

Utvrđivanje prioriteta u švedskom zdravstvenom sustavu*

Erwin Bischofberger

Početkom 1995. godine jedno je parlamentarno povjerenstvo u Švedskoj predstavilo svoje zaključno izvješće o škakljivom pitanju utvrđivanja prioriteta u sustavu javnoga zdravstva. Visoko kvalificirano povjerenstvo, sastavljeno u jednakom dijelu od političara i stručnjaka, dobilo je prije tri godine nalog od švedske vlade da napravi model što pravednije raspodjele gospodarskih sredstava u švedskom javnom zdravstvu, u praksi sasvim financiranom od države. Smjernice su zahtijevale od povjerenstva da izrazi konkretne prijedloge i da ih utemelji na etičkim načelima. Stoga je i naloženo povjerenstvu da svoje istraživanje provede u tijesnoj suradnji s nacionalnim višecem za zdravstvo.

Izvješće je pobudilo neočekivano velik međunarodni interes, zbog čega je tijekom proljeća objavljeno i u engleskom prijevodu: *Priorities in health care. Ethics, economy, implementation. Final report by The Swedish Parliamentary Priorities Commission (SOU 1995/5. Fritzes Verlag, Stockholm).*

DEFINICIJA I TEMELJ

Davati prednosti ili prioritete znači u ovom kontekstu pretpostaviti jednoga pacijenta ili jedno liječenje drugom pacijentu ili drugom liječenju. Svako liječenje jednoga pacijenta uključuje sud o davanju prednosti. Nova medicinska tehnologija omogućuje i promiče nove dijagnostičke i terapijske mjere. Tehnološke ponude - od ultrazvuka do magnetne komore - bude nove potrebe i potiču potražnju. Troškovi se penju u visine i sile političare da postavе granice. Usto trajno raste broj starijih osoba kojima je potrebna njega. U ovakvoj situaciji povjerenstvo je tražilo moralno izdrživ temelj koji bi dopuštao pravedno utvrđivanje prioriteta. Povjerenstvo je u svom ispitivanju temelja u društvu došlo do temeljnih etičkih vrednota, koje po njegovu mišljenju dopuštaju da se povuku bolne, ali nužne granice.

Etički stup čini *načelo ljudskog dostojanstva*. To je do dosade poznato polazište, ali ono se jedva daje izbjeći. Etično mjerilo ljudskog dostojanstva kaže da moramo svakoga čovjeka promatrati i s njim postupati radi njega samoga. Njegovo je dostojanstvo u njegovoj goloj - i često ogoljenoj - egzistenciji. U ovom smislu nobelovac, dijete oštećena mozga i senilni pacijent imaju jednako dostojanstvo i jednako pravo na život, a dosljedno i jednako pravo na liječenje i njegu. Svaki dakle čovjek ima jedno te isto dostojanstvo, i to neovisno o svojstvima i funkcijama koje ima ili vrši. Ljudsko dostojanstvo je ranjivo, ali ne i otuđivo.

Povjerenstvo je naravno uvidjelo da je ljudsko dostojanstvo doista nužan ali ne i dovoljan kriterij za utvrđivanje prioriteta. To proizlazi već iz jednostavna opažanja da 85-godišnji pacijent i 35-godišnja majka, oboje s bolesnim bubrezima, imaju isto ljudsko dostojanstvo. Ali na raspolaganju je jedan jedini aparat za dijalizu. Koga od njih uzeti na liječenje potrebno da se ostane na životu? Mogu li određena dob, socijalni položaj ili odgovornost za maloljetnike biti valjani kriteriji za prednost u liječenju? Načelo ljudskog dostojanstva pokazuje se kao neprikladan kriterij za donošenje odluka o prednosti. Ali ono je neophodno s obzirom na pitanje koji pacijenti *ne* smiju biti isključeni. Vratit ćemo se na ovo odlučujuće pitanje.

Uz načelo ljudskog dostojanstva povjerenstvo stavlja *načelo solidarnosti*. Ova smjernica znači s obzirom na prednost u izboru da najprije treba uzeti na liječenje one pacijente kojima je liječenje najpotrebnije. Time se odstupa od načela potražnje. Ne odgovara pravoj potrebi sve što se traži, a slab pacijent i bez svijesti ne može tražiti doista nužno liječenje. Time se želi postići da se posveti posebna pažnja onim pacijentima koji su posve svjesni svojega ljudskog dostojanstva, ali nisu kadri ustrajno zahtijevati da ga se poštuje. Nedostaje im potrebno samoodređenje i autonomija. Stoga mora potreba, a ne potražnja, ravnati da-

* Ovaj članak objavljen je u časopisu *Zeitschrift für medizinische Ethik* 41 (1995). Heft 3, str. 242-246. Prenosimo ga zbog njegova zanimljivog pristupa delikatnoj problematici zaštite zdravlja. (*Napomena Uredništva*).

vanjem prednosti pacijentima i raznim oblicima liječenja.

Možda će začuditi da je povjerenstvo kao treće etičko načelo nazvalo *načelo djelotvornosti*. To znači da među raznim mogućim terapijama treba izabrati onu koja pacijentu obećava najbolju djelotvornost. To izgleda uvjerljivo, čak dosežući prag otrcanosti. No treba imati pred očima da su moderna istraživanja u Švedskoj iznijela kako se samo otprilike 15 posto svih poduzetih terapija znanstveno pokazalo djelotvornim. Veliki ostatak je liječnička intuicija i medicinska vjera, možda i dio častoljublja i, ne na zadnjem mjestu, strah pred smrću. Povjerenstvo je ustanovilo da mnogi pacijenti u posljednjoj fazi života postaju žrtvom prevelikih očekivanja od liječenja, koja pacijentu donose više štete nego koristi. Terapija postaje klopkom. Ona djeluje kontraproduktivno.

POTANJE ODREĐENJE NAČELA

Daju li nam tri navedena etička načela ključ u ruke koji bi nam otvorio pristup teškom polju utvrđivanja prednosti? Izvješće ponajprije govori o tome koje skupine pacijenata *ne smiju* biti izuzete ili isključene. Visoka starost, rani porod (eventualno s dugim liječenjem na odjelu intenzivne njege), socijalni ili politički položaj, kulturni utjecaj ili gospodarska moć pacijenta nisu kriteriji za prednost. Osobni status i društvena korist jednoga pacijenta ne smiju biti povodom za pogodnosti.

A kako je s onim pacijentima koji su sami skrivili svoju bolest, bilo izravno dokazanim štetnim načinom života bilo nemarnim ponašanjem u prometu, na skijaškim stazama itd., ili pri opasnom poslu? Treba li brisati kao kandidate za operacije krvnih žila teške pušače s odgovarajućim rizikom za rak pluća i vjerojatno raniju smrt? Treba li alkoholičare s cirozom jetre uopće stavljati na listu čekanja za krajnje skupocjene operacije presađivanja jetre? I može li pacijent koji je u nedovoljno odlučnom pokušaju samoubojstva sebe otrovao tabletama za spavanje prisvajati pravo na mjesto u odjelu intenzivne njege koji stoji dobrih 3000 DEM dnevno? Posebice u klinici u kojoj se troškovi podmiruju javnim sredstvima.

Treba li pacijente koji su zlouporabom ili nemarnim ponašanjem sami prouzročili slabo zdravlje brisati s popisa ili dodatnim osiguran-

jima navesti da sami snose troškove obrade? U Švedskoj se o tom pitanju vrlo iscrpno raspravljalo. Etička načela govore vrlo jasno protiv ovakve diskriminacije. Osim toga, bilo bi praktično nemoguće povući neke granice. Zanimljivo je li svoje zdravlje na kažnjiv način ako najmanje jednom tjedno ne idemo na plivanje ili trčanje ili ako dnevno popijemo litru kave?

Povjerenstvo je dobro postupilo što nije povuklo dobne granice ni nadolje ni nagore. Ne možemo se držati načela ljudskog dostojanstva i ujedno povući dobne granice s obzirom na liječenje i njegu za koje društvo snosi odgovornost i troškove. Jedini zakoniti razlog da se pacijenta ostavi neliječena - ali ne bez njege - jest medicinska kontraindikacija. Ako medicinska intervencija trajno škodi pacijentu ili uzrokuje teške nuspojave - i stoga djeluje suprotno namjeravanoj koristi za pacijenta - ne smije se provoditi.

GRANICE I STUPNJEVI PREDNOSTI

Gdje sada povući granice? Povjerenstvo razlikuje *političku* i *kliničku* podjelu sredstava. To je razlikovanje nužno jer je cjelokupni zdravstveni sustav predmet i političke i medicinske odgovornosti. Pitanje je političke mudrosti odlučiti koliko će se od postojećega poreznog kolača podijeliti i kojim područjima u društvu. Isto je tako politička zadaća sredstva dodijeljena zdravstvenom sustavu tako raspodijeliti unutar raznih specijalnosti da kirurgija i psihijatrija, preventivna i kurativna medicina, polikliničko i stacionarno liječenje budu ravnomjerno pokriveni.

Na vrhovnoj razini prednosti nalaze se, kako je i očekivati, oni pacijenti kojih bi oboljenje ili povreda, bez liječenja, doveli do *akutne* životne opasnosti li trajne nesposobnosti. Istoj razini pripadaju, prema prijedlogu povjerenstva, također liječenje i njega teških *kroničnih* bolesti kao bolesti srca i bubrega, astma, reumatične tegobe, multipla skleroza, dijabetes i razni oblici demencije. Osim toga, prvoj razini davanja prednosti pripada palijativna medicina, primjereno obrađivanje boli osobito kod neizlječiva raka i njega u završnoj fazi života. Posebnu pažnju treba posvetiti onim pacijentima koji nisu dosegli moć samoodređenja, ili su je izgubili.

Specifična je oznaka švedskog modela u tome da su kako akutna tako i teška kronična

oboljenja i njega u završnoj fazi života stavljeni na vrhovnu razinu prednosti. U nešto starijem *norveškom* modelu - koji je međutim pretvoren u "nacionalni zdravstveni plan" - povučena je jasna granica između prvenstvenih akutnih zalaganja i manje povlaštenih zalaganja kod kroničnih tegoba.

Na drugoj su razini i preventivne i kurativne mjere koje idu za uklanjanjem manje ozbiljnih bolesti. Prvoj skupini pripadaju cijepljenja, mjere za bolju dijetu, manje trošenja alkohola i manje pušenja, za bolje uvjete na radu, liječenje visokog tlaka, upute za više tjelesnog gibanja, savjetovanje o preventivnim sredstvima i druge mjere koje mogu spriječiti ubijanje nerođena djeteta. Drugoj skupini pripadaju ponajprije mjere rehabilitacijske pomoći nakon kirurškog ili ortopedskog zahvata.

Na trećem stupnju hitnosti nalaze se liječenje i njega manje teških kroničnih bolesti, npr. infekcija i alergija. Još niže slijedi stupanj koji povjerenstvo označava kao *granično područje*. Ovdje nalazimo vrlo sporno polje potpomognute oplodnje (npr. umjetna oplodnja i in vitro-fertilisation) kao i kozmetičke operacije i obradbu zdrave djece hormonima rasta. Na petoj i najnižoj razini nalazimo lagane tegobe, kojih se možemo sami riješiti. Zbog hunjavice ili uboda komarca ne moramo trčati u bolnicu.

SPECIFIČNO ŠVEDSKI PRIJEDLOG

Kako je već spomenuto, u predloženom modelu nalazimo specifično švedsko obilježje u tome što se i akutne i teške kronične zdravstvene smetnje nalaze na istoj razini prednosti. Povjerenstvo time daje znak da ne mogu računati s ograničenim javnim sredstvima samo često visoko tehnizirani i spektakularni zahvati koji spašavaju život. Akutni zahvati koji neko me spašavaju i produžuju život nisu važniji od palijativne medicine, cjelovite njege i smanjenja patnje pri umiranju, koje više ne mogu pacijentu spasiti život niti ga mogu produžiti, ali

mu omogućuju podnosiv posljednji odsjek zemaljskog života i dostojanstven rastanak.

Ovaj prijedlog zaslužuje pažnju u vrijeme kad snaga i sposobnost sputavaju ljude, a slabost i ovisnost u svim njihovim pojavnim oblicima treba prezirati i pod svaku cijenu izbjegavati. To ne znači da u Švedskoj nema preziranja slabosti. I ovdje je ono u porastu. Ali u isto vrijeme postoji u društvu tradicija solidarnosti sa zapostavljenima koju je povjerenstvo prihvatilo i svjesno integriralo u svoje prijedloge.

Povjerenstvo je postavilo još jedan jasan putokaz. Praktično posve javno zdravstvo i skrb za bolesne shvaćeni su posljednjih desetljeća kao noseći stup švedskog društva blagostanja i odgovarajuće su se koristili. Ulagala su se upravo utopijska očekivanja u mogućnosti države da osigura zdravlje i sreću.

Ova utopija sada blijedi. Povjerenstvo je spoznalo da zdravstveni sustav nije nadležan ni osposobljen za sve čovjekove tegobe. Dosad je bezbroj ljudi, osamljenih i u potrazi za kontaktima, ali inače zdravih, našlo ulaz i nekoliko pilula utjehe u raznim institucijama sustava. Sustav je degenerirao u stovarište svake moguće nelagode. Predugo je svaka ljudska potreba medikamentirana. Ovaj trend mora se konačno slomiti. Obraditi životnu krizu ili pritom pomagati, daleko je od toga da bismo se sukobili s bolešću.

Povjerenstvo je to uvidjelo i stoga zahtijeva da sustav dade prednost onim tegobama koje nose jasne znakove *medicinske* indikacije. Socijalnih i drugih nedostataka mora se uvijek iznova hvatati neformalni (privatni) sektor društva, prije svega obitelj, druge interesne zajednice, a i crkva, zašto ne? Po svojoj prilici povjerenstvo je time u svom zaključnom izvješću pružilo važan prilog pravедnoj podjeli zadaća u društvu. Izvješće je sada kod vlade. Postoji opravdana nada da će bit izvješća uskoro biti predočena u političke odluke.

S njemačkog preveo Marijan Valković