



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ-ПЛОВДЕН  
ФАКУЛТЕТ ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ  
КАТЕДРА „ОБЩЕСТВЕНОЗДРАВНИ НАУКИ“

Лекция №7

1

**ЕТИЧНИ ПРОБЛЕМИ НА  
РАЗПРЕДЕЛЕНИЕТО НА  
ЗДРАВНИТЕ РЕСУРСИ**

*Проф. д-р Силвия Янкуловска, дмн*

# ДЕФИНИЦИЯ

2

Разпределението на ресурсите представлява разпределение на блага и услуги между конкуриращи се за тях лица или институции.

# НИВА НА РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ

3

- 1. Разпределение на макрониво** - от правителствата и органите на управление на национално, регионално и местно равнище. Вземат се решения за относителния дял от БВП, който да се задели за посрещане на здравните потребности на населението.
- 2. Разпределение на мезониво** - поделяне на ресурсите на ниво на отделните институции в здравеопазването, приоритет може да се отдава на различните аспекти на здравни грижи, на различните структурни елементи на здравната система и др.
- 3. Разпределяне на микрониво** (индивидуално разпределение)

# ЕТИЧНИ ШКОЛИ ЗА РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ НА РЕСУРСИТЕ

4

- **Егалитарната** философска школа приема **принципа за справедливост** и осигуряването на равенство между всички хора за основа на решенията за разпределение на ресурсите. Ако равенство е невъзможно, неравенството е в полза на лицата с най-големи здравни нужди.
- **Утилитарната** философска школа - **принцип на благодеянието и ненанасянето на вреда** - етично правилно е това решение, което ще донесе най-голяма полза за мнозинството.
- **Либертарната** философска школа - **принцип на автономност** - ресурсите трябва да се разпределят според свободната воля на тези, които ги притежават или контролират по право.

# ПОДХОДИ ЗА РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ НА РЕСУРСИТЕ

5

- Приоритет на профилактиката
- Укрепване на ПЗП

---

- По реда в списъка на чакащите
- Теория на нуждите
- Разпределение според вероятността за успех
- Теория за ГКПЖ
- Според възрастта на пациентите
- Принцип на полезност
- Лична отговорност за здравето

# ФЕНОМЕН НА СПИСЪКА НА ЧАКАЩИТЕ

6

## НЕГАТИВНИ СТРАНИ

- Стрес и безпокойство у пациентите.
- Опасения, че състоянието им може да се окаже тежко.
- Психологически проблеми в семейството.
- Списъците на чакащите възпрепятстват здравните работници да оказват медицински грижи, наложителни по медицински критерии.
- Обществени загуби под формата на инвалидизация и загуба на работни дни.
- Възниква политическа загриженост и обществен дебат, особено при негативни последици като смърт на пациенти в списъка на чакащите.

# ФЕНОМЕН НА СПИСЪКА НА ЧАКАЩИТЕ

## ПОЛОЖИТЕЛНИ СТРАНИ

- По-добро планиране на здравните грижи.
- Роля на филтър – пример с IVF.

# ТЕОРИЯ ЗА ГКПЖ

8

Отчита се количеството и качеството на живот, постигнат в резултат на здравни дейности.

**1 ГКПЖ = 1 година в абсолютно здраве**

- Проблеми при приложението на микрониво.
- Използва се при икономическия анализ на ефективността на различни интервенции.
- Позволява определяне на общественно-здравни приоритети.



# ТЕОРИЯ ЗА ГКПЖ



## Примерна цена на 1 ГКПЖ

/Великобритания, цени приравнени към 1990 г./

Холестеролов тест и назначаване на диета –  
220 лири

Сърдечна трансплантация – 7800 лири

## Ако разполагаме с 16 000 лири?

- 2 ГКПЖ за пациента, нуждаещ се от трансплантация
- 72 ГКПЖ за пациента с холестероловия тест

# РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ НА РЕСУРСИТЕ СПОРЕД ВЪЗРАСТТА НА ПАЦИЕНТИТЕ

"Ако едновременно се дават 20-годишно момиче и баба му, повечето хора биха хвърлили единствения спасителен пояс на момичето и повечето от бабите биха искали от нас да направим точно това. **Обикновеният гражданин** би постъпил така смятайки, че момичето има право да изживее живота, който възрастната жена вече е имала. **Лекарят** би постъпил така, за да спаси колкото се може повече живот. **Икономистът** би търсил по-големият брой години живот за цената на един спасителен пояс. Справедливостта е важна за обществото, максималната полза за лекаря, а съотношението разход-полза — за икономиста".

## АРГУМЕНТИ **ПРОТИВ** И **ЗА** РАЗПРЕДЕЛЕНИЕТО ПО ВЪЗРАСТ

**1А - Ако наличните ресурси се използват ефективно, няма да съществува проблем за разпределението им.**

**1Б - Колкото и добре да се насочват ресурсите и колкото и ефективно да се използват, винаги ще имаме двама да веша се и един спасителен пояс.**

**2А - Възрастните са относително малка част от населението и малко ще се спести, ако ги лишим от високотехнологични грижи .**

**2Б - Възрастните над 65 г. в Европейският съюз сега са средно около 16%, но през следващите десетилетия се очаква значително нарастване.**

**3А - Една система за разпределение на ресурсите базирана на възрастта като критерий, не би имала значително влияние върху медицинските разходи, докато не включва ограничение на свръхразходите при по-младите пациенти.**

**3Б - Медицинските грижи при по-възрастните са по-малко ефективни и следователно единица медицински грижи консумирани по-късно в живота ще има по-малък ефект върху запазването на живота и поддържането на нормално функциониране, отколкото единица медицински грижи в по-ранна възраст.**

**4А - Чрез ограничаване на грижите за всички над определена възраст, ние лишаваме от помощ много лица в добра форма, нуждаещи се от малки интервенции с добра прогноза.**

**4Б - Ако приемем възрастните за специална група, то тази група вече е имала по-дълъг живот от останалите. Ограничаването на грижите за тази група, ще спомогне за освобождаване на ресурси за наистина онеправданите групи, като например инвалидите.**

**5А - Възрастта е физически факт. Да се използва този факт като база за разпределение на жизненоважни ресурси в здравеопазването е толкова произволно и несправедливо, колкото и използването на други физически и биологични факти като пола и расата.**

**5Б - Да се третира хората на определена възраст по определен начин означава, че всички хора достигащи тази възраст ще получават същото отношение. Сексистките или расистките политики, обаче не подлежат на същия принцип.**

**6А - Обществото има специфични задължения за осигуряване на медицински грижи за възрастните, тъй като те са отдали дължимото на обществото.**

**6Б - Осигурителната система не е система за индивидуални спестявания. Не може да се претендира за право да получиш стойността на собствените си вложени средства, тъй като много от наличните в момента методи на лечение дори не са били открити, когато възрастните днес пациенти са внасяли застраховката си преди 40 или 50 години.**

# НЕРЕШЕНИ ПРОБЛЕМИ НА РАЗПРЕДЕЛЕНИЕТО НА РЕСУРСИТЕ

16

- Най-добрият изход срещу равния шанс
- Най-увреденият срещу по-голямата ефективност
- Скромни ползи за мнозинството срещу големи ползи за малцинството (агрегационен проблем, пример с Орегонския здравен план – апендектомия 4000\$)
- Проблем с демокрацията – чие мнение да зачетем?



# ЕТИКА И ОБЩЕСТВЕННО ЗДРАВЕ

Биоетиката възниква в края на 60-те години на ХХ век в отговор на наболелите етични дилеми на това време.

В ранните години на развитие на биоетиката е било отделяно малко внимание на етичните проблеми в областта на общественото здраве. Доминиращи теми са били доброто за индивида и в частност неговата автономност.

# ОПРЕДЕЛЕНИЕ

19

Етиката на общественото здраве се занимава с идентифициране, анализ и разрешаване на етични проблеми, възникващи в общественото здраве.

Тя има широк обхват, който покрива етични и социални въпроси в областта на промоцията на здравето, профилактиката, епидемиологичните проучвания и общественото здравната профилактика.

# ЕТИЧНИ ТЕОРИИ

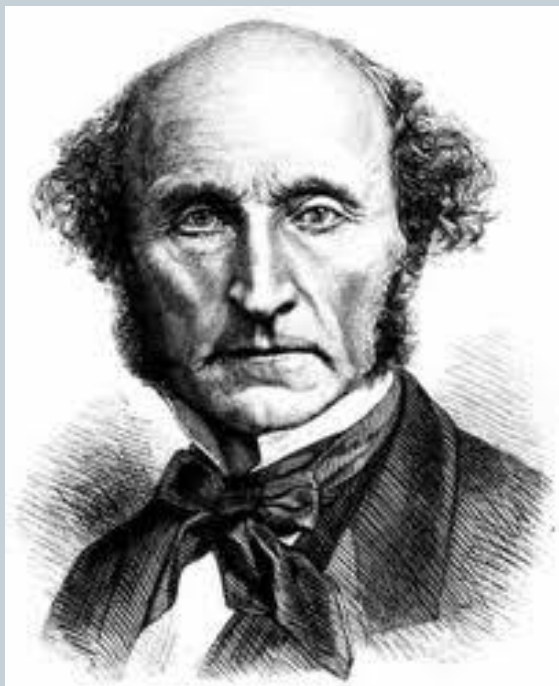
20

- Утилитаризъм
- Комюнитаризъм (community-общество) – доброто за цялото е добро и за съставните части
- Кантианизъм – хората да се третират като завършени личности, а не като средства за постигане на нечии цели (изследователска работа)
- Принципализъм – рамка за разбиране на проблема и илюстриране на конфликти
- Казуистика (скринингови програми)

# ЕТИЧНИ ПРИНЦИПИ

21

- Нанасяне на вреда в името на благо на обществото



**John Stuart Mill**

*Единствената цел, която оправдава упражняването на сила върху член на цивилизованото общество въпреки волята му, е предотвратяването на вреда за останалите.*

# ЕТИЧНИ ПРИНЦИПИ

22

- Приложение на най-малко ограничаващи средства
- Реципрочност (компенсиране на щети, понесени от лицата в името на общото благо)
- Прозрачност при вземане на решения за ОЗ и публична аргументация
- Ефективност
- Пропорционалност на ползи към нарушени морални съображения

# ОБХВАТ

23

## 1. Промоция на здравето – негативни последици:

- Отчуждаване на хората с различни ценности
- Стигматизация на лицата с “неприемливо поведение”
- Увеличаване на разликите в здравето между групите с различен социален статус
- Стимули?

# ОБХВАТ

24

## 2. Редуциране на риска

- Каква степен на риск е социално приемлива и кой трябва да реши това?
- Задължителен скрининг?

## 3. Епидемиологични проучвания

- Кой има право на достъп до събраните данни?
- Информирано съгласие от общността
- Етично ли е провеждането на проспективни кохортни проучвания?



# ОБХВАТ

25

## 4. Контрол на инфекциозни заболявания

- Нови ваксини при епидемии – занижаване на етично-правните изисквания в името на ускореното разработване? Рискове при ваксинирането съотнесени към ползата за обществото
- Информираност при задължителни ваксинации?
- Приложимост на стари методи като карантина?
- Конфиденциалност при проследяване на контактните лица?

## 5. Контрол на раждаемостта (популационен контрол)

- Ограничаване – Китай
- Насърчаване – пронаталистични политики

# ЕТИЧНИ ПРОБЛЕМИ ПРИ РАЗЛИЧНИТЕ ДЕЙНОСТИ В ОБЛАСТТА НА ОЗ

26

## 1. Витална статистика

- конфиденциалност
- нахлуване в личното пространство
- риск от стигматизация на определени групи

## 2. Докладване на заразно заболяване

- конфиденциалност
- неравномерно разпределение на тежестите и ползите

## 3. Здравно образование

- допустимост на стимули
- прицелно образование – риск от социална стигма

## 4. Здравно законодателство

- Риск за автономността и физическото състояние

# ЕТИЧНА РАМКА НА ОБЩЕСТВЕНОТО ЗДРАВЕ

## СТЪПКИ ЗА РАЗГЛЕЖДАНЕ НА ЕТИЧНИТЕ СТРАНИ НА ДАДЕНА ИНТЕРВЕНЦИЯ В ОЗ

27

1. Какви са общественно-здравните цели на програмата?
  - Защита на индивидите – патерналистичен подход
2. До каква степен програмата постига целите си?
3. Какви са известните рискове?
  - за конфиденциалността
  - за автономността
  - за справедливостта при подбор на прицелните групи

**Колкото по-големи са рисковете от една програма, толкова по-силни трябва да са доказателствата, че тя ще постигне целите си.**

# ЕТИЧНА РАМКА НА ОБЩЕСТВЕНОТО ЗДРАВЕ

## СТЪПКИ ЗА РАЗГЛЕЖДАНЕ НА ЕТИЧНИТЕ СТРАНИ НА ДАДЕНА ИНТЕРВЕНЦИЯ В ОЗ

28

4. Могат ли да се намалят рисковете? Има ли алтернативни подходи?
5. Справедливо ли е осъществена програмата?

Несправедливото прилагане на програмата може да доведе до социални вреди, ако се затвърдят стереотипи, че само определени групи от популацията са рискови за дадено заболяване.

6. Балансиране на рисковете и ползите