

ЕТИЧНИ ПРОБЛЕМИ НА РАЗПРЕДЕЛЕНИЕТО НА РЕСУРСИТЕ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Разпределението на ресурсите представлява разпределение на блага и услуги между конкуриращи се за тях лица или институции. В медицината и здравеопазването разпределение се налага поради недостига на ресурси и наличието на много нуждаещи се. Причините за това са разнообразни - има много повече пациенти с хронична бъбречна недостатъчност, отколкото налични бъбреци за трансплантация; скъпоструваща апаратура липсва в определен регион; дадено лекарство е изключително скъпо; ограничен брой специалисти са подготвени да извършват определена манипулация; броят на леглата в суперспециализираните болници е ограничен и др. Разпределението на ресурсите е важен практически и етичен проблем, който изисква повишено внимание от страна на политиците, здравните професионалисти, пациентите и обществеността.

Нива на разпределение на ресурсите

Съществуват *три нива*, на които могат да се вземат решения за разпределение на ресурсите за осигуряване на здравни грижи:

- **Разпределение на макрониво** - извършва се от правителствата и органите на управление на национално, регионално и местно равнище. Вземат се решения за относителния дял от националното богатство, който обществото може да отдели, за да посрещне здравните потребности на населението.
- **Разпределение на мезониво** - отнася се до поделянето на ресурсите на ниво на отделните институции в здравеопазването. Приоритет може да се отдава на различните аспекти на здравните грижи - напр. профилактична и лечебна медицина, на различните структурни елементи на здравната система (напр. на първичната здравна помощ), на различните звена и програми и др.

• **Разпределяне на микрониво** - решават се проблеми за предоставяне на здравни ресурси на отделни пациенти.

Често терминът **макроразпределение се отнася до първите две нива**, а **микроразпределение** се използва за означаване на **разпределителните процеси на индивидуално ниво**.

Решенията на макрониво за дела на обществените ресурси за здравеопазване, както и определените приоритети на здравеопазването неизбежно ограничават вземаните от лекарите решения на микрониво.

Етични школи и теории за разпределение на ресурсите

Етичните проблеми на разпределението на ресурсите са широко дискутирани, но **не съществува единна етична теория**, която цялостно да обяснява и обосновава всички разпределителни решения.

Различните етични школи свързват по различен начин преценката за разпределението на ресурсите с принципа на справедливост в медицината и балансирането му с един или повече от останалите етични принципи [277].

Егалитарната философска школа приема принципа за справедливост и осигуряването на равенство между всички хора за основа на решенията за разпределение на ресурсите. Всеки човек има право на равен шанс с останалите по отношение на наличните ресурси. Това не означава, че всеки трябва да има достъп до всяка налична медицинска интервенция. Фокусът е върху равното разпределение на средствата и шансовете [99]. Консумацията на здравни грижи не е функция само на търсене (нужда), но и на предлагане. Пациентите може да имат нужда, но тя да не бъде задоволена заради по-приоритетни случаи или да се наложи пациентите да чакат за получаване на здравни грижи. С други думи, разпределителните решения осигуряват равенство, но когато това не е възможно, неравенството е в полза на лицата с най-големи здравни нужди. Съответно наложително е дефинирането на нужда. Според тежестта на заболяването, колкото по-болен е индивидът или обществото като цяло, толкова по-голяма

е нуждата от здравни грижи. Нуждата може да се дефинира и по-точно, като способност за извличане на полза от дадено лечение.

Утилитарната философска школа основава разпределителните решения на принципите на благодеянието и ненанасянето на вреда. От няколко възможни решения за разпределение на ресурсите етично правилно е това, което ще донесе най-голяма полза за мнозинството [187,228]. Утилитаризмът може да откаже здравни грижи на някои индивиди, ако това би увеличило ползата, независимо от ценността на здравето за конкретния индивид [102].

Либертарната философска школа приема, че принципа на уважение на автономността е водещ при разпределението на ресурсите. Ресурсите трябва да се разпределят според свободната воля на тези, които ги притежават или контролират по право. Ако здравните грижи се осигуряват за лицата с най-големи нужди, това не става, защото те имат право на тях, а защото е постигнато съгласие с лицата, които притежават ресурсите, да ги предоставят. Разпределителното решение за наличните ресурси е основано на свободен, автономен избор на лицата, участващи при вземането му. При либертарния подход предоставянето на здравни грижи е поставено в условията на свободния пазар.

Посочените три подхода, основани на принципите на справедливост, благодеяние и уважение на автономността, очертават рамките за вземане на етично правилни решения за разпределение на ресурсите. Балансирането им по различен начин при конкретните случаи в практиката създава изключително разнообразие от решения.

Най-общо може да се каже, че принципът на справедливост доминира при решенията на индивидуално ниво, докато принципите на благодеяние и автономност лежат по-често в основата на разпределителните решения на макро-ниво.

Според **чл. 25 от Декларацията за правата на човека (ООН, 1948)** „всяко лице има право на стандарт на живот, достатъчен за обезпечаване на неговото здраве и благополучие, както за себе си, така и за семейството си, което включва храна, облекло, медицински грижи и основни социални грижи”.

Декларацията от Алма Ата за първичната здравна помощ (1978) подчертава, че здравето е основно човешко право и достигането на възможно най-високо ниво на здраве е първостепенна социална цел в целия свят, чиято реализация изисква отговорност от правителствата за здравето на хората и тази отговорност може да бъде изпълнена само чрез адекватни и справедливо разпределени здравни и обществени мерки.

С други думи, ако приемем, че съществува **право на здраве**, задължение на държавата е да осигури стандарт на здравни грижи достатъчен за поддържане на здравето на хората. Идеалният случай би бил, ако обществото може да осигури максимални грижи за всеки, но това е невъзможно поради ограничените ресурси. От друга страна, принципът на справедливост изисква здравните ресурси да бъдат разпределяни съответно на нуждите по честен начин. Постигането на равенство в здравето е приоритетна задача заложена в стратегията на СЗО „Здраве за всички през 21 век”. Не винаги обаче еднаквото третиране на хора с еднакви нужди би довело до еднакво ниво на здраве, тъй като те могат да отговарят различно на терапията.

Следователно, налице е конфликт между реалните възможности, реалните ресурси, с които обществото разполага и етичните принципи на справедливост и честност, както и правото на здраве като основно човешко право.

Правото на здраве е позитивно право, т. е. изисква активно участие за реализирането му. Винаги е по-лесно да се реализират негативните права, които не изискват такава обществена активност и употреба на ресурси.

В резултат на невъзможността за едновременно обслужване на всички нуждаещи се появява феноменът на **списъка на чакащите**, който се отчита като един от най-явните симптоми на недостиг на ресурси. Дългите списъци на чакащите се превръщат в нещо обичайно за много европейски здравни системи. По дефиниция **списък на чакащите е списък от пациенти с медицински индикации за хоспитализация, които поради причини, независещи от тях, трябва да чакат прием повече от 2 седмици**. С други думи, период от 2 седмици се счита за нормален изчаквателен период.

Кои са **негативните страни** на списъците на чакащите?

- Пациентите изпитват значителен стрес и безпокойство.
- Пациентите страдат от несигурност и опасения, че състоянието им може да се окаже тежко.
- Могат да възникнат психологически проблеми в семейството, в случаи когато дете с изоставане в умственото развитие или дементен пациент се влошат, а списъкът на чакащите за приемане в специализирана институция е много дълъг.
- 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.

Като **положителна страна** на списъците на чакащите се сочи **по-доброто планиране на здравните грижи**. Пациентите могат да планират времето на хоспитализацията си. При неспешни състояния повечето пациенти не желаят незабавна хоспитализация. Когато времето за чакане е в разумни граници, то не се отчита като проблем, а като подход за оптимизиране употребата на наличните ресурси. Това обаче важи само при умерен недостиг на ресурси. Ако е налице ситуация на тежък недостиг на ресурси, пропастта между потребности от грижи и възможностите за оказването им е прекалено голяма.

Списъкът за чакане може да играе и **ролята на филтър**. Определени интервенции могат да се преосмислят с течение на времето. Пациентите могат да се приспособят към състоянието и да предпочетат да живеят в неоптимално състояние вместо да поемат рисковете на дадена процедура. Може да има полза от изчакването и в случаите, когато естественият ход на заболяването не е известен. Подобни примери са давани за списъците на чакащите *in-vitro* фертилизация, които междуременно забременяват по

естествен път. Тези ползи са всъщност нетърсени ефекти от списъците на чакащите [258].

В условията на демократичните политически системи и здравноосигурителната медицина, проблем е и определянето на **пакета услуги, които се покриват чрез здравното осигуряване**. Дали това да са само най-основни услуги, които всеки може да ползва в един или друг момент от живота си или да се включват и услуги, от които се нуждаят малцина, но са непосилни за тях – напр., трансплантация или in-vitro фертилизация? За илюстрация можем да използваме аналогията с групова почерпка в ресторант. При предварителна уговорка, че общата сметка ще бъде разделена поравно между всички, всеки има стимул да консумира повече. От друга страна, ако всеки вземе всичко, което иска, включително и скъп черен хайвер, сметката ще нарасне неимоверно много. Следователно, от полза за цялата група е да се поставят някакви ограничения коя храна може да бъде поръчвана и в какво количество. Хората биха могли да гласуват за съдържанието на менюто, но как да гласуват? За храните, които харесват без значение на цената? За храните, които харесват и които си струват цената, дори и ако трябва да я заплатят сами? За храните, които те самите не харесват, но смятат, че трябва да се предлагат за останалите? Трябва ли хората да знаят предварително дела, който ще платят или трябва да гласуват как да разпределят сметката? Може да възникнат различни опозиции на равното разпределение. Например, вегетарианците могат да използват аргумента, че месните ястия са по-скъпи и да искат по-малък дял за себе си. Трезвениците могат да откажат да заплащат питиета, които не консумират. Тогава може да възникне идея за сформирани на групи със сходни вкусове [40].

Съвременният лекар е поставен пред трудни за разрешаване дилеми. Традиционно е схващането, че лекарят трябва да се интересува единствено от осигуряването на най-доброто за пациента си, независимо от други съображения. Днес обаче от лекаря се очаква да прави това, съобразявайки се с ограничените ресурси.

Подходи за разпределение на ресурсите

А/ Подходи за разпределение на ресурсите на макрониво:

I. Приоритет на профилактичната дейност. Разпределянето на повече ресурси за профилактична и здравно-промотивна дейност води до подобряване на здравното състояние на населението като намалява броя на лицата, нуждаещи се от значителни средства за лечение. Профилактичните здравни мерки са относително по-евтини в сравнение с диагностичните и лечебни дейности и могат да бъдат осигурени за по-голям брой лица [253]. Те гарантират равенство в разпределението на ресурсите при максимизиране на общото здравно благополучие.

II. Укрепване позициите на първичната здравна помощ и общопрактикуващия лекар, който осигурява по-икономично използване на ресурсите като преценява нуждата от:

- определени процедури,
- специализирана помощ,
- определени лабораторни тестове, т.е. играе ролята на филтър към системата от по-скъпоструваща специализирана помощ.

Б/ Подходи за разпределение на ресурсите на микрониво:

III. Разпределение по реда в списъка на чакащите. Пациентите с най-дълго време на чакане първи получават съответното лечение. Всеки пациент има еднакви права. Основно е времето на направление и вписването в списъка на чакащите. Предимство на този подход е, че всеки пациент има ясна представа за времето, което му остава до получаване на лечението [257].

IV. Теория на нуждите. Според тази теория трябва да се предпочете този, който се нуждае повече от медицински грижи [117]. Решаваща е тежестта на състоянието. Пациентите с еднакви нужди получават еднакво внимание. В ситуация на временен недостиг на ресурси, когато бихме могли да помогнем на нуждаещите се и по-късно, спешността има приоритет [165].

V. Теорията за ГКПЖ (години качествено подобрен живот). Годишните качествено подобрен живот отчитат количеството

и качеството на живот, постигнат в резултат на съответни здравни интервенции. Те са математически продукт от средната продължителност на предстоящия живот и са мярка за качеството на оставащите години живот. ГКПЖ като измерител поставя тежест върху времето, прекарано в различно здравно състояние. В основата на теорията лежи схващането, че една година качествено подобрен живот е равна на една година в абсолютно здраве, но една година живот във влошено здраве е по-малко от една ГКПЖ. Смъртта е еквивалентна на нула, но някои здравни състояния могат да се оценяват по-лошо и от смъртта и имат негативни стойности на ГКПЖ. Този подход позволява да се определи количествено ползата от различни здравни интервенции, оценени чрез **здравно-обусловеното качество на живот и преживяемостта на пациентите**.

Здравно обусловеното качество на живот може да се оцени с различни инструменти. Един от най-често използваните инструменти EQ-5D взема под внимание способността на индивида да функционира в 5 измерения:

- подвижност,
- наличност на болка или дискомфорт,
- способност за самообгрижване,
- наличност на тревожност или депресия и
- изпълнение на обичайни дейности (работа, учене, домакинстване, дейности в свободното време).

Всяко от петте измерения се разделя на три нива: няма проблем, наличие на някакъв проблем и сериозни проблеми в измерението. При липса на проблем в което и да е измерение, качеството на живот се преценява като равно на 1. Комбинациите от различни проблеми в петте измерения генерират различна стойност между 0 и 1 или дори отрицателна стойност.

Допълнително при избора между отделни здравни интервенции се взема под внимание **преживяемостта на пациентите**.

Така, например, интервенцията А би довела до удължаване на живота на пациента с 4 години, но здравно обусловеното му качество на живота е преценено на 0,75, т.е. като цяло при този пациент годините качествено подобрен живот ще бъдат

$4 \times 0,75 = 3$ ГКПЖ. От друга страна интервенцията Б също би удължила живота на пациента с 4 години, но здравно обусловеното качество на живота е преценено на 0,5, т.е. при избор на интервенцията Б годините качествено подобрен живот при пациента биха били $4 \times 0,5 = 2$ ГКПЖ. С други думи интервенцията А дава с 1 ГКПЖ повече и би трябвало да предпочетем нея при грижите за конкретния пациент.

Теорията за ГКПЖ се използва при икономическия анализ на ефективността на различни интервенции и позволява определянето на общественно-здравните приоритети, обективизирането и обосноваването на предимството на индивидуалните пациенти. Решенията за разпределение на ресурсите, основани на тази теория, избират интервенции и дейности, носещи най-голяма печалба от ГКПЖ на единица разход [152].

Табл. 8 Цена в лири на 1 ГКПЖ във Великобритания (данни, приравнени към цени за 1990 г.)

Холестеролов тест и назначаване на диета	220
Пейсмейкър	1 100
Трансплантация на тазобедрена става	1 180
Смяна на аортна клапа	1 410
Трансплантация на бъбрек	4 710
Скрининг за рак на гърдата	5 780

Източник: Phillips C., G.Thompson. What is a QALY? London, Medical Communications, 1998

Етични проблеми породени от приложението на теорията ГКПЖ:

- **Не разграничава ползите от нуждите** - например, ако трябва да избираме съобразно тази теория между един тежко катастрофирал пациент и един пушач, нуждаещ се от обикновен съвет за прекратяване на пушенето, ние трябва да предпочетем да обслужим пушача, защото ще „купим” повече ГКПЖ.

- **Поставя в неравностойно положение пациентите с недъзи** - според тази теория при избор между такъв пациент и какъвто и да било друг пациент, винаги трябва да предпочетем втория, защото при увредените пациенти никога не можем да постигнем абсолютно здраве и следователно една година от техния живот винаги ще е по-малко от 1 ГКПЖ и в крайна сметка ще „купим“ по-малко ГКПЖ при равни други условия.
- **Поставя в неравностойно положение възрастните пациенти** - винаги трябва да предпочитаме по-младите пациенти, защото те ще живеят по-дълго и следователно ще можем да „купим“ повече ГКПЖ.

VI. Разпределение според вероятността за успех на лечението (приоритет на най-добрия изход). При този подход приоритет имат пациентите, при които вероятността за успех на лечението е най-голяма. Недостатък е игнорирането на нуждата на пациентите в името на най-добрия резултат.

VII. Принцип на полезността. Основава се на принципа на благодееянето приложен на ниво общество, като се търси постигане на максимално доброто или най-голямото благополучие за най-голяма група хора.

VIII. Разпределяне на ресурсите според възрастта на пациента. В края на XX век се разгаря дебат около приложението на възрастта на пациентите като критерий за разпределение на ресурсите.

A. B. Shaw в статията си „In defence of ageism“ (1994) използва следния пример за илюстрация на отношението, което имат въввлечените в дебата за разпределението на ресурсите страни. „Ако едновременно се давят 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“. Така погледнато медицинската помощ трябва да бъде разпределяна по начин, който да осигурява максимална полза и в същото време да е справедлив. И в двата случая приоритет се дава на младите [244].

Спорен е въпросът доколко е подходящо използването на възрастта за критерий в разпределението на ресурсите. Тези, които по принцип подкрепят този подход, защитават позицията си по различен начин. Един от най-видните поддръжници на теорията **Даниел Калахан** предлага възрастта за критерий, тъй като тя може да се приложи в еднаква степен при всеки, третира еднакво всички и може да се използва директно [71]. Според Калахан на всеки човек трябва да се осигури възможност да преживее „естествената продължителност на живота“ и постигне **пълна биография**. Етично е хората изживели „пълна биография“ да се откажат от скъпите високотехнологични лечения в полза на по-младите. Здравните грижи за лицата, изживели естествената продължителност на живота (според Калахан около 75-85 г.) имат за цел само облекчаване на болката и страданието, а не удължаване на живота и предотвратяване на смъртта.

Veatch смята, че възрастните вече са получили повече обществена подкрепа, отколкото младите щом като са успели да достигнат до преклонна възраст.

Daniels вярва, че индивид с фиксирано количество ресурси би ги използвал в по-млада възраст и не би ги „спестявал“, тъй като не би рискувал преждевременна смърт.

Shaw гледа на възрастта като на етичен, обективен и ефективен откъм разход-полза критерий за разпределение на здравните ресурси. Всички други подходи са свързани повече или по-малко със субективизъм, който е недопустим за клинициста [244].

Дори и ако приемем, че разпределение базирано на възрастта не противоречи на принципа на справедливост, то би било като цяло несправедливо в много страни в настоящия момент. Предложенията за използване на възрастта като критерий за разпределение на ресурсите биха превърнали възрастните в изкупителна жертва на нарастващите цени на здравните услуги и биха създали ненужни конфликти между поколенията.

IX. Лична отговорност за здравето. Съвременните познания за етиологията на заболяванията показват, че значителна част от тях са предотвратими или могат да се ограничат чрез промени в стила и начина на живот на индивида. Налага се възгледът, че хората са лично отговорни за заболяванията, чиито рискови фактори те могат да контролират. Някои автори предлагат специално отношение към хората с нездравословен стил и начин на живот, когато се лекуват за заболявания, причинени от нерационалното им здравно поведение. Правят се предложения такива лица да заплащат по-високи здравни осигуровки, да плащат сами цялото си лечение при заболявания или травми, дори да се въведе специален данък за рисково поведение, чрез който да се субсидират разходите за здравна помощ, свързани с нездравословното лично поведение. Критиците на подобни предложения посочват, че те увеличават неравенството в здравето и отвлечат вниманието от много по-важни източници на поляризиране на здравето на обществото.

Разграничават се **проспективна и ретроспективна отговорност**:

- **Проспективната отговорност** има образователен и мотивационен ефект; намерението е да се повлияе бъдещото поведение на индивида като той се информира за рисковото си поведение; касае се за задължение на индивида да запази здравето си.
- **Ретроспективната отговорност** се приписва на индивида, когато той развие здравен проблем в резултат на стил на живот, за чиито рискове не е бил информиран или не е бил в състояние да избегне.

X. Внедряване в медицинската практика на медицински технологии с доказана ефективност. Оценката на икономическата ефективност на новите медицински технологии е средство за ограничаване на разходите и за създаване на условия за по-справедливо разпределение на обществените ресурси за здраве. Широкото въвеждане на нови технологии без наличие на ясни доказателства за тяхната ефективност пренасочва оскъдните ресурси, като лишава други приоритетни сектори и здравни програми от достатъчно средства. Здравно-осигурителните фондове в

развитите страни се опитват да насърчават внедряване на проверени нови технологии чрез приемане на политика на реимбурсиране на разходите на лечебните заведения за подобни технологии.

Нерешени проблеми на разпределението на ресурсите

Норман Даниелс (1994) разглежда четири нерешени проблема на разпределението на ресурсите:

1. Проблемът с търсенето на най-добрият изход. Каква тежест трябва да отдаваме на най-добрия изход? Кой от няколко еднакво нуждаещи се индивиди трябва да получи оскъден ресурс? *Да си представим, че Алис и Бети са на една и съща възраст, чакали са едно и също време за сърдечна трансплантация и всяка би живяла само 1 седмица без трансплантация. Трансплантацията би удължила живота на Алис с 2 години, а на Бети с 20 години.* Кой да получи трансплантата? Приоритетът към най-добрият изход би посочил Бети като по-подходящ реципиент. Алис обаче може да зададе въпроса: Защо аз да трябва да се откажа от шанса си за оцеляване, 2 години не са без значение за мен, само защото Бети има шанс да живее по-дълго? Алис може да поиска избор на случаен принцип с равни шансове за двете. Няма единомислие по въпроса колко тежест трябва да отдадем на добрия изход. Вгоск предлага на Алис и Бети да се дадат шансове пропорционални на крайната полза за всяка от тях.

2. Проблемът с определянето на приоритети. До каква степен трябва да даваме приоритет на най-болните и увредени пациенти? Нека разгледаме пациентите X и Y, където X е по-болен и увреден и измерваме ползата за всеки от тях с ГКПЖ теорията. Повечето хора вярват, че ако лечението може да е от една и съща полза за X и Y, X като по-болен трябва да го получи. Но този интуитивен подход се отхвърля от ГКПЖ теорията търсеща ефективност, която би била по-голяма при Y.

3. Агрегационен проблем. Кога можем да допуснем натрупването на скромни ползи за мнозинството пред по-значителна полза за малцинството?

През юни 1990 г. Орегонската здравна комисия публикува списък на лечебни процедури подредени според съотношението разход-полза. Критиците веднага посочват някои противоречащи на логиката ранжирания. Така например обличането на зъб е било с по-висок приоритет от апендектомията. Обяснението е, че една апендектомия струва около 4000\$, което е многократно цената на едно обличане на зъб. Простото натрупване на ползата от много облечени зъби надделява над една апендектомия за същите средства.

4. Проблемът с демокрацията. Кога трябва да разчитаме на демократичния процес при определянето на справедливото разпределение на ресурсите? Чие мнение да зачетем – на обществото като цяло или на хората, опитни по отношение на конкретното състояние, подлежащо на разпределение? Тези, които не са инвалиди, например, може да надценяват влиянието на инвалидността, докато инвалидите може да я определят като по-малко сериозна, тъй като са се адаптирали към състоянието [94].

Независимо от значителното нарастване на здравните разходи в повечето страни, ресурсите в здравеопазването стават все по-оскъдни със застаряването на населението, нарастването на очакванията от медицинското обслужване и развитието на нови технологии. Застаряването ще наложи взимането на неприятни решения от работоспособното население (да плаща все по-високи данъци или да наблюдава как все повече намаляват привилегиите за техните родители) и не по-малко неприятни решения за самите възрастни (да плащат все повече от собствения си джоб или да приемат рязкото редуциране на привилегиите). Професионалистите ще са изправени пред не по-малко трудни решения при оказването на медицинска помощ на възрастните: нарастваща нужда от помощ, повишено търсене на качествени грижи, подобрени възможности за лечение посредством нови технологии и намалени ресурси, които да направят комбинацията възможна. Дебатът около разпределението на ресурсите в здравеопазването ще става все по-ожесточен и важен в следващите години.