

TÁRSADALMI SZEMPONTOK AZ EGÉSZSÉGÜGYI FORRÁSALLOKÁCIÓBAN

A rendelkezésre álló erőforrások szűkössége miatt az egészségügyben is elkerülhetetlenek a forrásallokációs döntések. A döntések egyik fő vezérelve a hatékonyság, azaz a rendelkezésre álló erőforrások mellett elérhető társadalmi szintű egészségnyereség maximalizálása. A másik célkitűzés az egészségben kimutatható társadalmi különbségek mérséklése, azaz az elosztás méltányossága. A méltányossági megfontolást tekintve számos olyan társadalmi szempont létezik (pl. a beteg életkora, életmódja), amely hatással lehet az egészségügyi forrásallokációs döntésekre akár a közvélemény, akár az egészségpolitikai döntéshozók szintjén. A méltányossági megfontolások szinte mindig ellentétben állnak a hatékonysági kritériummal: a méltányos elosztás érvényesítése általában az elérhető egészségnyereség csökkenésével jár. Az empirikus eredmények azonban azt sugallják, hogy a lakosság és az egészségpolitikai döntéshozók is készek feláldozni valamekkora hatékonyságot a méltányosnak tartott forrásallokáció érdekében.

1. BEVEZETÉS

Az erőforrások szűkössége miatt az egészségügyi ellátásban is szükség van bizonyos prioritások felállítására, rangsorolásra. Az egészségügyben ez alapvetően annak eldöntését jelenti, hogy kik férhetnek hozzá az egészségügyi ellátáshoz és kiket zárnak ki a hozzáféréstől, milyen egészségügyi ellátásokat lehet igénybe venni, stb. Bár nem létezik univerzális módszer vagy döntési szabály, amely bármely kontextusban működne, az egészségpolitikában a forráselosztás terén – a fenntartható finanszírozás mellett – általában két célkitűzést fogalmaznak meg. Az egyik a rendelkezésre álló erőforrások mellett elérhető egészségnyereség¹ maximalizálása a társadalomban, a másik: az egészségben kimutatható társadalmi egyenlőtlenségek csökkentése, azaz a méltányossági szempont érvényesítése [Hauck 2004].

A méltányosság fogalma a gyakorlatban nehezen megragadható, és az sem világos, hogy az egészségpolitika hogyan viszonyuljon azokhoz az intézkedésekhez, amelyek esetében a méltányossági és hatékonysági szempontok konfliktusban állnak, vagyis csak egymás rovására érvényesíthetők [Sassi 2001].

A közgazdaságtan oldaláról a rangsorolási döntéseket az egészség-gazdaságtani elemzések támogatják, amelyek mérik, értékelik és összehasonlítják az egészségügyi technológiák egészségügyi eredményességét és költségvonzatát [Gulácsi 2004, Boncz 2006]. A gyakorlat azonban azt mutatja, hogy az egészségpolitikai döntések sokszor nem konzisztensek a költség-hatékonysági eredményekkel. Ennek egyik le-

1 Az egészségnyereség számos módon operacionalizálható, mérhető: életvnyereség, életminőséggel korrigált életév, klinikai hatásosság, stb. Utóbbira példaként lásd Brodzky et al [2008], Péntek [2008].

hetségesnek tartott magyarázata, hogy az egészség-gazdaságtani elemzések – jelenlegi formájukban – nem foglalkoznak méltányossági megfontolásokkal, és közömbös, hogy az egészségnyereség kinél jelentkezik, azaz normatív alapjuk az egészségnyereség maximalizálása, megközelítésük utilitarista, és az egészségnyereség társadalmi megoszlását nem veszik figyelembe [Stolk 2005].

Wagstaff mutatott rá arra, hogy a méltányossági és költség-hatékonysági szempontok kombinálhatók lennének, ha az egészség-gazdaságtani elemzésekben a betegségtől, a beteg korától, társadalmi-gazdasági helyzetétől, stb. függő *súlyrendszert* használnánk [Wagstaff 1991]. Ezek a súlyok egyben azt is kifejeznék, hogy mekkora az az egészségveszteség, amit a társadalom hajlandó elszenvedni annak érdekében, hogy az egészség elosztása méltányosabb legyen. Az egészségnyereség társadalmi elosztásának nagyon sok szempontját sikerült már azonosítani. Ilyen szempont lehet a beteg életkora, a betegség súlyossága, a kezelés eredményeként elérhető egészségi állapot, a beteg társadalmi szerepe, stb. [Nord 1999].

A cikk célja, hogy röviden áttekintse az egészség elosztásával kapcsolatos méltányossági elméleteket, illetve azokat a társadalmi szempontokat, amelyek a közvélemény, az orvosok vagy az egészségpolitikai döntéshozók szintjén hatással lehetnek a forrásallokációs preferenciákra és döntésekre.

2. A MÉLTÁNYOSSÁG FOGALMA AZ EGÉSZSÉG-GAZDASÁGTANBAN

Az egészség-gazdaságtanban a *méltányosság* (equity) fogalmát többféleképpen értelmezik. Fontos hangsúlyozni tehát, hogy az egészség-gazdaságtanban sincs egyetlen, univerzális méltányossági elmélet: a versengő elméletek egyszerre vannak jelen és esetenként más és más súlyt kapnak. Hogy mit tekintenek méltányosnak, az mindig etikai, és így értékrendbeli kérdés, amelyről másképp vélekedhet a közvélemény, a filozófia, a politikatudomány, a közgazdaságtudomány, stb. [Culyer 2001]. A következő néhány idézet ismerteti a méltányosság fogalmának legismertebb meghatározásait az egészség-gazdaságtani szakirodalomban.

Whitehead meghatározása szerint *akkor lehet méltánytalanságról beszélni, ha az emberek egészségi állapotában olyan egyenlőtlenségek vannak, amelyek szükségtelenek, elkerülhetők, nem tekinthetők fairnek és igazságtalanok* [Whitehead 1992].

„Az egészséggel kapcsolatos méltányosság azt jelenti, hogy az előnyösebb-hátrányosabb helyzetű társadalmi csoportok között nincsenek szisztematikus egyenlőtlenségek az egészségi állapotban (vagy az azt meghatározó társadalmi tényezőkben).” „..., Az egészséggel kapcsolatos méltányosság etikai fogalom, amely az elosztási igazságosság elvén nyugszik, és az emberi jogokhoz is kötődik.” [Braveman-Gruskin 2003: 256].

„Lényegében minden méltányossági megközelítés akkor tekinti az emberekkel való bánásmódot méltánytalannak, ha az szeszélyes [kiszámíthatatlan] vagy »irreleváns« tulajdonságokkal mutat kapcsolatot. Ilyen, gyakran említett tulajdonságok például a faji hovatartozás, a vallás, vagy a nem.” [Culyer 2001: 276].

Az előbbi meghatározásokból is kitűnik, hogy a méltányosság fogalma nehezen megragadható, és a definíciók további értelmezésre szorulnak. Méltányosságról

többféle relációban is lehet beszélni, így a következő fogalmi köröket lehet megkülönböztetni:² (1) egészséggel (mint állapottal) kapcsolatos méltányosság, (2) az egészségügyi ellátások (az azokra szánt erőforrások) méltányos elosztása, (3) egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés (pl. idősükséglet) méltányossága, (4) az egészségügyi ellátáshoz való pénzügyi hozzájárulás (pl. járulékfizetés) méltányossága [Williams–Cookson–Culyer 2001].

A méltányossággal kapcsolatban mindig felmerül a *horizontális* és a *vertikális* méltányosság fogalma. A horizontális méltányosság azt követeli meg, hogy a hasonló egyének (pl. hasonló egészségügyi szükséglet) hasonló bánásmódban (pl. hasonló nagyságú ráfordítás) részesüljenek, míg a vertikális méltányosság szerint a lényeges szempontokból különböző egyéneknek megfelelően különböző bánásmódban kell részesülniük, amelynek arányban kell állni a különbözőség mértékével. (Mindkét fogalom értelmezhető más relációkban is, pl. horizontális és vertikális méltányosság a pénzügyi hozzájárulásban). Érzékelhető, hogy itt a *lényeges* és a *megfelelő* szavak tartalommal való megtöltése jelenti a kihívást az elmélet gyakorlati felhasználása során [Culyer 2001].

A méltányosságnak meg lehet különböztetni a mikro- és a makroszintjét. A *mikroszint* az egyének közötti méltányosságra vonatkozik; az egyén lehet egy ismert vagy egy ún. reprezentatív (anonim) személy. Az orvos-beteg viszony tipikusan a mikroszinthez tartozik. A *makroszint* ezzel szemben nem egyének, hanem különböző csoportok közötti méltányosságra koncentrál, és inkább egészségügyi, egészségpolitikai programokkal és a programok közötti forrásallokációval foglalkozik.

A méltányossági elméletekről jó áttekintést ad Williams és Cookson [2000], akik munkájukban a különböző filozófiai, közgazdasági elméleteket rendszerezték, az egészség elosztására vonatkozó méltányosság fogalomkörében (lásd 1. táblázat).³ Az egészséget életminőséggel korrigált életévként határozták meg.

Williams és Cookson a közgazdaságtani értelemben vett optimum-meghatározást használta elemzési keretként, abban helyezte el az egyes méltányossági elméleteket. Azt vizsgálta, hogy az egyes elméletek mit mondanak arról, hogy két egyén között hogyan lehet optimálisan elosztani az egészséget. Ehhez egyrészt feltételezte, hogy létezik az egészségtermelési lehetőségek halmaza, illetve annak a határa. Közgazdasági értelemben a termelési lehetőségek halmazát két tényező határozza meg: (1) az egyes lehetőségek technikailag megvalósíthatók legyenek, és (2) előállíthatóak legyenek a rendelkezésre álló erőforrásokból. Az egészséggel foglalkozva Williams és Cookson ezt a két szempontot egy harmadikkal egészíti ki: előfordulhat, hogy az egészséglehetőségek halmazát *etikai szempontok* korlátozzák. Két példát említve: az *életmentés elsőbbsége* olyan, a társadalomban mélyen gyökerező etikai szempont, amely általában csökkenti az egészséglehetőségek halmazát, hiszen erőforrásokat von el más lehetőségek megvalósításától, mégis elfogadott. A liberalizmus pedig az

² Mindegyik relációval és annak központi fogalmával külön-külön is bőséges szakirodalom foglalkozik: pl. az egészség, vagy az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés definiálása. Ezekre azonban itt most nem térek ki.

³ Nem célom, hogy bemutassam az összes elméletet, csak példákat hozok fel a táblázat értelmezésének segítéséhez. Williams részletesen tárgyalja az összes esetet.

egyén szabad akaratát tekinti abszolút etikai alapelvnek, az állam beavatkozását még akkor sem fogadja el, ha ezáltal bővíteni lehetne az egészséghalmazt.

1. táblázat. Az egészségelosztásra alkalmazható méltányossági elméletek

Egészség-termelési lehetőségek halmaza	Egészségre vonatkozó mellékfeltétel	Maximalizáló függvény		
		Nincs	Van	
			Azonos súlyok	Különböző súlyok
Etikai alapon nem korlátozott	Nincs		<ul style="list-style-type: none"> ■ Utilitarizmus ■ Pareto-elv ■ Egyenlő egészség ■ Maximin elv 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Érdem-elv ■ Egészség lehetőségeinek egyenlősége ■ Egészségi állapot szerinti elosztás
	Van	Minimális egészségi szint	Minimális egészségi szint	
Etikai alapon korlátozott	Nincs	Elosztási folyamat igazságosságára vonatkozó elvek (pl.): <ul style="list-style-type: none"> ■ liberalizmus ■ részvételi demokrácia ■ „irigységmentesség” ■ egyenlő hozzáférés az egészségügyi ellátáshoz ■ életmentés elsőbbsége 	Rawls-féle maximin kritérium	
	Van		Rawls-féle maximin kritérium, minimális egészségi szinttel kiegészítve	

Forrás: Williams–Cookson [2000] 1. táblázat alapján

Másrészt Williams és Cookson feltételezte, hogy vannak olyan elméletek, amelyek alkalmaznak valamilyen maximalizálási kritériumot (célfüggvény az optimum meghatározásához) és létezhetnek olyan elméletek is, amelyek nem adnak eligazítást arra vonatkozóan, hogy mi lenne az optimális elosztás. Az utilitarizmus például társadalmi szinten törekszik a hasznosság maximalizálására, és ezen kritérium mentén képes meghatározni az optimális elosztás módját. Ezzel szemben a részvételi demokrácia elmélete szerint az egyéneknek egyenlő joguk van részt venni a demokratikus közpolitikai párbeszédben, de ezen túl nem nyújt fogódzót az elosztási kérdések megválaszolásához.

A célfüggvénnyel kapcsolatban még két dolgot kell megemlíteni. Egyrészt vannak olyan elméletek, amelyek mellékfeltételeket vezetnek be: a maximalizálási kritériumot csak ezeknek a mellékfeltételeknek a teljesülését követően lehet alkalmazni. Például először mindenki számára biztosítani kell az egészség egy minimális szintjét, és csak ezt követően lehet a maximalizáló kritériumot (pl. hasznosságmaximalizálás) alkalmazni. De előfordulhat olyan eset is, amikor a minimumszint felett nem működik semmilyen maximalizáló kritérium. Másrészt elképzelhető, hogy a célfüggvényben

nem azonos súllyal szerepel a két egyén, azaz nem mindegy, hogy melyik egyén kapja az egészségnyereséget. Az *érdemelmélet* tipikusan abból indul ki, hogy a társadalom egyes tagjai – különböző okokból – nagyobb társadalmi értéket képviselnek, jobban megérdemlik az egészséget. Az „egyenlő lehetőség az egészségre” elmélet pedig azt mondja, hogy kompenzálni kell azokat az egyéneket, akik önhibájukon kívül⁴ vannak rosszabb helyzetben. Lehetne például úgy érvelni, hogy egy felsőfokú képzettséggel rendelkező, magas beosztásban dolgozó egyénnek iskolázottságából, anyagi helyzetéből adódóan eleve több lehetősége van az egészséges életmódra, ezért kevesebb egészségügyi ellátást kellene kapnia, mint egy ugyanolyan egészségi állapotban lévő, de rossz anyagi körülmények között élő, iskolázatlan személynek.

3. TÁRSADALMI ÉRTÉKEK AZ EGÉSZSÉGÜGYI FORRÁSALLOKÁCIÓBAN

Az egészség-közgazdászok jó része a társadalmi jólét (jelen esetben az egészségnyereség) maximalizálását tekinti a forráselosztási döntések alapjának, és az ún. *életminőséggel korrigált életévet* (quality adjusted life year, QALY) javasolja leginkább az egészségnyereség kifejezésére. (Azaz az optimális forrásallokáció a rendelkezésre álló egészségügyi erőforrások mellett maximalizálja a társadalmi szinten elérhető QALY-mennyiséget.) A QALY olyan preferenciaalapú mérőeszköz, amely az egészségnyereség számszerűsítésénél egyesíti az élethossz és az életminőség aspektusokat. (A várható élethosszt években, az életminőséget 0 és 1 közötti súlyok formájában fejezi ki, a 0 a halál, az 1 a tökéletes egészségi állapot. A különböző megbetegedésekre jellemző életminőségnek megfelelő súlyok meghatározásának kiterjedt módszertana van, lásd például *Drummond* [2005], *Gulácsi* [2005].) A QALY az utilitarista fel fogás talaján áll, és egyre több bírálat éri, mivel az egészségpolitikai döntések és számos empirikus eredmény is alátámasztja, hogy a QALY-ban kifejezett egészségnyereség maximalizálása, mint döntési szabály, nem kielégítő. A közösségi szintű forrásallokációs döntésekben szintén fontos szerepe van olyan – a QALY fogalma által nem megragadható – társadalmi értékeknek, amelyek más méltányossági megfontolásokhoz kötődnek, és figyelembe veszik, hogy az egészségnyereség kinél jelentkezik (az egyéneket – eltérően a QALY-konceptiótól – különböző jellemzőiket tekintve különböző súllyal veszik figyelembe). Az egészség-gazdaságtani irodalom számos olyan tényezőt azonosított már, amely eltérő mértékben, de szerepet játszik akár az orvosi, akár a finanszírozói vagy az egészségpolitikai szintű elosztási döntésekben.

A társadalmi értékek több forrásból származhatnak és két alapvető kategóriába sorolhatók.⁵ Egyrészt vannak betegjellemzőkkel kapcsolatos tényezők (például a beteg életkora, társadalmi szerepe, életstílusa, a korábban igénybevett ellátások mennyisége). Másrészt szempont lehet az egészségügyi beavatkozásnak a beteg egészségére gyakorolt hatása (például az egészségi állapot szintje a kezelés előtt és után, az egészségi állapotban bekövetkezett változás nagysága, a kezelés által elért egészség-

⁴ Kérdés persze, hogy mit értünk önhiba alatt, és mit tekintünk az egyén saját szabad választásának.

⁵ A Schwappach által említett két kategórián kívüli tényezők is szerepet játszhatnak, például, hogy a betegség mekkora terhet ró a beteg hozzátartozóira.

hatás időhorizontja [Schwappach 2002]). A fenti szempontokat még ki lehet egészíteni a kezelésre szoruló betegek számával és a kezelés költségével. A QALY fogalma alapvetően a beteg életkorát (a várható élettartamon keresztül), az egészségi állapot változásának nagyságát és időhorizontját képes figyelembe venni.

Az életkor társadalmi megítélésének többféle aspektusa is létezik [Tsuchiya 1999]. (1) A fiatalabbak preferálása, mivel nagyobb a várható élettartamuk. (2) A fiatal felnőttek preferálása a gyerekekkel és az idősekkel szemben, mivel ők a legproduktívabbak. (3) A fiatalabbak preferálása az idősebbekkel szemben, mivel az idősek már több életévből részesültek. Bár az empirikus eredmények nem egyértelműek, a legtöbb vizsgálatban a megkérdezettek az idősebbeknek általában kisebb súlyt adtak. A gyakorlati orvosi döntéshozatal vizsgálata is azt mutatta, hogy létezik az életkor alapján történő rangsorolás azon az alapon, hogy a beteg mennyit képes profitálni a kezelésből, de amiatt is, hogy a beteg milyen életszakaszban van [Dolan et al. 2005].

Az egészségnyereség (QALY) életkor szerinti súlyozására tehát két indoklás is létezik [Tsuchiya 1999]. Az egyik az ún. *hatékonyságalapú, kor szerinti súlyozás*, amelyhez két megközelítés kapcsolódik: (1) *termelékenységi megfontolás*: az egyes életkorokban betöltött társadalmi szerep határozza meg az adott korú egyén egészségének társadalmi értékét; (2) *hasznosságelvű megfontolás*: a fiatalokat preferálja, mivel várhatóan tovább élnek, így várhatóan több egészségnyereséget képesek elérni. A másik az ún. *méltányosság alapú, kor szerinti súlyozás*, amely az egalitáriánus megközelítésen alapszik: a fiatalokat azért részesíti előnyben, mert ők még kevesebbet éltek, nekik is jár annyi, mint az idősebbeknek.⁶

A kérdés gyakorlati jelentőségét illusztrálja például *Johannesson és Johansson* [1996] vizsgálata, amelynek apropóját egy korábbi svéd egészségpolitikai ajánlás adta, miszerint egy fiatal és egy idős ember megmentése között nem kellett különbséget tenni. A felmérésben arra keresték a választ, hogy 100 ötvenéves, illetve hetvenéves ember megmentése hány harmincéves ember megmentésével ekvivalens. A válaszok medián értékét tekintve azt az eredményt kapták, hogy egy harmincéves ember életének a megmentése 4,9 ötvenéves és 34,5 hetvenéves ember életének a megmentésével egyenértékű. Vagyis a svéd lakosság az idősödő betegekhez egyre kisebb súlyokat rendelt.

Összességében elmondható, hogy általában a közvélemény hajlamos a fiatalabbakat előnyben részesíteni az idősebbekkel szemben, azonban ezeknek a preferenciáknak a megléte és erőssége országonként változik, és függ a kérdésfeltevés kontextusától [Schwappach 2002].

A *betegek társadalmi szerepét* illetően a lakosság körében végzett általános vizsgálatok azt sugallják, hogy a közvélemény nem igazán hajlandó, vagy egyenesen elutasítja, hogy aszerint rangsoroljon, hogy a beteg dolgozik-e vagy sem, nyugdíjas-e, gazdag vagy szegény [Schwappach 2002, Dolan et al 2005]. Viszont a legtöbben haj-

⁶ Érdemes megjegyezni, hogy az egészségnyereség életkor szerinti súlyozását nem lehet együtt kezelni azzal, mintha a beteg neme, iskolázottsága, jövedelme szerint súlyoznánk. A különböző életkorokat általában az emberek többségének módja van megtapasztalni, tehát kevésbé tekinthető diszkriminatívnak [Tsuchiya 1999].

landóak prioritást adni azoknak, akiknek hozzátartozóikról kell gondoskodniuk – különösen, ha az eltartott kisgyermek –, vagy egyéb társadalmi felelősséggel bírnak. Erre azonban ellenpélda Nord és munkatársainak [1995] eredménye, amely szerint az azonos mértékben beteg emberek esetében a gyermeket nevelő és a gyermekeken betegnek azonos prioritást adott a válaszadók 66,6 százaléka. A beteg társadalmi szerepének megítélése valószínűleg szintén nagy kulturális különbségeket mutat.

A beteg életstílusát tekintve az lehet megfontolás tárgya, hogy az egyénnek volt-e kontrollja a betegség kialakulása felett, illetve, hogy a betegség mennyiben tekinthető az életvitel következményének [Dolan et al 2005]. Az eddigi eredmények szerint – bár az emberek mutatnak némi hajlandóságot arra, hogy azokat részesítsék előnyben, akik önhibájukon kívül betegedtek meg – a közvéleményt általában erősen megosztja ez a kérdés. Az egészséges életmódot folytató emberek preferálása vagy abból származik, hogy jobb egészségügyi eredmény várható náluk – ez hatékonysági szempont –, vagy tisztán morális megközelítés az alapja [Schwappach 2002]. Nord és társai azt vizsgálták, hogy a szívbetegségek és a tüdőrák esetében azonos prioritást adnak-e az emberek a dohányzóknak és a nemdohányzóknak. A válaszadók közel 60 százaléka a nemdohányzó betegeket részesítette előnyben, 40 százalék nem priorizált ezen az alapon. Nord szerint ez a moralizáló attitűd egy példája. [Nord et al. 1995] Wittenberg és munkatársai [2003] az USA-ban a májtranszplantáció és az asztma kezelésével kapcsolatban vizsgálták az egyéni felelősség kérdését. A májtranszplantáció esetében 10-szer, asztmakezelés esetében 17-szer volt valószínűbb, hogy annak a betegnek adták az ellátást, aki nem volt felelős a betegség kialakulásáért.

Társadalmi értéket meghatározó szempont lehet, hogy *a beteg korábban mennyi egészségügyi ellátást vett már igénybe*. Megfogalmazható például az a hipotézis, hogy a társadalom szerint mindenkinek joga van hozzá, hogy szükség esetén megmentsék az életét, bármekkora is legyen a költsége vagy a hasznossága, és hogy ki-ki életében először van szüksége életmentő beavatkozásra, az kapja meg inkább, mint az, akinek már másodszor [Schwappach 2002]. Felmerül azonban a kérdés, hogy van-e az elosztási döntések szempontjából jelentősége, morális alapja annak, hogy figyelembe vegyük, hogy az egyén a múltban mennyi egészséghez jutott egészségügyi ellátás révén.

A válasz „igen”, ha azon az állásponton vagyunk, hogy mindenkinek adott mennyiségű QALY-hoz van joga élete során. A válasz „nem”, ha a korábban igénybevett ellátásokat elsüllyedt költségnek tekintjük, és ezen az alapon nem vagyunk hajlandók diszkriminálni azokat, akiknek korábban is szükségük volt ellátásra. A harmadik válasz, hogy „attól függ”. Itt az érvelés központi kérdése az, hogy az egyén felelőssé tehető-e a betegségért. A legszélsőségesebb álláspont, hogy ha az egyén felelős volt a korábbi betegség kialakulásáért, akkor ennek legyen hatása a mostani elosztási döntésre is, függetlenül attól, hogy volt-e szerepe a mostani betegség kialakulásában. Ennél valamivel megengedőbb nézet, hogy a korábbi igénybevétel akkor legyen szempont, ha a múltban és most is felelőssé tehető az egyén, még akkor is, ha a két betegségnek nincs köze egymáshoz. Utolsó megközelítésben pedig a „visszaesőket” lehet büntetni, tehát azokat az egyéneket, akik már korábban és most is ugyanazon felelőtlen, önpusztító magatartás eredményeként betegedtek meg. A legerősebb ellenérv ezzel a felfogással szemben, hogy az emberek eltérő pszichológiai és intellektuális

adottságai eltérő mértékben teszik képessé őket magatartásuk megváltoztatására, illetve nem mindig bizonyítható az életmód és a betegség közötti összefüggés [Dolan–Olsen 2001].

Empirikus vizsgálati eredmények támasztják alá, hogy a közvélemény hajlamos prioritást adni a legrosszabb helyzetben lévőknek, és a *kezdeti betegség súlyosság* önmagában értékképző szempont, függetlenül a kezelés várható hatásától [Ubel 1999]. Az emberek hajlandóak feláldozni bizonyos nagyságú életminőség-nyereséget, hogy a legsúlyosabb betegeket ellássák. A háttérben vélhetőleg egyenlősítő törekvések állnak: a jobb egészségi állapotban lévő betegek prioritizálása tovább növelné az egyenlőtlenséget. Ennek egyik speciális esete a haldoklók ellátása: a társadalom általában kötelességének érzi a haldokló szenvedésének enyhítését. Ezzel szemben a QALY fogalmában a kezdeti egészségi állapotnak csak másodlagos szerepe van: annyiban számít, hogy a rosszabb egészségi állapotban lévőknel – elméletileg – több QALY előállítására van lehetőség, mint azoknál, akik egészségesebbek, és így kisebb mértékben lehet csak javítani az egészségi állapotukon [Schwappach 2002].

A kezelés eredményeként elérhető egészségi állapot, bár a kezelés hatását jellemzi, ugyanakkor szorosan kapcsolódik a betegjellemzőkhöz is. A QALY-konceptió a „tökéletes egészség” fogalmán nyugszik, amelyet mint univerzális elméleti optimumot határoz meg, és nem az egyén által elérhető maximális egészségi állapot fogalmával dolgozik. Így egyértelműen azokat a betegeket részesíti előnyben, akiknél a tökéletes egészségi állapot visszaállítható, azokkal szemben, akiknél a betegség kezelhető, de pl. más krónikus betegség, rokkantság miatt a tökéletes egészségi állapotot már nem lehet elérni. Ezért a QALY-t úgy szokták jellemezni, hogy diszkriminálja a rokkantakat, krónikus betegségben szenvedőket [Schwappach 2002].

Ezzel szemben az eddigi vizsgálati eredmények azt mutatják, hogy a közvélemény pl. életmentő beavatkozások esetében nem tesz különbséget a betegek között aszerint, hogy az egyén egyébként egészséges-e vagy sem [Abellan-Perpignan–Pinto-Prades 1999] Ubel és Loewenstein [1996] vizsgálatában a májtranszplantáció esetében az embereknek csak egy kis része adta volna az összes szervet a legjobb prognózisú betegcsoportnak. Minél nagyobb volt azonban a különbség a prognózist illetően, az emberek annál kevésbé adtak egyenlő esélyt az összes betegnek. Az empirikus eredmények ismeretében merült fel, hogy a tökéletes egészség fogalmát ki kellene igazítani a „tényleges egészséggel”, és így meghatározni az elérhető maximumot [Schwappach 2002].

Az irodalomban jelentős vita van arról, hogy az egészségügyi ellátásban megfelelő-e az a forrásallokáció, amelyet az *elérhető egészségnyereség nagysága* szerint határoznak meg. Az egészség-közgazdászok általában azzal érvelnek, hogy az erőforrásokat úgy kell elosztani, hogy az aggregált egészségnyereség a lehető legnagyobb legyen. Ezzel szemben mások úgy vélekednek, hogy ez a fajta allokációs alapelve elfogadhatatlan diszkriminációt eredményezne az idősek és olyan hátrányos helyzetű csoportok rovására, amelyek kevésbé képesek profitálni az egészségügyi ellátásokból [Dolan–Cookson 2000]. Dolan és Cookson kvalitatív kutatásában arra az eredményre jutott: nem egyértelmű, hogy az emberek annak a betegnek adnak prioritást, aki több egészségnyereséget képes elérni a kezelés által. [Dolan–Cookson 2000] Humánus, morális érvekre hivatkozva az emberek jó része hajlik afelé, hogy mindenkinek egyenlő esélye legyen a kezelésre.

A QALY-megközelítés szerint az egészség javulásának társadalmi értéke arányos azzal az *időhorizonttal*, ameddig a beteg a kezelés pozitív hatását élvez. Például egy kezelés értéke kétszer akkora lesz annál, aki még várhatóan 20 évig él, mint egy azonos korú beteg esetében, aki azonban várhatóan csak 10 évet él majd. Etikailag megkérdőjelezhető, hogy lehet-e ezen az alapon diszkriminálni [Nord 1999]. Olsen vizsgálata szerint a megkérdezett alanyok azonosnak ítélték meg azt a két esetet, amikor az ellátás eredményeként 100 ember él még 10 évig, azzal az esettel, hogy 80 ember él még 20 évig [Olsen 1994]. Vagyis ebben a kontextusban 1 000 életév egyenértékű volt 1 600 életévvel! Meg kell azonban jegyezni, hogy a hatás időbeni fennállása több tényező együtthatásának az eredője: várható élettartam, életkorra vonatkozó preferenciák, időpreferencia stb. Ezek hatását nehéz szétválasztani [Schwappach 2002].

A QALY-megközelítésben egy egészségügyi program társadalmi értéke *arányos azoknak az embereknek a számával, akik annak egészségi hasznait élvezik*. Az empirikus tanulmányok szerint azonban az emberek nem közömbösek az iránt, hogy az egészségnyereség hogyan oszlik meg. Az emberek azokat a programokat preferálják, amelyek minél több emberen segítenek, azonban ha túl kicsi az egy-egy ember által elérhető egészségnyereség, akkor inkább koncentrálnak rá. Az emberek azonban általában arra hajlanak, hogy ha csak lehetséges, mindenki kapjon valamikora egészségnyereséget [Olsen 2000].

A QALY-alapú egészségnyereség-maximalizálás szerint ha egy betegség *kezelési költsége* kétszer akkora, mint egy másik betegségé, akkor a drágább kezelést igénylő beteg ellátását csak akkor kellene előnyben részesíteni, ha az eredmény is legalább kétszer olyan értékes [Nord 1999]. Az egészségügyi ellátásnak azonban vannak olyan speciális területei, ahol a társadalommal nagyon nehezen, vagy egyáltalán nem lehetne elfogadtatni a költségek kizárólagos figyelembevételét. Ilyen ellátások például az életmentő beavatkozások. Az empirikus eredmények (lásd például: Nord et al. [1995]) is inkább arra engednek következtetni, hogy az emberek erősen „ellenállnak” ennek a maximalizálási érveknek, és inkább a betegség súlyosságát tekintik rangsorolási kritériumnak. Közgazdasági szempontból irracionálisnak kellene tekinteni ezt a viselkedést, mivel tulajdonképpen mindenki kezelési esélyét csökkenti. Nord három érveléssel támasztotta alá azt a nézetét, hogy miért tekinthető mégis racionálisnak ez a preferencia. Egyrészt az egyén számára hasznosságot jelenthet a tudat, hogy ha ő maga betegszik meg egy költséges betegségben, akkor meg fogja kapni a szükséges ellátást. A másik forrása a hasznosságnak, hogy az egyén elkerülheti az elutasításhoz kapcsolódó érzelmi terhet. A harmadik elem hasonló az „életmentés törvényéhez”: az emberek többségében benne van az a kötelességérzet, hogy segíteni kell a rászorulókon.

4. KÖVETKEZTETÉSEK

Az előzőekben is említett empirikus vizsgálatok alapján összességében három nagyobb következtetés vonható le [Schwappach 2002]. Egyrészt a válaszadók egy szignifikáns része gyakran nem hajlandó semmilyen szempont alapján rangsorolni a kezelésre szoruló betegeket. Másrészt az emberek általában elutasítják a szélsőséges

forrásallokációt. Azaz, még ha előnyben is részesítenek egy betegcsoportot, nem fordítanak minden erőforrást ennek a csoportnak a kezelésére: valamennyi erőforrást a nem preferált csoport számára is rendelkezésre bocsátanak. Harmadrészt az emberek még akkor sem viselkednek egészségmaximalizálóként, ha felhívják a figyelmüket arra, hogy döntésükkel lemondanak valamekkora egészségnyereségről. Sem a közvélemény, sem az egyének tehát nem támogatják teljesen a QALY-konceptió által képviselt döntési kritériumokat: a hasznosságmaximalizáláson kívül más megfontolásokat is figyelembe vesznek, és a különböző társadalmi tényezőknek fontos szerep jut az értékítéletükben.

Bár az előbbieken ismertetett empirikus eredmények a lakosság körében végzett általános vizsgálatokból származtak, ugyanígy sikerült már kimutatni, hogy a társadalmi értékek, különböző méltányossági megfontolások az egészségpolitika szintjén is jelentős hatással vannak a forráselosztási döntésekre [Devlin-Parkin 2004]. Ez arra ösztönözte az egészség-gazdaságtan képviselőit, hogy valamilyen formában reagáljanak a felmerült problémára. Az egyik lehetséges út, hogy a különféle szempontokat *méltányossági súlyok* segítségével explicite figyelembe vegyék a QALY-számítás és aggregálás során (például 1 megnyert QALY-t 1-gyel súlyoznának olyan beteg esetében, aki önhibáján kívül betegedett meg, és 1-nél kisebb súllyal vennék figyelembe azt a beteget, aki felelős volt a betegsége kialakulásáért). A méltányossági súlyrendszer kidolgozására már vannak kísérletek, de egyelőre számos módszertani nehézségbe ütközik. A másik lehetséges út, amely a jelenlegi gyakorlat is, hogy a méltányossági megfontolások figyelembevételét az egészségpolitikai döntéshozók hatáskörébe utalják, az ő belátásukra bízzák, és ezeket a szempontokat nem inkorporálják a QALY-számításba. Az utóbbi felfogás szerint az egészség-gazdaságtani elemzések – és az általuk szolgáltatott QALY-eredmények – sokkal inkább csak tájékoztató jellegűek, és több mozgásteret hagynak a döntéshozók számára.

IRODALOM

- Abellan-Perpinan J.M., Pinto-Prades J.L. (1999): „Health state after treatment: a reason for discrimination?” *Health Economics* 8: 701–707.
- Boncz I., Brandtmüller Á., Dózsa Cs., Gulácsi L., Jenei Gy., Nagy B., Pékli M. (2006): „Prioritásképzés az egészségügyben – a közgazdaságtan hozzájárulása” *Közgazdaság. Tudományos Füzetek*, 1(1): 97–104.
- Braveman, P., Gruskin, S. (2003): „Defining equity in health” *J Epidemiol Community Health* 57: 254–258.
- Brodzky V., Péntek M., Gulácsi L. (2008): „Efficacy of adalimumab, etanercept and infliximab based on ACR50 response in psoriatic arthritis after 24 weeks treatment” *Scand J Rheumatol* 37, 399–400.
- Culyer A.J. (2001): „Equity – some theory and its policy implications” *Journal of Medical Ethics* 27, 275–283.
- Devlin N., Parkin D. (2004): „Does NICE have a cost-effectiveness threshold and what other factors influence its decisions? A binary choice model” *Health Economics* 13, 437–452.

- Dolan P., Cookson R. (2000): „A qualitative study of the extent to which health gain matters when choosing between groups of patients” *Health Policy* 51, 19–30.
- Dolan P., Olsen J.A. (2001): „Equity in health: the importance of different health streams” *Journal of Health Economics* 20, 823–834.
- Dolan P., Shaw R., Tsuchiya A., Williams A. (2005): „QALY maximisation and people's preferences: a methodological review of the literature” *Health Economics* 14, 197–208.
- Drummond M.F., Sculpher M.J., Torrance G.W., és mtsai. (2005): *Methods for the economic evaluation of health care programmes* (third edition). New York: Oxford University Press Inc.
- Gulácsi L., Boncz I., Drummond M. (2004): „Issues for countries considering introducing the 'fourth hurdle'; The case of Hungary” *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 20:2:1–5.
- Gulácsi L. (szerk) (2005): *Egészség-gazdaságtan*, Medicina, Budapest
- Hauck K., Smith P.C., Goddard M. (2004): „The economics of priority setting for health care: A literature review” *HNP Discussion paper*. The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank.
- Johannesson M., Johansson P.O. (1996): „The economics of ageing: on the attitude of Swedish people to the distribution of health care resources between the young and the old” *Health Policy* 37, 153–161.
- Nord E. (1999): *Cost-value analysis in health care. Making sense out of QALYs*. Cambridge University Press.
- Nord E., Richardson J., Street A., Kuhse H., Singer P. (1995): „Maximising health benefits vs. egalitarianism: An Australian survey of health issues” *Social Science & Medicine* 41, 1429–1437.
- Olsen J.A. (1994): „Persons vs years: Two ways of eliciting implicit weights” *Health Economics* , 3:39–46.
- Olsen J.A. (2000): „A note on eliciting distributive preferences for health” *Journal of Health Economics* 19, 541–550.
- Péntek M., Szekanez Z., Czirják L., Poór Gy., Rojkovich B., Polgár A., Genti Gy., Kiss Gy. Cs., Sándor Zs., Májer I., Brodszky V., Gulácsi L.(2008): „A betegségprogresszió hatása az egészségi állapotra, életminőségre és költségekre rheumatoid arthritisben Magyarországon” *Orvosi Hetilap* 20; 149(16):733–41.
- Sassi F., Le Grand J., Archard L. (2001): „Equity versus efficiency: a dilemma for the NHS” *British Medical Journal* 323, 762–763.
- Schwappach D.L.B. (2002): „Resource allocation, social values and the QALY: a review of the debate and empirical evidences” *Health Expectations* 5, 210–222.
- Stolk E.A. (2005): „Introduction: Ethics and economics, where can they meet?” In: *Equity and efficiency in health care priority setting: How to get the balance wright?* PHD tézis. Ridderprint offsetdrukkerij bv, The Netherlands.
- Tsuchiya A. (1999): „Age-related preferences and age weighting health benefits” *Social Science & Medicine* 48, 267–276.
- Ubel P.A. (1999): „How stable are people's preferences for giving priority to severely ill patients?” *Social Science & Medicine* 49, 895–903.
- Ubel P.A., Loewenstein G. (1996): „Distributing scarce livers: the moral reasoning of the general public” *Social Science & Medicine* 42, 1049–1055.

- Wagstaff A. (1991): „QALYs and the equity-efficiency trade-off” *Journal of Health Economics* 10, 21–41.
- Whitehead M. (1992): „The concepts and principles of equity in health” *International Journal of Health Services* 22, 429–445.
- Williams A., Cookson R. (2000): „Equity in health” In: Culyer A.J., Newhouse J.P. (szerk.): *Handbook of Health Economics*, Vol. 1. Elsevier Science B.V.
- Wittenberg E., Goldie S.J., Fischhoff B., Graham J.D. (2003): „Rationing decisions and individual responsibility for illness: Are all lives equal?” *Medical Decision Making* 194–211.