

# Orvosilag indokolt, jogos és mégsem mindenki számára elérhető ellátás? Prioritásképzés és rangsorolás a gyógyításban

Földes Mária Éva

Tilburgi egyetem, Európai és Nemzetközi Jogi Kar & TILEC – Tilburg Law & Economics Center

## Necesar din punct de vedere medical dar inaccesibil în mod egal? Stabilirea priorităților și raționalizare în tratamentul medical

Stările membre ale Uniunii Europene s-au angajat să apere principiile solidarității și echității în accesul la serviciile de sănătate, aceste principii fiind recunoscute ca valori de bază ale sistemelor de sănătate. Aceste valori se reflectă și în etica medicală tradițională, potrivit căreia cadrele medicale trebuie să asigure ca pacientul să beneficieze de toate serviciile de sănătate de care are nevoie. Sistemele de sănătate bazate pe solidaritate sunt însă confruntate cu provocarea de a acoperi costurile în creștere ale serviciilor medicale în contextul unor resurse limitate. Eforturile de a asigura o alocare mai eficientă a resurselor ridică problematica stabilirii priorităților și raționalizării în tratamentul medical, ceea ce e greu de legitimat, deoarece creează „câștigători” și „păgubași” între pacienți. Stabilirea priorităților este o provocare serioasă pentru toate sistemele de sănătate care încearcă să reconcilieze o abordare mai eficientă a costurilor cu echitate. Această provocare e îndeosebi de presantă pentru statele membre din Europa Centrală și de Est care încearcă să corespundă cerințelor economice și bugetare ale Uniunii Europene și să-și apere în același timp valorile fundamentale în sistemele de sănătate bazate pe solidaritate. Experiența mai multor țări europene demonstrează că stabilirea priorităților este influențată de aceste valori, precum și de modul în care conținutul dreptului la sănătate este definit în țara respectivă. Lucrarea de față abordează o serie de întrebări controversate în legătură cu stabilirea priorităților și raționalizarea în tratamentul medical cu accentul pe situația din Ungaria și România. Autorul analizează conținutul dreptului la sănătate conform reglementărilor în vigoare din aceste două țări și prezintă situația curentă privind stabilirea priorităților și raționalizarea în tratamentul medical, iar o atenție deosebită se acordă rolului cadrelor medicale în abordarea problemelor legate de aceste procese.

*Cuvinte cheie: raționalizare în tratamentul medical, stabilirea priorităților, echitate în tratamentul medical, experiențe din Ungaria și România*

## Medically necessary but not equally accessible? Priority-setting and rationing in healthcare

Member States of the European Union have committed themselves to preserve the principles of solidarity and equity in access to needs-based healthcare as underlying values of their health systems. These values are also reflected in the traditional medical ethics according to which healthcare professionals should ensure that the patient receives all health services that are medically necessary. Solidarity-based health systems are however confronted with the challenge to meet rising costs of health services with limited resources. Efforts to ensure more efficient allocation of scarce resources raise the issue of priority-setting and rationing in healthcare, which create 'winners' and 'losers' among patients and are therefore hard to legitimate. Priority-setting is a serious challenge for all healthcare systems aiming at reconciling cost-efficiency and equity. This challenge is particularly pressing for Member States of Central and Eastern Europe who strive to catch up with economic and budgetary requirements set by the European Union while preserving the basic values of their solidarity-based health systems. Existing experience from several European countries shows that priority-setting is influenced by the underlying values of the health system of a given country and by the content of the right to healthcare in particular. This paper provides an overview of controversial questions pertaining to priority-setting and rationing in healthcare with particular focus on Hungary and Romania. It analyses the content of the right to healthcare in the two countries under review, and discusses current and expected developments with particular focus on the role of medical professionals in addressing the issue of healthcare priority-setting and rationing.

*Keywords: health care rationing, priority setting, equity in medical treatment, experiences from Hungary and Romania*

Orvostudományi Értesítő, 2011, 84 (2): 107-113

www.orvtudert.ro

Az Európai Unió tagállamainak közös állásfoglalása szerint a jó minőségű ellátáshoz való egyetemes hozzáférés, a méltányosság és a szolidaritás az európai egészségügyi rendszerek alapértékei [16]. A 2006-ban közzétett közös állásfoglalás hangsúlyozza, hogy az egészségügyi szolgáltatás igénybevétele szükséglet alapján kell történnjen, és az egyének az egészségügyi hozzájárulás anyagi terheit a fizetési képességük arányában viseljék [10, 13-ik oldal]. Az európai országok által alapvető értéknek nyilvánított méltányosság elve megköveteli a szükség szerinti azonos hozzáférést, mely etnikai hovatartozástól, nemtől, kor-

tól, társadalmi helyzettől, valamint a fizetés képességétől függetlenül kell érvényesülnön [16]. Mindez megfelel a hagyományos orvosi etika elvének, mely szerint minden betegért mindent meg kell tenni, ami szükséges és orvosszakmai szempontból lehetséges.

A korlátozott forrásokkal és a szolgáltatások növekvő költségeivel küszködő egészségügyi rendszerek azonban egyre nehezebben tudják kielégíteni a társadalmi igényeket. A hatékonyabb forrásfelhasználás kényszere a prioritások felállításának kérdésével szembeníti a szolidaritás alapú egészségügyi rendszereket. A gyógyítás terén történő prioritásképzés azonban sokszor nehezen egyeztethető össze a hagyományos orvosi etika szempontjaival, különösen a méltányosság elvével. Nem meglepő tehát, hogy a prioritások felállításának kérdése feszültségeket

Földes Mária Éva

5037 CS, Tilburg, Hollandia  
Abdij van Egmondstraat 6  
e-mail: evafoldes@yahoo.com

eredményez az egészségügyi rendszerben [8], hiszen a társadalom nem csupán a hatékony forrásfelhasználást várja el, hanem a méltányossági és etikai szempontok egyidejű érvényesítését is [6]. A költséghatékonysági és a méltányossági szempontok összeegyeztetése komoly kihívás minden európai egészségügyi rendszer számára, de különösen a kelet-európai tagállamokra nézve, melyek olyan módon próbálnak felzárkózni az Európai Unió gazdasági követelményeihez, hogy az minél kevésbé veszélyeztesse a szolidaritás-elvű egészségügyi rendszereik alapértékeit.

Az európai országok prioritásképzéssel kapcsolatos eddigi tapasztalatai azt mutatják, hogy az egyes államok állásfoglalását jelentősen befolyásolják az adott ország egészségügyi rendszerét megalapozó elvek és értékek. A nemzetközi tapasztalatok áttekintése alapján megállapításra került, hogy a prioritások felállítását nagymértékben befolyásolja az egészségügyi ellátáshoz való jog tartalmának meghatározása az adott országban [10, 16-ik oldal]. Jelen írás az elméleti megfontolásokból és egyes európai államok tapasztalataiból kiindulva megvilágítja a gyógyítás terén történő prioritásképzés és rangsorolás vitatott kérdéseit. Ezt követően áttekinti az egészségügyi ellátáshoz való jog tartalmának alakulását a magyarországi és a romániai rendszerben, és tárgyalja a prioritásképzés és rangsorolás terén várható fejleményeket.

## Prioritásképzés és rangsorolás a gyógyításban - korunk kihívása

A szűkös források hatékonyabb felhasználásának kényszere az utóbbi években előtérbe helyezte az egészségügyi ellátás terén történő prioritásképzéssel és rangsorolással kapcsolatos szakmai és politikai vitát. A prioritásképzés egy olyan értékvalasztási folyamatot feltételez, melynek eredményeképpen döntés születik az erőforrások elosztásáról az egészségügyben. Ez az értékvalasztási és forráselosztási folyamat több szinten megy végbe, melyek közül fontos kiemelni a makroszintet és az egyéni szintet [1, 15].

A makroszintű prioritások felállítása során a központi, regionális és/vagy helyi döntéshozók (a kormány, a regionális vagy helyi önkormányzat az adott ország egészségügyi rendszerének felépítésétől függően) állásfoglalásra jutnak a források elosztásával kapcsolatban [15, 10-ik oldal]. Ilyen döntés, hogy a költségvetés mekkora részét fordítják az egészségügy mint ágazat finanszírozására, az egészségügyre szánt források hogyan oszlanak meg az egyes kasszák között, illetve az egyes kasszákon belül mennyi pénz jut egy-egy szolgáltatásra, programra, technológiára stb. Konkrét példa a makroszintű döntéshozatalra a várólistákra vonatkozó, általánosan alkalmazandó

szabályok megfogalmazása, az egyes ellátástípusok közfinanszírozásba való befogadása, illetve az egészségbiztosítási alapsomag meghatározása. Bizonyos esetekben szupranacionális szinten is történik egészségügyi prioritásképzés, például a betegségmegelőzés terén, mely az Európai Unió hatáskörébe is tartozik. Ennek egyik példája az uniós szinten megfogalmazott, szív- és érrendszeri megbetegedések megelőzésére vonatkozó útmutató, mely a betegeket különböző szintű prioritás-csoportokba osztja a kockázatszint alapján [1].

Az egyéni szintű prioritásfelállítás klinikai/ orvosszakmai szinten végbemenő, egyéni szolgáltatások és páciensek közötti forráselosztást jelent, melynek során eldől, hogy az adott páciens megkap-e egy bizonyos ellátást. Ilyen döntés például, hogy melyik beteg kap meg egy adott, költséges ellátást, vagy hogy ki, milyen hosszú ideig részesül kórházi kezelésben [1, 88-ik oldal]. Az egyéni szintű prioritásképzés során a döntési felelősség leggyakrabban az adott ellátóegységben dolgozó egészségügyi szakembert terheli (leginkább az orvost, esetenként az egészségügyi menedzsert, az ápolót). A makroszinten történő prioritásképzést érvényesíteni kell a klinikai protokollok szintjén, így a makroszintű döntések befolyásolják és korlátozhatják az egyéni szintű döntéseket és lehetőségeket.

A prioritásképzés bizonyos esetekben rangsoroláshoz vezethet, ami az egészségügyi ellátás olyan korlátozását jelenti, mely a beteg számára hasznos és orvosilag indokolt szolgáltatások megvonását vagy késleltetését vonja maga után [10, 15-ik oldal]. Prioritásképzés és rangsorolás történhet explicit vagy implicit módon. Az explicit prioritásképzés és rangsorolás normatív alapelvek és technikai kritériumok megfogalmazását jelenti, melyek átláthatóak, lehetővé teszik a szisztematikus alkalmazást, és irányadóként szolgálnak az egyéni, klinikai döntések meghozatala során. Az implicit rangsorolás nem szisztematikus, nem alkalmaz általános érvényű szabályokat és technikákat.

A prioritásképzés és rangsorolás explicit, szisztematikus megközelítése több európai államban is elindult az utóbbi két évtizedben. Az ezirányú törekvéseket jellemző módon az implicit rangsorolás következtében létrejött társadalmi és politikai feszültség indította el. Ez történt például az Egyesült Királyságban és egyes skandináv államokban, ahol a sajtó ismételtelen beszámolt olyan egyedi esetekről, melyek során a páciensről pénzügyi okok miatt vontak meg egy költséges, de potenciálisan életmentő beavatkozást [14]. Példa erre az 1995-ben nagy sajtóvisszhangot keltett, brit „Child B” eset, melynek során egy akut myeloid leukémiában szenvedő gyermektől a brit Országos Egészségügyi Szolgálat (NHS) megtagadta a második csontvelőátültetési beavatkozást, majd visszautat-

sította a magánkórházban elvégzett csontvelőátültetés és kemoterápia költségeinek megtérítését [5, 12]. Az Egyesült Királyságban az ellátáshoz való hozzáférésben jelentkező, „irányítószám szerinti rangsorolás”-ként címkézett földrajzi különbségek tovább fokozták a politikai feszültséget [5]. Norvégiában az egyre hosszabb várólisták motiválták a rendszer átláthatóságát célzó, centralizált törekvéseket. Lengyelországban a biztosítási rendszert érintő társadalomkritika előzte meg a szolgáltatási alapcsomag és a befogadási kritériumok explicit meghatározását [2].

## Prioritásképzés és rangsorolás – vitatott kérdések

A gyógyítás terén történő prioritásképzés és rangsorolás egy kényes és sokat vitatott téma mind szakmai, mind pedig politikai szempontból. E folyamatok során ugyanis egyes szolgáltatások és páciensek előnybe kerülnek a finanszírozás terén felállított fontossági sorrend következtében. Mindez „nyerteseket” és „veszteseket” hoz létre, ami nehezen legitimálható a szolidaritásra, egyetemes hozzáférésre és méltányosságra hivatkozó egészségügyi rendszerekben. Felmerül tehát a kérdés, hogy lehet-e a prioritásképzés és rangsorolás eléggé igazságos ahhoz, hogy etikailag és társadalmilag még elfogadható legyen? Melyek az „elégleges” igazságosság szükséges feltételei, és hogyan lehet ezeket a feltételeket megteremteni? Milyen kritériumok alapján lehet rangsorolni az egyes szolgáltatások és betegek között? Hogyan lehet legitimálni ezeket a döntéseket?

Az egészségpolitikai elemzők, közgazdászok, filozófusok által dominált szakmai vita nagyrészt a makroszintű prioritásképzésre összpontosít, ezen belül is leginkább a procedurális kérdésekre. A vita középpontjában a prioritásképzés és rangsorolás folyamata és módja áll, a leginkább vitatott kérdések pedig a következők: Hogyan lehet igazságos módon gyakorlati megoldásokra jutni ezekben a morálisan összetett kérdésekben? Milyen kritériumoknak kell megfeleljen a döntéshozatali folyamat ahhoz, hogy igazságos legyen? Ki vegyen részt a döntéshozatalban, ki vállaljon felelősséget a döntésekért? Explicit vagy inkább implicit legyen a prioritásképzés és rangsorolás? A vitát nehezíti a társadalmi egyetértés hiánya arra vonatkozóan, hogy hogyan határozható meg az igazságosság fogalma az egészségügyi ellátásban. Az igazságosság fogalmának ugyanis legalább három különböző értelmezésével találkozhatunk az egészségügyi ellátásra vonatkozóan: a libertariánus, a haszonelvű (utilitariánus) illetve az egalitariánus felfogással [7].

A szakmai vita egyik sarkalatos pontja, hogy szükséges,

illetve lehetséges-e bevonni a lakosságot a prioritásképzés folyamatába. Az implicit prioritásképzés hívei szerint ezeket a döntéseket a szakértők szűk csoportjára kell bízni [9]. Ezáltal ugyanis elkerülhető az elvek és kritériumok nyilvános megvitatásával együttjáró konfliktus, mely az eltérő érdekeket képviselő társadalmi csoportok között jön létre, és politikai feszültségekhez vezethet [13, 23-ik oldal]. A politikai feszültség pedig a szükséges döntések halogatását vagy elhárítását eredményezheti, hiszen a politikusok nem szívesen vállalnak fel népszerűtlen döntéseket, akkor sem, ha azok egyébként racionális érveken alapulnak. Az implicit prioritásképzés ellenlábcai viszont lényegesnek tartják a nyilvános társadalmi vitát a lakosság széleskörű bevonásával. Szerintük a nyílt társadalmi vita szükséges feltétele az önkényes döntések elkerülésének, az igazságos döntéshozatalnak és a döntések legitimitációjának [7, 4], a rangsorolás pedig csakis akkor lehet igazságos, ha nyilvánosan és átláthatóan történik. A racionális, demokratikus társadalmi vita során a résztvevők hozzájárulnak a prioritásképzési és rangsorolási protokollok kidolgozásához, és azokat saját maguk számára kötelezővé teszik [7]. A megfelelően strukturált, nyílt társadalmi vita segít annak elkerülésében, hogy az érdekeiket hatékonyabban érvényesítő társadalmi csoportok politikai befolyásuk révén ráerőltessék akarataikat a gyengébb csoportokra [7]. A nézeteltérések és érdekkonfliktusok elkerülhetetlenek, de a társadalmi vita egyik fontos funkciója pontosan az, hogy eltérő felfogások ütköztetése révén mérlegelésre és saját álláspontjaik felülvizsgálására készítse a résztvevőket [1]. A racionális, demokratikus deliberáció egyik feladata például meghatározni, hogy az igazságosság fogalmával kapcsolatos, eltérő nézetek közül melyik alkalmazandó egy konkrét rangsorolási kérdésben [7]. (A rangsorolási kérdések és helyzetek ugyanis összetettek, és önmagában egyik nézet sem alkalmas minden egyes rangsorolási kérdés megközelítésére. Elképzelhető például, hogy egyes helyzetek és kérdések inkább egalitariánus megközelítést kívánnak meg, míg mások inkább haszonelvű vagy libertariánus felfogást [7].) A társadalmi vita során a résztvevők tehát nem csupán kinyilvánítják a források elosztásával kapcsolatos elképzeléseiket és preferenciáikat, hanem a véleménycseré során tovább alakítják nézeteiket, álláspontjaikat [17]. A nehéz döntések legitimitációját pedig segíti, ha azok tükrözik az adott társadalom értékválasztását.

A társadalmi vita fontosságát több európai ország is fellelverte, és ennek megfelelően több államban is fellelhetők a lakosság bevonására irányuló törekvések. 1998-ban hat európai országban végeztek reprezentatív Eurobarométer felmérést a lakosság körében a prioritásképzés és rangsorolás egyes kérdéseiről (az Egyesült Királyságban,

Franciaországban, Hollandiában, Németországban, Olaszországban, Svédországban) [3, 6]. A felmérés a közvélemény általános hozzáállását és preferenciáit vizsgálta arra vonatkozóan, hogy szükséges-e korlátozni az egészségügyi ellátásra fordított állami kiadásokat, honnan kell előteremteni a pótlólagos erőforrásokat, kik döntsenek a prioritásképzési kérdésekben, és milyen elvek szerint történjen a betegek közötti rangsorolás. Emellett a felmérés azt is vizsgálta, hogy a személyes jellemzők (kor, nem, iskolai végzettség, politikai meggyőződés, egészségi állapot, munkavállalói státusz stb.) hogyan befolyásolják az egyén véleményét a fent említett kérdésekben. Az Eurobarométer felmérés pilot változatát Magyarországon is elkészítették 2006-ban [6]. A pilot felmérés célja a magyar lakosság véleményének megismerése volt az egészségügyi források elosztásával és a rangsorolási kérdésekkel kapcsolatban.

Az említett felmérések eredményei azt mutatják, hogy a válaszadók annál inkább tudatában vannak a kérdés súlyának, minél hamarabb kezdődött el az adott országban a prioritásképzéssel kapcsolatos társadalmi vita. Az eredmények közül érdemes kiemelni, hogy *mind a nyugat-európai, mind pedig a magyar válaszadók nagy többsége szerint az orvos feladata meghozni a prioritásképzéssel és rangsorolással kapcsolatos döntéseket* [6]. Függetlenül attól, hogy általános szabályokról vagy egyéni esetről van-e szó, a válaszadók többsége elsősorban az orvosra bízna annak eldöntését, hogy melyik gyógykezelés és melyik beteg részesüljön előnyben, ha rangsorolásra van szükség. A fent említett, 2006-ban végzett magyarországi felmérés válaszadóinak többsége szerint a betegek között nem szabad általános érvényű kritériumok alapján rangsorolni (például életkor, életmód, családi kötelezettségek stb. alapján) [6]. Szerintük az orvos mindig az egyedi eset szempontjai alapján kell mérlegeljen és döntsön. (A betegek közötti rangsorolás explicit kritériumainak kérdésében a magyar válaszadók véleménye eltér a nyugat-európai válaszadókéétól; utóbbiak a várólistán eltöltött időt tartják a legfontosabb tényezőnek a betegek közötti rangsorolás esetén [6, 15-ik oldal].)

A felmérések fontos tanulsága, hogy a lakosság elsősorban az orvostól várja el a nehéz rangsorolási döntések meghozatalát, nem az egészségügyi menedzserektől, szolgáltatóktól, biztosítóktól, politikusoktól. Feltevődik viszont a kérdés, hogy az orvosok mennyiben tudnak megfelelni ennek az elvárásnak – tekintetbe véve a valós döntési szabadságukat, valamint a rendelkezésükre álló, döntéshozatalat támogató eszközöket. A makroszinten felállított, gyakran a nyilvánosság kizárásával megszabott korlátok ugyanis kihatnak a klinikai szinten meghozandó döntésekre. Milyen mértékben vállalhatja fel tehát az

orvos a közvélemény által ráruházott felelősséget, ha a makroszintű forrásfelosztás eredményeképpen megfosztják annak lehetőségétől, hogy elsősorban orvosszakmai szempontok szerint döntsön? Mit tehet az orvos, ha arra kényszerítik, hogy a költséghatékonysági megfontolásokat részesítse előnyben az egyedi döntések során? Ha léteznek nyilvános társadalmi vita keretében ütköztetett és mérlegelt explicit elvek, akkor az orvos támaszkodhat rájuk az egyes rangsorolási döntések meghozatalakor. *Ilyen elvek hiányában azonban az orvos kénytelen a társadalom helyett felvállalni a felelősséget a rangsorolásért*, akkor is, ha nincs valós döntési szabadsága, mert nem dönthet kizárólag az orvosszakmai szempontok alapján.

## Tapasztalatok és várható fejlemények a prioritásképzés terén

Az európai egészségügyi rendszerek alapvető, közös értékeként határozták meg a szolidaritás alapú forráselosztást és az elsősorban szükségletalapú hozzájárulást [16]. Az utóbbi években azonban egyre gyakrabban tapasztaljuk, hogy a szükségletalapú hozzájárulás szűkítése nemcsak a gyakorlat, hanem immár a politikai retorika szintjén is megjelenik. Több országban is explicit megfogalmazásra került az az érv, hogy a szükségletalapú hozzájárulás és az anyagi teherviselési képességgel arányos pénzügyi hozzájárulás elveit nem lehet minden esetben maradéktalanul érvényesíteni. Példa erre Hollandia, ahol az úgynevezett „saját kockázat elvét” vezették be az egészségügyi biztosításban. Ennek következtében minden Hollandiában biztosított egyén át kell vállaljon az igénybevett ellátások költségeiből egy bizonyos összeget, mely évente, egyezményesen kerül meghatározásra. Ez a szabály minden, a társadalombiztosításba befogadott egészségügyi ellátásra vonatkozik a háziiorvosi ellátás kivételével. (Ezen felül, a biztosított egyénnek fizetnie kell a biztosítási hozzájárulást, valamint a szolgáltatási alapsomagból kirekesztett vagy csak részben fedezett szolgáltatások térítési díját is, amennyiben nem rendelkezik kiegészítő biztosítással. Az egyén dönthet úgy, hogy a minimálisnál magasabb összeget vállal át saját kockázatként. Minél nagyobb összeget vállal át az egyén a megszabott minimum felett, annál inkább csökkentheti az egészségbiztosítási hozzájárulását.) Példaként említhető Magyarország is: Az egészségügyért felelős államtitkárság által 2010 októberében közzétett Semmelweis terv vitairata hangsúlyozta az öngondoskodás kiterjesztését az egészségügyben, kiegészítő jelleggel [11, 7-ik oldal]. Az öngondoskodást a vitairat úgy határozta meg, hogy „az fizet az egészségügyi ellátásért, aki igénybe veszi”. A vitairat szerint ugyanis a

források által meghatározott korlátok „szükségessé tehetik a szükségletalapú hozzáférés és fizetési képességgel arányos hozzájárulás alapelvei illetékességi körének szűkítését” [11, 7. oldal]. A vitairat annak lehetőségét is kilátásba helyezte, hogy a várólisták kezelésében megengedhető legyen a sorbanállás pénzzel való kiváltása, a közfinanszírozott ellátásban is [11, 8. oldal].

Az egyes európai országok eltérő mértékben és módon közelítik meg a prioritásképzés és rangsorolás kérdését. Egyes államokban korábban elkezdődtek az explicit prioritások felállításával kapcsolatos szisztematikus törekvések, és hamarabb elindult a rangsorolással kapcsolatos társadalmi vita. Ez jellemző például Hollandiára, Norvégiára, Svédországra, Finnországra [6]. A prioritásképzés expliciten megfogalmazott alapelvei között szerepel az emberi méltóság, egyenlőség, méltányosság és autonómia (Finnország), a jogegyenlőség, egyéni szükséglet, szolidaritás és költséghatékonyság (Svédország), a szükségeség, hatásosság, költséghatékonyság és egyéni felelősség (Hollandia), az igazságosság és egyenlőség (Norvégia) [10, 54-55. oldal]. Másol, például Németországban [8] és egyes kelet-európai államokban a prioritásképzés és rangsorolás egészen a közelmúltig tabu téma volt, vagy még ma is az. Az eddigi tapasztalatok azt mutatják, hogy az egyes országok prioritásképzéssel és rangsorolással kapcsolatos álláspontját nagymértékben befolyásolja, hogy az adott állam hogyan határozza meg az egészségügyi ellátáshoz való jog tartalmát [10].

Az egészségügyi ellátáshoz való jog tartalma azonban nemcsak államonként különbözik, hanem adott országon belül is fontos változásokon megy keresztül. Ez különösen érvényes egyes kelet-európai országokra nézve, beleértve Magyarországot és Romániát is, ahol a rendszerváltás előtt az államszocialista rendszer az ingyenesen biztosított egészségügyi ellátáshoz való egyetemes hozzáférést állampolgári jogként határozta meg. (Magyarországon például a II/1972-es törvény az egészségügyről kimondta, hogy az állam feladata az állampolgárok számára biztosítani az ingyenes egészségügyi ellátást, állampolgári jogon.) Noha az ingyenes ellátást hangsúlyozó államszocialista retorika éles ellentétben volt a valós helyzettel, a rendszerváltást követően mindkét országban komoly kihívást jelentett a lakossággal elfogadtatni az egészségügyi ellátás társadalombiztosítási alapokra való helyezését. Különösen nehéznek bizonyult elfogadtatni azt a tényt, hogy az ellátáshoz való hozzáférés immár nem állampolgári jogon történik, hanem a biztosításon alapuló jogosultság következtében. Ezt tükrözik például a Magyar Alkotmánybírósághoz benyújtott indítványok, melyek az egészségügyi rendszer átalakítását célzó egyes jogszabályok alkotmányellenességének megállapítását és megsemmisítését célozták [18].

Az indítványok egyik alapérve az volt, hogy a társadalombiztosítás megszervezésével kapcsolatos egyes jogszabályok sértik a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való alkotmányos jogot. Volt olyan indítvány, mely azzal érvelt, hogy egyes gyógyászati segédeszközök árhoz nyújtott támogatásának korlátozása sérti ezt az alkotmányos jogot (lásd a 517/B/2003-as AB határozatot). Akadt olyan indítvány is, amely azzal az indokkal kérte a vizitdíj és a kórházi napidíj bevezetésével kapcsolatos kormányrendelet megsemmisítését, hogy „az egészségügyi ellátás ingyenes, és minden ember jogosult alanyi jogon az ingyenes orvosi ellátásra” (lásd a 179/I/2007-es AB elnöki végzést).

A Magyar Alkotmánybíróság határozatai jól tükrözik az egészséghez és egészségügyi ellátáshoz való jog értelmezésében bekövetkezett változásokat a biztosítási alapú egészségügyi rendszer bevezetését követően. Az utóbbi tizenöt év során az Alkotmánybíróság ismételt hangsúlyozta, hogy az egészséghez való alkotmányos jog nem értelmezhető alanyi jogként. Ehelyett az Alkotmány egy állami kötelezettséget fogalmaz meg, melyet az állam az egészségügyi ellátás megszervezése révén valósít meg (56/1996-os AB határozat, 186. oldal). Az állam nagyfokú szabadságot élvez a finanszírozási elvek és az ellátási és költségfedezési rendszer kialakítása során. Az Alkotmánybíróság rámutatott arra is, hogy az egészséghez való alkotmányos jogot csak a rendelkezésre álló gazdasági lehetőségek és az ellátórendszer teherbíróképességének arányában lehet figyelembe venni és biztosítani (56/1996-os AB határozat, 183. oldal). A kötelező társadalombiztosítás körébe tartozó ellátási jogosultságot viszont valóságos alanyi jogként értelmezte, melynek alapja az alkotmányos jog a társadalombiztosításhoz, valamint az alkotmányos tulajdonvédelem. Az állam által kialakított finanszírozási rendszer csakis akkor alkotmányos, ha „finanszírozási hiány miatt egyetlen jogosult sem marad ellátatlanul” (56/1996-os AB határozat, 188. oldal). Ez viszont nem zárja ki a törvényhozó szabadságát, hogy korlátokat szabjon az egyes szolgáltatások térítésére vonatkozóan, hiszen az Alkotmány alapján az állam nem kötelezhető arra, hogy teljes mértékig fedezzen egy adott szolgáltatást (517/B/2003-as AB határozat).

Jelenleg mind a magyarországi, mind pedig a romániai egészségbiztosítási törvény egyértelművé teszi, hogy az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés nem állampolgári, alanyi jogon, hanem a biztosítási jogviszony alapján történik a szolgáltatások nagyrésztét illetően [20, 21, 22 - az elemzés a 2011 tavaszán hatályban levő törvényeken alapul]. Mindkét országra jellemző a kötelező társadalombiztosítási rendszer, melyet a szolidaritási alapon működő, egységes, közpénzből fenntartott társadalom-

biztosítási alapból fedeznek. A biztosítási jogviszony feltétele a kötelező egészségbiztosítási járulék megfizetése, mely nélkül csupán a szolgáltatások egy minimális csomagját lehet igénybe venni (például sürgősségi, életmentő ellátást, bizonyos járványügyi szolgáltatásokat beleértve a kötelező védőoltásokat, terhesgondozást és szülészeti ellátást, valamint a családtervezéssel kapcsolatos egyes szolgáltatásokat). A kötelező egészségbiztosítási járulékot minden egyénnek meg kell fizetnie egyes, törvény által meghatározott társadalmi csoportok kivételével, melyek esetében az állam a járulékfizetést méltányosságából átvállalja. Az egészségügyi ellátások nagyrészt az úgynevezett biztosítási alapsomag tartalmazza, mely a társadalombiztosítás keretén belül kerül meghatározásra. A biztosítási alapsomag jelenleg mind Magyarországon, mind pedig Romániában törvényben meghatározott preventív, kuratív, ápolási és rehabilitációs szolgáltatásokat tartalmaz. Egyes szolgáltatások térítésmentesen, mások részleges térítési díj megfizetésével vehetők igénybe. A gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök árhoz nyújtott támogatással vehetők igénybe, melynek mértéke miniszteri rendeletben kerül szabályozásra. Jelenleg mindkét országra jellemző a társadalombiztosításból kirekesztett szolgáltatások viszonylag szűkkörű meghatározása. A kirekesztett szolgáltatások közé tartoznak az esztétikai célú, nem kuratív jellegű beavatkozások, a komfortszint emelő szolgáltatások, egyes fogászati kezelések, a gyógykezeléshez nem szükséges igazolványok kiállítása céljából elvégzett orvosi vizsgálatok, egyes nem kötelező védőoltások, illetve a beteg kifejezett kérésére nyújtott, többletköltséggel járó szolgáltatások [20, 21]. A biztosítási csomagból kirekesztett szolgáltatásokat, valamint a részlegesen térített szolgáltatások térítési díját a beteg többnyire zsebből fizeti, illetve egyes szolgáltatások fedezésére lehetősége van kiegészítő, önkéntes magánbiztosítást kötni.

A biztosítási alapsomag meghatározása, illetve az egyes szolgáltatások befogadása vagy kirekesztése egy alapvető prioritásképzési kérdés. Jelen írás befejezéséig (azaz 2011 tavaszáig) mind a romániai, mind pedig a magyarországi rendszerre jellemző volt az átfogó tartalmú alapsomag, bár már elindult a vita az alapsomag szűkítéséről. Az utóbbi években egyre inkább tapasztaljuk a térítési díjak növekedését az egyes szolgáltatások esetében, különösen a gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök terén. Mindkét rendszerben fellelhető a törekvés a méltányosság szempontjainak érvényesítésére, ugyanis a legalacsonyabb jövedelemmel rendelkező társadalmi csoportok esetében a térítési díj terhét az állam átvállalja [20, 21]. A méltányosság szempontjait azonban fontos érvényesíteni a gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök társadalombiztosításba való befogadása során is. Ezzel

kapcsolatban megfontolandó, hogy Magyarországon a hozzáférési esélyegyenlőséget hangsúlyozó „méltányosság érvényesítése” mint alapelv kikerült a gyógyszerek befogadását és támogatását szabályozó minisztériumi rendeletből - annak ellenére, hogy a rendelet eredeti szövegében alapelvként szerepelt [10, 74. oldal]. A hatályos rendeletben szereplő alapelvek között<sup>1</sup> fellelhető ugyan a szükséglet alapú megközelítés [19], de ez az egészségügyi probléma jellegére, a betegcsoport jellemzőire, számára, megoszlására, súlyosságára vonatkozik, és nem említi az egyén, illetve az adott társadalmi csoport fizetőképességének figyelembe vételét.

## Záró gondolatok

A jelenlegi fejlemények azt mutatják, hogy a jövőben egyre inkább számolnunk kell a szükségletalapú hozzáférés szűkítésével és prioritások felállításával az egészségügyi ellátásban. Ez azonban nehezen legitimálható a szolidaritásra és méltányosságra mint alapelvekre hivatkozó egészségügyi rendszerekben. Ezek az alapelvek ugyanis megkövetelik, hogy az egyének fizetési képességüktől és betegségük jellemzőitől függetlenül, egyforma eséllyel férjenek hozzá a számukra szükséges, orvosilag indokolt ellátáshoz. Egyre égetőbb kérdés tehát, hogy hogyan lehet biztosítani a kényes prioritásképzési döntések társadalmi elfogadását. Az implicit prioritásképzés ellenzői szerint a megfelelően strukturált, racionális, demokratikus, nyílt társadalmi vita az egyetlen módja a prioritásképzési és rangsorolási döntések legitimációjának [7]. Az eddigi tapasztalatok azt mutatják, hogy egyre több ország ismeri fel a nyílt szakmai és társadalmi vita fontosságát, illetve próbálja megismerni a lakosság véleményét és hozzáállását.

Az egyes európai államokban végzett lakossági felmérések fontos tanulsága, hogy a közvélemény szerint elsősorban az orvos feladata és felelőssége meghozni a prioritásképzéssel és rangsorolással kapcsolatos döntéseket. Az egyéni, klinikai szinten ez többnyire tükrözi a valós helyzetet, hiszen az esetek nagyrésztében az orvosra hárul a nehéz döntések meghozatalának felelőssége. A makroszinten meghozott forrásfelosztási és prioritásképzési döntések viszont korlátozhatják a klinikai szinten meghozandó döntéseket, és rákényszeríthetik az orvosra a költséghatékonysági szempontok érvényesítését az orvosszakmai

<sup>1</sup>A minisztériumi rendeletben szereplő alapelvek a költséghatékonyságot, a költségvetési keretek figyelembe vételét, a szakmai megalapozottságot, a szükséglet alapú megközelítést hangsúlyozzák, illetve azt, hogy a döntéshozatal és az eljárásrend átlátható, ellenőrizhető, kiszámítható és nyilvános kell legyen. Lásd a 32/2004. (IV. 26.) ESzCsM rendelet 3-ik paragrafusát [19].

és orvosetikai szempontokkal szemben. Nagyon fontos tehát, hogy az orvosok részt vegyenek a prioritásképzéssel és rangsorolással kapcsolatos kérdésekre vonatkozó szakmai és társadalmi vitában, és érvényesítsék a hagyományos orvosetikai szempontokat. Mind Magyarországra, mind pedig Romániára nézve elmontható, hogy az explicit prioritásképzéssel kapcsolatos szakmai vita most van kibontakozóban, és a lakosság bevonásával történő társadalmi vita még várat magára. Kulcsfontosságú, hogy az orvostársadalom proaktívan vegyen részt mind a jelenleg kibontakozó szakmai, mind pedig az elkövetkező társadalmi vitában. Ez nemcsak azért fontos, mert a lakosság többsége az orvosoktól várja el a nehéz prioritásképzési döntések meghozatalát, hanem azért is, mert szükség van arra, hogy az orvosok rávilágítsanak a makroszintű döntések klinikai, szakmai következményeire.

## Irodalom

1. Børøe K. - Priority setting in health care: on the relation between reasonable choices on the micro-level and the macro-level, *Theor Med Bioeth*, 2008, 29:87-102.
2. Bialynicki-Birula P. - Circumstances of health care rationing in Poland. Towards positive definition of health benefit. Presentation at the Health Care Rationing conference, Erasmus University, Rotterdam, December 9, 2010.
3. Busse R. - Priority-setting and rationing in German health care. *Health Policy*, 1999, 50:71-90.
4. Daniels N. - Accountability for reasonableness in priority setting: theory and applications, Presentation at the Health Care Rationing conference, Erasmus University, Rotterdam, December 9, 2010.
5. Entwistle V. A., Watt I. S., Bradbury R. et al. - Media coverage of the Child B case, *BMJ*, 1996, 312:1587-1591.
6. Erdész D., Kassai L., Brandtmüller Á. et al. - Az egészségügyi szolgáltatások rangsorolása: az EUROBAROMÉTER kérdőíves felmérés nemzetközi és hazai tapasztalatai, *IME*, 2008, VII. évfolyam, 1. szám.
7. Fleck L. M. - Just caring: in defense of the role of democratic deliberation in health care rationing and priority-setting, Presentation at the Health Care Rationing conference, Erasmus University, Rotterdam, December 9, 2010.
8. Gulácsi L. - Prioritások képzése az egészségügyben, In: Gulácsi L. (szerk.) *Klinikai kiválóság*, Springer, Budapest, 1999.
9. Hunter D. - Desperately seeking solutions. *Rationing health care*. Longman, London, 1997.
10. Józwiak-Hagymási J., Hermann D., Udvaros I. - Értékválasztás, prioritásképzés és rangsorolás a magyar egészségügyben, *Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet*, Budapest, 2006.
11. Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkárság. - Újraélesztett Egészségügy, Gyógyuló Magyarország. Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére. Szakmai konzultáció – vitairat. Budapest, 2010.
12. Norheim O. F. - Healthcare rationing – are additional criteria needed for assessing evidence based clinical practice guidelines? *BMJ*, 1999, 319:1426-1429.
13. Robinson R. - Limits to rationality: economics, economists and priority setting. *Health Policy* 1999, 49:13-26.
14. Sabik L. M., Lie R. K. - Priority setting in health care: Lessons from the experiences of eight countries, *International Journal for Equity in Health*, 2008, 7:4.
15. Tragakes E., Viononen M. - Key issues in rationing and priority setting for health care services, WHO Regional office for Europe, Copenhagen, 1998.
16. \*\*\*Európai Unió Tanácsa - A Tanács következtetései a közös értékekről és elvekről az európai uniós egészségügyi rendszerekben, *OJ C 146/1:0001-0003*, 2006. június 22.
17. \*\*\*Magyar Agora - Deliberatív Demokrácia. <http://www.magyaragora.org/?p=magora&c=4> (utolsó elérés: 2011. március 28)
18. \*\*\*Magyar Alkotmánybíróság döntései: 56/1996-os AB határozat, 517/B/2003-as AB határozat, 179/I/2007-es AB elnöki végzés.
19. \*\*\*32/2004. (IV. 26.) EszCsM rendelet a törzskönyvezett gyógyszerek és a különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszerek társadalombiztosítási támogatásba való befogadásának szempontjairól és a befogadás vagy a támogatás megváltoztatásáról.
20. \*\*\*Legea Nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății. *Monitorul oficial Nr. 372 din 28 aprilie 2006*.
21. \*\*\*1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól.
22. \*\*\*1997. évi LXXX. törvény a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről.