

Egészség, egészségügy és kapitalizmus

Széles körben elterjedt nézet szerint a kapitalizmusnak köszönhető az a hatalmas mértékű javulás, amely az egészségügyi helyzetet illetően az elmúlt egy és negyed évszázadban végbement. A kapitalizmusra mint a növekedés nagyszerű motorjára tekintenek, a növekedésre pedig mint az egészségügyi helyzet javításának nélkülözhetetlen feltételére. Csakhogy ez nem igaz. A szegény országok elvben képesek lakosságukat a gazdagokénál jobb egészségi állapotba hozni, és időnként élnek is e lehetőséggel. Világszerte az Egyesült Államokat ismerik el az orvostudomány éllovasának, holott valójában csak az egészségügyi piac kudarcát illetően jár az élen: az USA hatalmas nemzeti jövedelmének közel egyötödét költi egészségügyre, aminek eredményeképpen az átlagos egészségügyi helyzet csak egy kicsit jobb – bizonyos területeken pedig rosszabb – mint a szomszédos Kubában, amelynek egy főre jutó nemzeti jövedelme alig egy huszada az USA-énak. Az egészségstudomány és -technológia – így a nukleáris orvostudomány, génterápia, nanotechnológia – terén elért „áttörésekre” mint a kutatásba való tőkés befektetés diadalára tekintenek. Ám a valóságban a legtöbb innovatív kutatást állami finanszírozású orvosegyetemeken és kutatólaboratóriumokban végzik.

Annak az elgondolásnak az eredetét, amely szerint a kapitalizmus jót tesz az egészségnek, a várható élettartam forradalmából eredeztethetjük, amely a XIX. század végén Angliában kezdődött. Az azt megelőző teljes írott történelem folyamán az emberek nagy többségének a várható élettartammal mérhető egészségi állapota felettébb nyomorúságos volt. Gyakoriak voltak a fertőző betegségek – ezek számos esetben eredetileg a háziállatokról jutottak át az emberre, a letelepedett agráréletmódra való áttérést követően. Az emberek fertőzött élelmet ettek, és olyan folyók vizét itták, amelyek egyben szennyvízgyűjtőként is szolgáltak. (Ez utóbbi mind a mai napig kényszerű gyakorlat a globális dél országáiban.) Amikor az iparosodás nyomán embertömegek áramlottak vidékről a városokba, a helyzet még súlyosabbá vált. Liverpoolban 1840-ben a munkáscsaládokba született gyerekek átlagos várható élettartama csupán 15 év volt, de a felsőbb osztálybeli gyerekeké is csak 35 év.¹ Továbbá, nagyon kevés kivétellel (mint amilyen a himlő elleni, 1800-tól kezdve széles körben alkalmazott vakcina) a fertőző betegségek elleni legtöbb kezelési eljárás hatástalan, vagy éppenséggel – mint például az érvágás – kifejezetten káros volt. Még az 1850-es években is véreztettek halálra pácienseket,

akik akár fel is gyógyulhattak volna, ha békén hagyják őket, és a nők számára biztonságosabb volt az otthonszülés, mint a kórházi szülés, ahol sok esetben az anyák több mint negyedét elvitte a gyermekágyi láz (Porter 1999, 369–370).

Majd egyszer csak, az 1870-es évektől kezdve – először Angliában – a lakosság egészségügyi helyzete drámai mértékben javulni kezdett. 1850-ben a várható élettartam Angliában és Walesben átlagosan kb. 40 év volt. 1950-re a várható élettartam mintegy 70 évre nőtt – ilyen nagyságrendű javulásra korábban nem volt példa az emberi történelemben. Azóta a javulás üteme lelassult, de az átlagos várható élettartam azóta is nagyjából két és fél évvel minden egyes évtizeddel. Ez a javulási pálya nagy vonalakban megismétlődött Nyugat-Európában és Észak-Amerikában, majd pedig – további késéssel, gyakran egészen más úton, és az egyes társadalmi osztályok közti jelentős különbségekkel – szerte az egész világon.² A végbemenő változást gyakran „epidemiológiai átmenet”-nek nevezik – abból a korszakból, amelyben a halálozások fő okai a fertőző betegségek voltak, abba a korba, amelyben a halálozások fő okát a főleg idősebbeket érintő, nem fertőző, krónikus betegségek jelentik. És ez az átmenet legelőször Angliában zajlott le, vagyis az ipari kapitalizmus epicentrumában. Ám tekintettel arra, hogy a tőkés iparosítás súlyosbította a fertőző betegségek által jelentett fenyegetést, és hogy az angol tőkések gyakran ellenálltak azoknak az intézkedéseknek, amelyek végül legyűrték ezeket a betegségeket, az átmenetre sokkal inkább a kapitalizmus ellenére, mint a kapitalizmusnak köszönhetően került sor. A nyugat-európai tőkés munkaadók az 1880-as évektől életbe léptetett társadalombiztosítási rendszerek által nyújtott védeltséget is elleneztek (e rendszerekkel a szervezett munkásmozgalom által jelentett politikai fenyegetésnek igyekeztek elejét venni). A társadalombiztosítás eleinte a munkahelyi balesetektől lábadozó munkásoknak nyújtott pénzügyi támogatást, de az 1930-as évekre az orvostudomány végre odáig fejlődött, hogy nem csupán megértette a betegségek kialakulásának az okát – és ezáltal lehetővé tette a betegségek megelőzését –, hanem képes volt gyógymódokat is kifejleszteni rájuk. Ez az úgynevezett *terápiás forradalom* a második világháború előtt, alatt és után ment végbe. Most, hogy az életet fenyegető betegségek növekvő sorát voltak képesek sikerrel kezelni, az egészségügyi *ellátáshoz* való hozzáférés hirtelen valóban nagy értékévé vált, és a munkásmozgalom elég erős volt ahhoz, hogy képes legyen biztosítani, miszerint a munkások – és családjaik – legyenek a fő kedvezményezettek. A társadalmilag biztosított egészségügyi ellátás különféle formái épültek ki a legtöbb nyugati és kommunista országban 1945-öt követően.

Az a tény, hogy a terápia forradalma időben egybeesett a szociáldemokrata és kommunista jóléti államokkal szerte a világban, valós történelmi jelentőséggel bír. De egyidejűleg egy növekvő befolyással rendelkező tőkés egészségipar is kifejlődött, mindenekelőtt az Egyesült Államokban,

valamint egyes nyugat-európai országokban is. Ez az egészségipar nem arra koncentrált, hogy mi a legjobb az emberek nagy többsége számára, hanem hogy mi hozza a legtöbb profitot. Az Egyesült Államokban a magán-egészségipar sikeresen ellenállt az univerzális egészségügyi ellátási rendszer bevezetésére tett minden kísérletnek, és az 1980-as évek óta a magánszektor azon van, hogy a más országokban 1945 óta kiépített univerzális rendszereket visszaalakítsa egészségpiacokká, végső soron felszámolva az ellátáshoz való egyenlő hozzáférést. A magán-egészségügyi szektor egyben fokozódóan aláveti az egészségügyi kutatást és képzést saját érdekeinek. A neoliberais korszak újfent ékesen demonstrálja, hogyan idézi elő, vagy legalábbis állandósítja a kapitalizmus a rossz egészségi állapotot a mai új orvosi lehetőségek közepette, mindenekelőtt a fokozódó – mind a nemzetek közötti, mind pedig az azokon belüli – egyenlőtlenségen keresztül. Még a leggazdagabb országok némelyikében is a szegények várható élettartama tíz vagy akár húsz évvel kisebb lehet, mint a gazdagoké.³

A fentieket alátámasztó tömérek bizonyíték ellenére világszerte az emberek nagy többsége tudatosan vagy önkéntelenül elfogadja azt a mítoszt, hogy „a kapitalizmus jót tesz az egészségnek”. Bármiféle racionális analízisnek nélkülözhetetlen feltétele e mítosztól való megszabadulás.

A kapitalizmus és a várható élettartam forradalma

Miben állt a kapcsolat egyfelől a kapitalizmus, másfelől a halálozási ráta 1850 és 1950 között megfigyelhető drámai csökkenése között? A csökkenést nem lehet az abban az időben rendelkezésre álló piaci alapú egészségügynek betudni, elvégre az alig rendelkezett hatékony gyógyító eljárásokkal. A legújabb időkig az volt az általános nézet, hogy a növekvő reáljövedelmek miatt javuló táplálkozás volt a kedvező változás fő oka, de a további történelmi kutatás kimutatta, hogy ez a legjobb esetben is csak részlegesen magyarázza a várható élettartam emelkedését.⁴ A XIX. század első kétharmadában, miközben a jövedelmek és a táplálkozás emelkedett, a városokban a halálozási ráta nem esett vissza; a vidéki területeken, ahol a jövedelemszint alacsony maradt, a halálozási ráták kedvezőbbek voltak. A városi mortalitás jelentős esése csak akkor kezdődött meg, amikor az 1870-es években éreztetni kezdte hatását a „köztisztasági mozgalom”: szennyvízcsatornák és tiszta ivóvíz, javuló lakáskörülmények és szennyezetlen élelmiszer. A köztisztasági intézkedések gyakran a tőkés ellenállásába ütköztek – például azon munkaadókéba, akik nem akartak magasabb adót fizetni a szennyvízcsatornák miatt, vagy pénzt költeni a munkások emberibb lakáskörülményei érdekében. Ellenálltak az ivóvíz, illetőleg a szennyezett élelmiszer forgalmazására specializálódott magánvállalkozók is. De végül a köztisztasági mozgalom felülkerekedett, köszönhetően egyrészt a járványtól való félelemnek – el-

végre a járványokkal szemben a közép- és felső osztályok is védtelenek voltak; másrészt a települési önkormányzat reformját követelő mozgalom elszántságának; végül szerepet játszott a század vége felé a betegségek okainak megértésében történt előrelépésnek a közvéleményre gyakorolt hatása.

A köztisztasági mozgalom kezdetben téves elgondolásokon alapult a betegségek okait illetően (mindenekelőtt azon a hiedelmen, hogy az okokat a levegőszennyeződésben, avagy a „miazmákban” kell keresni). Az 1870-es években született felismerés, mely szerint a fertőzéseket baktériumok okozzák, megerősítette, hogy a jó higiéniai viszonyok valóban kulcsfontosságúak, de ez az új tudás egyben a közegészségügyi tevékenység palettájának szélesítéséhez és az iskolák és háztartások egészségügyi képzéséhez is vezetett: a higiéné fontosságáról, a csecsemő- és gyermekgondozásról stb. Egymás után sikerrel azonosították a fertőző betegségek kórokozóit, és új, megelőző intézkedéseket fogantatosítottak, beleértve a védőoltásokat. Az eredmény drámai volt. 1871 és 1940 között a fertőző betegségeknek az összes halálozásokon belül képviselt aránya 31%-ról 10%-ra esett vissza Angliában és Walesben. 1951-re a fertőző betegségek a halálozásoknak csupán 6%-áért voltak felelősek, miközben az (ezer főre vetített) átlagos halálozási ráta 22,4-ről 6,1-re esett vissza. (Easterlin 2004, 108) Megint csak fontos hangsúlyozni, hogy e csökkenés jóformán teljes egészében a megelőzésnek volt köszönhető. A szóban forgó időszak legnagyobb részében ugyanis a fertőző betegségek döntő többségére még nem léteztek hatékony gyógymódok (a szulfanilamidok csak 1935-től, a penicillin 1941-től, a széles spektrumú antibiotikumok 1947-től álltak rendelkezésre).

Richard Easterlin (2004, 7. fejezet) a következőképpen foglalta össze a történelmi tények alapján levonható következtetést az egészségügy és a tőkés piacok viszonyát illetően. Először, a várható élettartam stagnált, vagy legjobb esetben csak enyhén javult a XIX. század nagyobbik részében a világnak azokon a területein, amelyek gyors gazdasági növekedést éltek át. A várható élettartam (és a fizikai állapot) csak akkor javult drámai mértékben, amikor hatékonná vált a betegségmegelőzés; a munkások növekvő reáljövedelméből fakadó javuló táplálkozás önmagában nem idézte elő ezt a változást. Másodsor, a várható élettartam forradalmát előidéző megelőző intézkedések legnagyobb része (tiszt ivóvíz mindenkinek, szennyvízcsatorna stb.) közjóság, amely kollektív cselekvést igényel, és amelyből mindenki részesedik, függetlenül attól, hogy hozzájárult-e annak költségeihez. A tőkés piacok nem kínáltak – és nem is fognak kínálni – ilyen közjóságokat. Ugyanez érvényes a védőoltásokra – ezek csak akkor működnek megbízhatóan, ha a lehető legszélesebb körben alkalmazzák őket. Mivel a többség valószínűleg nem lenne hajlandó fizetni érte, az államnak kell finanszíroznia. Hasonló a helyzet a háztartási higiénéiát illetően: „mivel az új tudás nem hozott magánhasznot tulajdonosának, nem lehetett a piacra bízni e tudás

elterjesztését”. Harmadszor, az egészségtudomány és a megelőző intézkedések által elért drámai javulás költségei mérsékeltek voltak. Nem volt hozzájuk szükség a nemzeti jövedelem hatalmas növekedésére (amit a kapitalizmus produkált), és valójában az élethossz terén elért drámai javulás a legutóbbi időkben olyan szegény országokban is végbement, mint Kína (az 1950-es években), Kuba (az 1960-as években), vagy Kerala állam (az 1970-es években).⁵ Végezetül, azon kutatásoknak a költsége, amelyek a fenti egészségügyi vívmányokhoz vezettek, maga is meglehetősen csekély volt, és nem függött a tőke által hajtott gazdasági növekedéstől. „Amikor az olyan tudósok kezdetleges laboratóriumaira gondolunk, mint Pasteur, Koch vagy Fleming – jegyzi meg Easterlin –, nehéz elhinni, hogy az ő felszereltségük nagyságrendekkel jobb lett volna, mint akár kétszáz évvel korábban kutató elődeiké.” A valamenyny tudományterületre kiterjedő (állami és magán) kutatás és fejlesztés teljes költsége még 1929-ben is csak a GDP 0,2%-ára rúgott, és ezen belül az orvosi kutatások a teljes összegnek csupán töredékét tették ki. (Easterlin 2004, 134) Mára az orvosi kutatás költségei hatalmas mértékben megnövekedtek – a belőlük származó össztársadalmi haszon más kérdés, amint azt látni fogjuk.

A közegészségügyi mozgalom, amely Angliában elindította a várható életkor forradalmát, csak annyira nevezhető – a szándékolt hatást tekintve – a kapitalizmus vívmányának, mint amennyire az orosz forradalom a cári önkényuralomnak, vagy az indiai függetlenség a brit Rádzs érdemének tekinthető. A mortalitási forradalmat előidéző közegészségügyi mozgalom a kapitalizmus társadalmi következményeivel szembeni reakció volt, nem pedig a tőkésosztály által felkínált jótétemény; másfelől nem kapitalista országok is utolértek, némely esetben felül is múltak jó pár kapitalista országot a várható élettartam emelését illetően. Ezzel együtt a várható élettartam forradalma kétségtelenül összefüggött az ipari kapitalizmus felemelkedésével. Végső soron mégiscsak több profitot ígérő tevékenység volt vízvezeték-rendszert építeni az állam számára, mint ivóvizet árusítani korlátozott számú magánvásárlónak. A mortalitási rátában bekövetkezett forradalomnak sokféle, gyakran egymásnak ellentmondó oka volt.

A tudományfejlődés maga is egyértelműen az okok egyike. A fizikai tudományok virágoztak – különösen a fizika és a kémia –, miután ékesen bizonyították értéküket a tőkefelhalmozás számára. A biológiai tudományok jelentős eredményei későbbre tehetőek, profitpotenciáljuk pedig jóval ezt követően vált világossá. De általában véve, a tőkésosztálynak a tudományokkal szembeni támogató attitűdje – amely a fizikai tudományokból nyert gazdasági haszonból eredt – fontos tényező volt abban, hogy lehetővé váljanak akár az orvostudományban, akár a közegészségügyi technikai megoldások terén elért áttörések. E támogató magatartás pedig a megelőző polgári forradalom által biztosított intellektuális szabadságjogokból fakadt. Noha a várható élettartam

forradalma nem a tőkésék szándékolt teljesítménye volt, a burzsoázia felemelkedése biztosította – habár gyakran közvetett és komplex összefüggéseken keresztül – azt a közeget, amelyben e forradalom tudományos bázisa kifejlődhetett. Érdemes azonban megjegyezni, hogy a várható életkor forradalmának csúcspontján, a késő XIX. században, az orvostudományi kutatás még viszonylag érdekmentes volt, és képes maradt a kritikus gondolkodásra. Még nem kezdte elveszíteni integritását úgy, ahogyan a főáram-közgazdaságtan elveszítette, a már Marx által megfigyelt módon. „[az osztályharc] Megkondította a tudományos polgári gazdaságtan lélekkharangját. Most már nem arról volt szó, hogy ez vagy az az elméleti megállapítás igaz-e, hanem arról, hogy a tőkének hasznos-e vagy káros [...] Az önzetlen kutatást bérencek köztözködése; az elfogulatlan tudományos vizsgálatot az apologetika rossz lelkiismerete és gonosz szándéka váltotta fel.” (Marx 1973, Utószó a második kiadáshoz.) Száz évvel ezelőtt még nem érkezett el a bérencek kora az orvosbiológiai kutatásokban – orvosoké, akiknek hatalmas összegeket fizetnek, hogy nevüket adják a gyógyszeripari vállalatok által az orvosi szaklapokba írt cikkekhez, egészségpolitikai kutatóké, akik gátlástalanul meghamisítják a kutatási eredményeket az egészségbiztosítási cégek érdekében.⁶

A várható életkor forradalma után

Ennyit a kapitalizmusnak a mortalitási forradalomban játszott ellentmondásos szerepéről. Mi volt a kapitalizmus szerepe, miután e forradalom túlnyomórészt befejeződött?

A XX. század közepe óta a várható élettartam tovább nőtt, különösen a fejlett tőkés országokban, ahol 2000-ben átlagosan kb. 80 év volt. (Bongaarts 2006, 1. táblázat) A kapitalizmus intellektuális bérenceinek némelyike úgy érvel, hogy a gazdasági növekedés végső soron igenis növeli a várható élettartamot, függetlenül attól, hogyan használják fel a növekvő forrásokat, tehát az egészségügyi politika illetékeseinek a növekedést kellene legfőbb prioritásnak tekinteniük. E tézist („gazdagabb: egészségesebb”) Larry Summers is elővezette sokat idézett cikkében, amikor a Clinton-adminisztráció tagjaként az Egyesült Államok helyettes pénzügyminisztere volt.⁷

Tekintettel arra, hogy a betegségek okaira vonatkozó tudásunk sokkal árnyaltabb ma, mint 150 évvel ezelőtt, a legszegényebb állampolgárok életszínvonalának emelkedése még a nagyon szegény országokban is – kedvező feltételek mellett – egészségi állapotuk javulásához vezethet, pusztán az egyéni magatartás változása révén (jobb étrend, jobb személyi higiénia, moszkítóhálók használata stb.). De általánosságban a tapasztalat nem támasztja alá a „gazdagabb: egészségesebb” tézist. A várható élettartam folytatódó növekedése a fejlett tőkés országokban

legnagyobbrészt a megelőzésre irányuló ama gyakorlat további elmélyülésének tudható be, amely eleve kiváltotta a várható élettartam forradalmát. Viszonylag csekély szerepe volt a jobb táplálkozásnak vagy az egyéni fogyasztás más elemeinek, és csak 10-15%-ban játszott szerepet az egészségügyi ellátás.⁸ Továbbá, a javulás nem ott volt a legszámottevőbb, ahol a jövedelmek a legjobban nőttek, hanem ahol a jövedelmek megoszlása a legkevésbé egyenlőtlen. *A leggazdagabb országok körén belül nem a GDP szintje, hanem a jövedelemegyenlőség mértéke határozza meg az átlagos várható élettartamot.* (Wilkinson 2005, 4. fejezet, különösen 119–123.)

Ám épp az egyetlen dolog, amit a kapitalizmus újra és újra hiba nélkül mindig képes reprodukálni, az az *egyenlőtlenség*: egyrészt a munkaerőpiac normális működése és az értékföllet tőketulajdonosok általi elsajátítása révén (osztalék és járadék formájában); másrészt a tőkének a közpolitikára – az adórendszerre, a társadalmi infrastruktúrára (oktatás, egészségügy, tartós ápolás és társadalombiztosítás) – gyakorolt hatásán keresztül.⁹ A kapitalizmus inherens tendenciája a egyenlőtlenség elmélyítése mindegyik dimenziók mentén, és minél inkább megszabadítják a korlátoktól, annál kiáltóbb lesz az egyenlőtlenség. A neoliberais korszakban, az 1970-es évektől kezdve, az egyenlőtlenség szinte mindenütt növekedett, különösen az olyan országokban, mint az Egyesült Államok vagy az Egyesült Királyság, ahol a legkövetkezetesebben alkalmazták a neoliberais gazdaság- és társadalompolitikát; de nőtt az egyenlőtlenség a gazdag és szegény országok között is. (Smith et al. 2003, 459–465) Sok volt kommunista országban a kapitalizmusra való hirtelen áttérés hatása még rosszabb volt – a rendszerváltozás a mortalitás sokkoló növekedését eredményezte, különösen a férfiak körében.

Összetett és széles körben vitatott kérdés, hogy milyen mechanizmusokon keresztül termeli ki az egyenlőtlenség a rossz egészségi állapotot. (Smith /Ed./ 2003, xxxv–xxxvii. és 440) Az anyagi nélkülözés, amelyeknek a szegények gyakrabban ki vannak téve, közvetlenül is egészségügyi kockázatokat (fertőzések, alultápláltság, krónikus betegségek és sérülések), fejlődési problémákat (késleltetett vagy gátolt kognitív és kapcsolatteremtési képesség), szociális problémákat (a szocializáció, valamint a munkára és a családi életre való felkészülés terén) idéz elő; és mindegyik problémák halmozódhatnak és egymást erősíthetik, különböző életkorban különböző betegségeket okozva. (Raphael 2006, 651–677) A Richard Wilkinson sokat idézett elméletét alátámasztó bizonyítékok – Wilkinson elmélete szerint az alacsony gazdasági és társadalmi státusz már önmagában is patológikus fiziológiai reakciókat idéz elő – nem igazán meggyőzőek, de afelől kevés kétség van, hogy az aktív és szoros emberi viszonylatok pozitív és kölcsönös hatása sokféle módon segíti a jó egészségi állapotot, és az egyenlőtlenség általában rombolóan hat a tényezőkre. (Wilkinson 2005, valamint Wilkinson – Pickett 2009, 66–67) Ez különösen releváns a mentális betegségek vonatkozásában, mint

amilyen a napjainkban járványos méreteket öltő, a legegyszerűsebb országokban a felnőttek negyedét-ötödét érintő depresszió.

Az összefüggések komplexitása csak úgy ragadható meg, ha különböző korokban élt generációk különféle társadalmi körülmények között leélt élettartama folyamán elszenvedett egészségügyi problémák specifikus meghatározó tényezőit kutatjuk. Például bizonyos időskori betegségek, mint a gyomorrák, a TBC, vagy az agyvérzés olyan, kora gyermekkorban történt eseményekhez köthetőek, amelyek főleg szegény családokban fordulnak elő. Más betegségek leginkább a fiatal felnőttkorhoz köthető események vagy magatartás eredményeképpen állnak elő, mint a balesetek vagy munkahelyi sérülések – ezek szintén gyakrabban fordulnak elő szakképzetlen fizikai munkásokkal; megint más betegségeket kifejezetten időskorban felmerülő tényezők okoznak. Az egyszerűségnek a korai fázisokban megnyilvánuló hatásai kombinálódhatnak, és halmozottan növelhetik az egyén kitétséget a betegségeknek a későbbi fázisokban.

A betegség további oka lehet bármelyik életkorban az elégtelen orvosi ellátás, márpedig az orvosi ellátáshoz való hozzáférés többnyire a legkevésbé jómódúak, vagy a nem, etnikai hovatartozás, rokkantság, fogyatékosság stb. miatti hátrányos helyzetben lévők számára szokott leginkább gondot okozni. Még az Egyesült Királyságban is, ahol az egészségügyi költségeket majdnem teljes egészében adóbevételekből finanszírozzák, és gyakorlatilag ingyenesek mindenki számára, általában érvényesül a Julian Tudor Hart által megfogalmazott nevezetes „inverz ellátás törvénye” – vagyis a kapott orvosi figyelem többnyire fordítottan arányos az orvosi figyelem iránti szükséglettel. E szabály egész földrajzi térségek lakosságára, de az egyénekre és a közösségeken belüli csoportokra is érvényes – így például a legszegényebb skizofrén betegek csoportja átlagban nyolc évvel később kap kezelést, mint a leggazdagabbaké, és a teljes népességen belül a legszegényebbek súlyos szívbetegségét sokkal kevésbé látják el, mint a leggazdagabbakét. (Hart 2006, 67. és 145. oldal, 58. lábjegyzet; valamint Smith 2003, 494) A fejlődő országok legtöbbszörében – ha ugyan nem az összesben – az 1945 után létrehozott, államilag finanszírozott és működtetett egészségügyi rendszerek elsorvadtak, helyet adva a privát, szabályozatlan és veszélyes szolgáltatásoknak, úgyhogy bizonyos területeken a korábban elért haladás az egészségügyi állapot terén romlásba fordult.¹⁰ A WHO jelentette 2008-ban hogy „a kis, független szolgáltatók sokasága által nyújtott, szabályozatlan, fizetős egészségügyi ellátás – ami eredetileg városi jelenség volt – mára az egészségügyi ellátás domináns formája lett Szubzaharai Afrikában, valamint Ázsia és Európa átmeneti gazdaságaiban”.¹¹ Némileg hasonló regresszióra került sor a volt Szovjetunió országaiban, különösen azokban, ahol 1990-et követően gyors, tömeges privatizációra került sor. Az öt legérintettebb ilyen országban a munkanélküliség 23%-ra ugrott, a felnőtt férfiak körében pedig a mortalitás megdöbbentő módon 42,3%-ra emelkedett. (Shukler – King – McKee 2009, 399–407)

Az átlagos élettartam tehát minden egyes társadalomban történelmileg meghatározott. A gazdag országokban (ahol majdnem az összes, a szociális viszonyok és az egészség közti kapcsolatokra vonatkozó beható kutatást végezték) ellentétes tendenciák kombinációját láthatjuk: csökkenő átlagos mortalitási ráták, de egyben a társadalmi és gazdasági egyenlőtlenséggel párhuzamosan *növekvő szórás* a várható élettartamot illetően. Ahogy George Davey Smith találóan összefoglalja: „be lehet azonosítani azokat a társadalmi folyamatokat, amelyek révén a kedvezőtlen hatásoknak való kitettség a kevésbé privilegizált társadalmi körülmények között élők körében koncentrálódik, a születéstől a halálig [...] Az egyéneknek és azok szüleinek társadalmilag formálódott táplálkozási, egészségi és környezeti tapasztalatai befolyásolják egyebek mellett a születési súlyt, a magasságot, a testsúlyt és a tüdőkapacitást, ezek pedig a jövőbeli egészségi állapot fontos indikátorai. A testeknek (és a testek történetének) ezek a biológiai aspektusai *megdermedt társadalmi viszonyokként* is felfoghatóak.” (Smith /Ed./ 2003, xlvi. [kiemelés a szerzőtől – Leys]).

Közegészségügy¹²

A társadalmi viszonyrendszer tehát kulcsfontosságú tényezője a népesség egészségi állapotának, ennek ellenére az 1980-as évek óta a jelenkori kapitalizmus társadalmi viszonyrendszerének megváltoztatása egyetlen főbb országban nem volt napirenden; elszomorítóan kevés jel utal arra, hogy a betegségek társadalmi okai bárhol is, bármiféleképpen tükröződnének a jelenkori közpolitikában. Az egészség társadalmi determináló tényezőjével szembeni kormányzati politika lényegében azok figyelmen kívül hagyása. Még az olyan szerény intézkedéseknek is, mint az adóztatás kevésbé regresszívvé tétele, az iskolai osztálylétszámok csökkentése, vagy a foglalkoztatás bizonytalanságának a mérséklése – mindazoknak az állami döntéstől függő intézkedéseknek, amelyek javíthatnák a legkevésbé egészséges társadalmi csoportok egészségi állapotát –, a prioritásuk alacsony, a politikai retorikától függetlenül, miközben az egyenlőtlenség óhatatlanul nő. Ehelyett az egészségpolitika mindenekelőtt az egyénre, és az ő állítólagosan önkéntes viselkedésére koncentrál – „a saját egészségi állapot iránti felelősségvállalásra”; másodsorban pedig az egyes betegeknek nyújtott „high-tech” orvosi eljárásokra, holott ez utóbbiak iránti szükséglet nagyrészt fel se merülne másféle társadalmi feltételek mellett.

Mindez drámai visszavonulást jelent ahhoz képest, amilyen ambíciók a közegészségügyi szakmát annak felemelkedő fázisában – a várható élettartam forradalmának sikerei nyomán – jellemezték. A közegészségügyi szakma inkább a népesség mint egész, semmint az egyén egészségére, és inkább a megelőzésre, mint a gyógyomdára koncentrált. Amint a társadalmi kérdések előtérbe kerültek a munkásmozgalom

felemelkedése nyomán a XX. század első felében, „az orvostudomány figyelmét azoknak a mélyen beágyazódott és széleskörű működési zavaroknak az ingoványára irányította, amelyeket addig alig vett észre: beteges kisgyermek, fejlődésben visszamaradt gyermekek, vérszegény anyák, gyomorfekélyes irodai dolgozók, reuma, hátfájás, agyvérzés, örökölt betegségek, depresszió és a neurózis egyéb formái, valamint az öregkort kísérő betegségek [...] Az egészségügyi fenyegetéseknek, amelyekkel a modern társadalom szembenéz, több közülük van a fiziológiai és pszichológiai abnormitásokhoz, a széleskörű és talán veleszületett betegséghajlamokhoz a népesség azon részének körében, amelyet a nyomor, tudatlanság, egyenlőtlenség, rossz táplálkozási és lakásviszonyok, munkanélküliség és túlmunka diszfunkcionalitásra és improduktivitásra ítél. Hogy az orvostudomány megküzdhesen az életeteknek eme pazarlásával, a nélkülözéssel és szenvedéssel, pozitív és szisztematikus megközelítésre van szüksége, felvállalva a szemlátomást egészséges és normális emberek tervszerű felülvizsgálatát csakúgy, mint a betegeké, a kisgyermekkortól az öregkorig történő nyomonkövetést, feljegyezve a krónikus, örökölt és alkati betegségek előfordulását, a betegségek előfordulásának statisztikai egybevetését olyan változókkal, mint a jövedelem, képzettség, osztály-hovatartozás, éltrend és lakáskörülmények.” (Porter 1999, 633–634)

Az 1980-as évek végére azonban az ilyen ideálokat (csakúgy, mint a hozzájuk inhereensen kapcsolódó, államcentrikus megközelítést, és a – talán – enyhén autoritárius felhangot) határozottan elutasították, és nem csupán a vezető neoliberais országokban. A közegészségügyben dolgozó orvosok rámutattak, hogy a közegészségügyi tapasztalatokra támaszkodó társadalom- és gazdaságpolitikára nagyobb szükség volna, mint valaha. Fenntartották, hogy a közpolitika minden területét mint az egészségpolitika egy-egy elemét kellene tekinteni, és mind a fizikai környezetet (szennyezés, globális felmelegedés, energia, a termőföld minőségének romlása stb.) mind pedig a társadalmi környezetet (munkanélküliség, lakhatás, közlekedés, élelmiszer-termelés) közegészségügyi problémaként kell kezelni. A közegészségügynek és az egészségügyi szolgáltatásoknak ki kell egészíteniük egymást. De a gyakorlatban gyakran ennek ellenkezője valósult meg, ahogy azt egy brit orvos akkoriban megállapította: „a [közegészségügy és az orvosi ellátás közti] komplementer viszony meg nem értését ékesen bizonyítja, valahányszor egy miniszter figyelmen kívül hagyja a szegénység, a kényszerű munkanélküliség, a hajléktalanság és egyéb egészségügyi kockázatok nagyarányú növekedését az elmúlt évtized folyamán, és azzal kérkedik, hogy a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat »több pácienszt kezel, mint valaha«, nyilvánvalóan azt képzelve, hogy ez valamiféle *egészségügyi vívmány!*” (Draper 1991, 20)

Amikor még az európai szociáldemokrata pártok is lemondtak a közegészségügy eredeti ideáljairól, a közegészségügy egykor nagy presz-

tízzsel bíró művelői sokat veszítettek befolyásukból. Korábbi katalizátor-szerepüket a társadalom- és gazdaságpolitika (pl. a teljes foglalkoztatás) valamint az egészségpolitika összekapcsolásában, amely tipikusan a szociáldemokrata politikacsinálókka való szoros kapcsolataikon alapult, továbbá az egészségügyi ellátásnak a lakossági szükségletek tanulmányozásán alapuló tervezésében játszott középponti szerepüket felváltotta a „piaci jelzésekre” való hagyatkozás.¹³ A közegészségügy szerepe a világméretű pandémia-fenyegetésekre adandó válaszlépések megtervezésére, valamint az egyének „életstílus-választásainak” a közoktatásban történő befolyásolására zsugorodott. Sok pénzt költenek a dohányzás és az alkoholfogyasztás csökkentésére vonatkozó médiakampányokra, és a több testmozgás és jobb táplálkozás népszerűsítésére, míg az egyenlőtlenségből fakadó alapfeltételekről – amelyek miatt az emberek dohányoznak, túlzásba viszik az ivást, rosszul táplálkoznak (mivel a jó táplálék többbe kerül, és még többbe kerül a szegény területeken, mint a jómódú lakónegyedekben) – beszélni sem lehet, nemhogy megváltoztatni azokat. 1997-ben két közegészségügyben tevékenykedő vezető orvos arra jutott, hogy: „Az Egyesült Királyságban az egészség terén jelentős és növekvő az egyenlőtlenség. E különbségek kezelésének alapvető módja egyértelműen egy méltányosabb társadalom irányába mutató széleskörű társadalmi és politikai változás lenne. A közegészségügy gyakorlati képtelenek lesznek elérni fő célkitűzésüket – a lakosság egészségi állapotának javítását – ha nem válnak az ilyen változások szószólóivá.” (Smith – Ben-Shlomo 2003, 496)

De egy dolog ilyen változásokat szorgalmazni a szakmai folyóiratokban, és egészen más dolog a nagy nyilvánosság előtt folyó vitákban energikusan képviselni e változások szükségességét, miközben az összes meghatározó párt úgy döntött, hogy nem képes, vagy nem is kíván ilyen változtatásokat végrehajtani. Az ilyesfajta szószólói szerep a kutatási források elapadásával, sőt akár a kutatók szakmai reputációja ellen kormányzatilag szervezett támadások kockázatával is jár.¹⁴ E téren nincs jelentős különbség az országok között, amióta a neoliberalizmus megszilárdította hegemoniáját.

Egészségügy a terápia forradalma óta

Az orvostudomány és -technológia XX. századi forradalma első ízben tette lehetővé sok halálos betegség gyógyítását, az élet meghosszabbítását, a fájdalom enyhítését és az életminőség javítását. Mihelyt ez világossá vált a közvélemény számára, az egészségügyi *ellátáshoz* való hozzáférés az emberek félelmeinek és reményeinek fókuszába került. Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést még emberi joggá is nyilvánították az emberi jogok 1948. évi egyetemes nyilatkozatának 25. cikkelyében.¹⁵ Aneurin Bevan, az 1948-ban elindított brit Országos

Egészségügyi Szolgálat (NHS) megtervezője, joggal jellemezte az NHS-t „a félelemtől való szabadság”-ként, és az 1950-es évek végére majdnem az összes ország kormányának engednie kellett az univerzális egészségügyi ellátást követelő erős munkásmozgalmaknak. Nagyjából átfogó, társadalombiztosítási befizetések vagy adók által finanszírozott, nőket, gyermekeket és munkásokat is befogadó állami egészségügyi rendszerek váltották fel az egészségügyi magánszolgáltatók piacait és a másodrangú, osztály-meghatározottságú szolgáltatásokat, ezzel hatalmas új terület nyílt meg a kvalifikált közalkalmazás előtt.¹⁶ 1965-ben még az Egyesült Államok is bevezette a szabad közfinanszírozású egészségügyi ellátást a nagyon szegények (Medicaid) és az összes 65 év feletti számára (Medicare). A kommunista országokban a mindenki számára államilag nyújtott egészségügyi ellátás vált a normává. A „harmadik világ” országaiban az állami ellátórendszer forráshiánnyal és hatalmas túlkereslettel küszködött, de elvben az állam által biztosított univerzális ellátás széles körben elfogadottá vált.

Hasonlóan a mortalitási forradalmat lehetővé tevő közegészségügyi intézkedésekhez, a tőkés – és igen gyakran az orvosok is – kezdetben ellenálltak az univerzális ellátásra való áttérésnek. A rendszer hatalmas népszerűsége azonban leküzdte az orvosi szakma ellenállását – a szakma kiemelkedően jó alkalmazási feltételeket kért és többnyire kapott az új rendszer működtetéséért cserébe. Némely nyugat-európai országban lehetővé tették, hogy jelentős magánszektor is működjön a társadalombiztosítási alapú rendszerek mellett. A legtöbb új közösségi finanszírozású egészségügyi rendszerben az orvosokat továbbra is az ellátások után fizették, így a rendszer inherens módon ösztönzött a felesleges kezelésekre és a költségek felverésére. A rendszer ebből adódó gyengeségeit kihasználták a közösségi finanszírozás és univerzális egészségügyi rendszerek ellenségei, amikor a háború utáni kompromisszum fölborult az 1970-es évek végén. De az ingyenes egészségügyi ellátás mélyen beágyazódott alapelvevé vált a legtöbb OECD-országban.

A terápia forradalma azonban egyben a tudományalapú gyógyszeripar drámai növekedését is magával hozta, amelyet később követett az ehhez szorosan kapcsolódó biotechnológiai ipar. E tőkés ágazatok masszív gazdasági és politikai hatalommal bírnak, és szorosan kapcsolódnak a szintén befolyásos egészségügyi magánbiztosítási és szolgáltató iparhoz is, különösen az Egyesült Államokban.

2008-ban a világméretű gyógyszereladásokat több mint 600 Mrd dollárra becsülték – ennek kétharmada a húsz legnagyobb vállalattól jött, amelynek legtöbbször amerikai vagy nyugat-európai. A biotechnológiai cégek becsült bevételei 51 Mrd dollárra rúgtak 2005-ben, de várakozás szerint túl fogják szárnyalni a gyógyszer-árbevételeket; és ott van még a gyógyszer-technológia, a képalkotás és a számítógépesített sebészet terén elért haladás mögött a gyorsan bővülő orvos-technológiai ipar, évi

200 Mrd dollár körüli évi bevétellel. A gyógyszeripar jelenleg az egészségügyi kiadások 10%-át teszi ki az OECD-országokban.

1900 előtt a korlátozott számú hatásos készítményt, mint pl. az aszpirin, egyre nagyobb arányban a Bayer, illetőleg a német vegyiparból leágazó egyéb cégek gyártották. A terápia forradalmát elindító kutatásokat legnagyobb részben állami finanszírozású egyetemi laboratóriumokban vagy adományokból fenntartott kutatóintézetekben folytatták. De ahogy a hatásos új gyógyszerekben rejlő gazdasági potenciál nyilvánvalóvá vált az 1930-as években, a mára közkeletű márkanévvé vált gyógyszeripari cégek – Hoffman La Roche, Merck, Eli Lilly, a GlaxoSmithKline-t fúzióval létrehozó cégek – drámai mértékben bővítették tevékenységüket, kutatószemélyzetet vettek fel, és beruházásokat eszközöltek a gyógyszer-tesztelésbe és a marketingbe.

Az 1980-as évekre azonban úgy tűnt, hogy a súlyos betegségek esetén jelentős javulást, vagy éppenséggel gyógyulást lehetővé tevő új gyógyszerek feltalálásának korszaka lezárult, és az innováció üteme azóta csökkent: a bejegyzett új gyógyszerek száma az 1990-es években szokásos évi 50-ről mára mintegy évi 20-ra esett vissza. (Goldacre 2008, 185) A küszöbön álló áttörésre vonatkozó állandósult ígéretekkel szemben a lényegyet tekintve az oxfordi Regius orvosprofesszor 1990. évi józan ítélete bizonyult helyesnek: „úgy tűnik, hogy holtpontra jutottunk a nyugati társadalmak leggyilkosabb betegségeinek megértését illetően [...] habár egyre többet és többet tudunk a betegségek kifejlődésének apró részleteiről, kevés haladást értünk el annak megállapításában, hogy miért merülnek fel egyáltalán a betegségek.” (Porter 1999, 595–596)

A gyógyszercégek egyik válasza erre az új helyzetre az „engem is” gyógyszerek, vagyis már létező, más vállalatok által levédett gyógyszerek majdnem azonos, a gyógyító hatást illetően egész minimális fejlesztést tartalmazó változatainak létrehozása volt, amelyek épp csak annyira különböztek az eredetitől, hogy szabadalmaztathatóak legyenek. Az új gyógyszereknek mintegy a fele ebbe a típusba sorolható. (Goldacre 2008, 185) A gyógyszercégek ezenkívül arra használták óriási reklámköltségvetésüket, hogy olyan egészségügyi problémák létezéséről győzzék meg a nagyközönséget, amelyeket a kifejlesztett gyógyszerek állítólag kezelni képesek. Ezek egy része egészen komikus találmány, mint a „nyugtalan láb szindróma”, de gyakrabban közkeletű, lényegében normális állapotok, amelyeknek új neveket adtak, mint az „erekciós zavar” (impotencia) és „szociális szorongásos zavar” (félénkség). Óriási vagonok keletkeztek ilyen módon.

Marcia Angell, a *New England Journal of Medicine* korábbi szerkesztője szerint: „A gyógyszerforgalmazók – figyelemreméltóan sikeres – stratégiája az volt, hogy meggyőzték az amerikaiakat arról, hogy összesen kétféle ember létezik: az egyiknek gyógyszeres kezelésre van szüksége, a másiknak úgyszintén, csak még nem tud róla.” (Angell 2009, 12; idézi Petersen 2008) Angell a Pfizer Neurontin elnevezésű gyógyszerére

hivatkozik, amelyet eredetileg az epilepszia kezelésére hagytak jóvá (olyan esetekben, amikor más gyógyszerek hatástalannak bizonyultak). Egy sor akadémiai kutatónak nyújtott javadalmazás fejében e kutatók nevüket adták olyan cikkekhez, amelyek a Neurontinnak egyéb területeken – bipoláris zavar, poszttraumás stressz, álmatlanság, nyugtalan láb szindróma, hőhullámok, migrén, tenziós fejfájás stb. esetén – való kitűnő felhasználhatóságát ecsetelték. Ezenkívül a cég e felhasználási módok promócióját célzó konferenciákat is finanszírozott. Így a gyártó képes volt a gyógyszerből 2003-ban kirobbanó sikert kovácsolni, 2,7 Mrd dolláros árbevétellel.¹⁷

Az orvosok egy részének cinkosságát – ismét csak elsősorban az Egyesült Államokban – már említettük, de az orvosok nagy pénzekkel való lefizetése (a félmillió dolláros összeg nem szokatlan) azért, hogy a cég stábjá által írt cikkekhez adják a nevüket, csak egyik vetületét képezi az orvostudomány gyógyszeripar általi korrumpálásának. Éppoly megvetésre méltó a kedvezőtlen kísérleti eredmények eltitkolása (amit a gyógyszeripari lobbik által kemény küzdelemben kiharcolt laza reguláció tesz lehetővé), ami később veszélyesnek vagy épp halálosnak bizonyuló gyógyszerek jóváhagyásához vezetett. (Pl. az amerikai gyógyszerhatóság figyelmen kívül hagyta a vizsgálati eredményt, amely szerint a Merck Vioxx nevű fájdalomcsillapítója egyeseknél növeli az agyvérzés és a szívroham kockázatát.) A gyógyszeripar tudományos bizonyítékokkal szembeni attitűdje időnként nem különbözik a 40 Mrd dolláros forgalmat bonyolító „alternatív” gyógyászati iparétól, amelyet a tudományos bizonyítékoknak mint irreleváns tényezőknek a figyelmen kívül hagyása fémjelez.¹⁸

Az univerzális egészségügyi ellátást biztosító országokban a gyógyszeripar hatalmas nyomást gyakorol a kormányokra, hogy megvásároljon olyan gyógyszereket, amelyek legjobb esetben is csak kismértékben hosszabbítják meg olyan betegek életét, akik javarészt időskori betegségeiben szenvednek. A gyógyszercégek ezenkívül a lehető legmagasabb árat igyekeznek kialakítani, arra hivatkozva, hogy a kutatás és fejlesztés költségeinek meg kell térülniük azon viszonylag kevés számú gyógyszer értékesítéséből, amely a kísérletek során hatékonyak bizonyul – habár e cégek promóciós költségei messze (a becslések szerint két-háromszorosan, vagy még nagyobb mértékben) meghaladják a kutatásra és fejlesztésre fordított összegeket. És ha tehetik, nem haboznak a fenyegetéssel, hogy máshova helyezik tevékenységüket, ha követeléseiket nem teljesítik.¹⁹ Mostanáig kevés jele van annak, hogy bármely állam, amelyben a gyógyszercégek meglepedtek, hajlandó lenne hatékonyan megfékezni a gyógyszeripar túlkapásait. Másfelől a gyógyszeripar nem szívesen fekteti a részvényesek pénzét olyan betegségek kezelésének a kutatásába, amelyek a szegény országok kevésbé fizetőképes lakosait sújtják. A Global Forum for Health Research becslése szerint az orvosi kutatásra fordított évi 70 Mrd dollár 90%-át olyan betegségek vizsgálá-

tára fordítják, amely a betegségek okozta globális szenvedésnek csupán 10%-áért felelős.²⁰

A gyógyszeripar tetemes reklámkiadásainak ideológiai hatása is van, miután az egészségügyi problémák okainak feltárása helyett a kezelés kerül a figyelem középpontjába. A média is együttműködik, cikkeket közöl az újfajta terápiák várható csodás eredményeiről, arról, hogy az őssejt-terápia helyreállítja majd „az idősek látását, a bénák gerincvelőjét, a cukorbetegség inzulintermelő sejtjeit”,²¹ vagy az orvosi genetikai és nanotechnológiai kutatásokról („molekulaméretű robotok képesek lehetnek kijavítani az egyes sejteket vagy akár DNS-szálakat, így az emberek kétszáz évig is élhetnek majd az öregedés bármilyen látható jele nélkül”).²² Ezzel szemben a mentális betegségek vagy az alkoholizmus – ezek sokkal szélesebb körben sújtják a fejlett országok lakosságát, mint a bénulás, cukorbetegség stb. – jóval kevesebb figyelmet kapnak. Márpedig e bajok megoldásához azok társadalmi-gazdasági gyökereivel is kezdeni kellene valamit.

A terápia forradalma tehát a kapitalizmus viszonyai között ellentmondásos eredményt hozott a globális egészségi állapotot illetően. A főként adóból finanszírozott egyetemeken és más, nem profitorientált laboratóriumokban folytatott orvosi alap kutatás révén gyógyíthatóvá váltak korábban gyilkos fertőző betegségek, és e kutatások továbbra is csodálatos jótéteményekkel szolgálnak mindazoknak, akik elég gazdagok ahhoz, hogy fizessenek értük, vagy pedig elég szerencsések, és olyan országban élnek, ahol még léteznek megfelelő mértékben finanszírozott egyenlő hozzáférésű egészségügyi rendszerek. Az immunológia, illetőleg a fejlett orvosi technológia és sebészet eredményei is kétségtelenül ragyogóak. Mégis, miközben ezek az eredmények jelentős mértékben éreztetik hatásukat a szegény országokban is, legtöbbjük olyan problémákra fókuszál, amelyek a világ legnagyobb része számára nem tartoznak a legégetőbbek közé. Nő az aggodalom azzal kapcsolatban, hogy még az egyetemi orvosi kutatások irányát is egyre inkább a gyógyszeripari és orvos-technológiai cégek érdekei határozzák meg: vajon milyen mértékben határozza meg a vállalati finanszírozáshoz való hozzáférés azt, hogy egy problémát milyen mélységig kutatnak?²³ Annak története, hogyan gátolták, nyomták el, vagy hozták rossz hírbe és lehetetlenítették el a rák környezeti okainak kutatását, és hogyan korlátozták a rákkutatás előrehaladását az egyéni kezelési módokra, miközben a gyógyszergyártók termékei folyamatosan termelték az új betegeket, a gyakorlatban kevés bizakodásra ad okot a mai orvostudomány jótékony természetét illetően. (Davis 2007) És a kapitalizmus időnként még le is rombolja az orvostudomány eredményeit, például az antibiotikumok túlzott és gyakran szabályozatlan használatának ösztönzésével, ami az új, ellenálló baktériumtörzsek kialakulásához vezetett.²⁴

A kritikai társadalmelemzők mindig elismerték az egészségügy legitimáló szerepét, míg ugyanakkor azt is hangsúlyozták, hogy a modern gazdaságnak szüksége van arra, hogy a munkások egészségileg alkalmasak legyenek a számukra kijelölt feladatok ellátására.²⁵ De hogy mekkora részüknek kell egészségesnek lenni, és pontosan mennyire kell egészségesnek lenniük, az már más kérdés. A tény, hogy engedik fokozódni az egyenlőtlenséget és az ebből fakadó egészségügyi költségeket, továbbá az a tény, hogy a munkát folyamatosan áttelepítik a gazdag országokból azokra az országokba, ahol a munkavállalók egészségi állapota jóval gyatrább, és alacsonyabb a várható élettartam, azt sugallja, hogy ez a követelmény nem olyan szigorú. Habár a XX. században talán széles körben elfogadottá vált – Roy Porter szavaival –, hogy „a bonyolult termelői és fogyasztói gazdaságok gördülékeny és hatékony működéséhez éppúgy szükség van a lakosság jó egészségi állapotára, mint a megfelelő írástudásra, képzettségre és törvénytiszteletre” (Porter 1999, 631), „de a neoliberais korszak állami politikája azt sugallja, hogy ezek közül csak az utolsót tekintik igazán lényeges követelménynek”.²⁶

Ez 1990 után vált világossá, amikor a neoliberais politikacsinálók neki láttak a társadalmilag finanszírozott egészségügy rekonstrukciójának. Világossá vált, hogy az egészségügy éppoly messzemenően ideológiai konstrukció is, mint amennyire anyagi valóság. Nem az egészségügyi ellátás minősége, vagy akár hozzáférhetősége, hanem a domináns ideológia egyéb elemeihez kapcsolt tálalása az, ami a döntő tényező a legitimitás szempontjából. A nyilvános diskurzusban a közösségre nyújtott egészségügy témakörét nem a „szegénység”, a „lakáshelyzet”, az „ipari szennyezés”, vagy a „belvárosi körzetek elszegényedése” összefüggésében emlegetik, hanem a „költség”, „adóztatás”, „bürokrácia”, „jóléti rendszer”, „öngondoskodás”, valamint az „állam” (negatív jelzőkkel összekapcsolva, mint „paternalista”, „központosított” vagy „sztálinista” stb. állam,) fogalmaival társítva artikulálják. A neoliberais ideológiába megfelelően beágyazva – vagyis a „termelékenységgel”, „hatékonyssággal” vagy „a választás szabadságával” együtt artikulálva – az egészségügy reprezentálhatóvá válik úgy, mint ami éppolyan áru, mint bármi más. Az amerikai privát egészségügyi ipar masszív pénzeket költött az államilag finanszírozott, mindenki számára elérhető egészségügy veszélyének elhárítására, de ez önmagában véve nem lett volna elégséges: döntő fontosságú volt a szélesebb ideológiai kontextus. Az a hiedelem, hogy a magánvállalkozások hatékonyabban képesek szállítani a fogyasztó számára az egészséget, hogy az egészség adóbevételekből történő biztosítása gyengítené a saját erőre támaszkodást, amelyről az amerikaiak oly nevezetesek, továbbá a vád, hogy az állami egészségügy „szocialista”, egészen mostanáig erősebbnek bizonyult, mint az egyenlőbb hozzáférés vágya.

Ami Európát illeti, a rekommodifikációs törekvésekhez kapcsolt retorika különösen két témát sulykol: a költségleszorítást, illetve a hatékonyságot. A költségek visszaszorítását mint megkérdőjelezhetetlen szükségszerűséget állítják be, azzal érvelve, hogy a költségek elkerülhetetlenül nőnek; ez pedig azért van így, mert az egészségügyi ellátás iránti kereslet végtelen, e keresletet egyre fűtik az állandóan növekvő lakossági elvárások, a népesség elöregedése, valamint a költséges új kezelési módok folyamatos bővülése. Ezzel szemben az egészségügyre fordított költségvetési kiadások nem csupán végesek, de – a propaganda állítása szerint – már el is érték azt a határt, amit a költségvetés még egyáltalán „megengedhet magának”. Emiatt lesz a hatékonyság – a privatizációs retorika második fő toposza – oly fontossá; és az állítás szerint a hatékonyságot csak a verseny által szabályozott privát egészségügyi szolgáltatás képes biztosítani. A fenti érvek egyike sem állja ki az alapos vizsgálat próbáját.

Egy 1998-as cikkében, amelyet minden egészségpolitikusnak és egészségüggyel foglalkozó újságírónak el kellene olvasnia, Penelope Mullen meggyőzően kimutatta, hogy a kereslet nem végtelen – az emberek végesek, csakúgy mint szükségleteik, és a legtöbb esetben az orvosi ellátásra irányuló kívánságaik is. Az a közgazdasági elméletből származó absztrakt állítás, hogy minden olyan jószág iránti kereslet végtelen, amelynek az ára zérus, meggyőző lehet a neoliberais agytrösztök számára, viszont ellentmond a józan észnek, különösképpen ha az egészségügyi ellátásról van szó.²⁷ Azonfelül, a korlátozottan rendelkezésre álló empirikus adatok azt mutatják, hogy a specifikus kezelési módok iránti szükségletek kielégíthetőek a józan ész határain belül maradó ráfordítások mellett. Az az állítás is hamis, hogy az új orvosi technológia mindig emelkedő költségeket jelent. Az ún. kulcslyuksebészet például – sok új gyógyszerhez hasonlóan – számos esetben a költségek csökkenését eredményezte a kórházi tartózkodás idejének lerövidítése vagy akár eliminálása révén; és az új technológiák költsége, amely egyébként gyakran jócskán tartalmaz monopoljárdékat is, többnyire gyorsan lecsökken, miután széles körben kezdik alkalmazni. A lakosság elöregedésével járó költségemelkedést is gyakorta eltűlozzák, mivel az emberek tovább maradnak egészségesek. Az egészségügyi kiadások mintegy fele továbbra is az élet utolsó néhány hónapjára koncentrálódik, akárhány évesen is halunk meg.

Mullen arra is rámutat, hogy míg az egészségügyre fordított összeg valóban véges, a kiadások tényleges szintje politikai kérdés. Hogy mennyi az, amit a társadalom „megengedhet magának”, kollektív döntés kérdése; az az érvelés, amely szerint mihelyt az egészségügyi kiadások szintje eléri a GDP 8, 10 vagy 15%-át, itt az ideje a „nehéz döntéseknek” az ellátáshoz való hozzáférés mennyiségi korlátozását illetően, nem egyéb (többnyire jobboldali) politikai véleménynél. Amiről itt igazán szó van, az nem a nemzeti jövedelem egészségügyre fordított hányada, hanem hogy ez utóbbi mekkora részét fizetik adóból; azok ugyanis, akiknek van

pénzük, szeretik maguk elkölteni azt. Jelenleg az Egyesült Államok GDP-jének 18%-át költi egészségügyre; ez messze a legmagasabb hányad a világon, és az utóbbi időben közel egy százalékponttal nőtt évről évre. A Kongresszusi Költségvetési Iroda (CBO) 2007. évi előrejelzése szerint 2082-re a kiadások elérik a GDP 49%-át. (*The Long-Term... 2007*) Ezzel a múltbeli trendek alapján képzett extrapolációval az Egyesült Államok egészségügyi rendszere költséges voltát akarták megvilágítani, de ehelyett sok olvasó úgy értelmezte, mint ami bizonyítja, hogy az egészségügyi ellátás iránti kereslet „végtelen”, és hogy szükség van a teljes amerikai egészségügyi kiadások adókból fedezett részének (ez 2007-ben a GDP 7%-ára rúgott) lefaragására. A valódi problémát, nevezetesen hogy az Egyesült Államokban az egészségügyi költségek a rendszer piaci jellege miatt magasak, a jelentés nem nevezte néven.²⁸

Akárhogyan is, nem létezik olyan szükségszerű határ, ami fölé az egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított aránya ne emelkedhetne, ameddig a GDP maga növekszik. Ahogy arra William Baumol rég rámutatott, pozitív növekedés mellett a GDP egyre növekvő arányát lehet fordítani egészségügyre (vagy bármilyen más, szükségképpen munkaigényes szolgáltatásra) úgy, hogy eközben egyre többet lehet fordítani azon szektorok termékeire is, amelyek esetében a munkaköltségek folyamatosan csökkennek.²⁹ És tulajdonképpen nem is lenne rossz egy olyan országban élni, amely nemzeti jövedelmének a felét arra költi, hogy lakosságát minden lehetséges eszközzel (beleértve egy racionálisan szervezett univerzális egészségügyi ellátórendszert) egészségessé tegye. Egy ilyen országban kiteljesedne a német kutató orvos és egészségpolitikus, Rudolf Virchow azon sokat idézett megjegyzésében rejlő progresszív potenciál, mely szerint „a politika nem egyéb, mint orvoslás nagy méretekben”.³⁰

Ami pedig azt az érvet illeti, hogy a magán-egészségügy hatékonyabb, mint az állami vagy nem profitorientált ellátás –, nos, ennek az érvek a közkeletű elfogadottsága a legkevésbé sem tapasztalati bizonyítékokból ered. A legjobb empirikus bizonyítékot maga az Egyesült Államok szolgáltatja, ahol elegendően nagy minta áll rendelkezésre egyrészt a nonprofit jelleggel működtetett HMO-k (Health Maintenance Organizations), másrészt profitelvű (úgynevezett „befektetői tulajdonban lévő”) szervezetek összehasonlítására. A vezető amerikai kutatók által 1999-ben készített tanulmányban, amelyben a vizsgált minta magában foglalta a HMO-k által ellátott teljes népesség 56%-át, a következtetés egy döntő vonatkozásban kategorikus volt: „Összevetve a nonprofit HMO-kkal, a befektetői tulajdonú ellátási csomagok mind a tizenégy, az ellátás minőségére vonatkozó indikátort illetően alacsonyabb pontszámot értek el [...] a befektetői tulajdonlás konzisztensen alacsonyabb szintű ellátással párosult.” (Himmelstein et al. 1999, 159) Ez az eredmény nem kellene hogy bárkit is megleljen. Egy olyan szolgáltatói szektorban, amely oly nagy mértékben a magasán kvalifikált munkán alapul, a profit kinyerésének legfőbb

eszköze a szolgáltatásnyújtás ipari modellje felé való elmozdulás lehet: kisebb személyzet, a személyzet kompetenciaszintjének csökkentése, a konzultációra fordítható idő lefaragása stb.) – az ellátás minőségének kárára. Kivéve persze, ha a verseny nem kényszeríti ki az erőforrások hatékonyabb felhasználását. Az erre vonatkozó adatok azonban épp az ellenkezőjét mutatják. Egy széles körű, 132 összehasonlító tanulmányt vizsgáló áttekintés – a benne szereplő tanulmányok profitelvű és nonprofit alapú kórházak, idősothtonok, HMO-k, otthoni ápolásra szakosodott szervezetek és művese-állomások működését vetették össze 1980 és 2000 között – arra az eredményre jutott, hogy a nonprofit szervezetek gyakrabban nyújtottak jobb teljesítményt mind költségkhatékonyág, mind minőség szempontjából a profitorientált szervezeteknél. (Rosenau – Linder 2003a, 219–241; Rosenau – Linder 2003b, 183–187)

És ezek az összevetések csak a történet felét mondják el, miután az Egyesült Államokban valamennyi szolgáltató a piacon működik. A piaci viszonyok közötti létezés költségei – az egészségbiztosítási csomagok és egészségügyi ellátó helyek promóciós költségei, a biztosítottak és az ellátást nyújtók közti szerződéskötés költségei, minden egyes kezelés könyvelésének és számlázásának a költségei, a befutó fizetések adminisztrálásának és a nem teljesített fizetések behajtásának, a könyvvizsgálatnak és a pereknek a költségei – tetemesek.³¹ A gyakran emlegetett hüvelykujjszabály szerint az Egyesült Államokban minden egészségügyre költött dollár egyharmada valójában adminisztrációra megy el. Ezzel szemben a brit Országos Egészségügyi Szolgálat (NHS) adminisztrációs költségeit az 1970-es évek közepén – mielőtt megkezdték volna a piacosítást – 5-6%-nyira becsülték.³²

Az az állítás (azaz többnyire csak feltevés), hogy a profitorientált vállalatok által nyújtott egészségügyi ellátás eredményesebb vagy költségkhatékonyabb, mint a közösségileg finanszírozott ellátás, még annak a közgazdasági elméletnek is ellentmond, amelyre a piac szószólói oly szívesen hivatkoznak. Egy érdekes epizód során, amikor a brit államkincstár 2003-ban megkísérelt kidolgozni egy indoklást arra nézve, hogy miért vezetik be a közszolgáltatások termelékenységének a mérését, arra a maga számára váratlan következtetésre jutott – az ún. közösségi választás elméletének elemi szintű alkalmazásával –, hogy a piac nem hatékony az univerzálisan hozzáférhető egészségügyi ellátás nyújtását illetően. A páciensek és az orvosok közti „információs aszimmetria”, az egészségügyi szolgáltatást nyújtók inherens helyi monopolpozíciója, a kikényszeríthető szerződések megkötésének és monitoringjának nehézségei és költségei, a kockázat magánszolgáltatókra terhelésének lehetetlensége („nehéz lenne hagyni, hogy a bukott kórházak csődbe menjenek”, ahogy a tanulmány kerekén kimondja), a magán-egészségügyi biztosítás keretében felmerülő perverz ösztönzők³³ – mindezeket a tényezőket, amelyek miatt az univerzális egészségügyi ellátás kevésbé eredményes és költségkhatékony magánszolgáltatókkal, mint közösségi-

leg nyújtott ellátás esetén, lelkiismeretesen számba vette a szóban forgó jelentés. (A dokumentum szerzője nyilvánvalóan még a közhivatalnokok régi iskolájához tartozott, és nem volt meg benne a készség arra, hogy tetszés szerint olyan „politikai döntésen alapuló bizonyítékot” szállítson, amelyet a miniszterek kapni szeretnek, szöges ellentétben a „bizonyítékokon alapuló politikai döntéssel”, amely iránt saját állításuk szerint oly elkötelezettek.³⁴) De a kormányzat teljességgel figyelmen hagyta a tanulmány következtetéseit. 2009-re már javában folyt az angliai NHS egészségügyi piaccá való feltördelése, amelyben a magánvállalatok szerepe folyamatosan növekszik.³⁵ (Wales és Skócia – a devolúcióval nyert mozgásterét felhasználva – ellenállt.)

Az egészségügyi ellátás rekkommodifikációja

Vicente Navarro már 1976-ban látnoki módon leírta, hogy a kapitalizmus körülményei között az elkövetkező három évtizedben a domináns egészségügyi téma

[...] a jelenkori kapitalizmus azon tendenciája lesz, hogy a közszolgáltatásokat a piacon adásvétel tárgyául szolgáló árucikké változtassa. E tendenciát tükrözi a brit konzervatívok, valamint az amerikai konzervatívok (és szép számú liberális) arra irányuló nyomásgyakorlása, hogy az egészségügyi szolgáltatás nyújtásában végbemenjen a visszarendeződés a magánszféra irányába, állítólag a hatékonyabb és jövedelmezőbb működtetés érdekében. Ebben a sémában a közösség fizet a szolgáltatásért, miközben a magánszereplőké a profit. (Navarro 1976, 216)

Ez az 1970-es évek neoliberais ellenforradalmának kulcsmozzanata. Korábban a tőke megelegetett azzal, hogy kórházakat épített, orvosi felszereléseket és más szükséges kellékeket adott el a közösségre finanszírozott egészségügyi szolgáltatóknak. Mára megindult abba az irányba, hogy átvegye magát a szolgáltatásnyújtást. Tekintettel arra, hogy milyen kardinális szerepet játszik az egészségügy az emberek életében, illetve hogy az 1945 után oly sok helyen kiépített állami egészségügyi rendszer milyen népszerűségnek örvendett, magyarázatra szorul, hogy a tőke támadása miért járt oly gyakran sikerrel. A globális „dél” országaiban, ahol a bevétel legnagyobb részét az adósságszolgálatra voltak kénytelenek fordítani, és az IMF által rájuk kényszerített szerkezeti kiigazítási programok keretében fel kellett hagyniuk az állami szolgáltatásnyújtás nagy részével, nincs semmiféle rejtély. Ugyanez érvényes a volt szovjet blokk országaira, amelyeket csödbe vitt a „sokk doktrína”, lakosságuk rövid időre Reagan és Thatcher retorikájának bűvöletébe került, és amerikai egészségügyi vállalatok játszották a kormányzati tanácsadó

szerepét, magánbiztosítási csomagokat adva el mindenkinek, aki képes volt azokat megfizetni.

De Nyugat-Európában és más iparosodott országokban, ahol az állami rendszerek mélyen meggyökeresedtek és népszerűek voltak, első látásra meghökkentőnek tűnhet, hogy a kormányok sok helyen képesek voltak keresztülvenni az állami egészségügy körébe tartozó területeknek a tökefelhalmozás terepévé való visszakonvertálását. A nemzeti egészségügyi rendszerek különbözőségei, valamint más történeti, kulturális és politikai tényezők miatt a magyarázat országról országra változik. Más tényezők vezettek a német kórházi szektor jelentős részének privatizációjához, mint a svéd alapellátás privatizációjához, illetőleg a PPP-konstrukciók („közsféra-magánszféra partnerség”) alkalmazásához ausztrál és kanadai kórházak építésénél. Bizonyos közös elemek azonban minden esetben felfedezhetőek.

Először is, az állami egészségügyi rendszereknek mindenütt megvoltak a maguk gyengeségei, amelyeket a tőkés sajtó kíméletlenül kihasznál. Az állami költségvetési korlátok miatt gyakran kénytelenek voltak a hozzáférés várólistákon keresztül történő adagolásához folyamodni. A szokásos hiányosságokkal küzdő nagy bürokratikus apparátus feladata volt az egészségügyi rendszer működtetése és adminisztrálása. A politikusok hajlamosak voltak arra, hogy speciális érdekek mentén beavatkozzanak a rendszer működésébe. A bennfentes érdekelt felekkel (így az orvosi szakma egy részével, vagy a magánkórházak tulajdonosaival) megkötött kezdeti kompromisszumok szervezeti irracionálisokhoz vezettek, mint például a szolgáltatásonként fizetendő díjak rendszerének a megtartása (ami magas tranzakciós költségeket eredményezett, és a felesleges kezelések alkalmazására ösztönzött), vagy az alapellátás és a szakellátás integrációjának a hiánya stb. Az a tény, hogy a profitalapú ellátásra ugyanezek a problémák jellemzőek voltak (és még sok egyéb is), nem kerül említésre a médiában, mint ahogyan az sem, hogy a középosztályi páciensek szeretnének a munkásosztályba tartozó betegektől elkülönült ellátáshoz jutni (ez sok magán-egészségügyi hirdetés rejtett üzenete). Mindenekelőtt pedig alig esik szó arról, hogyan lehetne demokratikus módon biztosítani a közösségi egészségügyhöz kapcsolódó bürokráciák elszámoltathatóságát, és javítani a közösség felől érkező impulzusokra való fogékonyságát.

Másodszor, a privát egészségügyi szektor majdnem mindig az állami rendszer mellett működik, párhuzamos szolgáltatásokat kínálva azok számára, akik képesek fizetni, gondosan kiválogatva a profitábilis szolgáltatásokat, „hotel”-jellegű kórházi elhelyezést és a kezeléseket illetően rövid várakozási időket kínálva. Angliában a kisméretű, magas költségű, szakellátást nyújtó privát egészségügyi szektor testesítette meg ezt a modellt. A jómódú üzleti és professzionális osztályokat (és gazdag külföldi pácienseket) kiszolgáló szektor egészen mostanáig teljes mértékben az Országos Egészségügyi Szolgálat (NHS) orvosai

által nyújtott kezelésekre alapozva működött, az ő szabadidejük felhasználásával, rendkívül magas ellenszolgáltatásért cserébe. Mikor a privát egészségügyi vállalatok megkapták annak a lehetőségét, hogy az NHS normál tevékenységének növekvő hányadát átvegyék az NHS-hez közeli költségszinten, a fentitől teljesen eltérő üzleti modellt fejlesztettek ki az NHS által finanszírozott páciensek számára, amely a magas forgalmon és mindenféle többletszolgáltatás teljes mellőzésén alapul.³⁶ Beszédes ellenpélda a magán-egészségügyi szektor hatalmával kapcsolatban Kanada, ahol az egészségügyi törvény lényegében kizárja egy párhuzamos magán-egészségügyi szektor kifejlődését. Mindenütt másutt a privát egészségügyi szektor bázisul szolgált, ahonnan megindulhatott a közösségi egészségügyi szektor területeire való behatolás.

Harmadszor, e bázist kihasználva, a tőke keményen igyekezett beférkőzni az állami és kapcsolódó struktúrák releváns szegmenseibe, beleértve az orvosi szakmát. Valószínűleg Anglia a legextrémebb példa, ahol a magán egészségügyi szektor az „állam fogságba ejtésének” tanácsos esetét volt képes végrehajtani. 2006 közepén az egészségügyi minisztérium (Department of Health) 32 fős vezető testületében csupán egy hivatásos köztisztviselő foglalt helyet. Hatan a magánszektorból érkeztek, tizennyolcan pedig az NHS klinikai és menedzseri posztjairól. Ez utóbbiak közül csak öten voltak a posztjukon több mint öt éve – más szavakkal, zömük számára az NHS piacosításában való kollektív részvételük jóval meghatározóbb tapasztalat volt, mint az NHS eredeti struktúrájával és filozófiájával kapcsolatos kollektív memóriájuk. (Greer – Jarman 2007, 20. oldal, 1. és 2. táblázat) 2007-ben a minisztérium kereskedelmi igazgatósága, amely a piacosítási folyamat fő hajtóereje volt, 190 fős gárdával rendelkezett, ebből 182-t a magánszektorból toboroztak, rövid távú szerződésekkel. (Timmins 2007)

De a tőke számára az állami finanszírozású egészségügyi ellátás hasznot hajtó árucikké transzformálására irányuló hadjáratának sikerességéhez legfőképpen a neoliberalizmus – mint társadalmi gyakorlatok rendszere és mint eszmerendszer – általános hegemoniája járult hozzá. Nagy-Britannia e téren is élen járt, és egyben szimptomatikus illusztrációját adja annak, ami – általános irányát tekintve – sok más nyugat-európai országban is végbement. A neoliberális hegemonia a szakszervezeti mozgalom kiherélésének, valamint annak volt a következménye, hogy a Munkáspárt olyan professzionális politikusok gyülekezetévé alakult át, akik a gazdag szponzorokra és nem a párttagság tömegeire támaszkodnak. Az új évszázad kezdetére a szavazók nagy többsége már nem érezte úgy, hogy bármi köze lenne a közpolitikához, vagy felelőssége lenne vele kapcsolatban – ezáltal vált lehetővé az NHS piacosítása minimális mértékű nyilvános vita mellett. Ráadásul, mivel a fő ellenzéki pártok, illetőleg a sajtó túlnyomó része is a piacosítás mellett volt, a megalapozott tudással és érvekkel rendelkező kritikusoknak nem volt hova fordulniuk támogatásért. Néhány országban erősebb volt az ellenállás, köszön-

hetően a politikai irányzatok történelmileg eltérő konfigurációjának és a kulturális különbségeknek, másutt – mint Hollandiában – az egészségügy piacosítására irányuló kampány messzebbre jutott el, mint Angliában.

A privatizátorok sikere azt is tükrözi, milyen széles körben vált magától értetődővé az az elgondolás, hogy mindennek árúnak kellene lennie – és végső soron az is. Az emberek mint páciensek mindennapi tapasztalata az univerzális, mindenki számára egyenlő mértékben hozzáférhető egészségügyi ellátás megbecsülésére ösztönzi őket, és sokan tiltakoztak, amikor „gazdaságtalanságra” hivatkozva bezártak, vagy magántársaságoknak adták át helyi egészségügyi intézményeket. De elvontan szemlélve, az emberek egyben úgy tekintenek az egészségügyre, mint valami olyasmire, aminek ők a fogyasztói, és amiért végső soron ők fizetnek, még ha a kezelés ingyenes marad is a konkrét beteg számára, aki a kezelést kapja. Azt az elméletet, hogy a kereslet végtelen, az erőforrások végesek, és a hozzáférhető kezelés mennyiségét valamiképpen korlátozni kell ahhoz, hogy kordában lehessen tartani a költségeket, a többség elfogadja igazként. Még az ipari stílusú egészségügyi ellátást is, amelynek során a betegek munkadarabként mennek keresztül a kezelési folyamaton az Angliában jelenleg reklámozott „walk-in központokban” és a „szupersebészeteken” (nagy klinikákon), a nagyközönség kedvezően fogadta, amennyiben ez az ellátás a bevásárlóközpontokéhoz hasonló környelmi előnyökkel kecsegtetett.

Angliában a tényezők fenti kombinációja lehetővé tette, hogy az NHS keretében történő klinikai ellátás piacosítása egy sor, többé-kevésbé jól kiszámított lépésben menjen végbe, kezdve azzal, hogy bizonyos rutinműtétek elvégzését magántársaságoknak adták ki, és befejezve azzal, hogy az NHS által fizetett munka egyre nagyobb részét ma már magánkórházak és -klinikák végzik, miközben már bejelentették, hogy az NHS által fizetett kórházi ambuláns kezelések 64%-át újonnan épült, és magáncégek (illetőleg az NHS és magáncégek közös vállalatai) által működtetett új egészségközpontokhoz fogják átirányítani.³⁷ Végül az alapellátást is kezdték átadni magánszolgáltatóknak (családi orvosi praxisok és más helyi közösségi egészségügyi szolgáltatások). E folyamat végül egy nagy, konszolidált magánszolgáltatói szektorhoz fog vezetni, amely az NHS költségvetéséből tartja fenn magát – ezzel párhuzamosan az állami szolgáltató szektor egyre inkább maradékelven működik majd, és ismét díjakat fognak kiszabni a jobb minőségű szolgáltatásért. De az is kiderülhet, hogy az állami rendszer a vártnál kevesebb nyereséges vadászterületet kínál a magánszektor számára. Korai lenne ezt még megmondani. Ami viszont már most világos, hogy azokban az országokban, ahol előrehaladt a piacosítás folyamata, ott ez kitartóan tereli a közösségileg nyújtott egészségügyet is üzleti keretek közé. A profitabilitás deklarált célkitűzéssé válik, a személyzet létszámát lefaragják, a munkaszerződésben foglalt feltételeket kedvezőtlenebbé teszik, ami együtt jár az ellátás színvonalának a hanyatlásával. A hatékonyság ipari koncepci-

ója – amely összhangban van az egészségügyi szolgáltatás mint árucikk koncepciójával – felváltja az egészségügyi szükségletek kielégítésének célkitűzését; ezt elkerülhetetlenül követi a „hozzájárulási költségek” („co-payments”) fizettetése a kezelések egyre nagyobb hányadáért.³⁸

Következtetések

Hogyan hathat a pénzügyi tőke által a világra szabadított globális gazdasági válság az átfogó, egyenlő hozzáférésű egészségügyi rendszer folytatódó eróziójára, és általában arra a folyamatra, amelynek során a kormányok egyre inkább elállnak a redistributív társadalom- és gazdaságpolitikák alkalmazásától? A kialakult helyzet magán viseli a Gramsci által definiált „organikus” válság, „az uralkodó osztály hegemoniájának valódi válsága” összes jegyét. Az uralkodó osztály vitathatatlanul kudarcot vallott egy „törekvésében, melyhez igényelte, vagy erővel kikényszerítette a széles tömegek beleegyezését” – annak az álomnak a megvalósításában, hogy egy neoliberais elveken nyugvó globális gazdaságot teremtsen (nem is beszélve az „új amerikai évszázad” imperialista ábrándjáról). Az uralkodó osztály pontosan úgy reagált, ahogyan azt Gramsci leírta: igyekezett fenntartani a rendet, a változtatások minimális szinten tartása mellett. Kismértékben erősítette a pénzügyi rendszer szabályozását, enyhén szűkítette a szupergazdagok adókerülési lehetőségeit, valamivel kisebb prémiumok a milliárdos pénzembereknek, valamint – természetesen csak átmenetileg – engedte visszatérni a fiskális deficitet. (Gramsci 1971, 210 és 178)

Hogy ez a megoldás működőképesnek bizonyul-e hosszabb távon, majd kiderül. A világméretű gazdasági válság hatásai nem lesznek rövid életűek, és hozzáadódnak majd a súlyosbodó ökológiai válság hatásához. Emberek milliói maradnak éveken keresztül munka nélkül (sok idősebb munkavállaló soha többé nem jut munkához), míg a kormányok szűkítik az állami szolgáltatások körét annak a hatalmasra duzzadt államadósságnak mérséklése érdekében, amelyet a bankrendszer megmentése és a defláció elhárítása közben halmoztak fel. Ebben az összefüggésben a neoliberális egészségpolitika anti-egalitáriánus természete valószínűleg egyre nyilvánvalóbbá fog válni. A fogyasztó „választási szabadsága” jelszavát egyre szűkebb körben találják majd vonzónak. Lehetetlen lesz figyelmen kívül hagyni vagy elsumákolni a jövedelmek és az adóztatás neoliberális korszakból örökölt kiáltó egyenlőtlenségeit, illetőleg annak a legkevésbé jómódúak egészségi állapotára gyakorolt hatását, az államilag nyújtott egészségügyi szolgáltatások romló minőségét, az adóbevételeknek az ellátásokat nyújtó nagyvállalatokhoz áramlását. De talán az ingyenesen elérhető ellátások körének egy „alapsomagra” szűkítése lesz a legszembetűnőbb, és az ellátások egyre nagyobb részének azok számára való fenntartása, akik

képesek fizetni értük. Mindezek együtt idővel elvezethetnek majd egy új közmegegyezés létrejöttéhez, amely újra felfedezi az egészség és az egyenlőség közti fundamentális kapcsolatot.

Jegyzetek

Nagyon hálás vagyok Nancy Leys Stepannak a források összegyűjtésében nyújtott felbecsülhetetlen segítségért, valamint neki és David Rowlandnek az éles kritikai megjegyzésekért és a javaslatokért.

- ¹ Engels (1971, 311) a *Report on the Sanitary Condition of the Working Class (Jelentés a munkásosztály egészségügyi viszonyairól)* adatait idézi. Ameddig a fertőző betegségek előfordulása széles körű maradt, addig a várható élettartamot lehúzta a magas gyermekhalandóság. Akik túléltek a gyermekkort, általában elég hosszú ideig éltek a reprodukcióhoz.
- ² Japán például annak ellenére képes volt a várható élettartamot a XIX. század végi 37 évről a világon a legmagasabb szintre emelni, hogy még az 1930-as években is csak nagyon kevés japán lakóházban volt folyóvíz vagy vízóblítékes WC. Lásd: Riley (2001, 19).
- ³ Az Egyesült Államokban a szakadék 20 évninél is nagyobb lehet, ha az etnikai tényezőt és a nemek közti különbségeket is figyelembe vesszük. Lásd: Murray et al. (2006).
- ⁴ Az a nézet, mely szerint a jobb táplálkozásnak tudható be a növekvő várható élettartam, Thomas McKeown részletes statisztikai kutatásán alapul. Ennek bírálatához lásd különösen: Szreter (2005).
- ⁵ „Kína esete drámai módon illusztrálja, hogy a várható élettartam emelése nem jár tetemes költségekkel. Kínában a korai 1950-es évek és a késői 1960-as évek között eltelt időszak során kb. 40 évről 60 évre nőtt a várható élettartam. E periódus végére Kína átlagos jövedelem szintje az 1820-as nyugat-európai szintnek mintegy háromnegyedét érte el. Ez idő tájt Nyugat-Európában a várható élettartam nem érte el a 40 évet. [...] Kína GDP-jének durván 2%-át fordította egészségügyi kiadásokra ebben az időszakban.” (Easterlin 2004, 132) Lásd még: Caldwell (1986, 170–220).
- ⁶ Az orvosok reputációjának áruba bocsátása a gyógyszercégek számára széles körben dokumentált jelenség. Egy újabb keletű kommentár: Angell (2009, 8–12). Az adatoknak a biztosítási iparág részéről történő rosszhiszemű felhasználásának kirívó esete Feachem et al. (2002) beszámolója. Ez a beszámoló azt próbálta kimutatni, hogy a Kaiser Permanente szolgáltatása az NHS-énél jobb ár-érték arányt képvisel. Lásd: Pollock (2005, 217–19).
- ⁷ (Pritchett – Summers 1996, 841–868) A szerzők érvelése szerint, mivel az élettartam növekedését nem lehet kizárólag a közpolitikai intézkedésekkel magyarázni, a kormányoknak érdemes lenne a jövedelemnövekedést önmagában véve is egészségpolitikai célkitűzésként rögzíteni.
- ⁸ Lásd: Wilkinson (2005, 59). A fundamentális ok kvantitatív: az új orvosi kezelések életmeghosszabbító hatásai „eltörpülnek” ahhoz képest, hogy e kezeléseket a betegségek milyen széles körénél alkalmazzák.
- ⁹ E folyamatokat elemzem könyvemben: Leys (2001); lásd még Leys (2006, 1–27).

- ¹⁰ Szubszaharai Afrikában az átlagos várható élettartam 50-ről 46-ra esett vissza 1990 és 2002 között. Más területeken a szerkezeti kiigazítási programok egészségügyi következményei későbbi statisztikákban fognak feltárulni.
- ¹¹ (WHO 2008, 13–14) A jelentés rámutat a szabályozatlan egészségügy veszélyességére: „A Kongói Demokratikus Köztársaságban például »la chirugie safari« (szafari-sebészet) néven emlegetik azt az elterjedt gyakorlatot, amelynek során egészségügyi dolgozók feketemunkában vakbélműtötteket és más sebészeti beavatkozásokat végeznek a betegek otthonaiban, gyakran olyan díjszabással, ami a kifosztással egyenértékű.”
- ¹² A „közegészségügy” fogalmára jelentősen eltérő definíciók léteznek, de ezek legtöbbször lényegét tekintve az egész lakosság egészségi állapotának javítására fókuszált tevékenységekre hivatkozik, erős hangsúlyt fektetve a megelőzésre, valamint azokra a közintézményekre, amelyek e tevékenységeket végzik.
- ¹³ 2005-ben az OECD-országokban a közegészségügyi és megelőzési célokra fordított kiadások átlagos részesedése a teljes egészségügyi kiadásokon belül 3,1% volt. (OECD 2007, 91)
- ¹⁴ Egy példa arra, hogyan élnek vissza a kormányzati hatalommal annak érdekében, hogy diszkreditálják az egészségpolitika egyik aktív kritikusát: Pollock (2005, 219–23).
- ¹⁵ Egy másik dokumentum, amely az államoknak az egészségügy mint emberi jog melletti elköteleződését szorgalmazza: Center for Economic... (2004).
- ¹⁶ Lásd Porter (1999, 644) kijózanító leírását arról, hogyan mutatkoztak meg unostalanul az angliai általános orvoslásban az osztálykülönbségek.
- ¹⁷ (Angell 2009) A cikk hasznos hivatkozási listát tartalmaz a gyógyszeripar tudománnyal kapcsolatos visszaéléseinek gyorsan növekvő irodalmáról.
- ¹⁸ (Singh – Ernst 2008) Becslésük szerint az Egyesült Királyságban évi 5 Mrd fontot költenek alternatív gyógyászatra, ezen belül 500 millió fontot – akupunktúrára, homeopátiára – az NHS égisze alatt, a sajtó, a walesi herceg, hiszékeny betegek és némely orvosok erőteljes nyomására (240. oldal). A piaci hatalom egészségipari érdekek védelmében való kihasználásának figyelemre méltó példaképpen 2009-ben a brit kiropraktikusok társulása (BCA) sikeresen perelte Simon Singhet rágalmozásért, miután Singh egy újságcikkben „bíráltta a BCA-t az olyan állításokért, melyek szerint a BCA-tagok a gerincoszlop manipulálásával képesek kezelni a kólikától, fülgyulladásától, asztmától, alvási és táplálkozási rendellenességektől, tartós sírásától szenvedő gyermekeket. Singh e kezeléseket »szélhámoságnak« minősítette, kijelentve, hogy nincs elégséges bizonyíték azok hatásosságára, és bíráltta a BCA-t, amiért az »lelkesen propagálja« e gyógymódokat.” (French 2009) Jeles tudósok egy csoportja közleményt adott ki, amelyben elítélte a bírósági döntést.
- ¹⁹ A GlaxoSmithKline brit gyógyszeripari óriáscég két ízben fenyegetőzött azzal, hogy külföldre telepíti teljes nagy-britanniai tevékenységét: először 1999-ben, amikor a Relenza influenza elleni gyógyszert az NHS nem ítélte kellőképpen költséghatékonynak a megvásárláshoz, másodszer pedig 2008-ban egy, a brit kormánnyal folytatott adóvita miatt. Miután a GSK bejegyzett szervezeteket hozott létre világszerte, a cég csupán 450 millió font sterling adót fizetett az Egyesült Királyságban, holott globális nyeresége 7,4 Mrd font volt. Az Astra Zeneca szintén nagy-britanniai tevékenységének Írországba telepítésével fenyegetőzött, amikor szabadulni akart a brit adótvörvény kötöttségeitől. 2004-ben a cég adókikerülési sémái lehetővé tették, hogy csak 103 millió font adót fizessen, 2,6 Mrd nyereség után. Az Egyesült Királyságban a vállalati nyereségadó rátája 30%.

- ²⁰ (Global Forum... 2000) Patrick Bond (1999, 765–792) számításai szerint a globális szintű egészségügyi kiadások 89%-át a világ lakosságának 16%-ára költik el.
- ²¹ (Boseley 2009) A cikk egyebek mellett Dr Thomas B. Okarmára, a NASDAQ-on bejegyzett biotechnológiai vállalat, a Geron vezérigazgatójára is hivatkozik.
- ²² Luke Mitchell cikke (2009, 39) idézi John Hammergennek, a legnagyobb amerikai egészségügyi nagyvállalat, a McKesson elnökének és vezérigazgatójának az előrejelzését.
- ²³ (Monbiot 2000) Azok a lépések, amelyek az NHS által finanszírozott kórházakat a gyógyszeripar hivatalos együttműködő partnereivé tették, nemigen tettek jót az azzal kapcsolatos közbizalomnak, hogy a gyógyszeres terápiákra irányuló kórházi kutatásokat a legjobb szándékok vezérik.
- ²⁴ A lehetséges példák közül említhetjük a gyógyszerek válogatás nélküli árusítását a nagyközönségnek olyan országokban, mint India és Brazília, vagy az antibiotikumok túlzott használatát az európai és észak-amerikai intenzív állattartásban. Az orvosok körében komoly aggodalmat kelt a veszély, hogy ugyanez fog történni a legújabb – és bizonyos helyeken egyetlen – hatásos maláriaellenes szerrel, az Artemisininnel.
- ²⁵ Lásd például Lesley Doyall (Imogen Pennellel együttműködésben készült) úttörő jellegű beszámolóját (1979, 37–39).
- ²⁶ (Navarro 1976, 160–61) Továbbá, ha az univerzális egészségügyi ellátásnak egyedüli vagy fő funkciója az egészséges munkaerő lenne, nem volna értelme kiterjeszteni az ellátást annak fő felhasználóira, a nyugdíjasokra.
- ²⁷ (Mullen 1998, 53–58) Lásd még Smith – Frankel – Ebrahim (2003, 513–21). A szerzők rámutatnak, hogy az empirikusan felmerülő költségekre alapozott kalkulációk eredményeit kritikusan kell kezelni. A gyógyszerköltségeket például gyakran adottként kezelik, holott egy bizonyos prevasztatinból, amelynek éves adagja az Egyesült Királyságban 500 font sterlingbe kerül, Indiában ugyanez a mennyiség 67 fontért beszerezhető.
- ²⁸ „A CBO előrejelzései feltételezik, hogy az egészségügy területén kívül eső fogyasztás csökkenésének elkerülése érdekében a munkáltatók, a háztartások és az egészségbiztosító cégek módosítani fogják viselkedésüket (esetlegesen beleértve a költségmegosztás [a járulékfizetés munkavállalóra terhelése – A ford.] kiterjesztését, fokozott hasznosítás-menedzsmentet, a munkáltatók által biztosítottak számának csökkentését, és az új kezelési technológiák fokozott ellenőrzését a más módszerekhez viszonyított hatásosságukat illetően) annak érdekében, hogy az egészségügyi ágazat nem szövetségi állami szektorában visszafogják a kiadások növekedési ütemét. Az előrejelzés azt is feltételezi, hogy a fenti lépések bizonyos mértékig akkor is hozzájárulnak majd a Medicare és Medicaid kiadásainak kordában tartásához, ha a szövetségi szintű törvény nem változik, és hogy a szövetségi szintű szabályozásban és az állami szintű egészségpolitikában végbemenő változások segítenek visszafogni a fenti két program (a Medicare és a Medicaid) kiadásainak a növekedését.” (*The Long-Term...* 2007, 1–2)
- ²⁹ (Baumol – Bowen 1966), továbbá lásd még a Baumol és felesége, Hilda Baumol által írott cikkeket a Ruth Towse (1997) szerkesztette gyűjteményes kötetben.
- ³⁰ (Idézi Porter 1999, 643) Virchow támogatta az 1848-as forradalmat, és annak bukását követően nyolc évre kitiltották Berlinből, de végül a német közegészségügy és a német orvosi kutatások meghatározó alakjává vált.

- ³¹ 1994-ben az amerikai kórházak adminisztratív költségei a teljes költségek 22,9%-át tették ki; nonprofit magánkórházakban 24,5%-ot, a profitorientált kórházakban 34%-ot. (Woolhandler – Himmelstein 1997, 769–774)
- ³² (Webster 2002, 203) „Ezt [az NHS-en belül az ún. belső piac bevezetését – C. L.] követően az adminisztrációs költségek megugrottak; 1997-ben 12%-ot tesznek ki; a menedzserek 17%-ot emlegetnek végső célként.” Ez még azelőtt volt, hogy megvalósult volna a kórházi ellátás teljes piacosítása, beleértve az „eredmények szerinti fizetést” (vagyis minden egyes kórházi kezelés számlázását). 2009-re az NHS adminisztratív költségei vélhetőleg nem sokkal maradtak el az amerikai nonprofit magánkórházakéitól.
- ³³ A perverz ösztönzőkhöz tartozik a magas kockázatú betegek elutasításában való érdekelttség, a profitábilis kezelésmódok lefőlözése, illetőleg a kezelésenként való fizetés rendszere miatti ösztönzés felesleges kezelések beiktatására stb.
- ³⁴ (HM Treasury 2003) Amikor egy újságban megjelent a hír, hogy a kormány mellé újonnan kinevezett gyógyszerügyi tanácsadó korábban egy orvosi lapba írt cikkében ama véleményének adott hangot, hogy az Ecstasy kevésbé veszélyes, mint a lovaglás, a belügyminiszter (az illetékes kabinetminiszter) közölte vele, hogy ez nem az a fajta tudományos tanács, amire neki szüksége van – „túlment azon a fajta tudományos tanácson, amit elvárok tőle”. (Press Association 2009)
- ³⁵ A történet szerepel Pollocknál (2005) és Lister könyvében (2008) is. Az NHS privatizálásának kezdő lépéseit illetően lásd még: Player – Leys (2008).
- ³⁶ A BMI, a legnagyobb brit profitorientált egészségügyi szolgáltató vállalat szerint a magánpáciensek esetében a cél „a klinikai színvonal emelése és a páratlanul kiváló gondozás és kiszolgálás”, míg az állami egészségbiztosító páciensei esetében a „költségminimalizáló működési modell szerint előre megszabott ellátás”. (Hawkes 2005)
- ³⁷ Lord Darzi, az illetékes miniszter 2008. decemberében egy egészségügyi konferencián elmondott beszéde. Lásd Darzi (2008).
- ³⁸ Az alapellátás indusztrializációjáról lásd: Iliffe (2008).

Hivatkozott irodalom

- Angell, Marcia 2009: Drug companies and doctors: a story of corruption. *The New York Review of Books*, 56. 1. 15 January 2009.
- Baumol, William J. – Bowen, William G. 1966: *The Performing Arts: The Economic Dilemma*. New York, Twentieth Century Fund
- Bond, Patrick 1999: Globalisation, pharmaceutical pricing and South African health policy. *International Journal of Health Services*, 29(4).
- Bongaarts, John 2006: *A decomposition of life expectancy levels and trends*. Population Council, New York, 15 February 2006.
- Boseley, Sarah 2009: Medical marvels. *Guardian*, 20 January 2009.
- Caldwell, J. C. 1986: Routes to low mortality in poor countries. *Population and Development Review*, 12. 2.
- Center for Economic and Social Rights 2004: *The Right to Health in the United States of America: What Does It Mean?* Brooklyn, <http://www.cesr.org>.
- Darzi, (Lord) 2008: Public Private Finance. <http://www.pppbulletin.com/Document.aspx%20?ppf=true&ID=1459959>
- Davis, Devra 2007: *The Secret History of the War on Cancer*. New York, Basic Books

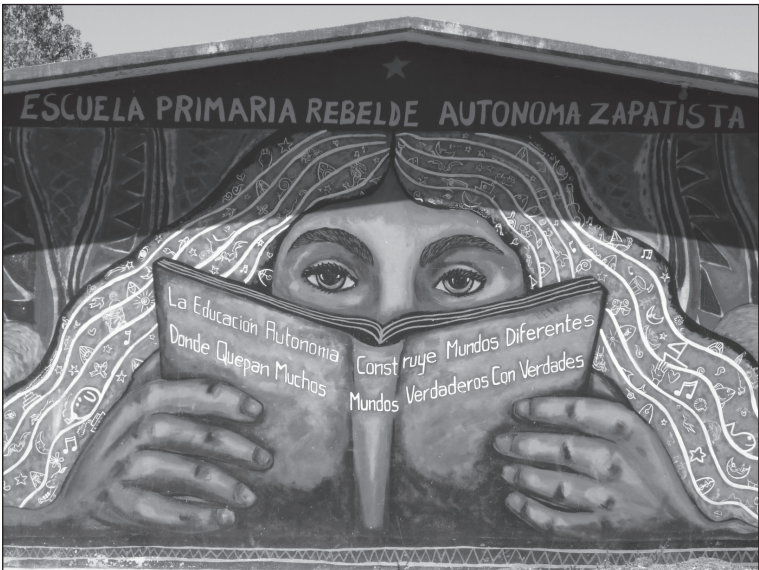
- Doyall, Lesley – Pennel, Imogen 1979: *The Political Economy of Health*. London, Pluto Press
- Draper, Peter 1991: A public health approach. In: Draper, Peter (Ed.) 1991: *Health Through Public Policy: The greening of public health*. London, Greenprint
- Easterlin, Richard 2004: *The Reluctant Economist*. Cambridge, Cambridge University Press
- Engels, Friedrich 1971 (1845): A munkásosztály helyzete Angliában. In: *MEM* 2. kötet, Budapest, Kossuth Könyvkiadó
- Eachem, Richard et al. 2002: Getting more for their dollar: A comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *British Medical Journal*, 324. 7330.
- French, Chris 2009: „Witch hunt” forces chiropractors to take down their websites. *Guardian*, 20 June 2009.
- Global Forum for Health Research (GFHR) 2000: *The 10/90 Report on Health Research 2000*. Geneva
- Goldacre, Ben 2008: *Bad Science*. London, Fourth Estate
- Gramsci, Antonio 1971: *Selections from the Prison Notebooks*. New York, International Publishers
- Greer, Scott L. – Jarman, Holly 2007: *The Department of Health and the Civil Service: From Whitehall to department of delivery to where?* London, The Nuffield Trust
- Hart, Julian Tudor 2006: *The Political Economy of Health Care: A clinical perspective*. Bristol, Policy Press
- Hawkes, Nigel 2005: The giant of private care will bid for NHS work. *The Times*, 10 January 2005.
- Himmelstein, David U. – Woolhandler, Steffie – Hellander, Ida – Wolfe, Sidney M. 1999: Quality of care in investor-owned vs not-for-profit HMOs. *Journal of the American Medical Association*, 282(2), 1999.
- HM Treasury 2003: *Public services: meeting the productivity challenge. A discussion document*. London, HMT
- Iliffe, Steve 2008: *From General Practice to Primary Care: The industrialisation of family medicine*. Oxford, Oxford University Press
- Leys, Colin 2001: *Market-Driven Politics: Neoliberal Democracy and the Public Interest*. London, Verso
- Leys, Colin 2006: The cynical state. In: *Socialist Register*
- Lister, John 2008: *The NHS after 60: For patients or profits?* London, Middlesex University Press
- Marx, Karl 1973: *A tőke* I. Utószó a második kiadáshoz. Budapest, Kossuth Könyvkiadó
- Mitchell, Luke 2009: Sick in the head. *Harper's Magazine*, February 2009
- Monbiot, George 2000: *Captive State: The corporate takeover of Britain*. 9. fejezet: The Corporate Takeover of the Universities. London, Macmillan
- Mullen, Penelope M. 1998: Is it Necessary to Ration Health Care? *Public Money and Management*, 18(1), January-March 1998.
- Murray, Christopher et al. 2006: Eight Americas: investigating mortality disparities across races, counties, and race-counties in the United States. *Public Library of Science Medicine* (PLoS Medicine), 3. 9. <http://www.plosmedicine.org>
- Navarro, Vicente 1976: *Medicine Under Capitalism*. New York, Prodist
- OECD 2007: *Health at a Glance 2007: OECD Indicators*. Paris
- Petersen, Melody 2008: *Our Daily Meds: How the Pharmaceutical Companies Transformed Themselves into Slick Marketing Machines and Hooked the Nation on Prescription Drugs*. New York, Sarah Crighton/Farrar, Strauss and Giroux

- Player, Stewart – Leys, Colin 2008: *Confuse and Conceal: The NHS and Independent Sector Treatment Centres, Monmouth*. The Merlin Press
- Pollock, Allyson 2005: *NHS plc*. (Second Edition), London, Verso
- Porter, Roy 1999: *The Greatest Benefit of Mankind: A medical history of humanity from antiquity to the present*. London, Fontana Press
- Press Association 2009: Jacqui Smith slaps down drugs adviser for comparing ecstasy to horse riding. *Guardian*, 9 February 2009.
- Pritchett, Lant –Summers, Lawrence H. 1996: Wealthier is healthier, *Journal of Human Resources*, 31. 4.
- Raphael, Dennis 2006: Social determinants of health: present status, unanswered questions, and future directions. *International Journal of Health Services*, 36. 4.
- Riley, James C. 2001: *Rising Life Expectations: A Global History*. Cambridge, Cambridge University Press
- Rosenau, Pauline Vaillancourt – Linder, Stephen H. 2003a: Two decades of research comparing for-profit and nonprofit health provider performance in the United States. *Social Science Quarterly*, 84(2), 2003.
- Rosenau, Pauline Vaillancourt – Linder, Stephen H. 2003b: Comparison of the performance of for-profit and nonprofit US psychiatric inpatient care providers. *Psychiatric Services*, 54(2), Feb. 2003.
- Shukler, David – King, Lawrence – McKee, Martin 2009: Mass privatisation and the post-communist mortality crisis: a cross-national analysis. *Lancet*, 373(9661). 31 January 2009.
- Singh, Simon – Ernst, Edzard 2008: *Trick or Treatment? Alternative Medicine on Trial*. London, Bantam Press
- Smith, George Davey (Ed.) 2003: *Health Inequalities: Lifecourse approaches*. Bristol, The Policy Press
- Smith, George Davey – Dorling, Daniel – Gordon, David – Shaw, Mary 2003: The widening health gap. What are the solutions? In: Smith, George Davey (Ed.) 2003: *Health Inequalities: Lifecourse approaches*. Bristol, The Policy Press
- Smith, George Davey – Ben-Shlomo, Yoav 2003: Inequalities in health: what is happening and what can be done? In: Smith, George Davey (Ed.) 2003: *Health Inequalities: Lifecourse approaches*. Bristol, The Policy Press
- Smith, George Davey – Frankel, Stephen – Ebrahim, Shah 2003: Rationing for health equity: is it necessary? In: Smith, George Davey (Ed.) 2003: *Health Inequalities: Lifecourse approaches*. Bristol, The Policy Press
- Szreter, Simon 2005: *Health and Wealth: Studies in History and Policy*. Rochester, University of Rochester Press
- The Long-Term Outlook for Health Care Spending*. US Congressional Budget Office, November 2007. Elérhető a CBO honlapjáról: <http://www.cbo.gov>.
- Timmins, Nicholas 2007: Private sector role in pioneering healthcare scheme to be slashed. *Financial Times*, 15 November
- Towse, Ruth (szerk.) 1997: *Baumol's Cost Disease: The Arts and Other Victims*. London, Edward Elgar
- Webster, Charles 2002: *The NHS: A Political History*. (Second Edition), Oxford, Oxford University Press
- WHO 2008: *World Health Report*. Geneva
- Wilkinson, Richard 2005: *The Impact of Inequality: How To Make Sick Societies Healthier*. New York, The New Press
- Wilkinson, Richard – Pickett, Kate 2009: *The Spirit Level: Why more equal societies almost always do better*. London, Allen Lane

Woolhandler, Steffie – Himmelstein, David 1997: Costs of care and administration at for-profit and other hospitals in the United States. *New England Journal of Medicine*, 336(11), 1997.

Megjelent: *Socialist Register* (Vol. 46), 2010.

(Fordította: Matheika Zoltán)



„Escuela primaria rebelde autonoma zapatista. La educacion autonoma construye mundos diferentes donde quepan muchos mundos verdaderos con verdades”: Zapatista, autonóm, lázadó általános iskola. Az autonóm oktatás más világot teremt, ahol sok igaz világ fér el, sok igazsággal, Oventic, Chiapas