

ЗДРАВНАТА ПОЛИТИКА - РАЦИОНАЛНА, ЕТИЧНА И СПРАВЕДЛИВА... ИЛИ УТОПИЧНА?

Г. Саров

HEALTH POLICY - RATIONAL, ETHICAL AND FAIR... OR UTOPIAN?

G. Sarov

Резюме: В настоящата статия се анализират три основни дилеми на социалната здравна политика към рисковото за здравето поведение – право на избор и рисков начин на живот; солидарност при лечението на болестите и отговорност за здравето; икономически интереси и здравословно общество. Обсъждат се някои принципни решения на тези дилеми при конструиране на социалната политика за изграждане на здравословно общество.

Summary: Three main dilemmas of the social healthy policy are discussed in this article: right of choice and risky life-style, solidarity in disease treatment and individual responsibility for the health, economic interests and healthy society. Some conceptual decisions of these dilemmas of the social policy are proposed.

Анализът на заболяемостта и причинността за най-честите заболявания доведе в последните 50 години до ясното разбиране, че поведението може да бъде болестотворен фактор. Тази нова концепция наложи нов начин на възприемане на болестта – не само като нещо вредно, което атакува организма отвън, а и като нещо което присъства невидимо във всекидневния живот и отнема по малко от биологичните ресурси на организма, докато ги изтощи напълно. Медицината бе неподготвена за толкова радикална смяна на гледната точка и като че ли все още не успява да я осмисли изцяло. Например в България медицинското образование е методически насочено предимно към медикаментозно лечение на болестите, а поведенческите корекции се разглеждат като допълнителни средства за въздействие с препоръчителен характер. А проблемът става все по-актуален, след като първоначалният оптимизъм, че здравното образование на населението бързо ще елиминира рисковото поведение бе заместен от разочарованието от неудовлетворителния ефект на подобни мерки, а заболяемостта от хронични заболявания придоби характер на пандемия, което постави здравните фондове пред бан-

крут. Въпреки това здравнообразователната цел не беше ревизирана, усилията се влагеха в изпробване на нови инструменти за въздействие върху рисковите групи, но не в ново целеполагане. Сякаш извън всяко съмнение е позитивният отговор на въпроса: "Има ли всъщност медицината легитимно право да управлява този аспект на здравето?" Така ли е наистина? Не е ли поведението на хората тяхна неприкосновена територия, в която, колкото и да им се иска, нито икономистите, нито медиците имат легитимен достъп? Не дава ли либералната парадигма, върху която са основани съвременните демокрации, право на всеки да управлява свободно поведението си? Проблемът от тази гледна точка изглежда не толкова здравен, нито толкова икономически, колкото въпрос на права, легитимности и идентичности. Много преди да стане здравен, проблемът всъщност е социален, етичен и морален. Правилната постановка на социалните аспекти на рисковото поведение може би ще повиши ефективността при промоцирането на здравето и ще укрепи състоянието на здравно-осигурителните фондове?! Нека анализираме тази гледна точка.

Здраве или право на избор, кое е по-висшата ценност?

При отговора на този въпрос асоциативно-то мислене сякаш не върши работа (съюзът "и" не е възможен), защото правото на избор при носителите на рисково поведение изглежда антагонистичен на презумпцията за здраве - те или ще утвърдят независимостта на личността си, или ще се променят, за да живеят по-здравословно. И именно това определя пожелателния характер на евентуалните въздействия от страна на медицинския специалист – въздействия, свързани с просвета и препоръки, базирани на предположението, че хората биха променили живота си, ако осъзнаят достатъчно ясно, че им вреди. Опитът показва, че този подход няма задоволителни емпирични потвърждения (2, 7, 8, 10). Тази презумпция би вършила работа, ако е безспорно, че здравето е най-висша ценност за човека. За сега доказателствата в тази насока са противоречиви и в много изследвания се доказва, че мисълта за подобряване на здравословното състояние не винаги мотивира по-здравословен живот (3, 4, 11). Наистина в поведението на болния човек възстановяването на здравето е основен мотив, толкова значим, че той се отказва от своя суверенитет и приема социалната роля на зависим и подчинен на лекаря индивид (9). Но грижите за здравето нямат същата мотивираща сила за здравия, който не би получил никаква осезаема полза, а само съмнителната вяра, че ще живее по-дълго и ще боледува по-малко. Ако болният човек е готов да спре да работи, да чака пред вратата на лекаря, да харчи средства за лечение, да спазва съвети, които да подпомогнат оздравяването, то е защото той очаква в края на всичко това една значима печалба – неговото възстановено здраве. За човека здравето е инструмент на извечния му стремеж към експанзия, към постигане на цели, защото "Целеполагането е основата на нашия съзнателен живот... От човешка гледна точка смъсълът се свързва с цел..." (1). Когато се грижим за здравето си, ние не се грижим за няколко дихателни движения повече, а за възможността да се чувстваме по-щастливи. Когато не можем да бъдем по-щастливи, за нас е важно да бъдем по-малко нещастни. Ако рисковото поведение ни дава тази възможност, то ще е по-ценно от здравословното, защото щастието осмисля живота, а нещастията го лишават от смисъл (6). Човешката идентичност е свързана с чувството за смисъл на живота, а смисълът резултира в избор. Ако човек се откаже от правото си

на избор, той се отказва от правото да бъде себе си? Здраве или право на избор? Несъмнено право на избор... и здраве, ако увеличава това право? Следователно трябва не толкова да се доказва на хората какво вреди за здравето им, колкото как биха могли да постигнат такава степен на здраве, че да имат повече шанс да преоткрият изворите на своето щастие и да намерят нов смисъл на живота си. Колкото и важно да е за медицината и икономиката здравословното поведение, те не могат да нарушат правото на личността да избира себе си и да навлизат натрапчиво в неговата територия. Не трябва да се реагира невротично на рисковото поведение като на непростим грях, а да изучава как то влияе върху психичните процеси и дали, ставайки по-здравословен, животът на човека няма да стане по-объркан, по-трудно контролиран, по-малко удовлетворителен като психично изживяване.

Но принципът за суверенното право на избор би трябвало да важи за всички. Когато реализират правата си, носителите на рисковото поведение променят средата, обитавана от другите и ги направят по пасивен начин рискови носители. Това също е недопустимо и някои проучвания на общественото мнение показват, че голяма част от пушачите го приемат с разбиране и отчитат неговата справедливост. Изтъквайки принципа за правото на избор, социалната политика може далеч по-решително да се бори за свободна от риск среда, като част от стремежа за изграждане на по-справедливо общество.

Пари или право на избор

Лечението е луксозна стока (по цената си) за масово потребление (по нуждата на всеки член на обществото от качествено здравеопазване). Тази особеност създава истински социален проблем. От една страна продуктовата същност на здравеопазването определя като най-адекватен механизъм за регулация пазарните принципи. От друга страна, ако правата за лечение се определят само от платежоспособността, ще бъдат засегнати принципите за солидарност и взаимопомощ, които са основополагащи за хуманното общество. Конфликтът на регулаторни принципи – пазарен и социален, икономически и нравствен прави управлението на здравеопазването много трудна задача, при която намирането на интегративна идея изглежда невъзможно. Може би обаче положението не е толкова безнадеждно, колкото изглежда на пръв поглед. Защото има и трето определение на болестта. Тя всъщност е бедствие.

Дали това определение не ни дава нови решения?

Нека използваме една елементарна аналогия, за да навлезим в тази гледна точка. Ако метеорит падне върху нечия къща, това ще бъде непредсказуемо и неизбежно събитие, което може да сполети всеки. Мисълта, че всеки може да бъде катастрофално засегнат от такова нещастие лесно се асоциира с мисълта: "Ако утре това се случи на мен и аз ще се нуждая от помощ!", а от тук до извода: "Сега мога да помогна аз, а утре на мен ще помогне друг." - разстоянието е съвсем кратко. Този ход на мисли на рационално ниво се проявява на емоционално-афективно ниво с чувството за състрадание и готовност за помощ, а в своята съвкупност тези човешки реакции намират отражение в обществото и икономиката под формата на осигурителни и застрахователни дейности. Тъй като болестта е бедствие, здравното осигуряване и застраховане са най-естествените икономически регулаторни инструменти на здравеопазването.

Нека продължим с аналогията. Ако някой подпали къщата си, това вече не отговаря на критериите неизбежност и непредсказуемост. То не би породило у околните състрадание и рационални основания да го подпомогнат, а ако подпалвачът потърси застраховката си, не само че няма да получи обезщетение, а ще бъде наказателно преследван за застрахователна измама. Подобни принципи могат да се отнесат и към носителя на рискови стереотипи. Защото странно, нелогично и неморално е човек да руши систематично здравето си докато се разболее, а след това да търси солидарно покриване на лечебните разходи от околните. Тук болестта не е непредвидимо, предотвратимо явление, а естествен резултат от съзнателно пренебрегване на доказани принципи за опазване на здравето. Болестта като страдание не се интересува от нозологията, но като резултат от причинно-следствени връзки, на края на които стоят социални разходи, разликата между нозологичните единици е твърде съществена. Разбира се, при всяко заболяване има някакъв малък процент от случаи, при които генетичната детерминираност е достатъчна като причинен фактор. Има и такива заболявания, които са причинени от трудно контролируеми етиологични фактори. Но при доказан поведенчески рисков фактор, презумпцията за предотвратимост и непреднамереност става напълно необоснована. Хроничният бронхит, причинен от генетично заболяване, астма или хронични белодробни

възпаления и хроничният бронхит на пушачите може да са в голяма степен идентични като страдание и терапия, но не са еднакви като етиология, като претенция за предотвратимост и неизбежност, затова не трябва да бъдат еднакви и като застрахователни събития. Неотчитането на тази особеност в момента води до една очевидна социална несправедливост и един парадокс. Несправедливостта е в различния шанс за ползване на здравните фондове при солидарно участие в тях от хората с рискови и здравословен стил на живот. На практика здравните фондове се ползват повече от рисковите носители, които де факто се оказват привилегирована социална група. Парадоксът е, че от една страна социалната здравна политика декларира, че се бори с рисковото поведение, а от друга – го стимулира като създава финансови привилегии за рисковото носителство. Обществото не се управлява от утопични принципи, а от интереси и привилегии. Затова можем да спорим основателно, че нашето общество (визирам предимно България, но същият проблем съществува в социалните регулаторни механизми в много държави) е нормативно конструирано да бъде рисково и утопично конструирано да бъде здравословно.

Пари или право на избор? В икономическата област този въпрос отдавна е намерил своето решение - правото на избор струва пари! Без да нарушаваме правото на избор, ние можем силно да влияем върху него, като го остойностим. Всеки има право да се чувства значим и ако социален израз на статута на индивида е неговият автомобил, ние не можем да отречем, че всеки има право да кара Мерцедес. Но абсурдно е да си помислим дори да създадем социални фондове за закупуване на Мерцедеси за повишаване на самочувствието на бедните. Който иска луксозно возило, трябва да си го заплати. Отговорността за избора се носи от онзи, който го прави. Само отговорността за непредвидимото трябва да се носи солидарно, защото е натрапено от съдбата. Ние не избираме болестта, за нас тя е бедствие... но само ако сме направили всичко възможно да се предпазим от нея. Ако сме я предизвикали... трябва да си плащаме. Но тук отново възниква етичен проблем. Естествено, че не можем да откажем на пушача лечение на хроничния му бронхит. Как да постъпим? Нека отново погледнем към застрахователния бизнес. Там за различните рискове се правят различни застрахователни вноски и то там, където рискът възниква. Ако катастрофирате в об-

ществения транспорт, вашето билетче може да ви изплати разходите за лечение, защото в цената му влиза и вашата застраховка. Още когато го купувате вие сте застрахован. Нищо не пречи и рисковите продукти да бъдат застраховани и определен процент от цената им да се отчислява във фондове за лечение на предизвиканите от тях заболявания. Така всеки ще поема своята финансова отговорност още при консумацията на риска. Вярно, цената на тези стоки може би ще се увеличи значително. Но това увеличение ще има много по-солидни нравствени основания от акцизите и данъците, които консуматорите възприемат като ограбване. А колко ползи би имало от такава мярка?

Най-напред увеличената цена ще намали рязко интензивността на рисковата консумация, а онези които не са все още силно зависими от нея, може напълно да я прекратят. Съществуват изследвания, които показват, че ефектът ще бъде много по-добър от здравно-образователните мерки (5). На второ място - към здравните фондове ще се насочат значителни средства и това ще ги стабилизира. Ще могат да бъдат заделени средства за лечение на желаещите да се откажат от рисковото поведение, пристрастени рискови консуматори. Всички допълнителни усилия за въздействие върху рисковото поведение, които до сега не дават резултат, ще се редуцират значително и това ще доведе до икономия на труд и средства в здравната политика. Регулирането на посочените по-горе ефекти ще бъде спонтанно и естествено, с малко административни усилия, защото ще се възстановят естествени социални взаимоотношения. Но тук веднага ще възникне една "непредвидена" пречка. Защото рисковото и здравословното поведение не са бинарна система, а две точки в триъгълник и преди ясно да назовем третата точка, няма да постигнем цялостност на представите за необходимите промени.

Икономическо развитие или здравословно общество

Третият участник в социалната здравна политика стои скрит и неидентифициран. Сякаш го няма. Той обаче се намесва веднага когато възникне и най-малката вероятност да се ограничи рисковото поведение. И пречи. Нека си припомним, че когато се въведе забраната на пушенето в публичните заведения, голямият проблем не дойде от пушачите, проучванията на общественото мнение показаха, че голяма част от тях приемат с разбиране промените. Най-силната реакция

бе от страна на собствениците на заведенията, които се опасяваха, че доходите им ще намалееят. Подобна реакция, неафиширана в публичното пространство, но задвижваща лобита в изпълнителната и законодателната власт, вероятно е възникнала от страна на тютюнопроизводителите и производителите на цигари. Ние сме свидетели как изпълнителната власт бързо смени решителния тон с компромисно поведение и България е може би единствената страна, която толкова колебливо и уклончиво последва пълната забрана на пушенето в страните от Европейския съюз.

Икономическата истина е, че всяко понижаване на рисковата консумация сериозно ще навреди и на производителите на рискови продукти, а тяхното лоби в политическите кръгове не трябва да се подценява. Хранителната ни промишленост ще понесе сериозни загуби и българската икономика, за разлика от американската, няма да може да компенсира този ефект като изнесе консумацията на цигари извън граница (защото е неконкурентноспособна на международните пазари). Оказва се, че за да се развива икономически на този етап, българското общество трябва да "произвежда болести". То просто не може да си позволи да бъде здравословно. Капитализмът у нас е все още във фазата на натрупване на капитала и не може да си позволи морал и етика. В тази си фаза той винаги експлоатира здравето.

Откакто съществува човечеството три идеи непрекъснато го тласкат към прогрес – истината, справедливостта и свободата. Пътят до социалната промяна "здравословно общество" изглежда почти извървян. Истината е задоволително постигната – ние знаем с голяма сигурност, че рисковото поведение резултира в определен тип заболявания и тяхното лечение струва много пари. Медицинската наука направи онова, което се очакваше от нея и изчерпа своята задача да открие причините за хроничните заболявания. Тя може сега да насочи своите усилия към корекции на рисковото поведение, ако има мотивирани потребители на такъв вид здравна услуга и тя бъде институционализирана адекватно в обществото. Свободата също е задоволително постигната – либералната парадигма освободи човека от ограниченията на обществото и даде възможност за всестранна изява на личността. Личността има правото да определя за

себе си полезното и вредното, желаното и нежеланото и непрекъснатото нарастване на индивидуалното благосъстояние в развитите страни дава още по-голяма свобода на избора му. Но има много още да се постига по отношение на справедливостта. Необходимо е да се открият тънките връзки между истината и свободата, желанието и отговорността, икономическия просперитет и здравословното общество. И за да се постигне това наистина е необходимо да се мисли интегрално (1).

Използвана литература:

1. Воденичаров Ц. Десетте принципа на медика и мениджъра. Трети принцип: мисли асоциативно и интегративно. 2006 Здравен мениджмънт, 6(6): 3-6
2. Carmody T.P., Matarazzo J.D. and Istvan J.A. Promoting adherence to heart-healthy diets: a review of the literature. *Journal of Compliance in Health Care*, 1987, 2:105-117.
3. Di Tullio M. et al. Early predictors of smoking cessation after myocardial infarction. *Clinical Cardiology*. 1991 Oct, 14(10):809-12.
4. Freund K.M., D'Agostino R.B., Belanger A.J., Kannel W.B., Stokes J.3d. Predictors of smoking cessation: the Framingham Study. *Am. J. Epidemiology*. 1992 May, 135(9):957-64.
5. Hu T., Sung H., Keeler T.E. Reducing cigarette consumption in California: Tobacco taxes vs an anti-smoking media campaign, *Am. J. Public Health*. 1995, 85: 1218-1222.
6. Kanfer F.H. Self management methods.

In Kanfer, F.H. and Goldstein, A.P.(eds), *Helping People Change & A textbook of Methods*, 1975, Pergamon Press, New York.

7. Lindholm L.H., Ekblom T., Dash C., Eriksson M., Tibblin G., Schersten B. The impact of health care advice given in primary care on cardiovascular risk. *CELL Study Group BMJ* 1995 Apr, 29;310(6987): 1083-4.

8. Meillier L.K., Lung A.B., Kok G. Research to health education among men. *Health Education Research Theory & Practice*, 1996, Vol 11,1, 107-115.

9. Parsons T. *The Social System*. New York: The Free press 1951: 428-73.

10. Rabier J.R. Young Europeans and tobacco: A sample survey of 11-15-year-olds in the member states of the European Community. *Proceedings of the 44th ESOMAR Marketing Research Congress, Luxembourg*, 1991: 363-387, p. 365

11. Tohnai S. and Hata E. [Factors affecting health behavior of the people aged forties--a test of the health belief model] *Nippon. Koshu. Eisei. Zasshi*. 1994 Apr, 41(4): 362-9.

Адрес за кореспонденция:

Георги Саров, гл.асистент
Секция Патофизиология,
Медицински факултет,
Тракийски Университет,
Стара Загора 6000
Армейска 11
gsarov@yahoo.com