

Pismo uredništvu/Letter to the editor

ČETRTI MEDNARODNI KONFERENCI O PRIORITETAH V ZDRAVSTVENI OSKRBI OB ROB



Jože Drinovec¹, Matija Cevc²

¹ Krka d. d. Novo mesto, Dunajska 65, 1000 Ljubljana

² Klinični oddelek za žilne bolezni, Klinični center, Zaloška 7, 1525 Ljubljana

S strani Zdravniškega vestnika sva se podpisana že drugič zaporedoma udeležila mednarodnega srečanja na to temo. Vsebinsko in problematiko ocenjujemo za tako pomembno, da jo je treba predstaviti širšemu krogu zdravnikov. Poleg naju so bili iz Slovenije še trije udeleženci, dva iz Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ena udeleženka pa je zdaj zaposlena na Ministrstvu za zdravje.

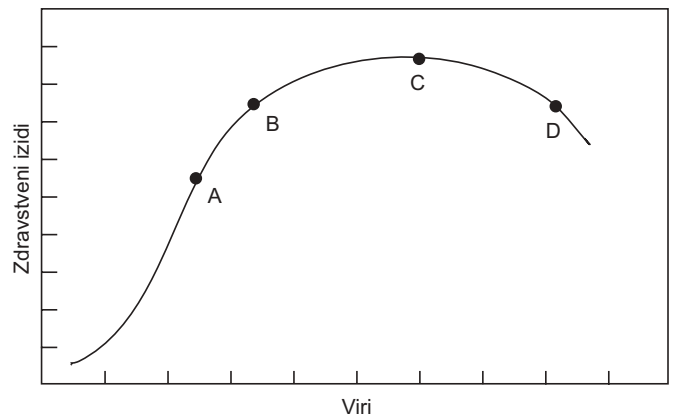
Mednarodno organizacijo o prioritetah v zdravstveni oskrbi (International Society on Priorities in Healthcare, elektronski naslov: www.healthpriorities.org) so ustanovili leta 1996 na prvi konferenci v Stockholmu. Organizacija je bila ustanovljena za utrjevanje teorije in prakse določanja prednostnih dejavnosti in storitev v zdravstveni oskrbi, združujoč raziskovalce, praktike in vse druge, ki so vpleteni pri določanju prednostnih dejavnosti in storitev, in skupaj izmenjujejo zamisli in izkušnje. Posebno pozornost namenja raziskovalnim dosežkom, njihovi uporabi v praksi in spodbujanju vseh udeležencev k različnim pristopom pri določanju prednostnih dejavnosti in storitev. Ti udeleženci so: zdravstveni politiki, zaposleni v zdravstvu, menedžerji, bolniki, mediji, javnost in raziskovalci. Družba stremi za uveljavljanjem in širjenjem dobre prakse oz. rezultatov pri določanju prednostnih dejavnosti in storitev. S tem želi doseči čim bolj informirano javnost, ki bo razumela določanje prednostnih dejavnosti in storitev (1). Statut te organizacije je bil sprejet na konferenci v Amsterdamu v novembru 2000 (2).

Najdejavnejše države na področju določanja prednostnih dejavnosti in storitev v zdravstveni oskrbi so: Anglija, Švedska, Norveška, Danska, Nizozemska, Nova Zelandija, na zadnjem kongresu tudi Kanada in Amerika. Vedno so povabljeni predavatelji iz dežel v razvoju in na vsakem srečanju je tema, ki še posebej zadeva te države.

Med posebnimi gosti – predavatelji je bila Naval el Saadawi, psihiatrinja in pisateljica iz Egipta. Zaradi naprednih prizadevanj za enakopravnost žensk in človekove pravice je bila več let v zaporu v Egiptu. Poudarjala je pomen zdravja kot osnovne človekove pravice. Svarila je pred globalizmom, pred imperializmom multinacionalnih firm, pred dragimi zdravili, obrednim obrezovanjem tako deklic kot dečkov. Smiselno je povezala enotna prizadevanja umetnosti in znanosti.

Jeffrey D. Sacks je znan ekonomist v ZDA, bil je tudi svetovalec ene od slovenskih vlad. V zadnjih letih pa je kot makroekonomist sodeloval pri številnih projektih Svetovne zdravstvene organizacije in Združenih narodov v nerazvitem svetu, predvsem v Afriki. Pripravlja projekt za čim ustreznejšo oskrbo 400.000 novih bolnikov z aidsom. Prikazal je osnovne nespozorazume pri takšnih projektih, ki niso prednostni niti v njegovi domovini kot tudi ne v podsaharski Afriki.

Inge Lønning ima za sabo bogato akademsko in politično kariero. Je profesor na Univerzi v Oslu, bil je tudi njen rektor, trenutno pa je podpredsednik norveškega parlamenta, dvakrat je predsedoval norveški komisiji za določanje prednostnih dejavnosti in storitev. Pripovedoval je, na osnovi lastnih bogatih izkušenj, da se je devet od desetih prošelj za uvrstitev novega zdravljenja začelo med prednostne programe z naslednjimi besedami: »Norveška kot ena najbogatejših držav na svetu si lahko privoščiti [...]«. Prepričan nas je, da je prav enako potrebno ugotavljati in s čim širšim konsenzom sprejemati prednostne dejavnosti in storitve tudi v najbogatejših državah. Kot je prikazano na sliki 1, se s povečevanjem sredstev za zdravstvo v nekem obdobju povečujejo tudi izidi zdravljenja. Od neke točke naprej pa se ti ne spreminjajo več kljub povečevanju finančnih virov za zdravstvo; nadaljnje povečevanje virov lahko celo poslabša izide, npr. zaradi preveč tveganih operacij, zdravljenja, hospitalizacij in zapletov, povzročenih z zdravljenjem. Številnih dejavnosti in storitev ni mogoče in jih je celo škodljivo sprejeti kot prednostne, ker bi s tem porušili najosnovnejše varstvo, potrebno vsem, še posebej pa bolj krhkim skupinam prebivalstva. Na koncu se je vprašal, zakaj na tem strokovnem srečanju ni politikov.



Sl. 1. Splošni odnos med povečevanjem virov za zdravstvo in izidi zdravljenja. Točka A kaže območje hitrega izboljševanja zdravstvenih kazalcev s povečevanjem virov, t.i. stroškovno učinkovitost. Točka B prikazuje nadaljnje izboljšanje ob povečevanju virov, kar pa stroškovno ni več učinkovito. Na točki C se krivulja izravna, povečevanje virov ne izboljšuje izidov. Na točki D pa se krivulja prevesi, nadaljnje povečevanje virov celo poslabša izide.

Drugi udeleženci so mu nekajkrat na tem srečanju odgovarjali, da jih očitno nismo bili sposobni privabiti, a da ni posebne škode. Toda politiki in politika imajo na koncu odločilno, a tudi odgovorno vlogo pri določanju prednostnih dejavnosti in storitev.

Norman Daniels je profesor filozofije in medicinske etike v Bostonu, ZDA. Pravzaprav so se vsi strokovnjaki za določanje prednostnih dejavnosti in storitev v zdravstveni oskrbi šteli med strokovnjake za aplikativno medicinsko etiko, nekateri med medicinske sociologe. Daniels poudarja socialno soglasje v družbi, dialog v družbi in pravičnost pri porazdelitvi zdravstvene oskrbe.

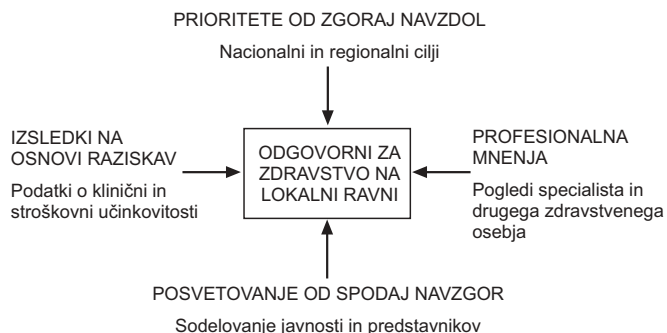
Z J. E. Sabinom je leta 2002 objavil knjigo z naslovom *Setting limits fairly, Can we learn to share medical resources?* (3).

Daniels je bil eden najuglednejših gostov in najpogostejših razpravljalcev srečanja. Že 30 let se ukvarja s filozofijo, še posebej s pravičnostjo in zdravstvenim režimom. Nezadovoljen je bil s teorijami pravičnosti, tudi z lastnim delom. Prepričan je, da zdravstvena oskrba, kar zadeva pravičnost, ni ustrezno premišljena. Poudarja tako praktične vidike kot tudi branljive moralne osnove. Prepričan je, da morajo biti osnovne smernice, ki jih ponuja klinikam in zdravstvenim organizacijam, takšne, da vzdržijo stroge filozofske izzive. Na žalost ni demokratične družbe, ki bi dosegla soglasje glede osnovnih načel pri porazdelitvi zdravstvene oskrbe. Boleče so izbire med načeli, kakršno je, da potrebujejo najhuje bolni popolno prednost (nekdanje švedsko načelo) ali nasprotno, da mora družba kar najbolj izkoristiti sredstva za zdravstveno varstvo ne glede na to, kdo ima od tega največjo korist (načelo racionalne izrabe sredstev, oregonski pristop). Večina ljudi ne bi niti opustila skrbi za najbolj bolne niti žrtvovala zanje vsega. Hkrati se vse družbe, tudi najrazvitejše, kot z vsakdanjimi problemi srečujejo z izgubo zaupanja, zmanjševanjem izbire, finančno podhranjenostjo, birokratsko neobčutljivostjo. Določanje prednostnih dejavnosti in storitev mora biti legitimno. Definirati je potrebno, kdo odloča, kako se odloča, ali so omejitve res potrebne (o tem se največ sprašujejo Američani in bogatejše družbe). Racionalizacija je tako eksplicitna (jasna, razvidna) kot implicitna (prikrita, v ozadju, organizacijska). V zadnjih 20 letih se Amerika premika v smeri bolj socializirane zdravstvene oskrbe z željo po čim širšem konsenzu. K temu so jo prisilili hitro naraščajoči stroški za zdravstveno oskrbo in neučinkovitost sistema, ki vodi v krizo. Tudi Amerika si ne more privoščiti vsega, ne more z zavarovanjem pokrivati vsega, nadzorovati mora stroške. Poleg zdravstvenega trga in tekmovanja mora vgraditi korektive za zmanjšanje stroškov, za pravičnost in skrb za najrevnejše. Pravičnost zahteva omejitve pri oskrbi. Odsotnost konsenza pri porazdelitvi zdravstvenih sredstev pa zahteva, da ZDA razvijajo pravičen proces določanja omejitev in se naučijo, kako te procese uporabiti v dejanskih razmerah (3).

Chriss Murray iz Svetovne zdravstvene organizacije je predstavil sorazmerno nove pristope te ustanove, predvsem na kardiovaskularnem področju s poudarkom na preventivi. Na ta način se SZO vključuje v reševanje najaktualnejših zdravstvenih problemov razvitega in manj razvitega sveta.

Žal so sredstva SZO bistveno manjša, kot so sredstva Svetovne banke, v imenu katere je govoril Davidson Gwatkin. Največje obremenitve zaradi boleznih nosi 20% najrevnejših držav. Kar je ekonomska pomoč racionalno uporabljena, najbolj nerazvitim izboljšuje ekonomske in zdravstvene razmere hkrati. Zdravstvena oskrba najrevnejših pa prav tako izboljša ekonomsko stanje (4).

Določanje prednostnih dejavnosti in storitev je politika. Zahteva dialog v družbi, na koncu soglasje in pravičen postopek. Vrednote morajo biti javne, jasne, rezultati oz. koristi pa bistvene. Prednosti v zdravstvu se postavljajo po shemi na sliki 2 (5).



Sl. 2. Kdo in kaj postavlja prednostne dejavnosti in storitve.

Prednostne dejavnosti in storitve niso nikoli dokončne, vsakih nekaj let potrebujejo revizijo. Določanje prednosti je tudi etična metoda razreševanja konfliktov (nesorazmerij) med sprejetimi potrebami in razpoložljivimi sredstvi (6).

Presenetljiv je bil prikaz epidemiologije tripanosomioze in tudi nekaterih drugih katastrofnih bolezni v Afriki. Njihov višek je bil leta 1932, kasneje so jih zahodne države v svojih kolonijah praktično izkoreninile. Po letu 1963 in zdaj so te bolezni v porastu, niso prednostne, zanje ni ne politične volje niti sredstev. Ponovno se širijo (7).

Pri določanju prednostnih dejavnosti in storitev ne gre zane-mariti pomena prestiža. Ta ne temelji le na bogastvu, denarju, ampak tudi na poklicu in celo izhodiščih. Najprestižnejša bolezen izmed vseh je miokardni infarkt, na dnu pa so psihiatrične motnje in ciroza. Manj prestižne bolezni žal celo v javnosti ne dobijo podpore za prednostno obravnavo (8).

Poleg knjige Danielsa in Sabina sta najpomembnejša vira s tega področja še knjigi A. Thompson in N. J. Temple: *Ethics, medical research, and medicine, Commercialism versus environmentalism and social justice* in P. Mullen, P. Spurgeon: *Priority setting and the public* (9, 10).

Naslednji kongres Mednarodne organizacije za prioritete v zdravstveni oskrbi bo leta 2004 v Novi Zelandiji.

Viri

1. International Society on Priorities in Health Care. Constitution. www.healthpriorities.org
2. International Society on Priorities in Health Care. Constitution and By-laws. www.healthpriorities.org
3. Daniels N, Sabin JE. *Setting limits fairly*. Oxford: Oxford University Press, 2002: 1-191.
4. International Society on Priorities in Health Care. Faculty/Keynote speakers. www.healthpriorities.org
5. Robinson R. Limits to rationality: economics, economists and priority setting. *Health Policy* 1999; 49: 13-26.
6. Brouwer WBF. The decision makers approach to cost-effectiveness analysis. Abstract book. 4th International Conference on Priorities in Health Care, Oslo 18-20 September 2002. Oslo: International Society on Priorities in Health Care, 2002: 9-9.
7. Mullen P. Transparency or illusion: Quantifying health-care priorities. Abstract book. 4th International Conference on Priorities in Health Care, Oslo 18-20 September 2002. Oslo: International Society on Priorities in Health Care, 2002: 10-10.
8. Album D. The prestige of diseases, a hidden factor underlying priority bias? Plenary session III, September 20, Final programme. 4th International Conference on Priorities in Health Care, Oslo 18-20 September 2002. Oslo: International Society on Priorities in Health Care, 2002.
9. Thompson A, Temple NJ eds. *Ethics, medical research and medicine*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 2001: 1-187.
10. Mullen P, Spurgeon P. *Priority setting and the public*. London: Radcliff Medical Press, 2001: 1-142.