

MILYEN A JÓ EGÉSZSÉGÜGY?

Gulácsi László (szerk.) (2012) *Egészség-gazdaságtan és technológiaelemzés. Az egészség-gazdaságtani döntéstől a klinikai és finanszírozási döntéshozatalig*. Budapest: Medicina.

Milyen a jó és hatékony egészségügy? Hogyan lehet a szűkös erőforrásokat úgy elosztani az egészségügyben, hogy a lehető legnagyobb egészségnyereséget érjük el? Milyen mutatók mentén állapítható meg, hogy az egészségügyi ágazat mennyire hatékonyan működik? Milyen döntések szükségesek új egészségügyi technológiák alkalmazhatóságának mérlegelésekor? Az ezekre és hasonló kérdésekre adandó válaszok általános érdeklődésre tarthatnak számot nem csak a társadalomtudományokkal foglalkozók, hanem a társadalmi kérdések iránt érdeklődő laikus olvasók körében is. A 2012-ben a Medicina könyvkiadónál megjelent kötet részben ennek az igénynek megfelelő hiánypótló mű. Másrészt, a cseppet sem titkolt cél egy a szakmabeli olvasók számára készült tankönyv létrehozása volt, mely a 2005-ös – szintén Gulácsi által szerkesztett – *Egészség-gazdaságtan* című könyv újragondolt, kibővített változata.

Ebben a recenzióban céloom nem elsősorban a könyv egészség-gazdaságtani szakemberek számára való ismertetése, inkább a szociológus és a társadalomtudományok iránt érdeklődő laikus olvasó számára kívánom bemutatni, azokra a felvetésekre fókuszálva, melyek számunkra is továbbgondolásra érdemesek. Az egészség-gazdaságtani perspektíva alapvetően eltér a szociológiai megközelítéstől, azáltal, hogy gazdasági rendszerként írja le a szociológus számára inkább strukturálisan, intézményesen, vagy a mikroszintű kapcsolatok elemzésével megragadott egészségügyi rendszert. Az egészség-gazdasági megközelítés a szociológus számára olykor kissé technokratikus és merev, de mindenképpen érdekes szempontokat hozhat be a szociológiai elemzésbe is.

A kötetten átívelő analógia szerint az orvos és az egészségpolitikus munkája a következőképpen állítható párhuzamba:

„A jó orvos az, aki a beteg egészségét tekinti fő célkitűzésének, és a meglévő tudományos bizonyítékokat, a bizonyítékon alapuló gyakorlatot alkalmazza képessége és tudása szerint. A jó egészségpolitikai döntéshozó az, aki a lakosság egészségét tekinti fő célkitűzésének, és a népegészségügy és az egészség-gazdaságtan által nyújtott, meglévő tudást alkalmazza képességei és a tudása szerint. Ahogy a jó orvos értékeli az előírt kezelés hatását, a jó egészségpolitikai döntéshozó értékeli az alkalmazott egészségügyi stratégiáknak a lakosság egészségére kifejtett hatásait.” (29.)

Ennek megfelelően a bizonyítékokon alapuló orvoslás (*evidence-based medicine*) mellett megvalósítható a bizonyítékokon alapuló egészségpolitika (*evidence-based policy*) is. Ebben az analógiában a kutatóorvos szerepének megfelelő személy az egészségközgazdász, aki nem az egyes betegségben alkalmazandó leghatékonyabb gyógyító eljárást, hanem a népegészségügyi szinten meghatározható legtöbb egészségnyereséggel járó egészségpolitikai intézkedéseket határozza meg.

¹ MTA Társadalomtudományi Kutatóközpont Szociológiai Intézet

Minél szűkösebbek a gazdasági lehetőségek, annál nagyobb szükség van arra, hogy a prioritási listák megalkotásakor tudományos, objektív bizonyítékokra lehessen támaszkodni.

Ilyen megközelítést kíván meg a Tallinni Karta (2008) – egy a WHO Európai Régiója által életre hívott tagállami megállapodás – is, mely az aláírókat az egészségügyi rendszereik hatékonyabbá tételére szólítja fel:

„Az egészségügyi minisztériumoknak elő kell segíteniük az egészségügyi megfontolások beemelését valamennyi politikába, támogatniuk kell mindenszektorban azok hatékony megvalósítását, maximalizálva az egészség-nyereséget. Az egészségügyi rendszer teljesítményének értékelése és figyelemmel kísérése, az érintett felekkel való kiegyensúlyozott együttműködés a kormányzás minden szintjén alapvető fontosságú az átláthatóság és az elszámoltathatóság elősegítése szempontjából”. (Tallini Karta 2008)

Az egészségügyi rendszerek hatékony működtetését nagymértékben megnehezíti, hogy az újabb és újabb eljárások megjelenésével és a társadalom öregedésével párhuzamosan az egészségügyi ellátás költségei is folyamatosan és számottevően növekednek. A paradox helyzet tehát az, hogy Magyarországon csökkenő (vagy legalábbis semmiképpen nem növekvő) forrásból kellene egy mind költségesebb egészségügyi rendszert működtetni, ha a hatékonysági szintet fenn akarjuk tartani.

Az egészség-gazdaságtan, mint diszciplína célja tehát a fent említett bizonyítékokat és eszközöket szolgáltatni a felelős egészségpolitika számára. Az egészség-gazdaságtan, definíciója alapján *„egy alkalmazott tudomány, amely fókuszában az egészségügy és egészségügyi ellátás kereslete és kínálata (pl. költségek, ellátórendszer), inputjai (pl. humánerőforrás, egészségügyi technológia), outputjai és outcome-jai (pl. egészség-nyereség) állnak. Segítségével értékelni lehet – sok egyéb mellett – az egészségpolitikai beavatkozások hatékonyságát, az erőforrások hatékony felhasználását az optimális forrásallokáció érdekében, az egészségre ható tényezők szerepét, az ellátás minőségét.”* (Egészségpolitikai fogalomtár é. n.)

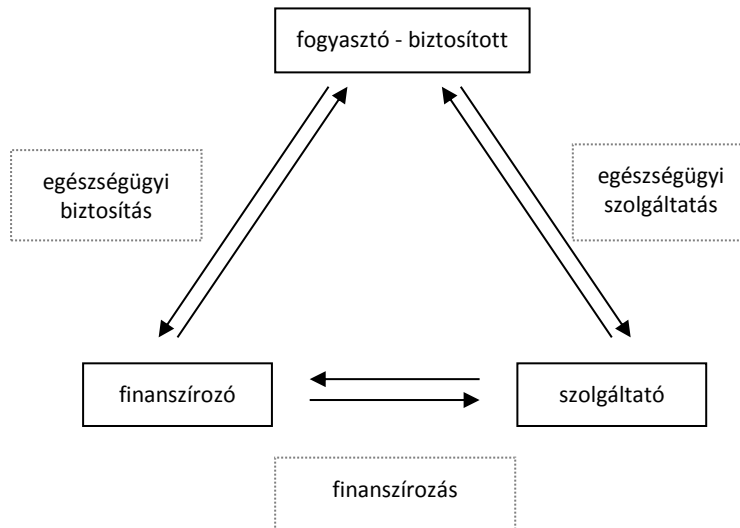
Az egészség-gazdaságtan itt olvasható definíciójából, valamint a könyv elején található szakirodalmi szöszedetből, amely az angol és az annak megfelelő magyar kifejezést párba állítva közli, könnyedén felismerhető, hogy ez a nálunk meglehetősen fiatal diszciplína angolszász gyökerű. Az angolszász hagyománynak megfelelően a megközelítés rendkívül pragmatikus és eredmény orientált. Az egészség-gazdaságtani megközelítésnek egyik legalapvetőbb kiindulópontja, hogy az egészségügyi intézkedéseket nem az egyes egyének, hanem a népegészségügy szintjén tekinti. A népegészségügyi egészségnyereség mértékének meghatározásához pedig különböző standardizált számítási módszereket alkalmaz, amely lehetővé teszik az időbeni és az országok közötti összehasonlítást.

A könyv első fejezete (szerző: Gulácsi) ismerteti az olvasókkal az egészség-gazdaságtan, mint diszciplína kiindulópontjait és az abban használt klasszikusnak tekinthető mutatókat, mint az egészségügyi ellátásra fordított költségek és születéskor várható élettartam hányadosa, vagy újabban a funkcióvesztéssel korrigált életév (DALY) mutatója. A szerző azonban felhívja a figyelmet arra is, hogy ezek a mutatók nem elég finom mérőszámok ahhoz, hogy a döntéshozókat egyértelműen segítsék az adott ellátórendszer egészség optimalizációjában, ehhez komplexebb mutatókra van szükség. Az egészségügyi ellátás minőségének mindhárom pillérét –a hatékonyságot, a biztonságot és betegek tapasztalatait– mérő mutatókat figyelembe kell venni ahhoz, hogy az elemzések eredményei érvényesek és megbízhatóak legyenek.

Az egészségügyi ellátás mint piac sajátosságait mutatja be a második fejezet. Az egészségügyi ellátások piaca ugyanis különbözik más gazdasági javaknak, a mikroökonómiából ismert tökéletesen versenyző piacától.²

Az egészségügyi ellátást piacként leíró elemzés számára annak három szereplője lényeges: a fogyasztó (egyszerűség kedvéért nevezhetjük betegnek, bár nem mindig beteg a szó köznapri értelmében), a finanszírozó (vevő) és a szolgáltató (az orvosok és az egészségügyi személyzet más tagjai). Ezek viszonyát a könyvből kölcsönzött ábra szemlélteti:

Ábra: Az egészségügyi rendszerek szereplői



Gulácsi részletesen elemzi azt a tényt, hogy az egészségügyi ellátás piacán számos olyan tényező van, amely a keresletet és a kínálatot befolyásolja. Először is: az egészségügyi ellátás hasznosságát nem maga az ellátás adja, hanem az, hogy az ellátás helyreállítja vagy javítja az egészségi állapotot. Magyarán nem az az értékes valakinek, hogy elvégeznek rajta egy műtétet, hanem az, hogy ennek következtében az egészsége helyreáll; értéke az egészségnek van és nem a beavatkozásnak.

Az egészségügyi ellátás piacán is fontos különbséget tenni szükséglet, igény és kereslet között. Minden olyan szolgáltatás, amely lehetővé tesz az egészségi állapotromlás elkerülését vagy javítását, alkalmas szükséglet kielégítésére. Az egészségügyi technológia fejlődésével – ez az utóbbi évtizedekben egy folyamatos tendencia – fokozatosan növekszik a szükséglet. A szükségletnek azonban csak egy része jelentkezik igényként, s megjegyzésre érdemes: az, hogy milyen mértékben jelentkezik ez az igény, az számos szociokulturális, demográfiai és egyéb tényező következménye, melyről a fejezetben nem esik szó.

Igényről tehát akkor beszélhetünk, ha a betegben megfogalmazódik a szándék, hogy igénybe vegye a szolgáltatást, keresletről pedig csak akkor van szó, ha a beteg ténylegesen ki is elégíti ezt az igényt. Ez is számos tényezőtől függ: gazdasági, szociális és pszichológiai okai is lehetnek annak, hogyha egy beteg szüksége ellenére nem keresi fel orvosát, vagy nem veti alá magát orvosi beavatkozásnak. Ez utóbbi kérdés ugyan – annak más jellegű megközelítéséből adódóan – nem témája a kötetnek, de szociológusként érdemesnek tartom továbbgondolásra.

² Összehasonlításként, a tökéletesen kompetitív piac legfontosabb jellemzői: 1. a fogyasztó fizeti a termék teljes árát, ergo érzékenyen reagál az árváltozásokra; 2. cél a profitmaximalizálás; 3. nagyszámú vevő és eladó tevékenykedik, versenyhelyzetet eredményezve; 4. a különböző vállalatok azonos termékei helyettesíthetők egymással; 5. nincsenek a piacra való be- és kilépésnek korlátai; 6. szereplők teljes informáltságban hoznak döntéseket; 7. a termék mennyiségének növekedésével nem csökken az előállítás költsége.

A szerző ismerteti azt a jól ismert jelenséget is, hogy a tökéletesen versenyző piaccal ellentétben erre a „piacra” információs aszimmetriajellemző, azaz mind a fogyasztó-biztosított, mind a szolgáltató és a finanszírozó eltérő típusú, szintű és mennyiségű információval rendelkezik. A szerző Kornaira hivatkozva (Kornai–Eggleston 2001) rávilágít, hogy az információ a fogyasztó és szolgáltató viszonyában egyedi mintázatú, mivel az egészségügyi információ átadása nem minden esetben jelenik meg tudásként a fogyasztónál: *„Az orvos vagy általánosabban, a szolgáltató által nyújtott információ, az nem feltétlenül eredményezne nagyobb tudást. Ez történhet azért, mert a betegnek túl bonyolult lenne feldolgozni a kapott információkat, de az is gyakori, hogy az orvos nem szeretné fölöslegesen felzaklatni, vagy megzavarni a páciensét.”* (42. oldal)

Én ezt az értelmezést kissé leegyszerűsítőnek tartom. Nem tagadva azt, hogy az orvosi tudás mélységében nem átadható a pácienst számára, a beteg/fogyasztó számára is átadható információ mértéke sokszor a megfogalmazás mikéntjén múlik és megfelelő orvos-beteg kommunikációval ez az információs aszimmetria –bár meg nem szüntethető, de –csökkenthető. Másrészt az információ-deficit a beteg oldalán is változik az információ szerzés új formáinak mind szélesebb elterjedésével (internetes egészségügyi tájékoztató), azáltal, hogy a fogyasztók egyre szélesebb csoportja számára elérhetővé válnak információk az őt érintő egészségügyi szolgáltatások tárházáról. Természetesen ezen információk nagyrészt nem szelektáltak, másrészt nem térnek ki a finanszírozó terheire. A beteg tehát, aki a tüneteire, vagy meglévő diagnózisára keresve információkat gyűjt a világhálón, sokszor nem tudhatja, hogy ezen információk közül melyek a relevánsak és érvényesek, illetve, hogy hogyan történik ezek finanszírozása a magyar egészségügyi rendszerben. Ez újabb dilemmát teremt a fogyasztó– szolgáltató – finanszírozó hármában. Ebben a hármában egyébként a fogyasztó, azaz a beteg, az aki a legkiszolgáltatottabb, hiszen mind a szolgáltatóval, mind a finanszírozóval szembeni viszonyában a másik fél van a domináns pozícióban. A kiszolgáltatottság anatómiája az egészségügyben (Losonczi 1986) tehát nem csak a mikroszinten van jelen, hanem nagyon is meghatározza a makroszintű alárendeltség.

A könyv természetesen nem csak a fogyasztót és szolgáltató közötti információs aszimmetriára tér ki, hanem a biztosító–biztosított közötti viszonyra is. Arra tehát, hogy a saját egészségi állapotát a biztosított ismeri a legjobban, melyet bizonyos egészségbiztosítási rendszerekben érdekében áll a biztosító előtt titkolni. A biztosítónak pedig az az érdeke, hogy olyan betegeket biztosítson, akik a legkevesebbet fogják a szolgáltatást igénybe venni („lefölözés”). Gulácsi az egészségbiztosítást meghatározó információs aszimmetria elemzéséhez bevezeti a használt autók piacának analógiáját. Rámutat, hogy miféle torzulások várhatóak, ha úgy kezeljük ezt a piacot, mintha egy tökéletesen versenyző piac lenne. Egy másik sajátosság, a kínálat indukálta kereslet problémája, tehát amikor az orvos (mint a megbízó, azaz beteg ügynöke) saját érdekeinek kielégítése érdekében kihasználva a betegek információs deficitjét, és azt a helyzetet, hogy ő ad neki tanácsot és szolgáltatást egyszerre, olyan keresletre bírja rá a fogyasztót/beteget, amire nem feltétlenül lenne igénye. Ezzel a témával kapcsolatban a könyv hiányossága, hogy a hálapénz indukálta kereslet a hazai sajátosságát semmilyen módon nem köti össze az amúgy szorosan kapcsolható témával.

A fejezet lezárásaként, a fenti problémák egy részének kezelésére Gulácsi az állami beavatkozás szerepét hangsúlyozza.

A könyv harmadik fejezetében az egészség-gazdaságtanban használt tudományos bizonyítékok szerepét és fajtáit mutatják be a szerzők (Brodzky és Gulácsi). A tudományos alapú orvoslás (*evidence-based medicine*) eredményei nyilvánvalóan nem egy az egyben alkalmazhatók a népegészségügyi szinten működő egészség-gazdaságtani megfontolások számára, de azok kiindulópontját adják. Éppen ezért bemutatásra kerülnek a randomizált kontrollált klinikai vizsgálatok, a nem randomizált epidemiológiai vizsgálatok, a metaanalízisek, valamint a gyakran használt adatbázisok.

A negyedik és az ötödik fejezet az egészség-gazdaságtani elemzések a költség és a hatékonyság meghatározásának módjait mutatja be. A negyedik fejezet a hatékonysággal foglalkozik, méghozzá azzal, hogy népegészségügyi szinten milyen mutatók használhatók fel a hatékonyság mérésére. Ebben a fejezetben a felhasználó, a beteg szempontjai kerülnek bemutatásra. Az élethossz mellett egyre inkább előtérbe kerülnek az egyén és az állampolgárok életminőségének a vizsgálatai és az ennek mérésére képes indikátorok kidolgozása. A fejezet szerzője, Péntek Márta, rámutat, hogy az egészségnyereség meghatározásakor alapvető kérdés, hogy milyen értéket tulajdonítanak ezeknek a hasznoknak az emberek. Az életminőség mutató az egészség-gazdaságtani szakember számára egy tudományosan megalapozott, standardizált, megbízható, megismételhetően megmérhető, érvényes (valid) indikátor, melynek egyszerűbb és összetettebb fajtái is léteznek. A fejezet különböző módszereket mutat be erre (például időalku módszer, standard játszma, *Quality of Well-being* skála, *Health Utility Index*). A fejezet végén a QALY, az életminőséggel korrigált életév mutatót, a pillanatnyilag legelterjedtebb mérőeszközt ismerteti a szerző, melynek lényege, hogy az életminőség és az élethossz-nyereség kombinációjából alkották meg. Szociológusként elgondolkodtatóak az életminőségnek ezen standardizált, általánosítható, indexszerűen meghatározott módszerei. A szociológiában használt számos mérési módszerhez hasonlóan, – mint például az attitűdmérés– itt is felvetődik az általánosíthatóság és a kultúra és kontextus független standardizálás lehetőségének dilemmája.

Az ötödik fejezet a költségszámítás módszereivel foglalkozik, bemutatva a költségkategóriákat és fajtákat. A szerzők (Gulácsi–Boncz–Baji–Péntek) rámutatnak arra a lényeges szempontra, hogy az egészség-gazdaságtani elemzések ideális esetben a társadalom szempontjából történnek, tehát mind a nyereség, mind a költség e széles perspektívában kerül meghatározásra, azaz magukba foglalják az egészségügy összes releváns szereplőjének szempontjait. Előfordul azonban, amikor szűkebb látókörű az elemzés, mondjuk az egészségügyi költségvetés szempontú, ilyenkor könnyen előfordulhat, hogy míg e szempontból az elemzés pozitív eredményt hoz, addig más szempontból, így például az egyes betegcsoportok számára ugyanez kedvezőtlen kimenetelű. A szociológus szemmel ez egy lényeges kitétel az egészségügyi finanszírozás tekintetében, mely komoly társadalmi dilemmákat vet fel továbbgondolásra.

A szerzők úgy vélik az elemzési módszerek lehetővé teszik olyan egészségpolitikai döntések meghatározását, amellyel a rendelkezésre álló erőforrások felhasználásával a társadalom egészségi állapota a lehető legnagyobb mértékben fejlődik. A korábbi fejezetben bemutatott indexek alkalmazása azt sugalmazza, hogy valóban megállapíthatóak olyan mérőszámok, amelyek azt mérhetik, hogy mikor a legegészségesebb a társadalom. Ha ez valóban így van, akkor tényleg megvalósítható lenne a tudományos alapú egészségpolitika.

A hátralévő hat fejezet az egészség-gazdaságtani elemzések különböző fajtáival ismerteti meg az olvasót. A hatodik fejezet egy általánosabb megközelítést kínál, majd az ezt követő fejezetek már a laikus olvasó számára nehezebben követhető elemzési technikákat mutatnak be: költségvetési hatáselemzés, egészség-gazdaságtani modellezés, Bayes-féle megbízhatósági elmélet, túlélési analízis, diszkrét kiválasztási modell és Conjoint analízis. Ezek az elemzési módszerek különböző technikákat alkalmazva próbálnak különböző szempontú és mind precízebb eredményeket adni a fent bemutatott alapkérdésre.

A tudományos alapú egészségpolitikai döntéshozás lehetősége az ezredfordulón jelent meg az angolszász szakirodalomban, ahol a tudomány-alapú orvoslás kiterjesztéseként képzelték el a tudományos tényeken alapuló egészségpolitikai és egészség-gazdaságtani döntések meghozását. Ezen döntések meghozatalának az alapjait jelentenék az egészség-gazdaságtani elemzések, amelyek – reményeik szerint – kerek pereg kimutathatják, hogy költség és hatékonyság tekintetében, mely egészségpolitikai beavatkozása legkívánatosabb. Az egyéni-klinikai evidenciák szintjéről a népegészségügyi-

egészségpolitikai szintre való elmozdulás azonban nem maradt kritika nélkül (Dobrow –Goel–Upshur 2004, Lin–Gibson 2003). A kritikusok szerint az egészségpolitika szintje sokkal kiszámíthatatlanabb, változóbb és komplexebb annál, hogy ezt az tudományelméleti átemelést az egyéni-klinikai szintről problémamentesen meg lehetne valósítani. Nem nehéz belátni, hogy a társadalmi, politikai és gazdasági környezet nagyban befolyásolja, hogy mit tekintünk bizonyítéknak egy adott politikai döntés mellett való elköteleződés során, és hogy a meglévő tudományos eredményeket hogyan interpretáljuk, alkalmazzuk.

A tudományos bizonyítékokon alapuló egészségpolitikát ért kritika ellenére az egészség-gazdaságtan mint diszciplína nagyon sok lényeges, az egészségügyet érintő kérdést igyekszik értelmezni és megválaszolni közgazdaságtani szempontból. Éppen ezért nem csak az egészség-gazdaságtannal foglalkozó szakemberek és hallgatók számára lehet hasznos olvasmány a bemutatott könyv, de az egészségüggyel foglalkozó szociológusok és más társadalomkutatók is új szempontú megközelítést ismerhetnek meg, mely tágíthatja látókörüket és új kérdéseket ébreszthet.

HIVATKOZÁSOK:

- Dobrow, M. – Goel, V. – Upshur, R. E. G. (2004) *Evidence-based health policy: context and utilisation*. Social Science and Medicine. 58. 207–217.
- Egészségpolitikai fogalomtár (é. n.) Surján Gy. – Borbás I. – Gődény S. – Juhász J. – Mihalicza P. – Pékli M. – Kincses Gy. – Varga E. (szerk.) *Egészségpolitikai fogalomtár*. Budapest: Egészségpolitikai fogalomtár. Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság. Hozzáférhető: <http://fogalomtar.eski.hu/index.php/Kezd%C5%91lap> [Letöltve: 2013-03-08]
- Kornai, J. – Eggleston, K. (2001) *Welfare, Choice, and Solidarity in Transition*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lin, V. – Gibson, B. (szerk.) (2003) *Evidence-based Health Policy*. Problems & Possibilities. Melbourne: Oxford University Press.
- Losonczy Á. (1986) *A kiszolgáltatottság anatómiája az egészségügyben*. Budapest: Magvető.
- Tallinni Karta (2008) *Tallinni Karta: egészségügyi rendszerek az egészségért és a jóléért*. WHO Európai Miniszteri Konferencia az egészségügyi rendszerekről, Tallinn, 2008. június 25-27. Hozzáférhető: https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:HGQ70X3pHikJ:www.eum.hu/nemzetkozi-kapcsolatok/who/tallinni-karta-pdf+&hl=en&gl=hu&pid=bl&srcid=ADGEESgOcFbed3kuVMHiKvneJN0nIIVaHfUyu9R4ezSOTE09jSmGzj0-nQFPUn6g-OgMvt3SiKGSYqVyaJP4ihVVKYDRZTtqGhoyWA6dUp_M4Vac0EEuY1r1o5Jh6SN34uOII5N_b6t1&sig=AHIEtbREcujud0ADBKLSkijWXi8uWSe-A [letöltve: 2013-03-07]