rendelkezésre álló technológiák közül az a költséghatékony, amelyik egységnyi egészségnyereséget a legkisebb ráfordítással ér el.
- *Allokatív hatékonyság*: akkor érvényesül, ha az egészségügy rendelkezésre álló erőforrásokkal – technikailag hatékony – szolgáltatások olyan kombinációját állítják elő, amely maximalizálja a társadalom szintjén elérhető egészségjavulást (egészségnyereséget).

## 1.8. Az egészség, az egészségügyi kiadások és a gazdaság kapcsolata

### 1.8.1. Alapvető kérdések

- Hogyan járul hozzá az egészségi állapot javulása a gazdasági növekedéshez?
- Hogyan járul hozzá a gazdasági növekedés az egészségi állapot javulásához?
- Hogyan, illetve milyen mértékben járul hozzá az egészségügyi rendszer a társadalom egészségi állapotának javításához?
- Hogyan javítható az egészségügyi rendszer teljesítménye? Javulna-e (és milyen mértékben), ha többet költenénk rá?
- Hogyan hat az egészségügyi közkiadások növelése az egészségi állapotra és a gazdasági növekedésre?

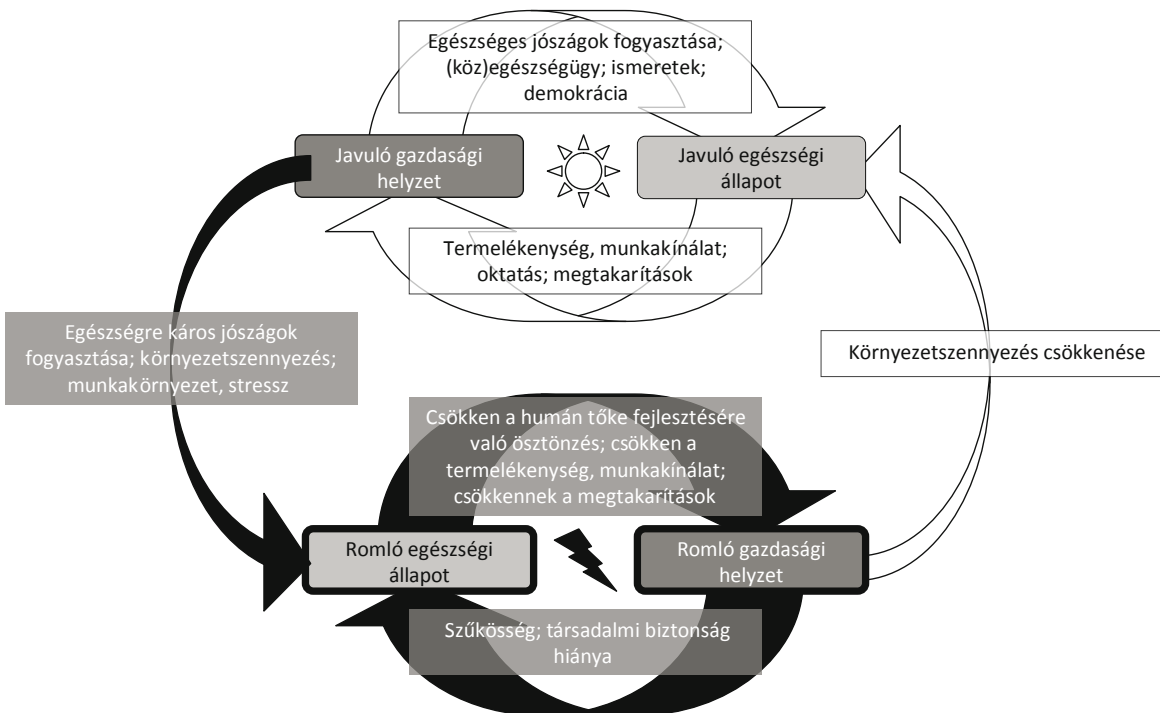
## 1.8.2. Az egészségi állapot hatása a gazdaságra – az egyén szintjén (mikroszinten)

Az egészségi állapot javulása, a várható élettartam növekedése pozitívan hat:

- a gazdasági teljesítményre (termelékenységre),
- a munkaerő-kínálatra (munkaképesség hosszára),
- a megtakarítási hajlandóságra,
- a gyermekkori egészségi állapotra: tanulási képességekre, kreativitásra.

## 1.8.3. Az egészségi állapot és a gazdaság kölcsönhatása makroszinten

Az egészségi állapot és a gazdaság közötti többirányú kölcsönhatás összefüggéseit makroszinten az 1.4. ábra szemlélteti.



Forrás: Kollányi, 2001.

1.4. ábra: Az egészség és a gazdaság közötti többirányú kölcsönhatás



## 1.9. Az egészségügyi rendszerek teljesítményének értékelése, mérése

- Teljesítmény: alapvető célok elérésének mértéke.
- Koncepcionális keret:
  - a teljesítmény értelmezése,
  - ok-okozati összefüggések az egészségügyi rendszerben,
  - megfelelő indikátorrendszer kialakítása,
  - információs rendszer.
- Elemzés, interpretáció.
- Felhasználás a gyakorlatban (döntéshozatalban való alkalmazásának lehetőségei és korlátai).
- A teljesítménymérés rendszerének, működésének elemzése.
- Az indikátorok használatának korlátai.

### 1.9.1. Indikátorrendszerek

#### Nemzetközi szervezetek:

- EU: European Community Health
- Indicators (ECHI – European Community Health Indicators)
- EU: Sustainable development Indicators
- OECD: Health at a Glance
- OECD Health Care Quality Indicators Project
- WHO: Monitoring and evaluation of health systems strengthening framework

#### Néhány országpélda:

- Dutch Health Care Performance Report 2008
- USA: Commonwealth Fund. „Why Not the Best? Results from the National Scorecard on U.S. Health System Performance”, 2008
- Nagy-Britannia: NHS Performance Framework

### 1.9.2. Az egészségügyi teljesítmény mérésének dimenziói

Az 1.1. táblázatban Smith (2009) alapján sorra vesszük az egészségügyi teljesítmény mérésének dimenzióit, és mindegyikhez indikátorpéldákat rendelünk.

1.1. táblázat: Az egészségügyi teljesítmény mérési területei

Mérési terület	A mérés leírása	Indikátorpéldák
A népesség egészsége	A népesség egészségére vonatkozó aggregált adatok mérése	Várható élettartam Elvesztett életek Elkerülhető halálozás DALY (fogyatékossgal korrigált életek)
Az egyéni egészségi állapotban elért kimenetek/eredmények	Az egyéni egészségi állapot – a teljes népességhez vagy egyes csoportokhoz viszonyított – mérése. Néhány indikátor a különböző egészségi állapothoz hasznossági rangsorokat is rendel.	Generikus mérések: • SF-36 • EQ-5D Betegségspecifikus mérések: • ízületi hatásmérési skálák • PDQ-39
Klinikai minőség és az ellátás megfelelősége	A betegeknek nyújtott – a kívánt eredmény elérését célzó – szolgáltatások és ellátások mérése. Annak megállapítása, hogy a legjobb gyakorlat alkalmazására kerül-e sor, és a beavatkozások technológiailag megfelelő módon valósultak-e meg.	Eredmény (outcome) mérések: • egészségi állapot • specifikus műtét utáni kórházi újrafelvétel és halálozási arányok A folyamat jellemzőinek mérése: • a vérnyomásmérés gyakorisága
Alkalmazkodóképesség a páciensek igényeihez	A rendszer alkalmazkodóképességét a betegek méltóságával, autonómiájával, a bizalmasság tiszteletben tartásával, a betegekkel való kommunikációval, a megfelelő figyelem biztosításával, a társadalmi támogatással és az alapvető kényelem minőségével kapcsolatosan méri.	A betegek tapasztalatainak mérése A betegek elégedettségének mérése
Méltányosság (esélyegyenlőség)	Az egyenlőtlenségek mértékének mérése az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés, a megfelelő reagálás/alkalmazkodás és a finanszírozás tekintetében.	Hasznossági mérések Hozzáférési arányok Szükséglet szerinti igénybevételi arányok Kiadási küszöbök Egészségi kimenetek mérése (egyes részterületeken)
Termelékenység/hatékonyság	Az egészségügyi ellátórendszer, az egészségügyi szervezetek és az egyes orvosok termelékenységének/ hatékonyságának mérése.	A munkaerő termelékenysége Költséghatékonysági mérések (pl. beavatkozások) Technikai hatékonyság (kimenet/bemenet mérések) Allokációs hatékonyság (a fizetési hajlandóság méréseivel)

Forrás: Smith, 2009.

## A mérhető célok növekvő alkalmazásával összefüggő kockázatok (Smith, 2009)

- Az egészségügyi rendszer nem célzott aspektusai figyelmen kívül maradhatnak.
- A vezetők és az orvosok saját ellenőrzési körükben közvetlenül a rövid távú célokra összpontosíthatnak a hosszú távú vagy kevésbé kontrollálható célkitűzések kárára.
- A túlzottan erőteljes célok alááshatják azon adatok megbízhatóságát, amelyeken e célok alapulnak.
- A túlzottan erőteljes célok játszmákat vagy más nemkívánatos magatartási reakciókat idézhetnek elő.
- A célok – az altruista, szakmai motivációkkal szemben – szűk látókörű, pénzügyi megfontolások által vezérelt attitűdöket erősíthetnek.
- A célok folyamatos monitorozást és frissítést igényelnek, hogy tisztázni lehessen azok érvényességének fennmaradását és azt, hogy a célokat nem ássák alá az orvosok érdekei.

### 1.9.3. Az egészségügyi rendszerek teljesítményét befolyásoló tényezők elemzése

A diagnózis készítésekor a következő kérdésre keressük a választ: „Milyen okokra vezethető vissza a rossz teljesítmény?” Egy lehetséges módszer a „Health-system diagnostic tree” (Roberts et al., 2008): a lehetséges okok láncolatának strukturált leírása. Az okok között figyelembe veendő:

- az egészségügyi rendszer kontextusa – társadalmi, gazdasági tényezők, az egészségügyi rendszer örökölt jellemzői;
- az egészségügy szereplőinek magatartása, attitűdje;
- az egészségügyi rendszer összetevői, jellemzői.

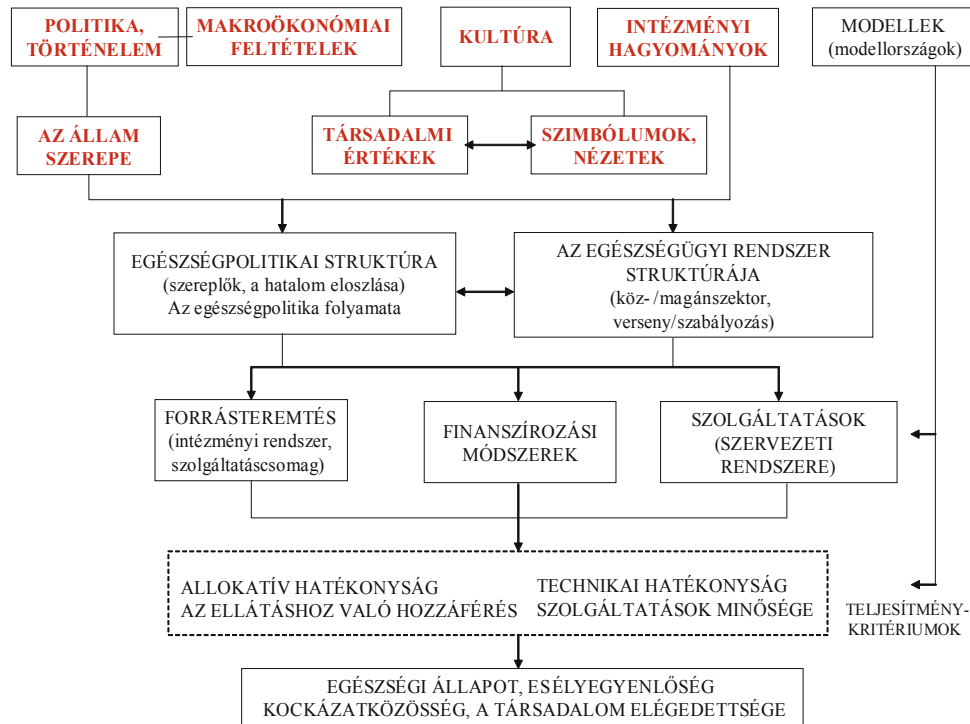
## 1.10. Az egészségügy szereplői

- *Állampolgárok* (járulékfizetők/páciensek/fogyasztók).
- *Szolgáltatók*.
- *Finanszírozók*:
  - kötelező egészségbiztosítás,
  - magánbiztosítók,
  - önkéntes egészségpénztárok.
- *Egészségügyi bürokrácia*:
  - települési önkormányzatok,
  - kormányzat.
- *Egészségpolitikai/érdekvédelmi tényezők*:
  - politikusok (kormánypartok és ellenzék),
  - civil szerveződések (egészségvédő mozgalmak, betegjogi szervezetek),
  - egészségügyi dolgozók szakmai és érdekvédelmi szervezetei (kamarák, szakszervezetek stb.).

Az egészségpolitikai elemzés feladata: a szereplők helyzetének, érdekeltiségének, törekvéseinek, a szereplők közötti kapcsolatoknak, a szereplők funkcióinak és a funkció ellátásához rendelkezésre álló (vagy hiányzó) feltételeknek a vizsgálata.

## 1.11. Az egészségügyi rendszer társadalmi, gazdasági és politikai kontextusa

Az egészségügyi rendszer társadalmi, gazdasági és politikai kontextusát összefoglalóan az 1.5. ábra mutatja.



Forrás: Harvard Team, 1997.

1.5. ábra: Az egészségügyi rendszer

## Kérdések, feladatok

1. Melyek a jelenlegi magyar kormányzati egészségpolitika alapvető céljai?
2. Melyek a magyar egészségügy fő szereplőinek alapvető céljai?
3. Válasszon egy lényeges egészségpolitikai döntést a közelmúltból! Elemezze a kontextusát, tartalmát, a többi szereplő hozzáállását és az egészségpolitikai döntéshozatal folyamatát.

## Kötelező és ajánlott irodalom

### Kötelező irodalom

Murray, C., Frenk, J. (2000): A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organisation*, 78 (6), 724–727.

Smith, C. P. (2009): *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Cambridge University Press, Cambridge. (Részletek, fordítás.)

Orosz É. (2001): *Félúton vagy tévúton? Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái*. 1. fejezet: Konceptcionális keretek. Egészséges Magyarországért Egyesület, Budapest, 15–36.

### Ajánlott irodalom

Figueras, J. et al. (2008): *Health systems, health and wealth: Assessing the case for investing in health systems*. WHO, Copenhagen.

Health Systems in Transition (2010): *Template for analysis*. European Observatory on Health Care Systems. [www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/health-system-profiles-hits/hit-template-2010](http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/health-system-profiles-hits/hit-template-2010)

Smith, C. P. (2008): *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. WHO Europe, Copenhagen.

Orosz É. (2001): *Félúton vagy tévúton? Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái*. 3. fejezet: A reformok más szemszögből: Az egészségügy szereplői és a egészségpolitikai folyamat jellege. Egészséges Magyarországért Egyesület, Budapest, 103–130.

## 2. A KÖZ- ÉS MAGÁNSZEKTOR SZEREPÉNEK ALAPVETŐ KÉRDÉSEI

A köz- és a magánszféra szerepét a finanszírozásban és a szolgáltatásokban a 2.1. táblázat mutatja.

2.1. táblázat: A köz- és a magánszféra szerepe a finanszírozásban és a szolgáltatásokban

Finanszírozás	Szolgáltatók		
		Köz	Magán
	Köz	Közfinanszírozás + közszolgáltatók	Közfinanszírozás + magánszolgáltatók
Magán	Magánfinanszírozás + közszolgáltatók	Magánfinanszírozás + magánszolgáltatók	

### 2.1. A köz- és a magánszektor eltérő szerepe a finanszírozásban és a szolgáltatásban

- A köz- és a magánszektor (a privatizáció) szerepe szempontjából alapvető különbség van a finanszírozás és a szolgáltatás szférája között. Csak a közfinanszírozás (költségvetés vagy kötelező biztosítás) dominanciája képes biztosítani az esélyegyenlőséget a szolgáltatásokhoz való hozzájutást tekintve.
- Ennek a funkciónak a közfinanszírozás akkor is meg tud felelni, ha a szolgáltatás szférájában a magánintézmények, magánorvosok vannak túlsúlyban.

## 2.2. Az egészségügy szereplői mint gazdasági egységek

Tekintsük át a köz- és magánszektor értelmezésének problémáit!

### Általában a közszektorba sorolt szereplők

- *Az állami szektor intézményei:*
  - központi kormányzat (és intézményei),
  - helyi kormányzat (és intézményei),
  - társadalombiztosítási szervezet (ha az államháztartás része).
- *Nonprofit szektor:* társadalombiztosítási alapok („kvázi közszektor”).

### Általában a magánszektorba sorolt szereplők

- *Nonprofit szektor:* nonprofit formában működő egészségügyi szolgáltató szervezetek.
- *Vállalkozások (profitérdekeltségű):*
  - üzleti biztosítók,
  - egészségügyi szolgáltatást nyújtó vállalatok.
- *Háztartások:* a magánszektor intézményei is közreműködhetnek állami programok (társadalompolitikai célok) megvalósításában.

## 2.3. Az állami beavatkozás: célok és eszközök

### Az állami beavatkozás céljai:

- jó egészségi állapot,
- védelem a betegség pénzügyi kockázataitól,
- méltányosság (egyenlő hozzáférés),
- a társadalom szűkös erőforrásainak hatékony felhasználása,
- a piaci kudarcok korrekciója,
- a szolgáltatások költségének és az összkiadásnak a befolyásolása,
- az egyének, illetve a társadalom elégedettsége az egészségügyi rendszerrel.

### Az állami beavatkozás eszközei az egészségpolitikai célok érdekében:

- információ,
- szabályozás,
- kötelezővé tétel,
- finanszírozás,
- szolgáltatás.

## 2.4. A privatizáció, a decentralizáció és a szabályozás értelmezése

**A privatizáció fogalma:** az államnak korábban az egészségügyben – a szolgáltatás, a finanszírozás és a szabályozás területén – játszott szerepét részben vagy (a szolgáltatás egyes területein) teljes mértékben átveszik a magánszervezetek.

**A decentralizáció fogalma:** a központi kormányzat – a szolgáltatás, a finanszírozás és a szabályozás területén – játszott szerepét részben vagy teljes mértékben átadja a közszeaktor más szereplőinek: alacsonyabb adminisztratív szintre, és/vagy helyi kormányzatnak, és/vagy más – nem kormányzati – szervezetnek); tágabb értelemben a közszeaktor és magánszeaktor más szereplőinek.

A privatizáció és/vagy decentralizáció maga után vonja a szabályozás változását.

**A szabályozás fogalma:** kormányzati stratégia és eszközrendszer, amely szervezetek és egyének viselkedésének befolyásolására törekszik meghatározott célok elérése és meghatározott standardok követése érdekében. A szabályozás fő területeit a 2.2. táblázatban foglaltuk össze.

2.2. táblázat: A szabályozás fő területei

	Mennyiség	Minőség	Ár	Kínálat/kereslet struktúrája
Emberi erőforrás	Pl. közalkalmazotti keretszám	Pl. működési engedély	Pl. közalkalmazotti bértábla	Pl. egyetemi felvételi keretszámok
Technológia, kapacitások	Pl. kórházi ágyakra vonatkozó normatíva	Pl. technológiaértékelés	Pl. gyógyszerek szabályozása	Pl. beruházások engedélyhez kötése
Szolgáltatások	Pl. volumenkorlát	Pl. minőségbiztosítási rendszer	Finanszírozási módszerek	Pl. egynapos sebészet ösztönzése

### Koordinációs mechanizmusok:

- direkt kormányzati beavatkozás,
- szabályozás (gazdasági, minőségügyi),
- piaci mechanizmusok,
- szakmai önszabályozás,
- laikus kontroll.



## 2.5. Az állam és piac szerepére vonatkozó elméletek/koncepciók

(Ezeket az elméleteket részletesebben a „Bevezetés az egészség-gazdaságtanba” tantárgy tárgyalja.)

Fő területek:

- piaci kudarcok,
- kormányzati kudarcok,
- a piaci ösztönzők alkalmazása a public (köz-) szektoron belül,
- szabályozott verseny.

## 2.6. A kormányzati beavatkozás problémái

*Kormányzati kudarcról* beszélünk, ha (a hatékonyságot biztosító beavatkozáshoz képest):

- a kormányzat túl sokat vállal (szolgáltatás terén);
- a kormányzat túl keveset avatkozik be (információ, szabályozás terén);

Fő okok:

- politikai érdekek/alkuk befolyása,
- információhiány.

A megoldás csak „second-best” lehet.

A fő kérdések:

- a kormányzati beavatkozás konkrét területeinek és mértékének kialakítása;
- a köz- és a magánszektor együttélésének/együttműködésének formái/mértéke.

## 2.7. A köz- és magánszektor szerepe az egészségügy finanszírozásában és a szolgáltatások nyújtásában az OECD-országok egészségügyi rendszereiben

### 2.7.1. Tradicionális európai értékek/nézetek

- Egészségügyi szolgáltatás: social good.
- Szolidaritás:
  - igazságos/méltányos finanszírozás: a teherviselő képesség arányában;
  - alapvető szolgáltatásokhoz való egyenlő hozzáférés: szükségletek alapján.
- A szolidaritáson alapuló egészségügy a társadalmi kohézió intézménye.
- Állam: a közjó, közérdek képviselője.

*Kérdés: mennyire változtak, erodálódtak ezek az értékek?*

**Közös értékek és alapelvek** az Európai Unió egészségügyi rendszereiben (2006/C 146/01)

- **Alapvető értékek:**
  - mindenkire kiterjedő társadalmi védelem,
  - a jó minőségű szolgáltatásokhoz való hozzáférés,
  - esélyegyenlőség és szolidaritás.
- **Működési alapelvek:**
  - minőség, biztonság,
  - bizonyítékokon alapuló, etikus ellátás,
  - a betegek aktív részvétele,
  - a személyiség és a személyes információ védelme, titkossága.
- A piaci mechanizmusok, a verseny *nem* tartoznak a közös működési alapelvek közé.
- „...a gyakorlati módszerekben (...) jelentős különbségek vannak a tagállamok között. A nemzeti feltételek között kell meghozni különösen az arra vonatkozó döntéseket, hogy (...) milyen mértékben célszerű a piaci mechanizmusokra, a versenyre támaszkodni” (2006/C 146/01).

## 2.7.2. Az Európai Unió és az USA: eltérő egészségügyi modellek

A 2.3. táblázat alapján vessük össze az Európai Unió (EU-15) és az Amerikai Egyesült Államok egészségügyi modelljeit!

2.3. táblázat: Egészségügyi modellek, EU-15 és USA

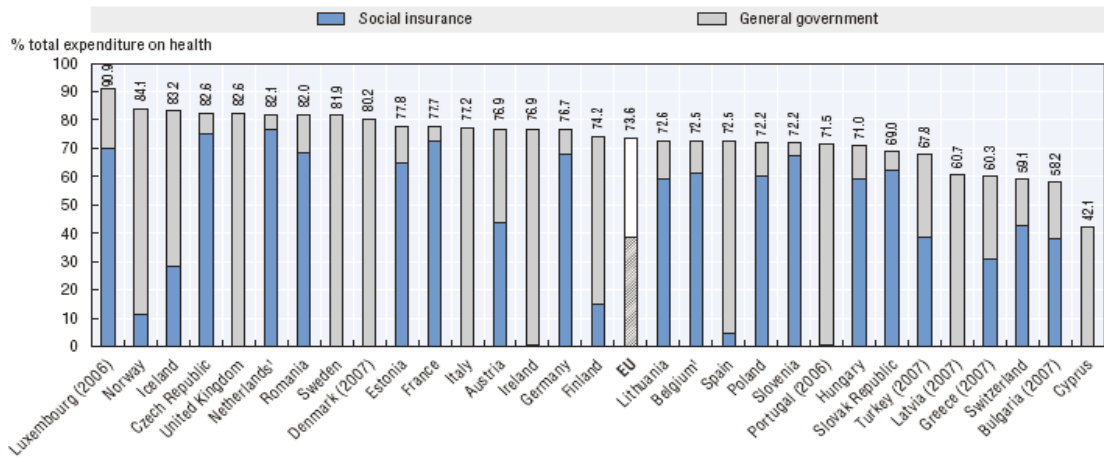
Európai Unió (EU-15)	USA
Állami egészségügyi szolgálat vagy helyi önkormányzatok (adóbevételek) + kiegészítő biztosítás + közvetlen fizetés (9 ország)	Önkéntes magánbiztosítás Az egyedüli OECD-ország, ahol nincs kötelező biztosítás Biztosítási díj (munkáltatók vagy egyének)
Társadalombiztosítás + kiegészítő biztosítás + közvetlen fizetés (5 ország)	<i>Intézményi forma:</i> üzleti biztosítók + közvetlen fizetés + állami programok: Medicare (idősek), Medicaid (munka nélküli szegények)
Kötelező magánbiztosítás (üzleti biztosítók) + kiegészítő biztosítás + közvetlen fizetés (Hollandia)	

## 2.7.3. A köz- és a magánszektor szerepe az egészségügy finanszírozásában

Az OECD statisztikái alapján összehasonlíthatjuk az EU-tagországokat abból a szempontból, hogy az összes egészségügyi kiadásaikban mekkora részt képviseltek

a) a közkiadások (2.1. ábra);

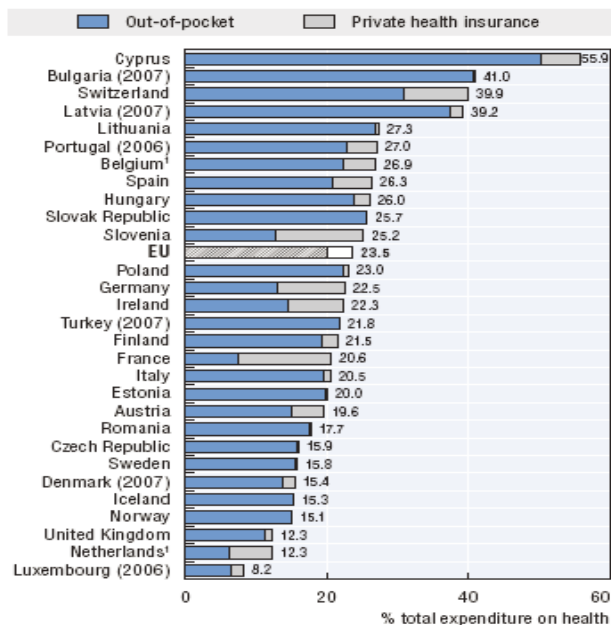
b) a háztartások közvetlen kifizetései és a magánbiztosítások (2.2. ábra).



1. Share of current health expenditure.

Forrás: OECD, 2010b.

2.1. ábra: A közkiadások aránya az összes egészségügyi kiadáson belül az EU-országokban, 2008

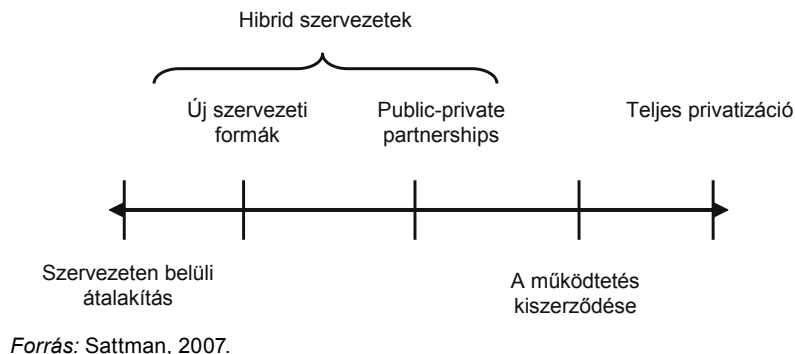


Forrás: OECD, 2010b.

2.2. ábra: A háztartások közvetlen kifizetései és a magánbiztosítások aránya az összes egészségügyi kiadáson belül az EU-országokban, 2008

## 2.7.4. A köz- és a magánszektor szerepe a szolgáltatások nyújtásában

Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásában – mint már láttuk – a köz- és magánszektornek egyaránt nagy szerepe van. (A volt szocialista országokban a magánszektor létrejötté, illetve kiteljesedése a rendszerváltáshoz köthető.) A privatizáció (magánosítás) szerte a világon, így az Európai Unió tagországaiban is nem pusztán a köztulajdon magántulajdonba kerülését jelenti, beletartoznak más módok is, mint például a PPP (Public-Private Partnership – a köz- és magánszféra együttműködése). A privatizáció és a decentralizáció kapcsolatát a 2.3. ábra szemlélteti.



2.3. ábra: A privatizáció és a decentralizáció kapcsolata

A privatizációt ösztönző tényezők:

- a hatékonyság és a minőség javítása (beleértve a páciensek elvárásainak való jobb megfelelést);
- a tőkebevonás;
- ideológiai érvek/nézetek (ezek szerint a magántulajdonban lévő intézmények ab ovo hatékonyabbak).

A privatizáció lehet: kormányzati kezdeményezésen alapuló és a piaci szereplők által kezdeményezett.

A magánszektor megfelelő működése csak a következő feltételek kialakulása, illetve kialakítása esetén várható:

- **alapvető feltétel a hatékony kormányzati szabályozás.** Ha ez hiányzik (gyenge vagy korrupt), akkor a magánszolgáltatók a saját profitérdekeiket érvényesíthetik a hatékonyság és az esélyegyenlőség rovására;
- a magánszektoron belüli önszabályozási kapacitás. Az orvosok és más szakmai csoportok érdeke lehet a magas minőség fenntartása, ennek érdekében a szakma önszabályozása;
- a hatékony vásárlói kapacitás (hatékony szerződések, a finanszírozó képessége a teljesítmények monitorozására stb.);

- a magánszektor megfelelő kapacitása (a magánszektor bizonyos szintje szükséges ahhoz, hogy verseny legyen, vagy legalább a verseny veszélye fennálljon);
- általános társadalmi, politikai és gazdasági feltételek (megfelelő jogi környezet, a szerződések kikényszeríthetősége, a korrupció alacsony foka). A gazdasági feltételek hiányában (a közszektorból vásárló által fizetett alacsony díj esetében) a magánszolgáltatók a minőség csökkentésével törekedhetnek a profit biztosítására.

### 2.7.5. Az állami beavatkozásra (a köz- és a magánszektor szerepére) vonatkozó alapvető egészségpolitikai kérdések

Egy adott ország egészségpolitikájának alakításakor/elemezésekor számos kérdésre kell választ adni

- Mi a szerepe a kormányzati politikának a társadalom egészségi állapotának javításában? Tártya-e a kormányzati politikának az egészségi állapot egyenlőtlenségeinek csökkentése? Milyen mechanizmusok léteznek az ellentétes gazdasági és egészségügyi szempontok együttes mérlegelésére/ütköztetésére? Mi az állam, az egyén, a civil szféra és a piaci szektor lehetséges szerepe a társadalom egészségi állapotának javításában?
- Mennyit költ (költsön) az ország közpénzből az egészségügyre (az összes egészségügyi kiadás a GDP arányában)? Milyen eszközöket alkalmazhat az állam a fenntartható finanszírozás érdekében? Milyen hatást gyakorolhat a magánfinanszírozás növekvő szerepe a finanszírozás fenntarthatóságára?
- Hogyan, milyen mértékben viselik (viseljék) a társadalom egyes csoportjai az egészségügyi rendszer működtetésének terheit? Milyen eszközöket alkalmazhat az állam a társadalmi igazságosság érvényesítése érdekében? Milyen hatást gyakorolhat a magánszektor növekvő szerepe – a méltányos finanszírozás szempontjából?
- Milyen szolgáltatásokhoz jussanak hozzá az egyének a szolidaritási elv alapján (azaz milyen szolgáltatások tartozzanak a közfinanszírozás szolgáltatási csomagjába), és milyen szolgáltatásokhoz jussanak hozzá az egyének a fizetőképességük szerint? Milyen mechanizmus alapján szülessen a döntés a társadalombiztosítás (vagy az állami egészségügyi szolgálat) szolgáltatási csomagjáról?
- Hogyan javítható a közpénzek felhasználásának eredményessége? Milyen módon, milyen eszközöket alkalmazhat az állam (a szolgáltatásokhoz való) *egyenlő hozzáférés, hatékonyság és minőség javítása érdekében*? Milyen ösztönzőket, hatásokat generálhat a profitérdekelttség és a verseny az egészségügyi szolgáltatások nyújtásában – az *egyenlő hozzáférés, hatékonyság és minőség szempontjából*?
- Hogyan javítható az egészségügyi rendszer/egészségpolitika „innovációs képessége”? (Új problémákra megfelelő válaszok kialakítása.) *A köz- és a magánszektor lehetséges szerepe az „innovációs képesség” javításában.*

## 2.8. Az egészségpolitikai vitákhoz kapcsolódó társadalomfilozófiai kérdések

- A közszolgálati ethosz és a profitérdekeltség konfliktusa
- Az orvosi ethosz és a profitérdekeltség konfliktusa

## 2.9. Az egyén, a piac és az állam szerepére vonatkozó megfelelő koncepció kialakítását nehezítő körülmények

- Rövid távú gazdasági kényszerek.
- Rövid távú szemlélet (egészség, egészségügy, gazdaság viszonya).
- Egyoldalú nézetek:
  - „az állam a legrosszabb gazda”;
  - „a profitérdekeltség káros az egészségügyben”.
- Politikai megosztottság dominanciája a szakmai viták felett.

## Kérdések, feladatok

Milyen álláspontok figyelhetők meg jelenleg Magyarországon az állam és a piac kívánatos szerepére az egészségügyben? Milyen kérdésekben tapasztalható jelentős nézeteltérés?

## Kötelező és ajánlott irodalom

### Kötelező irodalom

- Hsiao, W. and Heller, P. (2007): What Should Macroeconomists Know About Health Policy? *IMF Working Paper WP/07613*. International Monetary Fund III. (Részletek, fordítás.)
- Maarse, H. (2006): The Privatization of Health Care in Europe: An Eight-Country Analysis. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 31 (5), 981–989.
- Preker, A. and Harding, A. (2005): Állami és magánszerepek gazdaságtana az egészségügyben – az intézményi közgazdaságtan és szervezetelmélet szemszögéből. *Kormányzás, Közpénzügyek, Szabályozás*, 1, 4–29.
- Saltman, R. et al. (2007): *Decentralization in Health Care. Strategies and outcomes*. Open Maidenhead, Berkshire. University Press. (1. fejezet: A decentralizációs vita központi kérdései. Részletek, fordítás. Egészségpolitika Szöveggyűjtemény.)

## Ajánlott irodalom

Orosz É. (2001): *Félúton vagy tévúton? Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái.* Egészséges Magyarországért Egyesület, Budapest, 41–50.

Saltman, R. et. al. (2007): *Decentralization in Health Care. Strategies and outcomes.* Open University Press, Maidenhead, Berkshire, Chapter 5, 77–84; Chapter 6, 88–100.

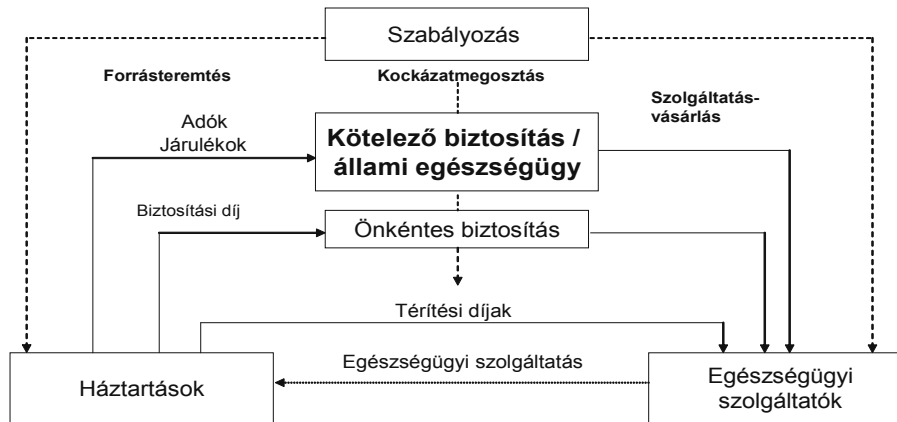


# 3. AZ EGÉSZSÉGÜGY-FINANSZÍROZÁSI RENDSZEREK FŐ JELLEMZŐI

## 3.1. A finanszírozási rendszer modellje

(A finanszírozási rendszer fő funkcióit az 1. témakör már tárgyalta.)

A finanszírozási rendszer modellje a 3.1. ábrán látható.



3.1. ábra: A finanszírozási rendszer modellje

## 3.2. Az egészségügy-finanszírozási rendszerrel szembeni elvárások

- Védelem a betegség pénzügyi kockázatától
- Méltányos/igazságos teherviselés (szolidaritás)
- Fenntarthatóság
- A források hatékony felhasználása (adott ráfordításokkal minél nagyobb egészségi állapotjavulás elérése)

### 3.3. A egészségügy-finanszírozási alrendszerek típusai, jellemzői

Egy ország finanszírozási rendszere több alrendszerből tevődik össze. Nézzük először a finanszírozási alrendszerek típusait, azok jellemzőit, majd a köztük lévő különbségeket!

#### 3.3.1. A finanszírozási alrendszerek fő típusai

- Állami egészségügyi szolgálat
  - centralizált (National Health Service)
  - decentralizált (helyi önkormányzatok)
- Társadalombiztosítás (social health insurance)
- Kötelező magánbiztosítás
- Önkéntes magánbiztosítás
- Egészségügyi megtakarítási számla (Medical Saving Accounts)
- Az igénybe vevő általi közvetlen fizetés (out-of-pocket payment)

#### 3.3.2. A finanszírozási alrendszerek fő jellemzői

##### a) Az egyén részvételének lehetséges módjai

*A fő szempont: kötelező vagy önkéntes* (de a tényleges rendszerek bonyolultabbak, azaz több kategória különböztethető meg):

- univerzális: minden állampolgárra vagy állandó lakosra „automatikusan” kiterjed a rendszer;
- törvény által kötelező járulékfizetés (a „regisztráció” lehet önkéntes, pl. Medicare az USA-ban);
- a jogosultságot törvény határozza meg a társadalom bizonyos csoportjaira (a részvétel lehet önkéntes);
- munkaviszonyból eredően kötelező;
- önkéntes.

##### b) A szolgáltatásokra való jogosultság (illetve hozzájárulás)

*A fő szempont: kötelező-e, vagy sem hozzájárulást fizetni az egyénnek vagy az egyén után* (de a tényleges rendszerek bonyolultabbak, azaz több kategória különböztethető meg):

- a jogosultságot törvény/jogszabály határozza meg – az egyének nem fizetnek biztosítási hozzájárulást (pl. állami egészségügyi szolgálat);
- a jogosultságot törvény/jogszabály határozza meg – az egyéneknek (vagy az egyének után) kötelező biztosítási hozzájárulást fizetni (pl. társadalombiztosítás);
- az egyén és a biztosító közötti szerződés alapján (pl. kötelező magán- és önkéntes biztosítás);
- a finanszírozó diszkrecionális döntése határozza meg a szolgáltatáshoz való hozzájárulást (pl. nonprofit szervezet adománya beteg gyerekek külföldi gyógykezeléséhez stb.);
- az egyén fizetési hajlandósága/képessége.

c) *A szolgáltatási csomag meghatározása:*

- a törvény tételesen szabályozza;
- a törvény a kereteket állapítja meg;
- az egyén és a biztosító közötti szerződés.

d) *A forrásteremtés módja:*

- közvetlen adó (személyi jövedelemadó, nyereségadó stb.);
- közvetett adó (forgalmi adó, fogyasztási adó stb.);
- jövedelemarányos kötelező egészségbiztosítási járulék;
- nem jövedelemarányos (fix) kötelező egészségbiztosítási járulék;
- önkéntes biztosítás: egészségi kockázattól függő díj;
- önkéntes biztosítás: kockázattól nem függő díj.

*Egy adott finanszírozási alrendszer több forrásból, különböző mechanizmusok révén gyűjtheti össze a forrásokat.* (Pl. a társadalombiztosítás bevételei: munkáltató és munkavállaló által fizetett járulékok + címkézett adó + az általános adóbevételekből az állam által fizetett járulék a jövedelemmel nem rendelkezők után).

*A forrást begyűjtő szervezet és a forrást kezelő szervezet különböző lehet* (pl. az adóhatóság gyűjti be a társadalombiztosítás részére a járulékokat).

e) *A kockázatmegosztás* (fund pooling) szintje és mechanizmusa:

*Szintje:*

- országos,
- területi,
- biztosítási alap szintjén,
- munkáltató (vagy más csoport, pl. betegszervezet) szintjén.

*Mechanizmusa:*

- alapok közötti korrekció, kiegyenlítés létezik, vagy nem létezik;
- előzetes korrekció, utólagos korrekció vagy a kettő kombinációja.

f) *Az önkéntes rendszerek* esetében van-e az adórendszeren keresztüli állami beavatkozás (ha van, annak a típusa)?

g) *Intézményi keretek.* A finanszírozási alrendszert működtető szervezet(ek) (pl. önkéntes biztosítást nyújthat üzleti biztosító és társadalombiztosítási szervezet is):

- centralizált vs. decentralizált szervezet;
- választható vs. nem választható (versenyző, nem versenyző) biztosítási alapok.

### 3.3.3. Az egyes alrendszerek közötti fő különbségek

Az állami egészségügyi szolgálat és a társadalombiztosítás „alaptípusai” közötti fő különbség:

- *állami egészségügyi szolgálat*: állampolgári (vagy állandó lakos státuszon alapuló) jogosultság. Forrás: költségvetési bevételek;
- *társadalombiztosítás*: járulékfizetésen alapuló jogosultság. Fő forrás: a munkáltatók és a munkavállalók biztosítási járuléka. (Napjainkban számos országban: a költségvetési források jelentős szerepe.)

A társadalombiztosítás és az önkéntes magánbiztosítás „alaptípusai” közötti fő különbség:

- *önkéntes magánbiztosítás*: biztosítási elven működik. A biztosítási díj meghatározásának alapja az egyéni (vagy csoportos) kockázat (kockázaton alapuló tapasztalati díjszabás). Az egyén a biztosító által definiált különböző biztosítási csomagok között választhat;
- *társadalombiztosítás*: szolidaritási elven működik. A forrásokhoz való hozzájárulás a teherviselő képességen alapuló, (általában) jövedelemarányos biztosítási járulék. A szolgáltatás igénybevételének elve: szükséglet alapján (adott rendszer gazdasági korlátai között). Az egyelő hozzájárás elve alapján a törvény által definiált, azonos szolgáltatási csomag (decentralizált rendszer esetén a járulékok szintje eltérő lehet).

A társadalombiztosítás és a kötelező magánbiztosítás közötti fő különbség:

- *társadalombiztosítás*: a jogosultságot a társadalombiztosítási törvény keletkezteti;
- *kötelező magánbiztosítás*: a törvény a biztosítás vásárlását teszi kötelezővé. A jogosultság a biztosító és a biztosított közötti magánjogi szerződésen alapul.

A forrásteremtés típusait az egyes egészségfinanszírozási alrendszerekben a 3.1. táblázat mutatja.

### 3.1. táblázat: A forrásteremtés típusai az egészségfinanszírozási alrendszerekben

Egészségfinanszírozási alrendszerek	Az alrendszerek fő jellemzői	A forrásteremtés típusai
Állami egészségügyi szolgálat: centralizált (National Health Service) vagy decentralizált (helyi önkormányzatok)	Állampolgári (vagy állandó lakos státuszon alapuló) jogosultság.	A költségvetés általános bevételei (elsősorban adóbevételek).
Társadalombiztosítás	Tradicionalisan foglalkozási vagy jövedelmi státuszon, vagy más társadalmi jellemzőn alapuló jogosultság (pl. az USA-ban a 65 éven felüliek számára biztosítást nyújtó Medicare program). Napjainkban számos országban állampolgári (vagy állandó lakos státuszon alapuló) jogosultság.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jövedelemarányos kötelező egészségbiztosítási járulék (a munkáltatók és munkavállalók, továbbá más biztosításra jogosult csoportok járuléka).</li> <li>• Fix összegű kötelező egészségbiztosítási járulék.</li> <li>• Napjainkban számos országban: a költségvetési források jelentős szerepe (bizonyos inaktív csoportok után a költségvetés fizethet járulékot).</li> </ul>
Kötelező magánbiztosítás	A törvény a biztosítás vásárlását teszi kötelezővé. A jogosultság a biztosító és a biztosított közötti magánjogi szerződésen alapul.	Általában az egyén egészségi kockázatától nem függő (fix összegű) biztosítási díj.
Önkéntes magánbiztosítás	Az egyén vagy a munkáltató dönti el, hogy köt-e biztosítást. A biztosító által kínált különböző biztosítási csomagok között választhatnak.	Általában az egyén (vagy csoport) egészségi kockázatától függő biztosítási díj (a kockázaton alapuló tapasztalati díjszabás).
Kötelező Egészségügyi Megtakarítási Számla (Medical Saving Accounts: MSA)	A törvény kötelezi a munkavállalókat (vagy a társadalom bizonyos csoportjait) az MSA nyitására. Az MSA programot kormányzati szervezet is kezelheti. Meghatározott szolgáltatások vásárolhatók csak a MSA-ról – csak a számlán lévő összeg erejéig (ez a fő különbség a biztosításhoz képest).	Jövedelemarányos vagy fix összegű rendszeres (pl. havi) befizetés az MSA-ra kötelezett egyének által.
Az igénybe vevő általi közvetlen fizetés (out-of-pocket payment)	A szolgáltatás igénybevételekor fizet az egyén (a szolgáltatás teljes árát vagy hozzájárulást a tb szolgáltatási csomagjába tartozó szolgáltatásokért).	Az egyén folyó jövedelme vagy megtakarításai jelentik a forrást.

## 3.4. A források allokációja

(A forrásallokáció/szolgáltatásvásárlás kérdéseivel „Az egészségügyi rendszerek finanszírozása (1)” tantárgy foglalkozik részletesebben.)

*Forrásallokáción elsősorban azokat a mechanizmusokat értjük, amelyekkel a finanszírozási alrendszerek a rendelkezésükre álló forrásokat allokálják a szolgáltatók és szolgáltatások között annak érdekében, hogy a jogosult egyének szolgáltatáshoz való hozzájutását biztosítsák. Ha a forrásokat begyűjtő és a szolgáltatásvásárló intézmény eltér egymástól, akkor a forrásallokáció első fázisa a finanszírozási alapok (újra)elosztása a szolgáltatásvásárló szervezetek között. Például Németországban 2009 óta egyetlen egységes országos alapot képeznek, amit utána fejkvóta alapján osztanak el több száz egészségbiztosítási alap között.*

Az egészségügyi alapképzés és a forrásallokáció fő kérdéseit a 3.2. táblázatban foglaltuk össze.

3.2. táblázat: Az egészségügyi alapképzés és a forrásallokáció fő kérdései

Egészségügyi alapképzés	
Ki (vásárol)?	Szolgáltatásvásárló szervezetek (finanszírozók intézményi struktúrája)
Milyen alap(ok)ból?	A szolgáltatásvásárlók pénzalapjai képzésének elvei, mechanizmusai, intézményei
Szolgáltatásvásárlás	
Mit?	A szolgáltatási csomag meghatározásának módja (intézményi keretei, mechanizmusai)
Kitől?	A szolgáltatókra vonatkozó minőségügyi és gazdasági szabályozás <i>A finanszírozó és szolgáltató közötti szerződés jellemzői</i>
Hogyan?	<i>A szolgáltatásfinanszírozási módszerek</i>

A szolgáltatásfinanszírozási módszerek (3.3. táblázat) kategorizálhatók aszerint, hogy mi jelenti a díjazás vagy finanszírozás alapját (a szolgáltatásra fordított idő, a szolgáltatás jellemzői, a népesség becsült szükséglete). Kategorizálhatunk aszerint is, hogy a finanszírozási módszer milyen módon veszi figyelembe a szolgáltatások összetételét, mennyiségét, a szolgáltatási eset költségét és minőségét (a finanszírozás lehet retrospektív vagy prospektív, nyitott vagy zárt). Ezekon a jellemzőkön keresztül a finanszírozási módszerek alapvetően befolyásolják a szolgáltatók magatartását, döntéseit és azokon keresztül az egészségügyi szolgáltatások minőségét és hatékonyságát.

### 3.3. táblázat: A szolgáltatásfinanszírozási módszerek főbb típusai

Mi jelenti a díjazás alapját?	Az orvosok finanszírozásának módszerei	Az intézmények finanszírozásának módszerei
Időalapú (a betegellátásra fordított idő)	Fizetés	Éves költségvetés (az inputok vagy az előző éves költségvetés alapján)
Szolgáltatásalapú (a szolgáltatás vagy ellátott betegek jellemzői)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Szolgáltatásonkénti díjtétel</li> <li>• Esetalapú díjtétel (DRG, HBCS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Szolgáltatásonkénti díjtétel</li> <li>• Ápolási napra vonatkozó díjtétel</li> <li>• Esetalapú díjtétel (DRG, HBCS)</li> </ul>
Népességalapú (az adott szolgáltatóhoz tartozó népesség alapján)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fejkvóta</li> <li>• Térségi jellemzőkhöz kötött fizetési tétel</li> </ul>	Fix költségvetés (az ellátási terület becsült szükséglete alapján)

#### 3.4.1. A szolgáltatásfinanszírozási módszerek alaptípusai

A szolgáltatásfinanszírozási módszerek elemzésekor alapvető szempont, hogy a szolgáltatások mennyiségét és költségeit *retrospektív* vagy *prospektív* módon veszi-e figyelembe az adott finanszírozási módszer. Ebből a szempontból a három alaptípus különböztethető meg:

- a felmerült szolgáltatások költségének *retrospektív* megtérítése a szolgáltatásonkénti díjtétel (fee-for-service) szabad árak vagy megállapodott tarifarendszer alapján;
- az ellátási epizód várható költségének *prospektív* meghatározása (HBCS) a megvalósult tevékenység megtérítésével (azaz a mennyiség *retrospektív* figyelembevételével); illetve
- a *prospektív* finanszírozás fejkvóta vagy költségvetés szerint a becsült szükségletek, a várható tevékenység és a valószínűsíthető költségek alapján becsült paraméterek segítségével.

#### 3.4.2. A szolgáltatásfinanszírozási módszerek alaptípusainak módosított változatai

A módosítás célja a potenciális negatív hatások korlátozása. Lehetséges módjai:

- relatív tarifarendszer (pontrendszer) + költségvetési korlát területi vagy országos szinten;
- fee-for-service + volumenkorlát az egyes szolgáltatók számára;
- DRG tevékenységtől függő árakkal + költségvetési korlát területi vagy országos szinten;
- fejkvóta + fee-for-service bizonyos szolgáltatásokra;
- globális költségvetés + retrospektív korrekció.

## 3.5. Nemzetközi tapasztalatok: az alapvető egészségügyi ellátás finanszírozása az OECD-országokban

### 3.5.1. A forrásteremtés domináns mechanizmusa és a forrásallokáció intézményi formája

A 3.4. táblázat összefoglaló áttekintést nyújt a forrásteremtésnek az OECD- és EU-országokban érvényre jutó domináns mechanizmusáról és intézményi formájáról.

3.4. táblázat: A forrásteremtés *domináns\** mechanizmusa és a forrásallokáció intézményi formája (OECD- és EU-országok), 2010

Domináns mechanizmus és intézményi forma	Országok
<b>Állami egészségügyi szolgálat vagy helyi önkormányzatok</b> Adóbevételek (és egyes országokban a társadalombiztosítási járulék kiegészítő szerepe)	Dánia, Finnország, Izland, Norvégia, Svédország, Nagy-Britannia, Írország, Görögország**, Olaszország, Portugália, Spanyolország Ausztrália, Kanada, Új-Zéland, Mexikó**, Törökország**
<b>Társadalombiztosítás: területi vagy foglalkozási alapon szerveződő alapok</b> Társadalombiztosítási járulék és adóbevétel <i>Intézményi forma:</i> • nonprofit biztosítási alapok • nem lehetséges választás a biztosítási alapok között	Ausztria, Franciaország, Luxemburg, Japán, Korea, Észtország, Lengyelország, Magyarország, Szlovénia, Görögország**, Mexikó**, Törökország**
<b>Társadalombiztosítás: egyéni választás az alapok között</b> Társadalombiztosítási járulék és adóbevétel <i>Intézményi forma:</i> • nonprofit biztosítási alapok • lehetséges választás a biztosítási alapok között	Belgium, Németország***, Csehország, Szlovákia, Izrael, Chile (lehetőség a magánbiztosítást választani)
<b>Kötelező magánbiztosítás</b> Biztosítási díj Hollandia: biztosítási díj + járulék <i>Intézményi forma:</i> üzleti biztosítók (jelentős állami szabályozás) (2 ország)	Hollandia, Svájc, Németországban a lakosság kb. 10%-a***, Chile
<b>Önkéntes magánbiztosítás</b> Biztosítási díj (munkáltatók vagy egyének) [USA: Medicare-hozzájárulásból és általános adóbevételből: állami programok az időskorúak (Medicare) és a szegények (Medicaid) számára] <i>Intézményi forma:</i> üzleti biztosítók	USA (domináns: munkáltatók által vásárolt csoportos biztosítás)

\* Minden országban létezik kiegészítő magánbiztosítás. Ezekkel a táblázatban nem foglalkozunk.

\*\* Vegyes rendszer.

\*\*\* Németországban a lakosság egy jövedelmi határ feletti kb. 10%-ára nem terjedt ki a társadalombiztosítás, akik számára 2009-től kötelező magánbiztosítást vásárolni.



### 3.5.2. A költségmegosztás fő jellemzői a közfinanszírozás keretébe tartozó szolgáltatások finanszírozásában

#### Az önkéntes magánbiztosítás típusai

- *Elsődleges (helyettesítő) biztosítás* – a társadalom meghatározott csoportjai számára. Példa: USA; Németországban 2009-ig a magas jövedelműek számára (de lehetséges a választás a társadalombiztosítás és a magánbiztosítás között).
- *Kiegészítő (párhuzamos (supplementary) biztosítás*, amely nemcsak kiegészítő biztosítás, de lehetőséget ad a kötelező biztosítás vagy az állami egészségügy által finanszírozott szolgáltatásoknak a magánbiztosítási csomagba való felvételére is. (Ez nem mentesíti az egyént a kötelező biztosításban való járulékfizetéstől.) Példa: Ausztrália, Nagy-Britannia.
- *Kiegészítő (complementary) biztosítás* (a legtöbb EU-ország):
  - az alapsomag által nem finanszírozott szolgáltatások (pl. fogorvosi ellátás), illetve jobb hotelszolgáltatások;
  - a co-payment, azaz a beteg által fizetendő, vagyis a biztosító által nem megtérített összegek.

A 3.5. táblázat az önkéntes magánbiztosítás lehetséges szerepét és jellemzőit mutatja be az EU-tagországokban.

3.5. táblázat: Az önkéntes magánbiztosítás lehetséges szerepe és jellemzői

Piaci szerep	Befolyásoló tényező	A biztosítás jellege (kikre és milyen szolgáltatásokra terjed ki)	Példák
Helyettesítő – substitutive	A közfinanszírozású rendszer a lakosság mekkora részére terjed ki	A lakosoknak a kötelező biztosításból kizárt csoportjai, vagy akik számára megengedett a kötelező biztosításból való kilépés	Németország 1970 óta Hollandia 2006 előtt
Kiegészítő – complementary (szolgáltatások)	A kötelező biztosítás által fedezett szolgáltatások köre	A kötelező biztosításból kizárt szolgáltatásokra terjed ki	Sok EU-tagállam (pl. fogászati ellátás és alternatív gyógymódok)
Kiegészítő – complementary (páciensek által fizetendő térítési díjak)	A szolgáltatások díjainak a kötelező biztosítás által fedezett részaránya	A kötelező biztosítás által nyújtott szolgáltatások páciensekre eső költségeit fedezi	Franciaország, Belgium, Dánia, Szlovénia, Írország, Belgium, Portugália, Olaszország
Kiegészítő – supplementary	A fogyasztói elégedettség/ elégedetlenség a kötelező biztosítás által nyújtott ellátás minőségével	A gyorsabb hozzáférést és nagyobb választási lehetőséget biztosítja	Nagy-Britannia, Írország és a legtöbb többi EU-tagállam

Forrás: Thomson and Mossialos, 2009.

### 3.5.3. A társadalombiztosítás tradicionális jellemzői Európában

- Alapvető értékek: társadalmi szolidaritás, közös felelősség. A társadalombiztosítás értékeinek, működési elveinek és intézményi rendszerének történeti meghatározottsága, tradíciója. (A társadalombiztosítás több mint egészségügy-finanszírozási technika: „way of life”).
- A nyugat-európai országokban a „biztosítás”, „biztosítási elv” fogalma az üzleti biztosításra vonatkozik (a társadalombiztosítást nem tekintik „biztosításnak”).
- A társadalombiztosítási hozzájárulás nem függ az egyén kockázatától.
- Korporatív modell a biztosítási alapok és a szolgáltatók közötti viszony esetében.
- Biztosítási alapok: sajátos jogi státuszú nonprofit szervezetek (történeti előzmény: munkás önszegélyező alapok). Foglalkozási ág vagy területi alapon történő szerveződés.
- A konkrét intézményi formák, jellemzők változatossága.

### 3.5.4. Főbb tendenciák a finanszírozási rendszerek átalakulásában

(A fő kihívásokat később vesszük sorra, lásd 4. témakör.)

- **Általános tendencia:** 1980 óta a magánkiadások kismértékű növekedése a nyugat-európai országokban, 1990 után jelentős növekedése a posztoszocialista országokban.
- **Alapvető strukturális változás** néhány országban:
  - az 1970–80-as évtizedben: áttérés a társadalombiztosítási rendszerről adókból finanszírozott állami egészségügyi rendszerre: dél-európai országok + Dánia; vagy áttérés a helyi önkormányzatok által működtetett egészségügyi rendszerre: Dánia (1973), Olaszország (1978), Portugália (1979), Görögország (1983), Spanyolország (1986);
  - Az 1990-as évtizedben: a posztoszocialista országok áttérése a társadalombiztosításra.
- **Alapvető törekvés:** a munkabérekhez kötődő járulékok (arányának) a csökkentése. Két irányzat:
  - járulékbételek mellett (helyett) az adók növekvő szerepe az egészségügyi rendszer finanszírozásában (pl. Franciaország);
  - a járulék egy része helyett: a biztosított által fizetett fix összegű díj (pl. Hollandia).
- **Ápolásbiztosítás kialakítása** több országban.
- **Az intézményi rendszer változása:**
  - a biztosítási alapok számának a csökkenése;
  - az állami szabályozás szerepének erősödése;
  - 1990-es évek eleje: Hollandia, Németország, Belgium: a biztosítási alapok közötti verseny (alapok közötti választás) lehetővé tétele.
- **Új konstrukciók kialakulása:** Hollandiában a társadalombiztosítás átalakítása kötelező magánbiztosítássá.
- **Közös és eltérő jellemzők** az EU-országok és az Európán kívüli OECD-országok finanszírozási rendszerében (3.6. és 3.7. táblázat).

3.6. táblázat: A járulékok beszedésének módja, a közös pénzalapok és a vásárlói piaci struktúra az Európai Unióban, 2007

Ország	Piaci struktúra	Közös pénzalapok (száma)	Vásárlók (száma)	Kockázatkiigazított (újra)elosztás (kockázati tényezők)
Ausztria	Többszörös, nem versenyző, foglalkozásalapú alapok, amelyek beszedik a járulékokat, alapot képeznek és vásárolnak	Alapok (21)	Alapok (21)	Az alapok forrásainak 100%-a újraelosztásra kerül az egy főre jutó járulékjövedelem, az elartottak és nyugdíjasokra fordított kiadások és a „nagyvárosi tényező” alapján.
Belgium	Központi forrásbeszedés, versenyző alapok vásárlása, az alap szabad választása (kivéve: vasúti dolgozók)	Nemzeti (1)	Alapok (7)	Az alap a költségvetésének 30%-át elkülönített fejkvóta szerint kapja. A fejkvóta kiigazított a biztosítási státuszra (nyugdíjasok, rokkantak, özvegyek), korra, nemre, háztartás összetételére, munkanélküliségi arányra, jövedelemre, halálozási arányra, urbanizációs fokra és a munkanélküliségi státuszra vonatkozóan.
Bulgária	Központi beszedés. Szolgáltatásvásárló: nem versenyző területi alapok	Nemzeti (1)	Regionális alapok (28)	A nemzeti alap a forrásokat 28 regionális alapnak osztja el a népesség mérete, kormegoszlása, a történelmileg kialakult elosztások és a jövőbeli egészségügyi ellátás iránti szükséglet alapján.
Ciprus	Központi beszedés és közös alap. Egyetlen vásárló Nincs vásárló-szolgáltató megosztás	Nemzeti (1)	Egészségbiztosítási Szervezet (1)	Az Egészségügyi Minisztérium tervezi a források elosztását az Egészségbiztosítási Szervezetnek (a reform továbbra sem került teljes mértékben végrehajtásra).
Cseh Köztársaság	Versenyző alapok végzik a beszedést, az alapképzést és a vásárlást	Alapok (9)	Egészségbiztosítási alapok (9)	Az Általános Egészségbiztosítási Alap osztja szét az alapok 60%-át, fejkvóta alapján, amely az idősek (65 éves kor feletti) aránya szerint kiigazított. Tervek vannak a 100%-os újraelosztásra, további kockázati tényezők alkalmazásával.
Dánia	Központi és helyi beszedés. Nem versenyző területi vásárlók Nincs vásárló-szolgáltató megosztás	Régiók (5) Önkormányzatok (98)	Régiók (5) Önkormányzatok (98)	A megyék és az önkormányzatok közötti újraelosztás alapja a kormegoszlás, az egyszülős háztartásokban élő gyermekek száma, a bérelt lakások száma, a munkanélküliség, az oktatás, a bevándorlás, a társadalmi depriváció és az idősek aránya.
Egyesült Királyság	Központi beszedés és alapképzés Nem versenyző területi vásárlók	Nemzeti (1)	Alapellátási Alapok (152)	Az Egészségügyi Minisztérium végzi az Alapellátási Alapok közötti elosztást, a kockázatkiigazítási fejkvóta képlete alapján.

Ország	Piaci struktúra	Közös pénzalapok (száma)	Vásárlók (száma)	Kockázatkigazított (újra)elosztás (kockázati tényezők)
Észtország	Központi beszédés és alapképzés. Nem versenyző területi alapok vásárolnak	Nemzeti (1)	Regionális alapok (4)	Az Adóhatóság átadja a Nemzeti Alapnak, amely fejkvóta szerint elosztja a négy regionális alapnak kor szerinti fejkvóta-kiigazítással.
Finnország	Központi és helyi beszédés és alapképzés Nem versenyző területi vásárlók Nincs vásárló-szolgáltató megosztás	Önkormányzatok (416)	Önkormányzatok (416)	A központi kormányzat fejkvóta szerint elosztja a támogatásokat az önkormányzatok között kor, munkanélküliség, morbiditás szerinti fejkvóta-kiigazítással, további kiegészítő kritériumok szerint a távoli területek és a szigetvilágban működő önkormányzatok esetében. A támogatások az önkormányzati egészségügyi kiadások 25%-át teszik ki.
Franciaország	Központi beszédés és alapképzés Nem versenyző, foglalkozásalapú alapok vásárlása	Nemzeti (1)	Egészségbiztosítási alrendszerek (3)	Az egészségbiztosítási alrendszereket célzó elosztás kor és nem szerinti fejkvóta-kiigazítással történik. Az általános rendszer a népesség 85%-át fedi le.
Görögország	Pénzügyminisztérium (PM) és nem versenyző foglalkozásalapú alapok végzik el a beszédést, az alapképzést és a vásárlást	PM (1) Alapok (> 30)	Egészségügyi Minisztérium és alapok (> 30)	Nincs
Hollandia	Központi beszédés és alapképzés. Versenyző alapok vásárolnak	Nemzeti (1)	Alapok (19)	A források 100%-a elosztásra kerül kor, nem, gyógyszerfogyasztás és főbb diagnózis csoportok szerinti fejkvóta-kiigazítással.
Írország	Központi beszédés és alapképzés Egyetlen alap vásárol. Nincs vásárló-szolgáltató megosztás	Nemzeti (1)	Egészségügyi szolgáltató hivatal (1)	Nincs elérhető információ.
Lengyelország	Központi beszédés és alapképzés. Egyetlen alap vásárol	Nemzeti (1)	Nemzeti alap (1)	Nincs elérhető információ.
Lettország	Központi beszédés és alapképzés Egyetlen alap vásárol	Nemzeti (1)	Regionális alapok (8)	A Nemzeti Egészségbiztosítási Alap osztja el az erőforrásokat a 8 regionális alap között a népesség mérete és korstruktúrája szerint.
Litvánia	Egyetlen alap szed be, gyűjt össze és vásárol	Nemzeti (1)	Regionális alapok (5)	A Nemzeti Egészségbiztosítási Alap osztja el az erőforrásokat az 5 regionális alap között.
Luxemburg	Központi beszédés és alapképzés. Nem versenyző, foglalkozásalapú alapok vásárlása.	Nemzeti (1)	Alapok (9)	Az Egészségbiztosítási Alapok Uniója egy kockázatalapot működtet, amely biztosítja, hogy bizonyos alapok deficitjét más alapok többlete fedezze.
Magyarország	Központi beszédés és alapképzés Egyetlen alap vásárol.	Nemzeti (1)	Nemzeti alap (1)	Nincs elérhető információ.

Ország	Piaci struktúra	Közös pénzalapok (száma)	Vásárlók (száma)	Kockázatkiigazított (újra)elosztás (kockázati tényezők)
Málta	Központi beszedés, alapképzés és vásárlás. Nincs vásárló-szolgáltató megosztás	Nemzeti (1)	Egészségügyi Minisztérium (1)	Nincs elérhető információ.
Németország	Versenyző alapok beszednek, összegyűjtenek és vásárolnak	Alapok (> 200)	Alapok (> 200)	Az eltérő jövedelmi szintekből eredő különböző járulékarányok és kiadások kiegyenlítése kor, nem és rokkantság szerinti kiigazítással (az alap forrásainak 100%-a). 2009-től az alapokat központilag gyűjtik össze, és az újraelosztás fejkvóta alapján kor, nem és egészségi kockázat szerinti fejkvóta-kiigazítással történik.
Olaszország	Központi és helyi beszedés Nem versenyző területi vásárlók	Régiók (20)	Regionális egészségügyi hatóságok (20)	Az Egészségügyi Minisztérium által irányított Nemzeti Szolidaritási Alap – a regionális népesség mérete, a potenciális adóalap, az egészségügyi kiadások és a nem egészségügyi költségek szerint – végzi el az újraelosztást a régiók között.
Portugália	Központi beszedés és alapképzés. Nem versenyző területi alapok vásárolnak	Nemzeti (1)	Regionális Egészségügyi Igazgatóságok (5)	Az Egészségügyi Minisztérium végzi az elosztást a kórházaknak és a régióknak. A regionális alapellátási költségvetések a történelmi kiadásokon (40%) és a fejkvótán (60%) alapulnak; kor, nem – illetve magas vérnyomás, cukorbetegség, stressz és ízületi gyulladás regionális előfordulásán alapuló betegségteher-index – szerinti kiigazítással.
Románia	Központi beszedés és alapképzés. Nem versenyző területi és foglalkozásalapú alapok vásárolnak	Nemzeti (1)	Körzeti alapok (42) Foglalkozásalapú alapok (2)	A Nemzeti Alap végzi az elosztást a 42 körzeti és 2 foglalkozásalapú alap között a kockázatkiigazított fejkvóta képlete szerint. A körzeti alapok szedik be az önálló vállalkozók járulékait.
Spanyolország	Központi és helyi beszedés és alapképzés. Nem versenyző területi vásárlók Bizonyos vásárló-szolgáltató megosztás jelen van	Régiók (17) és alapok (3)	Régiók (17) és alapok (3)	A központi kormányzat végzi a régiók felé az elosztást fejkvóta szerint, a 65 év feletti népesség és az „elszigeteltség” szerinti fejkvóta-kiigazítással. A 3 köztisztviselői közös alapot a központi kormányzat befizetéseiből (70%) és a járulékokból (30%) finanszírozzák. A Nemzeti Egészségügyi Szolgálat a társadalombiztosítással lefedett népesség 95%-át, míg a köztisztviselői alapok az 5%-át fedik le.

Ország	Piaci struktúra	Közös pénzalapok (száma)	Vásárlók (száma)	Kockázatkiigazított (újra)elosztás (kockázati tényezők)
Svédország	Központi és helyi beszedés és alapképzés Nem versenyző területi vásárlók Bizonyos mértékű vásárló-szolgáltató megosztás van	Megyék (21) Önkormányzatok (290)	Megyék (21) Önkormányzatok (290)	A központi kormányzat által nyújtott támogatásokat osztják el az egy főre jutó egészségügyi kiadások + kor, nem, polgári státusz, foglalkozás, jövedelem, lakhatás és az egészségügyi forrásokat jelentős mértékben fogyasztók átlaga közötti különbség alapján.
Szlovákia	Versenyző alapok végzik a beszedést, az alapképzést és a vásárlást	Alapok (6)	Alapok (6)	Az alap forrásainak 85%-a fejkvóta szerint újraelosztásra kerül, kor és nem szerinti kiigazítással.
Szlovénia	Egyetlen alap végzi a beszedést, az alapképzést és a vásárlást	Nemzeti (1)	Nemzeti Egészségbiztosítási Intézet (1)	Nincs elérhető információ.

Forrás: European Observatory on Health Systems and Policies „Egészségügyi rendszerek átalakulóban” című sorozat jelentései; a szerzők saját kutatásai.

### 3.7. táblázat: A szolgáltatók finanszírozási módszerei az Európai Unióban, 2007

Ország	Alapellátás (házi orvosok)	Szakorvosok (járóbeteg)	Szakorvosok (fekvőbeteg)	Kórházak (akut ellátás)
Ausztria	Fix összegű praxisdíj (80%) + FFS díjfizetés (szerződött), FFS díjfizetés (nem szerződött)	Fix összegű praxisdíj (50%) + FFS díjfizetés (szerződött), FFS díjfizetés (nem szerződött)	Fizetés + bónuszok	Esetalapú finanszírozás visszamenőlegesen kiigazított pontértékekkel
Belgium	FFS (díjfizetés)	FFS (díjfizetés)	FFS (díjfizetés)	Globális költségvetés + esetalapú finanszírozás
Bulgária	Fejkvóta + bónuszok	díjfizetés	Fizetés + bónuszok	Esetalapú finanszírozás + globális költségvetés
Ciprus	Fizetés (közfinanszírozott), FFS díjfizetés (magán)	Fizetés (közfinanszírozott), FFS díjfizetés (magán)	Fizetés	Globális költségvetés
Cseh Köztársaság	Kor szerint súlyozott fejkvóta + FFS díjfizetés	FFS díjfizetés + volumenkorlát	Fizetés	Globális költségvetés + esetalapú finanszírozás
Dánia	Fejkvóta + FFS díjfizetés	FFS díjfizetés	FFS díjfizetés	Globális költségvetés + esetalapú finanszírozás

Ország	Alapellátás (házi orvosok)	Szakorvosok (járóbeteg)	Szakorvosok (fekvőbeteg)	Kórházak (akut ellátás)
Egyesült Királyság – Anglia	Súlyozott fejkvóta + díjfizetés + teljesítményfüggő díjazás	Nincs elérhető információ	Fizetés (nemzeti egészségügyi szolgálat)	Globális költségvetés + esetalapú finanszírozás
Észtország	Kor szerint súlyozott fejkvóta + díjfizetés	FFS díjfizetés	FFS díjfizetés	Esetalapú finanszírozás
Finnország	Fizetés + FFS díjfizetés vagy vegyes fizetés, fejkvóta + FFS díjfizetés a házi orvosoknak (közfinanszírozott), díjfizetés (magán)	Fizetés + FFS díjfizetés (közfinanszírozott), FFS díjfizetés (magán)	Fizetés + FFS díjfizetés	Esetalapú finanszírozás
Franciaország	FFS díjfizetés	FFS díjfizetés	FFS fizetés	Globális költségvetés + esetalapú finanszírozás
Görögország	Fizetés + FFS díjfizetés (közfinanszírozott), díjfizetés (magán)	Ugyanaz, mint az alapellátás	Fizetés + FFS díjfizetés	Globális költségvetés, napidíj + esetalapú finanszírozás
Hollandia	Fizetés	Fizetés	Fizetés	Globális költségvetés
Írország	Súlyozott fejkvóta + FFS díjfizetés	Nincs elérhető információ	Fizetés	Esetalapú finanszírozás
Lengyelország	Kor szerint súlyozott fejkvóta	FFS díjfizetés	Fizetés	Esetalapú finanszírozás
Lettország	Kor szerint súlyozott fejkvóta + FFS díjfizetés	FFS díjfizetés vagy esetalapú finanszírozás	Fizetés és FFS díjfizetési pontok	Esetalapú finanszírozás, napidíj + FFS pontok
Litvánia	Kor szerint súlyozott fejkvóta	Esetalapú finanszírozás	Fizetés	Globális költségvetés + esetalapú finanszírozás
Luxemburg	FFS díjfizetés	FFS díjfizetés	Alapvetően FFS díjfizetés	Globális költségvetés + esetalapú finanszírozás + bónuszok
Magyarország	Súlyozott fejkvóta + a szolgáltató jellemzőin alapuló kiigazítás	Díjfizetés + költségvetési korlát a szolgáltató szervezeteknek, azonban az orvosoknak főként fizetés	Fizetés	Esetalapú finanszírozás
Málta	Fejkvóta + FFS díjfizetés	Nincs elérhető információ	FFS díjfizetés összeghatárral (65%) vagy fizetés	Globális költségvetés + esetalapú finanszírozás
Németország	FFS pontok alapján	FFS pontok alapján	Fizetés	Globális költségvetés, esetalapú finanszírozás + napidíj

Ország	Alapellátás (házi orvosok)	Szakorvosok (járóbeteg)	Szakorvosok (fekvőbeteg)	Kórházak (akut ellátás)
Olaszország	Fejkvóta + FFS díjfizetés + teljesítményfüggő díjazás (a házi gyermekorvosoknak is)	FFS díjfizetés	Fizetés	Esetalapú finanszírozás + fejkvóta
Portugália	Fizetés (Nemzeti Egészségügyi Szolgálat) + fejkvóta + teljesítményfüggő díjazás	Fizetés (Nemzeti Egészségügyi Szolgálat)	Fizetés (Nemzeti Egészségügyi Szolgálat)	Globális költségvetés + esetalapú finanszírozás
Románia	Kor szerint súlyozott fejkvóta + díjfizetés (15%)	FFS díjfizetés (rugalmas pontértékek)	Fizetés	Globális költségvetés + esetalapú finanszírozás + díjfizetés
Spanyolország	Fizetés + kor szerint súlyozott fejkvóta (15%)	fizetés	Fizetés	Globális költségvetés + esetalapú finanszírozás
Svédország	Fizetés vagy fejkvóta + néhány díjfizetés	fizetés	Fizetés	Globális költségvetés + esetalapú finanszírozás
Szlovákia	Fejkvóta + FFS díjfizetés (50%)	FFS díjfizetés	Fizetés	Esetalapú finanszírozás
Szlovénia	Kor szerint súlyozott fejkvóta + díjfizetés	FFS díjfizetés + országos szintű költségvetési korlát összeghatár nélkül	Fizetés	Globális költségvetés + esetalapú finanszírozás

*Forrás:* European Observatory on Health Systems and Policies „Egészségügyi rendszerek átalakulóban” című sorozat jelentései; a szerzők saját kutatásai.

Megjegyzés: FFS (fee-for-service) – szolgáltatásalapú finanszírozás.

## Kérdések, feladatok

Elemesse a forrásteremtés és kockázatmegosztás jellemzőit a jelenlegi magyar egészségbiztosítási rendszerben!

## Kötelező és ajánlott irodalom

### Kötelező irodalom

Gottret, P. and Schieber, G. (2006): *Health Financing Revisited*. World Bank, Washington, Chapter 9.

Financing health in high-income countries. World Bank, Washington, 279–301.

Mossialos, E. et. al. (2002): *Funding health care: options for Europe. Policy brief*. European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Orosz É. (2010): A magyar egészségbiztosítás néhány stratégiai kérdése. (A következő alfejezetek: A finanszírozási rendszer átalakításának alapvető kérdései. A kockázatközösség intézményi keretei: az egészség-



ségbiztosítási alapok képzésének stratégiái. A közfinanszírozású egészségügyi rendszerek lehetséges intézményi formái.) In Bodrogi J. (szerk): *Az egészségügyi reformfolyamat fő kérdései*. Semmelweis Kiadó, Budapest. 33–43.

Thomson, S. et al. (2009): *Financing Health Care in the European Union Challenges and policy responses*. [Az egészségügyi ellátás finanszírozása az Európai Unióban – Kihívások és politikai válaszok]. *Observatory Studies Series No. 17*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. (Részletek, fordítás.)

### Ajánlott irodalom

Busse, R. et al. (2007): *Analysing Changes in Health Financing Arrangements in High-Income Countries*. A Comprehensive Framework Approach. The World Bank HNP Discussion Paper. The World Bank, Washington.

OECD (2004): *Private health insurance in OECD countries*. Policy Brief, OECD, Paris.

Saltman, R., Buse, R. and Figueras J. (2004): *Social health insurance systems in western Europe*. Chapter 3. Organisation and financing of social health insurance. European Observatory on Health Care Systems – Open University Press, Maidenhead, Berkshire.

Van de Ven, W. et al. (2007): Risk adjustment and risk selection in Europe: 6 years later. *Health Policy*, 83, 162–179.

WHO Europe (2006): *Approaching health financing policy in the WHO European Region*. WHO, Copenhagen.

## 4. AZ EGÉSZSÉGPOLITIKA FŐ KÉRDÉSEI ÉS PERIÓDUSAI A 20. SZÁZAD KÖZEPÉTŐL NAPJAINKIG

### 4.1. A második világháború után, az 1970-es évek elejéig-közepéig tartó időszak (az állami beavatkozás, a közfinanszírozás expanziója)

- Az egészségpolitikák által középpontba állított problémák:
  - egyenlőtlen hozzáférés,
  - szűkös kapacitások.
- Általános politikai célok: a társadalmi biztonság kiépítése, ennek érdekében az állam növekvő szerepe a szolgáltatások finanszírozásban és – az egyes országokban eltérő mértékben – a szolgáltatások nyújtásában is.
- Fő cél: az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés biztosítása (egyenlőtlenségek csökkentése).
- Eszközök:
  - a közfinanszírozás kiterjesztése (állami egészségügyi rendszerek létrehozása, a kötelező egészségbiztosítás kiterjesztése);
  - tervezés;
  - állami kórházépítési programok.
- Eredmények:
  - a hozzáférés gazdasági korlátainak megszüntetése: a népesség egészére kiterjedő közfinanszírozású egészségügyi ellátás (NSZK, Hollandia: a gazdagabb rétegek kivételével);
  - az infrastruktúra modernizációja.

### 4.2. Egészségpolitikai paradigmaváltás az 1970-es évek második felében

#### 4.2.1. Általános jellemzők

- Az egészségpolitikák által középpontba állított problémák:
  - a kiadásoknak a gazdaság növekedési ütemét meghaladó növekedése;

- felesleges kapacitások kialakulása;
- az új, nagy értékű egészségügyi technológiák ellenőrzés nélküli expanziója;
- nem kielégítő hatékonyság;
- az egyéni választási lehetőség korlátozása (az állami egészségügyi rendszerekben).
- Az egészségpolitikai paradigmaváltást/korszakváltást kiváltó fő okok:
  - a világgazdasági feltételek átalakulása, a gazdasági növekedés megtorpanása;
  - neoliberais gazdaságpolitika dominánssá válása.
- Általános politikai célok: az állam, központi kormányzat szerepének csökkentése (privatizáció, decentralizáció).
- Az egészségügyi reformok általános céljai:
  - az állam szerepének csökkentése (átalakítása), a piac szerepének növelése (decentralizáció, privatizáció);
  - az 1970–80-as évtizedben a fő kérdés: a kiadások (növekedésének) korlátozása;
  - az 1980-as évek végétől: hatékonyság, minőség növelése, a fogyasztói igények jobb kielégítése.
- Dominánssá váló nézetek:
  - megkérdőjeleződik a „több = jobb”;
  - a fő probléma: a kiadások növekedése, a nem megfelelő hatékonyság;
  - az orvosi döntéseket szabályozni/ellenőrizni szükséges.

#### 4.2.2. Hangsúlyeltolódás az 1980-as évek végén: a hatékonyság és a minőség javítása

- Az egészségpolitikák által középpontba állított problémák:
  - sikeres kiadáskorlátozás ≠ hatékonyság növekedése;
  - *hiányoznak azok az ösztönzők*, amelyek a szolgáltatókat a hatékonyabb tevékenységre sarkallnák;
  - *nagyok a különbségek az (azonos betegségekre) alkalmazott terápiákban, az egészségügyi szolgáltatások minőségében*;
  - a páciensek (fogyasztók) igényeihez való alkalmazkodás (hiánya);
  - az erőforrások elosztása túlzottan kórházcentrikus;
  - az intézmények menedzsmentje nem hatékony.
- Az egészségügyi reformok fő céljai az 1990-es évtizedben: hatékonyság, minőség javítása, a fogyasztói igények jobb kielégítése.
- Domináns koncepció: a *szabályozott verseny megteremtése a szolgáltatás szférájában*:
  - a finanszírozó szerepének, mozgásterének növelése;
  - a szolgáltatók közötti verseny ösztönzése.

## 4.3. A 2000-es évek egészségpolitikájának általános jellemzői

### 4.3.1. Főbb trendek

- Az egészségügyi technológiák költségnövelő hatása, az egészségügyi kiadások növekedése
- Új népbetegségek
- A népesség öregedése
- Növekvő társadalmi egyenlőtlenségek
- Növekvő társadalmi/fogyasztói elvárások
- Népegészségügyi kockázatok növekedése és globalizálódása (pl. influenzajárvány kockázata)
- Korlátozott gazdasági és politikai lehetőség a közkiadások növelésére

### 4.3.2. Fő kihívások a gazdaság és társadalompolitikák/egészségpolitikák számára

- Az egészség szempontjainak jobb érvényesítése a kormányzati politikákon belül
- A szegénység és a társadalmi kirekesztés, az egészségi állapot egyenlőtlenségeinek csökkentése
- Régi és új „népbetegségek” (pl. elhízás) elleni hatásosabb fellépés
- Az időskorúak növekvő egészségügyi és szociális szükségleteinek megfelelő kielégítése
- Az egészségügyi közkiadások növekedésére ható tényezők és a gazdasági lehetőségek közötti konfliktus kezelése
- A szolidaritás elvének érvényesítése az egészségügy finanszírozásában (ellenható tényezők: a neoliberális gazdaságpolitika, a középosztály fogyasztói mentalitásának erősödése)
- A szűkös források és a technológiai fejlődés közötti konfliktus enyhítése
- Új stratégiák kialakítása a hatékonyság, minőség javítására (érzékenyebbé váltak a piaci eszközök alkalmazásának a problémái)
- A közegészségügyi rendszerek országok közötti koordinációja (az egészséget veszélyeztető problémák egy része átlépi az országhatárokat)

### 4.3.3. Az egészségpolitikai stratégiák fő kérdései

- Fenntartható finanszírozás: az egészségügyi (köz)kiadások növekedésének a gazdasági feltételekhez igazítása (korlátozása).
- A hatékonyság és minőség javítása:
  - hogyan csökkenthetők a indokolatlan különbségek (ki mikor és milyen ellátáshoz jut hozzá)? Hogyan növelhető a betegek biztonsága;
  - hogyan javítható az egyének/páciensek elégedettsége;
  - hogyan érhető el a modern technológiák költséghatékony alkalmazása?

- Az egészségi állapotra ható egészségügyön kívüli tényezők befolyásolása egyes országokban újból előtérbe kerül:
  - a prevenció szerepének növelése (pl. a dohányzás korlátozását szolgáló szabályozás);
  - az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségeinek csökkentése.

#### 4.3.4. Egészségpolitikai koncepciók, eszközök

Jellemző a *domináns paradigma hiánya*, eltérő koncepciók, újból előtérbe kerülnek a viták az állam, a piac, az orvosszakma és az egyén egészségügyben betöltendő szerepéről (a fő kihívásokra adandó válaszra).

Az *eltérő koncepciók* a hatékonyság és minőség javításának, a fenntartható finanszírozásnak az optimális eszközeit tekintve:

- decentralizáció vs. privatizáció;
- decentralizáció vs. centralizáció;
- verseny vs. koordináció;
- monopol helyzetű vásárló + szabályozott verseny a szolgáltatók között vs. szabályozott verseny a biztosítók és a szolgáltatók között;
- a minőség javítása: az orvosszakma önszabályozása vs. a biztosítók közötti verseny vs. adminisztratív ellenőrzés.

*A köz- és magánszektor együttműködésének új, változatos szervezeti keretei alakultak ki (PPP).*

*Megjegyzés:* Az EU-szintű egészségpolitika nagyobb szerepére való törekvéssel részletesebben az „Egészségügy az Európai Unióban” tantárgy foglalkozik.

#### 4.4. A 2008-ban kezdődő gazdasági válság hatása

A gazdasági válság súlyos „társadalmi költsége” kétszeresen is érinti az egészségügyet:

- a legsúlyosabb, elhúzódó hatás a munkaerőpiacot érte. A munkanélküliség az EU-ban 2010-ben kb. 10%;
- az EU lakosságának 16–26%-át a szegénység kockázata veszélyezteti;
- a szociális kiadások várhatóan lassabban érik el a válság előtti szintet/növekedést, mint a gazdaság.

*Következmények:*

- az egészségügy forrásai szűkülnek;
- az egészségi állapotot kockáztató tényezők felerősödtek.

## Kérdések, feladatok

1. Milyen változások figyelhetők meg a kormányzatok egészségpolitikai prioritásaiban Magyarországon az 1990-es évek eleje óta?
2. Milyen kérdések állnak az egészségpolitikai viták középpontjában ma Magyarországon? Véleménye szerint miért ezek a kérdések? Milyen problémák nem kapnak megfelelő figyelmet (és miért nem)?

## Kötelező és ajánlott irodalom

### Kötelező irodalom

Fidler, A. and Moran, V. (2011): Learning from the health impact of financial crises: the case to focus on social protection and pro-poor spending. *Medical Tribune*.

Hsiao, W. and Heller, P. (2007) What Should Macroeconomists Know About Health Policy? *IMF Working Paper WP/07613*. International Monetary Fund, Chapter IV. Health Policy Challenges and Issues Confronting Nations, 25–35.

Orosz É. (2011): *Félúton vagy tévúton? Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái*. Egészséges Magyarországért Egyesület, Budapest, 44–50.

Orosz É. (2008): Globális és hazai egészségügyi kihívások és egészségpolitikai törekvések a 21. század elején. In *Globális kihívások, Millenniumi Fejlesztési Célok és Magyarország*. ENSZ-Akadémia. Magyar ENSZ Társaság, Budapest, 89–115.

### Ajánlott irodalom

EC (2005): Measuring progress towards a more sustainable Europe. European Commission, Brussels.

Garcés, J. et al. (2003): Towards a new welfare state: the social sustainability principle and health care strategies. *Health Policy*, 65 (3), 201–215.

## 5. AZ EGÉSZSÉGPOLITIKÁK, EGÉSZSÉGÜGYI REFORMOK ELEMZÉSE

### 5.1. Az egészségpolitika elemzésének összetevői és kontextusa

#### Az egészségpolitika elemzésének összetevői

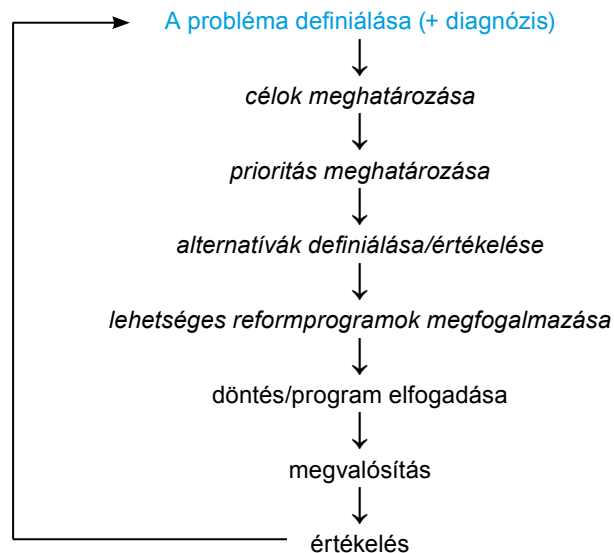
- Az egészségpolitika(i döntés) kontextusa
- Az egészségügy szereplői
- Az egészségpolitika tartalma
- Az egészségpolitika folyamata

#### Az egészségpolitika kontextusa

- Gazdasági, társadalmi, politikai, kulturális tényezők
- Nemzetközi gazdasági és politikai folyamatok
- Az egészségügyi rendszer intézményi jellemzői (a korábbi egészségpolitikák „öröksége”)
- Az egészségügyi rendszer aktuális problémái
- Az egészségpolitika kontextusának, az egészségügyi rendszer jellemzőinek és az egészségügyi rendszer értékelési kritériumainak összefüggései (lásd 2.1. ábra)

### 5.2. Az egészségpolitikai folyamat

*Elméleti megközelítésben az egészségpolitika „ideális” folyamata a következő szakaszokból tevődik össze (5.1. ábra) (a valóságban ez a sorrend ritkán érvényesül).*

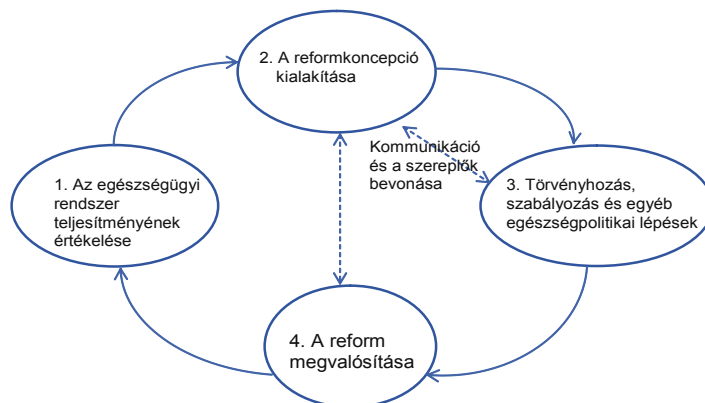


Forrás: Barker, 1996 (módosításokkal).

5.1. ábra: Az egészségpolitikai folyamat

### 5.3. Az egészségügyi reformok

Az 5.2. ábra az egészségügyi reform tervezésének és megvalósításának folyamatát mutatja.



Forrás: Hurst, 2010.

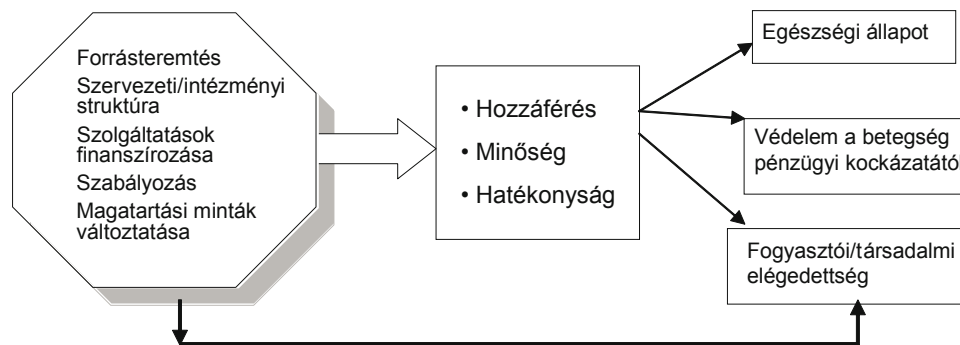
5.2. ábra: Az egészségügyi reform tervezésének és megvalósításának folyamata



### 5.3.1. Az egészségügyi reformok által befolyásolható/alakítandó tényezők

*Közös jellemzőjük:* az egészségpolitika (kormányzat) képes a változtatásukra; ugyanakkor ezek a tényezők jelentősen befolyásolják az egészségügyi rendszer teljesítményét (5.3. ábra). Az alapvető célok:

- forrásteremtés,
- szervezeti/intézményi struktúra,
- szolgáltatók finanszírozása,
- szabályozás,
- magatartási minták/szokások/nézetek (páciensek, orvosok stb.) megváltoztatása.



Forrás: IMF WP, 2003.

5.3. ábra: A kormányzati beavatkozás: eszközök, instrumentális és alapvető célok

### 5.3.2. Az egészségügyi reform alapvető kérdései

*Az egészségügyi reform nemcsak szakmai, hanem politikai folyamat is.*

Az alapvető kérdések:

- Hogyan javítható az egészségügyi rendszer teljesítménye?
- Megvalósítható-e, s ha igen, hogyan valósítható meg a szakmai szempontból racionális változás?

A reformok elemzésének fő kérdéseit az 5.1. táblázatban láthatjuk.

### 5.1. táblázat: A reformok elemzésének fő kérdéseit

A reformok elemzésének fő kérdései	A választ befolyásoló tényezők
Mik a fő problémák? Milyen módon „súlyozzák” a problémákat?	Elvárások, egyedi tapasztalatok Elemzések (kritériumrendszer) Érdekek/értékek/erőviszonyok
Mik a problémák okai?	Elméletek, mítoszok Elemzések (hazai és nemzetközi tapasztalatok)
Célok A problémákra megfelelően reagáló célokat tűznek-e ki? Hogyan határozzák meg a prioritásokat?	Elemzések (kritériumrendszer) Érdekek/értékek/erőviszonyok
Melyek a problémák/célok szempontjából a lehetséges adekvát eszközök? Melyek az adott feltételek között megvalósítható eszközök? Hogyan választanak a lehetséges eszközök között?	Elméletek, mítoszok Elemzések (hazai és nemzetközi tapasztalatok) Érdekek/értékek/erőviszonyok
A megvalósítás monitorozása, értékelése	Van-e politikai szándék az értékelésre? Léteznek-e kormányzattól független (releváns) intézmények? A rendelkezésre álló szakmai eszközök és módszerek

#### 5.3.3. Az egészségügyi rendszer jellemzői a politikai folyamat szempontjából

- Komplex, soktényezős, sokszereplős rendszer, a szereplőknek eltérő a perspektívája, érdekeltsége. Nehéz változást elérni, nehéz a folyamatokat kontrollálni.
- A beavatkozások kimenete bizonytalan (egyszerre több hatás is érvényesül, nem csak az adott intézkedéstől várt). Gyakran nem a reformok szándékolt hatása, hanem a negatív mellékhatások jelentkeznek először.
- A problémák és a megoldások is kontextusfüggők.
- A problémák mibenléte és okai a laikusok számára (de sokszor a szakemberek számára is) nehezen átlátható, bonyolult.
- Információsaszimmetria, a páciens gyakran kiszolgáltatott helyzetbe kerülnek.
- A piaci szektor szerepe növekvő.
- Az egészségügyi és más szektorok közötti határok elmosódnak.
- A köz- és a magánszektor közötti határok elmosódnak.

#### 5.3.4. A „reformnapirend” kialakulásának elemzése és befolyásolása

- Problémák: (1) a politikusok által előtérbe állított problémák; (2) a közvélemény által érzékelt problémák; és (3) a szakmai szempontok által leg súlyosabbnak ítélt problémák eltérhetnek egymástól
- Politikai (választási) szempontok
- A válságok szerepe
- A média szerepe
- Konkrét, a közvélemény figyelmét felkeltő esetek szerepe
- Jól szervezett érdekcsoportok, szervezetek szerepe
- Vezető személyiségek (pl. egészségügyi miniszter) szerepe
- Külföldi példák és nemzetközi szervezetek szerepe
- Befolyásos szereplők (egyéni) érdekei

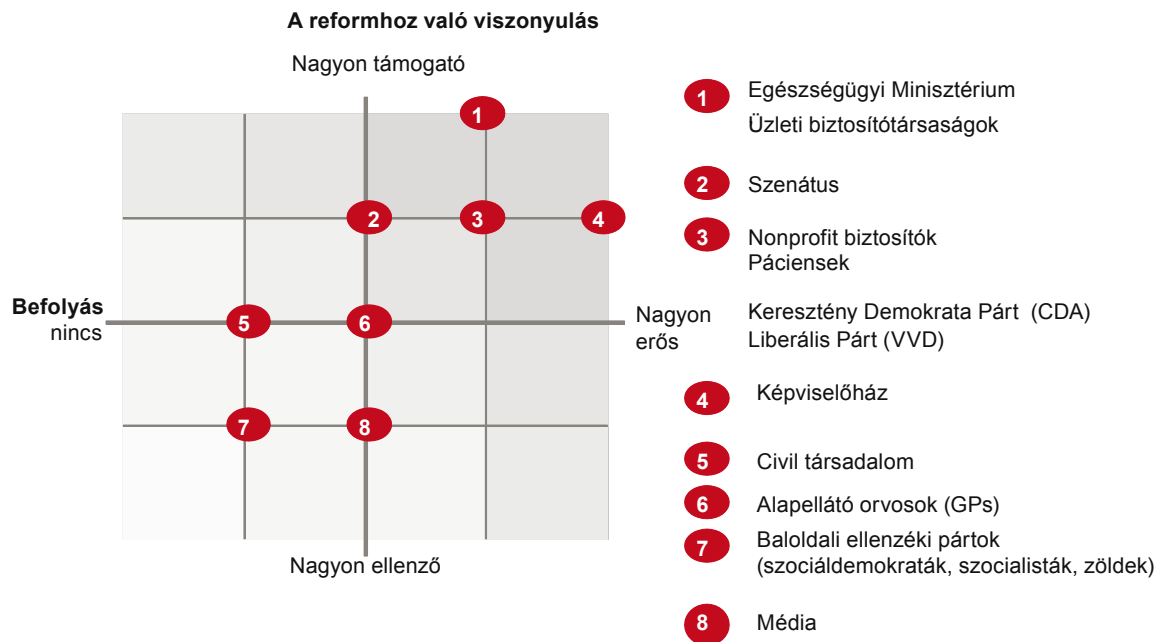
#### 5.3.5. A szereplők adott reformhoz való viszonyulása

*A szereplők adott reformhoz való viszonyulásának elemzésekor a következőkre kell kitérni:*

- a szereplő álláspontja (pozíciója) az adott kérdésben);
- a szereplő befolyása (hatalma) az egészségügyi rendszerben (politikai térben);
- a szereplő hatása a közvéleményre.

*A szereplők álláspontját és befolyását meghatározó tényezők (példa: 5.4. ábra):*

- a rendelkezésükre álló erőforrások;
- az általuk elfogadott értékek, alapvető nézetek;
- a rendelkezésükre álló szakmai ismeretek/eszközök.



Forrás: Ewout van Ginneken (2006): Health Insurance Reform in the Netherlands. *Health Policy Monitor*, March.  
<http://hpm.org/survey/de/a6/1>

5.4. ábra: Példa a szereplők helyzetének elemzésére

### 5.3.6. A reformok megvalósításának lehetséges stratégiái

A megvalósíthatóság feltételeinek javítására alkalmas eszközök:

- a problémára és a lehetséges megoldásokra vonatkozó értelmezés változtatása (a közvélemény és az egyes szereplők felfogásának, attitűdjének módosítása);
- tárgyalás/alku: a szereplők pozíciójának változtatása;
- a szereplők közötti hatalommegosztás változtatása (a javaslatot ellenzők befolyásának csökkentése);
- az adott kérdésben állást foglaló szereplők változtatása (új támogatók bevonása).

A reformok sikeres megvalósításának (az egészségügyi rendszer teljesítménye javításának) feltételei:

- politikai elkötelezettség;
- elégséges erőforrás;
- szakmai szempontból megfelelő koncepció;
- megfelelő támogatottság és annak mobilizálása (az egészségügy meghatározó szereplői és a társadalom részéről);
- a megvalósításhoz megfelelő szakemberek/szakmai feltételek (ember, információ/ismeret, motiváció).

A reformok megvalósítását elősegítő és hátráltató tényezők (Hurst, 2010 alapján):

- információ, bizonyítékok, elemzés: a szolgáltatások minőségére vonatkozó adatok hiánya jelentős korlát;
- megfelelő vezetés (leadership) és politikai feltételek:
  - „veto players” („vétójátékosok”) és ideológiai különbségek,
  - az orvosszakma (meghatározó képviselői) gyakran „veto player”-ek,
  - a politikai vezetés elkötelezettsége az adott reform mellett,
  - „windows of opportunity” (egy apró lehetőség) előkészítése,
  - kommunikáció;
- ösztönzők és ellenösztönzők;
- a pótlólagos erőforrások elérhetősége.

## Kérdések, feladatok

1. Melyek a jelenlegi magyar kormányzati egészségpolitika alapvető céljai?
2. Melyek a magyar egészségügy fő szereplőinek alapvető céljai?
3. Válasszon egy lényeges egészségpolitikai döntést a közelmúltból! Elemezze a kontextusát, a tartalmát, a többi szereplő hozzáállását és az egészségpolitikai döntéshozatal folyamatát!

## Kötelező és ajánlott irodalom

### Kötelező irodalom

Gray, J. and Muir, A. (2009): Evidence-based healthcare and public health. *Elsevier Health Sciences*, Chapter 7: Evidence-based Health Service Management, 247–271, 288–295.

Roberts, M. J. et al. (2008): *Getting Health Reform Right*. Qxford University Press, New York. (Részletek, fordítás.)

Jeremy Hurst (2010): Effective ways to realise policy reforms in health systems. *OECD Health Working papers*, No. 51, 7–17.

### Ajánlott irodalom

Kutzin, J. (2008): *Health financing policy: a guide for decision-makers*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Maarse, Hans (2009): Health care reform – more evaluation results. *Health Policy Monitor*, April.  
<http://hpm.org/survey/nl/a13/1>

Ewout van Ginneken (2006): Health Insurance Reform in the Netherlands. *Health Policy Monitor*, March.  
<http://hpm.org/survey/de/a6/1>

## 6. A FENNTARTHATÓ FINANSZÍROZÁST CÉLZÓ POLITIKÁK

(Megjegyzés: Az egészségügyi kiadások trendjeivel és a kiadások növekedésének okaival a „Bevezetés az egészség-gazdaságban” tárgy foglalkozik részletesebben.)

### 6.1. Az egészségügyi kiadások alakulását befolyásoló tényezők

- *Demográfiai jellemzők:*
  - a lakosság egészségi állapota (morbiditási viszonyok);
  - a lakosság korstruktúrája (a népesség öregedése).
- *Gazdasági és társadalmi folyamatok:*
  - az egyéni jövedelmek (és eloszlásuk), az életmód jellemzői;
  - az egyének növekvő elvárásai;
  - a gazdasági, gazdaságpolitikai feltételek;
  - a jóléti politika/rendszer általános jellemzői.
- *Az egészségügyi technológia fejlődése és az orvosi gyakorlat jellemzői* (a kiadásnövekedés legfontosabbnak tekintett hajtóereje).
- *Az egészségügyi rendszer strukturális jellemzői:*
  - az egészségügy finanszírozási és szervezeti jellemzői;
  - az egészségügyi bérek és reálárak alakulása;
  - az informális gazdaság szerepe;
  - az egészségpolitika.

## 6.2. A fenntartható finanszírozás értelmezése

- Az egészségügyi rendszer finanszírozásával szembeni egyik legfontosabb elvárás a fenntarthatóság: az egészségügyre fordított kiadások (elsősorban a közkiadások) nagysága ne veszélyeztesse a társadalom más szükségleteinek kielégítését és a jövő generációk jólétét.
- Egy adott ország nemcsak relatíve sokat, hanem relatíve keveset is költhet egészségügyre: az egészségügyi kiadások alacsony szintje veszélyezteti a társadalom és a jövő generációk egészségi állapotát.
- A finanszírozási rendszerrel szemben nemcsak a fenntarthatóság az elvárás (hanem a méltányosság, hatékonyság).

### 6.2.1. A gazdasági fenntarthatóság

- Az egészségügyi kiadások **makrogazdasági szempontból** fenntarthatók (növelhetők) addig a szintig, ameddig az egészségügyi ellátás (kiadás) eredménye meghaladja az egészségügyi ráfordítások használdozati költségét.
  - Az egészségügyi kiadások optimális szintjét az az állapot jelenti, amikor az egészségügyre fordított kiadások egy *további* egysége a nemzetgazdaság más területén már nagyobb eredményt (egészségi állapot /jólét) hozna létre.
- Az egészségügyi ráfordítások használdozat-költsége (*opportunity cost*) értelmezhető a gazdaság egésze (összes egészségügyi kiadás), a közkiadások és az egyedi ellátások szintjén is.

### 6.2.2. A pénzügyi (fiskális) fenntarthatóság

- *Pénzügyi (fiskális) fenntarthatóság*: az állami egészségügy vagy társadalombiztosítás vállalt kötelezettségeinek teljesítéséhez adó- és járulékbévételekből megteremthetők a források anélkül, hogy az más kormányzati célok rovására történne (a használdozati költség meghaladná az eredményt).
- Az egészségügyi rendszer finanszírozása lehet gazdasági szempontból fenntartható, ugyanakkor fiskálisan nem fenntartható.

## 6.3. A források, egészségügyi kiadások és jövedelmek összefüggése

$$\sum \text{forrás} = \sum \text{kiadás} = \sum \text{jövedelem};$$
$$T + C + R = P \cdot Q = W \cdot Z,$$

ahol:

$T$  = adóbevétel;

$R$  = biztosítási díjak;

$C$  = szolgáltatásokért közvetlen díjfizetés;

$Q$  = egészségügyi szolgáltatások mennyisége;

$P$  = szolgáltatások ára;

$Z$  = inputok (erőforrások) mennyisége;

$W$  = inputok (erőforrások) ára.

Ha figyelembe vesszük, hogy nem egyetlen adófizető, nem egyetlen szolgáltatás és nem egyetlen input van, akkor a képlet az alábbi módon módosul:

$$\sum_i \{ tY_i + \sum_j (C_j \cdot q_{ij}) + R_i \} = \sum_j [P_j \cdot \sum_i q_{ij}] = \sum_{ik} \{ W_k \cdot z_{ik} \},$$

ahol:

$i$  = egyének ( $Y$  az egyének jövedelme,  $t$  az adóarány);

$j$  = a szolgáltatások típusa;

$k$  = inputok (erőforrások) típusa.

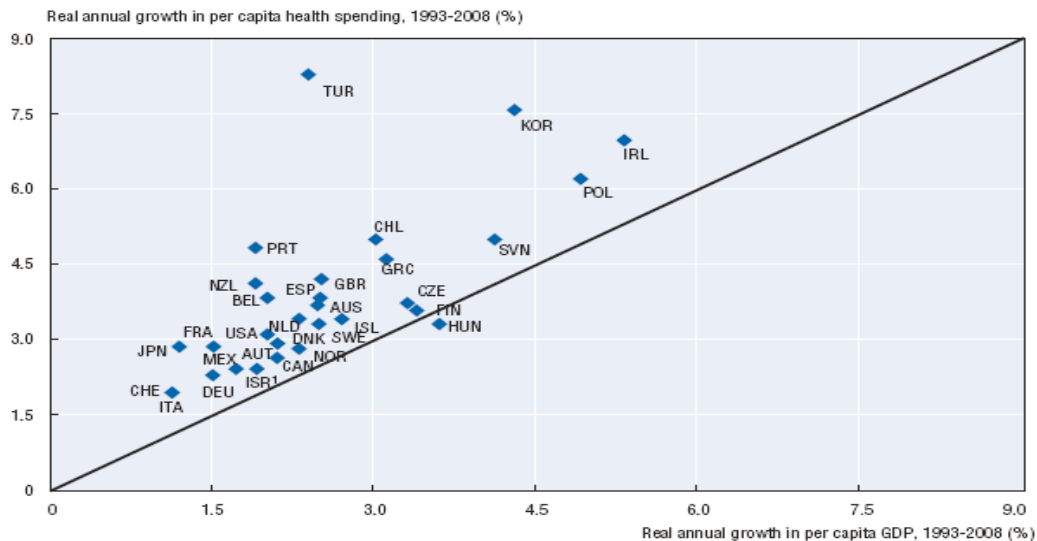
Az egyenlet mutatja: bármely tényező növekedését/csökkenését kompenzálnia kell más tényező(k) változásának.

## 6.4. Fenntartható finanszírozás – indikátorok

- A finanszírozási rendszer makrogazdasági fenntarthatósága:
  - az összes egészségügyi kiadás a GDP százalékában,
  - az összes egészségügyi közkiadás a GPP százalékában
- Pénzügyi (fiskális) fenntarthatóság
- Az egészségügyi közkiadások az államháztartás részeként:
  - az összes egészségügyi közkiadás az államháztartás összes kiadásának a százalékában
- A finanszírozó és szolgáltató intézmények pénzügyi pozíciója:
  - a szolgáltatók profitabilitása;
  - a társadalombiztosítás egyenlege [Operating balance of social health insurance fund(s)].

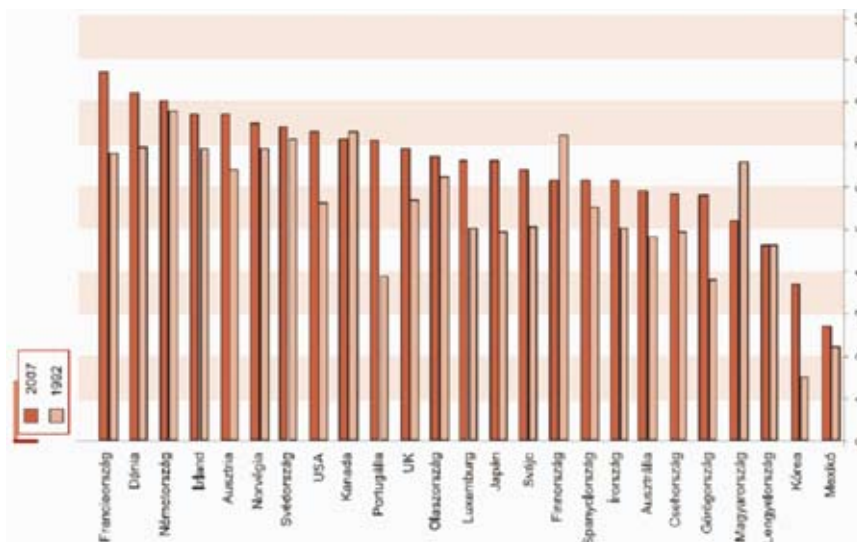
A következő ábrák (6.1. és 6.2. ábra) az OECD-országok egészségügyi mutatóinak trendjeit szemléltetik.





Forrás: OECD, 2010a.

6.1. ábra: Az egy főre jutó egészségügyi kiadás és az egy főre jutó GDP éves átlagos növekedési üteme (reálértékek az OECD-országokban), 1993–2008



Forrás: Orosz, 2010.

6.2. ábra: Egészségügyi közkiadások a GDP %-ában az OECD-országokban, 1992 és 1997

## 6.5. Fenntartható finanszírozás: lehetséges stratégiák

- A források szerkezetének változtatása.
- A közkiadások növekedésének korlátozása.
- *A kínálat befolyásolása:*
  - kapacitások, szolgáltatások, árak szabályozása (korlátozása),
  - pénzügyi korlátok és ösztönzők,
  - egyedi orvosi döntések befolyásolása.
- *A kereslet befolyásolása (kiadások áthárítása):*
  - költségmegosztás (térítési díjak növelése);
  - a társadalombiztosítás által nyújtott szolgáltatások (pl. támogatott gyógyszerek) körének a szűkítése.
- A hatékonyság javítása.
- Az egészségi állapotra ható egészségügyön kívüli tényezők befolyásolása.

## 6.6. Eltérő nézetek az egészségügyi (köz)kiadásoknak a GDP növekedési ütemét meghaladó növekedésére

- Elkerülendő költségvetési teher.
- A nemzetgazdaság strukturális változását, a szolgáltatási szektor szerepének növekedését tükrözi.
- A hosszú távú gazdasági növekedést elősegítő „beruházás”.
- A gazdagodó és idősödő társadalom szükségletei az egészségügyi kiadások növekedését igénylik.

## 6.7. A kiadáskorlátozó politikák fő jellemzői

### 6.7.1. A kiadáskorlátozó eszközök típusai

- A közvetlen és közvetett kontroll eszközei (elsősorban a kínálati oldalt befolyásoló eszközök)
- Költségvetési korlát alkalmazása (elsősorban a kínálati oldalt befolyásoló eszközök)
- A kiadások áthárítása (betegekre, munkáltatókra, szociális ellátásra) (elsősorban a keresleti oldalt befolyásoló eszközök)

## 6.7.2. A közvetlen és közvetett kontroll eszközei

- A kórházi ágyak és a kórházi személyzet számának csökkentése
- A beruházások és új technológia telepítésének engedélyezése, alkalmazásának ellenőrzése
- A szolgáltatások árainak szabályozása (finanszírozási módszerek átalakítása)
- A szolgáltatások mennyiségének meghatározása
- Ösztönzők alkalmazása a kórházi ellátás helyettesítésére
- Egyetemi felvételi keretszámok alkalmazása
- A munkaerő (főleg orvosok) számának korlátozása
- A gyógyszerárak szabályozása
- Referencia-árrendszer alkalmazása a gyógyszer támogatások esetében
- Orvosi irányelvek kialakítása és a finanszírozó általi alkalmazása (pl. a szerződésekben)
- Technológiaértékeléssel foglalkozó intézetek létesítése
- A technológiaértékelés nagyobb szerepe a „vásárlói” döntésekben
- Információs rendszerek kialakítása és használata
- A menedzsment kompetenciájának növelése

## 6.7.3. A finanszírozási módszerek változtatása, költségvetési korlát kialakítása

- Költségvetési korlát vagy költségvetési előirányzat a közkiadások egészére
- Az egyes fő szektorokra vonatkozó költségvetés meghatározása – elsősorban a kórházi ellátás és a gyógyszerek esetében (pl. Németország, Hollandia)
- Globális költségvetés megállapítása a kórházak számára (pl. Hollandia, Franciaország, Dánia)
- Költségvetési korlát vagy költségvetési előirányzat az egyes orvosokra (pl. UK, Írország)
- Relatív skálák (pontrendszer, a mennyiség és a díjak összekapcsolása különböző módszerekkel) az orvosok fee-for-service típusú finanszírozásában (pl. Németország, Luxemburg, Franciaország)
- Az orvosok, szolgáltatók finanszírozási módszerének megváltoztatása, fejkvóta típusú finanszírozás az alapellátásban (pl. Olaszország) (fizetés, fejkvóta, centralizált ártárgyalások stb.)
- Fee-for-service elemek a fejkvóta típusú finanszírozásban a megelőzés ösztönzése érdekében (pl. UK)
- Teljesítményfinanszírozási módszerek a kórházak esetében (DRG)
- Fejkvóta típusú finanszírozás (költségvetési korlát) szolgáltatói csoportok/területi egységek számára

## 6.7.4. A kiadások áthárításának (keresletbefolyásolásának) eszközei

- A térítési díjak növelése
- Bónusz (a szolgáltatásokat nem igénybe vevők számára)

- A támogatott gyógyszerek körének szűkítése, az OTC (vény nélkül kapható) gyógyszerek körének növekedése
- A co-payment (önrészfizetés, hozzájárulás) alóli kivételek körének szűkítése
- A kötelező biztosítás által nyújtott szolgáltatások szűkítése (fogászati ellátás, kozmetikai sebészet, szemüveg stb.)
- A prioritások meghatározására való törekvés (pl. a szolgáltatási csomag meghatározott kritériumok szerinti szűkítése)
- A kötelező biztosításból való kilépés lehetővé tétele és ösztönzése
- Az önkéntes biztosítás szerepének növekedése
- A kórházi ellátás és a hosszú idejű ápolás magánszektorbeli lehetőségeinek ösztönzése

## 6.8. Költségmegosztás az egyének és a társadalombiztosítás (állami egészségügyi rendszer) között

*A költségmegosztás (betegek általi direkt térítés) formái:*

- önrészesedés (deductible),
- fix összegű térítési díj (co-payment),
- százalékos térítési díj (co-insurance).

*A betegek közvetlen kiadásait befolyásoló további eszközök:*

- az igénybe vett szolgáltatások éves összegének maximalizálása (benefit maximum),
- a beteg által fizetett térítés maximalizálása (out-of-pocket maximum),
- a kötelező biztosítás feletti díjfizetés lehetősége (extra billing),
- referenciaárak alkalmazása (gyógyszerek esetén),
- a kötelező biztosítás által nyújtott szolgáltatások szűkítése.

*A költségmegosztás lehetséges hatásai:*

- a szolgáltatások igénybevételére,
- a közkiadásokra,
- az összes egészségügyi kiadásra,
- a lakosság egészségi állapotára.

## 6.9. A kiadások korlátozásának nehézségei

- Az áthárítás lehetősége:
  - a kórházi kiadások korlátozása → a járóbeteg-ellátás kiadásainak növekedése,
  - fee-for service rendszerben az árak korlátozása → a mennyiség növelése,
  - a várakozási listák bővülése és hosszabbodása → a magánbiztosítás, magánszolgáltatás iránti igény bővülése;
- a hozzáférhetőségre gyakorolt negatív hatás → a várakozási listák bővülése és hosszabbodása;
- a makrokontroll hatása a mikroszintű hatékonyságra és minőségre → a kiadáskorlátozó politikák gyakran nem ösztönözik a szolgáltatókat a hatékonyabb működésre (pl. ha a kórházi költségvetést a korábbi kiadások alapján határozzák meg, annak minőségromlás a következménye).

## 6.10. Főbb tendenciák a nyugat-európai országokban

A nyugat-európai országokban tapasztalt főbb tendenciák a következők:

- a közfinanszírozás dominanciájának fennmaradása mellett a magánkiadások szerepének növekedése;
- a közfinanszírozású rendszerek jobban voltak képesek korlátozni a kiadások növekedését a nyugat-európai országokban, mint az USA;
- a kiadáskorlátozó eszközök alkalmazásában:
  - az 1970–80-as években: a hangsúly a fizikai kapacitások és a szolgáltatások mennyiségének korlátozásán volt,
  - a 1980–90-es évek közepe közötti időszakban: a *költségvetési korlát alkalmazása* volt az egészségpolitikák domináns eszköze,
  - az 1990-as évek közepe óta: az egyedi orvosi döntések befolyásolását célzó eszközök és a kiadások áthárítását eredményező eszközök szerepének növekedése (a költségvetési korlátok fennmaradása mellett).

A főbb tendenciákon belül voltak **eltérő periódusok**:

- 1992–97 között: az egészségügyi kiadások erőteljes korlátozása;
- az 1990-es évek végétől (1997–98-tól) az egészségügyi kiadások ismét nagyobb (a GDP növekedését meghaladó) növekedési üteme.

A nyugat-európai országokban érvényesülő *további sajátosságok*:

- a hosszú idejű ápolás finanszírozási kérdéseinek előtérbe kerülése: ápolásbiztosítás bevezetése számos országban;
- növekvő kényszer/igény a prioritások explicit és átlátható meghatározására. A prioritások meghatározását befolyásoló tényezők:
  - az értékek, az igazságosságra vonatkozó nézetek különbözősége,
  - intézményi és jogi keretek,
  - lakossági részvétel,
  - az elemzési módszerek megfelelősége (korrólatai).

## 6.11. Európai Unió: szemléletváltás a politikában

„Az egészségügyi kiadásokat túl gyakran csak rövid távú költségnek tekintik, nem pedig *hosszú távú beruházásnak*. Még csak elkezdődött annak a felismerése, hogy az egészségügyi ráfordítások a gazdasági növekedés alapvető hajtóerejét jelentik.” (David Byrne, az Európai Bizottság egészség-fogyasztóvédelmi biztosának beszéde. Strasbourg, 2004. február.)

A gazdasági válság hatására újra a figyelem középpontjába kerül az egészségügyi rendszerek fenntartható finanszírozása.

A lehetséges scenáriók:

- az egészségügyi kiadások rövid távú csökkentése (a költségvetési hiány mérséklése érdekében);
- a megváltozott politikai és társadalmi közhangulat kihasználása – régóta esedékes reformok kezdeményezése;
- egészségügyi beruházások – a válságnak a gazdaságra, foglalkoztatásra gyakorolt hatásának mérséklése.

*Nehéz előre jelezni, hogy az egyes országok melyiknek adnak prioritást.*

## Kérdések, feladatok

1. A magyar egészségpolitika milyen eszközöket alkalmazott a kiadások növekedésének korlátozására a 90-es évek eleje óta?
2. Milyen eredményei és negatív hatásai figyelhetők meg a kiadások korlátozására alkalmazott eszközrendszernek?

## Kötelező és ajánlott irodalom

### Kötelező irodalom

OECD (2010): *Value for Money in Health Spending*, OECD, Paris, Chapter 1–2.

Thomson, S. et al. (2009): Financing Health Care in the European Union. *Observatory Studies Series No. 17*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. Chapter 4: Conclusions and policy recommendations, 89–99.

### Ajánlott irodalom

Appleby, J. and Harrison, A. (2006): *Spending on Health Care: How much is enough?* King's Fund, London.

OECD (2004): *Towards High Performing Health Systems*. OECD, Paris, Chapter 4, 77–92.

Orosz É. (2001): *Félúton vagy tévúton?* Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái. Egészséges Magyarországért Egyesület, Budapest, 4. fejezet, 169–178.

# 7. AZ ERŐFORRÁS-FELHASZNÁLÁS HATÉKONYSÁGÁNAK ÉS A SZOLGÁLTATÁSOK MINŐSÉGÉNEK JAVÍTÁSÁT CÉLZÓ POLITIKÁK

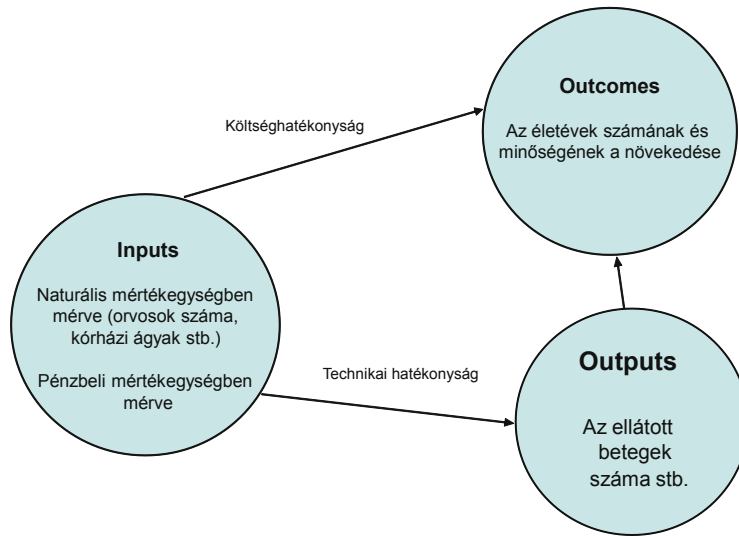
## 7.1. A hatékonyság és a minőség fogalma

A megfelelő minőség kritériumai:

- megfelelő struktúra (emberi erőforrás, technológia);
- megfelelő folyamat:
  - megfelelő és hatásos terápia,
  - időben hozzáférhető,
  - biztonságos,
  - a páciens számára elfogadható (etikus, rövid várakozási idő stb.);
- eredményesség (egészség-nyereség).  
(A hatékonyság fogalmát az 1. témakör és a „Bevezetés az egészség-gazdaságban” tárgy ismerteti.)

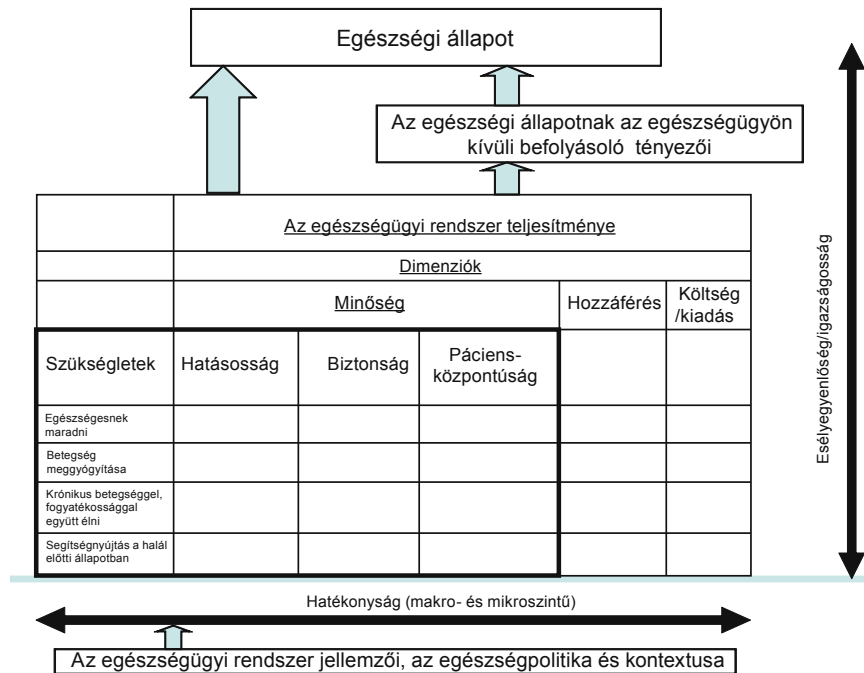
A hatékonysági mérések bemeneti (input), kimeneti (output) tényezőit és eredményét (outcomes) a 7.1. *ábra*, az egészségügyi rendszerek teljesítményértékelésének koncepcionális kereteit a 7.2. *ábra* mutatja az OECD tipológiája alapján.





Forrás: OECD, 2007.

7.1. ábra: Input – output – outcomes: a hatékonyság mérése



Forrás: OECD (2006): HCQI Project. *Health Working Papers 23*.

7.2. ábra: Konceptcionális keret az egészségügyi rendszerek teljesítményének értékeléséhez

## 7.2. Indikátorok (példák)

### Az egészségügyi ellátás minőségének indikátorai (OECD Health at a Glance, 2009)

#### Krónikus betegek ellátása

- 5.1. Elkerülhető kórház felvételek, légzőszerv megbetegedése miatt
- 5.2. Elkerülhető kórház felvételek, cukorbetegség miatt
- 5.3. Elkerülhető kórház felvételek, magas vérnyomás miatt

#### Krónikus betegségek akut epizódjának ellátása

- 5.4. Kórházi halálozás, infarktus miatt
- 5.5. Kórházi halálozás, agyvérzés miatt

#### Mentális megbetegedések ellátása

- 5.6. Nem tervezett kórházi újrafelvétel, mentális betegségek

#### Daganatos betegségek ellátása

- 5.7. Szűrés, 5 éves túlélés és halálozási ráta, méhnyakrák
- 5.8. Szűrés, 5 éves túlélés és halálozási ráta, mellrák
- 5.9. Szűrés, 5 éves túlélés és halálozási ráta, vastagbélrák

#### Fertőző megbetegedések ellátása

- 5.10. Védőoltás, gyerekkor
- 5.11. Influenza, védőoltás, időskorúak

### Jelentés a Holland Egészségügyi Rendszer Teljesítményéről, 2008 A betegbiztosítás indikátorai (néhány példa)

- A betegek tapasztalata
  - téves gyógyszeradással
  - téves orvosi kezeléssel
  - téves laboratóriumi vagy diagnosztikai leletekkel
- A kórházi halálozás rátája (standardizált)
  - azoknak a betegeknek az aránya, akik balesetet szenvedtek a kórházi tartózkodás alatt
  - a kórházi fertőzések aránya
  - az infúzióval kapcsolatos káros események
- Azoknak a kórházaknak az aránya, ahol a betegnek a kórházban vagy más egészségügyi intézményben felírt gyógyszerekre vonatkozó információ elektronikusan elérhető
- A magas kockázatú műtétek volumene
- A téves gyógyszerelés miatti kórházi felvételek aránya (prevalencia)

### 7.3. A hatékonyság és minőség fő problémái

A szolgáltatások minőségét és az erőforrások felhasználásának hatékonyságát az egészségügy szereplőinek döntései alakítják (7.1. táblázat).

7.1. táblázat: A döntéshozók és döntésüket befolyásoló tényezők

Döntéshozók	A döntést befolyásoló tényezők
Páciens Orvos (team) Szolgáltató intézmény menedzsmentje Szolgáltatók csoportja Finanszírozó (társadalombiztosítás) Biztosítótársaság (önkéntes biztosítás) Kormányzat (szabályozó)	Információ/tudás Kialakult magatartási formák (szokások, attitűdök) Pénzügyi ösztönzők Gazdasági szabályozók Minőségügyi szabályozók Intézményi/szervezeti keretek Humán erőforrások Technológia Infrastruktúra (kórházi kapacitások)

*A hatékonyság és minőség növelésének fő kérdése:* olyan környezet – információ, ösztönzők és intézményi keretek (pl. ellenőrzési rendszerek) – kialakítása, amely a finanszírozót, a szolgáltatót és a páciens (a szolgáltatást igénybe vevő egyént) egyaránt arra ösztönzi, hogy hatásos, költséghatékony és a páciensek indokolt elvárásaihoz alkalmazkodó szolgáltatásokat vásároljon/nyújtson/vegyen igénybe.

Egy egészségügyi rendszer nem kielégítő hatékonysága mögött egymással összefüggő problémák állhatnak:

- az egészségpolitika, egészségügyi igazgatás szabályozó és ellenőrző tevékenységének hiányosságai;
- a szolgáltatási struktúra problémái (pl. túlzott méretű aktív kórházi kapacitások);
- sem a finanszírozó, sem a szolgáltató intézmények nem rendelkeznek elégséges autonómiával;
- az egészségügy szereplőivel (teljesítményükkel) szemben nem érvényesül a megfelelő „számonkérhetőség”;
- a finanszírozási módszerek által nyújtott ösztönzés gyakran a költséghatékonyssággal ellentétes magatartásra ösztönzi a szolgáltatókat;
- az információ hiánya: a tudományos bizonyítékok hiánya (pl. egyes terápiák költséghatékonyágára);
- az információ hiánya: az egészségügyi intézmények működésének alapvető jellemzőire vonatkozó hiányos információ;
- a páciensek hiányos informáltsága (a szolgáltatók tevékenységének a minőségére, a lehetséges terápiákra, az egyes terápiák hatásosságára és költségeire vonatkozóan).

## 7.4. A hatékonyság és minőség javítására irányuló politikák fő eszközei

### Az intézményi keretek változása:

- a finanszírozó szerepének növelése a finanszírozó és szolgáltató szétválasztása (pl. Anglia, 1992), a szelektív vásárlás lehetőségének megteremtése;
- privatizáció (pl. posztszocialista országok);
- a köztulajdonú intézmények, elsősorban kórházak rugalmasabb működési formáinak kialakítása.

### A menedzsment szerepének növelése:

- az egészségügyi menedzsment szakmává válása;
- menedzserek „importálása” a gazdaságból.

### Ösztönzők:

- *piaci típusú ösztönzők:*
  - szolgáltatók közötti verseny,
  - biztosítási alapok közötti verseny,
  - szolgáltatások finanszírozási módszereinek változtatása;
- *minőségfejlesztés:*
  - minőségbiztosítási és minőség-ellenőrzési rendszerek kiépítése (pl. indikátorrendszerek kialakítása, az adatok visszacsatolása),
  - szakmai protokollok,
  - akkreditáció, engedélyezési rendszer, működési engedélyek,
  - a technológiaértékelés intézményi kereteinek kiépítése;
- *a szolgáltatások struktúrájának alakítása:*
  - a kórházi ellátás helyettesítése (a kapacitások csökkentése),
  - az alapellátás szerepének növelése,
  - a beruházások szabályozása;
- *a koordináció erősítése:*
  - az egyes betegek ellátásában (ellátásszervezés, care-coordination),
  - az egyes szolgáltatók között (vertikális, horizontális koordináció);
- *a prioritások meghatározása:*
  - az alapvető szolgáltatási csomag meghatározása,
  - a gyógyszerkiadások korlátozása, hatékonyságának javítása;
- *információ:*
  - bizonyítékokon alapuló orvoslás (EBM),
  - a szolgáltatások költségeinek és árainak meghatározása,
  - technológiaértékelés, a betegek tájékoztatása;

- a páciensek képessé tétele az egészségügyi ellátás és az egészségük befolyásolására:
  - a szolgáltatók teljesítményére vonatkozó információk szolgáltatása a fogyasztók (páciensek) számára,
  - a betegjogok törvényi szabályozása, Páciens Charta bevezetése.

## 7.5. Az EU egészségpolitikájának néhány kérdése

### 7.5.1. Az EU egészségpolitikájának központi kérdése

Az egészségügyi munkaerő az EU egészségpolitikájának központi kérdésévé vált:

*„A problémák sora: az egyes szakmák súlyos hiánya, a munkaerő növekvő migrációja, egyenlőtlen eloszlása (területi, nemek közötti, szakmák és intézmények közötti), a munkaerő minőségi jellemzőiben mutatkozó aránytalanságok (alulképzettség, nem a munkakörnek megfelelő képzettség stb.) aláássa az egészségügyi rendszerek képességét abban, hogy hatékony válaszokat adjanak a kihívásokra.”*  
(Rechel, B. et al., 2006)

## 7.6. Útkeresés: stratégiák a hatékonyság és minőség javítására

### Az útkeresés stratégiái

- *Ausztria:* Egészségügyi Strukturális Terv, koordináció a szolgáltatók között; törvény a minőségügyi rendszerről
- *Dánia:* Átfogó terv a minőség javítására a közszolgáltatásokban, 2007–2018: országos rákellenes cselekvési terv
- *Franciaország:* kórházhálózat tervezése; a munkaerő hosszú távú tervezése
- *Nagy-Britannia:* az egészségügyi technológia értékelése, a szolgáltatók közötti verseny ösztönzése
- *Németország:* pénzügyi ösztönzés a krónikus betegek ellátásának koordinációjára
- *Kanada:* országos stratégia a mentális betegségek megelőzése és kezelése
- *Spanyolország:* ellátásszervezés (integrált egészségügyi) szervezetek; ápolásbiztosítás bevezetése: 2007 és 2015 között
- *Hollandia:* a biztosítók közötti verseny ösztönzése

### Útkeresés: hasonló problémák – eltérő reformkoncepciók

- *Hollandia, Németország:* a biztosítók közötti verseny bevezetése az 1990-es évek közepén
- *Ausztria:* a biztosítók közötti verseny bevezetésének mérlegelése és elvetése; a tervezés és koordináció szerepének erősítése

### Néhány vitatott kérdés:

- hatékonyabbak-e a magántulajdonban lévő, profitérdekeltségű intézmények, mint a köztulajdonú intézmények;
- a szolgáltatók közötti verseny eredményezi-e a minőség és hatékonyság javulását;
- a biztosítók közötti verseny eredményezi-e a minőség és hatékonyság javulását;
- milyen módon építhető be a minőség szempontja a szolgáltatók finanszírozási módszereibe?

## Kérdések, feladatok

1. A magyar egészségpolitika milyen eszközöket alkalmazott a hatékonyság és minőség javítása érdekében a 90-es évek eleje óta?
2. Milyen eredményei és negatív hatásai figyelhetők meg ezen eszközök alkalmazásának?

## Kötelező és ajánlott irodalom

### Kötelező irodalom

OECD (2004): *Towards High Performing Health Systems*. OECD, Paris, Chapter 5, 95–117. (Magyar fordítás: <http://egk.tatk.elte.hu/> – Oktatás / Egészségpolitika Hallgatói Kézikönyv.)

OECD (2010): *Improving Value in Health Care. Measuring Quality*. OECD, Paris. Chapter 1,2. 15–80.

Rechel, B. et al. (2009): *Investing in hospitals of the future*. European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.

Saltman, R. et al. (2007): *Decentralization in Health Care. Strategies and outcomes*. Open University Press, Maidenhead, Berkshire. (Részletek, fordítás.)

### Ajánlott irodalom

Configuring the hospital for the 21st century. *Policy Brief No. 5*. European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.

Kelley, E. and Hurst, J. (2006): Health Care Quality Indicators Project. Conceptual Framework Paper. *OECD Health Working Papers 23*, Paris.

OECD (2007): Cross-country analysis of efficiency in health care sectors: options for research. *OECD Economics Department Working Papers No. 554*, Paris.

Rechel, B. et al. (2006): *The Health Care Workforce in Europe*. European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.

## 8. AZ EGYENLŐTLENSÉGEK CSÖKKENTÉSÉRE IRÁNYULÓ POLITIKÁK FŐ JELLEMZŐI, LEHETSÉGES ESZKÖZEI

### 8.1. Az egyenlőtlenségek fő összetevői és tendenciái

Az egészségügyi rendszer egyenlőtlenségei sokdimenziós jelenséget alkotnak. Fő összetevői:

- az egészségi állapot egyenlőtlenségei;
- a szűkebben értelmezett egészségügyi rendszer egyenlőtlenségei:
  - a forrásteremtés egyenlőtlenségei,
  - a pénzügyi erőforrások és a rendelkezésre álló kapacitások területi egyenlőtlenségei,
  - az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés egyenlőtlenségei,
  - a szolgáltatások igénybevételének társadalmi-területi egyenlőtlenségei.

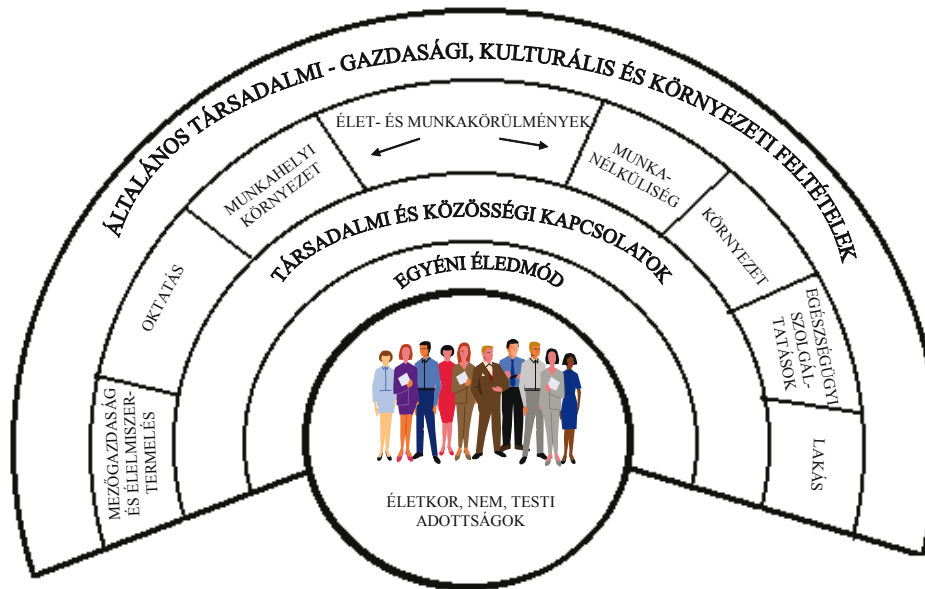
### 8.2. Főbb nemzetközi tendenciák

- Az 1970-es évek végéig az egészségpolitikák a hozzáférés pénzügyi akadályainak megszüntetésére és a kapacitások területi egyenlőtlenségeinek mérséklésére irányultak.
- Az 1980–90-es években a legtöbb országban a kormányzati egészségpolitika napirendjéről lekerült vagy háttérbe szorult az egyenlőtlenségek kérdése.
- Mérföldkő (öszönzés a kutatásoknak): a Black Report (1980, UK) szerzői kimutatták, hogy az angol NHS ellenére az egészségi állapot (halálozás) egyenlőtlenségei növekedtek Angliában.
- Az 1980–90-es évtizedben a halálozás társadalmi egyenlőtlenségeinek növekedése számos Nyugat-Európai országban.
- A 2000-es években a nemzetközi szervezetektől ismét növekvő figyelmet kap az egészségi állapot egyenlőtlenségeinek növekedése (általában a társadalmi egyenlőtlenségek növekedése).

### 8.3. Az egészségügyi rendszer egyenlőtlenségeit befolyásoló tényezők

Az egészségi állapotot befolyásoló tényezők összefoglaló áttekintése a 8.1. ábrán látható.

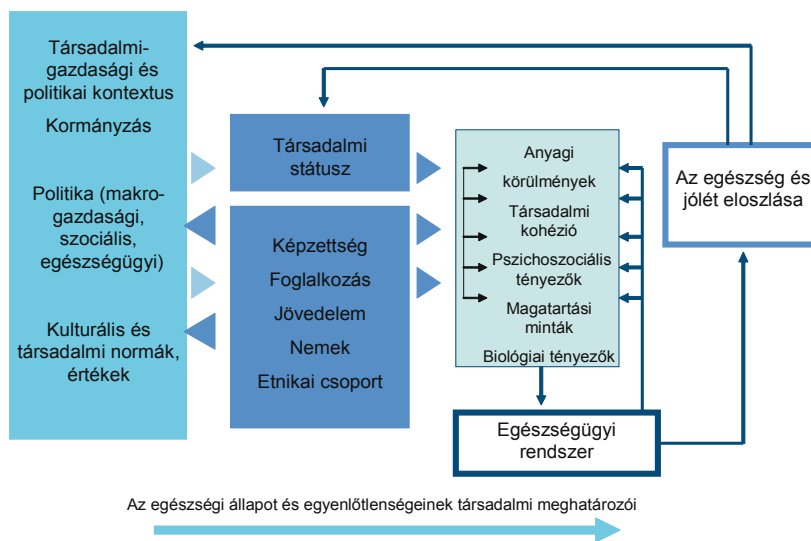
A WHO (World Health Organization) törekedett az egészségi állapot egyenlőtlenségeinek csökkentését célzó politikák előtérbe állítására (lásd „Az egészség társadalmi meghatározói” Bizottság jelentését – WHO, 2008). A bizottság kidolgozta az egészség társadalmi meghatározói koncepcionális keretét (8.2. ábra), és ajánlásokat fogalmazott meg (8.3. ábra).



Forrás: Dalgren and Whitehead, 1991.

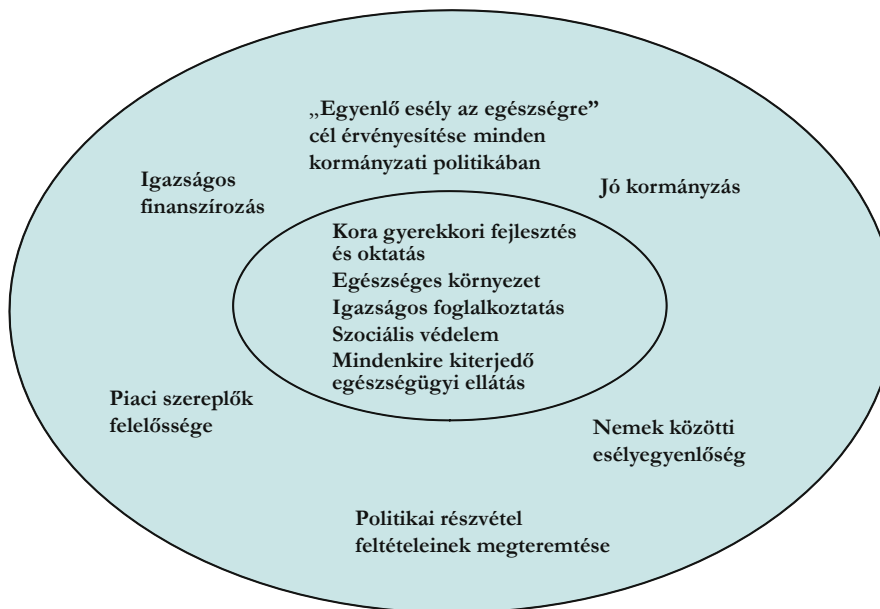
8.1. ábra: Az egészségi állapot egyenlőtlenségeit befolyásoló tényezők





Forrás: WHO, 2008.

8.2. ábra: Az egészség társadalmi meghatározói: koncepcionális keret



Forrás: WHO, 2008.

8.3. ábra: A WHO bizottságának ajánlásai

## 8.4. Az egyenlőtlenségek problémakörének előtérbe kerülése az EU egészségpolitikájában

**Az EU eszközei:** folyamatok feltárása, állásfoglalások, országok közötti tapasztalatcsere koordinálása (pl. Nagy-Britannia 2005. évi EU-elnöksége alatt kiténtetett téma volt az egészségi állapot egyenlőtlenségeinek ügye).

**Dokumentum:** Az Európai Bizottság közleménye: „Szolidaritás az egészségügyben: az egészség terén mutató egyenlőtlenségek csökkentése az Európai Unióban” COM (2009)567.

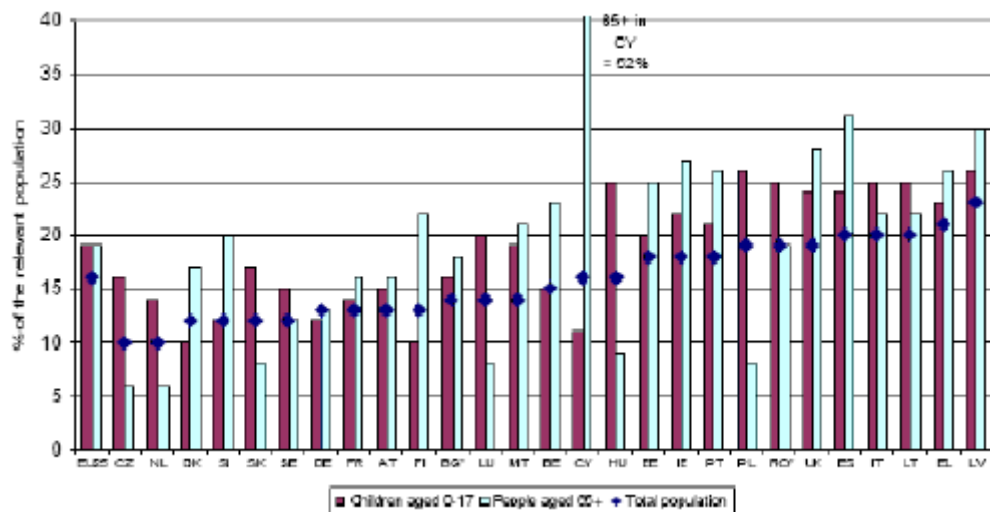
**Az egészség terén mutató egyenlőtlenségek fő okai:**

- változás az általános politikai környezetben. A lisszaboni stratégia hangsúlyozza: a versenyképes, tudás-alapú gazdasághoz szükséges a szegénység csökkentése és a társadalmi kirekesztés felszámolása;
- az európai szociális modell modernizálásának alapvető összetevői: a szegénység csökkentése és a társadalmi kirekesztés felszámolása;
- új kutatási eredmények rávilágítottak az egészségi állapot egyenlőtlenségeinek növekedésére.

**Az egyenlőtlenségek csökkentését célzó politikák kialakítását és megvalósítását akadályozó tényezők:**

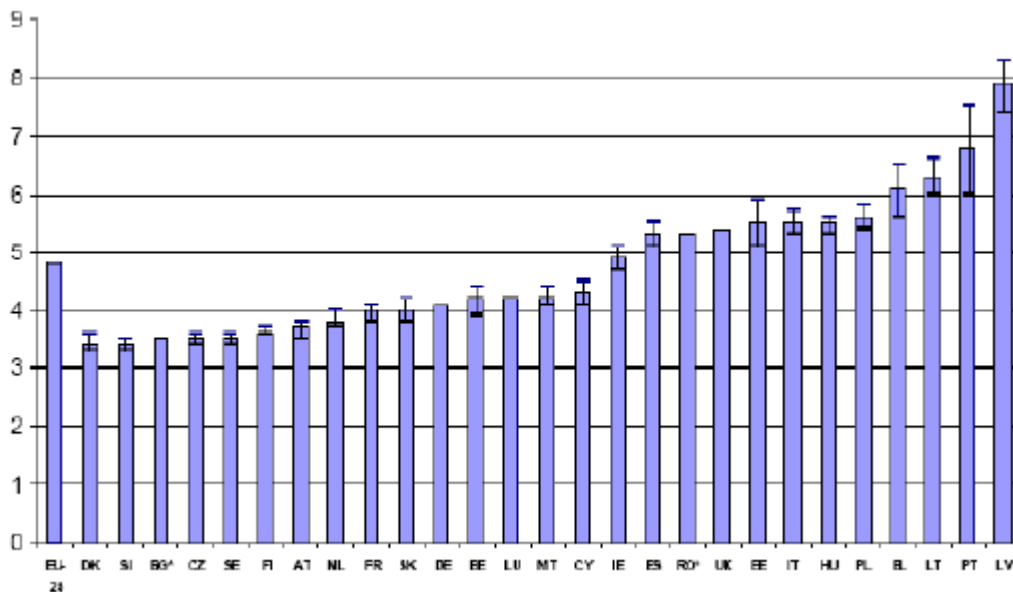
- a politikai figyelem és prioritás hiánya az EU-országok többségében;
- az egyenlőtlenségeket meghatározó tényezőkre és a hatásos politikákra vonatkozó ismeretek hiányossagai (rendszeres, összehasonlítható adatok hiánya);
- az EU-szintű hatásos megközelítés hiánya.

A 8.4–8.8. ábrák az EU-SILC (Statistics on Income and Living Conditions) adatfelvételei alapján mutatnak be néhány egyenlőtlenséggel kapcsolatos eltérést az EU tagországai között.



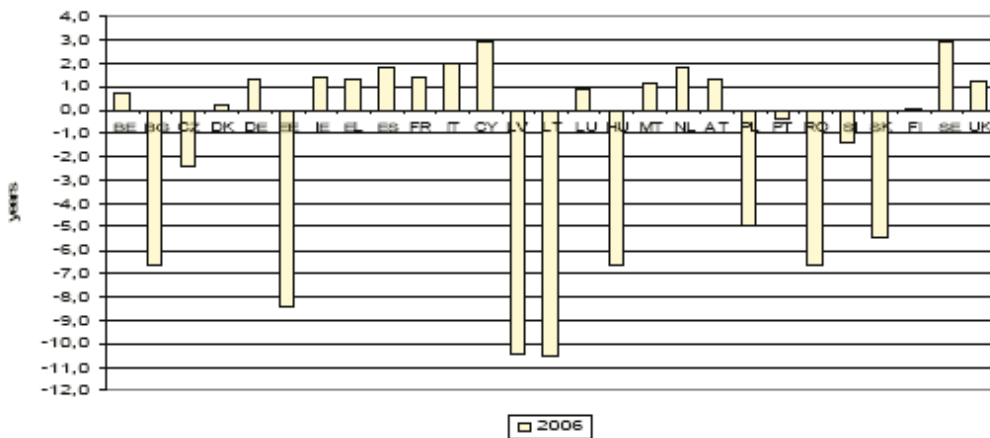
Forrás: EU-SILC, 2006.

8.4. ábra: A szegénység szempontjából veszélyeztetettek aránya



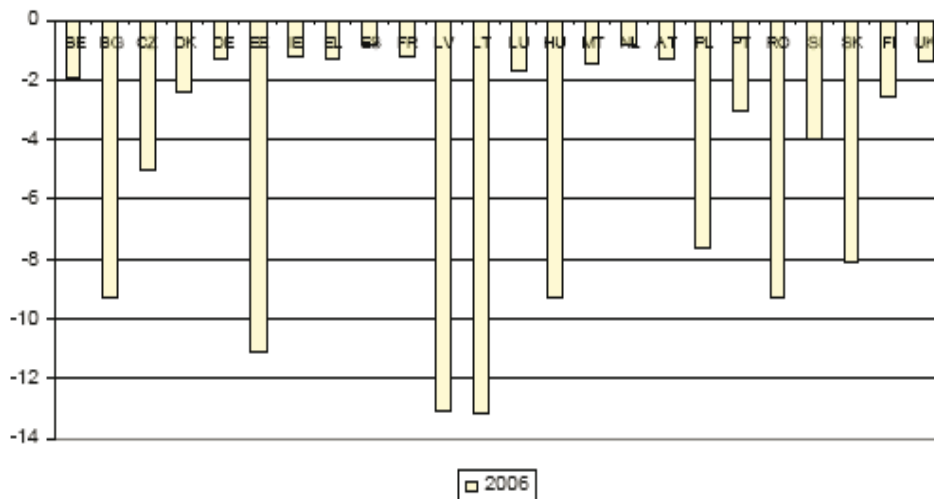
Forrás: EU-SILC, 2006.

8.5. ábra: Jövedelmi egyenlőtlenségek: a felső és alsó jövedelmi kvintilis aránya



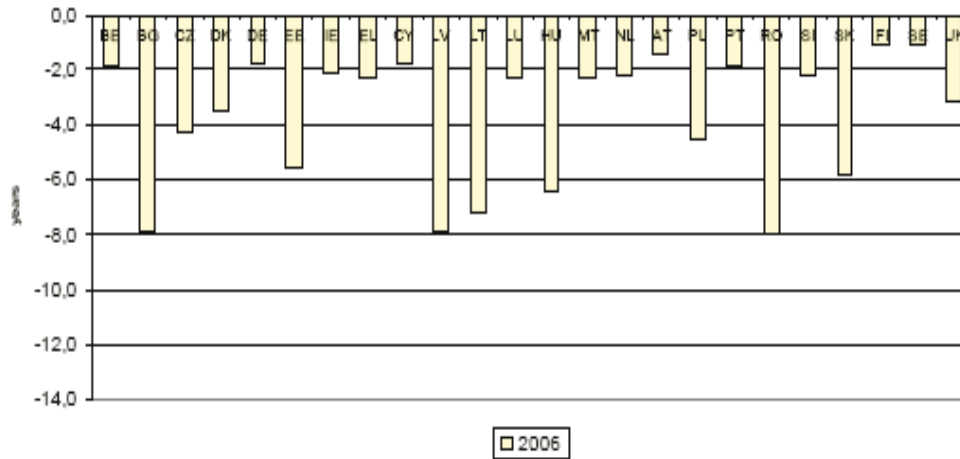
Forrás: EU-SILC, 2006.

8.6. ábra: A férfiak születéskor várható élettartama – országonkénti eltérések az EU-átlagtól



Forrás: EU-SILC, 2006.

8.7. ábra: A férfiak születéskor várható élettartama – országonkénti eltérések a három legjobb mutatójú EU-ország átlagától (Ciprus, Svédország, Olaszország)



Forrás: EU-SILC, 2006.

8.8. ábra: A nők születéskor várható élettartama – országonkénti eltérések a három legjobb mutatójú EU-ország átlagától (Franciaország, Spanyolország, Olaszország)

## Kérdések, feladatok

Jellemezze a magyar egészségpolitikát az egyenlőtlenségek szempontjából!

## Kötelező és ajánlott irodalom

### Kötelező irodalom

Mackenbach, J. P. et al. (2007): *Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union*. 2. Framework for assessing the economic implications of socioeconomic inequalities in health. European Communities, Brussels, 10–23. (Magyar fordítás: <http://egk.tatk.elte.hu/> – Oktatás / Egészségpolitika Hallgatói Kézikönyv.)

WHO (2008): *Closing the gap in a generation*. Health equity through action on social determinants of health. Final Report, WHO Press, World Health Organization, Geneva. (Részletek, fordítás.)  
[http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html)

## Ajánlott irodalom

Judge, K., Platt, S., Costongs, C. and Jurczak, K. (2006): *Health Inequalities: a Challenge for Europe*. UK Presidency of the EU 2005, 5–26.

[http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/socio\\_economics/documents/ev\\_060302\\_rd05\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rd05_en.pdf)

Kovács K. (2006): *Egészség-esélyek*. Műhelytanulmányok 5. KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, Budapest.

Mackenbach, J. (2006): *Health Inequalities: Europe in Profile*. UK Presidency of the EU 2005, 30–42.

[http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/socio\\_economics/documents/ev\\_060302\\_rd06\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rd06_en.pdf)

# PÉLDA A HALLGATÓI MUNKACSOPORTOK FELADATÁRA

## 1. feladat: Egészségügyi rendszerek leírása és összehasonlítása

A) A munkacsoportok 10 perces kiselőadást tartanak.

1. Ismertesse röviden a választott ország egészségügyi rendszere finanszírozásának és szolgáltató rendszerének alapvető jellemzőit a megadott irodalom alapján!
2. Egészítse ki az European Observatory HiT publikációiban található „The organizational relationships of the key actors in the health care system” ábrával a bemutatást!
3. Egészítse ki a bemutatást azokkal az adatokkal, amelyeket legfontosabbnak tart az egészségügyi rendszer rövid bemutatása szempontjából!

A bemutatandó országok:

Csoport	Ország	Időpont	Hallgatók
1.	Ausztria		
2.	Cseh Köztársaság		
3.	Nagy-Britannia		
4.	Svédország		
5.	Spanyolország		
6.	Franciaország		
7.	Németország		
8.	Hollandia		

B) Két-két csoport összehasonlítja a választott országokat, és ennek alapján közös 10 perces kiselőadást tartanak.

Ausztria és Hollandia

Nagy-Britannia és Spanyolország

Cseh Köztársaság és Svédország

Franciaország és Németország

Csoport	Ország	Időpont
1. és 8.	Ausztria és Hollandia	
3. és 5.	Nagy-Britannia és Spanyolország	
2. és 4.	Cseh Köztársaság és Svédország	
6. és 7.	Franciaország és Németország	

### Irodalom a csoportfeladathoz

Health in Transition (HiT) summaries.

<http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/health-system-profiles-hits/hit-summaries>

Health system snapshots: perspectives from six countries. *Eurohealth*, 2008, 14 (1).

<http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/eurohealth/health-system-snapshots-perspectives-from-six-countries>

#### 1. Ausztria

HiT Summary: Austria (2006)

#### 2. Anglia:

- Health system snapshots: perspectives from six countries. *Eurohealth*, 2008, 14 (1).
- <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/Pages/thenhshome.aspx>
- <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/nhscoreprinciples.aspx>

#### 3. Cseh Köztársaság

HiT Summary: Czech Republic (2005).

#### 4. Franciaország

- France HiT Summary (2004);
- France: Health system snapshots: perspectives from six countries. *Eurohealth*, 2008, 14 (1).



## 5. Hollandia

- HiT Summary: Netherlands (2005);
- Health system snapshots: perspectives from six countries: Netherlands. *Eurohealth*, 2008, 14 (1).

## 6. Németország

- HiT Summary: Germany (2004);
- Health system snapshots: perspectives from six countries: Germany. *Eurohealth*, 2008, 14 (1).

## 7. Spanyolország

HiT Summary: Spain (2006)

## 8. Svédország

- HiT Summary: Sweden (2005);
- Health system snapshots: perspectives from six countries: Sweden. *Eurohealth*, 2008, 14 (1).

## Ajánlott irodalom a csoportfeladathoz

ESKI (2007): *Egészségügyi rendszerek az Európai Unió régi tagállamaiban.*

[http://www.eski.hu/new3/kiadv/zip\\_doc/Nyugat\\_Europa.pdf](http://www.eski.hu/new3/kiadv/zip_doc/Nyugat_Europa.pdf)

OECD (2009): *Health at a Glance 2009.* <http://www.oecd.org/dataoecd/55/2/44117530.pdf>

European Community Health Indicators (ECHI):

[http://ec.europa.eu/health/ph\\_information/dissemination/echi/echi\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/echi/echi_en.htm)

## 2. feladat: Egészségpolitika projekt

Milyen következtetések/ajánlások fogalmazhatók meg az egészségügyi rendszerek teljesítményének értékelése és az egészségügyi reformok nemzetközi tapasztalatai alapján Healthország hosszú távú stratégiája számára?

### Háttér

Healthország kormánya hosszú távú stratégiát készít az egészségügyi rendszer teljesítményének javítására. Ehhez figyelembe kívánja venni a nemzetközi tapasztalatokat is.

Intézetünk Healthország Egészségügyi Minisztériumától a következő feladatot kapta: Készítsünk összefoglalót (i) az egészségügyi rendszerek teljesítményének értékelésére használt módszerekről; és (ii) az elmúlt két évtized egészségügyi reformjainak tapasztalatairól; továbbá fogalmazzunk meg következtetéseket/ajánlásokat egy hosszú távú egészségügyi stratégia számára!

## A feladat

Nemzetközi tapasztalatok értékelése egy adott részterületen, megadott szempontrendszer szerint, javasolt és szabadon választott irodalom alapján

- egy prezentáció tartása (az alábbi táblázat szerint);
- a prezentáció és vita alapján „vezetői összefoglaló” készítése.

Nyolc munkacsoportot alakítunk ki (5 munkacsoport 4 főből, 3 munkacsoport 3 főből áll).

Munkacsoport	Témakör	A prezentáció tervezett időpontja
1.	Indikátorok: a népesség egészségi állapota (az egyenlőtlenségeket is beleértve)	
2.	Reformok: az egészségi állapot javítása, az egyenlőtlenségek csökkentése	
3.	Indikátorok: az egészségügyi ellátás minősége és a páciensek/fogyasztók igényeinek jobb kielégítése (responsiveness)	
4.	Reformok: Az egészségügyi ellátás minőségének javítása és a páciensek/fogyasztók igényeinek jobb kielégítése	
5.	Indikátorok: az egészségügyi rendszer finanszírozhatósága és hatékonysága	
6.	Reformok: a fenntartható finanszírozás feltételeinek és az egészségügyi rendszer hatékonyságának javítása	
7.	Indikátorok: az egészségügyi rendszer egyenlőtlenségei	
8.	Reformok: az egészségügyi rendszer egyenlőtlenségeinek csökkentése	

A választott témakörnek megfelelően mindegyik munkacsoportnak a következő kérdésekre kell választ adnia:

### A) Indikátorok

1. Válasszon ki 5–5 olyan indikátort – a megadott indikátorrendszerekből –, amelyeket a magyar népesség egészségi állapotának, illetve (a vizsgált cél szempontjából) a magyar egészségügy helyzetének nemzetközi összehasonlítására javasolna!
2. Indokolja meg a választását!
3. Az első feladatban vizsgált országok közül válasszon ki 4 országot, és jellemezze a választott országok helyzetét a választott indikátorok alapján!

### B) Reformok

1. Milyen problémákat fogalmaztak meg a vizsgált országok az adott egészségpolitikai cél (a csoport által választott témakör) szempontjából?
2. Milyen reformokkal törekedtek a megfogalmazott problémák enyhítésére (megszüntetésére)?
3. Hogyan értékelték a reformok megvalósítását?

4. Ha volt ilyen példa: melyik reform okozott jelentős konfliktust az egészségügyi rendszer szereplői között? (Mutassa be a reformjavaslat politikai térképét!)
5. A tapasztalatok alapján milyen ajánlások fogalmazhatók meg Healthország kormánya számára?

### Javasolt munkaterv

- Csoportok megalakítása
- Munkamódszer megbeszélése (pl. a munka felosztása a csoport tagjai között országonként vagy kéreseként)
- Irodalom feldolgozása
- Munkamegbeszélés: előadás vázlatának elkészítése
- Munkamegbeszélés: előadás véglegesítése, a prezentáció módja
- A vezetői összefoglaló vázlatának elkészítése
- A vezetői összefoglaló elkészítése

### Irodalom a csoportfeladathoz

#### Indikátorok

*European Community Health. Indicators (ECHI)*

[http://ec.europa.eu/health/ph\\_information/dissemination/echi/echi\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/echi/echi_en.htm)

*Dare to Compare! Benchmarking Dutch health with the European. Community Health Indicators (ECHI).*

National Institute for Public Health and the Environment, 2008.

<http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270051011.pdf>

*Dutch Health Care Performance Report 2008.* National Institute for Public Health and the Environment.

[www.healthcareperformance.nl](http://www.healthcareperformance.nl)

*International Compendium of Health Indicators.*

[http://www.healthindicators.org/ICHI/general/ECHI\\_Hierarchy.htm](http://www.healthindicators.org/ICHI/general/ECHI_Hierarchy.htm)

<http://www.healthindicators.org/ICHI/general/startmenu.aspx>

OECD (2009): *Health at a Glance 2009.* <http://www.oecd.org/dataoecd/55/2/44117530.pdf>

OECD Health Care Quality Indicators Project

[http://www.oecd.org/document/34/0,3343,en\\_2649\\_33929\\_37088930\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/34/0,3343,en_2649_33929_37088930_1_1_1_1,00.html)

The Commonwealth Fund (2007): *International Health Policy Survey in Seven Countries* (PPT prezentáció).

<http://www.commonwealthfund.org/Search.aspx?search=International+Health+Policy+Survey+in+Seven+Countries+&filefilter=1>

The Commonwealth Fund (2008): *Why Not the Best? Results from the National Scorecard on U.S. Health System Performance, 2008.* Chartpack (US) (PPT prezentáció).

<http://www.commonwealthfund.org/Content/Publications/Fund-Reports/2008/Jul/Why-Not-the-Best--Results-from-the-National-Scorecard-on-U-S--Health-System-Performance--2008.aspx>

## Reformok (témakörönként, országonként)

(Minden témakörhöz további irodalmak találhatóak a *Health Policy Monitor* oldalain, lásd <http://www.hpm.org/en/index.html>)

### (1) Reformok: az egészségi állapot javítása, egyenlőtlenségek csökkentése

#### Nagy-Britannia

UK Department of Health (2009): *Tackling Health Inequalities: 10 Years On. Chapter 3.*

[http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/documents/digitalasset/dh\\_098934.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_098934.pdf)

### (2) Reformok: az egészségügyi ellátás minőségének javítása és a páciensek/fogyasztók igényeinek jobb kielégítése (responsiveness)

#### Dánia

Draborg, E. (2009): User-driven innovation in health care. *Health Policy Monitor*, April.

<http://www.hpm.org/survey/dk/a13/1>

Frølich, A., Strandberg-Larsen, M. and Schiøtz, M. L. (2008): The Chronic Care Model – A new approach in DK. *Health Policy Monitor*, April. <http://www.hpm.org/survey/dk/a11/4>

#### Hollandia

Spreeuwenberg, C. (2007): Sneller Beter: improving health care quality. *Health Policy Monitor*, October.

<http://www.hpm.org/survey/nl/a10/1>

#### Új-Zéland

Ashton, T. (2009): National reporting of adverse events in hospitals. *Health Policy Monitor*, April.

[http://www.hpm.org/en/Downloads/Health\\_Policy\\_Developments.html](http://www.hpm.org/en/Downloads/Health_Policy_Developments.html)

### (3) Reformok: A fenntartható finanszírozás feltételeinek és az erőforrások felhasználása hatékonyságának javítása

#### Ausztria

Hofmarcher, M. M. (2009): Yet to come: health policy response to the crisis. *Health Policy Monitor*, April.

[http://hpm.org/en/Downloads/Health\\_Policy\\_Developments.html](http://hpm.org/en/Downloads/Health_Policy_Developments.html)

#### Dánia

Vrangbæk, K. (2008): Rapid growth in private health care. *Health Policy Monitor*, October.

[http://hpm.org/en/Downloads/Health\\_Policy\\_Developments.html](http://hpm.org/en/Downloads/Health_Policy_Developments.html)

#### Franciaország

Cases, C. and Or, Z. (2008): New turnover tax for private insurers. *Health Policy Monitor*, October.

[http://hpm.org/en/Downloads/Health\\_Policy\\_Developments.html](http://hpm.org/en/Downloads/Health_Policy_Developments.html)

Or, Z. (2008): New regional health governance. *Health Policy Monitor*, October.

[http://hpm.org/en/Downloads/Health\\_Policy\\_Developments.html](http://hpm.org/en/Downloads/Health_Policy_Developments.html)

Or, Z. (2009): A small step towards P4P in France. *Health Policy Monitor*, April.

<http://www.hpm.org/survey/fr/a13/2>

Németország

Hesse, S. and Schlette S. (2005): User charges for physician visits. *Health Policy Monitor*, November.

[http://www.hpm.org/en/Downloads/Health\\_Policy\\_Developments.html](http://www.hpm.org/en/Downloads/Health_Policy_Developments.html)

(4) Reformok: az egészségügyi rendszer egyenlőtlenségeinek csökkentése

*Euro Observer 2006*, Summer számának összes cikke

[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/80377/EuroObserver8\\_2.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/80377/EuroObserver8_2.pdf)

Franciaország

Or, Z. and V. Lucas (2009): Urban Health Networks. *Health Policy Monitor*, April.

[http://www.hpm.org/en/Downloads/Health\\_Policy\\_Developments.html](http://www.hpm.org/en/Downloads/Health_Policy_Developments.html)

Kanada

MacAdam, M. (2008): Wait Times: A Canadian Update. *Health Policy Monitor*, April.

[http://www.hpm.org/en/Downloads/Health\\_Policy\\_Developments.html](http://www.hpm.org/en/Downloads/Health_Policy_Developments.html)

Nagy-Britannia

Oliver, A. (2008): Allowing top ups in the English NHS. *Health Policy Monitor*, November.

[http://www.hpm.org/en/Downloads/Health\\_Policy\\_Developments.html](http://www.hpm.org/en/Downloads/Health_Policy_Developments.html)