

HELLER FARKAS FÜZETEK

A JÓLÉTI ÁLLAM ÉS A  
TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁS

A Gazdaságtörténeti Műhely 2004. június 11-én  
*„A jóléti rendszerek átalakítása és a társadalombiztosítás”*  
témában rendezett konferenciájának anyaga

II. évfolyam, 2004/2.

**A füzet a Pázmány Péter Katolikus Egyetem Jog- és Államtudományi Karán,  
a Heller Farkas Közgazdasági Intézetben készült**

**A tanulmánykötet az OTKA (T 38432) támogatásával jött létre**

**A megjelenést támogatta:**

Metaökonómia Alapítvány

**Főszerkesztő:**

Prof. Dr. Botos Katalin

**Szerkesztő:**

Ivicz Mihály – Schlett András

**Szerzők:**

Dr. Botos József közgazdász, egyetemi docens,  
PPKE JÁK Heller Farkas Közgazdasági Intézet,  
Forgács Anna közgazdász, a PPKE BTK doktorandusza,  
Ivicz Mihály történész, a PPKE BTK doktorandusza,  
Katona Klára közgazdász, egyetemi adjunktus,  
PPKE JÁK Heller Farkas Közgazdasági Intézet  
Dr. Kőrösi István közgazdász, egyetemi docens,  
PPKE JÁK Heller Farkas Közgazdasági Intézet,  
Prónai Borbála közgazdász, a PPKE BTK doktorandusza,  
Schlett András szociológus, a PPKE BTK doktorandusza,  
Vallyon Andrea közgazdász, a PPKE BTK doktorandusza

**Lektorálta:**

**Dr. Kovács Árpád**, habilitált egyetemi tanár,  
az Állami Számvevőszék elnöke

ISSN 1785-2455

Tarsoly Kiadó, Budapest, 2004

Kiadói munkatárs:

Kollega Tarsoly Dániel

Nyomtatás és kötés:

Felelős vezető:

## Előszó

A közpénzek felhasználásának prioritásai napjainkra nagymértékben átértékelődtek, és a gazdaságélénkítés vált a legfontosabb szemponttá. A globális világban a szabályozás fellazulása a befektetési lehetőségek kiszélesedésével jár. Ugyanakkor a nemzetközi megállapodások, a kereskedelem liberalizálása erősen csökkentik az állami szervek gazdasági hatókörét és beavatkozási lehetőségeit. Az élesedő nemzetközi verseny folytán komoly nyomás mutatkozik a vállalatok részéről az adók és a járulékok csökkentésére, és az államok versenyezni kényszerülnek egymással a multinacionális cégek befektetéseikért. Így a kormányok egyre növekvő mértékben szorúlnak rá a munkából származó jövedelmek és a fogyasztás megadóztatására, ami viszont a választópolgárok egyre szélesebb ellenállásába ütközik.

Eddig a társadalombiztosítási reformról szóló vita szinte kizárólag a pénzügyi kérdésekre összpontosított. A finanszírozás kérdése gyakorlatilag szinte minden más kritériumot lešöpört az asztalról. Az egyik legnagyobb kihívás a jövőre nézve az olyan viták megteremtése, amelyek azokkal a feltételekkel foglalkoznak, amelyek a társadalmi igazságosság biztosításához szükségesek változó világunkban. Ilyen feltételek az alábbiak:

- Rugalmasság az oktatás, a munkavállalás, az időszakos vagy részleges nyugdíjbevonulás, az egész életen átívelő tanulás stb. választhatósága terén;

- A társadalombiztosítási politika és modellek nyújtotta ellátás koherenciája, átláthatósága és megérthetősége;

- A társadalombiztosítási ellátások következetessége a munkalehetőségek és a munkamobilitási célok terén;

- A társadalombiztosítási ellátások következetessége a munkára való ösztönzés és az emberi erőforrások legteljesebb felhasználása terén – különös tekintettel a mozgáskorlátozottakra és az idősekre.

Ez csak néhány kritérium a sikeres társadalombiztosítási reform irányelveinek lefektetéséhez. Cél a gazdasági prosperitás elérése és a társadalombiztosítás révén a társadalmi kohézió és igazságosság megőrzése közötti újfajta egyensúly megtalálása. Az államnak nem visszavonulnia kellene, hanem megújulnia a beavatkozások módját és mértékét tekintve, hogy a juttatások és jogosultságok tekintetében adekvátabb legyen az új helyzethez. Ez pedig nélkülözhetetlenné teszi, egy az egyes szociálpolitikai ágakon túlnyúló, az egész társadalompolitikát (foglalkoztatás-, szociál-, oktatás-, egészségpolitika stb.) átölelő újfajta gondolkodásmód megteremtését.

A tanulmánykötetben a Heller Farkas Közgazdasági Intézet szociálpolitikai kutatásait foglaltuk össze. Ennek keretében megvizsgáltuk, hogy milyen lépéseket tettek az egyes országokban a *társadalombiztosítási nyugdíjrendszerek finanszírozhatósága, illetve versenyképességük megőrzése* érdekében. Ezzel párhuzamosan külön figyelmet szenteltünk a *munkaerőpolitika, a munkanélküliség elleni küzdelem* alakulásának is. A nyugdíjak finanszírozásának problémájára ugyanis nem egyedül a nyugdíjrendszerek reformja jelenti a megoldást. Ez csak akkor lehet sikeres, ha megfelelő gazdaság- és foglalkoztatás-politikával kapcsolódik össze. A kutatás részeként fontos hangsúlyt kapott az *egészségügyi rendszerek hatékonyságának vizsgálata*. Ennek természetesen előfeltétele volt az *egyes rendszerek jellemzőinek, hatásainak vizsgálata* a lakosság egészségi állapotára.

A tanulmányok széles körű nemzetközi irodalmon és saját elemzéseken alapulnak, nem hagyva figyelmen kívül, hogy az okok és okozatok megkülönböztetése, szétválasztása számos társadalmi és gazdasági jelenségnél nehéz, sőt sok esetben megoldhatatlan feladat.

Dr. Botos Katalin  
a Heller Farkas Közgazdasági Intézet vezetője

# *Schlett András: A társadalombiztosítási nyugdíj- rendszerek reformja Nyugat-Európában és Magyarországon*

Számos országban viták keresztüztüében áll a szociális védelem rendszere, elsősorban a jelenlegi és jövőbeni költségek tekintetében. Egyetértés csupán abban mutatkozik, hogy a társadalombiztosítás fejlődési folyamata kritikus szakaszához érkezett, és hogy objektív és széles körű megvitatás tárgyává kell tenni a társadalombiztosítás újratervezésének kérdését. Jelen tanulmány célja, hogy a szociális ellátó rendszerek finanszírozási szempontból legnagyobb szegmensét, a nyugdíjrendszereket vegye górcső alá, sorra véve az eddigi változtatásokat, illetve a lehetséges megoldásokat. Mindenekelőtt azonban fontos, hogy áttekintsük azokat a körülményeket, amelyek a fejlett országok szinte mindegyikében kikényszerítik a társadalombiztosítási rendszerek felülvizsgálatát és módosítását.

Az első és talán legfontosabb ok a népesség előregedése. Ennek oka a csökkenő születési arányszámokban és a megnövekedett életkilátásokban keresendő. Az iparosodott országokban ma átlagosan 1,5 gyerek jut egy asszonyra, ami nem biztosítja a társadalom strukturális újratermelését, így hosszú távon rendkívül nehéz probléma elé állítja a társadalombiztosítási elosztó rendszereket. A várható életkilátások megnövekedése a másik fontos összetevője az egyensúly felbomlásának. Jól jelzi ezt, hogy míg a nyugat-európai országokban a férfiak várható élettartama 1960-ban 67 év volt, ugyanez 1997-ben 75 év. A nőknél a két mutató 73, illetve 81 év.<sup>1</sup> 1960-ban az idősek aránya az aktív korúakhoz képest 22%-ot tett ki, ami azt jelenti, hogy minden nyugdíjasra több mint négy kereső jutott. Ma három aktív jut egy nyugdíjas korúra, és 2010 után a trend rohamos növekedése prognosztizálható. Ennek következtében 2030-ra a nyugdíjas korú lakosság aránya 50%-ra növekedhet. Ez azt jelenti, hogy minden nyugdíjas korúra csak két aktív korú jut. A két tényező negatív hatása várhatóan különösen felerősödik 2020 után, amikor az ún. baby boom nemzedék eléri a nyugdíjkorhatárt. Az említett változások már ma átfogó pénzügyi és gazdasági konzekvenciák levonására készítik az egyes országok kormányait.

A másik fontos ok a nemzetgazdaságok globalizálódása. A tőke hihetetlen sebességgel áramlik, kihasználva a valutaárfolyamok fluktuációját, és mindig máshol keres kedvezőbb befektetési lehetőségeket. Ennek következtében még a legfejlettebb ipari országok sem képesek megvédeni saját gazdasági érdekeiket, és arra kényszerülnek, hogy nemzetközi pénzintézetek segítségét kérjék. Így egyre erősebb kérések merülnek fel azzal kapcsolatban, hogy a kormányzatok alkalmasak-e a lakosság részére a társadalombiztosítási védetség lehetőségeiről és mértékéről dönteni egy olyan világban, ahol a kormányok maguk is egyre kevésbé képesek irányítani gazdasági és pénzügyeiket. Jóllehet a kormányzatok még meg tudják adóztatni az elvégzett munkát, de sokkal nehezebb dolguk van a nemzetközi befektetések és tranzakciók adójának beszedésekor. Arról nem is beszélve, hogy a magas járulékok drágítják az élők munkát, és ezért rontják a versenyképességet. Az az elképzelés, hogy a szociális védetség harmonikusan együtt tud működni a gazdasági növekedéssel, sőt még elő is tudja segíteni azt, megkérdőjeleződött. A jövőre vonatkozó kormányzati tervezőképességbe fektetett bizalomvesztéssel párhuzamosan a '90-es évektől felerősödtek azok a hangok, amelyek szerint a kormányok nem képesek a lakosság közötti társadalmi igazságosság – szolidaritás fenntartása mellett a gazdasági virágzás biztosításához szükséges döntéseket hozni. Az állami szektor „legitimációs válságával” párhuzamosan a reformokkal kapcsolatos vitákban egyre jobban megnövekedett a piacorientált megközelítések dominanciája. Megszaporodtak azok a vádak, amelyek szerint a társadalombiztosítás hagyományos rendszere a megtakarítások ellen szól vagy, hogy hozzájárulnak a relatíve nagy munkanélküliséghez.<sup>2</sup>

Végül meg kell említeni azt a kihívást, amit a szociális rendszerek konvergenciájának jövőbeni biztosítása jelent az Európai Unióban. A szociális biztonsági rendszerek különbségei jelentősen befolyásolják az európai integrációs folyamatot. A gazdasági és szociális integráció követelményei

egymás rovására nem érvényesíthetők. Azok a tagállamok, amelyekben magas szintű a szociális biztonság, gazdasági versenyhátrányba kerülnek azokkal szemben, amelyekben a szociális ellátásokra kevesebbet fordítanak. A szociális biztonság területén a Közösség szervezeti fejlődésével párhuzamosan a szociális biztonságra vonatkozó közösségi jogszabályok száma növekedett, jöllehet a mai napig sem cél a tagállamok szociális rendszereinek egységesítését megvalósító európai szociális biztonsági rendszer létrehozása. A '90-es évek elejétől egyre inkább előtérbe került a szociális biztonsági rendszerek konvergenciájának gondolata. A közösségi jogszabályok már nem kizárólag a versenysemlegesség elérését, a gazdasági integrációt szolgálják, hanem egyre hangsúlyosabban a közösségi polgárok szociális biztonságát igyekeznek javítani.<sup>3</sup>

Az európai országok nyugdíjrendszerei nagyon színes, változatos képet mutatnak. Az EU-terminológiában az egyes pillérek alatt a magyarhoz képest mást kell érteni. Az első pillér itt is társadalombiztosítási vagy adóból finanszírozott alapnyugdíjat jelöl, amely általában szolgáltatással meghatározott felosztó-kirovó rendszer, de lehet tőkefedezeti is. A második pillér a foglalkozáshoz kötött kiegészítő nyugdíjat foglalja magában. Ezt a munkáltató fizeti felosztó-kirovó vagy tőkefedezeti típusú nyugdíjalapba. A harmadik pillér hagyományosan nem munkáltatóhoz kötött, hanem egyéni előtakarékosági formát jelöl, leggyakrabban biztosítótársaságokon vagy nyugdíjalapokon keresztül.

Mind a 15 EU-tagállamban van első pillér. Az erős szakszervezetekkel rendelkező vagy hagyományosan szociáldemokrata típusú országokban a nagyobb érdekvédelemmel rendelkező ágazatokban kötelező a munkáltatónak kiegészítő nyugdíjbiztosítást nyújtani. Harmadik pillér minden EU-tagállamban van, a második pillérhez hasonlóan többféle formában létezik, ezek közül leggyakoribbak az ágazati vagy vállalati nyugdíjalapok és a biztosítótársaságok vagy más pénzügyi intézetek nyújtotta biztosítási szerződések.

Az egyes országok nyugdíjrendszereit különböző változók alapján lehet tipologizálni. Jöllehet ez megkönnyíti a nyugdíjrendszerek összehasonlítását, mégis fel kell hívni a figyelmet arra, hogy a valóság sokszor jóval bonyolultabb, és a sematizálás gyakran zsákutcát is jelenthet. Ilyen megközelítések például: a kezelés (állam, munkáltató, privát); a finanszírozás (felosztó-kirovó, tőkefedezeti, vegyes); a részvétel (kötelező, önkéntes); a meghatározottság (járulékalapú, vegyes); vagy, hogy milyen kockázattal jár (politikai, gazdasági, szociális, befektetési stb.).<sup>4</sup>

A legtöbb fejlett országban a társadalombiztosítási nyugdíjrendszer messze a legjelentősebb forrása az időskori juttatásoknak. Ez rendszerint egy jól meghatározott juttatási rendszer, ami olyan kifizetéseket biztosít, amelyek korábbi jövedelmeken vagy egységes minimális juttatásokon alapulnak. A legtöbb esetben a rendszer a járulékfizetéseken alapszik, de néhány országnak olyan átfogó alapnyugdíjrendszere van, melyet az adórendszerből finanszíroznak, általában egy jövedelmekhez kapcsolódó rendszer kiegészítéseként. Mindenütt van szociális rászorultságon alapuló minimális szolgáltatás, annak érdekében, hogy azok juttatásait kiegészítsék, akiknek a nyugdíja nem éri el a hivatalosan megállapított minimumot.

A társadalombiztosítási nyugdíjrendszer nagylelkűsége alapvetően eltér az egyes országokban. A juttatások egyrészt változnak a keresetekhez viszonyított százalékos arányukban, másrészt maguk a keresetek is különböző mértékűek (a nemzeti összjövedelem százalékában). Ezek a különbségek nagyban függenek a magánnyugdíjpénztári rendszer országonként változó jelentőségétől is. Néhány országban, ahol régóta van foglalkozáshoz kötött nyugdíjpénztári rendszer, jelentős nyomást gyakorolnak a társadalombiztosítási rendszer szerepének csökkentésére, ami tovább erősíti a foglalkozáshoz kötött rendszereket. Más országokban a nagylelkű társadalombiztosítási nyugdíjrendszerek akadályozták vagy szükségtelenül lassították a foglalkozáshoz kötött magánnyugdíjpénztári rendszerek létrejöttét.<sup>5</sup>

Az Európai Unió tagállamaiban nincs egységes szabályozás a nyugdíjkorhatárra: több tagországban 65 év a nyugdíjkorhatár, ám Franciaországban a férfiak és a nők is 60 éves korukban mehetnek nyugdíjba. A legtöbb államban akadnak karkedvezményes nyugdíjazási lehetőségek, amelyekkel a dolgozók akár már 56 éves korukban nyugdíjba mehetnek.

## Nyugdíjhelyzet az Európai Unióban

	Nyugdíjkorhatár (év)		Előnyugdíj-jogosultság (év)	Járulék (%)			Kifizetett nyugdíjak (a GDP %-ában*)
	férfiak	nők		munkáltató	dolgozó	összes	
Belgium	65	62	60	8,86	7,5	18,56**	10 (11,4)
Dánia	65	65	nincs	0	2	2	10,5 (13,8)
Németország	65	65	60	9,75	9,75	19,5	10,8 (12,1)
Olaszország	65	60	57	23,8	8,9	32,7	13,8 (14,8)
Görögország	65	65	60	6,67	13,33	20	12,6 (15,4)
Spanyolország	65	65	61/60***	6,4	30,8	37,2	9,4 (9,9)
Franciaország	60	60	nincs	9,8	6,55	16,35	12,1 (15)
Írország	65	65	nincs	n. a.	n. a.	12,5	4,6 (6,7)
Luxemburg	65	65	60/57***	8	8	24****	7,4 (8,2)
Hollandia	65	65	nincs	0	17,9	17,9	7,9 (11,1)
Ausztria	65	60	61/57***	12,55	10,25	22,8	14,5 (16)
Portugália	65	65	55	23,25	11	34,25	9,8 (13,1)
Finnország	65	65	60	21,7	0	21,7	11,3 (12,9)
Svédország	65	65	61	0	18,5	18,5	9 (10,7)
Nagy-Britannia	65	60	nincs	11,9	10	21,9	5,5 (4,9)

\* 2000. évi adat, zárójelben a 2020-ra várható érték

\*\* 2,2%-ot az állam ad hozzá

\*\*\* Férfiak/nők

\*\*\*\* 8%-ot az állam tesz hozzá

*Forrás: az Európai Bizottság belső piaci főigazgatósága*

A felosztó-kirovó rendszerekben a pénzügyi helyzetet nagyrészt a következő négy változó határozza meg: 1.) járulék szint; 2.) helyettesítési ráta (a nyugdíjaknak az országos nettó átlagkeresethez viszonyított értéke); 3.) függőségi ráta (a nyugdíjrendszerbe befizetők száma az állami nyugellátásban részesülők számához viszonyítva) – ezt nagyban meghatározza a tényleges nyugdíjba vonulási kor és a munkaerőpiac helyzete; 4.) költségvetési elosztás.

Bár a járulék aránya különböző az egyes országokban, abban nagyrészt megegyeznek, hogy a járulék egy részét – általában legalább az összeg felét – a munkaadók fizetik be. A felosztó-kirovó típusú nyugdíjrendszerek az egyéni jogosultságot a múltbeli munka alapján állapítják meg, az átlagos, a végső vagy közel végső jövedelem alapján. A nyugdíjasoknak fizetendő juttatások kiszámításánál alkalmazott szabályok legtöbbször az inflációs rátát vagy a bérek növekedési rátáját vagy mindkettőt figyelembe veszik.

A finanszírozási problémák megoldása legegyszerűbben a járulékok és a juttatások szerkezetének kiigazításával történhet. A juttatások csökkentésének módjai: 1.) nyugdíjkorhatár felemelése; 2.) helyettesítési ráta csökkentése; 3.) nyugdíjmodellek megváltoztatása.

1.) A költségvetés szempontjából nézve a magasabb nyugdíjkorhatár jótékony hatású, mivel növeli azon évek számát, amíg a dolgozó fizeti a hozzájárulását a nyugdíjrendszerbe, miközben csökkenti azon évek számát amíg a nyugellátásból részesül.

2.) Azon évek száma, amit egy személy esetében ténylegesen ledolgozott éveknek tekintünk, valamint az éves becsült befizetéshez kapcsolódó nyugdíjjogosultság növekmény-

faktora (index), azok a kulcselemek, amelyek megszabják a felosztó-kirovó nyugellátások bőkezűségének mértékét. A helyettesítési rátát könnyen módosítani lehet a növekmény faktorok (indexelés) megváltoztatásával vagy a nyugdíjjogosultság kiszámításánál figyelembe vett évek számának megnövelésével.

3.) A költségek csökkentése elérhető az alkalmazott modellek megváltoztatásával, illetve módosításával is. Ha például a nyugdíjkifizetések alapjául a korábbi díjfizetések szolgálnak s nem a bérek, akkor jelentős költségvetési megtakarítás érhető el.<sup>6</sup>

A legtöbb országban a nyugdíj teszi ki a társadalombiztosítás legnagyobb hányadát, többnyire felülmúlva az egészségügyi ellátás költségeit. Mindazonáltal a nyugdíjra költött összeg a GDP hányadában országonként különböző. A legkevesebbet – a GDP 5,1%-át – Írországban költik a nyugdíj-finanszírozásra, míg a legtöbbet Ausztria és Olaszország fordítja idősei ellátására (a nemzeti össztermék 14,9, illetve 15%-át). A többi állam is 10% feletti mértékben finanszírozza a nyugdíjakat. Az előzetes becslések szerint ezek a számok akár 3–8%-ponttal is emelkedhetnek, ha az államok nem változtatnak nyugdíjrendszerükön. Mindenestre nem véletlen, hogy épp Olaszország és Ausztria szánta rá magát az elsők között a társadalombiztosítási nyugdíjrendszer átfogó reformjára Nyugat-Európában. Az olasz nyugdíjreformot különösen modellértékűnek tartják az Európai Unióban. A fő pontjai a következők:

- rugalmas nyugdíjba menetel 57 éves kortól 65 éves korig,
- a nyugdíj összegének kiszámításánál az életkereset, a még várható élettartam és a gazdaság hosszú távú növekedésének figyelembevétele.

A nyugdíjköltségek relatív emelkedését a demográfiai, gazdasági trendeken túl befolyásolják még a munkaerőpiac változásai, úgymint: a foglalkoztatási és munkanélküli trendek, a munkaképes lakosság munkaerőként való részvételének aránya, a munkaerőpiac informalizáltsága. Sok országban a most aktív korú népességnek sem tudnak állást biztosítani, így ha nem terjed el a csökkentett munkaidejű foglalkoztatás, a nyugdíjkorhatár emelésével csak a munkanélküliként töltött időt hosszabbítják meg. Azon országokban, ahol magas a munkanélküliség, gyakran használt eszköz a korai nyugdíjazás, hogy a piacon csökkentsék a munkaerőt. A magas munkanélküliség középtávú politikai hatásaitól tartó kormányzatok gyakran előszere-ttel mennek bele korai nyugdíjazási intézkedésekbe – különösen ahol eszköznek tekintik a fiatalok munkához juttatását. Ezt a munkáltatók is örömmel veszik, mert elégedetlenség nélkül küldhetnek el munkaerőt, mégpedig úgy, hogy nem ők állják a számlát. Továbbá sok fizikai munkát végző szívesen megy korábban nyugdíjba, amikor még jó az egészsége. A korai nyugdíjazásnak több fajtája van: rugalmasabb előírások a nyugdíjrendszerben (gyakran a normál nyugdíjkorhatár lejjebb vitelével); kevésbé szigorú elbírálása a rokkantsági nyugdíj-kérelmeknek; speciális korai nyugdíjazási intézkedések bevezetése, a munkáltatók és a kormány közös finanszírozásában. Az elmúlt években ezeket a lehetőségeket a kormányok már nem erőltették annyira, a hosszú távú financiaális következmények felismerésének következtében. Számos országban fokozatokat építenek a rendszerbe, s első körben a korai nyugdíjazást szigorítják, illetve növelik a nyugdíjjogosultság megszerzéséhez szükséges szolgálati időt. Ezeket az intézkedéseket a lakosság általában elítéli, hiszen az egyes államok munkaerőpiacai még a jelenlegi aktívoknak sem képesek állást biztosítani. Sokan már jóval a nyugdíjkorhatár elérése előtt kiesnek a munkából, s a korhatár felemelése a munkanélküliként töltött időt hosszabbítja meg. Magyarországon sincs ez másképp. Hazánkban a lakosság 24%-a idős, nyugdíjas, s ahogy más országokban, ez a szám nálunk is emelkedik. Az átfogó nyugdíjreform részeként egységesen 62 évre emelkedett a nyugdíjkorhatár. Ez a férfiak esetében 2001-től vált realitássá, ám a nőkre a fokozatosság miatt ez csak 2009-től vonatkozik majd. A magyar nyugdíjrendszer is lehetőséget ad a kordedvezményes nyugdíjra, így például az 1942–1943-ban születettek már 55 éves korukban elmehettek nyugdíjba. A tapasztalatok szerint az idősödők többsége – ha teheti – kihasználja a lehetőségeket, s nem dolgozik a kötelező korhatárig. Az előnyugdíjazás különböző formái az elmúlt években menekülési esélyt kínáltak a munkanélküliség elől. Az előnyugdíjrendszer megszüntetésével azonban ezek a lehetőségek szűkültek. Így nagyon sok 50 évesnél idősebb ember él közöttünk, aki dolgozna, de nincs rá lehetősége.

Megállapíthatjuk tehát, hogy nem elég a korhatárt felemelni, ezzel párhuzamosan komoly erőfeszítéseket kell tenni azért, hogy az idősebbek valóban aktív munkavállalók maradhassanak. Ezt a csökkentett munkaidejű alkalmazás további terjesztésével vagy speciális képzési programokkal kell megoldani. Ez utóbbira Svájcban és Hollandiában már sikeres példák vannak. A kötelező nyugdíjkorhatár felett is meg kell adni a döntési lehetőséget a munkavállalónak, hiszen a folyamatos – csökkentett idejű – munka jövedelmet, majd később magasabb nyugdíjat, míg a nyugdíjazás jelenlegi előnyöket, és a későbbiekben kisebb jövedelmet jelent.<sup>7</sup>

## Németország

Németországban elvileg mindenki számára 65 év a nyugdíjkorhatár, de kivételek itt is akadnak. Nyugdíjat az kaphat, aki legalább öt éven keresztül fizette a biztosítást. Ha valaki 35 éven át fizetett, akkor 63 évesen is visszavonulhat, mégpedig teljes, azaz az utolsó fizetés mintegy 70%-át kitevő nyugdíjjal. Hatvanévesen mehetnek (teljes értékű) nyugdíjba a súlyosan rokkant, s így keresőképtelenné váló munkavállalók, a munkanélküliek (ha az utolsó tíz évben legalább 96 hónapot fizettek), továbbá azok a nők, akik 40 éves korukon túl legalább 121 hónapon át lerótták járulékkukat. Járulékfizetői időszaknak számítanak azon életszakaszok is, amelyeket valaki katonaként, háborúban, hadifogságban töltött, amely idő alatt beteg vagy terhes volt, illetve egyetemi, főiskolai tanulmányait végezte. De beszámítják a gyerekneveléssel vagy valamely rokon házi ápolásával eltöltött időszakot is.

Különösen nagyvonalúan gondoskodik a német állam a köztisztviselőkről. Ezek nyugdíja – ha legalább 40 szolgálati év van a hátuk mögött – utolsó fizetésük 75%-ára rüg. A német munkavállalónak jövedelme valamivel kevesebb mint 20%-át kell befizetnie a nyugdíjkasszába. A már elfogadott irányelvek szerint 2030-ig a járulék 22%-ra emelkedik, a majdan fizetendő nyugdíj viszont az utolsó fizetés 70%-áról 64–67%-ra csökken. Aki ezzel nem elégszik meg, annak (államilag is támogatott) magánpénztárakhoz kell fordulnia.

A német felosztó-kirovó rendszert különösen megerhelte a foglalkoztatottság szűkülése, ezért az utóbbi években megugrottak a nyugdíjrendszerbe fizetendő hozzájárulások. Napjainkban ezek képezik a munkaerő kiegészítő költségeinek legnagyobb hányadát: a bruttó fizetés 19,5%-át kell ezen a címen befizetni. Azt, hogy ez a kulcs 20% fölé emelkedjen, csak úgy sikerült megakadályozni, hogy egyrészt az energia adójának emeléséből származó extra-bevételeket átcsatornázták a nyugdíjrendszerbe, másrészt a rendszer biztonsági tartalékát két hónapról fél hónapokra vitték le.

Az utóbbi változás már a rendszer likviditását veszélyezteti az alacsony bevétellel jellemezhető hónapokban, és ez is mutatja, hogy a foglalkoztatottság csökkenése, valamint a demográfiai helyzet romlása miatt a reformok elodázhatatlanná váltak.

## Ausztria

Ausztriában a nyugdíjkorhatár férfiaknál 65, nőknél 60 év, ám a munkából való visszavonulás valóságos életkora egészen a legutóbbi időkgig 57 év körül volt. Ennek részben az volt az oka, hogy egyes kategóriák (nehéz fizikai munkát végzők, vasutasok, közalkalmazottak) hamarabb nyugdíjba mehetnek, másrészt pedig az, hogy a többi munkavállaló jelentős része él az előnydíj lehetőségével. Ez ugyanis mindkét félnek előnyös, csupán az államháztartás, illetve az adófizetők számára jelent egyre kevésbé elviselhető terhet. E terhet növeli az is, hogy októberben 13. havi, májusban pedig 14. havi nyugdíjat is fizetnek. Az állam minden munkavállaló után beszedi a nyugdíjjárulékot, amely a bér 22,8%-a, s amelyből a munkaadó 12,55, a munkavállaló 10,25%-ot fizet. Van özvegyi nyugdíj is, ez az elhunyt házastársának járó összeg 40–60%-a. 2000 májusában kormányrendelettel oly módon módosították a rendszert, hogy a korai nyugdíjba vonulás legkorábbi időpontját férfiaknál 61 és fél, nőknél 56 és fél évben szabták meg.



2003-ban a néppárti-szabadságpárti (ÖVP–FPÖ) kormány eltökélte, hogy véghezviszi, amit az előző 13 évben az előző kormányok, a munkáltatói és munkavállalói szakszervezetek folyamatosan elodáztak: a lakosság öregedése folytán egyre jobban sürgető nyugdíjreformot. A sokféle változás közül a leglényegesebbek: hosszabb időalap szerint számítódik a nyugdíj, lassabban érhető el a nyugdíjmaximum és büntetés jár a kordedvezményes nyugdíjazásért. Eddig az utolsó 15 év jövedelme szolgált a számítás alapjául, 2028-ig fokozatosan 40 évre terjesztik ki ezt az időt. De, hogy ne sújtja túlságosan nagy nyugdíjcsökkenés az embereket, az említett időpontig a kormány 10%-ban maximálta a veszteség mértékét. Mintegy 11%-ot lehet veszíteni azon a rendelkezésen, amely szerint – maradéktalanul 2006-tól – nem 40, hanem 45 ledolgozott év után érhető el a legnagyobb, az átlagoltan kiszámított jövedelem 80%-át kitevő nyugdíj. 2017-ig fokozatosan megszűnik a kordedvezményes nyugdíjba vonulás eddig tömegesen igénybe vett lehetősége: aki a nőknél 60, a férfiaknál 65 éves koránál hamarabb kíván nyugdíjba vonulni, az évenként 4,2%-os büntetőlevonással számolhat, maximális vesztesége pedig a járandóság 15%-át is elérheti. Ezzel párhuzamosan megkezdik a különböző szakmák, foglalkozási ágak eltérő nyugdíjrendszereinek egységesítése, az ún. nyugdíjszámla bevezetését.

### **Franciaország**

Az új nyugdíjtörvényt 2003 nyarán fogadta el a parlament két háza. Ez megőrzi a felosztó-kirovó rendszert, de felemeli a járulékfizetés idejét, bevezeti a nyugdíjak inflációs indexálását és a részleges magánélettakarékoság elvét. A tiltakozó tömegtüntetésekkel kísért hosszú parlamenti vita során a legkeményebb diónak az állami és magánszféra járulékfizetési idejének (a nyugdíjkorhatárnak) egységesítése bizonyult: 2008-ig a közalkalmazottak jelenleg 37,5 évi járulékfizetési kötelezettsége eléri a magánalkalmazottak 40 évét, ez 2012-ig egységesen 41, 2016-ig 42 évre emelkedik. Az OECD a helyes irányba tett lépésként értékelte a reformot, amely azonban – figyelmeztetett – csak a felét nyeli le a különben 50 milliárd euróra várt deficitnek, és érintetlenül hagyja az államvasutak és közszolgáltatások külön rendszereit.

Franciaországban jelentős mozgalom alakult ki a reformok ellen, aminek legfőbb oka, hogy a többi uniós tagállamhoz képest itt jóval nagyobb a közalkalmazottak aránya. 2006-ig újabb reformok sorát kívánják bevezetni. Átalakításra vár a tb rendszere, az állami közgazgatás, az állami tulajdonú áram- és gázszolgáltatók státusa.

### **Magyarország**

Magyarországon az 1998-ban életbe lépett nyugdíjreform adóssága, hogy nem, illetve igen kis mértékben terjedt ki az állami nyugdíjrendszerre. Ilyen szerény változtatásokat jelentettek azok a lépések, amelyek a biztosítási elv némi erősítésére, a nyugdíj alapját képező periódus hosszának növelésére és a járulékfizetés nélküli időszak beszámításának csökkentésére terjedt ki.

A jogosultak körének, az ellátások mértékének kialakítására állami döntések alapján kerül sor, s ennek finanszírozását részben kénytelen az állami költségvetés állni, ugyanis a járulékbételek erre nem elegendőek. Ez a mechanizmus gyakorlatilag kizárja az egész társadalomra kiterjedő nyugdíjalapok önálló gazdálkodását, tervezését, működését. A korhatár emelésének a gazdaság oldaláról csak akkor van hatása, ha az átlagos munkában töltött idő is emelkedik. A nyugdíjkorhatár további emelésének gátat szab egy nemzetközileg elfogadott szabály is, amely szerint a várható életkornak legalább öt évvel a nyugdíjkorhatár fölött kell lennie. Hazánkban a férfiak nagy része nem éri meg a 65 éves kort.

Addig, amíg nem bővül a foglalkoztatási arány – ma 3 millió ember tart el 10 milliót –, addig a nyugdíjasok életkörülményei sem változhatnak. Annak ellenére, hogy a nyugdíjrendszer működtetésének célja és feladata, hogy – a munkaképes, aktív életszakasz jövedelmére alapozva – megélhetési biztonságot teremtsen idős korra, továbbra is bizonytalanságban élnek a nyugdíjasok az évtizedek óta jellemző váratlan, véletlenszerű módosítások miatt.

A tervek szerint 2009 után megszűnik a résznyugdíj rendszere. Ebben az ellátási formában ma azok részesülnek, akik 20 évnyi szolgálati idővel nem rendelkeznek, de legalább 10 évet eltöltöttek a munka világában. Az elképzelések szerint 2012 után nem nettó, hanem bruttó nyugdíjösszeget kapnak majd az idősek, ezzel adókötelessé téve azt. Ez azt jelenti, hogy míg jelenleg a megszerzett bruttó jövedelmet a nyugdíjintézet különböző levonásokkal nettósítja, ez az eljárás 2012 után megszűnik.

Az 1998-an hivatalba lépett kormány 2001-ben a társadalombiztosítási pillér átfogó reformjáról döntött. Ennek kimunkálásánál több szempontot tartott szem előtt. Ilyenek a befizetett járulékok és a kifizetett juttatások közötti kapcsolat erősítése, a majdani járandóság követhetővé, s így kalkulálhatóvá tétele, igazságos és rugalmas nyugdíjszerkezet létrehozása, s végül mintegy ezek eredményeként, a hosszú távú pénzügyi stabilitás megteremtése a demográfiai és gazdasági változások ellenére.

A célok elérésére a német és a svéd modell elemeinek átvétele kínálkozott megoldásul, amelyek közül – akárcsak korábban Lengyelországban<sup>8</sup> – a svéd minta lett a „befutó” a Németországban használt pontrendszerrel szemben.

Svédországban az állami nyugdíjrendszerben a járulékokat a felosztó-kirovó elv alapján a folyó ellátások finanszírozására fordítják, de a befizetett összeget egyéni számlákon írják jóvá a befizető számára. A nyugdíjjogosultságot reprezentáló számlaérték az év során a számlán elméletileg felhalmozódott járulékokból, illetve a korábbi évek indexált számlaértékéből tevődik össze. A nyugdíjjáradék meghatározása az egyéni számlán „felhalmozott” tőkeegyenleg, illetve az átlagos várható élettartam alapján, azok hányadosaként történik. A rendszerben az öregedő társadalom demográfiai instabilitása a várható élettartam változó tényezőként való figyelembevétele révén ellensúlyozható. A 61. életév betöltését követően lehetőség nyílik az érintettek számára, hogy a teljes összegű ellátás helyett, annak 25, 50 vagy 75%-át igényeljék, amellet jövedelemszerző tevékenységet folytassanak, s így további járulékfizetéssel növeljék későbbi nyugdíjjogosultságukat.<sup>9</sup>

A Kormány a bevezetendő reform által elérendő célok közül a befizetett járulékok és a kifizetett juttatások közötti szoros kapcsolat megteremtését tartotta leginkább szem előtt. Ezek hiánya ugyanis értelemszerűen maga után vonhatja a terhek alóli kibújást, a minimális jövedelembevállást és a feketegazdaság megerősödését. Ezért Magyarországon az egyéni számlarendszer bevezetése, mint az átláthatóság, illetve a járulék és a járadék közötti közvetlen kapcsolat megteremtésének hatékony eszköze került előtérbe.

A másik fontos cél a nyugdíjazási életkor minél szélesebb körben történő szabad választása. Eszerint szabad döntés eredménye, hogy valaki vállalja-e a korábbi nyugdíjba vonulás mellett az alacsonyabb ellátást vagy tovább dolgozik egy magasabb nyugdíjért. Például a 62 éves korban történő nyugdíjazáshoz képest az ellátás 61 éves korban 6,2%-kal, 45 éves korban 65,7%-kal lesz alacsonyabb. Az egyéni számlarendszerben a nyugdíjkorhatár mint viszonyítási pont megmarad, a fogalom azonban más értelmet kap. A tervek szerint a nyugdíjjárulékot kizárólag öregségi nyugdíjakra fordították volna, amely nem számítana bele az adóalapba, a nyugdíj mellett megszerzett jövedelmek pedig nem összevontan adóznának.<sup>10</sup>

Az államháztartás szempontjából nézve a rugalmas nyugdíjazás, illetve a továbbdolgozás támogatása jelentősen csökkentheti a nyugdíjkiadásokat, mivel egyesek továbbdolgoznak és fizetik a társadalombiztosítási járulékot, és mivel később mennek nyugdíjba, járadékot is kevesebb ideig kapnak. Akik a másik utat választják, és korábban mennek nyugdíjba, azoknak pedig jelentősen csökken a járandóságuk.

A nyugdíjrendszer működése szempontjából a munkaerő-piaci változások is kulcsfontosságúak a népesség előregedéséhez kapcsolódó pénzügyi és gazdasági problémákra gyakorolt súlyuk miatt. Nem kétséges ugyanis, hogy nem az előregedési arányszám, hanem a függőségi ráta, tehát a járadékosoknak a járulékot fizetőkhez való aránya határozza meg a tb-rendszerre nehezedő terhek növekedésének a mértékét. Az összlakossághoz viszonyított foglalkoztatott munkaerő számának növelése – ami a munkaerőpiac működésének

és a dolgozók alkalmazásában mutatkozó érdektelenség korrigálásával érhető el – fontos előfeltétele a rendszer problémamentes működésének. A svédek versenyképességük megőrzését magas jóléti kiadási szint mellett úgy tudták elérni, hogy a juttatások szerkezetét úgy változtatták meg, hogy az adekvátabb legyen az új helyzethez, tehát a transzferek nagy hányadát irányították a fiatalkorúak képzésére, támogatták a kétkeresős családmoddellt elsősorban a nők munkába állásának elősegítésével (túlnyomórészt az állami szolgáltatási szektorban), növelték a nyugdíjkorhatárt stb. Nyugat-Európa más országaiban is sorra számolják fel azokat az elemeket, amelyek az érintett népességet elriasztják a munkavégzéstől, illetve érdektelenné teszik abban (hozzájutási feltételek szigorítása, a juttatások csökkentése és a segélyeknek bizonyos kritériumokhoz kötése). Mindezeket túl az erőforrások egyre nagyobb részét forgatják vissza a munkavállalói szférába, a hosszantartó munkanélküliség csökkentése, valamint a munkaerőpiac elvárásainak megfelelő humán erőforrás struktúra kialakítása céljából. A nem demográfiai tényezők (foglalkoztatottság, munkanélküliség nagysága, munkaerőpiac informáltsága stb.) fontosságát kellőképpen illusztrálhatjuk, ha összevetjük Olaszország és Svédország esetét. Jóllehet mindkét országban nagy az öregek aránya, Svédországban 2,5 aktív járulékfizető jut egy nyugdíjasra, míg Olaszországban mindössze egy.<sup>11</sup>

A jövedelemelosztás passzív módszereiről az aktív modellek felé való elmozdulás ugyanakkor rendkívüli kihívást jelent a társadalombiztosítási adminisztrációnak, amely leginkább az új adminisztratív eljárások kifejlesztésében és alkalmazásában nyilvánul meg.

A reform sikerességének záloga, hogy a vázolt alapelveket mennyire sikerül átültetni a gyakorlatba, és azok mennyire tudnak egyszerre megfelelni a méltányosság és szolidaritás társadalompolitikai, illetve a hosszú távú pénzügyi fenntarthatóság, tehát a hatékonyság gazdaságpolitikai követelményeinek.

**Öregségi függőségi ráta (%)**  
(64 év felettek aránya a 15 és 64 év közöttiekhez)

<i>Ország</i>	<i>1980</i>	<i>2000</i>	<i>2010</i>	<i>2030</i>
<b>Ausztria</b>	24,0	21,5	24,0	40,3
<b>Belgium</b>	21,9	25,2	26,0	42,6
<b>Csehország</b>	21,1	19,5	21,9	37,7
<b>Dánia</b>	22,3	22,7	25,8	38,4
<b>Finnország</b>	17,7	22,2	25,4	43,5
<b>Franciaország</b>	21,9	24,4	25,3	38,7
<b>Németország</b>	23,7	24,0	29,6	43,3
<b>Görögország</b>	20,5	26,7	30,3	42,3
<b>Magyarország</b>	20,8	21,5	23,0	31,8
<b>Írország</b>	18,3	16,8	18,2	28,3
<b>Olaszország</b>	20,4	26,9	31,4	49,1
<b>Luxemburg</b>	20,0	21,2	23,4	37,1
<b>Hollandia</b>	17,4	20,2	23,0	43,0
<b>Lengyelország</b>	15,4	17,5	17,7	31,8
<b>Portugália</b>	16,4	23,2	25,2	35,9
<b>Spanyolország</b>	17,0	24,9	27,0	42,3
<b>Svédország</b>	25,4	27,1	29,7	43,4
<b>Egyesült Királyság</b>	23,5	24,6	25,9	38,3

*Forrás: United Nations Population Division: World Population Prospects: The 1998 Revision. In: World Labour Report 2000.*

**A 60, 65 és 80 év feletti lakosság aránya a népességen belül  
(a lakosság %-ában)**

Ország	1980			2000			2010			2030		
	60<	65<	80<	60<	65<	80<	60<	65<	80<	60<	65<	80<
<b>Ausztria</b>	19,1	15,4	2,7	20,1	14,7	3,3	22,2	16,5	4,2	32,9	24,7	6,2
<b>Belgium</b>	18,3	14,3	2,6	21,7	16,7	3,6	24,0	17,5	4,9	32,4	25,3	6,6
<b>Csehország</b>	16,8	13,4	1,9	18,1	13,6	2,2	22,9	15,6	3,6	30,9	24,2	6,8
<b>Dánia</b>	19,5	14,4	2,9	20,2	15,2	4,1	24,0	17,0	4,3	30,2	23,1	6,6
<b>Finnország</b>	16,4	12,0	1,8	19,9	14,9	3,4	24,6	17,0	4,5	31,6	25,3	7,7
<b>Franciaország</b>	17,2	14,0	3,1	20,5	15,9	3,8	22,9	16,6	5,1	29,5	23,2	6,7
<b>Németország</b>	19,3	15,6	2,8	23,2	16,4	3,6	25,3	19,8	4,8	34,4	26,1	6,8
<b>Görögország</b>	17,5	13,1	2,3	23,9	17,9	3,5	26,3	20,1	5,4	34,2	26,2	7,5
<b>Magyarország</b>	17,2	13,4	2,1	19,8	14,7	2,5	22,1	16,0	3,7	27,5	20,9	5,1
<b>Írország</b>	14,8	10,7	1,8	15,3	11,3	2,6	17,4	12,2	3,0	23,3	17,9	4,6
<b>Olaszország</b>	17,0	13,1	2,2	24,2	18,2	4,0	27,4	10,8	5,8	37,7	29,1	8,5
<b>Luxemburg</b>	17,6	13,5	2,1	19,5	14,4	2,7	21,5	15,7	3,7	29,7	22,8	5,6
<b>Hollandia</b>	15,7	11,5	2,3	18,4	13,8	3,3	22,6	15,8	4,1	33,4	25,6	6,9
<b>Lengyelország</b>	13,2	10,1	1,5	16,4	12,0	1,9	18,3	12,6	3,0	26,0	20,5	4,5
<b>Portugália</b>	14,6	10,5	1,4	20,9	15,7	3,1	22,9	17,1	4,3	30,3	22,9	5,9
<b>Spanyolország</b>	14,9	10,7	1,7	21,8	17,0	3,8	24,2	18,4	5,4	34,9	26,4	7,3
<b>Svédország</b>	21,9	16,3	3,2	22,5	17,4	5,0	26,6	19,5	5,6	32,3	25,5	8,4
<b>Egyesült Királyság</b>	20,1	15,1	2,8	21,0	16,0	4,2	23,5	17,1	4,8	30,0	23,1	6,5

*Forrás: United Nations Population Division: World Population Prospects: The 1998 Revision.*

*In: World Labour Report 2000.*

### Jegyzetek

<sup>1</sup> Population ageing and fiscal policy in the euro area. In: European Central Bank, Monthly Bulletin, July 2000. 59. old.

<sup>2</sup> Dalmer D. Hoskins: The redesign of social security. In: ISSA. 26th. General Assembly, Marrakech, 25–31 October 1998. 1–2. old.

<sup>3</sup> Gyulavári Tamás (szerk.): Az Európai Unió szociális dimenziója. Bp., 2000. 89., 111. old.

<sup>4</sup> Augusztinovics Mária: Nyugdíjrendszerek és reformok az átmeneti gazdaságokban. In: Közgazdasági Szemle, 1999/7. sz. 59–60. old.

<sup>5</sup> Income security and social protection in a changing world. World Labour Report. Geneva, 2000. 124–125. old.

## Szociális kiadások

Ország	Szociális kiadások összesen (a GDP %-ában)		Nyugdíj-kiadások (a GDP %-ában)		Egészségügyi kiadások (a GDP %-ában)		Szociális kiadások (az összes kiadás %-ában)	
	1990	1996	1990	1996	1990	1996	1990	1996
Ausztria	24,2	26,2	13,9	14,9	5,3	5,8	49,1	49,4
Belgium	25,6	27,1	11,2	12,0	6,7	6,9	47,4	50,1
Csehország	16,0	18,8	7,3	8,1	4,6	6,8	...	38,6
Dánia	28,7	33,0	8,2	9,6	5,3	5,2	47,9	52,5
Finnország	25,2	32,3	10,6	13,2	6,5	5,4	53,8	53,8
Franciaország	26,7	30,1	12,2	13,3	6,6	8,0	53,4	55,3
Németország	25,5	29,7	10,3	12,4	6,7	8,3	54,3	52,1
Görögország	19,8	22,7	12,7	11,7	3,5	4,5	57,8	67,4
Magyarorsz.	18,4	22,3	10,5	9,3	5,9	5,4	35,4	35,8
Írország	19,2	17,8	5,9	5,1	5,9	5,1	47,0	50,2
Olaszország	23,1	23,7	13,5	15,0	6,3	5,4	42,9	45,5
Luxemburg	23,4	24,2	11,9	12,6	6,1	6,5	48,4	51,4
Hollandia	29,7	26,7	13,6	11,4	6,1	6,8	51,6	51,4
Lengyelorsz.	18,7	25,1	8,5	14,3	5,0	5,2	...	52,1
Portugália	14,6	19,0	7,4	9,9	4,3	5,0	34,9	...
Spanyolorsz.	19,6	22,0	9,4	10,9	5,4	5,8	45,8	56,7
Svédország	32,2	34,7	10,3	13,8	7,9	6,1	53,0	50,0
Egyesült Királyság	19,6	22,8	8,9	10,2	5,2	5,7	46,4	54,9

Forrás: ILO: World Labour Report 2000.

<sup>6</sup> ECB, Monthly Bulletin. im. 62., 67–68. old.

<sup>7</sup> World Labour Report. im. 126–127. old.

<sup>8</sup> Katharina Müller: Az „új nyugdíj-ortodoxia” és ami mögötte van – a nyugdíjrendszer átalakítása Közép- és Kelet-Európában. In: Külgazdaság 1999/7–8. 107. old.

<sup>9</sup> Dr. Pákozdi Ildikó: A svéd nyugdíjreformról. In: Szám-adó 2001/2. 15. old.

<sup>10</sup> Ivicz Mihály–Schlett András: A társadalombiztosítási nyugdíjrendszer újratervezése. In: Pénzügyi Szemle, 2001/8. sz. 717. old.

<sup>11</sup> World Labour Report. im. 130. old.

*Ivicz Mihály:*  
*Gondolatok a tőkefedezeti nyugdíjrendszer portfólió-  
szabályozásáról*

A legtöbb országban a foglalkozáshoz kötött magánnyugdíjpénztári rendszerek kevés szerepet játszanak a nyugdíjasok jövedelmének biztosításában. Csak körülbelül egy tucat magas jövedelmű államban jelentős a szerepük, különösen Hollandiában és Nagy-Britanniában. Néhány helyen, mint pl. Svájcban, ezeket a rendszereket választhatóvá tették minden munkavállaló számára a társadalombiztosítás kiegészítéseként. Másutt, mint pl. Franciaországban, nem csak választhatóak, de nagy mértékben koordináltak is, mind pénzügyi, mind pedig abból a szempontból, hogy biztosítható legyen a folyamatosság, ha a munkavállaló állást változtat.

Az állam szerepe a magánnyugdíjpénztárak kapcsán országonként változó. A kormányok általában feladatuknak tartják a nyugdíjrendszer szabályozását. Ez jelentheti általános elvek megfogalmazását, mint például a munkáltatók és munkavállalók közös vezetése, a legtöbb részlet kidolgozását azonban a felekre hagyva, mint pl. Franciaországban. Jelentheti azonban komplex szabályozások megfogalmazását és betartatását is, mint pl. Nagy-Britanniában.

Az államok szabályozással kívánják biztosítani, hogy a magánnyugdíjpénztári rendszerek biztonságos eszközei legyenek a nyugdíjasok megtakarításainak. Ezen túlmenően az is elősegíti a magánmegtakarítások értékállóságát, hogy a nyugdíjalapoknak különböző biztosításokat és államkötvényeket kínálnak, amelyekbe az alapok befektethetik vagyონukat.

Az állam még egy lépéssel tovább mehet, és kötelezővé teheti a vállalatoknak, hogy biztosítsanak magánnyugdíjpénztári rendszert alkalmazottaiknak vagy maguknak a munkavállalóknak, hogy csatlakozzanak az általuk választott magánnyugdíjpénztári rendszerhez. A magánnyugdíjpénztár a vállalkozók számára is szabályozott és támogatott, de számukra nem kötelező. A magán- és társadalombiztosítási nyugdíjrendszer nagymértékben a politikai filozófia és az emberek kormányba vetett bizalma, valamint a társadalmi rendszer lehetőségei által befolyásolt. Az elmúlt időkben a kormányok nagyon sok országban ösztönözték, hogy a magánszektor nagyobb jelentőségre tegyen szert, mivel kétségüket fejezték ki a meglévő állami szektor fenntarthatóságával kapcsolatban.<sup>1</sup>

A nyugdíjpénztári befektetéseket illetően az 1990-es évek folyamán a globalizálódó világgazdasággal illetve Európában az Unió létrejöttével párhuzamosan a mennyiségi portfóliószabályozás helyett fokozatosan a minőségi felügyeleti megközelítésre tevődött át a hangsúly.<sup>2</sup> Ez, szemben az állam által meghatározott mennyiségi korlátokkal, a „körültekintő befektetői magatartásra” építő befektetési szabályokon alapul.

**1. táblázat. Nyugdíjalapok portfólió-összetétele (OECD tagországok, Mrd USD %-ában)**

Év	USA*				Hollandia*				Nagy-Britannia*			
	S	K	R	E	S	K	R	E	S	K	R	E
1990	2118,0	36,2	49,5	14,3	222,5	68,9	17,9	13,2	582,3	13,0	70,0	17,0
1992	2908,0	33,85	52,1	14,1	232,0	66,4	19,0	14,6	610,3	12,0	77,0	11,0
1994	2401,0	34,7	53,5	11,8	286,8	58,0	30,0	12,0	706,0	11,0	80,0	9,0
1996	4303,0	32,4	57,6	10,0	345,7	50,1	38,0	11,9	861,9	13,1	79,3	7,6

Év	Olaszország**				Németország**				Svédország**			
	S	K	R	E	S	K	R	E	S	K	R	E
1990	–	–	–	–	54,9	45,0	–	55,0	71,2	93,1	5,7	1,2
1992	13,9	63,3	6,8	29,8	100,4	82,0	3,0	15,0	73,2	92,4	4,7	2,9
1994	22,7	62,4	8,9	28,7	110,8	75,0	11,0	14,0	51,0	47,0	32,0	21,0
1996	36,3	63,7	6,7	29,7	136,3	77,8	5,7	16,5	82,0	58,5	35,4	6,2

Forrás: Pragma Consulting, OECD Institutional Investors Statistical Yearbook, 1997.

Jelmagyarázat:

S = összes vagyon (Mrd USD-ban)

\* = nincs mennyiségi portfóliószabályozás

\*\* = van mennyiségi portfóliószabályozás

K = kötvény (S%-ában)

R = részvény (S%-ában)

E = egyéb (S%-ában)

Tehát a portfólió kialakítása kizárólag a vagyonkezelő, illetve a nyugdíjalap felelőssége. Elhangzó érv még, hogy a nyugdíjpénztárak befektetései hosszú távra szólnak, s mivel a részvények hozamai hosszú távon nagyobbak az államkötvényekénél, nem indokolt a részvénybe való befektetés korlátozása mennyiségi portfóliószabályozással. Azokban az országokban, ahol nincsenek mennyiségi befektetési korlátok, a nyugdíjalapok magasabb hozamokat értek el (így Nagy-Britanniában 1984 és 1996 között évente átlagosan 10%, Írországban 11%), mint azokban az országokban, ahol vannak (Németországban 7%, Dániában 6%).<sup>3</sup> A részvények nagyobb kockázatát ellensúlyozza a portfólió diverzifikálása, illetve a követelések-kötelezettségek lejárat szerkezetének egyeztetése miatti kockázatcsökkenés. Mindezek mellé természetesen szigorú ellenőrzési tevékenységre van szükség. Ez a külső és belső kontroll aktuárius, vagyonkezelő és letétkezelő alkalmazása, valamint a könyvvizsgáló és felügyeleti hatóság révén valósulhat meg.

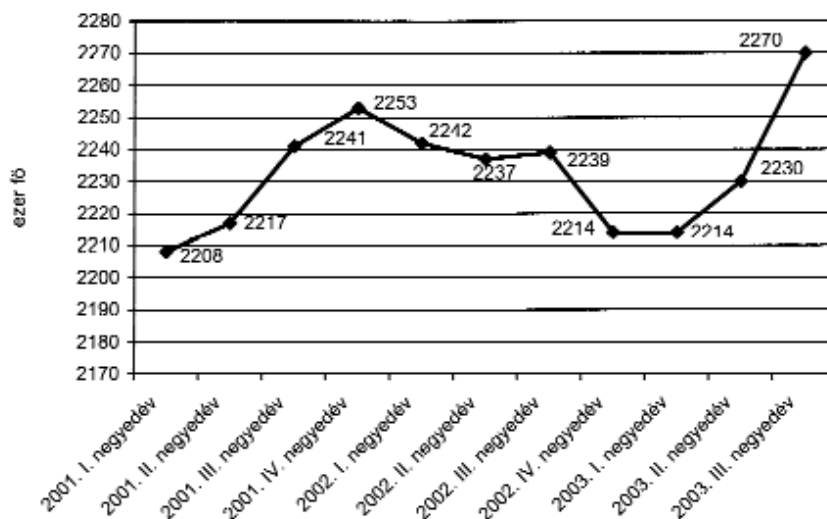
Magyarországon a magán- és önkéntes nyugdíjpénztárak együttes vagyona 2003 harmadik negyedévének a végén meghaladta a 935 milliárd forintot (2. táblázat). A nyugdíjpénztárak közül a banki vagy biztosítói háttérrel rendelkező pénztárak a kiemelkedő jelentőségűek. Figyelembe véve, hogy a pénztári vagyon növekedése előtt még legalább 10 éves felhalmozási időszak áll, valamint a magánnyugdíjpénztári taglétszám alakulását (1. ábra) és annak korcsoportos megoszlását,<sup>4</sup> a pénztárak hosszú távon a piac domináns szereplői lehetnek.

**2. táblázat. A magán- és önkéntes nyugdíjpénztárak vagyonának alakulása Magyarországon**

Pénztári vagyon nagysága (Mrd Ft)	1999 III. n.év	2003 III. n.év	2003/1999
Magánnyugdíjpénztárak	70	527	7,53
Önkéntes nyugdíjpénztárak	135	408	3,02
<b>Összesen</b>	<b>205</b>	<b>935</b>	<b>4,56</b>

Forrás: Jelentés a felügyeleti szektorok 2000. évi és 2003. évi fejlődéséről. [www.pszaf.hu](http://www.pszaf.hu)

## 1. ábra. A magánnyugdíjpénztári taglétszám alakulásáról



Forrás: Beszámoló a felügyelt szektorok 2003. I–III. negyedévi működéséről pp. 102. / [www.pszaf.hu](http://www.pszaf.hu)

A nyugdíjpénztárak nemzetközi tapasztalatok alapján vagyonuknak átlagosan kétharmad részét fektetik állampapírokba. Ennek a magas állampapírhányadnak alapvetően a nyugdíjpénztárak által követett óvatos befektetési politika, illetve a magánpénztárak esetében a jogszabályi környezet az oka (3. táblázat). A fennmaradó rész befektetése a részvénypiacon tovább fokozhatja a gazdaság élénkülését. A magyar tőzsde volatilitása miatt kockázatos részvények csak erősen rostálva szerepelnek a befektetések között. (Leginkább a likvid, nagyvállalati részvények iránt van kereslet.)

Mind az állampapírok, mind a vállalati részvények kapcsán prognosztizálható, hogy kínálatuk bővülési üteme elmarad a forrásfelhalmozásétól. Az intézményi befektetők oldalán jelentkező forráslekötési kényszer tehát szükségszerűen a befektetési portfóliók bővítését, új szegmensek felé történő elmozdulását fogja eredményezni. Ezt a tendenciát erősítheti még, hogy a nyugdíjpénztárak között kialakult, és a továbbiakban várhatóan csak élesedő „hozamráta-verseny” arra készteti a szervezeteket, hogy ésszerűen konzervatív befektetési politikájukon belül aktívabban kezeljék a vagyont, amely tulajdonképpen a megtakarítások hatékonyabb kezelését és a piaci likviditás emelését eredményezi. A diverzifikáció eszközei lehetnek a külföldi állam- és vállalati értékpapírok, hiszen léteznek olyan kockázatok, amelyeket hazai papírokkal nem lehet fedezni. A hazai vállalati kötvények, zártkörű részvények szintén hozzájárulhatnak jól diverzifikált portfóliók létrehozásához. Sőt ezen túlmenően elősegítik a magánszféra mélyebb finanszírozását, illetve a megtakarítások transzformációjának többszereplőssé tételével stabilizáló hatást is kifejtenek. Végül pedig az ingatlanok és tőkepiaci innovációk említhetők lehetséges erősödő portfólióelemként.



### 3. táblázat. A magán- és önkéntes nyugdíjpénztárak befektetéseinek összetétele Magyarországon

Portfólió összetétel (%)	Magánnyugdíjpénztárak (%)	Önkéntes nyugdíjpénztárak (%)
Bankszámla, kp	1,0	2,0
Bankbetét	1,0	1,0
<b>Magyar állampapír</b>	<b>71,0</b>	<b>69,0</b>
Részvény	9,0	8,0
Kötvény	3,0	6,0
Befektetési jegy	7,0	4,0
Egyéb	8,0	10,0
Összesen	100,0	100,0

*Forrás: Beszámoló a felügyelt szektorok 2003. I–III. negyedévi működéséről pp. 106., 111. www.pszaf.hu*

Az egyes országok tőkefedezeti nyugdíjalapjainak érettségét az általuk birtokolt vagyon/GDP arány alapján lehet meghatározni. Ebből a szempontból az Amerikai Egyesült Államok (60%), Nagy-Britannia (78%), Hollandia (89%) és Svájc (117%) állnak az élen. Magyarország esetében 2030-ra várható az 50%-os nagyságrend elérése.<sup>5</sup>

A fejlett tőkefedezeti nyugdíjalapokkal rendelkező nyugati országokban a pénzügyi piac mély és likvid, a tőke részvénytőke befektetése a GDP jelentős hányadát adja. Ez valószínűleg nem véletlen. Azon társadalmakban, ahol egyre növekvő számú idősödő állampolgár jövedelmének jelentős hányada származik a tőke közvetett tulajdonlásából, a pénzügyi közvetítésnek szükségszerűen jóval nagyobb a szerepe, mint azon országokban, ahol a nyugdíj ún. felosztó-kirovó rendszerből származik.

A tőkefedezeti nyugdíjrendszer növekedése a tőke jelentős akkumulációját eredményezi, így a fokozott részvénytőke aktivitás a termelékenység javulását, és az erőforrások hatékony felhasználását generálhatja.

A külföldi befektetések aránya a OECD-országok esetében 1975 óta folyamatosan növekvő tendenciát mutat, melyet a korlátozások fokozatos feloldásával, a valutakockázat fedezhetőségével és jobb diverzifikációs lehetőségekkel magyaráznak. Noha 1985 és 1995 között ezen országok növekedése elmaradt a fejlődő gazdaságokétól, a G7 részvénytőke piacain az elmúlt tíz év során nagyobb hozamot lehetett realizálni. Így a fejlett országokban kevés nyugdíjalap fektetett be külföldi követelésekbe, de a portfólióban jelentősen nőtt a részvények aránya. A G10-ek közül csak Belgium, Hollandia és Nagy-Britannia nyugdíjalapjai rendelkeznek jelentősebb külföldi befektetésekkel, aminek csak kis százaléka irányul a fejlődő országokba.<sup>6</sup> Ezekben ugyanis nagyon sok tényező növeli a befektetési kockázatot; így a gyenge pénzügyi infrastruktúra, politikai kockázat, pénzügyi törékenység stb. A magyar szabályozás külföldi befektetésekre vonatkozólag a magánnyugdíjpénztárak esetében 2002. január 1-jétől 30%-ot engedélyez. Ennek ellenére a magánnyugdíjpénztárak külföldi befektetései a befektetési eszközöknek mindössze 1,26%-át jelentik. A jövőben a nyugdíjpénztárak forrásnövekedésével párhuzamosan ez az arány valószínűleg változni fog, s a külföldi befektetések a diverzifikáció hatékony eszközeivé válnak.

A fejlett tőkepiacokon a nyugdíjalapok és egyéb intézményi befektetők igényeire válaszul kifinomult kereskedelmi megállapodások és befektetési technikák jöttek létre. Az intézményi befektetők szerepének növekedése maga után vonja a kockázatátírási technikák iránti igény növekedését is, amelyek következtében a befektető kiválaszthatja a hozamok és kockázatok kívánt kombinációját.

Reális veszélyt jelent az értékpapíri piacok egyensúlyára, hogy a nyugdíjalapok és egyéb intézményi befektetők rendelkeznek mind a technikai eszközökkel, mind a pénzügyi potenciállal ahhoz, hogy rövid távon a piacot hirtelen befolyásolva megnöveljék annak ingadozását. Ha az intézményi befektetők részt vesznek az ún. *hordakereskedelemben*, az ebből következő növekvő pénzügyi instabilitás csökkentheti a jólétet. Tehát a nyugdíjalapok befektetési döntései befolyásolhatják azt a piacot, ahol működnek. Komoly félelem továbbá, hogy a tőkefedezeti nyugdíjrendszer térnyerésével és az állam kölcsönigényének csökkenésével párhuzamosan a kötvények iránti növekvő kereslet megemeli a kötvényárakat és leszorítja a hozamokat, amelyek a nyugdíjasok kizárólagos jövedelemforrásai. Ez előtérbe helyezi az egyéni és kollektív érdekek közti ellentétet.

A törvényi szabályozás a nyugdíjpénztárak vagyonkezelésére vonatkozóan – mint említettük – szemléleteltolódást mutat a mennyiségi szabályozásról a körületekintő befektetői magatartásra, azaz *a jó gazda gondosságával való gazdálkodásra* építő befektetési szabályok irányába. Ennek szükségességét az elvárás indokolja, hogy a vagyonkezelők más országokban is nyújthassanak szolgáltatásokat, valamint, hogy a migráns dolgozók nyugdíjbiztosítási joga ne csorbuljon. A magyar befektetésszabályozás is meglehetősen bonyolult, meghatározza többek között az egyes eszközök portfólión belüli arányának maximumait. Jóllehet, Magyarországon a pénztárak általában nem használják ki a jogszabályok adta – a kockázatosabb, de nagyobb hozamot termelő befektetési formák esetében előírt – befektetési korlátokat. 2003-ban a magánpénztári portfólióban általában több mint 70%-ot tettek ki az államkötvények. Az állampapír-piaci hozamok utóbbi időben tapasztalt erőteljes növekedése érdemben befolyásolja a pénztárak teljesítményét, hiszen a hozamok növekedése miatti árfolyamesést számvitelileg el kell számolni. Mivel a nyugdíjpénztárak portfóliójának rendkívül jelentős hányadát az állampapír-állomány teszi ki, feltételezhető, hogy a jövőbeni pénztári hozamráták esni fognak.

A jövőre nézve azonban fontos kérdés, hogy miként lehetne a tőkét – a nyugdíjbiztosítások biztonságát nem veszélyeztetve – tartósan bevonni a gazdaság fejlesztésébe. A befektetési korlátok eltörlése csak szigorú felügyeleti ellenőrzés mellett lehetséges. Ugyanakkor szükséges a rendszer törvényi hátterének liberalizálása, mert a nem megfelelően gazdálkodó nyugdíjalapok tagjai nyomást gyakorolhatnak az államra, ha nem kapnak megfelelő jövedelmet.

A tőkefedezeti rendszer vitathatatlan előnye (természetesen hosszú átállási folyamatot követően), hogy az adott évben nem kell a nyugdíjba vonulókkal „foglalkozni”, hiszen az ellátások fedezete már biztosított a járulékok beszedésével és az alacsony kockázatú és biztos jövedelmezőséget ígérő befektetésekkel. A rendszer hátránya viszont, hogy érzékeny a demográfia és a kamatláb a változásaira! Ez feltűnően hasonlít a felosztó-kirovó rendszer gyengeségeire! Ráadásul a hozamok feltétlenül mérséklődnek az antiinflációs intézkedések következtében folyamatosan csökkenő, s végül alacsony szinten állandósuló kamatláb hatására; pedig a rendszer kimondva-kimondatlanul inflációs környezetben tud csak magas hozamokat produkálni. Elég, ha észben tartjuk, hogy becslések szerint 2020-ra Európa időskorú állampolgárainak lélekszáma kétszerese lesz az 1960. évinek. Ezen belül a 80 éves vagy annál is idősebb korúak száma meghaladhatja az összes időskorú személy 25%-át! Másrészt a felhalmozás ténye egy társadalombiztosítási rendszerben nem vezethet rögtön arra a következtetésre, hogy akkor nő a megtakarítás vagy a tőkefelhalmozás a gazdaság egészében. Ha ezt arra használják, hogy az állami költségvetés hiányát finanszírozzák, mint például az Egyesült Államokban, akkor nincs kapcsolatban a tőkefelhalmozással. Valószínűleg ez érvényes az oly gyakran dicsért, s például állított „chilei-modellre” is.

Magyarországon is az a fő probléma, hogy míg a járulékoknak egy része rögtön átírányul a felosztó-kirovó alrendszerből a nyugdíjpénztárakba, a nyugdíjasoknak még a régi rendszerből kell kifizetni a juttatásokat, így növekvő pénzügyi hiányt generál az állami alrendszerben. Amennyiben ezt a nyugdíjpénztárak által vásárolt államkötvényekből kívánják fedezni, ez meglehetősen költséges kitérőt jelent, hiszen a pénzügyi közvetítők

útközben leszedik a maguk részét, a kamatok pedig az adófizetőkre hárulnak. Nem meglepő, hogy a kormány tűzoltó intézkedésként kénytelen volt befagyasztani a nyugdíjpénztárakba fizetendő járulékok szintjét, így akadályozva meg a társadalombiztosítási alrendszerben tátongó úr további növekedését.<sup>8</sup>

Mindenesetre a jövőre nézve megállapítható, hogy Magyarországon „a nagyobb pénzügyintézetek hagyományos hitelközvetítő tevékenységének megmaradhat a szerepe a vállalatfinanszírozásban, s legfeljebb az általuk kezelt nagyméretű befektetési (nyugdíj)alapoknak lehet esélyük komolyabb tőkepiaci aktivitásra”.<sup>9</sup> Hiszen a nyugdíjpénztárak jelenthetik azt a hazai intézményi befektetői bázist, amely a globalizálódó tőkepiaci mozgásokat csökkenteni vagy esetleg ellensúlyozni tudja. Ugyanakkor – mivel a nyugdíjalapok túl sok likvid tőkét halmozhatnak fel – jelentősen befolyásolhatják (+/-) a piac működését is.

### **Jegyzetek**

<sup>1</sup> World Labour Report. im. 124–125. old.

<sup>2</sup> Lsd. Green Paper on Supplementary Pensions in the Single Market, 1997., illetve Commission Communication Towards a Single Market For Supplementary Pensions, 1999.

<sup>3</sup> Maintaining Prosperity in an Ageing Society, OECD 1998. 69. old.

<sup>4</sup> Az összes tagsági viszonnal rendelkező egyén 90%-a a 15–49 év közti korosztályból kerül ki.

<sup>5</sup> OECD Institutional Investors Statistical Yearbook, 1997.

<sup>6</sup> Maintaining Prosperity in an Ageing Society, OECD 1998. 71–72. old.

<sup>7</sup> Lihi József–Kiss Péter: Nyugdíjpénztári ismeretek. Bp., 1998. 9. old.

<sup>8</sup> Augusztinovics Mária: Nyugdíjrendszerek és reformok az átmeneti gazdaságokban. Közgazdasági Szemle, 1999/7. sz. 66. old.

<sup>9</sup> Scipio: Adekvát (bank)rendszer In: Banklevél, X. évf. 10. szám. 1. old.

# *Dr. Botos József: Egészségügyi reformok Nyugat-Európában*

## **1. Egészségügyi ellátások finanszírozásának alakulása**

A 20. század második felében jelentős változás állt be az egészségügyi ellátás rendszerében. Sokan arra számítottak, hogy az egészségvédelmi ellátás iránti igény a társadalom egészségügyi helyzetének javulásával nyugvópontra jut. Azt gondolták, hogy lassú növekedésre kell számítani, ami körülbelül megegyezik majd a népességnövekedéssel.

Nem ez történt. Számos új igény jelent meg; olyan betegségeket is kezelni tudunk, amik korábban a beteg életét követelték, az életkor növekedésével megjelentek az igen idős kor krónikus megbetegedései, új betegségek elterjedése (AIDS), az igen rossz szociális helyzethez köthető megbetegedések ismételt elterjedése. Ezek a tényezők már önmagukban elegendőek ahhoz, hogy indokolják a növekedést.

A nagymértékű közkiadások következtében a színvonalas egészségügyi ellátás iránt megnőtt a kereslet. Növekedett a technológiai eszközök száma és az egészségügyi ellátó személyzet. A növekedés következtében a rendszer egyre nehezebben átlátható.

Napjainkban a társadalombiztosítás finanszírozásának általános problémája – beleértve az egészségügyi ellátó programok finanszírozását – a világ minden részén jelentkezik. A probléma megoldása rendkívüli nehézséget jelent mind a fejlett, mind a fejlődő országok számára.<sup>1</sup>

A gazdaságilag fejlett országokban a védelem finanszírozása egyrészt kapacitás – különösen a rendkívüli verseny, munkanélküliség és a népesség előregedése mellett –, másrészt politikai választás kérdése, azaz, hogyan is válasszanak a szociális igények és a piac között. A viták a következő kérdések körül csoportosulnak: Mik a könyörtelen tények és mik a lehetőségek? Az érintett országok vagyona fogyóban vagy növekedőben van-e? A társadalombiztosításnak a 20. század második felében kialakult rendszerében a szociális védelem a szolidaritás szakmai vagy nemzeti formáinak olyan megszervezése, mely igénybe veszi a dolgozó emberek jövedelmét és szétosztja azoknak, akik nem dolgoznak (munkanélküliek, nyugdíjasok, betegek), vagy összegyűjti úgy, hogy bizonyos kiadástípusokat (egészségügyi ellátás, családi szükségletek) finanszírozhasson. Az átcsoportosítás relatív nagysága nem függ szükségszerűen attól a jövedelemszinttől, amelyre alkalmazzák, de az egész társadalomnak el kell fogadnia, mert a szociális védelem nem tartható fenn, illetve nem fejleszthető, ha ezt az egész lakosság nem tekinti szükségszerűnek. Napjainkban a kérdés úgy vetődik fel, hogy egy adott ország nemzeti jövedelmének mekkora hányadát osszák el a társadalmi igazságosság elvei szerint és mekkora hányadát a piaci törvények szerint.<sup>2</sup>

A nyugdíjakkal együtt az egészségügyi ellátás teszi ki a társadalombiztosítási rendszerek költségvetésének számottevő részét. Az öregedő lakosság gazdasági bizonytalanság melletti finanszírozása állandó figyelmet kap és ösztönzi a kutatásokat arra nézve, hogy utakat és módokat találjanak a növekvő költségek megfélézésére. A finanszírozás kérdésének ugyanakkor mindig össze kell kapcsolódnia az ellátás hatékony garatálásával. Hosszú távon különösen figyelembe kell venni hatását a lakosság különböző csoportjaira és egészségi állapotára. Az ellátás pénzügyi okok miatti elhalasztása rövid távon, jelentős pluszköltségeket jelenthet hosszú távon.<sup>3</sup>

*Az egészségügy állapota és az egészségügyi ráfordítások*

Az egészségügyi rendszerek milyen mértékben segítik elő Európa államaiban a lakosság egészségügyi állapotának javulását? Milyen változásokat okoz a jövőben a becstelt megbetegedések aránya az egészségügyi kezelés rendszerének alkalmazása terén? A hagyományos demográfiai mutatók lehetővé teszik a főbb trendek bemutatását az elmúlt néhány évtizedben, de ez nem jelenti az oksági kapcsolatok letisztult értelmezését. Remélhetőleg a friss fejlesztések és az új mutatók alkalmazása fokozatosan lehetővé teszi ezeknek a kérdéseknek a megválaszolását.

A „népesség egészségének” fogalma több jelentéssel is bír: az orvosi meghatározás szerint „a betegség hiányát”, – a WHO definíciója szerint – a „fizikális, mentális és társadalmi jóléthez kapcsolódó állapotot” jelent. Ezek mellett egyéb definíciók is léteznek, mint például: „az egyén jó alkalmazkodóképessége környezetéhez és a képesség az abban való működésre”.

Az egészségügyi kezelés rendszerének tényleges hozzájárulása az egyének és csoportok egészségéhez tisztázatlan. Az elmúlt évszázad jelentősebb betegségeit – a tuberkulózist vagy a kolerát tekintve – a leghatékonyabb tényezőt a személyi és közösségi higiénia általános fejlődése jelentette. Ma, Nyugat-Európa országaiban, ahol általános fejlődés figyelhető meg az életkörülmények terén, nem kétséges, hogy jóval kevesebb figyelmet szentelnek az általános életkörülményeknek az egészségre gyakorolt hatását illetően. Másrészt viszont a válságok kiváltotta népegészségügyi problémák és az elfeledett betegségek – mint a tuberkulózis – újbóli felbukkanása emlékeztetnek arra, hogy a társadalmi és környezeti tényezők fontos befolyással bírnak az egészségügyi állapotra.

Az, hogy rámutatunk a népesség egészségének általános javulására, nem elegendő. Számos vizsgálat szerint – a kezeléshez való hozzáférés mértékének növekedése ellenére – a társadalmi osztályok közötti egészségügyi állapotbeli különbségek hangsúlyosak maradtak. Marmor járványügyi értekezése az Egyesült Királyságban (Evans, Barer és Marmor, 1994) segített leírni és elemezni ezeket a különbségeket a megbetegedési és halálozási mutatók viszonylatában. A különböző társadalmi osztályokhoz tartozó betegek halálának okaiban mutatkozó különbségeket Franciaországban már hosszú idő óta dokumentálják (Desplanques, 1993). A 35 éves korosztályban várható élettartambeli különbség egy fizikális munkás és egy vállalatigazgató között 8 év volt az 1980-as évek végén, és gyakorlatilag változatlan maradt az elmúlt 20 évben, a várható élettartam általános növekedése ellenére. Azonban lehetetlen összeszedett értékelést adni az egészségügyben mutatkozó társadalmi egyenlőtlenségről szórványos adatok alapján. Ezenfelül, nehéz megbecsülni, hogy az egészségügyben meglévő egyenlőtlenségek közül melyik ered az egészségügyi kezelési rendszerből.

A várható élettartam növekedett, különösen az idősebb korosztály körében (lásd a 1. számú táblázatot). Az európai nők születéskor várható élettartama 1960 és 1990 között 6,6 évvel, 60 évesen pedig 3,5 évvel nőtt. A férfiak élettartama kevésbé gyorsan növekedett, és jóval nagyobb változatosságot mutat az egyes országok között, köszönhetően a dohányzás, az alkohol és a munkakörülmények együttes hatásának. Dél-Európa államai nagyjából utolérték az észak-európai országokat a születéskor várható élettartam terén. A Hollandia vagy Norvégia és Portugália között 1960-ban meglévő 8 évnyi különbség mára 2 évre csökkent.

Mindent egybevetve, a halandósági mutatók jelentősen javultak Nyugat-Európa minden országában az elmúlt 30 évben, és ez a fejlődés lényegesen módosította a népesség korszerkezetét. De elszórt dolog lenne egyenes vonalú kapcsolatot feltételezni ok és okozat kapcsán ezen felfedezés és a kezelés mértékének növekedése között.<sup>4</sup>

**1. táblázat. A várható élettartam Nyugat-Európában. 1960 és 1991 (OECD, 1993)**

Ország	Születéskor várható élettartam				Várható élettartam 60 éves korban	
	Nők		Férfiak		Nők	
	1960	1991	1960	1991	1960	1991
Ausztria	71,3	79,2	65,4	72,6	18,6	22,3
Belgium	73,1	79,1	67,7	72,4	18,5	22,5
Dánia	74,0	77,7	72,3	72,0	19,1	21,7
Egyesült Királyság	74,2	78,8	68,3	73,2	19,3	21,9
Finnország	71,0	79,3	64,9	71,4	17,5	22,3
Franciaország	73,2	81,1	67,0	73,0	19,5	24,0
Görögország	70,0	78,6	67,3	74,1	18,6	21,2
Hollandia	73,0	80,3	71,6	74,0	19,9	23,4
Írország	72,0	77,0	68,5	71,0	18,3	20,0
Luxemburg	72,1	78,5	66,1	70,6	18,3	21,3
Németország	72,1	79,0	66,9	72,6	18,5	22,5
Norvégia	69,0	79,9	71,4	73,4	20,1	22,9
Olaszország	72,2	80,0	67,2	73,5	19,3	22,9
Portugália	67,0	77,9	61,7	70,9	18,6	22,0
Spanyolország	72,1	80,1	67,4	74,5	19,0	22,7
Svájc	74,0	80,9	68,7	74,0	19,2	23,9
Svédország	74,0	80,4	71,2	74,8	19,3	23,3

*Forrás: OECD, 1993.*

*Gyorsan növekvő egészségügyi ráfordítások: az 1960-as és az 1970-es években*

A 17 országgal kapcsolatos egészségügyi ráfordítások változását és jelenlegi szintjét bemutató alapvető adatokat a 2. táblázat mutatja. Látható, hogy a költségek szintjén az államok közötti diszparitás csökkent, de még mindig hangsúlyos maradt, és a növekedési görbe megtört az 1970-es évek közepén, így az összes állam visszafogottabb utat kezdett követni.

Az OECD által szolgáltatott, országokat összehasonlító adatokat a vásárlóerőt kifejező amerikai dollárban adtuk meg (PPP \$). Az egy főre eső egészségügyi ráfordítások összege nagyfokú eltérést mutat Európában. A svájciak, a németek és a franciák, akik ma a legnagyobb fogyasztóknak számítanak Európában, 2,7-szer annyit költenek átlagosan az egészségügyi kezelésre, mint a görögök, az írek és a spanyolok, bár az országok közötti rés az államok között szűkül: 1960-ban az utóbbi három országban a fogyasztás 4,3-szer volt alacsonyabb, mint a három legtöbbet fogyasztó államban (Németországban, Svédországban és Svájcban). A rés még tovább szűkül, ha csak a közegészségügyi költségeket nézzük (vagyis az állami költségvetést vagy a társadalombiztosítást): 1960-ban a ráfordítások mértéke átlagosan 8,4-szer volt magasabb a három legtöbbet költő államban mint a három legkevesebbet költőben; ma ez az arány 2,3-re csökkent.

Ezek a fogyasztási egyenlőtlenségek nem köthetők a kezelési ráfordítások lefedettségéhez – valójában az elmúlt harminc évben a lefedettség mértékének növekedése segítette bezárni a fogyasztási szintek közötti rést. Emellett még inkább összeszűkül az országok közötti különbség az állami ráfordítások terén.<sup>5</sup>

A határok megnyitásával és Európa egységesülésével általánossá vált bizonyos félelem a betegek nemzetközi migrációjával kapcsolatos trendek miatt. Léteznek nemzetközi egyezmények azon személyek kezelésére, akik megbetegednek, miközben utaznak vagy vendégmunkásként dolgoznak az Európai Unió országaiban, de ezek a megegyezések nem megfelelőek azoknak a problémáknak az orvoslására, amelyet az olyan betegek nagyobb mértékű beáramlása jelent, akik olyan orvosi módszereket keresnek, melyek saját hazájukban nem találhatók meg.

A 17 állam egészségügyi állapot szerinti rangsora nem azonos a ráfordítások szintjének rangsorával. Például Németország 2. a ráfordítások terén (2. táblázat) és 11. a születéskor várható élettartam tekintetében (1. táblázat); Luxemburg 4., illetve 14., míg Spanyolország 15. a ráfordítások rangsorában és 5. az élettartam terén. Az egészségügyi állapot mutatói némileg változnak az egyes országok között, noha a ráfordítások esetében nagy mértékű változatosságot találunk, különösen a költséges technikai kezelések kiadásai esetében. Fontos gyakorlati következtetéseket vonhatunk le az ilyenfajta megfigyelésekből (Evans, Barer és Marmor, 1994), amikor az erőforrások korlátozott keretének elosztását vizsgáljuk. A költséges technikai kezelések kevéssé szolgálják az egészségügy állapotának javulását. Kérdés tehát: továbbra is adjunk prioritást ennek a módszernek, vagy inkább több erőforrást fordítsunk az egészségügyi kezelésre, amely ebben a tekintetben „jövedelmezőbb”?

**2. táblázat. Az egy főre eső egészségügyi ráfordítások mértéke (USA dollárnak megfelelő vásárlóerő paritáson)**

Ország	Egy főre jutó egészségügyi ráfordítások			Átlagos növekedési ráta	
	1960	1975	1991	1960–1975	1975–1991
Ausztria	69	369	1448	11,8	8,9
Belgium	55	303	1377	12,0	9,9
Dánia	70	340	1150	11,1	7,9
Egyesült Királyság	80	271	1035	8,4	8,7
Finnország	57	305	1426	11,8	10,1
Franciaország	75	386	1650	11,5	9,5
Görögország	16	102	404	13,0	9,0
Hollandia	74	410	1360	12,1	7,8
Írország	37	229	840	13,0	8,5
Luxemburg	–	326	1494	16,1	10,0
Németország	98	458	1659	10,8	8,4
Norvégia	49	306	1305	12,9	9,5
Olaszország	51	280	1408	12,0	10,6
Portugália	–	166	624	27,9	8,6
Spanyolország	14	187	848	18,7	9,9
Svájc	96	512	1713	11,8	7,8
Svédország	94	470	1443	11,3	7,3

*Forrás: OECD, 1993.*

Gyakran halljuk, hogy azok az országok, amelyek erőforrásaik nagy részét költik az egészségügyre, egyben a leggazdagabbak is; más szavakkal, az egészségügyi kezelés olyan luxus, amelyre – az egyénekhez hasonlóan – az országok is akkor hajlamosak több pénzt fordítani, amikor egyéb igényeik vagy funkcióik kielégítést nyernek. A nyugat-európai államok rangsora – az egészségügyre fordított teljes hazai ráfordítások arányában – elsősorban a gazdasági és történelmi tényezők jelentőségét hangsúlyozza. Azokban az országokban, ahol a gazdaság a többiekhez képest mostanában kezd felemelkedő ívbe (Görögország, Portugália, Spanyolország) viszonylag kevesebbet költenek, a legtöbbet pedig Franciaország és Németország. A politikai megfontolások is szerepet játszanak: gazdagságuk erejétől függetlenül azok az országok, ahol a szociális problémák mindig is az előtérben voltak (Ausztria, Finnország, Hollandia, Svédország), mind a rangsor élén található. Írország 14. helye – Svájjal együtt – emlékeztet minket arra, hogy az egészségügyre költött összegek és a teljes hazai költségráfordítás egyidejűleg különböző is lehet; ezért lehetséges az, hogy egy gazdag ország egy szegényebb mellett található meg, annak ellenére, hogy Svájcnak van a legmagasabb egy főre eső teljes hazai ráfordítása, míg a 14. Írország itt is a 14. helyet foglalja el (1991).

### *Csökkenő növekedés az 1970-es évek közepétől*

A 2. táblázat jelentős különbségről árulkodik az egészségügyi ráfordítások változása terén az időszak kezdetén és végén.

Az Egyesült Királyság kivételével az összes éves átlagos növekedési ráta 1965 és 1970 között (jelenlegi árfolyamon számított, vásárlóerőt kifejező amerikai dollárban) magasabb, mint az 1975 és 1991 közötti időszakban. Csak az Egyesült Királyságban volt a ráfordítások növekedési üteme 10%-nál kisebb az első időszakban. A második periódusban azonban gyakorlatilag minden ország ez alá a küszöb alá csökkentette növekedési rátáját.

Az utóbbi időben az egészségügyi ráfordítások folyamatosan egyre növekvő részesedést kapnak a hazai kiadásokból, ahogy ezt a 3. táblázat mutatja. Noha az egészségügyi ráfordítások részesedési arányának növekedése a teljes hazai kiadásokhoz viszonyítva gyorsult 1975-ig, ez a növekedési ütem drámai módon lelassult 1975-öt követően.

Ez az általános fejlődés különösen figyelemreméltó, ha azt a tényt nézzük, hogy a gazdasági növekedés is lassulni kezdett 1975-ben; az egészségügyi ráfordítások terén bekövetkezett lassulás így nagyon hangsúlyossá vált. Számos országban jelentős erőfeszítések történtek, hogy megállítsák vagy jelentősen csökkentsék az emelkedő egészségügyi ráfordítások trendjét, amely nem volt ugyan teljesen irányítatlan, de nagyon nehezen megfoghatóan bizonyult. Annak ellenére, hogy az egészségügyi ellátás minősége és szervezése terén sikerült a szükséges szintet elérniük, azok az országok, ahol a gazdasági növekedés újabb keletű jelenség volt, szintén csökkenteni kezdték egészségügyi ráfordításaikat.

A teljes egészségügyi és a közegészségügyi ráfordítások éves átlagos növekedési rátája közötti szűkülő rés a két időszak viszonylatában – 1975 előtt és 1975 után – mutatja, hogy az állami kiadások dinamikus szerepet játszottak a legtöbb országban, kihatással voltak az első időszak növekedési ütemére – ekkor a teljes növekedés gyors volt, de az állami egészségügyi kiadások még gyorsabban nőttek a 17 ország közül 14-ben – és a második időszak csökkenésére is, amikor az egészségügyre költött állami ráfordítások lassabban növekedtek, mint a teljes ráfordítások esetében, a 17 ország közül 10-ben. A ráfordítások növekedésében mutatkozó lassulás szándékos lépés volt.



**3. táblázat. Az egészségügyi ráfordítás alakulása a GDP értékéhez viszonyítva 1960 és 1990 között 17 nyugat-európai ország átlagát alapul véve**

	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990
Egészségügyi ráfordítás a GDP %-ában	3,7	4,2	5,4	6,5	6,8	7,2	7,3
Százalékos növekedés az előző öt évhez viszonyítva	–	(+0,5)	(+0,9)	(+1,4)	(+0,3)	(+0,4)	(+0,3)

*Az egészségvédelem finanszírozása és az egészségügyi kezelés fejlődése*

A szociális védelem általános céljait tekintve az egészségvédelem modelljei jól teljesítettek. Ugyanakkor mivel a kötelező egészségbiztosítás is meghatározó erőforrás az egészségügyi szektor finanszírozásában és fejlesztésében, az egészségvédelem hatékonysága is megkérdőjeleződik. Nyugat-Európa legtöbb államában ez az egészségügy messzire nyúló reformjaihoz vezetett. Először az egészségvédelem finanszírozási módja gátolhatja az adott országok gazdagodásának megteremtését, amely elfogadhatatlan lenne Nyugat-Európa lassan növekvő gazdaságaiban. Másodsor az egészségügyi szektor fejlődése, amelyet az egészségvédelem is elősegít, nem kívánatos fejleményekhez vezethet.

*Makroökonómiai értelmezés*

Az egészségügyi ráfordítások ellenőrzésének kiemelt szükséglete nagyrészt magyarázható a makroökonómiai összefüggések változásával: a gazdaságok adófizetési kapacitásában bekövetkezett csökkenés arra kényszerítette ezeket az államokat, hogy sokkal lassabb fejlődést szabjanak az egészségügyi gondoskodás terén is.

Az állami pénzek – vagyis az adózásból és a társadalombiztosítási járulékokból befolyt összegek – 17 államból 14-ben több mint 70%-át adják az egészségügyre költött nemzeti ráfordításoknak a és 7 ország esetében (Belgium, Dánia, Finnország, Luxemburg, Norvégia, Spanyolország és az Egyesült Királyság) több mint 80%-át (lásd a 4. táblázatot). Ezek a pénzek vagy a keresethez kötődő társadalombiztosítási járulékokból vagy az állami bevételekből származnak.

## 4. táblázat. Állami finanszírozás a teljes egészségügyi ráfordítások arányában (%)

Ország	1960	1975	1990
Ausztria	69,4	69,6	67,1
Belgium	61,6	75,6	88,9
Dánia	88,7	91,9	82,8
Egyesült Királyság	85,2	91,1	83,5
Finnország	54,1	78,6	81,0
Franciaország	57,8	77,2	74,4
Görögország	64,2	60,2	77,0
Hollandia	33,3	73,4	71,3
Írország	76,0	79,0	74,8
Luxemburg	–	91,8	91,4
Németország	66,1	77,2	71,6
Norvégia	77,8	96,2	95,3
Olaszország	83,1	86,1	77,6
Portugália	–	58,9	61,7
Spanyolország	58,7	77,4	80,5
Svájc	61,3	68,9	68,3
Svédország	72,6	90,2	79,8

*Forrás: OECD, 1993.*

Nyugat-Európa 1975-ig fenntartott gazdasági növekedése a termelékenységből származó bevételen alapult, amely viszonylag egyenlően oszlott meg, és így erőteljes növekedéshez vezetett. A bevételek – különösen a bérek – vásárlóerejéhez kapcsolódó tömegtermelés és növekedés fejlődésén alapuló hathatós körforgást erősítette a társadalombiztosításon keresztül történő redistribúció. Ez segítette szélesebb körben teríteni a felesleget.

1975-öt követően a növekedés ütemében bekövetkezett változás növekvő terhet jelentett az egészségvédelem számára. A termelékenység csökkenésének egyre inkább érezhetővé váló hatása a szétosztható felesleg csökkenéséhez vezetett. Az effektív kereslet leszálló ágban volt, ami a cégeket arra kényszerítette, hogy alkalmazkodjanak az új piaci korlátozásokhoz. A felesleg a korábbihoz hasonló arányban nem volt többé szétosztható. Az előző időszaktól eltérően, az egészségügyi ráfordítások növekedését a járulékok növekvő arányával kellett finanszírozni, ami elkerülhetetlen volt a növekedési ráta csökkenése miatt.

#### *Adózás kontra társadalombiztosítási járulékok*

A növekedés változása, a versenyképesség kérdése egyben felvetette az egészségügyi szektor finanszírozásával kapcsolatos csökkentés típusának kérdését is. A hangsúly az adózásra kerüljön vagy inkább a társadalombiztosítási járulékokra? Az adózás legyen közvetett vagy közvetlen? Mi történik a szolidaritással?

A járulékokból finanszírozott egészségügyi kezelés magában foglalja a szolidaritás koncepcióját. Legfontosabb haszonélvezői azok, akik a népesség gazdaságilag inaktív részéhez tartoznak – a fiatalok és az öregek –, akik nem játszanak szerepet az adott állam gazdagságának megteremtésében. Ez azonban a szolidaritás rövid távú szemlélete. Ha az

egészségügyet a társadalom alapvető értékének tekintjük, akkor jogos a gazdagság minden forrásából meríteni, és nem csupán a munkára építeni. A fenntartott növekedés esetében az egészségügyi ráfordítások hirtelen megnövelése elérhető anélkül, hogy növelnénk a járulékok arányát vagy csökkentenénk a nettó vásárlóerőt. A lassan növekvő időszakban azonban a cégek igyekeznek korlátozni a bérekre fordított kiadásokat, és rugalmasabb alkalmazási módokat keresnek. Ilyen helyzetben nehézséget jelent a munkaadók járulékainak növelése, de a munkavállalók járulékainak növelése semleges a vállalkozások számára, ha nem jár együtt fizetésemelési igényekkel. A munkavállalók járulékainak növekedése azonban gyengítené a bérek vásárlóerejét, az effektív keresletet és a megtakarítások összegét, ami általában munkanélküliséghez és a járulékalapok csökkenéséhez vezet.

Az adókból történő finanszírozás nagyobb mozgásteret ad az adóalapok viszonylatában, és a vállalkozásokat közvetlenül nem sújtják a növekvő adók. Az adózásból befolyó pénzek jobban lehetővé teszik a ráfordítások általános szabályozását, mivel az természetszerűleg együtt jár az erőforrások allokációjának finanszírozásával.

A közvetlen és a közvetett adózás közötti választás általában az egyenlőség és a növekedés hatásának megközelítésén alapszik. A helyzet az egyes országok esetében jelentősen eltérő, mivel a közvetett adózás mértéke és adóalapja – a közvetett adózásban érintett népesség nagyságával és az adózás mértékének progresszivitásával együtt – szintén jelentősen eltérő. A kockázatkezeléssel kapcsolatos vitákat válthat ki a szelektív közvetett adózás támogatása: az alkohol, a dohánytermékek és az autók hozzájárulnak a növekvő halandósághoz, költségekhez és a megbetegedések számához, és így megadóztatásuk is igazolható. A fenti termékek árának emelése olyan tényezőnek tekinthető, ami a kockázatos viselkedés megelőzését szolgálja.

#### *A vegyes biztosítás koncepciója*

Az egészségügyi finanszírozás kérdése felveti az állami finanszírozás lehetséges alternatíváinak problémáját is. Az általános vélekedés szerint határt kell szabni a ráfordítások emelésének és újra kell definiálni a szolidaritás fogalmát. Hogyan lehet elfogadható szintet meghatározni a ráfordítások magánfinanszírozásának? Milyen komplementer elem építhető be az állami és a magánfinanszírozás közé?

A makroökonómiai értelmezés nem teszi lehetővé az egészségügyi ráfordítások optimális szintjének *ex ante* definícióját, mint ahogy az állami ráfordítások optimális szintjének meghatározását sem. A szektor nagyobb mértékű magánfinanszírozásának legnyilvánvalóbb hátránya a kezeléshez való hozzájutás egyenlőségének elvesztése: a legszegényebbeket kizárják a legköltségesebb speciális kezelési formákból. A magánfinanszírozás részesedésének növelése nagyobb ráfordításokhoz vezethet, ami nyilvánvalóan még egyenlőtlenebb disztribúciót szül. Ökonometriai vizsgálatok adnak magyarázatot az országok közötti különbségekre az egy főre eső egészségügyi ráfordítások terén, ahogy az kimutatható az OECD-államok esetében (lásd Gerdtham, Sogaard, Jönsson és Sanderson, 1990), ahol ennek a mutatónak a növekedése a magánfinanszírozás arányához kötődik. Ez a felfedezés, amelyet ajánlott óvatosan interpretálni, azt sugallja, hogy az állami finanszírozás túlzottan nagymértékű visszavonulása és a háztartások felé való eltolása a kívánt hatás ellenkezőjét okozza, amennyiben a cél az állami költségek ellenőrzése.

Függetlenül az európai magán-egészségbiztosítási piacok méretétől és jellegétől, a finanszírozás komplementer elemeit három különböző módon kezelik Nyugat-Európában, de bizonyos államokban többféle modellt is alkalmaznak.

Az első modell a kéttípusú finanszírozás kettéválasztása. Az állami finanszírozás általában érinti a kezelések teljes körét, amire az adott országban élő állampolgárnak szüksége lehet. A kezelést igénybevevőktől szerény hozzájárulást várnak el, és az együttes biztosítás modelljének mérlegelésére nincs szükség. Ha valaki magán szolgáltatást akar igénybe venni, és ezt a biztosításán felül teszi, akkor ez az ő dolga. Kétszer kerülnek be a rendszerbe és kétszer fizetnek, de viselkedésüknek nincs hatása az állami ráfordításokra.

Ezt a modellt számos, nemzeti egészségügyi rendszerre támaszkodó állam követi (Portugália, a skandináv államok, Spanyolország és az Egyesült Királyság).

A második modell a komplementer finanszírozás, amely a kezelést adó szolgáltatók típusán és a biztosítottak jogosultságán alapszik. A biztosítottak erőforrásaitól függően az állami finanszírozás lehetővé teszi számukra a különböző típusú szolgáltatásokhoz való hozzáférést, és az önkéntes biztosítás lefedi azokat a szolgáltatásokat, amelyeket az állami finanszírozás nem tesz meg. Ebben az esetben az együttes biztosítás nem jelent kettős fizetést, de általában nem is esik egybe az állami költségráfordítással. A komplementer állami és magánfinanszírozás ezen modelljét követik Németországban, Írországban, Hollandiában és bizonyos mértékig Belgiumban és Dániában is.

A harmadik modell a komplementer finanszírozás azon modellje, amelyet úgy szerveztek meg, hogy az egészségügyi ráfordításokat teljes mértékben lefedje. Az állami finanszírozás minden típusú szolgáltatás költségének egy részét az azt igénybe venni akarókra hárítja – közös fizetés –, de lehetséges a fennmaradó hozzájárulás egy részének vagy egészének lefedése az önkéntes komplementer biztosítás révén. Ebben a modellben az együttes biztosítás nem emelkedik a dupla fizetés szintjére, de jelentős hatása van az állami költségvetésre nézve. Erre találunk példát Franciaországban és bizonyos mértékig Dániában, Olaszországban, Hollandiában és Svájcban.

#### *Az egészségügyi ráfordítások növekedésének elemzése*

Ahogy azt korábban megjegyeztük, minden országban hirtelen növekedés figyelhető meg az egy főre eső egészségügyi ráfordítások terén 1960 és 1990 között, a nyugat-európai régióban átlagosan éves szinten 10%-ról beszélhetünk, és ez az érték mindig magasabb mint a GDP vagy az egy főre eső teljes hazai ráfordítások növekedésének értéke. Az időszak második felében bekövetkező csökkenés nincs hatással a ráfordítások és az egy főre eső gazdaság közötti szignifikáns kapcsolatra. Ez a kapcsolat vezette Culyert (1990) arra, hogy a következő kijelentést tegye: „minél nagyobb az adott ország egy főre eső gazdasága, annál magasabb az egy főre eső egészségügyi ráfordítás és annál nagyobb az egészségügyre fordított kiadások részesedése”. Azonban nehéz elválasztani, hogy vajon az egészségügyi ráfordítások összegének növekedése mennyit köszönhet a közegészségügyre fordított kiadások növekedésének és mennyit az életszínvonal emelkedésének. Azon tényezők esetében, amelyek jól korrelálnak az egy főre eső GDP-vel, úgy tűnhet – néha tévesen –, hogy meghatározó szerepet játszanak a ráfordítások terén is. Paradox módon, azokat a tényezőket, amelyekre mindenhol úgy tekintenek, mint a növekedés meghatározó mutatóira, gyakran nehéz kiválogatni a makrogazdasági adatokból. Problémát jelent a gyógyászati fejlődés, az elérhető kezelések mértéke és a népességnagyság hatásának felmérése aggregált adatok alapján.

A népesség öregedésének hatásáról gyakran esik szó, mint ahogy az idősök egészségügyi kezelésének nagyon magas költségeiről és a nyugat-európai populációban trendjellegét öltő, az idősök népességen belüli arányának növekedéséről is. A Franciaországban készült INSEAD felmérés speciális eredményekről számolt be: eszerint az öregedés hatása kisebbnek tűnik. (1970 és 1980 között az 5,6%-os, egy főre eső gyógyászati fogyasztás növekedéséből a népesség öregedése miatti részesedés csak 0,11%-ra tehető, míg 1980 és 1990 között ez az érték 0,26% a 3,3%-os növekedésből. Az 1990 és 2000 közötti időszakra kivetítve ez körülbelül 0,29%-ot jelent a 4%-os növekedésből.)

A népesség öregedésének valódi hatásáról szólva feltehető, hogy a korcsoportok között meglévő fogyasztási különbségek fennmaradnak. Ezeket a feltételezéseket egyértelműen nem erősítik meg a korcsoportok szerinti fogyasztás változásáról szóló megfigyelések, és szükség van a fogyasztásban bekövetkező lehetséges növekedésbeli különbségek hatásának felmérésére is, amellyel megmagyarázható lenne az idősök körében tapasztalt fogyasztás-növekedés. Ez a generációs hatás valójában még nagyobb, ha az idősök fogyasztásában bekövetkezett gyorsabb növekedést mutató múltbeli trend még inkább megnő. Az ILO

1991-ben végzett tanulmánya Franciaországból és Hollandiából vett adatokkal dolgozott (ILO, 1991). Azt találták, hogy a népesség öregedésének valódi hatása módfelett szerény – Európában 0,3%-ra becsülik az 1985 és 2015 közötti átlagos éves növekedésben –, noha ez az érték 0,8%-ra emelkedik, ha a generációs hatást is számításba vesszük. A múltbeli trendek kiterjedésekor valószínűleg túlbecsülik a generációs hatást, amely lényegében az adott korban bekövetkező, növekvő mértékű kezelésszámmal magyarázható.

A bizonyítékok alapján azt mondhatjuk, hogy a ráfordítások növekedése több hatás együttes kombinációjából származik, amely a készletek és az igények koordinációján alapul. Egyre növekszik az érdeklődés az országok közötti növekedésbeli különbségek jellemzőinek jobb megragadására, abban a reményben, hogy ez talán magyarázatot nyújthat arra, hogy az egészségügyi finanszírozás miképpen segíti elő ezeknek a koordinációs módszereknek a fejlesztését.

#### *Az egészségügyi ráfordítások növekedésének összetevői*

Az OECD gyógyászati árucikkek és orvosi szolgáltatások árain keresztül érte el az egészségügyi ráfordítások növekedési rátájának letörését – mind az árak, mind a mennyiség szintjén. A „letörés” második szintje ezután következett. Az általános árindexek ismeretében lehetővé vált a többlet kiszámítás, amelyet „különleges gyógyászati inflációként” értelmeznek; vagyis egyrészt különbség van a gyógyászati árucikkek és szolgáltatások árainak változása között, másrészt szintén különbözőség áll fenn az árak általános változásában. A mennyiség csökkentése elérhető a népességnövekedéstől való elszigetelésével. A többlet így értelmezhetővé válik, mint az egészségügyi ellátás egy főre eső növekedése (lásd az 5. táblázatot).

Culyer (1990) elsőként mutat rá a népesedési faktor csekély hatására és az árnövekedés túlsúlyára. Majd – jogosan – korlátozott hangsúlyt fektet az ártényezőre, amikor rámutat arra, hogy az egészségüghöz kötődő árnövekedés elsősorban az általános inflációból származik. Ezt követően a következőket mondja: „nehéz ellenállni annak a következtetésnek, hogy az emelkedő egészségügyi kezelések ráfordításainak elsődleges, endogén egészségügyi tényezője a felhasználás”. Moreau, Berthod-Würmsler és Béchon (1992, 24–25. old.) nagyobb figyelmet szentel az inflációnak a speciális gyógyászati infláció meglétében, szintjében és változásában, mint ami meghatározó az országok egymáshoz viszonyított helyzetében a növekedés vagy a szabályozás tényezőit szemlélve, és azt állítja, hogy „azokban az országokban, ahol nagyon magas ráfordításokról beszélhetünk, szintén nagyon magasak az árak és a díjazások. (...) A ráfordítások csökkenése a speciális gyógyászati infláció meredek zuhanásához kötődik. (...) Az országok közötti különbségek (a speciális gyógyászati inflációt tekintve) nagyon nagyok”. A vizsgálat Kanadát, Németországot, Japánt, Hollandiát és az Egyesült Államokat emeli ki, ahol az árak magasak és a gyógyászati infláció általában magas, szemben Franciaországgal és Angliával, ahol a gyógyászati árak szorosan követik az általános árakat.

Ha elfogadjuk, hogy az árak hatása főként a termelési tényezőkhöz kötődő ellenszolgáltatásból ered – különösen a foglalkoztatottak bevételeiből – noha mennyiségi hatása főként a kezeléshez való hozzájutás körülményeiből és a szolgáltatások tartalmából – beleértve a recepteket is – ered, akkor a számokból levonhatjuk az alábbi következtetéseket.

Az 1960 és 1990 közötti időszakban hat olyan ország van, ahol a növekedéshez a termelési tényezőkhöz kötődő ellenszolgáltatások csökkenése társul (Dánia, Finnország, Franciaország, Görögország, Svédország, Egyesült Királyság) – vagyis négy olyan államról van szó, ahol nemzeti egészségügyi szolgáltatás van jelen, egy olyan, amely ebbe az irányba mozdult el és van egy olyan állam is, amely a hagyományos biztosításra épít. Másrészt négy állam esetében tapasztaljuk a termelési tényezőkhöz kötődő ellenszolgáltatások, díjazások viszonylagos növekedését: Ausztria, Hollandia, Norvégia és Svájc esetében, vagyis itt három olyan ország szerepel, ahol a tradicionális biztosítás érvényesül és egy nemzedék, ahol nemzeti egészségügyi szolgáltatás működik. Számos állam esetében

kimutatható a relatív mennyiségi növekedés. Ide tartoznak a nemzeti egészségügyi szolgáltatásokra építő országok (Dánia, Norvégia, Svédország és az Egyesült Királyság) és olyan államok, amelyek biztosításon alapulnak (Ausztria, Németország, Hollandia és Svájc). Ezzel szemben a mediterrán országok, amelyek még csak mostanában térnek át a nemzeti egészségügyi rendszerekre, illetve Franciaország és Finnország esetében növekedés mutatkozik a kereslet, vagyis a gyógyászati eljárásokra való igény nagyobb nyomása miatt.

### 5. táblázat. Egészségügyi mutatók

ország	egészségügyi kiadás	egészségügyi árindex	általános árindex	speciális orvosi infláció	egészségügyi szolgáltatások terjedelme	népesség	egy főre jutó egészségügyi szolgáltatások
	(1)=(2)+(5)	(2)=(3)+(4)	(3)	(4)	(5)=(6)+(7)	(6)	(7)
Ausztria	6,6	5,1	3,7	1,4	1,5	0,2	1,2
Belgium	7,9	4,9	4,2	0,6	2,9	0,1	2,7
Dánia	7,2	6,1	5,9	0,2	1,0	0,0	1,0
Finnország	12,7	8,8	7,1	1,7	3,5	0,4	3,1
Franciaország	10,4	5,2	6,2	-0,9	5,0	0,5	4,5
Németország	5,0	3,4	2,6	0,7	1,5	0,3	1,2
Görögország	22,6	16,9	18,3	-1,2	4,9	0,5	4,4
Írország	7,7	9,1	6,8	2,2	-1,3	0,3	-1,6
Olaszország	14,8	10,7	10,0	0,6	3,8	0,2	3,5
Luxemburg	8,7	5,4	5,0	0,4	3,2	0,4	2,8
Hollandia	4,4	2,5	2,0	0,5	1,8	0,5	1,3
Norvégia	10,0	7,1	7,2	-0,1	2,8	0,4	2,4
Portugália	22,6	17,5	17,1	0,4	4,3	0,0	4,3
Spanyolország	14,4	9,3	8,9	0,4	4,6	0,4	4,2
Svédország	8,9	7,1	7,6	-0,6	1,7	0,3	1,4
Svájc	7,1	4,4	3,5	0,9	2,6	0,6	1,9
Egyesült Királyság	9,8	7,6	6,1	1,3	2,1	0,2	1,9

Forrás: OECD, 1993.

#### Szerződéses kapcsolatok az ellátókkal

A közfinanszírozók és az ellátók között nyílt vagy konkrétan nem kifejezett megállapodásokról beszélhetünk. Ezek a szerződések kiterjednek arra, hogy ki jogosult az ellátásra, mi a folytatandó gyakorlat és kiterjed-e a szolgáltatás minőségére.

Miközben a legtöbb országban a finanszírozás közpénzekből történik, az ellátók státusa változatos képet mutat, tehát mind a köz-, mind a magánellátókat állami pénzből fizetik. Visszatekintve a múltra érdemes megfigyelni, hogyan próbálkozott néhány ország igazságos egészségvédelmi rendszert kidolgozni a privát ellátók bevonása nélkül. Azt is meg kell jegyezni, hogy ezekben az országokban a gyógyszeripar finanszírozása is túlnyomó részben közpénzekből történik.

Háromtípusú ellátási szerződést különböztethetünk meg. Az első kettő mind a magán-, mind a közellátókat érinti. Az egyik a kötelezően biztosított beteg utáni fizetést teszi lehetővé, a másik egy harmadik személy általi fizetési módokat határoz meg. A harmadiktípusú szerződés csak a közellátókra vonatkozik, és egy harmadik személy általi fizetési módot határoz meg a szolgáltatások szervezeteinek keretében.

Az a fajta megoldás, amelyben a biztosított számára visszafizetik az ellátás költségét, a költségek kontrollálásának nem megfelelő módját jelentik, ugyanis a kifizetőnek nincs lehetősége befolyást gyakorolni az orvos–beteg kapcsolatra. A betegeknek nem áll érdekében, hogy csökkentsék a rizikótényezőket, míg az egészségügyi szakmában dolgozóknak nem kell törődni a szolgáltatások költségeivel, ami könnyen a kínálat növelésének irányába hathat.

Sokkal nehezebb kontrollálni a költségeket azokban az országokban (pl.: Belgium, Franciaország), ahol ilyen rendszer működik. A betegek ingyen jutnak az egészségügyi szolgáltatásokhoz, és költségeiket szisztematikusan megtérítik. Naiv elképzelés lenne azt hinni, hogy a betegek valóban csak a szükséges esetekben forduljanak orvoshoz, és az orvosok csak a beteg tényleges állapota alapján hoznának döntést. A technikai fejlődés és a specializáció felfedte a rendszer hiányosságait, amely a legdrágább orvosi beavatkozások elterjedéséhez járult hozzá és a fogyasztást sem próbálja visszafogni. A biztosítási alapú rendszerek, amelyek próbálták az ilyen jellegű megoldást átvenni, kevés bizalmat mutattak a biztosított iránt. Nem állítható, hogy a versenyhelyzet teremtése akár mennyiségi, akár minőségi szempontból befolyásolta volna a rendszer fejlődését. Végül pedig sem a fizető, sem a fogyasztói érdekképviselők vagy szakmai társaság nem alkalmas arra, hogy figyelemmel kísérje és megítélje a szerződést és annak hatásait.

A szerződés behatárolja az ellátó döntéseinek pénzügyi következményeit. Írország, az Egyesült Királyság, Hollandia individualizált szerződéseket használ, ezekben az országokban a szerződéseket közigazgatási hatóságok felügyelik. Németországban ezzel szemben a nem individualizált szerződések ismertek, amely nem határozza meg előre az egyes kifizetéseket, hanem különböző csoportok részvételét határozza meg, és lehetőséget biztosít számukra az elosztásban, itt egy szakmai testület közvetít az ellátók és a közigazgatási szervek között.

Ez a fajta szerződés az ellátás igénybevételének feltételeit is szabályozza, és úgy is tűnhet, mint a verseny betegek általi korlátozása. Azon ellátókra, amelyek stabil klientúrával rendelkeznek ez kedvezően hat. Ugyanakkor a szakmai stratégiák megvalósításának lehetősége is korlátozott, mivel szerződéses megállapodás szabályozza kategóriánként az egyes beavatkozásokat.

Az integráns modell értelmében az ellátók a közszféra alkalmazásában vannak, és a szerződés köztük egy munkaszerződés, amely szabályozza a foglalkoztatás tartalmát, a feladatot és a fizetést. A szerződés szorosan kapcsolódik az intézmény költségvetéséhez, amelyben az ellátó dolgozik. A biztosítóval való kapcsolatnak itt nincs szerepe, és a biztosítottnak nem áll módjában kifejezni elégedett-e a szolgáltatás színvonalával. Általában nincsenek olyan normák, amely szerint a hatóság megítélhetné az ellátók munkáját. Ez a fajta szerződés az erőforrások inflálódásához vezet, ha az intézményeket pénzügyi eszközökkel nem készítetik kiadásaik kontrolljára vagy racionalizálásra, ha szűkös a költségvetés. Az egészségügyi ellátás közigazgatási hatóságok általi menedzseléséből nem következik közvetlenül a kiadások kontrollja.

A skandináv országokban az egészségügyi szolgáltatások fejlődésében nagy szerepet kapnak a közpénzek, és az egészségügyi intézmények viszonylag nagy költségvetéssel dolgozhatnak. A kórházak az intézményrendszeren belül központi szerepet kapnak.

Franciaországban a közkórházak más úton fejlődtek, 1958-ban a kórházakra alapított fejlesztési programot vezettek be, de csak részben integrálták a szektort, és hivatalos költségvetési tervezés csak 1984-től létezik. Franciaországban az egészségügyi ellátó szektor meglehetősen kontrollálatlanul fejlődött.

Az Egyesült Királyságban a kórházak működését jelentősen befolyásolta a szigorú pénzügyi kultúra, amely a forrásokat a legalapvetőbbekre korlátozta. Az intézmények nem tudtak reagálni a keresletre, a viszonylag nehezebb műtétekre hosszú várólisták alakultak ki, és a szigorú költségvetés visszavetette a fejlődést.

### *Egészségvédelem és közegészség*

Idáig az egészségügyi ellátás finansziális oldalát vizsgáltuk. Rövid távú szempontok alapján igen fontos, hogy hogyan strukturáljuk pénzügyileg a szektor igényeit, mégis a teljes egészségügyi szféra vizsgálatánál nem lehet csak finansziális szempontok alapján dönteni – bár a politikusok és a közgazdászok gyakran tesznek így. Közép- és hosszú távon az egészségügyi ellátás csak kis mértékben járul hozzá a társadalom egészségének javulásához. A finanszírozásnak ki kellene terjednie az életstílus alakítására, a környezeti feltételek javítására és különböző biológiai és szociális tényezőkre, amelyek jelentős hatást gyakorolnak a társadalom egészségügyi állapotára. A nyugat-európai országokra tekintve szkeptikusak vagyunk annak kérdésében, hogy a források megfelelő mértékben irányultak-e ezekre a területekre.

Vizsgálódó, hogy az egészségvédelmi programok megfelelő hangsúlyt helyeznek-e a megelőzésre és az egészségügyi és szociális szükségletek lefedésének különbségére. Igen éles különbségek vannak a különböző országokban, amely a költségvetési vagy biztosítási rendszerből fakadnak, és a decentralizáció mértékén alapulnak.

### *Egészségvédelem és megelőzés*

Azok az országok, ahol az egészségügyi szolgáltatásokat előirányzott költségvetésből finanszírozzák, elméletileg könnyű helyzetben vannak, mivel diverzifikált egészségügyi politikát folytathatnak a pénzeszközök különféle elosztásával. Azok az országok, ahol biztosítási alapú rendszer terjedt el, sokkal inkább kötődnek a bekövetkező káresemény koncepciójához, függetlenül a közbiztosítás természetétől. Az ilyen típusú finanszírozás az egyéni (biztosított) alapú gyógyászati megoldások (reparatív orvoslás) irányába mutat elfogultságot. A biztosítás fogalmának szigorú értelmezésében a megelőzés gondolatát is figyelembe véve a bonus-malus kockázatkezelés koncepcióra is tekintettel kellene lenni, ami viszont nehezen elképzelhető az állami egészségbiztosításban. Erre csak Németországból ismerünk példát, ahol próbálták a kármegelőzés koncepcióját beépíteni a rendszerbe a fogorvosi ellátás finanszírozása attól függ, hogy a beteg részt vett-e rendszeres fogorvosi rutinellenőrzéseken. Franciaországban különféle alapokon keresztül juttatnak pénzeszközöket a megelőzési programokra.

### *Egészségvédelem és szociális jólét*

Az egészségvédelem és a társadalom közegészségének állapotában szerepet kap az olyan fajta ellátások finanszírozása, amelyek nem kifejezetten orvosi, gyógyászati beavatkozások (pl. az idősek, mozgáskorlátozottak stb. ellátása). A biztosítási alapú rendszerekben a szociális jólét körébe tartozó esetekben könnyebb ezeket szükséges egészségügyi ellátásként kezelni, semmint az egészségvédelmi programokat mobilizálni. Könnyebb a szociális kiadásokat költségvetési előirányzatokon keresztül kezelni, még akkor is, ha tekintettel kell lenni az elosztás decentralizált voltára. A legtöbb ország a szolgáltatások decentralizációját próbálja megvalósítani, ami lehetővé teszi a problémákhoz legközelebbi beavatkozásokat. Két modell különböztethető meg: a brit modell szerint a szolgáltatások alapjául a központi költségvetés szolgál, a dán megközelítés szerint a helyi hatóságok felügyelik a szolgáltatásokat, és ezek saját költségvetéssel rendelkeznek, amiket a helyi adókból gyűjtenek be. A biztosítási alapú országoknak el kellett különíteniük a szociális és az orvosi beavatkozásokat, az első decentralizálttá vált, míg a második finanszírozására a centralizáltság a jellemző.



## 2. Egészségügyi reformok

A Nemzetközi Társadalombiztosítási Társaság (ISSA) 1993–1995. évi jelentése a társadalombiztosítás fejleményeiről és trendjeiről a következő fontos tényezőket szögezte le az egészségügyre vonatkozóan: sok ország megreformálja egészségügyi ellátó rendszerét (néhányan igen radikálisan) azzal a céllal, hogy a védelem minimum fokozataihoz kielégítően és méltányosan jussanak hozzá az emberek, növekedjen a makroökonómiai hatékonyság (a kiadások az országos erőforrások ésszerű hányadat tegyék ki), illetve javuljon a mikroökonómiai gazdaságosság (jó eredményeket érjenek el és a felhasználók is elégedettek legyenek). A reformok a lakosság elöregedése és a gazdasági recesszió mellett mennek végbe (ISSA, 1996). Mindezek a tényezők jelen vannak a vizsgált időszakban (1996–1998) is, amikor a gazdasági légkört inkább az instabilitás, mint a recesszió jellemzi, továbbá egyre nehezebb a meglévő erőforrások egyenlő elosztása az érintett emberek között (Fitoussi, 1996).<sup>6</sup>

Az ISSA 1996-os kiadványa az európai szociális védelemről – főképpen az EU vonatkozásában – megerősíti a költségek kontrollálására irányuló erőfeszítéseket: az országos egészségügyi szolgáltatások decentralizálódnak és bizonyos fokú verseny alakul ki közöttük a minőség javítása és a költségek csökkentése érdekében, miközben az egészségügyi biztosítási programok fokozottan törekednek az egészségügyi szolgáltatók ellenőrzésére. Mindjobban érezhető a törekvés az alapellátás megerősítésére és a kórházi ellátás költségeinek csökkentésére. E törekvés előnye, hogy összeegyezteti az elfogadott standardokat a költségcsökkentéssel. Az egészségügyi ellátó rendszerek lehetővé teszik szerződések kötését is az érintett programok törvényes keretein belül (ISSA, 1996).

Minden ország látja, hogy a feladat világos és sürgető: mindenki számára biztosítani kell az egészségügyi ellátást szükség szerint és a gazdaságnak elfogadható költségen, amelyet egyenlőképpen osztanak meg. Ennek eléréséhez az érintetteknek – mind az állami, mind a magánszektorban – felelősen kell viselkedniük, folyamatosan tárgyalniuk kell és a megfelelő kontrollmechanizmussal is rendelkezniük kell. A fejlett gazdaságok tagadhatatlanul képesek egészségügyi ellátórendszerek irányítására; e tekintetben világos politikai akarat kinyilvánítása szükséges és meg kell akadályozniuk a költségek szakadatlan emelkedését.

### *Reguláció és reform*

Számos új eszköz jelent meg az egészségvédelem menedzselésének területén. A hatékonyság növelésének érdekében a versenyszellem is megjelent a közszférában, ennek kiterjesztése az egészségvédelem területére azonban vitatott. Igen jelentős hatalmi erőegyensúly-változás jelenhet meg az egészségügy területén az állam és a szféra többi szereplői között.

Mikro- és makro-közgazdaságtani eszközök jelentek meg a költségek kontrollálásának érdekében. A mikro-közgazdaságtani eszközök az egészségügyi szféra azon szereplőire irányulnak, akik a költségek képződéséhez járulnak hozzá (betegek, egészségügyi szakmabeliek stb.), míg a makroeszközök csak indirekten befolyásolják őket, pl. az összkiadások limitálásával.

### *Mikroregulációs mechanizmusok*

A leghagyományosabb mód a betegek általi fizetési módozat. A kereslet csökkentésének érdekében általában a beteg általi hozzájárulások növelésével vagy a térített szolgáltatások szűkítésével próbálkoznak. Számos közgazdaságtani terv épül ilyen módszerekre; érdekes példa erre Németország, ahol a beteg általi hozzájárulás nagysága összefüggésben van az életmódjával (fogászati kezelés). Németországban legtöbbször a beteg által fizetendő hozzájárulás felső összege limitált. Franciaországban a betegek hozzájárulásai jelentősen növekedtek; itt is megjelent az az elképzelés, hogy ezek legmagasabb összege limitálandó.

Az 1980-as évek végéig az egészségügyi szférában a verseny limitált volt. Inkább a szabad orvos és kórházválasztásban nyilvánult meg, az ellátás minőségében, semmint a szolgáltatások árában.

Franciaországban 1980-tól bevezették a „privát díj” intézményét, de a magasabb árak lehetősége nem indított el igazi versenyt, már csak azért sem, mert az orvosok földrajzi eloszlása sem egyenletes Franciaországban.

Az 1980-as évektől kezdődően jelent meg az az elképzelés, amely szolgáltatásokat nyújtó vállalkozásokként tekint a kórházakra, menedzsment módszerekkel közelít a problémákhoz. A közszférát sok kritika érte a nem hatékony működés miatt, és a növekvő kórházi autonómia lehetősége és a szolgáltatások menedzsment módszerrel való kezelése egyre népszerűbbé vált.

Az Egyesült Királyságban a reform kvázi piaci helyzetet hozott létre. Központilag elosztott költségvetéssel rendelkeztek a „vevők”, akik a helyi egészségügyi hatóságok vagy orvosok, és szolgáltatásokat (vizsgálatot, kórházi ellátást, speciális ellátást) vásárolhatnak az általuk képviselt betegek számára. Az „eladók” azok az egészségügyi intézmények, akik képesek kielégíteni a keresletet. Ettől a kvázi piaci helyzettől azt remélik, hogy javítja a szolgáltatások színvonalát, az orvosok közötti versenyt pedig továbbra is a felhasználók alakítják, mint ahogy eddig is, de mégis ez egyre nyíltabbá válik.

Belgiumban és Németországban a verseny kialakítása az egészségügy terén még nagyon kezdeti állapotban van. Belgiumban a biztosított választhat, hogy melyik alappal kerüljön kapcsolatba, Németországban azok választhatnak, akik foglalkozásuk miatt nem tartoznak egy területi alaphoz. Hollandiában a verseny sokkal inkább előrehaladott. Az egyik legújabb terv szerint a biztosított választhat melyik társasághoz akar tartozni. Az egyes szervezetek az államtól kapnának pénzeszközöket, a tagok sajátosságai alapján. Az alapok kiegészíthetik a biztosítottak önkéntes hozzájárulásaival eszközeiket. A terv szerint a biztosítási alapok között létrejönne a verseny, és azok a leghatékonyabb szolgáltatások nyújtására ösztönöznék az orvosi szakmabelieket. A rendszer bevezetése azonban igen komoly nehézségekbe ütközik.

Mind a brit, mind a holland példa próbálja bevezetni a verseny gondolatát a rendszerbe. A piaci szempontokat próbálják összekapcsolni az egészségügyi szféra speciális természetével, hogy ez vezesse jobb irányba az érintetteket.

Az irányba is vannak próbálkozások, hogy egészségügyi standardokat állítsanak fel amiben a költségtényező fontos szerepet játszik. A „managed care”-ellátás lényege abban áll, hogy részfolyamatokra bontják az ellátást, és ezeket az egységeket próbálják hatékonyabbá tenni. Erre a folyamatra igazából csak belső rendszereken belül találhatunk példát.

Az amerikai fejlődést követve, amely a kórházi betegeket a diagnózis alapján homogén csoportba rendszerezi, várható, hogy Franciaország és Németország a költségvetés elosztásában azt a modellt fogja követni, ami a tevékenységen és a produktivitáson alapul. Tehát a költségvetés elosztásakor olyan összegeket fognak figyelembe venni, amik az adott betegek homogén csoportjához kapcsolható.

Franciaországban az orvosi szakma konvenciót írt alá, amely a nem kórházi ellátást szabályozza. Lista készült azokról a beavatkozásokról, amelyeket ambuláns gyakorlatban nem lehet alkalmazni, a szabályok megsértőit pénzügyi szankciókkal sújtják.

### *Makroreguláció*

A költségvetés általi szabályozás csak azon országokban alkalmazható, ahol az országos egészségügyi rendszereket valamilyen közhatóságon keresztül finanszírozzák. Ezen országokban, a brit modellt követve, elegendő ha a parlament évről évre csökkenti az egészségügyi kiadásokat, így képes kontrollálni a költségeket. A költségvetési keretek módosítása ott is alkalmazható, ahol decentralizált a menedzsment (pl. Spanyolország vagy

Dánia), és a nemzeti adóbevételeket nagymértékben visszajuttatják a helyi közösségeknek. Ezek a közösségek aztán kiegészíthetik helyi adókkal a forrásait.

Az 1970-es évektől Nyugat-Európában egyre inkább elhagyták a napok szerinti díjazást. Ma szinte valamennyi kórház egy mindent magába foglaló hozzájárulást kap. A módszer, ahogy a kórházakat fizették, jelentősen hozzájárult ahhoz, hogy a kórházak kiadásai csökkenjenek.

Az orvosi képzésben nem minden ország valósít meg azonos kontrollt. Az Egyesült Királyságban minden évben 4200 orvos kap diplomát, és a National Health Service kínál számukra szerződést. A végzősök elhelyezkedése az orvosi szakmán belüli konzultáció és megegyezés eredménye volt, és ebben a költségek kontrollja kevés szerepet kapott. Franciaországban a 70-es évek vége felé megpróbálták lépéseket tenni az irányba, hogy csökkentsék az orvostanhallgatók számát. Ezzel ellentétesen a német Alkotmánybíróság 1960-ban egyhangúan az ellen szavazott, hogy numerus clausust vezessenek be a felsőoktatási képzésben annak érdekében, hogy csökkenjen a hallgatók száma. 1992-ben azonban elhárult ez az akadály. Németországban minden évben 12 000 orvost képeznek, és számos próbálkozás létezik (pl. kötelező gyakorlat; többéves kórházi gyakorlat) azt megelőzendő, hogy túl hamar kezdjék meg a praktizálást, ami az egészségügyi kiadások gyors növekedéséhez vezetne.

Minden országnak meg kellett birkóznia azzal a problémával, hogy hogyan kezelje a fogyatékosok és az idősek ellátását. A probléma különösen ott jelentkezik élesen, ahol a szociális szektor finanszírozása elválik az egészségügyitől. Dániában és Svédországban, ahol decentralizált a rendszer, úgy tűnik kevésbé fájdalmas a probléma kezelése. Belgiumban újraosztályozzák az egészségügyi-szociális intézményeket, és működésüket a szociális szektorhoz kapcsolják. Többféle próbálkozás is létezik a helyzet kezelésére, de még egyik ország sem tudott biztos megoldást találni.

A 70-es években megpróbálták felügyeleti módszerekkel szabályozni az ellátást. Többféle értékelési módszert is kipróbáltak, de ezek egyike sem hozott kézzelfogható eredményeket. Lehetetlen volt meghatározni, mi a megfelelő egészségügyi norma és mi számít az attól való eltérésnek. Nem volt olyan testület amelyik korrekt következtetéseket tudott volna levonni a rendelkezésre álló adatokból. Csak arra volt lehetőség, hogy néhány eseti visszaélést kiszűrjenek, és szankciókat hozzanak, miután az esetet szakmai fórumokkal átvizsgáltatták.

A számos példából úgy tűnik, hogy a kiadások alacsony szinten tartásának leghatékonyabb eszköze az összegek előzetes meghatározása.

A biztosítási alapú országokban is egyre inkább próbálkoznak a költségvetési kiadások bevezetésével. Franciaországban erős ellenállásba ütközött, hogy globálisan próbálják meghatározni a kiadásokat. Az egészségügyi biztosítási alapok eltökélt szándéka volt, hogy befagyasztják a kiadásokat, azáltal, hogy elutasítják a gyógyászati díjak emelkedését, ha azok túllépik az előzetes terveket. Az orvosi szakma hevesen tiltakozott, azon az alapon, hogy a fizető szervezet nem avatkozhat be az orvosi munkába. A hatóságok meghátráltak, mivel az adatok, ami alapján megítélhették volna a gyógyászati tevékenységet, nem volt elégséges. Mára megváltozott a helyzet. A hatóságok sokkal aktívabban vesznek részt a tárgyalásokban, a szakmabeliek tevékenységük elemzését kérték, és kezdték elfogadni a fizetések szabályozását. A szakmai normák kialakítása elfogadottá vált, elismerték, hogy nem csak az orvos–beteg kapcsolat vizsgálendő. Az orvosi tevékenységnek lehetnek olyan aspektusai, amit pénzügyi felügyelet alá lehet helyezni. Az állam a tárgyalási folyamatok aktív részesévé vált, amelyben mind a gazdasági egyensúlyra, mind a közegészségi állapotra próbált tekintettel lenni.

### *Új tendenciák*

Az első megközelítés nem túl ígéretes. A közfinanszírozás csökkenése nagyobb teret enged a magánfinanszírozásnak, különösen azokon a területeken, ahol a társadalom egy része

kiszorulni látszik a közellátásból. Németországban és Hollandiában a leggazdagabb társadalmi rétegek számára nem kötelező a biztosítás, bár a közfinanszírozás elmélete teljes körű kötelező biztosítást kíván meg. Írországban és Olaszországban lehetőség van különböző szintű ellátásra a társadalmi helyzettől függően.

A második kiegészítő szerepet szán a magánszférának. Hatóságilag szabályozott az alkalmazhatósága (Dánia és Írország).

A harmadik azért alakult ki, mivel a közellátás által lehetővé tett szolgáltatások színvonala igen alacsonnyá vált. Ha elég magánellátó létezik, akikkel a magán-egészségvédelmi szervek szerződést köthetnek, mint Olasz- és Spanyolországban, ez a megközelítés a leggyakoribb.

A privát szektor fejlődése nem feltétlenül profitorientált vállalkozások megjelenését jelenti. Németországban, Olaszországban, Hollandiában és Spanyolországban a biztosítás területén kereskedelmi cégek dominálják a piacot. Dániában, Franciaországban, az Egyesült Királyságban és Írországban más szervezetek, egyesületek dominálják a piacot. Bár a privát szféra szerepe megnövekedett, még mindig szerény szerepet tölt be. Az egészségbiztosítás terén például a magán-egészségbiztosítás csak pár százalékát teszi ki a biztosítási piacnak.

A privát finanszírozás megjelenését nem szabad az egészségügyi szféra privatizációjaként felfogni. Az állami hatóságok továbbra is fontos szerepet játszanak. A legtöbb országban állami kezdeményezés alapján kezdődött a reform, előfordult, hogy bizonyos szereplők hatáskörét csökkenteni kellett, mikor megbizonyosodott, hogy nem képesek kontroll alatt tartani a szektort. Az Egyesült Királyságban a központi irányítás megerősödött a közkórházak felett. Németországban az orvosi szakma, a gyógyszeripar felett áll központi hatalom, Franciaországban a szociális partnerek és a magángyakorlat felett.

Habár a finanszírozás több forrásból történik, az adók útján megvalósuló finanszírozás (szemben a direkt hozzájárulásokkal) válik általánosabbá. Ez a legradikálisabban Spanyolországban valósult meg, ahol az adóbevételek felé fordultak az egészségügy finanszírozása érdekében.

A magán egészségügyi biztosítás tág teret enged a csoport-megállapodások számára. A szakszervezetek és a foglalkoztatók közötti megállapodások jelentősen befolyásolták a rendszer fejlődését. A szakszervezetek jobb feltételeket tudnak elérni mintha egyéni szerződések születnének, de így az alkalmazottak számára kötelezővé válnak, mivel a munkaviszonyhoz kapcsolódnak. A finanszírozás megoszlik a foglalkoztató és a foglalkoztatott között.

Portugáliában és Spanyolországban szinte minden magán-egészségbiztosítás kollektív szerződés keretében kötött meg. Az Egyesült Királyságban a biztosítottak kétharmadának biztosítását a munkáltató vagy a szakszervezet köti. Belgiumban a magánszerződések fele kollektív szerződés. Franciaországban a kiegészítő biztosítások élvezőinek 60%-a kollektív szerződés alapján jutott szerződéséhez. Németországban az ún. Betriebskrankenkassenek által egyre többen jutnak hozzá kiegészítő ellátáshoz.

A demográfiai, társadalmi változások befolyásolták a lakosság elvárását az egészségügyi rendszerrel kapcsolatban. Az egészségvédelemnek nemcsak a betegségek kezelésével kell törődnie, hanem az idősek, fogyatékos gyerekek és felnőttek, szociálisan a perifériára szorultak, kábítószer-élvezők ellátásával is. Ezen csoportok ellátása komoly terheket tesz a társadalomra, ellátásuk speciális szolgáltatásokat igényel, amely nemcsak kifejezetten orvosi jellegű, de összekapcsolódik más egészségügyi szolgáltatásokkal és azok finanszírozásával.

### **3. Különböző országmodellek. Új hatalmi egyensúly felé haladva**

A hatalmi viszonyok alakulása az állam számára kedvezően alakul a szakmabeliekkel szemben. Az állam egyre fontosabb szerepet kap, a főbb reformkezdeményezések is állami

részről fogalmazódnak meg. Az állami felelősség megnövekedése az egészségügyben azonban nem jelent közvetlen beavatkozást a rendszer menedzselésébe. A reform hozzájárulhat a decentralizációhoz, az ellátók és a fizetők szabadabb működési teret kapnak, de elszámoltathatóbbakká is válnak. Az állami hatóságok egyre gyakrabban vetik fel a minőségi szolgáltatások problémáját, bár nem mindig sikerül megtalálni a megfelelő értékelési szempontokat. Az állam legfőbb szerepe abban áll, hogy megerősítse magát mint szabályozó, semmint közvetlenül menedzselő szerv. Az államnak arra kell elkülönítenie forrásokat, hogy reorganizálja az adminisztratív szolgáltatásokat az információ összegyűjtésével, elemzésével és a rendszer működtetésével kapcsolatban.

A szociális partnerek, mint a rendszer menedzserei számára számos kihívást hoz a változás. Nyugat-Európa összes országában az egészségügyi szakemberekbe vetett abszolút pozitív kép megrendült a 70-es évek elején. Rájuk is mint gazdasági ágensre tekintenek. Ugyanakkor nehéz egyszerre tudatosítani gazdasági felelősségüket, és nem megfosztani őket a foglalkozásuk végzéséből fakadó előjogaiktól. Számos változás történt ez ügyben. Ma már nemcsak kizárólag az orvosok monopóliuma a betegek képviselete. Támogatják őket a kollektív szakmai standardok kialakításában, az orvosi szakma is egyre inkább részt vesz a közegészségügyi politikák kialakításában.

## 4. Reformok

### 4.1. Két nyugat-európai ország példája

#### *Franciaország*

A 90-es évek első felében Franciaország megkezdte társadalombiztosítási rendszerének átfogó reformját, egy olyan folyamatot, amely kihat a garantált egészségügyi ellátásra. A fő ok pénzügyi: egy ilyen reform életbevágóan fontosá vált, mert a programoknak rohamosan romlott a pénzügyi helyzete. Továbbá az EU-meg gondolások is indokolták, ugyanis az állami szektor deficitjének növekedése ellentétes a maastrichti egyezmény célkitűzéseivel. Ehhez járult még az állandó társadalmi kirekesztettség jelenléte is. Mialatt a társadalombiztosítás a 70-es évek óta arra törekedett, hogy általánossá váljék, a tényleges helyzet az, hogy mintegy 100 000 főnek (az Alkalmazottak Országos Betegbiztosítási Alapja szerint)<sup>7</sup>, illetve a jótékonyági intézmények adatai szerint 200 000–300 000 főnek nincs alapvető betegbiztosítása. A lakosság jelentős része nem részesül bizonyos ellátási formákból, mert a rendszer nem nyújt számukra megfelelő ellátást (fogorvosi ellátást, ambuláns rendelést), ezért a francia kormány univerzális egészségügyi ellátási rendszer bevezetését tervezi.

Meg kell említeni a parlament növekvő szerepét, amelyet felkértek a szociális védelem általános irányainak és célkitűzéseinek, valamint a rendszer pénzügyi stabilitását garantáló kiadásai növekedési ütemének meghatározására. A szavazásra kerülő költségvetési „borítékoknak” ezt lehetővé kell tenniük. A kormány számos törvényrendeletet fogadott el a társadalombiztosítás szervezéséről, az egészségügyi ellátás kiadásainak kontrolljáról, valamint az állami és a magánkórházi ellátás reformjáról (Plan Juppé II, 1996; Plan Juppé III, 1997). Mind a magánorvosoknak, mind az állami alkalmazásban lévő orvosoknak állandó képzésben kell részesülniük. Az előbbieket száma várhatóan csökkenni fog, s a szakmai irányítással történő segítségnyújtásra és a korai nyugdíjba vonulás lehetőségére számítani kell. A reform részét képezi kiadáscsökkentő mechanizmusok bevezetése: kísérletek folynak az egészségügyi ellátó hálózatokban, új egészségügyi kártyát bocsátanak ki (számítógépes felismerés céljából), valamint kiadási előirányzatokat tűznek ki az ambuláns ellátási megállapodásokban. A kórházi ellátási rendszer felülvizsgálata folyik: kórházi létesítményeket akkreditálnak, regionális kórházi irodákat létesítenek pénzügyi és felügyeleti joggal felruházva és a kórházi kiadások éves összegét meghatározzák. A már

elfogadott reform és a most tanulmányozott, mindenkire kiterjedő gondoskodás nagy változásokat fog hozni a francia garantált egészségügyi ellátásban. A cél az, hogy a rendszer hatékony legyen, és egyben csökkentse a költségeket. Végül 1998 februárjában nyújtották be azt a kormánytervet, amely az általános gyógyszerek (amelyek szabadalma az állami szektorba került) használatának növelését szorgalmazza. Ez kiterjed az orvosokkal, a gyógyszerészekkel és a gyógyszergyártókkal történő kooperációra, valamint az ajánlottakkal egyenértékű gyógyszerek minőségéről adott állami információra.<sup>8</sup>

### *Németország*

Németországban szintén pénzügyi problémákra vezethető vissza a reform. 1996. január 1-jén új kórházi számlázási rendszer lépett életbe. Addig a kórházak a betegalapoknak minden egyes kórházban töltött napra olyan összeget számláztak, mely a teljes otlétre vonatkozott, függetlenül attól, hogy milyen kezelést adtak. Az új rendszerben egységes árakat állapítottak meg a betegségekre, ahol a kezelés tartama meghatározható: minden kezelési forma pontokat kap, a pont értékét a kórház és az alapok közötti tárgyalások határozzák meg. Az egységes összegeknek és a pontszámoknak listáját szövetségi szinten határozzák meg, miközben az egyes pontok értéke tartományi szinten dől el, hogy a költségek regionális különbségei is figyelembe vehetők legyenek. Az egységes összegekhez kiegészítő összegek is rendelhetők, ahol a kórház bizonyítani tudja, hogy a rögzített áron nem képes garantálni a kezelést a gazdaságos vezetés ellenére sem. Külön díjak vannak különösen a sebészetben. Ma már a kórházak ambuláns alapon is nyújthatnak kezelést, illetve végezhetnek operációkat. Ezen intézkedéseknek csökkenteniük kell a kórházi napok számát. 1996. január 1-je óta a kötelező betegbiztosításban részesülő biztosítottak megválaszthatják egészségbiztosítási alapjukat, s választásuk egy évre köti őket. Az alapok nem utasíthatják el a kötelezően biztosított egyént. Minden egyes alap rögzíti saját járulékát. Valamennyi alap országos szinten egyensúlyba kerül a kockázati különbségek kiszámításakor (ez a kiegyenlítés a kort, a nemet és a biztosított személyek jövedelmét veszi figyelembe). Ezek az intézkedések nem arra szolgálnak, hogy a járulékok egyformák legyenek, hanem, hogy a betegbiztosítási alapok hatékonyabban dolgozzanak. A közöttük folyó versenytől azt várják, hogy a költségekre pozitívan hassanak.

A német betegbiztosítási alapok kezelnek rászorultsági biztosítást is, amely segítséget nyújt mindennapi rendes tevékenységük ellátásában azoknak, akiknek egészségügyi problémák, illetve a fogyatékosság miatt erre szükségük van (a rászorultság és a komparatív megközelítés kérdését Hennessy tárgyalta 1997-es cikkében és az Európa Tanács foglalkozott vele 1995-ben). A házi ápolási szolgáltatásokat 1995-ben vezették be. Ezeket a rászorultság fokozata szerint adják természetben (házi ápolási segélyszolgálatok), juttatások formájában (a kedvezményezett maga részesül a segélyben), vagy a kettő kombinációjából állnak. Az összegek maximuma meg van határozva. Időnként felülvizsgálatokat tartanak a védelem minőségének garantálására. Intézeti ellátásra 1996 óta adnak segélyeket. A rászorultsági biztosítás egészen a maximumig fedezi a kiadásokat, ami a rászorultság foka szerint változik. A finanszírozás a járulékokból tevődik össze. Akiket nem fedez a társadalombiztosítás keretében történő kötelező betegbiztosítás vagy a rászorultsági biztosítás (mindkettőhöz ugyanazon szabályozás mellett lehet csatlakozni), magánvállalatoknál is köthet ilyen biztosítást; ezek ugyanazon segélyeket, juttatásokat biztosítják.

#### 4.2. Ösztönzők bevezetése

A legtöbb országban az egészségügyi ellátórendszerek területén jelenleg zajló reformok közül különös figyelmet kell szentelni az ösztönző intézkedések kidolgozásának. Poulier szerint a reformok talpköve az ösztönzők újbóli felfedezése. Új egyensúlyt kell teremteni az ösztönzők és a szabályozás között, miközben az 1945–1990-es időszak alatt a hangsúlyt a szabályozásra fektették. A reformoknak a célkitűzésekre kell koncentrálniuk, és nem az érintett szereplők

feladatára. Ma többet kell tennünk, kevesebbet; az egészségügyi rendszerek köre dogmatikus módon nem bővíthető (Poulier, 1997). A különböző ösztönző intézkedéseknek lehetővé kell tenniük az egészségügyi ellátás igénybevételének csökkentését, s ezáltal a területre allokált erőforrások leSORITÁSÁT, anélkül, hogy a betegek egészségügyi helyzete és a nyújtott szolgáltatások minősége csökkenne. Sőt, az ösztönzők fő célja magatartási változások előidézése mind a betegek, mind – és ez csak egy újkeletű jelenség – az egészségügyi szolgáltatók között. Végül hangsúlyozni kell, hogy az ilyen jelenségek mind a kötelező, általános és univerzális egészségügyi biztosítási programokkal rendelkező országokban, mind az országos egészségügyi rendszerekkel rendelkező országokban észlelhetők, terjedésük főképp az egészségügyi ellátás rohamosan emelkedő költségével kapcsolatosak, valamint azzal a sürgető igényvel, hogy az utóbbi tendencia megfékezésére megoldást találjanak.<sup>9</sup>

Az ösztönző intézkedések többfélék. Némelyek egyrészt a rendszer által nyújtott szolgáltatásokat akarják csökkenteni, másrészt tudatosítani kívánják a fogyasztókban az egészségügyi ellátás költségét, s felhívni a figyelmet olyanokra, mint a költségmegosztás. Általában ezeket az egészségügyi ellátó programok alkalmazzák, és tagjait nem lehet alóluk mentesíteni. Mások a fő célt a biztosított személyek magatartásváltozásában látják (pl. bonus-programok, megelőzési kampányok, egészségügyi kártyák stb.). Több ösztönző technika a szolgáltatók – az orvosok, ápolók, gyógyszerészek, sőt az egészségügyi alapok és más biztosítók – számára kerül kidolgozásra. Ezek a következők: a) az egészségügyi orvosi kiadások orvosi kontrollját célzó megoldások (Opposable Medical Referrals – RMOs; a klinikai gyakorlatok ajánlásai, az ápolási útmutatók; a gyógyszerlisták és az általános gyógyszerek kifejlesztése; stb.); b) az orvosi szakma demográfiai struktúrájának szabályozása; c) az orvosok díjazási rendszerének megváltoztatása; d) az akkreditációs politika kidolgozása; e) számítógépes adatgyűjtés; stb. A munkáltatókat is ösztönzik dolgozóik egészségügyi állapotának megőrzésére.

A költségmegosztást Németországban 1997-ben vezették be, Ausztriában 1996-ban. Ez nemcsak csökkenti az egészségügyi rendszerek költségeit, hanem segít abban, hogy a betegek tudatában legyenek az egészségügyi ellátás költségeinek.

Németországban 1997-ben, Svájcban 1996-ban vezették be a társadalombiztosítási rendszerbe a bonusszos biztosítási programokat. Mindkettőt választhatják a biztosítottak, és – legalábbis az elején – a biztosítóktól a költségek transzferálhatók a biztosítottaknak, ezzel ösztönzik az utóbbiakat az orvosi szolgáltatások igénybevételének csökkentésére.

Az egészségügyi ellátó intézmények közötti verseny bátorítására ösztönzőket vezettek be egyrészt versenyképességük javítására, másrészt az egészségügyi ellátás költségeinek csökkentésére. Az ilyen intézkedések magukba foglalják: a) a jogot a társadalombiztosítási szerződés felbontására bizonyos feltételek mellett és arra, hogy az egyik egészségügyi alaptól egy másikhoz menjenek (Németország és Svájc, 1996); b) a biztosító testületek egyéni anyagi felelősségét (Belgium, 1995); bizonyos orvosi biztosítási programok díjainak csökkentését a biztosított személy kora szerint a belépés idején (Szingapúr, 1996).

Az egészségügyi ellátórendszerek különféle megelőzési politikákkal rendelkeznek: pl. megelőzési tanfolyamokat szerveznek (Németország és a Fülöp-szigetek, 1996), egészségügyi alapok finanszíroznak megelőzési programokat (Luxemburg), vállalati kutatásokat végeznek betegtávollétekhez vezető kockázati tényezők területén (Hollandia, 1996-tól), egészségfejlesztő és betegségmegelőző intézetet állítanak fel (Svájc, 1996).<sup>10</sup>

A körzeti orvos, illetve a házi orvos szerepének megerősítése van terítéken Görögországban és Svédországban. Ez az ösztönző intézkedés bizonyos mértékig eléri, hogy a betegek egy problémával ne többfelé forduljanak. Az egészségügyi ellátórendszerek támogatják ezt a gyakorlatot, minthogy az általános orvos által választott kezelések általában kevésbé költségesek mint a szakorvosokéi. Mindazonáltal bizonyos államok (Dánia, Spanyolország, Svájc) nagyobb hangsúlyt fektetnek arra, hogy valakinek joga legyen a körzeti orvos, a szakorvos, sőt egyes esetekben a kórházak szabad megválasztásához azért, hogy a szolgáltatók közötti verseny erősítsék. Az orvosok díjazásának formája módosítható

ügy, hogy ösztönözze őket a gazdaságosabb megoldásokra: pl. a szolgáltatásért díjat felszámító rendszert felváltották azzal, hogy minden beteg számára fix havi összeget állapítanak meg (az Egyesült Államok egészségügyi ellátási hálózatai); a díjazásban jobban tükröződhet a szellemi ráfordítás elismerése, mint az ellátás technikai része (Egyesült Államok); célokat lehet kitérni a visszatéríthető kiadásokra, melyek a célok elérése esetén befolyásolhatják az orvosok fizetését (Franciaország); a diagnoszticsoport (Diagnosis Related Group – DRG) típusú térítési program bevezetését tervezik a díj-a-szolgáltatásért fizetési rendszer helyett (Koreai Köztársaság). Végül vannak egészségügyi kártyák (Franciaország, Fülöp-szigetek), folyik az egészségügyi szolgáltatók állandó és posztgraduális képzése (Franciaország, Görögország, Svájc), rendelkezésre állnak az orvosi kezelési protokollok (Franciaország, Luxemburg), a kórházi létesítmények minőségértékelési eszközei (Dánia, Egyesült Államok, Franciaország, Norvégia) és a szolgáltatások takarékoságát biztosító intézkedések (Svájc). Az utóbbiak ösztönözni kívánják a szükségtelen orvosi vizsgálatok megakadályozását, a nyújtott kezelés maximális hatékonyságát és minőségét (Rosleff, Lister, 1995; Barro, Cutler, 1997; Rameix, 1997; Durieux, 1997; Poulier, 1997).

Ezen sokféle ösztönző mind az egészségügyi ellátási kiadások racionalizálására és csökkentésére törekszik, a megelőző intézkedések által nyújtott lehetőségek azonban még tovább fejleszthetők. Már a Nemzetközi Munkaügyi Hivatal 1994-ben megjelent *A társadalombiztosítás fejlesztése* című jelentése, mely felhívta a figyelmet arra, hogy sürgősen felül kell vizsgálni az egészségügyi ellátás és az orvosi személyzet képzését, hangsúlyt helyezve a betegségmegelőzésre, a környezetnek az egészségre és betegségre gyakorolt hatására, az egyén és a család egészségének holisztikus megközelítésére, az egészségi problémák gazdasági aspektusaira, az egyén és a közösség feladataira a megfelelő testi és szellemi egészség gondozásának és megőrzésének érdekében stb.

A nyugdíjakkal együtt az egészségügyi ellátás bármely társadalombiztosítási rendszer költségvetésének számottevő része. Az öregedő lakosság és a gazdasági bizonytalanság mellett finanszírozása állandó figyelmet kap és ösztönzi a kutatásokat arra nézve, hogy utakat s módokat találjanak a növekvő költségek megfékezésére. A finanszírozás kérdésének mindig össze kell kapcsolódnia az ellátás hatékony garantálásával. Hosszú távon különösen figyelembe kell venni hatását a lakosság különböző csoportjaira és egészségi állapotára. Az ellátásról való lemondás vagy annak elhalasztása pénzügyi okok miatt a rövid távú megtakarításokat hosszú távon igen költségessé teszi. A kérdés fontossága miatt az érintett szereplők között állandó dialógust kell fenntartani és szükséges, hogy tudatában legyenek felelősségüknek.

## 5. Konklúzió

Azt, hogy mindenki számára garantálják a szükséges egészségügyi ellátást, s ugyanakkor a gazdaságnak ez elfogadható költséget jelentsen, továbbra is elsődleges probléma marad. A kettő közötti egyensúlyt állandóan fenn kell tartani. Keresni kell a megoldásokat, amelyek a rendszerek, a társadalombiztosítási rendeletek és a piaci elemek (verseny) kombinációjának fokozott hatékonyságát biztosítják. Az ellátásból kiszoruló és az önmagukat ellátni nem tudók sorsa gyors megoldást sürget. A viták folytatása és a politikai megoldások keresése döntő fontosságú, ha tekintetbe vesszük, milyen értéket tulajdonít az egészségügyi ellátásnak az egyén és a társadalom.

Az a kérdés, hogy az igen különböző nemzeti egészségügyi rendszerek, a hasonló gazdasági kényszerülések hatására olyan irányba haladnak-e, hogy végül egy közös európai modelltől beszélhessünk?

Még korai lenne az egészségügyi rendszerek konvergenciájáról beszélni, azonban 1980 és 1990 között igen hasonló fejlődés következett be annak ellenére, hogy az egészségügyi reform kezdetekor jelentős különbségekkel voltak jellemezhetőek az egyes országok. A kiadások előzetes maximalizálása kezd általánossá válni.



Egyre fokozottabbá válik az állami befolyás, amit az állami hatóságok azon erőfeszítése jellemez, hogy kontrollálja a fejlődés irányát és támogassa a reformokat. Ezzel egyidejűleg a munkáltatók és a foglalkoztatottak képviselőinek szerepe csökkent az egészségügyi helyzetek menedzselésében.

Igen fontossá válik az információáramlás és a feldolgozás kérdése, az állami hatóságok és a szakmai szervezetek között.

Végezetül a minden európai egészségügyi rendszer céljáról, amely szerint egyenlő ellátást kell biztosítani mindenki számára, nem mondhatunk le, de az új jövedelmi viszonyok, a pénzügyi nehézségek a társadalom egyes szegmensei számára elbizonytalanítják ezt a célt. A legszegényebbek, a nagyon idősek és az igen súlyos állapotú betegek helyzetét újra kell vizsgálni, mivel ezeknek a csoportoknak a helyzete az igazságos elosztás szempontjából valószínűleg új problémákat fog felvetni.

### **Irodalom:**

Pierre-Yves Greber–Anne Rilliet Howald–Bettina Kahil-Wolff: Who gets what? New policies relating to access and adequacy of health care. In: International Social Security Association 26 th. General Assembly. Marrakech, 25–31 October 1998.

Alain Letourmy–Marianne Berthod-Würmser: Effectiveness and regulation of health protection. Ministry of Health and Social Affairs, Paris.

Income security and social protection in a changing world. World Labour Report 2000. International Labour Office, Geneva.

Maintaining Prosperity in an Ageing Society. OECD, 1999.

Dalmer D. Hoskins: The redesign of social security. In: ISSA. 26 th. General Assembly. Marrakech, October 1998.

### **Jegyzetek**

<sup>1</sup> Alain Letourmy–Marianne Berthod-Würmser: Effectiveness and regulation of health protection.

<sup>2</sup> Pierre-Yves Greber–Anne Rilliet Howald–Bettina Kahil-Wolff: Who gets what? New policies relating to access and adequacy of health care. In: International Social Security Association 26th General Assembly. Marrakech, 25–31 October 1998. 24. old.

<sup>3</sup> Greber–Howald–Kahil-Wolff im. 25. old.

<sup>4</sup> Letourmy–Berthod-Würmser im. 55. old.

<sup>5</sup> Letourmy–Berthod-Würmser im. 56. old.

<sup>6</sup> Scénarius de la mondialisation. Maniere de voir, no. 32, Le Monde diplomatique, November 1996, Paris.

<sup>7</sup> CNAMTS.

<sup>8</sup> Le gouvernement veut relancer le marché des médicaments génériques. Le Monde, Paris, 20 February 1998.

<sup>9</sup> Pl. 1960-ban Franciaország a GDP 4,2%-át fordította egészségügyi ellátásra, szemben az 1990-es 8,8%-kal; ugyanezen időszak alatt Olaszországban az adatok 3,3%-ról 8,1%-ra emelkedtek, Németországban 4,7%-ról 8,3%-ra, Japánban 2,9%-ról 6,7%-ra, az Egyesült Királyságban 3,9%-ról 6,2%-ra, az Egyesült Államokban 5,2%-ról 12,2%-ra (Cutler, 1992).

<sup>10</sup> Pl. a svájci egészségügyi fejlesztési alapítvány számára behajtott járulékok 1998-ban 16 millió frankot tettek ki, amíg az egészségügyi biztosítási jövedelem 1996-ban 17 059 millió frankot ért el (Perrin, 1998; OFAS, 1998).

*Forgács Anna–Vallyon Andrea:*  
*Beteg egészségügyi rendszer – beteg lakosság*  
(avagy, mérhető-e az egészségügyi rendszerek gazdasági, intézményi jellemzőinek hatása  
a lakosság egészségi állapotára?)

Jelen tanulmányunkban – az összehasonlító gazdaságtan eszköztárának segítségével – megkíséreltük hét fejlett ország egészségügyi rendszerének hatékonyságát összemérni oly módon, hogy kiválasztottunk néhány egészségi állapot mutatót, majd pedig megkíséreltük feltérképezni az egészségünket leginkább befolyásoló társadalmi, természeti, politikai és gazdasági faktorokat. Ezt követően a célváltozókat és a determinánsokat egyaránt pontosítottuk egy tízfokozatú skálán (a „legjobb” ország kapott tíz pontot, a „legrosszabb” egyet, a köztük lévők pedig az adott szempont skáláján a szélsőségektől való eltérés függvényében kerültek pontosításra). Azzal a hipotézissel kezdtünk neki kutatásainknak, hogy amennyiben eltérés mutatkozik a célváltozó és determinánsok értéke között, annak magyarázata az adott egészségügyi rendszerben keresendő (intézményi kereteiben, felépítésében, működési mechanizmusában, érdekeltségi és ösztönzési rendszerében, finanszírozásában, irányításában stb.). Továbbá, egy-egy ország jelenlegi egészségügyi rendszerét nagymértékben annak történeti kialakulása magyarázza. Így azután olyan fejlett országokat választottunk, amelyek mindegyike a huntingtoni értelemben vett nyugati civilizáció tagja<sup>1</sup>, de eltérő gazdasági rendszerrel bír. Vannak közöttük korai iparosító, ún. piacközpontú (Nagy-Britannia, Egyesült Államok, Hollandia), neokorporatív, tárgyalásos modellbe tartozó (Németország), egyedi fejlődési utat bejáró (Izrael) és késői iparosító, volt szocialista országok (Csehország, Magyarország). Számos fejlett világhoz tartozó országban folynak jelenleg is heves viták, társadalmi csatározások, komoly érdekösszeütközések az egészségüggyel kapcsolatban. Elég, ha csak Németországra, Angliára vagy éppen Magyarországra gondolunk. Mára ugyanis egyértelművé vált, hogy a hagyományos jóléti állam válságban van, át kell formálni, és gyökeres változásokra van szükség. A jóléti állam válságának okait Esping-Andersen három tényezőben jelöli meg<sup>2</sup>: a családmódel átalakulása (nagy számú, gyermeküket egyedül nevelő nők), a munkapiac változásai (hagyományos iparágak leépülése, a munkaintenzívítől a tőkeintenzívebb termelés felé való elmozdulás), valamint a népesség előregedése. Ezek a tényezők együttesen abba az irányba hatnak, hogy az univerzális munkásosztályra, növekvő népességre kialakított jóléti (al)rendszerek megreformálásra kerüljenek. Egyrészt csökkenteni kell az állami finanszírozás mértékét, ösztönözni kell az öngondoskodást, másrészt a kormányzati források felhasználását a passzív támogatások (transzferek) irányából az aktív (esélyteremtés) felé szükséges elmozdítani. A közkiadások lefaragásának egyik jelentős eszköze lehet az egészségügyi rendszerek átalakítása, hiszen a GDP százalékában mért, egészségügyre fordított közkiadások mára már jelentős mértékűre duzzadtak, a fejlett világban 6–8% körüli értéken mozognak, miközben 40 éve a mai szint felét érték csak el.

## **I. Mivel mérhető az egészségi állapot?**

Jelenleg még nincs olyan objektív és releváns mérőszám, amely mindenki által elfogadottan, megkérdőjelezhetetlenül mutatná egy adott populáció egészségi állapotát. Vannak konszenzuális alapon alkalmazott mutatók, mint például a születéskor várható élettartam, csecsemőhalandóság, standardizált halálozási ráta vagy korai halálozás. Számos érvet lehet felsorakoztatni minden mutató mellett és ellen egyaránt, mi azonban ezúttal csak azt indokoljuk meg röviden, miért arra a négy mutatóra esett a választásunk, amellyel jelen tanulmányunkban dolgoztunk.

*A születéskor várható élettartam*, mert érthetően ez az elsődlegesen használt mérőszám, hiszen mindannyian hosszú életre vágyunk;

*A várható egészséges élettartam*, mert ugyan a hosszú élet jó dolog, ámde nem felelkezhetünk meg az életminőségről sem, azaz ha betegen, ágyhoz kötve, fájdalomtól

gyötörve élünk akár hosszú éveken át, nem tekinthetjük azokat az éveket egyenértékűnek az egészségben leélt azonos számú évekkkel;

A *daganatos megbetegedések miatti halálozás*, mert a fejlett világban, jelenleg ez a második leggyakoribb halálok, gyógyítása ugyan látványosan fejlődött, mindazonáltal halálozási rátája alig csökkenő, incidenciája pedig növekvő;

A *szív- és érrendszeri megbetegedések miatti halálozási ráta*, mert ez áll az első helyen a halálokok listáján a fejlett országokban, ugyanakkor azonban több betegség gyűjtőfogalma, s ha szétválasztanánk mondjuk szívbetegségekre és érrendszeri betegségekre, már egyik sem szerepelne ilyen „előkelő” helyen a halálokok között. Magas aránya, valószínűleg az életmóddal van összefüggésben. De nézzük át most egyenként, milyen képet mutatnak a fenti mutatók az iparosodott régiókban és a kiválasztott hét országban!

#### *I/1. Születéskor várható élettartam*

A halálozási ráta csökkenése és a járványok, fertőzések látványos visszaszorulása azt eredményezte, hogy a 20. században jelentősen megnőtt a fejlett országok lakosságának várható élettartama. A nőknél 55-ről közel 80-ra, a férfiaknál pedig 50-ről, hozzávetőlegesen 75 évre. Az egyes országok között, azonban jelentős eltérések mutatkoznak. Amíg például egy 1999-ben született japán nő arra számíthat, hogy 84 évet fog élni, dán kortársa már csak 79 évben reménykedhet, az azonos korú magyar hölgy, pedig mindössze 73 esztendővel kell, hogy beérje<sup>3</sup>. Az OECD-országok közül a leghosszabb életű férfiak az izlandiak (75 év), magyar kortársaik – akik csak a törököket előzik meg – alig 66 évre számíthatnak.

**1. táblázat. Születéskor várható élettartam (2001)**

	Év	Pontszám
Izrael	78,5	10
Magyarország	71,7	1
Csehország	75,4	3
Hollandia	78,3	9
Németország	78,2	8
Egyesült Királyság	77,5	6
Egyesült Államok	77,0	5

*Forrás: The World Health Report 2002, WHO*

#### *I/2. A várható egészséges élettartam (Healthy Life Expectancy)*

Ez a mutató lényegesen „finomabb”, „érzékenyebb” mint az előző, csak azokkal az éveivel számol, amelyeket egészségben töltünk el, azaz teljes értékűek.

**2. táblázat. Születéskor várható egészséges élettartam (év) 2001**

	Év	Pontszám
Izrael	69,4	9
Magyarország	61,8	1
Csehország	66,6	6
Hollandia	69,9	9
Németország	70,2	10
Egyesült Királyság	69,6	9
Egyesült Államok	67,6	7

*Forrás: The World Health Report 2002, WHO*

*I/3. Daganatos megbetegedések miatti halálozás*

A 21. század elején évente, világszerte, mintegy 10 millió új daganatos megbetegedéssel és 6 millió ezzel összefüggő halálessel kell számolnunk, miközben ugyanez a két mutató a 80-as években 6, illetve 4 millió volt csak. Amennyiben ez a drámai trend folytatódik, nem kizárt, hogy 2020-ra a mainál akár 50%-kal nagyobb számú megbetegedéssel és halálzással találjuk majd szembe magunkat. Mivel a rosszindulatú daganatos megbetegedések korai felismeréssel és megfelelő kezelésekkal rendkívül jól gyógyíthatóak, ha azonnal hozzálátnánk a szükséges megelőző és szűrőprogramok bevezetéséhez, valamint a korszerű gyógyítási eljárások elterjesztéséhez és a kezelési feltételek javításához, a WHO számításai szerint 2020-ra 2, 2040-re pedig 6,5 millió életet lehetne megmenteni<sup>4</sup>.

A WHO szerint a fejlett országokban tapasztalt növekvő rákhalálozás okai:

- a növekvő élettartam (idős korban gyakoribb a daganatos megbetegedés),
- a szív- és érrendszeri halálozási arány csökkenése (így a rákhalálozás aránya magasabb),
- a dohányzók számának növekedése (egyértelműen kimutatható, szoros összefüggés van bizonyos rákfajták kialakulásának kockázata és a dohányzási szokások között),
- és végül (az egészség szempontjából káros) életmódváltozás (rossz étkezési szokások, mozgáshiány, túlsúlyosság, alkoholfogyasztás)<sup>5</sup>.

A daganatos halálozáson belül férfiaknál a tüdőrák, nőknél az emlőrák vezeti a sort. Előkelő helyezést foglalnak el a morbiditási sorban az emésztőszervi daganatok, a méhnyakrák és a prosztaták, valamint egyre növekvő a bőrrákos megbetegedések aránya is.

A 70-es évek közepéig-végéig növekedett a rákhalálozási arány, majd csökkenni kezdett, kivéve a közép-kelet-európai országokat, ahol kiugróan magas. A WHO adatainak tanúsága szerint a negatív lista élén szinte kivétel nélkül volt szocialista országok találhatóak. A férfiaknál a (negatív) sorrend: Magyarország, Oroszország, Csehország, Lettország, Észtország és Ukrajna. A legfejlettebb országok legkedvezőtlenebb mutatója a németeké, ennek oka az, hogy Németország megörökölte a volt NDK hiányosságait. Németországot követi Ausztria, majd az USA. Férfiak esetében legkedvezőbb a helyzet Japánban, ahol 1995-ben 149 rákhalálozás jutott 100 ezer lakosra, miközben az Egyesült Államokban 162, Magyarországon pedig 265.

A daganatos megbetegedések kialakulásának pontos okai ma még nem ismertek. A következő fejezetben részletesebben írunk majd róla, a 3. számú táblázatban csak összefoglaltuk a lehetséges kórokokat<sup>5,6,7</sup>.

**3. táblázat. Daganatos megbetegedések kórokai**

Belső daganatokozó tényezők (genetika, immunválasz)			
Külső daganatokozó tényezők			
Fizikai kórokok	Kémiai kórokok	Biológiai kórokok	Társadalmi tényezők
Ionizáló sugárzás	Légszennyezettség	Vírusok	Fizikai inaktivitás
Ultraviola sugárzás	Vízszennyezettség	Baktériumok	Stressz
	Dohányzás		Vagyoni és jövedelmi helyzet
	Alkoholfogyasztás		
	Helytelen táplálkozás (túlzott állati eredetű zsír, kevés zöldség és gyümölcs), elhízás		
	Élelmiszeri-pari eljárások és vegyületek		
	Egyéb humán karcinogének (pl. beryllium, szteroid, nikkel stb.)		

**4. táblázat. Daganatos megbetegedések miatti halálozások, 1999  
(standardizált adatok 100 ezer lakosra)**

	<b>Férfiak</b>	<b>Pontszám</b>	<b>Nők</b>	<b>Pontszám</b>
Izrael*	122,14	10	99,48	10
Magyarország	272,38	1	139,04	1
Csehország	213,57	2	120,01	5
Hollandia	173,08	5	108,56	8
Németország	158,64	6	97,65	10
Egyesült Királyság	152,05	7	110,31	7
Egyesült Államok**	148,38	7	104,38	9

*Forrás: WHO \*1997, \*\*1998*

*1/4. Szív- és érrendszeri megbetegedések*

A fejlett világ országaiban ma ez az a betegség, amely a legtöbb emberéletet követeli. Ez a betegségcsoport azonban magába foglal a szívinfarktustól a stroke-on át a gutaütésig sok mindent. A szív és az érrendszer betegségeit azért kapcsolják össze, mert például az érbetegségek többsége előbb vagy utóbb szívbetegséggént is jelentkezik. Ez a halálok azért fordul elő jóval nagyobb arányban az iparosodott országokban, mert elsősorban életmódbeli tényezők alakítják ki. A kutatók véleménye szerint, a fiatalabb korban jelentkező érrendszeri károsodások mintegy 80%-ának kialakulásáért az egészségtelen táplálkozás, az életmód és a dohányzás a felelős. Már kismértékű életmód-változtatással is jelentősen csökkenthető lenne ezeknek a betegségeknek a kialakulása<sup>9</sup>. Egy – az Egyesült Államokban végzett kutatások eredményeit – összefoglaló tanulmány szerint<sup>10</sup>, a kardiovaszkuláris megbetegedések négy nagy kockázati tényezője a magas koleszterinszint (200 mg/dl felett), a fizikai inaktivitás, a dohányzás és az elhízás. Hét országból álló mintánkban szembeűnő, hogy Kelet-Európában kimagaslóan magas az ebben a betegségben elhunytak aránya, olyannyira, hogy például a magyarországi ráta kétszerese a hollandiainak vagy az izraelinek. A németek szintén gyenge szereplése arra vezethető vissza, hogy a volt NDK is része a mai Németországnak. Az valószínűsíthető, hogy a fokozott stressz és túlhajszoltság előidézője a szív- és érrendszeri megbetegedéseknek. A volt szocialista országokban az emberek jelentős része nem tudta (és még ma sem tudja) eltartani magát és családját kizárólag a főállásból származó jövedelméből, így két vagy három munkahelyet, műszakot kényszerült elvállalni. Ma már bizonyított, hogy a stressz fokozódásával csökken az immunrendszer teljesítőképessége, így az nemcsak az érrendszeri és szívbetegségek, de a daganatos betegedések előfordulási valószínűségét is növeli.

**5. táblázat. Szív- és érrendszeri megbetegedések miatti halálozás (1998)  
(standardizált halálozási ráta 100 ezer főre)**

	<b>SDR/100 ezer fő</b>	<b>Pontszám</b>
Izrael	236,95	10
Magyarország	565,7	1
Csehország	495,75	2
Hollandia	245,66	9
Németország	316,9	5
Egyesült Királyság	285,97	7
Egyesült Államok	257,4	8

*Forrás: WHO és National Center for Health Statistics USA*

## II. Milyen tényezők hatnak az egészségi állapotra?

Rendkívül széles azon determinánsok köre, amelyek kisebb vagy akár jelentősebb mértékben hatnak egy populáció egészségi állapotára: a fejlettségi szint, a népesség korösszetétele, az egészségügyi infrastruktúra, a környezet állapota, a jövedelmi különbségek mind-mind hatást gyakorolnak. Mi ezúttal természeti, társadalmi, politikai és demográfiai tényezőkre bontottuk, és a 6. táblázatban összefoglaltuk a legfontosabbakat. Természetesen tisztában vagyunk azzal, hogy ez korántsem teljes körű.

**6. táblázat. Az egészségi állapot determinánsai**

<b>Természeti</b>	<b>Társadalmi</b>	<b>Politikai</b>	<b>Demográfiai</b>
Környezet szennyezettsége (levegő, víz)	Életmód (testmozgás, táplálkozási szokások)	Allami részvétel az eü. finanszírozásában	65 évnél idősebb korú lakosság aránya
Földrajzi adottságok (domborzat)	Vallásosság	Politikai szabadság	
	Szenvedélybetegségek (dohányzás, alkoholfogyasztás)	Egészségügyi kiadások	

### II/1. Természeti tényezők

Amikor a természeti tényezők egészségi állapotra gyakorolt hatását vizsgáljuk, akkor elsősorban a káros anyagok szervezetbe jutására gondolunk. Ebben a részben megvizsgáljuk a levegő és a víz szennyezettségét, valamint azt, hogy hogyan hatnak a szennyező anyagok távozási sebességére az egyes országok domborzati viszonyai, azaz a széljárás, hegyek és síkságok kiterjedtsége, a tengerparti sáv hossza, a vizek folyása stb.

#### a) A légszennyezettség

Földünk jelenleg egyik legnagyobb, globális problémája az üvegházhatású gázok mennyiségének növekedése a légkörben, általános felmelegedést idézve elő. A levegőbe jutó nagy mennyiségű szén-dioxid és nitrogén-oxid molekulák, a metán és fluorgáz, üvegházhatást okoznak<sup>11</sup>. A legnagyobb problémát a széndioxid jelenti, amely például az EU országaiban az összes üvegházhatású gázkibocsátás több, mint 80%-a<sup>12</sup>. A kibocsátás forrásai elsősorban az energiaipar (27%), a közlekedés (20%) és az épületek fűtése, melegvízellátása és klimatizálása (15%). A Nemzetközi Energia Ügynökség becslése szerint 2030-ra a kibocsátott szén-dioxidmennyiség mintegy 16 milliárd tonnával, azaz 70%-kal a mai szint fölé fog emelkedni<sup>13</sup>. A levegőszennyezettség közvetlen és hosszú távú egészségkárosító hatásainak hosszú a sora, legismertebbek az asztmás rohamok, krónikus bronchitisz, szívrohamok, más krónikus légzőszervi és keringési megbetegedések, daganatos betegségek, neurológiai, máj-, pajzsmirigyrendellenességek előfordulási gyakoriságának növekedése, valamint az immunrendszeri károsodás<sup>14, 15, 16</sup>.

A légkörbe kerülő üvegházhatású gázok közvetett módon is rombolják egészségünket, például azáltal, hogy csökkentik a magas légköri ózonkoncentrációt, így fokozott ultraviola sugárzásnak vagyunk kitéve. Ez bőrkárosodáshoz, bőrrákhoz vezethet, növeli a szürkehályog kialakulásának valószínűségét a szemben, valamint gyengíti az immunrendszert. A nagyvárosokban élő amerikaiak rákos megbetegedési kockázata hússzor akkora mint az átlag (egy az ötezerhez)<sup>16</sup>, a szennyezettebb régiók lakosságának 12%-kal magasabb kockázata van tüdőrák miatti halálózásra<sup>17</sup>.

#### b) A vizek szennyezettsége

A talajba szivárgó esővíz a növényekbe kerül, a folyóvizekben található vegyületek, kémiai anyagok, bomlástermékek bekerülnek szervezetünkbe és káros folyamatokat indítanak el. A legsúlyosabb gondot a főként ipari szennyeződésből származó, rákkeltő

anyagok vízbe jutása jelenti. Elsősorban az ipari szennyvíz tisztításának kérdése vár megoldásra.

### 7. táblázat. A környezet szennyezettsége

	Üvegházhatású gázkibocsátás	NO <sub>x</sub> kibocsátás	CO <sub>2</sub> (ipari) Kibocsátás	Vízszennyezett ég
	met.tonna/fő/év	kg/fő/év	Met.tonna/év/fő	kg/nap/fogl.
Izrael	2,7069	33	10	0,16
Magyarország	1,5408	19,4	6	0,18
Csehország	2,828	41,1	11	0,13
Hollandia	4,2022	28,5	9	0,18
Németország	2,6815	21,7	10	0,12
Egyesült Királyság	2,5817	35	9	0,16
Egyesült Államok	5,4264	79,8	20	0,15

*Forrás: OECD, World Bank, US Department of Energy*

#### c) A domborzati viszonyok

Négy olyan domborzati tényezőt vizsgáltunk, amelyek jelentős hatással vannak a levegőbe, illetve a vizekbe került szennyező anyagok távozására. Ezt azért tekintettük fontosnak, mert azonos mennyiségű szennyező anyag kibocsátása különböző mértékű egészségkárosodást okozhat, attól függően, milyen hosszan marad az adott régió levegőjében (vizeiben). Például Nagy-Britannia egyrészt szigetország, és így a szél szabadon járva „kisepri” a szennyezett levegőt, másrészt a szárazföldön a hegyek nem túl magasak. Ezzel szemben Magyarországot nevezhetjük „medence országnak”, hiszen körülölelik a magas hegyláncok, a levegő akár hetekig is képes megülni, így azután a magyarok ugyanazt a szennyezett levegőt akár napokig is újra meg újra belélegzik. A négy szempont tehát amit figyelembe vettünk: a tengerpart hossza, a hegyek kiterjedtsége és magassága, a széljárás és a környező területek domborzata.

### 8. táblázat. Domborzati viszonyok pontszámai

	Tenger	Hegy	Szél	Környező területek	Átlagos pontszám
Izrael	3	6	8	6	6
Magyarország	1	3	1	1	2
Csehország	1	5	2	2	3
Hollandia	4	1	9	9	6
Németország	5	7	4	5	5
Egyesült Királyság	10	4	10	10	9
Egyesült Államok	7	10	7	7	8

*Forrás: Britannica Hungarica, Földrajzi Atlasz*

#### II/2. Társadalmi tényezők

A WHO szerint az egészségi állapot társadalmi meghatározottságát elsősorban az életmód jelenti. Életmód alatt többek között a táplálkozást, mozgást, dohányzást, alkohol- és kábítószer-

fogyasztást érti, és úgy véli, hogy ezek nagy része hatással van a daganatos és más betegségek kialakulására is<sup>5</sup>. A szocio-gazdasági egyenlőtlenségeket is fontos faktornak tekintik az egészségi állapot szempontjából. Számos tanulmány bizonyította, hogy a jövedelem, az iskolai végzettség, a munkahely komoly hatással bír az egészségi állapotra<sup>18,19</sup>. Például az alacsonyabb iskolázottságúak körében nagyobb a rendszeresen dohányzók aránya, alacsony rost- és magas zsírtartalmú ételekkel helyettesítik a zöldséget és gyümölcsöt, kevesebbet mozognak és több alkoholt isznak<sup>18</sup>, a szegényebb rétegek gyakran az egészségtelen termékek célpiacát jelentik, és őket érik el legkevésbé a megelőző és felvilágosító programok, intézkedések. Ezen túl az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférésük is rosszabb.

Mi három fontosabb dimenziót vizsgáltunk: a) életmód (a testmozgás gyakorisága és a táplálkozási szokások); b) hit (mennyire vallásosak, hívők); c) tudatos károsanyag-bevitel, szenvedélybetegségek (alkoholfogyasztás és dohányzás)

#### a) Életmód determinánsok

##### *Testmozgás (fizikai aktivitás)*

Számos tanulmány, tudományos felmérés igazolta a rendszeres testmozgás jótékony hatását az egészségre<sup>9,20-22</sup>, illetve azt, hogy hiányában bizonyos megbetegedések előfordulási valószínűsége sokkal nagyobb. A WHO becslése szerint a fizikai aktivitás hiányára évente mintegy kétmillió haláleset vezethető vissza<sup>20</sup>. A daganatos, a korai koszorúér, a 2-es típusú cukorbetegség, a vastagbélrák és az elhízás ellen is védelmet nyújt a rendszeres testmozgás, azon kívül, hogy meghosszabbítja az élettartamot. Régóta ismert, hogy a túlsúlyosak és elhízottak között magasabb a vastag- és a végbélrák, az emlő-, a vese- és a nyelöcsőrak előfordulási gyakorisága, az új eredmények szerint a méhnyak, hasnyálmirigy, máj, gyomor és prosztata rosszindulatú daganata is gyakoribb ebben a csoportban. A rákhalálozás férfiaknál 14, nőknél 20%-áért a túlsúlyt találták felelősnek a kutatók<sup>22</sup>. Egy 16 éven át tartó vizsgálat eredménye szerint a 40 BMI (testtömeg index) feletti rákhalálozási kockázata 50–60%-kal magasabb mint a többieké<sup>23</sup>.

Az elmúlt húsz évben minden OECD-tagországban nőtt a túlsúlyosak és elhízottak aránya a rossz étkezési szokások és a testmozgás hiánya miatt<sup>24</sup>. A fejlett országok közül legkisebb az elhízottak aránya a japánoknál és a koreaiaknál (3,2%), a sereghajtók az Egyesült Királyság (22%), Mexikó (24,2%) és az Egyesült Államok (30,9%)<sup>25</sup>. A túlsúlyossághoz kapcsolódó betegségek azonban hosszú évekkal az elhízást követően jelentkeznek csak, így arra lehet számítani, hogy az 1980-as évektől megindult „elhízási hullám” hatásai mostanában kezdenek majd érződni.

### 9. táblázat. Testmozgás gyakorisága (a teljes lakosság %-ában)

	nem mozog	rendszeresen mozog, sportol	hetente legalább kétszer (15 éves tanulók)		Testmozgás Pontszám
			Fiú	Lány	
Izrael	42	28	48	76	3
Magyarország	n. a.	21	45	67	1
Csehország	32	47	66	80	9
Hollandia	21	39	n. a.	n. a.	9
Németország	n. a.	39	66	83	7
Egyesült Királyság	33	28	50	79	5
Egyesült Államok	30	40	54	74	8

*Forrás: Allin P. Rossi Mosi B.: Sport Participation in Europe, COMPASS, 1999; Itzik Weinstein: Summary of Talk delivered at the 2nd IIHP Congress, 1997; Behavioral Risk Factor Surveillance System, USA; Andreff et al. (1994); WHO HBSC Survey 1997/1998 és Health related behavior University of Princeton, 1990*



### Táplálkozási szokások

A tudósok és kutatók véleménye szerint az étkezési szokásokkal kapcsolatba hozható krónikus megbetegedések az elhízás, a cukorbetegség, a szív- és érrendszeri megbetegedések, a rák, a csontritkulás és a fogászati problémák. 2001-ben a halálozások mintegy 60%-át ilyen krónikus megbetegedések okozták, és az előrejelzések szerint 2020-ra az összes halál 75%-a ezekre lesz majd visszavezethető<sup>22</sup>. Habár vannak olyan kockázati tényezők, amelyek nem kiküszöbölhetőek, illetve nem megelőzhetőek (életkor, nem, genetikai meghatározottság), a társadalmi (kulturális, gazdasági, környezeti tényezők), a biológiai (pl. túlsúly, magas vérnyomás) és különösen az életmód (táplálkozás, testmozgás, alkoholfogyasztás és dohányzás) kockázatok túlnyomó része megelőzhető. Az iparosodott országokban jelentős változás következett be, amikor a javarészt növényekre alapozott étrendet felváltotta a magas zsírtartalmú, energiadús, jelentős mennyiségű állati eredetű élelmiszert tartalmazó étrend sok cukorral, nagy mennyiségű telített zsírsav fogyasztásával, kevesebb rost-, zöldség- és gyümölcsbevitellel<sup>22</sup>. Ez a változás felgyorsította a krónikus betegségek elterjedésének sebességét. Többféle daganatos betegséget lehetne visszaszorítani a táplálkozási szokások helyes irányú megváltoztatásával, a tüdőrák 5%-os, a vastagbélrák 50%-os előfordulásigyakoriság-csökkenését lehetne például elérni a magas zsír- és alacsony zöldségtartalmú étkezéssel való lemondással<sup>26, 27</sup>. Lehetséges összefüggés van még az emlőrák és a zsírban gazdag táplálkozás, valamint a méhnyakrák kialakulása és az alacsony A-vitamin, valamint bétakarotinbevitel között. A kevés bétakarotinbevitelnek szerepe van a tüdőrák kialakulásában is. Több kutató nem talált egyértelműen pozitív korrelációt az alacsony zsír-, illetve kalóriabevitel és az emlőrák kisebb előfordulási gyakorisága között<sup>7, 29-31</sup>.

Fontos a rostos táplálkozás, a zöldségeknek – különös tekintettel a bennük lévő folsavra – védőhatásuk van<sup>7</sup>. Káros a sok állati eredetű élelmiszer, elsősorban a hús túlzott fogyasztása, mert az megnöveli a vastagbél-, a tüdő- és a prosztaták kialakulásának kockázatát<sup>31-34</sup>.

A megfelelő mennyiségű kalcium, egyéb ásványi anyag és nyomelem bevitel, a vas, a szabadgyököket eltávolító antioxidánsok (mint az A-, C- és E-vitamin, a bétakarotin, a cink, a szelén) mind alapvetően fontos védőhatást fejtenek ki<sup>27, 35</sup>.

Mindezeket figyelembe véve négyféle étel/tápanyag bevitelét hasonlítottuk össze a táplálkozási szokások egészség szempontú méréséhez: a zöldség-, a gyümölcs-, a cukor- és az állati eredetű zsír fogyasztását. Ennek eredményeit tartalmazzák a 10. és 11. táblák.

**10. táblázat. Néhány élelmiszer fogyasztása (2000)**

	Gyümölcs	Zöldség	Cukor	Állati eredetű zsír
	kg/fő/év	kg/fő/év	kg/fő/év	gr/fő/nap
Izrael	126,5	222,6	51,5	5,4
Magyarország	82	101,9	58	45,3
Csehország	69,3	75,8	45,5	17,6
Hollandia	122,1	86,6	46,3	19,1
Németország	132,3	91	41,5	35,6
Egyesült Királyság	83,7	83,8	37,4	16,4
Egyesült Államok	124,2	127,5	71,9	13,6

*Forrás: FAO Statistical Database és Countrywatch*

**11. táblázat. Táplálkozási szokások pontszáma**

	Gyümölcs	Zöldség	Cukor	Zsír	Átlag
Izrael	9	10	4	10	8
Magyarország	3	5	3	1	3
Csehország	1	1	7	6	4
Hollandia	7	3	6	5	5
Németország	10	4	9	2	6
Egyesült Királyság	3	2	10	7	5
Egyesült Államok	8	6	1	8	6

## b) Vallásosság

Az elmúlt két évtizedben könyvek és tanulmányok sokasága jelent meg a vallásos hit és az egészségi állapot összefüggéseiről, elsősorban a depresszió, a szívbetegségek, a magas vérnyomás, a stroke, a rosszindulatú daganatos megbetegedések, valamint az immunrendszeri problémák, továbbá a dohányzás, a drogfogyasztás és az életmód egészségre gyakorolt jó és rossz hatásait vizsgálták, illetve a vallásossággal való összefüggésüket. A vallásos hit és elkötelezettség, valamint a vallásgyakorlás befolyását kutatták az egészségügyi szolgáltatások igénybevételéről szóló döntésekre, illetve bizonyos kezelések alkalmazásának engedélyezésére avagy megtagadására<sup>36</sup>. Hogy hogyan befolyásolja a hit az egészséget, a mechanizmus még nem pontosan ismeretes, de meggyőző kutatási eredményeket kaptak többen is a szoros statisztikai korrelációra vonatkozóan. A hit psychoneuroimmunológiai hatásainak feltárása során arra jöttek rá, hogy a hit befolyásolni tudja bizonyos hormonok mennyiségét, mégpedig úgy, hogy javítja az idegek működéséért felelős agyi területek aktivitását, és az immunfunkciókhoz kötődő hormonok termelődését segíti elő<sup>37</sup>. Több tanulmány alátámasztja, hogy a vallásosok egészségesebbek és hosszabb életre számíthatnak<sup>38-41</sup>. Ezt még akkor is igaznak találták, ha figyelembe vettek olyan kockázati tényezőket is, mint például az életkor, testsúly vagy dohányzás, iskolázottság, jövedelem stb.<sup>38, 39</sup>. Több kutatás a vallásos betegek gyorsabb gyógyulását mutatta ki<sup>42, 43</sup>.

Egy másik fontos kutatási vonal, a vallásos betegek pszichológiai szempontú összevetése a nem vallásosakkal. Minden ilyen irányú kutatás egybehangzóan azt állítja, hogy pszichiátriai szempontból a hitnek jótékony hatása van az egészségre<sup>44-49</sup>.

A vallásosság alakulásáról az elmúlt tíz évet tekintve azt mondhatjuk, hogy csökkenő tendenciát mutat a templomba járók aránya a fejlett országok háromnegyed részében. A legmagasabb rátát és legerősebb hitet az Egyesült Államokban találjuk, ott 40% felett van azok aránya, akik hetente járnak templomba. Nagy-Britanniában ugyanakkor 27, Franciaországban 21, Svédországban 4, a távoli Japánban pedig a népesség mindössze 3%-a látogatja sűrűn a templomot<sup>50, 51</sup>. Egy felmérés szerint az amerikaiak 53%-a mondja azt, hogy a vallás nagyon fontos szerepet tölt be az életében, miközben a briteknek 16, a németeknek pedig csak 13%-a vallja ugyanezt<sup>52</sup>. Izrael esetében érdemes megemlíteni, hogy egy felmérés szerint az izraeli zsidók 90%-a betartja a hagyományos húsvéti ünnepek étkezési előírásait, 66%-uk érvényesnek tekinti a tízparancsolatot, 75% pedig úgy gondolja, hogy Isten nem fogja megbüntetni azokat, akik nem tartják be a tízparancsolat által előírtakat<sup>53</sup>.

**12. táblázat. Vallásosság (felnőtt népesség %-ában)**

	Hetente legalább egyszer templomba járók	Ateisták, nem elkötelezettek, egyéb/1	Ateisták, nem elkötelezettek, egyéb/2	Hisz Isten létezésében	Hisz a halál utáni életben	Hisz a pokol létezésében
Izrael	59	3,2	2	43	21,9	22,5
Magyarország	21	7,5	8	30,1	10,6	5,8
Csehország	14	39,8	40	n. a.	n. a.	n. a.
Hollandia	35	40	36	24,7	26,7	11,1
Németország	14	28,3	26	27,3	24,4	9,3
Egyesült Királyság	27	25	n. a.	23,8	26,5	12,8
Egyesült Államok	44	10	10	62,8	55	49,6

*Forrás: World Values Survey 1990–91, 1995–97; CIA The World Factbook 2002; Countrywatch; Religion Watch January 1997 és ISSP Surveys 1991&1993 University of Chicago*

**13. táblázat. Vallásosság pontszáma**

	Templomba járás	Ateisták/1	Ateisták/2	Isten, túlvilági élet, pokol hit	Átlag
Izrael	10	10	10	8	10
Magyarország	3	8	8	2	5
Csehország	1	2	1	1	1
Hollandia	7	7	2	3	5
Németország	1	1	3	3	2
Egyesült Királyság	5	5	4	4	5
Egyesült Államok	9	9	7	10	9

c) Szenvedélybetegségek

*A dohányzás*

Úgy tűnik, a dohányzás a szegények „öröme”. Ma összesen mintegy 1,1 milliárd ember dohányzik, 80%-uk szegény vagy közepesen szegény országokban. Évente 80–90 ezer fiatal kezd el dohányozni világszerte. A dohányzás évi 4 millió embert öl meg, azaz 10 halálból 1 a cigaretta számlájára írható, 2030-ra pedig 10 millióra nőhet ez a szám, ami azt jelentené, hogy minden hatodik haláleset hátterében a dohány áll majd – állítja a Világbank<sup>54</sup>. Egyes számítások szerint évi 200 milliárd dollár veszteséget jelent a világnak a dohányzás, ha az azzal kapcsolatos betegségek gyógykezelésének költségeit, illetve a kieső jövedelmet számítjuk<sup>55</sup>. Az OECD legfrissebb adatai szerint<sup>24, 25</sup> a tagországok közül, a magát napi dohányosnak vallók aránya a felnőtt lakosság körében a legalacsonyabb Svédországban (18,9%), az Egyesült Államokban (19%) és Ausztráliában, valamint Kanadában (19,8%), a legmagasabb pedig Hollandiában (32%), Japánban (32,9%) és Görögországban (35%). Természetesen, a különböző felmérések eltérő eredményeket mutatnak. A WHO legújabb felmérése<sup>56</sup>, például azt mutatta, hogy Európa országai közül Finnországban dohányoznak a legkevesebben (a felnőtt lakosság 23%-a), és ennek megfelelően a finnek növekvő várható életkorral számolhatnak. A dohányzással kapcsolatba hozható betegségek nagyon sokrétűek,

és talán ma még nem is ismerjük a teljes listát. Amit kétséget kizáróan tudunk, azok az alábbiak:

- Szív- és érrendszeri betegségek (magas vérnyomás, érlemeszesedés, szívkoszorúér-megbetegedés, perifériás érbetegségek, szívinfarktus, szívritmuszavarok, stroke, visszérgyulladás);
- Légúti megbetegedések (bronchitisz, ormellék és homloküreggyulladás, tüdőtágulat, gége- és tüdőrák);
- Szájüregi betegségek (fogágybetegségek, száj- és nyelvrák);
- Emésztőszervi betegségek (nyelőcső-, nyombél- és gyomorfekély, gyomor- és hasnyálmirigy rák);
- Vizeletkiválasztó rendszer betegségei (vese- és húgyhólyagrák);
- Csontritkulás, impotencia, Alzheimer-kór, szenilitás, szürkehályog<sup>7, 19, 55, 57-63</sup>.

Most sorra vesszük tehát a legfontosabb dohányzásokozta betegségeket, és igyekezünk feltárni jelentőségüket egy ország lakosainak egészségi állapotában.

A dohányzás kóroki szerepét a *tüdőrákos* halálzásban számos tanulmány igazolta<sup>61-71</sup>. A rendszeresen dohányzók között tizenötször gyakrabban észleltek tüdőrákos megbetegedést mint a nemdohányzók között. Egy vizsgálat eredménye szerint a tüdőrákban megbetegedetteknek csupán 2%-a nem dohányzik vagy korábban nem dohányzott rendszeresen<sup>71</sup>. Az 1920–1990 közötti időszakra vonatkozóan a cigarettafogyasztás és a tüdőrákos halálzás amerikai statisztikai adatait összevetve látható a szoros korreláció, valamint az, hogy egészségpolitikai intézkedésekkel az 1990-es évekre elérték a dohányosok arányának 22%-ra mérséklődését, és ezzel párhuzamosan a tüdőrákos incidencia csökkenő tendenciáját. Amíg 1984-ban 100 ezer főre számítva 87 új megbetegedést észleltek, addig 1990-re ez a szám 40-re mérséklődött<sup>72</sup>. A dohányfüstben kb. 4 ezer kémiai anyagot azonosítottak, ebből legalább 250 olyan kémiai vegyület, amely mérgező és 43 amely karcinogén<sup>63, 73, 74</sup>. A tüdőrák kialakulása szempontjából különösen az aromás szénhidrogének, a nitrozoaminok és a keletkezett szabad gyökök veszélyesek, miközben a nikotin karcinogén szerepe nem bizonyított<sup>75</sup>. Az elszívott cigaretta mennyisége, a dohányzással eltöltött évek száma, a füst leszívásának intenzitása, a cigaretta nikotin-, kátrány-, nitrózamin- és pácoló anyag tartalma, valamint az, hogy milyen módon ég el a dohány, egyaránt befolyásolhatják a tüdőrák kialakulásának kockázatát<sup>57, 75</sup>.

Kovács szerint<sup>75</sup> a kockázat 14-szeres, az American Council on Science and Health vizsgálatai szerint a férfiaknál 27-szeres, a nőknél 14-szeres a cigarettázók körében<sup>74</sup>. Természetesen más tényezők is szerepet játszanak a tüdőrák kialakulásában. Annak ellenére például, hogy Japánban többen dohányoznak mint mondjuk Angliában, a tüdőrák előfordulása mégis mindössze 2/3-a az ottaninak. Ennek okaként a táplálkozást, a hal, a szója, bizonyos zöldségek és a zöld tea fogyasztását jelölték meg<sup>76</sup>. Sok tanulmány a tüdőrák vonatkozásában hozzátételegesen 20%-os kockázatnövekedést tulajdonít a passzív dohányzásnak. A tüdőrák ma még nehezen gyógyítható, az ötéves túlélés egyes vélemények szerint 10–15, mások szerint csak 8–15%-os, miközben ugyanez a vastagbélráknál 61%-os, az emlőráknál 86%-os és a prosztataráknál 96%-os.

Több szerző külön kiemelte a *krónikus obstruktív tüdőbetegség* (COPD) és a tüdőrák együttes előfordulásának gyakoriságát, tekintve, hogy a dohányzás mindkét betegség kockázati tényezője<sup>68, 71, 77-79</sup>. Az ún. krónikus obstruktív tüdőbetegségek – amelyek évente közel 120 ezer amerikai áldozatot szednek – 80–90%-át a dohányzás okozza. A dohányosok tízszer akkora eséllyel halnak meg ebben a betegségben mint a nemdohányzók<sup>63</sup>. Amikor erről a betegségről beszélünk, elsősorban krónikus bronchitisre és tüdőtágulásra kell gondolnunk.

A *szívkoszorúér megbetegedések* jelentős része is egyértelműen összefüggésbe hozható a dohányzással<sup>22, 61, 68, 80-82</sup>. Az elszívott cigaretta mennyiségétől függően a kockázat lehet akár ötszöröse is a nem cigarettázókénak. A Smith–Pratt szerzőpáros<sup>10</sup> becslése szerint a dohányzás okozza a szívkoszorúér-megbetegedések 22%-át, és ezzel a harmadik helyen áll az első ok, a magas (200 mg/dl feletti) koleszterinszint (43%) és az azt követő testmozgáshiány (35%) mögött.

A negyedik dohányzással összefüggő súlyos betegségcsoport, az ún. *orális (szájüregi) rákok*. Szinte minden ezzel foglalkozó orvos, kutató meggyőződése, hogy a dohányzás, az orális rákok keletkezésében a legfontosabb tényező<sup>10, 57, 58, 61-63, 80, 83-85</sup>. A világban az orális rák, ma a hatodik leggyakoribb daganatos megbetegedés fajta<sup>28</sup>. A szájüregi rákok miatti halálzás több mint 85%-

árt a dohányzás tehető felelőssé. Az American Council on Science and Health számításai szerint a dohányzó férfiaknak 27, a nőknek 6-szoros kockázatuk van a nyelv-, száj-, nyálmirigy- és légcsőrák-kialakulásra a nem dohányzókhöz képest<sup>74</sup>. A dohány szinergikusan hat az alkohollal<sup>57, 84, 86-91</sup>, az együttes jelenlét többszörösére emeli a szájüregi rákok számát, megnöveli a gégerák és a nyelvcső daganatos megbetegedésének előfordulási gyakoriságát<sup>88, 92-95</sup>. A szájüregi rákkal kezelt betegeknek sajnos ma még rossz a túlélési esélyük, többnyire azért, mert későn fedezik fel a betegséget. Az orális carcinomás betegek mindössze 30–40%-a éli túl az öt évet<sup>84</sup>.

Vannak bizonyítékok arra vonatkozóan is, hogy a dohányzás növeli a vastagbél<sup>96</sup>, vagy a méhnyak<sup>26</sup> daganatos megbetegedésének kockázatát.

**14. táblázat. Dohányzók aránya %-ban (1988–1999 átlaga)**

	Felnőtt férfiak %-ában	Pontszám	Felnőtt nők %-ában	Pontszám
Egyesült Államok	28	10	22	5
Csehország	28	10	12	10
Egyesült Királyság	29	9	28	2
Izrael	33	7	25	4
Hollandia	37	5	30	1
Németország	43	2	30	1
Magyarország	44	1	27	3

*Forrás: Health, Nutrition & Population The World Bank Group. HNPStats*

#### *Az alkoholfogyasztás*

Az alkohol egészségkárosító hatását leginkább bizonyos daganatfajták előfordulási gyakoriságával szokták összefüggésbe hozni, és itt elsősorban a májrákra, a szájüregi rákokra, az emlő- és vastagbél rosszindulatú daganatos megbetegedéseire kell gondolnunk. A hatásmechanizmus nincs még tisztázva, a tiszta ethanol például soha nem találták karcinogénnek<sup>91</sup>. Az ezzel foglalkozó szakemberek azt feltételezik, hogy az alkoholtartalmú italok más anyagokkal kölcsönhatásban hozzák létre ezt a hatást<sup>65</sup>. Ilyen szinergikus anyagok például az italokban található egyéb vegyületek vagy – ahogy az előző részben utaltunk rá – a dohány. A fejlett országokban, a szájüregi rákok számának növekedését az emelkedő alkoholfogyasztással hozták összefüggésbe<sup>57, 92, 97-100</sup>. Minden vizsgálat azt mutatja, hogy nagy mennyiségben fogyasztva bármely alkoholos ital káros, főként a szájüregi rákokat tekintve<sup>92, 99, 100</sup>. Most két különböző forrásból származó adatot vettünk alapul az ország-pontok meghatározásához, mert elég jelentős eltérést tapasztaltunk.

**15. táblázat. Alkoholfogyasztás (liter/fő/év)**

	A 15 év felettiek%-ában (2000)	A teljes lakosság %-ában (1999)
Izrael*	2*	0,8**
Magyarország	11,1	9,7
Csehország	11,8	10,5
Hollandia	11,1	9,7
Németország	10,5	10,6
Egyesült Királyság	10,2	8,1
Egyesült Államok	8,3	6,7

*Forrás: OECD Health Database; Israel Society for the Prevention of Alcoholism és World Drink Trends*

\*1992

\*\*1995 (1999-ben Izrael nem szerepelt az első 50 ország között az egy főre jutó

alkoholfogyasztás tekintetében)

	dohányzás (férfiak)	dohányzás (nők)	Alkohol/1	alkohol/2	Átlag
Izrael	7	4	10	10	8
Csehország	10	10	1	2	6
Magyarország	1	3	2	3	2
Hollandia	5	1	5	6	4
Németország	2	1	4	1	2
Egyesült Királyság	9	2	3	6	5
Egyesült Államok	10	5	7	8	8

**16. táblázat. Káros szenvedélyek összevont pontszáma**

### *II/3. Politikai tényezők*

Hogy hogyan hat a politikai döntéshozatal, a demokrácia foka és az egészségre fordított források nagysága az egészségi állapotra, azt három tényező segítségével kíséreltük meg mérni: az egészségügyre fordított állami kiadások arányával, a demokratikus politikai jogok gyakorlásának lehetőségével (harminc évre visszamenőleg), valamint vásárlóerő-paritáson számolva az egy főre jutó egészségügyi kiadások mértékével.

#### a) Állami részvétel az egészségügy finanszírozásában

Az egészségbiztosítási rendszer felépítése determinálja a finanszírozási források összetételét is, azaz egy olyan modellben, ahol például univerzális társadalombiztosítási rendszer van (Németország, Franciaország, Magyarország) természetesen fokozott elvárás nyilvánul meg a kormányzat felé a finanszírozási források biztosítására. Azt is megállapíthatjuk, hogy az ún. állam által vezérelt, későn iparosodott (Katzenstein)<sup>101</sup> országokban (mint például Franciaország vagy Németország) általában nagyobb a szociális közkiadások (és ezen belül az egészségügyre fordított kiadások) GDP-hez viszonyított aránya. Kivételek persze itt is akadhatnak, például Japán. Mindazonáltal azok a döntéshozók (bürokraták), akik az államháztartás egyes tételei felett rendelkeznek, bizonyos mértékű döntési szabadságot élveznek a tekintetben, hogy mekkora forrást ítélnék meg egy-egy célra. Az alábbi táblázatban összevetettük az általunk vizsgált országokat abból a szempontból, hogy milyen mértékben járulnak hozzá állami források az egészségügy finanszírozásához. Nehéz volt azonban a dolgunk az állami részvételi arány pontosításánál. Vajon pozitív, netán negatív hatást gyakorol az állami részvétel az egészségi állapotra avagy indifferens? Kétségtelen, hogy egymásnak ellentmondó eredményre jutottak a különböző kutatók, amikor ezt a kérdést vizsgálták, és kvantitatív mutatók alapján kísérelték meg az összefüggést igazolni. Mi végül úgy döntöttünk, hogy minél nagyobb arányban járul hozzá az állam a kiadásokhoz, annál magasabb pontszámot adunk, mert ugyan a magánsektor általában hatékonyabb, de az egészségügyi szolgáltatásoknál ezt az összefüggést nem sikerült egyértelműen bizonyítani. Elég ha csak az Egyesült Államok esetére gondolunk, ahol a világon a legmagasabb nem csak az egy főre jutó és a GDP-arányos, de a magánforrásokból finanszírozott egészségügyi kiadás is.

**17. táblázat. Egészségügyre fordított közkiadások, az összes egészségügyi kiadás %-ában (2000)**

	Közkiadás az összes eü.-i kiadás %-ában	Pontszám
Izrael	75,9	8
Magyarország	75,7	8
Csehország	91,4	10
Hollandia	67,5	6
Németország	75,1	8
Egyesült Királyság	81	9
Egyesült Államok	44,3	1

*Forrás: OECD, WHO*

b) Politikai szabadság

Úgy gondoljuk, erős hatással van egy ország politikai légköre (elnyomás avagy demokrácia érvényesül), a civil szerveződések szerepe, a sajtószabadság és egyéb esetleges szabadságjogokat korlátozó tényezők az adott ország állampolgárainak egészségi állapotára. Itt elsősorban a mentális állapotra, a stresszhelyzetek gyakoriságára gondolunk.

Az állampolgári szabadság fokát a Freedom House által az elmúlt harminc évet felölelő pontozás alapján értékeltük. A Freedom House olyan mutatót képezett, amely a politikai jogokat és a civil szabadságot ötvözi. (Németország esetében 1990-ig az NDK és az NSZK értékeit átlagoltuk, Csehországnál pedig a két ország szétválasztásáig Csehszlovákia pontszámait tekintettük érvényesnek, később pedig a Cseh Köztársaságét.) Az általunk használt mutatót oly módon nyertük, hogy átlagoltuk az 1972–2002 közötti intervallumba eső éves rátákat.

**18. táblázat. Politikai szabadságjogok (1972–2002)**

	Politikai szabadság	Pontszám
Izrael	1,95	8
Magyarország	4,28	3
Csehország	5,25	1
Hollandia	1,1	10
Németország	3,11	6
Egyesült Királyság	1,14	9
Egyesült Államok	1,1	10

*Forrás: Freedom House: Freedom in the World Country Rating 1972–73 to 2001–2002. November 2002*

c) Egy főre jutó egészségügyi kiadások

Több kutatás nem túl erős pozitív korrelációt talált az egy főre jutó egészségügyi kiadások nagysága és az egészségi állapot között, akadtak azonban olyan eredmények is, amelyeknek nem sikerült ezt az összefüggést kimutatni. Mi felvettük a vizsgálandó

determináns tényezők közé az egy főre jutó kiadást, természetesen vásárlóerő paritáson. Azért döntöttünk így, mert az orvosi/biológiai technológia számottevő és gyors fejlődésen megy keresztül, és ez a változás az egyre költségesebb diagnosztikai és terápiás eljárások irányába tolja el a súlyt, ezenkívül pedig az extenzív gyógyszerkutatásoknak köszönhetően, egyre szélesedik a bizonyos betegségek kezelésére alkalmas szerek köre, és ennek megfelelően természetesen az orvos (a beteg vagy mindkettő) dönthet drágább készítmények felírásáról/megvásárlásáról is.

**19. táblázat. Egy főre jutó GDP és egészségügyi kiadás (US\$ PPP), valamint a közkiadások aránya az összes egészségügyi kiadás %-ában**

	Eü.-i kiadások US\$/fő/PPP (2000)	Közkiadás aránya (2000)	GDP/fő US\$PPP (2002)	Eü.-i közkiadások US\$/fő(PPP) 2000	Pontszám
Izrael	1 531	75,9	19 000	1 162	4
Magyarország	830	75,7	13 300	628	1
Csehország	1 023	91,4	15 300	935	2
Hollandia	2 225	67,5	26 900	1 502	6
Németország	2 476	75,1	26 600	1 859	7
Egyesült Királyság	1 569	81	25 300	1 271	4
Egyesült Államok	4 499	44,3	36 300	1 993	10

*Forrás: WHO, CIA The World Factbook, OECD*

Minél magasabb egy országban az egy főre jutó GDP, annál többet fognak költeni állampolgárai egészségügyre. Ez persze csak így, nominális értéken kifejezve igaz, ha az egészségügyi kiadásokat a GDP-hez viszonyítjuk, akkor nem ilyen szoros a korreláció.

Az utolsó előtti oszlopban láthatjuk, hogy az állam ténylegesen hány dollárt költött (vásárlóerő paritáson számolva) egy állampolgárára, és hasonlítsuk össze ezt az adatot! Vajon politikai döntéssel lehet-e olyan segítséget nyújtani az egészségügyi rendszernek, amellyel javulás érhető el az egészségi állapotot tekintve? Láthatjuk, hogy míg az Egyesült Államok a legalacsonyabb, kevesebb mint 45%-os arányban járul hozzá központilag az egészségügyi kiadásokhoz, ha dollárban számítva, egy főre nézzük, még mindig az amerikaiak kapják a legtöbb pénzt kormányuktól, vásárlóerő paritáson számítva, kicsivel kevesebbet mint 2000 dollárt, miközben egy magyar ennek kevesebb mint harmadával kell, hogy beérje. A béreket leszámítva azonban a gyógyszerek, diagnosztikai berendezések, gyógykezelésre szolgáló gépek mind-mind ugyanannyiba kerülnek a világpiacon, akár kelet-európai, akár nyugati ország vásárolja őket. A pontszámokat végül a vásárlóerő paritáson számolt egy főre jutó egészségügyi kiadások alapján állapítottuk meg.

Negyedik eszközváltozóként figyelembe vettük még a lakosság korösszetételét is.



**A célváltozókat és az eszközváltozókat összefoglalva az alábbi táblázatokat kaptuk:**

	Cseh-ország	Német-ország	Nagy-Britannia	Izrael	USA	Hollandia	Magyarország
1. Születéskor várható élettartam	3	8	6	10	5	9	1
2. Várható egészséges élettartam	6	10	9	9	7	9	1
3. Daganatos halálozási ráta							
Férfiak	2	6	7	10	7	5	1
Nők	5	10	7	10	9	8	1
3. Szív- és érrendszeri betegségek miatti halálozás	2	5	7	10	8	9	1
<b>PONTSZÁMOK ÖSSZESEN</b>	<b>18</b>	<b>39</b>	<b>36</b>	<b>49</b>	<b>36</b>	<b>40</b>	<b>5</b>
<b>ÁTLAGOS ÉRTÉK</b>	<b>3,6</b>	<b>7,8</b>	<b>7,2</b>	<b>9,8</b>	<b>7,2</b>	<b>8</b>	<b>1</b>
1. Természeti							
Domborzati viszonyok	3	5	9	6	8	6	2
Levegőszennyezettség	4	7	6	6	1	5	10
Vízszennyezettség	8	10	2	2	4	1	1
	Cseh-ország	Német-ország	Nagy-Britannia	Izrael	USA	Hollandia	Magyarország
2. Társadalmi							
Testmozgás (életmód/1)	9	7	5	3	8	9	1
Táplálkozás (életmód/2)	4	6	5	8	6	5	3
Vallás	1	2	5	10	9	5	5
Káros szenvedélyek	6	2	5	8	8	4	2
3. Politikai tényezők							
Egészségügyi közkiadások	10	7	9	5	1	6	8
Politikai szabadságjogok	1	6	9	8	10	10	3
Egy főre jutó egészségügyi kiadások	2	7	4	4	10	6	1
4. Demográfiai tényező							
65 évnél idősebbek aránya	5	1	2	10	7	5	3
<b>PONTSZÁMOK ÖSSZESEN</b>	<b>53</b>	<b>60</b>	<b>61</b>	<b>70</b>	<b>72</b>	<b>62</b>	<b>39</b>
<b>ÁTLAGOS ÉRTÉK</b>	<b>4,8</b>	<b>5,5</b>	<b>5,6</b>	<b>6,4</b>	<b>6,6</b>	<b>5,6</b>	<b>3,5</b>
<b>Hatékonyaság = CÉL/ESZKÖZ</b>	<b>0,75</b>	<b>1,42</b>	<b>1,29</b>	<b>1,53</b>	<b>1,09</b>	<b>1,43</b>	<b>0,28</b>

A fentiekből az látszik, hogy az első helyet Izrael vívta ki, követői a második és harmadik leghatékonyabb rendszerek: a holland és a német, középen helyezkedik el az angol, jóval kevésbé hatékony az amerikai és a két leginkább hatékonytalan a cseh és a magyar egészségügyi rendszer.

Igy azután elmondhatjuk, hogy az egészségügyi rendszerek működtetésénél a hatékonyságot nem a piaci mechanizmusok kiterjedtsége (Egyesült Államok), és nem is a szinte tisztán állami tulajdon és finanszírozás (Csehország, Magyarország) adják. Elemzésünk alapján úgy tűnik, hogy a kölcsönösségen alapuló, nagyrészt állami, de magánpénztárak bevonásával működtetett rendszerek azok, amelyek képesek a determinánsok milyenségéhez képest a legjobb egészségi állapot mutatókat elérni, azaz ezek a leghatékonyabbak. Rendkívül rossz hatékonysággal bírnak a volt szocialista országok egészségügyi rendszerei, és nem sokkal előzi meg őket az olyan szinte tisztán piaci szisztéma mint az amerikai. Az angol rendszer, amely a mezőny közepén foglal helyet, nagyrészt állami finanszírozással, sok közintézménnyel, szolgáltatóval, viszont piaci alapon létrejött szerződésekkel működik (fundholding rendszer). Kornai koordinációs mechanizmusokra vonatkozó tipizálását felhasználva azt mondhatjuk, hogy a piaci és bürokratikus rossz, miközben az etikai koordináció jó az egészségügy területén<sup>102</sup>. Polányi csoportosításában ez úgy néz ki, hogy a reciprocitás hatékony, a redistribúció és a piaci csere ellenben nem az (természetesen ez csak az egészségügyi rendszerre vonatkozik)<sup>103</sup>.

Röviden ismertetjük az összehasonlított országok egészségügyi rendszereinek történetét.

### **Izrael**

„Minden izraelita felelős a másikért” – írja a Talmud, és ez jellemzi az ország egészségügyi rendszerét is. Megalapítása idején, az izraeli egészségügyi rendszer a szervezett szociális ellátásból nőtt ki, és létrehozása társadalmi konszenzusból fakadt (a társadalom a felelős tagjai egészségéért). Az állam kezdetektől aktív szerepet vállalt az egészségügyi ellátási hálózat megteremtésében és finanszírozásában. Az izraeli egészségügyi rendszer legfontosabb alapelve: az erőteljes állami szerepvállalás ötvözése az önkéntes betegbiztosítási alapok – kölcsönösségen és az egymás iránti felelősségérzetten nyugvó – rendszerével.

Amikor Palesztina az Ottoman birodalom része volt (a 16. századtól 1917-ig), a közegészségügy mindössze karanténok működtetésére és orvosi engedélyek kiadására terjedt ki. A 17. században zsidó önkéntesek és európai zsidó közösségek orvosokat és gyógyszereket küldtek, hogy megvédjék a zsidó telepeseket a keresztény misszionáriusoktól, akik kórházakat alapítottak és ellátták a helyieket. A 19. században európai zsidó közösségek alapítottak néhány klinikát a régi Jeruzsálem zsidó betegeinek gyógyítására és a szegények ellátási költségeinek fedezésére. Az első zsidó kórházat 1854-ben alapították Jeruzsálemben (Rothschild Hospital), később vidéken is emeltek kórházat a környéken élő földművesek gyógyítására<sup>2</sup>. A 20. század eleje sok változást hozott. A telepések tudták, hogy ahhoz, hogy magukon segítsenek, a többieket kell segíteni. 1911-ben mintegy 150 bevándorló mezőgazdasági munkás összefogott, és egy kölcsönös segítségnyújtáson alapuló, egészségügyi ellátásról gondoskodó társaságot hozott létre Jaffában. (Ez volt a Kupat Holim Clalit [Általános Betegbiztosítási Alap], amely még ma is Izrael legnagyobb betegbiztosítási alapja.) Jövedelmük egy részét félretették, hogy abból finanszírozzák a betegek ellátási költségeit. 1911 és 1913 között alakította meg a Hebrew Medical Associationt (Héber Orvosi Szövetség) tizenkét tel-avivi orvos, és a Hadassah női szervezet elődei ezekben az években építették ki az első közösségi védőnői szolgálatot Jeruzsálemben.

A mai egészségügyi rendszer alapjait zsidó közösségek és az angol – mandátum alapján kormányzó – hatóságok rakták le, együttműködve. 1920-ban a britek létrehozta egy kormányzati egészségügyi szolgálatot. Az ún. Sanitation Department (Köztisztasági Hivatal) felügyelte az ivóvíz minőségét, kötelezővé tette a himlő, a tífusz és a kolera elleni védőoltást,

szemészeti klinikákat állított fel és malária elleni kampányt folytatott. A kormányzat erőfeszítéseit elsősorban az arabok lakta városokra koncentrált, hiszen a palesztinai zsidó közösségek addigra már kiépítették maguknak az egészségügyi intézményeket.

Az egészségügyi rendszer kezdetben voltaképpen állami és privát szolgáltatók kombinációja volt. Részt vettek benne a kormányzó hatóság, a keresztény misszionáriusok, a zsidó és arab önkormányzatok, a Hadassah szervezet és a betegbiztosítási alapok egyaránt. (A Clalit mellett időközben három kisebb kölcsönös betegbiztosítási alap is megkezdte működését: a Maccabi, a Leumit és a Meuhedet.) Az orvosok alkalmazottként dolgoztak, a betegek pedig szabadon dönthettek, hogy belépnek-e valamelyik betegbiztosítási alapba. Az alapok maguk szedték be a – tetszőleges mértékű – biztosítási díjat tagjaiktól, és cserébe, abból gazdálkodva – szintén belátásuk szerint – biztosítási fedezetet, valamint egészségügyi ellátást kínáltak. Egyedül a legnagyobbnak, Clalitnak volt – és van jelenleg is – saját kórházhálózata. A kormányzó hatóság kezdettől fogva tervezte, felügyelte és engedélyezte az egészségügyi szolgáltatásokat, mindamellett közvetlenül maga is nyújtott szolgáltatásokat, elsősorban olyanokat, amelyeket az alapok egyáltalán nem, vagy csak nem kielégítően tudtak nyújtani (például mentálhigiénés kezeléseket, krónikus betegek fekvőbeteg-ellátása). Kiépítettek továbbá egy hatósági kórház-hálózatot, amelynek tulajdonosa később az Egészségügyi Minisztérium lett.

1920-ban a Clalitot, az abban az évben megalakult munkás szakszervezeti tömörülés, a Histadrut vette át. A Clalit tíz évvel később, 1930-ban alapította Afulában első kórházát<sup>3</sup>. Kiemelt szereplője volt az egészségügyi ellátórendszernek a Hadassah Medical Organization (Hadassah Orvosi Szervezet), amelyet egy amerikai női szervezet hozott létre, és amely 1922-ben megalapította a jeruzsálemi Hadassah kórházat. Később több másik városban is építettek és működtettek kórházakat, elsősorban gyermekek ellátására (1927-ben 17, 1946-ban, pedig már 90 gyermekklinikájuk fogadta a kicsiket).

1948. május 14-én, Izrael állam megalakulásakor, már egy fejlett, jól kiépített egészségügyi infrastruktúra működött az országban. Az egészségügyi ellátás tekintetében az állami felelősség még kiterjedtebbé vált azáltal, hogy a kormányzat vette kezelésébe az angol hatóságoktól örökölt egészségügyi intézményeket, új kórházakat épített és működtetett, létrehozta az Egészségügyi Minisztériumot, regionális egészségügyi hivatalokat és egy epidemiológiai központot állított fel, kiépítette az anya- és csecsemőgondozó hálózatot<sup>4</sup>. Ezzel egy időben a Clalit is kibővítette kórházi és klinikai hálózatát (egy kormányhatározat nyomán költségvetését 20%-kal megemelték).

1948 végén a zsidó lakosság mindössze 53%-a rendelkezett egészségügyi biztosítással, többségük – mintegy 80% – a Clalitnál<sup>5</sup>. Az állam megalapítását követő két esztendőben Izrael népessége megduplázódott, és ez óriási súlyként nehezedett az egészségügyi ellátórendszerre. Egy évtizeden belül a népesség száma elérte a 2,1 millió főt, a biztosítottak aránya pedig megközelítette a 90%-ot. Mind az Egészségügyi Minisztérium, mind a Clalit erőteljesen növelte egészségügyi ellátó kapacitásait, hogy a drámaian növekvő kereslethez igazodni tudjon. 1953-ra – amikor a Clalitnak már négy kórháza és több száz klinikája működött – a katonai kórházakat is a Minisztérium alá rendelték, így vált a Minisztérium a legnagyobb kórházi szolgáltatóvá. Természetesen a többi kisebb betegbiztosítási alap kísérletet tett a Clalit lépéseinek követésére, és versenybe szálltak újabb klinikák megnyitásával (a kormányzathoz fordultak, megemelt pénzügyi segítséget kérve)<sup>4</sup>.

A szociális problémák kezelésére megalapították 1953-ban a Nemzeti Biztosítási Intézetet (National Insurance Institute of Israel), amely a társadalombiztosítás fő szervezetévé vált. Az egészségügyi biztosításban való részvételére azonban csak az 1995-ös reformot követően került sor. Az 1970-es éveket új közkórházak építése és a költségek rohamos növekedése jellemezte. Az évtized végére Izraelnek a nyugati államokhoz hasonló problémákkal kellett szembenéznie. Később csak növekedtek a gondok. Az 1980-as években megszorítások követték egymást és kísérletet tettek a magánszektor növelésére. 1987-ben megkezdődött egy privatizációs folyamat, amelynek keretében az

állami kórházak számára lehetővé tették olyan szolgáltatások profitra történő árusítását, amelyek nem képezték részét az „alapkosárnak”. Egyre kiterjedtebbé vált a for-profit ambuláns ellátás is, és az Egészségügyi Minisztérium differenciált finanszírozást vezetett be bizonyos ellátásokra. Ennek eredményeképpen néhány igen drága beavatkozás (mint például a by-pass műtét) száma ugrásszerűen megnőtt. Közben folyamatosan emelkedett az életszínvonal, és ezzel párhuzamosan az egészségügyi ellátás iránti kereslet is. A privatizációs folyamat eredménye az lett, hogy együtt, egy épületben létezett állami nonprofit és magán for-profit szolgáltatás, és ez arra ösztönözte a kórházakat, hogy néhány közszolgáltatást magán szolgáltatássá alakítsanak át. Közellátást nyújtó intézmények olyan új és költséges eljárásokat alkalmaztak, amelyeknek hatékonysága még nem volt ismert, de legalábbis megkérdőjelezhető volt.<sup>20</sup> A 90-es évek elejére tarthatatlanná vált a helyzet. A megoldásra váró hét problémakör az alábbi volt.

1.) A népesség elöregedésével együtt járt az időskorúak és krónikus betegek gondozása iránti növekvő kereslet, az egy főre jutó kiadások növekedése részben ennek tudható be. A 65 évnél idősebbek aránya az 1955-ös 4,8%-ról a 80-as évek végére 9% fölé emelkedett.

2.) A 70-es–80-as években ugrásszerűen fejlődött az orvosi technológia, új keresletet teremtve a modern diagnosztikai és terápiás eljárások alkalmazása iránt. Ez viszont számottevő beruházásokat és széles körű szakmai tapasztalatok megszerzését kívánta meg. A költségek (és a hiány) folyamatosan növekedtek. A 60-as évek elején mért 5,5%-os GDP-arányos egészségügyi kiadások a 80-as évek végére 7,8%-ra nőttek, majd a 90-es évek elején elérték a 8,5–9%-ot. Az ellátás magas szintű volt, és sok volt az orvos is (ezer lakosra 3 orvos jutott)<sup>5, 6</sup>.

3.) 1995-re majdnem teljes lefedettséget sikerült elérni, a lakosság 95–96%-a rendelkezett valamilyen egészségügyi biztosítással, ugyanakkor mintegy 200 ezer izraeli még mindig egészségügyi biztosítás nélkül maradt<sup>7, 8</sup>.

4.) Nagy volt az egészségügyi rendszerrel szembeni elégedetlenség, nagy számban voltak olyanok, akik nem kaptak megfelelő ellátást, holott rendszeresen fizették a biztosítási díjat. Nem volt egyértelműen meghatározva az, hogy milyen szolgáltatásokra jogosultak az egyes alapok tagjai. A 80-as évek végére oly nagymértékűvé vált az elégedetlenség, hogy az orvosok és egyéb egészségügyi alkalmazotti csoportok is egyre gyakrabban léptek sztrájkba<sup>8</sup>.

5.) Hiányzott a szabad átvjárás a négy alap között, az alapok némelyike visszautasította az idős, beteg és szegény jelentkezőket, a három kisebb alap átcsábította a vagyonosabb és fiatalabb biztosítottakat, néha még a tisztességtelen eszközöktől sem riadtak vissza.

6.) Az egyes alapoknál nagyon eltérő volt a biztosítottak életkor, vagyoni helyzet és egészségi állapot szerinti összetétele. Az évek során a kisebb alapok kihatották a fiatalokat és a tehetősebbeket, (lefölözték a piacot), és ennek megfelelően jobb szolgáltatásokat tudtak nyújtani tagjaiknak, miközben a Clalitnál maradtak az idősek és betegek.

7.) A legnagyobb alap, a Clalit pénzügyi hiánya egyre nőtt, és 1994-ben már meghaladta az 500 millió dollárt. Ekkorra már csak a biztosítottak 64%-át tudhatta magáénak, miközben 1980-ban még 80%, 1991-ben pedig 72% volt a részaránya<sup>9</sup>. 1980-tól kezdődően a Clalit növekvő versenynek volt kitéve a másik három alap részéről. A tetemes deficit kialakulásának három oka volt: emelkedett az egészségügyi szektorban dolgozók bére, egy fél év alatt 35%-kal nőttek a kórházi kezelési költségek és elapadt a Histadrut támogatása. A Clalitot már csak az állami finanszírozás menthette meg a csődtől.

Számos állami bizottságot neveztek ki azzal a feladattal, hogy javaslatokat tegyenek a szervezeti rendszer, a szolgáltatásnyújtás és a finanszírozás átalakítására a hatékonyság növelése érdekében. A rendszer finanszírozása állami és magánforrásokból történt. Az állami pénzeket a munkáltatók által befizetett adók, a betegbiztosítási alapoknak nyújtott állami segítség, valamint az állami egészségügyi intézmények által nyújtott közvetlen szolgáltatások jelentették. A magán szférából áramló források voltak a tagok által fizetett

díjak és az alapok és magánszolgáltatók által nyújtott szolgáltatások megvásárlására fordított összeg.

1990-ben a State Commission of Inquiry (Állami Kutatási Bizottság) az alábbi lényeges változások szükségességét fogalmazta meg:

- nem szabad több forrást bevonni a finanszírozásra, a meglévőket kell hatékonyabban felhasználni;

- fenn kell tartani az állami finanszírozás meghatározó szerepét és a biztosítottak választási lehetőségét, de meg kell teremteni a közvetlen kapcsolatot a kiadások és a bevételek között;

- nemzeti egészségbiztosítási törvényt kell alkotni, mely rögzítené a lakosság egészének biztosítási lefedettségét, a fizetendő hozzájárulás mértékét és a biztosított egészségügyi szolgáltatások körét;

- az Egészségügyi Minisztérium ne nyújtson egészségügyi szolgáltatásokat a magánembereknek, a betegbiztosítási alapok pedig ne legyenek biztosítók és szolgáltatók egyszerre;

- az egészségügyi hozzájárulások beszedésére és fejkvóta rendszer alapján való szétosztására valamely állami hatóság legyen jogosult<sup>8</sup>.

A bizottsági javaslat közzétételét követő néhány év során (1990–1993) a kormányzat erőfeszítéseit az állami kórházak függetlenné tételére összpontosította, 1992-ben hat állami kórházat önfenntartóvá alakítottak át. A cél az Egészségügyi Minisztérium tehermentesítése volt (hogy ne kelljen kórházakat működtetnie), ám az egészségügyi dolgozók szakszervezete és a Histadrut erős tiltakozása miatt az erőfeszítések hiábavalónak bizonyultak. A kórházak nem váltak for-profit intézménnyé, mindössze a minőségén kívül a költségeket is figyelembe vették.

1994 februárjában lemondott az akkori pénzügyminiszter, Haim Ramon, aki szerette volna lazítani a kapcsolatot a Histadrut és a Clalit között<sup>10</sup>. Lemondása után néhány hónappal elnyerte a Histadrut főtükári székét, így a Clalitnál felhalmozódott, mintegy 500 millió dolláros pénzügyi hiányt csakhamar orvosolni kezdték.

A kormányzat elszánta magát az egészségügyi rendszer átalakítására, ami tulajdonképpen alapvető politikai reform volt<sup>11, 12, 13</sup>. A reform három fő eleme az 1995. januártól életbe léptetett National Health Insurance Law (Nemzeti Egészségbiztosítási Törvény), a kormányzat visszaszorítása az egészségügyi szolgáltatók közül, valamint az Egészségügyi Minisztérium reorganizációja volt.

A törvény nyolc alapvető kérdést szabályozott:

- kimondta, hogy az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés alapvető jog, a kötelező biztosítás minden rezidensre kiterjed;

- mindenki számára garantált egy meghatározott egészségügyi szolgáltatáskosarat;

- kötelezővé tette a betegbiztosítási alapok számára minden jelentkező elfogadását, a biztosítottaknak alapok közötti szabad választási és mozgási lehetőséget adott;

- a biztosítási díjak/járulékok beszedését kormányzati hatáskörbe helyezte (a Nemzeti Biztosítási Intézetet jelölte ki erre a célra);

- bevezette az életkorral kiigazított fejkvóta szerinti reallokációt;

- a kormányzat számára kötelezővé tette az egészségügy pénzügyi forráshiányának pótlását arra az esetre, ha a beszedett biztosítási díjak nem fedeznék a törvényben meghatározott szintű (minden évben indexált) ellátást;

- előírta, hogy az egészségügyi járulékok 0,1%-át az új törvény hatásainak vizsgálatára kell fordítani;

- átmeneti három évre (1998. január 1-jéig) a pszichiátriai kezelések, az idősek gondozása, valamint a prevenciós szolgáltatások felelősségét a betegbiztosítási alapokra hárította át.

Ugyanakkor a törvény kihangsúlyozta, hogy a betegbiztosítási alapokkal versenyző kiegészítő biztosítási formák jelentősége megmarad. Átalakításra került a hozzájárulási rendszer. A munkáltatók hozzájárulása továbbra is a jövedelem 4,95%-a maradt, a

munkavállalók számára azonban 3,1%, illetve 4,8%-os (2 ezer sékel alatti és fölötti jövedelemsávra) hozzájárulási kötelezettség fizetését írták elő, felváltandó az egészségbiztosítási alapoknak korábban fizetett 5–6%-ot. Minimum és maximum értékeket határoztak meg.

A szolgáltatási „alapkosár” meghatározása szintén sok vitát kavart. A törvény egyrészt kiterjesztette, másrészt csökkentette a nyújtandó szolgáltatások körét. (Megtiltotta például a kiegészítő biztosítás kötelezővé tételét, és tilos volt az „alapkosárba” tartozó szolgáltatást a kiegészítő biztosítás keretében nyújtani.)<sup>14</sup>. Végül az alábbi szolgáltatások kerültek be: kórházi ellátás, járóbeteg-ellátás, olcsóbb gyógyszerek, gyermekfogászati szűrés, mesterséges megtermékenyítés, külföldi kezelés (amennyiben Izraelben nem elérhető az a terápia), fizioterápia, szervátültetés és sürgősségi ellátás<sup>15</sup>. A törvény némileg kiterjesztette az állam szerepét, mert az NII feladatává tette a járulékok beszedését és elosztását, betegadatbázis kialakítását és kezelését, munkahelyi balesetek és ártalmak kezelési költségeinek fedezését, valamint az idős betegek kórházi ellátási költségeinek részfinanszírozását<sup>16</sup>.

A törvény hatásait nehéz összefoglalni, a legfontosabbak: univerzális lefedettség, szabad mozgás az alapok között, források jobb elosztása, bizonyos ösztönzők beépítése<sup>17</sup>. A törvény eltérő módon és mértékben érintette a különböző alapokat. Kedvezően érintette elsősorban a Clalitot, kisebb mértékben a Leumitet, mert az új fejkvótarendszer kedvezett az idős, alacsony jövedelmű tagokkal rendelkezőknek. Mindegyik alapnak megnövekedtek az NII-től kapott és a co-paymentből származó bevételei, és csökkentek az adminisztrációs, valamint az ellátási költségei (a bércsökkenés következtében). Az egy főre jutó összes kiadás tekintetében is csökkent az alapok közötti különbség<sup>9, 18</sup>. Nem alakulhatott ki árverseny az „alapkosár” szolgáltatásainak vonatkozásában, kizárólag olyan kiegészítő biztosításra kérhettek pótlólagos díjat, amely nem tartalmazott „alapkosárban” szereplő szolgáltatásokat. Az összes egészségügyi kiadásból a betegek által finanszírozott hányad (gyógyszerek, fogorvosi kezelések, co-payment, privát orvosok) mintegy 25–29%-ra nőtt.

A kormány – törvényben rögzített – kiegészítő finanszírozási kötelezettsége állandó vita tárgya volt kezdettől fogva, sok részlet nem volt tisztázva ugyanis. (Például, hogy kell-e, és ha igen, mennyivel kell kiigazítani évente a fejkvótát, fedezetet kell-e nyújtania új terápiás eszközök beszerzésére, figyelembe kell-e vennie a népesség elöregedését stb.?) A törvény rögzítette, hogy csak parlamenti jóváhagyással lehet az „alapkosárból” kivenni bármit is, beletenni pedig csak az egészségügyi miniszter javaslatára és a pénzügyminiszter, valamint a parlament jóváhagyásával lehetséges. Ennek a szabályozásnak lett a következménye, hogy a „kosár” tartalma évekig szinte változatlan maradt. Először 1977 decemberében engedélyezték a kosár kiterjesztését két további gyógyszerre<sup>11</sup>. Ekkorra azonban a kiadások már 8%-kal meghaladták a bevételeket, a hiány 1,3 milliárd sékelre rúgott (közel 600 millió dollár). A deficit oka az alapok és az Egészségügyi Minisztérium szerint az volt, hogy a kormány – a finanszírozás meghatározásakor – nem vette figyelembe a technikai haladást, a népesség számának növekedését és elöregedését, valamint az árnövekedést. A kormány viszont az egészségügyi rendszer hatékonyságának hiányát nevezte meg a deficit okaként<sup>19</sup>, a kutatók szerint pedig a növekvő hiány részben annak volt betudható, hogy az alapok olyan szolgáltatásokat is nyújtottak, amelyek nem képezték az „alapkosár” részét<sup>11</sup>. Az ún. 1998-as „Gazdasági Kiigazító Törvénytervezet” olyan javaslatot tartalmazott, hogy az alapok – egészségügyi miniszteri szabályozás mellett – saját maguk állapíthassák meg szolgáltatási kosarukat. Ez óriási vitát váltott ki, a különböző lobbycsoportok (fogyasztók, betegek, jogvédők) követelték a vonatkozó törvencikkelyek megsemmisítését. A nyomásnak engedve, a kormány végül 15 újabb gyógyszerrel bővítette a kosarat, az alapok pedig parlamenti felhatalmazást kaptak arra, hogy a co-payment intézményét kiterjesszék, és hogy tagjaiktól havonta ún. extra díjat szedjenek be az alapkosár szolgáltatásaira is<sup>19</sup>. A gondok azóta sem oldódtak meg, a deficit továbbra is nőtt és nem szűnt a nyomás sem a kosár kiterjesztésére.

## Németország

A német egészségbiztosítási rendszer történetét legegyszerűbben Németország főbb történelmi korszakaihoz kapcsolódóan vizsgálhatjuk. Így az ipari forradalom korszakához kapcsolódóan beszélhetünk a kötelező egészségbiztosítási rendszer bevezetéséről 1883-ban, majd az 1883–1933-ig terjedő időszakban – a bismarki rendszer és a Weimari köztársaság idején – a különböző társadalmi konfliktusokról és az orvosok győzelmeiről. Ezt követi a nemzeti szocialista korszak 1933–1945-ig, majd az 1945–1949-ig tartó háború utáni periódus, amelyet Németország kettészakadása követ, egészen 1990-ig, amikor is a két állam újraegyesült<sup>1</sup>.

A társadalombiztosítás gyökerei a sötét középkor után a céhek önszegélyező egyesületei formájában jöttek létre. Ezt a 19. században a kialakuló munkásosztály adoptálta, és különböző foglalkozások szerint hozott létre önszegélyező alapokat. Poroszország 1849-ben pl. a bányászok számára kötelezővé tette az egészségbiztosítást és lehetőséget teremtett a helyi közösségeknek, hogy kötelezzék a munkáltatókat és az alkalmazottakat pénzügyi hozzájárulás fizetésére.

A gyors iparosodás nemcsak gazdasági válságokat okozott, hanem a városban lakó munkásság életkörülményeinek romlását is eredményezte, ami egyre több tiltakozást váltott ki a munkásokból. Hiába történtek ellenintézkedések, mint a szocialista és kommunista szervezetek, a szakszervezetek betiltása. Világossá vált, hogy a szegényebb rétegek szociális szintjének emelése életfontosságú magának a rendszer fenntartásának érdekében. Így 1883-ban született meg a modern német egészségbiztosítási rendszer alapja, amikor a parlament országosan kötelezővé tette az egészségügyi hozzájárulást, amely úttörő volt a maga nemében. A biztosítottak száma 1880 és 1883 között megduplázódott, és ez a lakosság közel 10%-át jelentette, amely az évek során kiterjedt a népesség egyre nagyobb hányadára. (1987-ben az NSZK lakosságának 88%-a, míg az NDK 100%-a volt biztosított.)

Az *1883-as törvény* a már meglévő helyi és a foglalkozás szerinti alapokra épített. Az *egészségbiztosítás kötelező* volt bizonyos *ágazatokban*, ahol órabért kaptak az alkalmazottak egy jogilag fixált jövedelemplafonig. A hozzájárulás egyharmadát a munkaadó, míg kétharmad részét a munkások fizették. A tagok jogosultak voltak fizetésre, pl. betegség esetén szokásos bérük 50%-át kapták 13 hétig, létezett anyasági segély és halál esetén is kompenzáció járt. Az alapok *nonprofit alapon* működtek, és kezdetben szabadon választhattak orvost vagy egyéb egészségügyi alkalmazottat, valamint a hozzájuk fűződő szerződés természetét is maguk alakíthatták.

Németországban az egészségbiztosítást döntően a hivatalos egészségbiztosító finanszírozza a jelenlegi 453 egészségbiztosítási pénztár által. Az elmúlt 25 évben a teljes egészségügyi kiadások közel 66–68%-át finanszírozta az állami egészségbiztosító. Három további finanszírozási formája a német rendszernek: az adók, a magán-egészségbiztosítók és azok a kifizetések, amelyeket a betegek fizetnek ki a nem támogatott szolgáltatásokra (például gyógyszerek, fogorvosi beavatkozások, protézisek stb.).<sup>2</sup>

A törvényes egészségbiztosítás azon alkalmazottak számára kötelező, akiknek bruttó jövedelme nem ér el egy meghatározott szintet. (Ez 2003-ban bruttó 3825 euró volt.)

Egyéni vállalkozók számára és azoknak, akiknek a jövedelme meghaladja a fenti szinteket, nem kötelező a belépés, szabadon dönthetnek afelől, hogy belépnek-e vagy a magánbiztosítást választják, vagy akár egyiket sem.

Jelenleg a lakosság 88%-át biztosítja a hivatalos egészségbiztosító, ebből 14% a „vonalfelüti” és eltartottjaik, a többi 74% a törvény által előírt biztosítottak és eltartottjaik. A privát biztosítóknál a lakosság 9%-a biztosított, a katonaság, rendőrség alkalmazottai stb., (2%) ingyenes kormánybiztosítottak. A lakoságnak csupán 0,1%-a nem biztosított.

A hivatalos egészségbiztosítási rendszer kifejezetten *jövedelemközpontú*, nem koncentrálna a kockázatot vállalkozásra, viszont biztosítást nyújt az eltartott házasársakra és

gyerekekre is, míg a magánbiztosítóknál külön prémiumot kell fizetni utánuk<sup>3</sup>. Így a családosok többnyire maradnak a hivatalos biztosítónál, már csak azért is, mert rendkívül nehéz a magánbiztosítóktól újra a kötelező egészségbiztosításhoz (Gesetzliche Krankenversicherung, GKV) visszakérülni. Bár a magánbiztosítók kötelezve vannak arra, hogy olyan biztosítási feltételeket és juttatásokat ajánljanak fel mint a GKV-nél, és a befizetendő prémium se haladja meg az átlagos maximális hozzájárulás mértékét, ezt a formát mégis elvétve választják a dolgozók<sup>5</sup>.

Az egészségügyi járulék egyenlően oszlik meg az alkalmazottak és a munkaadók között, amelyet a dolgozók adózás előtti jövedelmükből fizetnek ki. Azoknak, akiknek jövedelme egy bizonyos szintet nem ér el, csak a munkáltató fizeti a hozzájárulást, egységesen 10%-ot.

Hagyományosan a munkavállalóknak nem volt sok lehetősége a különböző pénztárak közötti választásra, többnyire munkájuk típusa és területi elhelyezkedése meghatározta az egészségbiztosítót. Az 1996-os Egészségügy szerkezeti törvénye lehetőséget ad, hogy minden munkavállaló szabadon választhasson egészségbiztosítási pénztárt (mindössze néhány zárt alap maradt, mint a bányászok, tengerészek és farmerek pénztára). Ahhoz, hogy minden pénztár egyenlő alapról induljon, kockázatalapú kártalanítási tervet vezettek be (1994–1995), hogy egyenlővé tegyék a hozzájárulási hányadokat, amelyek a különböző jövedelmi szintekből adódtak, valamint a költségeket, amelyeket alapvetően a lakosság neme és kora határoz meg. A kompenzációs mechanizmus megköveteli az egyes pénztárraktól, hogy a beszedett járulékok és az átlagos költségeik különbsége alapján jóváírást (kártalanítást) kapjon vagy nyújtson. A pénztáraknál jelentkező összes átlagos hozzájárulás költsége osztva az összes jövedelemjárulékkal határozza meg a hozzájárulás mértékét. Ez a ráta fogja meghatározni, hogy mely pénztárak fognak a rendszerbe befizetni, illetve melyek lesznek azok, akik hozzájárulást kapnak.

A költségek visszaszorítását előirányzó, többlépcsős német egészségügyi reform jelenleg elsősorban a versenyt helyezi előtérbe. Az egészségügyi rendszer évről évre növekvő kiadásainak terhét azonban többnyire a betegekre hárítja. (Mint pl. a co-payment egyre növekedő hozzájárulásai vagy egyes szolgáltatások kikerülése a biztosítási körből.)<sup>7</sup>

## Hollandia

Hollandia egészségbiztosításában egyedien keveredik a magán- és a kötelező biztosítás rendszere, melynek gyökerei Németországhoz hasonlóan a céhek által szervezett egészségsegélyező pénztárak voltak. A 17. és 18. században a manufaktúrákban dolgozók célja egymás megsegítése volt. Ennek érdekében és a munkájukból adódó kockázatok kivédésére – így a betegség vagy a munka elvesztéséből származó jövedelemkiesés, illetve a gyógyulás költségei – védelmet és biztonságot jelentett a céhtagok számára a pénztárak létrehozása.

A 17. és 18. század fordulóján mind a Batáviai köztársaság, mind a napóleoni háborúk idején a pénztárak működését betiltották.

Hollandia új királysága idején a közegészség biztosítására sokféle alap jött létre, a németekhez hasonlóan többnyire szakmákhoz kötötten, mint pl. az orvosok, kereskedők különböző alapjai. De a szakszervezetek, az egyes vállalatok is hoztak létre alapokat. Az orvosok által létrehozott alapok erőteljesen átalakították a holland egészségbiztosítási rendszert, ezzel együtt megteremtették a mai struktúra máig létező alapelvét, miszerint az egészségbiztosítást csak egy *bizonyos jövedelemszint alatt* lehetett igénybe venni. Az orvosok által létrehozott alapok kifejezetten az alacsonyabb keresetű, szegényebb néposztályok számára volt elérhető.

Tekintélyes változást hozott az emberek egészsége és életminősége szempontjából a 20. század elejétől tapasztalható gyors fejlődés az orvostudomány területén. Az emberek várható életkilátásai javultak, s ennek a fejlődésnek fontos alappillérvé vált az állami egészségbiztosítási rendszer is. Azonban a jövedelmi korlát fennmaradásával sokan



teljesen kimaradtak az egészségbiztosításból. Hiszen jövedelmük ugyan meghaladta azt a bizonyos szintet, ami alatt részesedtek volna a kötelezően járó szolgáltatásokból, viszont túl kevésnek bizonyult ahhoz, hogy a magánbiztosítást igénybe tudják venni. A piacon keletkező rést természetesen a biztosítók felismerték, és 1906-ban létrehozták az első *betegségi költségek biztosítását*.<sup>3</sup>

Annak ellenére, hogy számos terv létezett egy államilag ellenőrzött egészségbiztosítási rendszer létrehozására, ahogy ez Németországban, Nagy-Britanniában vagy Belgiumban megtörtént már a 19. század végén, illetve a 20. század elején, a holland kormánynak számos okból kifolyólag csak a német megszállás idején, 1941-ben sikerült ezt végrehajtania.

Az 1941-ben elfogadott közegészségügyi törvény alapján a hollandok nagy része biztosítottá vált. A *kötelező biztosítás keretében (ZFW, Ziekenfondswet)* törvényileg határoztak meg egy *jövedelemszintet*, amely alatt a munkavállaló köteles jövedelme megadott hányadát járulékként befizetni közvetlenül az államnak. Azok számára, akiknek jövedelme meghaladta ezt a meghatározott szintet, a *magánbiztosítást* választhatták. Ez a vegyes típusú, duális rendszer működött a háborútól egészen 1966-ig, amikor is egy újabb törvény (*AWZB, Algemene wet bijzondere ziektekosten*) bevezetésével *háromszintűvé* vált az egészségbiztosítás Hollandiában. Ez a törvény is kötelező jellegű és a hosszú időtartamú, súlyos lefolyású betegségeket hivatott biztosítani, melyeket önállóan a betegek képtelenek lennének finanszírozni (mint például az idős emberek ápolása, valamint a mentálisan sérült betegek ellátása).<sup>3</sup>

Ez a hárompillérű rendszer működik jelenleg is Hollandiában a kötelező és magánbiztosítás elegyeként. A betegbiztosítás (ZFW) és a különleges betegségi költségek biztosítása (AWZB) alkotja a kötelező biztosítás kettős szárnyát, amely ezzel a biztosítottak több mint 60%-át fedi le, a harmadik szárny az alternatívan választható magánbiztosítás (amely a magasabb jövedelemkategóriákban nyújthat fedezetet).

A mai holland rendszer igen jól működik, néhány eleme azonban módosításra vár. Részben problematikusak a fennálló jogi szabályozások és az állam befolyása az ellátás kínálatára, részben, pedig kevés az ösztönzés a takarékosabb magatartásra, mind kínálati, mind keresleti oldalon.

### **Egyesült Királyság**

Angliát gyakran nevezik az állami egészségügy hazájának. Valóban hosszú múltra tekinthet vissza az állami egészségügyi-szociális gondoskodás. Mielőtt állami felelősség lett, a britek körében általánosan elfogadott volt, hogy az egészségügyi ellátás nem olyan jószág mint a fogyasztási javak általában, mert van morális dimenziója is. Az orvosok a szegényeket ingyen gyógyították, a kórházak és a doktorok némelyike a páciens jövedelmi helyzetétől függően állapította meg az árakat, különböző egyesületeket, társaságokat alapítottak a szegények számára, ahol adományokból fedezték a gyógyítási költségek azon részét, amelyet a szegénysorból származó betegek nem tudtak kifizetni.<sup>1</sup>

Az 1601. évi szegénytörvény hatályba lépése után azonban közpénzből fedezték azoknak a betegeknek a gyógyítását, akik nem tudtak fizetni és akiknek ellátatlansága veszélyeztette volna a közösséget. Ez a törvény a helyi önkormányzatokhoz telepítette a szociális és egészségügyi igazgatást, amely jellemzően építési szabályokkal, élelmiszer-normákkal és hulladékkezeléssel foglalkozott.<sup>2</sup> Mintegy két évszázaddal később, az 1834-es szegénytörvény (Poor Law) megalkotása (az 1601-es törvény módosítása) áttörést jelentett; Jasay szerint ez rakta le a modern nyugati jóléti állam alapjait.<sup>3</sup> Az új törvény jelentősége abban állt, hogy az állam saját szakembereire ruházta át a helyi hatóságokról az adminisztratív felelősség jó részét, hiszen a törvény értelmében kötelező volt a szociális gondoskodásért felelős hivatali apparátus (és intézményrendszer) felállítását. Több parish összevonásával area-kat hoztak létre, amelynek élére az ún. Board of Guardianst (helyi szegénygondozó hivatal) állították. A 19. század derekán azután Edwin Chadwick, vezető

egészségügyi szakember és hivatalnok kezdte kiépíteni a kormányzati kapacitás ilyen formáját. 1848 és 1890 között 17 olyan törvény született, amely érintette az egészségügyi közellátást. Az 1848-as közegészségügyi törvény (Public Health Act) nyomán létrehozták az Általános Egészségügyi Hivatalt (General Board of Health), és az országot 670 közegészségügyi körzetre (Local Health District) osztották. (A körzetek helyi adókat vetettek ki és tisztiorvost neveztek ki.) A hivatal 1854-ben feloszlott, de 1871-ben összevonták a szegényügyi és az egészségügyi hatóságot, és felállították az ún. helyi önkormányzati hivatalt (Local Government Board) (ebből alakult meg azután 1919-ben az Egészségügyi Minisztérium). Az 1875. évi közegészségügyi törvény fektette le a modern közszolgáltatás alapjait. Megváltoztatta a területi felosztást, városi (urban), valamint vidéki (rural) egészségügyi hatóságokat (Sanitary Authority) hozott létre, amelyek azután az 1894. évi helyi önkormányzatokról szóló törvény alapján kialakított district, azaz járási önkormányzatok hivatalának alapját képezték. A századfordulóig az ivóvízellátás, a hulladékgazdálkodás, a közutak takarítása, a munka- és életkörülmények, valamint a személyes higiénia területén értek el sikereket. A közegészségügyi szolgáltatásokat a helyi orvosi, egészségügyi hatóságok (Medical Offices of Health) nyújtották<sup>2</sup>. Atkinson szerint ezen előzmények tették lehetővé a későbbi – hozzájáruláson alapuló – társadalombiztosítási rendszer 1911-es bevezetését<sup>4</sup>. A szociális juttatások eleinte csak a munkanélküliek támogatására és táppénzfizetésre terjedtek ki. Az 1920-as évektől azután rendre új törvényeket alkottak és léptettek életbe, 1925-ben a nyugdíjbiztosítási, 1934-ben a munkanélküliségi, 1940-ben az öregségi és özvegyi nyugdíjak kiegészítéséről, majd 1942-ben a családi pótlék bevezetéséről szóló törvényt.

Az 1913-tól működésbe lépett betegségi munkásbiztosítás kiterjedtebb lett, mert magasabb jövedelmi határt szabtak a kötelező részvételre, így a középrétegek (például tisztviselők) is bekerültek. Ugyanakkor a családtagokra nem terjedt ki a fedezet, nekik fizetniük kellett teljes ellátási költségeiket, amennyiben igénybe vettek valamely szolgáltatást. A század első felében az alapellátás két szinten zajlott. A házi orvosok (general practitioner = GP) egyéni vállalkozókként működtek, és az orvosi gyógykezelés, valamint a szülészeti ellátás volt a feladatuk, a helyi önkormányzatok pedig egészségnevelő és megelőző szolgáltatásokat nyújtottak, helyi adókból finanszírozva. A mai értelemben vett fekvőbeteg-ellátás a 19. század második felében jelent meg Angliában, amikortól négyféle kórház volt jelen: néhány vidéki házi orvos (GP) összefogásával létrehozott kis fekvőbeteg-ellátó egységek (cottage hospital), magánkórházak (voluntary hospital), amelyet önkéntes hozzájárulásokból finanszíroztak, oktató kórházak (medical school), ahol orvostanhallgatók gyakorolhattak és állami és helyi önkormányzatok által működtetett kórházak, amelyek a legnagyobb terhet viselték. Ez utóbbiak eleinte csak a nagy szociális ellátó gépezeten belüli részlegként, szegényházi kórházként működtek. A 20. század elejére azonban már igazi nagy tömegkórházakká váltak. Az 1929. évi önkormányzati törvény nyomán ezeket a kórházakat a helyi önkormányzatok irányítása alá helyezték, de központi állami források fedezték a költségek 40%-át. A magánkórházakkal folytatott versenynek az lett a következménye, hogy azok a közkórházakra hagyták a nem kifizetődő, illetve túl költséges betegek ellátását (fertőző betegségek, daganatos betegek kezelése), így azután a súly egyre inkább a közkórházak felé tolódott el. A II. világháború előtt a kórházaknak már mintegy kétharmada helyi önkormányzatok által fenntartott intézmény volt<sup>2</sup>.

A háború alatt az állami Emergency Medical Service látta el a feladatokat, és 1942-ben a Beveridge bizottság univerzális lefedettséget adó, állami társadalombiztosításra, az esetleges hiány költségvetési finanszírozására és egy mindent irányító állami szervezet létrehozására tett javaslatot.

A National Health Service (a továbbiakban NHS) (Nemzeti Egészségügyi Szolgálat) törvény elfogadása nyomán 1948-ban megkezdte működését a NHS. A törvény alapján az államnak kollektív felelőssége az egészségügyi ellátás megszervezése és működtetése.

Különös hangsúlyt fektettek a hozzáférési lehetőségek egyenlőségére, arra, hogy az egész népesség ingyenesen vehesse igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat<sup>5</sup>. Az NHS előtt a lakosság több mint felének – elsősorban nőknek, gyerekeknek és időseknek – nem volt egészségbiztosítása. Az új rendszer olyan központi adókból finanszírozott, állami tulajdonú és irányítású kórházakra épült, amelyben a kórházi orvosok és nővérek alkalmazottként dolgoztak a kormányzat által meghatározott törvényi, szabályozási keretek és feltételek között<sup>6</sup>. A kórházakat államosították, a szakmabeliek pedig erőteljesen tiltakoztak. A háziorvosok (GP-k) szakmai autonómiájuk elvesztésétől féltek (a helyi hatóságok ellenőrzése alá vonták őket). Olyan egyezés született, hogy a GP-k mint függetlenek gyógyíthatnak tovább (egyéni vállalkozókként), de szerződésben a NHS-szel. Szolgáltatásaik árát nem ők határozták meg, hanem fejkvótát kaptak. A kórházi és a járóbeteg-ellátásban dolgozó szakorvosok közalkalmazottak lettek, cserébe azonban több lehetőséget kaptak az alkalmazási feltételeikbe való beleszólásra, valamint azt is lehetővé tették számukra, hogy kórházi munkájuk mellett magánpraxist is fenntartsanak. A helyi önkormányzatok felelőssége csökkent, a kötelező védőoltásokra, védőnői hálózati működtetésére, szülésznők (bábák) tevékenységének ellenőrzésére, rokkantak és elmebetegek ellátására korlátozódott.

Az 50-es években óriási nyomás nehezedett a kórházakra azt követően, hogy a kereslet számottevően növekedett (új szükségletek, új biztosítottak) és jelentősen meghaladta a rendelkezésre álló finanszírozási keretet. Új kórházakat alig építettek, csupán a meglévőket korszerűsítették. 1948 és 1953 között a fekvőbetegek száma évi 100–200 ezerrel nőtt és kialakultak a várólisták (közel 500 ezer fő). A közalkalmazott orvosok 1948-ban megállapított fizetésének értéke fokozatosan csökkent az indexálás elmaradása miatt és 1955-ben már 24%-os béremelést követeltek. A háziorvosok átvették a betegek irányítását, kialakult az ún. gate-keeper (kapuőr) funkciójuk, amelynek lényege, hogy csak a GP-k által kiállított beutalóval mehettek a betegek szakorvoshoz, vagy kórházba<sup>7</sup>. Kidolgozták és 1962-ben életbe léptették az ún. Hospital Plant (kórházi tervet), amelynek koncepciója a területi általános kórházak ellátásban való központi szerepén nyugodott, azaz a tervezést helyezte előtérbe (például hat-nyolcszáz kórházi ágyat irányzott elő 100–150 ezer lakosra és számos új finanszírozási formára tett javaslatot)<sup>8</sup>.

1971-ben jövedelemigazoláson alapuló társadalombiztosítási rendszert vezettek be.

Az 1973-as NHS-törvény (National Health Reorganization Act) egy új, hierarchikus irányítási és ellenőrzési rendszer kiépítését hozta. Ez voltaképpen három irányítási szintet jelentett; a hierarchia csúcsán állott az Egészségügyi Minisztérium, alatta a regionális egészségügyi hatóságok (RHA, Regional Health Authority), amelyek viszont irányították azt a mintegy 90 járási egészségügyi hatóságot (DHA, District Health Authority), amelyeknek feladata volt az általános kórházak működtetése. Ahogy haladtak előre a 70-es évek, lassanként kiderült, hogy ez a rendszer rendkívül nehézkes, nagy adminisztrációs terhet jelent, költséges, és ráadásul az olajválság nyomán kibontakozó recesszió együtt a jóléti ellátások korábbi kiterjesztésének gyakorlatával, hatalmas nyomást gyakorol az NHS költségvetésére. 1979 nagy fordulatot hozott Angliában, amikor Margaret Thatcher konzervatív kormánya került hatalomra. A kormány radikális gazdasági és társadalmi reformok mellett kötelezte el magát, nagyszabású privatizációs programot indított, mivel úgy vélte, az ország gazdasági nehézségeit a közkiadások magas szintje és az erőteljes állami részvétel okozza. A jelentős reformok nem kerültek el az egészségügyet sem, felszámolták a bürokratikus hierarchiát. Az elképzelés az volt, hogy egyrészt *egyszintű egészségügyi hatóságot* hoznak létre, amely átvinné mind a régiók, mind a járások funkcióit, másrészt a *korábbi allokációs rendszert* megreformálnák úgy, hogy jobban figyelembe vennék a területi egyenlőtlenségeket. Ez utóbbit oly módon képzelték el, hogy a kizárólag az előző évi költségvetésből (bázisszemlélet) kiinduló elosztást felváltotta volna egy olyan forrásmegosztás, amely az ún. elfogadható egészségügyi igényeken alapul és figyelembe veszi az egyes régiók eltérő szükségleteit. A rendelkezésre álló források

elosztásához súlyozott fejkvóta alapján való finanszírozási rendszert vezettek be, melyben a súlyt a régiók lakosságának számával, korával, nemek szerinti összetételével, valamint morbiditási szintjével kiigazított egészségügyi kereslete adta. Ez a forma még ma is fontos alapját képezi a források NHS által történő szétosztásának. 1982-ben végül 192 járási egészségügyi hatóságot (District Health Authority) állítottak fel, és abban az évtizedben az elsődleges ellátás jóval kevesebb figyelmet kapott mint a fekvőbetegekről való gondoskodás. Alapvető szervezeti változások nem történtek az NHS struktúrájában. A 80-as évek végére a GDP százalékában mért egészségügyi kiadások 6–6,5%-ra emelkedtek, a betegek ellátása alacsony színvonalú volt, hosszú várakozó listák alakultak ki, az egészségügyi intézmények döntően állami tulajdonúak voltak (a magánszektor részaránya nem érte el a 10%-ot) és még mindig az államra hárult a hármasszerep: irányítás, szolgáltatásnyújtás és finanszírozás. Adóalapú finanszírozással a központi költségvetés viselte a költségek közel 90%-át. Egészen 1990-ig úgy történt a finanszírozás, hogy az előző évi költségvetés alapján állapították meg a keretet, amelyet azután a DHA-k osztottak szét. Az orvosok nagy része fix fizetésért dolgozott (kivéve az alapellátásban, valamint a magánbiztosítóknál tevékenykedőket). A háziorvosok (GP-k) finanszírozása vagy fejkvóta, vagy fee-for-service alapon történt.

1987-ben Thatcher elhatározta az NHS felülvizsgálatát, mégpedig saját elnökleve alatt. Ennek volt az eredménye az „NHS és közellátási törvény” (NHS and Community Care Act) alapján elindított 1991. április 1-jei reform: a „belső” vagy „kvázi” piac intézményének bevezetése. Ennek lényege az volt, hogy alapvetően állami keretek között kellett szimulálni a piacot. Szétválasztották a szolgáltatás előállítóit és vásárlóit. Az egészségügyi szolgáltatók az NHS intézményei voltak, amelyek innen kezdve versenyeztek a vásárlók kegyeiért, hogy velük kössenek szerződést. A szolgáltatás vásárlói a korábbi egészségügyi hatóságokat lassan felváltó GP fundholderek lettek. Az új GP fundholding rendszer lényege az volt, hogy lehetővé tették háziorvosok (GP-k) számára a csoportokba tömörülést, azaz ún. fundholdingok létrehozását. Ezek a GP fundholderek betegek számára megvásárolták a másodlagos (szakorvosi és kórházi) ellátási szolgáltatásokat, és ezért fejkvóta rendszerű finanszírozásban részesültek az RHA-tól. Így azután az állami szolgáltatók (kórházak, klinikák, szakorvosi rendelők) piacon kínálták szolgáltatásaikat, versenyeztek egymással, a fundholderek pedig a piacon vevőként léptek fel és egyedileg alkudták ki az árakat. Az ármegállapítás tehát alkumechanizmus alapján zajlott. Igaz ugyan, hogy mind a vásárló (GP-k), mind a szolgáltató állami maradt (a piac szereplőinek mintegy 90%-a) és hiányzott a valódi tulajdonos, mindazonáltal sikerült a versenyt, a piaci mechanizmusokat integrálni a rendszerbe, és ezáltal ösztönzőket beépíteni, amelyek a hatékonyság növelésére, a költségek csökkentésére sarkallták a feleket. Az új rendszer a háziorvosokat érdekeltté tette azon szolgáltatóktól való vásárlásra, amelyek a legalacsonyabb áron, a leghatékonyabbnak bizonyultak. A kórházaknak sem volt ellenére ez a forma, mert egyedileg kialakított díjat kaptak a különböző szolgáltatásokért az egyes GP-csoportoktól. A kórházak ún. trust formákká alakulhattak át, azaz olyan testületekké, amelyek vegyítették a tulajdonosi és a menedzsmenti funkciókat. A GP-k döntően alkalmazottak voltak, kivéve azokat, akik vállalkozási formában működtek, szerződéses kapcsolatban az RHA-val vagy az FHSA-val (Family Health Service Authority), attól függően, hogy fundholding rendszerben vagy a hagyományos szisztémában gyógyítottak. A változás legfontosabb elemei tehát az alábbiak voltak:

- piaci alkumechanizmus bevezetése állami keretek között (belső piac);
- mind a szolgáltatások előállítója, mind megvásárlója az állam maradt (hiányzott a valódi tulajdonos);
- továbbra is a tervezést és nem a versenyt tekintették a legfontosabb tényezőnek.

1992-ben bevezették a PFI-t (Private Finance Initiative), mint olyan biztosítási formát, amely magántőkéket von be az egészségügybe. Ez azonban fájdalmas következményekkel járt (a magántőke 15–25%-os hozamelvárásai miatt): a kórházi ágyak száma 30%-kal, a munkaerőre fordított források 25%-kal csökkentek<sup>6</sup>.

1994-ben az RHA-k számát a korábbi 14-ről 8-ra csökkentették, és NHS Regionális Végrehajtó Irodákká (NHS Executive Regional Offices) alakították át. 1996-ban összevonásra kerültek a FHSA-k és DHA-k és Health Authority (Egészségügyi Hatóság) néven olvadtak össze. A GP fundholdingoknak addigra több válfaja keletkezett, az ún. Multifunds például olyan konzorcium volt, amelyben sokfajta praxis képviseltette magát, a Total Purchasing Pilots pedig tagjainak bármilyen szolgáltatást vásárolhatott, és a taglétszáma 12 és 80 ezer között mozgott. A GP fundholdingok száma rendkívül dinamikusán nőtt. Míg 1990-ben 294, addig 1998-ban már 3500 működött szerte az országban. A NHS trustok (állami kórházak) – amelyeknek vásárlói a DHA-k és a GP-k voltak – versenyeztek szerződések elnyeréséért, klinikai szolgáltatások nyújtására.

Az elmúlt két évtized alatt a költségek lefaragására és a piaci erők általi hatékonyságnövelésre tett szakadatlan erőfeszítések drasztikusan erodálták az angol univerzális egészségügyi ellátás ígérését. A központi adókból való finanszírozást lassanként aláásták, ráadásul a költségeket és kockázatokat egyre inkább áthárították a betegekre. A néppel 1948-ban kötött „szerződés” lassanként szertefoszlott. A célok közül csak egyet értek el, a szinte teljes ingyenességet. A Munkáspárt ellenzékben éles kritikákkal illette a belső piac intézményét. Azzal érveltek, hogy ez a társadalom kettészakadásához, egyenlőtlenséghez, növekvő bürokráciához és az elszámoltathóság hiányához vezetett. 1997-es kormányra kerülésük után azonban ugyanazt a privatizációs utat folytatták, amit Thatcher megkezdett. Eltörölték a GP fundholdingokat (azok minden formáját), és PCG-kkel (Primary Care Groups) helyettesítették azokat. A PCG háziorvosok csoportja volt, minden GP abban a földrajzi régióban (körzetben) dolgozott, ahova tartozott. A PCG-k a korábbi fundholdingoknál sokkal nagyobbak (50–250 ezer tag) lettek. A terv szerint szorosabb együttműködést képzeltek el a PCG-k és a helyi hatóságok között, az NHS trustoknak pedig továbbra is szolgáltatások nyújtása maradt volna a feladatuk, de a rövid távú szerződéseket hosszú távúra cserélték volna. A szolgáltató és vásárló közötti viszonyban a piaci verseny helyett nagyobb súlyt helyeztek az együttműködésre. A korábbi DHA-k utódai, a Health Authorityk (Egészségügyi Hatóság) feladata a stratégiai tervezés lett.

2000-ben a Blair-kormány egy 10 éves reformprogramba kezdett, amelyet „NHS Plan”, azaz NHS-tervnek nevezett el. Gyakorlatilag folytatták a toryk által megkezdett piacorientált, üzleti szemléletű utat. Úgy gondolták, hogy teljesen mindegy, hogy ki a szolgáltató, ha az állam fizet, és így azután nem vették figyelembe a magánszektor extra profitigényeit, úgy vélték, hogy majd a hatékonyság növekedése ellensúlyozza azt. A terv az alábbi főbb elemekből állt.

- a magánkórházaknak és -klinikáknak engedélyezték évi 150 ezer beavatkozás elvégzését állami finanszírozással (például csipőprotézis beültetése, szürkehályog-operációk, sérvműtétek stb.);
- engedélyt adtak NHS-kórházak működtetésére, közösen valamely NHS-szervezettel;
- 8 magánbiztosító (BUPA, BMI, Capio, Interhealth Canada, Serco Group, Quo Health) számára lehetővé tették olyan állami kórházak megszerzését, amelyek nem voltak a kormányzat szigorú intézkedéseinek célpontjai.

A magánbiztosítók legtöbbje egyébként a 80-as évek végén, 90-es évek elején kezdte meg működését, 1996-ban már 25 (7 nonprofit és 18 üzleti) kínálta szolgáltatásait. A nyolc kedvezményezett biztosító korábban nem vagy nem ekkora kórházat működtetett. Az „NHS trust” mérete hozzávetőlegesen tízszerese volt egy tipikus magánkórházénak. A kórházak, felszabadulva a NHS ellenőrzése alól, szakítottak a korábbi tárgyalásos, alkumechanizmusos ármegállapítással, és saját maguk határozták meg áraikat, aminek eredményeképpen jelentősen megnöttek a különbségek a bérek és a gyógyítási munka feltételei között. Valószínűleg fokozódni fog a nyomás új források felkutatására és bevonására. Az NHS-kórházak egy része már most is ezt teszi, amikor privát ágyakat létesít, területének egy részét bérebe adja, bizonyos szolgáltatások előállításának jogát eladja stb.

- új szabályozókat alakítottak ki a kereslet visszafogására;

Minden gyógyszergyár számára – az NHS-nek való értékesítésük tekintetében – cél-profitot állapítottak meg, és az NHS részlegeként felállították a NICE-t, amelynek feladata lett az orvosi technológia értékelése (elsősorban az új és drága eljárások, technológiák és gyógyszerek) és ajánlás megfogalmazása bizonyos gyógyszerek és gyógykezelések használatára vagy alkalmazásuk elutasítására.

- a törvénykezés segítségével újradefiniáltak bizonyos NHS-ellátásokat (például az idősök gondozása korábban az állami egészségügyi ellátás része volt, a terv szerint azonban már egyéni gondozásnak nevezték);

- új szabályozó testületeket állítottak fel a privatizáció elősegítésére és továbbra is adókból gondolták finanszírozni a rendszert.

Az várható, hogy az önkormányzatok, ahogy idővel majd egyre kevésbé fogják tudni viselni a pénzügyi terheket, fokozatosan a betegekre fogják áterhelni a költségek mind nagyobb hányadát. Nincs olyan ország, amely piaci úton, for-profit szolgáltatókkal igazságos és kielégítő egészségügyi ellátást tud biztosítani állampolgárainak. Sok kormány a brit modellt szeretné követni, és ennek megfelelően alakítja át egészségügyi rendszerét. Ezek a kormányok és polgáraik most megütközve látják, hogy ha a piac beteszi a lábát az egészségügybe, akkor az ellátáshoz való hozzájutás véletlenszerű lesz, mégpedig helyi szintű döntéshozatalok nyomán.

### Egyesült Államok

Ha néhány szóban kellene jellemezni, azt mondhatnánk, hogy ez a legdrágább, legpiacibb, leginkább magánbiztosításra épülő, de közel sem a leghatékonyabb rendszer. Az egészségügyre fordított kiadások (egy főre vetítve) a világon régóta itt a legmagasabbak. Az összes egészségügyre fordított kiadás a 80-as évek közepét követő egy évtized alatt megduplázódott, 2001-re pedig már elérte az 1300 milliárd \$-t, a GDP mintegy 13%-át<sup>1,2</sup>.

Az Egyesült Államokban az egészségügyi költségek fedezetére szóló biztosítások kezdete a múlt századra tehető, amikor eleinte csak a kockázatok szűk körére vonatkozott (például gőzhajó- vagy vonatbaleset miatt felmerült orvosi kezelési költségek), később azonban már meghatározott betegségekre (például tífusz, skarlát, cukorbetegség) is kiterjedt. A fejkvóta intézménye és az üzleti alapú gyógyítás azonban már a 20. század előtt létezett. Olyan ágazatokból indult el és terjedt tovább, amelyek izolált területeken működtek (például vasútépítés, fakitermelés), ezért dolgozóik nem tudtak volna másképpen egészségügyi ellátáshoz jutni. Néhány vállalat maga épített és működtetett kórházakat, amelyekben a vállalat alkalmazásában álló orvosok, illetve személyzet dolgozott. Az 1900-as évek elején az USA-ban az ún. szerződéses egészségügyi ellátás volt az általános, és sokféle szervezet vett benne részt (vállalkozások, szerzetesrendek, hajléktalanokat befogadó intézmények). Nem sokkal ezt követően a szövetségi és helyi önkormányzatok is szerződéseket kötöttek alkalmazottaik egészségügyi ellátására. A szervezett ellátás fejlődését az erős orvosi lobby akadályozta meg, amelynek érdeke volt az ún. szerződéses gyógyítás fenntartása, hiszen így nem került közvetítő a beteg és az orvos közé, és senki sem felügyelte vagy szólt bele abba, hogy hogyan gyakorolják hivatásukat az orvosok. Az 1920-as években és az azt követő néhány évtizedben is tehát olyan ideális rendszer működött, amelyben a beteg közvetlenül fizetett az ellátásért, a döntéseket pedig közösen hozta az orvossal, figyelembe véve a költségvonzatot, hiszen neki magának kellett viselni a felmerülő kiadásokat.

Az első problémák a nagy világgazdasági válság idején jelentkeztek (majd később, a II. világháború után erőteljesebben), amikor sok beteg fizetéseképtelenné vált, ezzel csődhelyzetbe juttatva a kórházakat és egyéb szolgáltatókat. Az óriási pénzügyi nyomás súlya alatt a kórházak a törvényhozóknál kezdtek lobbyzni a biztosítóintézetek (akkoriban még csak a Blue Cross létezett) legalizálása érdekében. Az orvosok morális fenntartásainak lecsillapítására, a „Blue Cross”-t és később a „Blue Shield”-et nonprofit, szolgáltatásorientált biztosító szervezetként hozták létre. A szolgáltatásorientált azt jelentette, hogy a

„Kékek” nem szóltak bele a gyógyításba, fee-for-service alapon fizettek és helyi vezetőseikbe több helybeli orvost, és kórházi adminisztrátort ültettek<sup>3</sup>. A „Kékek” voltak az első egészségbiztosítással foglalkozó szervezetek, a mai Blue Cross & Blue Shield Association elődei. A Blue Cross („Kék Kereszt”) 1929-ben alapította egy dallasi egyetemen Ford Kimball. Havi 50 cent befizetés ellenében a tanároknak évi, legfeljebb 21 nap kórházi ellátást garantált. A Blue Shield („Kék Pajzs”) gyökerei a 20. század fordulójára nyúlnak vissza, amikor is fakitermelő telepek és bányák tulajdonosai a Csendes-óceán északnyugati partvidékén egészségügyi ellátást szerettek volna biztosítani dolgozóik számára. Havi járulékot fizettek az ún. orvosi szolgáltató irodáknak (ezek orvoscsoportokból álltak), és ez a járulék csak az orvosi szolgáltatások díjainak fedezetére szolgált. Ez vezetett el azután az első Blue Shield biztosító megalapításához 1939-ben, Kaliforniában. 1948-ban már kilenc biztosító tartozott hozzá, majd 1982-ben egyesült a „két kék”, és így jött létre a Blue Cross & Blue Shield Association. (Ez az óriás ma közel 90 millió amerikai állampolgár egészségbiztosítója, 42 tagszervezettel rendelkezik, mind az 50 államban, valamint a DC-ben és Puerto Ricóban is jelen van, saját vagyona közel 23 milliárd dollár, alkalmazottai száma több mint 150 ezer, bevételei 2000-ben 126 milliárd dollárra rúgtak, és az amerikai kórházaknak 80, az orvosoknak pedig 90%-a elfogadja az általa kibocsátott kártyát<sup>4</sup>.)

Ez a rendszer olyan jól működött, hogy az orvosok hamarosan támogatni kezdték magánbiztosítótársaságok megalapítását, feltéve, ha azok készek voltak a „Kékek” által felállított normákat követni. Olyan népszerűvé vált az egészségbiztosítás, hogy a háború alatti szigorú ár- és bérelenőrzés ideje alatt a vállalatok – magasabb bérek helyett – ezt nyújtották dolgozóiknak. A háború után a szakszervezetek követelték, hogy a munkáltatók juttatásként vásároljanak egészségügyi biztosítást dolgozóiknak. Az állam olyan adótörvényekkel támogatta ezt, amelyek rendkívül kedvezővé tették a munkaadók számára ezt a juttatási formát. Ez az adópolitika gyökeres változást jelentett az egészségügyi finanszírozásának szempontjából, hiszen így az állam is bekerült a finanszírozók körébe. Néhány éven belül a munkavállalók többsége olyan – munkáltatója által fizetett – egészségügyi biztosítással bírt, amelyet erősen támogatott a szövetségi kormány is.

Az 1960-as évektől a szövetségi kormány közvetlenül is részt vállalt a finanszírozásból a Medicare és a Medicaid megalapítása által. Az 1960-as 24%-os állami finanszírozási részarány 1990-re 40%-ra nőtt, és ez eladósodáshoz vezetett. 1930 és 1980 között a tradicionális, üzleti (indemnity) biztosítók uralták tehát az egészségbiztosítási piacot<sup>5</sup>. A 20. század második felében működő rendszer az orvosok és betegek számára egyaránt közel tökéletesnek tűnt. Miközben a betegek teljes szabadságot élveztek az orvos-, illetve kórházválasztás tekintetében, és senki sem szólt bele kívülről az orvos–beteg viszonyba, valaki más fizette a számlát. Szinte teljes mértékben elvált egymástól a finanszírozás és a szolgáltatások nyújtása, valamint igénybevétele. Ez voltaképpen két dologhoz vezetett: egyrészt annak a mítoszhoz, amely szerint mindenkinek a lehető legjobb ellátást kell nyújtani (ez pedig határtalan keresletet teremtett), másrészt a gyógyászati, ipari komplexumok fejlődésének elősegítéséhez, azaz drága gyógyszereket és költséges technológiákat kezdtek egyre inkább alkalmazni. Az orvosok meg akarták védeni magukat a versenytől, a piaci hatásoktól, a hatékonysági kényszertől, ezért minden lehetséges eszközt felhasználtak a szakmát érintő döntések, a praxisok, de még a szakorvosi tevékenység szabályozásának befolyásolása érdekében is. Az orvosok és betegek határtalan kereslete egybeesett a gyógyászati ipar várakozásaival, és ez egy soha nem látott költség-növekedési spirálhoz vezetett. Pontosán lehetett látni, hogy a finanszírozók előbb-utóbb lehetőségeik határához érnek, és nem lesz többé fenntartható ez a rendszer.

A 60-as, 70-es években mind a munkáltatók, mind a kormányzat felismerte, hogy baj van. Először Nixon tett javaslatot az egészségügyi rendszer gyökeres átalakítására, de – akárcsak húsz évvel később Clintoné – próbálkozása kudarcba fulladt, a leginkább ellenérdekelt csoportok (kórházak, orvosok, gyógyszergyárak, biztosítók) áldozata lett. A nixon reformkísérlet bukását követő két évtizedben csak nagyon óvatos előrelépések

történtek az egészségügyi kiadások ellenőrzése, csökkentése irányába. A költségek drámai módon emelkedtek, különösen a 70-es–80-as években. Megfélékezésükre különböző módszerek bevezetésével tettek kísérletet. Különösen nemzetközi összehasonlításban, jelenleg igen magas a magántulajdonú kórházak aránya. Ezek többsége olyan nonprofit kórház, amely egyházak, alapítványok, illetve nem állami egyetemek tulajdonában van. A tulajdonviszonyok nem merevedtek meg az idők során, több kórház tulajdonosa változott, például közkórházból nonprofit kórházzá lett. A 70-es évek vége és 1984 között a profitra dolgozó kórházi láncok mintegy 180 közkórházat vettek saját kezelésbe, és a kórházi funkciók közül számosat vállalkozásba adtak ki (könyvelés, élelmezés, karbantartás, gyógyszerár és mosoda működtetése stb.)<sup>10</sup>. 1983-ban a kórházaknál bevezették a fix áras diagnóziscsoportokon alapuló térítési rendszert (tehát nem a tényleges költségeket térítették, hanem a diagnózis alapján egy előre megállapított díjat), de ez felülkódoláshoz vezetett, így tovább nőttek a kórházi költségek, tovább nőtt a kórházba felvettek száma, mert ez alapján fizettek. Az állami programok költségeinek fékentartására a DRG-vel (Homogén Betegség Csoport) kísérleteztek. Miután az orvosokat fee-for-service alapon finanszírozták, az orvosok érdekeltek voltak sok tevékenység elszámolásában. (Ezt váltotta fel később a managed care capitation payment, azaz a fejkvótarendszer.) Több kisléptékű változtatást a Kongresszus vitt keresztül, amely a Medicare-en keresztül maga is közvetlenül érintve volt az egészségügyi ellátásban, és emiatt erőfeszítéseit legitimnek tekintette a társadalom. Abból a közgazdasági elméleti megfontolásból kiindulva, hogy a verseny leszorítja a költségeket, lassanként támogatni kezdték a verseny növelését, és fokozatosan visszavonták, leépítették a HMO-alakítás és a marketing törvényi, szabályozási korlátait.

Amerikában sosem volt és ma sincs kötelező egészségbiztosítás, a legtöbb beteg gyógyítása az ún. managed care (irányított betegellátás) rendszer keretei között történik. A managed care elvre épülő egészségbiztosítási formákat, mint korábban említettük, sokáig diszpreferálták (a szabályozási környezet segítségével). 1973-ban azonban a HMO törvény (Health Maintenance Organization Act) életbe lépése rendkívüli lökést adott e formák terjedésének, különösen a 80-as évektől nőtt erőteljesen a taglétszám. Míg 1985-ben a biztosítottak mindössze 20%-a vett részt valamely menedzselt biztosítási formában, 1988-ra arányuk megközelítette az 58%-ot, 1993-ra meghaladta a 71%-ot, 2002-ben pedig megközelítette a 73%-ot<sup>6, 7</sup>. Nemcsak a privát, de az állami biztosítási programokban is egyre inkább használt forma lett, 2002-re a Medicare-biztosítottak 13%-a, míg a Medicaid-résztvevők 57%-a a managed care formát választotta<sup>7</sup>. Glied szerint ezt a robbanásszerű növekedést a szabályozási és intézményi környezet tette lehetővé, és az magyarázza, hogy ez a biztosítási forma tudott választ adni a piaci kudarcokra<sup>8</sup>. Az egészségügyi ellátás hagyományos formájával szemben a managed care egy olyan komplex rendszer, amely a biztosítottak számára nemcsak fedezetet nyújt az egészségügyi ellátásra, hanem koordinálja és biztosítja a szükséges orvosi szolgáltatásokat. Magába foglalja a szolgáltatók kiválasztását és megszervezését, a finanszírozási formák megválasztását és a szolgáltatások igénybevételének követését, ellenőrzését. Számos intézményi formája létezik és sokat változott az idők során, a leggyakoribb a HMO (Health Maintenance Organization), PPO (Preferred Provider Organization), POS (Point of Services) vagy EPO (Exclusive Provider Organization)<sup>5</sup>.

<sup>8</sup>. A managed care formák legfontosabb közös jellemzői az alábbiakban foglalhatók össze:

- a fogyasztás (szolgáltatások) ellenőrzése (erőforrás-felhasználások értékelése és ellenőrzése, prospektív módon normák, irányelvek segítségével, engedélybeszerzési kötelezettség előírásával, retrospektív módon kórtörténet alapján, a biztosítóhoz benyújtott számlák ellenőrzésével);
- szelektív szerződések kötése az egészségügyi ellátó intézményekkel szolgáltatások nyújtására;
- anyagi ösztönzők beépítése a szolgáltatók irányába;
- és végül korlátozott választási lehetőség a biztosítottak számára orvosok, kórházak és egyéb ellátó intézmények, személyzet között (saját lista)<sup>9</sup>.



A kis lépéseknek azonban összességében nem voltak jelentős hatásai, hiszen a GDP arányában mért egészségügyi kiadások a 70-es évekbeli 7,3%-ról közel 13%-ra nőttek a '90-es évekre. Clinton elnökké választása idején már kritikus méretűre duzzadtak a kiadások. Clinton megpróbált kötelező általános biztosítást és egyetemes jogosultságot bevezetni. Reformtervét illetően kezdetben ellenségek helyett szövetségesekre talált a biztosítótársaságokban. A biztosítók azért támogatták a tervet, mert az egy új, széles piacot ígért számukra, azokat az egészségbiztosítás nélkül élő amerikaiakat, akiknek biztosítási díját – az elképzelés szerint – az állam fizette volna. Managed care alatt azonban két, homlokegyenest eltérő dolgot értett a kormányzat és a biztosítók. „Managed competition”-nak (irányított verseny) nevezték, ami voltaképpen szabályozott piacot jelentett: Clintonék érdekeinek megfelelően „szabályozott” rendszert, a biztosítók érdekei szerint pedig for-profit, piaci alapú ellátást. Amikor azonban a biztosítótársaságok kezdték részletesen tanulmányozni a szöveget, olyan kitételeket találtak benne, amelyek egyáltalán nem tetszettek nekik. Különösen azok a szabályok váltották ki ellenkezésüket, amelyek lehetetlenné tették az általuk hagyományosan kedvelt kibúvókat<sup>3</sup>. A reformmal szembeni fő ellenérv az volt, hogy a kiterjesztés nagy bürokráciával járna, és ezzel együtt az adóterhek növekedésével, ami viszont összeférhetetlen az amerikai hagyományokkal: verseny, decentralizálás, egyéni választás, korlátozott állam és alacsony adóterhek<sup>2</sup>. A clintoni reformterv elbukott, nem sikerült lépéseket tenni egy igazságosabb, univerzálisabb rendszer irányába. A költségek nem csökkentek, a lefedettség pedig nem nőtt (a biztosítás nélküli lakosság aránya továbbra is 12–13% körül maradt). 2001-ben Bush és a Kongresszus vezető tagjai (mindkét pártból) megfogalmazták szándékukat a Medicare megreformálására és a magánbiztosítás kiterjesztésére, valamint minőségének javítására. Csökkenteni szerették volna azok számát, akiknek nincs magánbiztosításuk, és ki akarták terjeszteni a különböző szervezetek közötti választási lehetőséget, valamint az egészséget érintő döntések személyes kontrollját<sup>17</sup>. Mind az átfogó változtatás, mind az eredmény elmaradt. Ha a lefedettséget vizsgáljuk, azt látjuk, hogy ma a majd' 292 millió amerikai állampolgár közel 15%-ának (több mint 40 millió embernek) egyáltalán nincs egészségbiztosítása<sup>7, 11</sup>, és azért került ebbe a helyzetbe mert munkanélküli, vagy ő, illetve munkáltatója túl szegény ahhoz, hogy biztosítást vásároljon. Vannak olyanok, akik úgy gondolják, hogy nincs szükségük rá, és vannak, akik szégyellnek bejelentkezni az állami segélyprogramba (Medicaid). Az, hogy ilyen nagy arányú a biztosítatlan réteg, sérti a szolidaritás elvét, valamint a specifikus egalitárius érzést. A lakosság mintegy 58%-a üzleti biztosítókkal áll szerződésben, és mindössze 28% vesz részt az állami egészségügyi programokban. A menedzselt biztosítási formát választotta közel 182 millió polgár, tehát a lakosság több mint 62%-a<sup>7</sup>. A reziduális amerikai jóléti rezsím, amely a rászorultság elvén működik, igen szűk körű állami egészségügyi ellátást biztosít csak. Az 1966-ban elindított ún. Medicare és Medicaid programokat működteti, valamint hozzájárul a kutatás költségeihez és az állami egyetemeken folyó orvoseképzéshez. Az összes egészségügyi kiadás 40–45%-a származik állami forrásból (a többi 30–35% magánbiztosítóktól és 20–25% a betegek közvetlen hozzájárulásából). A Medicare szövetségi állami program 65 évnél idősebbek, rokkantak és végső stádiumban lévő veseelégtelenségben szenvedők (jelenleg összesen mintegy 77 millió ember) számára biztosít limitált otthoni ápolást és kórházi ellátást (HI = Hospital Insurance). Az aktív időszak alatt a bruttó bér 1,45%-ának befizetése kötelező (a munkáltatónak is ugyanennyivel kell hozzájárulni a díjhoz). Van ún. B csomag is, ami alapellátással (házi orvos), járóbeteg szakellátással és gyógyászati segédeszközök ártámogatásával egészül ki (SMI = Supplementary Medical Insurance), ennek díja 2003-ban havi 58,7\$. 1997 óta C típus is létezik (Medicare + Choise), amely lehetővé teszi a magánbiztosításban való részvételt is<sup>13</sup>. A kiadásoknak – amelyek például 1999-ben a 385 milliárd \$-t is meghaladták – hozzávetőlegesen 25%-át a programban részt vevők, 75%-át állami támogatás fedezi<sup>14</sup>. 15% körüli mértékben a kedvezményezettek hozzájárulnak a költségekhez, amennyiben igénybe vesznek valamely szolgáltatást. A

Medicare diszkriminálja azokat, akik átlag alatti életkort érnek meg, (elsősorban a négereket) mert felülreprezentáltak a fizetők között, de korábban halnak meg, minthogy igénybe vehetnék a szolgáltatásokat. A Medicaid (a lakosság mintegy 10%-ára terjed ki) egy szegényeknek szervezett állami biztosítási program. Ez tagállamonként, évente meghatározott jövedelmi szint alatt jár, prevencióra, akut ellátásra és tartós ápolásra jogosít, és a szegénységi küszöb alatt élők gyermekeire is kiterjed. A tagállamok és a szövetségi állam megosztottan finanszírozza, 2000-ben közel 190 milliárd \$-t fordított erre a kormányzat<sup>10, 13, 15</sup>. A népesség előregedésével és a költségek folyamatos emelkedésével, a kormányzat számításai szerint, ha addig nem kerül sor gyökeres reformra a Medicare program 2026-ra összeomlik. A Szenátus 2003. november 25-én fogadta el a Medicare reform törvénytervezetét. Az ún. Medicare Prescription Drug and Improvement Act of 2003 nyomán az idősek – a Medicare-program keretében most először – juthatnak majd hozzá gyógyszer ártámogatáshoz 2006-tól. Addig, átmenetileg a programban részt vevők ún. discount cardot (árkedvezményre jogosító kártya) kapnak, amellyel olcsóbban szerezhetik be a gyógyszereket. A törvénytervezet olyan intézkedéseket is tartalmaz, amelyek versenyhelyezetet teremtenek. Kísérleti jelleggel hat nagyvárosban és környékén a hagyományos free-for-service Medicare versenyezni fog díjfizetéses magánbiztosítókkal. Mindezen túl a tervezet megemelt finanszírozást ígér a Medicare-orvosoknak és -kórházaknak és speciális gondoskodást a nem városi lakosság számára<sup>16</sup>. Az Egyesült Államokban még manapság is a vállalati gondoskodásnak és a magánbiztosítóknak jut a kulcsszerep az egészségbiztosításban. A fizetendő biztosítási díj nagy részét a munkáltató fizeti. Megközelítőleg 2/3-a az amerikaiaknak részben vagy egészben a munkáltatója által biztosított. A javadalmazás fontos részét képezi a munkaadó által finanszírozott egészségbiztosítás, amelynek kiterjedtsége rendkívül változó.

### Csehország

Az I. világháború után az 1918-ban megalakuló első Csehszlovák Köztársaság létrejöttével beszélhetünk először a cseh egészségügyi rendszerről, amelynek gyökerei azonban már megfigyelhetőek voltak az Osztrák–Magyar Monarchiához tartozó cseh területeken – a németországihoz hasonló, bismarcki rendszerű társadalombiztosítási rendszer képében.

1924-ben alakították ki az első társadalombiztosítási rendszert, amely a lakosság közel egyharmadának nyújtott biztosítást betegség esetén. A rendszer folyamatosan, kisebb-nagyobb változtatásokkal egészen 1951-ig maradt fenn ebben a formában.

A II. világháborút követő időszak a környező szocialista országokéhoz hasonló: az egészségbiztosítási rendszer államosításával és az intézményi rendszer centralizációjával jellemezhető.

1948-ban, nem sokkal a II. világháború után jelentős politikai változások zajlottak Csehszlovákiában. Az ország államformája népköztársaság lett, irányítása és kormányzása az akkori szovjet minta alapján történt. Mindez természetesen az egészségügyi rendszert is alapjaiban érintette. Egyesítették és kötelezővé tették minden állampolgár számára az egészségügy és a szociális biztosítás rendszerét. Ebben a négy évig tartó modellben a munkáltatók fizették az egészségügyi járulékot, amely a bérek 6,8%-a volt<sup>1</sup>. 1952-ben teljes egészében központosítják a társadalombiztosítási rendszert, amelyet kizárólag az állam finanszíroz az adókon keresztül.

Csehszlovákia egészségügyi rendszere relatíve jónak mondható az 1960-as évekig, hiszen a háború okozta egészségügyi problémák megoldására megfelelően bizonyult. Azonban nyilvánvalóvá vált, hogy az 1960-as évek végén jelentkező életmódbeli és környezeti változásokra a rendszer nincs felkészülve, és választ sem tud adni rá. Az 1980-as évek végéig stagnálás jellemezte a csehszlovák egészségbiztosítási rendszert. Az 1968-as év eseményei csak oly módon érintették a rendszert, hogy a cseh és szlovák föderáció

kikiáltásával két különálló egészségügyi minisztérium jött létre. Mindazonáltal alacsony technikai színvonal, magas orvosszám, kórházcentrikus struktúra, alacsony bérek és a hálapénz volt a meghatározó. Az állami ellátási hálózatot az adókból finanszírozták a kapacitásfinanszírozás elve alapján. Az egészségügyi ellátás a rászorulóknak térítésmentesen járt, de választási lehetőségekben nem bővelkedtek<sup>2</sup>. Az 1980-as évek végén már felmerül a rendszer reformjának gondolata. Az első reformlépések közé tartozik, hogy 1987-ben lehetővé teszik a szabad háziorvos- és fogorvosválasztást.

Az 1989-es „bársonyos forradalom” után kezdődő radikális politikai és társadalmi változásoknak részét képezte az egészségügyi rendszer átalakítása is. 1990 decemberében hagyta jóvá a cseh kormány az új egészségügyi ellátás tervét, amelynek fő elemei nagy hasonlóságot mutatnak a szomszédos nyugat-európai országokéhoz, különösen Németországhoz. Az új rendszer 1991–1993 között került bevezetésre, ennek során a korábbi szovjet típusú modellt a korszerű európai elveknek és elvárásoknak megfelelően alakították át.

Fő alapelvei: szolidaritás; magas szintű autonómia; szabad választás mind az egészségügyi szolgáltatások, mind az orvosok terén; többszintű finanszírozási rendszer (pénztárak, állami és helyi költségvetés, munkavállalók és munkaadók); szabad egészségbiztosítói választás, azonban minden ellátási formát továbbra is az állam finanszíroz. A rendszer alapja a kötelező biztosítási rendszer, amely minden állampolgára számára biztosítja a megfelelő ellátást.<sup>3</sup> Az egészségbiztosítási hozzájárulás kezelésére kilenc független biztosítási pénztár jött létre. A szolgáltatói oldal átszervezését maguk az orvosok is sürgették a gyors privatizáció mellett voksolva. Lényegében 1991-ben kezdődött meg a korábbi egészségügyi struktúra decentralizálása, s születtek meg a privát működésre vonatkozó törvények is, 1992-ben pedig minden ellátási szint privatizációs tervének kidolgozása. A járóbeteg-ellátásban, főleg a háziorvosok, gyermekorvosok és fogorvosok esetében ez elsősorban a rendelő megvételelét jelentette. Azonban a rendelő használati jogának magánkézbe adását is, az ún. funkcionális privatizációt is lehetővé tették. (Így ha az orvosnak nincs elegendő pénze, bérelheti is az önkormányzattól.)

A liberalizációs és decentralizációs periódust az 1990-es évek közepén a szabályozó mechanizmus reformja követte, melyet csak részlegesen sikerült megvalósítani, illetve bevezetni.

A cseh egészségbiztosítási rendszer fedezeti forrása nagyrészt a személyes befizetéseken alapul. Az egészségbiztosítási járulékokról szóló törvény 1993-ban lépett életbe<sup>2</sup>. A járulék mértéke 13,5%<sup>3</sup>, amelynek kétharmadát a munkáltató, egyharmadát a munkavállaló fizeti. Egyéni vállalkozók adózatlan nyereségük 35%-a után fizetik be a 13,5%-os járulékot. 1993-tól már törvény tette lehetővé az ipari vagy szakmai alapon szerveződő egészségbiztosítók felállítását. Mind a hadügy, mind a belügyminisztérium, valamint a nagyobb cégek, az építőipari dolgozók stb. megalakították saját biztosító intézetüket. Bár eredetileg korlátozni akarták a tagok hovatartozását, de ezzel viszont nem nöhetett volna a választható alternatívák száma. Így 1993-tól mindenki beléphetett az adott területen biztosító irodát nyitó pénztár egyikébe. A törvény jogot biztosít a háromhavonkénti biztosítóváltásra, és senki felvételelét sem utasíthatja el.

A járulékot független alapok szedik be és gazdálkodnak vele. Az Általános Egészségbiztosítási Intézet (VZP), amely a központi költségvetéstől független szervezet, a biztosítókhoz befolyt pénzt (a járulékok 60%-át) újra elosztja. (Ezt a járulékok jövedelemarányossága és az állami támogatottak és az átlagbefizetések közötti különbség teszi indokolttá.) A biztosítók finanszírozzák az összes gyógyító és megelőző tevékenységet. A co-payment intézménye ismert, de jelentősége elenyésző<sup>2</sup>. A szolgáltatások térítése a németországihoz hasonló pontrendszeren alapul (fee-for-service).

A német rendszerhez hasonló, több egészségpénztárból álló rendszer azonban nem szerves fejlődés eredménye, hanem művi folyamat volt. A kezdeti laza, 1992-es törvény a biztosítók elterjedésének kedvezett. 1995-ben már 27 biztosító működött. Azonban átlagos taglétszámuk alig haladta meg az 50 ezres számot, amely nem volt képes „kitermelni” az indulással járó magasabb költségeket (tagtoborzás, irodahálózat kialakítása, extra

szolgáltatások). Így 1995 után egyesülésekről és csődök tömegéről beszélhetünk a biztosítók piacán. A csődök hatása ma is hat, hiszen a tönkrement biztosítók tagjait a VZP vette át, így a lakosság közel 75%-a tartozik hozzá.

Ezért jelenleg a cseh állam által működtetett Általános Egészségügyi Biztosító (VZP CR) a magyarországihoz hasonló gondokkal küzd. Rendszeresen nem fizet időre, így a kórházak hitelfelvételre kényszerülnek és eladósodnak. A kormány külön bizottságot állított fel, amelynek feladata a csőd szélén álló egészségügyi ágazat helyzetének áttekintése és a problémák megoldására javaslati terv készítése<sup>4</sup>.

### **Következtetések**

A hat ország egészségügyi rendszerének történetét követve jól láthatóak azok már a dolgozat első fejezetében is említett tényezők, amelyek meghatározhatják egy adott ország egészségügyi hatékonyságát. Tanulmányunk első részének végén meghatároztuk a hatékonysági sorrendet (Izrael, Németország, Hollandia, Egyesült Királyság, Egyesült Államok, Csehország, Magyarország), amelynek általunk feltárt történeti gyökereit az alábbiakban tudjuk összefoglalni.

1.) A gyökereiben kölcsönösségen, szolidaritáson, egymás segítésén alapuló, döntően állami finanszírozású és állami szolgáltatók által nyújtott ellátáson alapuló rendszerek a leghatékonyabbak, mégpedig abban az esetben, ha ez magánpénztári (magánbiztosítói) struktúrával és kötelező biztosítással, valamint járulékfizetéssel párosul. A fentiekben leírt három ilyen ország (Németország, Izrael és Hollandia) között, talán azért Izrael áll az élen, mert egyrészt korlátozott számú pénztár működik, így az adminisztrációs költségek jóval alacsonyabbak, másrészt jelentős külföldi támogatásokat kap, elsősorban Amerikától.

2.) Az alapvetően állami irányítású, finanszírozású és nagyrészt közösségi szolgáltatókkal működő angol egészségügyi rendszer vélhetően azért került az általunk vizsgált hét ország középső részébe, mert a belső piac intézménye (szolgáltatók versenye) némileg leszorítja az árakat, javítja a minőséget és a hatékonyságot. Ugyanakkor a mindenkire kiterjedő biztosítást ígérő rendszerekben szükségképpen nem lehet mindenkinek jó minőséget nyújtani.

3.) Az amerikai, majdnem tisztán piaci rendszer kedvezőtlen helyezése annak tudható be, hogy mind kínálati, mind keresleti oldalról felhajtják a kiadásokat. A magánszolgáltatók erős nyomást gyakorolnak több szolgáltatás igénybevételére, mert ez áll érdekükben, a betegek egyre újabb és korszerűbb eljárások alkalmazását, gyógyszerek használatát, gondos, minőségi ellátást követelnek, a biztosítók pedig tovább tudják hárítani a megnövekedett költségek terhet a munkáltatókra, amelyekkel szerződésben állnak. Az állami programok esetében sem érvényesül erős költségvetési korlát, a politikai-hatalmi érdekek (újraavasztás) arra készítetik a politikusokat, hogy megszavazzák a megemelt egészségügyi büdzsét. Az amerikai egészségügyi rendszerben a szolgáltatók és a biztosítók érzéketlenek, túlfizettek és keresztprofitálók.

4.) A közel tisztán állami rendszer (állami irányítás, finanszírozás, szolgáltatás), amely a poszt szocialista országok jellemzője (Csehország és Magyarország), azért a legpazarlóbb, mert nincs olyan ösztönző rendszer, amely megakadályozná a költségnövekedést. Nincs egyetlen olyan szereplője sem ennek a szisztémának, akinek/amelynek érdekében állna a hatékonysági szempont figyelembe vétele és beemelése a működési mechanizmusba. A háziorvosok számára semmilyen pénzügyi következménye nincs betegek szakorvoshoz vagy kórházba utalásának, a szakorvosoknak és kórházaknak teljesítmény alapján fizet a biztosító, így minél több szolgáltatás nyújtásában és elszámolásában érdekelték. A betegek keresetfüggő járulékot fizetnek, semmilyen olyan fizetési kötelezettség nem terheli őket, amely az igénybevételhez lenne kapcsolva. Végül a biztosító ugyan a járulékokból gazdálkodik, ám a keletkezett deficitet a költségvetés finanszírozza. Az állami rendszer nem mentes a pazarlástól, hatékonyságtól és igazságtalanságtól. Mivel az árakat rögzítik, a kínálat és a kereslet nem találkozik és a kutatási-fejlesztési beruházások sem nőnek.

## Hivatkozások és felhasznált irodalom

- <sup>1</sup> Samuel P. Huntington: A civilizációk összecsapása és a világrend átalakulása. Európa Könyvkiadó, 2001.
- <sup>2</sup> Gota Esping-Andersen: Jóléti államok az évszázad végén: a munkaerőpiac, a családszerkezeti és a demográfiai változások hatása. In: Csaba Iván–Tóth István György (szerk.): A jóléti állam politikai gazdaságtana. Osiris Kiadó, Láthatatlan Kollégium, 1999.
- <sup>3</sup> OECD Health Database, 2002. <http://www.oecd.org>
- <sup>4</sup> Global action against cancer. WHO and International Union Against Cancer Geneva, 2003.
- <sup>5</sup> National Cancer Control Programs. Policies and managerial guidelines (2nd edition) WHO Geneva, 2002.
- <sup>6</sup> Eckhardt Sándor: Onkológia. Springer Hungarica Kiadó Kft., 1993.
- <sup>7</sup> Harvard Report on Cancer Prevention. Volume 1. Causes of Human Cancer.
- <sup>8</sup> MJ. Stampfer, FB. Hu, JE. Manson, EB. Rimm, WC. Willett: Primary Prevention of Coronary Heart Disease in Women through Diet and Lifestyle. The New England Journal of Medicine July 6, 2002.
- <sup>9</sup> AR. Toll: Exercise to Reduce Cardiovascular Risk – How Much is Enough? The New England Journal of Medicine November 7, 2002.
- <sup>10</sup> C. Smith, M Pratt: Cardiovascular disease In: R. Browson, P. Remington and F. Davis (editors): Chronic disease epidemiology and control. American Public Health Association Washington, 1993.
- <sup>11</sup> Ladik János: Az emberiség fő problémái a 21. században és azok megoldási lehetőségei. Fizikai Szemle, 2000/3.
- <sup>12</sup> B. Guegele, M. Ritter, M. Mareckova: Greenhouse gas emission trend sin Europe 1990–2000. European Environmental Agency European Topic Center on Air and Climate Change. Topic Report 7/2000 Copenhagen, 2000.
- <sup>13</sup> World Energy Outlook 2002. International Energy Agency.
- <sup>14</sup> Sylvia Medina, Antoni Placencia, Páldy Anna (szerk.): Levegőszennyezés és közegészségügy Európában. APHEIS (Air Pollution and Health: A European Information System) 2002.
- <sup>15</sup> Health Canada Health Concerns. <http://www.healthcanada.ca>
- <sup>16</sup> National Air Toxics Assessment, 2002. U.S. Environmental Protection Agency. <http://www.epa.gov>
- <sup>17</sup> CA. Pope, RT. Burnett, MJ. Thun, EE. Calle, D. Krewski, K. Ito, GD. Thurston: Lung Cancer, Cardiopulmonary Mortality and Long-term Exposure to Fine Particulate Air Pollution. Journal of the American Medical Association Vol. 287, No 9 1132–1141. March 6, 2002.
- <sup>18</sup> Yach, 2001. National Cancer Control Programs. Policies and managerial guidelines (2nd edition) WHO Geneva, 2002.
- <sup>19</sup> Zeynep Or Determinants of Health Outcomes in Industrialised Countries: a Pooled, Cross-Country, Time-Series Analysis. OECD Economic Studies No.30, 2000/1.
- <sup>20</sup> Dr. Marton Éva: A rendszeres testmozgás jelentősége az egészségmegőrzésben. <http://www.ujdieat.hu>
- <sup>21</sup> Riitta–Liisa Heikkinen: Growing Older – Staying Well. Aging and physical activity in everyday life. WHO Aging and Health Program, 2002.
- <sup>22</sup> Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Report of the Joint WHO/FAO Expert Consultation, WHO Geneva, 2003.
- <sup>23</sup> EE. Calle, C. Rodriguez, K. Walker-Thurmond, M. Thun: Overweight, obesity and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of US adults. The New England Journal of Medicine 2003; 348:1625–1638.
- <sup>24</sup> OECD Data Show Health Expenditures a tan All-time High 23/06/2003. <http://www.oecd.org>
- <sup>25</sup> OECD Health Data 2003. <http://www.oecd.org>
- <sup>26</sup> DG Bal et al.: American Cancer Society Textbook of Clinical Oncology 2nd edition 1995; 40–63.
- <sup>27</sup> Láng István: A colorectalis carcinoma előfordulása és kezelési gyakorlata Magyarországon. Orvostovábbképző Szemle – Különszám. 2000. november.
- <sup>28</sup> Boyle P., Macfarlane GJ., Zheng T. et al.: Recent advances in epidemiology of head and neck cancer Current Opinion in Oncology 1992; 4:471–77.
- <sup>29</sup> Hunter DJ, Willett WC Diet, body build and breast cancer. Annual Review of Nutrition 1994; 14:393–418.

- <sup>30</sup> Trichopolou A., Katsouganni K., Stuver S. et al.: Consumption of olive oil and specific food groups in relation to breast cancer risk in Greece. *Journal of the National Cancer Institute* 1995; 87:110–115.
- <sup>31</sup> World Cancer Research Found American Institute for Cancer Research, 1997.
- <sup>32</sup> Giovannucci E., Stampfer M., Coldlitz GA. et al.: Folate, methionine and alcohol intake and risk of colorectal adenoma. *Journal of the National Cancer Institute* 1993; 85:875–884
- <sup>33</sup> LeMarchand L., Kolonel LN., Wilkens LR. et al.: Animal fat consumption and prostate cancer, a prospective study in Hawaii. *Epidemiology* 1994; 5:276–282
- <sup>34</sup> Giovannucci E., Rimm EB., Coldlitz GA. et al.: A prospective study of dietary fat and risk of prostate cancer. *Journal of the National Cancer Institute* 1993; 85:1571–1579.
- <sup>35</sup> Negri E., Franceschi S., Bosetti C. et al.: Selected micronutrients and oral and pharyngeal cancer. *International Journal of Cancer* 2000; 86:122–127.
- <sup>36</sup> Harold G. Koenig, Michael E. McCullogh & David B. Larson: *Handbook of Religion and Health*. Oxford University Press Oxford, New York, 2001.
- <sup>37</sup> Harold G. Koenig, Harvey J. Cohen: *The Link Between Religion and Health Psychoimmunology and the Faith Factor*. Oxford University Press, 2002.
- <sup>38</sup> Gartner J., Larson DB., Allen G. Religious commitment and mental health. A review of the empirical literature. *Journal of Psychology and Theology* 1991; 19:6–25.
- <sup>39</sup> DM. Zuckerman, SV. Kasl, AM. Ostfield: Psychosocial predictors of mortality among the elderly poor. *American Journal of Epidemiology* 1994; 119:410–423.
- <sup>40</sup> Levin JS. and Vanderpool HY.: Is Frequent Religious Attendance Really Conducive to Better Health? Toward an epidemiology of religion. *Social Science Medicine*, 1987; 24:589–600.
- <sup>41</sup> Jeff Levin: *God, Faith and Health: Exploring the Spirituality – Healing Connection*. John Wiley & Sons, New York, 2001.
- <sup>42</sup> Pressman P., Lyons JS., Larson DB., Strain JJ.: Religious belief, depression and ambulation status in elderly women with broken hips. *American Journal of Psychiatry* 1990; 147:758–760.
- <sup>43</sup> Duke University Medical Center. <http://dukemednews.duke.edu/news/article.php?id=5056>
- <sup>44</sup> Poloma MM., Pendelton BF.: The effects of prayer and prayer experiences on measures of general well-being. *Journal of Psychology and Theology* 1991; 19:71–83.
- <sup>45</sup> Williams DR, Larson DB, Buckler RE, Heckmann RC, Pyle CM Religion and psychological distress in a community sample. *Social Science medicine* 1991; 32:1257-62.
- <sup>46</sup> Larson D., Larson S.: *The Forgotten Factor in Physical and Mental Health: What Does the Research Shows?* National Institute for Healthcare Research Arlington, VA, 1992.
- <sup>47</sup> Comstock GW, Partridge KB Church attendance and health. *Journal of Chronic Disease* 1972; 25:665–672.
- <sup>48</sup> Stack S.: The Effect of the Decline in Institutionalised Religion on Suicide, 1954–1978. *Journal for Scientific Study of Religion*, 1983; 22:239–252.
- <sup>49</sup> Jonathan Rosenblum: Why do residents of religious Israeli city live longer? *Jewish Bulletin of Northern California*. May 18, 2001.
- <sup>50</sup> World Values Survey 1991–1997 Ronald F Inglehart (editor). Institute for Social Research at the University of Michigan
- <sup>51</sup> International Social Survey Program (ISSP). National Opinion Research Center (NORC) University of Chicago. A felmérések eredményei megtalálhatóak: [www.religioustolerance.org](http://www.religioustolerance.org)
- <sup>52</sup> Diane Swanbrow: Study of worldwide rates of religiosity, church attendance. University of Michigan December, 1997.
- <sup>53</sup> Religion Watch January 1997; 8.
- <sup>54</sup> The World Bank. *Curbing the epidemic. Governments and the economic of tobacco control* Washington DC: World Bank, 1999.
- <sup>55</sup> Barnum H.: The economic burden of the global trade in tobacco. *Tobacco Control* 1994; 3:358–61.
- <sup>56</sup> Smoking Less and Living Longer. yle news 01.08.2003.
- <sup>57</sup> Johnson WN.: Az orális carcinomák etiológiája és rizikófaktorai, különös tekintettel a dohányzásra és az alkoholfogyasztásra. *Magyar Onkológia*, 45. kötet 2. szám 2001.
- <sup>58</sup> Haas EM Nutritional Program for Nicotine Detoxification. [www.healthy.net/asp/templates/book.asp](http://www.healthy.net/asp/templates/book.asp)

- <sup>59</sup> Taylor HJ., Lowell CD., Hurt RD., Croghan IT.: Trend sin smoking-related diseases. *Postgraduate Medicine*. Vol.104, No.6 December, 1998.
- <sup>60</sup> The UK smoking epidemic: Deaths in 1995. Health Education Authority London, 1998.
- <sup>61</sup> Coronary Heart Disease. Guidance for Implementing the Preventive Aspects of the National Service Framework. The Health Department Agency, London.
- <sup>62</sup> British Dental Hygienists' Association. Smoking Related Diseases. <http://www.bdha.org.uk>
- <sup>63</sup> American Lung Association Fact Sheet. Smoking March, 2003. <http://www.lungusa.org/tobacco>
- <sup>64</sup> Doll R., Hill AB.: Smoking and Carcinoma of the Lung. Preliminary Report. *British Medical Journal* 1950; ii:739–748.
- <sup>65</sup> U. S. Department of Health and Human Services. Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress: A report of the Surgeon General Washington DC Office on Smoking and Health 1989; DHHS publication (CDC) 89–8411.
- <sup>66</sup> Doll R., Hill AB.: The mortality of doctors in related of their smoking habits. A preliminary report. *British Medical Journal* 1954; i:1451–1455.
- <sup>67</sup> Doll R., Hill AB.: Lung cancer and other causes of death in relation to smoking. A second report on the mortality of British doctors. *British Medical Journal* 1956; ii:1071–1076.
- <sup>68</sup> Doll R., Peto R., Wheatley K., Gray R., Sutherland I.: Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *British Medical Journal* 1994; 309:901–911.
- <sup>69</sup> Bolliger CT., Fagerström KO. (editors): *The Tobacco Epidemic. Progress in respiratory Research* Vol.28, 1997.
- <sup>70</sup> Johnson BE.: Tobacco and lung cancer. *Primary Care* 1998; 25:279–291.
- <sup>71</sup> Editorials: Davis MP.: There and back again lung cancer screening. *Chest* 1997; 11:532–534.
- <sup>72</sup> Cancer facts and figures, 1994. American Cancer Society ACS Atlanta, 1995.
- <sup>73</sup> Public Health Service. National Toxicology Program „10th Report on Carcinogens” U.S. Department of Health and Human Services December, 2002.
- <sup>74</sup> Cigarettes: What the Warning Label Doesn't Tell You *The First Comprehensive Guide to the Health Consequences of Smoking*. ACSH, 1996.
- <sup>75</sup> Kovács Gábor: A tüdőrák primer prevenciója. *Medicina Thoracalis* 2003/4.
- <sup>76</sup> Takezaki T., Hirose K., Inoue M., Hamajima N., Yatabe Y., Mitsudomi T., Sugiura T., Kuroishi T., Tajima K.: Dietary factors and lung cancer risk in Japanese: with special reference to fish consumption and adenocarcinomas. *British Journal of Cancer* 2001; 84:1199–1206.
- <sup>77</sup> Ostoros Gyula (szerk.): A tüdőrák és a mellhártya elsődleges rosszindulatú megbetegedéseinek diagnosztikája és kezelése. *Irányelvek*, 2001. *Medicina Thoracalis*, 2001/54.
- <sup>78</sup> Kennedy TC. et al.: Cytopathological analysis of sputum in patients with airflow obstruction and significant smoking histories. *Cancer Research*, 1996; 56:4673-78
- <sup>79</sup> Petty TL.: Lung cancer and chronic obstructive pulmonary disease. *Hematologic Oncology Clinic North America*, 1997; 11:531–541.
- <sup>80</sup> Doll R., Peto R.: Mortality in Relation to Smoking: 20 years' observations on male British doctors. *British Medical Journal* 1976; 2:1525–1536.
- <sup>81</sup> Willett WC., Green A., Stampfer MJ. et al.: Relative and absolute excess risks of coronary heart disease among women who smoke cigarettes. *The New England Journal of Medicine* 1987; 317:1303–1309
- <sup>82</sup> Wannamethee SG., Shaper AG., Whineup PH. et al.: Smoking cessation and the risk of stroke in middle-aged men. *Journal of American Medical Association* 1995; 274:155–160.
- <sup>83</sup> Rantahallio P., Laura E., Koironen M.: A 28 year follow up mortality among women who smoked during pregnancy. *British Medical Journal* 1995; 274:155–160.
- <sup>84</sup> Joanna M. Zakrzewska: Oral cancer. *British Medical Journal*, 1999; 318:1051–54.
- <sup>85</sup> Smoking and the young. The Royal College of Physicians, London, 1992.
- <sup>86</sup> International Agency for Research on Cancer Alcoholic beverages. Lyon: IARC, 1989 (Monographie 42).
- <sup>87</sup> Hol tart az Onkológia? Kovács Edina beszélgetése Láng Istvánnal. *Recept* 15–18.
- <sup>88</sup> Jovanovic A., Schutten EA., Kostense PJ. et al.: Tobacco and alcohol related to the anatomic site of oral squamous cell carcinoma. *Journal of Oral Pathology & Medicine* 1993; 22:459–462.

- <sup>89</sup> Jaber MA., Porter SR., Gilthorpe MS. et al.: Risk factors for oral epithelina dysplasia – the role of smoking and alcohol. *Oral Oncology* 1999; 35:151–156.
- <sup>90</sup> International Agency for Research on Cancer Tobacco smoking. Lyon: IARC, 1986 (Monographie 38).
- <sup>91</sup> International Agency for Research on Cancer Alcohol Drinking. Lyon: IARC, 1988 (Monographes on the Evaluation of Carcinogenic).
- <sup>92</sup> Franceschi S., Talamari R., Barra S. et al.: Smoking and drinking in relation to cancers of the oral cavity, pharynx, larynx and oesophagus in Northern Italy. *Cancer Researches* 1990; 50: 6502–6507.
- <sup>93</sup> Blot WJ.: Alcohol and cancer. *Cancer Researches* 1992; 52: 2119–2123.
- <sup>94</sup> Moreno–Lopez LA., Esparza–Gomez GC. et al.: Risk of oral cancer associated with tobacco smoking and alcohol consumption and oral hygiene: a case–control study in Madrid, Spain. *Oral Oncology* 2000; 36:170–174.
- <sup>95</sup> Bray I., Brennan P.: Projections of alcohol- and tobacco- related cancer mortality in Central–Europe. *International Journal of Cancer* 2000; 87:122–128.
- <sup>96</sup> Heineman EF., Hoar Zahm S., McLaughlin JK., Vaught JB.: Increased risk of colorectal cancer among smokers: results of a 26 year follow–up of US veterans and review. *International Journal of Cancer* 1995; 59:728–738.
- <sup>97</sup> Hindle I., Downer MC., Moles DR., Speight PM.: Is alcohol responsible for more oral cancer? *Oral Oncology* 2000; 36:328–333.
- <sup>98</sup> Hindle I.: PhD Thesis. University of London, 1997.
- <sup>99</sup> Blot WJ., McLaughlin JK., Winn DM. et al.: Smoking and drinking in relation to oral and pharyngeal cancer. *Cancer Researches* 1988; 48:3282–87.
- <sup>100</sup> Zheng T., Boyle P., Hu HF. et al.: Tobacco smoking, alcohol and risk of oral cancer: a case–control study in Beijing, People’s Republic of China. *Cancer Causes Control* 1990; 1:173–179.
- <sup>101</sup> Katzenstein PJ.: Introduction: Domestic and International Forces and Strategies of Foreign Economic Policy. In: Katzenstein PJ (editor) *Between Power and Plenty*. The university of Wisconsin Press, Medison.
- <sup>102</sup> Kornai János: *A szocialista rendszer*. HVG Kiadói Rt., 1993.
- <sup>103</sup> Polányi Károly: *A gazdaság, mint intézményesített folyamat*. In: Polányi Károly gazdaságtörténeti munkái. Marx Károly Közgazdaságtudományi Egyetem, 1976.

## **Izrael**

- <sup>1</sup> Facts about Israel Health & Social Services. Ministry of Foreign Affairs of Israel. <http://www.mfa.il>
- <sup>2</sup> Nira Reiss: *The Health Care of the Arabs in Israel*. Westview Press, 1991.
- <sup>3</sup> Clalit Health Services The Story of Clalit. <http://www.clalit.org>
- <sup>4</sup> Israel at Fifty 1948–1998. Ministry of Foreign Affairs of Israel. <http://www.mfa.il>
- <sup>5</sup> Highlights on Health in Israel. WHO Regional Office for Europe, 1996.
- <sup>6</sup> Bin Nun G., Ben Ori D.: Trends in the national expenditure on health. Ministry of Health Jerusalem, 1997.
- <sup>7</sup> Jeffrey Barg Comparing U.S. & Israeli Health Care Systems. *Physician’s New Digest*, June 1998.
- <sup>8</sup> Bruce Rosen, Nira Shamai: *Financing and resource Allocation in Israeli Health Care*. JDC–Brookdale Institute Jerusalem, 1997.
- <sup>9</sup> Bruce Rosen, Reuven Steiner: *Recent Trend in Sick Fund Market Shares and Transfers among Sick Funds*. JDC–Brookdale Institute Jerusalem, 1996.
- <sup>10</sup> Siegel-Itzkovich J.: New health minister faces crisis in Israel. *British Medical Journal* 1994; 308:1658–1659.
- <sup>11</sup> Chinitz D., Shalev C., Galai N., Israeli A.: Israel’s basic basket of health services: the importance of being explicitly implicit. *British Medical Journal*, 1998; 317:1000–1004.
- <sup>12</sup> Chinitz D., Israeli A.: Health reform and rationing in Israel. *Health Affairs* 1997; 16:205–210.
- <sup>13</sup> Shalev C., Chinitz D.: In search of equity, efficiency, universality and comprehensiveness: health reform and managed competition in Israel. *Dalhousie Law Journal* 1997; Fall:553–582.
- <sup>14</sup> Shuli Brandi: *Supplemental and Commercial health Insurance in Israel – 1996: A Comparative*



Survey; Analysis of Changes in the Market and Examination of Policy Alternatives. JDC–Brookdale Institute. Jerusalem, 1996.

<sup>15</sup> Siegel-Itzkovich J.: Israel introduces national health insurance system. *British Medical Journal* 1995; 310:212–213.

<sup>16</sup> Developments and trends in social security 1993–1995. *International Social Security Review* Volume 49, 2/1996. ISSA, Geneva.

<sup>17</sup> Revital Gross, Bruce Rosen, Arye Shiron: Israel's health system since the National Insurance Law. JDC–Brookdale Institute, Jerusalem, 1999.

<sup>18</sup> Bruce Rosen, Michal Iwancovsky, Ya'ahov New Changes in the Sick Fund Economy, Sick Fund Revenues and Expenditures before and after the Introduction of national Health Insurance. JDC–Brookdale Institute Jerusalem, 1998.

<sup>19</sup> Bruce Rosen: Price Competition and the 1998 „Budget Arrangement Law”. JDC–Brookdale Institute, Jerusalem, 1998.

<sup>20</sup> Barbara Swirski, Hatim Kanaaneh and Amy Avgar: Health Care in Israel. The Israel Equality Monitor. Issue No.9. November 1998. [http://www.adva.org/health98\\_eng.pdf](http://www.adva.org/health98_eng.pdf)

### **Németország**

<sup>1</sup> Health Care Systems in Transition. Germany 2000. [www.euro.who.int/document/68952.pdf](http://www.euro.who.int/document/68952.pdf)

<sup>2</sup> Egészségügyi menedzsment 2002. különszám.

<sup>3</sup> OECD-jelentés az egészségügyről. Figyelő, 1995. március 23.

<sup>4</sup> Prof. Dr. Med. Hans-Ulrich Deppe: Németország egészségügyi ellátásának és egészségpolitikájának aktuális kérdései napjainkban. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*. 1994 32.2.

<sup>5</sup> Németország, MEDINFO, Nemzetközi Szakirodalmi Információs Osztály, Tájékoztató országtanulmány. Budapest, 2001.

<sup>6</sup> Dr. Balázs Péter: Német egészségügy az 1990-es egyesítés után. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 1998. 36.5.

<sup>7</sup> Weyer Béla: Egészségügyi reform Németországban. HVG, 2003. augusztus 2.

### **Hollandia**

<sup>1</sup> Egészségügyi menedzsment. 2002. különszám.

<sup>2</sup> HE. Akyurek-Kievits: The Dutch Health Insurance Sector and EU Competition Law. 2001 dec.

<sup>3</sup> Dutch social security. [www.socialezekerheid.nl/english/content.html](http://www.socialezekerheid.nl/english/content.html)

<sup>4</sup> Szekszárdi Margit: A holland egészségügyről. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 1994, 32.4.

### **Egyesült Királyság**

<sup>1</sup> David D. Green: A British Perspective In: Perspectives on the European Health Care Systems: Some Lessons for America Heritage Lectures July 9, 2001 The Heritage Foundation, Washington. <http://www.heritage.org/library>

<sup>2</sup> Balázs Péter: Az angol Nemzeti Egészségügyi Szolgálat ötven éve (I. rész). Előzmények és a kezdet. *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 1999/4. szám.

<sup>3</sup> Anthony de Jasay: Az állam. Osiris Kiadó, Budapest, 2002.

<sup>4</sup> A. B. Atkinson: Magán- és társadalombiztosítás, valamint a hozzájárulási elv. In: A jóléti állam politikai gazdaságtana. Osiris Kiadó, Láthatatlan Kollégium, Budapest, 1999.

<sup>5</sup> Health Care Systems in Transition. UK, 1999. European Observatory on Health Care Systems, WHO.

<sup>6</sup> Allyson Pollock: Bad Medicine (National Health Care System in Great Britain). *New Internationalist* magazine, April, 2003. [http://www.thirdworldtraveler.com/Health/Bad\\_Medicine.html](http://www.thirdworldtraveler.com/Health/Bad_Medicine.html)

<sup>7</sup> Balázs Péter: Az angol Nemzeti Egészségügyi Szolgálat ötven éve (II. rész). Orvosok és menedzserek a szervezetben. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 1999/5. szám.

<sup>8</sup> Health Care Systems in the EU A Comparative Study. European Parliament Directorat General for Research. Public Health and Consumer Protection Series SACO 101 EN, November, 1998.

<sup>9</sup> Health Care Systems and Health Market Reform in the G20 Countries. Ernst & Young, January, 2003.

<sup>10</sup> Ann Dixon, Elias Mossialos (editors): Health Care Systems in eight countries: trends and challenges. Prepared by the European Observatory on Health Care Systems. The London School of Economics & Political Science, 2002.

<sup>11</sup> Egészségügy az EU-ban és Magyarországon. Egészségügyi menedzsment. 2002, Különszám.

<sup>12</sup> John Pantall: Minőségügyi kezdeményezések az angol Nemzeti Egészségügyi Szolgálatnál. Egészségügyi menedzsment, 1999/2. szám.

<sup>13</sup> Public Expenditure Reform: The Health Care Sector in the United Kingdom. Vincent Koen. Economics Department Working Papers No. 256. OECD, 2000.

<sup>14</sup> Elias Mosseialos: Az egészségügy reformja Európában és a kiadáskorlátozó intézkedések. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 1997/4. szám.

### **Egyesült Államok**

<sup>1</sup> Hans-Ulrich Deppe: Ellentétes tendenciák érvényesülése Európa és az USA egészségpolitikájában, Egészségügyi Gazdasági Szemle, 1994; 32, 2:192–201.

<sup>2</sup> Health Care System and Health Market Reform in the G20 Countries Prepared for the World economic Forum by Ernst and Young, January 2003. <http://www.ey.com>

<sup>3</sup> Health Care 2000 – How it got this way. <http://www.yourdoctorinthefamily.com/grandtheory/section3>

<sup>4</sup> Who We Are Understanding the Blue Cross Blue Shield System. <http://www.bluecross.com/whoweare/history.html>

<sup>5</sup> Boncz Imre–Dózsa Csaba–Nagy Balázs: Irányított Betegellátási Modell. Informatika és menedzsment az Egészségügyben. II. évfolyam 4. szám, 2003. május.

<sup>6</sup> Sheery Glied Managed care. In: Handbook of Health Economics, Volume 1. Elsevier Science B.V. 2000.

<sup>7</sup> Managed care Fact Sheets. <http://www.mcare.com/factsheets/mcolfnet.htm>

<sup>8</sup> Kornai János: Az egészségügy reformjáról. KJK, Budapest, 1998.

<sup>9</sup> PH. Wagner–C. Köck: Az egészségügyi intézmények menedzsmentje. Perfekt, 1999.

<sup>10</sup> E. S. Savas: Privatizáció. Hogyan vonuljon ki az állam a gazdaságból? Akadémiai Kiadó, Budapest, 1993.

<sup>11</sup> U.S. Census Bureau. <http://www.census.gov>

<sup>12</sup> A magyar egészségügyi reform közgazdasági megközelítésben. Munkaanyag a MeH és az USAID szervezésében. Budapest, 1998.

<sup>13</sup> Medicare, Medicaid Centers Services. <http://www.cms.hhs.gov/publications/overview-medicare-medicaid/default3.asp>

<sup>14</sup> Centers for Medicare & Medicaid Services, Office of the Actuary, National Health Statistics Group. <http://www.cms.hhs.gov/review/supp/2001/table1.pdf>

<sup>15</sup> J. Adam: Jövedelemegyenlőtlenségek és szegénység az Amerikai Egyesült Államokban. Külgazdaság, XLIV. évfolyam, 2000. szeptember.

<sup>16</sup> Medicare Bill Moves to President Bush for Enactment. <http://bcbshealthissues.com>

<sup>17</sup> RE. Moffit, P. Maniere, DG. Green, P. Belien, J. Hjestquist and F. Breyer: Perspectives on the European Health Care Systems: Some Lessons for America. Heritage Lectures July 9, 2001 The Heritage Fundation, Washington. <http://www.heritage.org/library>

### **Csehország**

<sup>1</sup> Healthcare Systems in Transition Czech Republic 2001, WHO.

<http://www.euro.int/document/e74483.pdf>

<sup>2</sup> Benedict Ágnes: A cseh egészségügyi reform. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2000.38.1. 83–98. old.

<sup>3</sup> Guide to the Healthcare System in the Czech Republic, Prague, 2002. <http://izpe.cz>

<sup>4</sup> Válságban a cseh egészségügy. <http://www.nethirlap.hu/rövidhir.php?hirid=3354>

<sup>5</sup> <http://www.vega.medinfo.hu/weblap/orszagtan/csehhtml>

<sup>6</sup> Galambos Andrea: Ápolás határainkon túl. [http://www.c3.hu/-etinfo/info2210/2210\\_03html](http://www.c3.hu/-etinfo/info2210/2210_03html)

# *Dr. Kőrösi István: Az állam gazdasági szerepvállalásának változásai és a jóléti rendszerek átalakítása Németországban*

## **I. Az állam gazdasági szerepvállalása Németországban – gazdasági koncepció, rendszerpolitika és stratégia**

Az állam gazdasági szerepvállalása Németországban igen fontos történelmi tapasztalatokkal, koncepcionális és gazdaságstratégiai tanulságokkal szolgál.

A német gazdasági egyesülésnek fontos impulzust adott a német államok vámuniójának fokozatos kiépítése (1818: porosz vámterület; 1828: Poroszország és Hessen-Darmstadt vámuniója, továbbá Középnémet Kereskedelmi Szövetség, 1834: Német Vámunió).

Az állam fontos szerepét hangsúlyozta a kereskedelempolitikában és a születő iparágak védelmében Friedrich List, aki 1842-ben megjelentetett alapművében a védővámok szerepét emelte ki.

A 19. század utolsó harmadában a német állam aktív gazdaságpolitikai beavatkozása bontakozott ki: a nehézipar kifejlesztésének és felzárkózásának aktív támogatása, a ráépülő hadiipari felkészülés, az infrastruktúra kiépítése mind az állam lényeges szerepvállalásával mentek végbe. A hatalmi politikának ezek az elemei az 1871–1945-ös időszakban újra és újra megjelentek. A bismarcki politika a munkásság szociális elégedetlenségének leszerelésére, főként pedig a termelés folyamatosságának biztosítása és az „államrend” érdekében már korán szociális törvényeket hozott, bevezette a betegség- és nyugdíjbiztosítás rendszerét.

A II. világháború után az állam gazdasági szerepvállalásáról éles viták folytak a politikusok és a gazdaságpolitikusok között egyaránt.

Az erőteljes állami beavatkozás hívei szerint a gazdasági válságon csak központi (állami) irányítással lehet úrrá lenni, a gazdasági tervezés ésszerűbb gazdasági struktúra kialakítását teszi lehetővé, az állam fokozott szerepvállalása elősegítheti az erőforrások jobb allokációját.

A másik nagy, s végül felülkerekedő irányzatot a neoliberaisok képviselték. Böhm, Encken, Müller-Armack, Röpke és az NSZK gazdaságpolitikájának kialakításában vezető szerepet játszó Ludwig Erhard az állami beavatkozás visszaszorítását, a „szabad piaci versenyt” hirdették. Koncepciójuk szerint a piacgazdaságban a szabad piaci verseny a fejlődés motorja, elősegíti a modernizálódást, kikényszeríti a termelési szerkezet gyors megújítását és alkalmazkodását a fogyasztók elvárásaihoz, biztosítja a kereslet-kínálat egyensúlyát a fogyasztók érdekeinek megfelelően.

Az NSZK gazdaságpolitikája a neoliberális koncepcióra épült, amelyet azonban kiegészítettek a szociális igazságosság és méltányosság szempontjával. Ezt Müller-Armack megfogalmazásával „szociális piacgazdaságként” jellemezték.

A fő alapelv: „Annyi teret adni a szabadpiaci gazdálkodásnak, amennyit csak lehetséges, s annyit az állami beavatkozásnak, amennyi a rendszer zavartalan működéséhez szükséges”.

A nyugatnémet gazdaságpolitika az általa károsnak tekintett dirigizmussal szemben a piaci versenynek szánta a fő szerepet a fejlődés előmozdításában. Elsősorban közvetett gazdaságpolitikai eszközök alkalmazásával kívántak olyan keretfeltételeket biztosítani, amelyek lehetővé teszik a gazdaságpolitikai célok, főleg a növekedés, egyensúly, lehető legmagasabb foglalkoztatás és a külgazdasági expanzió egyidejű ösztönzését.

A nyugatnémet állam gazdaságpolitikájának középpontjába évtizedekig a konjunktúra-szabályozás, növekedésösztönzés és a külgazdasági politika került. A konjunktúra tartósítását, a tartós fellendülést elsősorban pénzügyi, adó- és hitelpolitikai eszközrendszerrel biztosították.

A német állam a beruházások ösztönzésére kezdettől fogva nagy súlyt fektetett. A beruházásokat az ötvenes, hatvanas években, majd az 1982-es kormányváltás után, és

közvetlen és közvetett adók többszöri csökkentésével, az alacsony kamat politikájával, az értékcsökkenési leírás szabályozásával ösztönözték. Az állótőke gyorsított értékcsökkenési leírását szabályozó 1952. évi törvény a beruházások ösztönzésének egyik motorjává vált. A szabályozás szerint a beruházások értékét 10 év alatt lehet leírni, ezen belül a beruházott tőke csaknem felét (48%-át) a beruházást követő első két évben. A tőke számára az élénk piaci kereslet és bővülő piac (részben a korábban elhalasztott kereslet jelentkezése, részben a jövedelmek növekedése és a magas fogyasztási hányad miatt) kedvező profitkilátásokat biztosított. A magántőke beruházásait a gyorsított amortizáció mellett beruházási adókedvezmények és kedvező hitelfeltételek segítették. A gyorsított amortizációból képzett alapra adómentességet is biztosítottak, ennek feltételül az újbóli beruházást szabva.

E politika igen jelentős impulzust adott a kedvező beruházási klíma kibontakozásához, tartósításához. A versenypolitikának a gazdaságpolitikai koncepcióból következően megkülönböztetett figyelmet szenteltek. A versenyfeltételek átfogó szabályozása az 1957-ben kiadott ún. *Versenykorlátozások elleni törvény* (más néven kartell törvény), amely a versenykorlátozó kartellmegállapodások lehetőségét korlátozza. Rendelkezései kétirányúak:

1. korlátozza a vállalati fúziókat, kartelleket a túlzott iparági koncentráció meggátlására, amely monopolhelyzetet tesz lehetővé;

2. tiltja a piaci erővel való visszaélést, a piac korlátozására irányuló megállapodásokat.

A versenypolitika fontos feladata a kis- és középvállalatok működési feltételeinek javítása, amelyek termelésük szerkezetének gyors változtatásával a strukturális fejlődés követelményeihez képesek rugalmasan alkalmazkodni.

A versenypolitika fellépett a versenykorlátozó kartellek ellen, de a vállalati együttműködés azon formáit ösztönzi, amelyek a teljesítő- és versenyképesség javítására, racionalizálására irányulnak. A monopolhelyzettel való visszaélések, a termelési és árkartellek, a kiskereskedelmi árak a monopól vagy oligopól szállítók általi megkötése elterjedté vált. Ezért került sor a kartell törvény többszöri felülvizsgálatára. Elrendelték a fúziók ellenőrzését, a kiskereskedelmi ár szállító általi rögzítésének tilalmát és egy monopóliumokat ellenőrző bizottság létrehozását. A versenyfeltételeket szabályozó rendelkezéseket is korszerűsítették.

Az állam szerepe az NSZK gazdaságában igen jelentős lett. Az állam átfogó gazdasági beavatkozása részben a gazdaságpolitika révén és a költségvetésen keresztül valósult meg, emellett a gazdaságban való közvetlen állami részesedés és egyes gazdasági ágak (mezőgazdaság, széntermelés) működésének különleges szabályozása fontos szerepet játszott.

A közvetlen állami tulajdon köre korlátozott maradt az NSZK gazdaságának méretéhez és a nyugat-európai országokhoz viszonyítva egyaránt, de az állam olyan magas lekötött tőkeigényű ágazatok finanszírozásában vállalt részt, amelyek az újratermelésben kulcsfontosságúak, de amelyek iránt a magántőke érdeklődése lanya volt, a hosszú megtérülési idő (vagy közvetlen meg nem térülés) miatt. Ezáltal a nyugatnémet állam a magántőke értékesülési feltételeit jelentősen javította. Az állami tulajdon két alapvető területe a nyers- és alapanyag-termelés és az infrastruktúra volt.

A német piacgazdaság előtt szereplő szociális jelző korántsem díszítő, hanem arra utal, hogy a társadalomnak a piac minél zavartalanabb működése mellett olyan szerves kiegészítő mechanizmusra van szüksége, amely nemcsak gondoskodik az önhibájukon kívül munkaképtelenekekről és a nem munkaképes korúakról, hanem a jóléti juttatásokat az átlagjövedelmek alakulásához kapcsolja. Minden fizetésemelés így automatikusan a nyugdíjakat is azonos mértékben növeli. Felismerték azonban azt is, hogy a jóléti szociális szempontok érvényesítése nem a piac feladata, sőt gátolná annak működőképességét. (Ezt a középkelet-európai országok évtizedes tapasztalatai igazolják.)

Az erhardi koncepcióra épült német gazdaságpolitikának az 1949–1989-es időszakbeli tapasztalatai megszívlelendő tanulságokkal szolgálnak:

1. a piaci követelményekhez való alkalmazkodást biztosító és kikényszerítő mechanizmusra van szükség;

2. az államnak a gazdaság működésébe való közvetlen beavatkozása szűk körű, de a versenyfeltételek biztosításával jelentős szerepet játszik;
3. a pénzügyi-valutáris stabilitás a megtakarítások, a beruházások és az export növelése céljából elengedhetetlen;
4. a beruházásokhoz megfelelő profitkilátásra van szükség;
5. az élő munkát a termelékenység növekedésével arányosan kell honorálni;
6. mind a termelés fellendítése, mind az életszínvonal javítása jó infrastruktúra gyors kiépítését követeli meg;
7. a kreativitás és a szellemi teljesítmények ösztönzése és igen magas honorálása a gazdasági fejlődés motorjává vált az NSZK-ban.

## **A német állam rendszerpolitikai, gazdasági, gazdaságpolitikai, intézményes szerepe az újraegyesítés után**

A Németország újraegyesítésével, majd a keletnémet tartományok rendszerváltásával, gyökeres átalakításával, a német gazdaság egészébe történő újrabeillesztésével, a kelet-német gazdaság rendszerpolitikai átalakításával, tulajdoni, gazdaság- és termeléspolitikai átalakításával kapcsolatos hatalmas horderejű változások nélkülözhetetlenné tették a német állam nagyarányú politikai, gazdasági, pénzügyi szerepvállalását.

Az állam gazdasági beavatkozásának hatóköre és mérete rendkívül megnőtt. 1991 óta évente bruttó 162–194 milliárd DM-nyi bonni költségvetési transzfer áramlik a keletnémet tartományokba, az utóbbiak adó- és egyéb költségvetési befizetéseit levonva évente nettó 130–150 milliárd DM bonni pénzügyi transzferet élveztek.

A költségvetési kiadásoknak a bruttó hazai termékhez viszonyított aránya lényegesen megnőtt az újraegyesítés költségei nyomán: az állami újraelosztás mértéke 1991-re 48,4%-ra emelkedett, 1993-ban pedig meghaladta a 49%-ot, s azóta is ezen a szinten mozog.

## **II. A jóléti állam átalakítása – gondok, kényszerek, kilátások**

Az elmúlt évtizedekben a szociális piacgazdaság koncepciójának megvalósítása nyomán a jóléti állam átfogó rendszere épült ki az NSZK-ban. Abszolút értékben és a bruttó hazai termékhez viszonyítva egyaránt a skandináv országok és Hollandia mellett az NSZK nyújtja a legnagyobb jóléti juttatásokat, a hollandok és a németek a GDP-hez viszonyítva a skandinávokénál alacsonyabb adóhányad mellett.

A nyolcvanas évek második felében a jóléti állam kiterjesztésének korlátai mind nyilvánvalóbbá váltak Németországban (is), majd pedig az elért jóléti vívmányok finanszírozása is előbb megnehezült, majd csak egyre nagyobb deficitek árán volt lehetséges.

Az állam korábbi szerepvállalása a gazdaságban és a jóléti rendszerek fenntartásában egyaránt súlyos egyensúlyhiányok forrásává vált. Az államháztartás egyensúlya a bevételi és a kiadási oldalon egyaránt előbb fenyegetetté vált, majd felborult, azaz kumulálódó deficitek keletkeztek, amelyek lavinaszerűen növekvő állami-közületi adósságállományhoz vezettek. Vizsgáljuk meg ennek az alapvető okait.

Az állam gazdasági beavatkozása a termelési folyamatba és „gondoskodása” a jóléti rendszerek keretében egyaránt nagy, sőt egyre növekvő költségekkel járt, ami a GDP növekvő mértékű újraelosztását igényelte, az adók és járulékok aránya történelmi tendenciaszerűen megnőtt Németországban (is): 1982-ben az NSZK-ban az államháztartási kiadások már a GDP közel felét (47%-át) tették ki, ami az SPD–FDP-koalíció bukásához vezetett. A Kohl vezette új kormány 1982–89 között erőteljes lépéseket tett a pénzügyi helyzet konszolidálására, elsősorban az állami beavatkozás mérséklésével, a közületi felhasználás GDP-hez viszonyított arányának csökkentésével (1985–90 között 13,6%-ról 12,1%-ra), az adóterhek és járulékok mérséklésével (az előbbieket 25,1%-ról 23,5%-ra, az utóbbiakat 17,5%-ról 16,8%-ra csökkentették). Így bár százalékban kifejezve lassú, de

pregnans, és hatását tekintve egyértelmű, jelentős folyamat bontakozott ki. A konjunktúra tartós és nagy mérvű fellendülése az NSZK-ban a nyolcvanas évek második felében a gazdasági növekedés és annak nyomán a költségvetési bevételek tetemes emelkedése révén járult hozzá a pénzügyi-finanszírozási helyzet kedvező alakulásához.

Németország újraegyesítése gyökeresen új helyzetet teremtett és óriási dimenziójú finanszírozási feladatot támasztott a német államháztartás számára.

A német államháztartás és a jóléti rendszerek finanszírozásának problémája azonos tőről fakad: a kilencvenes évtizedben a növekedési problémák és a tartós, strukturális munkanélküliség miatt, továbbá a kedvezőtlen demográfiai trendek következtében reálértékben stagnáló, sőt csökkenő fajlagos bevételekkel szemben növekvő finanszírozási igények és kiadások állnak a költségvetésben és a jóléti rendszerek területén is. Ez hosszabb távú tendenciává vált, ami nem tartható fenn. Sem a gazdaság belső állapotának romlása, sem az integráció továbbfejlesztésének, a monetáris unió létrehozásának vállalt kötelezettsége miatt nem engedhető meg a pénzügyi egyensúlyhiányok növekedése, sőt sürgős csökkentésükre van szükség, egyszerre több területen is. A szövetségi, tartományi és a községi költségvetések konszolidálása, a tőkepiac megerhelésének csökkentése és a jóléti rendszerek alapvető átalakítása elengedhetetlenné vált. Jelenleg a költségvetési reform, ezzel összefüggésben az adóreform, a társadalombiztosítási és a nyugdíjreform húsba és zsebbe vágó átalakítása van sürgős napirenden.

Nézzük a tényeket!

### *1. Az állam gazdasági újraelosztási szerepe – a német államháztartás helyzetének alakulása*

Bár a német (az újraegyesítés előtt nyugatnémet) gazdaságpolitika a magángazdaság működésébe nemzetközi összehasonlításban viszonylag szerény mértékben avatkozik be (kivéve az agrárszektor, az energetikát, a postát-hírközlést és a vasutat), de igen jelentős mértékű jóléti újraelosztási és közületi transzferrendszert épített ki.

Az államháztartás kiadásainak aránya a GDP-hez viszonyítva évtizedeken át növekedett, s 1982-ben 49,8%-kal tetőzött. Ezt követően a hatalomra került CDU-FDP-koalíció 1982–89 között igen jelentős mértékben törekedett az állami beavatkozás arányának csökkentésére. Az erőfeszítések eredményeként 1989-re az állami-közületi kiadásoknak a GDP-hez viszonyított aránya 45,3%-ra csökkent (ez az adat tartalmazza a társadalombiztosítási kifizetéseket is). Az utóbbiak nélkül a közületi kiadások aránya a GDP 31,3%-át tette ki.

Németország újraegyesítése nyomán tetemesen megnőtt az újraelosztás pénzigénye és aránya egyaránt. Az államháztartás összes kiadásai 1989–91 között folyó áron 25,6%-kal, az állami-közületi kiadások (a társadalombiztosítás nélkül) pedig ennél is jóval nagyobb mértékben, 40,8%-kal emelkedtek. Az állami újraelosztás mértéke 1992-re 47,8%-ra emelkedett, a társadalombiztosítási kiadások nélkül 37,8%-ot ért el. 1995-ben és 1996-ban a német államháztartási kiadások a GDP 49,2%-át érték el, ezt 2000-ig az újraegyesítés előtti szintre, 46%-ra kívánják csökkenteni. Ebből 1997-re szerény mértékű 0,3%-nyi mérséklést terveznek, de ez is nagy nehézségeket okoz.

Az újraelosztás mértéke terén Németország nemzetközi összehasonlításban a középmezőnyben foglal helyet. 1995-ben az államháztartási kiadások Franciaországban a GDP 53,9%-át, Olaszországban 51,4%-át érték el. Kiugróan magas a megkezdett szerény leépítés ellenére a svéd újraelosztás 68,1%-os és a dán 62,7%-os aránya. A tengerentúlon jóval kisebb az újraelosztás mértéke: az USA-ban 35,1%; Japán azonban 1995-ben a történelemben először meghaladta az USA-beli arányt, 36,1%-ot ért el, azóta is az arány az USA-ban csökkenő, Japánban növekvő tendenciát mutat. 1990, Németország újraegyesítése óta, 1996-ra az államháztartási kiadások a GDP-hez viszonyítva 44,7%-ról 49,2%-ra nőttek.

Az újraelosztás mértéke így jelenleg jóval meghaladja az akkor leépíteni kívánt, nyolcvanas évtized elejei-közepi mértéket. Megjegyzendő, hogy nemzetközi össze-

hasonlításban nemcsak a skandináv országok valószínűleg meg a németországinál jóval nagyobb mértékű újraelosztást, de Franciaország, Belgium és Ausztria is (lásd az 1. táblázatot). Az EU-n belül a brit, a tengerentúlon az USA-beli és a japán újraelosztás aránya viszont a németnél jellemzően alacsonyabb.

Az adóhányad a GDP-hez viszonyítva Németország újraegyesítése óta 23,5%-ról 1993-ra 24,4%-ra nőtt, azóta viszont ismét lassan mérséklődött, 1996-ban 23,3%-ot tett ki, vagyis az 1990. évi szint alá tért vissza. Az EU-n belül csak a spanyol és a görög adóelvonás mértéke kisebb a németnél, így a magas német adóhányad „legendája” nem helytálló önmagában véve. (Más a helyzet, ha a termelést sújtó fajlagos elvonásokról beszélünk!)

A társadalombiztosítási járulékok aránya 1990–96 között a GDP 16,8%-áról 19,9%-ra nőtt. EU-szerre a németországinál csak Franciaországban találunk magasabb járulékarányt (1996-ban 21,3%).

A bérek járulékos költségei abszolút teherként Németországban a legmagasabbak a világon, ez az egyik alapja a német munkaadók, beruházók állandóan hangoztatott költség-szint-problémájának s a mérséklésükre irányuló követeléseknek. Megjegyzendő, hogy a skandináv országokban azért alacsonyabb a társadalombiztosítási elvonások mértéke, mert ott a jóléti rendszereket részben más forrásokból, főleg adókból egészítik ki.

A német államháztartás mérleghiánya az újraegyesítés előtt rendszerint nem haladta meg a GDP 1%-át, gyakran pedig kiegyenlített volt. 1989-ben minimális hiány mutatkozott: 1,049 milliárd DM bevétel állt 1,052 milliárd DM kiadással szemben.

A német újraegyesítés új lapot nyitott az egyensúlyhiány megugrásával a költségvetésben. Az államháztartás deficitje 1990-ben több mint megháromszorozódott az előző évihez képest, majd 1991-ben is ugyanaz játszódott le. 1990-ben az államháztartás 30,5 milliárd DM-es, 1991-ben már 109,5 milliárdos hiánnyal zárt.

Mivel a keletnémet tartományokba évente nettó 130–150 milliárd DM-et pumpáltak, ez azt jelenti, hogy az államháztartási deficit ezt nem fedezte teljes mértékben, így a többit a nyugatnémet tartományok terhére, azok pénzforrásait csökkentve, további részét pedig kötvénykibocsátással a tőkepiacról felvett hitelekkel teremtették és teremtik elő. A nyugatnémet országgrészen élők a keletnémet tartományok megsegítésére hozott pénzügyi áldozatot egyre elégedetlenebbül viselik. S elégedetlenség mutatkozik keletnémet oldalon is, hiszen az újraintegrációtól nem alkalmazkodási terheket és gondokat, hanem gyors kiegyenlítődést reméltek, ami megkezdődött, de a folyó színvonalat tekintve is kb. 2008-ig eltart, a vagyoniállomány terén pedig évtizedekig.

Az államháztartás finanszírozási hiánya Németországban 1991-ben a GDP 3,3%-át érte el, majd 1995-ben 3,5%-ot tett ki, s az előzetes adatok szerint 1996-ban 3,8%-ra emelkedett. Az eladósodás nagy teherterét jelentik az állami kamatfizetések a felhalmozott adósságállomány miatt, kamatok nélkül a német államháztartás 1991–96 között évente 2,6–4%-os többlettel zárt volna. A finanszírozási hiány Németországban az újraegyesítés költségei ellenére 1995-ben és 1996-ban kisebb arányú a GDP-hez viszonyítva mint Franciaországban, Nagy-Britanniában, Olaszországban, sőt, mint Ausztriában. A tengerentúlon viszont az USA 1993 óta (után) kisebb költségvetési hiányt produkál mint Németország. 1997-ben a német tervezet a hiány mértékének további csökkentését irányozza elő.

A német államháztartás kumulált adósságállománya az 1980-as évek közepéig gyorsan nőtt, s 1985-re elérte a GDP 42,5%-át. Ezzel Németország az adósságállomány arányát tekintve (a GDP-hez viszonyítva) Franciaország után a legjobban állt az akkori EK-ban, a jelenlegi EU-15-ök között pedig még Finnország volt akkor nála kedvezőbb helyzetben.

A bruttó adósságállomány 1990-ben a GDP 45,5%-át érte el, 1995-ben viszont már 61,6%-ra nőtt, amivel Németország a maastrichti küszöbérték fölé került. A bruttó államadósság előzetes adatok szerint 1996-ban a GDP 64,2%-ára rúgott, s 1997-ben az adósságszerkezet és a kamatok miatt elkerülhetetlenül tovább nő, 1997-re 66%-ot jeleznek előre.

Az USA-ban az állam felhalmozott adósságállománya 1995-ben meghaladta a német szintet, 1996-ban pedig azonos mértékű volt az utóbbival. Japánban a bruttó adósságállom-

mány aránya hagyományosan jóval magasabb, az EU-országok közül viszont csak Franciaország és Nagy-Britannia van Németországnál valamivel kedvezőbb helyzetben. 1996–97-ben mindketten hajszállal átlépték, illetve átlépi a 60%-os küszöböt.

Az állami tőkekövetelések levonásával számított nettó adósságállomány Németországban 1990-ben mindössze a GDP 20,6%-át tette ki, 1995-re viszont 44,1%-ra, 1996-ban nem végleges adatok szerint 47%-ra emelkedett. Az EU-ban e mutató terén 1996 végén Franciaország, Nagy-Britannia, Hollandia, sőt Dánia és Svédország helyzete is kedvezőbb, tengerentúli összehasonlításban az USA valamivel kedvezőtlenebb, Japán viszont jóval előnyösebb helyzetben van Németországnál.

A helyzetet értékelve megállapítható, hogy a gazdasági össztermeléshez képest az államháztartási deficit és adósságállomány jól kezelhetők, kiéleződött problémák mutatkoznak viszont az adóterhek, a kamatszínvonal miatt és a tőkepiac megterhelésével.

A Németország nyugati feléből a keleti tartományokba irányuló állami-közületi pénzügyi transzfer a belátható időtávban – legalább 2008-ig – fennmarad. A következő években évente bruttó 190–200 milliárdos transzfer kiadással kell számolni, s ennek egy részét költségvetési deficittel kell fedezni.

A várható költségvetési deficit aránya 1997-ben 3,4%, ez EU-összehasonlításban nem túl magas, a görög és az olasz deficit aránya sikeres konszolidációs lépések esetén is a német aránynak kétszerese.

A deficitfinanszírozás fő problémája a német állam számára abban áll, hogy az a belső tőkepiac további megterheléséhez vezet, így az ebből eredő negatív hatások fennmaradnak, csak kezelésük eszközeit lehet némileg más arányban keverni.

A német állam jelentős újraelosztási szerepe megmarad, bár arányát igyekeznek 2000-ig fokozatosan az újraegyesítés előtti arányra; a GDP 46%-ára mérsékelni, viszont termelési, beruházói szerepét nagymértékben leépítik. (Lásd a korábban állami szektorok, vasút, posta, telefon privatizációját.)

Jelenleg a német állam a GDP felét (1996-ban 49,2%-át) osztja el újra, bevételei a GDP 43,2%-át teszik ki.

A közvetlen adóterhek Németországban nemzetközi összehasonlításban az EU-ban alacsonyak, ilyen formában 1996-ban a GDP 23,3%-át központosították, míg Nagy-Britanniában 28,1%-át, Olaszországban 26,4%-át, Franciaországban 24,7%-át, Ausztriában 29,3%-át. (Az adóterhek aránya Dániában a legmagasabb, 50,7%, de ott ez tartalmazza a társadalombiztosítási befizetések túlnyomó részét is.)

A társadalombiztosítási járulékok Franciaország után Németországban a legmagasabbak a GDP-hez viszonyítva, 1996-ban a GDP 21,3 és 19,9%-át vonták el ilyen címen. A betegségi és nyugellátásról fontos jellemzőként azt emelném ki, hogy az állami költségvetéstől elkülönített külön vagyonalappal rendelkeznek, amely fölött önállóan döntenek. Az állam hagyja jóvá és ellenőrzi működésüket, garantálja az ellátás és a kifizetések biztonságát. A társadalombiztosítási és nyugdíjjárulékok külön alapokat képeznek, a befizetéseket az állam soha és semmilyen formában nem vonja el, ellenkezőleg, ha szükséges, kiegészítő támogatást nyújt. A járulékok aránya (a jövedelmekhez viszonyítva) évente változhat, a kasszák egyensúlyi helyzetének függvényében. Az állami alkalmazottak 5 év után Beamten-státuszba kerülnek, ami gyakorlatilag korábban kvázi automatikus állásgaranciát jelentett, jelenleg is nagyfokú foglalkoztatási biztonságot nyújt. A Beamten-nyugdíjkat az állam fizeti, s az ezt biztosító járulékokat is az állam fizeti be, külön nyugdíjpénztár működik e területen.

## *2. Az átfogó adóreformtervek*

Németországban az újraegyesítés óta és annak finanszírozásával kapcsolatban sok, nagy jelentőségű adóintézkedés született. (Az adóbevételek újraelosztása a nyugati és a keleti tartományok között, a szövetségi és tartományi felhasználás arányának módosítása a



tartományok javára, a polgárokat érintő legfőbb közvetlen új adó, a Solidaritätszuschlag bevezetése.)

Az adórendszer alapvető reformját immár elengedhetetlennek tekintik Németországban a politikusok, a gazdaságpolitikusok, a gazdasági élet szereplői és a polgárok egyaránt.

Ez az átalakítás az állam gazdasági szerepvállalását és a jóléti államot egyaránt érinti.

Az állam csökkenteni kívánja az újraelosztás mértékét, a megtermelt GDP nagyobb hányadát kívánja meghagyni a termelőknek és a fogyasztóknak, az előbbiektől a beruházások és a termelés, az utóbbiaktól a piaci kereslet tartós növelését remélve. Az elvonások mértékének csökkentésétől a magánkezdeményezések megélénkülését remélik, hogy az tartós tendenciává válva, új dinamikát vigyen a német gazdaság lelassult gépezetébe.

Az állami beavatkozás mértékének csökkentése, visszaszorítása előtérbe került a reformok alapjaként. Az alacsonyabb adóhányad fejében az állam a gazdasági cselekvést a beruházóktól várja, a jóléti rendszerek átalakítása nyomán pedig a nagyobb mérvű öngondoskodást a polgárookra igyekszik hárítani.

Az adóreform alapvető célkitűzése, hogy az adórendszer egyszerűbbé, áttekinthetőbbé, világosabbá és ellenőrizhetőbbé váljon, s az adóbehajtás hatékonysága így javuljon. Az adóteher mértékét, sőt nemzetgazdasági szinten abszolút nagyságát is csökkenteni kívánják, a brit és az amerikai adócsökkentések növekedési, beruházási, az utóbbinak munkahelyteremtő jótékony hatásában is reménykedve (noha ez utóbbi remény igen halvány).

Az új adórendszert idén (1997-ben) kívánják elfogadtatni, s 1999 januárjában életbe léptetni. Alacsonyabb adókulcsok, kevesebb kivétel az adófizetés alól, ez a fő cél.

Az adóreform fő tartalmi elemei a tervezet szerint:

1. A jövedelemadót német történelmi viszonylatban a legalacsonyabb szinten kívánják megállapítani. A legalacsonyabb jövedelemadó-kulcsot a jelenlegi 25,9%-ról 20% alá (valószínűleg 19,5%-ra) csökkentik, a legmagasabb adókulcsot pedig drasztikusan mérséklék 39%-ra, a jelenlegi 53%-ról. A 13 000–80 000 DM-es jövedelemsávban lineárisan progresszív emelkedés valósulna meg, 80 000 DM felett a 39%-os maximális kulcs lenne érvényben.

2. A Németországban területi adónak nevezett iparüzési adót már 1998-ban mérsékelnék, s 1999-től 35%-os adókulcsot vezetnének be.

3. A vállalatnál maradó nyereséghányad csak 25%-kal adózna. Jelenleg a teaurált nyereséget 45%-kal adóztatják meg.

4. Az adókedvezmények, szubvenciók leépítését tervezik, ezáltal a fiskus 50 milliárd DM-nyi többletbevételre számít.

5. A fogyasztási adó, a Mehrwertsteuer jelenleg 15%-os normál kulcsát 16 vagy 17%-ra kívánják emelni, utóbbi 16 milliárd DM többletbevételt jelentene.

A tervezetet összegezve megállapítható, hogy a jövedelemadó mérséklése a fiskusnak 75–80 milliárd DM bevételecsökkenést jelent, a fenti két nagy növelő tétel viszont kb. 50 és 16 milliárdot jelent a bevételi oldalon, így a nettó adóbevétel-csökkenés, a másik oldalon a polgárok helyzetének javulása 9–14 milliárd DM-et tenne ki. Nemzetgazdasági szinten ez az összeg nem túl jelentős, így érdemben inkább az adószervezet átalakítása, egyszerűbbé tétele szempontjából érdemel figyelmet a tervezet.

A nagyobb fokú méltányosságra törekvés a másik fő szempont, de ennek megvalósítását több réteg vitatja. Az adókedvezmények egész sorát el kívánják törölni, s ez számos súlyos érdekkonfliktus forrása.

Az átalányadózás határa eddig évi 2000 DM volt, 1999 után ez 1300 DM-re csökken. A vásár- és ünnepnap, éjszakai és túlórapótlék eddig adómentes volt, ezután teljes adóteher sújtja. Az ily módon érintett rétegek anyagi helyzete nem hogy javulna, de széles körben romlani fog, amit az érintettek joggal kifogásolnak. A munkahelyektől 15 kilométernél távolabb lakó munkavállalók eddig kilométerenként 70 pfenniget leírhattak adóalapjukból költségként, 1999 után csak 40 pfenniget. A munkanélküli segélyt, a betegsegélyt és rokkantsági támogatást is meg akarják adóztatni. Az életbiztosítás nyomán felvett összegek eddig adómentesek voltak, az adóreform nyomán viszont adókötelessé válnának.

A tervezet egyik verziója szerint az életbiztosításokból származó kifizetéseket 1999 után átalányban adóztatnák meg, de az is nagy ellenállásba ütközik, mivel azok eddigi adómentessége az egyik fő alapelv és vonzerő volt sokak számára.

A nyugdíjasok eddig nem adóztak, hiszen korábbi befizetéseik visszafizetéseinek tekinthetők, nem újonnan szerzett nyereség vagy jövedelem. Ráadásul a munkavállalói befizetések adózott munkabérből származnak, így a nyugdíjkifizetések megadóztatása kettős adóztatást jelentene. A tervezet azzal érvel, hogy a munkaadói befizetések (a befizetések fele) nem adózott hozzájárulásból származnak.

A reformstratégák az adómentesen, illetve adókedvezménnyel képezhető tartalmak egész sorát az eddiginél jóval szigorúbban kívánják kezelni, a kedvezmények körét erősen szűkítve.

A vállalati tulajdon és tulajdonhányad értékesítéséből, értéknövekedéséből származó nyereség eddig csak a szokásos normál adókulcs 50%-ával adózott. A végkielégítéseket ugyancsak az egyéb esetekben szokásos normál adóteher fele sújtotta. Ez megszűnne, de a végkielégítések adóterhét 5 év alatt részletekben lehetne kifizetni.

Az agrártermelésre eddig bizonyos értékhatárig adómentes alapsáv volt érvényben, ennek eltörlése 290 millió DM-nyi többletterhet jelentene a gazdáknak. Az agrárkitermelőknek is bizonyos átalányadót kellene befizetniük az eddigi adómentesség megszűntével, a többiek adóterhe pedig az adómentes sáv elvesztésével emelkedne. A legkisebb családi őstermelők megadóztatása 150 millió DM-et hoz az államkasszába.

Az adókedvezmények és -mentesség leépítése 50 milliárd DM többletbevételt biztosít a fiskusoknak, így a tervezett bruttó 78–80 milliárdos adóteher-csökkentés nagyobbik részét eliminálja.

A fogyasztási adó (Mehrwertsteuer) emelése nagy hangsúlyt kapott. A normál fogyasztási adókulcs 15%-ról 16 vagy 17-re emelése EU-összehasonlításban képviselhetőnek látszik, de a fogyasztás csökkenéséhez vezet, különösen a stagnáló reáljövedelemmel rendelkezők széles körében, így a fogyasztói kereslet korlátozása tompítja a konjunktúrát. Jóléti szempontból érzékelhető, hogy a jóléti állam inkább szűkül, mint bővül és az elért fogyasztási szint stagnálásközeli állapotba kerül, a lakosság egyes rétegeit pedig csökkenés veszélyezteti.

A német szociális piacgazdaság adórendszerét eddig a viszonylag magas adókulcsok és a széles körű kivételek, kedvezmények rendszere jellemezte. Ez nyilvánvalóan nem felel meg sem a belső fejlődés követelményeinek, sem a nemzetközi tendenciáknak. A nemzetközi versenyképesség szempontjából a magas adókulcsok és a bonyolult, szövevényes kivételrendszer elriasztó tényezőt jelent. Az áttekinthetőségnövelés és a nettó adócsökkentés ezen kíván segíteni. A kivételek, mentességek jórésze viszont társadalmi elvárásból, a helyzetből fakadó méltányossági igényből, sőt gazdasági érdekből születik. Ilyen például az ápolók pótléka az egészségügyben, az éjjeli műszak, a fertőző betegségben szenvedők ellátása többletteljesítményt jelent, elengedhetetlen igényt elégít ki. Az ilyen pótlékok megadóztatása esetén növekszik a nyomás e pótlékok felemelésére, hogy a kifizetések reálértéke ne csökkenjen. Ez pedig a sokat emlegetett költségrobbanásnak további lökést ad.

A jóléti állam és a jóléti rendszerek alapvető problémája, hogy a kilencvenes évtizedben nő a szakadék a kodifikált igényjogosultságok és a finanszírozási lehetőségek között. Az adó- és járulékkerhek gyakori növekedése ellenére a polgár úgy tapasztalja, hogy egyre több befizetésért, egyre kevesebbet kap vissza. A hatalmas méretű (1997. február végén 4,7 milliós) munkanélküliség pedig nemcsak az érintettek életviszonyai szempontjából jelent igen jelentős romlást, hanem az államháztartást is drasztikusan megterheli.

Dan Mitchell, amerikai közgazdász a német adópolitikáról alkotott véleményét eképpen összegezte a Friedrich Naumann-Stiftung egyik szimpozionján: „A német adópolitika munkahelyeket és növekedést biztosít – az USA-ban”. (Wirtschaftswoche, 1997. I. 23. 16. p.)

Waigel német pénzügyminiszter időközben szintén lehetségesnek tart egy 20–35 milliárd márkás nettó adóteher-csökkentést. A feloldatlan (jelenleg feloldhatatlannak is

tűnő) dilemma az, hogy minél inkább csökkenti az állam az újraelosztást, annál kevesebb marad a megnövekedett feladatok, kiadások finanszírozására, azok jórésze pedig eliminálható. A növekedésöztönzés, az oly szükséges munkahelyteremtés és más aktív munkaügyi politikai lépések hatalmas finanszírozási igényt támasztanak, ha a foglalkoztatási helyzet további romlását el akarják kerülni.

A tervezett adócsökkentés révén kieső állami-közületi bevételeket érdemben pótolni nem lehet, igaz a Mehrwertsteuer emelése jelentős mértékű, bár részleges kompenzációt jelent, de az a reálfogyasztás csökkenéséhez vezet óhatatlanul, mivel a polgárok jórészenek nincs szándéka, olykor lehetősége fogyasztási kiadásainak növelésére, sőt a bizonytalan gazdasági, foglalkoztatási helyzet egyre óvatosabbá teszi.

A jóléti állam addig épülhetett ki a források oldaláról, amíg az adó- és egyéb állami-közületi bevételek reálnövekedése biztosított volt. Amikor nem ez a helyzet, akkor egy ideig közületi hitelfelvételek, kötvénykibocsátás, egyéb tőkepiaci műveletek révén biztosítani lehet a jóléti vívmányok fenntartását, de ez a közületi szféra növekvő eladósodásával jár. Németországban is ez történt, különösen az 1990 utáni időszakban. Az államháztartás hiányainak 1990–96 közötti növekedése a GDP 2,1%-áról 3,8%-ára, a közületi adósságszolgálati terhek növekedését vonta maga után. A német állam kumulált adósságállományának növekedése az említett időszakban a GDP 45,5%-áról 64,2%-ára, jól mutatja a korábban igen konszolidált német állami finanszírozási politika deficitjének következményét.

A tervezett adócsökkentéseket a politika megújuló képességének bizonyítékául is szánják, s Németország, mint termelési telephely vonzerejét kívánják demonstratív módon növelni. A célkitűzés kétségtelenül helyes, de kérdés, hogy nem erodálódnak-e az intézkedések a költségvetési egyensúlyjavítás sürgető kényszere miatt.

Az utóbbi, a maastrichti kritériumok teljesítése ugyanis a német gazdaságpolitika elsődleges célja, amelynek a többi célt alá kell rendelni. Így az adóreform sorsa és hatékonysága attól függ, hogy az ellentmondásos kényszerek béklyójában milyen kompromisszumok születnek.

Az új német adótervezettel kapcsolatban viszonylag széles konszenzus alakult ki a következő kérdésekben:

- az alsó adósáv kulcsa hangsúlyozottan alacsony legyen,
- a maximális adókulcsot lényegesen csökkentsék,
- a felső adósáv a jelenlegi (évi 150 ezer DM/év) jövedelemhatárnál lejjebb kezdődjön,
- a progresszió mértéke egyenletes legyen a legfelső sávig, utána pedig azonos, 35 vagy 39%-os kulcs legyen érvényben,
- az adótarifa legyen összhangban a teljesítményre történő ösztönzés elvével.

### *3. A jóléti ellátási rendszerek működése, a társadalombiztosítási és nyugdíjrendszer reformja*

Németországban a szociális piacgazdaság jegyében széles körű szociális ellátó rendszereket építettek ki, melyek közül a legnagyobb méretűek a nyugdíjrendszer, az egészségügyi ellátórendszer, a munkanélküli segélyezés, a szociális segélyezés és támogatás, a szociális lakáspolitikai, az oktatási-képzési rendszer. Mindezek célja átfogó szociális biztonság és védelem nyújtása a már, még vagy átmenetileg önmagukról megfelelő módon gondoskodni nem tudók részére.

E rendszerek részben a gazdasági előrelátás, önfinanszírozás, kölcsönös kockázatok elleni biztosítás, részben a rászorultaknak nyújtott társadalmi szolidaritás, újraelosztás és a méltányosság alapján történő segélyezés elve alapján működnek.

E felsorolt átfogó szociális ellátórendszereket már a bismarcki Németországban elkezdték kiépíteni, jórészt állami kezdeményezéssel és támogatással, a munkásság önálló szervezkedésének politikai leszerelésére, illetve mérséklésére. Az NSZK gazdaságpolitikájában a szociális jóléti politika, az intézményes szociális rendszerek kiépítése, védőháló-szerepe

fontos helyre került. A jóléti rendszerek kialakításában a munkavállalók szakmai és érdekvédelmi szervezetei, utóbbiak közül a szakszervezetek igen nagy befolyásra tettek szert, és e rendszerek kiépítésében jelentős szerepet játszottak.

1951-ben a montánuniós iparágakban született meg először a döntésekben való részvétel joga, a „beleszólási jog” (Mitbestimmungsrecht). Az ún. Paritásos Bizottságban egyenlő arányban vesznek részt a munkaadók és a munkavállalók képviselői. Paritásos Bizottságok működnek üzemi, vállalati, ágazati szinten, sőt azóta számos fontos kérdést együtt vitatnak meg és egyeztetve próbálnak dűlőre jutni az ágazatközi tárgyalásokon a kormány, a munkaadók és a munkavállalók képviselői, amelyek az alapvető bér- és munkaügyi kérdésekben keretmegállapodásokat kötnek, amelyek mintául szolgálnak az alsóbb szintű munkaügyi megállapodásokhoz.

A társadalombiztosítási és a nyugdíjrendszer a szociális gondoskodás két legnagyobb alrendszere, s pénzügyileg is a legnagyobb volumenű újraelosztási rendszerek.

A társadalombiztosítási rendszer korunkban a szociális létbiztonság alappillére a betegek, rokkantak, az idősek és az önhibájukon kívül dolgozni nem tudók részére, pontosabban: annak kellene lennie. Jogos elvárás, de gazdasági érdek is, hogy jól működjön.

A nyugdíjasok megfelelő ellátását biztosító, hosszú távon stabilan finanszírozható, ésszerű nyugdíjrendszer kialakítása elsörendűen fontos feladat Németországban (is). A juttatás nagysága, színvonala a gazdaság teljesítőképességének függvénye.

A német társadalombiztosítás jól kiépített rendszere széles körű juttatásokat biztosít betegség, rokkantság, kórházi-klinikai ápolás, anyaság és gyermekgondozás esetén. A betegbiztosítás kiterjed minden bérből és fizetésből előre, az ipari tanulókra, főiskolai hallgatókra, a nyugdíjasokra, az önálló keresők családtagjaira, valamint a munkanélküli segélyre jogosultakra. A társadalombiztosítás elkülönített alapokkal működő 3 alrendszere: a betegbiztosítás, a munkanélküli biztosítás és a nyugdíjalap.

A betegbiztosítást a munkavállalók, a munkaadók és a kormány együttesen finanszírozzák. A biztosítottak keresetük alapján progresszíven fizetnek járulékot, a bruttó kereset 3–19%-át, átlagban jelenleg 12,3%-ot. A munkaadók ugyanilyen arányban kötelesek alkalmazottaik után betegbiztosítási járulékot fizetni. A kormány fizeti be a munkanélküliek és a diákok biztosítási járulékát, ideértve az államilag elismert továbbképzésben részt vevőket, fizeti az anyasági segélyeket és a szülési szabadságra járó bért. A munkanélküli biztosítási alap deficitjét a kormány kiegyenlíti. Betegség esetén a munkaadó 6 hétig táppénzként az átlagkereset 100%-át köteles továbbfizetni. Ezután a betegbiztosító alap folyósítja a járulékfizetésnél figyelembe vett kereset 80%-át. 3 év alatt összesen legfeljebb 78 hétre fizetnek táppénzt. Anyasági segélyként a kereset 100%-át fizeti a biztosító. Időtartama 6 héttel a szülés várható időpontja előtt kezdődik, és a szülés után 8 hétig tart. Emellett egyszeri anyasági segélyt folyósítanak. A 8 évesnél fiatalabb gyermekek betegsége esetén évente legfeljebb 5 napig a biztosítottnak vagy házastársának gyermekápolási táppénzt fizetnek.

Az egészségügyi ellátás költségeit a biztosító téríti meg a vele szerződött orvosoknak, kórházaknak, gyógyszerészeknek. A biztosítottak számára az orvosi ellátás, a laboratóriumi vizsgálatok, a szülészeti és kórházi ellátás, a műtétek, a felírt gyógyászati segédeszközök ingyenesek. A receptre kiváltott gyógyszerek után néhány márkás ún. receptilletéket kell fizetni, de teljesen ingyenesek a gyógyszerek a gyermekek, a szülő nők, a nyugdíjasok és az állandó rokkantak részére. A rehabilitáció és a mentőszállítás is ingyenes.

A német betegbiztosítási rendszer kiadásainak egyharmada a kórházaknak jut, az ambuláns orvosi ellátásra 18%-ot, a gyógyszerekre 16%-ot, gyógyászati eszközökre 6,2%-ot fordítanak, a fennmaradó hányad a fogorvosi ellátást fedezi.

A német nyugdíjrendszer igen átfogó, kiterjed az állami és a magánfoglalkoztatottakra, s külön rendszerek vannak érvényben az állami hivatalnokok, a művészek, a bányászok és a gazdálkodók speciális nyugellátásának biztosítására. A nyugdíjbiztosítási rendszer átfogó reformjáról szóló új törvényt 1996 nyarán fogadták el.

Bizonyos jövedelemhatárig kötelező az állami nyugdíjbiztosításban való részvétel, a magasabb jövedelműek magánnyugdíjbiztosítást köthetnek. Ez a lehetőség saját döntés alapján nyitva áll kiegészítésül az állami nyugdíjbiztosításban részt vevők számára is. Jelenleg a befizetendő nyugdíjjárulék a kereset 19,2%-a, melyet a munkaadó és a munkavállaló fele-fele arányban fizet. A kötelezően biztosított önálló maguk fizetnek, a kereseti plafon 10%-ánál kevesebbet keresők esetében pedig a munkaadó köteles a teljes járulékot befizetni. A kormány korábban a nyugdíjalap éves költségvetésének kb. 15%-át támogatásként fedezte, ezt azonban az új szabályozás szerint leépítik, s a rendszernek önfinanszírozóvá kell válnia.

A nyugdíjkorhatár korábban a férfiaknál 63 év, a nőknél 60 év volt, ha 35 évnyi szolgálati időt szereztek, amely alatt folyamatosan fizették a nyugdíjjárulékot. A nők 60 évesen nyugdíjat kaphattak, ha az utolsó 20 évből legalább 10 évet dolgoztak és járulékot fizettek.

Az 1996 nyarán elfogadott új nyugdíjtörvény szerint 65 éves korban mehetnek nyugdíjba a németek, férfiak és nők egyaránt. A legalább 35 éves szolgálati idővel rendelkezők egyelőre még 63 évesen nyugállományba mehetnek, de 2001 végétől már ők is csak 65 évesen, különben csak csökkentett nyugdíjra számíthatnak. 60 éves kortól a nyugdíjkorhatár elérséig előnyüdjat kaphatnak azok, akik az utóbbi másfél év alatt több mint egy éve munkanélküliek. A 60 éves korukra munkaképtelenné váltak szintén nyugellátásra jogosultak. Az öregségi nyugdíj a dolgozók megállapított bérének 1,5%-a, szorozva a biztosítási évek számával (ideértve a 16 évesnél idősebb korban végzett tanulmányok idejét is). A 63 évesen folyamatos munkaviszonnal nyugdíjba menők jelenleg keresetük 70,5%-át kapják, amelyhez a saját és a vállalati nyugdíjbiztosításból kapott összegek járulhatnak. Idén 100 nyugdíjjárulék-fizetőre 57 nyugdíjas jut Németországban, akik átlagban 16 évig élvezik nyugdíjukat. Valóban élvezhetik, mivel a nyugdíjakat évente automatikusan a nettó munkabérek növekedésével azonos mértékben emelik.

Egészségügyi szolgáltatásokra és juttatásokra a német állam 1991-ben 426,9 milliárd DM-et fordított, 1993-ban pedig 440,3 milliárdot. Ezen belül gyógyításra, kezelésre 1993-ban 257,7 milliárd DM-et, utókezelésre, rehabilitációra 119,2 milliárdot. A táppénz és rokkantsági segély 98,6 milliárd DM-es tétel volt az egészségügyi költségvetésben.

A társadalombiztosítási juttatásokból 208,3 milliárd DM-et az általános betegbiztosítás keretében finanszíroztak, a munkaadók befizetéseiből 68,9 milliárd DM jutott, a nyugdíjbiztosításból 30,3 milliárd DM-et költöttek el a társadalombiztosítási célokra (pl. rokkantsági segélyre), az állam 62,6 milliárd DM-mel járult hozzá a kiadásokhoz, a többi a balesetbiztosítási kasszák, a magánpáciensek és a magánbiztosító hálózatok fedezték.

Az általános (törvényes) betegbiztosítás bevételeinek és kiadásainak mérlege 1992-ben passzív szaldót mutatott, 1993-ban és 1994-ben aktívummal zárult.

A betegbiztosítás költségexpanzióját mutatja, hogy 1992-ben 1 tag éves befizetése 4442 DM-et tett ki, 1994-ben már 5126 DM terhelte. Ezért cserébe egy tag (a nyugdíjasokat nem számítva) 1992-ben 3190 DM, 1994-ben 3447 DM juttatást vett igénybe.

Az állami betegbiztosító vagyona az 1992–94 között 16,58 milliárd DM-ről 1994-re 29,36 milliárdra nőtt, tehát az inflációt jóval meghaladó mértékben. 1995-ben ismét fordulat következett be a társadalombiztosítás mérlegében, 13,6 milliárd DM-es passzívummal zárult.

Az egészségügyben összességében azonban számos részreform, válságterületek és megoldáskeresések nyomán mégis sikerült kézben tartani a finanszírozást, igaz, számos egészségügyi szolgáltatás nyújtását megszigorították és/vagy megkurtították. 1995 előtt a német társadalombiztosítás évente 3 hetes gyógyfürdői kezelést fedezett az orvos által beutaltaknak, szállodai szállásköltséggel együtt. Jelenleg ezt a szolgáltatást csak 2-3 évenként lehet igénybe venni, szállodai költséget nem fedeznek, a kúrához a betegek általában napi 25 DM-mel hozzá kell járulnia. Korábban a külföldi gyógyüdülést is fedezték, jelenleg viszont, ha Németországban működik adott gyógytartalmú fürdő, akkor a külföldi gyógyüdülést nem fizetik. A reform előtt a betegbiztosítás a szemüvegkeretet is fizette, az igénybevevőknek csak

kisebb hozzájárulást kellett fizetnie, jelenleg már csak a lencsét téríti meg a biztosító, a szemüvegkeretet a páciensnek kell kifizetnie. A szigorítások többsége után is jóval szélesebb körű a juttatásrendszer mint a szegényebb EU-országokban szigorítás nélkül.

A táppénz ügyében nagy a felzúdulás, hisz évtizedek óta betegség esetén is a teljes átlagkeresetnek megfelelő táppénzt fizettek Németországban. A társadalombiztosítás 1996 októbere óta csak az átlagkereset 80%-át folyósítja, de számos vállalat ezt vállalati kasszából vállalati gondoskodás címén továbbra is 100%-ra kiegészíti, igaz, a gazdasági helyzet megnehezülése miatt egyre több vállalat nem hajlandó erre a juttatásra.

Az állami jövedelemátutalások (transzfer) 1995-ben 1093,76 milliárd DM-et tett ki, ebből a szociális kiadásokra 647,50 milliárd DM jutott, a vállalatoknak pedig megrendelések, támogatások stb. címén összesen 354,33 milliárd DM. Ez szemléletesen mutatja, hogy a német államháztartásban a szociális szféra súlya messze a legnagyobb.

Elemezzük tovább az állam kiadásait feladatkörök szerint.

Az állam összkiadásaiból az 1996. évi német statisztikai évkönyv 1992-re vonatkozó részletes adatai szerint 40,6%-ot költöttek társadalombiztosítási kiadásokra összesen, további 13,8%-ot az egészségügy működésére, fejlesztésére, 8,7%-ot közoktatásra, 2,8%-ot lakásépítésre, kommunális szolgáltatások állami finanszírozására, a közigazgatás a budget 8,4%-át vette igénybe.

Az államháztartás 1994-ben mintegy 400 milliárd DM-nyi összmeztakarítással rendelkezett, felhalmozott tárgyeszközei 1995-ben 2357,14 milliárd DM-et tettek ki, az országban felhalmozott tárgyi vagyon 16,9%-át érték el. A német állam tehát korántsem szegény, de az előtte tornyosuló feladatok megoldásához rendkívül körültekintően kell gondolkodnia. A németek különösen érzékenyek mindenfajta érték- és vagyonvesztéssel szemben, ezért idejekorán igyekeznek a szociális jóléti állam erősen átalakított, racionalizált formában való továbbélését biztosítani. Nem a jóléti rendszerek leépítéséről, hanem alapvető átépítésükről van tehát szó.

A társadalombiztosítás reformjának alapvető lépései Németországban kétirányúak: 1/ az évről évre megállapított/módosított befizetési aránynak a bruttó jövedelmek 20%-án belül tartása; 2/ az ellátás normatíváinak oly módon történő megállapítása, hogy az egészségügyi kassa középtávon feltétlenül kiegyensúlyozott legyen. Ezt a 2000–2030-as időszakban előre kikalkulálható komoly veszély fenyegeti, ugyanis a népesség korösszetétele, elöregedése miatt egyre többet kell az orvosi kezelésekre és gyógyellátásra fordítani. A gyógyszerek esetében minimális receptilletéket kell fizetni (receptenként 2 márkát), a többit a betegbiztosítás állja. Az 1990-es évek első felében a társadalombiztosítási kiadások folyó áron évente 15–20%-kal emelkedtek, ezen belül azonban a betegbiztosítás kiadásai az átlagosnál lassabban nőttek.

A legnagyobb problémák, egyensúlyhiányok és a legkedvezőtlenebb kilátások a nyugdíjrendszer területén vannak. 1991-ben a nyugdíjak automatikus emelésének rendszerét ki kellett terjeszteni a keletnémet nyugdíjakra is, ami a nyugdíjkasszát nagymértékben megterhelte. Az össznémet nyugdíjemelések korábban a bruttó bérek és fizetések átlagos növekedését követték, a részleges nyugdíjreform óta már csak a nettó bérnövekedési ütemhez igazítják a nyugellátás emelését, ami a korábbiánál szerényebb emelést jelent, sőt a fogyasztói árnövekedést sem mindig éri el.

Ennek ellenére elodázhatatlanná vált az átfogó nyugdíjreform. Demográfiai okokból a társadalom elöregedése a legnagyobb mértékben a nyugdíjrendszer területén élezi ki az ellentmondásokat. A nyugdíjasok egyre tovább élnek Németországban. A nők közel 80. életévükig, a férfiak több mint 76 évet élnek (amíg Magyarországon a férfiak átlagéletkora alig 64 év).

A munkaképes korú népesség jelenleg 35 millió főt tesz ki, a tényleges foglalkoztatottak létszáma 28 millió fő. Ez a szám 2020-ig legalább 6–7 millió fővel csökken, a foglalkoztatási helyzet romlása esetén még többel. Ehhez járul, hogy a 40–50 éves korú népesség halálzási aránya Németországban (is) megnőtt, különösen a férfiaké. Így

olyanok távoznak, akik még 15–20 évig járulékot fizettek volna, viszont akik elérik a nyugdíjkorhatárt, azok szívósabbak, egyre tovább élnek. A járulékot fizetők száma egyre csökken, a nyugellátást élvezőké viszont emelkedik. Így egy aktív járulékbefizetőre jelenleg 2,6 eltartott jut, s ez az arány 2020-ig 3,7 főre növekszik. Jelenleg az átlagos nyugdíj Németországban az átlagkereset 64%-át teszi ki, s feltétlenül el akarják kerülni, hogy a törvényes nyugellátás az átlagkereset 60%-a alá csökkenjen.

A német nyugdíjas korú polgárok több mint 80%-ának van kiegészítő jövedelme, részben hosszú lejáratú értékpapírokból, kötvényekből, kisebb részben életbiztosításból. A német polgárok nemzetközi összehasonlításban kevésbé gondoskodnak jövőjükéről részvényekben, mindössze 6%-uk rendelkezik részvényekkel, míg Nagy-Britanniában 17%.

A társadalombiztosítási, nyugellátási, egészségügyi és egyéb szociális kiadásokat együttvéve, az összes szociális kiadásban az egészségügy és nyugellátás közel azonos arányban szerepel, az előbbi aránya 40, utóbbié 41%-ot tesz ki. Ez utóbbi arányában veszélyesen megnőhet a 2000–2030-as időszakban, ami a szociális ellátás többi területét veszélyeztethetné, a juttatás reálértéke 1 főre az aktív korúak jövedelméhez viszonyítva mégis „feltartóztathatatlanul” csökkenne. E dilemmából a német nyugdíjreform jelenlegi tervezetei valós kiutat eddig nem mutatnak.

A másik kulcskérdés a finanszírozási arányok kérdése marad. Németországban a finanszírozók minden körének hozzájárulási aránya igen kikristályosodott, stabilizálódott, s a kialakult arányok saját kárára történő megváltoztatását senki nem hajlandó elfogadni. Ez azt jelenti, hogy a munkaadók a szociális terheknek kb. 40%-át, a munkavállalók pedig mintegy 30%-át finanszírozzák, az adók 25–26%-kal szerepelnek, a fennmaradó részt pedig egyéb bevételekből vagy közületi kötvénykibocsátással fedezik.

#### *4. A német állam gazdasági szerepének átalakulása. Belföldi és integrációs hatások*

Az 1990-től folyó keletnémet rendszerátalakítás az állam igen nagymértékű rendszer-és struktúrapolitikai, tulajdonpolitikai és pénzügyi beavatkozásával megy végbe. A keletnémet gazdaságot állami-közületi intézmény, a Treuhand állami koncepció és ütemterv szerint, általa meghatározott feltételekkel, közpénzekből származó szubvenciók folyósításával, számos egyedi döntéssel, tehát a piaci automatizmusoktól gyökeresen eltérő, azoknak gyakran ellentmondó módon terelte a piacgazdaság útjára. Ez a történelmi adottságokból következően, nem is történhetett az állam erőteljes rendszerpolitikai, intézményi és pénzügyi közreműködése nélkül.

A Treuhand privatizációs és szanalási tevékenységében 3 szakasz különböztethető meg, amely a prioritások és a követett politika lényeges megváltozását tükrözi. Kezdetben a szanalásnak a passzív, később egyre inkább az aktív útját választották.

Az aktív szanalás (az egyik) stratégiai fő feladat. E koncepció jegyében állt a Treuhand működésének harmadik szakasza. A Treuhand politikájának új korszaka is problematikus volt. A vagyönügynökség átvette a régi terhek és a szanalási feladatok és kockázat jórészét a magánberuházótól (vevőtől). Ennek mértéke esetről esetre dőlt el.

A Treuhand részéről a leggyakoribb aktív szerkezetátalakítási beavatkozási forma a középtávú vállalati szerkezetátalakítási tervek szubvencionálása volt. E jelentős szubvencionálás és beavatkozás ellenére a korábbi keletnémet ipar jórésze eltűnt, felszámolásra került, drámai méretű dezindusztrializáció következett be.

A szanalás, a struktúraátalakítás, a regionális politika és az állami beavatkozás sajátos ötvözete és modellje az ún. ATLAS-modell (Ausgesuchte Treuhandunternehmen, vom Land angemeldet zur Sanierung = a tartomány által kiválasztott és szanalásra bejelentett Treuhand-vállalatok). A modellt legátfogóbban Szászországban vezették be. A modell azon alapul, hogy a tartományok kormányai, illetve gazdasági kabinetjük a munkaadókkal, a munkavállalók képviselőivel és a szakszervezetekkel folytatott konzultáció és egyeztetés útján bizonyos vállalatokat regionális jelentőségűeknek nyilvánítottak és szanalásra java-

soltak. Az ATLAS-modell a szanalási és struktúraátalakítási beavatkozás összekapcsolásaként értékelhető, melyben a regionális politika fő kritériumait is figyelembe veszik. A regionális szempontoknál a gyakorlatban a foglalkoztatási kritérium jelentős hangsúllyal, gyakran döntően szerepel, a dezindusztrializáció és a munkahelyek drasztikus leépülése miatt rendszerint defenzív jelleggel, a munkanélküliségi válság még nagyobb mérvű kiéleződésének megakadályozására. Az ipari tradíciók megőrzésére irányuló törekvés is ebbe az irányba hat.

A struktúraátalakításnak, a szanalásnak és a privatizációnak együttesen a gazdasági stabilizáció célját kellene szolgálnia. A helyzet elemzéséből az derül ki a bemutatott adatok szerint, hogy ezt a célt csak töredékesen, részlegesen sikerült szolgálni, miközben a keletnémet privatizáció és szanalás a legdrágább egész Közép-Kelet-Európában. Ennek legfőbb okai között szerepel a beavatkozási rendszer normativitásának, egyértelműségének és áttekinthetőségének nem kellő mértéke, több részterületen hiánya. Így a nyújtható és elnyerhető támogatások nem kalkulálhatók megfelelő biztonsággal, az egyedi döntéseknek és a lobbyzásnak tág tere nyílik. A nyújtott támogatások feltételei, nagyságuk, időtartamuk nincsenek egyértelmű szabályozási rendszerben rögzítve, így a diszkrecionális döntéseknek túl nagy szerep jut.

A német gazdaságpolitika fő célja az újraegyesítés keletnémet tartományok gazdaságának piacgazdasági átalakítása, szanalása és beillesztése az össznémet gazdaságba. Ennek érdekében a stabilizáció került a gazdaságpolitika középpontjába, a szanalási cél a gyakorlatban a privatizáció lebonyolításában is élre került.

Hosszú távú stabilizációt csak egy sikeres modernizáció biztosíthat. A stabilizáció és a modernizáció érdekében a német gazdaságpolitika korábbi klasszikus elveitől eltérően Kelet-Németországban igen jelentős mértékű közvetlen állami-közületi szerepvállalás, stratégiameghatározás, intézményi beavatkozás és állami-közületi finanszírozás mellett döntött. Más lehetőség a stabilizációra és a modernizációra reálisan nem létezett. A piacgazdasági intézményrendszer kiépítése a nyugatnémet modell átvételével történt, bonni finanszírozással és technikai, személyi segédlettel.

A stabilizáció modernizációs, gazdaságszanalási céljai és életszínvonalpolitikai szempontjai az újraegyesítést követő időszakban ellentétbe kerültek egymással a finanszírozási eszközök elosztásáért folyó versenyben. A gazdasági visszaesés drámai mérete mellett az életszínvonalat növelni kizárólag a bonni pénzügyi transzferből lehetett, amelyből így szükségszerűen csak a kisebb rész jutott beruházási célokra.

A német újraegyesítés legnagyobb tehertétele az évente 160–180, majd közel 200 milliárd DM-nyi pénzügyi transzfer. Ez a költségvetési deficit, és az államháztartás adósságállományának megugrásán túl az infláció megduplázásához vezetett (noha ez nemzetközi összehasonlításban így is konszolidált), a tőkepiac megterhelése és a magas kamatszínvonal viszont súlyos problémákat okoztak.

A gazdasági fejlődés feltételrendszerét vizsgálva megállapítható, hogy az NSZK gazdaságában a konjunktúrahelyzetben, a jelenlegi recesszió túlnyúló hosszú távú, súlyos strukturális problémák halmozódtak fel. Ezek közül kiemelkedő a termelékenység növekedését tartósan és jelentősen meghaladó termelési költség-szint-emelkedés, ami a fajlagos költségek oldaláról hosszabb ideje rontja a német versenyképességet.

Az átfogó modernizációhoz stabilitásra van szükség. A növekvő adóhányad a termelésben a beruházások visszafogásában, a fogyasztás terén pedig szintén csökkenésben érezteti hatását. A stabilitási gondok legfőbb forrása pénzügyi oldalról az állami-közületi kiadások rendkívül megnőtt szintje, nyomában a folyó költségvetés deficitje és hatásaként az államháztartás adósságállományának példa nélkül álló növekedése az újraegyesítés óta. Ezek rövid, sőt középtávon behatárolják a gazdasági és pénzügypolitika mozgásterét az elkövetkező években. A DM védelmét szolgáló szigorú bundesbanki pénzügypolitika minden bizonnyal fennmarad, s a DM árfolyama is erős marad az EU-valutákkal szemben, de ez jelenleg nem a német gazdaság erősödését, hanem a legtöbb EU-valuta gyengeségét tükrözi. A német pénzügypolitika stabilitásorientált irányvonala mellett nem marad más hátra



az alkalmazkodás terén, mint a terhek vállalása és kemény érdekütköztetések mellett történő szétosztása.

A német gazdaság korábban megfelelő választ talált a két olajárrobbanás, majd a túlzott állami újraelosztás válságára. Ez utóbbi ma újra jelentős tényező, de ehhez ma a gazdasági struktúra új, versenyképes alapokra helyezésének feladata járul. Ennek a feladatnak a megoldása minden korábbinál nagyobb erőfeszítést igényel. A pénzügyi terhek növekedése a keresleti oldalon tartósan érezteti hatását, a fő probléma azonban a kínálati oldalt érinti, azaz a gazdaság, főleg az ipar versenyképességének javulásától várható csak a piacot találó kínálat a kiélezett versenyben. E téren egyelőre számos negatív tendencia uralkodik.

Korábban Németország számára a termelékenységi előnyök sokáig lehetővé tették a legrövidebb munkaidő és a legnagyobb bérköltség „luxusát”. Ezt a gyakorlatot azonban már nem lehet fenntartani, mivel a termelékenységi előnyök nem tudják kiegyenlíteni a bérhátrányt. Itt a jóléti állam finanszírozhatóságának nyilvánvaló korlátai jelennek meg – igaz, nemcsak Németországban, hanem a többi fejlett európai országban is.

Az újraegyesítésnek a német gazdaság versenyképességére gyakorolt hatása rendkívül összetett. Rövid távon elsősorban ellentétes hatásokkal járt Kelet- és Nyugat-Németországban. A gazdasági egyesítés körülményei és feltételei a keletnémet gazdaság versenyképességi hátrányát nem tompították, hanem növelték. A keletnémet gazdaság dezorganizáltsága, az átállás nehézségei, a bizonytalanságok, a nyugatnémet vállalatok konkurenciája, a piaci értékesítési, forgalmazási láncolatok nyugatnémet kézbe kerülése szintén nagyban hozzájárultak a keletnémet termelés és áruk versenyképességének zuhanásához. A legnagyobb versenyképességi problémát a fajlagos termelési költség-színvonal drasztikus emelkedése okozta, ugyanakkor amikor a visszaesés tetőzött. Így mind termelési, mind piaci oldalról nyomasztóvá váltak a keletnémet gazdaság versenyképességi problémái.

A telephelytényezők versenyében az erősebb nyugatnémet gazdaságot a gyengébb keletnémettel szemben az újraegyesítés tovább erősítette. Másrészt azonban a keletnémet szanalás pénzügyi terheit nagyobb részben a fejlettebb nyugati tartományoknak kell viselniük, ami a nagyobb méretű elvonások révén a nyugatnémet ipar beruházási-modernizációs potenciálját a pénzügyi források oldaláról behatárolja, sőt csökkentheti. A keletnémet tartományok modernizációjának megrendelési vonzata viszont ezzel ellentétes, pozitív hatású. E hatások közép- és hosszú távon felerősödve, távlatban javítják a német gazdaság versenyképességét.

Nemzetközi összehasonlításban a telephelytényezők, a termelés dinamikája és a piacok bővítése terén Németország kedvezőbb helyzetben van az EU átlagánál és fő nyugat-európai versenytársainál, és pozícióját a keletnémet országrész integrálása már középtávon erősítheti. Az Egyesült Államokkal és Japánnal szemben viszont Németország jelentős telephelyhátrányokat halmozott fel, amelyek leküzdése egyelőre nem várható. Az amerikai gazdaság számára a jóval nagyobb termelési és piaci potenciál, Japán számára pedig a nagyobb növekedési és modernizációs dinamika jelent előnyt Németországhoz képest (az utóbbi időszakban Japánban is kiéleződött problémák ellenére is).

A német állam gazdaságpolitikájának egyik fő gondja, hogy a foglalkoztatási probléma a belátható időtávban, középtávon túl is, súlyos marad. A költségokok miatt versenyképtelenné vált munkahelyek jó része nem tehető többé versenyképesé, így felszámolásuk feltételei, üteme, rendezettsége a fő kérdések. A versenyképtelenné vált egyszerű, standard tevékenységekhez kapcsolódó munkahelyek százezreinek megszüntetésével kell számolni középtávon, amellyel szemben rövid távon nagyságrenddel kisebb mennyiségű új, kvalifikált tevékenységet igénylő munkahely teremthető csak. Ezért a nagyarányú munkanélküliség kezelése, finanszírozása hatalmas tehertétel marad. A nem rentábilis munkahelyek szubvencionálása is óriási összegekbe kerül: minden egyes Ruhr-vidéki szénbányász-munkahely fenntartása évi 70 ezer DM szubvenciót emészt fel. (Egy új, rentábilis feldolgozóipari munkahely teremtésének költsége átlagosan 80 ezer DM.) A foglalkoztatási helyzet romlása konjunkturáisan nem orvosolható, mert okai strukturálisak, a termelés költségszerkezetében, versenyképességi problémákban, a termelési tényezők jelenlegi kombinációjának tarthatatlanságában jelennek.

Németországban a monetáris politika a gazdaságpolitika területei között kiemelkedő szerepet játszik, a gazdasági adottságoknak megfelelően és a gazdasági stratégia alapvető célkitűzései szerint is. Az NSZK gazdaságpolitikájának előterében évtizedeken át a pénzügyi, valutáris és külgazdasági stabilitás állt, amelyet a növekedés bázisának tartottak.

A DM relatív értékállandósága nemcsak a belső piacok stabilitását mozdította elő, hanem a termelési költségeknek a külföldi versenytársakénál lassúbb növekedését eredményezte, ami a termelékenység növelése és a technikai fejlesztés mellett a növekedés és az exportbővítés fő előmozdítója lett.

A német gazdaságpolitika a konjunktúra szabályozását elsősorban pénzügyi, adó- és hitelpolitikai eszközrendszerrel biztosította. A kormány költségvetési politikája jelentős hatást gyakorol a pénzügyi folyamatokra, de a DM kibocsátása, a pénztömeg szabályozása a kormánytól független, autonóm Bundesbank hatáskörébe tartozik. A kormánytól függenek a pénzügyi politika területei, a pénzpolitikát viszont az autonóm Bundesbank határozza meg. A két fő részpolitika igen pregnáns elválasztása, a jegybank intézményes, jogi és döntéshozatali autonómiája évtizedek óta, ma is, a német modell nemzetközi összehasonlításban jó eredményeihez döntően járult hozzá. A relatíve alacsony inflációs ráta hosszú időtávon át megnövelte a gazdaságpolitika mozgásterét is, ez az a plusz, amelyet a jegybanki autonómia, a szigorú pénzpolitika s a nyomukban járó stabilitás jelentett.

A német újraegyesítés új lapot nyitott a költségvetés történetében is. A gazdasági termelés volumenéhez képest az államháztartási deficit terhei kordában tarthatók, rendkívül kiéleződött problémák mutatkoznak viszont az adóterhek, a kamatszínvonal és a tőkepiac oldalán.

Az egység finanszírozási koncepciójának fontos eleme volt az az 1990. évi választási ígéret, hogy a keleti tartományok támogatását nem adóemelésből, hanem a költségvetés tőkepiaci hitelfelvételeiből fedezik. Ez utóbbira egyre nagyobb mértékben sor is került, de az adók, illetékek, járulékok emelését sem lehetett elkerülni, és a terhek növekedése folytatódik, más reális kiút nem lévén.

1990-ben a német állam a megtermelt jövedelmek 40,1%-át vonta el adók, társadalombiztosítási és egyéb járulékok révén, 1993 elejére ez az arány elérte a 44,5%-ot, s azóta tovább emelkedett. Az államháztartási kiadások aránya a GDP-hez viszonyítva 1996-ban meghaladta a 49%-ot.

A pénzügypolitikát a német újraegyesítés olyan finanszírozási feladat elé állította, amelyet csak rendkívüli méretű és kihatású egyensúlyhiány mellett képes ellátni. Az államháztartásban és a társadalombiztosítási rendszerek működésében olyan strukturális finanszírozási gondok vannak jelen, amelyeket egy konjunkturális fellendülés nem oldhat meg, ezért gyökeres strukturális átalakításukra van szükség. A terhek növelése és a szociális juttatások mérséklése mellett is fennmaradó, bár várhatóan csökkenő deficit a pénzügypolitikát az elkövetkező években újabb próbatételek elé állítják. A német újraegyesítéskor végre nem hajtott alkalmazkodás a teherterhek és kényszerek mellett el nem odázhatóvá vált.

Németország az EU fő nettó finanszírozója. Németország a nettó fizető szerepét azért vállalja, mert a közvetett integrációs előnyök, a piacbővülés hatása a német ipar exportlehetőségeit növeli. Emellett a német hozzájárulás megtérül az EK-ban élvezett gazdaságpolitikai-politikai befolyás hasznaként. Németország nettó finanszírozói szerepe a jövőben is fennmarad, de a pénzügyi támogatás nagyságrendi növelésére nincs kilátás.

A német integrációs politika célkitűzései között fontos helyen szerepel, hogy biztosítsa Németország monetáris vezető szerepét az integrációban. A létesítendő EU-jegybankot a Bundesbank elvei, stratégiája és gyakorlata alapján kívánják megteremteni. Ennek bázisa az Európai Monetáris Intézet, amelynek Frankfurt am Mainba telepítéséről 1993 októberében döntöttek.

Németország tőkénének jó részét a belátható időtávban Kelet-Németország szanálása köti le. Ehhez képest egész Közép-Kelet-Európának (Lengyelországnak, Csehországnak, Szlovákiának, Magyarországnak) csak igen szerény összegek jutnak. Kelet-Németország szanálása, az EU-befizetések fenntartása, a megállapodások szerint Oroszországnak jut-

tatandó támogatások a német fizetőképességet a következő években lekötik. Közép-Kelet-Európa és benne Magyarország akkor és annyiban számíthat német tőkebevonásra, elsősorban magánforrásokból, amennyiben vonzó, versenyképes gazdasági keretfeltételeket tud a működőtőke reálberuházásai számára biztosítani. A feldolgozóipari bedolgozó szerepkör tudatos, célszerű alakítása a közép-kelet-európai pozíciók javításának fő eszköze.

A német újraegyesítés több fontos pénzügyi hatást gyakorolt az EU-ra. A volt NDK az újraegyesítéssel az EK tagjává vált. Kelet-Németország az EU-ból (is) nettó pénzügyi transzferhez jut, részben a Regionális Fejlesztési Alapból, ezenkívül lehetősége van hiteleket felvenni az Európai Beruházási Bankból, s mezőgazdasági termelését az EU agrárrendszere keretében támogatják.

A német újraegyesítésnek az EU-ra gyakorolt pénzügyi hatásai közül a nemzetközi kamatszínvonalra, a tőkemozgásra való befolyását és az EMS-n belüli valutáris kooperáció fejleményeit kell kiemelni. Az Európai Monetáris Rendszer (EMS) működési zavarait nem lehet a német újraegyesítéssel összefüggésbe hozni, azok a nyugat-európai országok strukturális, monetáris, deficit-finanszírozási és egyéb problémáiból adódnak.

A német költségvetés pozíciójának nagymértékű romlása nemzetközileg is súlyos hatásokkal járt. A nemzetközi hatások közül a tőkepiac megerhelését, Németország nettó tőkeimportorré válását; az 1991–92-ben különösen magas német kamatszínvonalnak a nemzetközi konjunktúrára, tőkemozgásokra és a többi európai ország pénzügyi politikájára gyakorolt problematikus hatását emelem ki.

Németország az európai integráció továbbfejlesztésének és a maastrichti tervnek egyik fő koncepcionális és stratégiai képviselője. Az európai unió tervének és koncepciójának kidolgozásában és elfogadtatásában Németország és Franciaország különböző indítékok és érdekek alapján, de sajátos érdekközösséget létrehozva, egymásra találtak. Ennek mélyen gyökerező okai között a politikai befolyás megerősítése, a saját gazdaságpolitikai orientáció érvényesítésének szándéka, az egységes piac remélt haszna éppúgy szerepelt, mint Franciaország részéről az a törekvés, hogy Németországot minél inkább „lekösse”, beágyazza a közös integrációba, melyen belül Franciaország jobban érvényesítheti politikai céljait, súlyát, mint egy lazább integrációban, amely a német politikai szereplést illetően is nagyobb bizonytalanságokat rejthetett volna. Németország az integrációs „beágyazódást” kül-, bel- és stabilitáspolitikai okokból maga is hangsúlyozottan vállalta.

Az újraegyesített Németország külpolitikai erőviszonyai és gazdasági teherbíró képessége között eltérés, sőt erős feszültség keletkezett. Az EK-integráció hajnalán az NSZK nemzetközi gazdasági ereje meghaladta politikai befolyását. Három és fél évtizeddel később, az újraegyesítés hatására a kép fordított. Az egyesítéssel Németország nemzetközi politikai és integrációs stratégiai súlya, szerepe jelentősen megnőtt, míg a belgazdaságban növekvő teherföltelekkel kell szembenéznie, nemcsak a keletnémet rész szanálása, hanem a nyugatnémet gazdaság problémái (iparszerkezeti, versenyképességi problémák kiéléződése, a jóléti rendszer több kulcsterületének finanszírozhatatlansága miatt). A gazdaságpolitika irányvonalát finanszírozási okokból alapvetően módosítani kell, de ez igen fájdalmas alkalmazkodási terhekkel jár.

A következő másfél évtizedben a német tőkeerő jórésze lekötött marad, ezért a közép-kelet-európai országoknak csak korlátozott tőketranszfer jut (közületi forrásból). Ezért megnő az európai gazdasági együttműködésben, az EU-integráció jövőbeni sorsának alakulása és Közép-Európa, benne Magyarország regenerálódása szempontjából is annak jelentősége, hogy a gazdaságpolitikák, stratégiák és a reálfejlődés kilátásai milyen telephelyfeltételeket és versenyképességi tényezőket tudnak kialakítani és kínálni a hazai és a külföldi tőke számára. Ezen fordul meg az európai integráció előrevitele és Közép-Európa távlati előnyökét biztosító bekapcsolódása az európai és a világgazdaság vérkeringésébe.

Megnőtt Németország számára is és Európa mindkét felében a gazdasági szerkezet és a külgazdasági, termelési kooperációs kapcsolatok új alapokra helyezésének szükségessége. Ez azt jelenti, hogy a német gazdaság széles sávban csak úgy válhat újra versenyképessé,

ha fajlagos költségviszonyait javítja, ennek egyik fő eszköze pedig a termelési input olcsóbbá tétele a közép-kelet-európai import és beszállítások révén.

Ez a német – közép-kelet-európai ipari struktúrák egymáshoz igazodó, egymásba épülő átalakítását feltételezi és igényli. Ez a jelenleginél nagyságrendileg nagyobb volumenű német működőtőke-beruházásokat igényelne és indukálhatna Közép-Európában, Magyarországon is. A termelés Közép-Európába történő nagyobb arányú kitelepítésének ellene hatnak a németországi munkaerő-piaci helyzet feszültségei, a szakszervezetek és munkavállalói érdekképviselők jelentős ellenállása és a közép-európai országok helyzetének nem kellő vonzereje; a némethez képest igen magas infláció és minden gazdasági stabilitási probléma. Mégis a német működőtőke jelentős közép-európai szerepvállalása és annak előmozdítása mindkét oldal hosszú távú érdekében áll, és javíthatná mind Németország világgazdasági pozícióját, mind előmozdíthatná a közép-európai országok új típusú bekapcsolódását egy tartósan perspektívákat nyújtó új európai dimenziójú munkamegosztási rendszerbe.

## Irodalom

- Deutsche Bundesbank. Geschäftsbericht 1995. Frankfurt am Main, 1996.
- Die öffentlichen Haushalte in den EU-Ländern: Konsolidierung braucht Zeit. DIW Wochenbericht, Berlin, 1996. No. 40.
- Die Wirtschaftslage in Deutschland um die Jahreswende 1995/96. Monatsbericht der Deutschen Bundesbank, Frankfurt am Main, 1996. No. 2.
- IFO Wirtschaftskonjunktur, München, 1996. No. 11.
- Jahreswirtschaftsbericht der Bundesregierung 1996. Bundesministerium für Wirtschaft, Bonn, 1996.
- Kőrösi István: A német pénzügyi politika fő vonásai. Európa Fórum, 1993. No. 2.
- Kőrösi István: Az újraegyesítés hatásai és Németország nemzetközi versenyképessége. Közgazdasági Szemle. 1993. No. 6.
- OECD Economic Outlook klf. számai.
- Rosenschon, A.: Finanzreform 1995-was tun? Kieler Arbeitspapiere No. 518, Kiel, 1992.
- Sachverständigen Rat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Jahresgutachten 1995–96, Stuttgart, 1996.
- Schleusser, H.: Die deutsche Einheit verlangt eine neue Haushalts – und Finanzpolitik. Wirtschaftsdienst, Hamburg, 1992. No. 10.
- Statistisches Jahrbuch der Bundesrepublik Deutschland, Wiesbaden, 1996.
- Tendenzen der Wirtschaftsentwicklung. DIW Wochenbericht, Berlin, 1996. No. 26-27.
- Thiel, E.: Finanzpolitik im Zeichen Ostdeutschlands. Wirtschaftsdienst, Hamburg, 1991. No. 3.
- Tietmayer, H.: Währungspolitik and Finanzmärkte. Auszüge aus Presseartikeln, Deutsche Bundesbank, 25. I. 1996.
- Watrin, C.: Treuhandanstalt: Transformator im Prozess der Systemänderung. Wirtschaftsdienst, Hamburg, 1991. No. 4.

# *Katona Klára–Schlett András: Foglalkoztatottság és munkanélküliség alakulása az Európai Unióban és Magyarországon*

## **Bevezetés**

Az Európai Közösségre egészen 1973-ig szinte a teljes foglalkoztatottság – 1–2%-os munkanélküliség – volt jellemző. A hetvenes évek közepétől a nyolcvanas évek közepéig azonban az olajválságok nyomában kialakuló gazdasági recesszió minden tagállamban a foglalkoztatottság erőteljes csökkenését vonta maga után, 10% fölé emelve a Közösség munkanélküliségi rátáját. A munkanélküliség 1986-tól érvényesülő enyhén csökkenő trendjét 1991-ben ismételkedés váltotta fel. 1986-ról 1990-re az EK munkanélküliségi rátája 10,8%-ról 8,4%-ra csökkent, 1991-ben 8,8% volt, 1992-ben már 9,4%, ami azóta sem javult. A makacs munkanélküliség mögött azonban elsősorban nem konjunkturális, hanem strukturális okok dominálnak. A szakképzettség és a munkaerő-allokáció nem tud elég gyorsan illeszkedni a felgyorsult technikai fejlődéshez. Nehezebb az átképzés feladata is, hiszen igen sokféle és különböző szintű tudás szükséges a munkavállaláshoz.

Az Európai Unió piaca Ausztria, Finnország és Svédország 1995. évi belépésével 370 millió főre növekedett. A keresők száma a népesség 43–44%-a között mozog. A munkanélküliségi ráta EU-átlagban eléri a 10,9%-ot, de több tagországban kiugróan magas.

Az Európai Unió országaiban az integráció elmélyítése és a világgazdasági alkalmazkodás egyaránt a modernizációt, és ezáltal a hosszabb távon versenyképes munkahelyek megteremtését, biztosítását igényli. Ugyanez fontos követelmény és feladat Magyarországon is. Az EU-beli tapasztalatok Magyarország számára (is) rendkívül tanulságosak, mind a vállalkozók és a beruházók, mind az állami és önkormányzati munkaerő-piaci politika számára.<sup>1</sup>

Az Európai Unióban mindenütt alaproblémává vált, hogy az egyszerű, szakképzetlen munka drámai méretekben vált műszaki és költségokkából fölöslegessé, így az ilyen munkahelyek százezerszámra szűnnek meg. Ezért az Európai Unió országaiban, de azon kívül is, tartós munkanélküliséggel kell szembenézni. A munkanélküliségi ráta az EU-ban tartósan 10% fölött marad. A munkaerő-piaci politikának ebből, az évtizedünkben döntővé vált feltételből kell kiindulnia mind az EU-ban, mind Magyarországon.

A jelzett probléma kezelésére kidolgozott megoldások, a strukturális alapok és közösségi foglalkoztatáspolitikai fontosabb jellemzőit kívánom az alábbiakban bemutatni.

## **A munkanélküliség csökkentését célzó strukturális alapok**

Az egységes foglalkoztatáspolitikai és a munkanélküliség EU-szintű kezelésének igénye szükségessé tette különböző technikák, eszközök kidolgozását, majd alkalmazását az uniós szervek részéről. Ilyenek a migrációs, az aktív regionális politika, majd a mediterrán országok csatlakozásával (1981: Görögország, 1986: Spanyolország, Portugália) egyre növekvő tagállami különbségek a kohéziós célokat állították előtérbe.

A hatvanas-hetvenes években a középtávú, regionális politika volt a jellemző, főleg az egyes nemzetállamok keretein belül. Céljuk a jövedelemkülönbségek növekedésének megakadályozása, a munkanélküliség csökkentése és a leszakadó régiók felzárkóztatása.

A hatvanas években kezdték el létrehozni a strukturális alapokat is. Az unió bevételeinek nagy részét az alapokra költötte, a költségvetésben a második helyen szerepeltek kiadásai az agrárpolitika mögött. A támogatás mértékét a tagállamok közötti körülmények határozták meg. Ez a gyakorlatban azt jelentette, hogy az újonnan belépő tagállamok jelentős támogatásban részesültek. A legfontosabb Alapok az alábbiak:

– Európai Szociális Alap (ESF) – részletesen az alábbiakban;

- Európai Regionális és Fejlesztési Alap (ERDF) – részletesen az alábbiakban;
- Európai Mezőgazdasági Orientációs és Garancia Alap (EAGGF) – 1962-ben jött létre, strukturális fejlesztést, tanácsadást, támogatást, az agrárágazat korszerűsítésének elősegítését célozta meg;
- Európai Kohéziós Alap – 1993-ban alapították, Portugália, Spanyolország, Görögország, Írország hátrányainak csökkentése és az EK-ba illesztése érdekében;
- Európai Halászati Orientációs és Pénzügyi Eszköz (FIFG) – 1993-ban jött létre, a halászati ágazat korszerűsítése és diverzifikációja a célja.

### *Európai Szociális Alap (ESF) 1957<sup>2</sup>*

Előzménye az 1951-es Párizsi Szerződés, amely az Európai Szén- és Acélközösséget alapította. Olyan segélyalapot hoztak létre, amely a munkanélküliek átképzését, foglalkoztatását és áttelepülését segítette a szén- és acéliparban. Az 1957-es Római Szerződésben minden ágazatra kiterjesztették. Ténylegesen azonban csak 1962-től lépett életbe. A gazdaságilag veszélyeztetett helyzetben lévők számára nyújtott pénzügyi fedezetet.

Céljai: a foglalkoztatási helyzet javítása a munkavállalással kapcsolatban, a földrajzi mobilitás elősegítése, új termelési rendszerekhez való alkalmazkodás. Ezt az átképzésekhez, áttelepülésekhez és a termékszerkezet átalakításához nyújtott támogatással kívánták megvalósítani.

1971-ben új célkitűzéseket határoztak meg. A Tanács 3093/78/EGK rendelete a munkahelyteremtő támogatás olyan rendszerét hozta létre, amely a hátrányos helyzetű munkavállalók számára próbált segítséget nyújtani. Az elmaradott térségek fejlesztésének kiemelt figyelmet szenteltek, emellett a tartós munkanélkülieknek, a megváltozott munkaképességűeknek, a nőknek, a fiatal, illetve az idős munkavállalóknak. Ebből kifolyólag az alap forrásai jelentősen megemelkedtek, még a mezőgazdasági támogatásokat is megelőzték. Az Egyesült Királyságban és Olaszországban használták fel a források 90%-át, amelyet főképp átképzések támogatására használtak fel.

A források emelésével párhuzamosan szervezeti változások is történtek. A Tanács nagyobb szerepet kapott a döntéshozatalban és a Bizottságok hatásköre is bővült. 1979 után elmondható, hogy dacára a bővítéseknek, igazán komoly eredményeket mégsem tudtak felmutatni. 1993-ban reformot léptettek életbe az eszközök koncentrálására és a vállalt feladatok korlátozására. Az eszközök 75%-át a leginkább elmaradott régiókban fizették ki. A keretet később jelentősen növelték, új elosztási rendszert alakítottak ki. Rögzített kvóták helyett minimum-maximum értéket határoztak meg, és egyre inkább a hosszú távú programok felé fordultak. A szertágazó programokat programcsomagokba rendezték.

### *Európai Regionális és Fejlesztési Alap (ERDF)*

A Tanács 1975. március 18-ai 724/75/EGK rendeletével alapította meg, de már az 1972-es Párizsi Csúcsertekezleten kezdeményezték az alap létrehozását. Ez azonban elhúzódik. Az Egyesült Királyság belépése gyorsította a megalakulást, az 1993-as olajválság megakasztotta. Ráadásul egy 1993-as jelentés szerint a regionális támogatások nem a rászorulókhöz jutottak. Ezért új rendszert és új célkitűzéseket alakítottak ki. Eszerint a hanyatló ipari régiókat és peremterületeket támogatnák, ahol alacsony a foglalkoztatási ráta és magas a munkanélküliség. Az új rendszerben (1975-től) kvóták szerint adták a rendelkezésre álló összeget, ezekből lehetett finanszírozni a programokat. Hátránya viszont, hogy nincsenek konkrét célok meghatározva, hanem csak irányvonalak. Nincs önálló regionális politika. Az Alap 3,5 milliárd ECU-val gazdálkodik, amely a teljes közösségi költségvetés 5%-a.

Összességében elmondható, hogy a hetvenes években az Alapok feladata a munkanélküliség leküzdése volt. Ennek érdekében a Közösség saját forrásból különíti el az Alapok befizetéseire egységesen meghatározott összeget. Pályázni csak részletes regionális

fejlesztési programmal lehetett. Létrejöttek az Alapokat támogató bizottságok. A kvótákat a tagállamok által befizetett összeg határozza meg. A magánbefektetők is lehetőséget kaptak a részvételre, hogy új munkahelyeket teremtsenek. Programjaikat a hazai kormány is támogatta, a befektetés meghaladta az 50 ezer ECU-t. Az Alapok azonban nem koncentráltak arra, hogy a támogatások valóban a hátrányos helyzetű régiókba jussanak el.

1979-től kezdődően az ERDF vette át a strukturális alapokon belüli vezető szerepet. A rendszer ugyanis nem lett annyira hatékony mint amilyennek gondolták. Nehézkés és átláthatatlan volt. Két kísérlet történt arra, hogy olyan programokat hozzanak létre, amelyeket az alapok közösen finanszíroznak: 1985-ben az Integrált Földközi Tengeri Program (IFTP) és Portugália Iparfejlesztési Programja (PEDIT).

1988 végén új rendszert hoztak létre, amely 1999 végéig volt hatályos.

Négy alapelvre épít:

1. *Koncentráció*: koncentrált felhasználás, az Alapok támogatásának összehangolása, a helyi és közösségi támogatások koordinálása.

2. *Programozás*: középtávú tervezés 3–6 évre.

3. *Partnerség*: helyi partnerek bevonásával valósítják meg a terveket.

4. *Adicionálisítás*: a programok finanszírozása csak kiegészítő lehet.

Erre az időszakra jellemző, hogy a bizottság nagyobb szerepet kap a költségkeretek kialakításában és az irányelvek kijelölésében. Meghatározzák a Közösségi Támogatási Keretet, amely az Alapokból országonként előirányzott pénzügyi keret. Egységes Programozási Dokumentumok elkészítését írják elő, amely meghatározza a prioritásokat, a támogatás formáját és tervezett felosztását. Ezek a reformok teremtették meg a működés máig érvényes kereteit.

1999-ig a támogatási rendszerek a következő célkitűzések alapján működtek:

*Célkitűzés 1*: Hátrányos helyzetű régiók fejlesztésének, szerkezetátalakításának támogatása.

*Célkitűzés 2*: Hanyagolt régiók szerkezetváltásának elősegítése.

*Célkitűzés 3*: Tartós munkanélküliség leküzdése, fiatalok munkaerő piaci beilleszkedésének támogatása, a munkaerőpiacról tartósan kiszorult személyek segítése a visszailleszkedésben. A termelésben végbemenő változáshoz való alkalmazkodás elősegítése.

*Célkitűzés 4*: A munkavállalók megváltozott termelési szerkezethez illetve a termelésben végbemenő változásokhoz alakítása.

*Célkitűzés 5/a*: Az agrárszektor átalakulásának gyorsítása a közösségi agrárpolitika keretein belül. A halászati struktúra átalakítása a közösségi halászati politika felülvizsgálata révén.

*Célkitűzés 5/b*: Vidéki területfejlesztés és struktúraátalakítás megkönnyítése.

*Célkitűzés 6*: Ritkán lakott települések fejlesztése.

1	ERDF	ESF	EAGGF	FIFG
2	ERDF	ESF		
3		ESF		
4		ESF		
5a			EAGGF	FIFG
5b	ERDF	ESF	EAGGF	
6	ERDF	ESF	EAGGF	FIFG <sup>3</sup>

Az EU ösztönözni próbálja tagországainak munkaerőáramlását a strukturális munkanélküliség enyhítésére. Azonban évente kevesebb mint 1 ezrelék vándorol a tagországok között. Ehhez még hozzájárul, hogy az előrejelzések szerint az elkövetkező években, évtizedekben az Unió további nehézségekkel néz szembe a munkaerő piacán. Várhatóan hamarosan elkezd csökkenni a munkaerő-kínálat a fokozatos nyugdíjba vonulás miatt. Kérdéses, hogy a tartalék munkaerőt (nők, munkanélküliek, fiatalok) mennyire sikerül mozgósítani. A személyi szolgáltatások súlyának növekedése remélhetőleg képes lesz ellensúlyozni a technikai fejlődéséből adódó relatív

keresletsökkenést. A vállalatok fokozódó internacionalizációja várhatóan növelni fogja az első munkaerőpiacon a mobilitást, és ezzel együtt a hiányszakmák telítődését.

### **A közösség foglalkoztatáspolitikája**

Az EU munkaerő-piaci problémáinak kezelésére, a negatív hatások elkerülésére, illetve kompenzálására a közösség a kilencvenes évek elején megalkotta foglalkoztatáspolitikáját, amely viszonylag új és meglehetősen speciális területe a közösségi szociálpolitikának. Nincs egységes joganyag ebben a témában. Főleg politikai dokumentumokon alapul. A közösség foglalkoztatáspolitikája nem érinti közvetlenül a munkaerőpiac szereplőit, hanem a nemzeti foglalkoztatási politika alakulását próbálja befolyásolni, a koordináció eszközével egységes pályán tartani.<sup>4</sup> A következő dokumentumok foglalkoznak a kérdéssel: Római Szerződés 1957;

A Bizottság Foglalkoztatás, Növekedés, Versenyképesség című Fehér Könyve 1993;

Az Európai Tanács 1994. évi esseni ülésén elfogadott Esseni Következtetések;

Amszterdami Szerződés 1997 az Unió szintjére emelte a foglalkoztatáspolitikát.

A Luxemburgi Foglalkoztatási Csúcson elfogadott 1998. évi Foglalkoztatási Irányvonalak;

A Cardiffi Csúcson a nemzeti foglalkoztatási akciótervek kiértékelése 1998-ban;

1999. évi Foglalkoztatási Irányvonalak;

Európai Foglalkoztatási paktum 1999.

Ezek közül csak a Római Szerződés és az Amszterdami Szerződés tartozik az elsődleges közösségi jogba.

#### *Római Szerződés*

A Szerződés csak annyiban támogatja a foglalkoztatást, amennyiben a négy szabadságjog érvényesülését segíti elő. Kutatási és információs rendszereket alakít ki, amely koordinálja a közösségi politikát. Ajánlásokat ad ki, illetve speciális közösségi programok létrehozását kezdeményezi (pl.: KEPA, NOW). Nagy szükség van ezekre az intézkedésekre, mivel a munkanélküliségi ráta egy év alatt 1,5%-kal nőtt, és a gazdasági növekedés adott idő alatt a felére szorult vissza.

#### *Fehér Könyv*

Ebben alapozza meg a Közösség foglalkoztatási stratégiájának lehetséges eredményét annak érdekében, hogy a világpiacon versenyképességet és a társadalmi szolidaritást összeegyeztessék a versenyképes gazdaság létrehozásával. Ehhez azonban ki kellene aknázni az egységes piac, a kis- és középvállalkozások lehetséges előnyeit. Szükség lenne egy transzeurópai infrastrukturális hálózatra, amely azonban egységes jogi szabályozást kíván. Mindezek az aktív szolidaritás elvén alapulnak, de a tagállami sajátosságok figyelembevételével. Így kialakul a nemzeti stratégia, a versenyképesség kulcsa, de forrása a közösségi költségvetésen belüli takarékoság, ami napjainkig sem teljesült.

#### *Esseni Következtetések*

Ebben a dokumentumban hirdeti meg a közösség a foglalkoztatási stratégiáját, melynek prioritásai:

1. Munkaerő foglalkoztatottsági lehetőségeinek javítása a szakképzettség fejlesztésével, illetve az alkalmazás feltételeinek megváltoztatásával.

2. A növekedés foglalkoztatás-intenzív jellegének emelésével, a munkaszerződés rugalmasságának fokozásával, jobb bérpolitikával és a helyi kezdeményezések támogatásával.

3. Közvetett munkaerő olyan csökkenésével, amely hatást gyakorol a foglalkoztatásra.



4. A munkaerőpiaci politika hatékonyságának növelésével. A munkanélküliség által különösen sújtott rétegek támogatásával (fiatalok, pályakezdők, tartós munkanélküliek, nők, idősök).

Ezek alapján azt mondhatjuk, hogy az Esseni Következtetések a Fehér Könyv neoliberais gondolatvilágát tükrözi annyi eltéréssel, hogy a termelékenység növekedésénél alacsonyabb bérmegállapodást szorgalmaz, ez azonban erős szakszervezeti ellenállásba ütközik. A nők és a férfiak esélyegyenlőségét hangsúlyozza és a tagállamok intézkedéseit nyomon követő mechanizmust szeretne létrehozni.

Megállapíthatjuk, hogy nem sikerült, nem történt érdemi előrelépés. Még mindig az egyedi tagállam politika dominál.

#### *Amszterdami Szerződés*

Sokan úgy értékelték a dokumentumot, hogy a munkanélküliséget feláldozták az EMU oltárán. Míg Angliában és Franciaországban nem került hatalomra az ellenzék, ezzel a kérdéssel nem is igazán foglalkoztak. A kormányváltás után azonban újra fontossá vált a munkanélküliség kezelése. A helyzetet úgy próbálták meg orvosolni, hogy a Római Szerződés 3. cikkelyéhez kiegészítést fogalmaztak meg, amely tartalmazza, hogy a foglalkoztatási politika a közösségi politika szintjére kerüljön. Ennek előkészületeként a tagállami gazdaságpolitikát koordinálják, és összehangolt politikát dolgoznak ki, amelyet évente ellenőriznek. Ezzel kapcsolatban következtetéseket fogadnak el, amelyek egyben bizonyos irányvonalakat is kijelölnek, így ösztönzőként hatnak.

#### *Luxemburgi Konferencia*

A tagok elhatározták, hogy közös, évente felújított célokat tűznek ki. Ez alapján koordinálják a tagállamok foglalkoztatási politikáját. Két akcióttervet fogadtak el:

1. Az EBRD tízmilliárd ECU-t különít el kis- és középvállalkozások számára, új technológiák, új iparágak és a tranzeurópai hálózat fejlesztésére;

2. Az Európai Foglalkoztatási Kezdeményezések a kis- és középvállalatok támogatása és munkahelyek létrehozása érdekében 450 millió ECU-t különít el.

Ezen felül meghatározták a *foglalkoztatási irányvonalakat*.<sup>5</sup>

##### *1. Foglalkoztathatóság növelése*

Hogy a munkavállalók megszerezhessék azokat a készségeket, amelyekkel képesek alkalmazkodni a gyorsan változó munkaerőpiacon a tartós munkanélküliség elkerülésére: ha a munkavállaló elveszíti állását egy éven (pályakezdő esetén 6 hónapon) belül lehetőséget kell kapnia, hogy visszatérhessen a munkaerőpiacra, illetve számára képzést, átképzést, vagy munkahelyi gyakorlatot kell biztosítani. A pályakezdők esélyeinek javítása érdekében segíteni kell a munka világába való beilleszkedést, amelyhez szükséges a képzési rendszer korszerűsítése.

– A támogatási, a képzési és az adórendszer ésszerűsítése segíthetik az aktív munkaerőpiaci intézkedések alkalmazását.

– A foglalkoztathatóság növelése szempontjából kiemelt jelentőségű az érintett partnerek munkájának összehangolása, különösen a képzési potenciál növelése és az élethosszig tartó tanulás nemzeti célrendszerének kifejlesztése érdekében.

– A fogyatékosok, a kisebbségek, az időskorúak és a munkavállalás szempontjából hátrányos helyzetben lévők számára külön segítséget kell biztosítani.

##### *2. Vállalkozókészség erősítése*

Hogy egyszerűsítse a vállalkozások beindítását és fenntartását, ezáltal új munkahelyeket teremtsen.

– Az adó- és társadalombiztosítási reformok bevezetése, a bürokrácia csökkentése, a vállalkozók célirányos továbbképzése elősegítheti új kis- és középvállalkozások beindítását, ezáltal teremtve új munkahelyeket.

– Szükséges a vállalkozások elindításának egyszerűsítése és elterjedésüknek erősítése, különösen azokon a területeken, ahol erre piaci igény mutatkozik (szolgáltatások, szociális szféra, környezetvédelem).

### *3. Alkalmazkodóképesség fejlesztése*

Hogy olyan munkamódszerek alakulhassanak ki, melyek segítségével egyszerre lehet biztosítani a munkavállaló érdekeit és rugalmas alkalmazkodóképességét a munkaerőpiac új kihívásai esetén.

A szociális partnerekkel történt megállapodások segítsék elő újfajta munkahelyek és rugalmasabb munkamódszerek kialakítását (pl. részmunkaidő), figyelembe véve az újszerű és sokszínű foglalkoztatási formákat.

A versenyképes cégeknek megfelelően rugalmasnak és naprakésznek kell lenniük, hogy egyrészt megfeleljenek a gazdasági változásoknak, másrészt biztos munkahelyet tudjanak teremteni a munkavállalóknak.

Legyen egyszerűbb és költségkímélőbb a vállalatok számára a munkavállalók cégen belüli átképzése, hogy ily módon lehessen felkészíteni a munkaerőpiacot a gazdasági szerkezetváltásra.

### *4. Nők és férfiak egyenlő munkaerőpiaci esélyének elősegítése*

Hogy férfiak és nők egyaránt és egyforma feltételekkel kerülhessenek be a munkaerőpiacra.

– Férfiak és nők számára azonos esélyek biztosítása érdekében szükséges a vonatkozó politikák és intézkedések összehangolása (gender-mainstreaming), ideértve a másik három pillér alatt felsorolt irányelveket:

– A nők számára is lehetőséget kell teremteni arra, hogy haszonélvezőivé válhassanak az aktív munkaerő-piaci intézkedéseknek.

– A munkavállaló nők számára is kedvező adórendszer kialakítása.

– A nők számára rugalmas munkalehetőségek biztosítása, különösen a vállalkozói szférában.

– További intézkedések szükségesek, hogy a nők és férfiak azonos arányban képviselhesék magukat a munkaerőpiac területén, valamint azonos munkáért azonos fizetést kapjanak.

– Hathatós intézkedések szükségesek a munkahelyi és családi kötelezettségek egyidejű ellátása érdekében, hogy a nők hosszabb távollét után is vissza tudjanak térni a munkaerőpiacra.

A foglalkoztatási csúcserkeztet elnökségi összefoglalójában csak három konkrét cél került elfogadásra. Az akcióterveket jellemzi a magas szintű politikai elkötelezettség, széles körű közreműködés és a foglalkoztatáspolitikai kiterjesztő értelmezése. A konferencián elfogadottak közül pozitívnak tekinthető, hogy az aktív foglalkoztatáspolitikára helyezi a hangsúlyt. Támogatja a helyi és a regionális kezdeményezéseket. Állandó munkaügyi szolgálat kiépítésével az oktatást és szakképzést vették tervbe, valamint a szociális partnerek aktív közreműködésére törekszenek. Homályosak azonban az akciótervek egyes célkitűzései, a szükséges költségvetési és egyéb források többnyire tisztázatlanok. A tartós munkanélküliség orvoslására kevésbé koncentrálnak. A pozitívumokból és a negatívumokból kiindulva a következő főbb változásokra tettek javaslatot: az aktív intézkedések erőteljese hangsúlyozása, valamint az egész életen át tartó tanulás. Mindenki számára nyitottá kell tenni a munkaerőpiacot és a szolgáltatási szektor munkahelyteremtő képességének jobb kiaknázását és a munka és a családi élet összeegyeztetését. Horizontálisan a nők és férfiak esélyegyenlőségét, az információs társadalom nyújtotta lehetőségek kihasználását, az illegális foglalkoztatás megszüntetését, a belföldi fejlesztések támogatását, a számszerű célok kidolgozását és teljesítését lehetővé kell tenni.

## **A jelenleg érvényben lévő rendelkezések**

*Az Alapok tekintetében:*

2000. január 1-jétől hatályos az új szabályozás az 1260/99/EK rendelet alapján, amely a 2000 és 2006 közötti időszakot szabályozza.

Az új rendszer jellemzői: a támogatási alapok nagyobb koncentrációja, az Alapok kezelésének egyszerűsített formája, a hatékonyság és ellenőrzés növelése. A hét célkitűzés helyett három célt állapítottak meg.

*Cél 1:* Hátrányos helyzetű térségek fejlődésének és alkalmazkodásának támogatása. A tevékenységi terület bővült: a korábbi 6. számú célkitűzést is tartalmazza és az ultraperifériális régiók is idetartoznak.

*Cél 2:* A strukturális nehézségekkel küzdő területek gazdasági-szociális alkalmazkodásának és átállásának támogatása. A korábbi 2 és 5b célkitűzést vonja össze.

*Cél 3:* Képzési, szakképzési és foglalkoztatási politika modernizálása, a megváltozott körülményekhez való alkalmazkodás elősegítése, a korábbi 3. és 4. célkitűzések mellett a tagállamok humán erőforrásainak fejlesztése.

Cél 1.	ERDF	ESF	EAGGF	FIFG
Cél 2.	ERDF	ESF		
Cél 3.	ESF			

A támogatásokra jogosult területek: Az Európai Unió közigazgatási területekre van bontva: a NUTS I. 75 makrorégiót, a NUTS II. 256 mezorégiót, a NUTS III. 1123 körzetet tartalmaz.

A Cél 1-ből a támogatott térség a NUTS II., ahol az 1 főre jutó GDP egymást követő 3 évig nem éri el a közösségi átlag 75%-át. Ilyen országok: Görögország, Írország, Portugália, Spanyolország nagy része, Korzika, Mezzogiorno, Észak-Írország, Svédország és Finnország ritkán lakott területei. Ezeken kívül az ultraperifériális területek, úgymint Franciaország tengeren kívüli területei, Azori-szigetek, Madeira és Kanári-szigetek.

A Cél 2-ből a NUTS III. körzeteket támogatják, ahol a munkanélküliségi ráta magasabb mint az uniós átlag, ezenkívül jellemző, hogy az ipari foglalkoztatottak csökkenése átlag feletti. Ide 14 tagállam tartozik, 8 térség, egynegyedük a gazdagabb EU-országokból kerül ki.

A foglalkoztatáspolitikára vonatkozóan máig érvényben lévő Európai Foglalkoztatási Paktum szövegezésében a gazdaság és a politika is részt vett.

Három csoportba lehet sorolni céljaikat:

– Gazdaságpolitika koordinálása – bérfejlesztési – költségvetési-fiskális politika kölcsönhatásának javítása, inflációmentes növekedés fenntartása (kölni folyamat).

– Foglalkoztatás és a vállalkozások munkaerő-piaci alkalmazkodási esélyének javítása, a foglalkoztatási stratégia fejlesztése és végrehajtásának elősegítése (luxemburgi folyamat).

– A versenyképesség növelése: áru-, szolgáltatás-, tőkepiac működésének megerősítését célzó strukturális reformok elindítása (cardiffi folyamat).

Mindezek eredményeképpen a 90-es évek végére az Unió eljutott oda, hogy a társadalmi-gazdasági integráció lehetőséget adott – a fiatalok és a hátrányos helyzetűek számára is – a munkahelyek megtartására, a foglalkoztatás kereteinek bővítésére.

Megvannak a szükséges feltételek az elfogadható színvonalú létfenntartáshoz, a munkaerő versenyképességének növeléséhez képzéssel, illetve átképzéssel, valamint adott az új technikák alkalmazásának lehetősége, támogatják az önfenntartó vállalkozásokat, a humán- és technológiai fejlesztéseket és értéktranszfereket.

## **Magyarország**

Magyarországon a munkanélküliségi ráta a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) közlése szerint 2003-ban 5,8–6% körül alakult. A mutató egy esztendővel korábban érte el az 1990 utáni mélypontot, 5,6%-ot.

Hazánkban jelentős eltérést mutat a fejlett országokhoz viszonyítva a munkanélküliségi ráta nagymértékű regionális szóródása. Továbbra is Borsod-Abaúj-Zemplén megye vezet a negatív listát, ahol minden ötödik keresőképes ember állástalan. Így a munkanélküliségi ráta a megyében meghaladja a 20%-ot. Az ország keleti-északkeleti régiójában nemcsak a

magas munkanélküliség, hanem a feketemunka kiemelkedően magas aránya is komoly gondot okoz. A feketegazdaság a munkanélküliek egy részének ugyan juttat munkát, de meglehetősen nyomott béreken – erősítve a helyi társadalom polarizálódását és csökkentve a munkaerő-piaci eszközök alkalmazásának hatékonyságát.

Szomorú a kép a pályakezdők esetében is. A 15–24 éves fiatalok munkanélküliségi rátája 12,9%, 1,5%-kal magasabb mint egy évvel korábban. Az összes munkanélkülín belüli arányuk megközelíti a 22%-ot. Ebben főképp az játszik közre, hogy a lassan bővülő kereslet nem nyújt lehetőséget a pályakezdők számára, mivel a nyugdíjazás miatti kilépések száma egyre kisebb. A pályakezdő munkanélküliekkel egyébként is mostohán bánik az állam, hiszen a kilencvenes évek közepén megszűnt az iskolapadból már kikerült, de elhelyezkedni még nem tudó fiatalok segélyezése. Munkanélküli-járadéokra pedig azért nem jogosultak, mert hiányzik az ehhez szükséges minimum kétszáz napos munkaviszony. A segély helyébe – az állás nélküli fiatalok elhelyezkedését segítő – államilag finanszírozott programok léptek. Ezek közül talán a legjelentősebb a munkatapasztalat megszerzését segítő konstrukció. Ennek keretében a munkaadó – egy évig – a pályakezdő munkabérének 50–100%-át kaphatja meg, továbbá a pályakezdő után fizetett egészségügyi hozzájárulás összege is megtéríthető.

Speciális munkaerőpiaci problémát jelent Magyarországon a cigány etnikumhoz tartozók tartós kívülmaradása a munkaerőpiacon. A képzettség hiánya és az előítéletek egyaránt szerepet játszanak abban, hogy a félmillió roma népesség foglalkoztatottsága fele a társadalom egészére jellemző átlagnak. Köztük a legmagasabb a tartósan munkanélküliek aránya is. Ha nem történnek megfelelő intézkedések, már egy-két évtizeden belül az ország olyan képzetlen, eltartott emberek tömegét fogja alkotni, amely nagyságánál fogva megoldhatatlan társadalmi problémává nőheti ki magát.

A munkanélküliség tárgyalásánál szólni kell a munkaerőpiac állapotát jelző mutatókról, úgymint az aktivitási ráta vagy a foglalkoztatottság. A rendszerváltást követően a korábbi magas foglalkoztatottság hamar semmivé lett. A rohamosan növekvő munkanélküliséget az egymást váltó kormányok megengedőbb elő- és rokkantnyugdíjazást alkalmazva igyekeztek csökkenteni. A munkanélküliség levezetésének ma is egyik népszerű formája a munkaképesek „rokkantossítása”, ami magasan tartja az inaktívok számát, viszont nem növeli a munkanélküliséget.

A 15–64 éves népesség aktivitási aránya az 1997. évi 57,8%-ról 2000-re 60,2%-ra javult – állapítja meg a KSH Társadalmi helyzetkép című – 2003-as kiadványa. A KSH lakossági munkaerő-felmérésének adatai pedig azt mutatják, hogy 2003 elején folytatódott a korábbi tendenciák: valamelyest növekedett a foglalkoztatottság – miközben valamelyest emelkedett a munkanélküliek létszáma –, s így összességében a gazdasági aktivitás is nőtt. Ez azt jelenti, hogy több tízezer, korábban inaktív személy jelent meg a munkaerőpiacon. Az inaktívok számának 72 ezres csökkenése arra utal, hogy a munkaerőpiac „csendes tartalékának” egy része ismét dolgozik vagy legalábbis munkát keres. 2003 első fél évében 34–35 ezerrel többen dolgoztak, mint a múlt év hasonló időszakában.

### *Munkanélküliség versus foglalkoztatottság*

A foglalkoztatottak létszámának növekedésében azonban az új munkahelyek keletkezésénél nagyobb szerepet játszott a nyugdíjkorhatár kitolása 62 évre. Magyarán nem elsősorban a kedvező gazdasági változásoknak köszönhető a javulás, hanem annak, hogy kevesebben tudnak nyugdíjba menni. Elég a mutató alakulását korcsoportonként is megvizsgálunk, és nyomban kiderül: a munkaerő-piaci aktivitás enyhe növekedése nagyrészt a nyugdíjkorhatár megemelésének köszönhető. Vagyis annak, hogy az idősebb korosztályok tovább maradnak benn a rendszerben.

Az 55 és 59 év közötti nők foglalkoztatási rátája például a tavalyi első negyedév 26%-áról 32,1%-ra emelkedett, de a férfiaké is 50,5-ről 53,9%-ra nőtt egy év alatt. Ezzel ellentétben az igencsak aktív kornak számító 25 és 29, illetve a 30 és 39 közötti korcsoportok

foglalkoztatási rátája az első negyedévben az előző évihez képest éppenséggel csökkent, s csak a 25–29 éves nők esetében növekedett egy picit. A munkanélküliség ezekben a korosztályokban ugyanakkor mindkét nemnél növekedett. A legfiatalabbaknál is csökkenés figyelhető meg, ami viszont főként a tanulási idő meghosszabbodásával magyarázható.

Ma Magyarországon a foglalkoztatottsági átlag 56,3%-ot ér el, amivel a sereghajtók közé tartozunk Európában. Az Európai Unió átlagában az aktív korú népesség tavaly 63,9%-ot ért el. Míg tehát a magyarországi – a tavalyihoz képest magasabb – 6%-os munkanélküliség valóban jóval alacsonyabb mint az uniós átlag (8%), a képet némileg árnyalja, hogy az EU-ban ehhez a magasabb mutatóhoz nagyobb foglalkoztatottság társul.

A jelenlegi, rendkívül kedvezőtlen aktivitási arány kialakulásához jelentős mértékben járult hozzá az, hogy a munkanélküliség kezelésének legelterjedtebb módszere a '90-es években a korai és rokkantnyugdíjazás volt. Korábban a nyugdíjazási hullám eredményeként az 55–59 éves férfi korosztály aktivitása kiugróan alacsony szintű volt. 1999-ben az 55–59 éves korcsoportra jellemző ráta 25%-kal maradt el az 50–54 évesekétől. A 60–64 éves korosztályé még ennél is alacsonyabb 34%-kal. Ezeknek a korosztályoknak még lehetősége volt a 60 éves kor betöltése előtti nyugdíjazásra a különféle kedvezmények igénybevételeivel. A 2000-es évet követően a legnagyobb foglalkoztatotti aránynövekedés az 55 éven felüli korosztályokban következett be.

Magyarországon az Orvosszakértői Intézet becslései szerint a leszázalékolások 30%-a még mindig indokolatlan. Az esetek jelentős részében a munkaképes emberek – a munkanélküliség elől menekülve – hamis leleteket vagy a betegséget eltúlzó szakvéleményt kérnek az orvosoktól. A leszázalékolási csalások megelőzéséhez teljes szemléletváltásra volna szükség. Alapjaiban kellene megváltoztatni a rendszert, s ehhez elsőként a jogalkotóknak kell lépni. Az orvosoknak nem azt kellene megállapítaniuk, hány százalékban bizonyulnak keresőképtelennek az egyes betegek, hanem hogy milyen munkát tudnának betegen is végezni. Törekedni kellene a rehabilitációra is, ehhez viszont nélkülözhetetlen egy teljesen új társadalombiztosítási nyugdíjrendszer.

### *Alkalmilag alkalmazva*

A gyárbezárásokra, a vállalati elbocsátásokra a leggyakrabban elhangzó magyarázat a munkaerőpiac szerkezetének átalakulása. Tény, hogy megfigyelhető egyfajta szerkezetváltás a gazdaságban: az alacsony képzettségű munkát igénylő termelés továbbáll még olcsóbb munkaerőt keresve, s ezzel párhuzamosan a magasabb hozzáadott értéket igénylő beruházások kerülnek előtérbe. Ugyanakkor nem szabad elhallgatni azt a valós tendenciát sem, hogy az egyre éleződő profitversenyben Nyugaton is általánossá váltak a vállalati karcsúsítások. Kitelepezni, egyszerűsíteni, felmondani; ezek azok a kulcsszavak, amelyek leginkább jellemzik a mai konsernek gazdálkodását, amit ők rugalmas piaci igazodásnak hívnak. Írországból például egy sor olyan cég vonult ki, melyek tíz évvel ezelőtt a magas hozzáadott értéket, a képzett munkát igényelték. Ennek a mélyreható átalakulásnak egyre többen érzik a következményeit: általánossá vált a szorongás, az aggodás a jövőért, mind többeket gyötör az általános szociális biztonság hiánya, a létbizonytalanság. A munkavállalók egyre kiszolgáltatottabbakká válnak, az élethosszig tartó alkalmazás helyett most életük végéig tartó alkalmazkodásra ítéltetnek.

### *Alternatív munkalehetőségek*

Az iparosodott országokban évtizedeken át a teljes munkaidős munka volt a jellemző. A gazdaság globalizációja, a növekvő verseny a termelők között új megoldásokat kényszerít ki. Az elmúlt évtizedben a permanensen magas munkanélküliség orvoslására egy változtatási hullám söpört végig, amely arra irányult, hogy rugalmasabbá tegyék az életpályát. Úgy tűnik ugyanakkor, hogy az alternatív munkalehetőségek és a társadalom-

biztosítás között kétirányú kapcsolat van: egyrészt az atipikus foglalkoztatási formákat arra használják, hogy megoldjanak vele bizonyos szociális problémákat (munkalehetőségek hiányából fakadó szegénység), másrészt a rugalmasabb munka is létrehoz új szociális problémákat. A társadalombiztosítási rendszereknek is alkalmazkodni kell a létrejövő munkatípusok által képviselt újfajta valósághoz, mert annak hiányában pedig az új típusú alkalmazásban dolgozóknak egyenlőtlenséget kell elszenvedniük. A problémák jórészt azért merülnek fel, mert a társadalombiztosítási rendszereket még nem sikerült hozzáigazítani a terjedő alternatív munkalehetőségekhez. A társadalombiztosítási rendszerek még mindig egy olyan világ alapjain nyugszanak, amelyben a meghatározatlan ideig szóló teljes foglalkoztatottság a mérce. A társadalombiztosítási rendszerek esetében sok esetben még mindig a teljes munkaidős foglalkoztatást tartják a normának az előírt minimális küszöbököt, a járulékokat és a ledolgozott időt tekintve, amelyek kizárják a társadalombiztosításból az alternatív módon foglalkoztatott egyéneket. Ha valaki egymást követő rövid távú szerződések alapján vagy nagyon rövid munkaidővel járó részmunkaidőben dolgozik, nem tud eleget tenni a juttatásokhoz szükséges követelményeknek. Szintén hátulütője az ilyen foglalkoztatási formáknak, hogy bizonytalanságukból fakadóan lelkiileg is megerhelőbbek. A tények azt mutatják, hogy leginkább a nők fogadják el az alternatív munkalehetőségeket. A nők túlsúlya az általánostól eltérő alkalmazásban valószínűleg az ilyen típusú foglalkoztatásról alkotott negatív képnek és az ezzel járó valós hátrányoknak köszönhető.

Az alternatív foglalkoztatási formák azáltal növelik a cégek rugalmasságát, hogy azok a szükségleteknek megfelelően alakíthatják a munkaerő hullámmását, ezáltal a kevesebb hiányzás és a nagyobb munkaintenzitás magasabb termelékenységhez vezet. Mára sokan megkérdőjelezzik, hogy az alternatív foglalkoztatási formák hosszú távon csökkenteni tudnák a munkanélküliséget. Az elmúlt tíz év nyugat-európai tapasztalatai azt mutatják, hogy sokkal inkább az inaktívakat, mint a munkanélkülieket vonzzák az alternatív munkalehetőségek. Az alternatív munkalehetőségek terjedésével tehát több ember kerül be a munkakerőpiacra, nő a foglalkoztatás, ugyanakkor változatlan marad a munkanélküliek száma. Szintén kritikaként hozzák fel, hogy illúzió a munkahelyek számának növekedéséről beszélni, ha azt egyszerűen a teljes munkaidős állások „feldarabolásával” érik el. Sok helyen a heti munkaórák átmeneti csökkentését használták arra, hogy elkerüljék a létszámleépítéseket. Németországban például a Volkswagen 1993-as döntése a munkaidőt 36-ról 28,8 órára csökkentette, amellyel a vezetőség szerint 30 ezres létszámleépítést sikerült elkerülni. Azóta a Volkswagen-min-ta – módosult formában – beépült Németország számos kollektív szerződésébe.

Magyarországon a nyugat-európaiktól eltérően meglehetősen gyakorpőben jár az alternatív munkalehetőségek alkalmazása. Annak ellenére, hogy az elmúlt több mint egy évtizedben regnáló kormányok mindegyike megkísérelte az atipikus foglalkoztatási formák elterjesztését, jelentős eredmények mégsem születtek. Ennek oka számos tényezőre vezethető vissza, többek között a magyar társadalmi szerkezetre, illetve a cégek érdekeltségének hiányára.

### *Önfoglalkoztatás*

Az önfoglalkoztatás definiálásakor lényeges kérdés, hogy e forma mennyiben tartozik az atipikus foglalkoztatáshoz. Egyes vélemények szerint ez utóbbiak szűkebb, klasszikus értelmezése nem illik rá, a tágabb meghatározás azonban igen. Az atipikus foglalkoztatásra egyébként sem íthón, sem az Európai Unióban nincs egyértelmű definíció. A szakértők azt az álláspontot képviselik, hogy minden olyan munkavégzés, amely nem tipikus, vagyis nem tartozik a Munka Törvénykönyve hatálya alá, az atipikus technikának tekinthető.<sup>6</sup> Az önfoglalkoztatás az EU-ban nem ismeretlen, hiszen a foglalkoztatottakon belül az ily módon tevékenykedők aránya 2000-ben átlagosan 14,8% volt, ami azonban csökkenő tendenciát mutat. Az 1990-es évek közepén ugyanis ez az arány még 15,8% volt. Az Unión belül ma már jobbára csak meghatározott társadalmi csoportok választják az e modell kínálta önállóságot. E körbe tartoznak a mezőgazdaság kis farmerei, a turizmushoz kötődő különféle vállalkozók, a szellemi szabadfoglalkozásúak, az

újságírók, a színészek egy része, illetve más művészeti ágak képviselői. A nyugati országokban ide sorolhatók továbbá az utcai árusként tevékenykedő bevándorlók is.

Az önfoglalkoztatók jellemzően Görögországban – több mint 80% –, illetve Olaszországban, Portugáliában és Spanyolországban – 25,6, 24,1, illetve 21,6% – tevékenykednek jelentősebb számban. E munkavállalói kör aránya jóval 10% alatt van Németországban, Dániában, Luxemburgban és Hollandiában. Magyarországon – a KSH adatai szerint – az önfoglalkoztatók aránya 14,6%, ami megfelel az EU átlagának. A KSH munkaerő-felmérése mintegy 490–510 ezer egyéni vállalkozót és nem jogi személyiségű társaságok tagjait, valamint 26 ezer kiegészítő családtagot sorol e körbe. Nálunk azonban az önfoglalkoztatók összetétele, illetve az e formát választók indítéka némiképp eltér az Unióban tapasztaltaktól. A rendszerváltás óta egyre sokasodó kényszervállalkozók nagy része manapság önfoglalkoztatónak tekinthető. Ugyanakkor jelentős az alkalmazotti viszony vállalkozóivá alakítása. A vállalkozói szerződés alapján tevékenykedők szintén önfoglalkoztatóknak tekinthetők. Az e körbe tartozók gyakorlatilag ugyanolyan kööttségekkel, kötelezettségekkel tevékenykednek mint a hagyományos formában alkalmazott munkavállalók, ám nem élvezik az ezzel járó munkajogi védelmet. Az érintett munkaadók vagy nem tudják, vagy nem akarják teljes mértékben megfizetni a közterheket, a munkavállalók pedig – kényszerből vagy rövid távú anyagi érdekből – elfogadják e helyzetet. Ez a gyakorlat azonban az EU-normákkal összeegyeztethetetlen.

A megoldást az EU-ban – és egyre inkább hazánkban is – a korábbinál rugalmasabb, úgynevezett atipikus foglalkoztatási formák elterjesztésében látják. Ilyen például a határozott időre szóló, az ideiglenes vagy a részidős munkavállalás. Általuk többeknek lehet kereseti lehetőséget biztosítani, s így növelni a foglalkoztatást. Ezek a munkavállalási formák viszont számos bizonytalanságot rejtenek magukban a dolgozókra nézve. A korlátozott időre szóló szerződéseknel a munkavállalónak olyan hátrányokkal kell számolnia, amelyek elkerülhetőek lennének, ha alkalmazott lenne (például nincs szabadság, betegszabadság stb.). Továbbá az ilyen típusú munkaviszony az embert attól az alapvető igényétől fosztja meg, hogy hosszú távon kiszámítható jövőt tervezzen.

Menekülési utat jelenthet még a távmunka, ami a munkahelyteremtésnek viszonylag kis befektetéssel megvalósítható formája. A munkavállalónak azért jó, mert nem kell eljárnia otthonról, a munkaadónak pedig nem kell – többek között – nagy irodaházat fenntartania. A megbízó adja a számítógépet és a programot, a távmunkás meg számítógépes ismeretét. A nemzetközi tendenciáknak megfelelően a kormány arra számít, hogy Magyarországon is elterjednek az atipikus foglalkoztatási formák. Ez egyszerre jelentené a munkaidő hatékonyabb kihasználását, másfelől az új technológiák jóvoltából a munka minősége, a munkakultúra is változna. (Ennek ellenére még mindig nem történt meg a munkajogi, társadalombiztosítási szabályok megfogalmazása: mikor van a távmunkás szabadságon, hogyan igazolhatók a munkavállalással kapcsolatos költségei, ki és hogyan biztosítja az adatok védelmét?)

Az Európai Unió 2003-as szociális jelentése idén az egészséget állította vizsgálatá középpontjába. A kutatás eredménye szerint a munkaerőpiacnak betegségmegelőző funkciója van, és kisebb-nagyobb mértékben hozzájárul a lakosság egészségi állapotának megőrzéséhez. Az aktív keresők körében az elhalálozási rizikó ötöde a munkanélküliek halálozási kockázatának. Ezzel összefüggésben a szakértők bírálják a „rövid lélegzetű” megoldásokat, s szerintük a hosszú távú változások „hosszú távra szóló perspektívákat” kívánnak meg. A jelentés megállapítása szerint az elmúlt négy évtizedben általánosságban javult az Európai Unió 15 tagállamának egészségi állapota. Jelentősen nőtt ugyanakkor a „lelki eredetű” megbetegedések száma, ami részben azzal magyarázható, hogy az emberek még nem tanulták meg, hogyan kezeljék azt, hogy a hiánytársadalmak fogyasztói társadalmakká váltak. Jörg Peschner, az Európai Bizottság szociális ügyekért felelős főigazgatója, a hatékonyabb egészségpolitika kulcsát abban látja, hogy erősíteni kell az államközi együttműködést az EU-n belül, és szükséges a politikai együttműködés a gazdaság-, foglalkoztatás- és szociálpolitikai „háromszögben” is. A 2004. június 1-jén bevezetésre kerülő európai betegbiztosítási kártya az első komoly lépés lehet ebbe az irányba, ami ugyan nem teremt új igényeket, viszont megkönnyíti az eljárást az Európai Unión belül.

Csodát azonban ezektől az új megoldásoktól sem várhatunk, amit mindennél jobban mutat, hogy míg az EU-ban jóval előrébb járnak alkalmazásukban, az uniós munkanélküliségi ráta még hazánkét is jelentősen meghaladja.

A következő évek fő feladata – az európai foglalkoztatási stratégiával összhangban – a hazai foglalkoztatottság bővítése. Az uniós cél – miszerint 2010-ig a foglalkoztatottság 70%-át kell elérni – Magyarország esetében mintegy 300–400 ezer új munkahely létrejöttét jelenti. Egyelőre csupán annyi biztos, hogy a csatlakozással együtt járó erősebb piaci verseny, a vállalatoknak a hatékonyságnövelésért tett erőfeszítései mind jobban felszínre hozzák a foglalkoztatáspolitikai hiányosságait.

**Az egy év alatt ledolgozott munkaórák száma  
(egy munkavállalóra vetítve, 2000-ben)**

Dél-Korea	2474
Csehország	2092
USA	1979
Mexikó	1888
Izland	1873
Ausztrália	1860
Japán	1842
Spanyolország	1812
Magyarország	1795
Nagy-Britannia	1720
Finnország	1691
Brazília	1689
Svédország	1624
Franciaország	1604
Svájc	1597
Írország	1520
Németország	1480
Norvégia	1376
Hollandia	1365

*Forrás: ILO Key Indicators of the Labour Market (2001)*



### A munkaerő foglalkoztatási formák szerinti megoszlása (%)

Nemzetgazdasági ág	Teljes munkaidős	Nem teljes munkaidős	Ebből: rész-munkaidős	Foglalkoztatott nyugdíjas	Összesen
Mezőgazdaság	94,6	2,8	2,3	2,6	100,0
Feldolgozóipar	95,8	2,2	1,9	1,9	100,0
Építőipar	95,2	2,3	2,0	2,4	100,0
Kereskedelem	88,8	9,3	8,5	1,9	100,0
Szállítás, raktározás, posta és távközlés	94,7	4,2	2,0	1,0	100,0
<b>Összesen</b>	<b>94,5</b>	<b>3,3</b>	<b>2,6</b>	<b>2,3</b>	<b>100,0</b>

Forrás: FMM, 2003. március

### Irodalomjegyzék

Összehasonlító elemzés 1994–99 közt. Agenda, 2000. <http://www.inforegio.org/wbprd/agenda2000/compare/osde.htm>

Gyulavári Tamás: Az Európai Unió szociális dimenziója. 2001.

Botos Katalin–Kőrösi István: Világgazdaság az ezredfordulón. Osiris, 1999.

Háttéranyag műhelybeszélgetésekhez az Európai Foglalkoztatási Stratégia négy pillére alapján

Employment and labour market in Central European countries. European Communities, 2001.

Gazdag Ferenc: Európai integrációs intézmények. Osiris, 1999.

Szerkezetváltás a munkaerőpiacon. In: A munkaadó lapja. 2003. augusztus 18.

ILO Key Indicators of the Labour Market. 2001.

### Jegyzetek

<sup>1</sup> Botos Katalin–Kőrösi István: Világgazdaság az ezredfordulón. Osiris, 1999.

<sup>2</sup> Gyulavári Tamás: Az Európai Unió szociális dimenziója. 2001

<sup>3</sup> Összehasonlító elemzése 1994–99 közt. Agenda 2000. <http://www.inforegio.org/wbprd/agenda2000/compare/osde.htm>

<sup>4</sup> Gazdag Ferenc: Európai integrációs intézmények. Osiris, 1999.

<sup>5</sup> Háttéranyag műhelybeszélgetésekhez az Európai Foglalkoztatási Stratégia négy pillére alapján.

<sup>6</sup> Szerkezetváltás a munkaerőpiacon. In: A munkaadó lapja. 2003. augusztus 18.

# *Prónai Borbála: Egészségbiztosítás kialakulása, fejlődése – egészségbiztosítási járulékok nagysága Magyarországon*

## **Előzmények**

Magyarországon a munkásbiztosításnak régi hagyományai vannak. Az önszegélyezés visszanyúlik egészen a 12–13. századig. A bányamunkásság kezdeményezésére a bányatárs-ládák (a bányász segélyszervezetek fémpántos, különleges zárrakkal ellátott ládáiban őrizték vagyonukat és erről nevezték el magát az intézményt is) felállítása már a 15–16. században elkezdődött, bár a segélyezés akkor még csak könyörületből adott alamizsnából állt. Annak oka, hogy ezek a társulások először a bányászatban alakultak ki, valószínűleg a bányákban végzett munka veszélyessége, a bányászok egymásrataltsága és a többi foglalkozási ágtól való elszigeteltségük volt. A bányatársládák az önkéntesség jegyében születtek, a kiadások fedezetét főleg a tagok hozzájárulása biztosította, bár a munkáltatók is segítettek fenntartásukban.

A 17–18. században szervezett bányatársládák azonban még nem tekinthetők valódi biztosító intézeteknek. A 18. század közepéig a társláda-alapszabályok csak általánosságban rendelkeztek a munkaképtelen bányászok és családtagjaik támogatásáról, azokban csak 1760 után jelentek meg a szolgáltatások mértékére vonatkozó rendelkezések.

Egészen másként alakult az ipari munkásság segélyezése. Régi jogforrásainkban nem található olyan rendelkezések, amelyek az ipari és a mezőgazdasági munkavállalók részére segélyt biztosítottak volna. Az ipari munkások segélyezését a városok végezték, a szegényügyi ellátás keretében. A 14. században az azonos ipart folytatók céhekbe tömörültek, amelyek a beteg legények istápolását és az özvegyek segítését is feladatuknak tekintették.

Az 1867. évi kiegyezést követően a munkások számának jelentős emelkedése felerősítette az intézményes gondoskodás igényét betegség esetén. Akkoriban azonban a lakosságnak még csak igen kis hányada részesülhetett ezekből az ellátásokból. A bányatársládáknál biztosított munkavállalók létszáma 1867–1881 között csak 39 000–45 000 fő között mozgott. 1885-ben az összes betegsegélyező pénztárban és a segélyegyletekben biztosítottak száma (beleértve a bányatárspénztárakat is, de kivéve az ipartestületi pénztárakat) 147 397 fő volt. (Ez a munkások 40,6%-át jelentette – összes munkáslétszám: 362 362 fő.)

A valóban társadalombiztosítási jellegű intézmények Európa-szerte csak a 19. században kezdtek kialakulni. A magyar társadalombiztosítás első, általános jellegű intézményét, az Általános Munkás Betegsegélyező és Rokkantpénztárt 1870-ben hozták létre, amely már önállóan működött, igazgatását kizárólag a munkások végezték. Ezt követően betegsegélyező egyletek sora alakult, ahova önkéntesen lehetett belépni.

Az 1884. évi ipartörvény, amely az ipartestületeket segélypénztárak alakítására kötelezte, jelentős előrelépést jelentett a társadalombiztosítás területén. A betegsegélyező pénztárak létrehozása jogilag önkéntes elhatározáson alapult, de itt jelent meg először a kötelező társadalombiztosítás csírája, hiszen ott, ahol a betegsegélyező pénztár létrejött, kötelező volt a tagság a gyári munkások, segédek részére.

## **Kötelező betegségi biztosítás**

Magyarországon a kötelező betegségi biztosítást az 1891. évi XIV. tc. vezette be az ipari és gyári munkásság számára (1892. április 1-jén lépett hatályba) – Európában harmadikként. (Először Németországban tették kötelezővé a biztosítást betegség esetére 1883-ban, majd baleset esetére is 1884-ben, és ezt követően Ausztria is megvalósította a kötelező betegségi biztosítást.) Ez a törvény nem rendezte külön a baleseti ellátás ügyét, azt a betegségi biztosításon belül oldották meg. Hatálya nem terjedt ki az állami intézmények, a törvény-

hatóságok, a községek és az állami vállalatok alkalmazottaira, valamint a mezőgazdasági munkásokra. Önkéntesen biztosíthatták magukat azonban azok, akikre a kötelező biztosítás nem terjedt ki, de azt az alacsony bérek sokszor nem tették lehetővé. A biztosításra kötelezett munkavállalók száma 1891-ben 446 618 fő volt. Szűkítette a biztosítottak körét, hogy a biztosítási kötelezettséget csak a napi maximum 8 korona kereset után állapították meg, tehát az ennél többet keresők nem estek a törvény hatálya alá. A biztosításba bevontak száma a következő években alig emelkedett, 1906-ban is csak a lakosság 3,3%-a (630 000 fő) volt biztosítva. Az önkormányzattal működő betegségélyző pénztárak felügyeletét az ipartestületek és a kereskedelmi miniszter látták el.

### 1. táblázat. Az összes betegségélyző pénztár együttes évi biztosított létszáma

Év	Fő
1891	446 618
1898	616 937
1899	591 039
1900	593 588
1901	597 969
1902	610 722
1903	633 922
1913	1 203 834
1914	1 073 125
1915	834 530

*Forrás: A magyar társadalombiztosítás ötven éve 1892–1942, OTI, Budapest.*

Az 1907. évi XIX. tc., amely az ipari és kereskedelmi alkalmazottak betegségi és baleseti biztosításáról rendelkezett, már bevezette a kötelező baleseti biztosítást is, a szolgáltatások terén pedig jelentős javulást biztosított.

### A társadalombiztosítási járulékok alakulása

A betegségi biztosítás folyó kiadásainak fedezésére járulékfizetési kötelezettséget írtak elő, a járulékkulcsok nagysága kezdetben alacsony volt, de fokozatosan növekedett.

### 2. táblázat. Betegségi biztosítás járulékkulcsai

Év	Betegségi biztosítási járulék	ebből	
		munkaadót terhelő részarány	munkavállalót terhelő részarány
	(%)	(%)	(%)
1891	2	33,3	66,6
1907	3	50	50
1918	4	50	50
1919	6	50	50
1928	7	50	50

*Forrás: A magyar társadalombiztosítás ötven éve 1892–1942, OTI, Budapest.*

1891-ben betegségi biztosításra az átlagos napibér 2%-a volt levonható, melynek 1/3 részét a munkaadók, 2/3 részét a biztosított munkavállalók fizették. Ha ebből nem lehetett nyújtani a legcsekélyebb mértékű segélyezést sem, akkor a járulék kulcsa 3%-ig, bizonyos kivételes esetekben 5%-ig emelhető volt. Ha a beszedett összegek nem fedezték a kiadásokat, csökkentették a segélyeket. A segélyek mértékét csak 1928-tól tették kötelezővé, ekkortól nem lehetett csökkenteni azokat gazdasági nehézségek esetén sem.

1907-ben az alapszabály a járulékkulcsot 3%-ban szabta meg, de az az átlagos napibér 2–4%-áig terjedhetett. (Pl. 2% volt az 5 vagy annál kevesebb munkavállalót foglalkoztató üzemeknél.) Ezt a járulékot azonban csak hetenként 6 napra kellett fizetni 1911-ig, ekkor 7 napra nőtt a fizetési kötelezettség. A járulék felét a munkáltató, felét a munkavállaló fizette. A családtagok (akik önként beléphettek) járuléka a tagok járulékának fele volt.

1907-ben vezették be az ipari munkásság kötelező baleseti biztosítását (1907. évi XIX. törvény), amelynek költsége teljes egészében a munkáltatót terhelte.

1918. január 1-jétől a betegségi biztosítási járulékkulcs 4%-ra emelkedett, és megszűnt az a napi 8 koronás bérhatár, amely korlátozta az ipari munkavállalók biztosítási kötelezettségét.

1919. december 1-jétől a járulékkulcs mértéke 6%-ra emelkedett (háztartási alkalmazottaknál 2%).

1928-ban a járulékkulcs a tényleges javadalmasítás 7%-a volt vagy az átlagos napibér 6%-a (napibérosztályok szerint), melynek felét a munkáltató, felét a munkavállaló fizette. A baleseti biztosítás költségei a munkáltatót terhelték.

1946-ban a társadalombiztosítási járulék nagysága 12% volt, amelyből 8% volt a betegségi biztosítás aránya. 1948-ban a betegbiztosítási járulék mértéke maradt 8%, de a társadalombiztosítási járulék 18%-ra emelkedett (1% baleseti, 5% családi pótlék járulék, 4% öregségi járulék). 1949-ben 13%-ra csökkent a társadalombiztosítási járulék mértéke, mivel a családi pótlék fedezetéről az állam közvetlenül gondoskodott, térítés formájában. 1951-ben 10%-ra csökkent a társadalombiztosítási járulék (6% betegségbiztosítás, 4% nyugdíj), és több mint másfél évtizeden át volt ezen az alacsony szinten.

### 3. táblázat. A társadalombiztosítási járulékok mértékének alakulása

Év	Társadalombiztosítási járulék (%)	ebből egészségbiztosítási járulék (%)
1946	12	8
1948	18	8
1949	13	8
1951	10	6
1967	17	10

*Forrás: Szociálpolitikánk két évtizede. Budapest, 1969; Jurth Rudolf: A társadalombiztosítási ellátások alakulása 1950–1982 között. Szociálpolitikai Értesítő, 1987/1. szám.*

1945-től 1950-ig a társadalombiztosítási járulékok teljes egészében a munkáltatókat terhelték, megvalósították az „ ingyenesség ” elvét, bár 1948 végétől már 1% nyugdíjjárulékot levontak a dolgozóktól. 1949-től lehetővé vált a mezőgazdasági termelészövetkezeti tagok önkéntes betegségi biztosítása. A biztosítási díj egy évre 72 Ft volt, amely teljes egészében a tagot terhelte. Ettől az évtől a kisipari szövetkezeti tagoknak is lehetőségük volt az önkéntes társadalombiztosításra (járulékkulcs 11%, 6% betegségi biztosítás), majd 1951-től náluk is életbe lépett a kötelező kölcsönös biztosítás (járulékkulcs 13%, 8% betegségi biztosítás). 1952-ben a betegségi biztosítási járulék ismét 6%-ra csökkent, de a gyermeknevelési pótlék fedezésére 5%-os járulékot vezettek be. Megállapítható, hogy ettől kezdve egészen 1964-ig számukra a járulékkulcs mindig 5%-kal volt magasabb mint az

SZTK tagjainál, mivel a családi pótlék fedezetéről saját maguknak kellett gondoskodniuk.

1967-ben az illetményadó fizetésére kötelezett állami vállalatok, gazdálkodó szervezetek stb. 17%-os társadalombiztosítási járulékot (ezen belül 10% betegbiztosítási járulékot) fizettek, illetményadó-mentesség esetén 10% (6% betegségi biztosítás) volt az arány.

A mezőgazdasági termelőszövetkezetek a tagok jövedelmének 7,5%-át fizették járulékként (ebből 1% volt a betegbiztosítás), a táppénzjellegű betegségi segélyeket és a terhességi, gyermekágyi segélyeket közvetlenül fizették tagjaik után. (A tagok progresszív nyugdíjjárulékot fizettek.) Az alkalmazottak keresete után 17% volt a társadalombiztosítási járulék.

Tehát ebben az időszakban már különböző volt a társadalombiztosítási járulék mértéke a mezőgazdaságban, a kisipari szövetkezeti tagok, a magánszektorban foglalkoztatottak után, a költségvetési szerveknél, majd aszerint, hogy illetményadó fizetésére kötelezett vagy mentes volt-e az állami vállalat, gazdálkodó szerv. Ez a különbségtétel évtizedekig fennmaradt. 1972-ben a mezőgazdasági termelőszövetkezetek a tagok jövedelmének 10%-át fizették társadalombiztosítási járulékként.

Az 1970-es évek második felével veszi kezdetét a járulékkulcsok rohamos emelkedése.

#### 4. táblázat. A társadalombiztosítási járulékok mértékének alakulása

Év	Társadalombiztosítási járulék		
	Allami vállalatok (%)	Mezőgazdasági termelőszövetkezetek (%)	Költségvetési szervek (%)
1976	22	17	10
1980	24	17	10
1982	27	20	10
1983	30	23	10
1984	40	33	10

*Forrás: Jurth Rudolf: A társadalombiztosítási ellátások alakulása 1950–1982 között. Szociálpolitikai Értesítő, 1987/1. szám; 1975. évi II. tv.*

1975-től megszüntették az egyes ágazatok (betegségi, baleseti, nyugdíj, családi biztosítás) külön járulékkulcsait, így 1991-ig a munkáltató egységes társadalombiztosítási járulékot fizetett, azt nem tudjuk szétbontani egészségbiztosítási és nyugdíjbiztosítási járulékra.

1976-tól az állami vállalatok, gazdálkodó szervek stb. 22% járulékot fizettek (illetményadómentes juttatás esetén 15%), a mezőgazdasági termelőszövetkezetek, egyéb munkáltatók 17%-ot, a költségvetési szervek 10%-ot. Az 1980-as, 1982–1984-es adatokat a 4. táblázat mutatja. A munkáltatói járulékbefizetések mintegy 9%-os munkavállalói nyugdíjjárulék-átlaggal egészültek ki.

A rendszerváltást követően ismét előtérbe került a biztosítási jelleg, újból különvált az egészségbiztosítási és a nyugdíjbiztosítási járulék, külön meghatározták a munkavállalók és a munkáltatók járulékfizetési kötelezettségét.

1996-tól csökkenni kezdett a járulékok mértéke, viszont 1997-ben bevezették a munkáltató által fizetendő tételes egészségügyi hozzájárulás elnevezésű, ún. egészségügyi adót, ami 1998-ban az átlagkereset 3,3%-a, 1999–2000-ben 4,7%-a volt. 1999-től a társadalombiztosítási járulékkal nem terhelt jövedelmek egy része után is kell 11%-os egészségügyi hozzájárulást fizetni, ami szintén a munkáltatót (kifizetőt) terheli. A tételes egészségügyi hozzájárulás összegét 2003-tól csökkenteni kezdték, a jövőben – a tervek szerint – meg is szüntetik, bár 2004-ben ez a csökkentés megakadt, sőt 2004-ben 1%-kal nőtt az egészségbiztosítási járulék mértéke is. A járulékcsoökkentés hatását az is mérsékli, hogy a táppénz egyharmadát a foglalkoztató fizeti meg hozzájárulás címén.

**5. táblázat. A társadalombiztosítási járulékok mértékének alakulása**

Év	Társadalombiztosítási járulék (%)	ebből egészségbiztosítási járulék (%)	Tételes egészségügyi hozzájárulás (Ft/hó)
1992	54	23,5	-
1995	54	23,5	-
1996	52,5	22	-
1997	49	19	1800
1998	49	18	2100
1999	44	14	3600
2000	44	14	3900
2001	42	14	4200
2002	40	14	4500
2003	40,5	14	3450
2004	41,5	15	3450

*Forrás: 89/1990. MT rendelet és módosításai; 1997. évi LXXX. tv.; 195/1997. Korm.rend. és módosításai; 1998. évi LXVI. tv. és módosításai.*

**A járulékkulcsok változásának főbb okai**

A 19–20. század fordulóján az egészségtelen életkörülmények, az alacsony életszínvonal, a gyenge táplálkozás, a rossz lakáshelyzet, a fertőző betegségek, járványok stb. miatt magas volt a halandóság, alacsony a születéskor várható átlagos élettartam (1900–1901-ben 37,3 év). Hazánk lakosságát a 20. század elején megtizedelte a tüdővész, a gyermekhalandóság és az alkoholizmus. A gyógyítás, megelőzés lehetőségei korlátozottak voltak, mindezen túl a segélyek csekély mértéke mind-mind indokolta a járulékok alacsonyabb szintjét.

A járulékkulcsok későbbi emelkedése összefügg az orvostudomány fejlődésével, a nyújtott szolgáltatások mennyiségének és minőségének javulásával. Az életkörülmények javulása, az orvostudomány fejlődése lehetővé tette a járványok, a fertőző betegségek legyőzését. A 20. század eleje a nagy népbetegségek leküzdésének ideje, a II. világháború alatt felfedezett antibiotikum pedig lehetővé tette a végleges gyógyulást. Ezeknek köszönhetően csökkent a csecsemő- és gyermekhalandóság, nőtt az átlagos élettartam, amely 100 év alatt csaknem megduplázódott (1900–1901: 37,3 év; 2000: 71,3; 2001: 72,3). A legnagyobb mértékben 1900–1966 között nőtt az átlagos élettartam (32,6 évvel).

Ezzel arányosan növekedtek az egészségügyi ellátás költségei is – krónikus betegségek kezelése, idősebbek ellátása, új eljárások bevezetése stb., ami különösen az 1970-es évek közepétől gyorsult fel. Ebben főleg az orvostudomány, a technika fejlődése játszott jelentős szerepet, hiszen az új technikák alkalmazása költségrobbanást idézett elő.

Az 1996-tól megfigyelhető járulékcsökkenés nem igazán jelenti a lakosság terheinek mérséklését, hiszen ezt részben ellentételezi az 1997-től, illetve 1999-től fizetendő egészségügyi hozzájárulás. A betegek terheit növeli az is, hogy 1995-től csökkentették a társadalombiztosítás által támogatott fogorvosi szolgáltatások körét, kisebb lett a gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök ártámogatása, egyes ellátásokra térítési díj fizetését írták elő. A lakosság és a magánszektor 1998-tól egyre nagyobb arányban járul hozzá az egészségügyi kiadásokhoz. A lakossági hozzájárulás 59%-át gyógyszerre, gyógyászati segédeszközre, 12%-át fogorvosi költségekre fordítják.

**6. táblázat. Születéskor várható átlagos élettartam**

I. világháború előtti évek: 42 év 20 nap (férfiak) – Budapesti Munkásbiztosító Pénztár adatai

Év, évek átlaga	Férfi	Nő
1920–1921	41,0	43,1
1930–1931	48,7	51,8
1941	54,9	58,2
1949	59,3	63,4
1955	64,8	68,7
1960	65,9	70,1
1965	66,7	71,5
1970	66,3	72,1
1980	65,5	72,7
1985	65,1	73,1
1990	65,1	73,7
1995	65,3	74,5
1998	66,1	75,2
2000	67,1	75,6
2001	68,2	76,5

*Forrás: Demográfiai évkönyvek***7. táblázat. A társadalombiztosítási támogatás aránya a lakossági gyógyszerforgalomban**

Év	Tb-támogatás aránya (%)
1993	77,1
1994	74,8
1995	67,0
1996	65,6
1997	65,0
1998	66,3
1999	61,9
2000	60,2
2001	60,6

*Forrás: Magyar statisztikai évkönyvek***8. táblázat. Betegek költségtérítése néhány fogászati beavatkozás esetén (2000)**

Beavatkozás megnevezése	Térítés összege (Ft)
Amalgámtömés	1500–2500
Kompozit tömés	2000–3500
Gyökértömés	1500–4500
Esztétikus korona, hídtag	9000
Teljes alsó vagy felső protézis (nyugdíjas részére)	5000
(nyugdíjkorhatár alatt)	22 000–25 000

**Kiadások finanszírozása**

A kötelező betegségi biztosítás bevezetése után az előírt járulékok csak igen csekély mértékű segélyezést tettek lehetővé. Amennyiben a befizetett összegek nem fedezték a kiadásokat, a segélyek

mértékét csökkenteni lehetett. 1907-ben anyagi válságba kerültek a biztosító intézetek, fennmaradásukat is alig tudták biztosítani. A megoldást a központosítástól várták. Az Országos Munkásbetegsegélyező és Balesetbiztosító Pénztár szinte minden anyagi eszköz hiányában kezdte meg működését. A munkaadók járuléktartozása országos szinten 1913-ban 3 728 912 korona volt. 1916–1917-re javult a helyzet, az Országos Pénztár már felesleggel zárta ezeket az éveket (1916: 528 742 korona, 1917: 1 199 635 korona). 1928-tól kötelezővé tették a segélyek mértékét, azokat gazdasági nehézség esetén sem lehetett csökkenteni. 1929-ben már ismét pénzügyi nehézségek tapasztalhatók, ezt az évet 13 millió pengő kezelési hiánnyal zárta az Országos Pénztár. 1930-ban a hiány fedezésére 23 millió pengő kölcsönt vett fel az Országos Pénztár az öregségi, rokkantsági biztosítás céljára befizetett összegekből, amit később az államkincstár kifizetett. A problémát az ügyviteli túlméretezettség és az érdekeltségi ellenőrzés hiányában látták. Az 1930-as évek elején lezajlott válság után, a szanálási intézkedéseket követően, 1939-re helyreállt a betegségi biztosítás pénzügyi egyensúlya.

A II. világháború után politikai okokból meghirdetett „ingyenesség” elvét fokozatosan megvalósítva, „központi juttatás”-ként biztosították a lakosság egészségügyi ellátását. 1951-től a társadalombiztosítási jog alapján járó kórházi, rendelőintézeti, körzeti kezelőorvosi ellátás költségei az egészségügyi tárca és a tanácsok költségvetésében nyertek fedezetet. Fokozatosan nőtt a társadalombiztosításba bevontak száma is, ami különösen az 1950-es, 1960-as években, a termelőszövetkezetek létrehozásával és dolgozóinak biztosításával ugrott meg. 1975-re már minden magyar állampolgárra kiterjedt a biztosítás.

**9. táblázat. A társadalombiztosításba bevontak száma**

Év	Biztosítottak száma (családtagokkal együtt) (millió fő)	A népesség %-ában (%)
1927	2,0	24
1938	2,8	31
1946	2,8	31
1947	3,0	33
1948	3,3	36
1949	3,8	41
1950	4,4	47
1951	4,8	51
1952	5,3	56
1953	5,7	59
1954	5,8	60
1955	5,9	60
1956	6,3	64
1957	6,1	62
1958	6,4	65
1959	7,2	72
1960	8,5	85
1961	9,4	94
1962	9,7	96
1963	9,8	97
1965	9,8	97
1970	10,0	97
1972	10,3	99
1975	10,5	100

*Forrás: A magyar társadalombiztosítás ötven éve 1892–1942. OTI, Bp.; Szociálpolitikánk két évtizede. Bp., 1969; Társadalmi riport. 1992. TÁRKI; Magyar statisztikai évkönyvek.*



A rendszerváltást követően az egészségügy működési kiadásainak finanszírozása átkerült az állami költségvetésből a kötelező egészségbiztosítási rendszerbe. A beszedett járulékok nem fedezik az egészségügyi kiadásokat, amelynek okait elsősorban abban kereshetjük, hogy két és fél millióval csökkent a járulékfizetők száma, romlott a lakosság egészségi állapota és továbbra is megfigyelhető a költségek növekedése – így az OEP állandó pénzhiánnyal küzd.

## Irodalom

- A magyar társadalombiztosítás ötven éve 1892–1942. Országos Társadalombiztosító Intézet, Bp., 1943.
- Botos József: A magyar társadalombiztosítás kialakulása és fejlődése. Bp., 1998.
- Laczkó István: A magyar munkás- és társadalombiztosítás története. Bp., 1968.
- Szociálpolitikánk két évtizede. Bp., 1969.
- Jurth Rudolf: A társadalombiztosítási ellátások alakulása 1950–1982 között. Szociálpolitikai Értesítő, 1987/1. sz. 128–155.
- Czúcz Ottó: Társadalombiztosítás a változó világban. A társadalombiztosítás jogi szabályozásának alapproblémái. Bp., 1989.
- Társadalombiztosítási körkép. TB. Műhely '91. Országos Társadalombiztosítási Főigazgatóság, 1991.
- Társadalmi riport 1992. Szerk. Andorka Rudolf, Kolosi Tamás, Vukovich György, TÁRKI, Bp., 1992.
1997. évi LXXX. törvény a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről. Magyar Közlöny, 68. sz., 1997. július 25.
- 195/1997. (XI. 5.) kormányrendelet az 1997. évi LXXX. törvény végrehajtásáról. Magyar Közlöny, 95. sz., 1997. november 5.
- Józan Péter: Az öregedés élettani és társadalmi jelenségei. Magyar Tudomány, 2002. 4. sz.

## Tartalom

Előszó .....	3
Schlett András: A társadalombiztosítási nyugdíjrendszerek reformja Nyugat-Európában és Magyarországon .....	4
Ivicz Mihály: Gondolatok a tőkefedezeti nyugdíjrendszer portfolió-szabályozásáról .....	14
Dr. Botos József: Egészségügyi reformok Nyugat-Európában. ....	20
Forgács Anna–Vallyon Andrea: Beteg egészségügyi rendszer – beteg lakosság. ....	42
Dr. Kőrösi István: Az állam gazdasági szerepvállalásának változásai és a jóléti rendszerek átalakítása Németországban. ....	83
Katona Klára–Schlett András: Foglalkoztatottság és munkanélküliség alakulása az Európai Unióban és Magyarországon .....	101
Prónai Borbála: Egészségbiztosítás kialakulása, fejlődése – egészségbiztosítási járulékok nagysága Magyarországon .....	114