

1. Egészség-gazdaságtan, egészségügyi közgazdászok és az egészségpolitikai döntéshozás politikája

Anthony J. Culyer

Nagyszerű lenne, ha a fogorvosokhoz hasonlóan a közgazdászok is el tudnák magukról hitetni, hogy szerény, hozzáértő emberek! J.M Keynes

1.1. Az egészség-gazdaságtan növekvő szerepe; bevezetés

Lehetséges, hogy rendszerezett bizonyítékok nem állnak rendelkezésre, de a mindennapi megfigyelések mindenképpen azt mutatják, hogy rendkívül megnőtt az egészségügyi közgazdászok szerepe az egészségpolitika kialakításában és megvalósításában az elmúlt néhány évben, ami akár még tíz évvel ezelőtt is elképzelhetetlennek tűnt számunkra. Bár ez a folyamat az egészség-gazdaságtan különböző területeit és elemeit eltérő mértékben érinti, de maga a tény már elég érdekes és fontos ahhoz, hogy nagyobb figyelmet kapjon az eddigieknél. Ebben a bevezető írásban csak a tárgyalt terület „szántását” tűztem ki célul, meghagyva másoknak az ezt követő „boronálás, vetés és aratás” munkálatait. A terület, amelyre írásomban koncentrálok, az Egészségügyi Technológiaelemzés (Health Technology Assessment, HTA), különös tekintettel a közgazdaságtani megközelítésre az ilyen értékelésekben/becslésekben. Nézeteimet egy angol/wales-i intézet, a National Institute for Clinical Excellence (NICE) példáján keresztül fogom kifejteni.

Egy valamikor gyakori (de indokolatlan) közgazdász panasszal ellentétben, az egészségügyi közgazdászok sok éve eredményesen dolgoznak együtt a köztisztviselőkkel az egészségpolitika kialakításában. Ezt a nagy rendszerekkel (pl. egészségbiztosítási rendszer) és a köztes intézményekkel kapcsolatos (pl. az oktatás és kutatás finanszírozása közkórházakban), valamint számos, viszonylag csekély erőforrás bevonását igénylő döntés kialakításban való részvételük is bizonyítja. Úgy tűnik azonban, hogy az egészségügyi technológiaelemzés minden más tudományágnál mélyebben áthatja ezeket a döntéshozó folyamatokat. Sőt, mindezt nem ad hoc jelleggel teszi, hanem szisztematikusan, s nem pusztán a politika kialakítására vonatkozóan, hanem azon túlmutatva, a megvalósításra, monitorozásra és követésre is kiterjedve. Jól érezhető a ritmusváltás ezen a téren, s bárki, aki egészségügyi közgazdászként arra panaszkodik, hogy munkája csak egy újabb porfogó akta a

döntéshozók polcán, csak magában keresheti a hibát!

Természetesen, az egészségügyi technológiaelemzés egy több tudományt érintő tevékenység, így a közgazdászokról fent leírtak vonatkoznak a többi tudományág képviselőire is. Ennek ellenére én magam a közgazdászokra fogok összpontosítani, mivel úgy vélem, hogy ők azok, akik elsősorban érintettnek tekintik magukat a jelentősnek tűnő egészségpolitikai kérdésekben.

A következő témaköröket fogom tárgyalni: az egészségpolitikai célok kitűzése és az eredmények mérése, az elszámoltathatóság (accountability), a megengedhetőség/finanszírozhatóság (affordability), a módszertan, a megvalósítás, a compliance és a monitorozás. Vezérfonalként fog szolgálni az elszámoltathatóság kérdése, és az érintett közgazdászok felelőssége.

1.2. Egészségpolitikai célok

Megszokott, hogy a közgazdászok hiába keresik a politikusok által áhított eredmények mérésére az egyértelmű, megfelelő mutatót. Az világos, hogy Nagy-Britanniában az egészségügyi ellátás (National Health Service, NHS) elsődleges célja az „egészségnyereség” maximalizálása, mely mind a munkáspárti- mind a konzervatív kormányzat ideje alatt megfogalmazódott az NHS vezetésének szóló hivatalos írásokban, útmutatókban és utasításokban. Ez persze nem jelenti azt, hogy ez az egyetlen cél, s az sem tisztázott még, hogy mit is jelent az „egészséghaszon”, és hogy miként mérhető. Az egészségügyi technológiaelemzést, vagy kiemelten a költség-hatékonysági elemzést alkalmazó területeken a jelentésre és a mérésre vonatkozó kérdésekre az EuroQoL (vagy egyszerűbben QALY: Quality-Adjusted Life-Year azaz Életminőséggel korrigált életévnyereség) mutatót produkáló, hosszú kutatási program adta meg a választ. Ezt a mérőszámot valószínűleg alaposabban tesztelték a formai validitás és a reprodukálhatóság szempontjából, mint eddig bármi mást, de ismereteim szerint még egy politikai felügyelőszerv sem szentesítette. Bizonyos mértékig érthető, hogy a politikusok, beleértve az egészségügyért felelős minisztereket is (akik közül páran már kaptak tájékoztatást a „QALY”-ról), inkább nem szeretnék az ügybe belekeverni a „tudományt”, hiszen nem a tudomány az, ami esetleg a legnagyobb mértékben befolyásolja a véleményüket azon viták során, amelyekben döntési kompetenciájuk olyan hatalmas tempóban növekszik, hogy ezt csak igen kevesen tudják követni közülük. Világos, azonban, hogy egy olyan koncepció alkalmazása, mint a QALY, minden szinten kényelmetlen a politikusok számára, tartozzanak is bármelyik párthoz. Ezt a kényelmetlenséget fokozza például, mikor a NICE ellenzi egy adott technológia adott körülmények közötti alkalmazását, vagy ha páciensek érdekvédelmi szervezete (persze a gyártók támogatásával) egy emberként tiltakozik azon megállapítás ellen, hogy a potenciális haszon (azaz életévnyereség) nem elégséges a költségek (azaz máshol jelentkező életév veszteség) igazolásához. A Parlament tagjaiban felmerült a kérdés, hogy az ilyen ügyek nem tartoznak-e magára a Parlamentre. Erre a hivatalos válasz (az Egyesült Királyságban) az, hogy de igen, sőt, a miniszteren keresztül az elszámoltatás ügye is a Parlament elé kerül. Mindez azonban kényes helyzetet teremt, tele rejtelmes technikai részlettel, s a politika sok ponton helyet követel önmagának a tudomány mellett.

A NICE egy speciális egészségügyi hatóság a brit egészségügyi ellátáson (NHS) belül, és a miniszternek tartozik beszámolóval, bár jelentős döntési szabadsággal rendelkezik. A NICE-on belüli munkát (erős közgazdász képviseléssel) szakbizottságok és támogató szervezetek végzik, melynek eredményét az egészségügy részére kidolgozott javaslatok adják. Ezen a szinten születnek az alapvető értékítéletek, ami szükségszerű következménye az ilyen tanácsadó szerepkörnek. Egyebek mellett, az ilyen döntések közé tartozik az egészségnyereséget mérő módszer kiválasztása (általában az EQ-5D), a kérdőív 5 elemének súlyozása, megfelelő összegzése, valamint döntés arról, hogy minden személy egynek számít az életvnyereség szempontjából (függetlenül attól, hogy eddig hány évet élt vagy, hogy éppen milyen nyomorúságos az élete). Foglalkoznak továbbá azzal is, hogy a döntéseket befolyásoló egyéb erkölcsi tényezők megfelelően és kellő súllyal kerüljenek figyelembevételre. Itt kapnak szerepet a közgazdászok (és egyéb érdekeltek, pl. gyártók, betegek érdekvédelmi szervezetei), akik ezen bizottságok tagjaiként, a követendő egészség-politika részleteiről alkotnak véleményt, szem előtt tartva néhány általánosságban megfogalmazott elvet (köztük az egészséghaszon maximalizálásának elvét). Az egészségügyi kormányzattól (NHS) pedig azt várják, hogy a fenti bizottságok tanácsait kövesse és ésszerű időn belül feltétlenül oldja meg az azokkal együtt járó finanszírozási problémákat is. Úgy tűnik, hogy ezzel jelentős hatalom kerül a közgazdászok kezébe, így a valódi elszámoltathatóság kérdése komoly megfontolásra érdemes. Habár az elszámoltathatóság kérdése nem csak a közgazdászokat érinti, hanem mindenkit, aki részt vesz a döntési folyamatban, mégis tény, hogy nagyrészt a közgazdászok módszerei határozzák meg a bizottságokban folyó munka szellemi kereteit. Miután a kezdetben még csak értékítéletként megjelenő vélemények később integrálódnak a döntésekbe, pártatlan felülvizsgálat hiányában ezután már nehéz azonosítani, hogy mely következtetés mely megfontolás alapján került ezekbe a rendkívül összetett, sok résztvevővel és bizonytalansággal tarkított döntési folyamatokba. Néhány ezen megfontolások közül már eleve ellentmondásos (pl. a „fizetési hajlandóság” módszerének elvetése, mint elfogadható eredményértékelési mód), és tekintve, hogy a tanácsadók különböző nézőpontból szemlélik az ügyet, ezek egy más irányba terelhetik a folyamatot (tehát végül a NICE Tanács más irányt szab meg). A nyitás az érdekeltek felé és azok bevonása a döntési folyamatba a NICE szándékán múlott, így elmondhatjuk, hogy saját maga alkotta meg elszámoltathatóságának kereteit. Ez mindenképpen egy nagyszerű (talán „ellenőrizetlen”) és gyors ütemben kibontakozó kísérlet az egészségpolitika kialakítására. A folyamat részletes tanulmányozása kiemelkedően fontos mind intézményi (a NICE illetve a NICE-hez hasonló intézmények költség-hatékonyak?), mind filozófiai (mely értékítéletek helyesek, és érvényesítésükhöz milyen eljárások felelnek meg a legjobban?) szempontból.

1.3. Extra welfarism

Látható, hogy ez a megközelítés közeli kapcsolatban áll azzal, amit korábban „extra-jólétiként” (azaz a jóléti közgazdaságtan kereteit módosító elméletként) jellemeztem. Míg közgazdász körökben megszokott a költség-hatékonyági elemzést elsősorban a neoklasszikus jóléti közgazdaságtan (welfare economics) köntösébe bújtatni, az „extra-jóléti” valójában egy olyan „nézőpont” kialakításának módszere, amelybe beletartoznak a jólét hagyományos forrásai (és még azok hasznosságmutatói is), de ugyanakkor „extra”, ugyanolyan értelemben, mint ahogyan az extra-szenzoros érzékelés olyan érzékelés, amely meghaladja a

megszokottat. Ezen további elemek közé tartozik természetesen az „egészség”, és elvileg bármi olyan, amelyet az erkölcsi és politikai legitimitással rendelkezők (az értékelő vizsgálatok elvégzésére felhatalmazottak) ide értenek. Az „extra-jóléti” Sen „funkcionálás” vagy a „funkcionálás képessége” és Sugden /Williams „döntés hozatal” szemléletének szülötte.

1.4. Elszámoltathatóság és megengedhetőség/finanszírozhatóság

A megengedhetőség/finanszírozhatóság (affordability) fogalomra nem létezik közgazdasági meghatározás. Néha a szolgáltatásvásárlási tervek feletti ellenőrzés kifejezésére használják, s általában a „nem engedhetjük meg magunknak” tagadásban nyilvánul meg, de ez azért nem sok közgazdászra vonatkozik. A jelenlegi szöveggörnyezetben, azonban, a szó jelentése inkább azon döntésre vonatkozik, hogy valamit nem „éri meg” megvásárolni. A közpénzből finanszírozott egészségügyi szolgáltatásvásárlás esetében ez azt jelenti, hogy a más (társadalmi) programokból vagy lakossági fogyasztásból származó hasznot nagyobb értékkel, mint az adott programból (illetve a program adott kiterjedése mellett) nyerhető. Ez egy olyan döntés, melynek meghozatalában a közgazdászok is részt vehetnek, feltéve, hogy elszámoltathatók és van kellő szakértelmük. Nem tűnik azonban jó ötletnek az egészségügyi közgazdászok bevonása a döntéshozásba, főleg, ha a közéletben betöltött szerepük az egészségügyi szektort érinti, mivel nem rendelkeznek sem az ilyen ítéletekhez (beleértve az értékítéleteket) szükséges legitimitással, sem azokkal a technikai ismeretekkel, amelyek ahhoz kellenek, hogy a politikailag illetékeseket tanáccsal lássák el. Ebből úgy tűnhet, hogy az egészségügyi közgazdászok illetékessége normális esetben csak a szektoron belüli döntésekre vonatkozna, ahol mind a nyereség mind a költség az életév nyereség/veszteség tükrében ítélt meg, illetve ahol a maximalizálás és az igazságos elosztás kérdését az egészségügyben elért eredmény, a ráfordítás és a felhasznált technológia határozza meg. Nem meglepő tehát, hogy az olyan szervek, mint a NICE inkább az egészség maximalizálását, mint a jólét maximalizálását tűzi ki célul (Pareto-elv), és határozottan tagadják, hogy döntéseiket a megengedhetőség/finanszírozhatóság irányítja.

Azt gondolhatnánk, hogy minden NICE-hoz hasonló folyamat alapvető része a növekményi költség-hatékonyság (incremental cost-effectiveness ration, ICER) elvárt szintjének a pontos meghatározása. Ez azonban nem lehet így, mert ennek meghatározása azt jelentené, hogy az elvárt ICER szintnek megfelelő egészségügyi szolgáltatások költségvetése helyes, ami egyenlő lenne a 'megengedhetőség/finanszírozhatóság elvének' érvényesülésével. Ehelyett a NICE típusú szervezeteknek az adott rendszer ICER-jének a meghatározására kell törekednie, és ezt (vagy ezt az értéket magában foglaló tartományt) kell egy bizonyos mérceként (benchmark) alkalmazni. Ez merőben más, mint a megengedhetőség/finanszírozhatóság megítélése. Helyette a létező és kiválasztott új technológiák hatékonysága kerül megítélésre, adott egészségpolitikai célok és költségvetési korlátok mellett. Ezen korlátok átlépéséhez nem szükséges mást tenni (és már ez sem kevés!), mint azt, hogy a korlátok és célok világos és érthető tartalmat kapjanak.

Az egészségügyi közgazdász feladata tehát nem más, mint hogy segítsen a részfolyamatok optimalizálásában, amelyek részei egy olyan folyamatnak, amely átfogó problémák (az egészségügyi szektor mérete, amelyhez az általam használt értelemben,

egyértelműen kötődik a finanszírozhatóság elve) megoldására irányul, vagy a különböző piaci kudarcok kontrolljához és kompenzálásához kapcsolódó, egyéb kérdések (külső tényezők, szabályzási mechanizmusok) megválaszolását tűzi ki célul.

1.5. Módszerek

A technikai irányelvek, amelyeket a NICE jelenleg használ az egészségügyi technológiák értékelésére, jól példázzák az iméntieket. Az „alapeset” mellett ugyan vannak kivételek, de általában véve, azon költségek közé, amelyekről az egészségügyi rendszer beszerzéseit illetően kell dönteni (mit szükséges venni és kinek?), csak azok tartoznak, melyek az országos (NHS) és a helyi, de központi költségvetésből finanszírozott (Private Social Services) egészségügyi szolgáltatásokhoz kapcsolódnak. Ez meghatározza a távlati lehetőségeket a NICE vizsgálatok számára, kiegészítve azzal, hogy mint fő cél az egészséghaszon kerüljön a figyelem középpontjába, és ne egy olyan általános koncepció, mint a „jólét”. Ez a jövőkép a közelmúltban újra hangsúlyt kapott a NICE által vitára bocsátott legújabb javaslatban, bár ez több, a Pareto-elven „nevelkedett” közgazdászok összehavart. Viszonylagos gyengesége ellenére a Pareto rendszer olyan értékítéletekre épül, amelyeket közgazdászok teremtettek, s melyekre csak a túl erősnek tekintett értékítéletek befolyásának minimalizálását célzó tudományos párbeszédnek gyakorolnak hatást. Amennyiben a közgazdászok kapnak más, legitím politikai meghatalmazást, a Pareto-elv alkalmazása szükségtelenné válik.

1.6. Megvalósítás

Az egészségpolitika formálásban résztvevő közgazdász hamar szembetalálkozik a következményekkel, amelyek nem egyszerűen egy jól körülírt technológia adott körülmények közötti felhasználásának velejárói. Ha a javaslatoknak van esélye a megvalósulásra, fontos figyelembe venni az új vagy módosított technológia bevezetésével járó gyakorlati következményeket is, különösen rövidtávon. Ebbe a körbe tartozik az egészségügyi költségvetésre kifejtett hatás, a felmerülő helyi haszon-áldozat költség, ha a tervezett forrás nem áll összhangban a megvalósítás becsült költségeivel, illetve, hogy a rendszer rendelkezik-e kellő kapacitással ahhoz, hogy megbirkózzon az egyes kezelések bevezetéséből és megszüntetéséből eredő fontosabb változásokkal. Az egészségügyi technológiaelemzés során a közgazdászoknak képesnek kell lenniük előre jelezni az ilyen következményeket. Ezt a tankönyvek ritkán említik, s a már praktizáló egészségügyi közgazdászok sem tudnak könnyen hozzájutni a szükséges ismeretekhez arról, hogy miként is kezdjenek a feladatok megoldásához. Úgy mint a feltárássra érdemes gyakorlati tényezők azonosítása, adatgyűjtés (és szakértői vélemények begyűjtése), modellezés és az eredmények kommunikálása azok számára, akik a költségvetést kontrollálják, és széleskörű kötelezettséggel és felelősséggel bírnak a rendszer rugalmasságával és az új módszerek meghonosításával kapcsolatosan.

1.7. Együttműködés és megfigyelés

Az egészségügyi technológiaelemzés iránt elkötelezett és egészség-politikai tanácsadói szinten dolgozó közgazdászok aligha kerülhetik el azt, hogy az „együtműködés” (compliance) kérdéseivel, valamint az egészségügyi rendszerek ezzel kapcsolatos megfigyelésével ne foglalkozzanak. Fontos tevékenységük a compliance kiterjedésének (illetve hiányának) a megállapítása és az együtműködést elősegítő egészségpolitikai lépések (ellenőrzés/utasítás rendszerek a vezetői struktúrákban vagy a büntetés/jutalmazás rendszereiben) kialakításának elősegítése. „Együtműködés” alatt az alacsonyabb szintek döntéshozóinak olyan viselkedését értem, amely összhangban van a magasabb szinten végzett egészségügyi technológiaelemzésből fakadó javaslatokkal. Az ok egyszerű. Ha egy javaslatot figyelmen kívül hagynak, vagy az a javaslat irreleváns, akkor nem sok értelme van a kérdéses javaslatot támogató kutató bázist biztosítani és fejleszteni. Angliában és Walesben szerencsés a helyzet (de persze, ez nem pusztán véletlen), mert a döntéshozók a kórházak irányításában ugyanúgy elszámoltathatók, mint a vállalat irányításban részt vevő vezetők. Elsődlegesen ez a mechanizmus biztosítja, hogy a NICE javaslatok valóra váljanak. Alighanem érdekelné az egészségügyi technológiaelemzéssel foglalkozó közgazdászokat, hogy ez eredményes, netán költség-hatékony-e, de ez önmagában egy külön kutatás tárgya. Sok más rendszerben nincs hasonló irányítási mechanizmus, és a kutatási feladat még nagyobb formátumú, azaz egy olyan rendszer tervezése, amely támogatja az egészségügyi technológiaelemzés következtetéseire alapuló gyakorlat bevezetését. Az egészségügyi technológiaelemzés nem tekinthető egy megkérdőjelezhetetlen koncepciónak, legalábbis a társadalomtudósok nem tekinthetik annak, akik között ezen a területen elsődleges szerepe van az egészségügyi közgazdászoknak. Nem csak „hátrafelé” kell tekinteni az egészségügyi technológiaelemzésben alkalmazott módszerekre, hanem „előre” is, a módszerek használatával elért eredmények elterjesztésére, népszerűsítésére, bevezetésére, megfigyelésére és még szélesebb körű alkalmazására.

Ez a kutatási folyamat azért sem megkérdőjelezhetetlen, mert csapatban dolgozó közgazdászok közreműködésével zajlik, akik nem csak több tudományágat képviselnek, hanem több szakmát és szervezetet is (különösen az „előre tekintők”). A „hátrafelé” nézők esetében még az is lehetséges, hogy az a képesség, amely a javaslattételhez szükséges módszerek kommunikálásához szükséges, nagymértékben meghatározza a kórházi szakma hajlandóságát azok alkalmazására.

1.8. Következtetések

A felvázoltakból levonható következtetések egyszerűnek tűnnek. Gyanítom, hogy a megállapítások az idő múlásával még igazabbnak bizonyulnak, így akár jóslatoknak is tekinthetők. A legfontosabbnak tartom:

- A NICE jellegű értékelésben résztvevő közgazdászok, akár tetszik nekik, akár nem, részesei az egészségügyi vezérelvek kialakításának. Lehet, hogy javaslataikért hivatalosan nem terheli őket felelősség, de kapcsolatuk a felelősökkel a köztisztviselők és a miniszterek viszonyához hasonlítható (és azt senki sem tagadja, hogy a köztisztviselők részt vesznek a vezérelvek megalkotásában).

- A stratégia kialakításában alkalmazott egészségügyi technológiaelemzési módszerek részben tudományos, részben politikai alappal rendelkeznek. Az utóbbi egyszerűen az értékítéletek meghozatalát jelenti és a közgazdászok kiemelkedően jók ezen értékítéletek és azok velejáróik felismerésében. Nem meglepő, hogy emiatt kutatás indult a domináns értékítéletek tárgyában, melyeket a társadalom egyes csoportjai magukénak vallanak, valamint új módszerek fejlődtek ki az érvényesítendő értékítéletek, és azok megfelelő érvényesítéséhez szükséges körülmények megvitatásához.
- Az egészségügyi technológiaelemzés jelentős lendületet adott az új kutatásokhoz, sőt, új kutatási területek nyitására. Míg néhány új vagy régi szakterület illetékessége meglehetősen nyilvánvaló, és gyakran találkozhatunk velük a szakirodalomban (pl. a közvetett költségek kezelésének, vagy a diszkontálás és modellezés módszeres kutatása), addig másoké nem az, és egyéb, az egészségügyi technológiaelemzés szakértők által nem gyakorolt tudományágak és képviselőik (klinikusok, epidemiológusok, biostatistikusok) bevonását mutatja.
- Az egészségügyi technológiaelemzés elvi összefüggései azt mutatják, hogy a megvalósításhoz kapcsolódó esetleges nehézségek megoldása szükséges ahhoz, hogy a megvalósításhoz vezető út zökkenőmentes legyen. Ezzel együtt jár az olyan döntések meghozatala, amelyek túlmutatnak az egészségügyi technológiaelemzés korlátain. Ide kapcsolódik még a javaslatok költségvetésre gyakorolt hatásának becslése, valamint az olyan egyéb forrásokra vonatkozó következmények felmérése, melyek helyi tervezését nagyban segíti az előrelátás és a gondos előkészítő munka.
- Az egészségügyi technológiaelemzési kutatás nem „légtüres térben” történik, s rámutattam, hogy több tényező általánosabb problémák felé tereli azt. Talán ez az a pont, amikor az egészségügyi technológiaelemzésben érdekelt egészségügyi közgazdászok összedugják a fejüket olyan társaikkal, akik kutatásaikat az egészségügyi rendszerek, s az azokban foglalt jutalmazási/büntetési struktúrák területén végzik.

A felsoroltak mindegyike kisebb-nagyobb mértékben a követendő politikáról szól, de talán a legnagyobb kihívást a Keynes által megfogalmazott feladat jelenti: „hasznosnak lenni azáltal, hogy a viselkedésünk még jobban hasonlít a fogorvosokéhoz.”

A fejezetet Gulácsi László fordította és Evetovits Tamás lektorálta.