

TANYI ATTILA  
KOLLÁNYI ZSÓFIA

# Etika és egészség- politika

DEMOS  
MAGYARORSZÁG

2008. május



# Tartalomjegyzék

4	1. RÉSZ: BEVEZETÉS
6	2. RÉSZ: JOG AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSHOZ
6	2.1 Egészség és/vagy egészségügyi ellátás?
8	2.2 Mit jelent az igazságosság?
8	2.3 Haszonelvűség
9	2.3.1 Gibbard haszonelvű rendszere
11	2.3.2 A haszonelvűség kritikái
12	2.3.3 Gyakorlati példák a haszonelvűség alkalmazására a hozzáférésben
14	2.4 Libertarianizmus
14	2.4.1 Nozick libertarianizmusa
14	2.4.2 Buchanan liberális egészségügyi modellje
17	2.4.3 Gyakorlati példák a libertarianizmus megjelenésére a hozzáférésben
21	2.5 Közösségelvűség
21	2.5.1 Michael Walzer közösségelvűsége
22	2.5.2 Emanuel „liberális közösségelvűsége”
23	2.5.3 Gyakorlati példák a közösségelvűség megjelenésére a hozzáférésben
26	2.6 Egyenlőségelvűség
27	2.6.1 Ronald Dworkin aukciója és hipotetikus piaca
29	2.6.2 Norman Daniels méltányos esélyegyenlősége
30	2.6.3 Gyakorlati példák az egyenlőségelvűség megjelenésére a hozzáférésben
33	3. RÉSZ: MAKROALLOKÁCIÓ
34	3.1 Haszonelvűség
37	3.2 Közösségelvűség
37	3.2.1 A CHP-k kialakítása és felépítése
39	3.2.2 A CHP megvalósíthatósága
40	3.3 Egyenlőségelvűség
43	3.4 Makroallokáció és annak elvei a gyakorlatban
47	4. RÉSZ: MÉLTÁNYOS DEMOKRATIKUS PROCEDÚRA
51	5. RÉSZ: ÖSSZEGZÉS
53	HIVATKOZOTT IRODALOM

# 1. RÉSZ: BEVEZETÉS

A DEMOS Magyarország Alapítvány jelen tanulmányában az egészségügyi rendszert vetjük etikai szempontú vizsgálat alá, elsősorban az egészségügyi rendszer igazságosságát, egyáltalán az egészségügyi ellátással kapcsolatban értelmezhető igazságosság mibenlétét illető kérdéseket feltéve. A fejlett nyugati országokban az egészségügy etikai dimenziója hosszú évtizedek óta áll a tudományos érdeklődés középpontjában, Magyarországon ezzel szemben alig néhányan foglalkoznak ezzel a területtel. Maga a megközelítés pedig – néhány specifikus, ám különösen „népszerű” problémakörtől, így például az abortusz vagy az eutanázia kérdésétől eltekintve – szinte egyáltalán nem vált a társadalmi közbeszéd tárgyává.

Ezzel együtt aligha találunk olyan embert, akinek ne volna többé-kevésbé szilárd álláspontja azzal kapcsolatban, hogy milyen is volna az igazságos egészségügyi rendszer, az kinek mit és miért biztosítana. Ez így helyénvaló is. Természetükénél fogva az etikai kérdések eldöntése nem kisajátítható valamely szakmai, szakértői csoport által, velük kapcsolatban egyetlen orvos vagy politikus sem kompetensebb, mint bármely állampolgár. Ugyanakkor, ahogy számos, nagyon különböző következtetésekre jutó etikai elmélet verseng egymással sokféle lehetnek az ezek mentén kialakított egészségügyi rendszerek is. Ráadásul sokszor egyáltalán nem könnyű a különféle etikai indíttatások által felvázolható lehetőségek közötti választás. Arra az egészen egyszerű kérdésre például, hogy mi az egészségügyi rendszer célja, nagyon sokféle válasz adható. Mindenki számára egyenlő hozzáférést biztosítani az egészségügyi szolgáltatásokhoz? Minél nagyobb egészségnyereséget elérni? Mit jelentene ez pontosan? Minél több ember, minél több élet megmentését, minél jobb minőségű életek „előállítását”? Bár ezekre a kérdésekre valószínűleg valamilyen határozott válaszokat tudunk adni, ha alaposan megvizsgáljuk ezeket, kiderülhet, hogy a megoldások akár egymásnak homlokegyenest ellentmondó célokat is jelenthetnek. Az az egészségügyi rendszer például, amelyik mindenkinek minden elérhető ellátáshoz egyenlő hozzáférést biztosít, valószínűleg nem lesz maximálisan hatékony a bármiféleképpen értelmezett egészségnyereség szempontjából, vagyis az egyenlőség és a maximális hasznosság kívánalmai nem elégíthetők ki egy időben. De a különféle képpen értelmezett „hasznok” is ellentmondásba kerülhetnek egymással. Ha erőforrásaink korlátozottak (márpedig azok), és a következő két lehetőség közül csak az egyiket tudjuk megvalósítani, akkor egy ember életét hosszabbítsuk meg tíz évvel vagy tíz emberét fejenként eggyel? Felmerülhet az a kérdés is, hogy figyelembe kell-e vennie az egészségügyi rendszernek azt, hogy vigyázott-e valaki az egészségére, vagy tudatosan és felelőtlenül rombolta azt? De mielőtt rávágnánk a választ, gondoljunk meg, biztos, hogy mindenki, aki nem „vigyáz” az egészségére, teljes mértékben felelőssé is tehető-e ezért. Tanulmányunk egyik célja, hogy világosan bemutassuk a sokféle forrásból táplálkozó és számtalan irányba mutató etikai elvek gyökereit, azokat a koherens, jól kidolgozott, az erkölcsfilozófia tárgykörébe tartozó elméleteket, amelyek mindennapi meggyőződéseinkben, döntéseinkben is tetten érhetők.

Ennél azonban tovább akarunk menni. Tanulmányunk végső célja, hogy a ma Magyarországon létező egészségügyi rendszer etikai alapjait azonosítsuk, rámutatva az annak kialakításában fellelhető, esetleges inkohereciákra is. A legkevésbé, amit állíthatunk, hogy bár bizonyos helyeken (egészségpolitikai dokumentumokban, jogszabályokban) fellelhető etikai indíttatású hivatkozások, a rendszer egésze nem áll egységes etikai alapokon.

A tanulmányban két területre koncentrálnak: az egészségügyi ellátási javakhoz (*health care resources*) történő hozzáférés megalapozására, amit tipikusan igazságossági megfontolásokra építenek, illetve a szűk erőforrások konkrét elosztását szabályozó, makroallokációs mechanizmusokra. A hozzáféréssel, a hozzáférés igazságosságával kapcsolatban az egyenlőségelvű, a haszonelvű, a közösségelvű, valamint a libertariánus elméletet mutatjuk be részletesen, az allokáció kapcsán pedig ugyanezeket, kivéve az allokációt eleve elutasító libertariánus elméletet. Az elméletek bemutatása mellett mindenhol praktikus példákat szerepeltetünk, részben a magyar egészségügyi rendszer területéről, részben más, jellemzően nyugati országok egészségügyi rendszereiből.

# 2. RÉSZ: JOG AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSHOZ

Az egészségpolitika etikája két nagy területre oszlik. Mindkettő az egészségügyi ellátási javak elosztására koncentrál, de ezt különböző megközelítéssel, különböző absztrakciós szinten teszi. Az első megközelítés az egészségügyi ellátásokhoz történő hozzáférést vizsgálja, a második pedig azt, hogy miként történik egy egészségügyi rendszerben a rendelkezésre álló erőforrások allokációja.

Az első megközelítés központi kérdése az, hogy kötelessége-e az államnak az állampolgárok részére hozzáférést biztosítani az egészségügyi ellátási javakhoz vagy sem. Ehhez szorosan kapcsolódik az is, hogy ez a kötelezettség jogok formáját ölti-e az állampolgárok oldalán<sup>1</sup>. Végül a terület harmadik vizsgált problémaköre az állami kötelezettség pontos tartalmát érinti. Fontos ugyanis tudnunk, hogy pontosan mire is terjed ki ez a kötelezettség: csupán egy egészségügyi szolgáltatásminimum biztosítására, vagy arra, hogy az ellátórendszernek minden állampolgár egészségügyi szükségleteit ki kell elégítenie, vagy esetleg még ezen is túlmegegy. Elemzésünkben mi az első és a harmadik kérdéskör vizsgálatára koncentrálunk, vagyis arra keressük a választ, hogy kell-e, és ha igen, mit kell biztosítani az államnak.

## 2.1 Egészség és/vagy egészségügyi ellátás?

Mielőtt rátérnénk az elemzésre, röviden tisztáznunk kell, hogy mihez való jogról, mihez való hozzáférésről is beszélünk: az *egészséghez* mint olyanhoz vagy az *egészségügyi ellátási javakhoz*. A filozófiai szakirodalom egészen mostanáig leginkább az utóbira koncentrált<sup>2</sup>, de egyre több tanulmány az egészségügyi ellátás helyett<sup>3</sup> az egészséggel foglalkozik, sőt azok közül is, akik korábban az egészségügyi ellátásra koncentráltak, ma már sokan az egészség szerepét hangsúlyozzák<sup>4</sup>. Logikusnak tűnik, hogy az egészséget helyezzük vizsgálódásunk fókuszába, hiszen mi másért érdekelne minket az egészségügyi ellátás, ha nem azért, mert maga az egészség érdekel minket? Míg az egészség számos szempontból fontos adottság, az egészségügyi ellátás csak egy annak sok meghatározó eleme közül, a felmérések szerint ráadásul nem is a legfontosabb<sup>5</sup>. Számtalan okunk van törekedni arra, hogy javuljon az emberek egészségi állapota, illetve – jelen tanulmány szempontjából különösen – hogy csökkenjenek az egészségi állapotbeli egyenlőtlenségek<sup>6</sup>.

1 A jogok klasszikus felfogása szerint az, aki a joggal rendelkezik, jogosult valamire valamely másik féltől (ez éppúgy lehet személy, mint intézmény), ezért ennek a másik félnek kötelessége a jog tárgyát biztosítani a jogosult számára. A jog lehet erkölcsi és törvényes jog is: az előbbi esetben a jog alapját/igazolását valamilyen erkölcsi elmélet adja, míg az utóbbi esetben a törvény az, ami igazol. Erkölcsi jog például valamennyi alapvető emberi szabadságjog, jóllehet ezeket a legtöbb országban törvények is garantálják. Az erkölcsi joggal szemben álló kötelezettség erős, amennyiben mindenkinek, aki megfelelő helyzetbe kerül, biztosítani kell a jog tárgyát a jogosultnak. Léteznek ugyanakkor gyenge kötelezettségek is, amelyeket mindenki maga vesz magára: tipikusan ilyenek a karitatív kötelezettségek vagy a lelkiismereti kötelezettségek. Ezekhez nem társulnak nekik megfelelő jogok és jogosultságok, csak azt a személyt kötelezik, aki felvállalta ezeket és csak arra, amit felvállalt.

Ez alapján talán már érthető, miért helyezzük mi itt a fókuszot az erkölcsi jogokra: a hozzájuk társuló kötelezettségek nem önkéntesek, ezért ha valóban (erkölcsi) jogunk van az egészségügyi ellátáshoz, akkor azt valamilyen mértékben mindenkinek számára biztosítani kell. Egyesek szerint ugyanakkor nem feltétlenül van szükség erre a megközelítésre, mivel az önkéntesen vállalt kötelezettségekre is lehet állami elosztó politikát építeni, legalábbis az egészségügyi ellátás esetében (lásd például a később a libertarianizmus kapcsán bemutatott elméleteket).

2 Daniels 1985; Segall 2007

3 Anand 2002; Culyer és Wagstaff 1993; Le Grand 1987; Williams és Cookson 2000; Hausman 2007; Sreenivasan 2007; Peter 2001

4 Brock 2000; Daniels 2001

5 Wilkinson 1996; Kawachi, Kennedy és Wilkinson 1999

6 Woodward és Kawachi 2007

Ezek közül talán az igazságosság a legfontosabb: az emberek egészségi állapotának egyenlőtlenségei java- részt igazságtalannak tekinthetők, ezért azokat csökkenteni kell. Ezzel az állítással, illetve annak folyományaival kapcsolatban még akkor is számos kérdésben egyetértés van az emberek között, ha nem tisztázzuk, pontosan mit is értünk itt igazságosság alatt.

Az egészségi állapot javítása melletti, további indok, hogy az egészségi állapot bizonyos egyenlőtlenségei a társadalom minden tagjának károsak lehetnek. A rossz higiénés körülményeknek, a fertőző betegségeknek, de az alkoholizmusnak vagy a drogfogyasztásnak is vannak olyan, úgynevezett externális hatásai, amelyek a közvetlenül érintetteken kívül másokra, végső soron az egész társadalomra hatással vannak.

Az állami erőforrásoknak az egészségi állapot javítása érdekében történő mozgósítása mellett szól egészen egyszerűen az is, hogy emez, vagyis az egészségi állapot szoros függvénye amannak, vagyis az állami politikának. Megfelelő intézkedésekkel – adópolitika, szabályozási kérdések, jóléti szolgáltatások stb. – az emberek egészségi állapota látványosan javítható „indirekt”, az egészségügyi rendszeren kívüli mód- szerekkel is, mivel így csökkenthetők a köztük lévő egyenlőtlenségek.

Természetesen mindegyik indok vitatható, még a legerősebb is, ahogy arra már korábban is utaltunk. Ettől függetlenül egyre inkább egyetértés alakul ki abban, hogy az *egészség* és nem az *egészségügyi ellátás* az alapvető ügy, és ezért az egyenlőtlenségek megszüntetésének feladata sem maradhat kizárólag az utóbbi keretein belül.

Jogosan merülhet fel hát a kérdés, hogy ebben a tanulmányban miért szűkítjük le a vizsgálódás körét az egészségügyi ellátásra. Filozófiai okunk nincs erre. Ilyen, egyébként gyakran hivatkozott indok<sup>7</sup> lehetne, hogy az egészség nem elosztható jószág (nem tudok elvenni valakinek az egészségéből, hogy másnak adjam). Ha valahogy azonban mégis ilyesmire törekszünk, akkor mondhatnánk, hogy azt csak az egészségügyi szolgál- tatások elosztásán keresztül lehet megvalósítani. Az az állítás, hogy az egészség nem elosztható, természe- tesen igaz, a második állítás viszont hamis. Annak háttérében, hogy egyáltalán legyen értelme az egészség „elosztásáról” beszélni, ugyanis éppen az a meggyőződés húzódik meg, hogy azt számos, a szigorúan értel- mezett egészségügyi szolgáltatásokon kívüli tényező befolyásolja. Az igazán érdekes kérdés tehát nem az, hogy miként oszlanak el az egészségügyi ellátási javak, hanem az, hogy miként oszlanak el *mindazon javak*, amelyek az egészségi állapotot befolyásolhatják. Az újabb irodalmak ezért már leginkább az egészség társadal- mi meghatározóival<sup>8</sup> (*social determinants of health*) foglalkoznak, és azok igazságos elosztását kutatják<sup>9</sup>.

Nincs tehát elméleti indokunk arra, hogy az egészség helyett az egészségügyi ellátással foglalkozzunk. Hogy mégsem az egészségre koncentrálunk, az egyrészt azért van, mert túl bonyolult kérdés ahhoz, hogy érdemlegesen tudjuk elemezni. Már abban az alapvető kérdésben sincs egyetértés, hogy mi tartozik az egészség társadalmi meghatározói közé. Nagyobb probléma azonban, hogy gyakorlatilag nem létezik az elosztás igazságosságának magát az egészséget érintő, kidolgozott elmélete, szemben az egészségügyi ellátás elosztásával kapcsolatos igazságosság kérdésével. Ezen a területen sokkal magasabb fokú a kidolgo- zottság. Számos elmélet, megközelítés létezik, és ezek sokat segíthetnek a ma Magyarországon releváns kérdések felvetésében, illetve azok tisztázásában. Erre nagy szükség is van, hiszen nálunk az egészségügyi ellátás – más országokban részletesen elemzett és széles körben megvitatott – elosztási kérdései sem élveznek különösebb figyelmet. Bár szokás nemzeti kockázatközösséget meg igazságosságot és méltányossá- got emlegetni, de szinte semmilyen párbeszéd nem folyik arról, hogy mit is kell érteni ezen fogalmak alatt. Ezért úgy véljük, nem védhetetlen az a döntés, hogy vizsgálódásainkat egyelőre csak az egészségügyi ellátási javak elosztására szűkítjük.

7 Lásd például Daniels 1985, 6; Segall 2007, 15

8 Ezek a tényezők lehetnek anyagiak – relatív jövedelem, jövedelem eloszlása, fizikai környezet, életmód, oktatás, társadalmi struktúra, politikai folyamatok –, és lehetnek pszichológiaiak (társadalmi-életstílus) – tiszteltetés, elismerés, önbecsülés, emberi kapcsolatok, stressz – is.

9 Brock 2000; Daniels 2001; Wilkinson és Marmot 2006; Wilkinson 2006

## 2.2 Mit jelent az igazságosság?

Most, hogy tisztáztuk, mivel *nem* foglalkozunk, áttérhetünk az egészségügyi ellátási javak elosztásával kapcsolatos elméletek vizsgálatára. Mint említettük, az egészségügyi ellátáshoz való jogot a legtöbb országban tipikusan méltányossági, igazságossági megfontolásokra alapozzák (az angol nyelvű szakirodalomban leggyakrabban előforduló kifejezések, a 'just', 'fair', 'equitable' *distribution* mind erre utalnak). Önmagában azonban az, hogy igazságosságra vagy méltányosságra törekszik, semmit nem mond egy adott megközelítés konkrét érvrendszeréről. Az igazságosság fogalma, annak tartalma ugyanis tisztázatlan<sup>10</sup>: nemcsak a köznapi gondolkodásban, de a filozófiában is számtalan különböző tartalommal tölthető fel. Ezért először itt is azt kívánjuk világossá tenni, hogy az igazságosság mely felfogásai *nem* érdekelnek minket.

Az egyik domináns megközelítés az igazságosságot gyakorlatilag a formális egyenlőséggel azonosítja. Eszerint az „egyenlőket” egyenlőkként, a „nem egyenlőket” nem egyenlőkként kell kezelni. Bár ez az úgynevezett *formális igazságossági* megközelítés valószínűleg elsősre bárki számára tetszetősnek tűnik, hamar kiderül, hogy éppen a legfontosabbat nem tisztázza, vagyis hogy mikor is tekint két embert egyenlőnek, melyek azok a kritériumok, amelyek viszonylatában az egyenlőség értelmezendő. Éppen ezekkel a kritériumokkal foglalkoznak az úgynevezett *materiális igazságossági* elméletek. Ezek – elméletről elméletre változóan – az egyenlőség kritériumának tekinthetnek például a szükségletet, az érdemet, az erőfeszítést, a hozzájárulást és még sok más lehetséges szempontot. Az igazságossági elv tehát ezen megközelítéseknél az, hogy „mindenkinek a szükséglete szerint”, „mindenkinek az érdeme szerint” és így tovább.

A probléma az<sup>11</sup>, hogy különböző elosztási helyzetekben különböző kritériumokat alkalmazunk, tartunk megfelelőnek: az adófizetésnél a teherviselő képességet, az életmentő egészségügyi beavatkozásoknál a szükségletet, a jutalmazáskor az érdemet. Sőt az is előfordulhat, hogy egy adott helyzetben több materiális elv is alkalmazható lenne. Minden ilyen esetben el kell dönteni, hogy melyik elv alkalmazandó, vagy ha több elv is alkalmazható, akkor miképp súlyozzuk azokat. Önmagukban, ezen döntési mechanizmusok pontos leírása nélkül a materiális elvek tehát nem alkotják az igazságosság teljes elméletét, nem teszik lehetővé, hogy bármely elosztási döntésről megállapíthassuk, hogy az „igazságos” vagy sem. Olyan koncepcióra van szükségünk, amely pontos útmutatást ad arra nézve, hogy milyen helyzetben melyik materiális elvet használjuk, illetve hogy miképp súlyozzuk azokat, ha többet kell egyszerre alkalmazni. Valamiféle *általános igazságosságelméletet* kell tehát keresnünk – ilyenből azonban több is van. Az itt következőkben négy általános igazságelméletnek, a haszonelvűségnek, az egyenlőségelvűségnek, a közösségelvűségnek és a libertarianizmusnak az egészségügyi ellátásra vonatkozó elképzeléseit tekintjük át<sup>12</sup>.

## 2.3 Haszonelvűség

A haszonelvű gondolkodás magva az, hogy az a helyes elosztás, amely a legnagyobb elérhető hasznosságot, a legjobb következményeket produkálja. A haszonelvűeknél a társadalmi szintű hasznosság nem egyéb, mint az egyéni hasznosságok egyszerű összege. A haszonelvűek által követett stratégia *átfogó*: azt vizsgálják, hogy *mi következik ebből az általános elvből* az egészségügyi ellátási javak elosztására nézve. Ebből rögtön három általános következtetés vonható le<sup>13</sup>.

10 Beauchamp és Childress 1994, Chapter 6; Daniels 1985, Chapter 1

11 Rawls 1971

12 Azok körében, akik specifikus témánk, az egészségügyi ellátás javainak elosztását illetően szeretnének bármely helyzetben alkalmazható elvekhez jutni, két megközelítés dominál. (Jacobs 2004, 176-8) Az *átfogó* stratégiával élők az általános elméletből akarják levezetni az egészségpolitikával szembeni elvárásokat, míg a *korlátozott* stratégia hívei amellettt érvelnek, hogy az egészségügyi ellátás különleges jószág, az annak elosztását szabályozó elvek legjobb esetben is kiterjesztései, de semmiképp sem inherens részei valamely általános elméletnek. Az egyes elméletek bemutatásakor utalunk majd arra, hogy azok az *átfogó* vagy a *korlátozott* stratégiát követik-e.

13 Buchanan 1981/2006, 635-6; Beauchamp és Childress 1994, 335-6



- A. A haszonelvű rendszerben nem garantált az egészségügyi ellátáshoz és még kevésbé az egyenlő ellátáshoz való jog.
- B. A haszonelvű irányzat csak akkor ismeri el a jog létét, ha empirikusan – vagy inkább gondolat kísérletek útján – igazolható, hogy a konkrét körülmények között valóban valamiféle jog intézményi szintű biztosítása eredményezi a legnagyobb hasznosságot.
- C. Az azonban, hogy ez a jog mindenkire vagy minden ellátásra nézve egyenlő lesz, még ekkor sem biztos (csak ha – az eddigiekkel összhangban – az *egyenlő* jog biztosítja a legnagyobb összhasznosságot)<sup>14</sup>.

Bár a haszonelvűség kifinomultabb változatai nem követelik meg, hogy a mindennapi életünket is folyamatosan a haszonelvűség szerint éljük, azt megkívánják, hogy a legalapvetőbb intézményi szinten legalább haszonelvű igazolást alkalmazzunk. Magyarán, miközben az egyénnek nem kell minden egyes döntésénél a haszonmaximalizálást célul tűzni, sőt a jogok is beépíthetők a haszonelvű intézményi rendszer garanciái közé, ezen jogok végső igazolásának – mint fent is láthatjuk – haszonelvűnek kell lennie<sup>15</sup>. Egyes haszonelvű gondolkodók szerint még ezekkel a megkötésekkel is létezhet jog, mégpedig akár egyenlő jog is az egészségügyi ellátáshoz.

### 2.3.1 Gibbard haszonelvű rendszere

Allan Gibbard az úgynevezett *ex ante* Pareto-elvet<sup>16</sup> társítja a haszonelvűséghez. Eszerint két intézkedés közül etikailag az a jobb, aminek esetében minden egyes ember kilátásai legalább annyira jók, mint a másik intézkedés esetében, és legalább egy ember kilátásai jobbak<sup>17</sup>. Egy kilátás Gibbard szerint annál „jobb”, annál kívánatosabb az egyénnek, minél nagyobb eséllyel teszi lehetővé, hogy azt az életet élje, amely a legnagyobb (meg)elégedettséget jelenti a számára. Az intézkedéseket minden konzekvenciájukkal, így (egészségügyi ellátásokról lévén szó) egészségi hatásaikkal, költségeikkel, az általuk okozott, egyéb terhekkal (például fájdalommal) együtt kell tekintenünk. Gibbard további feltétele, hogy az adott intézkedésnek mind technológiailag, mind gazdaságilag megvalósíthatónak kell lennie<sup>18</sup>. Egy intézkedés tehát előremozdulást jelent, vagyis a haszonelvű rendszerben elfogadható, ha az alábbi feltételek mindegyike teljesül:

- A. Senkinek a kilátásai sem romlanak.
- B. Legalább egy ember kilátásai javulnak.
- C. Az intézkedés technológiailag/gazdaságilag megvalósítható.

Ezen alapelvek lefektetését követően Gibbard az alábbi három kérdésre keresi a választ.

#### 1. Elvárható-e a lehető legjobb ellátás?

Gibbard szerint a fenti elvek nem követelik meg, hogy mindenkinek a lehető legjobb egészségügyi ellátást nyújtsuk<sup>19</sup>. Ha például a „lehető legjobb” olyasmis volna, ami technológiailag és/vagy gazdaságilag kivitelezhetetlen, teljesítését az elv eleve kizárja. Senki nem „követelhet” magának gyógyszerrel egy gyógyíthatatlan betegségre, és senki nem várhatja el, hogy egy, a világ összes erőforrását felhasználva sem kifizethető ellátást biztosítsanak a számára.

14 Tehát, bár eddig az egészségügyi ellátáshoz való jog alatt egyenlő jogokat értettünk, a haszonelvűségben semmi garancia nincs arra, hogy végeredményképpen ezt is kapjuk.

15 Ez sokak szerint kérdésessé teszi, hogy beszélhetünk-e egyáltalán jogokról.

16 A Pareto-elv azt mondja ki, hogy minden olyan változás javulásnak tekinthető egy helyzetben, ahol miközben legalább egy szereplő helyzete javul, egyetlen szereplő helyzete sem romlik. Az *ex ante* kitétel azt jelenti, hogy előre, a konkrét esemény megtörténte előtt megítélhető annak etikai értéke.

17 *Desirable* – jó, vonzó, kívánatos.

18 Gibbard 1984, 265, 268-270

19 Gibbard 1984, 270-3

De még ha feltételezzük is, hogy a legjobb ellátás kivitelezhető, akkor is valószínűtlen, hogy mindannyian minden beavatkozással kapcsolatban úgy ítélnék, hogy az – függetlenül az áráról és a hatékonyságától – növeli saját hasznosságunkat. Márpedig a fenti elv pontosan ezt követelné. Például egy képtelenül drága vagy épp veszélyes beavatkozást, ami ráadásul esetleg csak egészen minimálisan javít a páciens élet-esélyein vagy életminőségén, aligha tekintenénk olyanak, ami javítja az összhasznosságot<sup>20</sup>. Vagy gondoljunk a szépészeti műtétekre: bár valószínűleg mindannyiunkon lenne „igazítanivaló”, és sokan anyagilag is megengedhetnének maguknak egy ilyen operációt, mégis csak az emberek kisebbik része vállalja ezt. Ennek elsődleges oka valószínűleg az, hogy összességében – költségeivel, kockázataival, az okozott fájdalommal együtt – legtöbbünk számára, ha nem is csökkenti, de a lélektani határt nem kellő mértékben meghaladva növeli hasznosságunkat.

Mely ellátások emelkedhetnének tehát a jog státuszára? A probléma a legjobban egy biztosítási döntéssel modellezhető: *milyen ellátásokra vennének biztosítást az emberek egy piaci szituációban, és milyenekre nem*<sup>21</sup>? Azok az ellátások, amelyekre – céljaiktól hajtva – kivétel nélkül mindannyian biztosítást kötnének, „érdemesek” arra, hogy jogként építsük be a rendszerbe, amelyekre viszont nem kötnének biztosítást, azok értelemszerűen nem jelentenek elegendő hasznosságot, ezért nem válhatnak joggá. Bizonyosan lennének olyan helyzetek, amikor a biztosítás megvásárlására vonatkozó döntés nemleges. A fent bemutatottak mellett még életmentő beavatkozások sem feltétlenül érik meg egy egészséges embernek, hogy minimális bekövetkezési eséllyel bíró betegség esetére biztosítsa magát.

## **2. Egyenlő-e a hozzáféréshez való jog?**

A második probléma, amit Gibbard vizsgál, az egyenlő hozzáférés jogának kérdése<sup>22</sup>: kell-e mindenkinek hozzáférést biztosítani a szükséges egészségügyi ellátáshoz, függetlenül attól, hogy milyen az illető anyagi helyzete, hol lakik, milyen családba született stb. Másként fogalmazva: csak az egészségi állapot határozza meg a hozzáférést? Gibbard válasza bár nem határozott, de nemleges.

A fent bemutatott biztosítási döntéshelyzetre az egyenlő hozzáférés problémája a következőképpen fordítható le: vajon mindenki ugyanazt a biztosítási csomagot vásárolná meg, ha a társadalmi és gazdasági helyzetük egyébként minden szempontból méltányos lenne<sup>23</sup>? Gibbard szerint nem, mert számos olyan tényező befolyásolná a döntést, amelyekben az emberek még ekkor is különböznenek: személyes preferenciáiktól kezdve a lakóhelyük egészségügyi szolgáltatással való ellátottságán keresztül egészen a jövedelmi különbségekig, amelyeket egy méltányos világban sem küszöbölhetünk ki.

Ugyanakkor, mint arra korábban már utaltunk, a valóságos piacokat Gibbard túl tökéletlennek tartja ahhoz, hogy a legjobb megoldást jelentsék az egészségügyi javak elosztására, többek között éppen azért, mert nem vagyunk haszonelvű értelemben tökéletes döntéshozók – vagyis nem hozunk okvetlenül az összhasznosságot maximalizáló döntéseket. Ennek megfelelően Gibbard nem zárja ki annak a lehetőségét, hogy az egészségügyi ellátáshoz való a közel egyenlő hozzáférés eredményezné a legmagasabb összhasznosságot, amit a fent lefektetett elveket követve elérhetünk.

20 Bár vizsgálatunk tárgya, mint a bevezetőben már leszögeztük, az állam kötelezettségeinek tisztázása az egészségügyi rendszerekkel kapcsolatban, az egyéni szintű preferenciákba éppen úgy be kell épülnenek egy állami egészségügyi rendszer fenntartásának, finanszírozásának költségei is. Emellett egy adott beavatkozás költségeit „lehetőségeköltségeként” is felfoghatjuk: amit arra költünk, másra már nem költethetjük el.

21 Hangsúlyozzuk, hogy ez csupán egy modell. Gibbard annak ellenére, hogy példája merőben piaci szempontú, nem gondolja, hogy a piac lenne a megfelelő mód az egészségügyi ellátási javak elosztására. Ugyanis a piac a valóságban nem tökéletes, az emberek a valóságban nem tökéletes döntéshozók, ráadásul a biztosítási csomagokat nem felnőttként, hanem még a felnőtté válás előtt, sőt talán a fogantatást megelőzően kellene választani, ha a méltányos elosztást biztosítani akarjuk. Mindazonáltal a széles körben preferált ellátási csomagoknak jó modellje a biztosítási piac.

22 Gibbard 1984, 274-6

23 Méltányos alatt itt a haszonelvű értelemben vett méltányosságot értjük, vagyis a korlátozott erőforrások azon elosztását, amely a legnagyobb összhasznosságot eredményezi.

### 3. Kell-e minimális ellátás?

Harmadikként Gibbard azt próbálja megmutatni, hogy a fenti elv viszont igenis megköveteli a tisztességes minimális ellátást<sup>24</sup>. Minimális ellátás alatt itt azt a csomagot kell értenünk, amelyre kivétel nélkül minden ember megkötné a biztosítást, miközben tisztában van a csomagban szereplő ellátások össztársadalmi költségével. Gibbard két érvet hoz az állítása alátámasztására:

- a) Intuitíven, a haszonelvűség szempontjait figyelmen kívül hagyva is mindenki vásárolna legalább valamilyen minimális biztosítási csomagot, amit azért Gibbard meglehetősen bőkezűnek feltételez. Egy bizonyos szintig ugyanis bárki életkilátásait javítja az, hogy egyes egészségügyi ellátások elérhetőek a számára.
- b) Egy tisztán haszonelvű érv is felhozható az egyenlő minimális csomag biztosítása mellett, aminek egyébként egy jól ismert, az imént tárgyalt egyenlő hozzáféréssel összefüggő, szintén haszonelvű érv az alapja. Eszerint az érvelés szerint, mivel bármely jószág, így a pénz határhaszna is csökkenő, vagyis minél több van belőle, annál kisebb hasznosságot eredményeznek az újabb és újabb egységek, az egy újabb extra forint jövedelemmel megvásárolható életkilátás-javulás a jövedelem növekedésével egyre kisebb elégedettségjavulást eredményez. Egyes haszonelvűek ezért azt gondolták, hogy ha fix nagyságú jövedelmet – vagy épp meghatározott mennyiségű egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést – kell elosztanunk a társadalomban, akkor a legméltányosabb, vagyis a legnagyobb összhasznosságot eredményező elosztás az egyenlőség.

Gibbard ezt ugyan nem utasítja el, de hozzáteszi, hogy az elv alkalmazhatatlan a gyakorlatban, hiszen a jövedelem (illetve ez esetben az elosztandó ellátásmennyiség) nem fix, hanem – megfelelő ösztönzőkkel – növelhető nagyságú. Ezért is – mint azt a 2. pontban bemutattuk – nem érvel az egyenlő hozzáférés mellett.

Vannak azonban olyan szükségletek – például a táplálkozás, a pihenés, és Gibbard ide sorolja az egészségügyi szükségleteket is –, amelyek kielégítése annyira sürgető, vagy olyan nagy mértékben befolyásolja az életkilátások alakulását, hogy megéri miattuk elmulasztani az esetleg nagyobb hasznosságot hozó vágyak kielégítését is. Ezekre az elosztható jövedelem vagy ellátásmennyiség nagyságára való tekintet nélkül teljesül a csökkenő határhaszon elve, így esetükben valóban az egyenlő elosztás biztosítja a maximális hasznosságot. Mindenkinek szüksége van bizonyos mennyiségű táplálékra, de nagyobb lesz az összhasznosság, ha mindenki éhes marad egy kicsit, mint ha néhányan éhen halnak, míg a többiek teljesen jól laknak. Ugyanígy mindenkinek szüksége van jó fogakra, de minél több egészséges foga van valakinek, annál kisebb plusz hasznosságot eredményez egy újabb. Gibbard szerint az egészségügyi ellátások legtöbb formája ide tartozik, kivéve a nagyon költséges beavatkozásokat, és talán azokat, amelyek szinte alig javítanak a páciens életesélyeit, hiszen ezek esetében vagy a költségek túl nagyok, vagy a költségekhez viszonyított hasznosság túl kicsi. Gibbard tehát, miközben elutasítja az egyenlő hozzáférés elvét, elfogadja, hogy mindenkinek joga van egy tisztességes minimumhoz, ami viszont igen kiterjedt szolgáltatásokat tartalmaz.

#### 2.3.2 A haszonelvűség kritikái

Természetesen, mint minden jelentősebb erkölcsi elmélettel, a haszonelvűséggel is vannak általános problémák<sup>25</sup>, de ezek tárgyalásával most nem foglalkozunk. Két, kifejezetten az egészségügyi alkalmazással kapcsolatos problémára azonban még így is fel kell hívnunk a figyelmet:

##### 1. A jog mégsem igazolható empirikusan

Ismét ki kell emelnünk, hogy a fent bemutatott, haszonelvű jogmegalapozás empirikus tényeken alapszik, és ezért esetleges. Nem is mindenki fogadja el, hogy az empiria igazolná az egészségügyi ellátáshoz való jogot. Sokan arra hivatkoznak például, hogy a fent leírt módon kialakított, bőséges minimumellátást bizto-

24 Gibbard 1984, 276-8

25 A legismertebb talán Rawls (1971), illetve Williams (1973) kritikája.

sító egészségügyi rendszer nem ösztönözné az embereket arra, hogy takarékoskodjanak a társadalom erőforrásaival. Pazarlóan bánnának azokkal, vagyis a rendszer nem biztosítaná az elérhető legnagyobb hasznosságot – így a jog empirikusan nem igazolható.

## **2. Nem igazolható az egyenlő jog**

A fenti érvelés igaz az egyenlő jogok kérdésére is. Ez a terület is empirikus kutatást igényel, és mint láttuk, még Gibbard sem állítja, hogy az ellátáshoz való jog egyenlő (igaz, a tisztességes minimumhoz való jog nevében aztán részben visszacsempészi ezt az egyenlőséget). Tehát ha valaki azt szeretné megmutatni, hogy létezik jog az egészségügyi ellátáshoz, és ez a jog egyenlő – márpedig a legtöbb ezirányú vizsgálódásnak éppen ez a célja –, akkor nem biztos, hogy haszonelvű alapon érdemes közelítenie ezekhez a kérdésekhez.

### **2.3.3 Gyakorlati példák a haszonelvűség alkalmazására a hozzáférésben**

Nem ismerünk olyan egészségügyi rendszert, ahol a hozzáférésben közvetlenül alkalmaznák a hasznossági elvet. Ugyanakkor azt, hogy adott körülmények között kinek (milyen jellemzőkkel leírható embereknek) és pontosan milyen tartalmú szolgáltatást nyújtson az ellátórendszer, ma már szinte kivétel nélkül mindenhol hasznossági elvek mentén határozzák meg, ami leginkább az ellátások költséghatékonyságának meglehetősen általános kívánalmában ragadható meg. Leegyszerűsítve ez azt a törekvést jelenti, hogy az egészségügyi rendszerek – szükségszerűen korlátozott forrásaikból – a lehető legnagyobb „nyereséget” tudják elérni, a lehető leghatékonyabban osztva el azokat. Ez azonban, bár nyilvánvalóan hatása van a hozzáférésre is, a makroallokáció tárgykörébe tartozik, amiről tanulmányunk második felében részletesen írunk majd.

Ugyanakkor ha az egészségügyi ellátási javak elosztása nem kellőképpen transzparens, hatékonysági szempontok is impliciten erőteljesen befolyásolhatják magát az egyes ellátásokhoz való hozzáférést. Azt, hogy idős vagy éppen végstádiumú betegek sokkal ritkábban részesülnek egyes, jellemzően invazív vagy nagy forrásigényű ellátásokban, mint azok, akik jobb általános egészségi állapotúak, az egészségügy általában *orvosinak tűnő* érvekkel indokolja, vagyis azzal, hogy a rendelkezésre álló orvosi eszközökkel nem lehet érdemben javítani az illető beteg állapotán. Valójában azonban ezeknek a döntéseknek a háttérben sokszor inkább hatékonysági, pontosabban a lehetséges hasznokat mérlegelő megfontolások állnak.<sup>26</sup> Az 1980-as évek közepén Angliában dokumentálták egy végstádiumú gyomorrákos beteg esetét, akinek legfeljebb néhány hete volt hátra az életéből, de azalatt rendszeresen vérátömlesztésre lett volna szüksége ahhoz, hogy életben maradjon.<sup>27</sup> Bár minden vérátömlesztés meghosszabbította volna egy-két nappal az életét, a vég elkerülhetetlen volt, közben viszont teljesen kimerült volna a kórház vérkészlete. A kórház két vérátömlesztés után úgy döntött, nem részesíti a beteget több ilyen kezelésben, mondván, állapotán az eljárás nem képes javítani. Ez nyilvánvalóan nem volt igaz: így a beteg néhány hét helyett néhány nap alatt halt meg, ami az ő és hozzátartozói számára valószínűleg lényeges különbség. A valódi, merőben haszonelvű, jöllehet inkább allokációs indok az volt, hogy az így „megspórolt” vérkészítményekkel más, várhatóan még hosszabb ideig élő betegeket lehet kezelni.

## **1. Minimálcsomag**

Valamiféle általánosan, mindenkinek biztosított minimálcsomag alkalmazása szinte minden egészségügyi rendszerben bevett gyakorlat, jóllehet ennek létét a legritkább esetben indokolják a fent bemutatott, közvetlen hasznossági elvekkel. A haszonelvűség kiindulópontja minden esetben az egyén, és a társadalmi hasznosságot, társadalmi költségeket is csak az egyéni hasznosságokból, illetve költségekből levezetve értelmezi. A minimális ellátás biztosítása ugyanakkor a legtöbb országban a haszonelvűség megközelítésétől merőben idegen elvi alapokon nyugszik. Befolyásolják az egyéni hasznokat figyelmen kívül hagyó,

<sup>26</sup> Brockmann 2000

<sup>27</sup> Kovács 2006, 172.

inkább egyenlőségelvű méltányossági megfontolások (ezekről a későbbiekben bővebben szólunk még), de akár olyan, egyéb társadalompolitikai szempontok is, amelyek maguktól az etikai megfontolásoktól is idegenek. Az, hogy a fejlett nyugati országok többségében, így Magyarországon is a gyerekek vagy a terhes nők egészségügyi ellátása minden egyéb szemponttól függetlenül nagyon bőkezű, inkább magyarázható például népesedéspolitikai megfontolásokkal, mint bármiféle etikai elvvel.

## 2. A hipotetikus biztosítási piac

Technikáját illetően az Egyesült Államok – ma még<sup>28</sup> – alapvetően magánbiztosításon alapuló egészségügyi rendszerére ráfogható volna, hogy Gibbard hipotetikus biztosítási piacát valósítja meg a gyakorlatban, így megfelel a haszonelvűségnek, de van két nagyon fontos szempont, ami miatt ez az állítás mégsem tartható.

Egyrészt Gibbard nem véletlenül beszél *hipotetikus* piaci döntésekről: több okból sem fogadja el, hogy egy tényleges piacon kialakuló elosztás valóban maximális hasznosságot eredményezne. A valódi piacok ugyanis korántsem tökéletesek. A döntéshozó egyének közel sem annyira jól informáltak és racionálisak, mint azt ez a modell feltételezi, ráadásul a piac kínálati oldalán álló szereplőknek számtalan eszközük van arra, hogy torzítsák a mégoly „jó” döntéseket.

Másrészt viszont a haszonelvűség és az USA egészségügyi rendszerének etikai alapját biztosító libertarianizmus (amit hamarosan részletesen is bemutatunk) közötti, sokkal alapvetőbb különbség, hogy a fent bemutatott haszonelvűség csak azért használja a biztosítási piac modelljét, hogy megállapítsa, melyek azok az ellátások, amelyekre kivétel nélkül mindenki kötne biztosítást, és amelyeket ennél fogva a „jog” rangjára emelhetnek a rendszerben, amely jogot akár az állam is biztosíthatja. Ez a lépés, a bármiféle állami kényszer ilyen jellegű igazolása pedig maximálisan idegen a libertarianizmustól, így az Egyesült Államok egészségügyétől is.

## 3. Nagy értékű beavatkozásokhoz való hozzáférés

Ha mégis konkrét példát szeretnénk arra, hogy mikor befolyásolják haszonelvű szempontok a hozzáférést az ellátáshoz, talán a különféle, nagyon nagy értékű beavatkozások, így például a különféle transzplantációk biztosíthatnak fogódzót. Bár valójában ezek is inkább köthetők a makroallokációhoz (hiszen szűkös források, jelen esetben átültethető szervek elosztására vonatkozó döntéseket jelentenek), a hozzáférés szempontjából is megközelíthetők.

Ahhoz, hogy egy új szerv befogadására alkalmasnak nyilvánítsanak valakit, szigorú feltételeknek kell megfelelnie, elsősorban az általános egészségi állapotát illetően. Ha egy szervért többen is „versengenek”, az erre hivatott bizottság amellet a páciens mellett fog dönteni, aki várhatóan a legtovább, a legjobb minőségben fog tudni tovább élni a transzplantáció után, vagyis akinél az új szerv a legnagyobb hasznosságot eredményezi. Ez eddig egyszerű makroallokáció. Ha azonban tekintetbe vesszük Gibbard biztosítási piacát is, és feltesszük a kérdést, hogy kötne-e valaki egy (valószínűleg drága) biztosítást arra, hogy mondjuk hetvenéves korában – ha erre lesz szüksége – netán részt vehessen egy szívatültetésen úgy, hogy esetleg csak néhány nappal tud majd tovább élni az új szervvel, a legtöbb ember valószínűleg nemleges választ adna. Az itt a gyakorlatban alkalmazott, a hozzáférésre vonatkozó döntési mechanizmus tehát bizonyos tekintetben megfelel a haszonelvű megközelítés által diktálnak.

28 Ebben a tanulmányban az Egyesült Államok egészségügyi rendszerére a legtöbbször mint az alapvonaliban a liberális etikai elveket megtestesítő modellre fogunk utalni. Tesszük ezt annak ellenére, hogy a jelenleg folyó elnökválasztási kampány demokrata jelöltjeinek mindegyike fontos politikai kérdések tekinteti az egészségügyi rendszer átalakítását, éspedig elsősorban a piaci elemek szerepének csökkentésével (a biztosítás kötelezővé tételétől a biztosítási díjak jelentős állami támogatásáig), és konzervatív vezetésű tagállamok is bevezetnek hasonló szellemiségű programokat (így például a Schwarzenegger vezette Kalifornia). Mindez harmonizál az egészségügyi rendszer működésével szembeni, növekvő lakossági elégedetlenséggel. Nagyon valószínű tehát, hogy az elkövetkező néhány évben az USA egészségügye radikális változásokon megy majd keresztül.

## 2.4 Libertarianizmus

A fentiekben bemutatott haszonelvűség az egyes cselekedetek, elosztás által elért/elérhető jó következmények (hasznosság) szempontjából ítéli meg az adott cselekedetek, elosztás *erkölcsi* helyességét: az a *helyes*, ami maximalizálja a *jót*. Más elméletek ezzel szemben vagy eleve elvetik, hogy a *helyes* meghatározható a *jó* viszonylatában, vagy – bár elfogadják ezt – tagadják a maximalizálási követelményt – vagyis a maximális helyett megelégszenek a kielégítő eredményekkel. Ezen elméletek közül talán a libertariánus elmélet a leginkább radikális, amelynek filozófiailag legkimerítőbb megfogalmazását Nozick (1974) adta. Mivel az általános igazságosságelméletükből a libertariánusok is levezethetőnek tartják az egészségügyet érintő etikai elveket, Nozick elmélete alapján a legegyszerűbb áttekinteni a libertariánus álláspontot.<sup>29</sup>

### 2.4.1 Nozick libertarianizmusa

Nozick elmélete természetjogi alapokon áll. Abból indul ki, hogy vannak bizonyos, születésünktől fogva adott jogaink, amelyeket senki, semmilyen körülmények között nem vehet el, semmi nem írhat felül. Ezek tehát afféle erkölcsi korlátként működnek, amelyeket senki nem sérthet meg a nagyobb hasznosság, a szükségletek kielégítése, az igazságosság, az egyenlőség vagy bármi más, ehhez hasonló ideál nevében.<sup>30</sup>

Ezen jogok közül is talán a tulajdonjog a legfontosabb. A tulajdonjogot a libertariánusok a testünk feletti önrendelkezési jogból vezetik le: *mindazon tulajdonunk, amihez testünk* (tágra értelmezve: testi és szellemi képességeink) *„használatával”, igazságos úton jutottunk hozzá, elidegeníthetetlen*, ezért bármely állami vagy egyéni kényszeren alapuló (újra)elosztás, adóztatás nem egyéb, mint kényszermunka. *Igazságosnak* csak az a folyamat tekinthető, amelyben *minden* – az eredeti felhalmozás és az átruházás is – *önkéntesen és mások jogainak megsértése nélkül* történik. Az igazságosságnak nem lehet *célja* semmilyen „eredmény” – Nozick szavaival élve „elosztási minta” – elérése, legyen annak egyébként bármilyen igazolása (haszonelvű, egyenlőségelvű stb.).

Ebből egyenesen következik, hogy a libertariánusok elvetik a szociális jogok<sup>31</sup>, így az egészségügyi ellátáshoz való jog létét is, egyszerűen azért, mert azok igazolhatatlan állami (újra)elosztást, azaz kényszert igényelnének<sup>32</sup>. Ez a felfogás értelemszerűen privatizáció és magánbiztosítás párti, nem zárja ki azonban eleve az (újra)elosztást mint olyat. Az (újra)elosztás ugyanis nem csak állami kényszeren alapulhat: történhet úgy, hogy abba minden egyes alanya önként, bármiféle kényszer nélkül<sup>33</sup> beleegyezik, ami tökéletesen megfelel a libertariánus ideáknak. A közfelfogással szemben tehát egy libertariánus, önkéntességen alapuló rendszer akár komolyabb és kiterjedtebb (újra)elosztást is megvalósíthat, mint például egy

29 Nozick maga nemigen foglalkozik ezzel a kérdéssel, de lásd Buchanan 1981/2006, 636-7; Beauchamp és Childress 1994, 336-7

30 Nozick 1974, Chapter 2, Chapter 7, Section I

31 A szociális jogok úgynevezett pozitív jogok, szemben a negatív jogokkal, amelyek tipikusan a klasszikus emberi és szabadságjogok. A negatív és pozitív megkülönböztetés arra vonatkozik, hogy az adott jog a kötelességviselő oldalán valamitől való *tartózkodást*, vagy ellenkezőleg, valamilyen *aktív cselekedetet* követel-e meg. A *negatív* jogok tulajdonképpen az akadályoztatástól való mentességet biztosítják bizonyos tevékenységeket illetően (a legszélesebb körben ismert szólásszabadsághoz való jog például azt, hogy senki ne akadályozza meg a vélemény kifejezésre juttatását). A *pozitív* vagy – széles körben elterjedt megnevezésükön – szociális jogok ezzel szemben valamilyen aktivitást követelnek meg: a kötelezettséget viselőnek tennie kell valamit azért, hogy a jog teljesüljön. Az emberhez méltó lakáskörülményekhez való jog jegyében lakást, az egészséghez való jog jegyében például egészségügyi ellátást kell biztosítani a jogosultaknak és így tovább. Minthogy ez jellemzően egy meglehetősen kiterjedt állami ellátórendszer fenntartását és az ezt finanszírozó adóztatás működtetését követelné meg, a libertariánusok elutasítják a szociális jogok létét.

32 Ahogy Nozick híres öntulajdonlás tézise alapján állítja: az adóztatás, amely mindezt finanszírozná, nem más, mint kényszermunka.

33 Gondoljunk például a magánjátékonykodásra, aminek az Egyesült Államokban és Nyugat-Európában komoly hagyományai vannak, sőt a dualizmus kori és a két világháború közötti Magyarországon is igen kiterjedt volt. Hogy ne távolodjunk el nagyon az egészségügytől: az akkoriban épült és zömmel még ma is működő kórházaink java részét játékonykodó, jómódú magánemberek adományából építették. A magánjátékonykodáson keresztül forrásgyűjtés praktikus problémái, amelyekkel viszont a libertariánus elmélet nem foglalkozik, inkább az összegyűjtött források allokációval kapcsolatosak: egyáltalán nem biztosított például, hogy – külső kényszer híján – minden olyan funkció ellátására eleget fordítanánk, és a többség szerint ezen funkciók ellátatlansága valószínűleg komoly problémákat okozhatna.

haszon- vagy egyenlőségelvű struktúra. Ugyanakkor a libertariánus és akár a fent bemutatott haszonelvű struktúra között nagyon fontos különbség, hogy egy libertariánus rendszerben definíció szerint nem beszélhetünk jogokról mint erkölcsi követelményekről, éppen ezért bármely egészségpolitikai elosztás csak esetleges lehet.

A libertariánus elméletet illető kritikák elsősorban az általános elmélet problémáival függenek össze, lévén a libertariánusok az általános elméletből vezetik le az egészségügyet érintő szabályokat. A többi elmélethez hasonlóan azonban ezekkel itt nem foglalkozunk.<sup>34</sup> Két szempontot azonban fontosnak tartunk megemlíteni:

1. Először is, a haszonelvűség esetéhez hasonlóan – sőt most talán még inkább – azoknak, akik az egészségügyi ellátáshoz való erkölcsi jog igazolását keresik – és Európában, ezen belül Magyarországon is inkább ez a jellemző – azt tanácsolnánk, hogy ne a libertarianizmushoz forduljanak. A libertarianizmus esetében ugyanis még csak nem is az empirikus esetlegesség okozza a gondot, mint a haszonelvűségnél, hanem a jogok létevel kapcsolatos, kifejezett erkölcsi aggályok.
2. Ugyanakkor, ahogy azt fent említettük, a gyakorlati következmények tekintetében a libertarianizmus nem feltétlenül különbözik azoktól az elméletektől, amelyek feltételezik az egészségügyi ellátáshoz való erkölcsi jog meglétét. Ez azért lehetséges, mert bizonyos szerzők szerint létezhet *törvényi jog* az egészségügyi ellátáshoz anélkül, hogy *erkölcsi jogról* beszéljünk, azaz olyan jogról, amelyhez a rászoruló oldalán jogosultság társul, és amellyel szemben erős, az állam által kierőszakolható kötelezettség áll. Ennek igazolására négy különféle kísérlet is történt, közülük egy érdemel különösen nagy figyelmet.

#### 2.4.2 Buchanan liberális egészségügyi modellje<sup>35</sup>

A fent bemutatott nozicki libertarianizmus az összes létező liberális elmélet közül a legszigorúbb, és a leginkább elutasító bármiféle, bármilyen cél érdekében bevezetendő (állami) kényszerrel szemben. Ilyetén módon liberális elmélet Nozicknál csak megengedőbb lehet, és Buchanan éppen a liberalizmus ezen „megengedőbb” pontjait igyekszik felderíteni. Gondolatmenetében három fő lépést különíthetünk el<sup>36</sup>:

##### 1. Önkéntes segítségnyújtás...

Kiindulópontunk a segítségnyújtás (gyenge) kötelessége, amelyet – mivel önkéntes, vagyis nem tételez fel jogosultságot a segélyezett oldalán – a libertariánusok is magukénak érznek. Ez a kötelesség kiterjeszhető az egészségügyi ellátás területére, mivel azt követeli, hogy megsegítsük a szükségét szenvedőket. Az pedig feltételezhető, hogy az egészségügyi ellátás fontos, és más módon nem kielégíthető szükségleteket elégít ki<sup>37</sup>. Ha feltesszük, hogy egy libertariánus társadalom valamennyi tagja magáénak érzi ezeket az elveket, akkor legalább egy tisztességes és azért meglehetősen bőkezű minimumot biztosítanunk kell – legalábbis Buchanan szerint.

34 De lásd például Kis 1998; Beauchamp 1991, 70-78; egy libertariánus válaszáért ld. Engelhardt 1991, 104-5.

35 Buchananon kívül többen is kísérletet tettek az egészségügyi ellátáshoz való jog igazolására libertariánus alapon, jöllehet ezen kísérletek mindegyike áthágja a szigorúan vett libertarianizmus határait. Az egyik szerint csak bizonyos embereknek járna ellátás: jellemzően olyanoknak, akiknek nem igazolható módon, más emberek vagy csoportok jogsértése következtében károsodott az egészségük (Buchanan 1984, 66-7.). A másik modell azzal igyekszik indokolni az ellátáshoz való jogot, hogy az, más állami szolgáltatásokhoz (környezetvédelem, rendvédelem, tűzoltóság, honvédelem) hasonló módon megvédi az embereket bizonyos kockázatoktól. A harmadik megközelítés az egészségügyi ellátás hasznait emeli ki: növeli például a társadalom tagjainak termelékenységét (Buchanan 1984, 68.). Buchanan modellje mindezeknél a – sok kritikát kapott – kísérleteknél több sikerrel kecsegtet, ezért itt most csak ezt mutatjuk be bővebben.

36 Buchanan 1984, 68-78; 1991, 170-182.

37 Buchanan „más módon nem kielégíthető szükségletei” több mindent is jelenthetnek. Egyrészt azt, hogy például valaki nem tudja megvásárolni a számára szükséges egészségügyi szolgáltatást a piacon, mert nincs rá pénze. Ebben az esetben azonban az itt következő fejtegetés többé-kevésbé okafogyottá válik, hiszen első ránézésre az általa nem reprodukálható *általános* hozzáférés csak az anyagi értelemben rászorultak részére biztosítható. Jelentheti ugyanakkor azt is, hogy az egészségügyi szükségletek csak egészségügyi szolgáltatások révén kielégíthetők, és más módon nem, ebből pedig levezethető az általános hozzáférés. Bár Buchanan maga az első értelmezést használja, mégis fenntartja, hogy az alapján is levezethető az általános hozzáférés. Egyrészt az egészségügyi szükségletek kiszámíthatatlansága miatt, másrészt pedig azért, mert szerinte az átlagos egészségügyi beavatkozás is annyira drága már, hogy azt praktikusán senki sem engedheti meg magának a saját forrásaiból.

Ezzel azonban még csak az önkéntes kötelezettségvállalásnál tartunk, pedig eredeti célunk az volt, hogy az egyetemes erkölcsi jog praktikus következményeit, vagyis a mindenki számára egyenlően hozzáférhető egészségügyi ellátáshoz való jogot reprodukáljuk.

## **2. Intézményes formában...**

A következő lépésben ezért Buchanan megmutatja, hogy a köteleességet – ha annak létét már elfogadja valaki – kollektíven, azaz intézményes formában, nem egyénileg kell kielégíteni. Vagyis nem úgy, hogy egyenként mindenki támogatja azt, akit szeretne, hanem ennél szervezettebben, például úgy, hogy a források gyűjtését egy erre létrehozott szervezet végzi. Ennek több oka is van:

- a) Mivel a legtöbb egészségügyi szolgáltatás meglehetősen drága, nehezen elképzelhető egyéni megoldás. Nem sokan tudnánk egy egész orvosi rendelőt létrehozni, de az is túl költséges volna, ha nekünk magunknak kellene megszervezni magunk között a forrásaink felhasználását.
- b) A kollektív megoldás kiszűri annak a lehetőségét, hogy valaki túl sokat adjon az esetleg nem megfelelő szolgáltatásért; tehát ez a megoldás hatékonyabb.
- c) Végül pedig erkölcsileg is jobb, mert azt is lehetővé teszi, hogy mindenki csak annyit adjon, amennyi az adott helyzetben méltányos – lévén hogy mindenki más is kifizeti a rá eső részt. Ez már csak azért is fontos, mert számos helyzetben nem lehet megmondani, hogy mi a méltányos rész anélkül, hogy tudnánk, mások mennyit adnak.

Ez a kollektív megoldás azonban még mindig önkéntességet feltételez, míg az egyetemes erkölcsi jog lehetővé tenné az állam számára azt is, hogy kikényszerítse a hozzájárulást a kollektív segítségnyújtáshoz.

## **3. Államilag kikényszerítve**

Buchanan ezen a ponton három érvet hoz fel arra, hogy miért lehet elfogadható az állami kényszer bevezetése akkor, ha egyetértünk a fenti, kollektív segítségnyújtási koncepcióval:

- a) Egyrészt a bliccelés elkerülése miatt van szükség az állami kényszerítésre. Így kiküszöbölhető az, hogy valaki, aki egyébként morálisan egyetért a kollektív segítségnyújtással, önző okokból mégse fizessen. Hozzáteesszük, bliccelni nemcsak önérdékből, hanem morális okból is lehet – például ha valaki úgy ítéli meg, hogy nélküle is működik az adott kollektív segélynyújtási konstrukció, dönthet úgy, hogy inkább egyéb jótékony célra használja az erőforrásait.
- b) A bliccelésnek van ugyanakkor egy másik oldala is. Az emberek azért is megtagadhatják a részvételt, mert nem látnak biztosítékot arra, hogy mások is hozzájárulnak a rendszer fenntartásához – és ezt a biztosítékot csak az állam adhatja meg.
- c) Végül pedig gyakran az az állami kényszerszerepe, hogy összehangolja az egyéni hozzájárulásokat.

Mindezen okokból Buchanan szerint szükség van az államilag kikényszerített, kollektív, intézményesült segítségnyújtásra.

Buchanan elmélete azért vonzó, mert – kevés feltevésre építve – szinte teljesen képes reprodukálni az egyetemes erkölcsi jogra alapozó konstrukciót. Más kérdés, hogy egy olyan libertariánus, mint Nozick, erkölcsileg elfogadhatatlannak tartaná Buchanan koncepcióját is, egyszerűen azért, mert bármilyen állami kényszert (tulajdon- és szabadság-) jogba ütközőnek tart. Amellett azonban, hogy kérdéses, Nozicknak igaza van-e abban, hogy a libertarianizmus csak ilyen szélsőséges formában működhet<sup>38</sup>, Buchanan elmélete – és részben a többi, ismertetett alternatíva is – jó érveket szolgáltat azoknak, akik anélkül akarnak az egészségügyi ellátáshoz való (törvényi) jog mellett érvelni, hogy közben fennkölt erkölcsi eszményekre hivatkoznának.

38 Ld. fent és még Nagel 1975; Cohen 1978.



### 2.4.3 Gyakorlati példák a libertarianizmus megjelenésére a hozzáférésben

Az elmúlt, körülbelül 150 évtől eltekintve az emberiség története során mindig is a libertarianizmus uralta az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférést. Ugyanolyan terméknek számítottak, mint bármi más. Aki fizetett, kapott belőlük, aki nem, az pedig nem – hacsak nem mások önkéntes jótékonyága révén. Igaz, akkoriban a teljes orvostudomány „belefért egy orvosi táskába”<sup>39</sup> – híre-hamva sem volt még a méregdrága, kifinomult eljárásoknak, amit pedig az orvostudomány meg tudott oldani, azt többé-kevésbé mindenki meg tudta fizetni.

A gazdaság, a technika és az orvostudomány rohamos fejlődése e téren is gyökeres átalakulásokat indított be. Európában ez az átalakulás elvezetett a társadalombiztosítási rendszerek kialakulásához. A világ más részein, így például a szabadságot a legfontosabb értéknek tartó amerikai társadalomban nem így alakult. Mint arról már több alkalommal szót ejtettünk, és mint az általában közismert is, a libertáriánus elmélet a gyakorlatban az Egyesült Államok egészségügyi rendszerében érhető leginkább tetten a fejlett világban – ma még legalábbis.

#### 1. Libertarianizmus az USA egészségügyében

Az USA egészségügye, mint a társadalombiztosítási rendszerek bevezetése előtt Európáé és a világ többi részéé is, alapvonalaiban a piacra, egyéni döntésekre épül. Nincs általános hozzáférés az ellátásokhoz. Aki igénybe vesz valamilyen ellátást, az kifizeti érte a szolgáltató által megszabott árat – vagy közvetlenül, „zsebből”, vagy pedig, legalábbis részben, biztosítása révén, amit, ha így dönt, úgyszintén piaci alapon köthet meg. Ugyanígy piaci módon szerveződik maga az egészségügy is. A szolgáltató intézmények jellemzően magánkézben vannak, alapításukban az állam szerepe mindössze a jogszabályi keretek kialakítása és betartatása.

Ennél azonban, nem meglepő módon, sokkal árnyaltabb a kép. És nem csak a Medicare és Medicaid szövetségi és tagállamok által működtetett rendszere miatt, amelyek gyakorlatilag az Európából ismert társadalombiztosítási metódus alapján biztosítanak hozzáférést az egészségügyi ellátáshoz az alacsony jövedelműek és idősek részére.

Egyrészt vannak állami, általában megyei vagy települési egészségügyi szolgáltató intézmények. Ezek szintén térítés ellenében látják el a hozzájuk érkezőket, tarifáik azonban általában az átlagos biztosítások által is lefedettek. Mivel az egészségügyi szolgáltatásoknak nincs szabott ára, és a különféle intézmények tarifái között akár többszörös különbségek is lehetnek, a piaci biztosítások pedig általában szigorú határokat szabnak meg – részben az ellátások típusára, részben azok finanszírozási összehatására vonatkozóan –, az ellátórendszer ezen „állami” szegmentumának különös jelentősége van.<sup>40</sup>

Másrészt viszont nagyon fontos felhívni a figyelmet a *magánjótékonykodás* szerepére is. Mint a megközelítés elméleti bemutatása során említettük, a libertáriánus elmélet közel sem általában a másokon segítséget, a szolidaritást utasítja el, csak azt, hogy ez állami – vagy bármilyen más – kényszer formáját öltse. Más kérdés, hogy a gyakorlatban valószínűleg a mégoly nagylelkű és általános önkéntes segítségnyújtásra – egyszerűen technikai okok miatt – nem lehetne egészségügyi rendszert alapozni. Éppen erre épít Allan Buchanan fent bemutatott, elméleti példája: ha egy közösség valamennyi tagja *önkéntesen* elkötelezett amellett, hogy az egészségügyi szükséglet szenvedők ellátást kapjanak, akkor az a legjobb, ha ezt intézményesített és államilag kikényszeríthető formába öntik. Ellenkező esetben jószándékuk kudarcba fullad.

39 Kovács 2006

40 Ha megengedhető ez a profanítás: egy ilyen megyei kórházat ismerhet meg a magyar tévénéző is a Vészhelyzet című kórházszorozatban.

Visszatérve az Egyesült Államokra, a libertariánus alapelvekhez híven az ország egészségügyében nagy hagyománya van a magánjótékonykodásnak. Ezt a hagyományt elsősorban a forrásait jótékonykodásból szerző, például alapítványi szolgáltatók testesítik meg. Ezek a szolgáltatók térítésmentesen is ellátnak pácienseket<sup>41</sup>.

## 2. Magánegészségügy: libertarianizmus a hátsó ajtón keresztül

Nem kell azonban a világ másik felére mennünk ahhoz, hogy liberális vagy legalábbis liberális elemeket tartalmazó egészségügyi rendszereket találjunk. A legtöbb európai, a társadalmi szolidaritást központi értéknek tekintő országban, így többek között Magyarországon is, az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférés számos liberális vagy akár libertariánus vonását találhatjuk meg<sup>42</sup>. A legtöbb helyen az „állami”<sup>43</sup> rendszer mellett működik például valamiféle magánegészségügy is, magántulajdonú, közvetlenül vagy magánbiztosítással finanszírozott szolgáltatókkal. Bár számos országban valamilyen formában korlátozzák ennek hatáskörét, egy ilyen, az állami rendszertől független, piaci vagy akár feketepiaci szegmenstüm léte elkerülhetetlennek tűnik. Ilyen korlátozás például, hogy tiltják az „állami” rendszerben, hogy a nagy értékű ellátásokra kialakult várólistákat magánúton, pénzért meg lehessen kerülni (Norvégia), vagy hogy egy magánbiztosítás *orvosi* szempontból is magasabb színvonalú ellátásra terjedjen ki (Kanada)<sup>44</sup>.

Bár nem akarunk részletesen szólni a magyar magánegészségügyről, meg kell jegyeznünk az ezzel kapcsolatos, két legnagyobb etikai dilemmát.

- a) Az egyik, és kétségtelenül a fontosabbik az egészségügy „gettósodásának” kérdése. Örök félelem, hogy ha pénzért elérhetőek valamilyen szempontból magasabb szintű ellátások<sup>45</sup>, amelyeket azonban csak a tehetősebbek engedhetnek meg maguknak, akkor az egészségügy kettészakadhat egy „gazdag” (jól felszerelt, színvonalas hotelszolgáltatásokat nyújtó, emberibb) és egy „szegény” (technológiailag kevésbé jól felszerelt, lerobbant, elembertelenedett) részre. Ez a tendencia valamelyest Magyarországon is érvényesül. Bár a magán-egészségügyi szolgáltatásokról csak nagyon korlátozottan állnak rendelkezésre statisztikai adatok, bizonyos ellátások tekintetében közismerten kiterjedt a magán-egészségügyi ellátások köre, és ezek igénybevételére csak egy bizonyos jövedelmi-vagyoni szint felett van lehetőség. Emellett a minden társadalombiztosítási jogviszonnyal rendelkező ember számára hozzáférhető állami ellátás is magas színvonalú, legalábbis orvosi értelemben mindenképpen – minden ezzel ellentétes híresztelés és médiaszenzáció ellenére –, jóllehet, problémái mindenki előtt nyilvánvalóak és fájóak.
- b) A másik, a magánegészségüggyel kapcsolatos etikai probléma sokkal kevésbé egyértelmű, és főleg kevésbé ismert. Mindmáig nem tökéletesen tisztázott tudniillik, hogy milyen kapcsolat van, illetve milyen kapcsolat volna kívánatos az állami és a magánrendszer között. Például beutalhatja-e egy magánorvos a betegeit állami intézményekbe, vagy felírhatja nekik államilag támogatott gyógyszert. A legfőbb érv ez ellen az, hogy az állami intézményeknek, általában az állami ellátórendszernek meg kell vásárolnia és fenn kell tartania azokat a nem ritkán többszáz milliós vagy akár milliárdos értékű, például diagnosztikai eszközöket, amelyekre a – jellemzően kicsi – magánszolgáltatóknak nyilvánvalóan nem telik. Ha ő nem volna képes a betegeinek ezeket a diagnosztikai szolgáltatásokat nyújtani, akkor nem hogy attraktív nem volna számukra az állami rendszerrel szemben, de a munkáját sem lenne képes elvégezni. Így bizonyos értelemben igazságtalan előnyhöz jut azáltal, hogy a nagyon költséges beavatkozást az állami ellátórendszerrel végezteti el, az egyszerűbb és olcsóbb eljárásokért pedig elkéri a maga tarifáját.

41 Itt, a fenti, televíziós példa kultúrkörében maradva, a Dr. House című sorozat kórházára gondolhatunk.

42 Szempontunkból itt most azok a mozzanatok tekinthetők liberális elemnek, ahol az ellátás *igénybevétele* valamilyen módon piaci alapon történik.

A magántulajdonú, de államilag finanszírozott, mindenki számára egyenlően hozzáférhető háziorvosi ellátás például ebből a szempontból nem számít libertariánus elemnek.

43 Állami alatt itt azt értjük, amelyben az államnak (legyen szó a központi vagy alacsonyabb szintű) a szabályozáson kívüli az egészségügyi ellátás szervezésében, nyújtásában vagy finanszírozásában is jelentős szerepe van.

44 Kovács 2006., 219.

45 Akár magán az állami rendszeren belül is.

A kérdés csak az, hogy a *beteg* jogosultságát egy ellátásra valóban attól kell-e függővé tennünk, hogy melyik *orvos* utalja őt be arra. Ha ugyanis az illető betegnek van biztosítása, akkor minden jogának meg kellene lennie arra, hogy igénybe vegye az ebből a biztosításból finanszírozott ellátásokat.

A jelenlegi törvényi szabályozás a szerződéskötés kiskapuját megnyitva oldja meg a kérdést, vagyis az állami intézmények csak olyan szolgáltatótól érkező pácienszt fogadhatnak térítésmentesen, amellyel ők vagy a társadalombiztosítás erre szerződést kötött. Ez azonban a kérdés rendezésének a legkevésbé sem áttekinthető módja addig, amíg a szerződéskötés feltételei nem nyilvánosak.

### 3. Térítésköteles szolgáltatások az állami rendszeren belül

Magának az állami rendszernek is vannak ugyanakkor liberális-libertáriánus, vagyis – jelen olvasatunkban – piaci folyamatokra alapozó jellegzetességei. Vannak olyan, az állami intézmények által (is) nyújtott szolgáltatások, amelyeket ma is csak térítés ellenében lehet igénybe venni, mert nem részei az általánosan, mindenki számára biztosítandó „alapcsomagnak”. Ilyenek bizonyos szépészeti, nem helyreállító jellegű beavatkozások, bár ezeket szintén főleg erre szakosodott magánszolgáltatók nyújtják. Ilyen a luxushotel-szolgáltatás – az egyágyas, tévés, interneteléréssel rendelkező szoba, az á la carte étkezés a kórházi ellátás során –, de az is, ha valaki az alapértelmezett helyett jobb minőségű, kényelmesebb életet biztosító gyógyászati segédeszközt kíván igénybe venni. Ezeket ma is mindenki többé-kevésbé piaci alapon vásárolhatja meg. Végül vannak olyan eljárások, amelyek nem vagy csak korlátozott számban érhetőek el az állami rendszeren belül, elsősorban azért, mert a döntéshozók szerint azok elterjedt használata túlzott anyagi terheket róna az egészségügyre. Ilyen például a képalkotó diagnosztika egyik legmodernebb eszközének, a PET-CT-nek a használata. Ez az eszköz már egészen korai stádiumú daganatok felfedezését és lokalizálását is lehetővé teszi. Az elmúlt években folyamatosan nőtt a finanszírozott PET-CT-vizsgálatok száma<sup>46</sup>, de a szolgáltatást nyújtóknál a mai napig van lehetőség piaci alapon is igénybe venni a kezelést<sup>47</sup>.

Az egészségügy leginkább kiterjedt, legtöbb embert érintő „piaci” szférája ugyanakkor kétségtelenül a gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz-ellátás<sup>48</sup>. Mivel a gyógyszerek esetében etikailag semmi nem indokolja inkább, hogy árarányosan kelljen értük fizetni, mint az egészségügy bármely más ellátása esetében, ezért ennek elsősorban szintén gazdaságossági, pontosabban a költségek féken tartását célzó okai vannak. Magyarországon a beteg a legtöbb, orvosi rendelvényre vásárolt gyógyszer – egyébként a gyógyszer-gyártók és az állam képviselői között folyó tárgyalások során megállapított, vagyis eleve nem tisztán piaci – árának ugyan csak töredékét fizeti, de már ez is kivált bizonyos mértékű „fogyasztói” (vagyis az ár és a haszon viszonyát mérlegelő) attitűdöt<sup>49</sup>. Hozzá kell tennünk, hogy a liberális, piaci elem erősödésével párhuzamosan a páciensnek is egyre nagyobb a liberalizmus sarokkövét jelentő döntési szabadsága. Az „ingyenes” rendszerben a legtöbb (szak)ellátás igénybevételéhez ugyanis beutaló kell, és az orvosválasztás szabadsága is korlátozott, ami kétségtelenül szűkíti a páciensek önrendelkezési jogát.

46 2007-ben körülbelül 7000 ilyen vizsgálatot finanszírozott az OEP.

47 A finanszírozásnak az a gyakorlata, hogy az egészségbiztosító bizonyos ellátásokra egyfajta kvótát határoz meg, vagyis megszabja, hogy egy bizonyos szolgáltatónak egy évben hány vizsgálatot finanszíroz egy bizonyos eszközzel, a mikroallokáció súlyos terheit rója a szolgáltatókra: el kell dönteniük, ki részesülhessen és ki ne az adott, jellemzően a „keresletnél” szűkösebb keretből. Ezeknek a kérdéseknek az eldöntésére nem állnak rendelkezésre transzparens eljárások.

48 A gyógyászati segédeszközök finanszírozása összetettebb, és szorosabban kötődik az egészségügyi szükségletekhez, mint a gyógyszereké, ezért arról itt most nem szólunk bővebben.

49 Nem vonatkozik ez az alapvetően szociális szempontú közgyógyellátásra – ez azonban, bármekkora vitákat vált is ki néha, a teljes gyógyszerkassza csak viszonylag kis részét teszi ki.

#### 4. Hálapénz: törvénytelen libertarianizmus

A jelenlegi magyar egészségügy piaci elemeit vizsgálva megkerülhetetlen a hálapénz kérdése. Bár a hálapénzrendszer, pontosabban az, amikor az állami szolgáltató (jellemzően az orvos) előre elkér vagy elvár a betegől valamiféle juttatást (pénzt) annak feltételeként, hogy ellássa őt, a rendszer merőben illegális eleme, mégis igencsak jelentős mértékű. A hálapénz tulajdonképpen a legkeményebb libertarianizmus elveit lopja be az egyébként alapvetően egyenlőségelvű egészségügy szférájába, és így hordozója mindazon negatívumoknak, amelyekért például az USA egészségügyi rendszerét szokás kárhóztatni.

#### 5. Az egészségbiztosítás reformja

Lassan két éve folyik a vita a magyar egészségbiztosítási rendszer átalakításáról, ami önmagában öröndetes – bár az örömet kissé beárnyékolja az a tény, hogy a szakmaibb jellegű, higgadt és átgondolt szempontoknál sokszor nagyobb hatásúnak tűnnek a tisztán politikai megfontolások, olykor kiszámíthatatlan lendületet adva a mégoly reményteli elgondolásoknak is. Ehelyütt nem elemezzük részleteibe menően a konkrét elképzeléseket, már csak azért sem, mert azok meglehetősen képlékenyek. A magántóké is beengedő, esetleg több-biztosítós rendszer vélt vagy valós libertariánus vonásairól azonban röviden szót kell ejtenünk, annál is inkább, mert az ilyen reformok kritikáinak java része éppen ezekre alapoz – többé-kevésbé függetlenül attól, hogy a tényleges terveknek valóban vannak-e szándékolt vagy szándékolatlan libertariánus vonásai.

A magánegészségügy kapcsán már említettük az egészségügy „gettósodásának” egy alapvetően az egyenlőség eszméjére épülő társadalom számára elrettentő lehetőségét. Különösen nagy veszélyt jelent ebből a szempontból például az, ha egyáltalán nem vagy egy bizonyos jövedelmi szint felett nem kötelező egészségbiztosítást vásárolni, vagy amikor a szolgáltatóknak vagy (több biztosító működése esetén) a biztosítóknak lehetőségük van visszautasítani a náluk jelentkezőket. Így ugyanis éppen a magasabb jövedelmű, de lényegesen alacsonyabb kockázatú emberek válnak ki a rendszerből, vagy csoportosulnak egy-egy biztosítónál, szolgáltatónál, és csak az azt finanszírozni kevésbé tudó, de magas kockázatúak maradnak az állami rendszerben – ami ezáltal egyre nehezebb anyagi helyzetbe kerül, és szolgáltatásainak színvonala szükségszerűen romlani fog. A több-biztosítós rendszer ellenzőinek is ez az egyik legfőbb fenntartása. Félelmeik szerint a profitérdekelt biztosítók igyekeznek majd távol tartani maguktól a magasabb kockázatú, ezért várhatóan magasabb költségű pácienseket, akik így, szélsőséges esetben, akár ellátás nélkül is maradhatnak.

Ezzel kapcsolatban két dolgot kell nagyon határozottan leszögeznünk:

- a) Az egészségbiztosítás reformjáról szóló, eddigi tervek a legkevésbé sem etikai indíttatásúak, hanem kizárólag hatékonysági, a gazdaságos és fenntartható működtetés praktikus megfontolásai állnak a háttérükben. A haszonelvű és – mint azt hamarosan bemutatjuk – az egyenlőségelvű rendszer is leszögezi, hogy a finanszírozás konkrét módja önmagában nem etikai, hanem technikai—hatékonysági kérdés. Ennek megfelelően az egészségbiztosítás tervei sem a nemzeti kockázatközösséget, a kötelező egészségbiztosítás intézményét, sem a nem kockázatarányos járulékfizetést, vagyis a rendszer szolidaritási elemét nem érintik, nem kívánják megbontani azokat, tehát nem tekinthetők *ab ovo* az egészségügyi rendszer liberalizálását célzó törekvéseknek – szemben azzal, amivel a politikai retorikában velük kapcsolatban gyakorta találkozhatunk. Hogy a kívánt hatékonyság szempontjából miféle struktúra volna leginkább megfelelő, az egy egészen más, és nagyon is releváns, de ugyancsak nem etikai kérdés.
- b) Másrészt az elméleti konstrukció és annak gyakorlati megvalósulása két egészen különböző ügy. Az, hogy a rendszer kialakításában etikai megfontolások nem játszanak szerepet, nem jelenti azt, hogy következményei sem érintenek majd ilyen kérdéseket. Ahhoz, hogy a lefölözés, a magas kockázatúak kizárása (vagy éppen – mint a másik nagy félelem – az állampolgárok által befizetett járulékok profitcélú „kimentése”) valóban ne történhessék meg, a rendszer kiépítése során megfelelő szabályozásra és nagyon

szigorú, a folyamatok legmélyére tekintő, folyamatos ellenőrzésre van szükség. A rendszer különböző érdekeltjeinek ugyanis számtalan nagyon szofisztikált, alig-alig tetten érhető technika áll rendelkezésére arra, hogy mégiscsak elriasszák maguktól a magas kockázatúakat, miközben továbbra is vonzóak maradnak az alacsony kockázatúak számára.

## 2.5 Közösségelvűség

A közösségelvűség vagy kommunitarizmus, szemben az eddig bemutatott elméletekkel, nem valami univerzálisan elfogadottnak vélt értékrendből indul ki, hanem az egyes közösségekre bízva annak meghatározását, hogy ők mit tartanak jónak, helyesnek, igazságosnak a maguk számára. Mivel az igazságosságot, így az egészségügyi ellátáshoz való igazságos hozzáférés követelményeit is az egyes közösségek határozzák meg saját értékrendszerük alapján, ezek közösségről közösségre változnak. Nincsenek egyetemes, a rációra vagy valamiféle természeti rendre alapozható igazságossági elvek. A közösségelvű gondolkodásra jellemző továbbá, hogy csakúgy, mint az erkölcs területén általában, az egészségügyi ellátás kérdésében is előszeretettel hangsúlyozza az erények és a kiválóság szerepét egy „erkölcsileg értékes társadalom megépítésében”, amellyel tagjai szívesen azonosulnak.

Ami az irányzat elméleti megalapozását illeti, két megközelítés érdemel figyelmet: Michael Walzeré, aki szerint a nyugati társadalmak közösségei azért többé-kevésbé ugyanazon erkölcsi elveken osztoznak, és Ezekiel Emanuelé, aki nagyobb szabadságot enged a közösségeknek saját értékeik meghatározásában.

### 2.5.1 Michael Walzer közösségelvűsége

Michael Walzer szerint – a közösségelvűség kiindulópontjának megfelelően – nincs egyetlen olyan elv vagy elvrendszer, amely minden közjóság elosztását szabályozná: a különböző területek, „igazságossági szférák”<sup>50</sup> igazságossági kérdéseire különböző elvek mentén találhatjuk meg a választ, és ezek az elvek kivétel nélkül az adott közösségek értékeiben gyökereznek. Ami az egészségügyet illeti, mivel Walzer szerint – legalábbis a fejlett nyugati országok esetében – a közösség alapja az emberek erkölcsi egyenlőségének elismerése, és mivel úgy tartja, hogy az egészségügyi ellátás iránti igény jogos szükségszerűen alapszik, ezért álláspontja szerint ezt az igényt ki kell elégíteni, mégpedig állami és nem piaci programok révén<sup>51</sup>, tiszteletben tartva mindeközben az emberek egyenlőségét.

Walzer szerint egy kétszintű ellátási rendszer, amelyben mindenki részesül valamilyen alapellátásban, ezen túl viszont az ellátás piaci magánbiztosításokkal finanszírozott, nem elégíti ki ezt a követelményt. Ez ellentmond ugyanis az amerikai és általában a nyugati társadalmak értékeinek, amelyek az emberek egyenlőségét – Walzer szerint legalábbis – úgy értelmezik, hogy *mindenkinek ténylegesen egyenlő hozzáférést kell biztosítani az egészségügyi ellátáshoz*, mert ehhez mindenkinek joga van.

A walzeri elmélet egyik fontos problémája, hogy igencsak vitatott felfogás az igazságosság „felosztása” a fent említett igazságossági szférákra. Fel szokták róni neki azt is, hogy túlzottan leegyszerűsíti a nyugati társadalmak erkölcsfelfogását. A legtöbb fejlett ipari társadalomra a versengő életfelfogások pluralizmusa, a közösségi tradíciók sokszínűsége jellemző, Walzernek tehát legalábbis érvelnie kellene a saját interpretációja mellett, vagy bármi más módon szembenézni a pluralizmus tényével úgy, hogy közben a közösségelvűség szabta határokon belül marad.

50 Az igazságossági szférák mindegyikében különböző javakat osztunk el különböző elvek alapján. Ezeket az elveket az adott szféra társadalmi helye, értékrendszere határozza meg. Igazságossági szféra például a politika, ahol a politikai hatalom az elosztandó elsődleges jószág, a gazdaság, ahol a jövedelem, vagy éppen az egészségügy, ahol az egészségügyi ellátás. A különböző szférákban különböző kormányzólveket tartunk elfogadhatónak: van, ahol azt tartjuk igazságosnak, ha a „jobbik”, „erősebbik” szerzi meg az elosztás tárgyát, más helyzetekben viszont nem tudunk ennél igazságtalanabbat elképzelni.

51 Walzer azért ragaszkodik az állami egészségüghöz, mert a piac nem képes az általa keresett, általános hozzáférést biztosítani.

## 2.5.2 Emanuel „liberális közösségelvűsége”

Éppen ezt teszi Ezekiel Emanuel elmélete.<sup>52</sup> Elképzelt rendszerének alapját a deliberatív demokrácia ideája<sup>53</sup> képezi, amelyben a részt vevő polgárok folyamatos párbeszéddel értelmezik és hozzák létre a közösség értékeit, és határozzák meg azok praktikus, politikai következményeit. Az egészségpolitikára lefordítva Emanuel szerint ez számtalan, egyenként több ezer, néhány tízezer embert magában foglaló, úgynevezett *Közösségi Egészség Program* (CHP: Community Health Program) létrehozását jelentené, amelyek afféle közösségi vitafórumként működnének, és egyenként, a saját értékrendszerüket azonosítva és az annak megfelelő intézményi megoldásokat kidolgozva alakítanák ki a saját egészségügyi intézményrendszerüket, annak alapvonalaitól egészen a konkrét intézményekig.

Mindenki megválaszthatná, hogy mely CHP-ban akar tag lenni – ez biztosítja a pluralizmus liberális értését. Minden CHP-ban garantálnák a résztvevőknek az alapvető szabadságjogokat (újabb liberális elem), miközben az érvek és a konkrét intézkedések igazolását a „jó”-ról az adott CHP minden tagja által egyöntetűen elfogadott elképzelések jelentenék. Természetesen ebből az is következik, hogy nem minden CHP ismerné el az egészségügyi ellátáshoz való jogot (bár a fejlett nyugati társadalmakban valószínűleg elég sok olyan közösség lenne, amelyik igen), illetve közösségről közösségre – CHP-ről CHP-re – változna a jog konkrét tartalma is.

Emanuel részletesen kidolgozta a fenti szerkezetet. Szót ejt a CHP-ken belüli politikaalkotás folyamatáról, a tagtoborzásról, a fenti struktúrában alkalmazható finanszírozási séma részleteiről, arról, hogy miként kapcsolódnak a CHP-k az egészségügy más szereplőjéhez, a CHP-k szabályozásáról és az orvosok szerepéről a CHP-kben. Ezekről a kérdésekről tanulmányunk második, a makroallokációt taglaló részében mi is részletesen szólnunk.<sup>54</sup> Mindezen részletesség ellenére azonban elmélete igen távol áll a megvalósíthatóságtól, főképp ami Magyarországot illeti. Ahogy Emanuel bemutatja, az Egyesült Államokban vannak hagyományai ilyen önkormányzó kisközösségeknek, és talán kezelhető volna a rendszerhez elvezető politikai átmenet folyamata is<sup>55</sup>. Hazánkban azonban nemigen található hasonló szervezetek, és a létrehozásukhoz szükséges politikai és közösségi akarat is alig-alig tapasztalható.

Ez azonban csak a kisebbik baj Emanuel elméletével. Sokkal aggályosabb, hogy Emanuel megengedi a CHP-knek, hogy tagságukat életkor, nem, vallási hovatartozás, szexuális orientáció és hasonló kritériumok alapján válogassák meg. Feltételként mindehhez csak annyit szab meg, hogy a diszkrimináció nem lehet ad hoc, hanem azt az adott CHP értékeinek kell igazolniuk. Ez a megengedő hozzáállás a szigorú közösségelvűségeken kívül kétségtelenül Emanuel azon hitéből is táplálkozik, hogy az adott társadalomban lesz elég CHP ahhoz, hogy mindenki megtalálhassa a neki tetszőt. Ez azonban nem feltétlenül teljesül. További, bár véleményünk szerint lényegesen kisebb probléma Emanuel rendszerével az, hogy a CHP-k értékrendszerét azokra korlátozná, amelyek nem ellenségesek liberális közösségelvűségével szemben, tehát főképp azokra, amelyek elfogadják a demokratikus vita ideálját.

Bár Emanuel szerint ezek a diszkriminatív korlátozások nem problémásak, véleménye elsősorban komunitárius meggyőződésén nyugszik. Ez pedig visszavezet minket eredeti problémánkhoz, a pluralizmus tényéhez. Kérdéses ugyanis, hogy Emanuel, aki elméletét pontosan úgy tervezte, hogy szembenézzen a pluralizmus kihívásával, valóban ezt teszi-e, amikor engedélyezi a diszkriminációt.

52 Emanuel 1991, Chapters 5-6.

53 A deliberatív demokrácia (~ kb. tárgyaláson, vitán alapuló demokrácia) a közvetlen demokrácia modern koncepcióinak egyike, és talán a legnagyobb hatású azok közül. A deliberatív demokrácia lényege, hogy a polgárok az egyes közpolitikai vagy bármely, az adott közösség életét érintő kérdésekkel kapcsolatban közvetlenül, személyesen fejtik ki álláspontjukat, és egy moderált vita révén jutnak el a konszenzushoz. Deliberatív elemei szinte minden fejlett nyugati demokráciának vannak, jóllehet elsősorban helyi szinteken. A módszernek az Egyesült Államokban vannak a legnagyobb hagyományai, de Magyarországon is deliberatív elemnek tekinthető például a lakossági fórumok intézménye. Klasszikus deliberatív fórum például a Magyarországon a Croma Alapítvány által meghonosított állampolgári tanács (<http://croma.hu/?id=10&l=hu>) is.

54 Emanuel 1991, 180-197.

55 Emanuel 1991, 198-212.

### 2.5.3 Gyakorlati példák a közösségelvűség megjelenésére a hozzáférésben

Nem véletlen, hogy Emanuel modellje elméleti. Ilyen, tisztán a helyi közösségek által kialakított egészségügyi mikrorendszerek még azokban az országokban, például az Egyesült Államokban sem léteznek, ahol egyébként a közösségi autonómiának nagy hagyománya van. Ugyanakkor több olyan egészségügyi rendszert is ismerünk, ahol megjelennek a fent bemutatott modell lényegi elemei, és a közösségelvű érvek az egészségügyi ellátással kapcsolatos vitákban egyáltalán nem ritkák. Amerikában és Hollandiában is befolyásos beszámolók hangoztattak közösségelvű megfontolásokat, így például a szolidaritás vagy az erények szerepét az egészségügyi ellátás kapcsán.<sup>56</sup> A közösségelvűség makroallokációt illető „programjának” bemutatásakor részletesen szólunk majd az USA Oregon államának az 1990-es évek elején kialakított egészségügyi finanszírozási rendszeréről. Azonban ami a hozzáférést illeti, ez mégsem volna jó példa – hiszen elsősorban a helyi Medicaid finanszírozására dolgozták ki, ahol a hozzáférés kérdései már eldöntöttek voltak<sup>57</sup>.

#### 1. A finn egészségügy önkormányzatisága

Közelebbi példa lehet a skandináv országok, elsősorban Svédország és Finnország egészségügyi rendszere, amelyek közül itt Finnországról írunk bővebben. Finnország történelmének egyik, témánk szempontjából meghatározó öröksége a helyi közösségek, települések, az egészségügyi ellátórendszer szervezésében is tetten érhető, hagyományosan nagy autonómiája.<sup>58</sup> Az autonómia egyaránt értendő gazdasági (helyi adók) és jogi (a központi hatalom korlátozott, csak törvényeken keresztül megvalósuló befolyása a helyi közösségek működésébe) dimenzióban. Ami a politikai kultúrát illeti, az érdekegyeztetés és konfliktuskezelés változatos módozatainak és főképp szellemiségének hosszú ideje volt mélyen meggyökeresedni a „politikacsinálás” mindegyik szintjén. Ez alapvetően konszenzusereső és kooperatív hozzáállásban jelenik meg az ország politikájának mindkét súlypontján – a központi állami és a helyhatósági döntésekben egyaránt. Mindazonáltal a politikai rendszer nem az emanueli modellből megismert deliberatív, hanem a képviselői demokráciára épül, ezért ebből a szempontból tehát nem felel meg a fent bemutatott elméleti rendszernek.

Bár az egészségügyi rendszer alapvonalaiban országosan egységes, törvényi kereteit is a parlament alakítja ki, és részben egy központi kasszából finanszírozott, az egyes települések egészségügyi ellátórendszerének részleteit – az intézményi struktúrától a nyújtott szolgáltatásokig – a települések, illetve a települések konzorciumainak hatásköre kidolgozni. Központi döntés volt például az általános egészségbiztosítás bevezetése 1963-ban, vagy az, hogy a hangsúly a kórházakról a lakosság egészségi állapotát inkább javítani képes alapellátásra, a megelőzésre, a környezet-egészségügyre tevődjék át. Utóbbi intézkedést azonban már teljességgel a helyi közösségek töltötték fel tartalommal. A településeken külön, választott laikusokból álló politikai testület, az Egészségügyi Bizottság végzi az „egészségmenedzsmentet”, és a bizottság csak a képviselőtestületnek tartozik felelősséggel.

A finn egészségügyi rendszer két alapintézménye egyrészt a szakellátást nyújtó kórházak, másrészt az alapellátásért és a környezet-egészségügyért, megelőzésért felelős Egészségügyi Központok rendszere. (Ezeknek azonban általában van egy 50–100 ágyas, néhány szakmás, alapellátó kórházuk, jelentős ápolási és szociális profillal.) Mindkét intézménytípus a vonzáskörzetébe tartozó települések tulajdona, működtetésükért közvetlenül ők felelősek. Az Egészségügyi Központok az ellátott lakosság szükségleteinek megfelelően alakítják ki szolgáltatási struktúrájukat. A kórházak irányítását (mind a stratégiai, mind a rövidebb távú kérdéseket illetően) közvetlenül a tulajdonos települések által választott, a bizottságokhoz hasonlóan laikus testületek végzik. Az intézmények finanszírozása részben helyi adókból, részben pedig (szintén adókból nyert) normatív, központi támogatáson keresztül történik.

56 President's Commission 1982; Ten Have és Keasburry 1992

57 Kovács 2006, 221.

58 Orosz 1992., 141-161.

## 2. A spanyol egészségügyi rendszer<sup>59</sup>

Finnszágéhoz sok szempontból hasonló ma már, az elmúlt évtizedek decentralizációját követően Spanyolország egészségügyi rendszere is. A hozzáférés maga ugyan törvényileg garantáltan univerzális, de a konkrét ellátásokat érintő egészségpolitikai döntések az autonóm közösségek hatáskörébe tartoznak. Spanyolország egészségügye sem tekinthető tehát tisztán közösségelvűnek, hiszen például a hozzáférés etikai alapjait makroszinten határozzák meg, a konkrét ellátások struktúráját, tartalmát azonban az autonóm közösségek, pontosabban az általuk létrehozott „egészségügyi területek” szabják meg. A decentralizáció célja többek között a rendszert érintő döntések demokratizálása volt. A legtöbb közösségben szerepük van az egészségügyi rendszer struktúráját illető döntések meghozatalában képviselői alapon összeálló fórumoknak.

## 3. A közösségek szerepe Magyarországon, IBR

Magyarországon valószínűleg nem elsősorban az egészségügyi rendszerben, hanem a sokkal általánosabban értelmezett politikai, demokratikus hagyományokban, azok jellegzetességeiben vagy éppen hiányában kell keresnünk akár az ehhez hasonló, akár az emanuelihez még közelebbi rendszerek megvalósulásának korlátait. Bár a helyi önkormányzatoknak nagy szerepük van az egészségügyi szolgáltatások felállításában és nyújtásában, azok kialakítása a helyi közösség szükségleteitől és igényeitől merőben különböző szempontok alapján történik<sup>60</sup>. Emanuel rendszerében az adott közösség tagjainak közvetlen beleszólása lenne az egészségügyi rendszer kialakításába. Magyarországon viszont elméletileg is csak a képviselői demokrácia eszközein keresztül hathatnak arra – gyakorlatilag pedig még úgy sem, mert például a szolgáltatási szerkezet átalakításának igénye általában a szolgáltató intézmények oldalán merül fel, amelyekkel a választott testület legfeljebb szerződéses viszonyban áll. A két elsődleges szempont ezért ma a gazdaságosság – elsősorban az intézmények oldaláról – és az elnyerhető politikai haszon – a politikai testület oldaláról. Vagyis ma egy települési egészségügyi szolgáltató, például egy szakrendelő olyan ellátásokat fog nyújtani, amelyeket vagy jól finanszíroz a társadalombiztosító, vagy növelheti a regnáló önkormányzat népszerűségét a lakosság körében. A konkrét közösségnek ezek a döntések a legtöbbször egyáltalán nem átláthatóak, sőt a lakosság általában azzal sincs tisztában, hogy mennyiben felelős a helyi önkormányzat az ellátásokért, mennyiben a szolgáltató maga, és mennyiben a finanszírozást biztosító, állami egészségbiztosítás.

Ha mégis mindenképpen szeretnénk valami nyomát fellelni a magyar egészségügyi rendszerben a hasonló, közösségre alapozó, de legalábbis ennek lehetőségét magában rejtő rendszernek, érdemes az Irányított Betegellátás sok vitát kiváltott, mégis számos szempontból unikálisan sikeres<sup>61</sup> rendszerét (IBR) szemügyre venni. Itt most az IBR gyakorlati működésének részleteire, az azt ért kritikákra és támadásokra nem térünk ki, mivel meggyőződésünk, hogy azok nem elsősorban a rendszer elméleti konstrukciójával, sokkal inkább gyakorlati megvalósulásával magyarázhatók<sup>62</sup>.

Az IBR lényege, hogy egy adott népességcsoport (például egy település, kistérség stb. népessége) ellátásáért úgy feleljenek a vonatkozó egészségügyi intézmények, hogy elsősorban a lakosság egészségi állapotának javításában legyenek érdekelték, ne pedig abban, hogy minél több és több ellátást nyújtsanak. Ezt a gyakorlatban egy, a háziorvosi fejkvótarendszerhez hasonló, de annál valamelyest kifinomultabb és főként bőkezűbb kvótarendszerrel gondolták megoldani. A lényeges különbség egy IBR és egy háziorvos között, hogy amíg a háziorvos megteheti, hogy a komolyabb kezelést igénylő, ezért költségesebb beteget továbbküldi az ellátórendszer magasabb szintjeire, áthárítva ezzel a költségeit is, az IBR-nek – lévén az ellátórend-

59 Durán–Lara–van Waveren 2006

60 Magyarországon is, akárcsak a bemutatott külföldi példák esetében, a közösségi önrendelkezés természetes korlátja, hogy az ellátásokhoz való hozzáférés törvényileg garantált. A közösségeknek ezért elméletileg csak a tagjaik által elérhető, konkrét ellátások kialakításába lehet beleszólásuk.

61 Az 1990 óta bármikor, bármilyen területen bevezetett, innovatív jellegű szakmapolitikai döntések közül az IBR azon kevesek egyike volt, amely több kormányváltást is túlél.

62 Az IBR-t az amerikai *managed care* és a brit *GP fundholding* rendszerek mintájára alakították ki, amelyek évtizedeken keresztül meggyőzően sikeresnek bizonyultak.



szer teljes vertikumát magában foglalja – magának kell ellátást nyújtania, vagyis megoldania a beteg problémáját, annak összes költségével együtt. Elméletileg tehát (ha nincs lehetősége mégis másra hárítani a problémás betegek vagy általában a magasabb kockázatú egyének ellátását) egy IBR valóban abban érdekelt, hogy minél egészségesebbek legyenek a hozzá tartozó állampolgárok, hiszen ez az egyetlen módja annak, hogy csökkentse a költségeit, és hogy megtakarítson, amely megtakarítással jobbra maga rendelkezik.

A gyakorlatban az IBR-ek ellátórendszerei ugyanazokból a házi orvosokból, szakorvosokból, szakrendelőkből, kórházakból állnak, amelyek korábban a „hagyományos” rendszerben is szolgáltatást nyújtottak. Se tulajdonlásuk, se irányításuk, se finanszírozásuk forrásai nem változtak meg – vagyis intézményileg nem kerültek „közelebb” magukhoz a közösségekhez, nem váltak szükségszerűen demokratikusabbá. Az ösztönző-rendszer sajátosságai ugyanakkor óhatatlanul elindítottak bizonyos közeledési folyamatokat a szolgáltatók és a lakosság, a szolgáltatók és az önkormányzatok között. Ahhoz ugyanis, hogy kellőképp hatékony, a lakosság egészségi állapotát a megfelelő mértékben javító szolgáltatást tudjanak nyújtani, legalábbis információhoz kellett jutniuk erről a lakosságról, mégpedig tudatos és szisztematikus módon. Ez pedig, ha csak csíráállapotban is, de magában hordozza az ellátás demokratizálásának lehetőségét. Annál is inkább, mivel az egyes rendszerek működtetője akár maga a közösség, az önkormányzat is lehetne.

#### **4. Az érdem szerepe az ellátáshoz való hozzájutásban**

A közösségelvűséggel kapcsolatban egy érdekes és talán kevésbé nyilvánvaló szempontot emelnénk még ki, és pedig az *érdem* szempontját, amely (tetszőlegesen definiálható) érdem nagyon meghatározó lehet egy közösség és a közösséget alkotó egyének életében. Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáféréssel összefüggésben az érdem általában úgy jut szerephez, amikor valaki, jellemzően adott egészségügyi problémájával összefüggésben, nem tanúsít kellőképp „érdemes” magatartást, esetleg éppen ezért alakul ki maga az egészségügyi probléma is. Ilyenek lehetnek például a drogabúzus áldozatai: aki „maga választotta magának a rossz sorsot”, az nem érdemli meg, hogy ha aztán bajba kerül, a közösség gondoskodjék róla. Valószínűleg ez a logika húzódik meg annak háttérében, hogy Magyarországon az alkoholos detoxikálás és a kábítószer hatása alatt álló személy akut ellátása térítésszerű köteles.

Megdöbentő példa erre az, ahogy az 1960-as években az Egyesült Államokban vesedialízisre választották ki a pácienseket.<sup>63</sup> Miután a jelentkezők közül egy orvoscsoport kiszűrte a klinikailag alkalmatlanokat, egy laikusokból és orvosokból álló, héttagú bizottság vizsgálta meg a bent maradtakat, és döntött arról, ki kapjon közülük ellátást. A bizottság által követendő szempontok előre meghatározottak és világosak voltak – és az egyik legfontosabb az volt közülük, hogy mennyire értékes a beteg a közösség számára. A bizottsági tagok későbbi beszámolója alapján ennek nyomán zártak ki a dialízisből prostituáltakat (vagy annak hírében álló nőket), illetve például egy nem kellőképpen szorgalmas és elhivatott főiskolai hallgatót.

Bár az „érdem” egészen más értelmezésére épül, mégis ide kívánczok a magyar egészségügyi rendszerből annak megemlézése, hogy az „extrém sport” közben megsérült embereket csak térítés ellenében látják el az egészségügyi intézmények. A jogszabályi szöveg nem fűz különösebb magyarázatot a rendelkezéshez, így azt illetően csak találgatni tudunk. Feltehetően nem takarékosági szempontok állnak az ilyen sérültek kizárásának háttérében – ezek a sérülések összességében aligha terhelnék meg különösebben az egészségkasszát. Ha nem hatékonysági, akkor viszont csak etikai megfontolások indokolhatják a rendelkezést. Nem gondoljuk, hogy *ab ovo* a társadalomra nézve károsnak, az összhasznosságot csökkentőnek tartaná a törvényhozó az extrém sportokat, és azt sem, hogy valamiért úgy gondolná, hogy az ilyen sérülések kevésbé sürgős szükségletet jelentenek, mint ha például leesik valaki a lépcsőn, és úgy töri össze magát. Egyetlen, etikai gyökerű indokot tartunk elképzelhetőnek: azt, hogy az extrém sportot űzők

63 Kovács 2006, 177.; a leírt példa a seattle-i Művese Központból származik.

*megsértik a közösséggel szembeni felelősség* implicit normáját, mert önként vállalnak olyan kockázatot, amely a közösségre terheket róhat – és ezáltal *érdemtelenné* válnak az ellátásra. Ez a megközelítés, lévén az egyén saját egészségével szembeni felelősségére helyezi a hangsúlyt, számunkra alapvetően szimpatikus. Jelen formájában azonban, vagyis úgy, hogy az összes létező, tudatos egészségkárosító magatartás közül ezt az egyet emeljük ki és szankcionáljuk, nem több egyszerű diszkriminációnál.

Valamelyest hasonló a hatályos egészségügyi törvényben meglebegtetett, és egyelőre csak a nem támogatott, fogpótló ellátásokkal kapcsolatban valóra váltott azon lehetőség is, amely szerint „Jogszály a térítésmentes ellátásra való jogosultságot (...) szűrővizsgálaton való részvételhez kötheti, illetve azok elmulasztása esetén az azzal összefüggő ellátások igénybevételét részleges térítési díjhoz kötheti.”<sup>64</sup> Ugyanezen törvény szövege szerint annak, aki a jogszályban előírt módon részt vett fogászati szűrővizsgálaton, csak a megszábot térítési díj 85 százalékát kell fizetnie. Ez esetben is ugyanaz a helyzet, mint az imént<sup>65</sup>. A mindenki számára elérhető, sőt előírt, a betegség idejekorán történő felismerését és lényegesen olcsóbb kezelését lehetővé tevő szűrővizsgálatot nem igénybe venni felelőtlen az egyén részéről. Etikailag védhető álláspont, hogy aki ezt a kötelességét nem teljesíti a közösséggel szemben, az *megérdemli*, hogy többet fizessen vagy más szankcióban részesüljön. Az azonban, hogy a jogszályalkotó miért éppen a fogászati szűrővizsgálattal és nem – mondjuk – a méhnyakrákszűréssel vagy a mellrákszűréssel kapcsolatban érvényesíti, pontosabban nem érvényesíti ezt a szankciót, érthetetlen és átláthatatlan.<sup>66</sup>

## 2.6 Egyenlőségelvűség

Az utolsó tárgyalandó elmélet, az egyenlőségelvűség a leggyakrabban használt megközelítés az egészségpolitika elosztási kérdéseivel kapcsolatban. Ez nem meglepő: az egyenlőségelvű elméletek lényegi mondanivalója megegyezik az egészségügyi ellátási javakkal kapcsolatban talán legáltalánosabban elfogadott, intuitív állásponttal, vagyis azzal, hogy mindenkinek joga van az egyenlő egészségügyi ellátáshoz, de legalábbis valamilyen tisztességes ellátási minimumhoz. Hogy ez pontosan mit jelent, és miért van így, azt a különböző egyenlőségelvű elméletek többféleképpen magyarázzák. A kiindulópont azonban minden esetben azonos: *éspedig az, hogy morálisan minden ember egyenlő.*<sup>67</sup> Minden emberben van ugyanis valami közös, mégpedig – John Rawls szerint – az erkölcsi érzék, a helyes életről való elképzelések kialakításának, felülvizsgálatának képessége, ami erkölcsi szempontból végső soron egyenlővé teszi őket. Ez az erkölcsi egyenlőség az alapja például a törvény előtti egyenlőségnek, az emberi jogi értelemben vett egyenlőségnek vagy az életésélyek egyenlőségének is.

Az emberek erkölcsi egyenlősége megköveteli, hogy életésélyeiket ne befolyásolja semmilyen *erkölcsileg önkényes* tényező, azaz semmilyen olyan tényező, amelyért nem tehetők felelőssé: nem alakulhat másoknál rosszabbul a sorsa valakinek csak azért, mert például valamilyen fogyatékossgal született, vagy mert szegény családban nőtt fel. Szigorúan el kell tehát különítenünk egymástól az emberi felelősség körébe tartozó és az attól független, mondhatni a szerencsén múló elemeket.

64 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól 10.§ (3)

65 Ezt a rendelkezést tisztán hatékonysági szempontokat szem előtt tartó gazdasági ösztönzőként is értelmezhetjük, vagyis nem okvetlenül „kell” benne etikai indítástokat keresnünk. A fenti, elméleti fejtegetés ugyanakkor jobbra megállja a helyét az „intuitív” etikák tükrében is.

66 Talán elfogadható indok volna például az, hogy mivel az egészségtudatossg elsajátítása egy hosszabb tanulási folyamat, a jogszályalkotó ezen folyamat egyik első lépéséül szánta, hogy egyelőre csak a relatíve (például egy onkológiai kezeléshez képest) olcsó fogpótló ellátásban szankcionáljon.

Csak hogy ez a jogszály már tíz éves, és ami talán fontosabb, az emberek többségének fogalma sincs arról, hogy ez a szankció egyáltalán létezik.

67 Veatch 1991; Beauchamp és Childress 1994, 339-355; Tanyi 2000, 2004, 2007ab.

### 2.6.1 Ronald Dworkin aukciója és hipotetikus piaca

Ronald Dworkin saját, az erőforrások egyenlőségéről szóló elméletét alkalmazza az egészségügy területére.<sup>68</sup> Azokra a helyzetekre, amelyek az egyén felelősségi körébe utalhatók, vagy épp ellenkezőleg, a szerencsének tudhatók be, Dworkin az *ambíció* és a *körülmény* fogalom páriját használja. A *körülmények* közé sorol minden, az egyén ellenőrzésén kívül álló tényezőt (családi háttér, balszerencse, velünk született képességek stb.), az *ambíció* pedig az egyéni karakterre (ízlesek, preferenciák, meggyőződések stb.) vonatkozik. Azt az elosztást tekinthetjük igazságosnak, amely a *körülményeket* kiegyenlíti, míg az *ambíciót* hagyja szabadon érvényesülni.

Dworkin a szabad piac segítségével modellezi ezt az igazságos elosztást. Képzeljünk el egy lakatlan szigetet – mondja Dworkin –, ahová hajótörötteket sodor a sors! A „társadalmi balszerencsét” ezzel hatástalanítjuk, hiszen a társadalmi háttér, a születési helyzet, a származás ezen a helyen nyilvánvalóan nem számít. Tegyük fel, hogy a szigeten bőségesen állnak rendelkezésre a jóléthez szükséges erőforrások. Ebben az esetben egyfajta „aukción” biztosíthatja az igazságos elosztást. Kiindulásként mindenki kap valamennyi – azonos mennyiségű – kupont, majd amíg ezekből futja, a saját ambíciója szerint licitál a rendelkezésre álló erőforrásokra.

Az aukció végén kapott elosztás azonban még nem lehet igazságos, mivel vannak olyan, nem az *ambíciótól* függő erőforrások – tehetség, képességek –, amelyek nem átruházhatók, így elosztásuk sem valósítható meg. Ennek a „természeti balszerencsének” a kiküszöbölésére vezet be Dworkin egy újabb gondolat kísérletet, a hipotetikus biztosítás piacát. Ezen a piacon mindenki köthet biztosítást a „balszerencsés” kimenetelek ellen, vagyis kuponjait felhasználva biztosíthatja magát arra az esetre, ha esetleg tehetségtelen, fogyatékos vagy bármilyen más szempontból hátrányos helyzetű lenne. Fontos feltétel, hogy a piac egyetlen szereplője sem tudja, hogy milyen adottságokkal, képességekkel, vagyis nem elosztható javakkal rendelkezik a valóságban.<sup>69</sup> Ezzel az emberek tulajdonképpen pénzbeli értéket rendelnek a fenti, „rossz” körülményekhez, vagyis beárazzák az azok által okozott kárt, hátrányt.

A két gondolat kísérlet valódi jelentősége, hogy a segítségükkel megszerkesztett elosztási rendszer révén igazságos elosztást lehetne megvalósítani a valós körülmények között. Kiderül, hogy milyen életet kívánnak maguknak az emberek, és az is, hogy mekkora veszteségnek tekintik például az egyes fogyatékoságokat vagy bizonyos képességek hiányát.

#### 1. Dworkin modellje az egészségügyre alkalmazva

A fenti modellt egyszerűen alkalmazhatjuk az egészségügy szférájára is. Dworkin szerint az alábbi három feltétel teljesülése esetén egyszerűen hagyni kell érvényesülni a szabad, korlátozások nélküli piacot, vagyis hagyni kell az embereket, hogy saját értékítéletük alapján biztosítást köthessenek<sup>70</sup>:

- a) A jövedelem és a vagyon igazságosan oszlik el a társadalomban, vagyis az *ambícióktól* függenek, a *körülményektől* pedig nem.
- b) Minden releváns információ az emberek rendelkezésére áll az egyes egészségügyi beavatkozások értékét, költségét, mellékhatásait illetően.
- c) Senki sem tudhatja, ideértve a biztosítótársaságokat is, hogy az egyes egyének esetében mekkora a betegségek, balesetek bekövetkezési valószínűsége.

68 Dworkin 1993; 2000, Chapter 6.; Dworkin 2000, Chapter II; magyarul ld. Tanyi 2000, 5. fejezet.

69 Ez a konstrukció sokban hasonlít a Rawls-i struktúrában fontos szerepet betöltő „tudatlanság fátylához”.

70 Dworkin 2000, 311-2.

Dworkin szerint ezzel a módszerrel számos konkrét döntés modellezhető<sup>71</sup> – a döntésekből kialakuló struktúra pedig a közösségi egészségügyi rendszer alapjául szolgálhat. Ebben a struktúrában a megfontolt egyének nem vásárolnának minden elképzelhető, akár nagyon kicsi valószínűségű eshetőségre kiterjedő biztosítást, mivel az arra fordított pénzt más, fontosabb célokra is el tudják költeni az életük folyamán. Hasonló okokból nem vásárolnának drága biztosítást arra, hogy nagyon idős korukban még néhány hónappal meghosszabbítsák az életüket<sup>72</sup>. És ugyanazért nem biztosítanak magukat például arra az eshetőségre sem, hogy agyhalál esetén ellátást kapjanak. Ugyanígy valószínű – Dworkin szerint legalábbis –, hogy a nagyon magas költségű vagy nem minden kétséget kizáróan bizonyított hatású technológiák közül csak azokat tartalmazná a biztosítás, amelyek az élet relatíve korai időszakában nyújthatnak viszonylag nagy eséllyel sikeres segítséget. Ezeket az ellátásokat tehát egy igazságos állami egészségügyi rendszernek sem kéne okvetlenül tartalmaznia.<sup>73</sup>

Technikailag mindez valószínűleg egy versengő biztosítókból álló rendszerben valósulna meg, amely versenyt az állam szabályozza. Dworkin szerint azonban a megfelelő finanszírozási rendszer megtalálása már nem annyira igazságossági, hanem inkább politikai és gazdasági kérdés.

## 2. Dworkin modelljének kritikája<sup>74</sup>

Az, hogy a dworkini igazságos egészségügyi rendszer bőkezű alapellátásaihoz mindenkit megillet a hozzáférés, megfelel az egyenlőségelvűség intuitív egészségügyi alkalmazásának. Ennek az az alapja, hogy mivel az egészségügyi problémák java része a balszerencse, nem pedig tudatos döntések következménye, egy igazságos társadalomban az egyén jogosan igényel értük bizonyos kompenzációt. Csakhogy ezt a kompenzációt pénzben és természetben – egy bizonyos egészségbiztosítási csomag formájában – is el lehet képzelni. Márpedig Dworkin elmélete, éppen ellentétes szándékának dacára, alapvetően a pénzügyi transzfereket tűnik előnyben részesíteni – pontosan azért, mert végső soron az egyéni, bár néha hipotetikus döntésekre hagyatkozik. A pénzügyi transfert preferálva azonban nem tudjuk levezetni az egészségügyi ellátáshoz való egyenlő, társadalmi-gazdasági helyzettől, nemi, faji, osztálybeli hovatartozástól független jogot, mert az maga lenne a természetbeni kompenzáció. Márpedig Dworkin modelljében nincs semmi biztosíték arra, hogy a döntéshozó egyének nem áldozzák fel a nekik járó egészségügyi ellátást más, pénzzel megvásárolható javakért – még ha nem is igazolható, hogy az emberek döntő többsége így tenne.

Felmerülhet ugyanakkor a kérdés, hogy miért ne lehetne az egészségügyi ellátáshoz való jog gyakorlati formája az, hogy mindenki kap valamilyen, a kompenzáció mértékének megfelelő pénzösszeget, amit aztán arra fordít, amire csak akar? Az, hogy a létező egészségügyi rendszerek nem nagyon élnek a megoldással, nem annyira igazságossági szempontoknak, mint inkább annak tudható be, hogy az egészségügyi ellátást (akárcsak az oktatást) úgynevezett meritokratikus jószágnak tekintik, vagyis olyannak, amire az emberek önszántukból várhatóan kevesebbet fordítanak, mint az „társadalmilag optimális” lenne.

71 Dworkin 1993, 891-4; 2000, 313-6.

72 Ez a kérdés természetesen nem egyértelmű: ahogy az egyén az időben a kérdéses életkor felé halad, valószínűleg egyre inkább hajlana egy ilyen biztosítást megkötni, még ha fiatal korában elutasítja is azt. A preferenciák időbeli torzításának ezzel a formájával itt most nem foglalkozunk bővebben, az olvasóra bízunk annak megfontolását.

73 Néhányan minden bizonnyal szembehelyezkednének a fenti döntésekkel, mondván, az igazságos elosztásnak inkább egy kétszintű egészségügyi rendszer felelne meg. Ez tartalmazná egyrészt a fentiekhez hasonló, az emberek túlnyomó többsége által elfogadott döntések alapján kialakított, kötelező alapellátást mindenki számára, és egy kiegészítő ellátás lehetőségét azok számára, akik az alapnál többet akarnak, például a fent bemutatott eshetőségekre is kötnének biztosítást.

74 Jacobs 2004.

## 2.6.2 Norman Daniels méltányos esélyegyenlősége

Szemben Dworkinnal, aki saját, általános egyenlőségelvű elméletéből vezeti le az egészségügyre vonatkozó igazságossági elveket, Norman Daniels – más szerzőkkel egyetemben – úgy gondolja, hogy az egészségügyi ellátási javak nem sorolhatók be a többi, az általános elméletek alapján elosztott jóságok – jellemzően pénz, anyagi javak és hasonlók – közé, hanem valamilyen értelemben és okból – például mert az egészségügyi ellátás mértéke és színvonala jelentősen befolyásolja az esélyek egyenlőségét – különlegesek<sup>75</sup>.

Daniels kiindulópontja John Rawls *méltányos esélyegyenlőség* fogalma<sup>76</sup>; ezt bővíti ki az egészségügyi ellátás területére. Szerinte az egészségügyi ellátás jelentősége abban áll, hogy meghatározza egészségi állapotunkat<sup>77</sup>, amely egészségi állapot viszont a lehetőségek azon „normális halmazát” befolyásolja, amelyet ésszerű emberek élettervként maguk elé tűznének<sup>78</sup> – vagyis magát az esélyek egyenlőségét. Bár Rawls az esélyegyenlőséget csak az állások és hivatalok viszonylatában értelmezi, természetesnek tűnik – véli Daniels –, hogy tágabban, általában a normális lehetőségek halmazaként fogjuk azt fel, hiszen az egészségügyi problémák nagy része is – mint arról már volt szó – erkölcsileg önkényes.<sup>79</sup>

### 1. Az egészségügyi rendszer Daniels szerint

Daniels szerint elmélete általános hozzáférést követel meg az egészségügyi ellátáshoz, és a hozzáférést nem a fizetési képesség határozza meg.<sup>80</sup> Az elmélet ugyanakkor kompatibilis a többszintű egészségügyi rendszerrel, de nem kívánja meg azt. Ha mégis többszintű lenne a rendszer, akkor Daniels szerint abban a mindenki számára biztosított alapszint az alapvető egészségügyi ellátási szükségleteket elégitené ki, míg a többi szint a kevésbé fontos egészségügyi ellátási szükségletekről gondoskodna, piaci alapon. Az alapszint azonban itt nem valamiféle, például a haszonelvűségnél megismert, tisztességes minimumot jelentene. Ez ugyanis Daniels véleménye szerint elégtelen lenne – bár ebből a szempontból nyilvánvalóan kulcskérdés ennek a „minimális” ellátásnak a pontos tartalma.<sup>81</sup>

Végül a finanszírozást Daniels egyaránt el tudja képzelni állami, szabályozott magán vagy a kettő keverékéből álló, vegyes formában. Dworkin álláspontja Daniels szerint is érvényes: a konkrét finanszírozási rendszer kiválasztása nem igazságossági, hanem hatékonysági-gazdasági, politikai kérdés<sup>82</sup>. Igazságossági szempontból mindössze annyit mondhatunk el, hogy a tisztán piaci, versengő magánbiztosítókra épülő, az állami szabályozást (a standard szerződéskötési szabályozáson kívül) teljes mértékben nélkülöző finanszírozás csak a libertariánus felfogás szerint kifejezetten *igazságos*.<sup>83</sup> A libertariánus rendszerben ugyanis azt tekintik méltányosnak, ami biztosítási szempontból az: amikor tehát mindenki a kockázatának

75 Daniels széles körben ismert elmélete mellett létezik egy másik, az úgynevezett „egyenlő részesedés” felfogás is. Eszerint minden embernek azonos mennyiségű pénzzel kellene rendelkeznie, amelyen aztán mindenki a saját ízlése szerinti egészségügyi ellátást vásárolhatná meg. Ezek azonban kevésbé jelentős elméletek, ezért itt nem foglalkozunk velük.

76 A méltányos esélyegyenlőség az esélyegyenlőség azon formája, amikor az (élet)esélyeket nem befolyásolják erkölcsileg önkényes természeti vagy társadalmi tényezők. John Rawls (*A Theory of Justice*, Cambridge, Massachusetts, 1971; magyarul *Az igazságosság elmélete*, Budapest, Osiris, 1999), az egyik legnagyobb hatású egyenlőségelvű elméletet megalkotó szerző maga az egészségügy kérdéseivel nem foglalkozott. Egyes követői szerint az egészségügyi ellátási javak Rawls úgynevezett *elsődleges javai* közé tartoznak (ezek Rawlsnál: jog és szabadság; lehetőség és hatalom; jövedelem és vagyon; az önbecsülés társadalmi alapjai), amelyek elosztását Rawls igazságosságelveinek, konkrétan pedig az úgynevezett *különbségelvnek* kell szabályoznia. Eszerint minden olyan Pareto-hatékony elmozdulás igazolt, amely *a társadalom legrosszabb helyzetű rétegének helyzetét javítja*. (Veatch 1981; Gauthier 1983.) Alternatívaként az is lehetséges, hogy a különbségelv helyett a *szociális minimumelvet* alkalmazzuk. Eszerint bizonyos jóságokat illetően mindenkinek biztosítanunk kell valamilyen minimumot. Ennek megfelelően az egészségügyi ellátás valamilyen tisztességes minimuma is kijárna mindenkinek. (Green 1976.) Mindkét, a különbségelvre és a szociális minimum elvére építő megközelítés is számos problémát vet fel, ezért a rawlsi elmélet kiterjesztését ma a legtöbben a *méltányos esélyegyenlőség elve* mentén képzelik el.

77 Daniels szerint az egészség nem más, mint a betegség hiánya, ahol a betegség eltérése a faj tipikus egyedére jellemző normális szervezeti működéstől. (Daniels 1985, 26-8)

78 Daniels 1985, 28-35; 1996a, 214-5; 1996b, 269-71.

79 Daniels 1985, 39-48.

80 Daniels 2001, 4.

81 Daniels 1985, 78-80.

82 Lásd például DeGrazia 1996 érvelését az állami, egybiztosítós rendszer mellett.

83 Daniels 1990.

megfelelő biztosítást kötheti meg. A most bemutatott egyenlőségelvű felfogás magva ezzel szemben éppen az, hogy az egészséggel kapcsolatos kockázatok nem tekinthetők magánkockázatnak, hanem az egész közösségnek kell viselnie azokat. Az egészségügyi ellátás ilyen szempontból is speciális jószág.

## 2. Daniels modelljének kritikái

- a) Egyes elemzők szerint Daniels „specialitás-tézise” egyszerre túl szűk és túl tág<sup>84</sup>. Túl szűk, mert például az életük végén járó, idős emberek esetében az egészségügyi ellátás nem azért speciális, mert lehetőséget teremt számukra valamilyen életterv megvalósítására, hanem sokkal inkább azért, mert segít nekik elkerülni a szenvedést, és kitolja a halál időpontját. És túl tág is egyben, mivel az élet-ésélyeket nem annyira az egészségügyi ellátás, hanem inkább az egészség maga határozza meg. Az pedig, mint arról korábban már szoltunk, sokkal inkább a különféle társadalmi tényezőktől, mint az egészségügyi ellátástól függ.
- b) Egy másik ellenvetés szerint<sup>85</sup> nincs okunk azt feltételezni, hogy egy ember – még ha csak egy igen magasra helyezett határt túllépve is – ne cserélné el a neki járó egészségügyi ellátást valamilyen más, pénzért megvásárolható jószágra, amely ítélete szerint ugyanúgy vagy még jobban növeli életésélyeit. Daniels elméleti konstrukciója nem zárja ki ezt a lehetőséget, maximum a cserehatárt teheti magasabbra, mint Dworkin és más hasonló elméletek.
- c) A harmadik probléma, hogy az egyenlőségelvűek jogértelmezése alapesetben nem terjed ki az egészségügyet illető minőségi ismérvekre. Úgy tűnik, hogy szerintük mindenkinek joga van a létező legjobb egészségügyi ellátáshoz. Ez pedig elfogadhatatlan, többek között azért is, mert a társadalomnak más, fontos közjavakat is finanszíroznia kell, nem költhet minden pénzt az egészségügyre.<sup>86</sup> Daniels esetében röviden úgy summázhatnánk a problémát, hogy nehéz belátni, rendszerében mi szabna határt az egészségügyi szükségletek elburjánzásának. Erre az ellenvetésre már ismerjük a tipikus választ, miszerint valamilyen minimumellátást kell bevezetni, azaz csak bizonyos – különösen sürgős, fontos – szükségleteket kell kielégíteni. Nem egyszerű azonban eldönteni, hogy mely szükségletek legyenek ezek, vagy hogy hol húzzuk meg a határt. A kérdés tehát az, hogy van-e megfelelő módszer arra, hogy megmondjuk, ki és mikor részesülhessen a korlátozott erőforrásokból. Ez azonban már egy másik, nagy terület témája, az úgynevezett *porciózás* (*rationing*). Írásunk második részében ezzel a kérdéskörrel foglalkozunk.

### 2.6.3 Gyakorlati példák az egyenlőségelvűség megjelenésére a hozzáférésben

Európa legtöbb országában, így Magyarországon is az egyenlőségelvűség képezi az egészségügyi ellátás és általában a jóléti rendszerek etikai alapját, menjenek át ezek a jóléti rendszerek bármekkora változáson is az idők során. Ugyanakkor az egészségügy finanszírozásának konkrét módja – összhangban a Dworkin és Daniels által is sugalltakkal – nagyon változatos képet mutat még az alapvetően az intézményes szolidaritásra alapozó, európai egészségügyi rendszerek esetében is. Az elmúlt évek, illetve évtized fejleményei – amelyek során Európa-szerte mindenhol egyre fokozódik az egyéni felelőség- és szerepvállalás az egészségüggyel kapcsolatosan – nem etikai megfontolásoknak, inkább az egészségügy finanszírozhatóságával kapcsolatos kérdéseknek tudhatók be. Az egészségügyi technológia megállíthatatlannak tűnő fejlődése, vagyis az, hogy egyre több betegség válik gyógyíthatóvá, sőt korábban nem betegségnek tekintett állapotok is medikalizálódnak, és hogy mindezek kezelésére egyre jobb, egyre kényelmesebb, egyre hatásosabb eljárások állnak rendelkezésre, összességében a költségek exponenciális növekedését okozza. Oka ennek az is, hogy nemcsak az egészségügyi rendszerekbe, de a társadalom tagjainak tudatába is mélyen beivódott a „mindenkinek mindent” elve. Az egészségügyi ellátás azon kevés szolgáltatások egyike, amivel kapcsolatban az emberek szinte semmiféle önkorlátozást nem gyakorolnak. Amikor az egész-

84 Segall 2007.

85 Jacobs 2004.

86 Halper 1991,136-141; Emanuel 1991, 110-2.

ségügyi ellátás csak néhány, egészen egyszerű szolgáltatást volt képes nyújtani, ez nem okozott gondot. Ma azonban nincs a világon olyan egészségügy, ami valóban képes volna mindenkinek minden szükségletét kielégíteni, még akkor sem, ha meg is van erre az elméleti lehetősége.

### **1. A magyar egészségügyi rendszer**

Ami a magyar egészségügyi rendszert illeti, abban valóban a teljes egyenlőség képezi a hozzáférés általános alapelvét. A hozzáférés alapja ugyan – egyre inkább – a társadalombiztosítási jogviszony, ez azonban gyakorlatilag teljes körű hozzáférést eredményez, hiszen a nem piaci jövedelemből élő eltartottak (legyenek azok a család vagy a társadalom eltartottai) is jogosultak. A biztosítottak ingyenesen juthatnak hozzá az egészségügyi ellátások meglehetősen széles köréhez, sőt még azok többségéhez is, amelyeket Dworkin inkább a rendszer második, kiegészítő biztosítás révén vásárolható körébe utalna, mert úgy véli, nem javítják annyira az egyes egyén életésélyeit, hogy önszántából feláldozna értük más javakat.

Az alapmodell nyilvánvaló egyenlőségelvűsége azonban elfedi annak két, nagyon is problémás jellegzetességét, amelyek az egészségnek azzal a fenti definíciójával kapcsolatosak, miszerint az egészség nem más, mint az ember életlehetőségeinek körét alapjaiban befolyásoló jellemző:

- a) A magyar egészségügy az egészségi állapotra ható tényezők csak egy nagyon szűk területére képes és akar egyáltalán hatni. Ez a leszűkített megközelítés a köztudatba is mélyen beivódott. A napi vitákban minduntalan felbukkanó, az egészség = egészségügy, egészségügy = kórház, kórház = sebészet (de legalábbis valami látványos és heroikus ellátási forma) egyenletrendszer híven leírja azt, milyen korlátozottan értelmezi a magyar lakosság és velük együtt a döntéshozók többsége az egészségügy szerepét.
- b) A másik domináns megközelítés, amely főleg a szakpolitikai vitákat uralja, az egészségügy szerkezetét, finanszírozási rendszerének részleteit illeti. És bár a viták során elsősorban a szakmai jellegű érvek jellemzőek, magukban a kérdésfelvetésekben nem ezek, sokkal inkább az egyes szereplők (szakmacsoportok, intézmények) lobbijereje a döntő.

Mindez csak azért problémás, mert így éppen az az egyetlen szempont sikkad el, ami miatt – valójában – magát a rendszert kialakítottuk és fenntartjuk, nevezetesen maga az egészség. Bár azt leszögeztük, hogy az egészség maga nem elosztható, és hogy az egészségügyi rendszer csak egy az arra hatni tudó tényezők közül, annál azért lényegesen szélesebb körű lehetőségei vannak, mint amit a mai magyar egészségügyi rendszer használ.

### **2. Még egyszer a finn egészségügyi rendszerről**

A vázlatosan már bemutatott finn egészségügyi rendszer példáján keresztül talán kézzelfoghatóbbá válnak ezek a Magyarországon mindmáig leginkább figyelmen kívül hagyott lehetőségek. Finnországban az 1970-es évek elejéig egy alapvetően kórházközpontú és meglehetősen drága – valamint folyamatosan, a GDP növekedését jelentős mértékben meghaladó ütemben dráguló – egészségügyi rendszer létezett, miközben a lakosság egészségiállapot-mutatói alig változtak.<sup>87</sup> Az 1972-es Alapellátási Törvény elsődleges célja az volt, hogy olyan ellátórendszert alakítson ki, amely *valóban* az egészség ügyét szolgálja, vagyis képes javítani az általános egészségi állapoton. Ennek érdekében sokkal nagyobb súlyt helyeztek az alapellátásra, a megelőzésre, a környezet-egészségügyre, valamint az egészségügyi szolgáltatások területi és társadalmi egyenlőtlenségeinek csökkentésére. Igyekeztek minél közelebb „delegálni” az ellátásokat az ellátandó lakossághoz, magas fokú, helyi szintű koordinációt valósítva meg az egészségre hatni tudó tényezők alakításában. Hogy a változás volumenét érzékeltessük: az 1973-ban létrehozott Egészségügyi Központok költségvetése az indulás évében a kórházi kiadások 29,5 százalékának megfelelő összeg volt, tíz évvel később pedig már 70,4 százalék. Nagyjából ez volna az a recept is, amit Magyarországnak – még ma, az egészségügyi reformok több hullámán túl – alkalmaznia kellene.

Az egészségügyi rendszernek bármely más szféránál jobb lehetőségei vannak arra, hogy befolyásolja az egészségi állapot társadalmi meghatározóit. Ha azonban ezt nem teszi meg, soha nem lesz képes valóban hatással lenni a társadalom egészségi állapotára, vagyis alapvető célját, feladatát nem tudja majd teljesíteni. Márpedig ma Magyarországon a népegészségügy, az egészségfejlesztés még mindig a rendszer leginkább elhanyagolt területei, amelyek iránt csak az egészségfejlesztés néhány elhivatott szakembere viseltetik valódi elkötelezettséggel. „Rendszerre” lefordítva ez elsősorban a háziiorvosi rendszer fejlesztését jelentené, mind mennyiségi, mind minőségi értelemben. A háziorvos az, aki elméletileg akkor is látja a pácienseit, amikor azok egészségesek, míg az ellátórendszer magasabb szintjeire már csak betegen jutnak el az emberek. Sajnos ez egyelőre elmélet: párját ritkítja az a háziorvos, aki valóban figyelmet fordít a „családgondozásra” is. Hogy ez a források hiányával, az idő, illetve az elköteleződés hiányával vagy valamilyen más hiánnyal magyarázható, nem könnyű kérdés – valószínűleg leginkább minddel egyszerre. Nem is azt gondoljuk, hogy a rendszer megreformálása a háziorvosok feladata volna. Ehhez annál sokkal magasabb szintű és *valódi* politikai akarat szükséges.

### **3. Egészséggel kapcsolatos egyenlőtlenségek Magyarországon**

A másik súlyos probléma az egészséggel kapcsolatos egyenlőtlenségeké, amelyek mind területi, mind társadalmi értelemben jól leképezik az egyéb (fejlettségi szintben, jövedelemben tapasztalható) egyenlőtlenségeket. Bár a (társadalmilag érzékeny) közvélekedés szerint a hátrányos helyzetű (alacsony jövedelmű és jellemzően rosszabb egészségi állapotú) társadalmi csoportok általában kevésbé jutnak hozzá az egészségügyi ellátáshoz, ennél bonyolultabb a helyzet. A háziiorvosi ellátást és a kórházi ellátást nem veszik kevésbé igénybe, mint a magasabb jövedelműek, akár még egészségi állapotukhoz képest sem, egyedül a járóbeteg-szakellátásban alulreprezentáltak. Ha megpróbálunk tartalmat adni mindennek, akkor azonban elkésztő eredményt kapunk. Az egyetlen ésszerű magyarázat erre a jelenségre ugyanis az, hogy bár a háziiorvoshoz ők is eljutnak, sokkal kisebb valószínűséggel kerülnek onnan tovább a járóbeteg-szakellátás állapotukat adekvátan kezelni képes szintjére – például mert kevésbé tudják leírni egészségi állapotukat vagy képviselni saját érdekeiket. Illeszkedik ehhez az is, hogy a kórházi ellátásban felülreprezentáltak, mert egy idő után állapotuk annyira leromlik, hogy már csak ott kezelhető. Márpedig ez a legkevésbé sincs összhangban az egyenlő hozzáférés követelményeivel. Hasonló a helyzet a területi egyenlőtlenségekkel. Az ország gazdaságilag fejletlenebb területein relatíve kisebb sűrűségben található meg az egészségügyi ellátórendszer tetszőleges intézményei, mint például Budapesten vagy Nyugat-Magyarországon.

Bár ezek a jellegzetességek első ránézésre túlnyúlnak az egészségügyi rendszer jogszabályilag kialakított keretein, leszögezhetjük, hogy jelen pillanatban egészen egyszerűen álszentség volna kijelenteni, hogy a magyar egészségügy mindenki számára egyenlő hozzáférést biztosít az ellátásokhoz, pláne hogy – az egyenlőségelvűség szubsztantív értelmezését követve – az egészség egyenlő elosztását valósítja meg.



# 3. RÉSZ: MAKROALLOKÁCIÓ

Az eddigiekben azt mutattuk be, hogy miként foglalnak állást az egyes etikai, filozófiai irányzatok abban a kérdésben, van-e az embereknek joga, mégpedig elidegeníthetetlen, erkölcsi normákban gyökerező joga az egészségügyi ellátáshoz. Most azt vesszük majd szemügyre, hogy ha a fenti kérdésre igenlő választ adnak – tekintet nélkül a jog pontos tartalmára –, akkor milyen szempontokat érvényesítenének magának az egészségügyi ellátásnak a kialakításában, pontosabban hogy a különféle megközelítések miként osztanak fel a rendelkezésre álló forrásokat.

Az úgynevezett porciózás (*rationing*) kifejezéssel a nemzetközi szakirodalom magát az erőforrás-allokációt, vagyis az egészségügyi ellátási javak elosztását jelöli. Maga az egészségügyi makroallokáció az alábbi három különböző szinten értelmezhető<sup>88</sup>.

- A. A költségvetés forrásainak megosztása az egészség és más jószágok (oktatás, kultúra, védelem, lakhatás stb.) között.
- B. Az egészségre szánt források megosztása az egészségügy és más, az egészségi állapotra ható tényezők (környezetvédelem, lakhatás, életmódbeli tényezők stb.) között.
- C. A szigorúan vett egészségügyi ellátásra szánt források megosztása a lehetséges szolgáltatások között.

Mi most csak a harmadik, a szigorúan vett egészségügyi rendszer forrásainak elosztására vonatkozó kérdéskör tárgyalásával foglalkozunk. Egyrészt azért, mert itt merülnek fel leginkább praktikus, ezért politikailag talán érzékenyebb és érdekesebb problémák, másrészt pedig mert ennek a területnek az áttekintése nélkül semmilyen, a gyakorlatban létező egészségügyi elosztási rendszert nem lehet megfelelően értékelni.<sup>89</sup> Hozzá kell tennünk ugyanakkor, hogy ez a terület a gyakorlatban ritkán válik el egyértelműen a mikroallokáció körébe tartozó kérdésektől, és ez az alábbi oldalakon is jól érzékelhető lesz. Bár első sorban makroallokációról írunk, példáinkat gyakran a mikroallokáció tárgyköréből kölcsönözzük majd.

Mielőtt áttérnénk az egyes irányzatok álláspontjának bemutatására, érdemesnek tartjuk röviden még egyszer nekifutni az alapvető kérdésnek, hogy miért is fontos a fenti értelemben vett makroallokáció területe. Ezt már csak azért is hasznosnak tartjuk, mert mind az elméleti irodalomban, mind – sőt talán még inkább – a politikában igen erőteljes és befolyásos hangok szólnak a makroallokáció ab ovo *erkölcstelensége* mellett. Ezen tendencia alól a magyar politikai élet sem kivétel. A legtípikusabb, makroallokáció elleni érvelés<sup>90</sup> szerint a makroallokáció több okból is problémás lehet erkölcsileg: tisztán gazdasági okok miatt szükséges és potenciálisan hasznos kezelést tagad meg konkrét, jellemzően sérülékeny (beteg) emberektől, akiknek ráadásul nincs beleszólásuk ezekbe a döntésekbe. Egy másik érvmenet szerint nincs is elengedhetetlen szükség a makroallokációra: a pazarlás, a csalás és a korrupció „szentháromságát” kezelhetjük hatékonysági ellenőrzéssel, a felhasznált technológiák értékelésével, az adminisztratív pazarlás csökkentésével, vagy azzal, ha megtiltjuk az orvosoknak, hogy külső kontroll nélkül, önmagukra hivatkozva döntsenek<sup>91</sup>.

88 Gyakran felmerülnek olyan elosztási kérdések is, amikor konkrét személyek konkrét problémái esetében kell döntést hozni. Ez a kérdéskör szorosan összekapcsolódik az alábbiakkal, különösen az egészségügy forrásainak allokációjával, de megközelítésében eltér azoktól: míg az első három kérdéskör *makroallokációs*, addig az utolsó *mikroallokációs* ügyekkel foglalkozik.

89 A makroallokációs kérdések aktualitásáról lásd például a Figyelőnet alábbi cikkét: [http://www.fn.hu/belfold/20080319/vitatkozna\\_emberelet\\_ararol/](http://www.fn.hu/belfold/20080319/vitatkozna_emberelet_ararol/)  
90 Fleck 1994, 370-1

91 A makroallokáció maga is alkalmazhatja ezeket az eszközöket, lényegi célja azonban nem egyszerűen az ezek által elérhető költségcsökkentés, hanem magának az elosztásnak az ésszerűsítése. Ezért jelentenek ezek alternatívát.

Mindkét érvmenet támadható. Egyszerűen *nem igaz*, hogy a makroallokáció alternatíváját jelentő, költségcsökkentő eszközök elegendőek lennének<sup>92</sup>. Ma már számos olyan életmentő vagy életet meghosszabbító kezelés létezik, amelyeknek a terheit a világ egyetlen egészségügyi rendszere sem tudja korlátlanul vállalni. Az elsőként bemutatott erkölcsi tézis sem tartható<sup>93</sup>: erőforráskorlátokra hivatkozni nem pusztán gazdasági indok, hanem nagyon is erkölcsi, hiszen egyetlen erkölcsi elmélet sem követelhet annyit, hogy másra, jelen esetben az egészségügyön kívüli közjóságokra ne jusson a költségvetésből. Másodszor: a döntések nem jelentenek szükségszerűen kényszert vagy az egyenlő jogok semmibe vételét, mivel minden attól függ, *hogyan* születik meg az adott döntés – egyedi alapon és diszkriminatívan vagy pedig szisztematikusan, racionálisan és nyilvánosan, vagyis *informált* és *demokratikus* módon.

A korábban megismert négy igazságosságelmélet közül a haszonelvűség, az egyenlőségelvűség és a közösségelvűség ajánl valamilyen porciózási mechanizmust, elsőként tehát ezeket tekintjük át részletesen<sup>94</sup>.

A megközelítések bemutatásakor az előző fejezetben már megismert struktúrát alkalmazzuk, vagyis az elméletek bemutatására helyezzük a hangsúlyt, és csak érintőlegesen szólnunk azok kritikáiról. A fejezet végén a röviden áttekintjük a *demokratikus, méltányos folyamatok* mibenlétét és jellegzetességeit, lévén hogy egyes gondolkodók – elsősorban a már idézett Daniels legújabb írásai – szerint ezek jelenthetik a probléma kulcsát, amennyiben az egészségpolitikai igazságosságelméletek nem nyújtanak határozott megoldást a porciózás problémájára.

### 3.1 Haszonelvűség

A haszonelvű megközelítés, mint az az előző fejezetből már kiderült, azt a helyzetet tekinti optimálisnak, amely a valamiféleképpen értelmezett, aggregált egyéni *hasznokat* maximalizálja. A makroallokáció területén legáltalánosabban használt módszerei a *költség-haszon elemzés*, a *költség-hatékonyság elemzés* és a *kockázat-haszon elemzés*<sup>95</sup>, de ez utóbbi javarészt beépül a két másik módszerbe.

#### 1. Költség-haszon elemzés

A *költség-haszon elemzés* (*cost-benefit analysis*) csak annyiban tér el a később bemutatandó *költség-hatékonyság elemzéstől* (*cost-effectiveness analysis*), hogy a hasznokat pénzbeli egységben méri, vagyis pénzbeli értéket rendel az emberi élethez, az egészséghez. A költség-hatékonyság elemzés viszont magukat a nyert életéveket, az életévek minőségét vagy éppen a betegségek számának csökkenését tekinti haszonnak. A költség-haszon elemzés egy emberi élet pénzbeli értékének meghatározásához két eljárást használ leginkább: a *diszkontált jövőbeni keresetek* módszerét és a *fizetési hajlandóság* módszerét.<sup>96</sup>

A *diszkontált jövőbeni keresetek* módszere azt becsüli meg, hogy az adott betegség kockázatának kitett személy mennyit keresne jelenértéken a hátralevő életében, ha a betegségből felgyógyulna<sup>97</sup>, és ezzel megegyezőnek tekinti az illető életének pénzbeli értékét, ami sok szempontból igencsak támad-

92 Fleck 1994. 373

93 Fleck 1994. 370-380

94 A libertarianizmus, lévén legszélsőségesebb formájában eleve elutasít bármiféle állami kényszeren alapuló egészségügyi rendszert, ennek elosztási elveit illetően sem fogalmaz meg ajánlásokat.

95 *Költségnek* azokat az erőforrásokat tekintjük, amelyek valamely hasznos kimenetel eléréséhez szükségesek. Mindkét költség alapú megközelítés monetáris egységben méri a költségeket. *Kockázatnak* ezzel szemben a lehetséges jövőbeli károkat hívjuk, ahol „kárnak” az egészséggel, az étellel és a jóléttel kapcsolatos érdekek sérülését tekintjük. Az „ésszerű kockázat”, „minimális kockázat”, „magas kockázat” kifejezések a károk bekövetkezésének valószínűségére vonatkoznak, bár néha a károk nagyságát is értjük alattuk. Végül a *haszon* a kockázattal ellentétben nem valószínűségi alapú fogalom, hanem a kár ellentéte – a kockázat ellentéte ezért a haszon valószínűsége. (Beauchamp és Childress 1994, 292)

96 Beauchamp és Childress 1994, 306-8

97 Azoknak, akik nem járatosak a jelenérték-számításban, azt javasoljuk, gondoljanak például arra, hogy egy egységnyi mai jövedelmet már ma befektethetünk, így az potenciálisan többet ér, mint egy egységnyi „holnap” jövedelem. A diszkontálás eljárásának az a lényege, hogy a piaci hozamokat figyelembe véve, mai értékre „konvertálja” a jövőbeli jövedelmeket.

ható<sup>98</sup>. Ezért az élet értékének kalkulálásakor a legtöbben a *fizetési hajlandóság* (*willingness to pay*) módszerét preferálják. Eszerint az élet értékét az határozza meg, hogy az egyes egyén mennyit volna hajlandó fizetni, hogy elkerülje a halált vagy egészségének bármely károsodását<sup>99</sup>. Ez a módszer persze csak akkor működik jól, ha az emberek egyrészt „megfelelően” értékelik a kockázatokat és – részben ezzel összefüggésben – a hasznokat és a költségeket is, ami pedig közel sem nyilvánvaló. Komoly problémát jelent azonban az is, hogy a megkérdezettek életkoruktól, jövedelmüktől és egyéb tényezőiktől függően nagyon eltérő válaszokat adnak.

A megközelítéssel kapcsolatos legalapvetőbb probléma ugyanakkor, mint már említettük, hogy sokak számára erkölcsileg önmagában már az kifogásolható, hogy az emberi élet *pénzbeli* értékéről beszéljünk. Bizonyos (például a közösség- vagy egyenlőségelvű) gondolkodók szerint például az embereknek *erkölcsi* értéke van, de *pénzügyi* értéke nincs. Ráadásul nem is minden esetben hasznos monetáris eszközök segítségével értékelni az egészségügyi programokat: az ilyen, kvantitatív megközelítés helyett sok esetben jobb a kvalitatív módszer.

## 2. Költség-hatékonyság elemzés

A *költség-hatékonyság elemzés* éppen ezekben az esetekben jelent megoldást. A legismertebb és leggyakrabban alkalmazott költséghatékonyság-elemzési módszer a *minőségi életevek* módszere (quality adjusted life years vagy QALY).<sup>100</sup> A QALY vezérlő gondolata, hogy az életnek nemcsak a hossza, hanem a minősége is mérvado: egy betegen töltött év nem ér fel egy egészségben töltött évvel. Makroszinten létezik tehát valamiféle átváltás az élet hossza és minősége között – az életevek számának és az életevek minőségének növelése két külön, akár egymásnak ellentmondó cél is lehet. Az egészségügyi forrásallokációnak azt kell célul tűzni, hogy összesen minél több minőségi életevet vagy QALYt állítson elő<sup>101</sup>. Ehhez azonban meg kell találni a megfelelő egyensúlyt az élet meghosszabbításának, illetve az életminőség javításának céljai között. A kérdés az, hogy miként találjuk meg ezt az egyensúlyt.

Mivel a QALY az életminőség koncepciójára épül, az életminőség fogalmát kell tartalommal feltöltenünk. Három domináns megközelítés létezik ezzel kapcsolatban<sup>102</sup>:

- a) Meghatározhatjuk az életminőséget az egyén *tudatosan megélt* élményeinek viszonylatában, ahol az élmény lehet például a boldogság, az öröm vagy a vágyak kielégülésével járó élvezet. Ez tehát egy alapvetően hedonista elmélet, amely megfelel a haszonelvűség klasszikus változatának.
- b) A második megközelítés is szubjektív, amennyiben az ember vágyainak/preferenciáinak kielégülésére épít, de nem várja el, hogy ez tudatosan megélt élmény legyen.
- c) A harmadik megközelítés ezekkel szemben objektív, mert nem az egyéni reakciókra vagy élményekre épít, hanem valamilyen normatív ideálra, életeszményre. Az a leggyakoribb, amelyben a „jó élet” egyik legfontosabb komponense az egyéni autonómia, de ez a megközelítés elismeri, hogy a jó életről többféle elképzelés létezhet.

98 Ezen felfogás szerint azoknak az élete, akik nem rendelkeznek jövedelemmel, nem értékelhető, azok életének pedig, akik a társadalom erőforrásainak élnek (munkanélküliek, nyugdíjasok, elzárta mentális betegek, bűnözők) negatív értéke van, vagyis a módszer igencsak elfogult azokkal szemben, akik várhatóan többet fognak keresni. Erkölcsileg azonban ennél lényegesen nagyobb problémát jelent, hogy egy ember életének az értékét tisztán keresete mértéke határozza meg. A társadalom erőforrásait használókról vagy a keresettel nem rendelkezőkről mondott fenti vélemény példálul védhetetlen.

99 A módszer egyik verziója szerint az emberek ítélete a társadalomban tetten érhető, empirikus kutatással feltárható preferenciákból szűrhető le. Az alapján például, hogy az emberek mennyit hajlandóak fizetni különféle, a testi épségüket óvó biztonságtechnikai berendezésekért, egészségügyi termékekért, vagy éppen hogy mennyivel magasabb fizetésért vállalnak egészségükre nézve kockázatosabb munkát, következtethetünk arra, mennyire értékelik az egészséget. Egy másik változat ezzel szemben a kinyilvánított preferenciákra hagyatkozik, vagyis hipotetikus kérdéseket tesz fel az embereknek azzal kapcsolatban, hogy mennyit volnának hajlandóak fizetni például egy évvel hosszabb életért, vagy épp mennyi pénzért volnának hajlandóak lemondani egy életevükről.

100 Beauchamp és Childress 1994, 308-310; Lockwood 1988/2006, 452-4

101 A módszer lehetőséget ad a „minőség-egyenértékesre” átszámított évek összegzésére, vagyis egy évnyi teljes minőségű élet (1 QALY) ugyanannyit ér, mint két évnyi, feleolyan jó minőségű élet (2 × 0,5 QALY).

102 Brock 1993ab

A leggyakrabban használt QALY alapú mérőszámok a fenti megközelítések mindegyikét használják, tipikusan keverve azokat egy adott mérőszámon belül<sup>103</sup>.

A QALY típusú megközelítésekkel azonban sokkal nagyobb problémák is vannak, mint hogy az életminőség tartalmilag meglehetősen kevésbé tisztázott fogalmára alapoznak<sup>104</sup>:

a) Nem csak az életminőség számít!

Az egészségügyi programok közötti, tényleges választások során más tényezőket is figyelembe veszünk, nem csak az illető beteg életminőségét vagy az adott kezelés életminőségre gyakorolt hatását<sup>105</sup>.

Sokan fontos szempontnak tartják például az egyes programok, intézkedések *társadalmi* értékét, annak tágabban értelmezett hatásait<sup>106</sup>. Intuitív, személyes véleményekben, sőt néha egészségügyi döntéshozó testületekben is gyakorta megjelenik az *érdem* szempontja, vagyis az, hogy egy allokációs döntésnél az is nyomjon a latban, *mit tett a múltban* a kedvezményezett személy. Ezek mind olyan megfontolások, amelyeket a QALY nem képes figyelembe venni<sup>107</sup>.

b) A QALY diszkriminatív

A másik gyakori vád a QALY-módszerrel szemben az, hogy – például életkor szerint – diszkriminál:

A. Minden egyéb tényező azonossága esetén egy fiatal és egy öreg ember közül a fiatalat részesíti előnyben, lévén neki – sikeres beavatkozás esetén – potenciálisan több éve van hátra<sup>108</sup>.

B. A módszer előnyben részesíti a jobb általános egészségi állapotúakat is, mert nekik több esélyük van a magasabb minőségű életre<sup>109, 110</sup>.

c) A rosszabb helyzetűek nem kerülnek előnybe

Ez utóbbi probléma egy speciális esete ráadásul további erkölcsi dilemmákat vet fel.<sup>111</sup> Bár legtöbbször erkölcsi ítélete szerint a súlyosabb egészségi állapotban lévő személynek prioritást kell élveznie, a QALY-módszer alapján két konkrét személy állapotának azonos mértékű javulását egyenlőnek és egyenlően „fontosnak” kéne értékelnünk, tekintet nélkül arra, hogy a kérdéses egészségügyi probléma az egyiküknél esetleg súlyosabb volt, mint a másiknál. Intuitíve valószínűleg még akkor is biztosítanánk némi prioritást a súlyosabb állapotú egyénnek, ha tudjuk, hogy a beavatkozás csak kisebb életminőségbeli javulást okoz, mint a másiknál.<sup>112</sup>

d) Életek helyett életévek

Súlyos probléma lehet az is, hogy a QALY nem az egyes emberi *életekkel*, hanem az *életévekkel* törődik.

Ha például egy ember életét egy bizonyos beavatkozás öt QALY-val (vagyis öt minőségi életévvel) képes meghosszabbítani, tíz másik emberét pedig összesen négygyel, akkor az egyet kell megmentenünk, a tízet pedig veszni hagynunk. Hasonlóképpen, ha ketten aspirálnak egy beavatkozásra, amely az egyiküknek két tökéletes minőségű évvel, vagyis 2 QALY-val hosszabbítaná meg az életét, a másikukét viszont ötten – igaz, csak kicsivel kevesebb mint 40 „százalékos” minőségben (vagyis egy életéve mondjuk 0,39, az öt éve pedig 1,95 QALY-t „érne”) –, akkor szintén az elsőnek kellene ítélnünk az ellátást.

103 Brock 1994ab szerint általánosságban is ez a megfelelő haladási irány: mindhárom megközelítést valamilyen olvasatban, megfelelő összehangolásban kell egy elméleten belül használni – ezért is gondolja azt, hogy a három közül az objektív elmélet a legjobb, mivel az megengedi ezt a fajta pluralizmust. A különféle QALY-számítási módszerek részleteit lásd Brock 1993a, 294-311 és 1993b, 341-31.

104 Ráadásul ez az ellenvetés nem is teljesen méltányos, hiszen a felrótt hiányosság általános, filozófiai gyökerű probléma, amihez hasonló ellenvetésekkel szinte minden alternatív megközelítéssel kapcsolatban élhetünk.

105 Lockwood 1988/2006, 456-7

106 Lehetséges például, hogy másként ítélnék meg egy kezelés értékét egy egyedülálló személy, és másként olyasvalaki esetében, akinek vannak hozzátartozói, akikért esetleg felelős is.

107 Természetesen nem kívánjuk azt sugallni, hogy a fenti szempontok mindegyikét „helyes”-nek tartanánk, sőt.

108 Beauchamp és Childress 1994, 311; Lockwood 1988/2006, 454, de ő aztán később visszavonta ezt az állítást.

109 Lockwood uo. 457, 458-9

110 Meg kell jegyeznünk ugyanakkor, hogy magának a QALY-megközelítés gyakorlati alkalmazásának is több módja van, és ezeknek nem mindegyikére állnak ezek a kritikák. Amikor nem az adott beavatkozást követően hátralevő összes életév QALY-értékét vesszük figyelembe, csak azt a változást, ami ebben az adott beavatkozás hatására beáll, akkor az életkor és egészségi állapot szerinti diszkrimináció jelentősen mérséklődik.

111 Daniels 1996c, 320-1

112 Az ehhez hasonló kérdésekkel kapcsolatban azonban megoszlanak a vélemények: nincs egyértelmű, „közmegegyezéssé” határ, amely alatt már nem helyeznénk az egészségesebb egyén elé a beteget. Ez a bizonytalanság azonban csak tovább rontja a QALY esélyeit.

e) Az aggregálás problémái

A QALY alapján működő makroallokációs rendszerekre ugyanakkor ennek éppen a fordítottja is jellemző. Az oregoni rendszer például prioritás szempontjából gyakran a rutinbeavatkozások mögé sorolta az életmentő beavatkozásokat.<sup>113</sup> Annak, hogy a QALY ilyen, sokszor ellentmondásos gyakorlati megoldásokhoz vezethet, az az oka, hogy *erkölcsileg relevánsnak tekinti az aggregálást*: ha sok kicsi beavatkozás pozitív hatását összeadjuk, az mértékében felülmúlhatja a kevesebb, de nagyobb volumenű beavatkozások hasznát.<sup>114</sup> Ez azonban igencsak vitatott erkölcsi alapállás: sokak szerint legalábbis kontextusfüggő, hogy mikor alkalmazható az aggregálási elv.

f) Szükségletek és méltányos esély

Az egészségügyi ellátással kapcsolatos döntéseket sokak szerint az emberi szükségletek határozzák meg, nem pedig életminőségi megfontolások. Legjobban talán a kizárólag szépészeti célokat szolgáló kozmetikai beavatkozások szemléltetik ezt az állítást: bár feltehetőleg javítják a páciensek életminőségét, nincs a világon olyan egészségügyi rendszer, ami finanszírozná ezeket.

Mások szerint pedig a szigorúan matematikai értelemben vett hasznossági megfontolások helyett sok esetben inkább az a kérdés, hogy adtunk-e méltányos esélyt az érintetteknek. A QALY alapján hozott döntések esetében sokszor érezhetjük úgy, hogy a kárvallott fél joggal „tiltakozik”: ha például az adott beavatkozás az ő életét is megmenthette volna, de a másik fél a beavatkozás után nagyobb eséllyel él hosszabb ideig, és a különbség a két élethossz között nem túl markáns.

Bármit gondolunk is az itt felsorolt szempontokról, egyvalamit egyértelműen megmutatnak<sup>115</sup>, mégpedig azt, hogy ezekben az esetekben erkölcsi ítéleteink nem nyújtanak egyértelmű fogódzót. Ennek híján azonban a QALY erkölcsi szempontból ingoványos talajra épül, ezért döntési módszerként csak nagy körültekintés mellett javasolható.

## 3.2 Közösségelvűség

A hozzáférésről szóló fejezetben nagy vonalakban már bemutattuk Ezekiel Emanuel liberális közösségelvű koncepcióját. Minthogy a makroallokációt illetően is ez a leginkább kidolgozott, most – ahogy korábban jeleztük – ennek az elméletnek a konkrét, a finanszírozás, az elosztás mikéntjét leíró részleteit ismertetjük<sup>116</sup>.

### 3.2.1 A CHP-k kialakítása és felépítése

Emanuel egy tipikus CHP hat, az allokáció szempontjából releváns jellemzőjét emeli ki<sup>117</sup>:

#### 1. Az adminisztratív és deliberatív keretek

a) A tagok közösen osztott értékeik (vagyis a jó/helyes életről alkotott koncepciójuk) alapján kidolgozzák a CHP egészségügyi alapelveit. Ennek folyamán elkerülhetetlen, hogy permanensen tisztázzák általános elveiket is.

113 Beauchamp és Childress *uo.*, 311-2

114 Daniels *uo.*, 322.

115 Daniels 1996c, 318-320

116 Előre kell bocsátanunk, hogy ez az elmélet – lényegéből, az egyes közösség általi meghatározottságból fakadón – nem ír le például a fent bemutatott haszonelvűséghez hasonló, konkrét allokációs elveket. Kizárólag azokat a mechanizmusokat határozza meg, amelyek minden, az elmélet alapján kialakított, közösségi egészségprogram (CHP) allokációs folyamata szempontjából relevánsak, például hogy minden CHP-nek meg kell határoznia működési elveit, tagfelvételi eljárását és így tovább. Ezeket azonban az egyes CHP-k közösségének kell feltöltenie konkrét tartalommal – és ez a tartalom egyaránt lehet az ismertetett elméletekével egyező, de azoktól teljesen különböző is.

117 Emanuel 1991, 178-197.

- b) Ezt követően kidolgozzák az elvek alapján szükségesnek ítélt egészségpolitikát. Emanuel a minél demokratikusabb döntéshozatalt támogatja, ezért az egyes szakmai ügyekben *bizottságok* létrehozását javasolja. Ezek a közösség teljes nyilvánossága előtt működnek, szerepük pedig a vita és a döntéshozatal elősegítése – tulajdonképpen a szakmai háttér biztosításával (szakmai véleményekkel, információszolgáltatással stb.). Javaslatokat a CHP teljes nyilvánosságának teszik meg, és az aztán többségi szavazással vagy konszenzusosan dönt azokról hosszú, akár több havi vita után.
- c) Az immár kialakított egészségügyi rendszert a gyakorlatban megtapasztalva a tagok – saját korábbi döntéseiket felülvizsgálva – korrigálhatják annak esetleges hibáit, tisztázhatják a nyitva maradt kérdéseket és így tovább.

Bár az így leírt procedúra idealizált, lényegi üzenete megvalósítható: a demokratikus döntéshozatal révén a CHP tagjai nem egyszerűen *elszenvedik* a döntéseket, hanem részt vesznek azok meghozatalában, ezáltal valódi polgárokká válnak, akik felelőséggel tartoznak döntéseikért, és tiszteletben tartják a közösség akaratát. Így válik a CHP egyszerű egészségügyi szolgáltatóból politikai közösséggé.

## 2. Tagság és tagtoborzás

E tekintetben a CHP-k szintén önkormányzók. Saját maguk határozzák meg nagyságukat, továbbá azt, hogy kiket alkalmaznak, milyen tagtoborzási szabályokat használnak, és milyen szabályok vonatkoznak a tagokra. Jellegükből fakadóan nem lehetnek túl nagyok<sup>118</sup>, és rendszeres időközönként (Emanuel szerint ötévente) felülvizsgálják tagságukat és a tagságra vonatkozó szabályukat anélkül, hogy lehetőségük volna „megszabadulni” aktuális tagjaiktól.

## 3. Finanszírozás

A CHP-k finanszírozását Emanuel kuponos rendszerben képzei el. Ezek szerint minden személy vagy család kap egy kupont a szövetségi kormányzattól<sup>119</sup>, amely öt évnyi tagdíjnak felel meg, és amit mindenki a választása szerinti CHP-ban használhat fel. A kupon fejében a választott CHP öt éven keresztül megkapja az egyének után járó fejpénzt – ennek mennyiségét a rendelkezésre álló források függvényében, esetleg bizonyos demográfiai (például kor vagy nem szerinti) súlyokat alkalmazva kalkulálják. Az Egyesült Államokban ez a szövetségi költségvetésből az egészségügy finanszírozására fordított összeg átcsoportosításával volna megvalósítható: az új rendszerben egyszerűen a CHP-k finanszírozására használják fel a pénzt. A CHP-k dönthetnek arról, hogy ennél a forrásmennyiségnél többet vagy kevesebbet vesznek-e igénybe. Többletforráshoz helyi adó kivetésével juthatnának, ha pedig megtakarítanak, akkor maguk dönthetik el, hogy mit kezdenek a felszabaduló összeggel<sup>120</sup>.

## 4. Kapcsolat más szervezetekkel

Méretükből következően a CHP-k kénytelenek *kapcsolatba lépni* más szervezetekkel, hogy megfelelő szolgáltatást tudjanak nyújtani tagjaiknak. Társulnának kórházakkal, kutatási-fejlesztési céljaikat elősegítő kapcsolatba lépnének orvosi egyetemekkel, sőt valószínűleg más CHP-kkel is partnerséget alakítanának ki, hogy biztosíthassanak bizonyos szolgáltatásokat – otthoni ápolás, gondozóotthonok –, amelyeket egyedül nem, de közösen képesek volnának finanszírozni. Végül, felismerve, hogy az egészségi állapotot befolyásoló tényezők között az egészségügyi ellátás és annak színvonala csak egy a sok közül, együttműködnének oktatási intézményekkel, lakásügyi, munkahelyteremtő programokkal és más szociális intézményekkel.

118 Emanuel, mint korábban már megjegyeztük, 20-25 ezer fős felső határt javasol.

119 A rendszert Emanuel az Egyesült Államokra dolgozta ki.

120 Mivel a konstrukció szerint a tagoknak bármikor lehetőségük van elhagyni az adott CHP-t, a rájuk eső forrásmennyiség hozzájuk, nem pedig az egyes CHP-khez kötődik, vagyis „hordozható”.

## 5. Az orvosok szerepe

A CHP-kban az orvosok három lehetséges szerepben jelennek meg:

- A. A CHP tagjaként, mint minden más tag, részt vesznek a döntéshozatalban.
- B. Kórházi orvosként dolgozhatnak olyan intézményben, amellyel az adott CHP társult.
- C. Végül független, önállóan praktizáló orvosként is szerződést köthetnek a CHP-vel.

## 6. A CHP-k felügyelete

Emanuel elképzelései szerint kétszintű szabályozórendszer biztosítaná a CHP-k felügyeletét. *Tagállami szinten*<sup>121</sup> az egészségügyi felügyeleti szervek azt biztosítják, hogy minden állampolgár tagja legyen valamilyen programnak, és kezelik az egyes egészségügyi rendszerek szereplői közötti, esetleges konfliktusokat is. A szövetségi szintű felügyeleti szerv a finanszírozás területével foglalkozik.

### 3.2.2 A CHP megvalósíthatósága

Magától értetődően felmerül egy további, egészen gyakorlati kérdés is: a CHP-k megvalósíthatóságának kérdése. Emanuel a megvalósíthatóság és a működtethetőség három dimenzióját vizsgálja<sup>122</sup>:

#### 1. Az átmenet

Emanuel két fázisban gondolja megvalósíthatónak a váltást:

- a) Az első, *tárgyalási* szakaszban a CHP-k megtervezése és alapstruktúrájuk kidolgozása zajlik, központilag biztosított forrásokból. Ekkor vitatják meg és fektetik le a tagok az egyes CHP-k szabályait, alakítják ki a szervezeti alapokat, ekkor kötnek a CHP-k szerződést más egészségügyi szervezetekkel, és ekkor folyik a CHP-k reklámozása, a tagtoborzás is.
- b) A második, *megvalósítási* szakaszban – Emanuel szerint körülbelül egy évvel az első szakasz kezdete után – a CHP-k elkezdhetnek szolgáltatást nyújtani. A tagok megkapják kuponjaikat, megtörténik az ellenőrzési rendszer beüzemelése.

Emanuel szerint a két szakasz során fokozatosan kell csak bevonni a potenciális tagokat: először a legelsettebbekre, aztán a már létező egészségügyi programok résztvevőire<sup>123</sup> (akikről feltételezhető, hogy egyrészt tudatosabban viseltetnek egészségükkel szemben, másrészt tehetősebbek), illetve a CHP-alapítást már a kezdetekkor célul tűző közösségek tagjaira kell koncentrálni. Csak miután belőlük kialakultak a CHP-k „magvai”, azután kell kiterjeszteni a rendszert az összes állampolgárra. Így egyrészt biztosíthatjuk, hogy a legszegényebbek mindenképpen hozzájussanak a szolgáltatáshoz, másrészt azáltal, hogy rajtuk kívül a társadalom tehetősebb tagjainak egy része is a „maghoz” tartozik, elkerülhetők a közsegély-programokkal kapcsolatos politikai csapdák, vagyis a CHP-k nem „gettósodhatnak”.

#### 2. Képes-e ellátni a CHP a funkcióját?

Az átmenet legfontosabb kérdése az, hogy a CHP-k valóban képesek lesznek-e biztosítani az *egészségügyi szolgáltatásokat*. Emanuel szerint igen: méretükből, finanszírozásukból következően nem jelenthet számukra problémát, hogy szerződéseket kössenek, vagy társuljanak az egészségügy más szereplőivel, intézményekkel, orvosokkal. Stabil ügyfélkörük, állandó és nagyjából egyenletes „keresletük” miatt való-

121 A tagállami szint bevonása úgyszintén azt tükrözi, hogy a koncepciót Emanuel alapvetően az Egyesült Államokra dolgozta ki. A rendszer ezen vonásának általános relevanciája ugyanakkor, hogy egy, a szövetséginél (országosnál) alacsonyabb, az egyes CHP-k szintjénél azonban magasabb szintre delegálja a szakmai ellenőrzés és konfliktuskezelés funkcióit.

122 Emanuel 1991. 222-233.

123 Iitt újínt az „Egyesült Államokra-szabottság” korlátjába ütökközünk: mivel az USA-ban az emberek jelentős része nem vesz részt szervezett, struktúrált egészségügyi ellátásban, hanem rendelkezik (vagy épp nem rendelkezik) valamilyen biztosítással, és ha beteg, akkor többé-kevésbé ennek a biztosításnak a terhére látják el őt valamely egészségügyi intézményben. Magyarországon, a kötelező társadalombiztosítás rendszerében, ahol az egészségügyi ellátás szigorú struktúra szerint épül fel, és viszonylag kevés szabadságot biztosít a betegnek, a „szervezett egészségügyi rendszerben vesz részt” kitétel nem értelmezhető. Gondolhatunk itt ugyanakkor például azokra, akik Magyarországon a kötelező, állami rendszer mellett részt vesznek más egészségügyi programokban is, így például tagjai önkéntes egészségpénztáraknak.

színűleg költséghatékonyak is, hiszen a kórházaktól csökkentett díjakat tudnak kialakítani. Hosszú távra biztosított költségvetésük és az egészségügy más szereplőivel való együttműködések lehetővé teszi számukra, hogy ápolási, gondozási, valamint más olyan, nem a szorosan vett egészségügy körébe tartozó, de az egészségre és az életminőségre közvetlenül ható szolgáltatásokat<sup>124</sup> is nyújtsanak, amelyek korábban nem voltak elérhetőek. Végül a CHP-modell szerkezete lehetővé teszi az elzárt falusi közösségek ellátását is. Egy falusi CHP, központilag garantált költségvetése révén, dönthet úgy, hogy akkor is fenntartja a helyi kórházat, ha az veszteséges, vagy hogy képzési programokat indít azzal a céllal, hogy az elzárt területeken a helyi lakosok orvosi segítség nélkül is elláthassák alapvető egészségügyi szükségleteiket.

### 3. Ki fog részt venni a CHP-kben?

Emanuel szerint az *orvosok* (közreműködői) részvétele azért várható, mert miközben a CHP-k nem akarnak beleszólni a szigorúan orvosi kérdésekbe, az etikai ügyek – a páciens beleszólási, hozzájárulási joga, a makroallokációs kérdések, a döntésképtelen betegek ellátása – közösségi tisztázása az orvosok helyzetét teszi könnyebbé<sup>125</sup>.

A *közösség (nem orvos) tagjai* valószínűleg szintén részt fognak venni a döntéshozatalban – végső soron az ő egészségi állapotukról van szó, ők maguk is bármikor rászorulhatnak az ellátásra, ráadásul Emanuel szerint folyamatosan növekszik a bioetikai kérdések iránti „civil” érdeklődés. Azt azonban ő is elismeri, hogy a részvétel végső soron attól függ majd, mennyire része ez az igény a tagok értékrendszerének, valamint hogy mennyire hatékony, vagyis érzékelhető-e a konkrét döntésekre gyakorolt hatása. Emanuel szerint ezért valószínű, hogy szükség lesz a részvételt támogató beruházásokra, amelyek segítségével megteremthetők a részvétel különböző fórumai, megoldható a tagok demokratikus „nevelése”, és biztosítható, hogy – értelmes viták után – a tagok életét meghatározó, értelmes döntések szülessenek.

### 3.3 Egyenlőségelvűség

A korábban már megismert Norman Daniels szerint az egyenlőségelvű gondolkodók számára három lehetséges makroallokációs módszer áll rendelkezésre<sup>126</sup>. Mindhárom módszer alapvető célja azonos. Mind ahhoz kívánunk fogódzót nyújtani, hogy pontosan mikor és mely ellátások nyújtásával valósítható meg az egyenlő hozzáférés, vagyis hogy miként nézne ki pontosan egy igazságos, „megfelelő” egészségügyi ellátórendszer. Ugyanakkor, mint azt alább bemutatjuk, az egyenlőségelvűek minduntalan saját korlátaikba ütköznek, amikor az elveikből akarnak levezetni valamiféle allokációs mechanizmust.

- A. Az *első* lehetőség egy lista összeállítása, amely az összes alapvető egészségügyi szolgáltatást tartalmazza, méghozzá prioritási sorrendben.
- B. A *második* egy kritériumrendszer felállítása, amelynek segítségével eldönthető, hogy mely egészségügyi szolgáltatás fontos, vagyis biztosítandó, és melyik nem.
- C. A *harmadik* pedig egy, még az előzőnél is kevésbé mechanikus, demokratikus döntési folyamat felvételése, amelyet alkalmazva megválaszolhatók az alapszolgáltatásokra vonatkozó kérdések.<sup>127</sup>

124 Például az otthoni ápolás, az ápolóotthonok kiterjedtebb rendszere.

125 Egyrészt: az orvosok maguk is felismerik már, hogy ezek elsősorban közösségi ügyek, amelyekben egyedül az orvosok nem dönthetnek. Másrészt az, hogy az etikai problémákat maga a közösség tisztázza, olyan, relatíve letisztult intézményi és szabályozási keretet teremt a számukra, amelyben sokkal könnyebben végezhetik munkájukat. Harmadrészt ugyanakkor a közösség tagjaiként ők maguk is részt vehetnek ezeknek az etikai standardoknak a kidolgozásában, és nem külső szabályozószervek mondják meg nekik, hogy mit kell tenniük.

126 Daniels 1985, 74

127 A harmadik módszerrel ezen a ponton nem foglalkozunk, az ugyanis népszerűsége és jelentősége miatt külön tárgyalást érdemel: ez lesz a következő, egyben utolsó szakasz témája.



## 1. Listák

Taxatív listákból – legalábbis az Egyesült Államokban – számos található, de nekünk most nem ezek részletei érdekesek<sup>128</sup>, mert az ördög ez alkalommal nem a részletekben rejlik<sup>129</sup>. Az alapvető probléma ugyanis magának a listának az intézményével kapcsolatban merül fel. Mivel a listák, természetük szerint, a nyújtható ellátások között szelektálnak, jogosan merül fel a kérdés, hogy mi *igazolja* a válogatást. Az egyenlőségelvűség alapvetése, hogy a közösség tagjai erkölcsileg egyenlők, ami megköveteli, hogy a lista összeállítói *koherens és az egyenlőségelvűséggel összeegyeztethető etikai érvekkel* legyenek képesek megvédeni módszerüket<sup>130</sup>. A lista tehát nem alkalmazhat önkényes szelekciós kritériumokat, és ebből a szempontból nem kielégítő válasz az sem, hogy azt szakértelemmel bíró orvosok vagy a szabályozó hatóság állították össze. Miért volnának az orvosok vagy a politikusok bárki másnál kompetensebbek *etikai* kérdések eldöntésében<sup>131</sup>?

Nem jelent okvetlenül megoldást a pénzügyi korlát alkalmazása sem, vagyis ha csak egy bizonyos kezelési költség (vagy más költségegység, például egységnyi egészségjavulásra eső költség) alatti ellátások kerülnek fel a listára. Itt is felmerül a kérdés ugyanis, hogy honnan származik ez a határ. Nem fogadható el az a válasz, hogy ezáltal biztosítható a „megfelelő” egészségügyi ellátás, hiszen éppen annak érdekében állítjuk össze magát a listát, hogy kiderítsük, mit is érthetünk „megfelelő” alatt.

A leginkább elfogadhatónak tűnő – és valóban leggyakrabban is használt – érv az, hogy a lista egy *kompromisszumos* javaslat, amely az adott közösségben segít kialakítani valamiféle konszenzust a nyújtandó ellátások köréről. A „helyes életéről” alkotott, egymással összeegyeztethetetlen, versengő koncepciók pluralizmusának körülményei között azonban valószínűtlen, hogy kialakítható lenne ilyen konszenzus *konkrét* egészségpolitikai kérdésekben – pusztán elméleti céllal legalábbis nem feltételezhetjük, hogy létezik.

A lista összeállítói számára marad egy további lehetőség: hivatkozhatnak valamely konkrét értékrendszerre, ami a lista szelekciós kritériumának alapját képezi. Meghatározhatnák például, hogy mik azok az elvárások, amelyeket bárki joggal támaszthat a saját életével, lehetőségeivel kapcsolatban: milyen, orvosilag befolyásolható egészségi, fizikai-mentális állapot az, amire mindenki joggal tart igényt, és amit ezért az egészségügyi rendszernek biztosítani kell. Ezzel azonban a *semlegesség* liberális kritériumát sértene meg. Hiszen ha az emberek erkölcsileg egyenlők, akkor életterveik között nem lehet erkölcsileg szignifikáns különbség, azaz egyikük életkonceptiója sem érhet kevesebbet a másikénál: az állam nem mondhat ítéletet az élettervek értékessége felett. Semmilyen, az egyes egyének az erkölcsi egyenlőség kritériumait tiszteletben tartó élettervéhez<sup>132</sup> szükséges ellátás (akár a szépészeti beavatkozások, erőnlétfokozó készítmények stb.) sem zárható ki tehát az egészségügyi ellátásból.

## 2. Kritériumrendszer

Végző soron ugyanehhez a problémához jutunk a második, egyenlőségelvű allokációs módszer kapcsán is. Ez a megközelítés egy *liberális törvényhozót* vesz igénybe, aki az igazságosság – liberális és egyenlőségelvű – elvei segítségével, az összes releváns információ birtokában megtervezi a szükséges egészségügyi rendszert, többek között elvégzi a porciózást is. Emanuel szerint a „törvényhozó” három megközelítést alkalmazhat<sup>133</sup>:

128 Emanuel 1991, 114-5 bemutat néhányat közülük, és a releváns hivatkozásokat is közli.

129 Uo., 116-119.

130 Ellenkező esetben igen valószínű az is, hogy az önkényes szelekció jelentős politikai ellenállást váltana ki, és már csak ezért sem lehetne keresztülvihető.

131 Ráadásul, ha például az orvosok döntenének, igen valószínű, hogy egy majdnem végtelenített listát kapnánk, mivel ők elsődlegesen a gyógyításban, nem pedig a lehetőségeik körét szűkítő szelekcióban érdekeltek.

132 Vagyis az egyetlen kizáró ok az lehet, ha az egyén azzal indokolja életterve jogosságát, hogy az ő élete értékesebb másokénál.

133 Emanuel uo., 129-139

a) *Technikailag* értékelheti a különböző egészségügyi szisztémákat. Ebben az esetben olyan megfontolásokra hagyatkozik például, hogy melyik séma *vezethető be* a legkönnyebben, melyik *tartható fenn* a legkönnyebben, melyik a *legolcsóbb* és a *leghatékonyabb*. Csakhogy a hatékonyság és a hozzá hasonló technikai kritériumok, bár kétségekívül fontosak, nem mondanak semmit az adott rendszer igazságosságáról. A döntési mechanizmus folyamatában ezért csak akkor jön el az idejük, amikor már több, egyaránt igazságos séma is a rendelkezésünkre áll, és ezek között kell döntenünk. Ez azonban azt feltételezi, hogy már *tudjuk*, milyen is lenne pontosan egy igazságos rendszer – holott éppen ez az a kérdés, amire a választ keressük.

b) A törvényhozó által alkalmazható második módszer a lehetséges makroallokációs sémák *kvantitatív* (de nem hatékonysági) értékelése. Így például használhatná Rawls *különbőségelvét* oly módon, hogy az egészségügyi ellátások közül azt választja, amelyik a legnagyobb mértékben javítja a legszegényebbek<sup>134</sup> helyzetét, vagy alkalmazhatná a kvantitatív megközelítést a másik rawlsi elvre, a méltányos esélyegyenlőség<sup>135</sup> követelményére is<sup>136</sup>. Ez esetben azokat az ellátásokat kell kiválasztania, amelyek a legnagyobb esélyegyenlőség-romlást előidéző problémákat kezelik.<sup>137</sup>

Több okból is megkérdőjelezhető azonban, hogy létezik-e olyan skála, amely mentén az esélyegyenlőség romlása mérhető.<sup>138</sup> Először is pontosan definiálnunk kell, hogy *mit értünk lehetőség alatt*, vagyis hogy mely esélyek egyenlőségéről beszélünk – márpedig ez ismét csak nem megy anélkül, hogy értéktételekre ne hagyatkoznánk, amit azonban a semlegesség követelménye tilt.<sup>139</sup> De még ha a „lehetőséget” magát pontosan tudnánk is definiálni, a pluralizmus körülményei közt valószínűtlen, hogy létezne egy bizonyos, mindenki által elfogadható skála, amelyen *összehasonlíthatnánk ezen lehetőségek romlásának mértékét*. Ugyanis az emberi élettervek – amelyek viszonylatában a lehetőségeket értelmezzük – minőségben, nem pedig mennyiségben különböznek egymástól: nem homogének és nem össze mérhetők – legalábbis az egyenlőségelvűek szerint. Végül pedig, még ha mennyiségi szempontból valami módon mégis össze tudnánk mérni a lehetőségek romlását, felmerül egy újabb, a QALY esetében már említett probléma, bár más formában. A kvantitatív összehasonlításnál ugyanis csak a *lehetőségek romlása*, annak mértéke számít, az nem, hogy *kinek* a lehetőségéről van szó. A konkrét mechanizmus szempontjából az ember maga lényegtelen, ő csak – mondjuk így – hordozója a lehetőségnek. Ez a fajta, tipikusan haszonelvű gondolkodás – amelyet Rawls a haszonelvűség legsúlyosabb erkölcsi problémájának tekint<sup>140</sup> – pedig merőben idegen az egyenlőségelvű eszmétől.

c) Nem marad tehát egyéb, mint az egyes makroallokációs szisztémák *kvalitatív* összehasonlítása.

Ez azonban azt kívánná, hogy megmondjuk, mely lehetőségek azok, amelyek érdemesek a támogatásra, és melyek azok, amelyek kevésbé fontosak.<sup>141</sup> Márpedig ez ismét csak értékítéletet kíván, és így nem egyeztethető össze a semlegesség követelményével.

Kiutat jelenthet, ha feltételezzük, hogy a liberális törvényhozó az átlagembert testesíti meg, és úgy dönt, ahogy a legtöbb ember döntene az adott szituációban. Csakhogy ez a megoldási javaslat is feltételezi, hogy a társadalomban létezik valamiféle konszenzus vagy legalábbis kompromisszum az egész-

134 A különbségelv kifejezetten *szegényekről* szól – felvethető kérdés, hogy értelmezhető-e általánosabban, a „legrosszabb helyzetet” nem kifejezetten anyagi, hanem más szempont, például egészségi állapot szerint határozva meg.

135 Talán még emlékszünk rá: a méltányos esélyegyenlőség az esélyegyenlőség azon formája, amikor az (élet)esélyeket nem befolyásolják erkölcsileg önkényes természeti vagy társadalmi tényezők.

136 Idézzük fel: többek között Daniels is ezt terjesztette ki az egészségpolitika területére.

137 Daniels 1985, 35; 1987, 112, 128.

138 Emanuel 1991, 130-135.

139 Ésszerű követelmény például, hogy az emberek hallhassák a hangokat. De vajon ezen „lehetőség” jegyében azt is lehetővé kell tennünk – költséges műtétek segítségével – a halláskárosodottak számára, hogy tökéletesen élvezhessék a szimfonikus koncerteket? Vagy csak annyit követel az elv, hogy részt tudjanak venni a mindennapi beszélgetésekben?

140 Rawls 1971, 26.

141 Emanuel uo. 136.

ségügyi szolgáltatásokat és esélyeket illetően. Márpedig ez, mint arról korábban már volt szó, egészen valószínűtlen<sup>142</sup> – egy plurális társadalomban nem feltételezhető ilyen egyetértés konkrét egészségpolitikai kérdésekben.

Kiegészíthetjük ugyanakkor a liberális törvényalkotó konstrukcióját azzal a feltételezéssel, hogy nem tud sem a saját, sem mások jó életéről alkotott koncepciójáról, és ezért feltételezhető, hogy bárkinek a helyébe képzelje is magát, mindig ugyanúgy fog dönteni. Rawls maga is használ hasonló megszorítást. Az ő döntéshozója azonban nem egy konkrét egészségügyi rendszer konkrét forrásainak konkrét elosztásáról dönt, hanem absztrakt igazságossági elvek után kutat. Minél kevésbé elvont egy döntési helyzet – mutat rá Rawls<sup>143</sup> –, annál kevésbé alkalmazható és alkalmazandó ez a döntéshozóra vonatkozó absztrakció.

### 3.4 Makroallokáció és annak elvei a gyakorlatban

A makroallokációval kapcsolatban sokkal kevésbé különíthetők el az egyes irányzatok által diktált elvek a gyakorlatban, mint a hozzáféréssel kapcsolatban. Ennek elsődleges oka az, hogy egy tetszőleges elvek mentén kialakított rendszerrel szemben minden bizonnyal az volna az egyik legfőbb elvárás, hogy – amellett, hogy az elveknek maguknak megfelel – minél kevesebb forrást felhasználva, minél szélesebb körű (vagy éppen minél jobb) ellátást legyen képes nyújtani, vagyis legyen hatékony – ami alapvetően haszonelvű felfogás. Minthogy az egészségügyi költségek követhetetlen növekedésével a világ összes egészségügyi rendszere szembesül, nincs olyan ország, ahol ne merülne fel valamilyen formában a valamiképpen értelmezett költséghatékonyság kívánalma az ellátásokkal kapcsolatban, függetlenül attól, az adott rendszer milyen alapon biztosít hozzáférést az ellátásokhoz.

A konkrét elosztási elvek ideális forrásának ugyanakkor a közösségelvű rendszer egyértelműen, de – mint hamarosan látni fogjuk – bizonyos értelemben a haszonelvű és végső soron az egyenlőségelvű megközelítés is valamiféle demokratikus procedúrát tart. A közösségelvűek a teljes egészségügyi ellátást valamilyen deliberatív folyamat során alakítanak ki, a haszonelvűek a közösség véleményére alapoznak az egyes ellátások hasznosságának meghatározásakor, az egyenlőségelvűek pedig, saját korlátaikba beleütközve, úgyszintén a közösségre bíznák annak eldöntését, mire és mennyit is kellene költenie az egészségügynek – mint azt tanulmányunk utolsó fejezetében majd bemutatjuk. Ennek megfelelően mi sem választjuk szét élesen a három megközelítés makroallokációt illető javaslatait.

#### 1. Az oregoni kísérlet

A fenti álláspont jogosságát talán a szakirodalomban az egyik legtöbbet idézett makroallokációs rendszer, a már említett, 1990-ben történt oregoni kísérlet bemutatásával érzékeltethetjük leginkább. Az oregoni Medicaid finanszírozásának átalakítása alapvetően az ellátott lakosság egészségügyi ellátásra vonatkozó értékítéleteinek feltárásán alapult, ami többé-kevésbé megfelel a közösségelvűség deliberatív felfogásának<sup>144</sup>. Ugyanakkor, mivel az ezekből a lakossági értékelésekből származó elvek alapján tulajdonképpen egy explicit listát állítottak össze, többé-kevésbé egyenlőségelvűnek is tekinthető. A mérlegelés egyik legfontosabb kritériuma ugyanakkor az egyes beavatkozások QALY-értéke volt (amihez szintén a lakossági megkérdezés alapján jutottak hozzá), ami viszont merőben haszonelvű megközelítés. Sőt a mechanikus és haszonelvűek által is gyakorta megkérdőjelezett QALY-n túlmenve, az ellátásokat mintegy szubsztantív, tényleges társadalmi hasznosságukat figyelembe véve igyekeztek rangsorolni.<sup>145</sup>

142 Emanuel uo. 137-9.

143 Rawls 1971, 31§

144 Jóllehet, magukat az ellátási prioritásokat aztán az ezen ítéleteket figyelembe vevő szakértők alakították ki.

145 Kovács 2006, 221.

A rendszer kialakításának a menete a következő volt:

- a) Először képeztek 17 nagy diagnózis-, illetve kezeléscsoportot, amelyeket három szempont szerint (a kezelés társadalmi és egyéni haszna, valamint az alapján, hogy az mennyire tekinthető az alapvető egészségügyi ellátásba tartozónak) pontoztak, majd rangsoroltak. A rangsor felállításához lakossági fórumok, viták eredményeit használták fel.
- b) Miután a rangsort felállították, egy 709 elemű diagnózis-kezeléslista összes elemét besorolták a 17 kategória valamelyikébe. A kategóriákon belül is kialakítottak rangsorokat, éspedig az egyes kezelések nettó haszna alapján. Ezt úgy állították elő, hogy kiszámolták, hány QALY-val képesek javítani az egyes betegek életminőségét az egyes kezelésekhöz képest, ha az illető nem kapott volna kezelést, majd a kapott értéket beszorozták a várhatóan hátralevő évek számával. Ahhoz az információhoz is a lakosságot megkérdezve jutottak, hogy az egyes állapotok milyen életminőség-csökkenést jelentenek.
- c) Végül az így kialakult sorrendet bizonyos „ésszerűségi” megfontolások alapján kissé átszabták. Olyan szempontokat vettek figyelembe például, mint a betegség kezelésének közegészségügyi hatása, a betegség előfordulási gyakorisága vagy a nem kezelés költségei.

Az így összeállított, a prioritásokat tükröző kezeléslista lehetőséget adott arra, hogy az aktuálisan rendelkezésre álló források függvényében meghatározzák, melyik ellátásokat nyújthatják, és melyeket nem.

Az oregoni rendszert sok támadás érte, elsősorban a QALY alkalmazása miatt. Ezek hatására végül javarészt el is távolították a rendszerből a QALY elemét.

## **2. Makroallokáció a magyar egészségügyben – költséghatékonyság**

Ami a magyar egészségügyet illeti, nálunk csak valamikor a múlt évtized közepe táján merült fel, hogy az új eljárások, gyógyszerek befogadásánál ne csak a hatásosságot, hanem a hatékonyságot is figyelembe vegyék. Az Egészségügyi Minisztérium irányelve szerint<sup>146</sup> a hatékonyságot a költségminimalizációs, költség-hatékonysági (elsősorban QALY-alapú) vagy költség-haszon elemzések közül azzal kell igazolni, amely az adott esetben a leginkább megfelelő.

Az elemzéseket jellemzően a már létező eljárások sajátosságaihoz mérten kell elvégezni, vagyis nem önmagában azt kell igazolni, hogy egy eljárás hatékony/hasznos, hanem hogy hatékonyabb, hasznosabb vagy relatíve olcsóbb, mint az aktuálisan alkalmazott eljárás.

### **a) Befogadott eljárások felülvizsgálata**

Az egészség-gazdaságtani elemzések alkalmazása ugyanakkor mindmáig nem általános a magyar egészségügyben. Az irányelv eleve csak az újonnan befogadást kérő eljárásokra vonatkozik – semmi sem biztosítja tehát, hogy a már hosszú idő óta alkalmazott eljárások költséghatékonyak lennének. Minden egészségügyi rendszer vagy társadalom meghoz bizonyos, bár általában implicit döntéseket arra vonatkozóan, hogy mennyit „ér” a számára egy beteg élete vagy – maradván a bemutatott QALY-módszernél – minőségi életéve. Ezek az implicit határok jelölik ki a nyújtható egészségügyi ellátások körét: ami ennél (arányosan, vagyis életre, életévre vetítve) költségesebb, az nem kerülhet (pontosabban a konkrét döntések során általában nem kerül) be újként a finanszírozott ellátások körébe. Ha azonban a már befogadott ellátásokat nem tekintjük át egészség-gazdaságtani szempontból, könnyen lehet, hogy ezek révén túl sokat fogunk áldozni bizonyos ellátásokra, legalábbis más ellátásokhoz képest.

<sup>146</sup> Az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve az egészség-gazdaságtani elemzések készítéséhez (Egészségügyi Közlöny, LII. évfolyam 11. szám, 2002. május 23.)

#### b) Eljárások tényleges alkalmazása

Jelentős különbség van aközött, hogy egy eljárás bekerül a támogatotti körbe, és hogy valóban alkalmazzák is azt. Az azonban, hogy ki, hol és milyen volumenben fogja valóban nyújtani az adott ellátást, egy másik és magánál a befogadásnál sokkal kevésbé áttekinthető folyamat. Az egyes szolgáltatóknak (vagy az őket fenntartó önkormányzatoknak) – azon kívül, hogy ellátást kell biztosítaniuk a hozzájuk tartozó lakosságnak – meglehetősen nagy autonómiája van annak meghatározásában, hogy pontosan milyen tartalommal, vagyis ellátásokkal töltik fel ezt a kötelezettséget.

Bár az Országos Egészségbiztosítási Pénztárnak minden egyes ellátást engedélyeznie kell<sup>147</sup>, maga a döntési folyamat meglehetősen átláthatatlan, és sokkal inkább az egyes szolgáltatók, illetve önkormányzatok érdekérvényesítő képessége határozza meg az eredményt, mint az, hogy valódi szükségletet kielégítő, tényleges hasznot hozó ellátásról van-e szó.

#### c) Az ellátások árazása

Arra, hogy a szolgáltatók milyen ellátásokat kívánnak nyújtani, kétségkívül nagy (ha nem a legnagyobb) hatással van azok díjazása, vagyis az az „ár”, amit az OEP kifizet a szolgáltatóknak az ellátásért. Ez az ösztönző nagyban meghatározza az ellátórendszer egészének hatékonyságát, hasznosságát.

Az ár mellett a finanszírozási metódus is döntő fontosságú.

Magyarországon az ellátórendszer különböző szintjeit különböző logika szerint finanszírozzák. Hogy csak a három nagy rendszert említsük: a házi orvosok a hozzájuk bejelentkezettek után kapnak szabott összegű fejkvótát, függetlenül attól, konkrétan hány beteget láttak el az adott időszakban. Ők tehát – leegyszerűsítve – abban érdekeltek, hogy minél kevesebb ellátást nyújtsanak, hiszen a fejkvótát mindenképpen megkapják, és minél kevesebbet költenek belőle, annál több marad meg a praxisnak. A járóbeteg-szakellátás finanszírozása a forgalom alapján történik: minden egyes beavatkozás egy bizonyos pontszámot, illetve az annak megfelelő pénzösszeget éri. Ennek megfelelően a járóbeteg-szakellátó érdeke az, hogy minél több betegen minél többféle beavatkozást elvégezzon. A fekvőbeteg-ellátás finanszírozása bizonyos értelemben a kettő kombinációja: a kórházak aszerint kapnak pénzt, hogy hányat láttak el bizonyos típusú betegségekből. Az egyes „betegségcsoportok” finanszírozása más és más, egy adott betegségcsoportba ugyanakkor nagyon különböző aktuális állapotú emberek kerülnek. A kórházak ennek megfelelően abban érdekeltek, hogy minél több beteget felvegyenek, de minél kevesebb konkrét beavatkozást végezzenek el rajtuk. Jól láthatók az egyes finanszírozási metódusok hatékonysági problémái: míg (pusztán a pénzügyi érdekeltséget tekintve) a házi orvos abban érdekelt, hogy ne nyújtson ellátást, a járóbeteg-szakellátó abban, hogy minden lehetséges szolgáltatást megadjon a betegeknek, függetlenül attól, szükségük van-e azokra vagy sem, a kórházakat pedig – paradox módon – a két kezelési anomáliára egyszerre serkentik az anyagi ösztönzők<sup>148</sup>.

A másik kérdés az, hogy konkrétan mennyit kapnak a szolgáltatók az OEP-től az egyes ellátások nyújtása fejében, vagyis hogyan árazódnak be a különféle beavatkozások. Anélkül, hogy a probléma mélyére ásna, le kell szögeznünk, hogy a szolgáltatások árazása csak hozzávetőleg követi azok tetszőlegesen értelmezett értékét, legyen szó piaci, társadalmi vagy éppen a tényleges bekerülési értékről. A finanszírozási tarifákat eredendően a különböző szakmai testületek részvételével alakították ki, amely szakmai szervezetek különböző érdekérvényesítési képességgel rendelkeznek. Ennek eredményeképp bizonyos szakmák, illetve azok ellátásai pénzügyileg túlértékelték, míg mások olyannyira alulértékelték, hogy szinte

147 Az engedélyezés azt jelenti, hogy az OEP megítél egy bizonyos, az ellátott lakosságszámtól és az ellátás jellegétől függő, heti óraszámot, amelyben a szolgáltató az ellátást nyújthatja. Ehhez egyrészt ellenőrzi, hogy alkalmas-e (kellőképpen felszerelt és képzett) az adott szolgáltató az ellátásra, és elméletileg azt is, hogy valóban szükséges-e az ellátás az adott területen.

148 Éppen a „túlkezelés”, az úgynevezett „teljesítménypörgetést” kivédendő vezette be az Egészségügyi Minisztérium 2003-ban az úgynevezett teljesítményvolumen-korlátot, ami pusztán adminisztratív eszközökkel igyekezett (egyébként hatásosan, jóllehet a legtöbb intézmény számára nagyon nehezen kezelhető módon) visszaszorítani az ellátások túlzottan ítélt növekedését. Itt nem kívánunk ezzel a kérdéssel részletesebben foglalkozni, mindössze annyit mondanánk el a módszerről magáról, hogy az csak egy bizonyos szintig finanszírozza a nyújtott ellátásokat az alapértelmezett mértékben, efelett degresszív finanszírozást alkalmaz.

a saját rezsiköltségüket sem tudják kigazdálkodni. Addig, amíg komplex, sok szakmás, egységes intézmények működtek, ez nem volt különösebb probléma. Ahogy azonban egyre diverzifikálódik az egészségügy szerkezete, és még a nagy intézményeknek is egyre nagyobb lehetősége van arra, hogy saját szolgáltatási profiljukat alakítsák, egyre nagyobb az ilyen egyenlőtlenségek jelentősége. Ráadásul az intézmények esetleges profilbővítésénél az egyik legfontosabb szempont az egyes ellátások jövedelmezősége. A tudatos, a társadalmi összhasznosságot szem előtt tartó egészségpolitikának tehát az egyik leghatásosabb eszköze lehetne az egyes, konkrét ellátások finanszírozásának a prioritásoknak megfelelően történő alakítása.

### **3. A procedurális hagyományok Magyarországon**

Ami a prioritások felállításának procedurális jellemzőit illeti, Magyarországon a demokratizmusnak ezen a téren nincsenek nagy hagyományai. Ez elsősorban annak tudható be, hogy retorikai szinten a magyar egészségügy még mindig ragaszkodik a „mindenkinek mindent” elvéhez, holott az a gyakorlatban, mint azt korábban részletesen is bemutattuk, nem teljesül, nem is teljesülhet. Ennek következtében azonban semmiféle társadalmi vitának sincs reális alapja. Az egyetlen jele valamiféle társadalmi érdekérvényesítésnek az, amikor egyes intézkedések nyomán bizonyos civil szervezetek – jellemzően betegszervezetek – felemelik a hangjukat más, kiterjedtebb ellátást, illetve bizonyos új eljárások befogadását szorgalmazva.

Egy valódi, az egészségügyi rendszer konkrét tartalmával kapcsolatos, társadalmi szintű vitához azonban nem csupán a döntéshozói oldal nagyobb nyitottságára volna szükség, hanem arra is, hogy maga a társadalom belássa: önérdéke, hogy az egészségüggyel szembeni elvárásait illetően bizonyos önkorlátozást gyakoroljon. Tanulmányunk utolsó fejezetében azt mutatjuk be, hogy miként képzelik el az egyenlőségelvűek egy, a szűkösség körülményei között működő, mégis igazságos egészségügyi rendszer forrásainak demokratikus elosztási procedúráját.

# 4. RÉSZ: MÉLTÁNYOS DEMOKRATIKUS PROCEDÚRA

Az egyenlőségelvűség által diktált elosztási elvek és a korábbi elemzésben bemutatott buktatók sokakat vezetnek oda, hogy a porciózás megoldásában ne az igazságosságelméletek felé tekintsenek. Az alternatíva a méltányos keretek között zajló *demokratikus döntési folyamat*. Ugyanakkor nem kizárólag a szkeptizmus lehet a procedurális megközelítés igazolása. Sőt – mivel a szkeptikusok egyetlen oka a procedurális megközelítés választására az, hogy le akarják zárni a porciózási kérdésekkel kapcsolatos vitát<sup>149</sup> – érdemes ennél komolyabb alapokat keresnünk.<sup>150</sup>

Az egyik ilyen lehetőség – Rawls nyomán – az, hogy mivel az igazságosságelméletek alapján az egészségügyi források elosztásának gyakorlati kérdéseiben nem juthatunk egyértelmű, hanem csak sok elfogadható megoldáshoz, ezért a demokratikus procedúrára van szükségünk ahhoz, hogy válasszunk ezek közül a megoldások közül.<sup>151</sup> Mivel egyedül csak a procedúra számít, hiszen nincs – de legalábbis nem ismerünk – a procedúra értékelésére alkalmas, tartalmi kritériumrendszert, ezért a procedúrát magát kell úgy alakítani, hogy elkerüljük az emberi preferenciák bevonásával járó, már említett problémákat<sup>152</sup>. Eszerint a makroallokációs kérdések, Rawls szavaival élve, a *tiszta eljárási igazságosság* körébe tartoznak: döntési folyamat van, a kimenetel értékelésének azonban nem léteznek kritériumai. Előre kell bocsátanunk, hogy a fentiek értelmében ez a megközelítés sem ad *tartalmi* támpontokat az allokációs döntések meghozatalához, csupán azt írja le, milyen *formai* szempontoknak megfelelő procedúra során hozott allokációs döntések felelhetnek meg leginkább egy tetszőleges értékalapokon álló, de mindenképpen demokratikus társadalom ideáljának.

Daniels (és bizonyos esetekben szerzőtársként James Sabin) szerint négy feltétele van annak, hogy ez a feladat teljesíthető legyen.<sup>153</sup> A feltételek szerepe az, hogy a tágabb nyilvánosság elé vigyék a magánpiaci, illetve közösségi egészségügyi döntéseket, társadalmi vitát generálva arról, hogyan osszák el a korlátozott erőforrásokat, és elégítsék ki a versengő szükségleteket<sup>154</sup>. Fel kell hívnunk a figyelmet, hogy a társadalmi vita még nem maga a döntési folyamat – „pusztán” a politikai, formális döntéshozatal legitimitását biztosító eljárás.

149 Ezt nevezi a szakirodalom „closure”-nek.

150 Daniels 1996c, 327; Daniels és Sabin 1997, 314-322; Daniels 2001, 9.

151 Rawls 1971, 201, 54§.

152 Itt az idővel kapcsolatos torzításra, a kockázattal szembeni preferenciák szerepére és hasonló „torzító” tényezőkre gondolunk.

153 Daniels 2001, 11-13; Daniels és Sabin 1997, 323-350; vö. Fleck 1994, 383-4.

154 Ez nem okvetlenül jelent konkrét, szervezett keretek között az egészségügy kérdéseiről folyó vitát, sokkal inkább azt, hogy a kérdés megjelenik és folyamatosan jelen van a társadalom legkülönbözőbb szféráiban (a politikai, gazdasági szférában, médiában stb.), jóllehet konkrét vitákra, „lakossági fórumokra” is sor kerülhet.

A négy feltétel közül az első kettő – a nyilvánosság és a relevancia feltétele – mögött ugyanaz a demokrácia-felfogás húzódik meg<sup>155</sup>, amiről Emanuel közösségelvű elmélete kapcsán már említést is tettünk.

*Deliberatív*nak szokás nevezni ezt a koncepciót, mert – szemben a demokrácia *aggregatív* felfogásával – a demokráciát nem egyszerűen az egyéni preferenciák összegzésének folyamataként fogja fel, hanem a vitára, eszmecserére helyezi a hangsúlyt. Ezen vita során pedig – a fent említett igazolási kényszer miatt – a pusztán preferenciákból valódi értékek születnek. A többség döntése így semmiképp nem lehet diktatórikus, hiszen olyan indokokon alapul, amelyek mindazok számára elfogadhatók, akik elhivatottak a méltányos együttműködés mellett.

A méltányos demokratikus procedúra négy feltétele a következő:

### **1. Nyilvánosság**

A *nyilvánosság* kritériuma szerint a makroallokációs döntéseket megalapozó indokoknak minden érintett számára elérhetőnek kell lenniük. A különféle érveknek minden potenciálisan vitás esetben – még akkor is, ha azt gondoljuk, hogy helyes döntés született – nyilvánosnak kell lenniük. Éppen azért van ugyanis szükség a vitára, mert az egyes emberek véleménye eltérhet egymástól, így a döntés helyességéről lehetőleg mindenkit meg kell győzni. A feltétel egyik legfontosabb következménye, hogy a nyilvános vita egyfajta esetjogot produkál, amennyiben a meghozott döntések mintát szolgáltatnak későbbi döntések számára. Ezzel pedig megjelenik az átláthatóság és a koherencia követelménye is, amely nagyban növeli a vita plauzibilitását és elfogadhatóságát a közösség számára.

### **2. Relevancia**

A *relevancia* feltétele szerint ugyanakkor ezeknek a nyilvános indokoknak meggyőző ésszerűséggel kell igazolniuk, hogy a közösség által biztosított forrásokat a rendszer *jól* – hatékonyan, mindenki által elfogadható prioritási struktúrát alkalmazva, ésszerű erőforráskorlátok között, az adott keretből a lehető legtöbbet „kinyerve” – fogja elosztani. Ez a feltétel tulajdonképpen nem más jelent, mint azt, hogy a rendszer az egészségügytől mindenki által elvárt módon járuljon hozzá a közjó vagy a jólét eléréséhez. Mivel az indokoknak mindenki számára elfogadhatónak kell lenniük, nem is egyszerűen indokokat kell keresni, hanem bizonyos típusú indokokat: olyanokat, amelyek elfogadhatók az egészségügyi szükségletek méltányos kielégítését célul kitűző emberek számára.

Nem elfogadható indok például az (tetszőleges kontextusban), hogy valakit egy bizonyos egészségügyi szolgáltatással kapcsolatos döntés hátrányosan érint, hiszen ez szinte minden döntésről elmondható.

A döntések okozta károknak csak azon formája nyújt megfelelő hivatkozási alapot, amikor úgy szenved valaki hátrányt, hogy közben minden tekintetben azonos azokkal, akik a döntés révén jól jártak.

Az az állítás is, hogy valamilyen szolgáltatás „sokba kerül”, csak akkor releváns, ha arra utal, hogy a kérdéses technológia a költség-hatékonyság valamilyen védhető, közmegegyezéssel határa alá esik. Azon interpretáció, hogy valami azért túl drága, mert túlságosan rontja a versenyképességet, vagy épp – például egy magánintézmény esetén – csökkenti a profitot, nem elfogadható.<sup>156</sup>

155 Vö. Benhabib 1994, 1996; Cohen 1991, 1996; Gutman és Thompson 1996, 2000.

156 Meg kell jegyeznünk ugyanakkor, hogy bizonyos határok között a szolgáltató vagy biztosító intézmények pusztán jövedelmezősége is releváns szempont lehet: ha például már a fennmaradásukat teszi kérdéssé. Ez esetben ugyanis maga az ellátás kerül veszélybe.



### 3. Fellebbezés

Léteznie kell olyan mechanizmusnak, amely biztosítja, hogy szükség esetén meg lehessen támadni a makroallokációs döntéseket, illetve lehetőséget kell teremteni arra is, hogy a felek rendezhessék az esetleges vitás kérdéseket. Ezt egy iteratív korrekciós folyamat biztosíthatja, aminek során a felmerülő, új információk, érvek és bizonyítékok tükrében a döntések felülbírálhatók. Ezáltal azok is, akik korábban nem hallatták a hangjukat, lehetőséget kapnak arra, hogy beavatkozzanak a döntési folyamatba.

### 4. Kikényszerítés

Végül a *kikényszerítés* feltétele megköveteli, hogy létezzen valamilyen önkéntes vagy közösségi garancia arra, hogy az első három feltétel teljesüljön. A négy feltétel együttes teljesülése biztosítja, hogy a makroallokációs döntések a minél szélesebb nyilvánosság ellenőrzése alá kerüljenek, miközben – a korábban elmondottaknak megfelelően – mindez nem pótolja, csupán kiegészíti a valódi döntéseket meghozó demokratikus folyamatokat.

A procedurális megközelítés két ponton támadható:

- a) Egyrészt megkérdőjelezhető maga a kiindulópont, miszerint a létező igazságosságelméletek nem nyújtanak megoldást a makroallokáció problémájára. Tudomásunk szerint azonban egyelőre nem létezik olyan tartalmi kritériumrendszer, amelyre ne állna ez a kritika.
- b) A másik támadási felületet a megközelítés vállalt összekapcsolása jelenti a deliberatív demokrácia gondolatával. Bár maga a deliberatív demokrácia modellje számunkra attraktív, közel sem problémamentes. A fenti feltételek közül különösen a relevancia kritériuma az, amely számos kérdést vet fel. Az a követelmény ugyanis, hogy a vitában felhozott érveknek minden résztvevő számára megfelelő igazolásként kell szolgálniuk, úgy tűnik, kiüresíti a vitát<sup>157</sup>. Csak semmitmondóan általános érvek fogadhatók el mindenki számára.

Rawls, aki egy egész könyvet szentelt ennek a követelménynek, absztrakt igazságossági elvek bevonásával képzelel el a vitát. Ezen elvek olyan, a nyugati politikai kultúra mélyén létező alapgondolatokra épülnének, amelyek bármilyen plurális – nyugati – értékrendszer számára elfogadhatóak lehetnek.<sup>158</sup> Csakhogy éppen abból a feltételezésből indultunk ki, hogy a makroallokációs kérdésekben az igazságosságelméletek nem nyújtanak támpontot. A rawlsi megoldás ezért – konstrukciója szerint – alkalmatlan a probléma megoldására.

Alternatívaként elképzelhető, hogy a makroallokációs döntések meghozatalakor a résztvevők megkeresik és nyilvánossá teszik az egyes döntési lehetőségek háttérében meghúzódó, a „helyes életről” alkotott koncepciókat, majd vitatkoznak ezekről – vagyis arról, hogy az adott megoldás hogyan illeszkedik a helyes életbe, miért sürgősek az általa megkövetelt intézkedések és kielégítendő szükségletek. A pluralizmus körülményei közt azonban mindig lesz valaki, aki ésszerű keretek között sem ért egyet az igazolásként felhozott koncepcióval, mert a saját „helyes életről” alkotott elképzelése nagyon eltér attól, vagyis nem fog teljesülni az igazolási követelmény (ami, mint látjuk, feltételezi a liberális semlegesség követelményét). Egy további megoldási lehetőség, ha nem a helyes életről alkotott koncepciók teljesülésére, hanem az érdekek sérelmére helyezük a hangsúlyt. Eszerint a makroallokációs döntések meghozatalakor arra kell tekintettel lenni, hogy kinek, hogyan és mennyiben sértik az egyéni érdekeit – ha úgy tetszik, mennyire költségesek számára – az adott döntések. Dworkin egyértelműen ezen megoldás mellett van<sup>159</sup>, és ahogy korábban láttuk, Daniels is hasonló megoldást hoz fel elsődleges példaként. Ennek ellenére ez is prob-

157 Vö. Emanuel 1991, 148-150.

158 Rawls 1993, Introduction, Chapter 1; Tanyi 2004 részletesebben szól erről az elméletről.

159 Ld. pl. Dworkin 1978, Chapter 11.

lematikus. Felvetődik például, hogy egy, az érdeksérelmekről zajló vita és az annak nyomán meghozott döntések mennyiben tekinthetők erkölcsileg értékes ideálnak, és nem inkább piaci alkudozáshoz hasonlítanak-e.<sup>160</sup> Persze, ahogy azt Daniels kapcsán megjegyeztük, az érdekekre csak bizonyos formában megengedett hivatkozni<sup>161</sup>, és ez már közelebb visz valamiféle ideálhoz. Így azonban lassanként visszajutunk eredeti kérdésünkhöz, azaz hogy mennyire lehet érdemi egy ilyen vita, mennyire képes kezelni a különféle makroallokációs problémákat.

Számos más, általánosabb kérdés is felvetődik a demokrácia deliberatív felfogásával kapcsolatban. Például miért vennének részt a polgárok a vitában, és főképp miért tennék ezt a fenti, egyéni lehetőségeiket erősen korlátozó körülmények között. Az alapvető nehézség azonban – hiszen a motivációs kérdéseket is főképp ez veti fel – a fent vázolt probléma. Sokak szerint a liberális semlegesség elve, az igazolási kényszerrel karöltve, megfosztja a vitát, sőt magát a liberalizmust is a legfőbb erényétől és üzenetétől: hogy tudniillik valamit, és pedig valami igen vonzót akar mondani arról, hogy mi is tenné jóvá, helyessé egy ember életét. Ha a liberalizmusra magára és a liberális elveket elfogadó emberekre ráerőltetjük a fenti „absztinenciát”, ez az üzenet eltűnik. Erre a kiüresedésre reagálhatunk úgy, hogy feladjuk a liberalizmust, és úgy is, hogy bár a liberalizmushoz magához ragaszkodunk, lemondunk a semlegesség követelményéről – miként azt egyes liberális perfekcionista teszik. Tudomásunk szerint azonban az utóbbi opciónak nincsen kidolgozott makroallokációs – sőt semmilyen egészségpolitikai – alkalmazása, míg a liberális elméletnek alternatívát nyújtó, befolyásosabb elméleteket – a haszonelvűséget és főképp a közösségelvűséget – már tárgyaltuk.

<sup>160</sup> Ez utóbbi ugyan néha szükséges, de a döntések elfogadtatásához minden bizonnyal nem elegendő.

<sup>161</sup> Vagyis egy döntés nyomán létrejövő érdeksérelmek erkölcsileg csak akkor tekinthető relevánsnak, ha a sértett fél minden más szempontból ugyanolyan, mint azok, akik az adott döntés révén jól jártak.

# 5. RÉSZ: ÖSSZEĞZÉS

Mint az mostanra az olvasó számára is kiderülhetett, ugyanolyan megalapozott, átgondolt etikák nagyon különböző következtetésekre vezethetnek — attól függően, hogy milyen értékeket tekintenek a maguk számára kiindulási alapnak. Ugyanakkor ezek az elméletek mégsem tökéletesen összehétközhetetlenek, hiszen még a legszigorúbb libertarianizmus is eljuthat az egészségügyi ellátáshoz való valamiféle joghoz, ha felad valamit rigorozusságából (az egyébként általa is nagyra becsült hatékonyságért cserébe). Valamiféle minimális, elméletre változó mértékben bőkezű ellátás például valamennyi bemutatott elmélet számára elfogadható vagy épp kívánatos – feltételezve, hogy a közösségelvűség közösségei is osztják az itt bemutatott alapelvek valamelyikét.

Meggyőződésünk, hogy bármely társadalom egészségügyi rendszerének többé-kevésbé követnie kell a társadalom alapértékeit, vagyis az egészségügyi rendszer ki- vagy átalakításának első lépéseként ezeket az értékeket kell feltérképeznie, egyértelművé tennie. Ez nem egyszerű feladat. A saját cselekedeteiket meghatározó etikai alapok sokszor a cselekvők, a társadalom tagjai előtt is rejtve maradnak, ráadásul különböző helyzetekben különböző mércéket használhatunk, ami tovább nehezíti, hogy azonosítani tudjunk egyetlen fő vezérlőelvet. A döntéshozóknak pedig a mindig sürgető, és valljuk be, sokkal látványosabb szerkezeti kérdések mellett nehézkesnek és feleslegesnek tűnhet az etikai kérdések boncolgatása. Csakhogy ez a szemlélet – ami rövid távon a döntéshozóknak is sokkal kényelmesebb – oda vezet, hogy a mindenféle (etikai) kívánalomnak eleget tenni akaró egészségügyi rendszer végül semmiféle kívánalomnak nem fog tudni megfelelni. Egyenlőtlen is lesz, az önrendelkezést is korlátozó, ráadásul nem is hatékony.

A magyar egészségügy alapvonalaiban, elsősorban a hozzáférés jogi kereteit illetően, megfelel a magyar társadalom – véleményünk szerint – alapvetően egyenlőségelvű felfogásának. Ugyanakkor nagyon fontos pontokon vannak komoly problémák, és ezek a végletekig eltorzítják az alapstruktúrát. Véleményünk szerint a legfőbb baj az, amit már korábban is említettünk, hogy Magyarországon a társadalom (éspedig annak minden szintje, beleértve ebbe a döntéshozókat is) az egyenlőséget az egészségüggyel kapcsolatban a *mindenkinek mindent* elvével azonosítja, nem pedig az *egyenlően azt, ami rendelkezésre áll* sokkal realitásosabb, és az egyenlőségelvűségnek is megfelelő kívánalmával. Ez az elsődleges oka annak, hogy az egészségügy ellátásaival kapcsolatban gyakorlatilag nincs tere valós társadalmi vitának. Jó példa erre a kórházak kapacitáselosztásának átalakítása körüli botrányok sora.

Legalább ilyen komoly probléma, hogy a döntéshozók maguk sem nyitottak az etikai kérdések tisztázására. Szerintünk és a bemutatott etikai elméletek szerint is természetesen fontos vezérlőelv a hatékonyság, ám nem az egyetlen. Az etikai szempontok figyelmen kívül hagyásával, és méginkább anélkül, hogy azokat explicitté tennék, nem várható, hogy a társadalom támogathatna vagy legalább elfogadná a hozzáférést is érintő hatékonysági döntéseket.

A tanulmány során több alkalommal is kiderült már, hogy nem elsősorban a magyar egészségügy formális kereteivel van probléma, nem azok között feszülnek a fő etikai ellentmondások. A keretek alkalmasságát azonban egyedül az méri, hogy képesek-e elősegíteni azon célok megvalósulását, amiért kialakították. Nem kérdéses, hogy a magyar egészségügy keretei ez ügyben nem teljesítenek túl jól. Az egészségüggyel kapcsolatos egyenlőtleniségek szintje – tekintsük azok bármely dimenzióját – talán a legjobb igazolás erre. Meggyőződésünk, hogy a probléma orvoslásához nem elegendő a már létező rendszert alakítani,

érintetlenül hagyva az alapstruktúrát és annak mélyrétegeit. A valóban egyenlőségelvű egészségügy felé vezető, első lépést például, legyen szó a hozzáférésről vagy az – ebben a tanulmányban a korábban részletezett okok miatt nem tárgyalt – egészségi állapot javításáról és az ezekkel kapcsolatos egyenlőtlenségek csökkentéséről, valószínűleg az alapellátás és a tágran értelmezett közegészségügy fejlesztése jelenthetné. Ha etikai szempontból is átgondolnánk a saját céljainkat, nem csak a hatékonyság és a pénzügyi fenntarthatóság szempontjából, talán egészen más irányba indulnánk el, mint anélkül. Megfontolni mindenképpen érdemes, nem jelölnek-e ki ezek a szempontok járhatóbb utakat – vagy nem teszik-e járhatóbbá a göröngyöset.

# HIVATKOZOTT IRODALOM

- ANAND, SUDHIR (2002)  
'The Concern for Equity in Health' in. *Journal of Epidemiology and Community Health* 56 (2002), pp. 485-7
- BENHABIB, SEYLA (1994)  
'Deliberative Rationality and Models of Democratic Legitimacy', in. *Constellations*, 1 (1994), pp.26-52
- BENHABIB, SEYLA (1996)  
'Toward a Deliberative Model of Democratic Legitimacy', in. Amy Gutman és Dennis Thompson (eds.): *Democracy and Disagreement*, Princeton: The University Press, pp. 67-94
- BEUCHAMP, TOM L. AND CHILDRESS, F (1994)  
'Principles of Biomedical Ethics, 4th ed. New York: Cambridge University Press
- BEAUCHAMP, TOM L. (1991)  
'The Right to Health Care in a Capitalistic Democracy' in. T. J. Bole III and W. B. Bondeson (eds.): *Rights to Health Care*, Amsterdam, The Netherlands: Kluwer, pp. 53-81
- BROCK, DAN W. (1993a)  
'Quality of Life Measures in Health Care and Medical Ethics' in. Dan W. Brock: *Life and Death: Philosophical Essays in Biomedical Ethics*, New York: Cambridge University Press, pp. 268-324  
(1993b), 'The Problem of Low Benefit/High Cost Health Care' in. *Life and Death*, pp. 325-355
- BROCKMANN, HILKE (2000)  
'Why is health treatment for the elderly less expensive than for the rest of the population? Health care rationing in Germany, MPIDR Working Paper WP 2000-001  
<http://www.demogr.mpg.de/Papers/Working/WP-2000-001.pdf>
- BRODY, BARUCH A. (1991)  
'Why the Right to Health Care Is Not a Useful Concept for Policy Debates', in. *Rights to Health Care*, pp. 113-131
- BUCHANAN, ALLEN E. (1981/2006)  
'Justice: A Philosophical Review' in. Thomas A. Mappes and David DeGrazia: *Biomedical Ethics*, 6th ed. Boston: McGraw-Hill, pp. 628-639  
(1984), 'The Right to a Decent Minimum of Health Care' in. *Philosophy and Public Affairs*, 13:1 (Winter 1984), pp. 55-78  
(1991), 'Rights, Obligations, and the Special Importance of Health Care' in. *Rights to Health Care*, pp. 169-184
- COHEN, JOSHUA (1991)  
'Deliberation and Democratic Legitimacy' in. A. Hamlin és P. Pettit (eds.): *The Good Polity*, Oxford: Oxford University Press
- COHEN, JOSHUA (1996)  
'Procedure and Substance in Deliberative Democracy' in. Benhabib és Thompson (eds.): *Democracy and Difference*, Princeton: The University Press, pp. 95-119
- CULYER, A. J. and WAGSTAFF ADAM (1993)  
'Equity and Equality in Health and Health Care' in. *Journal of Health Economics* 12 (1993), pp. 431-457
- DANIELS, NORMAN (1985)  
'Just Health Care, New York: Cambridge University Press  
(1987), *Am I My Parents' Keeper? An Essay on Justice between the Young and the Old*, New York: Oxford University Press  
(1990), 'Insurability and the HIV Epidemic: Ethical Issues in Underwriting' in. *The Milbank Quarterly* 68:4 (1990), pp. 497-525  
(1996a), 'Equality of What: Welfare, Resources, or Capabilities?' in. *Justice and Justification: Reflective Equilibrium in Theory and Practice*, New York: Cambridge University Press, pp. 208-232  
(1996b), 'The Prudential Life-Span Account of Justice Across Generations' in. *Justice and Justification*, pp. 257-284  
(1996c), 'Rationing Fairly: Programmatic Considerations; Postscript: Fair Procedures and Just Rationing' in. *Justice and Justification*, pp. 317-333  
(2001), 'Justice, Health, and Healthcare' in. *American Journal of Bioethics*, 1:2 (March 2001), pp. 2-16
- DANIELS, N., KENNEDY B., KAWACHI I. (1999)  
'Why Justice Is Good for Our Health: Social Determinants of Health Inequalities' in. *Daedalus* 128:4 (1999), pp. 215-251
- DANIELS, N., SABIN, J. E. (1997)  
'Limits to Health Care: Fair Procedures, Democratic Deliberation, and the Legitimacy Problem for Insurers' in. *Philosophy and Public Affairs* 26 (1997), pp. 303-350
- DEGRAZIA, DAVID (1996)  
'Why the United States Should Adopt a Single-Payer System of Health Care Finance' in. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 6:2 (1996), pp. 145-160
- DURÁN A., LARA JL, VAN WAVEREN M (2006)  
'Spain: Health system review, *Health Systems in Transition*, 2006
- DWORKIN, RONALD (1978)  
'Taking Rights Seriously, Cambridge, Mass.: Harvard University Press  
(1993), 'Justice in the Distribution of Health Care' in. *McGill Law Journal* 38 (1993), pp. 883-898  
(2000), *Sovereign Virtue: The Theory and Practice of Equality*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press
- EMANUEL, EZEKIEL J. (1991)  
'The Ends of Human Life: Medical Ethics in a Liberal Polity, Cambridge, Mass.: Harvard University Press

- ENGELHARDT Jr., H. TRISTRAM (1986)  
*The Foundations of Bioethics*, New York: Oxford University Press  
 (1991), 'Rights to Health Care: Created, Not Discovered' in. *Rights to Health Care*, pp. 103-111
- FLECK, LEONARD M. (1994)  
 "Just Caring: Oregon, Health Care Rationing, and Informed Democratic Deliberation' in.  
*Journal of Medicine and Philosophy* 19 (1994), pp. 367-388
- GREEN, RONALD M. (1976)  
 "Health Care and Justice in Contract Perspective' in. *Ethics and Health Policy*, ed. Robert M. Veatch and Roy Branson, Cambridge, Mass.:  
 Balinger, pp. 111-126
- GIBBARD, ALLAN (1984)  
 "Health Care and the Prospective Pareto Principle' in. *Ethics*, 94:2 (January 1984), pp. 261-282
- GUTMAN, AMY és THOMPSON, DENIS (1996)  
*Democracy and Disagreement*, Cambridge, Mass.: Belknap Press  
 (2000), Why Deliberative Democracy is Different, in. *Social Philosophy and Policy*, 1 (2000), pp. 161-180
- HALPER, THOMAS (1991)  
 "Rights, Reforms, and the Health Care Crisis: Problems and Prospects' in. *Rights to Health Care*, pp. 135-168
- HARRIS, JOHN (1996)  
 "What is the Good of Health Care?" in. *Bioethics* 10:4 (1996), pp.469-491  
 (1999), 'Justice and Equal Opportunities in Health Care' in. *Bioethics* 13: 5 (1999), pp. 392-413
- HAUSMAN, DANIEL M. (2007)  
 "What's Wrong With Health Inequalities?" in. *The Journal of Political Philosophy* 15:1 (2007), pp. 46-66
- JACOBS, LESLIE E. (2004)  
*Pursuing Equal Opportunities: The Theory and Practice of Egalitarian Justice*, Cambridge: Cambridge University Press
- KAWACHI, I., KENNEDY P., WILKINSON R. (eds.) (1999)  
*Income Inequality and Health: A Reader*, New York: The New Press
- KHUSHF GEORGE P. (1991)  
 "Rights, Public Policy, and the State' in. *Rights to Health Care*, pp. 355-374
- KIS, JÁNOS (1998)  
 "Az igazságosság elmélete' in. *Világosság*, 39: 8-9 (1998), pp. 3-65.
- KOVÁCS JÓZSEF Dr. (1999)  
 'A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába. Medicina könyvkiadó. Budapest. 2006.
- LE GRAND, JULIAN (1987)  
 "Equity, Health, and Health Care' in. *Social Justice Research* 1:3 (1987), pp. 257-274
- LOCKWOOD, MICHAEL (1988/2006)  
 "Quality of Life and Resource Allocation' in. Kuhse, Helga and Singer, Peter (eds.), *Bioethics: An Anthology*, 2nd ed.  
 Oxford: Blackwell Publishers, 2006, pp. 451-464
- NOZICK, ROBERT (1974)  
*Anarchy, State and Utopia*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press
- OROSZ ÉVA (1992)  
 'Egészségügyi rendszerek és reformtörekvések. Politikai Tanulmányok Intézete Alapítvány, Budapest, 1992.
- PETER, FABIENNE (2001)  
 "Health Equity and Social Justice' in. *Journal of Applied Philosophy* 18:2 (2001), pp. 159-170
- POGGE, THOMAS (1989)  
*Realizing Rawls*, Ithaca: Cornell University Press
- RAKOWSKI, ERIC (1991)  
*Equal Justice*, Oxford: Oxford University Press
- RAWLS, JOHN (1971)  
 'A Theory of Justice, New York: Oxford University Press, magyarul:  
 'Az Igazságosság elmélete, fordította: Krokovay Zsolt, Budapest: Osiris, 1997  
 (1993), *Political Liberalism*, New York: Columbia University Press
- SEGALL, SHLOMI (2007)  
 "Is Health Care (Still) Special?" in. *The Journal of Political Philosophy*, online early article
- SREENIVASAN, GOPAL (2007)  
 "Health and Justice in Our Non-Ideal World' in. *Politics, Philosophy and Economics*. 6:2 (2007), pp. 218-236
- TANYI, ATTILA (2000)  
 'Piac és igazságosság? A Piaci társadalom erkölcsi követelményei, Budapest: Napvilág Kiadó  
 (2004), 'Erkölcsi igazolás és politikai kötelezettség' in. *Jogelméleti Szemle* 2004/4 December  
 (2007a), 'A Harmadik út értékrendszere' in. *Progresszív politika*, 2007 Ősz, pp.

- (2007b), 'Rawls különbözeti elve' in. *Politikatudományi Szemle*, 16:3 (2007), pp.
- Ten Have, Henk and KEASBURY, HELEN (1992)  
 "Equity and Solidarity: The Context of Health Care in the Netherlands' in. *The Journal of Medicine and Philosophy* 17:4 (August 1992), pp. 463-477
- VEATCH, ROBERT (1991)  
 "Justice and the Right to Health Care: An Egalitarian Account' in. *Rights to Health Care*, pp. 83-102 (1997), 'Single Payers and Multiple Lists: Must Everyone Get the Same Coverage on a Universal Health Plan?' in. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 17:2 (1997)
- WALZER, MICHAEL (1983)  
 '*Spheres of Justice: A Defense of Pluralism and Equality*, London: Blackwell
- WILLIAMS, ALAN and COOKSON, RICHARD (2000)  
 "Equity in Health' in. A. J. Culyer and J. P. Newhouse (eds.): *Handbook of Health Economics*, Volume 1, Chapter 35, pp. 1864-1910
- WILLIAMS, BERNARD and SMART, J. J. (1973)  
 '*Utilitarianism for and against*, Cambridge: Cambridge University Press
- WILKINSON, RICHARD (1996)  
 '*Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*, London: Routledge  
 (2006), 'Társadalmi korrózió, egyenlőtlenség és egészség' in. Anthony Giddens and Patrick Diamond (szerk.): *Írások az egyenlőtlenségről, az egyenlősdiről – és az új egyenlőségről*, Demos Magyarország, Budapest: Napvilág Kiadó
- WILKINSON, R. and MARMOT, M. (2006)  
 '*Social Determinants of Health*, 2nd edition. Oxford: Oxford University Press
- WILLIAMS, BERNARD (1973)  
 "A Critique of Utilitarianism' in. J. J. Smart és Bernard Williams: *Utilitarianism, For and Against*, Cambridge: The University Press, pp. 77-151
- WOODWARD, ALISTAIR and KAWACHI, ICHIRO (2000)  
 "Why Reduce Health Inequalities?' in. *Journal of Epidemiology and Community Health* 54 (July 2000), pp. 923-929



**DEMOS MAGYARORSZÁG**

1027 Budapest,  
Fekete Sas u. 2.

T +36 1 332 2411  
F +36 1 423 0139  
E [demos@demos.hu](mailto:demos@demos.hu)  
W [www.demos.hu](http://www.demos.hu)