



---

**Egészség-gazdaságtani és  
Technológiaelemzési  
Munkacsoport**

**Közszolgálati Tanszék**

**1093 Budapest, Fővám tér 8.**

Tel: +36-1-482-5147

Fax: +36-1-482-5033

[hecon.uni-corvinus.hu](http://hecon.uni-corvinus.hu)

---

**HunHTA** az  tagja  
**INAHTA**

**Közszolgálati közgazdaságtan,  
egészség-gazdaságtan, Európai  
Unió követelmények**

alcím

**Budapest  
2005. március  
Prof. Jenei György**

# **Közszolgálati közgazdaságtan, egészség-gazdaságtan, Európai Uniós követelmények**

Prof. Jenei György

*tanszékvezető egyetemi tanár*

*Közszolgálati Tanszék, Közgazdaságtudományi Kar, Budapesti Corvinus Egyetem*

## **1. Egészség-gazdaságtan – jelentős társadalmi igény**

Az egészség-gazdaságtan viszonylag fiatal tudomány; története csupán néhány évtizedre nyúlik vissza. Az elmúlt évtizedben az egészség-gazdaságtani ismeretek a modern világban folyamatosan felértékelődtek, és ez a folyamat napjainkban sem zárult le. Ez a modernizáció gazdasági-társadalmi folyamatának lényegi összetevője, amely nemcsak az egészség-gazdaságtanra, hanem más ágazati közgazdaságtani diszciplínákra is vonatkozik, mint például az oktatás-gazdaságtan, vagy a szociális ügyek gazdaságtana. Általános tendenciaként az állami szolgáltatások - vagy más szavakkal a jóléti-közszolgálati beavatkozás - elemző értékelésében és gyakorlati orientálásában egyaránt megnövekedett a közgazdaságtani megközelítés súlya, a közpolitika, a közintézményi menedzsment és a közigazgatási jog mellett.

Az egészség-gazdaságtani ismeretek felértékelődése tehát az ágazati közgazdaságtani ismeretek általános felértékelődésének része, amely az euroatlanti kultúrkör országainak és néhány más ország (például Japán) jóléti államaiban az utóbbi évtizedekben jelentkező válságtünetek és a válságból történő kibontakozás útkereső törekvéseinek természetes következménye.

Ebben a folyamatban nem a jóléti állam rendszerének válságáról van szó, hanem olyan fejlődési válságról, amely a modernizáció jelenlegi technológia- és a tudásintenzív fejlődési szakaszában a gazdasági, a társadalmi, a politikai feltételek és követelmények dinamikus változásának közegében jelentkezik. A sokoldalú és széles körű társadalmi igény természetes következménye a felsőfokú oktatásban, hogy az egészség-gazdaságtan, mint tantárgy szerepe hangsúlyozottan nő az egészségügyi képzési és továbbképzési

programokban. A modern világban, az Európai Unió országokban új képzési programok indultak az egyetemi alapképzésekben. Ez az orvosi egyetemeken mellett a közgazdasági, a műszaki és a jogi egyetemeket is érintette. Az egészség-gazdaságtan olyan képzési programok integráns része, amelyek komplex természetű egészségügyi specializációkba, szakképzési programokba illeszkednek. Ezek a programok multidiszciplinárisak és az egészség-gazdaságtan mellett tartalmazzák egészségpolitikai, egészségügyi vezetési-szervezési és egészségügyi jogi ismereteket is. A továbbképzési rendszerben a bejáratott, évtizedes múltra visszatekintő programok világszerte a továbbképzési piac szükségleteinek felméréseire épülnek. A szakképzett vegyészmérnök egy vegyi üzemben - legyen bármilyen kitűnő vegyész - nem lehet vezető, ha nem ismeri az árképzés elveit, a finanszírozás, a mérlegkészítés problémáit, ha nincs tisztában azzal, hogy mi a megnövekedett jelentősége a vezetési stílusnak, a teljesítmény-ösztönzésnek, a marketingnek, a nemzetközi verseny új rendszerének, a munka- és a szociális-jognak. Ez igaz az egészségügyi intézményekre is. Vezető csak az lehet, aki átfogó és korszerű ismeretekkel rendelkezik az egészségügyi közgazdaságtan, az egészségpolitika, az egészségügyi menedzsment és az egészségügyi jog területén. Ez az első felismerés.

A második felismerés, hogy az egészségügyi intézmények működése és gazdasági-társadalmi környezete az elmúlt évtizedekben rohamos változáson ment át. Éppen az egészségügy területén a leglátványosabb és egyben legdrámaibb a változás, amely a technikai-technológiai fejlődés és a páciensek igényeinek növekedése területén egyaránt észlelhető. Mindennek következményeként az egészségügyi intézmények és különösen a egészségbiztosítási pénztárak bevételi- és kiadási költségterhelése gyors ütemben növekedett. Ennek következtében a gazdaságossági, a jogi, a társadalmi szükségletek értékrendjében jelentkező ellentmondások egyeztetésének követelményei különösen komplexen jelentkeztek. Kulcskérdéssé vált a kórházak és egészségügyi intézmények verseny- és teljesítményképességének növelése stratégiai szemlélet érvényesítése útján, a köz-, a magán- és a civil szervezetek tulajdonában levő intézményeknél egyaránt.

Ehhez olyan alapvető struktúrákat és folyamatokat érintő változásokat kellett végrehajtani, mint:

- a jogi formák átalakítása,
- az egészségügyi szolgáltatások iránti szükségletek függvényében a kínálati szerkezet átalakítása,
- válasz a nemzetközi verseny nyomására,

- újfajta együttműködés kifejlesztése az állam, a magánvállalkozások és a civil szervezetek között,
- minőségbiztosítási intézkedések,
- decentralizált erőforrás gazdálkodás.

A közép- és kelet európai országokban a modernizációs gazdasági, társadalmi és politikai folyamatok, a piacgazdasági átmenet és az Európai Unió tagság követelményeinek hatásaként széles körű igény jelentkezik az egészség-gazdaságtan ismeretére és a tudományos ismeretek gyakorlati alkalmazására. Nemcsak a kórházak, a különféle gyógyító intézmények és az egészségügyet irányító-szervező közintézmények vezetői és elemző munkát végző munkatársai körében alakult ki erős és sokirányú érdeklődés az egészség-gazdaságtan iránt, hanem a gazdasági és társadalmi élet különböző területén működő közintézmények vezetése körében is. Ez érthető és természetes, hiszen az egészség-gazdaságtani ismeretek alkalmazásának hatásai messze túlmutatnak az egészségügy területén, és a modern állam gazdaság- és társadalompolitikai szerepvállalását átfogóan befolyásolják. Ezen a ponton elegendő, ha a közegészségügyi állapotoknak a családpolitikára, a szociális gondoskodásra, a foglalkoztatási problémákra gyakorolt hatására utalunk.

Hazánkban - a többi közép- és kelet-európai országhoz hasonlóan - megkezdődött a modern egészség-gazdaságtani ismeretek átvétele-adaptálása a felsőfokú képzésben és a továbbképzésben egyaránt. Az egészség-gazdaságtani ismeretek tantárgyi oktatása különböző orvosi, közgazdasági egyetemeken már megjelent, ugyanakkor a komplex, multidiszciplináris karakterű egészségügyi specializációk még csak szórványosan fordulnak elő. A továbbképzésben már évek óta kínálnak - elsősorban menedzsment karakterű - komplex programokat, amelyekben erősítésre szorul a programok egészség-gazdaságtani megalapozása, a közgazdasági, közpolitikai, vezetési-irányítási és jogi szemlélet összehangoltsága. Javításra vár a komplex továbbképzési struktúra - komplex-és céltanfolyamok, problémaszemináriumok és kerekasztal-fórumok - plasztikus illeszkedése a továbbképzési piac szükségleteire.

Speciális vonás még az is, hogy az egészségügyi intézmények vezetőinek többsége hiányosan készült fel arra, hogy a szolgáltató funkciókat - a gyorsan változó, komplex követelményekhez igazodva - kibontakoztassa. Mindez szükségessé teszi a vezetők többségének rendszeres, a változó követelményekhez igazodó továbbképzését.

## 1.1. Nyugat-keleti tudás transzfer. Lehetőségek és korlátok

A felsőfokú egészségügyi képzés és továbbképzés programjainak kifejlesztése során nyugat-keleti irányú tudás transzfer bontakozik ki. Ez a tudás transzfer már megkezdődött, a közeli jövőben várhatóan tovább erősödik, ezért érdemes ennek a folyamatnak a funkcióit, lényegi természetét és buktatóit is röviden elemezni. Az elmúlt évtizedben az egészségügyi képzésben és továbbképzésben számos együttműködési forma alakult ki Kelet és Nyugat között.

A fő együttműködési formák a következők:

- új képzési és továbbképzési programok kifejlesztése a különböző standard nyugati modellek alapján,
- a nyugati szakirodalom hozzáférhetővé tétele közép és kelet-európai szakemberek számára, beleértve a kutatási módszereket is az alapkutatástól az alkalmazott kutatásig,
- közös kutatási projektek megvalósítása, beleértve közös konferencia anyagokat, tanulmányokat, tematikus köteteket,
- ösztöndíjas tanulmányi részképzés biztosítása egyetemi és PhD hallgatók, valamint oktatók és kutatók számára,
- segítség könyvtárak és computer laboratóriumok kifejlesztésében,
- segítség in-service továbbképzési programok kifejlesztésében és oktatásában,
- segítség az egyetemi oktatók nyugati továbbképzésében, amely a nyelvtudás, a kutatási módszerek kifejlesztésére valamint az oktatásfejlesztésre irányul.

Ezen a ponton kell megjegyeznünk, hogy az együttműködés előnyei nyilvánvalóak a közép és kelet-európai partner részére, de az együttműködés olyan partneri viszony, amelyben a nyugati partnernek is alkalma nyílik a tanulásra.

A főbb lehetőségek a következők:

- szélesítheti azokat a szemléleti alapokat, amelyek alapján a közép és kelet-európai fejlődési trendeket megítéli,

- tapasztalatokat szerezhethet egy olyan unikális átmenetről, amelyben a piacgazdasági átmenet és a modernizáció összekapcsolódik,
- ellenőrizheti azoknak az ismereteknek az általánosíthatóságát, amelyek az euroatlanti kultúrkörben relevánsnak bizonyultak,
- erősítheti a nyugati partnerek „érzékenységét” a kulturális értékek és sajátos történelmi előzmények determinatív hatása iránt.

A kelet-nyugati együttműködés sokféle aktivitást foglal magába. Az elmúlt évtized együttműködési gyakorlata alapján az együttműködés öt fokozatát állíthatjuk fel:

- információcsere és esetleges kapcsolat,
- a tudás és a tapasztalatok rendszeres cseréje,
- közös akciók,
- kölcsönös együttműködés,
- intézményesített partneri viszony.

Milyen tevékenységek tartoznak az egyes együttműködési fokozatokba?

1. Fokozat: Információcsere és esetleges kapcsolat.

Személyes találkozások, ismerkedés, rövid és hosszú távú közös érdeklődések feltárása.

2. Fokozat: A tudás és a tapasztalatok rendszeres cseréje.

Rendszeres dialógusok, kölcsönös látogatások, diákok és oktatók cseréje, oktatási és kutatási tapasztalatok cseréje.

3. Fokozat: Közös akciók.

Projektek és közös tevékenységek, amelyek terméke lehet egy könyvtár, egy képzési program, tanulói részképzés, formalizált oktatói és hallgatói cserekapcsolatok, kutatási projektek.

4. Fokozat: Kölcsönös együttműködés

A partnerek hosszú távú szükségletei és érdekei alapján komplex természetű stratégiai együttműködés kibontakozása. Jellemző, hogy az együttműködés - ezen a szinten - a partnerek lényeges oktatási, kutatási és tanácsadási tevékenységéhez kapcsolódik.

## 5. Fokozat: Intézményesített partneri viszony.

Folyamatos, rendszeres, önfenntartó természetű együttműködés, amelyet tartós finanszírozási források alapoznak meg.

Ebben a hierarchiában nagyon sok kapcsolat létesül az 1. fokozatban. Ezek közül a kapcsolatok közül viszonylag kevés „megy tovább” a 2. fokozatba. Ugyanakkor, a kelet-nyugati kapcsolatok egy része kihagyva az 1. fokozatot rögtön a 2. fokozatban bontakozik ki. A 3. fokozatba viszonylag sok együttműködés jut el, és nagyrészt ezen a szinten is marad. Ritka az a kapcsolat, amely a 4. és az 5. fokozatba jut el.

Az egészségügyi képzésben és továbbképzésben - hazánkban - elértük a 2. és a 3. fokozatot. A 4. fokozat keretfeltételeit is kialakítottuk. A közeli jövő kérdése az, hogy a tartós együttműködést tudjuk-e biztosítani megfelelő finanszírozási források feltárásával?

Az együttműködés során különböző problémák is jelentkeztek. Talán a legnagyobb gond a „tudás átvihetősége” nyugatról keletre, és ezzel összefüggésben a kulturális relativizmus kérdése. A nyugati tapasztalatok átvitelénél nem mindig veszik figyelembe a kelet- és közép-európai országok sajátos gazdasági, társadalmi, politikai és kulturális körülményeit. Ennek legpregnánsabb kifejeződése az „ejtőernyős” típusú tanácsadási gyakorlat. Az ilyen tanácsadó „ejtőernyővel” érkezik a bölcsek követ szorongatva, és minden elemzés nélkül, vagy felületes elemzés után azonnal előírja a probléma megoldását. Nem kérdez, hanem válaszol, nem ellenőrzi, hogy kérdései relevánsak-e, és az esetleges válaszokat figyelemre sem méltatja. Nem diagnosztizál, hanem azonnal operál. A következmények általában siralmasak. A pénzt haszontalanul költik el, eredmények nem mutatkoznak, és az együttműködés létre sem jön, mert a partnerek elidegenednek egymástól már az együttműködés kezdete előtt. Általános tanulságként elmondható, hogy a nyugati partnernek sohasem ajánlatos közvetlenül cselekednie, hanem csak a keleti partnerrel történő sokoldalú és konszenzushoz vezető megbeszélés után célszerű egy meghatározott szereposztás szerint részt venni a problémák megoldásában.

Másfelől sokszor problémát jelent, hogy a keleti partner „a könnyebb ellenállás felé mozdulva” másolni kívánja a nyugati tapasztalatokat. Ez történt akkor, amikor a 90-es évek elején a közép és keleti-európai országok egy részében a német szociális piacgazdaságot kívánták bevezetni. Figyelmen kívül hagyták, hogy a német szociális piacgazdaság nem exportcikk. 1945 után sajátos német körülmények között 15 éves

kísérletező folyamat hívta életre. Teljesítmény standardjai kétségtelenül vonzóak lehetnek, azonban ez a folyamat nem másolható, mert a közép és kelet-európai átmenet történelmi körülményei egyediek.

Míndez érvényes a képzés és a továbbképzés programjaira, oktatási módszereire is. A sikeres együttműködés alapfeltétele, hogy a partnerek tisztában legyenek a tudás transzfer lehetőségeivel és korlátaival egyaránt.

A sikeres tudás transzfer számos kiinduló feltétele közül a leglényegesebbek a következők:

- A keleti partnernek pontos képet kell alkotni a saját szükségleteiről. A szükségletek feltárásában a partnerek együttműködhetnek, de a feltáró munka végén egyértelmű képet kell alkotni a szükségletekről. Ehhez pedig az szükséges, hogy a keleti partnernek szuverén és történetileg releváns értékelése legyen a kialakult helyzetről.
- Ha a keleti partner rendelkezik ilyen történetileg releváns ismeretekkel, akkor képessé válik arra, hogy feltegye a releváns kérdéseket, amelyek megválaszolásától a megoldás, az előrelépés függ. Csak az tud helyes és szükséges kérdéseket feltenni, akinek reális a valóságképe, aki ismeri saját helyzetének sajátosságait.
- A kérdések feltevése után feltárandók a válaszlehetőségek. Ennek során a különböző nyugati országokban eredményesnek bizonyult megoldások elemezhetők.

Természetesen a megoldásokhoz sajátos történelmi és kulturális feltételek is tartoznak. Megoldások sohasem léteznek önmagukban. Ez azt is jelenti, hogy a megoldások sohasem másolhatók. Asszimilálhatók, de csak akkor, ha az együttműködő partnerek számára tisztán kirajzolódnak a történelmi, a gazdasági és a kulturális különbségek, amelyek nyugaton a működőképes megoldás, keleten pedig a megoldásra váró problémák háttérében húzódnak. Vagyis, a keleti partner nincs felmentve az önálló gondolkodás felelőssége alól. Ezt az utat neki kell végigjárnia a kérdések felvetésétől a megoldási lehetőségek és forgatókönyvek vázolásán keresztül egészen a megoldásig. A nyugati partner ebben segíthet, de csak akkor, ha a keleti partner rendelkezik az önálló tájékozódás és felelősség képességével. E nélkül az együttműködés eredményei nem tartósak, tiszavirág életű látszateredményeknek bizonyulnak.

A képzés és továbbképzés kifejlesztése során általában nem adható válasz arra, hogy milyen tananyagok, oktatási módszerek értékesek és alkalmazhatók.



Az oktatási módszereknél például nyilvánvaló, hogy elmozdulás szükséges a hagyományos, prelegáló típusú<sup>1</sup> foglalkozásoktól. Ez a hagyomány az új követelményekhez nem illeszkedik. Elmozdulás szükséges az aktivizáló módszerek irányába. Ez azonban csak fokozatosan történhet. Évtizedes prelegáló hagyományok után nem lehet közvetlen fordulattal esettanulmányokra építeni a képzést. Fokozatos átmenet szükséges, amelynek lépcsőfokai lehetnek a kérdve-kifejtő előadási módszer, a hallgatói tapasztalatok bekapcsolása az oktatási folyamatba, az esetjátékok, az egyéni feladatok adása, és természetesen az oktatás atmoszférájának megváltoztatása után és annak folyamatában az esettanulmány.

A továbbképzésben különösen fontos a hallgatók munkában szerzett tapasztalatainak bevonása az oktatási folyamatba. A továbbképzésben az elérhető legmagasabb érték, ha az ismeretek gyakorlati referenciával rendelkeznek. Ez pedig csak úgy érhető el, ha

- gyakorlati szakembereket vonunk be az oktatásba,
- a hallgatók gyakorlati tapasztalatait rendszeresen beépítjük - minimum illusztratív funkcióval - az új szemlélet megalapozásának és az új ismeretek kialakításának folyamatába. Sőt! A gyakorlati tapasztalatok bekapcsolása ne csak illusztratív funkcióval történjék, hanem ösztönző hatású is legyen az új ismeretek formálódásában.

A tananyagok használhatóságánál lényeges kiinduló feltétel, hogy teoretikus közelítésről vagy gyakorlati tapasztalatokat közreadó jelentés típusú anyagokról van-e szó. Az elméleti okfejtések jobban átvehetőnek tűnnek, mert kellően absztrakt tudást tartalmaznak, amely tudás az euroatlanti kultúrkörben általában alkalmazható. Megértési problémák még így is jelentkezhetnek.

Más a helyzet a gyakorlati tapasztalatokat összegző anyagoknál. Ezeknél különösen szükséges, amely a sajátos körülményekre irányuló körültekintő elemzés. Itt az is eredményt jelenthet, ha az elemzés következménye az, hogy a tapasztalat nem vehető át. A lényeg ekkor nem az átvehetőség, hanem az, hogy a keleti partner eljusson saját helyzetének pontos megértéséhez. A lényeg az indoklás. Miért vehető át valami és miért nem?

<sup>1</sup> prelegáló típusú – hagyományos kijelentő – kinyilatkoztató típusú előadásmód

Az együttműködés elmúlt évtizedének tapasztalatai alapján néhány, az egészségügyi képzés és a továbbképzés kifejlesztése során releváns tanulság és ajánlás összegezhető:

- Törekedni kell arra, hogy a személyes kapcsolatok egységes és komplex képzési és továbbképzési struktúra követelményei szerint intézményesüljenek. A konszolidált kiépülés és tartós fennmaradás csak meghatározott intézményes keretek kialakításával biztosítható. Ez jelenthet kedvező alapot addicionális pénzforrások bekapcsolásához.
- Törekedni kell olyan partneri kapcsolatok kialakítására, amely mindkét oldalon stratégiai érdekekhez illeszkedik, és amelyben nemcsak a keleti, hanem a nyugati partner is megtalálja a hasznát.
- Az együttműködési programokat a speciális környezethez és szükségletekhez alkalmazkodva kell felépíteni. Ennek során mindenfajta sematikus közelítés elkerülendő, és a képzési szükségletek releváns és érvényes felmérése kulcsfontosságú.
- A kulturális különbségeket már az együttműködés kezdeti periódusában fel kell tárni, és tudatosítani kell, mert ezek a különbségek az együttműködés minden lépésénél figyelembeveendőek. Az eddigi sikeresnek bizonyult együttműködési programok mindegyikében igyekeztek a partnerek megérteni egymás szempontjait, és ezt a program menedzselése során úgy érvényesítették, hogy a program kifejlesztésében kellő rugalmasságot biztosítottak, és teret engedtek a különböző vezetési stílusoknak.
- Az együttműködés sikerességében kulcsfontosságú a jó előkészítés, a célok realitása - kerülni kell a „felhőjárás” fellengzőségeit - a megvalósításban a rugalmas fokozatosság.
- A sikeres partneri viszonyban különbséget tesznek az intézményi célok és az intézményben dolgozó munkatársak egyéni céljai között. A különbségek felismerése alapján igyekeznek egységes irányt adni a különböző motivációjú cselekvéseknek.

## **2. Európai Unió, közintézményi reformok, egészségügy**

Az egészség-gazdaságtan - miként a többi ágazati közgazdaságtan - számára is alapvető kihívást jelent, hogy az Európai Unióban a közintézmények - és benne az egészségügyi intézmények - teljesítmény színvonala, szolgáltatásainak minősége a gazdasági versenyképesség deklaráltan fontos összetevője. A versenyképesség erősítésének követelményeként, a közintézmények átfogó reformja az EU országokban már egy évtizede folyik. Ennek fő feladatai a következők:

- Biztosítani a szolgáltatások gyors hozzáférhetőségét. Ehhez szükséges a túlszabályozottság leépítése, a bürokratikus kötöttségek feloldása. Ugyanakkor racionális feladat- és forrásmegosztás az egyes közintézmények között.
- Biztosítani az újfajta felelősség megosztást a közintézmények és az állampolgárok között. A probléma megelőző funkciók teljesítése érdekében szükséges az állampolgárok és közösségeik bekapcsolása a szolgáltatás nyújtásba.
- Több és jobb szolgáltatást kell nyújtani kevesebb pénzért. Ehhez hatékonyabb és eredményesebb közintézményi működés szükséges, amelyben széles körben alkalmazzák:
  - a) a gazdasági szabályozás eszközeit,
  - b) a versenyt,
  - c) a teljesítmények mérését,
  - d) az új technológiák hasznosítását,
  - e) a magánszektorral történő együttműködést,
  - f) a minőségbiztosítást.
- Minden közintézménynek igazolnia kell működésének szükségességét a társadalmi környezet, annak egyes csoportjai részére. Ez az eredményességi követelmény. Ezért mindig bizonyítani kell, hogy jól dolgozik, és nem pazarolja az adófizető pénzét, vagyis hatékonyan működik.

A gazdasági versenyképességet - amely az Európai Unió számára alapvető követelmény a modern világ három gazdasági erőtere között zajló rivalizálásban és konkurencia harcban, tehát a stratégiai szemléletben - a társadalompolitikai erőforrások (iskolázottsági színvonal, közegészségügyi állapotok stb.) fejlesztésével lehet csak megalapozni. Ez az Európai Unió működésének első üzenete az új tagországok számára.

Ebből logikusan következik a második kihívás. Az Európai Unió országaiban közösen elfogadott közigazgatási, közszolgálati standardok érvényesülnek, amelyeket érvényesíteni

kell az új tagországokban is. Ez azt jelenti, hogy az egyes EU országok közigazgatási-közszolgáltatási rendszerei ugyan nem kompatibilisek - azaz minden ország sajátos modellel rendelkezik - de ugyanakkor ezek a rendszerek nem fragmentáltak. Az Európai Közigazgatási Tér (EKT) adminisztratív irányelveinek együttes érvényesítésével egységet is alkotnak; egység van a sokféleségben. Az Európai Unióban az EKT irányelveinek érvényesítését az európai modernizáció integráns részének, összetevőjének tekintik. Ezek az irányelvek nem erkölcsi irányelvek, hanem jogilag kodifikáltak; egyes esetekben az ország alkotmányába is bekerülnek. Vagyis nem az erkölcsi készlet erejével, hanem a törvényi készlet erejével hatnak.

Az EKT irányelveinek alapvető funkciója, hogy garantálják:

- a szolgáltatások társadalmilag és nemzetközileg elfogadható szakmai minőségét és stabilitását,
- a köztisztviselők magatartásának integritását és a közintézmények elszámoltathatóságát.

Első közelítésben az EKT következő alapelveit különböztethetjük meg:

- megbízhatóság és kiszámíthatóság,
- nyitottság és átláthatóság,
- elszámoltathatóság.

Ez az öt elv garantálja a jogbiztonságot a közszolgáltatási rendszerekben.

További két elvet is meg kell említeni, amelyek:

- a hatékonyság és az
- az eredményesség,

amelyek garantálják a teljesítményorientációt a közszolgáltatási rendszerekben.

## **2.1. Hatékonyság és eredményesség**

Az egészség-gazdaságtan közvetlenül és erőteljesen kapcsolódik a hatékonyság és az eredményesség alapelveihez. Mindkét elv előtérbe kerülése párhuzamos azzal a folyamattal, amelynek keretében a szolgáltató funkciók a modern állam, a modern

demokrácia működésének központi elemévé váltak. A két elv között a hatékonysági elv hagyományosabb az eredményességi elvénél. A két elnevezés mögötti tartalmak összehasonlító elemzése azonban mélyebb összefüggéseket is feltár.

A hatékonyság a közszolgáltatás költség/haszon viszonylatú kritikai értékelését-lemérését jelenti. Vagyis ez az elv közvetlen eredmény orientáltságot jelent. Ebben az esetben a kritikai mérce alapvetően közgazdaságtani-technikai eszköztárat alkalmaz. A hatékonysági elv lényegében menedzseri elv, vagyis adott tevékenység esetében a költségek és a költségekből származó hasznok közötti viszony optimalizálására törekszik. Ez tulajdonképpen a közvetlen eredmény.

Az eredményességi elv viszont azt értékeli, hogy a közintézmény mennyiben képes céljait megvalósítani, mennyiben képes a létező társadalmi problémák megoldására. Ebben az esetben a kritikai mérce komplex, a közgazdaságtani-technikai mérce kiegészül szociológiai, politológiai, sőt szociálpszichológiai mozzanatokkal. Vagyis, az eredményességi elv azt értékeli, hogy mi a közintézményi döntés vagy cselekedet szélesebb társadalmi következménye. Ez az elv nem egy cselekedetre vonatkozik, mert elszigetelt közigazgatási döntés vagy cselekedet nincs. Az eredményesség a valóságban mindig döntések és cselekedetek sorozatában mutatkozik meg, amelyek különböző, „egymásra torlódó”, szinergikus, vagy konfliktusos kölcsönhatású közpolitikai programokhoz tartoznak. A különböző közpolitikai programok kölcsönhatásos kapcsolatait és hosszabb távú társadalmi hatásait kell elemezni és értékelni ahhoz, hogy a közintézmény reálisan helyezze el magát a közszolgáltatások szövevényében, és használható kiindulópontokat kapjon a további, stratégiai ívű cselekvésre.

Első közelítésben a hatékonysági és az eredményességi elv együttes előtérbe kerülése azon pénzügyi-finanszírozási kényszerhelyzetek következménye, amelybe a modern államok a XX. század nyolcvanas éveiben „belecsúsztak”. Ez lényegében olyan csapda helyzet volt, amelyet egyfelől a korlátozott költségvetési lehetőségek, másfelől a növekvő és differenciálódó társadalmi igények együttes jelentkezése jellemezett. Vagyis növekvő, minőségi igényeket kellett kielégíteni korlátozott költségvetési keretből. Ebből a helyzetből a kivezető út a közigazgatás, a közintézményi rendszer átfogó reformjával született meg. Ennek keretében a hatékonysági elv fokozott érvényesítése mellett - annak alapján és nem helyette (!) - a közintézményi döntések és cselekedetek szélesebb társadalmi következményeinek megismerése is szükségessé vált.

A hatékonyság és az eredményesség előtérbe kerülése kifejeződött abban, hogy az Európai Unióba újonnan belépő államok alkotmányos alapelvként is deklarálták a hatékonyságot és

az eredményességet olyan klasszikus elvek mellett, mint a jogállamiság, a jogbiztonsági elvek valamint, az átláthatóság és a pártatlanság (például Spanyolország, 1978). Az Európai Unióban a hatékonyság és az eredményesség elve gyakran kerül konfliktusba a jogállamiság követelményével. A jogállam a modern demokrácia kifejeződési formája és egyben alapvető legitimációs eszköze. Ugyanakkor a köztisztviselők nemegyszer a társadalmi igények támasztotta hatékonysági és eredményességi követelmények miatt olyan kényszerhelyzetbe kerülnek, amelyekben cselekedeteik a fennálló jogrend keretei közé csak nehezen illeszthetők.

A konfliktus másik forrása a közszolgáltatások privatizációja vagy kiszervezése, amellyel magánintézményeket, mint szolgáltatókat vonnak be a közszolgáltatási szférába. Ezekre a magánintézményekre a közintézmény működését szabályozó törvények nem vonatkoznak, ami csak akkor nem vezet a jogállamiság elveinek megsértéséhez, ha a korábbtól eltérő módon ellenőrzik és értékelik azokat. Más szavakkal, a kiszervezés és a privatizáció csak a szolgáltatás nyújtásra vonatkozhat, és ki kell egészülnie egy korábbinál színvonalasabb, konstruktívabb ellenőrző - értékelő funkcióval. Ezeket a funkciókat mindig közintézmény gyakorolja.

Drámai következményeket eredményezett például, amikor a londoni metrónál nemcsak az üzemeltetést, hanem a szabályozást-ellenőrzést is privatizálták. A magánműködtető - profitorientáltan - optimalizálta a járatok gyakoriságát, vagyis sűrítette azokat. A javuló hatékonysági mutatók fonákján eredményességi deficitet jelzett az, hogy a metró-balesetek száma viszont megnövekedett.

Itt jutunk el az Európai Unió országok közigazgatási és közszolgáltatási rendszereit orientáló-szabályozó újabb alapelvekhez, amelyek a jogbiztonságot garantálják. Ezek értelemszerűen az egészségügyi intézmények mindennapi működésében is követelmények. Az alapelvek - röviden - az alábbiakban jellemezhetők.

## **2.2. Megbízhatóság és kiszámíthatóság**

Két alapfunkciója a köztisztviselői és közalkalmazotti önkényeskedés korlátozása és megakadályozása a szolgáltatások gyakorlatában. A jogállamiság intézményéből a megbízhatóság és a kiszámíthatóság közvetlenül következik. Ez mindenekelőtt azt jelenti, hogy a közintézmények általánosan érvényes törvényeket és szabályokat követnek, azaz általánosan deklarált elveket alkalmaznak egyedi esetekre, és ezt pártatlanul teszik. A

jogállamiság ellentétben áll mindenfajta közintézményi hatalmi önkényeskedéssel, „haveri” összefonódással és más devianciákkal. Ezek elkerülése érdekében a jogállam a jogszabályok egyértelmű rendjét, hierarchiáját állítja fel, amelyet független bíróságok juttatnak érvényre. Adott közintézmény a tevékenysége során nem kerülhet szembe az általános törvényekkel és jogszabályokkal. Ide kapcsolódik a jogi illetékességi hatáskör fogalma is. Az egyes közintézmények csak olyan kérdésekben dönthetnek, amelyekre jogi felhatalmazással rendelkeznek. Ez az illetékesség egyfelől jogi felhatalmazást jelent a közintézmény számára, hogy adott esetben döntéseket hozzon, másfelől a felelősség vállalásának kötelezettségét is jelenti. Az illetékesség tehát egyszerre jelent döntéshozatali jogosultságot és felelősséget. Természetesen az illetékesség nélküli döntés azonnal hatályon kívül helyezendő.

A megbízhatóság és a kiszámíthatóság alapelvei nincsenek szükségképpen ellentmondásban a köztisztviselő diszkrecionális jogaival. A diszkrecionális jog önálló belátáson alapuló - a törvényi és szabályozási keretek között maradó - cselekvési autonómiát jelent. Ez nem azonos az önkényeskedéssel. Az önkényeskedés nem más, mint a törvényi-jogszabályi keretek megszegése, áthágása, amíg a diszkrecionális jog a törvény adta keretek közötti választási lehetőséget jelenti. Vagyis, a köztisztviselő a helyzet ismerete alapján mérlegelhet különböző lehetőségek között. Azaz, a diszkrecionális jog nem jelent törvényteleniséget. Sőt!

Az önálló belátás, a választási lehetőség szükséges a köztisztviselő részére, mert a közintézmények csak úgy működhetnek a társadalom megalégedésére, ha képesek a körülményekhez történő rugalmas alkalmazkodásra, azaz a törvények érvényesítésére a konkrét adottságok közegében. Ilyen értelemben a közintézmények kötelesek az önálló belátáson alapuló döntésre, a diszkrecionális jogok érvényesítésére. Miután minden döntés a konkrét körülmények függvénye, ezért a vasutasok „lassító sztrájkjához” lenne hasonló, a köztisztviselő mechanikus ragaszkodása a törvények betűjéhez ahelyett, hogy a törvények szellemét érvényesítené.

A megbízhatóság és a kiszámíthatóság elvéhez kapcsolódik az arányosság elve is (proportionality). Ez az elv a célnak történő megfelelést jelenti. Ez utóbbi feltételezi, hogy bizonyos helyzetekben az ésszerűségnek megfelelően az állampolgár bizonyos jogainak gyakorlásában korlátozható, amennyiben ez közösségi érdeket sért. Vagyis, ez az elv azt is jelenti, hogy egy törvényt vagy szabályt nem szabad érvényesíteni akkor, ha a konkrét körülmények között a törvény érvényesítése a törvény céljaival ellentétes eredményekhez vezethet.

A célnak történő megfelelés kötelezettsége szintén biztosíték a hatalommal történő visszaélés ellen. Az Európai Bíróság ezt az elvet törvénykezési gyakorlatában érvényesíti. Ezt azért teheti, mert az EU országok átvették jogrendjükbe ezt az eredetileg német jogrendből származó elvet.

Ehhez kapcsolódó további elv az eljárási méltányosság, korrektség elve (procedural fairness). Ez azt jelenti, hogy a törvényeket következetesen és pártatlanul kell érvényesíteni. Olyan társadalmi értékeket kell szem előtt tartani és védeni, mint például az emberi méltóság, a biztonság.

További kapcsolódó elv az időszerűség, a pontosság elve (timeliness). A döntések és akciók késedelmes meghozatala frusztrációt okoz a társadalomban, és súlyosan veszélyezteti a közintézmények megbízhatóságát és kiszámíthatóságát. A késedelmeskedés egyaránt származhat erőforráshiányból vagy a politikai támogatottság hiányosságából is. Továbbá, a köztisztviselői hozzászólás és felelőtlenség is meghúzódhat a késedelem hátterében. A törvényi szabályozás megteremtheti az ösztönző-késztető feltételeket a megvalósítási időpontok meghatározásával. Ugyanakkor, a szakmai felkészültség alapján történő toborzás és előléptetési rendszer, valamint a rendszeres továbbképzés csökkentheti a köztisztviselői hozzászólást.

A szakmaiság, a szakmai integritás elve kétségtelenül alapozó tényezője a megbízhatóságnak és a kiszámíthatóságnak (professionalism, professional integrity). A szakmai integritás a pártatlanságon és a szaktudás függetlenségén alapul. A pártatlanság az elfogultság, az egyoldalúság, az előítéletek és a torzítás (bias) hiányát jelenti. Az elfogultság azt jelenti, hogy a köztisztviselő részrehajlóan értékeli az adott helyzetet valakinek a kedvéért, és ezzel jogtalan sérelmeket, károkat okoz a közérdek vagy az adott témában érdekelt egyének vagy csoportok számára.

A szakmai függetlenség elvesztése gyakran vezet az ügyek tárgyilagos mérlegelésének korlátozásához, amelynek hátterében a következő gyakori okok húzódnak meg:

- vesztegetés ( bribery),
- kényszer (duress),
- ellenőrizetlen politikai ambíció,
- szenvedélyes vágy a hivatali előmenetelre.

A vesztegetés törvénytelen hasznot eredményez a köztisztviselő számára. A kényszer által okozott félelem szintén a szakmai függetlenség elvesztéséhez vezet. A politikai ambíciók és a hivatali előmenetel korlátlan vágya olyan köztisztviselői magatartást eredményez,



amelyekkel a köztisztviselő feljebbvalójának kíván megfelelni – tetszeni, és ennek érdekében vakon engedelmeskedik. Ezek a jelenségek óhatatlanul kibontakoznak olyan közintézményekben, ahol a toborzás és a hivatali előmenetel a politikai patrónusok, vagy a haverok (cronyism) befolyása alapján működik. A szakmai integritáson és a hivatali érdemeken – teljesítményeken alapuló előmeneteli rendszer általában korlátozza a vesztegetéses típusú elhajlásokat.

Elmondható, hogy egy közszolgáltatási rendszer, amelyet a karrier pályák törvényes szabályainak megléte, a köztisztviselői jogok és kötelességek világos meghatározása, a teljesítményarányos, korrekt bérezési rendszer működtetése jellemez, kevésbé sebezhető:

- a korrupció,
- a kényszer (coercion),
- és a hízelgés (flattery) eszközeivel.

Megjegyzendő, hogy nagyon sok esetben nem egyszerű egyensúlyt találni a szakmai függetlenség értéke és a kormányzathoz történő lojalitás értéke között.

### **2.3. Nyitottság és átláthatóság**

A nyitottság elve mindenekelőtt azt jelenti, hogy a közintézmények a társadalmi csoportok, a civil társadalom szervezeteinek bevonásával működnek. Az átláthatóság elve pedig azt jelenti, hogy ezek az intézmények a külső vizsgálódó számára mindig „átláthatóak”. A nyitottság és az átláthatóság biztosítja, hogy bármely állampolgár, akit a közintézmény döntései vagy cselekedetei érintenek, megtudhatja az eljárások kiváltó okát, az ellenőrzésre hivatott intézmények a fenti döntéseket és cselekedeteket bármikor ellenőrizhetik.

A nyitottság és az átláthatóság elve szükséges és elengedhetetlen eszközök a jogállamiság, a törvény előtti egyenlőség és az elszámoltathatóság érvényesítésében. Persze a közintézményeknek csak általában - de nem mindig - kell nyitottnak és átláthatónak bizonyulniuk. Kivételes esetekben lehetnek az ügyek bizalmasak vagy titkosak, amelyet nemzetbiztonsági vagy más speciális szempontok tesznek indokolttá. Hasonlóképpen, személyes adatok sem továbbíthatók harmadik félnek.

Tulajdonképpen a nemzetbiztonság körébe csak néhány ügy tartozik. Habár egyes közintézmények hajlamosak arra, hogy gyakrabban nyilvánítsanak ügyeket bizalmasnak vagy titkosnak, mintsem ez szükséges lenne. Ezen a ponton szükséges megemlítenünk,

hogy - Svédország kivételével - a XVIII. század vége óta a közintézményi működés hagyományos követelménye a titkosság és a bizalmas zártság. A nyitottság csak a XX. század hatvanas éveiben kezdett kifejlődni a modern demokráciákban, a jóléti államokban. Manapság a nyitottságot és az átláthatóságot már a közintézményi működés lényegi követelményének tekintik. A XX. század hatvanas éveig terjedő időszakában a nyitottság és az átláthatóság mást jelentett. A nyugati demokráciák többségében a nyitottság azt jelentette, hogy a jogszabályok csak akkor léphetnek életbe, ha a jogszabály szövege hivatalos közlönyben és folyóiratban/újságban előzetesen megjelent, és ezzel ismertté vált azon állampolgárok körében, akikre vonatkozik.

Manapság a nyitottság és átláthatóság még két funkciót is betölt. Ezek az adminisztratív elvek védik a közérdeket, és csökkentik a hivatali hatalommal történő visszaélést és a korrupciót. Továbbá ezek az elvek az egyéni szabadságjogokat védelmezik azzal, hogy a döntéseket és az akciókat megindokolják, és ezzel lehetővé teszik az érintett állampolgár jogorvoslati (redress) igényét.

A nyitottság és az átláthatóság elvének érvényesítése számos gyakorlati következménnyel jár. A közigazgatási cselekedetet az adott cselekedetre illetékes, azaz feljogosított közintézménynek aláírással mindig vállalni kell. A döntésekről és cselekedetéről hivatalos, a közvélemény számára hozzáférhető nyilvántartást kell vezetni. Közölni kell a nyilvánossággal annak a szervezeti egységnek és személynek a nevét, amely jogosult adott közigazgatási cselekedetre. Különösen fontos, hogy a közintézmények nyilvánosan indokolják döntéseik okát a közvélemény előtt.

A közigazgatási döntést mindig olyan indoklásnak kell kísérnie, amely bepillantást enged a döntéshozó közintézmény gondolatmenetébe, követhető módon tartalmazza a döntéshozás logikáját, és meggyőzően bizonyítja, hogy a döntés tényeken alapul, és összhangban van a közintézmény alapvető céljaival. Ez az indoklás azért is fontos, mert konkrét kérelmek elutasításában is szerepet játszik. A kérelmek elutasítása ugyancsak a nyilvánosság előtt ismert okok alapján történhet meg.

#### **2.4. Elszámoltathatóság**

Az elszámoltathatóság elve - általában - azt jelenti, hogy a közintézménynek és a köztisztviselőnek részletesen ki kell fejtenie és indokolnia a közintézményi döntéseket és akciókat bárkinek, akinek jogában áll ezt igényelni. Ez azt jelenti, hogy minden

közintézménynek késznek és képesnek kell lennie arra, hogy válaszoljon a cselekedeteivel kapcsolatos bármilyen kérdésre, más közintézmények, törvényhozó szervek vagy a bíróság számára. Az elszámoltathatóság azt is jelenti, hogy az elv alól egyetlen közintézmény sem kaphat felmentést.

Az elszámoltathatóság lényegi eszköz a jogállamiság, a nyitottság, az átláthatóság, a pártatlanság és a törvény előtti egyenlőség érvényesülésének bizonyításában. Az elszámoltathatóság ugyanakkor lényegi eszköz olyan értékek érvényesülésének bizonyításában is, mint a hatékonyság, az eredményesség, a megbízhatóság és a kiszámíthatóság is. Ez azt jelenti, hogy az elszámoltathatóság elve központi funkciót tölt be. Érvényesülése egyben fokmérője is a többi közigazgatási alapelv érvényesülésének.

Az elszámoltathatóság elvének különleges sajátossága, hogy absztrakt – elvont elszámoltathatóság nem létezik. Az elszámoltathatóság mindig konkrét viszonyrendszerben jelentkezik, és ezért minden közigazgatási rendszerben formális eljárások egész sora létezik, amely az elszámoltathatóság elvét konkrét követelménybe ülteti át. A közintézmény alapvetően két dimenzióban számoltatható el. Az egyik az, hogy a közintézmény és a benne dolgozó köztisztviselők tiszteletben tartják-e azokat a törvényeket, amelyek tevékenységüket meghatározzák. A másik az, hogy tevékenységük során kizárólag azokat az eljárásokat követik-e, amelyeket számukra a törvények és jogszabályok előírnak.

Nyilvánvaló, hogy az elszámoltathatósághoz ellenőrző szerv igényeltetik. Olyan intézmények szükségesek, amelyek követik, és részleteiben is ellenőrzik a köztisztviselők cselekedeteit. Az ellenőrzés kettős célt szolgál:

- értékeli azt, hogy a közintézmények megfelelő időben hatékonyan és eredményesen teljesítették-e alapvető funkcióikat,
- értékeli azt, hogy a tevékenység tartalmi és eljárásjogi alapelveit betartották-e, vagyis a tevékenységet a hatályos törvények és jogszabályok megalapozták-e vagy sem.

Az ellenőrzés lényegi ismérve, hogy a közérdeket és az egyéni szabadságjogokat együttesen kell érvényesíteni a közöttük húzódó feszültségeket, ellentmondásokat fel kell tudni oldani. Az ellenőrző intézmények különböző formái a következők:

- bíróságok,
- ügyészségek,
- ombudsman,

- belső és külső könyvvizsgálat,
- felügyelőségek,
- minőségi szintet meghatározó hatóságok,
- parlamenti bizottságok,
- sajtó.

Nyilvánvaló, hogy az ellenőrzés sem öncélú. Alapcélja nemcsak a közérdek és az egyéni szabadságjogok egyeztetése, hanem a döntések minőségének javítása és ezen keresztül a közintézmény elfogadottságának, legitimitásának erősítése. Az elszámoltathatóság a gyakorlatban tehát sokkal több, mint számonkérés. Funkciója az, hogy segítse a közintézményt a döntések és a megvalósítás fogyatékoságainak menetközbeni kijavításában.

### **3. Modern gazdasági-társadalmi kihívások az egészségügyben**

Az Európai Unió közizgatási-közzolgáltatási követelményeken túlmenően az egészségügy intézményi világának szembe kell néznie olyan kihívásokkal is, amelyek a modernizáció különböző kulturális-civilizációs alakzatait egyaránt jellemzik.

A történelem általános szabálya, hogy a forradalmak nem a kórházakban, hanem az iskolákban kezdődnek. Ehhez azonban hozzá kell tenni, hogy a társadalmi instabilitás, a széles körű elégedetlenség és a gazdasági versenyképesség korlátai gyakran társadalmi erózióban vagy depresszióban fejeződnek ki, amely szintén veszélyes tünet. Ennek lényeges oka - többek között - az adott ország egészségügyi rendszereinek fogyatékos működése.

Ha az egészségügyet más gazdasági-társadalmpolitikai területtel - például az oktatással - összevetjük, akkor néhány sajátos összefüggés szembetűnő módon jelentkezik.

Először is kétségtelen tény ugyan, hogy minden korosztálynak szüksége van egészségügyi szolgáltatásokra, de az egészségügy megkülönböztető sajátossága például az oktatásüggyel szemben, hogy amíg a közoktatás a fiatal korosztályokra összpontosít, addig az egészségügyi szolgáltatásokat az idősebb korosztályok veszik igénybe nagy intenzitással.

Másodszor: az egészségügy és a közoktatás közös sajátossága, hogy a kínálat bővülése mindkét területen a szolgáltatásokra irányuló, néha járulékosan növekvő keresletet eredményez. Például, az oktatásügyben a középfokú oktatás színvonalának emelkedése

növeli az egyetemi-főiskolai képzésre irányuló igényeket. Egészségügyi példát is említhetünk. Egy-egy végzetes kimenetelű betegség gyógyíthatóságában mutatkozó áttörés azonnal, tömegméretekben növeli azoknak a társadalmi csoportoknak az igényeit, akik a gyógyíthatóságtól életük meghosszabbítását remélik.

Harmadszor: a társadalom tagjai - egy évszázaddal ezelőtt - a közpolitikai területen sokszor győtrő választásokra kényszerültek. Ebben az időszakban a szolgáltatások területén a piaci mechanizmusok domináltak, amelyek esélyegyenlőtlenséget eredményeztek. Ezeket az egyenlőtlenségeket csak némileg enyhítették a nonprofit jótékonyági intézmények. Így előfordulhatott, hogy a családnak választania kellett a nagypapa gyógykezeltetésének és a gyermek felsőfokú taníttatásának alternatívája között.

Az egyenlőtlenség mérséklésére irányuló társadalmi nyomás következtében az egészségügy és a közoktatás a leggyorsabban növekvő állami szolgáltatási terület volt az elmúlt évszázadban. Ennek több oka volt.

Egyik az egészségügyi és az oktatási szolgáltatások színvonala a modern demokrácia mint politikai rendszer legitimációjában meghatározó szerepű tényezővé emelkedett. Másik a közegészségügyi szolgáltatások közpolitikai fontossága még az oktatást is felülmúlta, mert az időskorúak száma viszonylagosan növekedett a népességben és ebből következően a szavazó polgárok között is. Ezért a közpolitikai döntéseknek az egészségügy területén különösen éles a „politika-érzékenysége”. A társadalom igényli a szolgáltatások rendszeres bővülését, színvonalának emelkedését, és mint szavazó polgár „megtorló módon” reagál mindenféle költségvetési visszavágásra, de akár stagnálásra is. Megjegyzendő, hogy a szolgáltatások színvonalára irányuló társadalmi nyomást az egészségügy területén különösen fokozza a nemzetközi összehasonlítás, más országok fejlettebb színvonalának demonstrációs hatása.

A modern demokráciák az egészségügyi szolgáltatások ingyenességére, széles körű hozzáférhetőségére irányuló társadalmi nyomásra növekvő állami szerepvállalással válaszoltak. A válasz első formája Otto von Bismarck kancellár 1883-ban kezdeményezett társadalombiztosítási törvényében lelhető fel. A növekvő állami szerepvállalás háttérében meghúzódó közös szemléleti sajátosság, hogy az egészségügyi szolgáltatásokra úgy tekintettek, amely meghosszabbítja az emberi élet munkában eltöltött produktív szakaszát és növeli a munkavégző képességet. Vagyis fokozza a társadalom gazdálkodási képességeit.

#### **4. Válasz a kihívásra: tipológiák és gyakorlati problémák**

A gazdasági és társadalmi kihívásokra a modern országok különböző történelmi modellek kifejlesztésével válaszoltak.

##### **4.1. Az egészség-gazdaságtan főbb problémakörei; az állami beavatkozás**

Az egészség-gazdaságtan főbb problémakörei az állami beavatkozás módjához és terjedelméhez kapcsolódnak.

Jelenleg az állami beavatkozás három különféle modelljét különböztethetjük meg a modern demokráciákban. A németek a XX. század második felére az eredetileg társadalombiztosítási megalapozottságú rendszerüket korporatív rendszerré fejlesztették. Ebben a rendszerben a szolgáltatók és a kliensek megszervezik magukat és egymást olyan törvények és szabályok alapján, amelyeket keretfeltételként az állam szab meg. A britek a múlt század 40-es éveiben olyan államosított rendszer bevezetése mellett döntöttek, amelyben a kormányzat közvetlen felelőséget vállal az egészségügyi szolgáltatásokért. Lényegében ugyanezen a nyomvonalon fejlesztették ki a svédek egészségügyi rendszerüket, csak decentralizáltabb formában. Az Egyesült Államokban a késedelmeskedés olyan szegmentált rendszert eredményezett, amelynél - a szegények, az időskorúak, a háborús veteránok részére – különböző alrendszerek léteznek egymás mellett. Ezeket egészítik ki a magánfinanszírozási szolgáltatások.

A tipológiai eltérések kifejeződnek az alkalmazott eszköztár jellegében. A brit egészségügyi szolgálat (NHS) monopolisztikus eszköztárat alkalmaz. Ezzel ellentétben viszont a svédek megyei-regionális szinten működtetik az egészségügyi intézményeket. Méghozzá úgy, hogy a megyei-regionális szinten összegyűjtött adókból finanszírozzák azokat. Németországban az eszköztár vegyes karakterű. A kórházakat ugyanis az egyes szövetségi államok („Bundeslandok”) finanszírozzák, ugyanakkor az egészségügyi szolgáltatási engedélyek kiadásában és a társadalombiztosítás rendszerében a központi szint a domináns hatalom. Az Egyesült Államokban a szövetségi törvényhozás működteti a nagy egészségügyi programokat, míg az egyes államok és a helyi kormányzatok korlátolt szerepkörrel rendelkeznek. Néhány programot szövetségi és állami szintről közösen

finanszíroznak, de az egyes államok önállóan döntenek a központi programhoz való csatlakozásról.

Általában kényszerítő erőt jelent a kormányzati választásokra, ha bizonyos egészségügyi szolgáltatásokat már szervezett módon teljesítenek magánintézmények vagy regionális közintézmények. Ezek olyan kihívást jelentenek, amelyhez az állami szerepvállalásnak színvonalban és terjedelemben igazodnia kell. Itt különböző megoldások lehetségesek.

Nagy-Britanniában például a központi kormányzat olyan egészségügyi szolgáltatási rendszert vezetett be, amely meghaladta a helyi szolgáltatások színvonalát és ez széles körű elfogadottságot biztosított a rendszernek. Ugyanakkor Svédországban a központi szolgáltatások hiányosságai erősítették fel a társadalomban a regionális szintű állami szerepvállalás iránti vonzódást.

Az eszköztár alkalmazásának másik kérdésköre, hogy az alkalmazás közvetlenül történik vagy delegálják azokat más szervezeteknek. Olyan témákról van szó, minthogy megengedjék-e a homeopátiás és a klasszikus tudományos gyógymódok közötti versenyt? Az is választási kérdés, hogy az elsődleges gyógyítás az általános képzettségű orvosok feladata legyen-e és a specialistákat kizárólag kórházakban és rendelőintézetekben engedjék dolgozni.

## **4.2. A modern egészségügyi rendszerek mindennapos működése**

Az egészség-gazdaságtan számos olyan gyakorlati problémára keresi-kutatja a választ, amelyet a modern egészségügyi rendszerek mindennapos működése vet fel. A kötetben megjelenő tanulmányok ezekkel a témakörökkel is foglalkoznak, amelyek közül néhányat már előljáróban kiemelünk.

### **4.2.1. Az elosztás és méltányosság**

Az egészségügyi javak és szolgáltatások elosztásában nagyobbak a kényszerek, mint az oktatás esetében. A betegség megállapítása - már önmagában is- az orvosok és a betegek szubjektív értelmezésétől függ és csak standardok és paraméterek sorozatának alkalmazásával dönthető el, hogy valaki beteg-e vagy sem. A kormányzat eldöntheti, hogy

milyen betegségek kutatásának biztosít elsőbbséget, de a felfedezések jótékony következményeinek elosztása mind földrajzi-regionális, mind szociális értelemben óriási problémákat jelent. Ilyen probléma például az orvosok számának területi megoszlása. Az Egyesült Államokban – ahol a magánvállalkozások határozzák meg a kórházi és általában az orvosi szolgáltatásokat – a mezőgazdasági területek és a szegényövezetek ellátási hiányosságai jelentős mértékűek. Különösen olyan – a szegény rétegeket megcélzó – programok, mint a Medicaid válhatnak ki visszaéléseket a középosztályba tartozók részéről, hiszen számukra nincs a Medicaidhoz hasonló állami egészségügyi szolgáltatási program. A központilag szervezett állami rendszerben is problémát jelenthet a szolgáltatások színvonalának egyenlőtlensége, mert az orvosok előnyben részesítik a városokban és az egyetemi központokban végzett munkát. Számos országban az orvosokat anyagi előnyök biztosításával kísérik meg rávenni arra, hogy a társadalmi szükségleteknek megfelelő irányban és arányban helyezkedjenek el.

#### **4.2.2. Az egészségügy megújításának központi kérdése**

Az egészségügy megújításának központi kérdése az egészségügyi szolgáltatások eredményessége és költség-hatékonysága. Ez a közszektorban és a magánszektorban egyaránt felvetődik. Kérdés az is, hogy a meglévő hiányosságok milyen stratégiával mérsékelhetők? A releváns válaszok megtalálását csak bonyolítja, hogy általános egyetnemértés mutatkozik a társadalomban abban, hogy mikor minősíthető az egészségügyi szolgáltatás „túl soknak” vagy „túl kevésnek” vagy éppen „jobbnak” vagy „rosszabbnak”? Az egészségügy irányítói az újítási törekvések során olyan komplex eszköztárat működtetnek, amely a kísérleti projektektől az átfogó átszervezésig terjed. Ennek során először feltárják, hogy az egészségügyi rendszerben hol található méltánytalanságok és hiányosságok. Ezután ajánlásokat, javaslatokat dolgoznak ki. Ezeket az ajánlásokat jobban lehet érvényesíteni az olyan homogénebb rendszerekben, mint amilyen a brit vagy a svéd. A szegmentált amerikai rendszerben az ajánlások megvalósítása speciális nehézségekbe ütközik.



### **4.2.3. Költség-kontroll**

Az utóbbi időkben elsődleges fontosságúvá vált az egészségügyi szolgáltatások költségének kontrollja. Sokan a verseny növelését tekintik alapvető eszköznek a költségek mérséklésében, mások viszont kételkednek abban, hogy a „piacgazdaság fegyelme” alkalmazható az egészségügyi szektorban. Utóbbiak az új technológiák árának csökkentésében keresik a megoldást. (Bővebben: lásd a 9. és a 11. fejezet.)

### **4.2.4. Felelőségek megosztása**

Az egészségügyi gondozás finanszírozásában és megvalósításában az egyes országok különböznek a felelőségek megosztásában. Európában néhány miniszter és köztisztviselő egyetértése alapján közpolitikai célok jelölhetők ki, amíg az Egyesült Államokban a felelőségek fragmentálódása miatt a döntéshozóknak gondosan felépített stratégiát kell követniük a célok megvalósítási feltételeinek kialakításában. Egy kongresszusi meghatalmazás csak akkor érvényesíthető, ha a központi adminisztráció együttműködését megnyerik, ha biztosítani tudják a helyi tisztségviselők együttműködését, ha a magánérdek alapján támogatják a meghatalmazást, és így tovább.

Mindkét rendszerben dolgoznak egészségügyi tervezőknek nevezett specialisták, de a képességük egy egészségügyi program megvalósítására nagymértékben különbözik.

Nagy-Britanniában, ha a különböző megoldási változatokat kristálytiszán, logikailag konzisztens módon és a feltételekre illeszkedően kidolgozzák, akkor az egészségügyi szektorban a döntés elég gyorsan keresztülvihető. Ha az egészségügyi miniszter és a csúcs köztisztviselők egyetértenek, és az Államkincstár is egyetért a szükséges pénzügyi alapok rendelkezésre bocsátásában, az új szabályozások életbe léptethetők, és bízni lehet abban, hogy az egészségügyi és a helyi önkormányzatok megvalósítják azokat.

A brit és az amerikai rendszerek összehasonlítása megmutatja azt a különbséget, amely az egészségügyi rendszer működtetési prioritásának meghatározása területén mutatkozik. A központosított brit rendszerben a költségvetést, a személyi erőforrásokat és az alapvető politikát központi szinten, a közszektoron belül határozzák meg. Az amerikai rendszer viszont decentralizált nemcsak azért, mert a hatalom országos szinten megosztott.

Megosztott annyiban is, hogy a fenti döntések meghozatalában erősebb befolyást gyakorolnak a magánérdekek, a helyi, valamint szövetségi állami szintű köztisztviselők is. A két rendszer összehasonlításakor megmutatkozik az a különbség, amelyet a központosított rendszer gyakorol:

- az egészségügyi rendszerek költségeire és
- a szolgáltatáshoz történő hozzáférés egyenlőségére.

A központosított rendszerek nyilvánvaló előnye, hogy bennük racionalizálni lehet a szolgáltatások nyújtását, ami a különböző régiók és szociális csoportok szerint a szolgáltatások nagyobb fokú standardizálását jelenti. Annak lehetősége, hogy az egészségügyi szolgáltatás alacsony szintű a szegényeknél jóval nagyobb a részben magánrendszerekben, mint a központosított állami rendszerekben.

A brit – amerikai példákön a központosítás szintén összekapcsolódik a magas szintű közösségi finanszírozással. Ez úgy tűnik, hogy más esetekben is érvényes. Például akkor, ha a központosított holland rendszert a decentralizált svájci rendszerrel hasonlítjuk össze.

A két fent említett tendencia kombinált hatásként eredményezi a sokkal kisebb különbséget a szolgáltatásokhoz történő hozzáférhetőségben, például egy ország különböző régiói között a központosított rendszerekben. A decentralizált rendszerek viszont előnyben vannak a speciális egészségügyi szolgáltatások nagyobb változatosságának biztosításában. Miután nem kell az erőforrásokat az egyenlőség követelményei szerint elosztaniuk, ezért több specialista, mint generalista képzésére képesek, és inkább képesek egyes kórházak speciális kezelést nyújtó gyógyászati eszközökkel történő felszerelésére. A decentralizált rendszerekben a döntéshozók könnyebben vállalják azt a kockázatot, amely a gyógykezelési innovációk alkalmazásával együtt jár. Könnyebben alkalmaznak drága, új technológiákat, mert a standardizált és az innovatív technológiák között könnyebben csoportosítanak át, mint a költségvetési finanszírozású központosított rendszerekben.

Svédországban az egészségügyi tervezők hatékonyabban befolyásolják a döntéseket azért, mert az egészségügyi szolgáltatásokat regionalizálják. A megyék tényleges monopóliummal rendelkeznek, beleértve a törvényi szabályozás jogát ideg- és elmeegógyintézetek és orvosi körzetek között, amely Németországban a központi szint joga. A következő lépés az volt, hogy mérsékeltek a versenyt a 25 megye között, ami országos szinten egységesített fizetési rendszert jelentett és a kórházi orvosokat „csak fizetési” térítéses rendszerbe helyezik el. Ezzel olyan rendszert fejlesztettek ki, amelyben a 25 önálló közpolitikájú megye együttműködött abban, hogy országos szinten

meghatározott standardok szerint alakítsák a kórházak személyi állományát és továbbképzési rendszerét. Ezeket a standardokat olyan „regionális egészségügyi programokká” fejlesztették, amelyekben a különböző típusú kórházakat kötelezettségekkel bízták meg és ehhez kvótákat kapcsoltak, amelyek az orvosokra és más egészségügyi dolgozókra vonatkoztak. Ennek alapján a svéd egészségügyi tervezők képesek voltak meghatározni a képzési arányokat a jelentkező szükségletek szerint.

#### **4.2.5. Méltányosság**

Az egészségügyi szolgáltatásokhoz történő hozzájutás egyenlőtlenségeit vizsgálva egy országok közötti kulturális felmérés kimutatta, hogy az egészségügyi szolgáltatások használatában az Egyesült Államok és Svédország lényegesen különbözik abban, hogy az egyes jövedelmi osztályokba tartozó emberek az egészségügyi szolgáltatásokat hogyan és hányszor veszik igénybe. 1963-ban az orvosokhoz fordulók aránya Svédországban azonos volt a különböző jövedelmi helyzetű csoportokban. Az Egyesült Államokban azonban nagy volt a különbség: míg az alacsony jövedelmű csoportok 53%-a volt orvosnál, addig ugyanannyi idő alatt a magas jövedelműek 72%-a látogatta meg az orvost. Ehhez még hozzátehetjük, hogy azok az USA állampolgárok, akik egészségbiztosítással rendelkeztek, sokkal gyakrabban vették igénybe az orvosi szolgáltatásokat, mint azok, akik társadalombiztosítással nem rendelkeztek. Ennek döntő okát a kutatások abban jelölték meg, hogy Svédországban az egészségügyi szolgáltatások kevésbé voltak költségesek, mint az USA-ban. A WHO európai tagországai az 1980-as években olyan komplex stratégiát dolgoztak ki, amely az egészségi állapotban fennálló különbségeket kívánta mérsékelni a különböző szociális csoportok között. A cél az volt, hogy 1985 és 2000 között 25%-al csökkentsék a különböző szociális csoportok között fennálló egészségi állapotbeli különbségeket. A kötet különböző fejezetei ilyen és ehhez hasonló történeti tipológiák és problémakörök elemző értékelését tartalmazzák. Fejezetünk ezeket az egészség-gazdaságtani problémaköröket helyezte el a közszolgálati modernizáció és az Európai Unió követelmények, a modern gazdasági-társadalmi kihívások átfogó feltételrendszerében.

## **5. Irodalom**

Atenstetter C.: *Innovation in Health Policy and Service Delivery: A Cross National Perspective*. Oelgeschlager, Cambridge, 1978.

Commission of the European Communities, *Agenda 2000, For a Stronger and Wider Union*, COM/97/2000, 1, 57-69.

Goetz K. H.: *European Integration and National Executives: A Cause in Search of an Effect?*, in Klaus H. Goetz-Simon Hix (eds) *Europeanised Politics? European Integration and National Political Systems*, Frank Cass, London-Portland, 2001.

Hollingsworth J. R.: *A Political Economy of Medicine: Great Britain and the United States*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1986.

Roemer M. I.: *Comparative National Policies on Health Care*, New York, Denner, 1977.

SIGMA, *European Principles for Public Administration*, SIGMA papers No 27., SIGMA: Paris, 1999.