

---

# Az egészségügyi rendszerek tipológiája

Készítette:



**Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság**

*Rendszerelemzési Főosztály*

Budapest, 2014. június

## Az egészségügyi rendszerek fogalma

Az egészségügyi rendszerek meghatározására nincs egyetlen elfogadott definíció. Az általános rendszerelmélet megalkotójának tartott Ludwig von Bertalanffy (1901-1972) általános rendszerfogalma szerint a rendszer kölcsönhatásban levő elemek együttese egy bizonyos cél érdekében. A meghatározás orientáló lehet az egészségügyi rendszerek fogalmának kialakításához.

Roemer definíciója (Roemer, 1993), amely már az egészségügyi rendszerekről szól, közelebb visz a kapcsolatok minőségének megértéséhez. A rendszereknek öt fő jellemzőjük van, ezek az erőforrások (munkaerő, gyógyszer stb.), programok (különböző szervezeti szinteken), gazdasági támogató mechanizmusok (finanszírozás), menedzsment módszerek (tervezés, szabályozás) és szolgáltatásnyújtás. Az egészségügyi rendszer az erőforrások, szervezetek, finanszírozás és menedzsment olyan kombinációja, amely egészségügyi szolgáltatások nyújtására irányul a lakosság számára.

A WHO World Health Report (WHO, 2000) szerint az egészségügyi rendszer az általa körülhatárolt tevékenységekkel jellemezhető: felügyelet (egészségpolitika, programok, szabályozás), erőforrás teremtés (munkaerő, gyógyszer stb.), szolgáltatásnyújtás, finanszírozás (források, pooling, allokáció).

A legtöbbet idézett, és talán a leginkább elfogadott egészségügyi rendszer meghatározás a Harvard School of Public Health oktatóitól, Hsiao és Li professzoroktól származik (Hsiao, Li, 2003): az egészségügyi rendszer olyan alapvető általános összetevőkkel határozható meg, amelyek megmagyarázzák a rendszer eredményeit. Ezek az összetevők szakpolitikai eszközként is használhatók az eredmények módosítására. Az egészségügyi rendszerek összetevői (szabályozó pontjai: control knobs) a finanszírozás (amely az egészségügy finanszírozási forrásait, a források allokációját, a finanszírozás intézményi formáit tartalmazza), a kifizetési módok (amelyek a szolgáltatók és a fogyasztók ösztönzését hordozzák), az egészségügyi ellátás szervezete (a monopólium vagy a verseny helyzetét, a centralizáció vagy decentralizáció, az integráció és a tulajdonviszonyok jellemzőit testesíti meg), a szabályozás és a befolyásolás (tájékoztatás, reklám, oktatás). Az egészségügyi rendszer köztes céljai az elérhetőség, a minőség és a hatékonyság biztosítása, végső célja pedig a fogyasztói elégedettség, a pénzügyi kockázat elleni védelem és a lakosság egészségi állapotának javítása. A végső célok meghatározhatók a célok elérésének szintje szerint, és meghatározhatók úgy is, hogy milyen azok lakosságon belüli eloszlása, vagyis az egyes lakossági csoportok, földrajzi helyek szerinti megjelenése (equity). Az equity tehát átfogó jellemzőként van jelen a rendszer céljainak teljesülésében. A szabályozó pontok bármelyikének változása befolyásolja a köztes és végső eredményeket.

## Az egészségügyi rendszerek tipologizálása

Számos kutatásban olvashatunk példát arra vonatkozóan, hogy a különböző országok nagyon különböző egészségügyi rendszereit hogyan lehet nagyjából homogén csoportokba sorolni. Vannak-e olyan jellemzők, amelyek meghatározzák a rendszerek működését, és amelyek mentén vizsgálva az egyes csoportokba tartozó országok jobban hasonlítanak egymáshoz, mint amennyire elkülönülnek a másik csoport országaitól. A besorolásokat az a cél is vezérli, hogy könnyebben megfoghatók legyenek azok a pl. rendszer-specifikus elemek, amelyek az egyik rendszert minőségben, hatékonyságban, eredményességben vagy akár költséghatékonyságban a másik fölé sorolják. Az alábbiakban néhány besorolási példát ismertetünk, előrebecsátva, hogy e besorolásokkal nem (és valószínűleg semmilyen más osztályozással sem) adható egyértelmű válasz 'a melyik rendszer jobb' kérdésre.

## Hagyományos tipológia

Az egészségügyi rendszerek osztályozása hagyományosan a finanszírozási mechanizmus típusa szerint történik (Busse et al., 2007). A besorolás mellett érvelők a forrásgyűjtés meghatározó szerepét említik az egészségügyi ellátás elérhetőségének biztosításában, a betegségekkel járó pénzügyi kockázat csökkentésében, a lakosság lehető legszélesebb rétegei számára. Az egészségügyi finanszírozás szerint az alábbi modellek különböztethetők meg:

- Beveridge modell – adókból finanszírozott rendszer („nemzeti egészségügyi rendszer”, NHS).
- Bismarck modell – kötelező járulékfizetésen alapuló rendszer („társadalombiztosítási rendszer”)
- Magánfinanszírozásra alapuló rendszer, vegyes modellként is említik

Az adókból finanszírozott rendszerek között említhető a kelet-európai országokra 1990 előtt jellemző, és a volt szovjet utódállamok egy részében ma is élő Szemasko modell is, azzal a megjegyzéssel, hogy az ellátás irányításában, felügyeletében egyértelműen erősebb központi állami ellenőrző szerep működik. (European Union, 2012).

A magánfinanszírozású rendszerek tipikus példája az USA magánbiztosításra épülő egészségügyi ellátása, ahol a jelenleg is zajló Obama reform alapján épül egy, már szolidaritási elemeket is tartalmazó részlegesen szabályozott biztosítási piac azáltal, hogy fokozatosan minden amerikai állampolgár és tartózkodási engedéllyel rendelkező lakos számára kötelezővé válik a biztosítás kötése. A kötelező magánbiztosítás általánossá válása esetén (amellyel kapcsolatban ma még számos kétség merül fel) az amerikai rendszer is más megvilágításba kerül.

Vegyes rendszerbe sorolhatók azok az országok is, ahol a magánfinanszírozás aránya az állami, vagy a kötelező biztosítási aránnyal vetekszik. Közéjük tartozik pl. Görögország.

Több országban az adókból és a kötelező biztosítási járulékokból történő finanszírozás közel azonos arányú, ilyen pl. Magyarország. A hiányzó járulékforrások pótlására a lakosság idősödésével, a munkaképes korúak arányának csökkenésével, és a foglalkoztatási nehézségekkel összefüggésben minden olyan biztosítási rendszert működtető országban nő az adókból történő finanszírozás aránya, ahol a nyugdíjasok, inaktív lakosok nem fizetnek járulékot. A nemzeti egészségügyi ellátást (NHS) működtető országokban is található a munkavállalókat, vállalkozókat érintő kötelező biztosítási rendszerek (pl. Finnország), amelyek a pénzbeli ellátásokra, de részben az alapellátásra, munkahelyi egészségügyi ellátásra stb. is fedezetet nyújtanak.

Egy WHO elemzés is a Beveridge vagy Bismarck címkézés problémáira hívja fel a figyelmet, ami a két modell konvergenciájából fakad (Kutzin, 2012). A Beveridge-Bismarck szembeállítás történelmileg érdekes, de a források és a rendszerek közé nem lehet egyenlőségjelet tenni. Hagyományosan a Bismarck rendszerben az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének jogosultságának alapja a munkabérré vetített járulékfizetés, az állami bevételekből (adó) finanszírozott Beveridge rendszerben az állampolgárság/lakóhely volt. A jogosultságban a munkavállalói jogtól az állampolgári jog felé való elmozdulás a tiszta értelemben vett Bismarck korszak végét jelzi, ahol a járulékot nem fizetők is fedezetben részesülnek. A növekvő gazdasági és demográfiai nyomás következtében az egészségügyi fedezet leválik a foglalkoztatásról, és a források alapja túlmegy a munkajövedelmeken. Az univerzális lefedettséget az állami bevételekből befolyó támogatások teszik lehetővé (állami bevételekből befolyó támogatások).

A két eltérő modellben egyre inkább felfedezhetők hasonlóságok, pl. a finanszírozó és az ellátó szétválasztása (purchaser–provider split, PPS) mind az Egyesült Királyságban (Beveridge), mind pedig

Németországban (Bismarck). Ugyanakkor ugyanazon modellen belül is vannak különbségek, pl. egyetlen társadalombiztosító Észtország és Magyarország esetében, vagy több egymással versengő kötelező egészségbiztosító Németország, Csehország, Hollandia és Szlovákia gyakorlatában.

### **Intézményi jellemzők szerinti tipologizálás**

Az EPC/EC 2010-ben megjelent közös tanulmánya (Council of the European Union, 2010a) arra hívta fel a figyelmet, hogy az egészségügyi kiadások és a rendszerek teljesítménye nagymértékben függ az egészségügyi rendszerek szervezeti jellemzőitől. Az OECD a jellemzők 2008-as felmérése után klaszteranalízis alapján alakított ki egy olyan besorolási rendszert, amelyben az egyes csoportokba került országok hasonló intézményrendszeri jellemzőkkel rendelkeztek. (Joumard et al., 2010)

Az intézményi jellemzők alapján az OECD hat csoportot különböztetett meg, az első három csoportban (1-3) a piaci mechanizmusok dominálnak a szolgáltatások nyújtásában, míg a másik három (4-6) csoportban az állami szolgáltatók és az állami finanszírozás a jellemző.

1. csoport – piaci mechanizmusokra támaszkodó országok az alapvető biztosítási fedezet szabályozására. A magán szolgáltatók szerepe jelentős. A betegek a szolgáltatók között szabadon választhatnak, de megtalálható a kapuőr szabályozás is.

2-3. csoport – az alapvető fedezetet társadalombiztosítás nyújtja, az egészségügyi szolgáltatók főként magántulajdonban vannak, és a betegek választási lehetősége széleskörű, de míg a 2. csoportban a társadalombiztosítás mellett a magánbiztosítás szerepe is jelentős (a társadalombiztosítás ugyanis jelentős felhasználói díjakat ró a betegekre) és megtalálható az alapellátás kapuőr szerepe, a 3. csoportban nem jellemző sem a magánbiztosítás, sem a kapuőr funkció.

4. csoport – amely már állami szolgáltatókkal jellemzett korlátozott magán szolgáltatásokat nyújtó országokat tartalmaz, az ellátók közötti széles körű választási lehetőséggel, kapuőr szerep nélkül

5-6. csoport – erősen szabályozott állami rendszerekkel rendelkező országok, ahol az 5. csoportban az ellátók közötti választási lehetőség erőteljesen korlátozott és kapuőr rendszerrel irányított, a 6. csoportban a választási lehetőség szélesebb, viszont erős költségvetési korlátok szabnak határt a szolgáltatások nyújtásának.

### **Kórház irányítási formák szerinti tipologizálás**

A European Hospital and Healthcare Federation (HOPE) és a Dexia 2009-ben publikált tanulmánya a 27 EU tagországot a kórházi irányítás jellemzői szerint sorolta be, és különböztette meg a centralizált, decentralizált és dekoncentrált rendszereket (Hope & Dexia, 2009).

- Decentralizáció – a kórházak működésének irányítása regionális vagy helyi szervezetek, hatóságok felelőssége (részben a hagyományosan decentralizált, nagy tartományi, megyei autonómia, részben a regionalizációs törekvések miatt)
- Centralizáció – az irányítás központi szinten marad
- Dekoncentráció – az irányítás központi szinten marad, de a működtetés helyi szinten történik

Az 1970-es évektől a decentralizáció jellemezte az országokat, ami helyenként az ellátás töredezettségéhez, a hozzáférésben megnyilvánuló egyenlőtlenségekhez is vezetett. Ennek is betudható, hogy a 2000-es évektől néhány országban központosítási tendenciák is megfigyelhetők.

## Az EU tagországok csoportosítása az egészségügyi rendszerek főbb tipológiái szerint

Finanszírozási mechanizmus	Beveridge modell		Bismarck modell			
	Ciprus Dánia Finnország Írország Olaszország Lettország Málta Portugália Spanyolország Svédország Egyesült Királyság			Ausztria Belgium Bulgária Cseh Köztársaság Észtország Franciaország Görögország (a vegyes modell jellemzőivel) Németország Magyarország Litvánia Luxemburg Hollandia Lengyelország Románia Szlovákia Szlovénia		
Egészségügyi rendszer intézményi jellemzői	1. csoport	2. csoport	3. csoport	4. csoport	5. csoport	6. csoport
	Németország Hollandia Szlovákia	Belgium Franciaország	Ausztria Cseh Köztársaság Görögország Luxemburg	Svédország	Dánia Finnország Portugália Spanyolország	Magyarország Írország Olaszország Lengyelország Egyesült Királyság
Kórházi irányítási rendszer	Decentralizált		Centralizált		Dekonzentrált	
	Ausztria Belgium Cseh Köztársaság Dánia Németország Finnország Svédország Olaszország Spanyolország Magyarország * Lettország Litvánia Lengyelország Szlovákia Egyesült Királyság		Ciprus Észtország Luxemburg Málta Szlovénia Románia Írország Hollandia		Bulgária Franciaország Görögország Portugália	

\*Az elemzés 2009-es, ma Magyarország már nem ebbe, inkább a centralizált kategóriába tartozik.

Függelék: Modellek és modellváltások az egészségügyi ellátás finanszírozásában

## Az EU új tipológiája

A fenti osztályozástól eltérően az Európai Unió 2012-ben az egészségügyi irányítási rendszerek új tipológiájára tett javaslatot, amelyben öt típust különböztet meg (European Union, 2012):

### 1. típus

Regionális egészségügyi irányítási rendszer, ahol a szabályozás, a menedzsment, a működtetés, és részben a finanszírozás a regionális hatóságok vagy a tartományok felelőssége. A regionális költségvetésen keresztül történő finanszírozás az EU átlag fölött van. Az egészségügyi intézményeket a regionális hatóságok tartják fenn (tulajdonosok) és menedzselik. Ebbe a csoportba tartozik: Ausztria, Olaszország, Spanyolország.

### 2. típus

Azon egészségügyi irányítási rendszerek, ahol a helyi és a regionális önkormányzatok a finanszírozás mellett több tervezési és végrehajtási funkcióért is felelősek, valamint tulajdonosai és működtetői is az egészségügyi intézményeknek. Megkülönböztethetők altípusok a szub-nacionális finanszírozási szint alapján (EU átlag alatt vagy fölött). Országok: Dánia, Észtország, Finnország, Litvánia, Lengyelország, Svédország, Magyarország, Belgium, Csehország, Németország. *Magyarországnak az elemzés megjelenése után történt, kórházak önkormányzati tulajdonból állami tulajdonba vétele eredményeképpen már nem ebben a kategóriában van a helye.*

### 3. típus

Azok az egészségügyi irányítási rendszerek tartoznak ebbe a típusba, ahol a helyi és a regionális önkormányzatok működtetési funkciókkal rendelkeznek, amely az egészségügyi intézmények tulajdonjogából fakad. A regionális költségvetésből történő finanszírozás korlátozott. Ezen típuson belül Hollandia sajátos helyzetben van, mivel a kórházi irányítás tekintetében centralizált, azonban a helyi és a regionális önkormányzatok szerepet játszanak a tervezésben és megvalósításban is, beleértve a regionális költségvetésből történő korlátozott finanszírozást. A helyhatóságok működtetési funkciója következtében Hollandia egészségügyi irányítási rendszere ebbe a típusba sorolható. Egy másik sajátos esetet képvisel az Egyesült Királyság, mivel mind a négy országa (Anglia, Skócia, Észak-Írország, Wales) saját állami egészségügyi rendszerrel rendelkezik, bár mindegyikben az uralkodó típus centralizált, de területi szinten strukturált rendszer. Az Egyesült Királyság a 3. típusba tartozik a mind a négy országban érvényes működtetési funkció alapján. Ide tartozó országok még: Bulgária, Lettország, Luxemburg, Románia, Szlovák Köztársaság, Szlovénia, Hollandia, Egyesült Királyság.

### 4-5. típus

Ezek az egészségügyi irányítási rendszerek vagy teljesen centralizáltak (5. típus), vagy nagymértékben centralizáltak (4. típus). Az utóbbiban a legtöbb felelősség a központi kormányra hárul, még a területi szintű megvalósítás esetén is, az operatív irányítás a központi kormányt képviselő szervezeteken keresztül történik. A 4. típusú rendszerek helyi és regionális önkormányzatai (Portugália kivételével) az egészségügyi intézmények menedzselését is végezhetik. Országok: Franciaország, Görögország, Portugália, Ciprus, Írország, Málta.

## Az egészségügyi rendszerek javasolt új tipológiája

Típus	Funkciók	Regionális költségvetésen keresztül finanszírozás szintje	Egészségügyi intézmények		Ország
			Tulajdonjog	Menedzsment	
1	Decentralizált	EU átlag fölött	Igen	Igen	Ausztria Olaszország Spanyolország
2	Részben decentralizált – a törvényhozás kivételével több funkció decentralizált	EU átlag fölött	Igen	Igen	Dánia Észtország Finnország Litvánia Lengyelország Svédország Magyarország*
		EU átlag alatt			Belgium Csehország Németország
3	Működés szempontjából decentralizált	EU átlag alatt	Igen	Igen	Bulgária Lettország Luxemburg Románia Szlovákia Szlovénia
		Alacsony vagy semmi	Nem	Nem/Igen	Hollandia Egyesült Királyság
4	Centralizált, de strukturált a területi szinten	Alacsony vagy semmi	Nem	Igen**	Franciaország Görögország Portugália
5	Centralizált	Nincs	Nem	Nem	Ciprus Írország Málta

\* Működtetésben decentralizált, tervezési funkció nélkül 2012-ig, azóta a jelzett kórházi tulajdonviszony változások miatt nem ez a megfelelő kategória Magyarország számára

\*\* Portugália kivételével

Bármilyen rendező elv szerint csoportosítjuk az országokat, a képzett csoportok mindig kicsit önkényesek, és csak az adott csoportosítási elv szerinti csoportba tartozást jelzik. Ráadásul a rendszerek folyamatos mozgásban, átalakulásban vannak, tehát akár egyik évről a másikra már egy másik csoport jellemzői állhatnak közelebb hozzájuk. A fenti besorolások az adott kutatások pillanatképei, pl. a kórházirányítás vagy az új tipológizálás tekintetében ma már több ország, így Magyarország is máshova tartozna.

### Az egyes rendszertípusok teljesítményének összehasonlítása

Egy nemzetközi összehasonlító tanulmány 17 európai ország idősoros adatait vetette össze a Bismarck és a Beveridge típusú egészségügyi rendszerek csoportosításában (Jouke van der Zee, 2007). Az



adatok 1970/75-től 2005-ig terjedő időszakban követik nyomon a standardizált halálozási ráta, a csecsemőhalálozási ráta, a születéskor várható élettartam és az összes egészségügyi kiadás alakulását ezen országokban. A szerzők rámutatnak az ilyen jellegű összehasonlító vizsgálatok nehézségeire, melyet a definíciók és adatgyűjtési módszerek országok közötti különbségei okoznak.

A vizsgálat korlátai között megemlíthető az országok kis számának problémája, a megfelelő eredményindikátorok használata és a méltányosság kérdése. A kisszámú vizsgált ország következtében lehetséges, hogy egy szélsőséges értékekkel rendelkező ország erősen befolyásolja az eredményeket. A tanulmányban Portugália esetét említik, ahol az egészségügyi indikátorok 1985 előtt rosszabbak voltak a többi országhoz képest, még ha idővel látványos javulás is történt. 1985-től kezdődően Portugália teljesítménye a többi alacsony teljesítő ország szintjéhez hasonlít. Portugália 1979-től kezdődően NHS típusú rendszerre váltott át, amely jelentősen befolyásolhatta mindkét csoport átlagát 1985-ig. Ugyanaz mondható el Görögországról, ahol az NHS-re való formális átállás (1983) után a társadalombiztosítási rendszer több része továbbra is fennállt. Ezen rendszert váltó országoknak az elemzésből való kizárása csak a betegelégedettség kimeneteit befolyásolta volna, ami ezekben az országokban igen alacsony szinten van.

A kimeneti indikátorok közül a tanulmány olyan alapvető indikátorokkal dolgozott, mint a standardizált halálozási ráta, a csecsemőhalandóság és a születéskor várható élettartam. Ezek előnye abban áll, hogy definíciójuk viszonylagos stabilitást mutat az idő múlásával, és a különböző országok között egyaránt. A halálozási rátában és a születéskor várható élettartamban a biztosítási rendszerekkel működő országok adatai a 80-as évektől jobbak. A csecsemőhalandóság adataiban nem volt különbség, erőteljesen javuló tendenciájuk konvergenciát tükröz. A tanulmányban az egészségkárosodástól mentes várható átlagos élettartam (HALE) indikátort is megvizsgálták. Az NHS és a társadalombiztosítási rendszerű országok HALE adatai különböztek, az utóbbi csoportban valamivel magasabbak voltak az értékek. HALE adatok azonban csak egy rövid időszakra álltak rendelkezésre (1999–2002) és definíciójuk is változott, így hosszú távú elemzésre nem alkalmasak. A betegelégedettség terén a társadalombiztosítási rendszerek nagyobb támogatottságot élveznek. Az NHS rendszerekkel való alacsonyabb elégedettség a várólistáknak és a szakellátás korlátozásának, a házi orvosok kapuőr szerepének tudható be. Az egészségügyi kiadások GDP-ből való részesedésének növekedése és maga a részesedés is a 90-es évek óta a biztosítási rendszerekben magasabb, az egy főre jutó kiadások úgyszintén.

A méltányosság egy átfogó kritériumnak tekinthető, amely az NHS sarokkövét jelenti. Az NHS és a társadalombiztosítási rendszerek összehasonlítása a méltányosság tekintetbe vétele nélkül igazságtalan lenne. A méltányosság az egészségügyben úgy jellemezhető, hogy az egyenlő szükségletekkel rendelkezőket egyenlő módon kell kezelni, és a nagyobb szükségletekkel rendelkezők nagyobb figyelemben és több forrásban kell, hogy részesüljenek. A méltányosság másik dimenziója az egészségügyi rendszer pénzügyi terhének megoszlásaként jelentkezik. A méltányosság vizsgálatának módjairól a kutatók körében még folynak a viták.

***Hogy melyik rendszer jobb, hosszan vizsgálható. Mindenesetre az olyan szervezeti korlátok, mint a várólista vagy a házi orvos szerepe is összeegyeztethető a magas elégedettségi mutatókkal, erre többek között Dánia, Finnország vagy Hollandia szolgáltatnak példát.***

Az intézményi jellemzők szerinti tipologizálásban az egyes rendszerek hatékonyságát DEA analízis alapján mérték. A vizsgálat eredménye azt igazolta, hogy hatékonyság szempontjából nagyobbak a különbségek a csoportokon belül, mint a csoportok között. Mindegyik csoportban vannak nagyon jól teljesítő országok és a legtöbb csoportban rosszul teljesítők is.



---

## Források:

- Busse, R., Schreyögg, J., and Gericke, C.. 2007. Analyzing Changes in Health Financing Arrangements in High-Income Countries. HNP Discussion Paper, World Bank
- Council of the European Union (2010), [Joint Economic Policy Committee – European Commission Report on Health Systems \(16940/10\)](#). ECOFIN 768 - SAN 274. <http://register.consilium.europa.eu/doc/srv?l=EN&f=ST%2016940%202010%20INIT>
- European Union, 2012: The management of health systems in the EU Member States – The role of local and regional authorities, <http://cor.europa.eu/en/documentation/studies/Documents/health-systems/health-systems-en.pdf>
- Hope & Dexia (2009), [Hospitals in the 27 Member States of the European Union](#), Dexia Editions. [http://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/79\\_hospitals\\_in\\_eu/79-hospitals-in-the-eu-2009.pdf](http://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/79_hospitals_in_eu/79-hospitals-in-the-eu-2009.pdf)
- Hsiao, William C., Li, K.T.: What is a Health System? Why Should We Care? School of Public Health, August, 2003
- Jouke van der Zee, Madelon W Kroneman: Bismarck or Beveridge: a beauty contest. BMC Health Services Research 2007, 7:94 <http://link.springer.com/content/pdf/10.1186%2F1472-6963-7-94.pdf>
- Joumard, I., C. André and C. Nicq (2010), “Health Care Systems: Efficiency and Institutions”, *OECD Economics Department Working Papers*, No. 769, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/5kmp51f5f9t-en>
- Kutzin, Joseph: Bismarck vs. Beveridge: is there increasing convergence between health financing systems? WHO, 2011 [www.oecd.org/gov/budgeting/49095378.pdf](http://www.oecd.org/gov/budgeting/49095378.pdf)
- Roemer MI. National Health Systems of the World, Vol. 2. Oxford: Oxford University Press, 1993.
- Thomson et al.: International Profiles of Health Care Systems, 2013. The Commonwealth Fund. [http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2013/Nov/1717\\_Thomson\\_intl\\_profiles\\_hlt\\_care\\_sys\\_2013\\_v2.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2013/Nov/1717_Thomson_intl_profiles_hlt_care_sys_2013_v2.pdf)
- World Health Organization Health Systems in Transition Series <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/health-systems-in-transition-hit-series>
- World Health Organization. The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. Geneva: WHO, 2000.

## Függelék

### Modellek és modellváltások az egészségügyi ellátás finanszírozásában

Országok	Kezdőév	Jelleg
Ausztria	1955-	Kötelező egészségbiztosítás
Belgium	1944-	Kötelező egészségbiztosítás
Bulgária	1948-1998	Szemaskó modellen alapuló, adóból finanszírozott rendszer
	1998-	Kötelező egészségbiztosítás
Ciprus	1957-	Adóból finanszírozott egészségügyi rendszer
Cseh Köztársaság	1952-1991	Szemaskó modellen alapuló, adóból finanszírozott rendszer.
	1991-	Kötelező egészségbiztosítás
Dánia	1900-1973	Önkéntes egészségbiztosítás, mely 1900-ban a lakosság 20 százalékának 1925-ben 42 százalékának, 1973-ban 90 százalékának nyújtott fedezetet
	1973-	Adóból finanszírozott egészségügyi rendszer
Egyesült Királyság	1948-	Adóból finanszírozott egészségügyi rendszer
Észtország	1940-1990	Szemaskó modellen alapuló, adóból finanszírozott rendszer
	1990-	Kötelező egészségbiztosítás
Finnország	1870-	Adóból finanszírozott egészségügyi rendszer
	1963-	Az adóalapú finanszírozás mellett, a magán szolgáltatások és az üzem-egészségügy finanszírozását részben az egészségbiztosítás fedezi.
Franciaország	1945-	Kötelező egészségbiztosítás
Görögország	1950-	A kötelező biztosítás kiterjedése mind több foglalkozási kategóriára
	1983	Országos egészségügyi rendszer (ESY) indítása, melynek vegyes finanszírozása adóból és egészség-biztosítási járulékokból és magánforrásokból történik.

Országok	Kezdőév	Jelleg
Hollandia	1941-	Az első kötelező biztosítás a közalkalmazottak számára bizonyos jövedelem alatt, azóta kibővülő kötelező egészségbiztosításon alapuló rendszer
Írország	1950-	Adóból finanszírozott egészségügyi rendszer
Lengyelország	1950-1999	Szemaskó modellen alapuló, adóból finanszírozott centralizált rendszer
	1999-	Kötelező egészségbiztosítási rendszer
Lettország	1940-1994	Szemaskó modellen alapuló, adóból finanszírozott rendszer
	1994-2011	Kötelező biztosítás
	2011-	Adóból finanszírozott egészségügyi rendszer
Litvánia	1940-1990	Szemaskó modellen alapuló, adóból finanszírozott rendszer
	1991-1996	Vegyes rendszer (biztosítás és állami finanszírozás)
	1997-	Kötelező egészségbiztosítás
Luxemburg	1940-	Kötelező biztosítási rendszer kiterjesztése az egész lakosságra
Magyarország	1950-1989	Szemaskó modellen alapuló rendszer (állampolgári jogn járó hozzáférés 1972-től)
	1989-	Kötelező társadalombiztosítás, elkülönülve az állami költségvetéstől
	1991	Önálló Egészségbiztosítás Alap
Málta	1950-	Adóból finanszírozott egészségügyi rendszer
Németország	1883-	kötelező egészségbiztosítás
Olaszország	1940-1978	Egészségbiztosítás az aktív dolgozók számára
	1978-	Adóból finanszírozott egészségügyi rendszer.
Portugália	1946-1979	Kötelező egészségbiztosítás
	1979-	Adóból finanszírozott egészségügyi rendszer
Románia	1949-1989	Szemaskó modellen alapuló, adóból finanszírozott rendszer
	1989-	Kötelező egészségbiztosítás
Spanyolország	1942-1986	Kötelező egészségbiztosítás

Országok	Kezdőév	Jelleg
	1986-	Adóból finanszírozott egészségügyi rendszer
Svédország	1955-1970	Kötelező egészségbiztosítás
	1970-	Adóból finanszírozott egészségügyi rendszer
Szlovákia	1951-1993	Szemaskó modellen alapuló, adóból finanszírozott rendszer
	1993-	Kötelező egészségbiztosítás
Szlovénia	1945	Kötelező egészségbiztosítás

Forrás:

- WHO Health Systems in Transition Series <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/health-systems-in-transition-hit-series>,
- Thomson et al.: International Profiles of Health Care Systems, 2013. The Commonwealth Fund. [http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2013/Nov/1717\\_Thomson\\_intl\\_profiles\\_hlt\\_care\\_sys\\_2013\\_v2.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2013/Nov/1717_Thomson_intl_profiles_hlt_care_sys_2013_v2.pdf)