

Forgács Anna*

EGÉSZSÉGÜGY, MINT VILÁGPRIORITÁS ÉS KONVERGENCIA A SZOLIDARITÁS-ALAPÚ TÖBB-BIZTOSÍTÓS EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZERMODELL IRÁNYÁBA

A kilencvenes évek végére bizonyossá vált, hogy a fejlett országok meglehetősen kiterjedt jóléti intézményrendszere és a megszokottá vált jóléti (szociális) juttatások nem finanszírozhatóak tovább. A kormányok komoly kihívással néznek szembe, amikor egyik oldalról csökkenő költségvetési bevételekkel kell számolniuk, másik oldalról, pedig nyomás nehezedik rájuk a közkiadások növelésére. A csökkenő bevételeknek több oka van: az elöregedő lakosság (romló aktív/inaktív arány), az adócsökkenést eredményező adóreformok (adóverseny), valamint az alig bővülő gazdaság (lassuló gazdasági növekedés), ez utóbbi egyre kevesebb forrást biztosítva a kiadások fedezésére. A kiadási oldalt jellemző növekedés nemcsak az alkalmazott gazdaságpolitikai modell következménye, hanem a vívmányokhoz való ragaszkodásból, a politikusok és bürokraták érdekeltségéből, a népesség korösszetételének kedvezőtlen változásából, a technológia gyors fejlődéséből és nem utolsósorban a polgári jogok kiszélesedéséből és az erősödő civil mozgalmakból fakad.

AZ EGÉSZSÉGJÓSZÁG PRIORITÁSA VILÁGSZERTE

Érdeklődésem azért fordult az egészségügyi rendszerek irányába, mert az a jóléti állam legkiterjedtebb alrendszere, nem meglepő tehát, hogy az iparosodott országokban felismerték, először az egészségügyi rendszert kell alapjaiban megreformálni (számos országban kísérletet is tettek rá). Ez a terület prioritást élvez, nemcsak azért, mert az ezredfordulóra közel egytizedét emészt fel a nemzeti összterméknek és rendkívül kényes morális dimenziókat (mint például egyenlő hozzáférés, egészséghez való jog, szolidaritás stb.) is felvet, hanem azért is, mert – mint számos kutatás bizonyította – a humán tőkébe való beruházás jelentős súllyal esik latba a növekedési ütem meghatározásában. Azaz, azok az országok, ahol relatíve többet költenek oktatásra és egészségügyre, magasabb növekedési ütemet tudnak elérni az egy főre jutó GDP tekintetében, ezen belül, pedig az egészségügyre fordított kiadások akár a kétszeresét is elérhetik az oktatásra szánt forrásoknak. Mind a magánjövedelmek, mind a közpénzek egyre nagyobb hányadát fordítják egészségügyi célokra.

Az elmúlt néhány évtizedben drámaian növekedtek az egészségügyi kiadások a fejlett országokban. Míg 1970-ben az OECD országok átlagosan a GDP 5%-át költötték egészségügyre, addig a 21. század elejére ez az arány 9%-ra emelkedett. Természetesen nagy különbségek vannak az egyes országok között, a legtöbbet áldoznak egészségükre az amerikaiak (a GDP mintegy 15%-át), valamivel kevesebbet a németek (11%), az angoloknál, pedig a nemzeti össztermék nem egészen 8%-át teszik ki az egészségügyi kiadások.

Az egészségügyi kiadások számottevő növekedése voltaképpen három okra vezethető vissza: a lakosság elöregedésére (az idősek egészségügyi ellátása többbe kerül), a gyógyító (orvosi)

* BGF Külkereskedelmi Főiskolai Kar, Nemzetközi Vállalkozástan Intézeti Tanszék, főiskolai docens, Ph.D.

KÜLKERESKEDELMI FŐISKOLAI FÜZETEK, 16.

technológia robbanásszerű fejlődésére, és a polgárok öntudatosságának erősödésére, azaz az egészségügyi szolgáltatások iránti növekvő keresletre, mind mennyiségi, mind minőségi vetületben.

KONVERGENCIA EGY VEGYES MODELL IRÁNYÁBA

A fejlett régiók országainak egészségügyi rendszerei igen eltérőek intézményi elrendeződésük, tulajdonviszonyaik, finanszírozási forrásaik és csatornáik, szolgáltatóik ösztönzése és még sok egyéb vonatkozásban. Jelenleg világszerte az új modell keresésének lehetünk tanúi, és úgy tűnik egyetlen, közös irányba vezet. Ezt nevezem konvergenciának, és a következő rész végén ismertetem ennek tartalmát.

Előadásomban azt a korábbi kutatásomat ismertetem, amelyben először megvizsgáltam és összehasonlítottam néhány fejlett ország egészségügyi rendszerének hatékonyságát, majd tanulmányoztam rendszerspecifikumait és ezt felhasználva felvázoltam egy hatékony egészségügyi rendszermodell legfontosabb elemeit. Mindez lehetővé tette, hogy javaslatot körvonalazzak a magyar egészségügyi reform alapelveire. Kutatásom eredményét egy mondatban úgy összegezhethetném, hogy csak az az egészségügyi rendszer lehet hatékony, amely kerüli a szélsőségeket, és megfelelőképp ötvözi a társadalmi szolidaritás és a piaci hatékonyság elemeit.

EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZEREK HATÉKONYSÁGÁNAK MÉRÉSE ÉS ÖSSZEHASONLÍTÁSA

Kiinduló hipotézisem, hogy ha egy ország lakosságának egészségi állapotát jól kiválasztott paraméterek pontoszával meg tudjuk ragadni, és ugyanilyen szerencsésen az egészségi állapotot befolyásoló (nem egészségügyi) mutatókat is pontosítani tudjuk, akkor a két sorrend eltérését (vagyis az outcome és a determináns pontok hányadát) az egészségügyi rendszer hatékonyságának tudhatjuk be. Ha feltárjuk, hogy az egyes országok egészségügyi rendszere milyen általános logikára épül, akkor a rendszerlogika és a hatékonysági sorrend összeköthető, vagyis megmondható, hogy melyik szervezési elv hatékony, és melyik nem. A választott hét fejlett, de eltérő egészségügyi rendszerrel bíró ország: Németország, Hollandia, Egyesült Királyság, USA, Izrael, Csehország és Magyarország. A hatékonyságot az egészségügyi célok/egészségre ható determinánsok törttel definiáltam. Az egészségügyi rendszer céljának, a lakosság egészségi állapotát tekintettem, melyet négy mutató segítségével mértem: születéskor várható élettartam, várható egészséges élettartam (HALE), daganatos megbetegedések miatti mortalitás, valamint szív- és érrendszeri megbetegedések miatti halálozási arány. Az egyes részcélok pontosítását úgy végeztem el, hogy az adott mutató tekintetében legjobb eredményt elérő ország 10 pontot, a legrosszabb 1 pontot, a többi ország, pedig a mutató értéke szerinti arányos nagyságú pontot kapott. Ezt követően átlagoltam a pontokat és megkaptam a célok átlagpontoszámát. Hasonló módszert követtem az egészségi állapotot meghatározó tényezők, azaz a determinánsok értékelése során is. Négy determináns csoportot (és bennük több determináns szálat) különböztettem meg, pontoztam és átlagoltam: természeti (víz- és levegő szennyezettség, domborzati viszonyok), társadalmi (élelmód, vallásosság, szenvedélybetegségek), politikai-gazdasági (állami részvétel az egészségügy finanszírozásában, politikai szabadság, egy főre jutó egészségügyi kiadás vásárlóerő paritáson) és demográfiai (65 évnél idősebbek aránya a teljes népességben). A hatékonysági számítás végeredményeképpen az *1. táblázatot* kaptam, amelyből leolvasható a hatékonysági sorrend is, amely tehát (a leghatékonyabbtól a legkevésbé hatékony felé haladva): Izrael, Hollandia, Németország, Egyesült Királyság, USA, Csehország és a végén Magyarország. Ezt a sorrendet az egészségügyi rendszerek felépítésének, működésének vizsgálata után a következőképpen interpretáltam (és egyúttal most térek vissza a konvergenciához). Sem a tisztán piaci (USA), sem a döntőrészt bürokratikus koordináció (Csehország, Magyarország) nem hatékony az egészségügyben, hanem egy olyan vegyes modell tűnik a legjobbnak, amely a kölcsönösségen és szolidaritáson alapul, amelyben döntően állami (de versenyző) szolgáltatók nyújtják a dominánsan állami finanszírozású szolgáltatást, de megkerülhetetlen, hogy több magánbiztosító (pénztár) versenyezzen egymással, és törvény írja elő a kötelező biztosítást és járulékfizetést.

FORGÁCS A.: EGÉSZSÉGÜGY MINT VILÁGPRIORITÁS...

1. táblázat
Az egészségi állapotot meghatározó tényezők

| CÉLOK (egészségi állapot) | CS | D | GB | IS | USA | NL | H |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 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 |
| 4. Szív- és érrendszeri betegségek halálozása | 2 | 5 | 7 | 10 | 8 | 9 | 1 |
| ÁTLAGOS ÉRTÉK | 3,6 | 7,8 | 7,2 | 9,8 | 7,2 | 8 | 1 |
| DETERMINÁNSOK | | | | | | | |
| 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 |
| 2. Társadalmi | | | | | | | |
| Testmozgás (élelmód/1) | 9 | 7 | 5 | 3 | 8 | 9 | 1 |
| Táplálkozás (élelmód/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-gazdasági 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 |
| ÁTLAGOS ÉRTÉK | 4,8 | 5,5 | 5,6 | 6,4 | 6,6 | 5,6 | 3,5 |
| Hatékonyság = CÉL/DETERMINÁNS | 0,75 | 1,42 | 1,29 | 1,53 | 1,09 | 1,43 | 0,28 |

JAVASLAT EGY HATÉKONYABB MAGYAR MODELLRE

Kérdés tehát, hogy miként lehetne az egészségbiztosítási rendszert úgy átalakítani, hogy ne sérüljön a szolidaritás és az egyenlőség elve, hogy megvalósulásában lehetőséget biztosítson nem állami szereplők részvételére is (üzleti vállalkozások, magántulajdonú társaságok), és hogy növelje a lekötött és felhasznált erőforrások hatékonyságát, valamint segítse elő többteherforrások bekerülését a rendszerbe. A most ismertetendő elgondolás az egészségügy több-biztosítós modelljére épül. A több-biztosítós modell, az egészségügyi szolgáltatók közötti verseny révén, a közpénzek hatékony(abb) felhasználását teszi lehetővé és a kötelező biztosítás mellett a kiegészítő biztosítások intézménye is kiépülhetne. A járulékfizetés módja, mértéke és beszedése nem változna, de az OEP, csak egy lenne a versenyző pénztárak között. A biztosítók országos hatáskörrel szerveződnének (tejhát nem területi alapon) és szabadon választhatnának a biztosítottak, melyik pénztárral (biztosítóval) szeretnének szerződni. Az APEH, a beszedett járulékokat fejkvóta rendszerben osztaná vissza a pénztáraknak. Természetesen a fejkvóta koefficiensek kialakításánál figyelembe vennék az életkort, nemet, területi különbségeket és egyéb – egészségügyi ellátási költségeket befolyásoló – tényezőket is. A modell legfontosabb elemei az alábbiak.

1. A biztosított választ a **házi orvosok** közül, akik biztosítójukkal szerződtek. Az, hogy a házi orvosnak hogyan, mi alapján térít a biztosító (pénztár), az annak függvénye, milyen szerződést kötöttek. A házi orvos lehet alkalmazott fix fizetésért, és a pénztár annyi beteget küld hozzá, amennyiben megállapodtak, vagy fizethet fee-for-service alapon, az elvégzett vizsgálatok, kezelések alapján,

KÜLKERESKEDELMI FŐISKOLAI FÜZETEK, 16.

végül köthet fejkvótára vonatkozó szerződést. Azt a biztosítónak kell elérnie, hogy a házi orvos ösztönözve legyen a hatékonyságra, azaz felesleges vizsgálatokat, kezeléseket ne végezzen, illetve végeztessen, amennyiben lehetséges lássa el a járóbeteg-ellátás keretében és ne küldje tovább szakorvoshoz, vagy kórházba, ha nem feltétlenül szükséges. A házi orvosok felszerelése, rendelője, műszerei, eszközei lehetnek saját, vagy biztosítói tulajdonban, illetve bérelheti, lízingelheti is őket. Ez a biztosító (üzleti) döntése lenne, hogy melyik formát választja. Ha a beteg úgy véli, nem részesült kellően gondos ellátásban, választhat egy másik házi orvost a hálózaton belül, vagy akár egy másik pénztárat, ha pedig a házi orvos nem látja el megfelelően kapuőr (gatekeeper) szerepét, akkor a pénztárnak előbb-utóbb fel fog tűnni, hogy felesleges kiadásokat indukál, így vagy felmondja a szerződést, vagy igyekszik ellenőztőzöket beépíteni.

2. A **kórházak és szakorvosok, szakrendelők** szolgáltatási listát árajánlással állítanak össze minden év elején a biztosítók (pénztárak) számára. A pénztár az árak és a minőség –illetve addigi tapasztalatai – alapján dönt, melyik ellátást, melyik kórháztól, szakorvostól, egyéb szolgáltatótól vásárolja meg. A pénztáraknak lehetne saját rendelőjük vagy kórházuk is, ahol alkalmazottak az orvosok. Orvoscsoportok bérbé vehetnek kórházakat „0” forint bérleti díjért, ami persze nem azt jelenti, hogy nincs költsége, hiszen az időszak végén a kórház (vagy rendelő) műszaki állapota ugyanolyan kell, hogy legyen, mint a bérleti időszak kezdetekor, tehát folyamatosan költeni kell rá (még ha a fejlesztésektől el is tekintünk). A kórház, vagy rendelő tulajdonosa (például a település önkormányzata) igyekezni fog bankgaranciát szerezni hogy abban az esetben, ha a bérbevevő nem tudja teljesíteni a „0” forint bérleti díj feltételeit, akkor lehívassa, és abból fedezze az épület, berendezések, felszerelések stb. felújítását, karbantartását. A kórházak és szakrendelők lehetnek akár magántulajdonban, lehetnek for-profit, vagy non-profit szervezetek, lehetnek az önkormányzat tulajdonában, vagy állami tulajdonban, például oktatókórházként valamelyik egyetemhez tartózan.
3. Az **egészségügyi intézmények tulajdonosa** lehet bármely szervezet, lehet az állam, önkormányzat, szerzetesrend, magánvállalkozás, vagy akár maga a házi orvos. Nincs jelentősége a tulajdonviszonyoknak, csak annyiban, hogy az állami vagy önkormányzati szervezeteknek nem lehet haszna (kára sem) az intézmények tulajdonlásából, ha tehát profitot eredményezett a gazdálkodás, azt maradéktalanul vissza kell forgatni az egészségügybe.
4. A **gyógyszerkassza** kérdése további gondot jelent, minthogy minden évben tetemes hiánnyal néz szembe és a cél, hogy elérjük, csak annyi és olyan gyógyszert vásároljanak a betegek (írjanak fel az orvosok), amelyekre és amennyire ténylegesen szüksége van a betegnek a gyógyuláshoz. Így a legcélszerűbb az, ha beépítik a fejkvótába a gyógyszerköltségek fedezetét is. Így az orvos érdekeltté válik abban, hogy felesleges gyógyszert, illetve feleslegesen drága gyógyszert ne írjon fel. A gyógyszer árának a beteg által nem térített részét, a felíró orvos pénztárának kell kifizetnie.
5. Az eddig **állami, illetve önkormányzati feladatok** (például ÁNTSZ működtetése, iskolaorvosi teendők, kötelező és önkéntes szűrővizsgálati programok) finanszírozása úgy oldható meg, hogy a beszédett járulékok egy meghatározott részét (mondjuk 5%-át) elkülöníti az APEH és a törvényben rögzített célokra átutalja az abban foglaltakért felelős intézményeknek.
6. Kérdés, hogy szükség van-e valamifajta **kiegyenlítő kasszára**, a különösen nagy költséggel járó beavatkozások (például transzplantációs műtétek) támogatására? Ha túl sok pénztár működik, akkor nem kellően nagy a kockázatközösség és előfordulhat, hogy pénzügyi nehézségekbe kerül egy-egy pénztár néhány ilyen beavatkozás következtében. Célszerűbb tehát a biztosítók számát korlátozni, semmint ilyen központi alapot létrehozni, mert az újabb szelet lecsippentését jelenti a járulékbételekből.
7. Amennyiben a pénztárnak **hiánya** keletkezik, azt korábbi felhalmozott profitjából finanszírozhatja, vagy kedvezményes (államilag támogatott) bankkölcsönt vehet fel, de csak korlátozott mértékben és legfeljebb mondjuk három egymást követő évben, éves díjbevételenek legfeljebb 5-10%-a erejéig. Ha **profittal** zár egy időszakot (azaz nem költötte el a kapott fejkvóta egészét), akkor annak meghatározott részét vissza kell forgatnia az egészségügybe fejlesztések formájában és csak kis hányadát (mondjuk 20%-át) veheti ki.

FORGÁCS A.: EGÉSZSÉGÜGY MINT VILÁGPRIORITÁS...

8. A **pénztárak (biztosítók) érdekeltsége** kettős: egyrészt gazdálkodhatnak úgy, hogy profitjuk legyen, miközben biztosítottjaiknak egészségi állapota javul (ahogy említettük kivetheti a nyereség meghatározott hányadát), másrészt az alap-, kötelező biztosításban résztvevők piacot jelenthetnek számukra kiegészítő biztosítások értékesítéséhez, hiszen az alaptbiztosítási csomag tartalma törvényben kerülne meghatározásra és csak azt kellene nyújtaniuk tagjaiknak a fejkvótáért cserébe. Ám kínálhatnak kiegészítő biztosításokat (például egyágyas szoba kórházi ápolás esetén, jobb minőségű anyagok felhasználása fogorvosi kezeléseknél, kiterjedtebb fogorvosi kezelések, például fogpótlás, rövidebb várakozási idő, magasabb térítési hányad gyógyszervásárlásnál, fogyókúrás tanácsadás és rendelés stb.) Foglalkozhatnának ezen kívül magánbiztosítási csomagok értékesítésével is, ha kiengednék a gazdagabbakat a kötelező rendszerből. (Lásd a következő pontban!)
9. Az állampolgárok szabadságának korlátozását jelenti, ha kötelezővé tesszük bizonyos jövedelem-szint felett is az egészségbiztosítást, ráadásul meggátoljuk azt, hogy fizetőképességüknek megfelelő ellátást kaphassanak az emberek. Lehetne a **tehetősebb rétegeknek vagy választási lehetőséget adni** (mint Németországban), vagy kifejezetten tiltani az állami programokban való részvételt (a holland példa nyomán). Az előbbi azt jelentené, hogy évi, például 5 millió forintos bruttó jövedelem felett az emberek eldönthetik, részt akarnak-e venni a kötelező biztosításban, vagy inkább magánbiztosítást kötnek. Ha az utóbbi mellett döntenek, akkor valamifajta „szolidaritási hozzájárulást” kellene fizetniük az állami (kötelező) kasszába (3- 4%-ot) és vagy biztosítási fedezet nélkül maradnának, vagy a pénztárakkal **magánbiztosításra** kellene szerződniük, magasabb összegért, tetszőleges szolgáltatáscsomagra vonatkozóan.

Az itt vázolt rendszerrel, talán el lehetne érni a kettős célt: javítani a lakosság egészségi állapotán úgy, hogy az ne jelentsen többletterhet a közpénzek tekintetében, (hatékonyabb adóforint felhasználással) illetve többletforrásokat, magántőkét is be lehetne vonni a rendszerbe anélkül, hogy csorbulna az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés joga, illetve a méltányosság és szolidaritás elve.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- The 25th ISSA General Assembly Developments and trends in social security, 1993-1995: Report of the Secretary General In: International Social Security Review Volume 49, 2/96
- BARROS, P.P.: The black box of health care expenditure growth determinants Health economy 1998/7.
- BENNETT, J.: Investment in Population Health in Five OECD Countries OECD Health Working Papers No.2. OECD 2003, France
- CUTLER, D. M., MEARA, E.: The medical costs of the young and old: a forty-year perspective In Frontiers in the Economics of Ageing, University of Chicago Press: Chicago 1998
- Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases Report of the Joint WHO/FAO Expert Consultation, WHO Geneva, 2003
- Environmental Protection Agency Cancer Risk From Outdoor Exposure to Air Toxics Volume 1, Final Report Research Triangle Park, NC (USA): EPA, 1990
- ESPING-ANDERSEN, G.: 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
- The European Health Report 2002 WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
- WHO Regional Publications, European Series, No. 97 <http://www.who.dk/document/e76907.pdf>
- FERLAY J. et al.: GLOBOCAN 2000: Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide IARC
- GERDTHAM, ULF G., JÖNSSON, B.: International Comparison of Health Expenditure: theory, data and econometric analyses

KÜLKERESKEDELMI FŐISKOLAI FÜZETEK, 16.

- International Agency for Research on Cancer Tobacco smoking Lyon: IARC, 1986 (Monographie 38.), Alcoholic beverages Lyon: IARC, 1989 (Monographie 42.)
- International Social Survey Program (ISSP) National Opinion Research Center (NORC) University of Chicago <http://www.religioustolerance.org>
- KOENIG, H. G., COHEN, H. J.: The Link Between Religion and Health Psychoimmunology and the Faith Factor Oxford University Press, 2002
- KOENIG, H. G., MCCULLOUGH, M. E. & LARSON, D. B.: Handbook of Religion and Health. Oxford University Press Oxford, New York, 2001
- KORNAI, J Az egészségügy reformjáról, KJK Budapest 1998
- KORNAI, J., MCHALE, J.: Eltérnek-e a nemzetközileg szokásostól a poszt-socialista országok egészségügyi kiadásai? Közgazdasági Szemle 2001/7-8.
- LEU, R. E.: The public – private mix and international health care costs In: AJ Culyer, B Jönsson Public and private health services Baril Blackwell Oxford, 1986
- A magyar egészségügyi reform közgazdasági megközelítésben Munkanyag a MeH és az USAID szervezésében Budapest, 2000
- MUIR C., WATERHOUSE J., MACK T., POWELL J., WHALEN S. (editors): Cancer Incidence in Five Continents IARC, 1987 IARC Sci. Pub. No. 88 Volume V. Lyon, France
- National Air Toxics Assessment, 2002 U.S. Environmental Protection Agency <http://www.epa.gov>
- National Cancer Control Programs Policies and managerial guidelines (2nd edition) WHO Geneva, 2002
- OECD Health Data 2003, Health Database, 2002 <http://www.oecd.org>
- OROSZ, É.: Félúton vagy tévúton? Egészséges Magyarországért Egyesület, 2002
- PAMPEL, F. C., WILLIAMSON, B.: Jóléti kiadások a fejlett ipari demokráciákban 1950-1980 In: Csaba Iván- Tóth István György (szerk.) A jóléti állam politikai gazdaságtana Osiris Kiadó, Láthatatlan Kollégium, Budapest, 1999
- POLÁNYI, K.: A gazdaság, mint intézményesített folyamat In: Polányi Károly gazdaságtörténeti munkái Marx Károly Közgazdaságtudományi Egyetem, 1976
- SALTMAN, R., BRUSSE, R. & FIGUERAS, J.: Social health insurance countries in Western Europe Outline of a Subregional Comparative Study WHO, 2002
- STIGLITZ, J. E.: A kormányzati szektor gazdaságtana KJK-Kerszöv Budapest, 2000
- SZALAI, J.: Az egészségügy betegségei Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó Budapest, 1986
- WAGNER, P. H., KÖCK, C.: Az egészségügyi intézmények menedzsmentje Perfekt, 1999
- WDI tables World Bank Environment Pollution, 1995
- The World Bank Curbing the epidemic Governments and the economic of tobacco control Washington DC: World Bank, 1999
- The World Health Report 2002 WHO Genova, 2002
- ZEYNEP, O.: Determinants of Health Outcomes in Industrialized Countries: a Pooled, Cross–Country, Time–Series Analysis OECD Economic Studies No.30, 2000/1
- ZWEIFEL, P –FERRARI, M Is there a Sisyphus Syndrome in Health Care? In Zweifel, P. and Frech, H. E. III. eds. Health Economics Worldwide Kluwer Academic Publishers Amsterdam, 1992.