

*A. J. Culyer*

## **Egészségügyi szolgáltatások a vegyes gazdaságban\***

Noha az eddig felhozott és az ország nyilvánossága elé terjesztett gyakorlati javaslatok közül igazán komolyan egy sem kérdőjelezte meg az Állami Egészségügyi Szolgálat (NHS) további létezését, és nem is valószínű, hogy érkeznek ilyen javaslat, azért növekszik a székszis abban a tekintetben, hogy az NHS megfelelő mód-e a nemzet egészségügyének megszervezésére. Különösen bizonyítják ezt azok a kormányzati előrejelzések, amelyek a következő évtizedre a magánpraxis arányának növekedését jósolják az állami egészségügy rovására. Úgy tűnik, hogy az egészségügyi szolgáltatások állami vagy piaci megszervezéséről folyó, egy időben elcsendesült vita ismét ujjászületőben van. Itt az ideje tehát, hogy a vita korábbi szakaszaiban felhozott érvek egy részét újra áttekintsük, és feltegyük a kérdést: jogos-e az a feltételezés, hogy a köz- és a magánellátás közötti egyensúly a mai szükségletekkel már nem tart lépést. (. . .)

### **A politikai gazdaságtan kérdései**

Az egészségügyi szolgáltatások politikai gazdaságtanának kérdéseit az egyszerűség kedvéért érdemes két, egyfelől a keresletet, másfelől pedig a kínálatot érintő csoportba sorolni. Ebben a sorrendben fogom tárgyalni őket. Ahogy az egészségügyi szolgáltatások politikai filozófiája az egyenlőséggel, a személyes felelősséggel és a szabadsággal kapcsolatos kérdéseket feszeget, az egészségügy politikai gazdaságtanának központi kérdései a hatékonyságra vonatkoznak. A következőkben egy, a szakirodalomban jól bevált séma szerint haladok. Sorra veszek néhány problémakört, amely a piac elégtelen működésére látszik utalni, és egyesével megvizsgálom, milyen alapja van az adott érvelésnek. Végezetül meg fogom vizsgálni, hogy a keresleti és a kínálati oldalra vonatkozó érvek együttesen elégségesek-e ahhoz, hogy az egészségügyi szolgáltatások piaca mellett vagy ellen érveljünk.

### **KERESLETI OLDAL**

#### **Az egyének az egészség dolgában irracionálisak**

Noha ezt az érvelést az irodalomban gyakran felhózzák a piac ellen, én túl sok figyelmet nem fogok szentelni neki. Erre az ad okot, hogy

\* A J. Culyer: Health Services in the Mixed Economy, 1980.

függetlenül az érvelés igazságtartalmától, a szóban forgó érv önmagában nem dönti el, hogy az egészségügy szervezésének piaci vagy állami módja lenne a hatékonyabb. (A kérdés megítélésekor egyébként külön is meg kellene vizsgálnunk, hogy mit tekintünk „racionálisnak”, és mit „irracionalisnak”). Ha az egyének *irracionalisak*, akkor aligha érdemes *bármilyen*, a preferenciákat kielégítő és hatékonyan működő rendszert keresnünk. Ha racionálisak, akkor használhatjuk a hatékonyság nyelvezetét, de nincs információnk az egyik vagy a másik rendszernek arról a képességéről, hogy kielégítse az efféle racionális igényeket. Röviden: az orvosi ellátás fogyasztóinak racionalitása vagy irracionalitása teljességgel irreleváns, ha az orvoslás piaci vagy állami módjának hatékonyságát szeretnénk összehasonlítani.

### **Az egyének nem tudják, hogy milyen (és milyen lesz!) az egészségi állapotuk**

Mivel ismereteim szerint nem bizonyítja semmi, hogy az emberek mondjuk Nagy-Britanniában inkább tisztában volnának egészségi állapotuk jellemzőivel, mint mondjuk az USA-ban, ez az érv szerintem kevésbé szól amellett, hogy az állam a piacnál hatékonyabban szünteti meg a szóban forgó tudatlanságot, mint inkább amellett, hogy az egyik esetben az egyén jobban védve van az efféle tudatlanság következményeitől, mint a másikban. A fő kérdés, úgy tűnik, inkább az, hogy sikerül-e a rendszernek bármilyen, a betegségek korai felismerését, felderítését és kezelését gátló akadályt leküzdenie. Az efféle gátak közül a pénzügyi korlát a legnyilvánvalóbb — attól lehet félni, hogy a díjak elijesztik a betegeket az orvossal való konzultációtól, s ennek visszafordíthatatlanul (vagy csak fájdalmasan, esetleg költségesen megfordítható módon) az egészség romlása lesz a következménye. Ha az egyének felismerik, hogy saját érdekük megvédeni magukat ettől a kockázattól, akkor valamilyen biztosításfajta megfelelő megoldásnak látszik. Ez a kockázat azonban a piaci és az állam által működtetett rendszerekben *egyaránt* elhárítható, illetve csökkenthető.

### **Az egyének nem tudják megítélni a kapott ellátás minőségét**

Ezzel az érveléssel általában azt az általánosan elfogadott közgazdasági feltételezést szokták cáfolni, hogy a racionális egyének előbb „felmérik a piacot”, és így aknázzák ki a verseny nyújtotta előnyöket. Itt elég nehéz megállapítani, hogy a szóban forgó érvelés mit is akar jelenteni. Ha az egészségügyi szolgáltatások piacát az jellemzi, hogy a fogyasztók tudatlansága miatt a szóban forgó piacoknál eltűnik a versenyszellem és a hatékonyság (mint ahogy az elő is fordulhat), vajon következik-e ebből, hogy a piac felszámolásával és egy államilag működtetett rendszer bevezetésével a tudatlanság sorvadni, a verseny pedig élesedni fog. Ez aligha valószínű. Számomra úgy tűnik, hogy ezt a problémát értelmesen csak úgy lehet megoldani, ha nem mismásoljuk el. A fogyasztókat el kell látni a szükséges információkkal, másfelől pedig el kell érni, hogy vizsgálatnak és ellenőrzésnek vethessék alá a szakemberek képzési programjait és az általuk nyújtott ellátás minőségét. Ha

ezek közül a megoldási módok közül bármelyiket is akarjuk alkalmazni, azt megtehetjük az államilag működtetett rendszerben és a piacon egyaránt. A felvetett nehézség tehát ismét csak nem segít abban, hogy a két alternatíva között különbséget tegyünk.

### **Az orvosi kiadások kihatásai előreláthatatlanok és rendkívül megterhelőek lehetnek**

Ez az érv nem hangzik túl jól a piaccal szemben, hiszen a piac maga teremti meg arra a lehetőséget, hogy a nagy és előreláthatatlan kiadásokat kisebb és biztos kiadásokra váltsuk át. Ez a lehetőség a biztosítás intézménye. Lényegesebbek azonban azok a problémák, amelyek a magánbiztosítással kapcsolatban lépnek fel, és amelyeket rögtön tárgyalni is fogok. Az egészségügyi ellehetetlenülés leglátványosabb problémái nem az *előreláthatatlanságból*, hanem éppen hogy a kiadások *előrejelezhetőségéből* fakadnak: vagy azért, mert az egyén már beteg, s olyan betegsége van, ami eleve biztosíthatatlanná teszi őt, vagy pedig azért, mert az ő esetében a betegség bekövetkezésének valószínűsége olyan, hogy a fizetendő biztosítási díjak „túlzottan” magasak lesznek. Hogy mit kell „túlzottan” magas kiadások alatt értenünk, azt csak más tényezők figyelembevételével lehet eldönteni, hiszen az egyénnek a tényleges vagy várható orvosi költségek teljesítésére való képessége alapvetően elosztási probléma. Ha van ebben az érvelésben valami, ami a piac ellen szól, akkor az nem a biztosításnak a bizonytalanságok kezelésére való képtelenségéből fakad, hanem abból, hogy a piac képtelen lehet a (nehezen körülírható) családi szükségletekhez igazodó családi jövedelmeket generálni. A piac támogatója számára tehát kézenfekvő a védekezés: ha nem szeretjük a jövedelmek jelenlegi eloszlását, akkor adjunk jövedelmet azoknak, akiknek megítélésünk szerint erre szükségük van, de nem kell torzítani a piaci folyamatokat.

### **Biztosítási problémák**

Vannak azonban problémák a piacon a magán- és az önkéntes biztosítással. Ezek közül az egyik az, hogy mivel a biztosítótársaságoknak költségeik vannak, és esetleg monopolhelyzetben is lehetnek, a biztosítási díjak egy fokozattal magasabbak lesznek a biztosítás-matematikailag méltánvosnál. (A szakzsargon ezt úgy hívja, hogy a szóban forgó díjak „megterheltek”.) Ha tíz százalék esélyünk van arra, hogy ebben az évben 500 fontot kell költenünk, akkor a biztosítás-matematika szerint méltányos díj nyilvánvalóan 50 font lenne. Minél közelebb kerülnek a biztosító intézmények által felszámolt tényleges díjak a méltányos díjhoz, annál több ember lesz képes rá, hogy betegsége pénzügyi kockázatait elkerülje. Ha az állami biztosító intézmény képes (a méretgazdaságosság révén) megközelíteni a méltányos díjakat, akkor ebben az értelemben az ilyen módon szervezett biztosítás előnyben van a magánrendszerekkel szemben. Az én értékelésem szerint a különböző tények egybevetése azt támasztja alá, hogy egy közintézmény adminisztrációját általában olcsóbban lehet működtetni, de semmiképpen sem mondhatjuk, hogy ebben a kérdésben teljes lenne az egyetértés.

Más természetű biztosítási problémát jelent az, amit „káros szelekciónak” szoktak nevezni. Ez egy olyan folyamat, amelynek a révén a jobb kockázatok kiszorulnak a rendszerből, és a végén csak a legrosszabb kockázatok maradnak. Ennek az esélye egyébként annál nagyobb, minél erősebb verseny jellemzi a biztosítók piacát. A káros szelekció a következő módon valósul meg. Képzeljünk el egy olyan 1000 fős népességet, amelyben 500 fő számára az orvosi kiadások a következő évben 100 fontot fognak kitenni fejenként. Tegyük fel, hogy a másik 500 ember számára 900 fontot fognak kitenni a várható kiadások. Tételezzük fel továbbá, hogy a biztosítótársaságok nem képesek különbséget tenni a két csoport között, de meg tudják ítélni, hogy az egész népességre vonatkozóan mekkora lesz a fejenként várható kiadás. Ha az egyéni várakozások teljesülnek, akkor a népesség egészére nézve az összes kiadás 500 000 font lesz, a fejenkénti biztosítási prémium pedig (a „megterhelés” következtében) valamivel meg fogja haladni az 500 fontos méltányos díjakat. De még ha a méltányos díjat számolnák is csak fel, könnyen látható, hogy a legjobb kockázatok jelentők számára akkor is meglehetősen gyenge üzlet lenne a 100 fontos várható kiadásokat 500 fontos díjakkal lefedni, míg a 900 fontos várható kiadás mellett ez a díj valószínűleg elfogadható lesz. A következőképpen természetesen az lesz, hogy a legjobb kockázatok jelentők kiszállnak a rendszerből, otthagyják a legrosszabb kockázatok hordozókat, és ezzel a biztosítási díjak tovább fognak emelkedni. Ennek a problémának a leküzdésére a legnyilvánvalóbb mód az, ha kötelezővé tesszük az egészségbiztosítást, s így a legjobb kockázatok jelentő páciensek nem fognak tudni kiszállni. Ha az adminisztratív költségeket a közintézményi rendszer jobban tudja minimalizálni, és a káros szelekció problémája megoldható a biztosítás kötelezővé tételével, akkor két olyan érvünk is van, amelyek a kormányzat által működtetett kötelező egészségbiztosítás mellett szólnak. Természetesen, ha mindenfajta kormányzati tevékenységet a szabadság elfogadhatatlan veszélyeztetésének tekintünk (márpedig a kötelező biztosítás nyilvánvalóan a szabadság újabb megsértését jelenti), akkor nem fogjuk elfogadni ezt a következtetést. Másrészt azonban, ha a tényekből az következik, hogy az alacsonyabb adminisztrációs költségekből és a káros szelekció hiányából fakadó nyereségek elegendően nagyok, akkor sokan lesznek, akik ezt elfogadható kompenzációnak fogják tartani.

A biztosítási rendszerekkel kapcsolatos másik, sűrűn előforduló nehézséget a patinás hangzású „erkölcsi kockázat” névvel szokták illetni. Ez kettős természetű jelenség. A fogalom egyrészt arra utal, hogy a biztosítottak hajlamosak lesznek kevésbé ügyelni arra, hogy elkerüljék az esetleges kiadások kockázatával járó eseményeket. Természetesen kevés egyén fog tudatosan olyan életmódra törekedni, amely őt megbetegíti. Amennyiben azonban a biztosítás enyhíti a betegség pénzügyi következményeit, az emberek, akik ismerik az egészség és az életmód közötti összefüggéseket, nagyobb valószínűséggel fognak motorbiciklin száguldozni, a kelleténél többet enni és inni, dohányozni, a kelleténél kevesebbet mozogni, és így tovább. Az erkölcsi kockázat másik vonatkozása abból a tényből származik, hogy a biztosítás bátorítja az egészségügyi ellátás nem kötött részeinek fogyasztását is (a helyi orvos helyett egy nemzetközileg, a szakértelméről és az általa felszámított díjakról egyaránt híres sebész, nagyvonalúbb hotelszolgáltatások a

kórházban, hosszabb lábadozási idő, és így tovább). Ez növeli a kiadásokat, ennél fogva növekednek a díjak, egészen addig a szintig, amikor már elriasztják azokat, akik egyébként hajlandók lennének biztosítást kötni, és amikor azoknak is elértéktelenednek a biztosításból származó előnyeik, akik továbbra is biztosítják magukat. Az erkölcsi kockázat mindkét fajtája csökkenthető egyrészt azzal, hogy a piacon kártérítési összegeket állapítanak meg, vagy, másrészt azzal, hogy a beteg számára más pénzügyi szankciókat állapítanak meg, például az igénybevételekor az ellátás költségeinek legalább egy részét megfizettetik vele. Ezek — az USA-ban egyébként meglehetősen széles körben használt — eszközök azonban elriaszthatnak attól is, hogy egyáltalán biztosítást kössenek. A brit típusú rendszerben, mivel gyakorlatilag minden ellátás ingyenes, az erkölcsi kockázat teljes egészében jelen van. A problémát itt a beteg szükségleteinek orvosi megítélése oldja fel. Az orvosok, azáltal, hogy gyakorolják ezt a jogukat, valójában az árrendszert helyettesítik.

### Elosztási problémák

Különböző helyeken már eddig is említettük az orvosi költségek eloszlásának problémáját. Ha elsősorban az emberek egészsége foglalkoztat bennünket, és ennél fogva elutasítjuk az igénybevételektől elrettentő magas díjakat, vagy, a másik oldalról, ha az emberek jövedelme aggaszt bennünket, és nem akarjuk, hogy az efféle kiadások különösen megterhelőek, vagy kezelhetetlenek legyenek, a piacot módosító vagy helyettesítő mechanizmusok keresésébe kezdhetünk. Általában csak a módosítást szokták szorgalmazni, ami kimerül a biztosítási díjak támogatásának ötletében. Attól függően, hogy milyen felfogolásaink vannak más emberek egészségével vagy gazdagságával kapcsolatban, ezek a támogatások kapcsolódhatnak az igénybe vevők jövedelmi helyzetéhez. Az általános következtetés tehát az, hogy a támogatásokat speciálisan az egészségügyi ellátás sajátosságaira kell szabni, nem pedig egy általános támogatási rendszer keretében kell adni.

### Következtetések

Most már áttekinthetjük, hogy az egészségügyi ellátással és finanszírozással kapcsolatban hova vezettek el bennünket a kereslettel kapcsolatos megfontolások. Röviden összefoglalva:

1. A betegnek a helyzetfelméréssel kapcsolatos nehézségeit és az orvos-beteg kapcsolat mélyen személyes jellegét tekintetbe véve, felhozhatók érvek az ellátás minőségének szabályozása mellett. Ezek a szabályozások az államilag működtetett rendszerekben nem kevésbé kívánatosak, mint a piacon.

2. Erős érvek szólnak az egészségügyi ellátás költségeit lefedő biztosítás mellett.

3. A közösségi biztosítás lehet kevésbé költséges, mint a piaci, de rejtett költségként meg fog jelenni a döntési szabadság valamilyen szintű korlátozása.

4. A kötelező biztosítás olcsóbb is lehet, mint az önkéntes, de ter-

mészetesen nem azok számára, akik különben egyáltalán nem biztosították volna magukat.

5. Az erkölcsi kockázat kezelésében az állami rendszerben jobban lehet alkalmazni az orvosi kritériumokat, míg a piaci rendszerek inkább pénzügyi kritériumokat alkalmaznak. Korlátokat kell ugyanakkor beépíteni az ingyenes ellátást nyújtó állami rendszerbe, különben az erkölcsi kockázat problémája miatt indokolatlanul magas összegeket kell a nemzet erőforrásaiból az egészségügyre öltetni. Végső soron tehát pénzügyi korlát az NHS-ben is van, csak ez a korlát a rendszerre vonatkozik: a beteg anyagi helyzete nem jelent korlátot. Úgy gondolom, hogy arra a kérdésre, vajon a kormányzat által, vagy a biztosító intézmények által megszabott korlátokat kell-e választanunk, a politikai gazdaságtan nem rendelkezik kész válasszal.

Az eddigiekből azt a következtetést vonhatjuk le, hogy az orvosi szakma és a kapcsolódó szakmák bizonyos szabályozása mindenképpen kívánatos. Úgy gondolom továbbá, hogy az egyéni szabadságnak a kötelező egészségbiztosításban rejlő korlátozása elenyésző azokhoz az előnyökhöz képest, amelyeket egy efféle biztosítás bevezetése hozhat magával. Meg kell ugyanakkor mondani, hogy az ellátások minőségével kapcsolatban felhozott mindegyik érv az orvosi ellátásnak csak a *finanszírozása* mellett szól. Az eddig felhozott érvek közül egyetlen egy sem igazolta azt, hogy magába az egészségügyi ellátásnak a piacába (tehát nem a biztosítási piacba) bármilyen módon is be kellene avatkozni. Az egészségügyi ellátás kínálatának politikai gazdaságtani elemzése talán lehetőséget nyújt egy efféle beavatkozás levezetésére.

## KÍNÁLATI OLDAL

Ebben a részben az orvosi gyakorlat négy meghatározó jellemzőjét fogom tárgyalni: a gyógyítás hatékonyságát, az orvosi monopóliumot, a non-profit intézményeket és az orvosok képviseleti szerepét.

### Az orvosi hatékonyság

Sok szakértő szerint az egészségügyi ellátás egyre inkább peremre szorult a betegségek és következményeik elkerülésében. Szó esik a nem hatékony kezelésekről is. Sokkoló lehet szembenézni azzal, hogy sok kezelés nem hatékony, de ez az igazság. Az USA Egészségügyi Klinikai Kísérletek Bizottságainak Nemzeti Intézete (US National Institutes of Health's Clinical Trials Committee) szerint az orvosi gyakorlatban sok az olyan kezelés, amely túl hosszú, túl drága és árt a páciensnek. (...) A diagnózisok és az alkalmazott kezelések szintén változnak, és bizonytalanságokat mutatnak. A technológizált mérésekkel egyre nehezebb különbséget tenni az egészséges és a beteg állapot között. A haemoglobin-szint, vérnyomás, vércukorszint és más hasonló tesztelhető jelzőszámok megállapításához döntést kell hozni arról, hogy az átlagértéktől való mekkora eltérés után érezzük szükségét beavatkozásnak. Megfigyelési hibák is előfordulhatnak, különösen a röntgenfelvételek értelmezésekor, vagy például a vérnyomás megállapításakor is. A megállapított diagnózis még a leggyakorlottabb kórházi orvosok esetében is jelentősen különbözhet egymástól. Egy tanulmány egy jelentős kór-

házban összevetette a konzultánsok diagnózisait a végső, általában a műtét után felvett diagnózissal. 85 vakbélgyulladásból csak 75 esetében diagnosztizáltak pontosan a kórház leggyakorlottabb orvosai, akiknek diagnózisai, mindent egybevetve, az esetek 80 százalékában bizonyultak helyesnek.

Hasonlóképpen, a megfelelő kezelést messze nem olyan egyszerű és egyértelmű dolog meghatározni, mint ahogy azt a közvélemény gondolná. Általában lehet választani a kezelési módok között. A Sainsbury Bizottság a gyógyszeriparról írott jelentése függelékében arról számol be, hogy öt tipikus betegség gyógykezelésére 455 körzeti orvos betegségenként külön-külön több, mint harminc különböző receptet írt fel. Az összesen 2275 receptből mindössze nyolc volt elfogadhatatlanul káros vagy egyáltalán nem hatékony, de a költségigény nagyon lényeges változatosságot mutatott. A fájdalmas ízületi gyulladásra például a körzeti orvosok 11 százaléka *Indocidot* írt fel, ami 180 régi pennybe került, míg 10 százalékuk *Aspirint* ajánlott 2 pennyért.

A kórházi gyakorlat szintén nagyfokú eltéréseket mutat. Annak ellenére például, hogy a tuberkulózis kezelésében a kórházi fekvés bizonyítottan nem fontos, a kórházban töltött idő átlagos hossza csak nagyon lassan és — a kezelőorvostól függően — nagymértékben változó módon csökken. (Az egyik esetben a férfi betegek 20 százalékát egy hónapnál hamarabb elbocsátották, és mindenkit elküldtek három hónapon belül. Egy másik esetben 10 százalékot küldtek el egy hónapon belül, és a betegek több mint 20 százaléka még egy év elteltével is kórházban feküdt.)

Bizonyos standard kezeléseknél a betegségek normál lefolyása esetén is bizonytalanok vagy vitathatók a hatásai. A mandulaműtét például a gyerekek kórházi felvételének egyik leggyakoribb oka, és a műtétnek van halálórási kockázata (még ha kicsi is). A tények azt mutatják, hogy az orvosi kezelés jobb, de legalábbis nem rosszabb, mint a műtét. A népességszámra számított mandulaműtétes felvételek aránya nagymértékben eltér egymástól a különböző régiókban (1971-ben például 100 000 lakosra Sheffieldben 234, Oxfordban pedig 410 ilyen felvétel jutott, s ebből 18 százalék volt a 14 év alatti gyermekek aránya). A szükséglet gyakran lehet divat kérdése is. Néhány évvel ezelőtt orvosok egy csoportja 389 gyermeket megvizsgálva 45 százalékuk esetében javasolta a mandula eltávolítását. A maradék 215 gyermeket újra vizsgálatra küldték, az előbbihez hasonló összetételű orvosokhoz, akik 99 gyerek (46 százalék) esetében javasoltak műtétet. A hátramaradt 116 gyermeket, akiket az első és a második orvoscsoport egyértelműen egészségesnek nyilvánított, egy harmadik csoport elé rendelték, és 44 százalékuknál (51 főnél) javasolták a mandula eltávolítását. Három vizsgálat után tehát csak 65 olyan gyermek (17 százalék) maradt, akiknél nem javasolták a mandulaműtétet. A legkétségesebb területek egyike a mentális betegségek területe. Egy standfordi orvos nemrégiben nyolc „normális” embert tudott elmeorvosintézetben elhelyezni, ahol egészen addig nem fedezték fel őket, amíg azok fel nem fedték magukat. Egy olyan elmeorvosintézetben viszont, ahol elhitték a személyzettel, hogy „normális” személyeket csempészték be a klinika területére, az egyik szakorvos 193, korábban másutt már elmebetegnek diagnosztizált személy közül előbb 41, majd további 23 embert „leplezett le” normálisként.

Az egészségügyi szolgáltatásoknak az *egészség* előállításában játszott szerepét, mely mind a költségek, mind a lehetséges következmények szempontjából olyannyira fontos, rendkívül keveset kutatták eddig. Noha ez a nemzet erőforrásainak hatékony elosztási módjait kereső közgazdászok számára is problémákat okoz, természetesen nemcsak az a feladatuk, hogy orvosolják a szóban forgó hiányosságokat. Az e kérdésekre irányuló epidemiológiai kutatások szerencsére szaporodnak, és már adnak is bizonyos válaszokat. Fontos ugyan, hogy ne tévesszenek meg bennünket a modern orvoslás eredményei, de fel kell tennünk a kérdést: mi következik a sikerekből és kudarcekból az „iparág” (ha egyáltalán lehet ezt a kifejezést használni) szervezetére nézve? Egy dolog biztosnak tűnik: a tények leginkább arra hívják fel a figyelmet, hogy az egészségpolitikát az egyszerű intézményi berendezkedésnél szélesebb kontextusban kell vizsgálni. A megelőzés, az életmód-változtatások, a közösségi járóbeteg-intézmények, az egészségügynek a családok és egyedülélők számára nyújtott házi gondozással való összehangolása mind ilyen, a szélesebb kontextusba tartozó kérdések. Megítélésem szerint ezt a tágabb politikai perspektívát könnyebben elérhetjük egységes közösségi szolgáltatások keretén belül, mint ha a magánellátás koordinációjára tennénk kísérletet (ki lenne a koordinátor?). Nagy-Britanniában van persze hagyománya az önkéntes magánintézmények és a hatóságok közötti együttműködésnek, így ezzel az érveléssel csinján kell bánnunk. Nehezen tudom ugyanakkor elképzelni, hogy a tulajdon és az ellenőrzés nagyfokú decentralizációja mellett hogyan lehet egy hatékony egészségpolitikát kifejleszteni.

### **Az orvosi monopólium**

Az orvosok mindig és mindenütt erős szakmai szervezetekbe tömörültek, amelyek a szakmai szervezetek eredeti funkcióit (konferenciák, folyóirat-kiadás, stb.) kombinálják egy szakszervezeti szerepvállalással. Nagy-Britanniában a kórházi orvosok fizetést kapnak, a körzeti orvosokat pedig alapvetően a hozzájuk feliratkozott betegek száma alapján fizetik (különböző, a kortól, az általuk nyújtott különleges szolgáltatásoktól, stb. függő pótlékokkal kiegészítve). Noha a körzeti orvosok függetlenül kötnek szerződést, alkalmazójuk megegyezik a kórházi orvosok munkáltatójával: ez az Állami Egészségügyi Szolgálat, amely ennélfogva hatékony ellenőrt képez a szakszervezet monopolhelyzetének (ezt szakkifejezéssel monoposzóniának, vásárlói monopóliumnak nevezik) ellensúlyozására. A fizetést időről időre egy felügyelő testület állapítja meg. Azt természetesen lehetetlen megmondani, hogy mekkora lenne az orvosok életszínvonala az állam által képviselt ellenőrnélkül. Mindenesetre az államnak azon kell lennie, hogy gátat szabjon az orvosi monopóliumból fakadó béremelési nyomásnak. Ilyen értelemben az állam, mint egyedüli fogyasztó és munkáltató csökkenti az egészségügyi szolgáltatások költségeit. Azt még az NHS legelszántabb kritikusai is elismerik, hogy a szolgálat költségei figyelemreméltóan alacsonyak.

### **Non-profit motiváció**

A piaci alapú termelés hatékonysága melletti hagyományos érvelés

abból a feltételezésből indul ki, hogy a tőkepiacon a vállalatok tulajdonjogáért folyó, illetve a termékpiacokon a rivális termelők között folytatott verseny egyaránt biztosítékot jelent arra, hogy azt fogják termelni, ami a fogyasztók preferenciáinak megfelel, és hogy a termelés a lehető legolcsóbb lesz.

Sajnos az orvoslás területén egyik elem sem jelenik meg. A piaci modellhez talán legközelebb álló Egyesült Államokban az egészségügyi ellátást nyújtó intézményeknek csak egy kis hányada működik profit alapon. Nagy-Britanniában ez az arány minimális. Noha a szolgáltatások piacán kétségkívül lehetséges a verseny, azt a hirdetési tilalmak, a díjtartifa-megállapodásokkal és más hasonló intézkedésekkel még az USA-ban is erősen korlátozzák.

Általában feltételezhetjük ugyan, hogy a piaci intézmények a verseny révén előmozdíthatják a hatékonyságot, észre kell azonban venni, hogy az egészségügyi ellátás nem az a terület, ahol afféle feltételezéssel élhetünk. Ez az érv természetesen nem gyengíti azok igazát, akik úgy vélik: az *állami* monopóliumok hatékonysága kívánivalókat hagy maga után, de súlyosan érinti azok álláspontját, akik szerint az orvosi piac — vagy legalábbis azok a piacok, amelyekkel eddig dolgunk volt — *felsőbbrendű* az állami monopóliummal szemben.

### Az orvosok képviseleti szerepe

Az orvosnak a beteg szükségleteinek értelmezésében betöltött szerepével kapcsolatban gyakran beszélnek az orvosok „képviseleti” (agency) szerepéről, hiszen az orvos voltaképpen a beteg képviselőjeként lép fel. Erdemes megjegyezni, hogy a klinikai gyakorlat nyelve az ügynöki viszonyra rímel. Az orvosoknak nem vásárlóik vagy ügyfeleik, hanem pácienseik vannak. A szerep paternalizmusát az is kifejezi, hogy szakmai beszélgetésekben a „beleegyezés” problémájáról beszélnek. Itt valójában arról van szó, hogy a beteget rábíráják, hogy azt tegye, amit mondanak neki.

Mindennek aztán az a következménye, hogy — mint már jeleztük — a beteg (önkéntesen) saját szabadságának egy részét az orvosra ruházza. Az is ennek a ténynek a (jelen esetben a piacok hatékony működését érintő) következménye, hogy megnehezül a kereslet és a kínálat egymástól való megkülönböztetése. Az orvos, mint a beteg képviselője nemcsak szolgáltatásokat kínál, és más szolgáltatókat ajánl, hanem neki is vannak kívánságai, elvárásai.

Ez az a pont, amiről sokan mondják, hogy az orvoslás legkritikusabb pontja. Arról van szó, hogyan lehet elkerülni, hogy az orvosnak mint a szolgáltatás kínálójának az érdekei túlzottan megrontsák ezt a képviseleti szerepet. Vannak ugyanis olyan tények, amelyek azt bizonyítják, hogy ott, ahol a bérezésnek (elsősorban a piaci rendszerekben honos) szolgáltatásonkénti díjazáson alapuló kalkulációja van érvényben, noha nem szükségképpen a betegek egészségének kárára, de a keresletet az orvosok érdekeinek megfelelően manipulálják. Kanadában például, miután módosították a díjtételeket, megnövekedett azoknak a szolgáltatásoknak a kereslete (és kínálata), amelyek árai viszonylag nagyobb mértékben emelkedtek. Én ennél fogva úgy gondolom, hogy ha azt szeretnék, hogy az orvosok képviseleti szerepe ténylegesen a

Az egészségügyi szolgáltatásoknak az *egészség* előállításában játszott szerepét, mely mind a költségek, mind a lehetséges következmények szempontjából olyannyira fontos, rendkívül keveset kutatták eddig. Noha ez a nemzet erőforrásainak hatékony elosztási módjait kereső közgazdászok számára is problémákat okoz, természetesen nemcsak az a feladatuk, hogy orvosolják a szóban forgó hiányosságokat. Az e kérdésekre irányuló epidemiológiai kutatások szerencsére szaporodnak, és már adnak is bizonyos válaszokat. Fontos ugyan, hogy ne tévesszenek meg bennünket a modern orvoslás eredményei, de fel kell tennünk a kérdést: mi következik a sikerekből és kudarcból az „iparág” (ha egyáltalán lehet ezt a kifejezést használni) szervezetére nézve? Egy dolog biztosnak tűnik: a tények leginkább arra hívják fel a figyelmet, hogy az egészségpolitikát az egyszerű intézményi berendezkedésnél szélesebb kontextusban kell vizsgálni. A megelőzés, az életmód-változtatások, a közösségi járóbeteg-intézmények, az egészségügynek a családok és egyedülélők számára nyújtott házi gondozással való összehangolása mind ilyen, a szélesebb kontextusba tartozó kérdések. Megítélesem szerint ezt a tágabb politikai perspektívát könnyebben elérhetjük egy-egy közösségi szolgáltatások keretén belül, mint ha a magánellátás koordinációjára tennénk kísérletet (ki lenne a koordinátor?). Nagy-Britanniában van persze hagyománya az önkéntes magánintézmények és a hatóságok közötti együttműködésnek, így ezzel az érveléssel csinján kell bánnunk. Nehezen tudom ugyanakkor elképzelni, hogy a tulajdon és az ellenőrzés nagyfokú decentralizációja mellett hogyan lehet egy hatékony egészségpolitikát kifejleszteni.

### **Az orvosi monopólium**

Az orvosok mindig és mindenütt erős szakmai szervezetekbe tömörültek, amelyek a szakmai szervezetek eredeti funkcióit (konferenciák, folyóirat-kiadás, stb.) kombinálják egy szakszervezeti szerepvállalással. Nagy-Britanniában a kórházi orvosok fizetést kapnak, a körzeti orvosokat pedig alapvetően a hozzájuk feliratkozott betegek száma alapján fizetik (különböző, a kortól, az általuk nyújtott különleges szolgáltatásoktól, stb. függő pótlékokkal kiegészítve). Noha a körzeti orvosok függetlenül kötnek szerződést, alkalmazójuk megegyezik a kórházi orvosok munkáltatójával: ez az Állami Egészségügyi Szolgálat, amely ennélfogva hatékony ellenerőt képez a szakszervezet monopolhelyzetének (ezt szakkifejezéssel monopsoniának, vásárlói monopóliumnak nevezik) ellensúlyozására. A fizetést időről időre egy felügyelő testület állapítja meg. Azt természetesen lehetetlen megmondani, hogy mekkora lenne az orvosok életszínvonala az állam által képviselt ellenerő nélkül. Mindenesetre az államnak azon kell lennie, hogy gátat szabjon az orvosi monopóliumból fakadó béremelési nyomásnak. Ilyen értelemben az állam, mint egyedüli fogyasztó és munkáltató csökkenti az egészségügyi szolgáltatások költségeit. Azt még az NHS legelszántabb kritikusi is elismerik, hogy a szolgálat költségei figyelemreméltóan alacsonyak.

### **Non-profit motiváció**

A piaci alapú termelés hatékonysága melletti hagyományos érvelés

abból a feltételezésből indul ki, hogy a tőkepiacon a vállalatok tulajdonjogáért folyó, illetve a termékpiacokon a rivális termelők között folytatott verseny egyaránt biztosítékot jelent arra, hogy azt fogják termelni, ami a fogyasztók preferenciáinak megfelel, és hogy a termelés a lehető legolcsóbb lesz.

Sajnos az orvoslás területén egyik elem sem jelenik meg. A piaci modellhez talán legközelebb álló Egyesült Államokban az egészségügyi ellátást nyújtó intézményeknek csak egy kis hányada működik profit alapon. Nagy-Britanniában ez az arány minimális. Noha a szolgáltatások piacán kétségkívül lehetséges a verseny, azt a hirdetési tilalmak, a díjtartifa-megállapodásokkal és más hasonló intézkedésekkel még az USA-ban is erősen korlátozzák.

Általában feltételezhetjük ugyan, hogy a piaci intézmények a verseny révén előmozdíthatják a hatékonyságot, észre kell azonban vennünk, hogy az egészségügyi ellátás nem az a terület, ahol afféle feltételezéssel élhetünk. Ez az érv természetesen nem gyengíti azok igazát, akik úgy vélik: az *állami* monopóliumok hatékonysága kívánivalókat hagy maga után, de súlyosan érinti azok álláspontját, akik szerint az orvosi piac — vagy legalábbis azok a piacok, amelyekkel eddig dolgunk volt — *felsőbbrendű* az állami monopóliummal szemben.

### Az orvosok képviseleti szerepe

Az orvosnak a beteg szükségleteinek értelmezésében betöltött szerepével kapcsolatban gyakran beszélnek az orvosok „képviseleti” (agency) szerepéről, hiszen az orvos voltaképpen a beteg képviselőjeként lép fel. Érdemes megjegyezni, hogy a klinikai gyakorlat nyelve az ügynöki viszonyra rímel. Az orvosoknak nem vásárlóik vagy ügyfeleik, hanem pácienseik vannak. A szerep paternalizmusát az is kifejezi, hogy szakmai beszélgetésekben a „beleegyezés” problémájáról beszélnek. Itt valójában arról van szó, hogy a beteget rábíráják, hogy azt tegye, amit mondanak neki.

Mindennek aztán az a következménye, hogy — mint már jeleztük — a beteg (önkéntesen) saját szabadságának egy részét az orvosra ruházza. Az is ennek a ténynek a (jelen esetben a piacok hatékony működését érintő) következménye, hogy megnehezül a kereslet és a kínálat egymástól való megkülönböztetése. Az orvos, mint a beteg képviselője nemcsak szolgáltatásokat kínál, és más szolgáltatókat ajánl, hanem neki is vannak kívánságai, elvárásai.

Ez az a pont, amiről sokan mondják, hogy az orvoslás legkritikusabb pontja. Arról van szó, hogyan lehet elkerülni, hogy az orvosnak mint a szolgáltatás kínálójának az érdekei túlzottan megrontsák ezt a képviseleti szerepet. Vannak ugyanis olyan tények, amelyek azt bizonyítják, hogy ott, ahol a bérezésnek (elsősorban a piaci rendszerekben honos) szolgáltatásonkénti díjazáson alapuló kalkulációja van érvényben, noha nem szükségképpen a betegek egészségének kárára, de a keresletet az orvosok érdekeinek megfelelően manipulálják. Kanadában például, miután módosították a díjtételeket, megnövekedett azoknak a szolgáltatásoknak a kereslete (és kínálata), amelyek árai viszonylag nagyobb mértékben emelkedtek. Én ennél fogva úgy gondolom, hogy ha azt szeretnénk, hogy az orvosok képviseleti szerepe ténylegesen a

beteg érdekeinek megfelelően érvényesüljön, a betegek állapotának szakmai megítélésétől el kell választani a szakemberek keresetét. Még egyszer hangsúlyoznám, ez nem segít a *döntésben*: piac vagy állam. Az USA piaci rendszerében ugyanúgy vannak fizetett alkalmazottak, mint ahogy Kanada állami rendszere is tartalmazza szolgáltatási tarifák elemét. Az viszont igaz, hogy csak az állami rendszerben lehet teljesen kiiktatni a szolgáltatási tarifák megállapításának azokat az elemeit, amelyek torzíthatják a képviseleti szerepet. Ez az a tény, amely az érvek egyensúlyát az állam javára billenti el.

### Következtetések

Kiderült már eddig, hogy végül is az egészségügyi szolgáltatások működtetésének kérdésében inkább az NHS típusú megoldásokat részesítem előnyben a decentralizáltabb piaci rendszerekkel szemben. A hangsúly a „végül is” kitétlen van. A keresleti oldallal kapcsolatban felhozott érvek a legjobb esetben is csak az állami finanszírozást, és nem a szolgáltatások közvetlen állami kínálatát támasztják alá. Mindenesetre a kínálati oldalra vonatkozó érveket is számításba véve a különböző tényezők együttesen egy, az NHS-t erősen támogató érvkészletté állnak össze. Amikor olyan sok érv szól a támogatások mellett, amikor a „képviseleti szerepből” következően a piactól való elmozdulás nem a szabadság csökkentését idézi elő, hanem még bizonyos torzulások kiküszöbölését is segítheti, amikor egy egyedüli munkáltató vásárlói hatalma ellensúlyozhatja a legképzettebb egészségügyi munkaerő monopolhatalmát, amikor a hatékony piac versenyfeltételei hiányoznak, akkor az itt felsorolt érvek nem csak azt sugallják, hogy egy NHS típusú struktúra különösen alkalmas lehet, hanem azt is, hogy az állami vállalkozással általában összefüggésbe hozott, viszonylagos hátrányok nem léteznek: az Egyesült Államokban a magánkórházak, klinikák, biztosítótársaságok bürokráciája együttevve nagyobb, mint az, ami Nagy-Britanniában van; a profitmotívum hiánya a magán-szektorban ugyanúgy megvan, mint a közületi szektorban, és így tovább.

Sőt, ennél még tovább is mennék. Úgy gondolom, hogy az emberek egyre inkább azt igénylik, hogy az egészségügy az *egészséget* igyekezzon előmozdítani. Ha azon dolgozunk, hogy a nemzet egészségét méltányos és hatékony módon mozdítsuk elő, akkor egy olyan, nagymértékben *technikai* természetű feladatban veszünk részt, amelynek célja az, hogy a hatékony (és csak a hatékony) szolgáltatások eljussanak azokhoz (és csak azokhoz), akiknek szükségük van rájuk, és hogy az intézményi és a közösségi gondozás, a megelőzés, gondoskodás és kezelés, az orvoslás és a környezet között minél hatékonyabb egyensúlyt hozzunk létre. Továbbmenve: azon dolgozunk, hogy a rendszer képes legyen feldolgozni a saját sikereit (vagy azok hiányát), hogy már felmerülésük pillanatában jelezze a felmerülő szükségleteket, hogy kiállja az összehasonlítást akkor, amikor az egészségügy a nemzet erőforrásaiért az élet más dolgaival versenyez, legyenek azok magán vagy közösségi úton előállítva.

Úgy tűnik, hogy a piacorientált gondolkodásnak ebben a kontextusban vannak hiányosságai: elkülönült szolgáltatók nagy számban ver-

senyeznek azért, hogy az igénylők igényeinek megfeleljenek. Ezzel nem azt akarom mondani, hogy az NHS tervezési rendszerével minden rendben van. Semmi sem lenne távolabb az igazságtól, mint ez az állítás. De ezekről a részletekről más alkalommal essék szó. Amit remélhetőleg sikerült megtennem, az az, hogy rámutattam néhány olyan főbb érvre, amelynek jelentősége van annak eldöntésében, hogy melyik az egészségügyi szolgáltatások megszervezésének legjobb módja. Nem azért érvelek az állam mellett, mert a piac nyilvánvaló hiányosságainak eltávolítása *elég* lenne ahhoz, hogy az állam sikerét előmozdítsa. Sokkal inkább azért érvelek az állam mellett, mert a piac hiányosságainak megszüntetése az állam sikerének *feltétele*. Az NHS típusú szervezet alapvetően *képesé tesz*, szemben a piaccal, amelyre inkább az a jellemző, hogy *megfoszt*.

Az NHS mellett van hely egy kisméretű magánszektornak is, afféle biztonsági szelepként. Ez a szektor talán készségesebben reagál a kórházak hotelszolgáltatásaival kapcsolatos igényekre. A szabadság egy fontos elemét segít megőrizni. Sajnálám azonban, ha a jelenlegi 7–8 százaléknál több beteget kezelne. Ha ugyanis, mint ahogy azt néhányan javasolják, 25 százalékos lenne a részesedése, akkor egyfajta „lefölözési hatás” következne be, és akkor az NHS-re maradnának a geriátriai, mentális, krónikus és leginkább költséges esetek. Egy ilyen váltás elvonná az Állami Egészségügyi Szolgálattól az önmagát megszervezni képes és legkritikusabb középosztály legnagyobb részét. Szintén jelentősen megnehezítené egy hatékony egészségügyi szolgáltatás tervezését. Röviden, az egészségügyi ellátás piaca mindaddig hasznos, amíg kicsi marad. Ha túl nagyra növekedne, akkor az a már említett elszegényítő hatással járna.

Le kell-e vonnunk azt a következtetést, hogy Nagy-Britanniában a köz- és a magánszektor aránya immár nem képes lépést tartani a mai szükségletekkel? Szerintem nem. A privatizált egészségügyi rendszerek a világban a legdrágább rendszerek között vannak. A tények azt mutatják, hogy a várható élettartam növelésében és az egészségi állapot javításában inkább kisebb, mint nagyobb hatékonyságot képesek felmutatni. Az NHS típusú rendszerek mellett szóló érvek ma legalább annyira érvényesek, mint voltak tíz, vagy húsz évvel ezelőtt. Sőt, mindinkább rendelkezésünkre áll az az orvosi ismeret és azok a pénzügyi és tervezési mechanizmusok, amelyek révén még erősebbé tehető az NHS.

Azt kell mondjam, hogy a vegyes gazdaságban a magán- és az állami egészségügy helyes aránya valahol 5:95, plusz—mínusz 3 százalékpont megengedett eltéréssel mindkét oldalon.

*Fordította: Tóth István György*

#### Irodalom

Ez a lista azok számára készült, akik nagyobb részletességgel is meg szeretnék ismerni az irodalmat. Az első három tétel a legújabb epidemiológiai kutatásokba és az orvoslás társadalomtörténetébe nyújt betekintést. Az egyéb cikkek többé-kevésbé gazdasági, vagy politikai természetűek.

Cochrane, A. L.: *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services*. London, Nuffield Provincial Hospitals Trust. 1972.

Ederer, F.: *The Randomized Clinical Trial*, in C. I. Phillips and J. N. Wolfe: *Clinical Practice and Economics*. London, Pitman Medical. 1977.

McKeown, T.: *The Modern Rise of Population*. London, Arnold. 1976.

- Barer, M. L.—Evans, R. G.—Stoddart, G. L.: Controlling Health Care Costs by Direct Charges to Patients: Snare or Delusion? Toronto Ontario Economic Council. 1979.
- Boulding, K. E.: The Concept of Need for Health Services. *Milbank Memorial Fund Quarterly*. 1966. vol. 64, pp. 202—221.
- Buchanan, J. M.: The Inconsistencies of the National Health Service. London, Institute of Economic Affairs. 1965.
- Cooper, M. H.: Rationing Health Care. London, Croom Helm. 1974.
- Culyer, A. J.: The Nature of the Commodity „Health Care” and Its Efficient Allocation, *Oxford Economic Papers*. 1971. vol. 23, pp. 189—211.
- On the Relative Efficiency of the National Health Service. *Kyklos*, vol. 25, pp. 266—87.
- Need and the National Health Service. London, Martin Robertson. 1976. and Wright, K. G.: Economic Aspects of Health Services. London, Martin Robertson. 1978.
- Expenditure on Real Services: Health. Milton Keynes: Open University Press. 1979.
- The Political Economy of Social Policy. London, Martin Robertson. 1980.
- Donabedian, A.: Social Responsibility for Personal Health Services: An Examination of Basic Values. *Enquiry*, 1971. vol. 8, pp. 3—19.
- Jewkes, J. et al.: Ethics and Economics of Medical Care— Discussion. *Medical Care*, 1963. 1, 234—44.
- Klarman, H. E.: The Distinctive Economic Characteristics of Health Services. *Journal of Health and Human Behaviour*, vol. 4, pp. 44—9. 1963.
- The Case for Public Intervention in Financing Health and Medical Services. *Medical Care*, 1965. vol. 3, pp. 59—62.
- Lees, D. S.: Health Through Choice. London, Institute of Economic Affairs. 1961.
- The Political Economy of Health Services: A Liberal's Protest, discussion paper, no. 21. Department of Industrial Economics, University of Nottingham. 1975.
- Seldon, A.: After the NHS. London, Institute of Economic Affairs. 1968.
- Titmuss, R. M.: Ethics and Economics of Medical Care. *Medical Care*, 1963. vol. 1, pp. 16—22.
- Choice and the Welfare State. London, Fabian Society. 1963.
- Weisbrod, B. A.: Economics of Public Health. Philadelphia, University of Pennsylvania Press. 1961.